

Finanzielle Effekte des vorgesehenen Gesundheitsfonds auf die Bundesländer: Gutachten im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit

Rürup, Bert; Wille, Eberhard

Postprint / Postprint

Gutachten / expert report

Zur Verfügung gestellt in Kooperation mit / provided in cooperation with:

GESIS - Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Rürup, B., & Wille, E. (2007). Finanzielle Effekte des vorgesehenen Gesundheitsfonds auf die Bundesländer: Gutachten im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. *Sozialwissenschaftlicher Fachinformationsdienst soFid, Gesundheitsforschung* 2007/1, 11-48. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-202110>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use:

This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

Finanzielle Effekte des vorgesehenen Gesundheitsfonds auf die Bundesländer

Gutachten im Auftrage des Bundesministeriums für Gesundheit¹

Bert Rürup und Eberhard Wille

Darmstadt und Mannheim, den 3. Januar 2007

1 Das Wichtigste in Kürze

(1) Aufgabenstellung des Gutachtens war die Quantifizierung der länderspezifischen Verteilungswirkungen des Gesundheitsfonds, der planmäßig zum 1.1 2009 in Funktion treten soll.

Hintergrund der Auftragsvergabe war die aktuelle politische Diskussion im Zusammenhang mit einer Studie des Kieler Instituts für Mikrodatenanalyse. Dieser Untersuchung zu Folge würden insbesondere die Länder

- Baden-Württemberg mit 0,89 Mrd. EUR bis 1,72 Mrd. EUR
- Bayern mit 0,05 Mrd. EUR bis 1,4 Mrd. EUR und
- Hessen mit 0,7 bis 0,89 Mrd. EUR

pro Jahr als Folge des Gesundheitsfonds belastet.

Dem gegenüber kommt unsere Studie zu folgenden jährlichen Belastungseffekten für

- Baden-Württemberg zwischen 50 Mio. EUR bis 92 Mio. EUR
- Bayern zwischen 62 Mio. EUR bis 98 Mio. EUR und
- Hessen zwischen 59 Mio. EUR bis 64 Mio. EUR

(2) Wir halten den „regionalen Denkansatz“ der hinter den namentlich von Baden-Württemberg, Bayern aber auch Hessen vorgetragenen Argumenten liegt, für verfehlt. Das Regionalprinzip ist dem Sozialversicherungsrecht fremd. Jenseits der Tatsache, dass die gesetzlichen Krankenkassen keine Einrichtungen der Bundesländer sind, ist die hinter der Frage nach den länderspezifischen Verteilungswirkungen des Gesundheitsfonds liegende implizite Annahme, dass die Sozialversicherungsbeiträge, die in einem Land entstehen auch dort wieder verausgabt werden sollten, abwegig. Denn immer wenn ein einheitlicher Beitragssatz in einer Sozialversicherung erhoben wird, muss es nach Maßgabe der unterschiedlichen und sich im Zeitverlauf ändernden sozioökonomischen Bedingungen zu regionalen Umverteilungen zwischen den einzelnen Ländern kommen. Wer diese Verteilungswirkungen nicht akzeptiert, müsste auch auf eine Regionalisierung der Renten- und Arbeitslosenversicherung oder entsprechende Konvergenzklauseln drängen.

1 Abdruck des Beitrages mit freundlicher Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG).
Quelle:
http://www.bmg.bund.de/nn_600148/DE/Home/Neueste-Nachrichten/gutachten-ruerup-wile,templateId=r aw,property=publicationFile.pdf/gutachten-ruerup-wile.pdf

(3) Mit Inkrafttreten des Gesundheitsfonds im Jahr 2009 soll der RSA an direkten Morbiditätsindikatoren ausgerichtet werden. Da sich zudem die Morbiditätsstrukturen wie auch die Beschäftigung und die beitragspflichtigen Einnahmen in den einzelnen Ländern in den nächsten zwei Jahren verändern werden; ist es nicht möglich, bereits heute die vom Gesundheitsfonds 2009 und in den Folgejahren generierten regionalen Verteilungswirkungen exakt zu ermitteln. Heute kann man nur eine kontrafaktische Situation simulieren, in der der Gesundheitsfonds bereits im Jahre 2005 in Funktion wäre. Diese hypothetische Situation lässt sich dann mit dem Status quo vergleichen. Aus der *Differenz* lassen sich dann die regionalen Effekte des Gesundheitsfonds isolieren.

(4) Das zentrale Problem, landesspezifische Verteilungswirkungen des Gesundheitsfonds zu ermitteln, besteht darin, dass derzeit keine flächendeckenden GKV-Regionaldaten vorliegen – weder hinsichtlich der beitragspflichtigen Einnahmen noch der Ausgaben.

In der gesetzten kurzen Frist konnte diesem Problem nur mit einer Auswertung von bereits vorliegenden Stichproben begegnet werden.

Die wichtigsten verfügbaren Stichproben sind

- das Sozioökonomische Panel des DIW
- die Einkommens- und Verbrauchsstichprobe des Statistischen Bundesamts und
- eine vom Bundesversicherungsamt im Jahre 2004 im Zuge der Vorbereitung des Morbi-RSA gezogene 3% Stichprobe aller GKV-Versicherten, die über die Postleitzahlen der Wohnorte der Mitglieder dieses Samples regionalisiert wurde.

(5) Die Rohdaten, auf die sich die folgenden Berechnungen stützen, sind

- für die Schätzung der beitragspflichtigen Einnahmen: eine Sonderauswertung des SOEP durch das DIW im Auftrag des Bundesversicherungsamts und
- für die Schätzung der Ausgaben: eine GKV-weite Versichertenstichprobe, die vom Bundesversicherungsamt zur Vorbereitung eines direkt morbiditätsorientierten RSA erhoben wurde.

Die in diesen beiden Stichproben im Jahre 2004 erhobenen Daten für das Jahr 2002 wurden dann von uns nach Maßgabe der Entwicklung der Versichertenzahlen, der beitragspflichtigen Einnahmen und der Ausgaben entsprechend der amtlichen Statistik auf das Jahr 2005 hochgerechnet.

(6) Auf der Basis dieser so aktualisierten, regionalisierten Einnahme- und Ausgabendaten konnten dann die länderspezifischen Verteilungswirkungen des derzeitigen RSA in seinen beiden Dimensionen, nämlich des Finanzkraftausgleichs und des Beitragsbedarfsausgleichs berechnet werden.

Durch den geplanten Gesundheitsfonds wird nicht nur der derzeitige RSA ersetzt, sondern auch das über alle Kassen auszugleichende Ausgabenvolumen um die Verwaltungsausgaben und die Ausgaben für Satzungsleistungen – und damit von 92 v. H. der Gesamtausgaben auf 100 v. H. erhöht.

(7) Die dem Gesundheitsfonds zuzurechnenden zusätzlichen regionalen Verteilungswirkungen bestehen mithin in der Differenz zu den Verteilungswirkungen im Status quo. Diese Differenzen werden maßgeblich davon bestimmt, nach welchen Kriterien die zusätzlichen 8 v. H. Verwaltungsausgaben und die Ausgaben für Satzungsleistungen verteilt werden. Hierzu wurden drei Varianten berechnet, jeweils in Mio. EUR für die einzelnen Länder wie in EUR je Versicherten:

1. Die Verwaltungskosten werden zu 30 v. H. nach der Zahl der Versicherten und zu 70 v. H. nach den Leistungsausgaben verteilt.

2. Die Ausgaben für Satzungsleistungen und Verwaltung werden ausschließlich nach Maßgabe der Versichertenzahl zugeordnet.
3. Die Ausgaben für Satzungsleistungen und Verwaltung werden ausschließlich nach Maßgabe der ursprünglichen Leistungsausgaben verteilt.

Zusätzliche Be- und Entlastungswirkungen durch den Gesundheitsfonds in Mio. EUR

Bundesland	Gesamtveränderung in Mio. Euro		
	Verteilung 1	Verteilung 2	Verteilung 3
Schleswig-Holstein	-0,4	-2,2	1,3
Hamburg	-32,2	-36,0	-28,8
Niedersachsen	40,6	34,5	46,1
Bremen	4,7	2,5	6,7
Nordrhein-Westfalen	-16,5	-12,1	-20,4
Hessen	-61,7	-59,0	-64,2
Rheinland-Pfalz	22,4	23,2	21,6
Baden-Württemberg	-72,1	-49,6	-92,5
Bayern	-80,7	-62,0	-97,8
Saarland	-2,1	-3,8	-0,5
Berlin	-0,9	-8,9	6,4
Brandenburg	22,7	22,4	22,9
Mecklenburg-Vorpommern	12,3	11,7	12,8
Sachsen	92,0	75,7	106,9
Sachsen-Anhalt	38,5	33,2	43,2
Thüringen	33,5	30,3	36,3

Verteilung 1: Satzungsleistungen nach Versichertenzahl, Verwaltungskosten verteilt zu 30% nach Versichertenzahl und zu 70% nach stand. Leistungsausgaben.

Variante 2: Satzungsleistungen und Verwaltungskosten nach Versichertenzahl verteilt.

Variante 3: Satzungsleistungen und Verwaltungskosten nach stand. Leistungsausgaben verteilt.

Quelle: Bundesversicherungsamt 2004, KJ 1 2005, KM- 6, 2005, eigene Berechnungen.

Zusätzliche Be- und Entlastungswirkungen durch den Gesundheitsfonds in EUR je Versicherten

Bundesland	Gesamtjahresveränderung je Versicherten in EUR		
	Verteilung 1	Verteilung 2	Verteilung 3
Schleswig-Holstein	-0,16	-0,92	0,54
Hamburg	-23,33	-26,08	-20,83
Niedersachsen	6,06	5,15	6,88
Bremen	8,35	4,45	11,90
Nordrhein-Westfalen	-1,07	-0,79	-1,33
Hessen	-12,29	-11,74	-12,79
Rheinland-Pfalz	6,67	6,92	6,44
Baden-Württemberg	-8,16	-5,62	-10,47
Bayern	-7,99	-6,13	-9,69
Saarland	-2,30	-4,24	-0,54
Berlin	-0,32	-3,28	2,37
Brandenburg	10,04	9,92	10,15
Mecklenburg-Vorpommern	7,96	7,57	8,31
Sachsen	23,83	19,60	27,68
Sachsen-Anhalt	16,92	14,63	19,01
Thüringen	15,77	14,28	17,13

Im Vergleich dazu betragen die Ausgaben je Versicherten in 2005 im Durchschnitt 2.040 Euro.

(8) Die so ermittelten Werte überzeichnen insofern das tatsächliche Volumen der vom Gesundheitsfonds generierten regionalen Umverteilung. Denn ein erheblicher Teil dieser Umverteilungsvolumina fällt bereits im Status quo an, da überregional oder bundesweit kalkulierende Krankenkassen schon jetzt innerhalb ihrer Versichertengemeinschaft bundesländerübergreifend das gesamte und damit auch das vom derzeitigen RSA nicht erfasste Ausgabenvolumen umverteilen müssen. Alleine im Bereich bundesweit operierenden Krankenkassen (Ersatzkassen, bundesweite Innungs- und Betriebskrankenkassen und Bundesknappschaft) finden sich mehr als die Hälfte aller Versicherten. Entsprechend fällt bereits jetzt ein Großteil der als „zusätzlich“ ausgewiesenen Umverteilungswirkungen verdeckt in den bundesweit kalkulierenden Kassen an.

(9) Hinzu kommt, dass, wenn, wie perspektivisch beabsichtigt, der Finanzierungsanteil des Fonds an den Gesundheitsausgaben reduziert wird und im Gegenzug die Bedeutung der Zusatzbeiträge als Finanzierungskomponente anwächst, dies notwendigerweise zu einer Verringerung des vom Gesundheitsfonds induzierten regionalen Umverteilungsvolumens führt.

(10) Es gibt viele und gute Gründe den Gesundheitsfonds in seiner beschlossenen Form zu kritisieren, die in diesem Fonds induzierten länderspezifischen Umverteilungswirkungen gehören nicht dazu.

In diesen regionalen Verteilungswirkungen den zentralen Defekt des Gesundheitsfonds zu sehen, dokumentiert ein verfehltes Verständnis einer Sozialversicherung.

2 Gegenstand des Gutachtens

Gegenstand dieser Expertise stellen nach Maßgabe des Auftrags des Bundesgesundheitsministeriums vom 20. Dezember 2006 die zu erwartenden länderspezifischen finanziellen Wirkungen des im Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) vorgesehenen Gesundheitsfonds (siehe Fraktionen der CDU/CSU und SPD 2006). Im Fokus der Diskussion der Untersuchung stehen die finanziellen (Um-) Verteilungseffekte, die sich zwischen den Bundesländern durch die Einführung des Gesundheitsfonds ab dem Jahr 2009 ergeben. Insbesondere geht es darum, wie sich diese finanziellen Umverteilungen quantifizieren lassen und in welchen Größenordnungen sie voraussichtlich anfallen. In dieser Studie geht es daher nicht um

- eine Beurteilung des vorgesehenen Gesundheitsfonds und der damit verbundenen Finanzierungsreform unter gesamtwirtschaftlichen Aspekten (Zur diesbezüglichen Kritik siehe Sachverständigenrat zur Beurteilung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung 2006, oder Wille, E. 2006),
- eine Analyse der allokativen Anreizwirkungen des Gesundheitsfonds auf Kassenmitglieder, Krankenkassen und Leistungserbringer² oder
- eine konzeptionelle Auseinandersetzung mit der zukünftigen Ausgestaltung des Risikostrukturausgleichs (RSA), den der vorgesehene Gesundheitsfonds im Hinblick auf den Finanzkraftausgleich erweitert bzw. vervollständigt.

Eine valide Abschätzung der regionalen finanziellen Umverteilungseffekte, die zwischen den Bundesländern aus der zum 1.1. 2009 geplanten Einführung des vorgesehenen Gesundheitsfonds resultieren, sieht sich neben der zeitlichen Restriktion dieser Expertise mit folgenden, gravierenden Problemen konfrontiert:

- Die Berechnungen müssen sich auf Daten aus den Jahren 2002 bis 2005 stützen, der vorgesehene Gesundheitsfonds soll aber erst im Jahre 2009 eingeführt werden. In der Zwischenzeit können sich daher die beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder in den einzelnen Bundesländern – im Vergleich zum Status quo – unterschiedlich entwickeln, was dann zwingend zu abweichenden Ergebnissen führen würde. Möglich ist daher nur die Simulation der kontrafaktischen Situation, dass der Fonds bereits im Jahr 2005 in Funktion wäre.
- Das GKV-WSG sieht in Artikel 38 zur Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung ein neues Versichertenklassifikationsmodell vor, welches auf 50 bis 80 insbesondere kostenintensiven chronischen Krankheiten sowie solchen mit schwerwiegendem Verlauf aufbaut. Die quantitativen finanziellen Umverteilungseffekte, die hieraus für die Krankenkassen und damit auch zwischen den Bundesländern erwachsen, lassen sich derzeit nicht abschätzen, aber man wird davon ausgehen müssen, dass sich durch das neue Versichertenklassifikationsmodell die regionalen Verteilungswirkungen in Grenzen verändern.
- Ferner ist mit Nachdruck darauf hinzuweisen, dass der der Fragestellung zugrunde liegende „regionale Denkansatz“ verfehlt ist. Das Regionalprinzip ist dem Sozialversicherungsrecht fremd. Jenseits der Tatsache, dass die gesetzlichen Krankenkassen keine Einrichtungen der Bundesländer sind, ist die hinter der Frage nach den länderspezifischen Verteilungswirkungen des Gesundheitsfonds liegende implizite Annahme, dass die Sozialversicherungsbeiträge, die in einem Land ent-

2 Um die entsprechenden Effekte, vor allem an den Schnittstellen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung, adäquat beurteilen zu können, bedarf es einer Hinzuziehung des Entwurfs eines Gesetzes zur Änderung des Vertragsarztrechtes und anderer Gesetze (vgl. Bundesregierung 2006). Zu weiteren Wettbewerbsverzerrungen siehe SVR 2006.

stehen auch dort wieder verausgabt werden sollten, abwegig. Denn immer, wenn ein einheitlicher Beitragssatz in einer Sozialversicherung erhoben wird, muss es nach Maßgabe der unterschiedlichen und sich im Zeitverlauf ändernden sozioökonomischen Bedingungen in den einzelnen Ländern zu regionalen Umverteilungen kommen. Wer diese Verteilungswirkungen der gesetzlichen Krankenversicherung nicht akzeptiert, müsste gleichzeitig auf eine Regionalisierung der Renten- und Arbeitslosenversicherung oder entsprechende Konvergenzklauseln drängen.

Diese Einschränkungen sind wichtig, gleichwohl verbieten sie es nicht, eine realistische Bandbreite für jene Umverteilungseffekte zu beziffern, die zwischen den Bundesländern aus der Einführung des vorgesehenen Gesundheitsfonds – und nur darum geht es – resultieren. Ob die Einführung des Gesundheitsfonds bestimmte, namentlich Süddeutsche Bundesländer, präziser die Kassenmitglieder dieser Länder heute in einer Größenordnung von 50 bis 100 Mio. EUR oder 1,0 bis 1,8 Mrd. EUR (so. z. B. Drabinski, T. 2006, S. 31) belastet, diese Frage lässt sich sehr wohl bereits zum gegenwärtigen Zeitpunkt mit hinreichender Sicherheit beantworten.

Der geplante Gesundheitsfonds vervollständigt den Finanzkraftausgleich des RSA und entfaltet namentlich über diese Erweiterung auch regionale Effekte bzw. Verteilungswirkungen zwischen den Bundesländern³. Daher soll und muss eine kurze Darstellung des RSA und seines Verhältnisses zum Gesundheitsfonds am Beginn der Ausführungen stehen.

Der RSA ist bundesweit organisiert, die Beitragssatzkalkulation der Krankenkassen aber nach Tätigkeitsgebiet, d.h. bei allen Ortskrankenkassen überwiegend noch auf Landesebene, bei den Ersatzkassen und den meisten Betriebskrankenkassen bundesweit. Diese Unterschiede zwischen den regional und bundesweit kalkulierten Beitragssätzen sind von Bedeutung für die Effekte, die aus einem, im Kontext des Gesundheitsfonds, um Verwaltungs- und Satzungsleistungen erweiterten RSA erwachsen. Diese Umverteilungseffekte, die über den Gesundheitsfonds zwischen den Bundesländern generiert werden, treten zu den bereits existierenden regionalen Wirkungen, des RSA hinzu. Nur diese „fondsspezifischen“ Wirkungen aber nicht eine Situation ohne RSA können die adäquate Ausgangsbasis für eine Abschätzung der Effekte bilden, die aus dem erweiterten RSA in Form des Gesundheitsfonds resultieren.

In der Wahl einer unzutreffenden Vergleichsbasis liegt der Kardinalfehler der Studie von Drabinski (2006), die alle Umverteilungswirkungen des erweiterten RSA dem Gesundheitsfonds zuschreibt. Unsere Schätzungen zielen daher darauf ab, jene regionalen Umverteilungseffekte zu ermitteln, die über die bereits heute erzeugten Wirkungen des derzeitigen RSA hinaus mit dem Gesundheitsfonds in einem kausalen Verhältnis stehen. Eine sich anschließende Interpretation der Ergebnisse bezieht dann noch unter allokativen Aspekten zwei Fälle ein, bei denen der allgemeine Beitragssatz des Gesundheitsfonds zum einen über und zum anderen unter den regional kalkulierten derzeitigen Beitragssätzen liegt.

³ Der einschlägigen Literatur zum RSA folgend sprechen wir bei den finanziellen Wirkungen zwischen den Bundesländern von regionalen Effekten. In der finanzwissenschaftlichen Literatur verbindet man mit einer Region andere, zumeist kleinere, Einheiten als Bundesländer.

3 Risikostrukturausgleich und Gesundheitsfonds

Die Regelungen des SGB V bezüglich Versicherungspflicht und Versicherungsberechtigung legen die Kriterien fest, die den Personen- bzw. Versichertenkreis der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) abgrenzen. Durch die Wahl einer Krankenkasse tritt ein Mitglied dieses Personenkreises in die Solidargemeinschaft dieser Krankenkasse ein und damit dem dort gebildeten Leistungs- und Finanzierungsverbund bei. Die gewählte Krankenkasse kauft dann für ihre Versicherten Leistungen ein und finanziert diese über die Beitragszahlungen ihrer Mitglieder. Es gehört zum Wesen jeder Versicherung - unabhängig ob gesetzlich oder privat -, dass es im Rahmen dieses Verbundes ex post immer zu einer Umverteilung zwischen den gesunden und kranken Versicherten respektive Mitgliedern kommt. Die Umverteilung innerhalb der GKV orientiert sich darüber hinaus - da immer risikounabhängige Beiträge erhoben werden, seien dies einkommensabhängige Beiträge oder Pauschalen- am Solidarprinzip, d. h. im Falle einer Krankenversicherung impliziert dies eine ex ante Umverteilung von niedrigen zu hohen Gesundheitsrisiken (Risikoausgleich), von jungen zur alten Versicherten (Generationenausgleich), im Rahmen einer beitragsfreien Mitversicherung der Kinder von Alleinstehenden zu kinderreichen Familien (Familienlastenausgleich) sowie, wenn wie in Deutschland einkommensabhängige Beiträge erhoben werden, von Beziehern höherer beitragspflichtiger Einnahmen zu solchen mit niedrigen (Einkommensumverteilung).

In einem Land mit nur einer einzigen gesetzlichen Krankenkasse ergäbe sich automatisch ein Ausgleich über alle Versicherten, Beitragszahler und auch Regionen. In der Bundesrepublik Deutschland existieren nun aber etwa 250 Krankenkassen, die teilweise regional, teilweise überregional oder bundesweit agieren und insofern eine Vielzahl von Solidargemeinschaften bilden. Um die für eine Sozialversicherung o. a. typischen Solidarelemente zumindest bezüglich eines Grundkataloges von Leistungen nicht nur kassenindividuell, sondern über den ganzen Versichertenkreis der GKV hinweg zu verwirklichen, wurde – zusammen mit der Einführung der Kassenwahlfreiheit - ein kassenartenübergreifender RSA etabliert, an dem mit Ausnahme der landwirtschaftlichen Krankenkassen alle gesetzlichen Krankenversicherungsträger teilnehmen.

Dieser RSA zielt auf die Realisierung eines zielorientierten Wettbewerbs ab. Zum einen sollen so gleiche Startchancen der Krankenkassen im Wettbewerb um Versicherte und Mitglieder geschaffen und zum anderen soll ein dauerhaftes Auftreten von Risikoselektion verhindert werden. Jede Krankenkasse soll unabhängig von ihren jeweiligen Versicherten- bzw. Risikostrukturen eine faire Chance im Wettbewerb erhalten. Der im Jahre 1994 eingeführte RSA, zielt deshalb darauf ab, die Ungleichverteilung der Beitragseinnahmen, Familienlasten und Morbiditätsrisiken zwischen den Krankenkassen zu beseitigen (vgl. Bundesversicherungsamt o. J., S. 2, sowie Rürup, B, 2001). Dem RSA fällt somit die Aufgabe zu, jede Krankenkasse so zu stellen, „als entspräche der Anteil, den sie zur Bewältigung dieser Risiken aufbringt, genau dem Durchschnitt aller Krankenkassen“ (Bundesversicherungsamt). Zudem zielt der RSA darauf ab, nach Möglichkeit einen „Wettbewerb durch Risikoselektion“ auszuschließen, d. h. die Krankenkassen sollen keine Anreize haben, mit Hilfe von Risikoselektion relevante Wettbewerbsvorteile zu erlangen (vgl. Resch, S. 2004, S. 42ff.). Schließlich wird dem RSA im Rahmen des Wettbewerbs der Krankenkassen noch die Aufgabe zugewiesen, Anreize zu wirtschaftlichem Handeln zu setzen.

Aus diesen Gründen gleicht der geltende RSA Einnahmenunterschiede bezüglich einer unterschiedlichen Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen einer Krankenkasse aus und ebenso Belastungsunterschiede, die aus einer unterschiedlichen Verteilung bestimmter Morbiditätsrisiken der Versicherten sowie auf unterschiedlichen Anteilen von beitragsfrei Mitversicherten resultieren. Zur Erfassung

der Morbiditätsrisiken dienen hierbei nicht die tatsächlichen Leistungsausgaben, sondern durchschnittliche sog. standardisierte Leistungsausgaben, die anhand der indirekten Risikomerkmale Alter, Geschlecht, Bezug einer Erwerbsminderungsrente, Einschreibung in ein strukturiertes Behandlungsprogramm die Morbidität abbilden. Weiterhin erfolgt eine leistungsrechtliche Unterscheidung nach dem Krankengeld. Der Beitragsbedarf einer Krankenkasse bestimmt sich somit als Summe der standardisierten Leistungsausgaben über alle ihre Versicherten, so dass sie für jeden Versicherten den Geldbetrag zugewiesen bekommt, welcher GKV-durchschnittlich und gemessen an den o. beschriebenen Risikomerkmale für dessen Versorgung anfällt.

Der Abgleich der berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben aller Versicherten mit den gesamten beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder ermöglicht die Bildung eines fiktiven, GKV-weiten Beitragssatzes, den Ausgleichsbedarfssatz. Multipliziert man den Ausgleichsbedarfssatz mit den beitragspflichtigen Einnahmen einer Krankenkasse, erhält man deren Finanzkraft. Auf diese Weise wird jeder Beitragszahler unabhängig von seiner Kassenzugehörigkeit und deren individuellem Beitragssatz in gleichem Maße an der (ex ante umverteilenden) solidarischen Finanzierung in der GKV beteiligt. Dies bedeutet, dass jede Krankenkasse für jedes Mitglied - sprich für jeden Beitragszahler - einen Beitrag abführt, der dem Produkt aus dessen beitragspflichtigen Einnahmen und dem Ausgleichsbedarfssatz entspricht. Da für eine Krankenkasse einerseits Einzahlungen in den RSA entsprechend ihrer Finanzkraft anfallen und ihr andererseits Auszahlungen aus dem RSA nach ihrem Beitragsbedarf zustehen, fließt nur der jeweilige Saldo von der Kasse in den RSA bzw. aus dem RSA an die Kasse.

Der RSA ist somit kein Finanzausgleich, der die Beitragssätze der Krankenkassen so weit als möglich angleicht, sondern ein Transfersystem, welches weiterhin Differenzen in den Beitragssätzen der Krankenkassen zulässt. Derzeit (November 2006 und Werte nach BMG) liegt die Spanne der Kassenbeiträge bei 11,3% bis 15,5%. Diese Beitragssatzdifferenzen sollen allerdings nicht aus den unterschiedlichen Risikostrukturen ihrer Versicherten oder erfolgreicher Risikoselektion erwachsen, sondern aus Wettbewerbsvorteilen im Vertragsgeschäft und im Versorgungsbereich (vgl. Wille, E. 1999, S. 123).

Die Notwendigkeit eines RSA besteht in jedem wettbewerblichen Krankenversicherungssystem, welches durch einen Kontrahierungszwang sowie risikounabhängige (einkommensbezogene oder pauschale) Beiträge gekennzeichnet ist. Der RSA erübrigt sich in einem stärker mit risikoadjustierten Prämien arbeitenden Versicherungssystem. Bei einem Finanzierungssystem mit kassenspezifischen Gesundheitspauschalen beschränkt sich der RSA auf einen Ausgleich der Morbiditätsstrukturen (vgl. Rürup, B. und Wille, E. 2004, S. 29). Unabhängig von seiner konkreten Ausgestaltung bildet der RSA bei einer nicht risikoäquivalenten Beitragsgestaltung für den Krankenversicherungsschutz, eine unverzichtbare und dauerhafte Grundlage eines funktionsfähigen Wettbewerbs der Krankenkassen (siehe u.a. Cassel, D und Janssen, J. 1999, S. 15f.; Rürup 2001, Jacobs, K. et al. 2001; Lauterbach, K. und Wille, E. 2001; IGES, Lauterbach, K. und Wasem, J. 2004). Insofern geht es in der GKV nicht um das „Ob“, sondern nur um das „Wie“, d. h. um die konkrete Ausgestaltung, des RSA.

Der bestehende RSA berücksichtigt aber weder Satzungs- oder Mehrleistungen der einzelnen noch deren Verwaltungsausgaben. Daher, bleibt eine Ausgleichswirkung bezüglich dieser Merkmale zwischen den Krankenkassen aus. Nach den endgültigen Rechnungsergebnissen des Jahres 2005 (KJ1) betragen die im RSA berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben ca. 129,2 Mrd. EUR. Dies entspricht einem Anteil an den Gesamtausgaben von knapp 92%. Das restliche Ausgabenvolumen finanzieren die Krankenkassen separat. Entsprechend müssen unter diesen Bedingungen Krankenkassen

sen mit überdurchschnittlich hohen Satzungs- oder Mehrleistungen (oder mit hohen Verwaltungsausgaben) einen höheren individuellen Beitragssatz kalkulieren, als solche, die diese Leistungen nicht anbieten bzw. mit einem geringeren Verwaltungsaufwand auskommen. Die Finanzierung von Mehrleistungen oder einem höheren Verwaltungsaufwand schlägt sich dann aber bei solchen Krankenkassen mit überdurchschnittlich hohen beitragspflichtigen Einnahmen, bei sonst gleichen Rahmenbedingungen, in einem geringeren Beitragssatzaufschlag nieder als bei Krankenkassen mit unterdurchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen. Da der Beitragssatz einer Krankenkasse ein Wettbewerbssignal darstellt, generiert eine Kasse aufgrund einer höheren ökonomischen Leistungsfähigkeit ihrer Mitglieder im Rahmen der vom RSA nicht erfassten Ausgaben Wettbewerbsvorteile.

Die vorgesehene Einführung eines Gesundheitsfonds sieht die Erhebung eines einheitlichen Beitragssatzes für das gesamte Bundesgebiet vor. Die Krankenkassen erhalten dann aus dem Fonds den überwiegenden Teil ihrer Einnahmen, um die Versorgung ihrer Versicherten sowie ihren Verwaltungsaufwand zu finanzieren. Zur Deckung möglicher Einnahmedefizite sollen die Krankenkassen zudem einen kassenindividuellen Zusatzbeitrag – in absoluter oder prozentualer Ausgestaltung – von ihren Versicherten erheben oder etwaige Überschüsse auszahlen. Um soziale Härten zu vermeiden, erfolgt eine Begrenzung der Höhe des Zusatzbeitrags auf 1% der beitragspflichtigen Einnahmen eines Mitgliedes (Auf die Problematik der Einkommensprüfung bei Zusatzbeiträgen unterhalb der Grenze von 8 € sei hier nur verwiesen). Durch die bundeseinheitliche Beitragssatzfixierung im Rahmen des Gesundheitsfonds werden auch die Beitragssätze für Arbeitgeber und Arbeitnehmer gesetzlich festgelegt, wobei die Arbeitnehmer weiterhin den Sonderbeitrag in Höhe von 0,9% separat finanzieren. Aus dem Gesundheitsfonds erhalten die Krankenkassen für alle Versicherten eine einheitliche Kostenpauschale, modifiziert um morbiditätsbezogene Zu- oder Abschläge. Damit erübrigt sich der bislang im RSA durchgeführte Finanzkraftausgleich, denn die Höhe des Beitragssatzes, bislang das zentrale Wettbewerbsinstrument der Krankenkassen im Kampf um Mitglieder, wird zukünftig zentral und einheitlich durch den Gesetzgeber festgesetzt. Damit wird der bisherige Finanzkraftausgleich implizit und vorgelagert geregelt.

Da zumindest zu Beginn über den Fonds 100% der Ausgaben der GKV abgedeckt werden sollen, erfolgt in der Gesamtbetrachtung ein 100%iger Finanzkraftausgleich. Gleichwohl werden nicht alle Krankenkassen mit den Fondszuweisungen eine vollständige individuelle Ausgabendeckung erreichen, während anderen Erstattungen möglich sein werden. Bei Krankenkassen, die derzeit einen überdurchschnittlichen Beitragssatz aufweisen, reichen die Fondszuweisungen nicht für eine Deckung ihres Ausgabenvolumens. Die Krankenkassen sind dann gezwungen, eine Pauschale bzw. einen prozentualen Zusatzbeitrag zu erheben.

4 Die kassenindividuelle Beitragsgestaltung im Rahmen des Risikostrukturausgleichs

Im Zusammenhang mit dem RSA und der Beitragsgestaltung konzentrierte sich die gesundheitsökonomische und -politische Diskussion in den letzten Jahren auf die Ebenen von Bund und Bundesländern (vgl. Jacobs, K., Reschke, P. und Wasem, J. 1996, S. 10 ff. und 1998, S. 51ff. sowie Wille, E. und Schneider, K. S. 100ff.). Wie Abbildung 1 veranschaulicht, erfolgt derzeit bei bundesweitem

RSA⁴ die Beitragsgestaltung, d. h. die Beitragssatzkalkulation einer Krankenkasse, entweder innerhalb eines Bundeslandes, regional, überregional oder bundesweit. Bei den meisten Orts- oder In-nungskrankenkassen bildet die Länderebene, bei den Ersatzkassen grundsätzlich die Bundesebene die Bezugsbasis für die Beitragssatzkalkulation. Bei den Betriebskrankenkassen kommen alle vier Varianten in der Beitragssatzkalkulation vor; eine solche Kasse kalkuliert ihre Beitragssätze überregional, wenn sich ihr Tätigkeitsbereich auf drei oder mehr Bundesländer, aber noch nicht auf das gesamte Bundesgebiet erstreckt.

Bei einem bundesweiten RSA und einer Beitragssatzkalkulation der Krankenkassen nach Tätigkeitsgebiet, befindet sich ein Versicherter in zwei vertikal verschränkten Solidargemeinschaften. Der bundesweite, allgemeine RSA konstituiert eine übergreifende bundesweite Solidargemeinschaft, und darunter bildet eine einzelne Krankenkasse mit ihrem speziellen Beitragssatz sowie spezifischen Satzungs- und Mehrleistungen ebenfalls eine eigene Solidargemeinschaft. Diese kassenspezifische Solidarität kann, wie oben angedeutet, in räumlicher Hinsicht aus einer kleinen regionalen Einheit, z. B. bei einer Betriebskrankenkasse, einem größeren Teil eines Bundeslandes, einem ganzen Bundesland, mehreren Bundesländern sowie dem gesamten Bundesgebiet bestehen. Fiskalische Effekte, die sich im Rahmen der GKV auf ein Bundesland beziehen, sind nur für solche Mitglieder hinsichtlich ihres Beitragssatzes von Relevanz, die einer Krankenkasse angehören, deren Tätigkeitsgebiet mit einem Bundesland zusammenfällt. Dieser Bezug zu einem Bundesland trifft derzeit noch für die meisten Ortskrankenkassen zu, nimmt aber im Zuge von Fusionen auch innerhalb des AOK-Systems ab – siehe AOK-Rheinland und AOK-Hamburg – und dürfte sich durch die Möglichkeit kassenartenübergreifender Fusionen, die das GKV-WSG eröffnet, noch weiter abschwächen.

Risikostrukturausgleich	bundesweit	regional
	Beitragssatzkalkulation nach Tätigkeitsgebiet	
Teile eines Bundeslandes		
Bundesland		
mehrere Bundesländer		
Bundesweit		

Abbildung 1: Kombinationen räumlicher Ebenen von Risikostrukturausgleich und Beitragssatzkalkulation

⁴ Eine Ausnahme bildet hier gemäß § 313a SGB V die Rechtskreistrengung nach alten und neuen Bundesländern, welche bis Ende 2006 Gültigkeit besaß.

Die regionale Abgrenzung auf ein Bundesland widerspricht dem Sozialversicherungsrecht im Allgemeinen und dem Prinzip der GKV im Besonderen in verteilungs- und ordnungspolitischer Hinsicht. Das Bundesverfassungsgericht stellt in seinem Urteil zum RSA vom 18.07.2005 (2 BvF 2/01) fest, dass „die Krankenkassen und die von ihnen verwalteten Beitragsmittel finanzverfassungsrechtlich nicht als Teil eines Landes und als Teil der Landeshaushalte betrachtet werden“ können. Abwegig ist in ökonomischer Hinsicht daher das Unterfangen, Bundesländer über eine Bilanzierung von Zu- und Abflüssen als „Gewinner“ und „Verlierer“ bestimmter Reformprojekte zu ermitteln bzw. zu bezeichnen (so jedoch Drabinski, T. 2006, S. 30ff.). Unter Inzidenzaspekten schlagen sich die Effekte bestimmter Reformen ohnehin nie bei Staaten, Bundesländern oder Krankenkassen, sondern bei den Versicherten, Arbeitgebern und Patienten sowie mittelbar bei den Leistungserbringern nieder. Der Versuch, die Effekte von Reformmaßnahmen bei den Wirtschaftssubjekten innerhalb eines Bundeslandes zu messen, sieht sich zu dem mit dem Problem konfrontiert, dass die Bundesländer in ihrer heutigen Abgrenzung keine isolierten Wirtschaftsräume darstellen. In wirtschaftlichen Ballungsräumen wie z. B. der Rhein-Neckar-Region, die im Schnittpunkt von drei Bundesländern liegt, lassen sich etwa die Beschäftigungswirkungen bestimmter Projekte kaum länderspezifisch zuordnen.

Wenn man ungeachtet dessen der Fragestellung des Auftrags folgend die finanziellen Ströme innerhalb der GKV aus bundeslandspezifischem Bezug analysiert, gewinnt die Ebene der Beitragssatzkalkulation unter dem Aspekt einer Erweiterung des Finanzkraftausgleichs um Verwaltungsausgaben sowie Satzungs- und Mehrleistungen eine besondere Bedeutung. Eine regional tätige und damit in ihrer Kalkulation die regionalen Besonderheiten berücksichtigende Krankenkasse tätigt ihre Ausgaben – von grenzüberschreitenden und im Rahmen eines „Interkassenausgleichs“ vorgesehenen Inanspruchnahmen von Leistungen durch die Versicherten abgesehen – in dem jeweiligen Bundesland. Regionale Über- und Unterversorgung schlagen sich damit bei diesen Krankenkassen voll in ihren Beitragssätzen nieder, was z. B. die Beitragssatzprobleme der AOK-Berlin erklärt. Überregional und vor allem bundesweit tätige Krankenkassen gleichen dagegen im Zuge einer Mischkalkulation in ihrem Beitragssatzgebiet solche Versorgungsunterschiede aus. Dies bedeutet, dass bundesweit kalkulierende Krankenkassen ausgabenintensive oder einnahmenschwache Regionen auf Kosten der weniger ausgabenintensiven oder einnahmestarken Regionen entlasten. Die Versicherten dieser Krankenkassen in den weniger ausgabenintensiven (einnahmestarken) Regionen leisten quasi eine Quersubvention für die Versicherten in den anderen Regionen. Diese Quersubventionen mögen Wettbewerbsprobleme zwischen regional und bundesweit kalkulierenden Krankenkassen aufwerfen, aber die Versicherten treten den bundesweit tätigen Krankenkassen in den weniger ausgabenintensiven (einnahmestarken) Regionen freiwillig bei und akzeptieren damit implizit die Mischkalkulation (siehe hierzu ausführlicher Wille, E. und Schneider, U. 1999, S. 109ff.).

Die (überregional oder) bundesweit kalkulierenden Krankenkassen gleichen mit ihren Einnahmen bzw. ihrem Beitragssatz alle ihre Ausgaben und damit auch ihre Verwaltungsausgaben sowie ihre Satzungs- und Mehrleistungen in ihrem Tätigkeitsgebiet aus. Der vorgesehene Gesundheitsfonds, der den bundesweiten RSA um diese Ausgaben bzw. Leistungen erweitert, ändert bei den bundesweit kalkulierenden Krankenkassen an den Transfers zwischen den Bundesländern in quantitativer Hinsicht kaum etwas. Die Versicherten in finanzkraftstarken Bundesländern beteiligen sich bereits heute stärker an der Finanzierung von Verwaltungsausgaben sowie Satzungs- und Mehrleistungen. Die Vervollständigung des RSA stellt zwar eine Krankenkasse mit über- bzw. unterdurchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen schlechter bzw. besser als im geltenden System, interregionale Verteilungseffekte können dann aber nur im Zusammenhang mit der Erhebung eines Zusatzbeitrages oder der Gewährung einer Rückzahlung auftreten (siehe hierzu Punkt 6). Bei Ausblendung der über-

regional und vor allem bundesweit kalkulierenden Krankenkassen besteht – auch bei ansonsten zutreffender Fragestellung – zwangsläufig die Gefahr, die Transfers, die infolge des Gesundheitsfonds zwischen den Bundesländern fließen, zu hoch zu veranschlagen.

5 Die Auswirkungen des bestehenden Risikostrukturausgleichs auf die Bundesländer: Eine Status quo Analyse

5.1 Datengrundlage

Grundlage der Auswertungen bildet eine die Studie des Bundesversicherungsamtes im Auftrag der Bund-Länder-Arbeitsgruppe (vgl. Bundesversicherungsamt 2004) Schwerpunkt der Studie ist die Analyse der Verteilungswirkungen insbesondere auf Ebene der Bundesländer.

Zu Durchführung einer solchen Analyse sind sowohl Daten zu den beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder eines Bundeslandes als auch zu den Leistungsausgaben der Versicherten notwendig. Die in der Studie verwendeten Daten zu den regionalisierten beitragspflichtigen Einnahmen stützen sich – aufgrund fehlender Daten bei bundesweit kalkulierenden Krankenkassen – auf eine Auswertung des Sozioökonomischen Panels (SOEP) für das Jahr 2002 durch Andersen und Grabka im Auftrag des BMGS im August 2004 (vgl. Bundesversicherungsamt 2004 S. 3ff. und BMGS 2004). Die in der Untersuchung verwendeten Leistungsausgaben der Versicherten beziehen sich auf eine GKV-weite Versichertenstichprobe, die auf Grundlage von § 268 Abs. 3 SGB V zur Vorbereitung der Gruppenbildung eines direkt morbiditätsorientierten RSA erhoben wurde. Ergänzende Meldungen der Spitzenverbände der am RSA teilnehmenden Krankenkassen erlauben es, die Datensätze mit Hilfe von Postleitzahlen regional zu kodieren und den Bundesländern – von Unschärfen durch 4-stellige Postleitzahlen abgesehen – zuzuordnen (vgl. Bundesversicherungsamt 2004, S. 4). Die Daten beinhalten dabei weder die Ausgaben der landwirtschaftlichen Krankenversicherung noch Ausgaben für Zahnbehandlung oder Satzungs- und Mehrleistungen. Der Datensatz ermöglicht aber die Bestimmung

- der restlichen Leistungsausgaben (berechnet mit den standardisierten Leistungsausgaben des Jahresausgleichs 2002 – ohne Zahnbehandlung s. o.) und damit des Beitragsbedarfs je Bundesland (ohne explizite Berücksichtigung des Risikopools⁵) sowie
- der korrespondierenden Versichertenzeiten.

Unter Verwendung der Ergebnisse von endgültigen Rechnungsergebnissen der GKV (KJ 1) und der Statistik über Mitglieder und Versicherte der GKV, gegliedert nach Status, Wohnort und Kassenart (KM 6 für das Jahr 2002), wurden darauf aufbauend die entsprechenden Länderwerte ermittelt.⁶

5 Da der Risikopool einen Ist-Ausgleich darstellt, indem Ausgaben der Kassen, die einen Schwellenwert überschreiten anteilig berücksichtigt werden, ist davon auszugehen, dass durch dessen Existenz die regionalen Umverteilungsströme gesenkt werden. So sank durch die Einführung des Risikopools der Beitragsbedarfs-transfer zwischen den Rechtskreisen West und Ost von 649 Mio. EUR auf 604 Mio. EUR (vgl. dazu auch Göppfarth, D. 2006).

6 Für eine genauere Beschreibung des Datensatzes sei auf die o. a. Arbeiten verwiesen. Weiterhin wird bezüglich der Probleme und Grenzen im Rahmen von Survey-gestützten Analysen auf das „Gutachten zur Erhe-

Wie bereits mehrfach erwähnt ist eine regionale Datenerfassung in der GKV derzeit nicht vorgesehen, so dass keine eindeutige regionale Zuordnung möglich ist. Mit vorliegendem Datensatz werden die beitragspflichtige Einnahmen und die Ausgaben dem Wohnort des Versicherten zugeordnet. In Einzelfällen kann diese Zuordnung zu Abweichungen führen, da beispielsweise bei Regionalkassen alle Versicherten mit den dazugehörigen Daten am Sitz der Kasse erfasst werden (vgl. Bundesversicherungsamt 2004, S. 7ff.).

5.2 Spezifikation des benutzten Rechenmodells

Die fiktive Aufteilung der GKV-Solidargemeinschaft auf Bundesländerebene bewirkt, dass die folgenden Auswertungen, abgesehen von o. a. Einschränkungen, ähnlich dem derzeitigen RSA einen Ausgleichsbedarfssatz bestimmen, der wie im tatsächlichen RSA das gesamte Bundesgebiet bezüglich Einnahmen und Ausgaben erfasst⁷. Darauf aufbauend wird der Finanzkrafttransfer bestimmt. Der Finanzkrafttransfer stellt dabei die Transferzahlung dar, die benötigt wird, damit die Finanzkraft eines jeden Versicherten in jedem Bundesland ein einheitliches Niveau hat⁸. So geben reiche Bundesländer, deren Einwohner über überdurchschnittliche beitragspflichtige Einnahmen verfügen, Mittel im Rahmen dieses Finanzkrafttransfers ab, Bundesländer mit unterdurchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen erhalten eine Zuweisung. Im Ergebnis addieren sich die Zu- und Abflüsse des Finanzkrafttransfers über alle Bundesländer zu null.

Mit Einführung der Minijobregelung und der Erhebung von pauschalen Abgaben für solche Beschäftigungsverhältnisse wurden zusätzliche Einnahmen für die GKV generiert. Auch diese Einnahmen werden in den RSA mit einbezogen und dienen damit der Finanzierung der Ausgaben und des impliziten Ausgleichs. Wenn nun ein Bundesland eine Vielzahl, solcher Beschäftigungsverhältnisse aufweist, werden diese bundeslandspezifischen Einnahmen zunächst diesem Land entzogen, um anschließend im Rahmen der länderspezifischen Zuweisungen des Finanzkrafttransfers anteilmäßig dem Bundesland wieder zuzufließen. Um diesen Effekt ebenfalls in der Rechnung zu berücksichtigen, werden die Einnahmen aus geringfügiger Beschäftigung sowohl beim Ausgleichsbedarfssatz als auch bei der Bestimmung des Finanzkrafttransfers berücksichtigt.

Der Beitragsbedarfstransfer folgt einem ähnlichen Aufbau. Er bestimmt sich als die Differenz zwischen dem Beitragsbedarf eines Bundeslandes bezogen auf die bundeslandspezifische Risikostruktur und dem durchschnittlichen Beitragsbedarf eines Versicherten (bezogen auf das Bundesgebiet)

bung regionalbezogener Einnahmedaten im Risikostrukturausgleich (RSA) von Andersen, H. und Grabka, M. (2004).

7 Eine Rechtskreistrennung erfolgt dabei nicht.

8 Die hier verwendete Bestimmung des Finanzkrafttransfers unterscheidet sich von der Legaldefinition des §27a Abs. 2 RSAV. Dort wird der Finanzkrafttransfer bestimmt als Gegenüberstellung einer Situation mit rechtskreisgetrenntem Ausgleichsbedarfssatz für West und Ost und einer Situation mit einheitlichem Ausgleichsbedarfssatz für das gesamte Bundesgebiet. Sofern dieser Ausgleichsbedarfssatz aber rechtskreisgetrennt ermittelt wird, erfasst er auch die jeweiligen berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben der Rechtskreise. Da diese berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben aber u. a. auch geprägt sind von den in den jeweiligen Rechtskreisen vorherrschenden alters- und geschlechtsspezifischen Versichertenstrukturen, erfasst er so auch diese Komponenten, die im eigentlichen Sinne einem Beitragsbedarfstransfer zuzuordnen sind. Die hier verwendete Abgrenzung vermeidet diese Vermischung. Gleichzeitig sind die Transfervolumina aber nicht direkt vergleichbar mit den Werten, die im Rahmen des West-Ost-Transfers in den Statistiken ausgewiesen werden (vgl. dazu auch Bundesversicherungsamt 2004).

gewichtet mit der Versichertenzahl des Bundeslandes. Auch hier wird durch diese Verrechnung erreicht, dass für ein Bundesland dann Ausgleichszahlungen erfolgen, wenn die in diesem Bundesland vorherrschende Risikostruktur vom Bundesdurchschnitt abweicht. Bei überdurchschnittlichem Ausgabenbedarf – also einer überdurchschnittlich schlechten Risikostruktur – erhält das Bundesland im Rahmen des Beitragsbedarfstransfers Zuweisungen aus dem RSA. Bei überdurchschnittlich guter Risikostruktur ergibt sich ein negativer Beitragsbedarfstransfer mit entsprechenden Abflüssen.

Ob ein Bundesland letztendlich Nettozahler oder Nettoempfänger aus dem RSA ist, bestimmt sich aus dem Zusammenspiel von Beitragsbedarfstransfer und Finanzkrafttransfer.

Eine solche Aufschlüsselung erlaubt es, eine differenziertere Betrachtung der länderspezifischen Strukturen anzustellen. So ist es möglich, dass ein Bundesland bezogen auf die beitragspflichtigen Einnahmen seiner Versicherten (und/oder bezogen auf die Mitversichertenzahl) eine überdurchschnittlich hohe Finanzkraft aufweist und damit „Finanzkraftzahler“ in den RSA ist. Weist die Bevölkerung des Bundeslandes gleichzeitig eine überdurchschnittlich schlechte Risikostruktur auf, so ist dasselbe Bundesland bezogen auf den Beitragsbedarfstransfer in der Empfängerposition. Erst die Kombination aus beiden weist letztendlich aus, ob ein Bundesland in der Gesamtbetrachtung Nettozahler oder Nettoempfänger ist.

5.3 Datenkalibrierung und Datenhochrechnung

Im ersten Schritt wird aufbauend auf den vorliegenden Gesamtdaten die bereits bekannte Auswertung des Bundesversicherungsamtes für das Jahr 2002 ohne Berücksichtigung der Ausgaben für Zahnbehandlung vorgenommen. Die folgende Tabelle 1 zeigt diese Auswertung, wobei sich die Ergebnisse mit den Werten des Bundesversicherungsamtes decken (vgl. Bundesversicherungsamt 2004, S. 12).

Bezüglich des Finanzausgleichs zählen hier zu den Zahlerländern vor allem Hamburg mit 655 Mio. EUR und Hessen mit 547 Mio. EUR. Im Hinblick auf die Risikostruktur und den damit verbundenen Beitragsbedarfstransfer ergibt sich ein ähnliches, aber nicht kongruentes Bild. So sind Hamburg im Besonderen und Niedersachsen zwar bezüglich des Finanzkrafttransfers Zahler, bezogen auf den Beitragsbedarfstransfer aber Empfänger aus dem RSA. Sie weisen also, gemessen am Stichprobendurchschnitt - und bezogen auf die angewendeten Risikomerkmale – eine überdurchschnittliche schlechte Struktur auf. Baden-Württemberg weist mit einem Beitragsbedarfstransfer von 475 Mio. EUR zusammen mit Bayern (395. Mio. EUR) die deutlichste Zahlerposition im Rahmen der Beitragsbedarfe auf. Zwar sind diese beiden Länder auch in der Zahlerposition bezüglich des Finanzkrafttransfers, aber der Umstand, dass diese Länder neben Hamburg und Hessen im Rahmen des Gesamttransfers die deutlichste Nettoposition einnehmen, resultiert weitgehend aus deren günstiger Risikostruktur, während die Nettozahlerposition von Hamburg und Hessen maßgeblich durch eine überdurchschnittliche Finanzkraft bestimmt wird.

Tabelle 1: Datenauswertung für das Jahr 2002 ohne Zahnbehandlungskosten

Bundesland	Beitrags- bedarf in Mio.	Beitrags- pflichtige Einnahmen in Mio.	GKV- Beiträge aus Minijobs in Mio.	Finanzkraft- transfer in Mio.	Beitrags- bedarfs- transfer in Mio.	Gesamt- transfer
Schleswig-Holstein	3.838,3	31.048,5	38,9	15,9	36,6	52,5
Hamburg	2.103,2	22.097,0	22,5	-655,2	69,3	-585,9
Niedersachsen	10.881,4	89.344,4	118,6	-141,9	122,9	-19,0
Bremen	1.007,0	7.538,5	10,2	40,7	46,4	87,1
Nordrhein-Westfalen	26.056,7	213.073,3	283,7	145,7	-85,7	60,0
Hessen	8.479,0	74.460,1	96,2	-547,2	-55,6	-602,8
Rheinland-Pfalz	5.153,7	44.079,1	51,7	-202,7	-14,6	-217,3
Baden-Württemberg	14.850,3	127.190,4	160,1	-183,6	-475,1	-658,7
Bayern	17.045,9	144.288,4	172,8	-144,0	-395,1	-539,1
Saarland	1.586,4	12.667,0	16,7	3,7	37,4	41,1
Berlin	4.866,8	38.133,1	37,0	55,9	172,1	228,0
Brandenburg	3.857,2	29.796,8	21,1	233,6	6,7	240,4
Mecklenburg-Vorpommern	2.663,7	20.887,8	14,4	115,4	13,2	128,6
Sachsen	6.907,6	48.281,7	34,8	703,0	343,3	1.046,3
Sachsen-Anhalt	3.958,1	29.857,1	20,2	225,3	109,6	334,8
Thüringen	3.768,2	27.714,0	19,9	335,3	68,6	403,9
BUND	117.023,3	960.457,4	1.118,9	0,0	0,0	0,0

Anmerkung: Ohne Aufwendungen für Zahnbehandlung und Zahnersatz, sowie ohne explizite Verrechnung des Risikopools.

Quelle: Bundesversicherungsamt 2004 sowie eigene Berechnungen.

Der wohl größte Profiteur, also der mit Abstand deutlichste Nettoempfänger aus dem RSA, ist das Land Sachsen. Nicht nur die unterdurchschnittliche Finanzkraft der Einwohner dieses Landes bewirken in dieser Modellausgestaltung Zuflüsse i. H. von über 700 Mio. EUR, da Sachsen auch über eine unterdurchschnittliche Risikostruktur verfügt, erhält das Land im Rahmen des Beitragsbedarfstransfers weitere 343 Mio. EUR.

Die vorstehende Auswertung erledigt aufgrund fehlender Daten noch keine Gesamtbetrachtung, da die Aufwendungen für Zahnersatz und Zahnbehandlung (11,5 Mrd. EUR) nicht zugewiesen wurden. Die folgende Auswertung nimmt diese fehlenden Ausgaben in Form einer Hochrechnung mit auf. Dabei werden die länderspezifischen Gesamtausgaben proportional angehoben. Diese Vorgehensweise hat zur Folge, dass Länder mit relativ hohen Leistungsausgaben auch relativ hohe Zahnbehandlungskosten zugewiesen bekommen. Länder mit einer relativ günstigen Ausgabenbilanz eine relativ geringe Aufwendungen. Ein solches Vorgehen ist allerdings notwendigerweise mit Problemen behaftet. So ist es denkbar, dass ein Bundesland eine überdurchschnittlich schlechte Risikostruktur in der Versichertenstruktur aufweist, diese aber dennoch im Rahmen der Zahnbehandlungskosten ein eben günstiges Klientel darstellt. Hierzu ein Extrembeispiel: Anders als die sonstigen Ausgaben für Gesundheit weisen die Ausgabenverläufe der Zahnbehandlungskosten ihr Maximum nicht in den höchsten Alterklassen auf sondern in den Altersklassen mit der größten Wahrscheinlich-

keit für eine Zahnprothese (d. h. zwischen 50 und 70 Jahren). Bei einer Bevölkerungsgruppe die im Rahmen der allgemeinen Gesundheitsausgaben altersbedingt relativ hohe Werte ausweist (da alle über 80 Jahre sind), gleichzeitig aber bezüglich der Zahnbehandlungskosten unterdurchschnittliche Ausgaben hervorrufen, überschätzt eine derartige Verrechnung die zuzurechnenden Aufwendungen. Im Allgemeinen entstehen höhere Zahnbehandlungskosten aber im Kindesalter und zwischen dem 40. und 75. Lebensjahr. Insofern dürften sich der o. a. Fehler verrechnungsbedingt weitgehend ausgleichen und eventuelle Fehlspezifikationen vernachlässigbar sein.

Wie die folgende Tabelle 2 ausweist, verändert diese Hinzurechnung das o. a. Ergebnis bzw. dessen Tendenzaussage nicht. Zwar werden aufgrund des höheren Ausgabenvolumens jetzt größere Gesamttransfers ausgewiesen, die Position als Nettozahler bzw. Nettoempfänger bleibt davon aber unberührt.

Tabelle 2: Datenauswertung für das Jahr 2002 einschließlich Zahnbehandlungskosten

Bundesland	Beitrags- bedarf in Mio.	Beitrags- pflichtige Einnahmen in Mio.	GKV- Beiträge aus Minijobs in Mio.	Finanzkraft- transfer in Mio.	Beitrags- bedarfs- transfer in Mio.	Gesamt- transfer
Schleswig-Holstein	4.216,1	31.048,5	38,9	17,8	40,2	58,0
Hamburg	2.310,3	22.097,0	22,5	-720,0	76,2	-643,9
Niedersachsen	11.952,6	89.344,4	118,6	-154,5	135,0	-19,4
Bremen	1.106,1	7.538,5	10,2	44,9	50,9	95,8
Nordrhein-Westfalen	28.621,9	213.073,3	283,7	163,6	-94,1	69,4
Hessen	9.313,7	74.460,1	96,2	-600,1	-61,1	-661,2
Rheinland-Pfalz	5.661,1	44.079,1	51,7	-222,6	-16,1	-238,7
Baden-Württemberg	16.312,2	127.190,4	160,1	-200,5	-521,9	-722,4
Bayern	18.724,0	144.288,4	172,8	-157,7	-434,0	-591,7
Saarland	1.742,6	12.667,0	16,7	4,3	41,1	45,3
Berlin	5.345,9	38.133,1	37,0	60,7	189,0	249,7
Brandenburg	4.237,0	29.796,8	21,1	255,3	7,4	262,7
Mecklenburg-Vorpommern	2.925,9	20.887,8	14,4	125,8	14,5	140,2
Sachsen	7.587,6	48.281,7	34,8	770,1	377,1	1.147,2
Sachsen-Anhalt	4.347,7	29.857,1	20,2	246,0	120,3	366,4
Thüringen	4.139,2	27.714,0	19,9	367,1	75,4	442,4
BUND	128.544,0	960.457,4	1.118,9	0,0	0,0	0,0

Anmerkung: Ohne explizite Verrechnung des Risikopools.

Quelle: Bundesversicherungsamt 2004, KJ 1 2002, eigene Berechnungen.

Ein direkter Vergleich der Ergebnisse aus Tabelle 1 und Tabelle 2 mit den folgenden Auswertungen für die Jahre 2005 kann nicht vorgenommen werden, da die in den o. a. Tabellen verwendeten Versicherungstendenzen aus der Stichprobe zur Erhebung der regionalisierten Beitragsbedarfe auf RSA-Versicherungstagen beruht, während die folgenden Auswertungen auf der stichtagsbezogenen KM 6-Statistik

tik aufbauen. Entsprechend wird für das weitere Vorgehen ein stichprobenbezogener Durchschnittswert ermittelt, der als Hochrechnungsbasis dient⁹.

5.4 Quantifizierung der regionalen Umverteilung durch den RSA im Jahr 2005

5.4.1 Beschreibung der erweiterten Datengrundlage

Die Ermittlung der bestehenden Umverteilungswirkungen für das Jahr 2005 erfordert zunächst eine Anpassung der Modellstruktur. Im Jahr 2005 wurden zur pauschalen Abgeltung versicherungsfremder Leistungen der Krankenkassen 2,5 Mrd. Bundesmittel zusätzlich zur Verfügung gestellt. Entsprechend der „Verordnung über die Verteilung der pauschalen Abgeltung für Aufwendungen der Krankenkassen für versicherungsfremde Leistungen“ (vgl. Bundesgesetzblatt 2004, Teil 1 Nr. 19) werden (in vereinfachter Darstellung) diese Mittel den Kassen entsprechend der tatsächlichen Ausgaben für diese versicherungsfremden Leistungen zugewiesen. Die hier angesprochenen versicherungsfremden Leistungen sind beispielsweise Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft oder Empfängnisverhütung und Sterilisation etc. Diese Leistungen sind schon jetzt als berücksichtigungsfähige Leistungen im RSA erfasst und werden entsprechend in den hier angesetzten Ausgabenprofilen mitgeführt. Um eine Doppelerfassung zu vermeiden, werden daher keine zusätzlichen, weiteren Aufwendungen zugeschlagen und der Ausgleichsbedarfssatz nach Maßgabe des zusätzlichen Finanzvolumens korrigiert¹⁰.

Im Jahr 2005 werden im Rahmen von Minijobs Beiträge zur GKV geleistet. Diese Beiträge werden zentral eingezogen und dem RSA zugeführt. Während die Beiträge zentral von der Minijobzentrale der Bundesknappschaft vereinnahmt werden, bestehen die Beschäftigungsverhältnisse in einzelnen Bundesländern und dort werden auch die Beiträge zur Krankenversicherung erwirtschaftet. Unsere Auswertungen erfassen diese Beiträge vollständig, das heißt in unserem Modell des derzeitigen RSA werden sie sowohl als Beitragsaufkommensgröße als auch im Zuweisungsvolumen erfasst. Entsprechend addieren sich hier die Zuweisungen vom RSA sowie die Abgaben an den RSA trotz bestehender Minijobs zu Null. Die GKV-Beiträge aus Minijobs betragen im Jahr 2005 1,92 Mrd. EUR. Schlüsselt man die Beitragsentgelte nach der Zahl der Minijobs, wie in Tabelle 3, Spalte 1 ausgewiesen, negiert man dabei, dass länderspezifisch unterschiedliche durchschnittliche Gehaltszahlungen im Rahmen der Minijobs vorliegen können. Dieses Problem entfällt, wenn die Zuweisung sich orientiert an der Zuweisung des Steueranteils im Rahmen der Minijobs auf die Länder. Diese Zuweisung folgt einem Länderschlüssel, der die Steueranteile entsprechend der Entgeltsummen auf die Bundesländer verteilt und auch hier zur Anwendung kommt (vgl. Tabelle 3).

Die so ermittelten Werte sind allerdings denen der Verteilung entsprechend der Zahl der Beschäftigungsverhältnisse weitgehend vergleichbar.

9 In der in Tabelle 1 und Tabelle 2 ausgewiesenen Versichertenpopulation bestehen Abweichungen aufgrund von Datenausfällen, so beispielweise für die Werte von Rheinland-Pfalz. Entsprechend sind die direkt verglichenen Volumina nicht gegeneinander abgestimmt, wodurch beispielweise Rheinland-Pfalz zum Nettozahler im Finanzkraftausgleich wird, obwohl die beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied unterdurchschnittlich sind und gleichzeitig (nach KM6) eine überdurchschnittliche Mitversichertenzahl beobachtet werden kann. Die folgenden Auswertungen berücksichtigen dieses indem, wie auch beim Ausgleich der unterschiedlichen Erhebungsarten der Versichertenzahlen, ein (Teil-) Stichprobenbezogener Durchschnittswert in die weitere Verrechnung eingeht.

10 Die Gegenrechnung der Bundesmittelherkunft unterbleibt in diesem Zusammenhang.

Der Risikostrukturausgleich berücksichtigt alle Versicherten mit Ausnahme derer, die bei landwirtschaftlichen Krankenkassen (LKK) geführt werden. Die folgenden Auswertungen des Jahres 2005 verwenden die Versichertenzahlen nach KM 6. Diese Statistik erfasst Mitglieder und Versicherte stichtagsbezogen, aber nach KV-Bezirken und Kassenart getrennt und ermöglicht so eine Betrachtung auf Bundesländerebene, wobei auch hier das Wohnortprinzip zur Anwendung kommt.

Tabelle 3: Regionalzuweisung der Beiträge zur GKV bei Minijobs

Bundesland	Zahl der Minijobs	Beitragsentgelte nach Arbeitsverhältnissen regionalisiert	Beitragsentgelte nach Regionalschlüssel
Schleswig-Holstein	216.446	65.907.549	69.348.149
Hamburg	138.475	42.165.472	41.109.429
Niedersachsen	626.570	190.789.818	197.863.141
Bremen	64.717	19.706.249	16.712.712
Nordrhein-Westfalen	1.576.267	479.971.422	494.273.652
Hessen	491.049	149.523.835	151.374.908
Rheinland-Pfalz	323.466	98.495.011	106.615.576
Baden-Württemberg	971.959	295.960.356	296.602.611
Bayern	1.019.229	310.354.015	321.959.830
Saarland	90.212	27.469.446	28.622.920
Berlin	172.814	52.621.657	45.143.532
Brandenburg	108.344	32.990.619	29.007.121
Mecklenburg-Vorpommern	78.078	23.774.658	19.402.114
Sachsen	216.915	66.050.359	49.369.735
Sachsen-Anhalt	102.521	31.217.522	25.549.318
Thüringen	111.670	34.003.382	28.046.620
Bund	6.308.732	1.921.001.370	1.921.001.370

Quelle: Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See / Minijobzentrale 2005, eigene Berechnungen.

Die folgende Tabelle 4 weist die so ermittelten Versicherten- und Mitgliederzahlen, in der Gesamtbetrachtung, im Rahmen der landwirtschaftlichen Krankenkassen sowie die um die Versicherten der landwirtschaftlichen Krankenkassen korrigierten Versichertenzahlen aus¹¹. Letztgenannte bilden die Basis unserer Auswertungen.

Die Angaben zu der Zahl der Versicherten je Mitglied sowie die Familienquote (Familienversicherte je Mitglied) zeigen, dass insbesondere Nordrhein-Westfalen, das Saarland und Niedersachsen über eine relativ hohe Mitversichertenzahl verfügen. Da der RSA u. a. auch die Mitversichertenzahl ausgleicht, spricht die isolierte Betrachtung dieses Merkmals –unter sonst gleichen Voraussetzungen– für erhöhte Zuweisungen im Rahmen des Finanzkrafttransfers.

¹¹ Die verwendeten Versichertenzahlen nach KM 6 unterscheiden sich für die Länder Niedersachsen und Bayern deutlich zu den Werten von Drabinski (vgl. Drabinski 2006, S. 18). Die unterschiedlichen Erhebungsjahre erscheinen als Begründung dieser hohen Abweichung ungeeignet.

Die vorliegenden Versicherten- und Mitgliederzahlen liegen leicht unter den Bundeswerten, da die Versicherten und Mitglieder der GKV, die im Erhebungszeitraum im Ausland sind, unberücksichtigt bleiben.

Tabelle 4: Verwendete Versichertenzahlen nach KM 6 für das Jahr 2005

	Versicherte alle Kassen	Versi- cherte LKK	Versicherte ohne LKK	Mitglieder alle Kassen	Mitglieder LKK	Mitglieder ohne LKK	Versicher- te je Mit- glied	Familien- quote
Schleswig-Holstein	2.400.964	57.693	2.343.271	1.689.797	37.064	1.652.733	1,42	0,42
Hamburg	1.386.453	4.080	1.382.373	1.019.424	2.756	1.016.668	1,36	0,36
Niedersachsen	6.862.989	165.825	6.697.164	4.730.672	107.582	4.623.090	1,45	0,45
Bremen	566.539	918	565.621	407.786	627	407.159	1,39	0,39
Nordrhein-Westfalen	15.444.637	132.799	15.311.838	10.502.360	86.558	10.415.802	1,47	0,47
Hessen	5.075.306	50.449	5.024.857	3.543.539	34.699	3.508.840	1,43	0,43
Rheinland-Pfalz	3.416.824	66.042	3.350.782	2.367.727	45.539	2.322.188	1,44	0,44
Baden-Württemberg	8.948.629	116.172	8.832.457	6.209.477	74.606	6.134.871	1,44	0,44
Bayern	10.396.596	296.984	10.099.612	7.350.965	194.406	7.156.559	1,41	0,41
Saarland	896.143	3.397	892.746	616.585	2.361	614.224	1,45	0,45
Berlin	2.704.788	959	2.703.829	2.037.150	652	2.036.498	1,33	0,33
Brandenburg	2.266.142	7.047	2.259.095	1.776.986	4.794	1.772.192	1,27	0,27
Mecklenburg-Vorpommern	1.546.771	6.454	1.540.317	1.211.145	3.985	1.207.160	1,28	0,28
Sachsen	3.870.249	8.752	3.861.497	3.072.924	6.031	3.066.893	1,26	0,26
Sachsen-Anhalt	2.278.574	6.259	2.272.315	1.797.931	4.140	1.793.791	1,27	0,27
Thüringen	2.126.473	4.205	2.122.268	1.681.184	2.873	1.678.311	1,26	0,26
BUND	70.188.077	928.035	69.260.042	50.015.652	608.673	49.406.979	1,40	0,40

Werte unterschreiten die Gesamtwerte der KM 6 da Versicherte mit Wohnsitz im Ausland unberücksichtigt bleiben

Familienquote = Familienversicherte je Beitragszahler

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit 2005, eigene Berechnungen.

Die Hochrechnung der Regionalwerte der standardisierten Leistungsausgaben (sLa) erfolgt entsprechend der Veränderung der RSA ausgleichsfähigen Leistungsausgaben nach KJ1. Berücksichtigt werden dabei als kalibrierte Hochrechnung die Veränderungen der Versichertenzahlen auf Bundesländerebene¹². Oben beschriebene Abweichungen bezüglich der Erhebung der Versicherten- /Mitgliederzahlen werden so ausgeglichen. Dabei wird unterstellt, dass besagte Abweichungen die Versichertenstruktur nicht beeinflussen. Dieses Vorgehen abstrahiert allerdings von möglichen Veränderungen der durchschnittlichen standardisierten Leistungsausgaben bzw. RSA-Morbiditätsfaktoren die durch Verschiebungen in der Alters- oder Versichertenstruktur seit Erhebung der Stichproben-

¹² Zwischenzeitliche Veränderungen in der Struktur der Versicherten (beispielsweise einen extremen Zustrom Versicherten innerhalb einer Altersklasse) bleiben so unberücksichtigt. Diesbezügliche Veränderungen seit dem Erhebungsjahr 2002 sind als gering einzustufen, wodurch der dadurch bedingte Fehler das Ergebnis nicht maßgeblich beeinflussen wird.

werte im Jahre 2002 und dem Jahr 2005 entstanden sind. Beim Vergleich der Versichertenstrukturen der KM 6 der Jahre 2002 und 2005 ergeben sich mit Ausnahme der hier nicht berücksichtigten Versicherten, die sich im Ausland aufhalten, nur unwesentliche Änderungen in der Altersstruktur. Die Variation der Besetzungsanteile über die dort ausgewiesenen Altersklassen liegt in der Regel deutlich unterhalb von einem Prozentpunkt. Insofern ist anzunehmen, dass durch das eben beschriebene Vorgehen keine größeren Verwerfungen entstehen.

Das gleiche Vorgehen bietet sich auch für die Hochrechnung der beitragspflichtigen Einnahmen an, wobei hier nicht die Versicherten, sondern die Mitgliederzahl für die Anpassung angewendet wird. Neben der gewählten Hochrechnungsart bieten sich bei den standardisierten Leistungsausgaben aber vor allem bei den beitragspflichtigen Einnahmen mannigfaltige Möglichkeiten der Modifikation von Modellparametern und Hochrechnungsfaktoren. Da wäre beispielsweise eine Abbildung der länderspezifischen Veränderungsrate nach dem Wachstum der Bruttolöhne und -gehälter oder nach dem bundesländerbezogenen BIP je Erwerbstätigen etc.. Abgesehen davon, dass all diese Annäherungen ebenfalls nicht die eigentlich gesuchte Größe, nämlich die beitragspflichtigen Einnahmen je Bundesland exakt wiedergeben, wird hier auf weitere Varianten verzichtet. Dies geschieht nicht zuletzt, da im Rahmen der Datengrundlagen und mit Blick auf die bereits erwähnten Möglichkeiten und Grenzen der Auswertung lediglich eine Abschätzung realistischer Größenordnungen erfolgen kann.

Tabelle 5: In den Berechnungen verwendete Beitragsbedarfe

Bundesland	Beitragsbedarf in Mio. um Versichertenzahl kalibriert und hochgerechnet	RSA- Morbidityfaktor
Schleswig-Holstein	4.413	1,01
Hamburg	2.666	1,03
Niedersachsen	12.634	1,01
Bremen	1.106	1,05
Nordrhein-Westfalen	28.465	1,00
Hessen	9.311	0,99
Rheinland-Pfalz	6.232	1,00
Baden-Württemberg	15.963	0,97
Bayern	18.410	0,98
Saarland	1.705	1,02
Berlin	5.228	1,04
Brandenburg	4.221	1,00
Mecklenburg-Vorpommern	2.887	1,00
Sachsen	7.579	1,05
Sachsen-Anhalt	4.359	1,03
Thüringen	4.032	1,02
BUND	129.209	1,00

Quelle: Bundesversicherungsamt 2004, KJ 1 2005, KM- 6, 2005, eigene Berechnungen.

Die für das Modell bestimmten länderspezifischen Beitragsbedarfe sind in Tabelle 5 aufgeführt. Die entsprechend den o. a. Vorgehen bestimmten Gesamtaufwendungen addieren sich für das Bundesge-

biet zu 129 Mrd. EUR, dem Wert der RSA-fähigen Ausgaben nach KJ1. Zudem weist die Tabelle exemplarisch die RSA-Morbiditätsfaktoren für die bundeslandspezifischen Beitragsbedarfe aus. Ein RSA-Morbiditätsfaktor (RMF) von eins bedeutet dabei, dass die bundeslandspezifischen Ausgabenbedarfe (hier als Beitragsbedarfe) der dortigen Versicherten dem Bundesdurchschnitt entsprechen. Ein Wert größer eins deutet auf einen überdurchschnittlichen, ein Wert kleiner eins auf einen unterdurchschnittlichen Ausgabenbedarf hin. Wobei die Abweichung vom Durchschnittswert hier ausdrücklich auf die vom RSA berücksichtigten Risikomerkmale wie Alter, Geschlecht etc. zurückgeführt werden muss.

Die geringsten RSA-Morbiditätsfaktoren weisen Baden-Württemberg mit 0,97 und Bayern mit 0,98 auf. Ein etwa durchschnittlicher Wert (1,0) findet sich für Nordrhein-Westfalen, Sachsen weist mit 1,05 den ungünstigsten Wert auf, wodurch sich auch die hohen Zuweisungen für dieses Land im Rahmen des Beitragsbedarfstransfers erklären.

Tabelle 6: Altersstrukturvergleich

Altersklasse	Abweichung von der bundesdurchschnittlichen Altersstruktur in Prozentpunkten (ohne LKK)				
	Baden-Württemberg	Bayern	Nordrhein-Westfalen	Sachsen	Bund
bis unter 15 Jahre	1,59	1,17	0,89	-4,11	0,00
15 bis unter 20 Jahre	0,14	-0,04	-0,13	0,29	0,00
20 bis unter 25 Jahre	0,16	0,07	-0,26	0,43	0,00
25 bis unter 30 Jahre	0,17	0,29	-0,12	-0,11	0,00
30 bis unter 35 Jahre	0,22	0,40	0,10	-0,82	0,00
35 bis unter 40 Jahre	0,12	0,37	0,26	-1,40	0,00
40 bis unter 45 Jahre	-0,02	0,10	0,05	-0,86	0,00
45 bis unter 50 Jahre	-0,11	-0,07	0,04	-0,29	0,00
50 bis unter 55 Jahre	-0,38	-0,36	-0,21	1,00	0,00
55 bis unter 60 Jahre	-0,22	0,00	-0,11	0,19	0,00
60 bis unter 65 Jahre	-0,39	-0,42	-0,30	1,36	0,00
65 bis unter 70 Jahre	-0,48	-0,57	-0,20	1,32	0,00
70 bis unter 75 Jahre	-0,32	-0,46	0,01	1,03	0,00
75 bis unter 80 Jahre	-0,26	-0,29	0,07	0,94	0,00
80 bis unter 85 Jahre	-0,14	-0,08	-0,02	0,59	0,00
85 bis unter 90 Jahre	-0,03	-0,03	-0,05	0,27	0,00
90 und mehr Jahre	-0,03	-0,06	-0,03	0,19	0,00

Anm.: Positive Werte deuten überdurchschnittliche Besetzungstärke an, negative Werte unterdurchschnittliche.

Quelle: KM- 6, 2005, eigene Berechnungen.

Inwieweit sich diese Werte auch in der Altersstruktur der Versicherten wieder finden, zeigt Tabelle 6. Diese Werte bilden die Abweichung der Altersstruktur dieser Länder vom Bundesdurchschnitt ab. Beträge kleiner 0 bedeuten dabei, dass die entsprechende Alterklasse des Bundeslandes unterdurchschnittlich besetzt ist, Werte größer 0 deuten auf eine überdurchschnittliche Besetzung hin. Die Zahl

selbst stellt die Abweichung vom Durchschnitt in Prozentpunkten dar. Die Werte für Baden-Württemberg verdeutlichen den unterdurchschnittlichen RSA-Morbiditätsfaktor dieses Bundeslandes deutlich. Gerade in den höheren Ausgabenklassen ist die Besetzung dort unterdurchschnittlich, in den jüngeren Altersklassen mit einem unterdurchschnittlichen Ausgabeniveau ist die Besetzung in Baden-Württemberg überdurchschnittlich, wodurch in der Gesamtbetrachtung ein unterdurchschnittlicher Wert zustande kommt. In Bayern sind die Besetzungsverhältnisse ähnlich, wobei dort die höheren Altersklassen mit überdurchschnittlichen Ausgaben immer noch unterdurchschnittlich besetzt sind, aber die Abweichung vom Bundesdurchschnitt geringer ist. Spiegelbildlich ist das Bild in den jüngeren, unterdurchschnittlich ausgabenstarken Altersklassen. Nordrhein-Westfalen ist in den jüngsten Altersklassen leicht unterdurchschnittlich besetzt, in den mittleren Altersklassen leicht überdurchschnittlich und in den höheren und höchsten Altersklassen leicht unter- bzw. leicht überdurchschnittlich. Insgesamt gleichen sich diese Abweichungen vom Durchschnitt über alle Altersklassen des Landes aus, so dass Nordrhein-Westfalen einen RSA-Morbiditätsfaktor von 1 aufweist.

Tabelle 7: Regionalschlüsselung der beitragspflichtigen Einnahmen

Bundesland	beitragspflichtige Einnahmen je Versicherten
Schleswig-Holstein	14.079
Hamburg	16.348
Niedersachsen	13.532
Bremen	13.595
Nordrhein-Westfalen	14.067
Hessen	15.054
Rheinland-Pfalz	13.372
Baden-Württemberg	14.503
Bayern	14.549
Saarland	14.378
Berlin	14.291
Brandenburg	13.101
Mecklenburg-Vorpommern	13.313
Sachsen	12.228
Sachsen-Anhalt	12.677
Thüringen	12.708
BUND	13.996

Quelle: Bundesversicherungsamt 2004, KJ 1 2005, KM- 6, 2005, eigene Berechnungen.

Im Land ist die Versichertenstruktur nahezu reziprok zu der in Baden-Württemberg. In fast allen Altersklassen mit unterdurchschnittlichem Ausgabenbedarf ist die Besetzung unterdurchschnittlich, in denen mit höherem und höchstem Ausgabenbedarf ist die Besetzung leicht bzw. deutlich überdurch-

schnittlich. Insofern ist es nicht verwunderlich, dass Sachsen den ungünstigsten RSA-Morbiditätsfaktor besitzt¹³.

5.4.2 Status-quo Befunde für auf das Jahr 2005

In der Gesamtbetrachtung des Status quo sind Hamburg, Hessen, Baden-Württemberg und Bayern die größten Nettozahler. Während die Nettozahlerposition bei Baden-Württemberg und Bayern deutlich bzw. auffällig durch die Kombination von hoher Finanzkraft und damit hohem Finanzkrafttransfer und gleichzeitig überdurchschnittlich guter Risikostruktur und damit negativem Saldo im Rahmen des Beitragsbedarfstransfers einhergeht, ist dies bei Hessen geringer ausgeprägt. Der größte Nettoempfänger ist hier Sachsen mit mehr als 1,3 Mrd. EUR Zuflüssen in der Gesamtbetrachtung, aufgeteilt in einen positive Zuweisung im Rahmen des Finanzkrafttransfers und des Beitragsbedarfstransfers.

Ob der Finanzkrafttransfer für ein Land positiv oder negativ ausfällt hängt neben der Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen auch von der Zahl der beitragsfrei mitversicherten Familienmitglieder ab, wobei eine hohe Mitversichertenquote höhere Zuweisungen nahe legt, da mit zunehmender Mitversichertenzahl die beitragspflichtigen Einnahmen je Versichertem sinken.

Obwohl Hessen höhere beitragspflichtige Einnahmen je Mitglied als Bayern besitzt und Hessen auch neben Hamburg die höchste Bruttolohn- und -gehaltssumme im Bundesgebiet aufweist, bewirkt die überdurchschnittliche Mitversichertenzahl von Hessen mit 1,43 Versicherten je Mitglied (vgl. Tabelle 4), dass nicht Hessen, sondern Bayern mit nur 1,41 Versicherten je Mitglied der größte Nettozahler im Rahmen des Finanzkraftausgleichs ist. Insgesamt sind so Bayern (1,19 Mrd. EUR), Baden-Württemberg (1,14 Mrd. EUR) und Hessen (0,76 Mrd. EUR) die größten Nettozahler im derzeitigen RSA.

¹³ Die hier verwendeten RMF für Baden-Württemberg weichen nur leicht von denen des RWI Gutachtens ab (vgl. RWI 2006, S. 13). Während hier Baden-Württemberg knapp den RMF von 0,97 erreicht, liegt der Wert des RWI leicht über 0,97. Abweichungen zu der Studie ergeben sich für Bayern und Nordrhein-Westfalen (NRW). Während in der Studie des RWI NRW einen wenig plausiblen, noch günstigeren Morbiditätsfaktor aufweist als Baden-Württemberg, was in dieser Studie zu überproportionalen Belastungen für dieses Bundesland führt, weist Bayern (hier 0,98) einen leicht überdurchschnittlichen mit 1,01 auf. Mit Bezug auf die o. a. Argumentation zu den Versichertenwerten verwendet diese Auswertung weiterhin die berichteten Ergebnisse. Da die Bestimmung der bundeslandspezifischen beitragspflichtigen Einnahmen in beiden Studien auf der gleichen Datengrundlage des SOEP aufbaut unterscheiden sich diese nicht wesentlich. Obwohl die Auswertung des RWI die Daten für 2005 neu erhebt, weichen die hier verwendeten, hochgerechneten Daten der beschriebenen Bundesländer nicht wesentlich voneinander ab. Durch die unterschiedlichen RMF und damit verbundenen Beitragsbedarfe gelangen dennoch beide Studien zu leicht unterschiedlichen Ergebnissen.

Tabelle 8: Umverteilung nach RSA im Jahr 2005

Bundesland	Beitrags- bedarf in Mio.	Beitrags- pflichtige Einnahmen in Mio.	GKV- Beiträge aus Minijobs in Mio.	Finanzkraft- transfer in Mio.	Beitrags- bedarfs- transfer in Mio.	Gesamt- transfer
Schleswig-Holstein	4.412,5	32.990,7	69,3	-29,4	41,0	11,6
Hamburg	2.666,2	22.598,4	41,1	-421,3	87,3	-334,0
Niedersachsen	12.633,7	90.624,7	197,9	388,0	139,7	527,7
Bremen	1.105,9	7.689,4	16,7	28,2	50,7	78,9
Nordrhein-Westfalen	28.464,7	215.391,3	494,3	-209,7	-100,5	-310,3
Hessen	9.310,9	75.645,8	151,4	-696,7	-63,3	-760,0
Rheinland-Pfalz	6.231,9	44.806,1	106,6	255,5	-19,2	236,3
Baden-Württemberg	15.962,8	128.094,1	296,6	-627,9	-514,7	-1.142,6
Bayern	18.410,2	146.939,8	322,0	-761,1	-431,3	-1.192,3
Saarland	1.705,3	12.836,3	28,6	-47,8	39,8	-8,0
Berlin	5.227,8	38.641,6	45,1	-73,0	183,6	110,6
Brandenburg	4.220,8	29.596,9	29,0	293,8	6,3	300,2
Mecklenburg-Vorpommern	2.887,1	20.506,2	19,4	158,7	13,6	172,3
Sachsen	7.578,8	47.219,1	49,4	936,5	374,9	1.311,4
Sachsen-Anhalt	4.358,8	28.805,4	25,5	423,4	119,6	543,0
Thüringen	4.031,7	26.969,1	28,0	382,8	72,5	455,2
BUND	129.209,1	969.354,8	1.921,0	0,0	0,0	0,0

Quelle: Bundesversicherungsamt 2004, KJ 1 2005, KM- 6, 2005, eigene Berechnungen.

6 Verteilungswirkungen eines erweiterten Risikostrukturausgleichs in Form des Gesundheitsfonds

Ziel der Untersuchung ist es, die Veränderung der durch den Gesundheitsfonds verursachten Umverteilungswirkungen auf Bundesländerebene zu quantifizieren. Im hier verfolgten Ansatz wird dies dadurch vorgenommen, dass die existierenden, derzeitigen Umverteilungswirkungen im Rahmen des RSA einem System mit Gesundheitsfonds gegenübergestellt werden. Die Differenz aus beiden, einheitlich aufgebauten Modellen bestimmt letztendlich die Veränderungen durch Einführung des Gesundheitsfonds. Es muss ausdrücklich darauf hingewiesen werden, dass die nachfolgenden Modellrechnungen zum Gesundheitsfonds nicht alle die in Kapitel 1 aufgeführten weiteren Änderungen dieser Reformmaßnahme abbilden können. Die Effekte durch Einführung des Gesundheitsfonds müssen sich mangels Daten auf die Erweiterung der berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben um Satzungs- und Verwaltungsausgaben beschränken.

Im Gesundheitsfonds werden neben den jetzigen, im RSA berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben alle Ausgaben erfasst und analog bei der Ermittlung der Zuweisungen an die Krankenkassen berücksichtigt. Ein einheitlicher Beitragssatz wie nach der Etablierung des Fonds erhoben, wirkt bezogen auf die beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder zur Deckung der gesamten Ausgaben der GKV wirkt dabei wie ein 100%-Finanzkraftausgleich. Die faktische Benachteiligung von finanzkraftschwachen Krankenkassen bei der Deckung von Satzungs- oder Verwaltungsleistungen wird

damit auch für diese Ausgabenart ausgeglichen. Dennoch ist es weiterhin möglich, dass kassenindividuelle Abweichungen vom Durchschnitt dazu führen, dass Krankenkassen mit den Fondsmitteln nicht auskommen und diese Unterdeckung ausgleichen müssen. Neben einer Kürzung von Satzungsleistungen oder der Einsparung von Verwaltungskosten steht hier die Erhebung eines kassenindividuellen Zusatzbeitrags zur Auswahl.

Die dargestellte Umverteilungswirkung nach Einführung des Gesundheitsfonds, stellt so die Umverteilungswirkungen nach Erweiterung der berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben um Satzungs- und Verwaltungsleistungen dar.

Zur Bestimmung von Satzungs- und Verwaltungskosten

Die im Gesundheitsfonds mit berücksichtigten Verwaltungskosten belaufen sich in unseren Berechnungen auf 8,04 Mrd. EUR. Nach KJ1 des Jahres 2005 betragen die gesamten Verwaltungskosten der GKV 8,15 Mrd. EUR. Da im RSA die landwirtschaftlichen Krankenkassen nicht eingehen müssen deren Verwaltungskosten i. H. v. 0,11 Mrd. EUR abgezogen werden.

Die Satzungsleistungen als freiwillige Zusatzleistungen der Krankenkassen werden im Umfang von 2,7 Mrd. EUR berücksichtigt. Die gesamten Leistungsausgaben der GKV betragen nach den endgültigen Rechnungsergebnissen der GKV (KJ 1) im Jahr 2005 134,8 Mrd. EUR. Alleine auf LKK entfielen davon 1,9 Mrd. EUR, welche abgezogen werden müssen. Weiterhin erfasst der derzeitige RSA im Jahr 2005 bereits 129,2 Mrd. EUR. Im Ergebnis verbleiben etwa 3,6 Mrd. Euro. In diesem Betrag sind aber neben Aufwendungen für Satzungsleistungen auch solche Aufwendungen enthalten, die von Dritten rückerstattet wurden (beispielsweise durch die Anerkennung einer Erwerbs- oder Berufsunfähigkeitsrente). Nach Daten des BVA für das Jahr 2005 betragen diese Erstattungen 0,9 Mrd. EUR. Für Satzungsleistungen bleiben also die o. a. 2,7 Mrd. EUR.

6.1 Umverteilung nach Einführung des Gesundheitsfonds

Die Umverteilungswirkungen durch den Gesundheitsfonds hängen u. a. von der Art der Zuschlüsselung der Satzungsleistungen und Verwaltungskosten auf den Beitragsbedarf, also die neuen zu berücksichtigenden standardisierten Leistungsausgaben, ab. Mangels eines konkreten Verteilungsschlüssels für die Aufwendungen schlüsseln die folgenden beiden Auswertungen die Verwaltungskosten einem Vorschlag von Jacobs et al. (2002) folgend zu 30% nach der Versichertenzahl und zu 70% nach der Höhe der standardisierten Leistungsausgaben. Die Satzungsleistungen werden nach Maßgabe der Versichertenzahlen den Bundesländern zugeordnet. Wenngleich Satzungsleistungen eine freiwillige Zusatzleistung der Krankenkassen darstellen, wird bei diesem Vorgehen für jeden Versicherten das gleiche Volumen für diese Leistungen unterstellt.

Tabelle 9: Schätzung der Umverteilungswirkungen für 2005 nach Einführung des Gesundheitsfonds

Bundesland	Beitrags- bedarf in Mio.	Beitrags- pflichtige Einnahmen in Mio.	GKV- Beiträge aus Minijobs in Mio.	Finanzkraft- transfer in Mio.	Beitrags- bedarfs- transfer in Mio.	Gesamt- transfer
Schleswig-Holstein	4.778,0	32.990,7	69,3	-31,6	42,8	11,2
Hamburg	2.884,5	22.598,4	41,1	-457,3	91,1	-366,2
Niedersachsen	13.679,2	90.624,7	197,9	422,4	145,8	568,2
Bremen	1.195,9	7.689,4	16,7	30,7	52,9	83,6
Nordrhein-Westfalen	30.836,7	215.391,3	494,3	-221,8	-104,9	-326,7
Hessen	10.088,0	75.645,8	151,4	-755,7	-66,1	-821,7
Rheinland-Pfalz	6.751,1	44.806,1	106,6	278,7	-20,0	258,6
Baden-Württemberg	17.311,2	128.094,1	296,6	-677,5	-537,1	-1.214,6
Bayern	19.958,9	146.939,8	322,0	-823,0	-450,1	-1.273,1
Saarland	1.845,5	12.836,3	28,6	-51,6	41,5	-10,1
Berlin	5.655,4	38.641,6	45,1	-81,9	191,6	109,7
Brandenburg	4.571,7	29.596,9	29,0	316,2	6,6	322,9
Mecklenburg-Vorpommern	3.126,8	20.506,2	19,4	170,4	14,2	184,6
Sachsen	8.194,5	47.219,1	49,4	1.012,1	391,3	1.403,4
Sachsen-Anhalt	4.716,7	28.805,4	25,5	456,6	124,8	581,5
Thüringen	4.364,2	26.969,1	28,0	413,1	75,6	488,7
BUND	139.958,3	969.354,8	1.921,0	0,0	0,0	0,0

Anm.: Die Verwaltungskosten wurden hier zu 30% nach Versichertenzahl und zu 70 % nach sLa zugewiesen, die Satzungsleistungen ausschließlich nach Versichertenzahl.

Quelle: Bundesversicherungsamt 2004, KJ 1 2005, KM- 6, 2005, eigene Berechnungen.

Nach Einführung des Gesundheitsfonds behalten Bayern, Baden-Württemberg und Hessen ihre Spitzenposition bei den Zahlerländern im Rahmen des Finanzkraftausgleichs. Sachsen behält seine Position als Hauptempfänger. Bezüglich des Beitragsbedarfstransfers, wie in der Betrachtung der Umverteilungswirkungen des bestehenden RSA, addieren sich bei Baden-Württemberg und Bayern die überdurchschnittlich hohe Finanzkraft zusammen mit einer überdurchschnittlich guten Risikostruktur zu einem Gesamttransfer, der jeweils über 1,2 Mrd. EUR liegt. Der größte Gesamttransfer bleibt weiterhin in Sachsen, mit 1,4 Mrd. EUR.

6.2 Regionale Verteilungswirkungen als Folge des Gesundheitsfonds

Die Aufgabe des Gutachtens ist es, die Veränderung der regionalen Umverteilungswirkungen durch Einführung des Gesundheitsfonds auf Basis der derzeitigen Datenlage zu quantifizieren. Insofern waren alle bisherigen Ausführungen lediglich Vorarbeiten für die folgenden, zentralen Auswertungen.

Bei der Betrachtung jeglicher Art von Veränderung ist es grundsätzlich möglich, dass ein Bundesland im Status quo wie auch nach Einführung des Gesundheitsfonds Nettozahler bzw. Nettoempfänger ist, die Erweiterung selbst aber bewirkt, dass sich die gesamte Zahlungshöhe verändert und dieses Land nach Einführung des Gesundheitsfonds geringere Einzahlungen oder Transfers erhält, insofern gegenüber dem Status quo besser oder schlechter gestellt wird.

Wie bereits erwähnt, ist wesentlicher Einflussfaktor für die Bestimmung der Veränderung der Umverteilung die Art der Zuschlüsselung der zusätzlichen bzw. neu aufgenommenen Verwaltungskosten und Satzungsleistungen, da sich nach Maßgabe dieser Wahl die bundeslandspezifischen Beitragsbedarfe errechnen. Um die möglichen Effekte einer modifizierten Zuordnung aufzuzeigen, weisen die folgenden Tabellen ergänzend Extremszenarien aus, bei denen die Satzungsleistungen und Verwaltungskosten neben der Aufteilung auch ausschließlich nach Versichertenzahl bzw. ausschließlich nach standardisierten Leistungsausgaben auf die Bundesländer aufgeteilt werden.

Tabelle 10 präsentiert die Ergebnisse dieser Abschätzung. Bezogen auf den Finanzkrafttransfer sind hier Bayern, Baden-Württemberg und Hessen die Bundesländer, die durch die Einführung des Gesundheitsfonds die größten Mehrbelastungen tragen müssen. Im Fall von Bayern sind dies 62 Mio. EUR im Fall von Baden-Württemberg (Hessen) knapp 50 Mio. EUR (59 Mio. EUR). Größter zusätzlicher Empfänger ist Sachsen mit 75,7 Mio. EUR.

Bei einer Aufteilung der Satzungsleistungen nach Versichertenzahl und der Verwaltungskosten zu 30% nach Versicherten und zu 70% nach Leistungsausgaben sind im Sinne des zusätzlichen Beitragsbedarfstransfers ebenfalls Bayern und Baden-Württemberg die Bundesländer mit der höchsten Zusatzbelastung. Der überdurchschnittlich gute RSA-Morbiditätsfaktor dieser Länder begründet dieses Ergebnis. Entsprechend sind so auch Hessen, Nordrhein-Westfalen und in geringem Umfang Rheinland-Pfalz, bei dieser Aufteilung zusätzlich belastet.

Im Ergebnis werden die Länder Bayern (80,7 Mio. EUR), Baden-Württemberg (72,1 Mio. EUR) und Hessen (61,7 Mio. EUR) am stärksten zusätzlich belastet. Die höchsten zusätzlichen Gesamttransfers erhält auch hier Sachsen mit 92 Mio. EUR.

Verteilt man die Satzungsleistungen und Verwaltungskosten ausschließlich nach der Versichertenzahl bewirkt dieses, dass sich die anrechenbaren Leistungsausgaben für jeden Versicherten in jedem Bundesland um einen einheitlichen, pauschalen Betrag erhöhen. Dieser einheitliche Betrag wird ebenfalls beim Beitragsbedarfstransfer in gleicher Weise erfasst, da er keine Morbiditätskomponente beinhaltet. Dadurch reduziert sich der zusätzliche Beitragsbedarfstransfer auf 0, so dass die zusätzliche Umverteilung durch Einführung des Gesundheitsfonds ausschließlich durch den Finanzkrafttransfer bestimmt wird. Wie bereits oben ausgeführt werden dort die Länder belastet, die überdurchschnittlich hohe beitragspflichtige Einnahmen und / oder überdurchschnittlich viele Mitglieder also eine geringe Familienquote besitzen.

Die Verteilung der Satzungs- und Verwaltungskosten ausschließlich nach Höhe der Leistungsausgaben begünstigt die Länder bei den Zuweisungen, die aufgrund einer überdurchschnittlich schlechten Versichertenstruktur ohnehin schon Empfänger im Rahmen des Beitragsbedarfstransfers sind. So sind beispielsweise Hamburg, Berlin und Sachsen mit einem relativ hohen RSA-Morbiditätsfaktor gleichzeitig Länder, die durch den zusätzlichen Beitragsbedarfstransfer im Rahmen des Fonds zusätzliche Mittel bekommen. Die Länder mit einem unterdurchschnittlichen RSA-Morbiditätsfaktor sind entsprechend mit zusätzlichen Zahlungsverpflichtungen gebunden. Dies gilt vor allem für die Länder Bayern und Baden-Württemberg.

Tabelle 10: Zusätzliche Be- oder Entlastungswirkungen durch Einführung des Gesundheitsfonds

Werte in Mio. Euro	Für alle Schlüsselungen	Aufteilung Verw. 30% Vers. 70% sLa, Satzungsl. nach Versicherten		Extremwert 1: Aufteilung Verw. und Satzungsl. ausschl. nach Versicherten		Extremwert 2: Aufteilung Verw. und Satzungsl. Ausschl. nach sLa	
		Differenz Finanzkraft- transfer in Mio. Euro	Differenz Beitrags- bedarfs- transfer	Gesamt- veränderung durch Fond	Differenz Beitrags- bedarfs- transfer	Gesamt- veränderung durch Fond	Differenz Beitrags- bedarfs- transfer
Bundesland							
Schleswig-Holstein	-2,2	1,8	-0,4	0,0	-2,2	3,4	1,3
Hamburg	-36,0	3,8	-32,2	0,0	-36,0	7,3	-28,8
Niedersachsen	34,5	6,1	40,6	0,0	34,5	11,6	46,1
Bremen	2,5	2,2	4,7	0,0	2,5	4,2	6,7
Nordrhein-Westfalen	-12,1	-4,4	-16,5	0,0	-12,1	-8,4	-20,4
Hessen	-59,0	-2,8	-61,7	0,0	-59,0	-5,3	-64,2
Rheinland-Pfalz	23,2	-0,8	22,4	0,0	23,2	-1,6	21,6
Baden-Württemberg	-49,6	-22,4	-72,1	0,0	-49,6	-42,8	-92,5
Bayern	-62,0	-18,8	-80,7	0,0	-62,0	-35,9	-97,8
Saarland	-3,8	1,7	-2,1	0,0	-3,8	3,3	-0,5
Berlin	-8,9	8,0	-0,9	0,0	-8,9	15,3	6,4
Brandenburg	22,4	0,3	22,7	0,0	22,4	0,5	22,9
Mecklenburg-Vorpommern	11,7	0,6	12,3	0,0	11,7	1,1	12,8
Sachsen	75,7	16,3	92,0	0,0	75,7	31,2	106,9
Sachsen-Anhalt	33,2	5,2	38,5	-0,0	33,2	10,0	43,2
Thüringen	30,3	3,2	33,5	0,0	30,3	6,0	36,3
BUND	-0,0	-0,0	-0,0	-0,0	-0,0	-0,0	-0,0

+ Zusätzlicher Leistungsempfang
- Zusätzliche Transferzahlungen

Quelle: Bundesversicherungsamt 2004, KJ 1 2005, KM- 6, 2005, eigene Berechnungen.

7 Interpretation der Ergebnisse

7.1 Beurteilung der Ergebnisse

Die vorgestellten Ergebnisse zeigen, dass abhängig von der Hochrechnungsart und der Art der Verteilung von Satzungsleistungen und Verwaltungskosten die Ergebnisse variieren (vgl. dazu auch RWI, 2006). Zudem sind die ausgewiesenen Be- und Entlastungen durch Einführung des Gesundheitsfonds eine Betrachtung bezogen auf ein Bundesland. Abhängig von der dortigen Bevölkerungsgröße relativeren sich die ausgewiesenen Umverteilungsänderungen in der Betrachtung je Versichertem. In einem Bezug je Versichertem liegen Baden-Württemberg und Bayern bei der gewählten Zuweisung der Satzungsleistungen und Verwaltungskosten lediglich bei etwa 8 EUR je Versichertem und Jahr.

Gleichzeitig ist verteilungsunabhängig das hier ausgewiesene zusätzliche Umverteilungsvolumen bzw. die zusätzlichen bundeslandspezifischen Be- und Entlastungswirkungen als Obergrenze anzusehen, da ein nicht unerheblicher Teil der ausgewiesenen Umverteilungsvolumina bereits schon jetzt anfällt. Überregional kalkulierende Krankenkassen bzw. bundesweit kalkulierende Krankenkassen verteilen, wie bereits erwähnt, schon jetzt innerhalb ihrer Versicherungsgemeinschaft bundesländerübergreifend das gesamte und damit auch das vom derzeitigen RSA nicht erfasste Ausgabenvolumen um. Alleine im Bereich der Ersatzkassen für Arbeiter und Angestellte sind im Jahr 2005 nach der Statistik KM 6 über 33% aller Versicherten geführt. Entsprechend fällt bereits jetzt ein Großteil der als „zusätzlich“ ausgewiesenen Umverteilungswirkungen als Folge des Fonds an.

Sollte, wie perspektivisch beabsichtigt, der Anteil der Gesundheitsausgaben, der aus Fondsmitteln finanziert wird, reduziert werden und im Gegenzug die Bedeutung der Zusatzbeiträge als Finanzierungskomponente anwachsen, führt dies notwendigerweise zu einer Verringerung des vom Gesundheitsfonds induzierten regionalen Umverteilungsvolumens.

7.2 Verteilungswirkungen des Gesundheitsfonds

Während die Krankenkassen im geltenden System ca. 8% ihrer Ausgaben ohne Ausgleich durch den RSA aus eigener Finanzkraft finanzieren, erhöht der Gesundheitsfonds den bisherigen Finanzausgleich auf 100%. Die Erweiterung des Finanzausgleichs durch den Gesundheitsfonds beseitigt damit den Vorteil von Kassenmitgliedern, die in einem Bundesland mit überdurchschnittlich hoher Beitragsbemessungsgrundlage einer regional kalkulierenden Krankenkasse angehören. Die länderspezifisch unterschiedlichen Beitragsbemessungsgrundlagen spielen dann nur noch bei der Erhebung von Zusatzbeiträgen, die das GKV-WSG auf 1% der beitragspflichtigen Einnahmen begrenzt, eine Rolle. Bei gegebenen Satzungs- und Mehrleistungen verlagert sich der heutige Beitragssatzwettbewerb auf die Zusatzbeiträge und Rückzahlungen¹⁴. Da die bundesweit tätigen Krankenkassen einheitliche Zusatzbeiträge und Rückzahlungen kalkulieren, existiert weiterhin ein Nebeneinander von regionaler und überregionaler (Zusatz-) Beitragskalkulation (vgl. Göppfarth, D 2006, Punkt 3.2).

Wie gesagt, fallen die überwiegenden interregionalen Transfers, die der Gesundheitsfonds generiert, zwischen regional kalkulierenden Krankenkassen an. Bei bundesweit kalkulierenden Krankenkassen können jedoch Zusatzbeiträge und Zuzahlungen ebenfalls – wenn auch quantitativ weit schwächer – interregionale Transferströme auslösen (siehe Göppfarth, ebenda). Eine Krankenkasse mit bisher über- bzw. unterdurchschnittlichem Beitragssatz wird unter den neuen Rahmenbedingungen einen Zusatzbeitrag erheben bzw. Rückzahlungen leisten. Als Alternative zur Erhebung eines Zusatzbeitrags bieten sich (unter wettbewerblichen Aspekten) noch eine Kürzung der Satzungs- und Mehrleistungen und / oder eine abgesenkte Honorierung der Leistungserbringer an. Bei einem Zusatzbeitrag kann die Krankenkasse zwischen einer Pauschale und einem prozentualen Anteil an den beitragspflichtigen Einnahmen wählen. Wettbewerbliche Gründe sprechen dafür, dass sich die betroffenen Krankenkassen für eine Pauschale entscheiden, da dieser Zusatzbeitrag Versicherte mit höheren beitragspflichtigen Einnahmen vergleichsweise weniger belastet (vgl. Igel, C. und Schaufler, T. 2006 und Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung 2006). Verglichen mit der Beitragsbelastung im geltenden System schneiden dann die Bundesländer, in denen die Kassenmitglieder hohe beitragspflichtige Einnahmen beziehen, besser ab. Dieser Effekt verstärkt sich mit steigenden Zusatzbeiträgen, vor allem dann, wenn der Gesundheitsfonds keine voll-

14 Die Rückzahlungen lassen sich als negative Beiträge interpretieren.

ständige Finanzierung der GKV- Ausgaben mehr übernimmt. Umgekehrt verhält es sich bei einer Rückzahlung, die als absoluter Betrag Versicherten mit hohen beitragspflichtigen Einnahmen eine geringere Entlastung bringt als eine Beitragssatzsenkung im geltenden System.

Bei regional kalkulierenden Krankenkassen führen bisher über- oder unterdurchschnittliche Beitragssätze durch die Einführung des Gesundheitsfonds nicht zu interregionalen Transfers, wohl aber können relevante Verteilungswirkungen bei den Mitgliedern und Leistungserbringern auftreten. Sofern eine solche Krankenkasse im geltenden System einen überdurchschnittlichen Beitragssatz erhebt, bewirkt der einheitliche Beitragssatz nach Etablierung des Gesundheitsfonds im ersten Schritt eine Entlastung von Arbeitgebern und Mitgliedern. Dabei bleibt die formale Entlastung der Arbeitgeber über den nunmehr niedrigeren Beitragssatz bestehen, während es bei den Mitgliedern darauf ankommt, wie die Krankenkasse ihre nun fehlenden Finanzmittel ausgleicht. Den Krankenkassen stehen hier, wie bereits angedeutet, als Alternativen zur Verfügung:

- einen Zusatzbeitrag, absolut oder prozentual zu erheben,
- ihre Satzungs- und Mehrleistungen abzubauen,
- die Leistungserbringer für gleiche Leistungen geringer zu honorieren oder
- eine Kombination der vorgenannten Varianten zu wählen.

Sofern eine Krankenkasse die Finanzierungslücke ganz oder teilweise über einen Zusatzbeitrag ausgleicht, verschiebt sich der Finanzierungsanteil zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer d. h. Mitglied über die 0,9 Prozentpunkte hinaus, die der Arbeitnehmer schon heute alleine finanziert. Entscheidet sich die Krankenkasse, um besser mit bundesweit kalkulierenden Krankenkassen konkurrieren zu können, dagegen für einen Abbau von Satzungs- und Mehrleistungen, trifft dies in erster Linie die Versicherten und mittelbar die regionalen Leistungserbringer. Bei den Leistungserbringern kommt es darauf an, ob die anfallende Leistungserstellung, wie z. B. ambulante und stationäre Behandlung, sich im Bundesland oder außerhalb niederschlägt. Zudem ist in diesem Kontext eine härtere Haltung der Krankenkassen bei Honorar- und Preisverhandlungen zu erwarten¹⁵.

Gegenläufig sind die Prozesse bei regional kalkulierenden Krankenkassen, die derzeit unterdurchschnittliche Beitragssätze erheben. Der höhere allgemeine Beitragssatz des Gesundheitsfonds führt hier zunächst zu einer zusätzlichen Belastung von Arbeitgebern und Mitgliedern. Die Krankenkassen erhalten dadurch aber zusätzliche Mittel, die ihnen nun für Rückzahlungen, zusätzliche Satzungs- und Mehrleistungen und / oder eine großzügigere Honorierung der Leistungserbringer zur Verfügung stehen. Fließen diese Mittel vollständig in Rückzahlungen, verändert sich der Finanzierungsanteil zugunsten der Mitglieder, denn die Arbeitgeber können in keinem Fall für den gestiegenen Beitragssatz eine Kompensation erhalten.

Innerhalb der Mitglieder profitieren die Bezieher geringerer beitragspflichtiger Einnahmen von pauschalen Ausschüttungen im Vergleich zum geltenden System stärker. Aus Wettbewerbsgründen bietet sich auch eine Ausweitung von Satzungs- und Mehrleistungen als attraktive Alternative für die Krankenkassen an. Schließlich dürften die regionalen Leistungserbringer versuchen, den Finanzierungsspielraum der Krankenkassen für eine Erhöhung ihrer Honorierung zu nutzen.

Insgesamt erwachsen die (fiktiven) Mehrbelastungen, die einzelnen Bundesländern durch den Gesundheitsfonds entstehen, vornehmlich aus der Einbeziehung der regional kalkulierenden Kranken-

¹⁵ Dies könnte die bundesweit kalkulierenden Krankenkassen dann ebenfalls dazu bewegen, Honorar- und Preisabschläge zu verlangen.

kassen in einen vollständigen bundesweiten Finanzkraftausgleich. Der einheitliche Beitragssatz des Gesundheitsfonds führt bei regional kalkulierenden Krankenkassen zwar zu nicht unproblematischen Verteilungswirkungen – so sinken z. B. die Beitragssätze der Arbeitgeber in Hessen sowie Baden-Württemberg und steigen spürbar in Sachsen –, aber es entstehen dabei keine interregionalen Transferströme. Es handelt sich letztlich um ein regionales Nullsummenspiel zwischen Kassenmitgliedern, Arbeitgebern, Patienten (im Falle von Leistungskürzungen) und Leistungserbringern. Die bundesweit kalkulierenden Krankenkassen praktizieren innerhalb ihrer Mitglieder schon im bestehenden System einen vollständigen überregionalen Finanzkraftausgleich. Dies hat zur Folge, dass relevante interregionale Finanzströme, die der Gesundheitsfonds zusätzlich verursacht, letztlich nur im Rahmen von Zusatzbeiträgen und Rückzahlungen auftreten können.

8 Zusammenfassung

Gegenstand dieser Expertise ist nach Maßgabe des Auftrags des Bundesgesundheitsministeriums vom 20. Dezember 2006 die zu erwartenden länderspezifischen finanziellen Wirkungen des im Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) vorgesehenen Gesundheitsfonds (siehe Fraktionen der CDU/CSU und SPD 2006). Im Focus der Diskussion der Untersuchung stehen die finanziellen (Um-) Verteilungseffekte, die sich zwischen den Bundesländern durch die Einführung des Gesundheitsfonds ab dem Jahr 2009 ergeben. Insbesondere geht es darum, wie sich diese finanziellen Umverteilungen quantifizieren lassen und in welchen Größenordnungen sie voraussichtlich anfallen.

Eine valide Abschätzung der regionalen finanziellen Umverteilungseffekte, die zwischen den Bundesländern aus der zum 1.1.2009 geplanten Einführung des Gesundheitsfonds resultieren, sieht sich neben der zeitlichen Restriktion dieser Expertise mit folgenden gravierenden Problemen konfrontiert:

- Die Berechnungen müssen sich auf Daten aus den Jahren 2002 bis 2005 stützen, der vorgesehene Gesundheitsfonds soll aber erst im Jahre 2009 eingeführt werden. In der Zwischenzeit können sich daher die beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder in den einzelnen Bundesländern – im Vergleich zum Status quo – unterschiedlich entwickeln, was dann zwingend zu abweichenden Ergebnissen führen würde. Möglich ist daher nur die Simulation der kontrafaktischen Situation, dass der Fonds bereits im Jahr 2005 in Funktion wäre.
- Das GKV-WSG sieht in Artikel 38 zur Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung ein neues Versichertenklassifikationsmodell vor, welches auf 50 bis 80 besonders kostenintensiven chronischen Krankheiten sowie solchen mit schwerwiegendem Verlauf aufbaut. Die quantitativen finanziellen Umverteilungseffekte, die hieraus für die Krankenkassen und damit auch zwischen den Bundesländern erwachsen, lassen sich derzeit nicht abschätzen, aber man wird davon ausgehen müssen, dass sich durch das neue Versichertenklassifikationsmodell die regionalen Verteilungswirkungen in Grenzen verändern.
- Nach § 85a und b des GKV-WSG soll ab dem 1.1.2009 ein neues Vergütungssystem in der ambulanten Versorgung in Kraft treten. Auch dessen regionale Effekte sind beim derzeitigen Informationsstand nicht zu beziffern.
- Ferner ist mit Nachdruck darauf hinzuweisen, dass der der Fragestellung zugrunde liegende „regionale Denkansatz“ verfehlt ist. Das Regionalprinzip ist dem Sozialversicherungsrecht fremd. Jenseits der Tatsache, dass die gesetzlichen Krankenkassen keine Einrichtungen der Bundesländer

sind, ist die hinter der Frage nach den länderspezifischen Verteilungswirkungen des Gesundheitsfonds liegende implizite Annahme, dass die Sozialversicherungsbeiträge, die in einem Land entstehen auch dort wieder verausgabt werden sollten, abwegig. Denn immer wenn ein einheitlicher Beitragssatz in einer Sozialversicherung erhoben wird, muss es nach Maßgabe der unterschiedlichen und sich im Zeitverlauf ändernden sozioökonomischen Bedingungen in den einzelnen Ländern zu regionalen Umverteilungen kommen. Wer diese Verteilungswirkungen der gesetzlichen Krankenversicherung nicht akzeptiert, müsste gleichzeitig auf eine Regionalisierung der Renten und Arbeitslosenversicherung oder eine entsprechende Konvergenzklausel drängen.

Diese Einschränkungen sind relevant, gleichwohl verbieten sie es nicht, auf Basis der vorliegenden Daten eine realistische Bandbreite für jene Umverteilungseffekte zu ermitteln, die zwischen den Bundesländern aus der Einführung des vorgesehenen Gesundheitsfonds resultieren.

Der bestehende RSA berücksichtigt weder Satzungs- oder Mehrleistungen noch Verwaltungsausgaben. Daher entfaltet er auch keine Ausgleichswirkungen bezüglich dieser Merkmale zwischen den Krankenkassen. Die Finanzierung von solchen Mehrleistungen oder einem höheren Verwaltungsaufwand schlägt sich dann aber bei Krankenkassen mit überdurchschnittlich hohen beitragspflichtigen Einnahmen, bei sonst gleichen Rahmenbedingungen, in einem geringeren Beitragssatzaufschlag nieder als bei solchen mit unterdurchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen. Da der Beitragssatz einer Krankenkasse ein Wettbewerbssignal bildet, erzielt sie aufgrund einer höheren ökonomischen Leistungsfähigkeit ihrer Mitglieder im Rahmen der vom RSA nicht erfassten Ausgaben Wettbewerbsvorteile.

Die vorgesehene Einführung eines Gesundheitsfonds sieht die Erhebung eines einheitlichen Beitragssatzes für das gesamte Bundesgebiet vor. Die gesetzlichen Krankenkassen erhalten aus dem Fonds den überwiegenden Teil ihrer Einnahmen, um die Versorgung ihrer Versicherten zu finanzieren. Da zumindest zu Beginn über den Fonds 100% der Ausgaben der GKV abgedeckt werden sollen, erfolgt in der Gesamtbetrachtung ein 100%iger Finanzkraftausgleich. Gleichwohl werden nicht alle Krankenkassen mit den Fondszuweisungen eine vollständige individuelle Ausgabendeckung erreichen. Zur Deckung möglicher Einnahmedefizite dürfen die Krankenkassen einen kassenindividuellen Zusatzbeitrag – in absoluter oder prozentualer Ausgestaltung – von ihren Versicherten erheben oder Überschüsse auszahlen.

Der Bezug zu einem Bundesland widerspricht dem Sozialrecht im Allgemeinen und dem Prinzip der GKV im Besonderen in verteilungs- und ordnungspolitischer Hinsicht. Das Bundesverfassungsgericht stellt in seinem Urteil zum RSA vom 18.07.2005 (2 BvF 2/01) fest, dass „die Krankenkassen und die von ihnen verwalteten Beitragsmittel finanzverfassungsrechtlich nicht als Teil eines Landes und als Teil der Landeshaushalte betrachtet werden“ können.

In der Bundesrepublik Deutschland existiert eine Vielzahl von Krankenkassen, die teilweise regional, teilweise überregional oder auch bundesweit agieren und insofern eine Vielzahl von Versicherungsgemeinschaften bilden. Um die für eine Sozialversicherung o. a. typischen Solidarelemente zumindest bezüglich eines Grundkataloges von Leistungen nicht nur kassenindividuell, sondern über den ganzen Versichertenkreis der GKV hinweg zu verwirklichen, wurde – zusammen mit der Einführung der Kassenwahlfreiheit – ein kassenartenübergreifender RSA etabliert, an dem mit Ausnahme der landwirtschaftlichen Krankenkasse alle gesetzlichen Krankenversicherungsträger teilnehmen.

Wenn man ungeachtet dessen der Fragestellung des Auftraggebers folgend die finanziellen Ströme innerhalb der GKV aus bundeslandspezifischem Bezug analysiert, gewinnt die Ebene der Beitragssatzkalkulation unter dem Aspekt einer Erweiterung des Finanzkraftausgleichs um Verwaltungsausgaben sowie Satzungs- und Mehrleistungen eine besondere Bedeutung. Eine regional tätige und damit in ihrer Kalkulation diese regionalen Besonderheiten berücksichtigende Krankenkasse tätigt ihre Ausgaben – von grenzüberschreitenden und im Rahmen eines „Interkassenausgleichs“ vorgesehenen Inanspruchnahmen von Leistungen durch die Versicherten abgesehen – in dem jeweiligen Bundesland. Regionale Über- und Unterversorgung schlagen sich damit bei diesen Krankenkassen voll in ihren Beitragssätzen nieder. Überregional und vor allem bundesweit tätige Krankenkassen gleichen dagegen im Zuge einer Mischkalkulation in ihrem Beitragssatzgebiet solche Versorgungsunterschiede aus. Dies bedeutet, dass bundesweit kalkulierende Krankenkassen ausgabenintensive oder einnahmschwache Regionen auf Kosten der weniger ausgabenintensiven oder einnahmestarken Regionen entlasten. Die Versicherten dieser Krankenkassen in den weniger ausgabenintensiven (einnahmestarken) Regionen leisten quasi eine Quersubvention für die Versicherten in den anderen Regionen. Sofern diese Umverteilung bei überregional kalkulierenden Kassen bereits jetzt besteht, bewirkt die Einführung des Gesundheitsfonds hier keine wesentlichen Veränderungen.

Grundlage der Auswertungen bildet eine die Studie des Bundesversicherungsamtes im Auftrag der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zu den regionalen Verteilungswirkungen des Risikostrukturausgleichs. Schwerpunkt der Studie ist die Analyse der Verteilungswirkungen insbesondere auf Ebene der Bundesländer. Die in der Studie verwendeten Daten zu den regionalisierten beitragspflichtigen Einnahmen stützen sich auf eine Auswertung des Sozioökonomischen Panels (SOEP) durch Andersen und Grabka im Auftrag des BMGS im August 2004 und beziehen sich auf Daten des Jahres 2002 (vgl. Bundesversicherungsamt 2004 S. 3ff. und BMGS 2004). Die in der Untersuchung verwendeten Leistungsausgaben der Versicherten beziehen sich auf die GKV-weite Versichertenstichprobe, die auf Grundlage von § 268 Abs. 3 SGB V zur Vorbereitung der Gruppenbildung eines stärker morbiditätsorientierten RSA erhoben wurde.

Zur Bestimmung der sich ergebenden Veränderungen durch Einführung eines Gesundheitsfonds wird zunächst der Status quo mit bestehendem RSA bestimmt und mit einer modellhaften Auswertung verglichen. Diese Situation nach Einführung des Gesundheitsfonds beinhaltet, also einer Situation in der Satzungs- und Mehrleistungen ebenso im Ausgleichsvolumen berücksichtigt werden wie die anfallenden Verwaltungskosten.

Unter Gültigkeit der verwendeten Hochrechnungsparameter ergibt sich, dass sowohl vor als auch nach Einführung des Gesundheitsfonds Baden-Württemberg und Bayern sowie Hessen zu den größten Nettozahlern gehören. Der direkte Vergleich der beiden Gesamttransfers (vor und nach Einführung des Gesundheitsfonds) macht deutlich, dass sich die „Mehrbelastungen“ in relativ engen Grenzen halten.

Während im Bereich des Finanzkrafttransfers die zusätzlichen Be- bzw. Entlastungen durch die Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen des Bundeslandes und die Zahl der Versicherten (respektive beitragsfrei Mitversicherten) bestimmt werden und dieser Finanzkrafttransfer entsprechend der beschriebenen Ausgleichsmechanismen unabhängig vom Morbiditätsrisiko und damit Variationen des Verteilungsschlüssels ist, schlagen sich Variationen hin zu einer ausgabenorientierten Zuweisung im Beitragsbedarfstransfer nieder. Ob durch eine zusätzliche Orientierung am Volumen der standardisierten Leistungsausgaben ein Bundesland weiterhin zusätzliche Be- oder Entlastungen erfährt, wird

durch die individuelle Risikostruktur des Bundeslandes bestimmt und ist damit im Wesentlichen an den angegebenen RSA-Morbiditätsfaktoren ablesbar.

In der Gesamtbetrachtung können im Rahmen der beschriebenen Restriktionen die in den folgenden Tabellen 11 a und b aufgeführten zusätzlichen Be- bzw. Entlastungswirkungen im Rahmen einer Einführung des Gesundheitsfonds ausgewiesen werden.

Tabelle 11a: Zusätzliche Be- und Entlastungswirkungen durch Einführung des Gesundheitsfonds in der Gesamtbetrachtung in Mio., EUR

Bundesland	Gesamtveränderung in Mio. Euro		
	Verteilung 1	Verteilung 2	Verteilung 3
Schleswig-Holstein	-0,4	-2,2	1,3
Hamburg	-32,2	-36,0	-28,8
Niedersachsen	40,6	34,5	46,1
Bremen	4,7	2,5	6,7
Nordrhein-Westfalen	-16,5	-12,1	-20,4
Hessen	-61,7	-59,0	-64,2
Rheinland-Pfalz	22,4	23,2	21,6
Baden-Württemberg	-72,1	-49,6	-92,5
Bayern	-80,7	-62,0	-97,8
Saarland	-2,1	-3,8	-0,5
Berlin	-0,9	-8,9	6,4
Brandenburg	22,7	22,4	22,9
Mecklenburg-Vorpommern	12,3	11,7	12,8
Sachsen	92,0	75,7	106,9
Sachsen-Anhalt	38,5	33,2	43,2
Thüringen	33,5	30,3	36,3

Verteilung 1: Satzungsleistungen nach Versichertenzahl, Verwaltungskosten verteilt zu 30% nach Versichertenzahl und zu 70% nach standardisierten Leistungsausgaben.

Variante 2: Satzungsleistungen und Verwaltungskosten nach Versichertenzahl verteilt.

Variante 3: Satzungsleistungen und Verwaltungskosten nach standardisierten Leistungsausgaben verteilt.

Quelle: Bundesversicherungsamt 2004, KJ 1 2005, KM- 6, 2005, eigene Berechnungen.

Je nach Art der Zuschlüsselung der Aufwendungen von Mehr- bzw. Satzungsleistungen und Verwaltungskosten variieren die Ergebnisse zwischen knapp 50 Mio. EUR bzw. 62 Mio. EUR und knapp 92 Mio. EUR bzw. 98 Mio. EUR für Baden-Württemberg bzw. Bayern. Dies entspricht je Versicherten, bei der naturgemäß die Größe der Länder die absoluten Belastungseffekte relativiert, gerade noch einem Wert von 6 – 10 EUR pro Versichertem und Jahr bzw. im Falle von Nordrhein-Westfalen von rd. 1 EUR je Versicherten. Für Sachsen beträgt der Entlastungsbetrag je Versicherten zwischen 20 und 28 EUR. Zum Vergleich: In der GKV werden insgesamt 1913 – 2000 EUR ausgegeben. Die ausgeprägteste Nettoempfängerposition hält Sachsen. Dieses Land erhält je nach Ausgestaltung der Zuschlüsselung zwischen knapp 76 und im Extremfall einer voll ausgabenbasierten Zuschlüsselung

von Satzungsleistungen und Verwaltungskosten 106,9 Mio. EUR, dies entspräche einer Entlastung von 20 bis 28 EUR je Versicherten. (Dabei ist der dort angewendete Verteilungsschlüssel mit vollständiger Orientierung an den standardisierten Leistungsausgaben außerhalb einer ausreichenden fachlichen Begründungsfähigkeit.)

Tabelle 11 b: Zusätzliche Be- und Entlastungswirkungen durch Einführung des Gesundheitsfonds in der Gesamtbetrachtung in EUR je Versicherten

Bundesland	Gesamtjahresveränderung je Versicherten in EUR		
	Verteilung 1	Verteilung 2	Verteilung 3
Schleswig-Holstein	-0,16	-0,92	0,54
Hamburg	-23,33	-26,08	-20,83
Niedersachsen	6,06	5,15	6,88
Bremen	8,35	4,45	11,90
Nordrhein-Westfalen	-1,07	-0,79	-1,33
Hessen	-12,29	-11,74	-12,79
Rheinland-Pfalz	6,67	6,92	6,44
Baden-Württemberg	-8,16	-5,62	-10,47
Bayern	-7,99	-6,13	-9,69
Saarland	-2,30	-4,24	-0,54
Berlin	-0,32	-3,28	2,37
Brandenburg	10,04	9,92	10,15
Mecklenburg-Vorpommern	7,96	7,57	8,31
Sachsen	23,83	19,60	27,68
Sachsen-Anhalt	16,92	14,63	19,01
Thüringen	15,77	14,28	17,13

Im Vergleich dazu betragen die Ausgaben je Versicherten in 2005 im Durchschnitt 2.040 Euro.

Grundsätzlich leiden alle Aussagen zu den Umverteilungswirkungen zwischen Bundesländern an der Nichtverfügbarkeit flächendeckender regionalisierter Daten. Die Existenz der hier verwendeten Sonderstichprobe zur Weiterentwicklung des RSA sowie die Sonderauswertung des Sozioökonomischen Panels des DIW stellen eine Ausnahme dar. Wollte man unabhängig von der Sinnhaftigkeit einer solchen Fragestellung die regionalen Verteilungswirkungen exakt bestimmen, wäre eine weitaus breitere Datenbasis erforderlich. Nicht nur die Neueinführung bzw. Erweiterung der Bestimmung der Beitragsbedarfe würden dies erforderlich machen, auch die derzeit problematische Bestimmung der beitragspflichtigen Einnahmen auf Bundesländerebene stellt die Zukunft vor Herausforderungen. Zur exakten Ermittlung der beitragspflichtigen Einnahmen und der existierenden regionalen Umverteilungen müssten nicht nur umfassende und nach einheitlichen Orts- und Kassenkriterien geschlüsselte Ausgabendaten im Idealfall für jeden Versicherten vorliegen, sondern auch die korrespondierenden Daten zu Beiträgen bzw. beitragspflichtigen Einnahmen. Dennoch sieht sich der Versuch, die Effekte von Reformmaßnahmen bei den Wirtschaftssubjekten innerhalb eines Bundeslandes zu bewerten, zudem mit dem Problem konfrontiert, dass die Bundesländer in ihrer heutigen Abgrenzung keine isolierten Wirtschaftsräume darstellen.

Gerade im Bereich der GKV mit einem Risikostrukturausgleich, der als bundesweites Ausgleichsverfahren ausgelegt ist, und einem System, in dem eine Mischung aus bundesweit tätigen, regional fokussierten, überregional und über mehrere Bundesländerhinweg agierenden Krankenkassen existiert, stellt eine rein länderbezogene Betrachtungsweise einen Strukturbruch dar.

Fazit

Es gibt viele und gute Gründe den Gesundheitsfonds in seiner beschlossenen Form zu kritisieren, die in diesem Fonds induzierten länderspezifischen Umverteilungswirkungen gehören nicht dazu.

In diesen regionalen Verteilungswirkungen einen Defekt des Gesundheitsfonds zu sehen, dokumentiert ein verfehltes Verständnis einer Sozialversicherung.

Literatur

- Andersen, Hanfried H. und Grabka, Markus M. (2004), Gutachten zur Erhebung regionalbezogener Einnahmedaten im Risikostrukturausgleich, Berlin 2004.
- Bundesministerium für Gesundheit (2006), Kennzahlen und Faustformeln zur gesetzlichen Krankenversicherung, www.bmggesundheits.de, Berlin.
- Bundesregierung (2006), Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Gesetze (Vertragsrechtsänderungsgesetz – VÄndG), in: Bundestagsdrucksache 16/2474.
- Bundesversicherungsamt (2004), Regionale Verteilungswirkungen des Risikostrukturausgleichs. Untersuchung im Auftrag der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Überprüfung des Risikostrukturausgleichs und weiterer Fragen zum Organisationsrecht vom 06.09.2004.
- Bundesversicherungsamt (2006b), Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz - GKV-WSG) – Anhörung des Gesundheitsausschusses zu Block I – Finanzierung- am 14. November 2006. Stellungnahme des Bundesversicherungsamtes.
- Bundesversicherungsamt (o. J), Wie funktioniert der Risikostrukturausgleich, www.bva.de, Bonn
- Cassel, Dieter und Janssen, Johannes (1999), GKV-Wettbewerb ohne Risikostrukturausgleich? Zur Wettbewerbssichernden Funktion des RSA in der gesetzlichen Krankenversicherung, in Knappe, E. (Hrsg.), Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung, Baden-Baden, S. 11-49.
- Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See / Minijobzentrale (2005), aktuelle Entwicklungen im Bereich der geringfügigen Beschäftigung, Quartalsbericht IV 2005.
- Drabinski, Thomas (2006), Ökonomische Auswirkungen der Gesundheitsreform auf die Bundesländer, Schriftenreihe Institut für Mikrodaten-Analyse (fMDA), Band 10, Kiel Dezember 2006.
- Fraktionen der CDU / CSU und SPD (2006), Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG), in Bundestags-Drucksache 16/3100 vom 24.10.2006.
- Göpffarth, Dirk (2006), Regionale Verteilungswirkungen des Gesundheitsfonds, erscheint in: Gesundheits- und Sozialpolitik, Bd. 60, Heft 11-12.

- Igel, Christian und Schaufler, Thilo, M. (2006), Der neue Zusatzbeitrag als Wettbewerbsparameter; Strategische Wettbewerbsoptionen der Krankenkassen nach der Gesundheitsreform 2006 – eine positive Analyse, in BzG – Beiträge zur Gesellschaftspolitik, Nr. 09. KW 34- 2004, Berlin.
- IGES; Lauterbach, Karl und Wasem, Jürgen (2004), Klassifikationsmodelle für Versicherte im Risikostrukturausgleich, Endbericht, Berlin.
- Jacobs, Klaus; Reschke, Peter und Wasem, Jürgen (1996), Zur funktionalen Abgrenzung von Beitragssatzregionen in der gesetzlichen Krankenversicherung. Gutachten im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung Baden-Württemberg, Zwischenbericht, IGES-Papier Nr. 96-04, Institut für Gesundheits- und Sozialforschung, Berlin.
- Jacobs, Klaus; Reschke, Peter und Wasem, Jürgen (1998), Zur funktionalen Abgrenzung von Beitragssatzveränderungen in der gesetzlichen Krankenversicherung, Baden-Baden.
- Jacobs, Klaus; Reschke, Peter, Cassel, Dieter und Wasem, Jürgen (2002), Zur Wirkung des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung, Endbericht, Berlin, Duisburg, Greifswald.
- Lauterbach, Karl und Wille, Eberhard (2001), Modell eines fairen Wettbewerbs durch den Risikostrukturausgleich. Gutachten im Auftrag des Verbandes der Angestellten Krankenkassen e.V. (VdAK), Arbeiter-Ersatzkassen Verbandes e. V. (AEV), des AOK-Bundesverbandes (AOK-BV) und des IKK-Bundesverbandes (IKK-BV), Köln, Mannheim.
- Resch, Stefan (2004), Risikoselektion im Mitgliederwettbewerb der gesetzlichen Krankenversicherung, Frankfurt.
- Rürup, Bert (2001), Die Reform des Risikostrukturausgleichs in: Gesundheit und Gesellschaft, AOK Forum, Ausgabe 4.
- Rürup, Bert und Wille, Eberhard (2004), Finanzierungsreform in der Krankenversicherung. Gutachten, Darmstadt und Mannheim, 15.07.2004.
- RWI (2006), Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung und Universität Dortmund, Finanzielle Auswirkungen der Einführung des Gesundheitsfonds auf die Bundesländer, Forschungsvorhaben für das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen, Endbericht, Essen.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2006), Widerstrebende Interessen – ungenutzte Chancen, Jahresgutachten (2006/2007) Wiesbaden.
- Wille, Eberhard (1999), Auswirkungen des Wettbewerbs auf die gesetzliche Krankenversicherung, in Wille, Eberhard (Hrsg.), Zur Rolle des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung. Gesundheitsversorgung zwischen staatlicher Administration, korporativer Koordination und marktwirtschaftlicher Steuerung, Baden-Baden, S. 95-156.
- Wille, Eberhard (2006), Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz- GKV-WSG), BT-Drucksache 16/3100: Finanzierung, Berlin 14.11.2006.
- Wille, Eberhard und Schneider, Udo (1999), Regionalisierung, Risikostrukturausgleich und Verteilungsgerechtigkeit, in Rebscher, Herbert (Hrsg.), Regionalisierung der gesetzlichen Krankenversicherung. Ordnungspolitische, ökonomische und juristische Analysen, Baden-Baden, S. 91-123.

Zu den Autoren

Prof. Dr. Dr. h.c. Bert Rürup, Professor für Volkswirtschaftslehre - insbesondere Finanzwissenschaft - an der Technischen Universität Darmstadt. Seit 03/2005 Vorsitzender des Sachverständigenrates zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung.

Prof. Dr. Eberhard Wille, Lehrstuhl für Volkswirtschaftslehre, insbes. Planung und Verwaltung öffentlicher Wirtschaft, an der Universität Mannheim und u.a. Mitglied des Wissenschaftlichen Beirats beim Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie (seit 1983) und des Sachverständigenrates für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (seit 1993), dessen Vorsitzender seit 2002.