

Wasem, Jürgen; Buchner, Florian; Wille, Eberhard

**Working Paper**

## Umsetzung und empirische Abschätzung der Übergangsregelungen zur Einführung des Gesundheitsfonds

Diskussionsbeitrag, No. 168

**Provided in Cooperation with:**

University of Duisburg-Essen, Institute of Business and Economic Studie (IBES)

*Suggested Citation:* Wasem, Jürgen; Buchner, Florian; Wille, Eberhard (2008) : Umsetzung und empirische Abschätzung der Übergangsregelungen zur Einführung des Gesundheitsfonds, Diskussionsbeitrag, No. 168, Universität Duisburg-Essen, Fachbereich Wirtschaftswissenschaften, Essen

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/32096>

**Standard-Nutzungsbedingungen:**

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

**Terms of use:**

*Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.*

*You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.*

*If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.*

**Diskussionsbeitrag aus dem  
Fachbereich Wirtschaftswissenschaften  
Universität Duisburg-Essen  
Campus Essen**

**Nr. 168**

**August 2008**

**Umsetzung und empirische Abschätzung  
der Übergangsregelungen zur Einführung  
des Gesundheitsfonds**

Jürgen Wasem, Florian Buchner, Eberhard Wille  
unter Mitarbeit von Sonja Schillo und Gerald Lux

# **Umsetzung und empirische Abschätzung der Übergangsregelungen zur Einführung des Gesundheitsfonds (§ 272 SGB V)**

*Gutachten im Auftrag der Bundesregierung  
sowie Sonderauswertung*

Jürgen Wasem<sup>1</sup>, Florian Buchner<sup>2</sup>, Eberhard Wille<sup>3</sup>  
unter Mitarbeit von Sonja Schillo<sup>1</sup> und Gerald Lux<sup>1</sup>

**August 2008**

<sup>1</sup> Alfried Krupp von Bohlen und Halbach-Stiftungslehrstuhl für Medizinmanagement,  
Universität Duisburg-Essen

<sup>2</sup> Professur für Gesundheitsökonomie, Studienbereich Gesundheit und Pflege,  
Fachhochschule Kärnten

<sup>3</sup> Lehrstuhl für Volkswirtschaftslehre, insbes. Planung und Verwaltung öffentlicher Wirtschaft, Fakultät für Rechtswissenschaften und Volkswirtschaftslehre,  
Universität Mannheim

Teil A: .....	6
Umsetzung und empirische Abschätzung der Übergangsregelungen zur Einführung des Gesundheitsfonds – Gutachten im Auftrag der Bundesregierung .....	6
Vorwort .....	6
Executive Summary .....	7
1. Einleitung .....	15
2. Zur Umsetzung der Regelung nach § 272 SGB V .....	17
2.1 Probleme einer wörtlichen Auslegung des Gesetzestextes .....	17
2.2 Entwicklung eines Vorschlags für eine umsetzbare Regelung .....	19
3. Empirische Abschätzung der zu erwartenden Finanzwirkungen der Übergangsregelung .....	22
3.1 Darstellung des Modellrahmens .....	24
3.1.1 Beschreibung der Daten .....	24
3.1.2 Beschreibung der Vorgehensweise .....	25
3.2 Darstellung der empirischen Ergebnisse .....	40
3.2.1 Darstellung der „Belastungen“ und „Entlastungen“ im Sinne von § 272 Abs. 1 SGB V auf der Aggregationsebene der Bundesländer.....	40
3.2.2 Darstellung der Wirkungen der Anwendung der gesetzlichen Regelung in der Fassung des Umsetzungsvorschlages der Gutachter .....	42
3.2.3 Wirkungen bei einer Absenkung der Finanzierungsquote des Gesundheitsfonds auf 97,5 % und 95 % ohne fiktive Hinzurechnung der Deckungslücke .....	43
3.2.4 Wirkungen der Vervollständigung des Finanzkraftausgleichs durch die Einführung des Gesundheitsfonds .....	44
3.2.5 Sensitivitätsanalysen .....	44
4. Die Konvergenzklausel des § 272 SGB V unter ordnungspolitischen, insbesondere unter regionalen Verteilungs- und Effizienzaspekten .....	63
4.1 Die länderspezifische Perspektive im Bereich der Sozialversicherung .....	63
4.2 Die Krankenkassen als Ansatzpunkte zur Messung regionaler Verteilungseffekte.....	64

4.3	Länderspezifische Verteilungswirkungen versus krankenkassenbezogene Effekte.....	65
4.4	Effizienzaspekte der Konvergenzklausel .....	68
4.5	Fazit: Notwendige Revision eines verfehlten regionalen Verteilungskonzeptes .....	70
Teil B: .....		72
Länderübergreifende Transfers durch die überregionale Beitragskalkulation bundesweit tätiger Krankenkassen - Sonderauswertung auf der Grundlage der Protokollnotiz des Bundesrates vom 20.12.2007 - .....		72
Vorwort .....		72
1	Einleitung, Gang der Arbeit .....	74
2	Daten und Methodik .....	74
2.1	Daten .....	74
2.2	Methodik .....	76
2.2.1	Ansatzpunkte für die Ermittlung länderübergreifender Transfers durch die überregionale Beitragskalkulation bundesweit tätiger Krankenkassen .....	76
2.2.2	Beschränkung der untersuchten Kassen .....	77
2.2.3	Ermittlung der bundeslandspezifischen ausgabendeckenden Beitragssätze .....	78
2.2.4	Zurechnung bundeslandspezifischer Leistungsausgaben für jede Krankenkasse ..	82
2.2.5	Modellierung von bundeslandspezifischem Beitragsbedarf für jede Krankenkasse.....	86
2.2.6	Zurechnung von bundeslandspezifischen beitragspflichtigen Einnahmen .....	91
2.2.7	Modellierung der bundeslandübergreifenden ausgabendeckenden Beitragssätze für jede Krankenkasse und der interregionalen Transfers .....	92
3	Empirische Ergebnisse .....	93
4	Diskussion .....	96
Anhang .....		97
Literatur .....		98



Teil A:

## **Umsetzung und empirische Abschätzung der Übergangsregelungen zur Einführung des Gesundheitsfonds – Gutachten im Auftrag der Bundesregierung –**

### **Vorwort**

Das Bundesministerium für Gesundheit hat die Verfasser mit dem Gutachten zur Umsetzung und empirischen Abschätzung der Übergangsregelungen zur Einführung des Gesundheitsfonds (§ 272 SGB V) beauftragt. Die Verfasser haben am 01. April 2008 den Entwurf des Gutachtens vorgelegt. Es bestand Übereinstimmung mit dem Bundesministerium für Gesundheit, dass es für die bessere Verständlichkeit und fachliche und politische Bewertung des Gutachtens sinnvoll sei, verschiedene Aspekte des Gutachtens in der Endfassung noch ausführlicher darzustellen. Der Vorschlag der Gutachter hinsichtlich der Umsetzung der Übergangsregelung bei einer Unterfinanzierung des Gesundheitsfonds wurde gestrafft; der Vorschlag der Gutachter zur Umsetzung der Berücksichtigung der Beitragseinnahmen aus geringfügigen Beschäftigungsverhältnissen wurde gegenüber der Entwurfsfassung neu gestaltet. Auch wurde die Abgrenzung des Gutachtensauftrags von den Anfang 2007 vorgelegten Gutachten zu den Regionalwirkungen des GKV-WSG verdeutlicht. Schließlich wurden zwei weitere Berechnungen zu finanziellen Aspekten durchgeführt und entsprechende Tabellen erstellt.

Die Gutachter erhoffen sich, durch das nunmehr vorgelegte Gutachten einen Beitrag zur Versachlichung der Diskussion leisten zu können.

Essen, Feldkirchen und Mannheim, den 9. April 2008

Jürgen Wasem

Florian Buchner

Eberhard Wille

## Executive Summary

Die Verfasser legen hiermit das Gutachten zur Umsetzung und empirischen Abschätzung der Auswirkungen von § 272 SGB V („Konvergenzklausel“) vor. Zu den zusätzlich beauftragten Berechnungen zu länderübergreifenden Transfers durch die überregionale Beitragskalkulation bundesweit tätiger Krankenkassen wird in Kürze ein Nachtrag zu diesem Gutachten vorgelegt werden.

Das Gutachten kommt zu folgenden wesentlichen Schlussfolgerungen:

1. Die Vorschrift des § 272 SGB V zielt darauf ab, die fortgeschriebenen Beitragseinnahmen des Jahres 2008 für die Versicherten der Krankenkassen in einem Land jeweils den Zuweisungen der Krankenkassen für die Versicherten in diesem Land im Jahr 2009 gegenüberzustellen; übersteigen die fortgeschriebenen Beitragseinnahmen an die Krankenkassen für die Versicherten in einem Land die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds an die Versicherten in dem Land, sollen die Zuweisungen insoweit erhöht werden, bis der Unterschiedsbetrag 100 Mio. Euro nicht mehr übersteigt. Finanziert wird dies insbesondere durch Absenkung der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds an die Krankenkassen für Versicherte in solchen Bundesländern, bei denen die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds im Jahre 2009 die fortgeschriebenen Beitragseinnahmen des Jahres 2008 um mehr als 100 Mio. Euro übersteigen.<sup>1</sup> Somit bewirkt die Regelung – anders als die Überschrift von § 272 SGB V vermuten lässt – *keinen* Ausgleich der finanziellen Auswirkungen der Einführung des Gesundheitsfonds, die durch die Vervollständigung des Finanzkraftausgleichs und die stärkere Morbiditätsorientierung des Risikostrukturausgleichs (RSA) charakterisiert sind. Die Vorschrift des § 272 SGB V beabsichtigt vielmehr in erster Linie, für Krankenkassen mit Tätigkeitsschwerpunkten in Bundesländern mit überdurchschnittlichen Ausgabenniveaus und daher bislang überdurchschnittlichen Beitragssätzen, die insoweit unter den Bedingungen des Gesundheitsfonds und dem einheitlichen Beitragssatz künftig Zusatzprämien erheben müssten, die überdurchschnittlichen Ausgabenniveaus in der Konvergenzphase teilweise durch zusätzliche Zuweisungen aus dem Fonds finanzieren zu lassen. Belastet werden sollen durch die Regelung des § 272 SGB V in der Konvergenzphase insbesondere Krankenkassen mit Tätigkeitsschwerpunkten in Bundesländern mit unterdurchschnittlichen Ausgabenniveaus und infolgedessen bislang unterdurchschnittlichen Beitragssätzen, bei denen unter den Bedingungen des Gesundheitsfonds künftig Ausschüttungen von Prämienzahlungen an die Versicherten möglich wären.

Im vergangenen Jahr sind von Rürup u. Wille in einem Gutachten für das BMG und von Wasem und Mitautoren in einer Studie für das Land Baden-Württemberg die finanziellen Auswirkungen der Einführung des Gesundheitsfonds, insbesondere durch die Vervollständigung des Finanzkraftausgleichs, ermittelt worden. Beide Studien haben dazu die Verteilungswirkung des RSA vor GKV-WSG den Verteilungswirkungen des Gesundheitsfonds gegenüberstellt. Sie kamen zu dem Ergebnis, dass die Versicherten in keinem Bundesland durch die Einführung des Gesundheitsfonds um mehr als 100 Mio.

---

<sup>1</sup> In diesem Gutachten ist teilweise auch von Zuweisungen oder Transfers oder Beitragseinnahmen von oder an Bundesländer die Rede. Dies dient nur der verkürzenden Schreibweise, ist aber unpräzise – denn Empfänger von Transfers oder Zuweisungen sind immer Krankenkassen für Versicherte in den entsprechenden Ländern und letztlich die Versicherten.



belastet werden. Die Gutachter haben diese Berechnungen mit aktuellen Zahlen noch einmal durchgeführt und bestätigen dieses Ergebnis. Das Konzept des § 272 SGB V stellt dagegen die Verteilungswirkungen der durch die Krankenkassen realisierten Beitragssätze auf der Aggregationsebene der Bundesländer den Verteilungswirkungen des Gesundheitsfonds gegenüber.

Die gesetzliche Regelung des § 272 SGB V zielt also darauf ab, tatsächliche höhere Ausgabenniveaus in einzelnen Bundesländern, die sich bei Kassen mit regionalem Schwerpunkt in diesen Ländern heute in überdurchschnittlichen Beitragssätzen niederschlagen, *anlässlich* der Einführung des Gesundheitsfonds von Versicherten in Krankenkassen mit regionalem Schwerpunkt in Bundesländern mit niedrigeren Ausgabenniveaus und entsprechend niedrigeren Beitragssätzen vorübergehend teilweise finanzieren zu lassen. Die gesetzliche Regelung wendet sich für die Konvergenzphase daher insoweit von dem Ansatz ab, Zahlungen aus dem Gesundheitsfonds nur an standardisierten Leistungsausgaben zu orientieren. Damit ergeben sich bei der Quantifizierung der Effekte dieser Regelungen folgerichtig ganz andere zahlenmäßige Effekte als in den genannten Gutachten in 2007 berechnet. Denn ein überdurchschnittliches Ausgabenniveau hat (ohne die Regelung des § 272 SGB V) per se keinen Einfluss auf die an standardisierten Leistungsausgaben orientierten Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds, während die Regelung des § 272 SGB V diesen Zusammenhang herstellt.

2. Wenn die Intention des Gesetzgebers (wie soeben beschrieben) auch grundsätzlich erkennbar ist, ist die gesetzliche Regelung zugleich dennoch in hohem Maße unvollständig und inkonsistent und lässt sich bei einer wörtlichen Auslegung nicht umsetzen. Insbesondere die folgenden Probleme ergeben sich bei einer wörtlichen Auslegung der Vorschrift:
  - a) In § 272 Abs. 1 Satz 3 SGB V ist unklar, wie die Vorschrift zu interpretieren ist, dass der Rechtsstand in bezug auf den RSA vom 31.12.2006 anzuwenden ist.
  - b) In § 272 Abs. 1 Satz 3 SGB V ist unklar, welche Beitragssätze bei der Ermittlung der Beitragseinnahmen zur Anwendung kommen sollen. Es ist nicht geregelt, wie mit für Entschuldung reservierten Beitragsanteilen sowie mit Beitragsanteilen, die im Rahmen von kassenarteninternen Finanzhilfen zur Entschuldung aufgebracht oder empfangen werden, umgegangen werden soll.
  - c) Die Vorgabe aus § 272 Abs. 1 Satz 3 SGB V, die Beitragseinnahmen mit der Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 SGB V fortzuschreiben, kann nicht sichern, dass die Gesamtheit des prospektiv zu finanzierenden Ausgabenvolumens erreicht wird. Dies gilt bereits dann, wenn die Politik eine Finanzierungsquote des Fonds von 100 % beabsichtigt. Um so mehr gilt dies, wenn der Beitragssatz an den Fonds nicht angehoben wird, um ein im Vergleich zur Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen überproportionales Ausgabenwachstum zu finanzieren.
  - d) Es bleibt unklar, wie bei der Gegenüberstellung von Beitragseinnahmen und Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds die im Zeitablauf veränderten Bundeszuschüsse sowie die Einnahmen aus geringfügiger Beschäftigung zu berücksichtigen sind.
  - e) Es bleibt unklar, wie mit Versicherten mit Wohnsitz im Ausland bei Anwendung der Vorschrift umgegangen werden soll.

- f) Die Vorgabe des § 272 Absatz 2 Satz 2 SGB V („Die Zuweisungen an die Krankenkassen für deren Versicherte in den übrigen Ländern sind in dem Verhältnis zu verändern, in dem der Überschreibungsbetrag nach Satz 1 zu dem nach Absatz 1 Satz 1 jeweils maßgeblichen Betrag steht“) ist keiner sinnvollen Interpretation zugänglich; der Versuch einer wörtlichen Umsetzung der Konvergenzklausel würde zu einer grotesken Unterfinanzierung der Krankenkassen führen; gleichzeitig würde im Gesundheitsfonds Liquidität angesammelt.
  - g) Während § 272 Abs. 1 SGB V von „Belastungen“ und „Entlastungen“ spricht, die begrenzt werden sollen, geht das Verfahren in § 272 Abs. 2 SGB V nur noch auf die „Belastungen“ ein. Unklar ist die Regelung auch für den Fall mehrerer „Belastungen“ oberhalb 100 Mio. Euro und erst recht mehrerer „Belastungen“ und zugleich mehrerer „Entlastungen“ oberhalb 100 Mio. Euro.
  - h) Die Vorschrift sieht keine Regelung für den Fall vor, dass erst durch die Anwendung der Konvergenzregelung die „Belastung“ oder „Entlastung“ in einem Bundesland über 100 Mio. Euro steigt.
  - i) Die der Besonderen Begründung des Fraktionsentwurfes zu Artikel 1 Nr. 183 GKV-WSG (zu § 272 SGB V) entnehmbare Vorgabe, dass die Zusatzprämien nicht bei den Einnahmen aus dem Fonds einbezogen werden dürfen, ist so nicht exekutierbar, da bereits bei geringfügigen Deckungslücken die zu finanzierenden Entlastungen nicht aufgebracht werden können, ohne dass andere Länder über 100 Mio. Euro belastet werden.
3. Da die Regelung wörtlich nicht sinnhaft umgesetzt werden kann, haben die Gutachter einen Vorschlag entwickelt, wie mit einer möglichst nahen Orientierung an den Vorgaben des Gesetzgebers bzw. dem von ihm offenbar Gewollten eine sinnvolle Ausgestaltung und Umsetzung der Vorschrift erfolgen könnte. Diese besteht aus den folgenden wesentlichen Elementen:
- a) Der gesamtdeutsche RSA und die 2008 praktizierten Disease Management Programme waren zum 31.12.2006 bereits rechtsverbindlich beschlossen. Die Gutachter interpretieren § 272 Abs. 1 Satz 3 SGB V hinsichtlich des Rechtsstandes des RSA daher so, dass der gesamtdeutsche RSA und die 2008 praktizierten DMPs bei der Umsetzung zu berücksichtigen sind. Durch die Vorschrift des § 266 SGB V zur Nicht-Berücksichtigung von Satzungs- und Ermessensleistungen bei der Ermittlung der (künftig morbiditätsorientierten) Zuweisungen von Beitragsbedarf im RSA sind die Konsequenzen der Umwandlung von Satzungs- und Ermessensleistungen zu Regelleistungen durch das GKV-WSG erfasst.
  - b) Die Gutachter sehen es als sinnvoll an, bei der Anwendung der am 31.12.2008 geltenden Beitragssätze nur auf die allgemeinen Beitragssätze abzustellen und die Beitragseinnahmen so zu errechnen, dass auf alle beitragspflichtigen Einnahmen die allgemeinen Beitragssätze angewendet worden wären. Die Beitragssätze sollten um für Entschuldung reservierte Beitragsanteile sowie um Beitragsanteile bereinigt werden, die im Rahmen von kassenarteninternen Finanzhilfen zur Entschuldung aufgebracht oder empfangen werden. Denn diese Beitragsanteile werden nicht zur Finanzierung der laufenden Krankenversicherungsausgaben, für die es Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds gibt, verwendet und die Entschuldung hat bis zum 31.12.2008 abgeschlossen zu sein.

- c) Die Gutachter sehen es bezüglich der Vorgabe aus § 272 Abs. 1 Satz 3 SGB V, die Beitragseinnahmen mit der Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 SGB V fortzuschreiben, als sinnvoll an, einen Korrekturfaktor anzuwenden, der sicherstellt, dass bei einer Finanzierungsquote des Gesundheitsfonds von 100 Prozent die fortgeschriebenen Einnahmen auch den prospektiv zu erwartenden Ausgaben der GKV entsprechen. Dieser Korrekturfaktor ist auf der GKV-Ebene insgesamt durch Gegenüberstellung der fortgeschriebenen Beitragseinnahmen und der prospektiven Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds zu ermitteln und dann auf die fortgeschriebenen Beitragseinnahmen der Krankenkassen für ihre Versicherten in allen Bundesländern in gleicher Weise anzuwenden.
  - d) Der Bundeszuschuss sollte bei den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds, die den Krankenkassen (und Bundesländern) zugerechnet werden, durch eine prozentuale Kürzung abgezogen werden, weil er bereits bislang nicht bei den einzelnen Krankenkassen finanzwirksam wurde, sondern direkt dem RSA zufließt. Dies gilt auch für die Einnahmen aus geringfügiger Beschäftigung, die aus dem gleichen Grunde bei den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds durch eine prozentuale Kürzung abgezogen werden sollten.
  - e) Die Gutachter empfehlen, für die Umsetzung der Regelung nach § 272 SGB V Versicherte mit Wohnort im Ausland als Bürger eines 17. Bundeslandes zu führen. Denn nur so kann gesichert werden, dass das Finanzierungssystem der Übergangsregelung des § 272 SGB V ein in sich geschlossenes System darstellt.
4. Anstelle des weitgehend unpraktikablen und in der beschlossenen Form wörtlich nicht umsetzbaren Mechanismus in § 272 Abs. 2 SGB V schlagen die Gutachter den nachfolgend beschriebenen Algorithmus zur Veränderung von Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds zur Umsetzung des mit der Regelung offenbar Beabsichtigten vor; eine für die Umsetzung in einer Rechtsverordnung möglicherweise besonders geeignete mathematische Formulierung des Algorithmus ist in Abschnitt 3.1.2 enthalten.
- a) Es werden für die Gesamtheit der Versicherten jedes Bundeslandes die Abweichung der um die RSA-Position bereinigten fortgeschriebenen Beitragseinnahmen und die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds sowie deren Differenz ermittelt. Hierbei ist es für die weitere Entwicklung des Algorithmus sinnvoll, drei Typen von Ländern zu unterscheiden: Typ 1 sind Länder, bei denen die fortgeschriebenen Beitragseinnahmen um mehr als 100 Mio. Euro höher als die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds sind; die Versicherten der Krankenkassen in diesen Ländern haben einen Anspruch darauf, dass die Zuweisungen an sie so erhöht werden, dass anschließend die Belastungsgrenze von 100 Mio. Euro nicht mehr überschritten wird. Typ 2 sind Länder, bei denen die fortgeschriebenen Beitragseinnahmen um mehr als 100 Mio. Euro geringer sind als die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds; die Zuweisungen an die Krankenkassen für die Versicherten in diesen Ländern sind vorrangig zur Finanzierung der Erhöhung der Zuweisung an die Länder vom Typ 1 heranzuziehen. Typ 3 sind Länder, bei denen der Differenzbetrag zwischen fortgeschriebenen Beitragseinnahmen und Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds kleiner als 100 Mio. Euro ist.
  - b) Es ist die Summe der vorzunehmenden Zuweisungserhöhungen für Länder vom Typ 1 zu bilden und der Summe der Überschreitungen der 100-Mio.-Euro-Grenze für Länder vom Typ 2 gegenüber zu stellen. Ist die Summe der Überschreitungen der 100-Mio.-Euro-Grenze für Länder vom Typ 2 größer als die Summe der vorzu-

nehmenden Zuweisungserhöhungen für Länder vom Typ 1, kann durch eine Absenkung der Zuweisungen für Länder vom Typ 2 die Zuweisungserhöhung für Länder vom Typ 1 vollständig finanziert werden. In diesem Fall ist ein gleicher Euro-Betrag je Mitglied für die Mitglieder der Krankenkassen in den Ländern vom Typ 2 zu errechnen, um den die Zuweisungen für die Versicherten der Krankenkassen in diesen Ländern zu senken ist. Dabei ist sicherzustellen, dass keines der Länder vom Typ 2 eine Absenkung der Zuweisungen erfährt, welche die Differenz aus Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds und fortgeschriebenen Beitragseinnahmen unter 100 Mio. Euro bringt, wozu unter Umständen ein iteratives Verfahren erforderlich ist. Der Mitgliederbezug ist wegen des Mitgliederbezugs der Zusatzbeiträge nach § 242 SGB V zur Vermeidung von Wettbewerbsverzerrungen erforderlich. Eine weitergehende Kürzung der Zuweisungen an die Krankenkassen für die Versicherten in den Ländern vom Typ 2, die über die Finanzierung der Erhöhung der Zuweisungen an die Krankenkassen für Versicherte in Ländern vom Typ 1 zur Reduktion der sog. „Belastung“ dieser Länder bis an die Belastungsgrenze von 100 Mio. Euro hinausgeht, sollte bei dieser Fallkonstellation nicht erfolgen.

- c) Ist die Summe der Überschreitungen der 100-Mio.-Euro-Grenze für Länder vom Typ 2 kleiner als die Summe der vorzunehmenden Zuweisungserhöhungen für Länder vom Typ 1, werden zunächst die Zuweisungen an die Länder vom Typ 2 soweit gekürzt, dass die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nur noch um jeweils 100 Mio. Euro größer sind als die fortgeschriebenen Beitragseinnahmen. Für den dann noch zur Finanzierung der Zuweisungserhöhungen für Länder vom Typ 1 fehlenden Betrag ergeben sich insbesondere zwei Möglichkeiten der Aufbringung: (i) der fehlende Betrag wird auf alle Länder vom Typ 2 und vom Typ 3 je Mitglied umgelegt und die Zuweisungen werden entsprechend gekürzt; (ii) der fehlende Betrag wird zunächst je Mitglied auf die Länder vom Typ 3 umgelegt und nur insoweit diese damit bis an die Belastungsgrenze von 100 Mio. Euro belastet sind, wird der noch bestehende Restbetrag wiederum von den Ländern vom Typ 2 belastet. In beiden Fällen dürfen dabei bei keinem Land nach Durchführung der Zuweisungskürzungen die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds um mehr als 100 Mio. Euro unterhalb der fortgeschriebenen Beitragseinnahmen liegen, so dass dadurch begrenzte Finanzierungsverpflichtungen entsprechend durch Kürzungen von Zuweisungen an Krankenkassen für Versicherte in anderen Bundesländern zu erbringen sind.
5. Wenn die Finanzierungsquote des Gesundheitsfonds auf unter 100 % sinkt, weil die Ausgaben der Krankenkassen stärker als die beitragspflichtigen Einnahmen steigen, ohne dass der Beitragssatz an den Gesundheitsfonds entsprechend angepasst wird, ist es – unabhängig von der Anwendung der Übergangsregelung des § 272 SGB V – sachgerecht, die Unterdeckung durch einen für alle Mitglieder der GKV gleichen Abzugsbetrag je Mitglied von der Summe der Zuweisungen, die sich bei 100 % Finanzierungsquote für eine Krankenkasse ergäbe, bei den Zuweisungen zu berücksichtigen. Für die Anwendung der Übergangsregelung des § 272 SGB V ist dieser Abzugsbetrag wieder hinzuzurechnen und im übrigen durch den in Nr. 3 Buchst. c) oben vorgeschlagenen Korrekturfaktor sicherzustellen, dass auf der GKV-Ebene die fortgeschriebenen Beitragseinnahmen den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds entsprechen.
6. In den Folgejahren erhöht sich nach der gesetzlichen Regelung des § 272 Abs. 1 SGB V die maximal zu tragende Differenz zwischen fortgeschriebenen Beitragseinnahmen und Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds um jährlich 100 Mio. Euro, liegt also in 2010

bei 200 Mio. Euro und in 2011 bei 300 Mio. Euro. Bei der Anwendung der Regelung ist jeweils so vorzugehen, dass die fortgeschriebenen Beitragseinnahmen entsprechend dem oben ermittelten Verfahren den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds, wie sie sich ohne Anwendung der Regelung aus § 272 SGB V ergeben würden, gegenüber gestellt werden und für die Versicherten der Krankenkassen in jedem Bundesland die entsprechende Differenz gebildet wird. Der unter Ziffer 4 und 5 vorgeschlagene Algorithmus findet entsprechende Anwendung, nur dass an die Stelle der Größe 100 Mio. Euro die Größe 200 Mio. bzw. 300 Mio. Euro etc. tritt.

7. Die Gutachter empfehlen, den Mechanismus des § 272 SGB V nur dann in Gang zu setzen, wenn mindestens ein Land im ersten Jahr die 100-Mio.-Euro-Grenze Belastung (die fortgeschriebenen Beitragseinnahmen, bereinigt um die RSA-Position, sind um mehr als 100 Mio. Euro größer als die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds) überschritten hat. Im zweiten Jahr gilt dies entsprechend, wenn mindestens ein Land die 200-Mio.-Euro-Grenze der Belastung überschritten hat, und in den Folgejahren analog jeweils mit einem um 100 Mio. Euro höheren Betrag.
8. Die empirische Abschätzung der finanziellen Auswirkungen der Regelung des § 272 SGB V und des Umsetzungsvorschlages durch die Gutachter wird für das Jahr 2006 durchgeführt; dabei wurden die Beitragssätze des 1.1.2008 verwendet und um Entschuldungsanteile und wo möglich Be- und Entlastungen aus kassenarteninternen Finanzausgleichen zur Entschuldung gekürzt. Die Verfasser weisen in aller Deutlichkeit darauf hin, dass es sich bei den in diesem Abschnitt vorgestellten Daten um eine Modellrechnung handelt, da zahlreiche Daten zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht in regionalisierter Form vorliegen. Um die Unsicherheit in den Daten abzubilden, haben die Gutachter Sensitivitätsanalysen angefertigt. Sie zeigen, dass Veränderungen in den Daten erhebliche Auswirkungen auf die zu erwartenden Kürzungen oder Erhöhungen von Zuweisungen bei der Anwendung der Übergangsregelung des § 272 SGB V haben.
9. Gegen Ende des Jahres ist aufgrund der Regelungen der RSAV mit regionalisierten „Echtdaten“ zu rechnen. Auch bei Verwendung der „Echtdaten“ in der Umsetzung der Regelung des § 272 SGB V ist darauf hinzuweisen, dass die finanziellen Auswirkungen in starkem Maße von den Beitragssätzen großer Regionalkassen am 31.12.2008 abhängen – Beitragssatzänderungen, die gegen Jahresende für wenige Tage durchgeführt werden, haben erheblichen Einfluss auf die Transferströme nach § 272 SGB V in 2009 und Folgejahren.
10. Nach der Modellrechnung für 2006 gehören Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Hessen, Rheinland-Pfalz und Schleswig-Holstein zu den Ländern vom Typ 1, haben also Anspruch darauf, dass für die Versicherten bzw. Mitglieder der Krankenkassen in diesen Ländern die Zuweisungen soweit erhöht werden, bis die fortgeschriebenen Beitragseinnahmen nur noch um jeweils 100 Mio. Euro größer sind als die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds. Zur Finanzierung dieser Erhöhungen der Zuweisungen werden nach unseren Berechnungen für 2006 rd. 474 Mio. Euro benötigt. Nach unseren Berechnungen gehören NRW, Sachsen und Thüringen zu den Ländern vom Typ 2. Aus einer Absenkung der Zuweisungen an diese Länder bis zu dem Punkt, bei dem die fortgeschriebenen Beitragseinnahmen nur noch um jeweils 100 Mio. Euro kleiner sind als die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds stünden rd. 614 Mio. Euro zur Verfügung. Die Finanzierung der Erhöhung der Zuweisungen an Krankenkassen für Versicherte in Ländern vom Typ 1 kann also durch eine Absenkung der Zuweisungen an Krankenkassen für Versicherte in Ländern vom Typ 2 nach diesen Berechnungen vollständig finanziert

werden. Dabei würde von den zu finanzierenden 474 Mio. Euro der weitaus größte Teil von den Versicherten in Sachsen mit rd. 314 Mio. Euro getragen, die Versicherten in Thüringen würden rd. 129 Mio. Euro tragen und die in NRW rd. 31 Mio. Euro.

11. Würde die Finanzierungsquote des Gesundheitsfonds auf 97,5 % sinken und dies bei der Anwendung der Übergangsregelung des § 272 SGB V durch eine entsprechende – für alle Mitglieder der GKV in Euro je Mitglied gleiche – Kürzung der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds bei der Gegenüberstellung mit den fortgeschriebenen Beitrags-einnahmen berücksichtigt, würden zusätzlich zu den oben genannten Ländern auch Brandenburg, Hamburg, Niedersachsen und NRW zu den Ländern vom Typ 1 gehören. Zur Finanzierung der Erhöhung der Zuweisungen an die Krankenkassen für Versicherte in diesen Ländern bis zur Belastungsgrenze würde ein Volumen von rd. 2.754 Mio. Euro benötigt. Bei den übrigen Ländern ließe sich aber nur ein Finanzvolumen von rd. 1.018 Mio. Euro realisieren, bis diese sämtlich ebenfalls die 100-Mio.-Euro-Belastungsgrenze erreicht haben. Die Regelung ist daher in dieser Form nicht finanzierbar.

Würde die Finanzierungsquote schließlich auf 95 % gesenkt und dies durch eine entsprechende – für alle Mitglieder der GKV in Euro je Mitglied gleiche – Kürzung im Modell der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds in der Anwendung der Übergangsregelung berücksichtigt, würden auch noch Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt zu den Ländern vom Typ 1 gehören und es würde zur Belastungsbegrenzung bei diesen Ländern ein Volumen von rd. 5.720 Mio. Euro gehören. Jedoch steht nur ein Finanzvolumen von rd. 549 Mio. Euro zur Verfügung, bis die übrigen Länder sämtlich die Belastungsgrenze von 100 Mio. Euro erreicht haben.

12. Die Perspektive einer Ermittlung von länderspezifischen „Belastungen“ und „Entlastungen“ von bestimmten Gesetzesänderungen, wie z. B. der Einführung eines Gesundheitsfonds, und die Intention einer Begrenzung dieser regionalen Effekte widersprechen dem ordnungspolitischen, weil bundesstaatlich angelegten System der deutschen Sozialversicherung und damit auch der GKV. Unabhängig davon bilden die unter Verteilungs- bzw. Inzidenzaspekten verfehlte Bezugsbasis und die Vergleichsgrößen die zentrale Schwäche der Konvergenzklausel, die nicht auf die länderbezogenen Verteilungswirkungen, sondern auf die fiskalischen Effekte bei Krankenkassen abstellt. Verteilungswirkungen von Gesundheitsreformen fallen aber nicht bei Krankenkassen, sondern bei Versicherten bzw. Mitgliedern, Arbeitgeber und/oder Leistungserbringern in Form von Änderungen der privat verfügbaren Einkommen, Leistungen, Gewinne und/oder Vergütungen an.
13. Der in diesem Gutachten in strikter Befolgung des § 272 SGB V vorgestellte Berechnungsmodus veranschlagt die länderspezifischen „Belastungen“ und „Entlastungen“ als Differenz zwischen den fortgeschriebenen Einnahmen der Krankenkassen und ihren zukünftigen Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds. Damit weist er in hohem Maße Transferwirkungen zwischen den Bundesländern aus, die interregional unter Verteilungs- bzw. Inzidenzaspekten gar nicht existieren, sondern aus Ausgabenniveaunterschieden zwischen den Regionen resultieren und deren Folge intraregionale Verteilungseffekte (insbesondere zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern) sind. Die Regelung begrenzt daher nicht Umverteilung, sondern führt selber zu Umverteilungen. Sofern die Konvergenzklausel bei Überschreiten der 100-Mio.-Euro-Grenze gleichwohl Anwendung findet, zahlen, obwohl keine interregionalen bzw. länderspezifischen Verteilungswirkungen auftreten, länderbezogenen Krankenkassen mit unter sonst gleichen Umständen zur Zeit unterdurchschnittlichen Beitragssätzen an solche mit unter sonst

gleichen Umständen zur Zeit überdurchschnittlichen. Dies erscheint auch unter Effizienzaspekten nicht angezeigt. Sofern es sich um bundesweit tätige Krankenkassen handelt, gehen die Erhöhungen und Kürzungen der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds an diese Krankenkassen im Übrigen in die bundesweite Mischkalkulation dieser Krankenkassen ein.

14. Unter interregionalen bzw. länderspezifischen Verteilungsaspekten stellt der § 272 einen in verschiedener Hinsicht methodisch problematischen Ansatz dar. Von einer politischen Umsetzung dieser Ergebnisse, die ohne begründeten interregionalen Bezug vornehmlich Versicherte bzw. Mitglieder in Sachsen und auch in Thüringen belasten – und für die unterdurchschnittlichen Ausgaben der Krankenkassen in diesen Ländern „bestrafen“ – würden, ist daher abzuraten.

## 1. Einleitung

Der Gesetzgeber des GKV-WSG vom 26.03.2007 (BGBl. I S. 378) hat durch Neufassung von § 272 Abs. 1 bis 3 SGB V Übergangsregelungen zur Einführung des Gesundheitsfonds beschlossen („Konvergenzklausel“). Damit sollen – lt. Besonderer Begründung zu Art. 1 Nr. 183 des Fraktionsentwurfes des GKV-WSG (BT-Drucks. 16/3100) – „unverhältnismäßige Belastungssprünge aufgrund der Einführung des Gesundheitsfonds“ vermieden werden. Gemäß § 272 Abs. 4 SGB V hat die Bundesregierung ein Gutachten in Auftrag zu geben.

Die näheren Vorgaben für das von der Bundesregierung in Auftrag zu gebende Gutachten sind nach § 272 Abs. 4 Satz 2 SGB V in einer Rechtsverordnung zu treffen. Mit Artikel 1 Nr. 3 der 16. RSAV-ÄndV vom 20.12.2007 (BGBl. I S. 3083) hat die Bundesregierung in § 34 RSAV den neuen Absatz 3 angefügt. Dieser trifft die Vorgaben für das zu vergebende Gutachten nach § 272 Abs. 4 Satz 2 und 3 SGB V.

Die Bundesregierung hat die Verfasser beauftragt, dieses gesetzlich und durch die RSAV geforderte Gutachten zu erarbeiten. Das Gutachten ist wie folgt aufgebaut: In Kapitel 2 werden Überlegungen zur Umsetzung der Regelung nach § 272 SGB V vorgestellt. Dabei wird zunächst in Abschnitt 2.1 erörtert, welche Probleme eine wörtliche Auslegung der Vorschrift mit sich bringen würde. Hierbei zeigt sich im Ergebnis, dass die Regelung so inkonsistent und unklar ist, dass sie in dieser Form nicht umsetzungsfähig ist. Die Gutachter haben ihren Auftrag daher so verstanden, dass sie einen eigenen Vorschlag für eine möglichst nahe am Gesetz orientierte, umsetzbare Regelung entwickeln. Dieser Vorschlag der Gutachter wird in Abschnitt 2.2 erläutert.

In Kapitel 3 stellen die Gutachter das Ergebnis ihrer empirischen Berechnungen vor. Hierbei wird in Abschnitt 3.1 der Modellrahmen für die empirischen Berechnungen detailliert erläutert. In Abschnitt 3.2 werden die empirischen Ergebnisse vorgestellt. In Kapitel 4 erfolgt schließlich eine Bewertung der Übergangsregelung nach § 272 SGB V im Gesamtzusammenhang.

Die Gutachter sind zudem beauftragt, über die durch § 272 SGB V und § 34 RSAV geforderten Aufträge hinaus eine Abschätzung der Transferwirkungen zwischen den Bundesländern insbesondere durch die Transfers überregional tätiger Krankenkassen vorzunehmen. Mit diesem zusätzlichen Auftrag an die Gutachter setzt die Bundesregierung eine entsprechende Protokollerklärung im Bundesrat um. Für diese zusätzlichen Berechnungen sind den Gutachtern umfangreiche Daten der einzelnen, überregional tätigen Krankenkassen zur Verfügung gestellt worden, die gegenwärtig noch – insbesondere mit Blick auf rechnerisch kostendeckende fiktive bundeslandspezifische Beitragssätze – ausgewertet werden. Die Gutachter werden in Kürze einen Nachtrag zu diesem Gutachten vorlegen, mit dem diese Berechnungen veröffentlicht werden<sup>2</sup>. Diese zusätzlichen Berechnungen haben keinen Einfluss auf die mit diesem Gutachten vorgestellten konzeptionellen und empirischen Überlegungen zur Umsetzung der Regelung nach § 272 SGB V, denn für die Anwendung der Regelungen des § 272 SGB V werden keine rechnerisch kostendeckenden fiktiven bundeslandspezifischen Beitragssätze überregional tätiger Krankenkassen benötigt; vielmehr arbeitet die Regelung des § 272 SGB V mit den tatsächlichen, im gesamten Tätigkeitsgebiet einheitlichen Beitragssätzen der bundesweit kalkulierenden Krankenkassen. Es sei aber auch hier bereits darauf hingewiesen, dass

---

<sup>2</sup> Vgl. Teil B dieses Diskussionspapiers.



es sich bei den in dem Nachtrag auszuweisenden Daten zu den Transfers ebenfalls um eine Modellrechnung mit einem hohen Unsicherheitsgrad handelt.

Die Autoren sind im vergangenen Jahr vor Verabschiedung des GKV-WSG in der Diskussion um die Regionaleffekte der Einführung des Gesundheitsfonds bereits gutachterlich tätig gewesen: Eberhard Wille hat gemeinsam mit Bert Rürup für das Bundesministerium für Gesundheit den Status Quo von Transfers durch den RSA und die Auswirkungen der Vervollständigung des Finanzkraftausgleichs quantifiziert (Rürup & Wille 2007). Jürgen Wasem und Florian Buchner haben mit Mitautoren dies ebenfalls untersucht und darüber hinaus die Effekte überregionaler Beitragssatzkalkulation und ihre Veränderung durch das GKV-WSG modellhaft abgebildet (Wasem et al 2007). Beide Studien kamen zu dem Ergebnis, dass die Versicherten in keinem Bundesland durch die Einführung des Gesundheitsfonds um mehr als 100 Mio. belastet werden. Die Gutachter haben diese Berechnungen mit aktuellen Zahlen noch einmal durchgeführt und bestätigen dieses Ergebnis (vgl. Abschnitt 3.2.4).

Die Autoren weisen deutlich darauf hin, dass die Definition von „Regionalwirkungen“ und „Belastungen“, die § 272 SGB V in der Fassung der GKV-WSG vornimmt, eine spezifische Sichtweise ist, die mit der in den vorgenannten Untersuchungen vorgenommenen Interpretation nicht übereinstimmt. Die Vorschrift des § 272 SGB V zielt darauf ab, die fortgeschriebenen Beitragseinnahmen für die Versicherten der Krankenkassen in einem Land jeweils den Zuweisungen der Krankenkassen für die Versicherten in diesem Land gegenüberzustellen; übersteigen die fortgeschriebenen Beitragseinnahmen an die Krankenkassen für die Versicherten in einem Land die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds an die Versicherten in dem Land, sollen die Zuweisungen insoweit erhöht werden, bis der Unterschiedsbetrag 100 Mio. Euro nicht mehr übersteigt. Finanziert werden soll dies insbesondere durch Absenkung der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds an die Krankenkassen für Versicherte in solchen Bundesländern, bei denen die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds die fortgeschriebenen Beitragseinnahmen um mehr als 100 Mio. Euro übersteigen.<sup>3</sup> Somit beabsichtigt die Regelung – anders als die Überschrift von § 272 SGB V vermuten lässt – *keinen* Ausgleich der finanziellen Auswirkungen der Einführung des Gesundheitsfonds, die durch die Vervollständigung des Finanzkraftausgleichs und die stärkere Morbiditätsorientierung des RSA charakterisiert sind. Die Vorschrift des § 272 SGB V beabsichtigt vielmehr in erster Linie, bisher durch höhere Beitragssätze finanzierte und künftig entsprechend durch Zusatzprämien zu finanzierende höhere Ausgabenniveaus von Krankenkassen mit Tätigkeitsschwerpunkten in einzelnen Bundesländern teilweise in einer Übergangsphase aus dem Fonds finanzieren zu lassen. Belastet werden sollen durch die Regelung des § 272 SGB V in der Übergangsphase Versicherte von Krankenkassen mit Tätigkeitsschwerpunkten in Bundesländern mit niedrigeren Ausgabenniveaus, wo bislang unterdurchschnittliche Beitragssätze erhoben werden und künftig Ausschüttungen von Prämienzahlungen an die Versicherten möglich wären. Bei Quantifizierung dieser Regelungen des § 272 SGB V ergeben sich ganz andere zahlenmäßige Effekte als in den genannten Gutachten 2007 berechnet. Die Wirkungen der Einführung des Gesundheitsfonds können *nur* durch die Vorgehensweise der in 2007 durchgeführten Gutachten, dagegen nicht durch die Methodik der hiermit vorgelegten Studie, die die Auswirkungen gemäß § 272 SGB V quantifiziert, abgebildet werden.

---

<sup>3</sup> In diesem Gutachten ist teilweise auch von Zuweisungen oder Transfers oder Beitragseinnahmen von oder an Bundesländer die Rede. Dies dient nur der verkürzenden Schreibweise, ist aber unpräzise – denn Empfänger von Transfers oder Zuweisungen sind immer Krankenkassen für Versicherte in den entsprechenden Ländern und letztlich die Versicherten selber.

## 2. Zur Umsetzung der Regelung nach § 272 SGB V

### 2.1 Probleme einer wörtlichen Auslegung des Gesetzestextes

Die sogenannten „Belastungen“ und „Entlastungen“, die der Gesundheitsfonds für die in einem Bundesland tätigen Krankenkassen verursacht, errechnen sich nach § 272 Abs. 1 SGB V als Differenz zwischen der Höhe der fortgeschriebenen Einnahmen der Krankenkassen für die in einem Bundesland wohnhaften Versicherten und den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds. Einer inhaltlich konsistenten Umsetzung dieser Regelung stehen im Gesetzestext zahlreiche Lücken, mehrere Ungenauigkeiten und auch einige widersprüchliche Anweisungen entgegen. Dabei handelt es sich vor allem um folgende Aspekte:

- a) Als fortgeschriebene Einnahmen gelten im Sinne des Gesetzestextes die fiktiven Beitragseinnahmen auf der Grundlage der am 31.12.2008 geltenden Beitragssätze bereinigt um Ausgleichsansprüche und –verpflichtungen auf Grund des Risikostrukturausgleiches (RSA) und des Risikopools in der bis zum 31.12.2006 geltenden Fassung. Hinsichtlich der Anwendung des RSA liegen aber zwischen dem 31.12.2006 und dem 31.12.2008 Änderungen bzw. Unterschiede, die über die fortzuschreibenden Einnahmen der Krankenkassen und ihre Bereinigung um RSA- und Risikopool-Transfers das Ergebnis der Berechnungen beeinflussen können. Dies gilt vornehmlich für den vollständigen gesamtdeutschen RSA und den aktuellen Stand der strukturierten Behandlungs- bzw. Disease Management-Programme nach §§ 137 f-g SGB V.
- b) Der Gesetzestext lässt offen, welche Beitragssätze bei der Ermittlung der Einnahmen zur Anwendung kommen sollen. Damit bleibt unklar, wie in diesem Kontext eine derzeit noch in den Beitragssätzen vorhandene Entschuldung von Krankenkassen und Be- und Entlastungen durch kassenarteninterne Finanzhilfen zur Entschuldung Berücksichtigung finden. Kassenarteninterne Finanzhilfen zur Entschuldung gleichen sich zwar im Hinblick auf die gesamten Einnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) aus, dies gilt aber gerade nicht für die hier interessierenden länderbezogenen Transferzahlungen.
- c) Die Vorgabe des § 272 Abs.1 Satz 3 SGB V, die Beitragseinnahmen „entsprechend der Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3“ fortzuschreiben, vermag sehr wahrscheinlich das prospektive Ausgabenvolumen nicht zu finanzieren, d. h. eine 100prozentige Finanzierungsquote des Gesundheitsfonds für die Anwendung von § 272 SGB V darzustellen. Vor dem Hintergrund der Umwandlung von Satzungs- und Ermessensleistungen in Pflichtleistungen, höherer Vergütungen für die ambulante ärztliche Behandlung und erheblicher Steigerungen der ärztlichen Vergütungen im Krankenhaus dürfte unbeschadet aller Rationalisierungsbemühungen und verbesserter gesamtwirtschaftlicher Bedingungen die Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen kaum ausreichen, um die gestiegenen Ausgaben zu 100 % zu decken.
- d) Es bleibt im Gesetzestext unklar, wie bei der Gegenüberstellung von fortgeschriebenen Beitragseinnahmen und Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds sowohl die im Zeitablauf veränderten Bundeszuschüsse als auch die schon erwähnte Umwandlung von Satzungs- und Ermessensleistungen in Pflichtleistungen zu berücksichtigen sind. Ferner fehlen im Gesetzestext Hinweise auf die Einbeziehung von Versicherten mit einem

Wohnort im Ausland. Auch ist der Umgang mit Einnahmen der GKV aus geringfügiger Beschäftigung nicht geregelt.

- e) Die Regelung von § 272 Abs.2 Satz 2 SGB V erschließt sich keiner sinnvollen Interpretation. Für den Fall, dass die jährlichen Berechnungen der in einem Land tätigen Krankenkassen die 100-Mio.-Euro-Grenze überschreiten, sind „die Zuweisung an die Krankenkassen für deren Versicherte in den übrigen Ländern... in dem Verhältnis zu verändern, in dem der Überschreibungsbetrag nach Satz 1 zu dem nach Absatz 1 Satz 1 jeweils maßgeblichen Betrag steht“. Wörtlich genommen bedeutet dies, dass im Falle einer sog. „Belastung“ von Krankenkassen in einem Bundesland A durch Einführung des Gesundheitsfonds in Höhe von 120 Mio. Euro die Zuweisungen an die Krankenkassen in den übrigen Bundesländern um 16,7 % bzw. 20 % abzusenken sind.<sup>4</sup> Sofern die sog. „Belastungen“ der Krankenkassen im Bundesland A 200 Mio. Euro betragen, folgt aus der wörtlichen Umsetzung des Gesetzestextes sogar eine Absenkung der Zuweisungen an die Krankenkassen in den übrigen Bundesländern um 50 % bzw. 100 %.<sup>5</sup> Dies liefe auf eine groteske Unterfinanzierung der gesamten GKV hinaus. Dieses Ergebnis weckt in fiskalischer wie allokativer Hinsicht kafkaeske Vorstellungen. Um der Intention des § 272 Abs. 1 Satz 1 SGB V zu genügen, d. h. um die sog. „Belastung“ im Bundesland A auf die 100-Mio.-Euro-Grenze abzusenken, genügt hier in den übrigen Bundesländern eine Mittelaufbringung von insgesamt 20 bzw. 100 Mio. Euro.
- f) Während § 272 Abs. 1 Satz 1 SGB V die jährlichen „Belastungen“ und „Entlastungen“ auf Grund der Einführung des Gesundheitsfonds für die in einem Land tätigen Krankenkassen auf 100 Mio. Euro begrenzen möchte, geht Absatz 2 nur auf das Prozedere im Falle von sog. „Belastungen“ ein und klammert den Fall von „Entlastungen“, welche die Grenze von 100 Mio. Euro überschreiten, völlig aus. Ferner macht der Gesetzestext keine Aussagen drüber, wie die Berechnungen erfolgen sollen, wenn die „Belastungen“ von Krankenkassen in mehreren Ländern einer Begrenzung bedürfen oder sogar gleichzeitig Begrenzungen sowohl von „Belastungen“ als auch von „Entlastungen“ erforderlich werden. Schließlich kann in diesem Zusammenhang auch der Fall eintreten, dass die Anwendung der Konvergenzklausel die „Belastungen“ oder „Entlastungen“ in einem Bundesland über die 100-Mio.-Euro-Grenze steigen lässt. Auch für diesen Fall sieht der Gesetzestext keine Lösung vor.
- g) Die in der Begründung zum Gesetzentwurf zum GKV-WSG enthaltene Vorgabe, dass „beim Vergleich der fiktiven Einnahmen mit den nach Einführung des Gesundheitsfonds zur Verfügung stehenden Einnahmen... die kassenindividuellen Zusatzbeiträge nach § 242 nicht zu berücksichtigen (sind)“ (Fraktionen der CDU/CSU und SPD 2006, S. 464) führt zu einer Unterfinanzierung der prospektiven Ausgaben der GKV durch den Gesundheitsfonds. Einen kassenindividuellen Zusatzbeitrag müssen jene Krankenkassen erheben, denen es nicht gelingt, ihren Finanzbedarf durch die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds zu decken. Dabei handelt es sich vornehmlich um Krankenkassen, die derzeit einen überdurchschnittlichen allgemeinen Beitragssatz aufweisen. Dieser überdurchschnittliche Beitragssatz geht in die Fortschreibung der Einnahmen nach §

---

<sup>4</sup> Wird davon ausgegangen, dass 120 Mio. Euro die Ausgangsgröße ist, zu der der Überschreibungsbetrag von 20 Mio. Euro ins Verhältnis gesetzt wird, ergibt sich 16,7%; wird hingegen davon ausgegangen, dass 100 Mio. Euro die Ausgangsgröße ist, ergibt sich 20 %.

<sup>5</sup> 50 % ergibt sich, wenn 200 Mio. Euro der Ausgangspunkt ist; 100 % ergibt sich, wenn 100 Mio. Euro der Ausgangspunkt ist.

272 Abs. 1 Satz 2 SGB V 2 ein. Die Nichtberücksichtigung der kassenindividuellen Zusatzbeiträge impliziert daher, dass das Volumen des Gesundheitsfonds hinter den fortgeschriebenen Einnahmen zurückbleibt und folglich zur Finanzierung der prospektiven Ausgaben eine Deckungslücke auftritt. Damit entsteht die Gefahr, dass bereits bei geringfügigen Deckungslücken die vom Gesetzgeber vorgesehenen Entlastungen nicht mehr finanziert werden können, ohne die Krankenkassen in anderen Bundesländern über die 100-Mio.-Euro-Grenze hinaus zu belasten (siehe hierzu auch unten unter 3.2.3). Die Begründung des Gesetzentwurfs, dass eine Berücksichtigung der Zusatzbeiträge nachteilig sei, weil dann das Zuweisungsvolumen vom strategischen Verhalten der Krankenkassen abhängt, gilt nur, wenn man die tatsächlichen und nicht fiktive, rechnerisch auskömmliche Zusatzbeiträge zur Berechnung heranzieht. Zudem dürften die Krankenkassen aus Wettbewerbsgründen versuchen, Zusatzbeiträge möglichst zu vermeiden, zumindest sie auf ein Minimum zu reduzieren (siehe auch Abschnitt 4.4).

Die aufgelisteten Schwachstellen des Gesetzestextes lassen eine wörtliche Umsetzung des § 272 SGB V nicht sinnvoll erscheinen. Die Vorgaben erweisen sich insgesamt als untauglich für eine konsistente Umsetzung der Konvergenzklausel im Sinne von § 272 Abs.1 Satz 1 SGB V. Die Gutachter sehen sich daher mit dem Problem bzw. der Aufgabe konfrontiert, einen anderen Weg zu suchen, um den Intentionen des Gesetzgebers gleichwohl zu entsprechen.

## **2.2 Entwicklung eines Vorschlags für eine umsetzbare Regelung**

Die Gutachter schlagen folgende Konzeption vor, um die Konvergenzklausel inhaltlich möglichst nahe an § 272 Abs. 1 Satz 1 SGB V zu orientieren und gleichwohl umsetzbar zu machen. Wenn hierbei die Begriffe „Belastung“ bzw. „Entlastung“ durch den Gesundheitsfonds verwendet werden, bezieht sich dies auf die Handhabung dieser Begriffe durch die gesetzliche Vorschrift. Wie in Kapitel 1 bereits angesprochen und in Kapitel 4 dargelegt werden wird, sind die Begriffe aus ökonomischer Sicht unzutreffend, da die ermittelten Größen zum überwiegenden Teil gerade *nicht* auf die Einführung des Gesundheitsfonds zurückzuführen sind, sondern in erster Linie das jeweilige regionale über- bzw. unterdurchschnittliche Ausgabenniveau widerspiegeln, das bislang durch über- bzw. unterdurchschnittliche Beitragssätze finanziert wurde und nunmehr *anlässlich* der Einführung des Gesundheitsfonds für die Dauer der Konvergenzphase teilweise ausgeglichen werden soll.

- a) Um eine sinnvolle Zuordnung der Versicherten zu den RSA-Versichertengruppen und eine sachgerechte Ermittlung des Beitragsbedarfes zu gewährleisten, schlagen die Gutachter vor, den Rechtsstand des RSA dahingehend zu interpretieren, dass die rechtsverbindlichen Beschlüsse zum vollständigen gesamtdeutschen RSA und zu den im Jahre 2008 praktizierten Disease Management-Programmen nach §§ 137 e, 137f SGB V bereits zum 31.12.2006 vorlagen und diese deshalb in die Berechnungen eingehen.
- b) Bei der Ermittlung der zum 31.12.2008 geltenden Beitragssätze stellt unser Vorschlag zur Umsetzung des § 272 Abs. 1 Satz 3 SGB V auf den allgemeinen Beitragssatz einschließlich des Zusatzbeitrages von 0,9 % ab. Die Beitragseinnahmen in einem Bundesland errechnen sich somit durch Anwendung der mit den Versichertenzahlen gewichteten allgemeinen Beitragssätze auf die beitragspflichtigen Einnahmen mit Ausnahme der Einnahmen aus geringfügiger Beschäftigung. Dabei erfolgt eine Bereinigung der Beitragssätze um jene Anteile, die der erforderlichen Entschuldung dienen, und um solche

Be- und Entlastungen durch Beitragssatzanteile, die sich auf die bisherigen kassenarten-internen Finanzhilfen zur Entschuldung beziehen.

- c) Bei der Fortschreibung der Beitragseinnahmen mit der Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 SGB V sollte ein Korrekturfaktor sicherstellen, dass die fortgeschriebenen Einnahmen im Jahr 2009 die prospektiven Ausgaben, die der Gesundheitsfonds mit standardisierten Zuweisungen finanzieren soll, decken. Andernfalls startet der Gesundheitsfonds für die Anwendung von § 272 SGB V mit einer Unterdeckung der notwendigen Ausgaben, d. h. nicht mit einer Finanzierungsquote von 100 %. Dies macht eine sinnvolle Anwendung der Regelungen undurchführbar. Dieser Korrekturfaktor ist auf der GKV-Ebene insgesamt durch Division der fortgeschriebenen Beitragseinnahmen durch die prospektiven Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds zu ermitteln und multiplikativ dann auf die fortgeschriebenen Beitragseinnahmen der Krankenkassen für ihre Versicherten in allen Bundesländern in gleicher Weise anzuwenden. Dieses Verfahren soll auch dann Anwendung finden, wenn eine „Deckungslücke“ des Gesundheitsfonds dadurch entsteht, dass die RSA-berücksichtigungsfähigen Ausgaben stärker als die beitragspflichtigen Einnahmen steigen, ohne dass der allgemeine Beitragssatz für die Beitragszahlungen an den Gesundheitsfonds entsprechend angepasst wird.
- d) Die Bundeszuschüsse sollten nach dem Konzept der Gutachter auf der Einnahmen- und Ausgabenseite unberücksichtigt bleiben, weil sie auch gegenwärtig bereits den Krankenkassen nicht finanziell zur Verfügung stehen, sondern faktisch über den RSA verteilt werden. Dies gilt auch für die Einnahmen aus geringfügiger Beschäftigung. Beide finanziellen Größen sollten deshalb auch von den zu finanzierenden Leistungsausgaben abgezogen werden. Die Beitragseinnahmen enthalten bis zum 31.12. 2008 implizit die Aufwendungen für die Satzungsleistungen, danach erfolgt deren Finanzierung durch Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds, so dass hier kein Handlungsbedarf besteht. Der RSA berücksichtigt derzeit keine Satzungsleistungen und bei ihrer Umwandlung in Regelleistungen spiegeln sich ihre quantitativen Effekte in den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nach § 268 SGB V wider.
- e) Die Gutachter empfehlen, für die Umsetzung der Regelung nach § 272 SGB V Versicherte mit Wohnort im Ausland als Bürger eines 17. Bundeslandes einzuordnen. Dies ist erforderlich, damit das System der Regelung des § 272 SGB V insgesamt einen geschlossenen Kreislauf ergibt.
- f) Der Algorithmus für eine sinnvolle Umsetzung der Konvergenzklausel<sup>6</sup> im Sinne von § 272 Abs. 1 SGB V baut zunächst auf einer Ermittlung aller „Belastungen“ und „Entlastungen“ sowie der entsprechenden Beträge, welche die 100-Mio.-Euro-Grenze überschreiten, für alle Bundesländer auf. Das Gesetz schreibt indirekt Zuweisungserhöhungen für die Krankenkassen jener Bundesländer vor, die der Gesundheitsfonds um jährlich mehr als 100 Mio. Euro „belastet“, und analog Zuweisungskürzungen für die Krankenkassen jener Bundesländer, die er um mehr als 100 Mio. Euro „entlastet“. Sofern die Summe der potenziellen Zuweisungskürzungen die Summe der erforderlichen Zuweisungserhöhungen übersteigt – der prima vista unproblematischere Fall –, wird ein Betrag je Mitglied ermittelt, mit dem die „Belastungen“ auf die Krankenkassen der betref-

---

<sup>6</sup> In Abschn. 3.1.2 wird eine formale, mathematische Darstellung des Algorithmus präsentiert, die der interessierte Leser ebenfalls zur Veranschaulichung unseres Vorschlages heranziehen kann und die sich möglicherweise auch für die Rechtsverordnung eignet.

fenden Bundesländer verteilt werden. Die Ermittlung eines Betrages je Mitglied (und nicht etwa: je Versicherten) ist aufgrund der Wettbewerbsneutralität erforderlich, da auch die Zusatzbeiträge der Krankenkassen nur von Mitgliedern erhoben werden.

Die Gutachter empfehlen, dass dabei diese Krankenkassen in keinem Bundesland durch die Kürzung der Zuweisungen auf weniger als 100 Mio. Euro „Entlastung“ reduziert werden dürfen. Die Krankenkassen der übrigen Bundesländer, d. h. derjenigen, die weder „Belastungen“ noch „Entlastungen“ in Höhe von 100 Mio. Euro erfahren, bleiben hiervon unberührt. Eine weitergehende Kürzung der Zuweisungen für die Krankenkassen für die Versicherten in den „entlasteten“ Bundesländern, die über die Finanzierung der Erhöhung der Zuweisungen an die Krankenkassen für Versicherte in „belasteten“ Ländern bis an die Belastungsgrenze von 100 Mio. Euro hinausgeht, sollte nicht erfolgen.

- g) Sofern die Summe der Zuweisungserhöhungen jene der potenziellen Zuweisungskürzungen über die Versicherten der Kassen in allen Bundesländern übertrifft, erfolgt die Umsetzung der Konvergenzklausel in folgenden Schritten:
- Zunächst werden bei den Krankenkassen der betreffenden Bundesländer alle „Entlastungen“, d. h. alle Differenzen zwischen den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds und den fortgeschriebenen beitragspflichtigen Einnahmen, maximal auf 100 Mio. Euro gekürzt.
  - Zur Aufbringung des dann noch fehlenden Betrages ergeben sich zwei Möglichkeiten: (i) Entweder wird er auf die Versicherten der Krankenkassen in allen Bundesländern, bis auf diejenigen, bei denen die Zuweisungen erhöht werden sollen, aufgeteilt oder (ii) er wird zunächst nur auf die Versicherten der Krankenkassen der übrigen Bundesländer, deren „Belastungen“ und „Entlastungen“ sich unter der 100-Mio.-Euro-Grenze befinden, als gleicher Betrag je Mitglied aufgeteilt.
  - Die Anwendung der Konvergenzklausel darf für die Krankenkassen in keinem Bundesland zu „Belastungen“ von über 100 Mio. Euro führen, so dass es gegebenenfalls einer Iteration bedarf, um dies zu vermeiden. Bei einem starken Abweichen von Zuweisungserhöhungen und Zuweisungskürzungen kann es sich als notwendig erweisen, die „Entlastungen“ der Krankenkassen in den betreffenden Bundesländern unter die 100-Mio.-Euro-Grenze abzusenken. Dieser Fall tritt ein, wenn die Krankenkassen in allen anderen Bundesländern bereits „Belastungen“ in Höhe von 100 Mio. Euro aufweisen.
- h) Wenn die Finanzierungsquote des Gesundheitsfonds auf unter 100 % sinkt, weil die Ausgaben der Krankenkassen stärker als die beitragspflichtigen Einnahmen steigen, ohne dass der Beitragssatz an den Gesundheitsfonds entsprechend angepasst wird, ist es – unabhängig von der Anwendung der Übergangsregelung des § 272 SGB V – sachgerecht, die Unterdeckung durch einen für alle Mitglieder der GKV gleichen Abzugsbetrag je Mitglied von der Summe der Zuweisungen, die sich bei 100 % Finanzierungsquote für eine Krankenkasse ergäbe, bei den Zuweisungen zu berücksichtigen.<sup>7</sup> Für die Anwendung der Übergangsregelung des § 272 SGB V ist dieser Abzugsbetrag wieder

---

<sup>7</sup> Würden stattdessen die Zuweisungen prozentual um die Deckungslücke gekürzt, wäre diese für Versicherte mit hohen Zuweisungen (also insbesondere ausgabenintensiven Kranken) größer als für Versicherte mit geringen Zuweisungen, was Anreize zur Risikoselektion auslösen würde (vgl. Wasem 2007).

hinzuzurechnen und im übrigen durch den in Buchst. c) oben vorgeschlagenen Korrekturfaktor sicherzustellen, dass auf der GKV-Ebene die fortgeschriebenen Beitragseinnahmen den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds entsprechen.

- i) In den Folgejahren erhöht sich nach der gesetzlichen Regelung des § 272 Abs. 1 SGB V die maximale zu tragende Differenz zwischen fortgeschriebenen Beitragseinnahmen und Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds um jährlich 100 Mio. Euro, liegt also in 2010 bei 200 Mio. Euro und in 2011 bei 300 Mio. Euro. Hierbei ist jeweils so vorzugehen, dass die fortgeschriebenen Beitragseinnahmen entsprechend dem oben ermittelten Verfahren den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds, wie sie sich ohne Anwendung der Regelung aus § 272 SGB V ergeben würden, gegenüber gestellt werden und für die Versicherten der Krankenkassen in jedem Bundesland die entsprechende Differenz gebildet wird. Der unter Buchst. f) und g) vorgeschlagene Algorithmus findet entsprechende Anwendung, nur dass an die Stelle der Größe 100 Mio. Euro die Größe 200 Mio. Euro tritt.
- j) Die Gutachter empfehlen, den Mechanismus des § 272 SGB V nur dann in Gang zu setzen, wenn mindestens ein Land im ersten Jahr die 100-Mio.-Euro-Grenze an so genannter „Belastung“ (die fortgeschriebenen, um den RSA-Saldo bereinigten, Beitragseinnahmen sind um mehr als 100 Mio. Euro größer als die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds) überschritten hat. Im zweiten Jahr gilt dies entsprechend, wenn mindestens ein Land die 200-Mio.-Euro-Grenze der „Belastung“ überschritten hat, und in den Folgejahren analog jeweils mit einem um 100 Mio. Euro höheren Betrag. Der Mechanismus soll demgegenüber nicht ausgelöst werden, wenn nur ein oder mehrere Länder die 100-Mio.-Euro-Grenze an sogenannten „Entlastungen“ (die fortgeschriebenen, um den RSA-Saldo bereinigten, Beitragseinnahmen sind um mehr als 100 Mio. Euro geringer als die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds) überschritten hat. Die Regelung des § 272 SGB V ist – wie die bisherigen Ausführungen in Kapitel 1 bereits haben erkennen lassen und wie in Kapitel 4 weiter ausgeführt wird – in allokativer Hinsicht durchaus problematisch. Sie greift in die effizienzsichernden Anreizstrukturen des RSA ein, indem sie tatsächliche Ausgaben als Anknüpfungskriterien für die Modifikation von Zuweisungen vorsieht. Die Anwendung der Regelung sollte daher auf ein Minimum beschränkt werden. Es ist der erkennbare Wille des Gesetzgebers, in erster Linie sogenannte „Belastungen“ in Ländern mit überdurchschnittlichen Ausgabenniveaus zu begrenzen; der Mechanismus des § 272 SGB V sollte daher nicht ausgelöst werden, wenn solche „Belastungen“ oberhalb der definierten Schwelle von 100 Mio. Euro gar nicht vorliegen.

### **3. Empirische Abschätzung der zu erwartenden Finanzwirkungen der Übergangsregelung**

In diesem Abschnitt werden die zu erwartenden Finanzwirkungen der in Kapitel 2 erörterten Übergangsregelung nach § 272 SGB V empirisch abgeschätzt. Diese Abschätzung setzt die gesetzliche Vorgabe aus § 272 Abs. 4 Satz 3 SGB V um, nach der die Auswirkungen der Regelung „bereits vor Inkrafttreten des Gesundheitsfonds“ durch das von der Bundesregierung in Auftrag zu gebende Gutachten abzuschätzen sind. In Abschnitt 3.1 wird zunächst der Modellrahmen dargestellt; es werden die verwendeten Daten beschrieben und die Vorgehensweise. In Abschnitt 3.2 werden die ermittelten empirischen Ergebnisse dargestellt; dabei werden

zunächst die berechneten „Belastungen“ und „Entlastungen“ vor Anwendung der gesetzlichen Regelung, anschließend die Wirkungen bei Anwendung der gesetzlichen Regelung beschrieben. Die Darstellung erfolgt sowohl für eine Finanzierungsquote des Gesundheitsfonds von 100 % als auch für den Finanzierungsquote von 97,5 % bzw. 95 %, wenn diese nicht für die Anwendung der Übergangsregelung durch eine fiktive Gutschrift der Deckungslücke geschlossen würde. Wie beschrieben lässt der Wortlaut der gesetzlichen Regelung eine Umsetzung nicht zu; daher kann eine Orientierung am Wortlaut des Gesetzes auch nicht berechnet werden. Die Gutachter gehen daher bei ihren Berechnungen davon aus, dass der Verordnungsgeber ihre Vorschläge für eine handhabbare Umsetzung der gesetzlichen Regelung übernimmt. Setzt der Verordnungsgeber die Regelung in anderer Weise um als die Gutachter vorschlagen, ergeben sich andere finanzielle Wirkungen.

Die Verfasser weisen in aller Deutlichkeit darauf hin, dass es sich bei den in diesem Abschnitt vorgestellten Daten um eine *Modellrechnung* handelt. Wie Leber u. Wasem (1990) bereits festgestellt haben, bestehen hinsichtlich der Regionaleffekte in der GKV „eklatante Datenmängel“. Während sich die Datensituation in der GKV in den vergangenen 17 Jahren grundsätzlich deutlich verbessert hat, gilt dies bis zu diesem Zeitpunkt nicht für die in diesem Gutachten im Zentrum stehenden Regionalaspekte: Daten etwa zu beitragspflichtigen Einnahmen, Beitragsbedarfen oder Ausgaben der Krankenkassen werden nach wie vor nicht routinemäßig regional differenziert erfasst und stehen teilweise gar nicht zur Verfügung. Daher müssen in diesem Gutachten Daten teilweise durch plausible Annahmen ersetzt werden. Eine wesentliche konzeptionelle Arbeit für den empirischen Teil dieses Gutachtens besteht deswegen darin, ein Gerüst von plausiblen Annahmen und mathematischen Gleichungssystemen zu konstruieren, welche dann mit den zur Verfügung stehenden Daten „gefüttert“ werden. Die Ergebnisse der Modellrechnung sind daher von den gemachten Annahmen in hohem Umfang abhängig, und vergleichsweise kleine Änderungen in den Annahmen haben erhebliche Auswirkungen auf die Ergebnisse. Um die Abhängigkeit der Ergebnisse von den Daten zu verdeutlichen, stellen die Gutachter in Abschnitt 3.2.5 zwei Sensitivitätsanalysen vor, in denen Parameter variiert wurden.

Die Datensituation verbessert sich allerdings ab dem Berichtsjahr 2007, da wegen der Übergangsregelung nach § 272 SGB V mit der 16. Verordnung zur Änderung der Risikostrukturausgleichsverordnung (16. RSAV-ÄV) vom 20.12.2007 (BGBl. I S. 3083) geregelt ist, dass die zur Durchführung von § 272 SGB V erforderlichen Daten nach Bundesländern differenziert erhoben werden müssen. Die Ergebnisse dieser Datenerhebungen liegen allerdings erst im Herbst dieses Jahres vor.

Auch bei Verwendung der „Echtdaten“ in der Umsetzung der Regelung des § 272 SGB V ist darauf hinzuweisen, dass die finanziellen Auswirkungen in starkem Maße bei vergleichsweise kleinen Unterschieden der Beitragssätze großer Regionalkassen am 31.12.2008 schwanken. Ein Beispiel soll dies illustrieren: Würde die AOK plus (mit dem Tätigkeitsgebiet in Sachsen und Thüringen) am 31.12.2008 für *einen Tag* (denn am 1.1.2009 tritt der Beitragssatz an den Gesundheitsfonds in Kraft) ihren Beitragssatz um 0,5 Beitragssatzpunkte erhöhen, würden die aus der Anwendung der Übergangsregelung in 2009 erwachsenden Kürzungen der Zuweisungen für die Krankenkassen für die Versicherten in Sachsen um 72 Mio. Euro und für Versicherte in Thüringen um 48 Mio. Euro geringer ausfallen. Demgegenüber würden etwa infolge dieser Beitragssatzerhöhung der AOK plus die Ansprüche auf Erhöhung der Zuweisungen für Versicherte in Bayern um 25 Mio. Euro und in Baden-Württemberg um 22 Mio. Euro geringer ausfallen. Die Regelung lässt daher (dies sei lediglich angemerkt) strategische Beitragssatz-Festsetzungen Ende 2008 durchaus als attraktiv erscheinen.



### **3.1 Darstellung des Modellrahmens**

Gegenstand dieses Abschnitts ist zunächst die Beschreibung der verwendeten Daten (Abschnitt 3.1.1), anschließend wird die Vorgehensweise beschrieben (Abschnitt 3.1.2).

#### **3.1.1 Beschreibung der Daten**

Die Studie soll möglichst aktuelle Daten liefern, damit eine Vorstellung über die zu erwartenden finanziellen Wirkungen der Übergangsregelung nach § 272 SGB V gewonnen werden kann. Die für die Analyse zentralen Daten des RSA stehen für das Jahr 2007 allerdings noch nicht zur Verfügung. Das Gutachten präsentiert daher die Ergebnisse für das Jahr 2006. Wo immer möglich wurden Daten aus dem Jahr 2006 verwendet. Hinsichtlich der beitragspflichtigen Einnahmen in den Bundesländern wurde die Einkommens- und Verbrauchsstichprobe aus 2003 auf 2006 adjustiert. Die Beitragssätze der einzelnen Krankenkassen wurden zum Stichtag 1.1.2008 herangezogen.

Soweit Daten des RSA verwendet wurden, wurden diese vom Bundesversicherungsamt zur Verfügung gestellt; auch die Daten zu Beitragszahlungen aus geringfügigen Beschäftigungsverhältnissen wurden vom Bundesversicherungsamt geliefert. Daten aus der GKV-Mitgliederstatistik sowie zu Beitragssätzen der Krankenkassen wurden vom BMG zur Verfügung gestellt. Die Daten aus der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe wurden vom Statistischen Bundesamt zur Verfügung gestellt.

Im Einzelnen wurden die folgenden Daten für dieses Gutachten verwendet:

- Einschreibung in strukturierte Behandlungsprogramme nach §§ 137f, 137g SGB V (Disease Management Programme; im Folgenden: DMP) auf der Ebene der Einzelkassen zu 12 Monatsstichtagen 2006 nach DMP-Programmen und Bundesländern (Statistik KM 6 – Teil II).
- Versichertentage nach Alter und Geschlecht, Erwerbsminderungsstatus, DMP-Gruppe und Rechtskreis in der Systematik des RSA („Satzart 40“) auf der Ebene der GKV insgesamt für 2006.
- Standardisierte Leistungsausgaben („Pro-Tag-Werte“) des RSA nach Alter, Geschlecht, Erwerbsminderungsstatus, DMP-Gruppe und Rechtskreis vor Absenkung wegen der Gegenfinanzierung des Risikopools („Satzart 41“) auf der Ebene der GKV insgesamt für 2006.
- Mitglieder und Versicherte der GKV zum Stichtag 1.7.2006 nach Altersgruppen, Bundesländern und Versichertenstatus auf der Ebene der GKV insgesamt und der Einzelkassen (Statistik KM 6, Teil I).
- Rechnungsergebnisse der gesetzlichen Krankenversicherung für das Jahr 2006 auf der Ebene der gesetzlichen Krankenversicherung insgesamt (Statistik KJ 1).
- Beitragszahlungen aus geringfügigen Beschäftigungsverhältnissen für 2006 nach Bundesländern.
- Allgemeine Beitragssätze auf der Ebene der Einzelkassen für den 1.1.2008.
- Forschungsdatensatz der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe 2003.

Diese Daten wurden für den Zweck der Darstellung der finanziellen Wirkungen der Übergangsregelung nach § 272 SGB V in der im Folgenden beschriebenen Weise für die Berechnungen verwendet.

### **3.1.2 Beschreibung der Vorgehensweise**

Wie in Kapitel 2. beschrieben, besteht der Kern der Übergangsregelung nach § 272 SGB V darin, für die Krankenkassen für die in einem Bundesland wohnhaften Versicherten (1) die bundeslandspezifischen (fortgeschriebenen) Beitragseinnahmen zu ermitteln, (2) die bundeslandspezifischen Ausgleichsverpflichtungen und Ausgleichsansprüche aufgrund des Risikostrukturausgleiches und des Risikopools zu berechnen, (3) die (fortgeschriebenen) Beitragseinnahmen um die RSA-Ansprüche oder –verpflichtungen zu bereinigen, (4) die bundeslandspezifischen Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds zu ermitteln, (5) bereinigte Beitragseinnahmen und Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds gegenüber zu stellen, (6) bei bundeslandspezifischen „Belastungen“ größer als 100 Mio. Euro die Zuweisungen so zu verändern, dass die Belastungsgrenze nicht überschritten wird (wobei die Belastungsgrenze in den Folgejahren jährlich um 100 Mio. Euro erhöht wird); hierbei sind die Überlegungen aus Kapitel 2 zur Ausgestaltung dieser Veränderungsregelungen und zur Finanzierung durch Versicherte der Krankenkassen in „entlasteten“ Ländern entsprechend anzuwenden.

Außerdem ist (7) schließlich die Situation zu berücksichtigen, dass die Finanzierungsquote des Gesundheitsfonds ggfs. unter 100 % sinkt.

Zudem haben die Gutachter (8) in einer Zusatzrechnung modelliert, welche Auswirkungen die Vervollständigung des Finanzkraftausgleichs, die mit der Einführung des Gesundheitsfonds bewirkt wird, hat. Dies ist – wie bereits geschildert – nach Auffassung der Gutachter (im Gegensatz zur Regelung des § 272 SGB V) die sachlich angemessene Interpretation einer Quantifizierung der Wirkungen der Einführung des Gesundheitsfonds. Diese Quantifizierung stand auch im Mittelpunkt der Gutachten, die von Rürup u. Wille (2007) sowie von Wasem et al. (2007) im Zuge der Diskussion um die Verabschiedung des GKV-WSG vorgelegt wurden.

Abschließend haben die Gutachter (9) zu der Messung der Wirkungen der Konvergenzklausel eine Sensitivitätsanalyse durchgeführt, um zu testen, wie stark sich die Ergebnisse ändern, wenn sich die Datenlage in 2009 anders darstellt.

Entsprechend dieser neun Schritte wird im Folgenden die Vorgehensweise erläutert:

#### **(1) Ermittlung der Beitragseinnahmen der Krankenkassen für Versicherte in einem Bundesland**

Für dieses Gutachten wurden die Beitragseinnahmen der Krankenkassen für die in den jeweiligen Bundesländern lebenden Versicherten für das Jahr 2006 modelliert. Hierfür wird quasi für jedes Bundesland fiktiv eine einzige regionale Krankenkasse simuliert. Für diese Krankenkasse wird der gewichtete Beitragssatz zum 1.1.2008 von allen Krankenkassen, die in dem Bundesland Versicherte haben, ermittelt. Dabei wurden nur die *allgemeinen* Beitragssätze der Krankenkassen herangezogen. Die allgemeinen Beitragssätze der Krankenkassen zum 1.1.2008 (zuzüglich des zusätzlichen Beitragssatzes nach § 242 SGB V) wurden zunächst um diejenigen Bestandteile vermindert, die ausweislich der Statistik des BMG von den Krankenkassen für die Entschuldung kalkuliert sind. Bei den AOKen wurden zudem die Bestandteile heraus gerechnet bzw. hinzu gerechnet, die für kassenarteninterne Finanzausgleiche zur Ent-

schuldung (§ 265a Abs. 1 Buchst b) SGB V) eingesetzt wurden; bei den anderen Kassenarten lagen hierzu keine Angaben vor bzw. die Angaben waren nicht hinreichend plausibel. Die so modifizierten Beitragssätze aller in einem Bundesland tätigen Krankenkassen wurden mit den Versichertenzahlen dieser Krankenkassen in den jeweiligen Bundesländern (nach der Statistik KM6) zu einem bundeslanddurchschnittlichen Beitragssatz gewichtet.

Die Beitragseinnahmen der Krankenkassen ergeben sich, indem die so ermittelten gewichteten Beitragssätze mit den beitragspflichtigen Einnahmen der Versicherten in den Bundesländern multipliziert werden. Die beitragspflichtigen Einnahmen liegen allerdings weder in der GKV-Statistik noch in der RSA-Statistik nach Bundesländern differenziert vor. Es wurde daher in dieser Studie – wie dies auch andere Studien gemacht haben (RWI 2006, Wille und Rürup 2007, Wasem et al 2007) – für die Differenzierung der beitragspflichtigen Einnahmen der Versicherten der Krankenkassen nach Bundesländern auf Umfragedaten zurückgegriffen. Insbesondere bieten sich hierfür die Einkommens- und Verbrauchsstichprobe sowie das Sozio-ökonomische Panel an. Die beitragspflichtigen Einnahmen lassen sich nach Einschätzung der Gutachter zuverlässiger durch die Einkommens- und Verbrauchsstichprobe abbilden.<sup>8</sup> Die aus der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe für das Jahr 2003 ermittelten Werte für die beitragspflichtigen Einnahmen je Versicherten nach Bundesländern wurden mittels der Versicherten des Jahres 2006 (aus der Statistik KM6) hochgerechnet und auf das Niveau der beitragspflichtigen Einnahmen der GKV insgesamt (nach der Statistik KJ 1) adjustiert. Für die Versicherten mit Wohnsitz im Ausland liegen keine Informationen über die Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied vor; es wurde daher angenommen, dass ihre beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied dem Durchschnitt der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied der Mitglieder mit Wohnsitz im Inland entsprechen.

## **(2) Ermittlung der bundeslandspezifischen Ausgleichsverpflichtungen und Ausgleichsansprüche aufgrund des RSA und des Risikopools**

Die Ausgleichsverpflichtungen und Ausgleichsansprüche der Krankenkassen aufgrund des RSA und des Risikopools liegen nicht bundeslandspezifisch vor. Es ist mit dem zur Verfügung stehenden Datenmaterial nicht möglich, die Ausgleichsansprüche bzw. Ausgleichsverpflichtungen aufgrund des Risikopools nach Bundesländern zu differenzieren. Im Rahmen eines aufwändigen Simulationsmodells ist es hingegen möglich, die bundeslandspezifischen Ausgleichsansprüche und –verpflichtungen im RSA abzuschätzen. Dabei wurde auf die standardisierten Leistungsausgaben *vor* Absenkung wegen der Gegenfinanzierung für den Risikopool zurückgegriffen. Wir simulieren also den RSA so, als ob es keinen Risikopool gäbe.

Im RSA werden für jede Krankenkasse Beitragsbedarf und Finanzkraft errechnet; die Differenz ergibt den Ausgleichsanspruch bzw. die Ausgleichsverpflichtung der Krankenkasse.<sup>9</sup>

Die einzelnen drei Teilschritte wurden wie folgt umgesetzt:

---

<sup>8</sup> Vgl. dazu ausführlicher Wasem et al. (2007, S. 110-113).

<sup>9</sup> Analytisch lässt sich der RSA in einen Beitragsbedarfsausgleich und einen Finanzkraftausgleich zerlegen – im erstgenannten werden die ausgabenseitigen Risikostrukturen ausgeglichen, im letztgenannten die Unterschiede in den beitragspflichtigen Einnahmen, die den Krankenkassen zur Verfügung stehen (Leber 1991, Wasem et al. 2007). Werden Beitragsbedarfsausgleich und Finanzkraftausgleich für die Aggregationsebene der Bundesländer jeweils modelliert, ermöglicht dies auch eine Aussage über die Determinanten von Ausgleichsanspruch bzw. Ausgleichsverpflichtung für die Versicherten in einem Bundesland.

## a) Ermittlung des bundeslandspezifischen Beitragsbedarfs

Für die Ermittlung des Beitragsbedarfes für die Versicherten in einem Bundesland ist es erforderlich, die verfügbaren Informationen über die Versichertenstruktur in einem Bundesland (aus der Versichertenstatistik KM 6) mit den Daten aus dem RSA zu den standardisierten Leistungsausgaben in den einzelnen Versichertengruppen zu verknüpfen.

Der Beitragsbedarf ist für drei Gruppen von Versicherten zu ermitteln: Erwerbsminderungsrentner, Versicherte in eingeschriebenen DMPs und Versicherte, die weder den Erwerbsminderungsstatus haben, noch in ein DMP eingeschrieben sind. Da die Datenlage in diesen drei Fällen jeweils unterschiedlich ist, mussten jeweils spezifische Herangehensweisen entwickelt werden.

In der RSA-Statistik werden standardisierte Leistungsausgaben für **Erwerbsminderungsrentner** (Versichertengruppen 4 bis 6 der RSA-Statistik) nach Alter und Geschlecht und DMP-Gruppe ausgewiesen. Die nach den Bundesländern differenzierende Versichertenstatistik KM 6 differenziert zwar nach dem Status „Mitglied“, „Rentner“ oder „Familienversicherter“, jedoch trifft sie keine Unterscheidung der Rentner zwischen Hinterbliebenen-, Erwerbsminderungs- und Altersrentnern. Es wurde daher angenommen, dass männliche (weibliche) Rentner von 35 bis unter 60 Jahren zu 100 % (40 %) Erwerbsminderungsrentner sind, männliche (weibliche) Rentner von 60 bis unter 65 Jahren zu 20 % (10 %) Erwerbsminderungsrentner sind und Rentner von 65 bis unter 70 Jahren zu 10 % Erwerbsminderungsrentner sind. Die sich hieraus ergebende Zahl der Erwerbsminderungsrentner in den einzelnen KM6-Altersgruppen stimmt in etwa mit der Zahl der Versichertenjahre für Erwerbsminderungsrentner ohne DMP-Status im RSA überein.

Mangels anderer Informationen nehmen wir an, dass diese altersgruppenspezifische Zuordnung von Rentnern zum RSA-Status von „Erwerbsminderung ohne DMP-Einschreibung“ in allen Bundesländern identisch ist. Unter dieser Annahme kann die Zahl der Versicherten mit Erwerbsminderung, die in keinem DMP eingeschrieben sind, nach Bundesländern modelliert werden. Diesen Versicherten werden die entsprechenden standardisierten Leistungsausgaben aus dem RSA zugerechnet, womit sich der Beitragsbedarf nach Bundesland für Erwerbsminderungsrentner ergibt.

Für **in DMPs eingeschriebene Versicherte** liegen aus der Statistik KM6-Teil II monatliche Statistiken über die Zahl der Einschreibungen für die Einzelkassen differenziert nach Bundesländern vor. Diese Werte der Einzelkassen wurden zunächst zu monatlichen Werten über alle Kassen in einem Bundesland verdichtete, daraus wurde ein Jahresdurchschnittswert je Bundesland und DMP errechnet. Allerdings liegen keine Alters- und Geschlechts- und Erwerbsminderungsstatus-Verteilungen nach Bundesländern vor. Die Verteilung der Versicherten in den DMPs nach diesen Merkmalen kann nur aus der RSA-Statistik entnommen werden, die aber nicht nach Bundesländern differenziert. Es erscheint allerdings sachgerecht anzunehmen, dass die Verteilung der Versicherten nach Alter, Geschlecht und Erwerbsminderungsstatus innerhalb der einzelnen Programme zwischen den Bundesländern recht ähnlich ist, da sie mit dem krankheitsspezifischen Verlauf zusammen hängt. Es wurde daher angenommen, dass die GKV-weite Verteilung nach Alter, Geschlecht und Erwerbsminderungsstatus innerhalb der einzelnen DMPs in allen Bundesländern der bundesweiten Verteilung entspricht. Unter dieser Prämisse können in den einzelnen Bundesländern Beitragsbedarfe für DMP-Versicherte entsprechend den standardisierten Leistungsausgaben des RSA für diese Versichertengruppen zugerechnet werden.

Für in DMPs eingeschriebene Versicherte wird anhand der Bestände aus KM6-Teil II auch der Beitragsbedarf für die einzelnen Bundesländer ermittelt, der sich aufgrund der **DMP-Programmkostenpauschale** ergibt. Dieser ergibt sich als Produkt der Anzahl von DMP-Versicherten mit dem über die Bundesländer einheitlichen Pauschalbetrag.

Die Zahl der **Versicherten ohne DMP und ohne Erwerbsminderungsstatus** in einem Bundesland innerhalb der einzelnen Alters- und Geschlechtsgruppen wurde als Differenz zwischen der Zahl der Versicherten aus der Versichertenstatistik KM6 und der in den vorigen Schritten jeweils ermittelten Zahl der DMP-Versicherten und der Erwerbsminderungsrentner nach Alter und Geschlecht in den jeweiligen Bundesländern errechnet. Den Versicherten wurden entsprechend alters- und geschlechtsspezifische standardisierte Leistungsausgaben des RSA für Versicherte ohne DMP und ohne Erwerbsminderungsrente zugewiesen.

Der bundeslandspezifische Beitragsbedarf insgesamt ergibt sich dann als Addition der Beitragsbedarfe für Erwerbsminderungsrentner, DMP-Versicherte und Versicherte mit keinem dieser beiden Merkmale.<sup>10</sup>

### **b) Ermittlung der bundeslandspezifischen Finanzkraft**

Auch die Finanzkraft ist in den Statistiken der GKV nicht nach den Bundesländern differenziert. Es ist daher erforderlich, eine nach Bundesländern differenzierte Finanzkraft der Krankenkassen zu simulieren. Hierbei wird auf die bereits oben unter Schritt (1) beschriebene Modellierung bundeslandspezifischer beitragspflichtiger Einnahmen zurückgegriffen. Die Finanzkraft der Versicherten der Krankenkassen in einem Bundesland ergibt sich, indem auf die modellierten beitragspflichtigen Einnahmen der Versicherten der Krankenkassen in einem Bundesland der Ausgleichsbedarfssatz angewendet wird.<sup>11</sup>

Für diese Studie wurde nicht der tatsächliche Ausgleichsbedarfssatz des RSA für das Jahr 2006 verwendet. Vielmehr wurde ein für alle Krankenkassen und Bundesländer einheitlicher Ausgleichsbedarfssatz so errechnet, dass damit auf Basis der modellierten beitragspflichtigen Einnahmen im Jahr 2006 die RSA-berücksichtigungsfähigen Leistungen ausgabendeckend finanziert werden konnten. Hierbei wurden der Bundeszuschuss und die Einnahmen aus geringfügiger Beschäftigung von den zu finanzierenden Leistungsausgaben abgezogen, da sie bei der Anwendung der Übergangsregelung des § 272 SGB V – wie in Abschnitt 2.2 beschrieben – unberücksichtigt bleiben sollten.

### **c) Ermittlung der bundeslandspezifischen Ausgleichsposition im RSA**

Die bundeslandspezifische Anspruchsberechtigung oder Ausgleichsverpflichtung der Krankenkassen im RSA ergibt sich durch Gegenüberstellen von simulierter bundeslandspezifischer Finanzkraft und simuliertem bundeslandspezifischen Beitragsbedarf der Versicherten aller Krankenkassen in dem Land. Für die Versicherten der Krankenkassen in einem Land wird ein

---

<sup>10</sup> Im Rahmen des Beitragsbedarfsausgleichs ergibt sich eine Umverteilung zwischen den Bundesländern, die dadurch ermittelt werden kann, dass der modellierte Beitragsbedarf eines Bundeslandes einem modellierten fiktiven Beitragsbedarf gegenüber gestellt wird, der sich daraus ergibt, dass angenommen wird, die Verteilung der Versicherten nach Alter, Geschlecht, Erwerbsminderungsstatus und Einschreibehäufigkeit in DMPs sei in allen Bundesländern identisch.

<sup>11</sup> Im Rahmen des Finanzkraftausgleichs ergibt sich eine Umverteilung zwischen den Bundesländern durch Gegenüberstellung der modellierten Finanzkraft mit einer modellierten fiktiven Situation, in der je Versicherten die gleiche Finanzkraft zwischen allen Bundesländern besteht.

negativer RSA-Saldo ausgewiesen, wenn die bundeslandspezifische Finanzkraft, die diesen Versicherten zugerechnet wird, größer ist als der bundeslandspezifische Beitragsbedarf dieser Versicherten. Dies kann z.B. bedeuten, dass die Versicherten im Bundesland überdurchschnittliche beitragspflichtige Einnahmen haben, während sie auf der anderen Seite keine oder allenfalls eine leicht überdurchschnittliche RSA-Morbidität<sup>12</sup> aufweisen. Umgekehrt wird für die Versicherten der Krankenkassen in einem Land ein positiver RSA-Saldo ausgewiesen, wenn der bundeslandspezifische Beitragsbedarf größer ist als die bundeslandspezifische Finanzkraft, etwa weil die Versicherten im Land durch eine überdurchschnittliche RSA-Morbidität bei nicht überdurchschnittlicher Finanzkraft charakterisiert sind.

### **(3) Bereinigung der Beitragseinnahmen um die RSA-Position**

Die gemäß § 272 Abs. 1 Satz 3 SGB V vorzunehmende Bereinigung der ermittelten Beitragseinnahmen um Ausgleichsansprüche und Verpflichtungen auf Grund des RSA<sup>13</sup> wurde so umgesetzt, dass ein simulierter bundeslandspezifischer *negativer* RSA-Saldo, der sich für die Versicherten aller Krankenkassen in einem Bundesland ergeben hatte, von den simulierten bundeslandspezifischen Beitragseinnahmen, die den Versicherten aller Krankenkassen in einem Bundesland zugerechnet worden waren, abgezogen wurde. Entsprechend wurde ein simulierter bundeslandspezifischer *positiver* RSA-Saldo, der sich für die Versicherten aller Krankenkassen in einem Bundesland ergeben hatte, zu den diesen Versicherten zugerechneten simulierten bundeslandspezifischen Beitragseinnahmen hinzugezogen. Das Ergebnis ist die bereinigte Beitragseinnahmenposition der Versicherten der Krankenkassen in einem Bundesland, die nunmehr den simulierten Zuweisungen an die Krankenkassen für die Versicherten in einem Bundesland aus dem Gesundheitsfonds gegenüber zu stellen ist.

### **(4) Ermittlung der bundeslandspezifischen Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds**

Die bundeslandspezifischen Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds bestehen aus den Zuweisungen für die Regelleistungen (§ 266 SGB V) sowie den Zuweisungen für sonstige Ausgaben (§ 270 SGB V):

Bei den *Zuweisungen für die Regelleistungen* kann dieses Gutachten *nicht* die Effekte abbilden, die sich durch den Übergang zur Morbiditätsorientierung des RSA (§ 268 SGB V) ergeben. Denn zum einen steht das Klassifikationssystem nach § 268 SGB V noch nicht fest; zum anderen wäre dies zudem nur möglich, wenn der aufgrund der 14. RSAV-ÄV von den Krankenkassen erhobene und dem Bundesversicherungsamt zur Verfügung gestellte Datensatz eine Bundesland-Kennung enthalten hätte; eine solche Kennung enthält der Datensatz allerdings nicht. Wir werden in der Sensitivitätsanalyse (in Abschnitt 3.2.5) berechnen, wie stark die Effekte auf die Übergangsregelung des § 272 SGB V wären, wenn der stärker morbiditätsorientierte RSA die Beitragszuweisungen an die Krankenkassen für die Versicherten in den einzelnen Ländern in einem bestimmten Umfang verändern würde (vgl. unten Schritt (9)); die hierbei verwendeten Werte sind jedoch willkürlich gegriffen und sagen überhaupt nichts über die tatsächlichen Wirkungen der Morbiditätsorientierung auf die Zuweisungen von Beitragsbedarfen an Krankenkassen für die Versicherten in den einzelnen Bundesländern

---

<sup>12</sup> Vgl. dazu Wasem et al. (2007), S. 54 ff.

<sup>13</sup> Es sei noch einmal darauf hingewiesen, dass eine Modellierung der gesetzlich ebenfalls geforderten Bereinigung um die bundeslandspezifische Position im Risikopool aufgrund fehlender Daten nicht möglich war.

aus, sondern sollen nur verdeutlichen, welche finanziellen Wirkungen auf die Übergangsregelung sich bei etwaigen Effekten des morbiditätsorientierten RSA ergeben würden.

Im Rahmen dieses Gutachtens werden für die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für Regelleistungen daher die heute im RSA verwendeten Kriterien Alter, Geschlecht, DMP-Status und Erwerbsminderungsstatus berücksichtigt. Es finden daher die oben (unter Schritt (2)) beschriebenen aufwändigen Schätzverfahren zur Ermittlung der bundeslandspezifischen Zuweisungen von Beitragsbedarf Anwendung. In den dabei ermittelten Beitragsbedarfen sind die DMP-Programmkostenpauschalen enthalten.

Die *Zuweisungen für sonstige Ausgaben* bestehen nach der gesetzlichen Regelung des § 270 SGB V aus den Zuweisungen für Satzungs- und Ermessensleistungen, Zuweisungen für DMP-Programmkosten und Zuweisungen für Verwaltungskosten. Die Zuweisungen für DMP-Programmkosten sind in unserer Modellierung zwar getrennt ermittelt, in den Darstellungen aber bereits in den Zuweisungen an Beitragsbedarf für Regelleistungen enthalten, da für sie auch heute bereits Beitragsbedarf zugewiesen wird. Demgegenüber werden beim Beitragsbedarf bislang Satzungs- und Ermessensleistungen und Verwaltungskosten nicht berücksichtigt. Sie sind daher zusätzlich in unserer Schätzung zu berücksichtigen und zu regionalisieren.

Hierbei gehen wir – analog zu bisher durchgeführten diesbezüglichen Studien<sup>14</sup> – davon aus, dass für die *Satzungsleistungen* pro Versicherten ein standardisierter einheitlicher Betrag ausgeschüttet wird, der in der Summe über alle Krankenkassen die Höhe der tatsächlichen Satzungsleistungen abdeckt. Durch das GKV-WSG sind mehrere bisherige Satzungsleistungen zu Regelleistungen gemacht worden. Zuweisungen für diese Leistungen werden ab 2009 daher als Zuweisungen für Regelleistungen erfolgen und nicht über einen für alle Versicherten einheitlichen Betrag sondern entsprechend den Morbiditätskriterien des RSA. Wir sind nicht in der Lage, diesen Effekt abzubilden. Da wir zudem auch über keine Informationen bezüglich eines alters- und geschlechtsbezogenen Ausgabenprofils der durch das GKV-WSG zu Regelleistungen gemachten bisherigen Satzungsleistungen verfügen, werden diese Leistungen in unserer Modellrechnung weiterhin so abgebildet wie wir Satzungsleistungen abbilden, also über einen einheitlichen Zuweisungsbetrag je Versicherten. Dies bedeutet, dass wir die für die GKV insgesamt für 2006 ausgewiesenen Satzungs- und Ermessensleistungen durch die Zahl der Versicherten dividieren und jedem Bundesland je Versichertem der Krankenkassen den sich ergebenden Betrag aus dem Gesundheitsfonds zuweisen.

Hinsichtlich der standardisierten Zuweisungen für *Verwaltungskosten* gehen wir – ebenfalls analog den bisherigen Studien – davon aus, dass der Vorschlag aus dem Gutachten zum RSA für das BMG aus dem Jahre 2001 aufgegriffen wird: Die damaligen Gutachter hatten vorgeschlagen, dass bei einem zur Vervollständigung des Finanzkraftausgleichs durchgeführten Einbezug von Verwaltungskosten in den RSA diese zu 30 % nach Versichertenzahlen und zu 70 % entsprechend der Zuweisungen für die Regelleistungen zugewiesen werden sollten.<sup>15</sup> Dies wird für die Verwaltungsausgaben des Jahres 2006 modelliert. Entsprechend ist einerseits der Pro-Kopf-Betrag zu ermitteln, der für 30 % der Verwaltungsausgaben ausgeschüttet wird; dazu sind die 30 % der Verwaltungsausgaben 2006 der GKV insgesamt durch die Zahl der Versicherten insgesamt zu dividieren und mit der Zahl der Versicherten im jeweiligen

---

<sup>14</sup> Vgl. Rürup u Wille (2007), S. 37; Wasem et al. (2007), S. 65. ; Göppfarth (2007).

<sup>15</sup> Vgl. Jacobs/Reschke/Cassel/Wasem 2002, S. 134. Mit diesem Vorschlag arbeitet offenbar auch das Bundesversicherungsamt in seinen Vorbereitungen des Gesundheitsfonds (vgl. Göppfarth 2007).

Bundesland zu vervielfältigen. Andererseits ist der prozentuale Anteil an den Zuweisungen für Regelleistungen zu ermitteln, der durch den Gesundheitsfonds für 70 % der Verwaltungsausgaben ausgeschüttet wird. Dazu sind die 70 % der Verwaltungsausgaben 2006 der GKV insgesamt durch die berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben insgesamt zu dividieren; dieser Vomhundertsatz ist sodann auf die jedem Bundesland für seine Versicherten zugerechneten Zuweisungen für Regelleistungen zu beziehen. Die Summe aus dem sich ergebenden Betrag der Zuweisung pro Kopf und der Zuweisung im Verhältnis zu den Zuweisungen für Regelleistungen ist sodann den Versicherten jedes Bundeslandes als standardisierte Zuweisung für Verwaltungsausgaben zuzurechnen.

Die den Versicherten der einzelnen Bundesländer zuzurechnenden Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds ergeben sich als Summe der zuzurechnenden Zuweisungen für Regelleistungen und der Zuweisungen für sonstige Ausgaben.

#### **(5) Gegenüberstellung der bereinigten Beitragseinnahmen und der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds**

Gemäß § 272 Abs. 1 Satz 2 sind die um die RSA-Position bereinigten Beitragseinnahmen der Versicherten eines Bundeslandes und die den Versicherten eines Bundeslandes zuzurechnenden Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds gegenüber zu stellen. Von einer sogenannten *Belastung* im Sinne des § 272 SGB V soll gesprochen werden, wenn die bereinigten Beitragseinnahmen höher sind als die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds; von einer sogenannten *Entlastung* im Sinne des § 272 SWGB V soll gesprochen werden, wenn die bereinigten Beitragseinnahmen geringer sind als die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds.

Es sei deutlich darauf hingewiesen, dass es sich bei diesen sog. „Belastungen“ und „Entlastungen“ nicht etwa um Effekte der Einführung des Gesundheitsfonds handelt; diese – im Gesetz genannten – Begriffe treffen auch nicht den Kern der Sache. Denn die fiktiven Beitragseinnahmen nach RSA-Position spiegeln wesentlich auch das regionale Ausgabenniveau für Gesundheitsleistungen nach RSA wieder, insoweit die Krankenkassen mit regionalen Schwerpunkten in einzelnen Bundesländern dieses Ausgabenniveau in ihre Beitragssätze einkalkulieren. Demgegenüber spiegeln die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nur das GKV-durchschnittliche Ausgabenniveau wider. Eine Krankenkasse mit bisher unterdurchschnittlichen Beitragseinnahmen (wesentlich infolge eines unterdurchschnittlichen Beitragssatzes aufgrund – nach Berücksichtigung ihrer Risikostruktur durch den RSA – unterdurchschnittlicher Ausgaben) erhält ceteris paribus höhere Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds als sie zur Deckung ihrer Ausgaben benötigt; sie kann daher eine Prämienzahlung an die Versicherten ausschütten – die Nettosition der Beitragszahler insgesamt dieser Krankenkasse hat sich ceteris paribus nach Berücksichtigung der Prämienzahlung nicht verändert, sie sind also faktisch nicht „entlastet“ worden (siehe hierzu ausführlich unten unter 4.3). Umgekehrt werden die Beitragszahler einer Krankenkasse mit bislang überdurchschnittlichen Beitragseinnahmen (wesentlich infolge eines überdurchschnittlichen Beitragssatzes aufgrund – nach Berücksichtigung ihrer Risikostruktur durch den RSA – überdurchschnittlicher Ausgaben) nicht dadurch netto mehr belastet, dass die Krankenkasse mit den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nicht auskommt und sie einen Zusatzbeitrag erheben muss – denn der Beitrag, den die Mitglieder dieser Kasse an den Gesundheitsfonds zahlen müssen, liegt niedriger als der bislang von diesen Mitgliedern gezahlte Beitrag. Allerdings gilt die ceteris paribus-Annahme insoweit nicht, als dass durch die Zuweisung von Mitteln aus dem Gesundheitsfonds auch für Satzungsleistungen und Verwaltungsausgaben (und die Einkalkulation der hierfür erforderlichen Mittel in den Beitragssatz des Gesundheitsfonds) implizit eine Vervoll-



ständigung des Finanzkraftausgleichs, der bislang nur bei einem Ausgleichsniveau von rd. 92 % lag, erfolgt, und insoweit Versicherte in Krankenkassen mit überdurchschnittlichen (unterdurchschnittlichen) beitragspflichtigen Einnahmen durch den Gesundheitsfonds mehr belastet (entlastet) werden. Dieser Effekt ist in den vorangegangenen Studien abgeschätzt worden und wird auch in diesem Gutachten in Abschnitt 3.2.4 erneut abgeschätzt.<sup>16</sup> Veränderungen gegenüber dem Status quo ergeben sich auch durch den – weder in den vorangegangenen Studien noch durch das vorliegende Gutachten modellierbaren – Übergang zur stärkeren Morbiditätsorientierung im RSA, den wir allerdings im Rahmen einer Sensitivitätsanalyse in Abschnitt 3.2.5 exemplarisch modellieren. Schließlich ergeben sich innerhalb der Beitragszahler ceteris paribus Belastungsverschiebungen zwischen Arbeitgebern und Rentenversicherungsträgern einerseits und Mitgliedern andererseits, da der Zusatzbeitrag einer Krankenkasse alleine vom Mitglied zu tragen ist und auch bei Ausschüttung einer Prämie alleine das Mitglied in den Genuss der Zahlung kommt: Bei Krankenkassen mit bislang überdurchschnittlichem Beitragssatz, die künftig ceteris paribus einen Zusatzbeitrag erheben müssen, kommt es daher zu einer Entlastung der Arbeitgeber und einer spiegelbildlichen Mehrbelastung der Mitglieder; umgekehrt werden bei Krankenkassen mit bislang unterdurchschnittlichem Beitragssatz, die künftig eine Prämie auszahlen können, ceteris paribus die Arbeitgeber belastet und die Mitglieder entlastet.

#### **(6) Veränderung der sogenannten „Belastungen“ und „Entlastungen“ zur Einhaltung der Belastungsgrenze**

Wenn die den Versicherten der Krankenkassen in einem Bundesland zuzurechnenden, um die RSA-Position bereinigten Beitragseinnahmen mit  $BE_{BL}$  und die diesen zuzurechnenden Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds mit  $Z_{BL}$  bezeichnet werden, ergibt sich eine bundeslandspezifische „Belastung“ ( $B_{BL}$ ), wenn  $BE_{BL} > Z_{BL}$ ; umgekehrt ergibt sich eine bundeslandspezifische „Entlastung“ ( $E_{BL}$ ), wenn  $BE_{BL} < Z_{BL}$ .

Wie in Kapitel 2 dieses Gutachtens erörtert, ist die im Gesetz (§ 272 Abs. 2 SGB V) vorgesehene Verfahrensweise, mit der eine Einhaltung der Belastungsgrenze erreicht werden soll, völlig untauglich; sie kann deshalb auch nicht empirisch abgeschätzt werden. Da es zum Auftrag der Gutachter gehört, Näheres zur Umsetzung der Übergangsregelung nach § 272 SGB V auszuführen, haben sie in Abschnitt 2.2 einen Vorschlag für eine umsetzbare Regelung unterbreitet. Bei der empirischen Abschätzung der Auswirkungen der Übergangsregelung nach § 272 SGB V wird dieser Umsetzungsvorschlag der Gutachter zugrunde gelegt.

Zunächst werden die Bundesländer in drei Typen eingeteilt:

- Bundesländer BL vom Typ 1, in welchen die sogenannte „Belastung“ ( $B_{BL}$ ) größer als 100 Mio. Euro ist,
- Bundesländer BL vom Typ 2, in welchen die sogenannte „Entlastung“ ( $E_{BL}$ ) größer als 100 Mio. Euro ist,
- und Bundesländer BL vom Typ 3, in welchen die absolute Veränderung ( $V_{BL}$ ) geringer ist als 100 Mio. Euro.

---

<sup>16</sup> Vgl. Rürup u. Wille (2007), S. 40; Wasem et al. (2007), S. 90 ff.

Für die Bundesländer vom Typ 1 wird bestimmt, wie weit die „Belastung“ die Belastungsgrenze von 100 Mio. Euro überschreitet, d.h. wie viel umzuverteilende „Belastung“ in diesem Bundesland vorliegt:

$$\text{umB}_{\text{BL}} = \text{B}_{\text{BL}} - 100 \text{ Mio. Euro} \quad (\text{für Typ-1-BL})$$

Über alle Typ-1-Bundesländer werden diese Beträge addiert und ergeben die „GKV-weite umzuverteilende Belastung“ ( $\text{umB}_{\text{GKV}}$ ):

$$\text{umB}_{\text{GKV}} = \Sigma \text{umB}_{\text{BL}}$$

Für die Typ-2-Bundesländer wird analog bestimmt, wie weit das sogenannte „Entlastungspotenzial“ die Entlastungsgrenze von 100 Mio. Euro überschreitet, d.h. wie viel umzuverteilende „potenzielle Entlastung“ in diesem Bundesland vorliegt:

$$\text{umE}_{\text{BL}} = \text{E}_{\text{BL}} - 100 \text{ Mio. Euro}, \quad (\text{für Typ-2-BL})$$

Über alle Typ-2-Bundesländer werden diese Beträge addiert und ergeben das „GKV-weite umzuverteilende Entlastungspotenzial“ ( $\text{umE}_{\text{GKV}}$ ):

$$\text{umE}_{\text{GKV}} = \Sigma \text{umE}_{\text{BL}}.$$

Aus den beiden Größen wird ein Saldo gebildet. Entsprechend des Vorschlages aus Abschnitt 2.2 ergeben sich damit zwei Möglichkeiten, die entsprechend zu unterschiedlicher Umsetzung in der empirischen Berechnung führen:

- Die „GKV-weite umzuverteilende Belastung“ ist *größer* als das „GKV-weite umzuverteilende Entlastungspotenzial“ (Fall I):

$$\text{umB}_{\text{GKV}} > \text{umE}_{\text{GKV}}.$$

- Die „GKV-weite umzuverteilende Belastung“ ist *kleiner oder gleich* dem „GKV-weiten umzuverteilenden Entlastungspotenzial“ (Fall II):

$$\text{umB}_{\text{GKV}} \leq \text{umE}_{\text{GKV}}.$$

Im **Fall I** werden im ersten Schritt alle umzuverteilenden Entlastungspotenziale bei Ländern vom Typ 2  $\text{umE}_{\text{BL}}$  voll umgesetzt, und die Zuweisungen an die Krankenkassen für die Versicherten in den betreffenden „entlasteten“ Ländern vom Typ 2 werden soweit gekürzt, dass nur noch eine „Entlastung“ von 100 Mio. Euro übrig bleibt.

Hinsichtlich des verbleibenden Saldos, nachdem die Zuweisungen an die Krankenkassen für Versicherte in Ländern vom Typ 2 auf jeweils 100 Mio. Euro Entlastung gekürzt worden sind,

$$\text{Saldo}_{\text{GKV}} = \text{umB}_{\text{GKV}} - \text{umE}_{\text{GKV}},$$

sind nun insbesondere zwei Finanzierungsvarianten denkbar, zwischen denen der Verordnungsgeber sich entscheiden muss:

#### **Variante IA:**

In Variante IA wird der  $\text{Saldo}_{\text{GKV}}$  auf die Versicherten der Krankenkassen sämtlicher Länder vom Typ 2 und vom Typ 3 umgelegt. Diese haben für jedes ihrer Mitglieder einen zu bestimmenden gleichen Euro-Betrag  $\text{Bet}_M$  als Beteiligung an der Finanzie-

rung des Saldos aufzubringen. Zur Bestimmung dieses Betrags wird  $\text{Saldo}_{\text{GKV}}$  durch die Summe aller Kassenmitglieder der Typ-2- und Typ-3-Bundesländer dividiert

$$\text{Bet}_M = \text{Saldo}_{\text{GKV}} / \sum_{\text{Typ}2,3} M$$

Um die Beteiligung der Krankenkassen für die Mitglieder in den einzelnen Typ-2- bzw. Typ-3-Bundesländer zu bestimmen, wird  $\text{Bet}_M$  mit der Summe der Kassenmitglieder  $M_{\text{BL}}$  in diesen Ländern multipliziert

$$\text{Bet}_{\text{BL}} = \text{Bet}_M * M_{\text{BL}} \quad (\text{für Typ-2- und Typ-3-BL})$$

Sofern der Ordnungsgeber den Vorschlag der Gutachter aufgreift und sicherstellt, dass die Summe der fortgeschriebenen Beitragseinnahmen und der prospektiven Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds auf der GKV-Ebene einander entsprechen, ist sichergestellt, dass der  $\text{Saldo}_{\text{GKV}}$  von den Mitgliedern der Krankenkassen in den Typ-2- und Typ-3-Ländern insgesamt finanziert werden kann, ohne dass die Belastungsgrenze von 100 Mio. Euro überschritten wird; evtl. sind dazu Iterationen notwendig, falls andernfalls für die Versicherten der Krankenkassen in einem Land eine Belastung von über 100 Mio. Euro eintreten würde (siehe dazu auch unten bei Variante IB-b).

### **Variante IB:**

In Variante IB werden für die Finanzierung des  $\text{Saldo}_{\text{GKV}}$  zunächst vorrangig die Mitglieder der Krankenkassen in den Typ-3-Ländern herangezogen. Dabei sind nun allerdings zwei Unterfälle zu unterscheiden:

- Die Beteiligung der Mitglieder der Krankenkassen in den Typ-3-Bundesländern reicht nicht aus, den  $\text{Saldo}_{\text{GKV}}$  aufzubringen, ohne ihrerseits die Belastungsgrenze zu überschreiten (Unterfall IB-a). In diesem Fall ist außer der Beteiligung der Typ-3-BL auch eine weitere Beteiligung der Mitglieder der Krankenkassen in den Typ-2-BL (über die im ersten Schritt vorgenommene Absenkung auf 100 Mio. Euro hinaus) erforderlich.
- Die Beteiligung der Mitglieder der Krankenkassen in den Typ-3-Bundesländern reicht aus, den  $\text{Saldo}_{\text{GKV}}$  aufzubringen, ohne ihrerseits die Belastungsgrenze zu überschreiten. (Unterfall IB-b). In diesem Fall ist ein weiterer Rückgriff auf Typ-2-Länder (über die im ersten Schritt vorgenommene Absenkung auf 100 Mio. Euro hinaus) nicht erforderlich.

Zur Unterscheidung der beiden Unterfälle in der Variante IB wird über die Typ-3-Länder die potentielle Zusatzbelastung bis zur Grenze von 100 Mio. Euro zum GKV-weiten Ausgleichspotential  $\text{AusPot}_{\text{GKV}}$  aufsummiert. Dazu wird für jedes Land die Veränderung  $V_{\text{BL}}$  von der maximalen Belastung von 100 Mio. Euro abgezogen. Dabei hat die Veränderung ein positives Vorzeichen, wenn es sich um eine sog. „Belastung“ handelt und ein negatives Vorzeichen, wenn es sich um eine sog. „Entlastung“ handelt.

$$\text{AusPot}_{\text{GKV}} = \sum (100 \text{ Mio. Euro} - V_{\text{BL}})$$

Im **Unterfall IB-a** ist  $\text{AusPot}_{\text{GKV}}$  kleiner als der  $\text{Saldo}_{\text{GKV}}$ , d. h. die zusätzliche „Belastung“ der Krankenkassen für Versicherte in den Typ-3-Ländern bis zur Belastungsgrenze von 100 Mio. Euro reicht nicht aus, um den (nach Kürzung der Zuweisungen

an die Krankenkassen für Versicherte in Ländern vom Typ 2 um  $umE_{BL}$ , also auf maximal 100 Mio. Euro „Entlastung“) verbleibenden  $Saldo_{GKV}$  zu finanzieren. Es bleibt ein Restbetrag von

$$ZBet_{GKV} = Saldo_{GKV} - AusPot_{GKV}$$

offen, den wir als Zusatzbeteiligung  $ZBet_{GKV}$  bezeichnen und der von den Mitgliedern der Krankenkassen in den Typ-2-Ländern zu erbringen ist.

Hierbei sollte wie folgt vorgegangen werden: Zunächst bringen die Versicherten der Krankenkassen in den Typ-3-Bundesländern jeweils ihre maximale zusätzliche Beteiligung von

$$AusPot_{BL} = 100 \text{ Mio. Euro} - V_{BL} \quad (\text{für Typ-3-BL})$$

auf.

Die Zusatzbeteiligung  $ZBet_{GKV}$  wird von den Krankenkassen für die Versicherten in den Typ-2-Bundesländern aufgebracht, die für jedes ihrer Mitglieder einen zu bestimmenden gleichen Euro-Betrag  $ZBet_M$  (zusätzlich zu der Kürzung um  $umE_{BL}$ ) auf maximal 100 Mio. Euro Belastung aufzubringen haben. Zur Bestimmung dieses Betrags wird  $ZBet_{GKV}$  durch die Summe aller Kassenmitglieder der Typ-2-Bundesländer dividiert

$$ZBet_M = ZBet_{GKV} / \Sigma_{Typ2} M.$$

Um die Zusatzbeteiligung für die einzelnen Typ-2-Bundesländer zu bestimmen, wird  $ZBet_M$  mit der Summe der Kassenmitglieder  $M_{BL}$  multipliziert

$$ZBet_{BL} = ZBet_M * M_{BL} \quad (\text{für Typ-2-BL}).$$

Sofern der Ordnungsgeber den Vorschlag der Gutachter aufgreift und sicherstellt, dass die Summe der fortgeschriebenen Beitragseinnahmen und der prospektiven Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds auf der GKV-Ebene einander entsprechen, ist sichergestellt, dass die gesetzlich vorgesehenen Erhöhungen von Zuweisungen an Länder vom Typ 2 über die Zusatzbeteiligungen  $ZBet_{GKV}$  von den Mitgliedern der Krankenkassen in den Typ-2-Ländern finanziert werden kann, ohne dass die Belastungsgrenze von 100 Mio. Euro überschritten wird. Evtl. sind dazu Iterationen notwendig, falls für die Versicherten der Krankenkassen in einem Land eine Belastung von über 100 Mio. Euro eintreten würde (siehe dazu auch unten bei Variante IB-b).

Im **Unterfall IB-b** ist  $AusPot_{GKV}$  größer als der  $Saldo_{GKV}$ , d. h. die potentiell zusätzliche Belastung der Typ-3-Länder bis zur Belastungsgrenze von 100 Mio. Euro reicht aus, um den verbleibenden  $Saldo_{GKV}$  zu finanzieren, so dass eine weitere Beteiligung (über die im ersten Schritt vorgenommene Absenkung auf maximal 100 Mio. Euro „Entlastung“ hinaus) der Krankenkassen für Versicherte von Typ-2-Ländern entbehrlich ist.

Der  $Saldo_{GKV}$  wird von den Krankenkassen für Mitglieder in den Typ-3-Bundesländern dadurch aufgebracht, dass sie für jedes ihrer Mitglieder einen zu bestimmenden gleichen Euro-Betrag  $Bet_M$  als Beteiligung aufzubringen haben. Zur Bestimmung dieses Betrags wird  $Saldo_{GKV}$  durch die Summe aller Kassenmitglieder der Typ-3-Bundesländer dividiert

$$Bet_M = Saldo_{GKV} / \Sigma_{Typ3} M.$$

Um die Beteiligung für die einzelnen Typ-3-Bundesländer zu bestimmen, wird  $Bet_M$  mit der Summe der Kassenmitglieder  $M_{BL}$  dieser Länder multipliziert

$$Bet_{BL} = Bet_M * M_{BL} \quad (\text{für Typ-3-BL}).$$

Es ist allerdings zu beachten, dass durch die Zusatzbeteiligung  $Bet_{BL}$  die Belastung der Versicherten der Krankenkassen eines Bundeslandes insgesamt nicht größer als 100 Mio. Euro werden darf, d. h.:

$$Bet_{BL} = \text{Min} (Bet_M * M_{BL}, 100 \text{ Mio. Euro} - V_{BL}) \quad (\text{für Typ-3-BL}).$$

Kommt die Begrenzung von  $Bet_{BL}$  auf 100 Mio. Euro -  $V_{BL}$  für ein Bundesland zur Anwendung, wird dadurch nicht der gesamte Betrag der notwendigen Beteiligung  $Bet_{GKV}$  aufgebracht:

$$\Sigma Bet_{BL} < \text{Saldo}_{GKV}.$$

Es entsteht ein Fehlbetrag  $Bet2_{GKV}$ :

$$Bet2_{GKV} = \text{Saldo}_{GKV} - \Sigma_{\text{Typ3}} Bet_{BL}.$$

Auch dieses noch aufzubringende restliche zu finanzierende Entlastungsvolumen  $Bet2_{GKV}$  soll durch einen gleichen Euro-Betrag je Mitglied ( $Bet2_M$ ) aufgebracht werden. An dessen Finanzierung sind nur die Mitglieder der Krankenkassen in solchen Typ-3-Bundesländern zu beteiligen, bei denen der Beteiligungsbetrag  $Bet_{BL}$  in voller Höhe aufgebracht wurde. Das Verfahren zur Ermittlung von  $Bet2_M$  ist äquivalent zur Ermittlung von  $Bet_M$ . Bei der Umsetzung auf die Krankenkassen ist auch hier darauf zu achten, dass dadurch die Belastung der Mitglieder der Krankenkassen keines Landes über 100 Mio. Euro steigt, wodurch gegebenenfalls der zu finanzierende Betrag  $Bet2_{GKV}$  nicht vollständig aufgebracht wird. Insgesamt ist also möglicherweise ein Iterationsverfahren „über mehrere Runden“ durchzuführen, bis die Verteilung der Finanzlast zur Durchführung der Begrenzungsregel festgelegt ist. Durch die Tatsache, dass der  $\text{Saldo}_{GKV}$  kleiner ist als das Ausgleichspotential  $\text{AusPot}_{GKV}$  ist sichergestellt, dass in einer endlichen Zahl von Iterationen eine Lösung gefunden wird.

Im **Fall II** ist die „GKV-weite umzuverteilende Belastung“ *kleiner* als das „GKV-weite umzuverteilende Entlastungspotenzial“.

In diesem Falle wird der Betrag ermittelt, der je Mitglied in den Typ-2-Ländern aufgebracht werden muss, damit die umzuverteilende Belastung finanziert werden kann. Die Länder vom Typ 3 sind in diesem Falle nicht an der Finanzierung der Entlastung der Länder vom Typ 1 beteiligt.

Die Beteiligung an der Finanzierung der umzuverteilenden Belastung soll wiederum durch einen gleichen Euro-Betrag je Mitglied ( $Bet_M$ ) bei den betroffenen Krankenkassen in den Typ-2-Bundesländern erfolgen.

Der gleiche Euro-Betrag je Mitglied in den betreffenden Ländern ( $Bet_M$ ) ergibt sich durch Division des zu finanzierenden Saldos  $\text{Saldo}_{GKV}$  durch die Zahl der Mitglieder der Krankenkassen in den Typ-2-Bundesländern:

$$Bet_M = \text{Saldo}_{GKV} / \Sigma_{\text{Typ2}} M_{BL}.$$

Für ein einzelnes Typ-2-Bundesland wird dann eine Beteiligung im Umfang von

$$Bet_{BL} = Bet_M \times M_{BL}$$

finanziell wirksam.

Analog dem in Fall IB-b beschriebenen Iterationsverfahren wird auch im Fall II eine Iteration notwendig für den Fall, dass eines der Typ-2-Bundesländer durch die Umverteilung mit seiner Entlastung unter die 100-Mio.-Euro-Grenze kommt. In diesem Fall wird die „Entlastung“ der Krankenkassen in dem entsprechenden Typ-2-Bundesland auf 100 Mio. Euro festgelegt und der verbleibende Saldo auf die anderen Typ-2-Bundesländer verteilt. Da die „GKV-weite umzuverteilende Belastung“ geringer ist als das „GKV-weite umzuverteilende Entlastungspotenzial“ ist sicher gestellt, dass sich bei der Iteration eine Lösung ergibt. Dazu können allerdings mehrere Iterationsschritte notwendig sein.

### **(7) Berücksichtigung einer Finanzierungsquote des Gesundheitsfonds unter 100 % ohne fiktive Hinzurechnung der Deckungslücke**

Die Gutachter sind beauftragt, die empirischen Wirkungen für Finanzierungsquoten von 97,5 % und 95 % zu berechnen. Finanzierungsquoten des Gesundheitsfonds von unter 100 % werden sich dann ergeben, wenn die von den Krankenkassen zu finanzierenden RSA-berücksichtigungsfähigen Ausgaben stärker steigen als die beitragspflichtigen Einnahmen, ohne dass der Beitragssatz an den Gesundheitsfonds entsprechend angepasst wird. Zunächst ist noch einmal darauf hinzuweisen, dass es mit Blick auf die Funktionsfähigkeit des Risikostrukturausgleiches zwingend geboten ist, die dann die Ausgaben der Krankenkassen im Durchschnitt nicht mehr deckenden Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds dadurch an die zur Verfügung stehenden Einnahmen des Fonds anzupassen, dass zunächst die bei einer 100-Prozent-Finanzierung rechnerisch benötigten Zuweisungsbeträge ermittelt werden und diese dann um einen für alle Mitglieder gleichen Abzugsbetrag  $ABZ_M$  in Höhe der durchschnittlichen Deckungslücke je Mitglied zu kürzen.

Es soll im folgenden simuliert werden, welche Wirkungen entstünden, wenn in der Anwendung der Übergangsregelung nach § 272 SGB V die so gekürzten Zuwendungen den fortgeschriebenen (um den RSA-Saldo bereinigten) Beitragseinnahmen gegenüber gestellt würden. Dies bedeutet für die Modellierung:

- Es sei  $Z_{100_{GKV}}$  die Summe aller Zuweisungen in der GKV bei 100 % Finanzierungsquote. Der Abzugsbetrag  $ABZ_M$  wird dann berechnet, indem die Zuweisungssumme bei 100 % Finanzierungsquote multipliziert wird mit der Kürzung  $K_i$  und durch die Gesamtzahl der Mitglieder  $M_{GKV}$  dividiert wird:

$$ABZ_M = Z_{100_{GKV}} * K_i / M_{GKV},$$

wobei  $K_1 = 2,5$  % bzw.  $K_2 = 5$  % die Kürzung sämtlicher Zuweisungen (für Regelleistungen, Satzungsleistungen und Verwaltungskosten) um 2,5 % bzw. 5 % darstellt, so dass die Finanzierungsquoten des Gesundheitsfonds sich auf 97,5 % bzw. 95 % belaufen.

- Werden die gekürzten Zuweisungen, die die Krankenkassen für die Versicherten in den einzelnen Bundesländern bei einer Finanzierungsquote unter 100 % erhalten, mit  $ZKURZ_{BL}$  und die ungekürzten mit  $Z_{100_{BL}}$  bezeichnet, so gilt

$$ZKURZ_{BL} = Z_{100_{BL}} - ABZ_M * M_{BL}$$

Es wird also von den rechnerischen Zuweisungen bei 100 % Finanzierungsquote der bundeseinheitliche Abzugsbetrag, multipliziert mit der Anzahl der Mitglieder des Bundeslandes, abgezogen.

Die sich so ergebenden Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds werden den fortgeschriebenen, um den RSA-Saldo bereinigten Beitragseinnahmen gegenüber gestellt.

## **(8) Wirkungen der Vervollständigung des Finanzkraftausgleichs**

Wie bei Schritt (5) oben geschildert, wird bei der Berechnung der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds implizit auch errechnet, welche Auswirkungen die implizite mit seiner Einführung verbundene Vervollständigung des Finanzkraftausgleichs hat. Diese Wirkung stellt nach Auffassung der Gutachter eine sachgerechte Interpretation der Wirkungen der Einführung des Gesundheitsfonds dar. Sie soll daher zu Vergleichszwecken ebenfalls tabellarisch dargestellt werden. Dazu wird wie folgt vorgegangen:

Es wird ermittelt, in welchem Umfang die Versicherten in den einzelnen Bundesländern an der Finanzierung von Satzungsleistungen und Verwaltungsausgaben im Rahmen des einheitlichen Beitragssatzes an den Gesundheitsfonds beteiligt sind; dabei wird auf die in Schritt (1) ermittelten beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied in den einzelnen Ländern, die Zahl der Mitglieder und den zur Finanzierung von Satzungsleistungen und Verwaltungsausgaben rechnerisch erforderlichen Teilbeitragssatz abgestellt. Dem wird gegenüber gestellt, welche Zuweisungen für Satzungsleistungen und Verwaltungsausgaben aus dem Gesundheitsfonds die Krankenkassen für die Versicherten in den einzelnen Bundesländern zu erwarten haben; dabei wird der bei Schritt (5) ausführlicher erläuterte Zuweisungsschlüssel für Satzungsleistungen und Verwaltungsausgaben angewendet. Die Differenz zwischen Finanzierungsanteil und Zuweisungen stellt den Effekt der Vervollständigung des Finanzkraftausgleichs dar.

Es soll ausdrücklich darauf hingewiesen werden, dass der dabei ausgewiesene Effekt insoweit „überhöht“ ist, als bei den bundesweiten Kassen bereits heute im Rahmen ihrer überregionalen Beitragssatzkalkulation Satzungsleistungen und Verwaltungsausgaben überregional finanziert werden. Diese überregionale Finanzierung im Rahmen der Kalkulation der bundesweit tätigen Kassen ist insoweit nach Vervollständigung des Finanzkraftausgleichs entbehrlich. Wie Wasem et al. (2007) abgeschätzt haben, wird je nach Bundesland zwischen 20 und 30 % des ausgewiesenen Effektes der Vervollständigung des Finanzkraftausgleichs durch einen Abbau kasseninterner Umverteilungen bei bundesweiten Kassen „gegenfinanziert“.

## **(9) Sensitivitätsanalysen**

Die vorgelegten empirischen Ergebnisse zu den Wirkungen der Übergangsregelung nach § 272 SGB V stellen eine Modellrechnung dar, da die „Echtdaten“ derzeit noch nicht vorliegen. Zentrale Daten (z. B. die beitragspflichtigen Einnahmen, die Verteilung der Versicherten mit DMP-Status oder Erwerbsminderungsstatus nach Alter und Geschlecht in den Bundesländern) liegen nicht in regionaler Abgrenzung vor; andere Daten liegen noch gar nicht vor (z. B. die Zuschläge für Krankheiten im Rahmen der Morbiditätsorientierung des RSA). Es erscheint den Gutachtern daher zweckmäßig, im Rahmen von zwei Sensitivitätsanalysen zu überprüfen, welche Auswirkungen Veränderungen in den Datengrundlagen auf die Anwendung der Übergangsregelung nach § 272 SGB V hätten.

Die Gutachter setzen mit den beiden Sensitivitätsanalysen an zwei Parametern an:

- **Beitragspflichtige Einnahmen:** Die (auf das zur Finanzierung der Ausgaben durch den Gesundheitsfonds erforderliche Niveau adjustierten) beitragspflichtigen Einnah-

men je Mitglied streuen nach unseren Berechnungen zwischen einem Minimum von 15.928 Euro (für Mitglieder der Krankenkassen in Mecklenburg-Vorpommern) und 20.950 Euro je Mitglied (für Mitglieder der Krankenkassen in Hamburg), mit einem Mittelwert von 19.652 Euro. In den Sensitivitätsanalysen modellieren wir, welchen Effekt eine andere Streuung der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied auf die Übergangsregelung nach § 272 SGB V hätte. Die Streuung wird in den Sensitivitätsanalysen daher variiert: In Sensitivitätsanalyse 1 wird angenommen, dass die Abweichungen vom Mittelwert sich um 20 % verringern (also nur noch 80 % der von uns gemessenen Abweichungen vom Mittelwert betragen) – d. h. beitragspflichtige Einnahmen, die oberhalb des Durchschnitts liegen, werden um 20 % der Differenz zum Mittelwert abgesenkt, beitragspflichtige Einnahmen, die unterhalb des Durchschnitts liegen, werden um 20 % der Differenz zum Mittelwert erhöht.

In Sensitivitätsanalyse 2 wird demgegenüber angenommen, dass die Abweichungen vom Mittelwert sich um 20 % erhöhen (also 120 % der von uns gemessenen Abweichungen vom Mittelwert betragen) – d.h. beitragspflichtige Einnahmen, die oberhalb des Durchschnitts liegen, werden um 20 % der Differenz zum Mittelwert angehoben, beitragspflichtige Einnahmen, die unterhalb des Durchschnitts liegen, werden um 20 % der Differenz zum Mittelwert abgesenkt.

- **Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds:** Die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds streuen (in unserer Modellierung für 2006) zwischen 1.904 Euro (für Versicherte der Krankenkassen in Baden-Württemberg) und 2.295 Euro (für Versicherte der Krankenkassen mit Wohnsitz im Ausland<sup>17</sup>). In den Sensitivitätsanalysen modellieren wir, welchen Effekt eine andere Streuung der Zuweisungen je Versicherten auf die Änderung der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds aufgrund der Übergangsregelung nach § 272 SGB V hätte. Eine solche andere Streuung könnte sich zum Beispiel aufgrund der stärkeren Morbiditätsorientierung des RSA ergeben. In unseren Berechnungen der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds haben wir – wie in Schritt (4) beschrieben – die Wirkungen der stärkeren Morbiditätsorientierung des RSA nicht berücksichtigen können, da bislang das Klassifikationsmodell nicht vorliegt und zudem bisherige Berechnungen (im Rahmen des RSA-Gutachtens von 2004)<sup>18</sup> keine Spezifizierung der Effekte nach Bundesländern zulassen.

Die Streuung wird in den Sensitivitätsanalysen daher variiert: In Sensitivitätsanalyse 1 wird angenommen, dass die Abweichung vom Mittelwert der Zuweisungsbeträge aus dem Gesundheitsfonds sich um 20 % verringert (also nur noch 80 % der von uns gemessenen Abweichung beträgt) – d. h. Zuweisungen je Versicherten, die oberhalb des Durchschnitts liegen, werden um 20 % der Differenz zum Mittelwert abgesenkt, Zuweisungen je Versicherten, die unterhalb des Durchschnitts liegen, werden um 20 % der Differenz zum Mittelwert erhöht. In Sensitivitätsanalyse 2 wird demgegenüber angenommen, dass die Abweichung vom Mittelwert sich um 20 % erhöht (also 120 % der von uns gemessenen Abweichung beträgt) – d. h. Zuweisungen je Versicherten, die oberhalb des Durchschnitts liegen, werden um 20 % der Differenz zum Mittelwert angehoben, Zuweisungen je Versicherten, die unterhalb des Durchschnitts liegen, werden um 20 % der Differenz zum Mittelwert abgesenkt

---

<sup>17</sup> Für Versicherte der Krankenkassen mit Wohnsitz im Inland liegt das Maximum bei 2.158 Euro (in Sachsen).

<sup>18</sup> Vgl. IGES/Lauterbach/Wasem 2005.



Um möglichen Missverständnissen vorzubeugen, sei deutlich darauf hingewiesen, dass die Gutachter in keiner Weise behaupten, dass die stärkere Morbiditätsorientierung des RSA einen Effekt, wie in einer der beiden Sensitivitätsberechnungen ausgewiesen, hätte.<sup>19</sup> Es geht vielmehr ausschließlich darum, abzuschätzen, wie stark die Auswirkungen eines möglichen, „willkürlich“ als gegeben unterstellten Effektes der Morbiditätsorientierung auf die Transferzahlungen im Rahmen der Übergangsregelung nach § 272 SGB V wären.

### **3.2 Darstellung der empirischen Ergebnisse**

In diesem Abschnitt werden die empirischen Ergebnisse der Berechnungen, die wir im Rahmen des Gutachtensauftrages durchgeführt haben, dargestellt. In Abschnitt 3.2.1 stellen wir zunächst die sogenannten „Belastungen“ und „Entlastungen“, wie sie § 272 Abs. 1 definiert,<sup>20</sup> für die Versicherten der Krankenkassen in den einzelnen Bundesländern dar, die wir in der Modellrechnung ermittelt haben. In Abschnitt 3.2.2 stellen wir sodann die Wirkungen der Anwendung der gesetzlichen Regelungen zur Begrenzung der Belastungswirkungen bzw. des in Abschnitt 2.2 entwickelten Gutachtervorschlags zur Umsetzung der Regelungen dar. Abschnitt 3.2.3 stellt die finanziellen Effekte der Übergangsregelung des § 272 SGB V bei einer Absenkung der Finanzierungsquote des Gesundheitsfonds auf 97,5 % und 95 % ohne Berücksichtigung eines Korrekturfaktors dar. In Abschnitt 3.2.4 zeigen wir die Wirkungen der Vervollständigung des Finanzkraftausgleichs durch die Einführung des Gesundheitsfonds auf. Schließlich stellen wir in Abschnitt 3.2.5 die Ergebnisse der von uns durchgeführten Sensitivitätsanalysen dar.

#### **3.2.1 Darstellung der „Belastungen“ und „Entlastungen“ im Sinne von § 272 Abs. 1 SGB V auf der Aggregationsebene der Bundesländer**

Wie in Kapitel 2 und in Abschnitt 3.1 beschrieben, sind zunächst die (fortgeschriebenen) Beitragseinnahmen der Krankenkassen für Versicherte in einem Bundesland und die RSA-Position der Krankenkassen für Versicherte im jeweiligen Bundesland zu ermitteln. Die RSA-Position stellt sich dar aus der Gegenüberstellung von Beitragsbedarf und Finanzkraft. Die (fortgeschriebenen) Beitragseinnahmen sind sodann um die RSA-Position zu bereinigen. Zur Methodik der Ermittlung der Beitragseinnahmen und der RSA-Positionen vgl. Abschnitt 3.1.2.

Tabelle 1 weist in Spalte 2 die ermittelten Beitragseinnahmen der Versicherten der Krankenkassen in den einzelnen Bundesländern und in den Spalten 3 bis 5 ihre RSA-Position aus. Die höchsten Beitragseinnahmen erzielen die Krankenkassen bei den Versicherten in NRW, ge-

---

<sup>19</sup> Göppfarth (2007) vermutet, dass die Auswirkungen auf der Aggregationsebene der Länder eher gering seien.

<sup>20</sup> Wie an mehreren Stellen in diesem Gutachten verdeutlicht, halten die Gutachter die Begrifflichkeit für ungeeignet, da hier nur teilweise (in Bezug auf die Vervollständigung des Finanzkraftausgleichs und die stärkere Morbiditätsorientierung des RSA) tatsächliche Veränderungen von Transfers zwischen Ländern angesprochen sind, überwiegend aber unterschiedlich hohe Leistungsausgaben „nach RSA“, die auch heute bereits zu unterschiedlich hohen Beitragssätzen der Krankenkassen mit unterschiedlichen regionalen Schwerpunkten ihres Tätigkeitsgebietes führen.

folgt von Bayern und Baden-Württemberg (pro Kopf in: Hamburg und Hessen). Wie schon in den 2007 vorgelegten Studien zeigt sich, dass die Versicherten in Baden-Württemberg und Bayern – aufgrund ihrer unterdurchschnittlichen RSA-Morbidität bei gleichzeitig überdurchschnittlicher Finanzkraft in Verbindung mit der hohen Versichertenzahl in diesen Ländern – in absoluten Beträgen die größten „Nettozahler“ in den heutigen RSA sind (pro Kopf sind die Versicherten in Hamburg die größten Nettozahler). Die Versicherten in Sachsen sind in absoluten Beträgen (und auch pro Kopf) – aufgrund einer überdurchschnittlichen RSA-Morbidität bei gleichzeitig unterdurchschnittlicher Finanzkraft – die größten „Nettoempfänger“ aus dem RSA; auch die Versicherten in den übrigen neuen Ländern gehören zu den „Nettoempfängern“. In Spalte 6 weist die Tabelle die um die RSA-Position bereinigten Beitragseinnahmen aus. Diese Größe ist nach der gesetzlichen Vorgabe aus § 272 SGB V den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds gegenüberzustellen.

Die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für die Versicherten der Krankenkassen nach Bundesländern weist Tabelle 2 auf. Die Zuweisungen sind differenziert nach Zuweisungen für Regelleistungen<sup>21</sup> (Spalte 2), für Verwaltungskosten (Spalte 3) und für Satzungsleistungen (Spalte 4), die Summe wird in Spalte 5 gebildet. Die Tabelle zeigt, dass die Versicherten in Nordrhein-Westfalen, Bayern und Baden-Württemberg in absoluten Beträgen die höchsten Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds erhalten hätten, wenn unter den Annahmen der Modellierung dieser bereits 2006 implementiert gewesen wäre. Pro Kopf gehen die höchsten Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds an die Versicherten der Krankenkassen in Sachsen, gefolgt von Sachsen-Anhalt; die niedrigsten Zuweisungen pro Kopf gehen an die Versicherten der Krankenkassen in Baden-Württemberg, gefolgt von Bayern.

In Tabelle 3 werden die bisherigen Beitragseinnahmen bereinigt um die RSA-Position ( $BE_{BL}$  in der Schreibweise von Abschnitt 3.1.2), in Spalte 2 (identisch mit Spalte 6 aus Tabelle 1), den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds ( $Z_{BL}$  in der Schreibweise von Abschnitt 3.1.2) in Spalte 3 (identisch mit Spalte 5 in Tabelle 2), gegenübergestellt. Die Differenz aus beiden ist in Spalte 4 ausgewiesen; sie ergibt entweder eine „Belastung“ ( $B_{BL}$ , positives Vorzeichen) oder eine „Entlastung“ ( $E_{BL}$ , negatives Vorzeichen). Die Tabelle zeigt, dass bei den Versicherten in den Ländern Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Hessen, Rheinland-Pfalz und Schleswig-Holstein ein positiver Saldo größer als 100 Mio. Euro vorliegt, die Versicherten in diesen Ländern also einen Anspruch auf Begrenzung der „Belastung“ nach § 272 SGB V auf maximal 100 Mio. Euro haben.<sup>22</sup> Bei den Ländern NRW, Sachsen und Thüringen ist der Saldo negativ und größer als 100 Mio. Euro.<sup>23</sup> Bei den Versicherten in den Ländern Brandenburg und Hamburg liegt eine „Belastung“ unterhalb von 100 Mio. Euro vor,<sup>24</sup> bei den Ländern Bremen, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Saarland und Sachsen-Anhalt eine „Entlastung“ unterhalb von 100 Mio. Euro.<sup>25</sup>

---

<sup>21</sup> Dies schließt – wie in Abschn. 3.1.2 erläutert – in unseren Berechnungen (im Gegensatz zur Praxis bei der Umsetzung der Regelung des § 272 SGB V ab 2009) Zuweisungen für DMP-Programmkosten ein.

<sup>22</sup> Die Länder sind vom Typ1 in der Terminologie von Abschn. 3.1.2.

<sup>23</sup> Die Länder sind vom Typ2 in der Terminologie von Abschn. 3.1.2.

<sup>24</sup> Die Länder sind vom Typ3 in der Terminologie von Abschn. 3.1.2.

<sup>25</sup> Auch diese Länder sind vom Typ3 in der Terminologie von Abschn. 3.1.2.

### 3.2.2 Darstellung der Wirkungen der Anwendung der gesetzlichen Regelung in der Fassung des Umsetzungsvorschlages der Gutachter

In Spalte 5 weist Tabelle 3 bei den Versicherten der Krankenkassen in den Bundesländern vom Typ 1, in denen die Versicherten der Krankenkassen mit mehr als 100 Mio. Euro in der Definition des Gesetzes „belastet“ werden, das finanzielle Volumen ( $umB_{BL}$  aus Absch. 3.1.2 (6)) aus, das bei einer Absenkung der sogenannten „Belastung“ auf maximal 100 Mio. Euro benötigt wird. Die ausgewiesenen Belastungsvolumen dieser Länder vom Typ 1 addieren sich über die Versicherten der Krankenkassen in diesen Bundesländern auf ein GKV-weites umzuverteilendes „Belastungsvolumen“ ( $umB_{GKV}$ ) von 474 Mio. Euro.

Bei den Ländern, die in der Definition des Gesetzes mehr als 100 Mio. Euro „entlastet“ werden, weist Spalte 5 mit negativen Vorzeichen die Finanzvolumina aus, die oberhalb von 100 Mio. Euro liegen (umzuverteilende Entlastungspotenziale  $umE_{BL}$  aus Abschnitt 3.1.2 (6)). Die ausgewiesenen umzuverteilenden Entlastungspotenziale dieser Länder vom Typ 2 addieren sich über die Versicherten der Krankenkassen in diesen Bundesländern auf ein GKV-weites umzuverteilendes Entlastungspotenzial ( $umE_{GKV}$ ) von 614 Mio. Euro.

In der Zeile „Bund incl. Wohnsitz im Ausland“ weist Spalte 5 die Summe aus dem GKV-weiten umzuverteilenden Belastungsvolumen ( $umB_{GKV}$ ) und dem GKV-weiten potenziell umzuverteilenden Entlastungspotenzial ( $umE_{GKV}$ ) aus. Die Summe ist negativ, da das GKV-weite Entlastungspotenzial mit 614 Mio. Euro größer ist als das GKV-weite Belastungsvolumen mit 474 Mio. Euro. Es liegt daher Fall II aus Abschnitt 3.1.2 (6) vor, und es ist möglich, die zu finanzierenden Entlastungsvolumina durch teilweise Abschöpfung der Entlastungspotenziale bei den Krankenkassen in den Ländern vom Typ 2 (mit einer „Entlastung“ größer 100 Mio. Euro) zu finanzieren. Hierbei ist allerdings zu berücksichtigen, dass bei keinem der drei betroffenen Länder (NRW, Sachsen, Thüringen) durch die Kürzung der Zuweisungen die sogenannte „Entlastung“  $E_{BL}$  unterhalb von 100 Mio. Euro sinken darf. Tritt dies ein, sind insoweit die Versicherten der anderen Länder vom Typ 2 entsprechend stärker zu belasten, d.h. näher an die Grenze des Entlastungspotenziales bei 100 Mio. Euro Entlastung heranzuführen.

Die sich durch die Anwendung der Übergangsregelung nach § 272 SGB V in der Fassung des Umsetzungsvorschlages der Gutachter ergebenden Erhöhungen oder Minderungen von Zuweisungen für Versicherte in den Bundesländern weist Tabelle 4 in Spalte 3 aus. Spalte 2 zeigt den ursprünglichen Differenzbetrag nach § 272 Abs. 1 SGB V (identisch mit Tabelle 3 Spalte 4), Spalte 5 zeigt den finalen Differenzbetrag nach Anwendung der Übergangsregelung. Danach werden die Zuweisungen an die Krankenkassen für ihre Versicherten in Baden-Württemberg um 109 Mio. Euro erhöht, in Bayern um 76 Mio. Euro, in Berlin um 160 Mio. Euro, in Hessen um 94 Mio. Euro, in Rheinland-Pfalz um 18 Mio. Euro und in Schleswig-Holstein um 17 Mio. Euro. Demgegenüber werden die Zuweisungen an die Krankenkassen für ihre Versicherten in NRW um 31 Mio. Euro gekürzt; die Kürzung an die Krankenkassen für die Versicherten in Sachsen beträgt 314 Mio. Euro, und für die Versicherten in Thüringen beträgt sie 129 Mio. Euro. Für die Versicherten in den übrigen Bundesländern (vom Typ 3) ergeben sich keine Veränderungen, da sie zur Finanzierung der vorzunehmenden Entlastungen nicht herangezogen werden müssen. Spalte 4 von Tabelle 4 weist die gerade genannte Erhöhung oder Minderung der Zuweisungen als Prozentsatz der Zuweisungen an die Krankenkassen für die Versicherten in den jeweiligen Ländern aus: Die Zuweisungen an die Krankenkassen für die Versicherten in Baden-Württemberg werden um 0,65 % erhöht, die für die Versicherten in Bayern um 0,39 %; auch die Erhöhungen für die Versicherten in Hessen, Rheinland-Pfalz und Schleswig-Holstein liegen unterhalb von 1 % des originären Zuwei-

sungsbetrages. Dagegen werden die Zuweisungen an die Krankenkassen für die Versicherten in Berlin um 3 % erhöht. Die Kürzungen der Zuweisungen an die Krankenkassen für die Versicherten in Nordrhein-Westfalen machen 0,1 % der originären Zuweisungen für die Versicherten dieses Landes aus. Demgegenüber werden die Zuweisungen an die Krankenkassen für die Versicherten in Sachsen um 5,49 % und in Thüringen um 2,92 % gekürzt.

### **3.2.3 Wirkungen bei einer Absenkung der Finanzierungsquote des Gesundheitsfonds auf 97,5 % und 95 % ohne fiktive Hinzurechnung der Deckungslücke**

Die Gutachter sind beauftragt, auch die Wirkungen der Übergangsregelung nach § 272 SGB V bei einer Absenkung der Finanzierungsquote des Gesundheitsfonds auf 97,5 % bzw. 95 % zu überprüfen. Eine solche Absenkung tritt wie beschrieben ein, wenn die von den Krankenkassen zu finanzierenden RSA-berücksichtigungsfähigen Ausgaben stärker steigen als die beitragspflichtigen Einnahmen der Versicherten, ohne dass der einheitliche Beitragssatz an den Fonds entsprechend angepasst wird. Die Gutachter haben im konzeptionellen Teil dargestellt, dass es aus ihrer Sicht ungeeignet ist, im Fall einer solchen Absenkung der Finanzierungsquote bei der Gegenüberstellung von fortgeschriebenen (um die RSA-Position korrigierten) Beitragseinnahmen und Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nur in Höhe von 97,5 % bzw. 95 % des Finanzierungsbedarfes einzubeziehen. Die nachfolgenden Tabellen 5 und 6 verdeutlichen dies.

Tabelle 5 zeigt für den Fall der Deckungsquote von 97,5 % (also einer Deckungslücke von 2,5 %, die entsprechend der Erläuterungen in Abschnitt 3.1.2 über eine für alle Mitglieder in Euro gleiche Kürzung der rechnerischen 100-%-Zuweisungen umgesetzt wird) in Spalte 2 die (unveränderten) um die RSA-Position bereinigten Beitragseinnahmen (identisch mit Tabelle 3 Spalte 1). In Spalte 3 weist die Tabelle die wegen der Deckungslücke gekürzte Zuweisung aus dem Gesundheitsfonds auf. Spalte 4 weist die Differenz zwischen bereinigten Beitragseinnahmen und gekürzten Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds auf. Die Deckungslücke beträgt insgesamt in der GKV rd. 3.435 Mio. Euro. Es ist ersichtlich, dass die Deckungslücke dazu führt, dass bis auf das Saarland, Sachsen und Thüringen bei allen Ländern die Zuweisungen geringer sind als die bereinigten Beitragseinnahmen, also im Sinne des Gesetzes eine sogenannte „Belastung“ entsteht. Anspruch auf eine Erhöhung der Zuweisungen besteht, wenn die „Belastung“ größer als 100 Mio. Euro beträgt (Länder vom Typ 1). Der Anspruch bei Ländern vom Typ 1 („Belastung“ um mehr als 100 Mio. Euro) beläuft sich auf rd. 2.754 Mio. Euro. Zur Entlastung steht hingegen bei den übrigen Ländern (vom Typ 2 und vom Typ 3) nur ein Finanzvolumen von 1.018 Mio. Euro zur Verfügung, bis alle an der Belastungsgrenze von 100 Mio. Euro angelangt sind.

Tabelle 6 zeigt die entsprechenden Finanzvolumina für den Fall einer Finanzierungsquote des Gesundheitsfonds von 95 %, die entsprechend der Erläuterungen in Abschnitt 3.1.2 über eine für alle Mitglieder in Euro gleiche Kürzung der rechnerischen 100-%-Zuweisungen umgesetzt wird. Tabelle 6 zeigt in Spalte 4, dass bei einer Kürzung der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds um 5 % eine Deckungslücke in der GKV von rd. 6.871 Mio. Euro entstünde. Würde auf dieser Basis die umzuverteilende „Belastung“ ermittelt, würde der Anspruch bei Ländern vom Typ 1 (Belastung um mehr als 100 Mio. Euro) sich auf rd. 5.720 Mio. Euro belaufen. Zur Entlastung steht hingegen bei den übrigen Ländern (vom Typ 2 und vom Typ 3) nur ein Finanzvolumen von 549 Mio. Euro zur Verfügung, bis alle an der Grenze einer zusätzlichen Belastung von 100 Mio. Euro angekommen sind.

Die in den Tabellen 5 und 6 dargestellten Rechnungen machen deutlich, dass eine Interpretation der Regelung des § 272 SGB V, die bei einer Finanzierungsquote von unter 100 % um die Deckungslücke geminderte Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds den bereinigten Einnahmen gegenüberstellen will, untauglich ist. Daher haben die Gutachter in Abschnitt 2.2 den Vorschlag unterbreitet, für die Durchführung der Übergangsregelung aus § 272 SGB V die durchschnittliche Deckungslücke je Mitglied den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds hinzuzurechnen. Die Wirkungen für die Anwendung der Übergangsregelung entsprechen dann denen bei einer 100-prozentigen Finanzierungsquote.

### **3.2.4 Wirkungen der Vervollständigung des Finanzkraftausgleichs durch die Einführung des Gesundheitsfonds**

In Tabelle 7 stellen die Gutachter dar, welche Wirkungen durch die mit der Einführung des Gesundheitsfonds vollzogene Vervollständigung des Finanzkraftausgleichs ausgelöst werden. Die Tabelle zeigt, dass die Versicherten der Krankenkassen in den finanzkraftstarken Ländern Baden-Württemberg, Bayern, Hamburg und Hessen durch die Vervollständigung des Finanzkraftausgleichs belastet werden, während insbesondere die Versicherten der Krankenkassen in den finanzschwachen Ländern Ostdeutschlands durch die Vervollständigung des Finanzkraftausgleichs entlastet werden. Die Be- und Entlastungen sind in allen Fällen unterhalb der Grenze von 100 Mio. Euro.

Tabelle 7 bestätigt die Ergebnisse der Gutachten von Rürup & Wille (2007) sowie Wasem et al. (2007), die Be- und Entlastungen durch die Vervollständigung des Finanzkraftausgleichs weitgehend in den Größenordnungen von Tabelle 7 aufgezeigt hatten. Es sei noch einmal darauf hingewiesen, dass die Be- und Entlastungen unter Berücksichtigung des Fortfalls der bislang innerhalb der überregional kalkulierenden Krankenkassen vorliegenden interregionalen Transfers zur Finanzierung von Satzungsleistungen und Verwaltungskosten um 20-30 % geringer ausfallen.

### **3.2.5 Sensitivitätsanalysen**

Tabelle 8 beschreibt das Ergebnis der Sensitivitätsanalysen. Wie in Abschnitt 3.1.2 (9) erläutert, haben wir in Sensitivitätsanalyse 1 die Streuung der von uns errechneten beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied und der von uns errechneten Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds je Versicherten jeweils verringert, indem wir die Abweichungen vom Mittelwert um 20 % gekürzt haben. In Sensitivitätsanalyse 2 haben wir demgegenüber die Streuung der von uns errechneten beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied und die von uns errechneten Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds je Versicherten erhöht, indem wir die Abweichungen vom Mittelwert um 20 % erhöht haben.

#### **Sensitivitätsanalyse 1**

Block 2 von Tabelle 8 weist die Differenz aus (um den RSA-Saldo bereinigten) Beitragseinnahmen und den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds aus. Die mittlere Spalte zeigt das Ergebnis unserer Hauptrechnung dieses Gutachtens. Sie ist identisch mit Tabelle 3 Spalte 4 bzw. Tabelle 4 Spalte 1.

Demgegenüber stellt die linke Spalte von Block 2 dar, wie die Differenz aus Beitragseinnahmen und Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds unter den Annahmen der *Sensitivitätsanalyse 1* aussehen würde – es zeigt sich, dass die Differenz gegenüber der Hauptrechnung sich insbesondere bei den Ländern Bayern, Baden-Württemberg und Sachsen erheblich verändert,

merklich sind auch noch die Änderungen bei Hessen, Niedersachsen, NRW und Thüringen; demgegenüber sind die Änderungen gegenüber der Hauptrechnung bei den übrigen Ländern geringer. Bei Bayern und Baden-Württemberg fällt die sog. „Belastung“ nach § 272 SGB V deutlich geringer als in der Hauptrechnung aus und beträgt mit 66 Mio. Euro bzw. 50 Mio. Euro nur noch weniger als 100 Mio. Euro, weil sie (i) finanzkraftschwächer als in der Hauptrechnung erscheinen und (ii) ihr negativer Umverteilungssaldo aus dem Beitragsbedarfsausgleich des RSA abgebaut wird. Bei Sachsen fällt umgekehrt die „Entlastung“ im Sinne von § 272 SWGB V mit 414 Mio. Euro deutlich geringer als in der Hauptrechnung aus, weil es (i) finanzkraftstärker als in der Hauptrechnung erscheint und (ii) sein positiver Umverteilungssaldo aus dem Beitragsbedarfsausgleich des RSA in den Sensitivitätsanalyse 1 abgebaut wird. Interessanterweise verändert sich die ausgewiesene Differenz (mit 265 Mio. Euro) gegenüber der Hauptrechnung bei Berlin kaum, was Resultat der Tatsache ist, dass der Saldo Berlins bei Beitragsbedarfsausgleich des RSA nahe Null liegt und auch der Saldo des Finanzkraftausgleichs je Mitglied in Berlin gering ist, so dass die Veränderung der Streuung bei beiden Parametern hier kaum einen Effekt hat.

Während die mittlere Spalte von Tabelle 8 Block 3 die Erhöhungen oder Minderungen von Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds infolge der in Block 2 ausgewiesenen Differenzen der Hauptrechnung ausweist (und damit identisch ist zu Tabelle 4 Spalte 3), zeigt die linke Spalte von Block 3 die Erhöhungen oder Minderungen von Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds durch Anwendung der Regelung des § 272 SGB V, wenn die Annahmen von Sensitivitätsanalyse 1 zuträfen. Nur noch für Versicherte in Berlin und Hessen erhalten die Krankenkassen in nennenswertem Umfang Erhöhungen der Zuweisungen, darüber hinaus in geringem Umfang Rheinland-Pfalz und Schleswig-Holstein, da in diesen Ländern das 100 Mio. Euro-Aufgreifkriterium des § 272 SGB V überschritten wird; finanziert wird dies durch Kürzung der Zuweisungen an die Krankenkassen für Versicherte in Sachsen, Thüringen, NRW und Niedersachsen, da diese Länder mehr als 100 Mio. Euro „entlastet“ erscheinen. Baden-Württemberg und Bayern gehören nicht mehr zu den Ländern vom Typ 1, sind also nicht mehr entlastungsberechtigt, während umgekehrt Niedersachsen in der Sensitivitätsanalyse 1 nunmehr zahlungsverpflichtet ist, da seine sogenannte „Entlastung“ die 100 Mio. Euro-Grenze überschritten hat. Insgesamt wäre unter den Annahmen der Sensitivitätsanalyse 1 ein Volumen von 243 Mio. Euro an Zuweisungserhöhungen für Länder vom Typ 1 zu finanzieren. Das Entlastungspotenzial bei Ländern vom Typ 2 beträgt 489 Mio. Euro, so dass die Erhöhungen von Zuweisungen für Länder vom Typ 1 durch Absenkung von Zuweisungen für Länder vom Typ 2 finanziert werden können, ohne dass die Länder vom Typ 3 beteiligt werden müssen.

Tabelle 8 Block 4 zeigt in der linken Spalte die verbleibende Differenz aus bereinigten Beitragseinnahmen und Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds *nach* Anwendung der Übergangsregelung des § 272 SGB V unter den Annahmen der Sensitivitätsanalyse 1 (während die mittlere Spalte die entsprechenden Zahlen der Hauptrechnung noch einmal ausweist).

## **Sensitivitätsanalyse 2**

Das Ergebnis der Durchführung von Sensitivitätsanalyse 2 ist in gewisser Weise spiegelbildlich zur Sensitivitätsanalyse 1: Die rechte Spalte von Tabelle 8 Block 2 stellt dar, wie die Differenz aus Beitragseinnahmen und Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds unter den Annahmen der *Sensitivitätsanalyse 2* aussehen würde. Auch hier sind die Änderungen gegenüber der Hauptrechnung – nun aber mit umgekehrtem Vorzeichen – bei Bayern, Baden-Württemberg und Sachsen besonders groß; geringer, aber immer noch merklich bei Hessen, Niedersachsen, NRW und Thüringen.

Die rechte Spalte von Tabelle 8 Block 3 weist die Veränderungen von Zuweisungen aus, die unter den Annahmen von Sensitivitätsanalyse 2 zu erwarten wären, wenn die Übergangsregelung des § 272 SGB V Anwendung fände. Die Ansprüche auf Zuweisungserhöhungen fallen gegenüber der Hauptrechnung für die Krankenkassen für Versicherte in Baden-Württemberg und Bayern deutlich größer aus, ebenso die zu erduldenen Kürzungen der Krankenkassen für Versicherte in Sachsen. NRW ist in Sensitivitätsanalyse 2 kein Land vom Typ 2 mehr, da die sog. „Entlastung“ die 100-Mio.-Euro-Grenze unterschreitet, dafür wird Sachsen-Anhalt ein Typ-2-Land, da die sog. „Entlastung“ nunmehr 100 Mio. Euro überschreitet.

Insgesamt wäre unter den Annahmen der Sensitivitätsanalyse 2 ein Volumen von Mio. Euro an Zuweisungserhöhungen für Länder vom Typ 1 zu finanzieren. Das Entlastungspotenzial bei Ländern vom Typ 2 beträgt 489 Mio. Euro, so dass die Erhöhungen von Zuweisungen für Länder vom Typ 1 durch Absenkung von Zuweisungen für Länder vom Typ 2 finanziert werden können, ohne dass die Länder vom Typ 3 beteiligt werden müssen.

### **Fazit Sensitivitätsanalysen**

Die Gutachter haben aufgrund der vorhandenen Datenunsicherheiten Sensitivitätsanalysen durchgeführt. Sie zeigen, dass Veränderungen in den Daten – hier illustriert an der Veränderung der Streuung von beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied und Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds je Versicherten – erhebliche Auswirkungen auf die zu erwartenden Kürzungen oder Erhöhungen von Zuweisungen bei der Anwendung der Übergangsregelung des § 272 SGB V haben.

**Tabelle 1: Beitragseinnahmen und RSA-Positionen nach Bundesländern (2006 in Mio. Euro)**

Bundesland	Beitragseinnahmen	RSA Position			bereinigte Beitrags-einnahmen
		Beitragsbedarf	Finanzkraft	RSA-Saldo	
1	2	3	4	5 (= 3 - 4)	6 (2 + 5)
Baden-Württemberg	17.923	15.395	16.354	-958	16.965
Bayern	20.568	17.832	18.824	-991	19.576
Berlin	5.656	4.924	4.969	-45	5.611
Brandenburg	4.364	4.361	3.972	389	4.753
Bremen	1.083	1.048	1.009	39	1.122
Hamburg	3.030	2.454	2.761	-307	2.723
Hessen	10.492	9.010	9.512	-502	9.991
Mecklenburg-Vorpommern	2.714	2.934	2.480	454	3.168
Niedersachsen	13.118	12.010	12.154	-144	12.974
Nordrhein-Westfalen	30.207	27.729	27.932	-203	30.003
Rheinland-Pfalz	6.764	6.100	6.118	-18	6.746
Saarland	1.693	1.678	1.622	56	1.749



Sachsen	6.545	7.649	6.465	1.183	7.729
Sachsen-Anhalt	4.152	4.428	3.833	596	4.748
Schleswig-Holstein	4.769	4.239	4.284	-45	4.724
Thüringen	3.761	4.070	3.647	423	4.184
Bund ohne Wohnort im Ausland	136.840	125.863	125.937	-74	136.766
Wohnsitz im Ausland	578	605	531	74	652
Bund incl. Wohnsitz im Ausland	137.418	126.468	126.468	0	137.418

**Tabelle 2: Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nach Bundesländern (2006 in Mio. Euro)**

Bundesland	Zuweisungen für Regelleistungen	Zuweisung für Verwaltungskosten	Zuweisung für Satzungs- und Ermessensleistungen	Summe
1	2	3	4	5
Baden-Württemberg	15.395	987	373	16.755
Bayern	17.832	1.140	428	19.401
Berlin	4.924	312	115	5.351
Brandenburg	4.361	272	96	4.729
Bremen	1.048	66	24	1.137
Hamburg	2.454	157	59	2.670
Hessen	9.010	573	213	9.797
Mecklenburg-Vorpommern	2.934	183	65	3.182
Niedersachsen	12.010	764	284	13.059
Nordrhein-Westfalen	27.729	1.758	648	30.134
Rheinland-Pfalz	6.100	386	142	6.628
Saarland	1.678	105	38	1.821

Sachsen	7.649	472	163	8.283
Sachsen-Anhalt	4.428	274	96	4.798
Schleswig-Holstein	4.239	269	99	4.607
Thüringen	4.070	253	89	4.412
Bund ohne Wohnort im Ausland	125.863	7.970	2.931	136.764
Wohnsitz im Ausland	605	37	12	654
Bund incl. Wohnsitz im Ausland	126.468	8.007	2.943	137.418

**Tabelle 3: Differenz aus bisherigen Einnahmen und Zuweisungen aus Gesundheitsfonds; Volumen der Überschreitung v. 100 Mio. Euro (2006 in Mio. Euro)**

Bundesland	bereinigte Beitragseinnahmen bisher	Zuweisung aus Gesundheitsfonds	Differenz aus bereinigten Beitragseinnahmen und Zuweisungen aus Gesundheitsfonds: „Belastung“ (+) bzw. „Entlastung“ (-) im Sinne von § 272 SGB V	Volumen der Überschreitung von 100 Mio. Euro „Belastung“ (+) bzw. „Entlastung“ (-) im Sinne von § 272 SGB V
1	2	3	4	5
Baden-Württemberg	16.965	16.755	209	109
Bayern	19.576	19.401	176	76
Berlin	5.611	5.351	260	160
Brandenburg	4.753	4.729	25	0
Bremen	1.122	1.137	-16	0
Hamburg	2.723	2.670	54	0
Hessen	9.991	9.797	194	94
Mecklenburg-Vorpommern	3.168	3.182	-14	0
Niedersachsen	12.974	13.059	-84	0
Nordrhein-Westfalen	30.003	30.134	-131	-31

Rheinland-Pfalz	6.746	6.628	118	18
Saarland	1.749	1.821	-72	0
Sachsen	7.729	8.283	-555	-455
Sachsen-Anhalt	4.748	4.798	-51	0
Schleswig-Holstein	4.724	4.607	117	17
Thüringen	4.184	4.412	-229	-129
Bund ohne Wohnort im Ausland	136.766	136.764	2	0
Wohnsitz im Ausland	652	654	-2	0
Bund incl. Wohnsitz im Aus- land	137.418	137.418	0	0

**Tabelle 4: Anwendung der Übergangsregelung nach § 272 SGB V (2006)**

Bundesland	ursprüngliche Differenz aus bereinigten Beitragseinnahmen und Zuweisungen aus Gesundheitsfonds (in Mio. Euro)	Realisierte Erhöhung (+) oder Minderung (-) von Zuweisungen aufgrund der Anwendung der Übergangsregelung (in Mio. Euro)	Realisierte Erhöhung (+) oder Minderung (-) in Verhältnis zu den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds (in %)	Differenz aus bereinigten Beitragseinnahmen und Zuweisungen aus Gesundheitsfonds <i>nach</i> Anwendung der Übergangsregelung (in Mio. Euro)
1	2	3	4	5
Baden-Württemberg	209	109	0,65%	100
Bayern	176	76	0,39%	100
Berlin	260	160	3,00%	100
Brandenburg	25	0	0	25
Bremen	-16	0	0	-16
Hamburg	54	0	0	54
Hessen	194	94	0,96%	100
Mecklenburg-Vorpommern	-14	0	0	-14
Niedersachsen	-84	0	0	-84
Nordrhein-Westfalen	-131	-31	-0,10%	-100

Rheinland-Pfalz	118	18	0,27%	100
Saarland	-72	0	0	-72
Sachsen	-555	-314	-5,49%	-240
Sachsen-Anhalt	-51	0	0	-51
Schleswig-Holstein	117	17	0,36%	100
Thüringen	-229	-129	-2,92%	-100
Bund ohne Wohnort im Ausland	2	0	0	2
Wohnsitz im Ausland	-2	0	0	-2
Bund incl. Wohnort im Ausland	0	0	0	0

**Tabelle 5: Wirkungen einer Anwendung der Übergangsregelung des § 272 SGB V bei 97,5 % Deckungsquote des Gesundheitsfonds ohne fiktives Hinzurechnen der Deckungslücke (2006 in Mio. Euro)**

Bundesland	Um RSA-Position bereinigte fortge- schriebene Beitrags- einnahmen	um Deckungslücke gekürzte Zuweisung aus Gesundheits- fonds	Differenz aus bereinigten Beitragseinnahmen und gekürzten Zuweisungen aus Gesundheits- fonds: „Belastung“ (+) bzw. „Entlastung“ (-)
1	2	3	4
Baden-Württemberg	16.965	16.330	635
Bayern	19.576	18.904	673
Berlin	5.611	5.210	402
Brandenburg	4.753	4.606	148
Bremen	1.122	1.109	12
Hamburg	2.723	2.599	124
Hessen	9.991	9.554	437
Mecklenburg-Vorpommern	3.168	3.099	69
Niedersachsen	12.974	12.738	236
Nordrhein-Westfalen	30.003	29.414	590
Rheinland-Pfalz	6.746	6.467	279



Saarland	1.749	1.778	29
Sachsen	7.729	8.072	343
Sachsen-Anhalt	4.748	4.675	73
Schleswig-Holstein	4.724	4.493	231
Thüringen	4.184	4.297	113
Bund ohne Wohnort im Ausland	136.766	133.343	3.423
Wohnsitz im Ausland	652	639	13
Bund incl. Wohnsitz im Ausland	137.418	133.982	3.435

**Tabelle 6: Wirkungen einer Anwendung der Übergangsregelung des § 272 SGB V bei 95 % Deckungsquote des Gesundheitsfonds ohne fiktives Hinzurechnen der Deckungslücke (2006 in Mio. Euro)**

Bundesland	um RSA-Position bereinigte fortgeschriebene Beitragseinnahmen	um Deckungslücke gekürzte Zuweisung aus Gesundheitsfonds	Differenz aus bereinigten Beitragseinnahmen und gekürzten Zuweisungen aus Gesundheitsfonds: „Belastung“ (+) bzw. „Entlastung“ (-)
1	2	3	4
Baden-Württemberg	16.965	15.905	1.060
Bayern	19.576	18.407	1.170
Berlin	5.611	5.068	543
Brandenburg	4.753	4.483	271
Bremen	1.122	1.081	40
Hamburg	2.723	2.529	194
Hessen	9.991	9.310	681
Mecklenburg-Vorpommern	3.168	3.016	152
Niedersachsen	12.974	12.417	557
Nordrhein-Westfalen	30.003	28.693	1.311

Rheinland-Pfalz	6.746	6.307	439
Saarland	1.749	1.736	13
Sachsen	7.729	7.860	-132
Sachsen-Anhalt	4.748	4.551	196
Schleswig-Holstein	4.724	4.378	346
Thüringen	4.184	4.181	2
Bund ohne Wohnort im Ausland	136.766	129.926	6.840
Wohnsitz im Ausland	652	625	27
Bund incl. Wohnsitz im Ausland	137.418	130.547	6.871

**Tabelle 7: Wirkungen der Vervollständigung des Finanzkraftausgleichs mit der Einführung des Gesundheitsfonds**

(2006 in Mio. Euro)

Bundesland	Zusätzlicher Finanzierungsbeitrag	Zusätzliche Zuweisung für Satzungsleistungen	Zusätzliche Zuweisung für Verwaltungsausgaben	Gesamteffekt der Vervollständigung des Finanzkraftausgleichs (+ = Entlastung, - = Belastung)
1	2	3	4	5 (3 + 4 - 1)
Baden-Württemberg	1.416	373	987	- 56
Bayern	1.630	428	1.140	- 62
Berlin	430	115	312	- 3
Brandenburg	344	96	272	- 23
Bremen	87	24	66	- 2
Hamburg	239	59	157	- 24
Hessen	824	213	573	- 37
Mecklenburg-Vorpommern	215	65	183	- 33
Niedersachsen	1.052	284	764	- 4
Nordrhein-Westfalen	2.418	648	1.758	- 13
Rheinland-Pfalz	530	142	386	- 1

Saarland	140	38	105	2
Sachsen	560	163	472	75
Sachsen-Anhalt	332	96	274	38
Schleswig-Holstein	371	99	269	3
Thüringen	316	89	253	26
Bund ohne Wohnort im Ausland	10.904	2.931	7.970	3
Wohnsitz im Ausland	46	12	37	3
Bund incl. Wohnort im Ausland	10.950	2.943	8.007	0

**Tabelle 8: Sensitivitätsanalysen (2006 in Mio. Euro)**

Bundesland	ursprüngliche Differenz aus bereinigten Beitragseinnahmen und Zuweisungen aus Gesundheitsfonds: „Belastung“ (+), „Entlastung“ (-) im Sinne von § 272 SGB V			Erhöhung (+) oder Minderung (-) von Zuweisungen aufgrund der Übergangsregelung			Differenz aus bereinigten Beitragsein- nahmen und Zuweisungen aus Gesund- heitsfonds <i>nach</i> Anwendung der Über- gangsregelung		
	1	2		3			4		
	Sensi 1	Standardfall	Sensi 2	Sensi 1	Standardfall	Sensi 2	Sensi 1	Standardfall	Sensi 2
Baden-Württemberg	66	209	353	0	109	253	66	100	100
Bayern	50	176	301	0	76	201	50	100	100
Berlin	265	260	255	165	160	155	100	100	100
Brandenburg	87	25	-37	0	0	0	87	25	-37
Bremen	-11	-16	-21	0	0	0	-11	-16	-21
Hamburg	38	54	70	0	0	0	38	54	70
Hessen	154	194	234	54	94	134	100	100	100
Mecklenburg- Vorpommern	29	-14	-57	0	0	0	29	-14	-57
Niedersachsen	-131	-84	-38	-31	0	0	-100	-84	-38
Nordrhein-Westfalen	-170	-131	-92	-70	-31	0	-100	-100	-92

Rheinland-Pfalz	113	118	122	13	18	22	100	100	100
Saarland	-59	-72	-84	0	0	0	-59	-72	-84
Sachsen	-414	-555	-695	-91	-314	-574	-322	-240	-121
Sachsen-Anhalt	30	-51	-131	0	0	-31	30	-51	-100
Schleswig-Holstein	109	117	124	9	17	24	100	100	100
Thüringen	-174	-229	-284	-50	-129	-184	-124	-100	-100
Bund ohne Wohnort im Ausland	-16	2	20	0	0	0	-16	2	20
Wohnort im Ausland	16	-2	-20	0	0	0	16	-2	-20
Bund incl. Wohnort im Ausland	0	0	0	0	0	0	0	0	0

## **4 Die Konvergenzklausel des § 272 SGB V unter ordnungspolitischen, insbesondere unter regionalen Verteilungs- und Effizienzaspekten**

### **4.1 Die länderspezifische Perspektive im Bereich der Sozialversicherung**

Die vorliegenden Berechnungen und damit auch die aus ihnen resultierenden Ergebnisse ergeben sich aus der strikten Umsetzung des Gutachterauftrages, der sich wiederum auf § 272 SGB V gründet. Das Sozialgesetzbuch schreibt – teilweise in Verbindung mit der Sechzehnten Verordnung zur Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (16. RSA-ÄndV, Bundesgesetzblatt I v. 30.12.2007, S. 3083) in den Grundzügen den in diesem Gutachten angewandten Berechnungsmodus der länderspezifischen Be- und Entlastungen weitgehend vor; insoweit die Regelungen unvollständig, inkonsistent und undurchführbar waren, haben die Gutachter eine gesetzeskonforme Interpretation vorgeschlagen. Mit den folgenden Ausführungen möchten die Gutachter die aus ihrer Sicht äußerst problematischen ordnungspolitischen Implikationen, insbesondere die regionalen Verteilungseffekte sowie Effizienzaspekte einer solchen Umsetzung des § 272 SGB V beleuchten. Dabei geht es primär um zwei aufeinander aufbauende Fragen:

- 1) Passt die Perspektive einer Berechnung von länderspezifischen Be- und Entlastungen von bestimmten Gesetzesänderungen, wie z. B. der Einführung eines Gesundheitsfonds, und die Intention, diese regionalen Effekte zu begrenzen, in das ordnungspolitische System der deutschen Sozial- bzw. gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)?
- 2) Spiegeln die Ergebnisse, die aus Berechnungen analog des § 272 SGB V folgen, die regionalen Verteilungseffekte zutreffend wider und wie lassen sie sich unter Effizienzaspekten beurteilen?

Die erste Frage stellt die ordnungspolitische, die zweite die Ziel-Konformität unserer Berechnungen und Ergebnisse und damit auch den § 272 SGB V zur Diskussion.

Die Perspektive einer länderspezifischen Bilanzierung von Be- und Entlastungen bestimmter Maßnahmen oder Programme widerspricht im Grundsatz dem ordnungspolitischen System der deutschen Sozialversicherung und damit auch der GKV. Das gilt insbesondere für die solidarische Finanzierung und den einheitlichen (Grund-)Leistungskatalog. So stellte auch das Bundesverfassungsgericht in seinem Beschluss zum Risikostrukturausgleich vom 18.07.2005 (2 BvF 2/01) klar, dass „die Krankenkassen und die von ihnen verwalteten Beitragsmittel finanzverfassungsrechtlich nicht als Teil eines Landes und als Teil der Landeshaushalte betrachtet werden“ können. In ökonomischer Hinsicht enthält die länderspezifische Perspektive von Maßnahmen im Bereich der Sozial- und Krankenversicherung fragwürdige Implikationen und sieht sich hinsichtlich der Quantifizierung von Be- und Entlastungen vielfach mit kaum lösbaren methodischen Problemen konfrontiert. So würde z. B. eine Regionalisierung des RSA im Vergleich zum geltenden System *ceteris paribus* die Versicherten in Bundesländern mit einem überproportionalen Anteil an Kindern und Jugendlichen schlechter stellen. Jede Änderung im Bereich der Sozialversicherung sowohl auf der Finanzierungs- als auch auf der Leistungsseite erzeugt unterschiedliche regionale bzw. länderspezifische Verteilungswirkungen, die dann aus länderspezifischer Perspektive einer (Teil-)Kompensation in Form einer spezifischen Konvergenzklausel bedürften (vgl. Rürup, B. und Wille, E. 2007, S. 5). Zudem steht einer länderspezifischen Erfassung von Be- und Entlastungen auch entgegen, dass die Bundesländer in ihrer heutigen Abgrenzung keine isolierten Wirtschaftsräume darstellen, in deren Grenze sich bestimmte Maßnahmen und die aus ihnen erwachsenden Wirkungen jeweils niederschlagen. Das gilt vor allem für die Stadtstaaten und ihre angrenzenden Bundes-



länder sowie Ballungsräume, wie z. B. die Rhein-Main oder die Rhein-Neckar-Region, die sich im Schnittpunkt mehrerer Bundesländer befinden (vgl. Wille und Schneider 1997).

Die Feststellung, dass die länderspezifische Perspektive im Grundsatz nicht mit dem ordnungspolitischen System der GKV harmoniert, schließt nicht aus, dass die Bundesländer ein legitimes Interesse daran haben, nicht nur die Gesundheitsversorgung in ihren jeweiligen Bereichen zu beobachten und soweit ihnen Instrumente zur Verfügung stehen zu steuern, sondern auch die Frage der Mittelaufbringung und Mittelverwendung für Gesundheit durch ihre Einwohner zu analysieren und zu bewerten. Denn die Gesundheitswirtschaft ist einer der beschäftigungs- und umsatzträchtigsten Sektoren der Volkswirtschaft – in zahlreichen Kreisen und Gemeinden sind Krankenhäuser der größte Arbeitgeber oder pharmazeutische Unternehmen oder Hersteller von Medizinprodukten der größte Steuerzahler. Auch ist das „Gesundheitswesen“ mangels Zuweisung zum Bund grundgesetzlich Aufgabe der Bundesländer. Für den Bereich der GKV als Teilbereich der Sozialversicherung hat der Bund demgegenüber die konkurrierende Gesetzgebungskompetenz (Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG).

Das Regulierungssystem der GKV schließt regionale Besonderheiten im Bereich der ärztlichen Behandlung und der Vergütung der Leistungserbringer nicht aus. Das GKV-WSG eröffnete hier den Vertragspartnern, d. h. den Krankenkassen und den Leistungserbringern, vor allem durch eine Erweiterung der besonderen Versorgungsformen (vgl. (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2007), Ziffer 290ff.) vielfältige Optionen, den regionalen Bedingungen und speziellen Präferenzen der Versicherten gezielt Rechnung zu tragen. Die Kritik an der länderspezifischen Bilanzierung von Be- und Entlastungen bestimmter Maßnahmen und an den damit einhergehenden Forderungen nach Kompensation bzw. Begrenzung der fiskalischen Effekte bedeutet, um bereits hier Missverständnissen vorzubeugen, nicht zwangsläufig ein Plädoyer für eine bundeseinheitliche gleiche Vergütung ambulanter und stationärer Leistungen. Sofern die Vergütungen zwischen den Ländern differieren, wofür es durchaus gute Gründe geben kann, geht es vornehmlich um die Frage nach ihrer Inzidenz, d. h. wer diese unterschiedlichen Vergütungen ökonomisch trägt (siehe auch unten unter 4.4).

#### **4.2 Die Krankenkassen als Ansatzpunkte zur Messung regionaler Verteilungseffekte**

Unbeschadet der obigen Einwände machte sich der Gesetzgeber mit der Kodifizierung von § 272 SGB V und 16. RSA-ÄndV die länderspezifische Perspektive im Rahmen der Einführung des Gesundheitsfonds zumindest teilweise zu eigen, so dass sich unsere Überlegungen im Folgenden auf die Prüfung der Zielkonformität der Konvergenzklausel konzentrieren. Die Konvergenzklausel zielt darauf ab, „unverhältnismäßige Belastungssprünge aufgrund der Einführung des Gesundheitsfonds zu vermeiden“ und sieht deshalb eine Begrenzung der „länderspezifischen Be- und Entlastungswirkungen“ vor (Fraktion der CDU/CSU und SPD 2006, S.463f.). Diese Be- und Entlastungswirkungen bezieht § 272 Abs. 1 auf die fiskalische Situation der „in einem Land tätigen Krankenkassen“ vor und nach Einführung des Gesundheitsfonds. Unabhängig von der strittigen länderspezifischen Perspektive bilden unter Verteilungs- bzw. Inzidenzaspekten diese verfehlte Bezugsbasis und die verfehlten Vergleichsgrößen die zentrale Schwäche der Konvergenzklausel, denn mit diesem Ansatzpunkt lassen sich die regionalen bzw. länderspezifischen Verteilungseffekte des Gesundheitsfonds nicht adäquat messen. Dieses Messkonzept führt daher hinsichtlich der länderspezifischen Verteilungseffekte des Gesundheitsfonds überwiegend zu falschen, teilweise stark verzerrten Ergebnissen. Die Maßnahmen, die sich im Rahmen der Konvergenzklausel aus diesen Ergebnissen ableiten lassen, entbehren unter Inzidenz- bzw. Verteilungseffekten einer soliden theoretischen Grundlage.

Zunächst gilt es unter Inzidenzaspekten grundsätzlich festzuhalten, dass Staaten, Bundesländer oder Krankenkassen nie als Träger von Verteilungseffekten in Frage kommen, sondern nur die betroffenen Bürger, d. h. bei Gesundheitsreformen Versicherte, Patienten oder Leistungserbringer. Schon aus dieser Perspektive macht es wenig Sinn, bestimmte Bundesländer über eine Bilanzierung von monetären Zu- und Abflüssen als „Gewinner“ oder „Verlierer“ bestimmter Reformen zu ermitteln und entsprechend zu bezeichnen (so aber z. B. Drabinski 2006, S. 30ff.). Die länderspezifischen Verteilungseffekte, die aus Gesundheitsreformen erwachsen, fallen in unterschiedlichem Maße bei den Versicherten, Patienten und Leistungserbringern der jeweiligen Bundesländer an. Um diese Verteilungswirkungen zu messen, bilden aber die Krankenkassen – wie im folgenden auch noch einfache Zahlenbeispiele belegen – die völlig verfehlte Bezugsbasis. Unter Inzidenzaspekten fungieren Krankenkassen nicht als Träger von Verteilungseffekten, sondern nur als „Transformatoren“, die Beiträge von Mitgliedern über Verträge mit Leistungserbringern in Gesundheitsleistungen für Patienten umwandeln. Unter Inzidenz- bzw. Verteilungsaspekten unterstützt eine Krankenkasse A, die in den RSA einzahlt, auch nicht eine Krankenkasse B, der diese Mittel zufließen. Vielmehr tragen die Versicherten bzw. Mitglieder sowie Arbeitgeber der Krankenkasse A über ceteris paribus höhere Beitragssätze und damit niedrigere verfügbare Einkommen bzw. Gewinne die daraus resultierenden Wirkungen. Gleiches gilt analog für die Mitglieder und Arbeitgeber der Krankenkasse B, die von den Zuflüssen aus dem RSA über höhere verfügbare Einkommen bzw. Gewinne profitieren. Im übrigen bewirkt eine Zahlung von Krankenkasse A an Krankenkasse B im RSA, dass die Versicherten beider Krankenkassen an den GKV-weiten Solidaraufgaben in gleichem Umfang beitragen, jedenfalls hinsichtlich der durch den Gesetzgeber als durch den RSA ausgleichsbedürftig definierten Faktoren.

Eine adäquate Messung der länderspezifischen Verteilungseffekte des Gesundheitsfonds muss daher zunächst an den verfügbaren Einkommen bzw. Gewinnen der Mitglieder bzw. Arbeitgeber in den jeweiligen Bundesländern und nicht an der fiskalischen Situation ihrer Krankenkassen ansetzen. Zudem können sich diese Verteilungseffekte auch bei den Patienten in Form von vermehrten oder verminderten (Satzungs-)Leistungen oder bei den Leistungserbringern als zunehmende oder abnehmende Vergütungen niederschlagen. Unbeschadet der Formulierung des § 272 Abs. 1, der eindeutig auf „die in einem Land tätigen Krankenkassen“ abstellt, findet man im Gesetzentwurf zum GKV-WSG und in der 16. RSA-ÄndV auch Formulierungen, die eine andere Interpretation – zumindest aber eine andere Intention – nahe legen könnten. So spricht der Gesetzentwurf in diesem Kontext von „länderspezifischen Be- und Entlastungswirkungen“ (S. 464) und Absatz 3 der 16. RSA - ÄndV von „länderbezogenen Transferwirkungen“. Auch die Aufgabenbeschreibung als Bestandteil des Gutachtenauftrages verwendet den Begriff „länderbezogene Transferwirkungen“ und spezifiziert diese als Transferzahlungen, die vor und nach Einführung des Gesundheitsfonds erfolgen. Nach dieser Terminologie geht es folglich um länder- und nicht um krankenkassenbezogene Transferwirkungen. Vor dem Hintergrund dieser Unklarheiten bleibt offen, ob der Gesetzgeber letztlich nicht doch die Intention besaß, die länderspezifischen Verteilungseffekte des Gesundheitsfonds mit Hilfe einer Konvergenzklausel zu begrenzen, und den Ansatz, diese Wirkungen anhand der fiskalischen Situation von Krankenkassen zu messen, irrtümlich für eine geeignete Methode ansah.

### **4.3 Länderspezifische Verteilungswirkungen versus krankenkassenbezogene Effekte**

Wie bereits angedeutet, geht der Gesundheitsfonds wie die meisten Reformen bzw. Maßnahmen im Bereich der Sozialversicherung mit länderspezifischen Verteilungswirkungen einher. Während im geltenden System der RSA die Satzungs- oder Mehrleistungen und die Verwaltungsausgaben der Krankenkassen, die sich insgesamt auf ca. 8 % der Gesamtausgaben belaufen, nicht berücksichtigt, erhöht der Gesundheitsfonds den Finanzkraftausgleich zwischen den Krankenkassen auf 100 %. Dies gilt zumindest zum Zeitpunkt seiner Einführung, wenn er

100 % der Ausgaben in der GKV abdeckt<sup>26</sup>. Der Gesundheitsfonds führt damit zu einer Entlastung (Belastung) von Mitgliedern, die einer regional kalkulierenden Krankenkasse in einem Bundesland mit unterdurchschnittlichen (überdurchschnittlichen) beitragspflichtigen Einnahmen angehören. Die länderspezifisch divergierenden beitragspflichtigen Einnahmen, die vornehmlich auf unterschiedlich hohe Löhne und Renten sowie Beschäftigungsquoten zurückgehen, spielen dann nur noch aus der Sicht der Krankenkassen bei der Erhebung von Zusatzbeiträgen eine Rolle. Diese begrenzt das GKV-WSG zur Vermeidung sozialer Härten bzw. aus Gründen der personellen Einkommensverteilung auf 1 % der beitragspflichtigen Einnahmen.

Aus diesen Überlegungen folgt bereits, dass der Gesundheitsfonds über den erweiterten Finanzkraftausgleich Beitragsmittel aus wirtschaftlich stärker prosperierenden Bundesländern (wie Baden-Württemberg, Bayern, Hamburg und Hessen) in solche mit niedrigerem Inlandsprodukt pro Kopf, d. h. im Wesentlichen in die neuen Bundesländer, umverteilt. Diese interregionalen Transfers, die der Gesundheitsfonds verursacht und die sich vornehmlich bei den jeweiligen Mitgliedern und Arbeitgebern niederschlagen, beschränken sich allerdings quantitativ weitgehend auf Finanzströme zwischen regional kalkulierenden Krankenkassen. Bundesweit bzw. überregional kalkulierende Krankenkassen, wie z. B. alle Ersatzkassen, verteilen bereits im geltenden System das gesamte Ausgabenvolumen und damit auch den nicht vom RSA erfassten Teil bundesländerübergreifend um. Interregionale Transfers können bei bundesweit kalkulierenden Krankenkassen als Folge des Gesundheitsfonds nur - und auch quantitativ relativ schwach - im Rahmen von Zusatzbeiträgen oder der Rückerstattung von Finanzmitteln auftreten (vgl. {Göpffarth, 2006 #5062}, S.18; Rürup, B. und Wille, E. 2007, S. 43). Sofern eine überregionale Krankenkasse mit einem derzeit überdurchschnittlichen Beitragssatz nach Einführung des Gesundheitsfonds zur Finanzierung ihrer Ausgaben einen Zusatzbeitrag in Form einer Pauschale erhebt, schneiden im Vergleich zum geltenden System die Mitglieder in Bundesländern mit hohen beitragspflichtigen Einnahmen besser ab. Umgekehrt profitieren sie von einer Rückzahlung in Form einer Pauschale weniger als von einer entsprechenden Senkung des Beitragssatzes im geltenden System. Nehmen überregionale Krankenkassen mit bisher unterdurchschnittlichen Beitragssätzen im Rahmen des Gesundheitsfonds eine Ausschüttung der verbliebenen Finanzmittel in Form einer Pauschale vor, so stellen sie Mitglieder in Bundesländern mit unterdurchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen besser als im Status quo.

Die oben beschriebenen länderspezifischen Verteilungswirkungen bzw. regionalen Be- und Entlastungen infolge der Einführung des Gesundheitsfonds quantifizieren die Gutachten von Rürup und Wille (2007) sowie Wasem et al. (2007), aber auch zum Beispiel {Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung und Universität Dortmund, 2006 #5125}. Dabei gelangten alle Gutachten zu dem Ergebnis, dass die durch den Gesundheitsfonds verursachten Belastungen der Versicherten bzw. Mitglieder in einem Bundesland die Marke von 100 Mio. Euro nicht überschreiten; dies gilt im Wesentlichen auch für die entsprechenden Entlastungen. Wie haben diese Berechnungen in Abschnitt 3.2.4 für das Untersuchungsjahr 2006 erneut durchgeführt und wiederum bestätigt gefunden. Der in diesem Gutachten aufgrund der gesetzlichen Vorgaben konzeptionell und empirisch untersuchte Ansatz, länderspezifische Be- und Entlastungen auf der Grundlage von Differenzen zwischen den fortgeschriebenen Einnahmen der Krankenkassen und ihren künftigen Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds zu messen, veranschlagt unberechtigtweise in hohem Maße Transferwirkungen zwischen den Bundesländern, die unter Verteilungs- bzw. Inzidenzeffekten de facto gar nicht existieren. Dies lässt sich auch an einem einfachen Zahlenbeispiel verdeutlichen und belegen.

---

<sup>26</sup> Sofern nicht *expressis verbis* anders erwähnt, gehen die folgenden Ausführungen zunächst von dieser Annahme aus.

Wir unterstellen zu diesem Zweck, dass bei einem durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatz von 14 % die regional kalkulierenden Krankenkassen im Bundesland A, z. B. in Sachsen, einen Beitragssatz von 13 %, die ebenfalls regional kalkulierenden Krankenkassen im Bundesland B (z. B. in Bayern oder Berlin) einen Beitragssatz von 15 % aufweisen.<sup>27</sup> Die Gründe für die abweichenden Beitragssätze, denen höhere Ausgaben im Land B im Vergleich zum Land A zugrunde liegen, spielen in diesem Kontext keine Rolle (siehe hierzu die Effizienzbeurteilung unten unter 4.4). Aus Vereinfachungsgründen gehen wir in beiden Bundesländern von 100 Mitgliedern und monatlichen beitragspflichtigen Einnahmen in Höhe von 300.000,- Euro aus. Es wird unterstellt, dass die Versichertenstrukturen der Krankenkassen bezüglich der im RSA berücksichtigten Kriterien in beiden Ländern identisch sind und dem GKV-Durchschnitt entsprechen. Auch seien die beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied identisch und entsprächen dem GKV-Durchschnitt. Beide Länder weisen daher eine RSA-Transferposition von Null auf.

Unter diesen Bedingungen erzielen im geltenden System die Krankenkassen in A monatlich 39.000,- Euro und die Krankenkassen in B 45.000,- Euro an Einnahmen, die Arbeitnehmer und Arbeitgeber jeweils annähernd hälftig finanzieren. Mit dem Gesundheitsfonds gilt nun ein bundesweit einheitlicher Beitragssatz von 14 % in unserem Beispiel, so dass dann den Krankenkassen in beiden Ländern monatlich 42.000,- Euro aus dem Gesundheitsfonds zufließen. Dies bedeutet, dass die Krankenkassen in A aus dem Gesundheitsfonds 3.000,- Euro mehr und die Krankenkassen in B 3.000,- Euro weniger erhalten als im geltenden System, was der Berechnungsmodus des § 272 SGB V als Entlastungen des Landes A und Belastung des Landes B verbucht. Diese Betrachtungsweise übersieht, dass die Mitglieder und Arbeitgeber des Landes A (Landes B) durch den im Rahmen des Gesundheitsfonds vereinheitlichten Beitragssatz von 14 % eine um 3.000,- Euro höhere (niedrigere) Beitragsbelastung tragen. Eine Transferierung dieser Mittel von Bundesland A nach Bundesland B, was die Konvergenzklausel zumindest ab der Grenze von 100 Mio. Euro vorsieht, stellt die Mitglieder und Arbeitgeber in Bundesland A (Bundesland B) schlechter (besser) als im geltenden System.

Die Krankenkassen in A benötigen die ihnen zusätzlich zugeflossenen 3.000,- Euro, um über eine Ausschüttung dieser Mittel eine Schlechterstellung ihrer Beitragszahler zu vermeiden. Im Falle einer Vollausschüttung dieser zusätzlichen Finanzmittel kommen diese zwar nur den Mitgliedern und nicht den Arbeitgebern oder regionalen Leistungserbringern zugute, aber hierbei handelt es sich um ein rein intraregionales Verteilungsproblem. Statt wie bisher jeweils 19.500,- Euro zahlen die Arbeitgeber nun 21.000,- Euro und die Mitglieder 18.000,- Euro an Beiträgen. Das GKV-WSG belastet (entlastet) grundsätzlich die Arbeitgeber, deren Arbeitnehmer sich bisher in Krankenkassen mit unterdurchschnittlichen (überdurchschnittlichen) Beitragssätzen befinden. Schütten die Krankenkassen mit bisher unterdurchschnittlichen Beitragssätzen die zusätzlichen Finanzmittel voll aus oder gewähren in diesem Umfang zusätzliche Satzungs- bzw. Mehrleistungen, so erfahren die betreffenden Arbeitnehmer im Zuge des Gesundheitsfonds eine Beitragsentlastung bzw. Besserstellung. Dies geschieht aber dann ausschließlich auf Kosten der regionalen Arbeitgeber und stellt für das jeweilige Bundesland per saldo weder eine Be- noch eine Entlastung dar.<sup>28</sup>

Die Krankenkassen in B erhalten zwar aus dem Gesundheitsfonds 3.000,- Euro weniger als zuvor, sie können sich die zur Erfüllung ihrer Aufgaben fehlenden Mittel aber über einen Zusatzbeitrag beschaffen. In diesem Falle belasten sie die regionalen Beitragszahler insgesamt

---

<sup>27</sup> Aus Vereinfachungsgründen sehen wir von dem Zusatzbeitrag ab; die Ergebnisse ändern sich dadurch in qualitativer Hinsicht nicht.

<sup>28</sup> Die Krankenkassen in A profitieren von dieser intraregionalen Umverteilung im Wettbewerb um Mitglieder mit bundesweiten Krankenkassen.

nicht stärker als im geltenden System. Es erfolgt hier nur eine intraregionale Umverteilung von den nun schlechter gestellten Mitgliedern zu den Arbeitgebern, deren Beitragssatz sich von 7,5 % auf 7 % verringert<sup>29</sup>. Die Arbeitgeber entrichten nun Beiträge in Höhe von 21.000,- Euro, die Mitglieder in Höhe von 24.000,- Euro. Diese unterschiedliche Belastung von Arbeitnehmer und Arbeitgeber entsteht in B wie im umgekehrten Fall im Bundesland A durch die bundesweite Normierung des Arbeitgeberanteils des allgemeinen Beitragssatzes im Zuge des Gesundheitsfonds.<sup>30</sup>

Festzuhalten aber bleibt, dass der Gesundheitsfonds bei unterschiedlichen Beitragssätzen von regional kalkulierenden Krankenkassen zwar vielfältige – auch die Leistungserbringer einschließende – intraregionale Verteilungswirkungen erzeugen kann, aber keine länderspezifischen Verteilungswirkungen verursacht. Sofern die Konvergenzklausel des § 272 SGB V bei Überschreiten der 100-Mio.-Euro-Grenze gleichwohl greift, führt sie zwischen den Bundesländern zu Transferzahlungen, die unter regionalen Verteilungs- bzw. Inzidenzaspekten jeglicher Grundlage entbehren. Es zahlen dann, obwohl keine interregionalen bzw. länderspezifischen Verteilungswirkungen auftreten, Bundesländer, deren Krankenkassen derzeit unterdurchschnittliche Beitragssätze aufweisen, an Bundesländer, deren Krankenkassen überdurchschnittliche Beitragssätze erheben.

Interregionale Verteilungseffekte im Kontext der Einführung des Gesundheitsfonds ergeben sich vielmehr ausschließlich durch die Vervollständigung des Finanzkraftausgleiches (die in den Gutachten von Rürup u. Wille (2007) sowie Wasem et al. (2007) untersucht und in dieser Studie in Abschnitt 3.2 erneut quantifiziert worden sind) und den Übergang zur stärkeren Morbiditätsorientierung des RSA (die bislang noch in keiner Studie, auch nicht in der vorliegenden, untersucht werden konnte – wir haben lediglich in einer Sensitivitätsanalyse berechnet, welche Wirkungen es auf die Transfers im Rahmen der Übergangsregelung des § 272 SGB V hätte, wenn die stärkere Morbiditätsorientierung die Größenordnung der bisherigen Unterschiede in der gemessenen Morbidität zwischen den Versicherten der Krankenkassen in den unterschiedlichen Bundesländern vergrößern bzw. verringern würde). Die Beitragssatzeffekte der Einführung des Gesundheitsfonds sind hingegen ein rein intraregionales Phänomen, die erst durch die Übergangsregelung des § 272 SGB V – in sachlich nicht begründbarer Weise – zu einem interregionalen Phänomen werden. Wobei anzumerken ist, dass die durch § 272 SGB V ausgelösten Erhöhungen und Minderungen von Zuweisungen für Versicherte in einzelnen Bundesländern bei Krankenkassen mit großen Versichertenanteilen in sehr unterschiedlichen Bundesländern in deren überregionale Mischkalkulation einer Zusatzprämie bzw. einer Prämienausschüttung eingehen und insoweit allenfalls sehr „verwässert“ in den entsprechenden Ländern ankommen.

#### **4.4 Effizienzaspekte der Konvergenzklausel**

Die bisherigen Überlegungen konzentrierten sich auf inter- und intraregionale Verteilungseffekte zwischen Bundesländern und klammerten Effizienzaspekte und insbesondere die Reak-

---

<sup>29</sup> Die Feststellung, dass der Gesundheitsfonds den Beitragssatz-Anteil der Arbeitgeber, deren Arbeitnehmer Krankenkassen mit derzeit überdurchschnittlichen Beitragssätzen angehören, ceteris paribus absenkt, schließt nicht aus, dass bei im Zeitablauf steigenden Beitragssätzen der Beitragssatz-Anteil der Arbeitgeber konstant bleiben oder gar zunehmen kann. Es geht hier nicht um eine Prognose des Beitragssatz-Anteils des Arbeitgebers, sondern nur um den Einfluss des Gesundheitsfonds, der in jedem Falle absenkend bzw. dämpfend auf diesen Beitragssatz wirkt.

<sup>30</sup> Im Wettbewerb um Mitglieder erleiden die Krankenkassen in B von der skizzierten intraregionalen Umverteilung Nachteile gegenüber bundesweiten Krankenkassen.

tionen der Krankenkassen auf den Übergang vom geltenden System auf den Gesundheitsfonds weitgehend aus. In diesem Kontext taucht zunächst die Frage nach den Ursachen für die unterschiedlichen Beitragssätze bei den regional kalkulierenden Krankenkassen in den verschiedenen Bundesländern auf. Die Gründe für diese Abweichungen können u. a. auf

- Unvollkommenheiten im RSA,
- Divergenzen im Verwaltungs- und Leistungskostenmanagement,
- abweichende Vergütungen im Bereich der ambulanten Behandlung,
- Über- oder Unterkapazitäten im stationären Sektor sowie
- eine unterschiedliche Nutzung von Gesundheitsleistungen durch die Versicherten bzw. Patienten auch bei gleicher feststellbarer Morbidität

zurückgehen.

Insgesamt handelt es sich um ein sehr komplexes Ursachengeflecht, das keine eindeutige qualitative und schon gar keine quantitative Zuordnung dieser Determinanten zu den Effekten auf die Unterschiede in den Beitragssätzen erlaubt. Gleichwohl fällt im Hinblick auf die überdurchschnittlichen Beitragssätze der regional kalkulierenden Krankenkassen auf, dass die Krankenkassen in den Bundesländern Bayern und Baden-Württemberg im Bereich der ambulanten Behandlung deutlich überdurchschnittliche Vergütungen zahlen und Berlin augenfällige Überkapazitäten im stationären Sektor aufweist. Während Überkapazitäten eindeutig in Ineffizienzen wurzeln, erzeugen unterschiedliche Vergütungen von Leistungserbringern primär intraregionale Verteilungseffekte<sup>31</sup>. Angesichts von Unterschieden zwischen den Bundesländern im Bruttoinlandsprodukt pro Kopf sowie im allgemeinen Lohn- und Gehaltsniveau lassen sich auch länderspezifische Besonderheiten bei der Vergütung im ambulanten Bereich begründen bzw. rechtfertigen. Wenig einsichtig erscheint jedoch, dass für die Ineffizienzen der Gesundheitsversorgung in Berlin und die überdurchschnittliche Vergütung der ambulanten Behandlung in Bayern und Baden-Württemberg infolge der Umsetzung der Konvergenzregelung des § 272 SGB V zu einem beachtlichen Teil die Versicherten bzw. Mitglieder und die Arbeitgeber in Sachsen aber auch Thüringen aufkommen sollen.

Sofern die Mittel aus dem Gesundheitsfonds nicht ausreichen, um die bisherigen Ausgaben zu decken, stehen den Krankenkassen vornehmlich die folgenden Alternativen offen:

- einen Zusatzbeitrag, absolut oder proportional zu erheben,
- das Verwaltungs- und Leistungskostenmanagement zu intensivieren,
- Satzungs- und Mehrleistungen abzubauen,
- die Vergütungen für die Leistungserbringer abzusenken sowie
- eine Kombination dieser Varianten.

Um im Wettbewerb, vor allem mit bundesweit kalkulierenden Krankenkassen, besser bestehen zu können, dürften die Krankenkassen vor allem versuchen, den Zusatzbeitrag zu vermeiden. Dies zwingt sie, die vorhandenen Rationalisierungsreserven weitmöglichst auszuschöpfen und/oder durch attraktive Angebote im Versorgungs- und Servicebereich um die Versicherten zu werben. Laut einer Umfrage (vgl. {Ulrich, 2008 #5629}) möchten Krankenkassen eine drohende Erhebung von Zusatzbeiträgen in erster Linie durch ein striktes Verwaltungs-

---

<sup>31</sup> Diese regionalen Verteilungseffekte können allerdings ihrerseits Effizienzeffekte auslösen, indem z. B. eine hohe (niedrige) Vergütung Über- (Unter-)Versorgung induziert.

und Leistungskostenmanagement umgehen. Sofern sie sich trotzdem gezwungen sehen, einen Zusatzbeitrag zu erheben, sieht eine Mehrheit der Krankenkassen eine Pauschale einem lohn- bzw. einkommensabhängigen Beitrag vor. Dies überrascht insofern nicht, als eine Pauschale Versicherte bzw. Mitglieder mit höheren beitragspflichtigen Einnahmen und damit günstigere Risiken<sup>32</sup> weniger belastet als einkommensabhängige Beiträge (vgl. {Igel, 2006 #5016}).

Tendenziell umgekehrte Verhältnisse ergeben sich bei regional kalkulierenden Krankenkassen mit derzeit unterdurchschnittlichen Beitragssätzen. Diese Krankenkassen erhalten aus dem Gesundheitsfonds zusätzliche Finanzmittel, die ihnen für Rückzahlungen an die Versicherten bzw. Mitglieder, zusätzliche Satzungs- und Mehrleistungen und/oder eine bessere Vergütung der Leistungserbringer zur Verfügung stehen. Nach einer Umfrage (vgl. Ulrich, V. und Wille, E. 2008) würde sich in diesem Fall nur eine Minderheit der Krankenkassen für eine Vollausschüttung der zusätzlichen Finanzmittel entscheiden, zwei Drittel bevorzugt eine Teilausschüttung der Beiträge. Die überwiegende Mehrheit der Befragten möchte auch Satzungsleistungen und Zusatzangebote ausbauen. Die Krankenkassen scheinen bei einer Vollausschüttung die Attrahierung hoher bzw. für sie ungünstiger Risiken zu befürchten. Die Gewährung zusätzlicher Leistungen ermöglicht ihnen dagegen eine gezielte Ausrichtung auf bestimmte bevorzugte Versichertengruppen. Es liegt dann an der wettbewerbspolitischen Rahmenordnung, dass sich die Handlungen der Krankenkassen in effizienter Weise an den Präferenzen der Versicherten und den Wünschen der Patienten orientieren. Den Krankenkassen die Möglichkeit einzuräumen, die Zusatzprämien oder Prämienausschüttungen zu regionalisieren, würde dies unterstützen und wäre nach Auffassung der Gutachter ein adäquater Weg zu einer ordnungspolitisch konsistenten Weiterentwicklung der Wettbewerbsordnung der GKV auch in regionaler Perspektive.<sup>33</sup>

#### **4.5 Fazit: Notwendige Revision eines verfehlten regionalen Verteilungskonzeptes**

Unabhängig von der Problematik einer länderspezifischen Perspektive im Bereich der Sozialversicherung und damit der GKV vermag das Messkonzept, das der Konvergenzklausel des § 272 SGB V zugrunde liegt, die tatsächlichen Verteilungswirkungen, die der Gesundheitsfonds zwischen den Bundesländern verursacht, in keiner Weise zutreffend abzubilden. Das zentrale Defizit dieses Konzeptes besteht darin, dass es bei der Messung von Verteilungswirkungen zwischen den Bundesländern an den vordergründigen fiskalischen Effekten, die der Gesundheitsfonds bei den Krankenkassen erzeugt, ansetzt und nicht an den Verteilungseffekten, die sich bei den Bürgern der jeweiligen Bundesländer in Form von Gewinnen oder Verlusten an privat verfügbarem Einkommen niederschlagen. So weist dieses Gutachten, das auftragsgemäß dem Prozedere des § 272 SGB V folgt, auch und im wesentlichen Umfang da Be- und Entlastungen zwischen Bundesländern auf, wo unter Inzidenzaspekten teilweise keine interregionalen, sondern nur intraregionale Verteilungswirkungen auftreten. Von einer politischen Umsetzung dieser Ergebnisse, die vornehmlich Versicherte bzw. Mitglieder in Sachsen belasten würde, können die Gutachter nur abraten.

Der Gesundheitsfonds erzeugt durch seine Ausweitung des Finanzkraftausgleichs zweifellos interregionale Verteilungseffekte, die Bürger in Bundesländern mit überdurchschnittlichen

---

<sup>32</sup> Der Gesundheitsfonds gleicht zwar die Unterschiede in den beitragspflichtigen Einnahmen zu 100 % aus, diese spielen aber bei der Begrenzung der Zusatzbeiträge auf 1 % der beitragspflichtigen Einnahmen noch eine Rolle. Zudem weisen Versicherte bzw. Mitglieder mit hohen beitragspflichtigen Einnahmen auch im Durchschnitt einen alters- und geschlechtsspezifisch besseren Gesundheitszustand auf.

<sup>33</sup> Vgl. Jacobs et al. (1998) sowie {Felder, 1999 #3074}.

beitragspflichtigen Einnahmen oder mit einer überdurchschnittlich guten Morbidität stärker belasten als im geltenden System. Analog dazu erfahren Bürger in Bundesländern mit unterdurchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen eine Beitragsentlastung. Dies erhöht die bereits heute durch den RSA bestehenden Verteilungswirkungen zwischen den Bundesländern, die sicherstellen sollen, dass die Versicherten unabhängig von ihrem Wohnsitz in gleichem Umfang an der Finanzierung der GKV-weiten Solidarlasten beteiligt werden. Sofern die politische Absicht besteht, bei der Einführung des Gesundheitsfonds die Zunahme dieser länderbezogenen Transferwirkungen stufenweise zu begrenzen, bedarf es eines anderen Messkonzeptes, wie es in Rürup u. Wille (2007)) und Wasem et al. (2007) vorgeschlagen worden ist. Die im gegenwärtigen § 272 SGB V vorgesehene Regelung ist in jedem Falle untauglich.



## **Teil B:**

# **Länderübergreifende Transfers durch die überregionale Beitragskalkulation bundesweit tätiger Krankenkassen - Sonderauswertung auf der Grundlage der Protokollnotiz des Bundesrates vom 20.12.2007 -**

### **Vorwort**

Die Verfasser haben am 10. April 2008 ein Gutachten zur Umsetzung und empirischen Abschätzung der Übergangsregelungen zur Einführung des Gesundheitsfonds (§ 272 SGB V) vorgelegt (Wasem et al. 2008). Die Gutachter waren zudem beauftragt, über die durch § 272 SGB V und § 34 RSAV geforderten Aufträge hinaus eine Sonderauswertung zur Abschätzung der Transferwirkungen zwischen den Bundesländern durch die Beitragskalkulation überregional tätiger Krankenkassen vorzunehmen. Diese Sonderauswertung geht zurück auf eine entsprechende Protokollerklärung der Bundesregierung im Bundesrat.

Für die zusätzlichen Berechnungen zur Ermittlung der Transfers innerhalb überregional tätiger Krankenkassen sind den Gutachtern umfangreiche Daten der einzelnen, überregional tätigen Krankenkassen zur Verfügung gestellt worden. Aufgrund des hohen rechnerischen Aufwandes für die Ermittlung der überregionalen Transferwirkungen hatten die Gutachter diese Berechnungen nicht bis Anfang April abschließen können. Sie hatten deswegen in dem Gutachten vom 10.04.2008 darauf hingewiesen, dass sie diese Berechnungen gesondert zu einem späteren Zeitpunkt bereitstellen würden.

Wie bereits in dem Gutachten vom 10.04.2008 ausgeführt, haben diese nunmehr vorgelegten zusätzlichen Berechnungen keinen Einfluss auf die mit dem Gutachten von 10.04.2008 vorgestellten konzeptionellen und empirischen Überlegungen zur Umsetzung der Regelung nach § 272 SGB V, denn für die Anwendung der Regelungen des § 272 SGB V werden keine rechnerisch kostendeckenden fiktiven bundeslandspezifischen Beitragssätze überregional tätiger Krankenkassen benötigt; vielmehr arbeitet die Regelung des § 272 SGB V mit den geltenden, im gesamten Tätigkeitsgebiet einheitlichen, Beitragssätzen der bundesweit kalkulierenden Krankenkassen.

Die Verfasser haben im Gutachten vom 10.04.2008 darauf hingewiesen, dass die Datenlage in Bezug auf regionale Einnahmen und Ausgaben der GKV nach wie vor unbefriedigend sei und die empirischen Berechnungen daher notwendig Modellrechnungen seien, bei denen teilweise Daten, die originär nicht in regionaler Abgrenzung vorliegen, mittels plausibler Annahmen und mathematischer Gleichungssysteme regionalisiert werden. Dies gilt für die nunmehr vorgelegten Berechnungen noch einmal in verstärktem Umfang: Weder die beitragspflichtigen Einnahmen oder die RSA-Positionen noch die Leistungsausgaben der überregional tätigen Krankenkassen werden zum gegenwärtigen Zeitpunkt in den Routine-Daten der GKV disaggregiert nach Bundesländern abgebildet. Eine solche „Regionalisierung“ ist aber das notwendige Kernstück jeder Abbildung interregionaler Transferströme durch bundesweite Krankenkassen. Daher steht im Mittelpunkt der Berechnungen dieses Papiers das Bemühen einer modellhaften Regionalisierung der Leistungsausgaben und Beitragsbedarfe innerhalb der überregional tätigen Krankenkassen. Diese ist, da es sich um eine Modellrechnung handelt, notwendig mit einem hohen Unsicherheitsgrad behaftet.

Die Verfasser bedanken sich bei den Mitarbeitern des Bundesversicherungsamtes und des Bundesministeriums für Gesundheit, die die mehrfachen Wünsche nach Datenlieferungen sehr kooperativ unterstützt haben. Unser Dank geht auch an die Kassenärztliche Bundesverei-

nigung und das Wissenschaftliche Institut der Privaten Krankenversicherung, die unseren Wünschen nach Datenlieferungen aufgeschlossen gegenüber standen. Last but not least gilt unser Dank Gerald Lux und Sonja Schillo (beide Lehrstuhl für Medizinmanagement der Universität Duisburg-Essen), die die großen Datenmengen für die Ermittlung der Transfers zwischen Bundesländern aufgrund der überregionalen Beitragskalkulation sehr effizient und erfolgreich bewältigt haben.

Essen, Feldkirchen und Mannheim, den 3. Juni 2008

Jürgen Wasem

Florian Buchner

Eberhard Wille

## **1 Einleitung, Gang der Arbeit**

Die Regionaldimension der Finanzierung und Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung führt seit vielen Jahren regelmäßig zu kontroversen Debatten (Henke/Leber 1989; Jacobs et al. 1998; Leber/Wasem 1990; Wille/Schneider 1997). Unterschiedliche Modelle einer Weiterentwicklung des Ordnungsrahmens der GKV mit Bezug auf den Wettbewerb sind entwickelt worden. In der Diskussion hatte sich gezeigt, dass die „Regionaldebatte“ ein vielschichtiges Phänomen ist. Auch hatte sich gezeigt, dass die Bundesländer als Analyseeinheit für interregionale Transfers nicht unproblematisch sind, da Versorgung (insbesondere: stationäre Behandlungen) teilweise in nennenswertem Umfang auch über Bundeslandgrenzen hinweg stattfindet und zudem relevante regionale Disparitäten ebenfalls innerhalb größerer Flächenstaaten bestehen. So wurde etwa vorgeschlagen, die Raumordnungsregionen, die teilweise länderübergreifend nach Versorgungsregionen aggregiert sind, für Analyse- und Steuerungszwecke im Gesundheitswesen zu betrachten (etwa: Jacobs et al. 1998). Gleichwohl interessiert insbesondere auf landespolitischer Ebene primär die Abgrenzung von Regionen nach den Bundesländern, weil die Bundesländer ein nachvollziehbares Interesse daran haben, nicht nur die Gesundheitsversorgung in ihren jeweiligen Bereichen zu beobachten und, soweit ihnen Instrumente zur Verfügung stehen, zu steuern, sondern auch die Frage der Mittelaufbringung und Mittelverwendung für Gesundheit durch ihre Einwohner zu analysieren und zu bewerten.

So spielte auch im Kontext der Beratungen zum GKV-WSG die Frage nach möglichen Transfers zwischen Versicherten und Krankenkassen sowie von Be- oder Entlastungen von Versicherten auf der Aggregationsebene der Bundesländer eine Rolle (Drabinski 2006; Göpfarth 2007; Rürup/Wille 2007; Wasem et al. 2007a; Wasem et al. 2007b).

Mit dem vorliegenden Papier werden die Transfers, die sich zwischen Versicherten unterschiedlicher Bundesländer innerhalb der bundesweiten Krankenkassen ereignen, modelliert. Solche länderübergreifende Transfers ergeben sich durch die überregionale Beitragskalkulation bundesweit tätiger Krankenkassen, während die Leistungsausgaben regional anfallen, im Vergleich zu einer fiktiven Situation, in der eine Krankenkasse verpflichtet wäre, für jedes Bundesland einen eigenen ausgabendeckenden Beitragssatz (nach RSA) zu kalkulieren. Es kommt im Vergleich zum Referenzszenario zu Mittelabflüssen aus Bundesländern, bei denen der überregional kalkulierte Beitragssatz höher ist als es ein regional kalkulierter Beitragssatz wäre; umgekehrt kommt es zu Mittelzuflüssen in Ländern, bei denen der überregional kalkulierte Beitragssatz niedriger ist als es ein regional kalkulierter Beitragssatz wäre.

Im folgenden Kapitel 2 werden zunächst Methodik und Daten beschrieben, in Kapitel 3 werden die Ergebnisse der Berechnungen dargestellt. In Kapitel 4 erfolgt eine Diskussion der Ergebnisse. In einem Anhang werden die Ergebnisse mit denen der Studie von Wasem, Buchner et al. (2007) verglichen.

## **2 Daten und Methodik**

### **2.1 Daten**

Wie bereits das Gutachten vom 10.04.2008 arbeitet das vorliegende Papier mit Daten aus dem Jahre 2006. Hinsichtlich der beitragspflichtigen Einnahmen in den Bundesländern wurde (wie bereits im Gutachten vom 10.04.2008) die Einkommens- und Verbrauchsstichprobe aus 2003 auf 2006 adjustiert; auch die Daten des Mikrozensus zum PKV-Versichertenanteil in den einzelnen Bundesländern stammen aus dem Jahre 2003.

Soweit Daten des RSA für die in die Untersuchung eingeschlossenen Krankenkassen verwendet wurden, wurden diese vom Bundesversicherungsamt zur Verfügung gestellt; auch die Daten zu Beitragszahlungen aus geringfügigen Beschäftigungsverhältnissen sowie zum Bundeszuschuss an die GKV wurden vom Bundesversicherungsamt geliefert. Daten aus der GKV-Mitgliederstatistik sowie den Jahresrechnungen der in die Untersuchung eingeschlossenen Krankenkassen wurden vom BMG zur Verfügung gestellt. Die Daten aus der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe wurden vom Statistischen Bundesamt zur Verfügung gestellt. Der Webseite des AOK-Bundesverbandes entnommen wurden die Daten zu den Krankenhausfällen nach Bundesländern und den Landesbasisfallwerten.<sup>34</sup> Daten zum Abrechnungsgeschehen in der vertragsärztlichen Versorgung wurden von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Verfügung gestellt. Daten zu den Leistungsausgaben in der Arzneimittelversorgung wurden den GAMSI-Informationen der Gesetzlichen Krankenversicherung entnommen. Daten zu den PKV-Versicherten nach Bundesländern aus dem Mikrozensus wurden vom Wissenschaftlichen Institut der Privaten Krankenversicherung zur Verfügung gestellt.

Im Einzelnen wurden die folgenden Daten für dieses Gutachten verwendet:

- Versichertentage nach Alter und Geschlecht, Erwerbsminderungsstatus, DMP-Gruppe und Rechtskreis in der Systematik des RSA („Satzart 40“) auf der Ebene der GKV und der Einzelkassen insgesamt für 2006. Die Daten der Einzelkassen lagen für jede Krankenkasse getrennt nach den Rechtskreisen Ost und West vor und wurden für jede Krankenkasse zu einem einheitlichen Datensatz aggregiert. Die Versichertentage liegen *nicht* nach Bundesländern disaggregiert vor, die Zuweisung von RSA-Beitragsbedarf auf die Bundesländer muss daher mit Hilfe von Annahmen erfolgen.
- Standardisierte Leistungsausgaben („Pro-Tag-Werte“) des RSA nach Alter, Geschlecht, Erwerbsminderungsstatus, DMP-Gruppe und Rechtskreis vor Absenkung wegen der Gegenfinanzierung des Risikopools („Satzart 41“) auf der Ebene der GKV insgesamt für 2006. Zwar wurde der RSA in 2006 noch nicht vollständig als gesamtdeutscher RSA umgesetzt, in der Studie wurden jedoch die standardisierten Leistungsausgaben eines vollständig gesamtdeutschen RSA verwendet.
- Mitglieder und Versicherte der GKV zum Stichtag 1.7.2006 nach Altersgruppen, Geschlecht, Bundesländern und Versichertenstatus auf der Ebene der GKV insgesamt und der Einzelkassen (Statistik KM 6, Teil I). Die Daten der Einzelkassen lagen für jede Krankenkasse getrennt nach den Rechtskreisen Ost und West vor und wurden für jede Krankenkasse zu einem einheitlichen Datensatz aggregiert. Die Daten für Rheinland-Pfalz, Baden-Württemberg und Nordrhein-Westfalen lagen auf der Aggregationsebene der (ehemaligen) Kassenärztlichen Vereinigungen vor und wurden auf das Bundesland aggregiert.
- Einschreibung in strukturierte Behandlungsprogramme nach §§ 137f, 137g SGB V (Disease Management Programme; im Folgenden: DMP) auf der Ebene der GKV insgesamt und der Einzelkassen zu 12 Monatsstichtagen 2006 nach DMP-Programmen und Bundesländern (Statistik KM 6 – Teil II). Die Daten der Einzelkassen lagen für jede Krankenkasse getrennt nach den Rechtskreisen Ost und West vor und wurden für jede Krankenkasse zu einem einheitlichen Datensatz aggregiert. Die Einschreibungen in der KM6-Teil II-Statistik enthalten keine Informationen zu Alter und Geschlecht oder Erwerbsminderungsstatus der Versicherten, so dass hier Annahmen getroffen und Modellierungen durchgeführt werden müssen.

---

<sup>34</sup> [http://www.aok-gesundheitspartner.de/inc\\_ges/download/dl.php/bundesverband/krankenhaus/imperia/md/content/gesundheitspartner/bund/krankenhaus/budgetverhandlungen/lbfw\\_2006\\_uebersicht.pdf](http://www.aok-gesundheitspartner.de/inc_ges/download/dl.php/bundesverband/krankenhaus/imperia/md/content/gesundheitspartner/bund/krankenhaus/budgetverhandlungen/lbfw_2006_uebersicht.pdf)

- Rechnungsergebnisse der gesetzlichen Krankenversicherung für das Jahr 2006 auf der Ebene der GKV insgesamt und der in die Studie eingeschlossenen Einzelkassen (Statistik KJ 1). Die Daten der Einzelkassen lagen für jede Krankenkasse getrennt nach den Rechtskreisen Ost und West vor und wurden für jede Krankenkasse zu einem einheitlichen Datensatz aggregiert.
- GKV-Summe der Beitragszahlungen aus geringfügigen Beschäftigungsverhältnissen und die Höhe des vom Bund gezahlten Zuschusses an die GKV insgesamt.
- Forschungsdatensatz der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe 2003.
- GKV-Arzneimittelschnellinformationen (GAMSi) der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherung für das Jahr 2006 für die GKV insgesamt sowie für die einzelnen Bundesländer.
- Ausgaben für vertragsärztliche Versorgung nach den Meldungen der Kassenärztlichen Vereinigungen in der sog. Formblatt 3-Statistik des Jahres 2006 nach den Bundesländern.
- Fallzahlen der Krankenhäuser nach Bundesländern in 2006.
- Landesbasisfallwerte für Krankenhausleistungen nach Bundesländern in 2006 (nach Kappung und Ausgleichen).
- Anteil der PKV-Versicherten an den Einwohnern im Land nach Mikrozensus im Jahre 2003.

Das für diese Studie entwickelte Modell wurde in MS Excel® programmiert.

## 2.2 Methodik

### 2.2.1 Ansatzpunkte für die Ermittlung länderübergreifender Transfers durch die überregionale Beitragskalkulation bundesweit tätiger Krankenkassen<sup>35</sup>

Länderübergreifende Transfers durch die überregionale Beitragskalkulation bundesweit tätiger Krankenkassen ergeben sich in der GKV daraus, dass die Krankenkassen verpflichtet sind, für ihr gesamtes Tätigkeitsgebiet einen einheitlichen Beitragssatz zu kalkulieren, während die Leistungsausgaben regional anfallen.<sup>36</sup> Im Vergleich zu einer fiktiven Situation, in der eine Krankenkasse verpflichtet wäre, für jedes Bundesland einen eigenen ausgabendeckenden Beitragssatz (nach RSA) zu kalkulieren (Referenzszenario) fließen Mittel aus einem Bundesland ab, wenn der rechnerisch kostendeckende Beitragssatz (nach RSA), den eine Krankenkasse in einem Land kalkulieren würde, geringer ist, als der durchschnittliche rechnerische Beitragssatz der Krankenkasse über alle Bundesländer (nach RSA) – denn die Beitragszahler in dem Bundesland zahlen bei Anwendung des durchschnittlichen Beitragssatzes höhere Beiträge als sie im Referenzszenario zahlen müssten, und die Differenz fließt aus dem

---

<sup>35</sup> Der Begriff „bundesweit tätige Krankenkasse“ sowie der Begriff „überregional tätige Krankenkasse“ im Sinne dieses Papiers sind nicht identisch mit „bundesunmittelbaren“ Krankenkassen im Sinne von § 90 SGB IV, sondern die Begriffe umfassen auch „landesunmittelbare“ Krankenkassen, die in mehreren Bundesländern Versicherte haben.

<sup>36</sup> Wie in Abschn. 1 erwähnt, findet Gesundheitsversorgung (insbesondere im stationären Bereich) teilweise über die Grenzen von Bundesländern hinweg statt. Dies kann in der vorliegenden Studie nicht adäquat modelliert werden; auf die Konsequenzen weisen wir an geeigneter Stelle hin.

Bundesland ab. Umgekehrt gilt: Im Vergleich zum Referenzszenario fließen Mittel einem Bundesland zu, wenn der rechnerisch kostendeckende Beitragssatz, den eine Krankenkasse in einem Land kalkulieren würde, höher ist, als der durchschnittliche rechnerische Beitragssatz der Krankenkasse über alle Bundesländer – denn die Beitragszahler in dem Bundesland zahlen bei Anwendung des durchschnittlichen Beitragssatzes niedrigere Beiträge als sie im Referenzszenario zahlen müssten, und die Differenz fließt dem Bundesland zu.

Anknüpfungspunkt für die Bestimmung der länderübergreifenden Transfers durch die überregionale Beitragskalkulation bundesweit tätiger Krankenkassen ist damit die Ermittlung der fiktiven kostendeckenden regionalen Beitragssätze des Referenzszenarios der einzelnen Krankenkassen und deren Gegenüberstellung mit den jeweiligen kostendeckenden Durchschnittsbeitragssätzen der Kassen. Die kostendeckenden Durchschnittsbeitragssätze der Krankenkassen für 2006 sind nicht mit den tatsächlich erhobenen Beitragssätzen identisch. Neben beitragspolitischen Motiven, die Krankenkassen dazu bewegen mögen, andere Beitragssätze als rechnerisch kostendeckend zu erheben, sowie Fehleinschätzungen, die dazu geführt haben, dass die Krankenkassen einen Beitragssatz ex ante fälschlicherweise als kostendeckend eingeschätzt haben, ist dies insbesondere auch darauf zurückzuführen, dass Teile der Krankenkassen in 2006 Teilbeitragssätze zur Entschuldung verwendet haben sowie als Nehmer oder Geber an kassenarteninternen Ausgleichssystemen (§§ 265, 265a SGB V) beteiligt waren. Der tatsächlich erhobene Beitragssatz einer Krankenkasse kann daher von dem rechnerisch ausga-bendeckenden Beitragssatz in beide Richtungen abweichen.

### **2.2.2 Beschränkung der untersuchten Kassen**

Die Versichertenstatistik KM6 zeigt, dass es „streng regionale“ Krankenkassen, deren Tätigkeitsbereich sich auf genau ein Bundesland beschränkt, inzwischen nicht mehr gibt: Keine einzige der rd. 230 Krankenkassen, die in 2006 tätig waren, hatte nur in einem Bundesland Versicherte. Eine Einzelkassen-basierte Analyse für rd. 230 Krankenkassen wäre aber mit vertretbarem Aufwand nicht möglich gewesen. Die Gutachter haben die Analyse daher zunächst auf Krankenkassen mit mehr als 250.000 Versicherten beschränkt – dieses Kriterium erfüllten 2006 genau 45 Krankenkassen, die einen Anteil von rd. 87 % an allen GKV-Versicherten aufweisen.

Eine Analyse der möglichen interregionalen Transfers erscheint des Weiteren nur dann sinnvoll, wenn die kalkulierten fiktiven kostendeckenden regionalen Beitragssätze des Referenzszenarios hinreichend stabil und nicht nur Ausfluss zufälliger Entwicklungen im Untersuchungsjahr sind. Kalkulierte Beitragssätze für eine Krankenkasse in einem Bundesland, denen nur Leistungsausgaben, beitragspflichtige Einnahmen und RSA-Position von relativ wenigen Versicherten in dem Bundesland zugrunde liegen, erfüllen dieses Kriterium nicht. Die Verfasser haben daher nur Krankenkassen in die Analyse einbezogen, die in mindestens zwei Bundesländern mehr als 5.000 Versicherte aufweisen; die Kategorie „Wohnsitz im Ausland“ wurde hierbei wie ein 17. Bundesland behandelt. Von den 45 Krankenkassen mit mehr als 250.000 Versicherten erfüllen 43 Krankenkassen dieses Kriterium, während zwei der 45 Krankenkassen jenseits ihres „Stammlandes“ in keinem Bundesland mehr als 5.000 Versicherte aufwiesen. Die 43 Krankenkassen weisen einen Anteil von rd. 85 % an allen GKV-Versicherten auf. Diese 43 Krankenkassen wurden daher in die Untersuchung einbezogen.

Tabelle 9 unterrichtet über die in die Untersuchung einbezogenen Krankenkassen. Es sind 13 Ortskrankenkassen, 14 Betriebskrankenkassen, 8 Innungskrankenkassen, die Bundesknappschaft sowie 7 Ersatzkassen einbezogen. Die Tabelle zeigt jeweils an (X), in welchem Bundesland die Krankenkasse mit mehr als 5.000 Versicherten vertreten war. Es mag auf den ersten Blick überraschen, dass auch „traditionelle Regionalkassen“ (wie die AOKs) in größerer

Zahl vertreten sind; diese haben zwar in aller Regel nach wie vor einen eindeutigen regionalen Schwerpunkt, so dass innerhalb dieser Krankenkassen interregionale Transfers (im Vergleich zu „echten“ bundesweiten Kassen (wie den großen Ersatzkassen)) eher gering ausfallen, gleichwohl haben die meisten AOKs nach 10 Jahren Kassenwahlfreiheit aufgrund der Regelungen des § 173 SGB V in mindestens einem weiteren Bundesland mehr als 5.000 Versicherte, so dass die insoweit stattfindende „überregionale“ Beitragssatzkalkulation in der vorliegenden Modellrechnung berücksichtigt wird. Allerdings ist überregionale Beitragssatzkalkulation mit den dadurch ausgelösten bundeslandübergreifenden Transfers nach wie vor in erster Linie ein Phänomen der „klassischen“ bundesweiten Krankenkassen: Insgesamt haben nur 11 Krankenkassen in mehr als einem Bundesland mindestens 100.000 Versicherte; dies sind 5 Ersatzkassen, 1 AOK<sup>37</sup>, 3 BKKs, 1 IKK und die Bundesknappschaft. Auf diese 11 Krankenkassen entfallen (gewichtet) rd. 82 % der für die 43 Krankenkassen in dieser Studie errechneten länderübergreifenden Transfers.

Zwar sind sämtliche Zwischenschritte der Berechnungen für die 43 Krankenkassen für sämtliche Bundesländer (auch solche, in denen die jeweilige Krankenkasse weniger als 5.000 Versicherte aufweist) durchzuführen, für die abschließende Ermittlung der überregionalen Transfervolumina werden jedoch nur diejenigen Bundesländer berücksichtigt, in welchen eine Krankenkasse jeweils mehr als 5.000 Personen versichert; damit sind in die Analyse der interregionalen Effekte der überregionalen Beitragssatzkalkulation bei den 43 berücksichtigten Krankenkassen rd. 58,1 Mio. Versicherte oder rd. 83 % der GKV-Versicherten einbezogen.

### 2.2.3 Ermittlung der bundeslandspezifischen ausgabendeckenden Beitragssätze

Die Kalkulation der bundeslandspezifischen ausgabendeckenden Beitragssätze für jede der 43 Krankenkassen in jedem der Bundesländer, in denen diese Krankenkasse mehr als 5.000 Versicherte aufweist, geschieht nach der folgenden Formel<sup>38</sup>:

(1)

$$\begin{aligned} BS_{k, BL} &= \frac{LA_{k, BL} + RSA_{k, BL}}{BPE_{k, BL}} = \frac{LA_{k, BL} + FK_{k, BL} - BB_{k, BL}}{BPE_{k, BL}} = \frac{LA_{k, BL} + ABS \times BPE_{k, BL} - BB_{k, BL}}{BPE_{k, BL}} \\ &= ABS + \frac{LA_{k, BL} - BB_{k, BL}}{BPE_{k, BL}} \end{aligned}$$

,

mit:

$BS_{k, BL}$  = ausgabendeckender Beitragssatz der Kasse k im Bundesland BL

$LA_{k, BL}$  = Leistungsausgaben der Kasse k im Bundesland BL

$RSA_{k, BL}$  = RSA-Position der Kasse k im Bundesland BL

$BB_{k, BL}$  = Beitragsbedarf der Kasse k im Bundesland BL

<sup>37</sup> Die Fusion der AOK Sachsen und der AOK Thüringen wird in dieser für das Jahr 2006 durchgeführten Studie noch nicht abgebildet.

<sup>38</sup> Der Index k verweist auf Werte einer einzelnen Krankenkasse, fehlt der Index k, handelt es sich um kassenübergreifende Werte der GKV. Der Index BL verweist jeweils auf die einzelnen Bundesländer, ohne Index BL betrifft die Variable das gesamte Bundesgebiet. Eine Variable ohne Index k und ohne Index BL ist daher GKV-weit für alle Kassen und Bundesländer gleich.

$FK_{k,BL}$  = Finanzkraft der Kasse k im Bundesland BL

ABS = GKV-einheitlicher Ausgleichsbedarfssatz

$BPE_{k,BL}$  = beitragspflichtige Einnahmen der Kasse k im Bundesland BL



**Tabelle 9: In die Untersuchung einbezogene Krankenkassen und jeweils relevante BL**

Krankenkasse	Berücksichtigte Bundesländer (> 5.000 Versicherte)																
	BW	BY	B	BB	Bre	HH	He	MV	Ns	NW	RP	Sl.	S	SA	SH	Th.	Aus.
AOK BADEN-WUERTTEMBERG	X	X					X			X	X						X
AOK BAYERN	X	X					X			X			X			X	X
AOK BERLIN			X	X													
AOK BRANDENBURG			X	X													
AOK HESSEN	X	X					X			X	X					X	
AOK MECKLENBURG-VORP.				X				X									
AOK NIEDERSACHSEN					X	X	X		X	x				X		X	
AOK RHEINLAND-HAMBURG			X			X			X	X	X				X		X
AOK RHEINLAND-PFALZ	X						X			X	X						
AOK SAARLAND											X	X					X
AOK SACHSEN	X	X		X									X	X		X	
AOK SCHLESWIG-HOLSTEIN						X		X							X		
AOK WESTFALEN-LIPPE							X		X	X	X						
BKK AKTIV		X					X		X	X	X						
BKK BAHN-BKK	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
BKK CITY BKK	X	X	X	X		X			X	X					X		
BKK DEUTSCHE BKK	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X
BKK ESSANELLE HAIR	X	X	X	X			X	X	X	X	X		X	X	X	X	X
BKK FÜR HEILBERUFE	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X
BKK GESUNDHEIT	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X
BKK MANN U HUMMEL	X	X					X			X	X						X
BKK MOBIL OIL	X	X				X		X	X	X	X				X		
BKK NOVITAS VEREINIGTE	X		X				X	X		X	X		X	X			X
BKK VERKEHRSBAU UNION			X	X				X		X							
BKK SCHWENNINGER	X	X					X										X
BKK SIEMENS	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X		X		X	X	X
BKK TAUNUS	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X
IKK BADEN-WÜRTT. U. HESSEN	X	X					X				X						X
IKK BUNDESINNUNGSKR.	X	X	X	X			X	X	X	X	X		X	X		X	
IKK GESUND PLUS					X				X					X			
IKK NIEDERSACHSEN									X	X				X			
IKK NORDRHEIN										X	X						
IKK SACHSEN		X											X	X		X	
IKK-DIREKT	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X			X	X	X	X
IKK VEREINIGTE		X							X	X							
BUNDESKNAPPSCHAFT	X	X	X	X			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

BARMER ERSATZKASSE	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
DEUTSCHE ANGEST.-K. (DAK)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
GMUENDER ERSATZKASSE	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
HAMBURG-MUENCHENER Kr.	X	X	X		X	X	X		X	X	X				X		
HANSEATISCHE KRANKENK.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			X		
KAUFMAENNISCHE K. (KKH)	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
TECHNIKER-KRANKENKASSE	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	BW	BY	B	BB	Bre	HH	He	MV	Ns	NW	RP	Sl.	S	SA	SH	Th.	Aus.

BW: Baden-Württemberg, BY: Bayern, B: Berlin, BB: Brandenburg, Bre: Bremen, HH: Hamburg, He: Hessen, MV: Mecklenburg-Vorpommern, Ns: Niedersachsen, NW: Nordrhein-Westfalen, RP: Rheinland-Pfalz, Sl.: Saarland, S: Sachsen, SA: Sachsen-Anhalt, SH: Schleswig-Holstein, Th.: Thüringen, Aus.: Wohnsitz im Ausland

*Quelle:* Eigene Darstellung auf Basis der Versichertenstatistik KM6 für das Jahr 2006.

Die Formel (1) bestimmt den rechnerisch ausgabendeckenden Beitragssatz einer Krankenkasse  $k$  in einem Bundesland  $BL$ , indem die Summe der Leistungsausgaben der Krankenkasse ( $LA_{k,BL}$ ) und der RSA-Position der Krankenkasse ( $RSA_{k,BL}$ ) in diesem Land durch die beitragspflichtigen Einnahmen der Krankenkasse ( $BPE_{k,BL}$ ) im Land geteilt wird. Die Verwaltungsausgaben haben wir hierbei nicht berücksichtigt, weil es für eine angemessene Berücksichtigung sachgerecht wäre, nicht nur die Mittelaufbringung für Verwaltungskosten, sondern auch deren regionale Verwendung zu berücksichtigen; hierzu liegen den Verfassern jedoch keine Informationen vor. Auch sonstige Ausgaben (wie auch sonstige Einnahmen) der Krankenkassen wurden nicht berücksichtigt. Die RSA-Position ist als Differenz aus Finanzkraft im Bundesland ( $FK_{k,BL}$ ) und Beitragsbedarf im Bundesland ( $BB_{k,BL}$ ) der Krankenkasse definiert, wobei die Finanzkraft sich als Produkt aus dem GKV-weit einheitlichen Ausgleichsbedarfssatz ( $ABS$ ) und den beitragspflichtigen Einnahmen der Krankenkasse in diesem Land ( $BPE_{k,BL}$ ) ergibt. Durch Umformulierung ergibt sich der regionalspezifische Beitragssatz einer Kasse als Summe aus GKV-weit einheitlichem Ausgleichsbedarfssatz und dem Quotienten aus der Differenz von regionalspezifischen Leistungsausgaben und regionalspezifischem RSA-Beitragsbedarf der Krankenkasse.

Die mit dieser Berechnungsformel verbundenen einzelnen Schritte werden im Folgenden weiter erörtert.

## 2.2.4 Zurechnung bundeslandspezifischer Leistungsausgaben für jede Krankenkasse

Die Leistungsausgaben der Krankenkassen liegen in der Jahresrechnung KJ1 für das Jahr 2006 *nicht* regionalisiert vor. Sie werden daher in folgenden Schritten für jede einzelne Krankenkasse modellhaft regionalisiert:

### 2.2.4.1 Regionale Zuordnung der Arzneimittelausgaben

Für die regionale Zuordnung der Arzneimittelausgaben der einzelnen Krankenkassen sind Ausgangspunkt die Nettoumsätze der GKV über alle Kassen für Arzneimittel in den einzelnen Bundesländern ( $NU\text{-}ARZNEI_{BL}$ ) nach den GKV-Arzneimittelschnellinformationen ( $GAmSi$ ) für das Jahr 2006. Diese werden für jedes Bundesland durch die Zahl der GKV-Versicherten ( $V_{BL}$ ) über alle Krankenkassen in diesem Bundesland nach der Versichertenstatistik KM6 dividiert, es ergeben sich rohe kassenübergreifende Pro-Kopf-Ausgaben für Arzneimittel je Bundesland ( $RPK\text{-}ARZNEI_{BL}$ ):

$$(2) \quad RPK\text{-}ARZNEI_{BL} = NU\text{-}ARZNEI_{BL} / V_{BL}$$

Es wird für diese Studie angenommen, dass die anhand von Gleichung (2) ermittelbare Relation der rohen kassenübergreifenden Pro-Kopf-Ausgaben für Arzneimittel je Bundesland zwischen den Bundesländern für alle Krankenkassen in gleicher Weise zutrifft, dass sich aber die Niveaus der Ausgaben zwischen den Krankenkassen (z.B. morbiditätsbedingt) unterscheiden. Daher erfolgt eine Anpassung der rohen kassenübergreifenden Pro-Kopf-Ausgaben für Arzneimittel je Bundesland für jede der 43 Krankenkassen an ihr Ausgabenniveau für Arzneimittel nach der Jahresrechnung KJ1 für 2006.

Zu diesem Zweck wird für jede Krankenkasse ein für alle Bundesländer einheitlicher kassen-spezifischer Korrekturfaktor für Arzneimittelausgaben  $KF\text{-}ARZNEI_k$  nach der folgenden Formel gebildet:

$$(3) \quad KF\text{-}ARZNEI_k = \frac{ARZNEI\text{-}KJ1_k}{\sum R\text{-}ARZNEI_{k,BL}} = \frac{ARZNEI\text{-}KJ1_k}{\sum (RPK\text{-}ARZNEI_{BL} \times V_{k,BL})}$$

Es werden zunächst die rohen kassenübergreifenden Pro-Kopf-Ausgaben für Arzneimittel je Bundesland (RPK-ARZNEI<sub>BL</sub>) mit der Zahl der Versicherten ( $V_{k,BL}$ ) der jeweiligen Krankenkasse im Bundesland nach der Versichertenstatistik KM6 multipliziert. Es ergeben sich die rohen kassenspezifischen Ausgaben für Arzneimittel je Bundesland (R-ARZNEI<sub>k,BL</sub>). Es wird für jede Kasse die Summe dieser rohen kassenspezifischen Ausgaben für Arzneimittel je Bundesland über alle Bundesländer gebildet. Der für alle Bundesländer einheitliche kassenspezifische Korrekturfaktor für Arzneimittelausgaben KF-ARZNEI<sub>k</sub> wird nun für jede Kasse gebildet, indem die jeweiligen Ausgaben der Krankenkasse für Arzneimittel nach der Jahresrechnung KJ1 (ARZNEI-KJ1<sub>k</sub>) durch die Summe der rohen kassenspezifischen Ausgaben für Arzneimittel über alle Bundesländer der jeweiligen Krankenkasse dividiert wird.

Der für alle Bundesländer einheitliche kassenspezifische Korrekturfaktor für Arzneimittelausgaben wird nun mit den jeweiligen rohen kassenspezifischen Ausgaben für Arzneimittel je Bundesland vervielfältigt. Es ergeben sich die adjustierten kassenspezifischen Ausgaben für Arzneimittel je Bundesland (ARZNEI<sub>k,BL</sub>):

$$(4) \text{ ARZNEI}_{k,BL} = \text{KF-ARZNEI}_k \times \text{R-ARZNEI}_{k,BL}.$$

Diese, die kassenübergreifenden Ausgabenunterschiede je Versicherten zwischen den Bundesländern widerspiegelnden, auf das KJ1-Ausgabenniveau der einzelnen Krankenkassen skalierten adjustierten kassenspezifischen Ausgaben für Arzneimittel je Bundesland sind ein Zwischenergebnis, das in die Berechnung der gesamten regionalen Leistungsausgaben jeder der Krankenkassen in Abschnitt 2.2.4.4 eingeht.

#### 2.2.4.2 Regionale Zuordnung der Ausgaben für vertragsärztliche Behandlung

Für die regionale Zuordnung der Ausgaben für vertragsärztliche Behandlung der einzelnen Krankenkassen sind Ausgangspunkt die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung mitgeteilten kassenübergreifenden Honorare in den einzelnen Bundesländern (H-ÄRZTE<sub>BL</sub>) aus der sogenannten Formblatt-3-Statistik für das Jahr 2006. Diese werden für jedes Bundesland durch die Zahl der GKV-Versicherten ( $V_{BL}$ ) über alle Krankenkassen in diesem Bundesland nach der Versichertenstatistik KM6 dividiert, es ergeben sich rohe kassenübergreifende Pro-Kopf-Ausgaben für Ärzte je Bundesland (RPK-ÄRZTE<sub>BL</sub>):

$$(5) \text{ RPK-ÄRZTE}_{BL} = \text{H-ÄRZTE}_{BL} / V_{BL}.$$

Es wird für diese Studie angenommen, dass die aus Gleichung (5) ableitbare Relation der rohen kassenübergreifenden Pro-Kopf-Ausgaben für Ärzte je Bundesland zwischen den Bundesländern für alle Krankenkassen zutrifft, dass sich aber die Niveaus der Ausgaben zwischen den Krankenkassen unterscheiden. Daher erfolgt eine Anpassung der rohen kassenübergreifenden Pro-Kopf-Ausgaben für Ärzte je Bundesland für jede der 43 Krankenkassen an ihr Ausgabenniveau für Ärzte nach der Jahresrechnung KJ1 für 2006.

Zu diesem Zweck wird für jede Krankenkasse ein für alle Bundesländer einheitlicher kassenspezifischer Korrekturfaktor für Ausgaben für Ärzte KF-ÄRZTE<sub>k</sub> nach der folgenden Formel gebildet:

$$(6) \text{ KF-ÄRZTE}_k = \frac{\text{ÄRZTE-KJ1}_k}{\sum \text{R-ÄRZTE}_{k,BL}} = \frac{\text{ÄRZTE-KJ1}_k}{\sum (\text{RPK-ÄRZTE}_{BL} \times V_{k,BL})}$$

Es werden zunächst die rohen kassenübergreifenden Pro-Kopf-Ausgaben für Ärzte je Bundesland (RPK-ÄRZTE<sub>BL</sub>) mit der Zahl der Versicherten ( $V_{k,BL}$ ) der jeweiligen Krankenkasse im Bundesland nach der Versichertenstatistik KM6 multipliziert. Es ergeben sich die rohen kassenspezifischen Ausgaben für Ärzte je Bundesland (R-ÄRZTE<sub>k,BL</sub>). Es wird für jede Kasse die Summe dieser rohen kassenspezifischen Ausgaben für Ärzte je Bundesland über alle Bun-

desländer gebildet. Der für alle Bundesländer einheitliche kassenspezifische Korrekturfaktor für Ausgaben für Ärzte  $KF\text{-}\ddot{A}RZTE_k$  wird nun für jede Kasse gebildet, indem die jeweiligen Ausgaben der Krankenkasse für Ärzte nach der Jahresrechnung KJ1 ( $\ddot{A}RZTE\text{-}KJ1_k$ ) durch die Summe der rohen kassenspezifischen Ausgaben für Ärzte über alle Bundesländer der jeweiligen Krankenkasse dividiert wird.

Der für alle Bundesländer einheitliche kassenspezifische Korrekturfaktor für Ausgaben für Ärzte wird nun mit den jeweiligen rohen kassenspezifischen Ausgaben für Ärzte je Bundesland vervielfältigt. Es ergeben sich die adjustierten kassenspezifischen Ausgaben für Ärzte je Bundesland ( $\ddot{A}RZTE_{k,BL}$ ):

$$(7) \quad \ddot{A}RZTE_{k,BL} = KF\text{-}\ddot{A}RZTE_k \times R\text{-}\ddot{A}RZTE_{k,BL}$$

Diese, die kassenübergreifenden Ausgabenunterschiede je Versicherten zwischen den Bundesländern widerspiegelnden, auf das KJ1-Ausgabenniveau der einzelnen Krankenkassen skalierten adjustierten kassenspezifischen Ausgaben für Ärzte je Bundesland sind ein Zwischenergebnis, das in die Berechnung der gesamten regionalen Leistungsausgaben jeder der Krankenkassen in Abschnitt 2.2.4.4 eingeht.

### 2.2.4.3 Regionale Zuordnung der Ausgaben für Krankenhausbehandlung

Anders als für die Arzneimittel und die vertragsärztliche Behandlung liegen für die Krankenhausbehandlung keine kassenübergreifenden Ausgabenaggregate auf der Ebene von Bundesländern vor, mit deren Hilfe die kassenspezifischen bundesweiten Ausgaben den einzelnen Bundesländern zugeschlüsselt werden könnten. Allerdings liegen auf der Ebene der Bundesländer bundeslandspezifische gesundheitssystemweite Fallzahlen für Krankenhausfälle ( $F_{BL}$ ) vor. Da diese auch Krankenhausfälle von privat Versicherten umfassen und deren Anteil an der Bevölkerung zwischen den Bundesländern deutlich streut, wird eine Bereinigung um die Privatpatientenquote im Bundesland ( $QPKV_{BL}$ ) des Mikrozensus von 2003 vorgenommen; aufgrund der besseren Morbidität der PKV-Versicherten wird dadurch die Fallzahl der PKV-Patienten in Krankenhäusern zwar überschätzt, unter der Annahme, dass die bessere Morbidität relativ in allen Bundesländern gleich ist, ist die Herangehensweise für die weitere Methodik jedoch unschädlich. Durch Multiplikation der verbleibenden Fallzahlen mit den bundeslandspezifischen Landesbasisfallwerten nach Kappung und Ausgleichen ( $LBFW_{BL}$ ) und Division durch die Zahl der GKV-Versicherten ( $V_{BL}$ ) über alle Krankenkassen in diesem Bundesland nach der Versichertenstatistik KM6 ergeben sich rohe kassenübergreifende Pro-Kopf-Ausgaben für Krankenhausbehandlung je Bundesland ( $RPK\text{-}KHAUS_{BL}$ ):

$$(8) \quad RPK\text{-}KHAUS_{BL} = F_{BL} \times (1 - QPKV_{BL}) \times LBFW_{BL} / V_{BL}$$

Mit diesem Ansatz wird ein – aufgrund der gegebenen Datenlage nicht vermeidbarer – Fehler gemacht, als die bundeslandüberschreitende Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen nicht erfasst wird. Die Krankenhausfälle etwa in Berlin bzw. Hamburg werden durch den Ansatz zu Krankenhausausgaben für Berliner bzw. Hamburger Versicherte transformiert, auch wenn Teile der Versicherten, die diese Fälle verursacht haben, aus Brandenburg bzw. Schleswig-Holstein kommen. Insoweit werden bei Ländern, die einen Nettoexport von Krankenhausleistungen an andere Länder erbringen (wie Berlin oder Hamburg), die von Versicherten im Land verursachten Leistungsausgaben überschätzt und daher auch ein entsprechender Transfer in das Land über die überregionale Beitragssatzkalkulation; dies gilt umgekehrt für

Länder, die einen Nettoimport von Krankenhausleistungen erfahren (wie Brandenburg und Schleswig-Holstein).<sup>39</sup>

Es wird für diese Studie angenommen, dass die aus Gleichung (8) ableitbare Relation der rohen kassenübergreifenden Pro-Kopf-Ausgaben für Krankenhausbehandlung je Bundesland zwischen den Bundesländern für alle Krankenkassen in gleicher Weise zutrifft, dass sich aber die Niveaus der Ausgaben zwischen den Krankenkassen unterscheiden. Daher erfolgt eine Anpassung der rohen kassenübergreifenden Pro-Kopf-Ausgaben für Krankenhausbehandlung je Bundesland für jede der 43 Krankenkassen an ihr Ausgabenniveau für Krankenhausbehandlung nach der Jahresrechnung KJ1 für 2006.

Zu diesem Zweck wird für jede Krankenkasse ein für alle Bundesländer einheitlicher kassenspezifischer Korrekturfaktor für Ausgaben für Krankenhausbehandlung  $KF\text{-}KHAUS_k$  nach der folgenden Formel gebildet:

$$(9) \quad KF\text{-}KHAUS_k = \frac{KHAUS\text{-}KJ1_k}{\sum R\text{-}KHAUS_{k,BL}} = \frac{KHAUS\text{-}KJ1_k}{\sum (RPK\text{-}KHAUS_{BL} \times V_{k,BL})}$$

Es werden zunächst die rohen kassenübergreifenden Pro-Kopf-Ausgaben für Krankenhausbehandlung je Bundesland ( $RPK\text{-}KHAUS_{BL}$ ) mit der Zahl der Versicherten ( $V_{k,BL}$ ) der jeweiligen Krankenkasse im Bundesland nach der Versichertenstatistik KM6 multipliziert. Es ergeben sich die rohen kassenspezifischen Ausgaben für Krankenhaus je Bundesland ( $R\text{-}KHAUS_{k,BL}$ ). Es wird für jede Kasse die Summe dieser rohen kassenspezifischen Ausgaben für Krankenhausbehandlung je Bundesland über alle Bundesländer gebildet. Der für alle Bundesländer einheitliche kassenspezifische Korrekturfaktor für Ausgaben für Krankenhausbehandlung  $KF\text{-}KHAUS_k$  wird nun für jede Kasse gebildet, indem die jeweiligen Ausgaben der Krankenkasse für Krankenhausbehandlung nach der Jahresrechnung KJ1 ( $KHAUS\text{-}KJ1_k$ ) durch die Summe der rohen kassenspezifischen Ausgaben für Krankenhausbehandlung über alle Bundesländer der jeweiligen Krankenkasse dividiert wird.

Der für alle Bundesländer einheitliche kassenspezifische Korrekturfaktor für Ausgaben für Krankenhausbehandlung wird nun mit den jeweiligen rohen kassenspezifischen Ausgaben für Krankenhausbehandlung je Bundesland vervielfältigt. Es ergeben sich die adjustierten kassenspezifischen Ausgaben für Krankenhausbehandlung je Bundesland ( $KHAUS_{k,BL}$ ):

$$(10) \quad KHAUS_{k,BL} = KF\text{-}KHAUS_k \times R\text{-}KHAUS_{k,BL}$$

Diese, die kassenübergreifenden Ausgabenunterschiede je Versicherten zwischen den Bundesländern widerspiegelnden, auf das KJ1-Ausgabenniveau der einzelnen Krankenkassen skalierten adjustierten kassenspezifischen Ausgaben für Krankenhausbehandlung je Bundesland sind ein Zwischenergebnis, das in die Berechnung der gesamten regionalen Leistungsausgaben jeder der Krankenkassen in Abschnitt 2.2.4.4 eingeht.

#### **2.2.4.4 Regionale Zuordnung der weiteren Leistungsausgaben und Ermittlung der regionalen Gesamtleistungsausgaben einer Krankenkasse**

Für die regionale Zuordnung der übrigen Leistungsbereiche treffen die Gutachter die Annahme, dass hierfür innerhalb einer Kasse die gleichen Relationen der Ausgaben zwischen den einzelnen Bundesländern gelten, wie in der Summe der drei Leistungsbereiche Arzneimittel,

---

<sup>39</sup> Dies unterstreicht – wie in Abschnitt 1 bereits formuliert –, dass die Aggregationsebene „Bundesland“ für die Ermittlung überregionaler Transfers im Gesundheitswesen nicht unproblematisch ist.

vertragsärztliche Versorgung und Krankenhausbehandlung. Wenn nach den vorstehenden Modellierungen in einer Krankenkasse die Ausgaben je Versicherten in der Summe der drei genannten Ausgabenbereiche in einem Bundesland also etwa  $t$  % über dem Durchschnitt der Ausgaben für diese Ausgabenbereiche je Versicherten in dieser Krankenkasse über alle Bundesländer ist, dann gehen die Gutachter davon aus, dass auch in den übrigen Leistungsbereichen die Ausgaben je Versicherten in diesem Bundesland in dieser Krankenkasse  $t$  % über dem Durchschnitt der Ausgaben für die übrigen Leistungsbereiche bei der Krankenkasse über alle Bundesländer liegen. Nach den akzidentellen Beobachtungen der Gutachter und den von ihnen geführten Gesprächen erscheint diese Annahme cum grano salis plausibel.

Mit dieser Annahme können die Gesamtausgaben über alle Leistungsbereiche einer jeden Krankenkassen wie folgt den Bundesländern zugeschlüsselt werden: Es wird bei jeder der 43 Krankenkassen in jedem Bundesland die Summe ( $LSUMME_{k,BL}$ ) der Leistungsausgaben aus den drei bislang regional zugeordneten Ausgabenbereichen (aus den Gleichungen (4), (7) und (10)) berechnet:

$$(11) \quad LSUMME_{k,BL} = ARZNEI_{k,BL} + \ddot{A}RZTE_{k,BL} + KHAUS_{k,BL}.$$

Nun wird für jede Krankenkasse ein für alle Bundesländer einheitlicher kassenspezifischer Hochrechnungsfaktor  $HF$ - $LSUMME_k$  gebildet, indem für jede Krankenkasse die Summe der Leistungsausgaben der Krankenkasse über alle Leistungsbereiche nach der Jahresrechnung KJ1 für 2006 ( $LSUMME$ - $KJ1_k$ ) durch die über alle Bundesländer aufaddierten Summen für die drei genannten Leistungsbereiche dividiert wird:

$$(12) \quad HF$$
- $LSUMME_k = LSUMME$ - $KJ1_k / \sum LSUMME_{k,BL}$ .

Der für alle Bundesländer einheitliche kassenspezifische Hochrechnungsfaktor für Ausgaben wird nun mit den jeweiligen kassenspezifischen Summen für die drei Leistungsbereiche je Bundesland  $LSUMME_{k,BL}$  vervielfältigt. Es ergeben sich die adjustierten kassenspezifischen Leistungsausgaben über alle Leistungsbereiche je Bundesland ( $LA_{k,BL}$ ):

$$(13) \quad LA_{k,BL} = HF$$
- $LSUMME_k \times LSUMME_{k,BL}$ .

Die so für jedes Bundesland zugeschlüsselten kassenspezifischen Leistungsausgaben jeder der Krankenkassen  $LA_{k,BL}$  gehen in die Kalkulation des bundeslandspezifischen ausgabendeckenden Beitragsatzes jeder der Krankenkassen in Gleichung (1) (wie in Abschnitt 2.2.3 beschrieben) ein.

### 2.2.5 Modellierung von bundeslandspezifischem Beitragsbedarf für jede Krankenkasse

Der Beitragsbedarf bildet nach Gleichung (1) einen zentralen Bestandteil der Kalkulation des regionalen rechnerisch deckenden Beitragsatzes einer Krankenkasse. Der Beitragsbedarf einer jeden Krankenkasse im RSA liegt in der RSA-Statistik nicht nach Bundesländern regionalisiert vor. Er wird daher für diese Studie wie im Folgenden beschrieben modellhaft den Krankenkassen für die Versicherten in den einzelnen Bundesländern zugeschlüsselt:

Der zuzurechnende regionale Beitragsbedarf ( $BB_{k,BL}$ ) ergibt sich aus Summe der Beitragsbedarfe für in Disease Management Programmen eingeschriebene Versicherte der Kasse im jeweiligen Land ( $BB$ - $DMP_{k,BL}$ ), der Beitragsbedarfe für Versicherte der Kasse im jeweiligen Land mit Erwerbsminderungsstatus, die nicht in ein Disease Management Programm eingeschrieben sind ( $BB$ - $EMR_{k,EMR}$ ) und der Beitragsbedarfe für die Versicherten der Kasse im jeweiligen Land, die weder in ein Disease Management Programm eingeschrieben sind noch Erwerbsminderungsstatus aufweisen ( $BB$ - $REST_{k,BL}$ ):

$$(14) \quad BB_{k,BL} = BB$$
- $DMP_{k,BL} + BB$ - $EMR_{k,BL} + BB$ - $REST_{k,BL}$ .

Die Beitragsbedarfe liegen für keine der drei Gruppen direkt in der Abgrenzung der Bundesländer, sondern für die jeweilige Kasse nur auf der Aggregationsebene Bund vor. Sie müssen daher modellhaft auf die Bundesländer heruntergebrochen werden. Dabei sind die zur Verfügung stehenden Daten für die drei Gruppen von Versicherten unterschiedlich, so dass die Modellierung jeweils verschieden vorgehen muss. Die hierbei verwendete Methodik und die getroffenen Annahmen werden im Folgenden beschrieben.

### 2.2.5.1 Beitragsbedarf für in DMP eingeschriebene Versicherte

Der kassenspezifische Beitragsbedarf in jedem Bundesland für die Versicherten, die in eines der Disease Management Programme eingeschrieben sind (in Gleichung (14):  $BB-DMP_{k,BL}$ ) liegt nicht unmittelbar vor. Er wird für die Simulation der regionalen RSA-Position einer Krankenkasse anhand der folgenden Verfahrensweise in einer Modellierung berechnet:

- a) Aus der RSA-Statistik liegt für jede Krankenkasse die Alters- und Geschlechtsverteilung der in Disease Management Programmen eingeschriebenen Versichertentage differenziert nach Erwerbsminderungsstatus für jedes Disease Management Programm vor, allerdings ohne Verteilung nach Bundesländern. Aus der KM6-Statistik (Teil II) liegt die Verteilung der DMP-Einschreibungen für jede Krankenkasse nach Bundesländern vor, allerdings ohne Alters- und Geschlechtsverteilung und ohne Differenzierung nach dem Erwerbsminderungsstatus.

Um den Beitragsbedarf für DMP-Versicherte in jeder Krankenkasse nach Bundesländern zuschlüsseln zu können, treffen wir daher die Annahme, dass die kassenspezifische Alters- und Geschlechtsstruktur nach Erwerbsminderungsstatus der in DMPs eingeschriebenen Versicherten je DMP in jedem Bundesland der in der RSA-Statistik ausgewiesenen kassenspezifischen Verteilung der Versichertentage über alle Bundesländer entspricht: Hat die Krankenkasse  $k$  entsprechend RSA-Statistik bundesweit  $p_{z,k,Y}$  % ihrer in einem spezifischen DMP  $Y$  eingeschriebenen Versichertentage in einer bestimmten Alters- und Geschlechtskombination mit/ohne Erwerbsminderungsstatus („RSA-Zelle“  $Z_Y$ ), so wird angenommen, dass sie in jedem Bundesland ebenfalls  $p_{z,k,Y}$  % der aus der KM6-Teil II-Statistik bekannten bundeslandspezifischen Zahl der Einschreibungen in diesem DMP in dieser „RSA-Zelle“ aufweist. Daraus lässt sich die modellierte Zahl der Versicherten  $V-DMP-Y_{k,z,BL}$  in einer DMP-RSA-Zelle  $Z$  in jedem Bundesland für alle RSA-Zellen eines DMPs  $Y$  jeweils für jede Krankenkasse errechnen, indem für jede RSA-Zelle der bundesweite Zellenanteil  $p_{k,z,Y}$  % mit der Zahl der Einschreibungen bei der Kasse in dem DMP im jeweiligen Bundesland aus der KM6-Teil II-Statistik ( $V-KM6-DMP-Y_{k,BL}$ ) vervielfältigt wird:

$$(15) V-DMP-Y_{k,z,BL} = p_{k,z,Y} \% \times V-KM6-DMP-Y_{k,BL}.$$

- b) Die GKV-weiten kassenübergreifenden Pro-Tag-Werte aus der RSA-Statistik in jedem DMP für jede RSA-Zelle ( $PTW-DMP_{z,Y}$ ) werden mit der unter a) errechneten kassenspezifischen modellierten Zahl der in jeder DMP-RSA-Zelle in jedem Bundesland eingeschriebenen Versicherten und (um auf den Jahreswert zu annualisieren) mit 365 multipliziert. Dies wird bei jeder Krankenkasse in jedem Bundesland über alle RSA-Zellen in einem DMP aufsummiert. Es ergibt sich für jedes DMP  $Y$  der kassenspezifische rohe Beitragsbedarf ( $R-BB-DMP-Y_{k,BL}$ ) für jedes Bundesland:

$$(16) R-BB-DMP-Y_{k,BL} = \Sigma (V-DMP-Y_{k,z,BL} \times PTW-DMP_{z,Y}) \times 365.$$

- c) Der rohe Beitragsbedarf in den einzelnen Bundesländern und DMPs ist nun auf das aus der RSA-Statistik errechenbare bundesweite Beitragsbedarfsniveau jeder Krankenkasse



in den einzelnen DMPs zu adjustieren. Zu diesem Zweck wird für jede Krankenkasse für jedes DMP Y ein für alle Bundesländer einheitlicher kassenspezifischer Korrekturfaktor für den Beitragsbedarf bei DMPs nach der folgenden Formel gebildet:

(17)

$$KF-BB-DMP-Y_k = \frac{BB-DMP-RSA-Y_k}{\sum R-BB-DMP-Y_{k,BL}} = \frac{\sum (VT-DMP-RSA-Y_{k,z} \times PTW-DMP_{z,Y}) \times 365}{\sum R-BB-DMP-Y_{k,BL}}$$

Es werden die GKV-weiten kassenübergreifenden Pro-Tag-Werte aus der RSA-Statistik in jedem DMP für jede RSA-Zelle (PTW-DMP<sub>z,Y</sub>) mit der kassenspezifischen Zahl der Versichertentage der Krankenkasse über alle Bundesländer in diesem DMP in der jeweiligen RSA-Zelle laut RSA-Statistik (VT-DMP-RSA-Y<sub>k,z,Y</sub>) und (zur Annualisierung) mit 365 multipliziert und die Produkte über alle RSA-Zellen in einem DMP summiert. Es ergibt sich der kassenspezifische bundesweite Beitragsbedarf der Krankenkasse in einem spezifischen DMP laut RSA-Statistik (BB-DMP-RSA-Y<sub>k</sub>). Auch wird für jedes DMP die Summe der anhand von Gleichung (16) ermittelten kassenspezifischen rohen Beitragsbedarfe je DMP über alle Bundesländer gebildet ( $\sum R-BB-DMP-Y_{k,BL}$ ). Zur Ermittlung des DMP-spezifischen kassenspezifischen über alle Bundesländer einheitlichen Korrekturfaktors wird der kassenspezifische bundesweite Beitragsbedarf einer Kasse in einem DMP laut RSA-Statistik durch die kassenspezifische Summe der rohen Beitragsbedarfe je DMP über alle Bundesländer dividiert.

- d) Der für alle Bundesländer einheitliche kassenspezifische Korrekturfaktor für jedes DMP aus Gleichung (17) wird nun mit den jeweiligen rohen kassenspezifischen Beitragsbedarfen je DMP je Bundesland aus Gleichung (16) vervielfältigt. Die Ergebnisse werden in jedem Bundesland über alle Y DMPs addiert. Es ergeben sich die kassenspezifischen adjustierten Beitragsbedarfe jeder Krankenkasse aus DMPs im jeweiligen Bundesland, die in Gleichung (14) als Teil des gesamten Beitragsbedarfes einer Krankenkasse in einem Bundesland eingehen:

$$(18) BB-DMP_{k,BL} = \sum (KF-BB-DMP_{k,Y} \times R-BB-DMP_{k,Y, BL}).$$

### 2.2.5.2 Beitragsbedarf für Versicherte mit Erwerbsminderungsstatus (ohne DMP)

Der kassenspezifische Beitragsbedarf in jedem Bundesland für die Versicherten, für die die Krankenkassen im RSA Beitragsbedarf als Erwerbsgeminderte (Erwerbsminderungsrentner, EMR) zugewiesen bekommen, ohne dass diese in ein DMP eingeschrieben sind (in Gleichung (14): BB-EMR<sub>k,BL</sub>), liegt nicht unmittelbar vor. Er wird für die Simulation der regionalen RSA-Position einer Krankenkasse anhand der folgenden Verfahrensweise in einer Modellierung berechnet:

- a) Aus der RSA-Statistik liegt für jede Krankenkasse die Alters- und Geschlechtsverteilung der Versichertentage mit Erwerbsminderungsstatus und ohne Teilnahme an einem DMP vor, allerdings ohne Verteilung nach Bundesländern. Aus der KM6-Statistik (Teil I) liegt für jede Krankenkasse eine bundeslandspezifische Verteilung der Versicherten nach Alter und Geschlecht nach den Statusgruppen „Versicherte“ und „Mitglieder“ vor; hierbei wird bei der Gruppe der Mitglieder nach „Aktivversicherten“ und „Rentnern“ unterschieden, allerdings wird bei den Rentnern nicht danach differenziert, ob es sich um Erwerbsminderungsrentner oder um andere Gruppen von Rentnern (Bezieher von Hinterbliebenen- bzw. von Altersrente) handelt; auch ob die Versicherten in ein DMP eingeschrieben sind, kann

dieser Statistik nicht entnommen werden, da eine Verknüpfung von KM6-Teil I und KM6-Teil II nicht besteht.

Um den Beitragsbedarf für Versicherte mit Erwerbsminderungsstatus in jeder Krankenkasse nach Bundesländern zuschlüsseln zu können, treffen wir daher Annahmen über den Anteil der „Rentner“ aus der KM6-Statistik (Teil I), die den Status „Erwerbsminderungsrentner“ haben, so dass damit über alle Kassen über die Bundesländer hinweg die Zahl der Versichertentage für Erwerbsminderungsrentner aus der RSA-Statistik approximiert wird. Bei den Männern wird angenommen, dass ab dem 35. und unterhalb des 60. Lebensjahrs alle Rentner zugleich auch Erwerbsminderungsstatus haben, von den 60- bis unter 65-jährigen Rentnern 20 % und noch 10 % der 65-70-jährigen Rentner (nämlich bei den 65-jährigen) . Demgegenüber wird bei den Frauen angenommen, dass ab dem 35. und unterhalb des 60. Lebensjahrs 40 % der Rentnerinnen Erwerbsminderungsstatus haben, von den 60- bis unter 65-jährigen Rentnerinnen 10 % und ebenfalls 10 % der 65-70-jährigen Rentnerinnen (nämlich bei den 65-jährigen). Diese Annahme soll für alle Bundesländer gelten, so dass sich aus der Anwendung der genannten Prozentsätze auf die in der KM6-Statistik (Teil I) genannten „Rentner“ einer Krankenkasse in einem Bundesland unmittelbar die Zahl der für die weitere Modellierung angenommenen Versicherten mit Erwerbsminderungsrente in einer bestimmten Alters- und Geschlechtsgruppe ( $V-EMR_{k,z,BL}$ ) ergibt.

- b) Es wird sodann ein kassenspezifischer roher Beitragsbedarf für Versicherte mit Erwerbsminderungsrente ( $R-BB-EMR_{k,BL}$ ) für jede Krankenkasse in jedem Bundesland dadurch ermittelt, dass für jeden unter a) ermittelten Erwerbsminderungsrentner der jeweiligen Krankenkasse in einem Bundesland in einer spezifischen Alters- und Geschlechtsgruppe ( $V-EMR_{k,z,BL}$ ) die aus der RSA-Statistik über alle Kassen und Bundesländer verfügbaren einheitlichen Pro-Tag-Werte in den einzelnen Alters- und Geschlechtsgruppen der Versicherten mit Erwerbsminderungsrente und ohne DMP ( $PTW-EMR_z$ ) zugerechnet und mit 365 multipliziert werden.<sup>40</sup> Die sich ergebenden Produkte werden aufaddiert:

$$(19) R-BB-EMR_{k,BL} = \sum (V-EMR_{k,z,BL} \times PTW-EMR_z) \times 365.$$

- c) Der rohe Beitragsbedarf in den einzelnen Bundesländern für EMR-Versicherte ist nun auf das aus der RSA-Statistik errechenbare bundesweite Beitragsbedarfsniveau jeder Krankenkasse für Versicherte mit Erwerbsminderungsstatus ohne DMPs zu adjustieren. Zu diesem Zweck wird für jede Krankenkasse ein für alle Bundesländer einheitlicher kassenspezifischer Korrekturfaktor für den Beitragsbedarf für Erwerbsminderungsrentner nach der folgenden Formel gebildet:

(20)

$$KF-BB-EMR_k = \frac{BB-EMR-RSA_k}{\sum R-BB-EMR_{k,BL}} = \frac{\sum (VT-EMR-RSA_{k,z} \times PTW-EMR_z) \times 365}{\sum R-BB-EMR_{k,BL}}$$

Dazu werden die GKV-weiten kassenübergreifenden Pro-Tag-Werte aus der RSA-Statistik für EMR-Versicherte für jede RSA-Zelle ( $PTW-EMR_z$ ) mit der kassenspezifischen Zahl der EMR-Versichertentage (ohne DMP) der Krankenkasse über alle Bundesländer in der jeweiligen RSA-Zelle laut RSA-Statistik ( $VT-EMR-RSA_{k,z}$ ) und (zur An-

---

<sup>40</sup> Hierbei mussten die in der RSA-Statistik verfügbaren Einzelaltersgruppen zu den in der KM6-Statistik verfügbaren 5-Jahres-Altersgruppen aggregiert und gewichtete 5-Jahres-Alters-Geschlechts-Gruppen-Pro-Tag-Werte gebildet werden. Auf die Darstellung der Gewichtungsmethodik wird hier verzichtet. Wenn bei EMR-Rentnern und bei Versicherten ohne EMR-Status und ohne DMP-Status im Folgenden von Pro-Tag-Werten die Rede ist, sind die auf 5-Jahres-Alters-und-Geschlechts-Gruppen aggregierten Werte gemeint.

nualisierung) mit 365 multipliziert und die Produkte über alle EMR-RSA-Zellen summiert. Es ergibt sich der kassenspezifische bundesweite Beitragsbedarf der Krankenkasse für EMR-Versicherte laut RSA-Statistik ( $BB-EMR-RSA_k$ ). Auch werden die anhand Gleichung (19) errechneten bundesland- und kassenspezifischen rohen Beitragsbedarfe für EMR-Versicherte einer Kasse über alle Bundesländer aufaddiert ( $\sum R-BB-EMR_{k,BL}$ ). Für die Ermittlung des kassenspezifischen bundeslandübergreifend einheitlichen Korrekturfaktors wird der EMR-Beitragsbedarf nach RSA durch die aufaddierten rohen bundeslandspezifischen Beitragsbedarfe der Kasse dividiert.

- d) Der für alle Bundesländer einheitliche kassenspezifische Korrekturfaktor aus Gleichung (20) wird nun mit den jeweiligen rohen kassenspezifischen Beitragsbedarfen für Erwerbsminderungsrentner je Bundesland aus Gleichung (19) vervielfältigt. Es ergeben sich die kassenspezifischen adjustierten Beitragsbedarfe jeder Krankenkasse für Erwerbsminderungsrentner im jeweiligen Bundesland, die in Gleichung (14) als Teil des gesamten Beitragsbedarfes einer Krankenkasse in einem Bundesland eingehen:

$$(21) \quad BB-EMR_{k,BL} = KF-BB-EMR_k \times R-BB-EMR_{k,BL}.$$

### 2.2.5.3 Beitragsbedarf für Versicherte ohne Erwerbsminderungsstatus (ohne DMP)

Der kassenspezifische Beitragsbedarf in jedem Bundesland für die Versicherten ohne Erwerbsminderungsrente und ohne Einschreibung in ein Disease Management Programm (in Gleichung (14):  $BB-REST_{k,BL}$ ) liegt nicht unmittelbar vor. Er wird für die Simulation der regionalen RSA-Position einer Krankenkasse anhand der im Folgenden beschriebenen Verfahrensweise in einer Modellierung berechnet:

- a) Die Zahl der Versicherten in den einzelnen Alters- und Geschlechtsgruppen einer Krankenkasse in den einzelnen Bundesländern, die nicht erwerbsgemindert sind und nicht in ein DMP eingeschrieben sind, liegt nicht vor. In der KM6-Statistik (Teil I) ist allerdings die Zahl aller Versicherten einer Krankenkassen nach Altersgruppen und Geschlecht nach Bundesländern ( $V_{k,z,BL}$ ) ausgewiesen. In den vorangegangenen Unterabschnitten haben wir zudem unter Verwendung unterschiedlicher Datenquellen die Zahl der Versicherten einer Krankenkasse in den jeweiligen Bundesländern, die in eines der DMP eingeschrieben sind, in den einzelnen Alters- und Geschlechtsgruppen (aufaddiert über die verschiedenen DMPs:  $\sum V-DMP_{k,z,Y,BL}$ ), und die Zahl der Versicherten einer Krankenkasse mit Erwerbsminderungsstatus in den jeweiligen Bundesländern in den einzelnen Alters- und Geschlechtsgruppen ( $V-EMR_{k,z,BL}$ ) modelliert. Daraus können wir die Zahl der Versicherten einer Krankenkasse in den einzelnen Bundesländern in den jeweiligen Alters- und Geschlechtsgruppen, die weder erwerbsgemindert noch in ein DMP eingeschrieben sind ( $V-REST_{k,z,BL}$ ) als Differenz aus den KM6-Angaben über alle Versicherten und den modellierten Versichertenzahlen der DMP-Versicherten (summiert über die Y DMPs) bzw. EMR-Versicherten darstellen:

$$(22) \quad V-REST_{k,z,BL} = V_{k,z,BL} - \sum V-DMP_{k,z,Y,BL} - V-EMR_{k,z,BL}.$$

- b) Es lässt sich dann ein kassenspezifischer roher Beitragsbedarf für Versicherte ohne DMP und ohne Erwerbsminderungsrente ( $R-BB-REST_{k,BL}$ ) für jede Krankenkasse in jedem Bundesland dadurch ermittelt, dass für jeden unter a) ermittelten Versicherten der jeweiligen Krankenkasse in einem Bundesland in einer spezifischen Alters- und Geschlechtsgruppe ( $V-REST_{z,k,BL}$ ) die aus der RSA-Statistik über alle Kassen und Bundesländer verfügbaren einheitlichen Pro-Tag-Werte in den einzelnen Alters- und Geschlechtsgruppen der Versicherten ohne DMP und ohne Erwerbsminderungsrente ( $PTW-REST_z$ ) zugerech-

net und mit 365 multipliziert werden. Die sich ergebenden Produkte werden über alle Alters- und Geschlechtsgruppen ohne EMR und ohne DMP einer Krankenkasse in einem Bundesland zum rohen Beitragsbedarf aufaddiert:

$$(23) \text{ R-BB-REST}_{k, \text{BL}} = \sum (\text{V-REST}_{k, z, \text{BL}} \times \text{PTW-REST}_z) \times 365.$$

- c) Der rohe Beitragsbedarf in den einzelnen Bundesländern für Versicherte ohne DMP und ohne EMR ist nun auf das aus der RSA-Statistik errechenbare bundesweite Beitragsbedarfsniveau jeder Krankenkasse für diese Versicherten zu adjustieren. Zu diesem Zweck wird für jede Krankenkasse ein für alle Bundesländer einheitlicher kassenspezifischer Korrekturfaktor für den Beitragsbedarf dieser Versicherten nach der folgenden Formel gebildet:

$$(24) \text{ KF-BB-REST}_k = \frac{\text{BB-REST-RSA}_k}{\sum \text{R-BB-REST}_{k, \text{BL}}} = \frac{\sum (\text{VT-REST-RSA}_{k, z} \times \text{PTW-REST}_z) \times 365}{\sum \text{R-BB-REST}_{k, \text{BL}}}$$

Dazu werden die GKV-weiten kassenübergreifenden Pro-Tag-Werte aus der RSA-Statistik für Versicherte ohne DMP und ohne Erwerbsminderungsrente für jede RSA-Zelle ( $\text{PTW-REST}_z$ ) mit der kassenspezifischen Zahl der Versichertentage der Krankenkasse ohne DMP und ohne Erwerbsminderungsrentner über alle Bundesländer in der jeweiligen RSA-Zelle laut RSA-Statistik ( $\text{VT-REST-RSA}_{k, z}$ ) und (zur Annualisierung) mit 365 multipliziert und die Produkte über alle RSA-Zellen dieser Versichertengruppen summiert. Es ergibt sich der kassenspezifische bundesweite Beitragsbedarf der Krankenkasse für diese Versicherten laut RSA-Statistik ( $\text{BB-REST-RSA}_k$ ). Auch werden die anhand Gleichung (23) errechneten kassenspezifischen rohen Beitragsbedarfe in den einzelnen Bundesländern für diese Versicherten einer Kasse über alle Bundesländer aufaddiert ( $\sum \text{R-BB-REST}_{k, \text{BL}}$ ). Für die Ermittlung des kassenspezifischen bundeslandübergreifend einheitlichen Korrekturfaktors wird der Beitragsbedarf nach RSA für diese Versichertengruppen durch die aufaddierten rohen bundeslandspezifischen Beitragsbedarfe der Kasse dividiert.

- d) Der für alle Bundesländer einheitliche kassenspezifische Korrekturfaktor aus Gleichung (24) wird nun mit den jeweiligen rohen kassenspezifischen Beitragsbedarfen für Versicherte ohne DMP und ohne Erwerbsminderungsstatus je Bundesland aus Gleichung (23) vervielfältigt. Es ergeben sich die kassenspezifischen adjustierten Beitragsbedarfe jeder Krankenkasse für Versicherte ohne DMP und ohne Erwerbsminderungsstatus im jeweiligen Bundesland, die in Gleichung (14) als Teil des gesamten Beitragsbedarfes einer Krankenkasse in einem Bundesland eingehen:

$$(25) \text{ BB-REST}_{k, \text{BL}} = \text{KF-BB-REST}_k \times \text{R-BB-REST}_{k, \text{BL}}.$$

## 2.2.6. Zurechnung von bundeslandspezifischen beitragspflichtigen Einnahmen

Gemäß Gleichung (1) ist zur Bestimmung des rechnerisch ausgabendeckenden Beitragssatzes einer überregional tätigen Krankenkasse in einem Bundesland erforderlich, die Differenz aus regionalen Leistungsausgaben und regionalem Beitragsbedarf der Kasse durch ihre regionalen beitragspflichtigen Einnahmen zu teilen. Die den jeweiligen Krankenkassen in den einzelnen Bundesländern zuzurechnenden beitragspflichtigen Einnahmen sind nicht aus den GKV-Routinedaten entnehmbar. Die Jahresrechnung KJ1 weist die beitragspflichtigen Einnahmen einer Krankenkasse nur für ihr gesamtes Tätigkeitsgebiet ohne regionale Differenzierung aus. Wie bereits im Hauptgutachten (Wasem et al. 2008) praktiziert und ausführlich in der Studie Wasem, Buchner et al. (2007) erörtert, verwenden wir daher zur Regionalisierung der bei-

tragspflichtigen Einnahmen einer Krankenkasse die Daten aus der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe. Wir nehmen an, dass die hieraus ermittelten Relationen der BPE zwischen den Bundesländern für alle Krankenkassen zutreffen, sich das Niveau der BPE je Versicherten allerdings zwischen den Krankenkassen unterscheidet. Mit diesen Daten und Annahmen wird die Regionalisierung der beitragspflichtigen Einnahmen wie folgt vorgenommen:

- a) Die aus dem Forschungsdatensatz des Statistischen Bundesamtes ermittelten, für alle Krankenkassen identischen beitragspflichtigen Einnahmen pro Versicherten der GKV je Bundesland ( $BPE-PV_{BL}$ ) werden mit der Zahl der Versicherten einer Krankenkasse im Bundesland ( $V_{k,BL}$ ) entsprechend der KM6-Statistik (Teil I) multipliziert. Dies ergibt die rohen beitragspflichtigen Einnahmen einer Krankenkasse im jeweiligen Bundesland ( $R-BPE_{k,BL}$ ):

$$(26) \quad R-BPE_{k,BL} = BPE-PV_{BL} \times V_{k,BL}.$$

- b) Die rohen BPE einer Krankenkasse in den einzelnen Bundesländern sind nun auf das aus der Jahresrechnung KJ1 jeder Krankenkasse bekannte Niveau der BPE bei dieser Kasse über alle Bundesländer ( $BPE-KJ1_k$ ) anzupassen. Zu diesem Zweck wird für jede Krankenkasse ein für alle Bundesländer einheitlicher kassenspezifischer Korrekturfaktor  $KF-BPE_k$  für den Beitragsbedarf dieser Versicherten nach der folgenden Formel gebildet:

$$(27) \quad KF-BPE_k = \frac{BPE-KJ1_k}{\sum R-BPE_{k,BL}}.$$

Dazu werden die aus der Jahresrechnung bekannten BPE einer Kasse über alle Bundesländer ( $BPE-KJ1_k$ ) durch die Summe aller rohen BPE der Kasse in den einzelnen Bundesländern, wie sie in Gleichung (26) errechnet wurden, dividiert.

- c) Der für alle Bundesländer einheitliche kassenspezifische Korrekturfaktor aus Gleichung (27) wird nun mit den jeweiligen rohen kassenspezifischen BPE in den einzelnen Bundesländern vervielfältigt. Es ergeben sich die modellierten kassenspezifischen adjustierten beitragspflichtigen Einnahmen jeder Krankenkasse im jeweiligen Bundesland ( $BPE_{k,BL}$ ):

$$(28) \quad BPE_{k,BL} = KF-BPE_k \times R-BPE_{k,BL}.$$

### 2.2.7 Modellierung der bundeslandübergreifenden ausgabendeckenden Beitragssätze für jede Krankenkasse und der interregionalen Transfers

Wie in Abschnitt 2.2.1 beschrieben, ergibt sich der interregionale Transfer innerhalb einer überregional tätigen Krankenkasse für ein Bundesland ( $TR_{k,BL}$ ) durch Bildung der Differenz zwischen dem bundeslandspezifischen ausgabendeckenden Beitragssatz für ein Bundesland ( $BS_{k,BL}$ ), der entsprechend Gleichung (1) errechnet wird und wozu in den Gleichungen (2) bis (28) die notwendigen Einzelberechnungen vorgenommen werden, und dem bundeslandübergreifenden ausgabendeckenden Beitragssatz einer Krankenkasse ( $BS_k$ ) und anschließende Multiplikation dieser Differenz mit den bundeslandspezifischen  $BPE_{k,BL}$  der Krankenkasse, deren Berechnung entsprechend Gleichung (28) vorgenommen wird:

$$\begin{aligned}
\text{TR}_{k, \text{BL}} &= (\text{BS}_{k, \text{BL}} - \text{BS}_k) \times \text{BPE}_{k, \text{BL}} \\
(29) &= \left( \left( \text{ABS} + \frac{\text{LA}_{k, \text{BL}} - \text{BB}_{k, \text{BL}}}{\text{BPE}_{k, \text{BL}}} \right) - \left( \text{ABS} + \frac{\text{LA}_k - \text{BB}_k}{\text{BPE}_k} \right) \right) \times \text{BPE}_{k, \text{BL}} \\
&= \left( \frac{\text{LA}_{k, \text{BL}} - \text{BB}_{k, \text{BL}}}{\text{BPE}_{k, \text{BL}}} - \frac{\text{LA}_k - \text{BB}_k}{\text{BPE}_k} \right) \times \text{BPE}_{k, \text{BL}}
\end{aligned}$$

Die Gleichung macht deutlich, dass die Differenz zwischen Leistungsausgaben und Beitragsbedarf im jeweiligen Bundesland im Vergleich zur bundesländerübergreifenden Differenz beider Größen – jeweils in Beziehung gesetzt zu den beitragspflichtigen Einnahmen im Land bzw. bundeslandübergreifend – über das Ausmaß der Transfers zwischen den Bundesländern innerhalb einer Krankenkasse entscheidet.

Ein negatives Vorzeichen für den Transfer bedeutet, dass über die Kalkulation der überregionalen Krankenkassen Finanzmittel aus einem Bundesland abfließen, während ein positives Vorzeichen für den Transfer bedeutet, dass über die überregionale Kalkulation Finanzmittel einem Bundesland zufließen. Ein negativer Transfer ergibt sich dann, wenn die bundesland-spezifische Ausgabenposition einer Krankenkasse im Vergleich zum Beitragsbedarf günstiger ist als die bundeslandübergreifende Ausgabenposition im Vergleich zum bundeslandübergreifenden Beitragsbedarf.

Die Transferposition für ein Bundesland über alle hier untersuchten Krankenkassen ergibt sich sodann durch Summation der Transfers innerhalb der einzelnen Krankenkasse im jeweiligen Bundesland über alle Krankenkassen, die in dem jeweiligen Land mehr als 5.000 Versicherte haben:

$$(30) \text{TR}_{\text{BL}} = \sum \text{TR}_{k, \text{BL}}$$

Die Untersuchung in der vorliegenden Studie haben wir – wie in Abschnitt 2.2.2 erläutert – auf solche Krankenkassen beschränkt, die mehr als 250.000 Versicherte haben. Außerdem beschränken wir (wie ebenfalls in Abschnitt 2.2.2 erläutert) – auch wenn die Berechnungen vorangegangenen Abschnitte immer für alle Bundesländer bei einer Krankenkasse durchgeführt werden mussten – die Ermittlung interregionaler Transfers auf Bundesländer, in denen die in die Studie eingeschlossenen 43 Krankenkassen jeweils mindestens 5.000 Versicherte haben. Aus konzeptionellen Gründen ist es deswegen sinnvoll, auch die Ermittlung der jeweiligen bundeslandübergreifenden ausgabendeckenden Beitragssätze der jeweiligen Krankenkassen auf diejenigen Bundesländer zu beziehen, in denen die Krankenkassen jeweils mindestens 5.000 Versicherte haben – so kann sichergestellt werden, dass die Summe der Transfers in jeder Krankenkasse in der Modellrechnung über die relevanten Bundesländer Null beträgt. Die damit der Berechnung zugrunde liegenden bundeslandübergreifenden ausgabendeckenden Beitragssätze der einzelnen Krankenkassen weichen insoweit von den ausgabendeckenden Beitragssätzen der Krankenkassen über ihr gesamtes Tätigkeitsgebiet ab, da diese notwendig auch die Daten aus den Bundesländern berücksichtigen müssen, in denen die Krankenkasse weniger als 5.000 Versicherte hat.

### 3 Empirische Ergebnisse

Die vorliegende Studie arbeitet mit den Daten der Einzelkassen (vgl. Gleichungen (1) bis (29) in Kapitel 2). Erst für den letzten Schritt – der Ermittlung der Transfers auf Bundeslandebene – wird die Einzelkassenebene verlassen (vgl. Gleichung (30)). Die Einzelkassendaten sind im Wettbewerb der Krankenkassen sensibel, sie können daher in diesem Gutachten nicht veröf-

fentlicht werden. Dargestellt werden kann daher in der folgenden Tabelle 2 nur der letzte Schritt: Die aggregierten Transferpositionen der einzelnen Bundesländer für die hier untersuchten 43 Krankenkassen mit jeweils mehr als 250.000 Versicherten für die Bundesländer, in denen diese Krankenkassen jeweils mehr als 5.000 Versicherte aufweisen.

Die Tabelle zeigt, dass in 2006 über die überregionale Beitragssatzkalkulation der bundesweiten Krankenkassen insbesondere in die Stadtstaaten Berlin und Hamburg, aber auch in Flächenstaaten wie Bayern in erheblichem Umfang Mittel aus anderen Bundesländern zufließen. Dies ist Resultat der überdurchschnittlichen Ausgabenpositionen in diesen Ländern, die ihrerseits sowohl auf Mengen- als auch auf Preiskomponenten zurückgehen, während der Einfluss der Versichertenstruktur durch die Verrechnung der RSA-Position der Krankenkassen im jeweiligen Bundesland (hinsichtlich der im heutigen RSA ausgeglichenen Merkmale Alter, Geschlecht, Erwerbsminderungsstatus, DMP-Status) weitgehend neutralisiert ist. Mittelabflüsse über die Beitragssatzkalkulation der bundesweit kalkulierenden Krankenkassen sind demgegenüber insbesondere aus Baden-Württemberg, Hessen, Niedersachsen und Schleswig-Holstein festzustellen.

Die in dieser Teilstudie berechnete Umverteilung zwischen den Bundesländern findet naturgemäß in erster Linie innerhalb der großen bundesweit tätigen Ersatzkassen und einiger weiterer in allen Bundesländern stark vertretener Krankenkassen statt; rd. 82 % der ausgewiesenen Mittelzuflüsse bzw. Abflüsse sind durchschnittlich durch die 5 großen Ersatzkassen, 3 bundesweit tätige Betriebskrankenkassen, 1 Innungskrankenkasse, die Bundesknappschaft sowie 1 AOK ausgelöst.

**Tabelle 10: Transferposition der Bundesländer bei überregionalen Krankenkassen**

Bundesland	Transferposition bei 43 überregionalen Krankenkassen (+: Zufluss; -: Abfluss)
	in Mio. Euro
Baden-Württemberg	-337
Bayern	370
Berlin	498
Brandenburg	-105
Bremen	96
Hamburg	364
Hessen	-419
Mecklenburg-Vorpommern	207
Niedersachsen	-510
Nordrhein-Westfalen	-69
Rheinland-Pfalz	64
Saarland	157
Sachsen	-195
Sachsen-Anhalt	164
Schleswig-Holstein	-356
Thüringen	140
Bund ohne Wohnort im Ausland	69
Wohnort im Ausland	-69
Bund incl. Wohnort im Ausland	0

Quelle: Eigene Berechnungen.



## 4 Diskussion

Das vorliegende Papier befasst sich mit den Transfers, die innerhalb bundesweiter Krankenkassen ausgelöst werden. Das Papier modelliert diese Transfers aus einer Kombination von Daten, die einen regionalen Bezug, in der Regel aber keinen Einzelkassenbezug aufweisen (wie regionale Zahl der Krankenhaufälle, regionale Arzneimittelausgaben), mit kassenspezifischen Daten (wie die Jahresrechnungen der Krankenkassen), die im allgemeinen aber keinen bundeslandspezifischen Bezug aufweisen. Insofern beansprucht die vorliegende Studie nicht, die tatsächlichen Transfers treffsicher abzubilden, sondern es wird versucht, mit Annahmen und mathematischen Gleichungssystemen ein so weit möglich plausibles Abbild der Wirklichkeit zu zeichnen. Hierbei sind u.a. „Verzerrungen“, die aufgrund länderübergreifender Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen, die wir mangels valider Daten nicht adäquat modellieren konnten, unvermeidbar. So sind etwa die ausgewiesenen Zuflüsse nach Berlin und Hamburg vermutlich zu hoch ausgewiesen, weil ein Teil der Krankenhausinanspruchnahme in Berlin und Hamburg netto auf Nutzer aus den benachbarten Bundesländern zurückzuführen ist, in unserer Studie jedoch den Berliner bzw. Hamburger Versicherten zugerechnet wird.

Ein Vergleich der Ergebnisse dieser Studie mit denen des Hauptgutachtens oder eine Addition der in dieser Studie ermittelten länderübergreifenden Transfers mit den „Differenzbeträgen nach § 272 SGB V“, also den sogenannten „Belastungen“ bzw. „Entlastungen“ aus der Gegenüberstellung von fortgeschriebenen Beitragseinnahmen (saldiert um die RSA-Position) und Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds ist aus einer Reihe von Gründen methodisch unzulässig:

- Die vorliegende Studie berechnet Transfers, die sich innerhalb überregional tätiger Krankenkassen bei Anwendung rechnerisch ausgabendeckender Beitragssätze in 2006 ergeben, insbesondere in den „klassischen“ bundesweiten Krankenkassen, wie den Ersatzkassen, wenigen BKKs und der Bundesknappschaft. Demgegenüber arbeitet die Regelung des § 272 SGB V mit den in einem Bundesland in 2008 erhobenen tatsächlichen Beitragssätzen. Hierbei ist das Gewicht von Krankenkassen mit überregionalem Schwerpunkt bei der Ermittlung des Beitragssatzes höchst unterschiedlich: So schwankt der Anteil der 5 großen bundesweit tätigen Ersatzkassen und der Bundesknappschaft an allen Versicherten in einem Bundesland von 22 % (in Bremen) und 27 % (in Sachsen) bis 46 % (im Saarland); spiegelbildlich reicht der AOK-Anteil an allen Versicherten in einem Bundesland von 18 % (in Hamburg) bis 50 % (in Sachsen). Dementsprechend misst der in 2008 in einem Bundesland erhobene Beitragssatz sehr unterschiedliche regional-überregionale Mischungsverhältnisse.
- Der tatsächlich in 2008 erhobene Beitragssatz beinhaltet – im Gegensatz zum rechnerisch ausgabendeckenden Beitragssatz – auch beitragsatzpolitische Komponenten. Zudem muss der tatsächlich erhobene Beitragssatz einer jeden Krankenkasse in 2008 auch die Verwaltungskosten und damit die gegenwärtig bestehende Unvollständigkeit des Finanzkraftausgleichs berücksichtigen, die wir in dieser Studie ausgeklammert haben. Auch muss jede Krankenkasse auch die Versicherten in den Bundesländern, in denen sie weniger als 5.000 Versicherte hat, in ihren Beitragskalkulationen berücksichtigen. Schließlich spiegeln sich in dem im Hauptgutachten ausgewiesenen durchschnittlichen gewichteten Beitragssatz in einem Bundesland auch die Krankenkassen mit weniger als 250.000 Versicherten wider, die wir in dieser Studie außen vor gelassen haben.

## Anhang

### **Vergleich der Ergebnisse dieser Sonderauswertung mit den Ergebnissen in Wasem, Buchner et al (2007)**

Die Sonderauswertung entwickelt für das Jahr 2006 die Methodik weiter, die in Wasem, Buchner et al. (2007) bereits (angewendet auf das Jahr 2005) entwickelt worden war. Anders als in der genannten Studie standen dieses Mal Daten auf Einzelkassenebene (Versichertenstatistiken KM6 Teil I, KM6 Teil II, RSA-Daten, Jahresrechnungen KJ1) zur Verfügung; hingegen musste in der 2007er Studie auf der Basis sehr grober Annahmen, wie viele Versicherte „überregionalen“ Krankenkassen in den einzelnen Bundesländern und Kassenarten angehören, gearbeitet werden. Auch wurde in der vorliegenden Sonderauswertung ein Versuch unternommen, aus den Rentnerzahlen in der Mitgliederstatistik die Zahl der Erwerbsminderungsrentner nach Bundesländern zu differenzieren. Daten zu den Versicherten in DMPs nach Bundesländern standen in der 2007er Studie nicht zur Verfügung. Anders als in der genannten Studie wurde der überproportionalen Überschätzung der Zahl der Krankenhaufälle von GKV-Versicherten in Bundesländern mit einem überdurchschnittlichen Anteil von PKV-Versicherten in der vorliegenden Untersuchung durch einen entsprechenden Korrekturfaktor begegnet.

Die Ergebnisse der vorliegenden Sonderauswertung stimmen im Vorzeichen für 12 der 16 Bundesländer mit den Ergebnissen der Studie aus dem Vorjahr überein. Ein gegenteiliger Effekt als in der 2007er Studie wird für NRW, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt und Thüringen ausgewiesen. Für NRW dürfte dies der Tatsache geschuldet sein, dass durch die Fusion der AOK Rheinland mit der AOK Hamburg in 2006 ein interregionaler Transfer von NRW nach Hamburg ausgelöst wurde, der 2005 noch nicht bestand; entsprechend hat sich der Zufluss für Hamburg erhöht. Für die ostdeutschen Länder Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt und Thüringen ist die Veränderung demgegenüber überwiegend darauf zurückzuführen, dass in der vorliegenden Sonderauswertung (wie erwähnt) die Krankenhausaufgaben um eine PKV-Quote bereinigt wurden – da in diesen Ländern der PKV-Anteil unterdurchschnittlich ist, waren in der 2007er Studie, in der eine solche Korrektur nicht vorgenommen wurde, die Krankenhausaufgaben der GKV in diesen Ländern unterschätzt worden, was zur Zurechnung eines zu günstigen regionalen Beitragssatzes und daher zu nicht adäquater Zurechnung einer negativen Transferposition geführt hatte. Umgekehrt waren in westdeutschen Ländern mit überdurchschnittlichen PKV-Quoten die Krankenhausaufgaben der GKV in der 2007er Studie überschätzt worden – entsprechend fallen bei diesen Ländern die errechneten Zuflüsse nunmehr geringer aus (z.B. Bayern) oder entsprechende Abflüsse fallen größer aus (z.B. Baden-Württemberg).

## Literatur

- Drabinski, T. (2006). Ökonomische Auswirkungen der Gesundheitsreform auf die Bundesländer. Kiel, Institut für Mikrodaten-Analyse.
- Göpffarth, D. (2007). Gesundheitsfonds und Regionaldebatte II: Empirie. Jahrbuch Risikostrukturausgleich 2007 Gesundheitsfonds. D. Göpffarth, S. Greß, K. Jacobs, J. Wasem. Sankt Augustin, Asgard Verlag: 163-94.
- Göpffarth, D./K.-D. Henke (2006). Finanzierungsreform und Risikostrukturausgleich - Was bleibt vom Ausgleichsverfahren? Diskussionspapiere TU Berlin, Fakultät VIII. Berlin: 30.
- Henke, K.-D./W.-D. Leber (1989). GKV-interne Finanzströme zwischen den Bundesländern - Zur Lage Niedersachsens unter Berücksichtigung möglicher Reformen der Kassenstruktur. Gutachten im Auftrag der Niedersächsischen Staatskanzlei. Hannover.
- IGES/K. W. Lauterbach/J. Wasem (2005). Klassifikationsmodelle für Versicherte im Risikostrukturausgleich. Endbericht. Untersuchung zur Auswahl geeigneter Gruppenbildungen, Gewichtungsfaktoren und Klassifikationsmerkmale für einen direkt morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Bd. 334. Bonn.
- Jacobs, K./P. Reschke/D. Cassel/J. Wasem (2002). Zur Wirkung des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung. Baden-Baden, Nomos.
- Jacobs, K./P. Reschke/J. Wasem (1998). Zur funktionalen Abgrenzung von Beitragssatzregionen in der gesetzlichen Krankenversicherung. Baden-Baden, Nomos.
- Leber, W.-D./J. Wasem (1990). "GKV-Länder-Finanzausgleich" - über Ausmaß und Änderung von interregionalen Finanzströmen durch eine GKV-Organisationsreform." Sozialer Fortschritt **39**: 187-91.
- Rürup, B./E. Wille (2007). Finanzielle Effekte des vorgesehenen Gesundheitsfonds auf die Bundesländer, Gutachten im Auftrage des Bundesministeriums für Gesundheit. Darmstadt/Mannheim.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007). Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Berlin, [www.svr-gesundheit.de](http://www.svr-gesundheit.de).
- Wasem, J. (2007). "Die Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs ab dem Jahr 2009." GGW **7(3/07)**: 15-22.
- Wasem, J./F. Buchner/G. Lux/M.-S. Manouguian/S. Schillo (2007a). Die Regionaldimension in der Gesetzlichen Krankenversicherung vor dem Hintergrund des GKV-WSG, Gutachten für das Land Baden-Württemberg. Essen, Fachbereich Wirtschaftswissenschaften Universität Duisburg Essen, Campus Essen. **Diskussionspapier 153**.

- Wasem, J./F. Buchner/E. Wille (2008). Umsetzung und empirische Abschätzung der Übergangsregelungen zur Einführung des Gesundheitsfonds (§ 272 SGB V). Gutachten im Auftrag der Bundesregierung. Essen, Feldkirchen und Mannheim. Download unter: [www.uni-due.de/medizinmanagement](http://www.uni-due.de/medizinmanagement) -> Aktuelles aus Forschung und Politikberatung.
- Wasem, J./S. Greß/K. Jacobs (2007b). Gesundheitsfonds und Regionaldebatte I: Ordnungspolitischer Rahmen. Jahrbuch Risikostrukturausgleich 2007 Gesundheitsfonds. D. Göpfarth, S. Greß, K. Jacobs, J. Wasem. Sankt Augustin, Asgard Verlag: 139-62.
- Wille, E./U. Schneider (1997). "Zur Regionalisierung in der gesetzlichen Krankenversicherung." Recht und Politik im Gesundheitswesen 3(4): 141-58.

