

Diskussionsbeitrag aus dem
Fachbereich Wirtschaftswissenschaften
Universität Duisburg-Essen
Campus Essen

Nr. 153

Januar 2007

**Die Regionaldimension in der Gesetzlichen
Krankenversicherung vor dem Hintergrund
des GKV-WSG**

Jürgen Wasem, Florian Buchner, Gerald Lux,
Maral-Sonja Manouguian, Sonja Schillo

Die Regionaldimension in der Gesetzlichen Krankenversicherung vor dem Hintergrund des GKV-WSG

– Gutachten für das Land Baden-Württemberg –

Verfasser:

Prof. Dr. rer. pol. Jürgen Wasem¹

Dipl.-Math. Dr. rer. pol. Florian Buchner MPH²

Gerald Lux¹

Maral-Sonja Manouguian MSc.¹

Dipl.-Kffr. Sonja Schillo¹

¹ Alfried Krupp von Bohlen und Halbach-
Stiftungslehrstuhl für Medizinmanagement
Universität Duisburg-Essen

² Professur für Gesundheitsökonomie
Fachhochschule Kärnten

Inhaltsverzeichnis

INHALTSVERZEICHNIS.....	3
TABELLENVERZEICHNIS:	5
ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	7
ZUSAMMENFASSUNG DER ZENTRALEN ERGEBNISSE	8
A. EINLEITUNG.....	16
B. DIE REGIONALDIMENSION DER GKV-WETTBEWERBSORDNUNG UND DAS GKV-WSG .	18
B.1. DIE ORDNUNGSPOLITISCHE FRAGESTELLUNG	18
B.2. REGIONALDIMENSION DER BEITRAGSKALKULATION UND GKV-WETTBEWERBSORDNUNG	20
B.3. REGIONALDIMENSION DES RSA UND GKV-WETTBEWERBSORDNUNG.....	22
B.4. ZWISCHENERGEBNIS.....	28
C. INTERREGIONALE TRANSFERS IN DER GKV IM KONTEXT DES GKV-WSG	29
C.1. DER STATUS QUO INTERREGIONALER TRANSFERS.....	30
C.1.1. <i>Anknüpfungspunkte für interregionale Transfers in der GKV im Status quo</i>	30
C.1.1.1. Interregionale Transfers in der GKV durch den RSA	30
C.1.1.2. Interregionale Transfers in der GKV jenseits des RSA	32
C.1.1.3. Zwischenergebnis.....	34
C.1.2. <i>Methodisches Vorgehen zur Ermittlung der interregionalen Transfers in der GKV im Status quo</i> ³⁵	
C.1.2.1. Methodik zur Ermittlung der interregionalen Transfers im Finanzkraftausgleich im RSA im Status quo	35
C.1.2.2. Methodik zur Ermittlung der interregionalen Transfers im Beitragsbedarfsausgleich im RSA im Status quo	41
C.1.2.3. Methodik zur Ermittlung des Gesamteffekts des RSA im Status quo auf interregionale Transfers	44
C.1.2.4. Methodik der Ermittlung des Effekts der überregionalen Beitragssatzkalkulation auf interregionale Transfers im Status quo.....	45
C.1.2.5. Methodik der Ermittlung des Gesamteffekts interregionaler Transfers im Status quo.....	52
C.1.3. <i>Empirische Abschätzung der interregionalen Transfers im Status quo</i>	53
C.1.3.1. Empirische Abschätzung der Effekte des Finanzkraftausgleichs im Status quo.....	53
C.1.3.3. Empirische Abschätzung des Gesamteffekts des RSA im Status quo	58
C.1.3.4. Empirische Abschätzung des Effekts der überregionalen Beitragssatzkalkulation im RSA ..	58
C.2.1.1. Veränderung interregionaler Transfers durch Modifikation von Regelungen im RSA durch das GKV-WSG	65
C.2.1.2. Veränderung interregionaler Transfers im Kontext der GKV-WSG infolge der Kalkulation bundesweiter Krankenkassen.....	69
C.2.1.3. Mögliche Veränderung interregionaler Transfers durch die Veränderung von Preisniveaus in der Vergütung von Leistungserbringern	71

C.2.1.4.	Veränderungen interregionaler Transfers durch eine Finanzierungsquote des Gesundheitsfonds von 95 %	75
C.2.2.	Methodisches Vorgehen zur Ermittlung der Veränderung der interregionalen Effekte durch das GKV-WSG	77
C.2.2.1.	Methodik der Ermittlung der interregionalen Transfers durch die Vervollständigung des Finanzkraftausgleichs durch das GKV-WSG	78
C.2.2.2.	Methodik der Ermittlung der Veränderung der interregionalen Transfers durch die überregionale Kalkulation von Krankenkassen	80
C.2.2.3.	Methodik der Ermittlung der gesamten Veränderung der interregionalen Transfers durch das GKV-WSG: Vervollständigung des Finanzkraftausgleichs und Mischkalkulation überregionaler Krankenkassen	83
C.2.2.4.	Methodik der Ermittlung möglicher interregionaler Effekte durch die Veränderung von Preisniveaus in der Vergütung von Leistungserbringern	83
C.2.2.5.	Methodik der Ermittlung der Veränderung interregionaler Transfers durch eine Finanzierungsquote des Gesundheitsfonds von 95 %	87
C.2.3.	Empirische Abschätzung der Veränderung der interregionalen Effekte durch das GKV-WSG	89
C.2.3.1.	Empirische Abschätzung der Effekte der Vervollständigung des Finanzkraftausgleichs	90
C.2.3.2.	Empirische Abschätzung der Veränderung des Effekts der überregionalen Kalkulation von Krankenkassen	92
C.2.3.3.	Empirische Abschätzung der Veränderung der interregionalen Transfers durch das GKV-WSG: Vervollständigung des Finanzkrafttransfers und überregionale Kalkulation zusammen	96
C.2.3.4.	Empirische Abschätzung der Veränderung interregionaler Transfers infolge einer möglichen Veränderung von Preisniveaus in der Vergütung von Leistungserbringern	97
C.2.3.5.	Empirische Abschätzung der Veränderung interregionaler Transfers durch eine Finanzierungsquote des Gesundheitsfonds von 95 %	102
	LITERATURVERZEICHNIS	108
	ANHANG	110

Tabellenverzeichnis:

TABELLE SUMMARY 1: GESAMTEFFEKT INTERREGIONALER TRANSFERS IN DER GKV IM STATUS QUO	13
TABELLE SUMMARY 2: GESAMTEFFEKT GKV-WSG: VERVOLLSTÄNDIGUNG DES FINANZKRAFTAUSGLEICHS UND EFFEKTE AUF DIE MISCHKALKULATION ÜBERREGIONALER KRANKENKASSEN.....	14
TABELLE SUMMARY 3: GESAMTEFFEKT GKV-WSG: VERVOLLSTÄNDIGUNG DES FINANZKRAFTAUSGLEICHS UND EFFEKTE AUF DIE MISCHKALKULATION ÜBERREGIONALER KRANKENKASSEN BEI ANGLEICHUNG DER PREISNIVEAUS AUF DEN BUNDESDURCHSCHNITT.....	15
TABELLE SUMMARY 4: GESAMTEFFEKT GKV-WSG: VERVOLLSTÄNDIGUNG DES FINANZKRAFTAUSGLEICHS UND EFFEKTE AUF DIE MISCHKALKULATION ÜBERREGIONALER KRANKENKASSEN BEI ANGLEICHUNG DER PREISNIVEAUS AUF DEN BUNDESDURCHSCHNITT.....	16
TABELLE 1: BEITRAGSPFLICHTIGE EINKÜNFTE JE MITGLIED IN SOEP UND EVS	38
TABELLE 2: RAHMENDATEN FÜR DEN FINANZKRAFTAUSGLEICH	40
TABELLE 3: PRO-TAG-WERTE DES RSA FÜR DEN BEITRAGSBEDARFSAUSGLEICH NACH ALTER UND GESCHLECHT	44
TABELLE 4: ZUORDNUNG DER MITGLIEDER UND VERSICHERTEN AUF DIE REGIONALEN KRANKENKASSEN UND DIE ÜBERREGIONALE KRANKENKASSE	47
TABELLE 5: MARKTANTEILE DER ÜBERREGIONALEN KASSE IN DEN BUNDESLÄNDERN	48
TABELLE 6: EMPIRISCHE ABSCHÄTZUNG DER INTERREGIONALEN EFFEKTE DES FINANZKRAFTAUSGLEICHS IM STATUS QUO	54
TABELLE 7: EMPIRISCHE ABSCHÄTZUNG DER INTERREGIONALEN EFFEKTE DES BEITRAGSBEDARFSAUSGLEICHS IM STATUS QUO.....	55
TABELLE 8: GESAMTEFFEKT INTERREGIONALER TRANSFERS DES RSA IM STATUS QUO	61
TABELLE 9: INTERREGIONALE TRANSFERS DURCH DIE "MISCHKALKULATION" DER MODELLIERTEN ÜBERREGIONALEN KRANKENKASSE	62
TABELLE 10: GESAMTEFFEKT INTERREGIONALER TRANSFERS IN DER GKV IM STATUS QUO	64
TABELLE 11: RAHMENBEDINGUNGEN FÜR DIE VERVOLLSTÄNDIGUNG DES FINANZKRAFTAUSGLEICHS.....	79
TABELLE 12: ABLEITUNG RELATIVER PREISNIVEAUS FÜR DIE AMBULANTE UND STATIONÄRE VERSORGUNG....	86
TABELLE 13: EFFEKT DER VERVOLLSTÄNDIGUNG DES FINANZKRAFTAUSGLEICHS AUF DIE INTERREGIONALEN TRANSFERS.....	91
TABELLE 14: INTERREGIONALE TRANSFERS DURCH DIE KALKULATION DER ÜBERREGIONALEN KRANKENKASSE UNTER GESUNDHEITSFONDS.....	94
TABELLE 15: VERÄNDERUNG DER INTERREGIONALEN TRANSFERS DURCH DIE KALKULATION DER ÜBERREGIONALEN KASSEN UNTER GESUNDHEITSFONDS IM VERGLEICH ZUM STATUS QUO .	95
TABELLE 16: VERÄNDERUNG DER INTERREGIONALEN TRANSFERS DURCH VERVOLLSTÄNDIGUNG DES FINANZKRAFTAUSGLEICHS UND MISCHKALKULATION ÜBERREGIONALER KASSEN ZUSAMMEN	98
TABELLE 17: EFFEKTE EINER PREISNIVEAUANGLEICHUNG AUF DAS AUSGABENNIVEAU.....	100

TABELLE 18: KALKULATION VON ZUSATZBEITRÄGEN BZW. PRÄMIENZAHLUNGEN UNTER GESUNDHEITSFONDS UND ALTERNATIVEN ANNAHMEN ZUM REGIONALEN PREISNIVEAU FÜR GESUNDHEITSLEISTUNGEN	103
TABELLE 19: GESAMTEFFEKT GKV-WSG: VERVOLLSTÄNDIGUNG DES FINANZKRAFTAUSGLEICHS UND EFFEKTE AUF DIE MISCHKALKULATION ÜBERREGIONALER KRANKENKASSEN BEI ANGLEICHUNG DER PREISNIVEAUS AUF DEN BUNDESDURCHSCHNITT	104
TABELLE 20: VERÄNDERUNG INTERREGIONALER TRANSFERS DURCH DIE REDUKTION DER FINANZIERUNGSQUOTE DES GESUNDHEITSFONDS AUF 95 %.....	107
TABELLE 21: EVS UND SOEP IM VERGLEICH.....	112

Abkürzungsverzeichnis

ABS	Ausgleichsbedarfssatz
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse(n)
BFW	Basisfallwert(e)
BKK	Betriebskrankenkasse(n)
BKn	Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See
BL	Bundesland, Bundesländer
BPE	Beitragspflichtige Einnahmen
BVA	Bundesversicherungsamt
BVerfG	Bundesverfassungsgericht
c.p.	ceteris paribus = unter sonst gleichen Umständen, alle anderen Faktoren konstant gehalten
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DMP(s)	Disease Management Programm(e)
ErsK	Ersatzkasse(n)
EVS	Einkommens- und Verbrauchsstichprobe
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-WSG	Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung
IKK	Innungskrankenkasse(n)
K(B)V	Kassenärztliche (Bundes-) Vereinigung
KVLG 1989	Zweites Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte (von 1989)
LBFW	Landesbasisfallwert(e)
LKK	Landwirtschaftliche Krankenkasse(n)
RSA	Risikostrukturausgleich
RSaV	Risikostrukturausgleichsverordnung
SeeKK	See-Krankenkasse
SGB	Sozialgesetzbuch
SOEP	Sozioökonomisches Panel

Zusammenfassung der zentralen Ergebnisse

1. Für einen funktionsfähigen Kassenwettbewerb kommt einer adäquat ausgestalteten Wettbewerbsordnung eine erhebliche Bedeutung zu, da andernfalls der Wettbewerb keine produktiven Beiträge zur Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung leistet. Zu einer adäquat ausgestalteten Wettbewerbsordnung gehört auch eine sachgerechte Ausgestaltung von Regelungsparametern mit regionalem Bezug.

Sowohl für die Frage der Regionaldimension der Beitragskalkulation als auch für die Regionaldimension des RSA stellt die Studie fest, dass die bereits bislang bestehenden Defizite der Wettbewerbsordnung, die die Funktionsfähigkeit des Kassenwettbewerbs bereits heute beeinträchtigen, durch das GKV-WSG tendenziell verstärkt werden.

Lösungsvorschläge, wie in einer Welt mit Gesundheitsfonds und Zusatzprämien diese negativen Wirkungen vermieden werden können und mit Blick auf die Regionaldimension eine funktionale Wettbewerbsordnung erreicht werden kann, sind insbesondere:

- Den Krankenkassen ist die Möglichkeit einzuräumen, eventuelle Zusatzbeiträge regional zu differenzieren.
 - Im RSA sollte eine zweite, regionale, Stufe eingeführt werden.
 - Soll die Überforderungsklausel beim Zusatzbeitrag bestehen bleiben, müssen die Teile des Zusatzbeitrags, die die Versicherten nicht selber aufbringen können, den Krankenkassen (in standardisierter Form) „von außen“ zur Verfügung gestellt und nicht durch Umlage auf die übrigen Versicherten der jeweiligen Krankenkasse aufgebracht werden.
 - Der Zusatzbeitrag ist zur Vermeidung von Risikoselektionsanreizen für die Krankenkassen in standardisierter Form im Risikostrukturausgleich zu berücksichtigen.
2. Auch wenn die GKV in wesentlicher Weise ein Instrument zur Verwirklichung bundesstaatlicher Ziele des sozialen Ausgleichs ist, ist die Frage nach der interregionalen Transferposition der GKV-Versicherten eines Bundeslandes sowie nach deren Veränderung durch Neuregelungen im Sozialversicherungsrecht angesichts der zentralen Bedeutung der Gesundheitsversorgung und der Gesundheitswirtschaft in den Bundesländern legitimer Gegenstand des Länderinteresses. Die Datenlage zur Untersuchung dieser Fragestellungen ist schlecht, so dass an vielen Stellen gesichertes Wissen durch plausible Annahmen und mathematische Modellbildungen ersetzt werden muss. Der Bundesgesetzgeber ist aufgerufen, diese Situation zu verbessern, z.B. durch Einführung eines Bundesland-Kennzeichens auf der Krankenversichertenkarte.

3. Im heute geltenden Recht (Status quo) wird die Transferposition eines Landes innerhalb der GKV wesentlich durch den Effekt des Finanzkraftausgleichs im RSA, den Effekt des Beitragsbedarfsausgleichs im RSA und den Effekt der überregionalen Beitragssatzkalkulation bundesweit tätiger Krankenkassen beeinflusst. Diese Effekte werden in der Studie für das Jahr 2005 analysiert. Dabei wird – abweichend von der tatsächlichen Situation in 2005 – modelliert, dass der gesamtdeutsche RSA in diesem Jahr bereits vollständig gegolten hätte. Der Bundeszuschuss an die GKV (der 2005 2,5 Mrd. Euro betrug) wird auf der Einnahmen- und Ausgabenseite nicht berücksichtigt. Die landwirtschaftlichen Krankenkassen bleiben vollständig in der Untersuchung unberücksichtigt.
4. Aus Baden-Württemberg fließen im Status quo nach unseren Berechnungen auf Basis der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe des Statistischen Bundesamtes und der GKV-Mitgliederstatistik rd. 730 Mio. Euro durch den RSA ab (vgl. Tabelle Summary 1 Spalte 2) – dies ist Ergebnis der Tatsache, dass Baden-Württembergs Versicherte im Bundesvergleich etwas jünger sind (über den Beitragsbedarfsausgleich fließen rd. 405 Mio. Euro ab) und über überdurchschnittliche beitragspflichtige Einnahmen verfügen (über den Finanzkraftausgleich fließen rd. 325 Mio. Euro ab). Die Zahl stellt vermutlich eine Untergrenze dar, weil sich bei Verwendung anderer statistischer Grundlagen (insbesondere: Sozioökonomisches Panel) höhere Beträge ergeben. Weitere 159 Mio. Euro fließen im Status quo durch den Effekt der überregionalen Beitragssatzkalkulation bundesweit tätiger Krankenkassen ab (vgl. Tabelle Summary 1 Spalte 3) – würden die überregional tätigen Krankenkassen nämlich einen Regionalbeitragssatz für die jeweiligen Bundesländer kalkulieren, hätte dieser in Baden-Württemberg durchschnittlich 0,25 Beitragssatzpunkte unterhalb des Beitragssatzes, den die überregionalen Krankenkassen im Rahmen ihrer „Mischkalkulation“ bundesweit erheben, gelegen. Insgesamt fließen damit mindestens rd. 5,4 Prozent der Finanzkraft der baden-württembergischen Versicherten in andere Bundesländer ab (Tabelle Summary 1 Spalte 8).
5. Mit dem GKV-WSG wird im Rahmen der Einführung des Gesundheitsfonds der Finanzkraftausgleich des RSA, der heute rd. 92 % der Unterschiede in den beitragspflichtigen Einnahmen ausgleicht, auf 100 % erhöht. Daraus resultiert für die Versicherten im Land Baden-Württemberg eine Mehrbelastung von rd. 42 Mio. Euro (vgl. Tabelle Summary 2 Spalte 2). Die Zahl stellt vermutlich eine Untergrenze dar, weil sich bei Verwendung anderer statistischer Grundlagen höhere Beträge ergeben – der Betrag von 100 Mio. Euro wird allerdings auch unter „pessimistischen“ Annahmen allenfalls sehr geringfügig überschritten. Zu berücksichtigen ist auch, dass wegen der Vervollständigung des Finanzkraftausgleichs die Mittelabflüsse durch die überregionale Beitragssatzkalkulation der bundesweiten Kassen etwas abnehmen, weil Mittel die bisher durch Beitragszahlungen innerhalb dieser Kassen aus Baden-

Württemberg abgeflossen sind, nunmehr über die Zahlungen der baden-württembergischen Versicherten in den Gesundheitsfonds abfließen. Dieser Effekt wird von uns für Baden-Württemberg auf rd. 11 Mio. Euro berechnet, wenn die überregionalen Kassen einkommensunabhängige Zusatzprämien erheben oder ausschütten (vgl. Tabelle Summary 2 Spalte 3); er ist bei einkommensabhängigen Zusatzbeiträgen/erstattungen geringfügig höher; auch diese Zahl stellt vermutlich eine Untergrenze dar.

6. Nicht berücksichtigt werden konnten von uns die Effekte der Einführung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs auf die Transfersalden der Bundesländer. Ob dieser Effekt besteht, ist nicht offensichtlich, weil er voraussetzt, dass über die mit den unterschiedlichen Altersstrukturen ohnehin verbundenen Effekte auf die Morbidität und über den Anteil von eingeschriebenen Chronikern in Disease Management Programme hinaus (beide Risikofaktoren sind bereits heute im RSA berücksichtigt) auch weitere systematische Morbiditätsunterschiede zwischen den Bundesländern bestehen. Hierzu müsste ein eigenes Forschungsprojekt aufgelegt werden.
7. Baden-Württemberg weist heute – auch nach Berücksichtigung der jüngeren Altersstruktur – deutlich unterdurchschnittliche Mengen in Anspruch genommener Gesundheitsleistungen auf. Die günstige Inanspruchnahmesituation in Verbindung mit den überdurchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen ermöglicht es, dass in Baden-Württemberg überdurchschnittliche Preise für die Leistungen der niedergelassenen Ärzte, Krankenhäuser und anderer Gesundheitseinrichtungen gezahlt werden können. Die höheren Preise sind von uns mit einem Ausgabenvolumen für 2005 von mindestens 390 Mio. Euro errechnet worden. Es wird im Land Baden-Württemberg teilweise befürchtet, dass das höhere Preisniveau nach Einführung des Gesundheitsfonds abgeschmolzen werden muss, um zusätzliche Belastungen der Versicherten zu vermeiden. Inwieweit eine solche Angleichung rechtlich möglich und vertragspolitisch durchsetzbar wäre, ist nicht Gegenstand der Studie. Die Modellrechnung (für die wir angenommen haben, dass das Jahr 2005 insgesamt in der GKV mit einem ausgeglichenen Haushalt abgeschlossen wurde, während real ein Überschuss von 1,7 Mrd. Euro erzielt wurde) zeigt, dass bei einer Ausstattung des Gesundheitsfonds mit bundesdurchschnittlich 100 % die Regionalkassen in Baden-Württemberg auf Basis der Daten des Jahres 2005 das gegebene Preisniveau auch weiterhin finanzieren können, ohne von ihren Versicherten eine Zusatzprämie verlangen zu müssen (vgl. Tabelle Summary 3 Spalte 4). Ob diese Aussage, die wir für den Durchschnitt der Regionalkassen in Baden-Württemberg treffen konnten, auch für alle einzelnen Regionalkassen gilt, konnte von uns nicht untersucht werden.
8. Würde das Preisniveau für die Gesundheitsleistungen in Baden-Württemberg auf das bundesdurchschnittliche Niveau abgesenkt, ergäben sich für die Versicherten der Regionalkassen

Entlastungen, weil dann bei einer Ausstattung des Gesundheitsfonds mit bundesdurchschnittlich 100 % vermutlich eine kleine Prämienausschüttung (von pro Jahr 73 Euro) an die Versicherten möglich wäre (vgl. Tabelle Summary 3 Spalte 9). Von der Preisniveaubasenkung würden die baden-württembergischen Versicherten der überregionalen Kassen allerdings nicht profitieren – bei den überregionalen Kassen würde die Angleichung der Preise vielmehr dazu führen, dass sich ihr „Überschuss“ in Baden-Württemberg um rd. 172 Mio. Euro vergrößern (vgl. in Tabelle Summary 3 die Differenz zwischen Spalte 6 und Spalte 2). Diese Mittel würden im Wege der Mischkalkulation zusätzlich aus Baden-Württemberg abfließen (vgl. Tabelle Summary 4 Spalte 3 im Vergleich zu Summary Tabelle 2 Spalte 3); in Höhe dieses Abflusses wären die Umsatzeinbußen für die Leistungserbringer in Baden-Württemberg größer als die Entlastungen der Beitragszahler in Baden-Württemberg.

Tabelle Summary 1: Gesamteffekt interregionaler Transfers in der GKV im Status quo

Bundesland	absolut			je Versicherten			in % der Finanzkraft
	RSA	Mischkalkulation	Summe/Saldo	RSA	Mischkalkulation	Summe/Saldo	
1	2	3	4	5	6	7	8
Baden-Württemberg	- 729.928.374 €	- 158.706.194 €	- 888.634.568 €	- 82,64 €	- 17,97 €	- 100,61 €	-5,39%
Bayern	- 899.489.671 €	477.319.507 €	- 422.170.164 €	- 89,06 €	47,26 €	- 41,80 €	-2,23%
Berlin	- 38.395.631 €	349.900.760 €	311.505.129 €	- 14,20 €	129,41 €	115,21 €	6,27%
Brandenburg	310.645.470 €	- 308.737.876 €	1.907.593 €	137,51 €	- 136,66 €	0,84 €	0,05%
Bremen	38.257.569 €	161.587.486 €	199.845.055 €	67,64 €	285,68 €	353,32 €	19,60%
Hamburg	- 264.159.690 €	337.915.719 €	73.756.029 €	- 191,09 €	244,45 €	53,35 €	2,65%
Hessen	- 438.686.591 €	- 122.275.393 €	- 560.961.985 €	- 87,30 €	- 24,33 €	- 111,64 €	-5,86%
Mecklenburg-Vorpommern	373.625.555 €	- 16.864.501 €	356.761.054 €	242,56 €	- 10,95 €	231,62 €	14,32%
Niedersachsen	- 84.255.120 €	- 361.156.269 €	- 445.411.389 €	- 12,58 €	- 53,93 €	- 66,51 €	-3,65%
Nordrhein-Westfalen	- 333.469.034 €	196.139.507 €	- 137.329.527 €	- 21,78 €	12,81 €	- 8,97 €	-0,49%
Rheinland-Pfalz	- 46.700.738 €	70.944.189 €	24.243.451 €	- 13,94 €	21,17 €	7,24 €	0,39%
Saarland	39.461.107 €	107.096.884 €	146.557.991 €	44,20 €	119,96 €	164,17 €	8,93%
Sachsen	1.132.095.911 €	- 326.859.352 €	805.236.559 €	293,18 €	- 84,65 €	208,53 €	12,41%
Sachsen-Anhalt	558.642.461 €	- 126.324.338 €	432.318.123 €	245,85 €	- 55,59 €	190,25 €	11,23%
Schleswig-Holstein	- 19.273.237 €	- 165.027.345 €	- 184.300.582 €	- 8,22 €	- 70,43 €	- 78,65 €	-4,28%
Thüringen	401.630.013 €	- 114.952.784 €	286.677.229 €	189,25 €	- 54,17 €	135,08 €	7,82%
Bund ohne Wohnort im Ausland	- 0 €	- €	- 0 €	- 0,00 €	- €	- 0,00 €	0,00%

Quelle: Eigene Berechnungen

Tabelle Summary 2: Gesamteffekt GKV-WSG: Vervollständigung des Finanzkraftausgleichs und Effekte auf die Mischkalkulation überregionaler Krankenkassen¹⁾

Bundesland	absolut			je Versicherten		
	Vervollständigung des Finanzkraftausgleichs	Mischkalkulation	Summe/Saldo	Vervollständigung des Finanzkraftausgleichs	Mischkalkulation	Summe/Saldo
1	2	3	4	5	6	7
Baden-Württemberg	- 41.632.011 €	10.810.208 €	- 30.821.803 €	- 4,71 €	1,22 €	- 3,49 €
Bayern	- 54.606.182 €	19.799.255 €	- 34.806.927 €	- 5,41 €	1,96 €	- 3,45 €
Berlin	- 5.198.393 €	9.855.820 €	- 4.657.426 €	- 1,92 €	3,65 €	- 1,72 €
Brandenburg	- 18.182.862 €	4.448.176 €	- 13.734.686 €	- 8,05 €	1,97 €	- 6,08 €
Bremen	- 2.400.713 €	929.025 €	- 1.471.688 €	- 4,24 €	1,64 €	- 2,60 €
Hamburg	- 21.928.380 €	13.224.384 €	- 8.703.996 €	- 15,86 €	9,57 €	- 6,30 €
Hessen	- 34.249.966 €	18.446.982 €	- 15.802.983 €	- 6,82 €	3,67 €	- 3,14 €
Mecklenburg-Vorpommern	- 28.233.019 €	9.121.703 €	- 19.111.315 €	- 18,33 €	5,92 €	- 12,41 €
Niedersachsen	- 1.286.157 €	4.400.015 €	- 5.686.172 €	- 0,19 €	0,66 €	- 0,85 €
Nordrhein-Westfalen	- 16.434.195 €	9.944.467 €	- 26.378.662 €	- 1,07 €	0,65 €	- 1,72 €
Rheinland-Pfalz	- 2.223.774 €	458.547 €	- 1.765.227 €	- 0,66 €	0,14 €	- 0,53 €
Saarland	- 1.780.992 €	1.912.494 €	- 131.502 €	- 1,99 €	2,14 €	- 0,15 €
Sachsen	- 69.488.533 €	23.369.744 €	- 46.118.789 €	- 18,00 €	6,05 €	- 11,94 €
Sachsen-Anhalt	- 34.502.759 €	11.127.479 €	- 23.375.280 €	- 15,18 €	4,90 €	- 10,29 €
Schleswig-Holstein	- 1.318.834 €	1.192.663 €	- 2.511.497 €	- 0,56 €	0,51 €	- 1,07 €
Thüringen	- 24.289.013 €	6.149.429 €	- 18.139.584 €	- 11,44 €	2,90 €	- 8,55 €
Bund ohne Wohnort im Ausland	- 0 €	- €	- 0 €	- 0,00 €	- €	- 0,00 €

¹⁾ In Tabelle Summary 2 ist angenommen, dass die überregionalen Krankenkassen etwaige Zusatzprämien oder Ausschüttungen einkommensunabhängig vornehmen. Im Haupttext ist auch die Variante berechnet, wenn die überregionalen Krankenkassen etwaige Zusatzforderungen an die Versicherten oder Ausschüttungen mit einkommensabhängigen Zusatzbeiträgen durchführen; hierbei ergeben sich geringfügig andere Beträge (max. Abweichung des Saldo 6 Mio. €).

Quelle: Eigene Berechnungen

**Tabelle Summary 3: Kalkulation von Zusatzbeiträgen bzw. Prämienzahlungen unter Gesundheitsfonds
und alternativen Annahmen zum regionalen Preisniveau für Gesundheitsleistungen**

	Beibehaltung der regional unterschiedlichen Preisniveaus				Angleichung der regional unterschiedlichen Preisniveaus			
	überregionale Kassen		Regionale Kassen		überregionale Kassen		Regionale Kassen	
	Beitragsbedarf - Ausgaben	fiktive regionalisierte Zusatzprämie (-: Zusatzbeitrag vom Versicherten; +: Prämienzahlung an Versicherten)	Beitragsbedarf - Ausgaben	Zusatzprämie der Regionalkasse (-: Zusatzbeitrag vom Versicherten; +: Prämienzahlung an Versicherten)	Beitragsbedarf - Ausgaben	fiktive regionalisierte Zusatzprämie (-: Zusatzbeitrag vom Versicherten; +: Prämienzahlung an Versicherten)	Beitragsbedarf - Ausgaben	Zusatzprämie der Regionalkasse (-: Zusatzbeitrag vom Versicherten; +: Prämienzahlung an Versicherten)
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Baden-Württemberg	218.082.777	77	16.932.407	5	390.033.311	137	239.176.518	73
Bayern	- 411.264.758	- 118	- 766.456.552	- 208	- 258.067.451	- 74	- 578.762.759	- 157
Berlin	- 328.245.270	- 257	- 309.411.316	- 407	- 268.877.581	- 211	- 262.833.575	- 346
Brandenburg	338.300.626	333	259.490.974	344	286.214.524	281	211.536.230	280
Bremen	- 154.802.409	- 653	- 137.017.875	- 806	- 144.848.848	- 611	- 128.624.770	- 757
Hamburg	- 333.933.797	- 479	- 192.870.596	- 603	- 287.127.100	- 412	- 168.488.945	- 527
Hessen	155.274.088	75	3.451.819	2	129.853.932	62	13.065.117	9
Mecklenburg-Vorpommern	41.649.335	66	2.664.863	5	15.729.962	25	61.904.771	108
Niedersachsen	428.469.829	168	215.104.663	104	337.132.716	132	137.896.378	66
Nordrhein-Westfalen	- 32.888.317	- 5	- 361.835.561	- 86	- 144.920.502	- 23	- 432.189.209	- 103
Rheinland-Pfalz	- 39.865.073	- 31	- 121.991.951	- 117	92.053.804	72	758.745	1
Saarland	- 95.837.918	- 253	- 87.148.238	- 370	- 89.241.870	- 236	- 81.943.932	- 348
Sachsen	380.168.083	314	500.234.950	270	253.175.563	209	288.995.719	156
Sachsen-Anhalt	159.974.205	175	117.242.585	133	113.632.174	125	64.632.488	73
Schleswig-Holstein	190.158.907	196	93.389.420	137	177.345.817	183	84.786.989	124
Thüringen	141.510.689	171	111.470.413	131	86.122.471	104	43.280.016	51
Bund ohne Wohnort im Ausland	656.750.996 ^{x)}	25	-656.749.995 ^{x)}	- 29	656.750.996 ^{x)}	25	-656.749.995 ^{x)}	29

x) Differenz durch Runden

Quelle: Eigene Berechnungen

Tabelle Summary 4: Gesamteffekt GKV-WSG: Vervollständigung des Finanzkraftausgleichs und Effekte auf die Mischkalkulation überregionaler Krankenkassen bei Angleichung der Preisniveaus auf den Bundesdurchschnitt

Bundesland	absolut			je Versicherten		
	Vervollständigung des Finanzkraftausgleichs	Mischkalkulation und Preisniveaugleichung incl. Zusatzprämie	Summe/Saldo	Vervollständigung des Finanzkraftausgleichs	Mischkalkulation und Preisniveaugleichung incl. Zusatzprämie	Summe/Saldo
1	2	3	4	5	6	7
Baden-Württemberg	- 41.632.011 €	- 161.140.326 €	- 202.772.338 €	- 4,71 €	- 18,24 €	- 22,96 €
Bayern	- 54.606.182 €	- 133.398.053 €	- 188.004.234 €	- 5,41 €	- 13,21 €	- 18,61 €
Berlin	- 5.198.393 €	- 49.511.869 €	- 54.710.262 €	- 1,92 €	- 18,31 €	- 20,23 €
Brandenburg	18.182.862 €	47.637.926 €	65.820.788 €	8,05 €	21,09 €	29,14 €
Bremen	2.400.713 €	10.882.586 €	8.481.873 €	4,24 €	19,24 €	15,00 €
Hamburg	- 21.928.380 €	- 33.582.313 €	- 55.510.693 €	- 15,86 €	- 24,29 €	- 40,16 €
Hessen	- 34.249.966 €	43.867.138 €	9.617.173 €	- 6,82 €	8,73 €	1,91 €
Mecklenburg-Vorpommern	28.233.019 €	48.257.594 €	76.490.613 €	18,33 €	31,33 €	49,66 €
Niedersachsen	- 1.286.157 €	86.937.098 €	85.650.941 €	0,19 €	12,98 €	12,79 €
Nordrhein-Westfalen	- 16.434.195 €	102.087.718 €	85.653.523 €	- 1,07 €	6,67 €	5,59 €
Rheinland-Pfalz	- 2.223.774 €	- 131.460.330 €	- 133.684.104 €	- 0,66 €	- 39,23 €	- 39,90 €
Saarland	1.780.992 €	- 8.508.542 €	- 6.727.549 €	1,99 €	- 9,53 €	- 7,54 €
Sachsen	69.488.533 €	103.622.777 €	173.111.310 €	18,00 €	26,83 €	44,83 €
Sachsen-Anhalt	34.502.759 €	35.214.552 €	69.717.311 €	15,18 €	15,50 €	30,68 €
Schleswig-Holstein	- 1.318.834 €	11.620.427 €	10.301.593 €	- 0,56 €	4,96 €	4,40 €
Thüringen	24.289.013 €	49.238.789 €	73.527.802 €	11,44 €	23,20 €	34,65 €
Bund ohne Wohnort im Ausland	- 0 €	- 0 €	- 0 €	- 0,00 €	- 0,00 €	- 0,00 €

Quelle: Eigene Berechnungen

A. Einleitung

Das Sozialministerium von Baden-Württemberg hat den Alfred Krupp von Bohlen und Halbach-Stiftungslehrstuhl für Medizinmanagement der Universität Duisburg-Essen am 27.12.2006 beauftragt, ein Gutachten zur Regionaldimension in der Gesetzlichen Krankenversicherung vor dem Hintergrund des Entwurfs eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz, GKV-WSG) der Bundestagsfraktionen von CDU/CSU und SPD¹ zu erstellen.

Das Gutachten wird hiermit vorgelegt. Es ist wie folgt aufgebaut: In Teil B. werden grundsätzliche ordnungspolitische Aspekte der Regionaldimension der GKV-Wettbewerbsordnung diskutiert und vor dem Hintergrund der Veränderungen durch das GKV-WSG analysiert. In Teil C. werden die interregionalen Transfers in der gesetzlichen Krankenversicherung qualitativ und quantitativ untersucht: Hierbei wird nach knappen Bemerkungen zum grundsätzlichen Stellenwert einer Analyse interregionaler Transfers zunächst in Abschn. C.1. der Status quo der interregionalen Transfers qualitativ analysiert und anschließend empirisch berechnet. Anschließend werden in Abschn. C.2. die Veränderungen der interregionalen Transfers durch das GKV-WSG ebenfalls zunächst qualitativ untersucht und anschließend hinsichtlich der Größenordnungen abgeschätzt. Soweit erforderlich wird in diesem Zusammenhang auch auf die Ergebnisse anderer in jüngster Zeit vorgelegter Studien zu dieser Thematik eingegangen.

Wie Leber und 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 nicht für die in dieser Studie 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 Daten durch plausible Annahmen ersetzt werden. Die zentrale konzeptionelle Arbeit für diese Studie (wie auch für vergleichbare Untersuchungen) besteht deswegen darin, ein Gerüst von plausiblen Annahmen und mathematischen Gleichungssystemen zu konstruieren, welches dann mit den zur Verfügung stehenden Daten „gefüttert“ wird. Es kann daher nicht überraschen, dass unterschiedliche Studien teilweise mit gleicher Zielsetzung zu unterschiedlichen

¹ Bundestagsdrucksache 16/3100.

Ergebnissen über Regionaleffekte in der GKV kommen. In der vorliegenden Studie stimmen die Größenordnungen von Effekten an zahlreichen Stellen mit denen anderer Studien überein, teilweise ergeben sich aber auch andere Größenordnungen. Dies ist auf unterschiedliche Designs von Modellannahmen und den Rückgriff auf verschiedene Datenquellen zurückzuführen und wird solange nicht vermeidbar sein, wie der Gesetzgeber die Datengrundlagen nicht durch entsprechende Maßnahmen (z.B. Einführen eines regionalen Kennzeichens auf der Krankenversicherungskarte) verbessert.

Die Studie präsentiert die Ergebnisse für das Jahr 2005. Wo immer möglich wurden Daten aus dem Jahr 2005 verwendet. Teilweise mussten Daten aus 2003 (so bei der Ermittlung der beitragspflichtigen Einnahme, wo die Einkommens- und Verbrauchsstichprobe nicht aktueller vorliegt) oder 2004 (so bei den Krankenhausfällen nach Bundesländern) verwendet und auf 2005 aktualisiert werden. Dies bedingt Unschärfen. Für die Effekte des RSA wurde der Bundeszuschuss (der 2005 2,5 Mrd. Euro betragen hatte) auf der Einnahmen- wie Ausgabenseite nicht berücksichtigt. Bei der Modellrechnung über mögliche Zusatzprämien wurde so gerechnet, als ob die GKV in 2005 mit einem ausgeglichenen Gesamtbudget abgeschlossen hätte, während real ein Überschuss von 1,8 Mrd. Euro erzielt wurde. Eine Prognose für 2009, die etwaige Veränderungen bis zu diesem Zeitpunkt modelliert, wurde (auch aus Zeitgründen) nicht vorgenommen.

Die Autoren danken den Mitarbeitern des Bundesversicherungsamtes, der Bundesverbände der Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, des Wissenschaftlichen Instituts der Ortskrankenkassen, des Statistischen Bundesamtes und der Firma IMS Health GmbH & Co., die unseren Bitten, bestimmte Daten zur Verfügung zu stellen, in unkomplizierter und rascher Weise nachgekommen sind.² Für Fehler im Umgang mit diesen Daten oder in ihrer Interpretation sind ausschließlich die Verfasser verantwortlich.

² Wir bedanken uns außerdem bei Susanne Staudt für kritisches sprachliches Gegenlesen dieses nicht immer leicht lesbaren Textes.

B. Die Regionaldimension der GKV-Wettbewerbsordnung und das GKV-WSG

B.1. Die ordnungspolitische Fragestellung

Mit dem Gesundheitsstrukturgesetz von 1992 hat der Gesetzgeber durch die Einführung von freier Kassenwahl und Risikostrukturausgleich die Weichen in Richtung einer wettbewerblich orientierten gesetzlichen Krankenversicherung gestellt. Die Krankenkassen haben – dies zeigen vielfältige Aktivitäten, die seither in unterschiedlichen Bereichen unternommen wurden – die Herausforderung durch den Wettbewerb aufgenommen und sich strategisch, organisatorisch und personell auf das neue wettbewerbliche Umfeld ausgerichtet. Allerdings fehlen aufgrund des in hohem Maße durch Kontrahierungszwänge gegenüber den Leistungserbringern sowie durch Kollektivverträge regulierten Leistungserbringerrechts³ noch wesentliche Wettbewerbsparameter, die sichern würden, dass der Wettbewerb erfolgreich als Suchinstrument für Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung fungieren würde.

Aber auch wenn den Krankenkassen für den Wettbewerb geeignete Gestaltungsmöglichkeiten zur Verfügung gestellt würden – verbunden mit einer entsprechenden wettbewerblichen Öffnung bei den Leistungserbringern –, werden die angestrebten positiven Gesamtwirkungen – zumindest auf mittlere Sicht – nur dann erzielt werden können, wenn der Wettbewerb in einen adäquat ausgestalteten Ordnungsrahmen eingebunden ist. Mit der weitgehend freien Kassenwahl bei gleichzeitigem Kontrahierungszwang der Kassen gegenüber den Versicherten und dem kassenübergreifenden Risikostrukturausgleich hat der Gesetzgeber zwei zentrale Eckpfeiler dieses Ordnungsrahmens geschaffen.

Zum Ordnungsrahmen, der für den Wettbewerb in der GKV relevant ist, gehören auch unterschiedliche Facetten der „Regionaldimension“ der GKV. Hier ist etwa die „Aufsichtsfrage“ zu nennen. Es hat sich in den vergangenen Jahren gezeigt, dass das aus vor-wettbewerblicher Zeit stammende Nebeneinander unterschiedlicher Aufsichten für "bundes-" und "landesunmittelbare" Krankenkassen zu problematischen Verzerrungen des Kassenwettbewerbs führen kann. Auch wird es, wenn der Sicherstellungsauftrag für die Versorgung zunehmend auf die Krankenkassen übergeht, zunehmend bedeutend, aus der gesamtgesellschaftlichen Perspektive „vor Ort“ zu monitoren, ob hierdurch – etwa in bestimmten strukturschwachen Regi-

³ Vgl. dazu Cassel, D. et al. (2006).

onen – Versorgungsdefizite auftreten können.⁴ Eine solche Aufgabe kann in sinnvoller Weise nur von den Bundesländern wahrgenommen werden – ggfs. im Rahmen bundeseinheitlicher Indikatoren für drohende bzw. bestehende Versorgungsmängel, -defizite, -lücken. Dementsprechend müssten den Ländern Interventionsmöglichkeiten zur rechtzeitigen Vermeidung bzw. Beseitigung dieser Mängel zur Verfügung stehen.

Zur den Regionalaspekten der GKV-Wettbewerbsordnung gehören zentral auch Fragen der GKV-Finanzverfassung, insbesondere der Abgrenzung von Beitragsregionen und der Ausgestaltung des Risikostrukturausgleichs hinsichtlich der Regionaldimension. Wie hier der Rechtsrahmen ausgestaltet wird, entscheidet wesentlich über zwei zentrale Fragen⁵:

- Wird die Existenz von Kassenwettbewerb gesichert?

Die Wettbewerbsordnung muss so ausgestaltet sein, dass Kassenwettbewerb tatsächlich entstehen kann und bestehen bleibt, weil es in den einzelnen Regionen für die GKV-Mitglieder eine Mehrzahl wählbarer und miteinander konkurrierender Krankenkassen gibt. Hieraus folgt nicht nur, dass die Ausgestaltung der Wettbewerbsordnung den Krankenkassen in den einzelnen Regionen für die Startphase des Wettbewerbs weitgehend unverzerrte Startchancen verschaffen muss. Vielmehr gilt es darüber hinaus auch zu sichern, dass im Verlaufe des weiteren Wettbewerbsprozesses der Wettbewerb in einzelnen Regionen nicht in seiner Existenz bedroht wird, weil durch die Ausgestaltung der Wettbewerbsordnung die Zahl der am Wettbewerb teilnehmenden Kassen in den Regionen unter kritische Grenzen sinkt. In einer Welt mit Gesundheitsfonds und positiven wie negativen Zusatzprämien besteht diese Gefahr insbesondere dann, wenn in einzelnen Regionen nur noch wenige Krankenkassen hinsichtlich der Zusatzprämie attraktiv sind (weil sie ggf. eine Prämie ausschütten können, keine Prämie oder zumindest eine deutlich niedrigere Prämie als die Wettbewerber erheben müssen).

- Wird die Qualität des Kassenwettbewerbs gesichert?

Die Wettbewerbsordnung hat zudem sicherzustellen, dass die effizienz- und effektivitätssteigernden Potentiale des Kassenwettbewerbs in Bezug auf die gesundheitliche Versorgung ausgeschöpft werden. Daher müssen für die einzelnen Kassen möglichst wirksame Anreize gesetzt werden, Wettbewerbsvorteile in erster Linie in der gezielten Ausschöp-

⁴ Vgl. dazu ausführlicher Ebsen, I. et al. (2003)

⁵ Vgl. hierzu ausführlicher Jacobs, K. et al. (1998) In Jacobs, K. et al. (1998) wird zudem untersucht, inwieweit die Ausgestaltung der Regionaldimension von Beitragskalkulation und RSA auch das Ziel der Beitragsgerechtigkeit tangiert. Da diese Fragestellung aber nicht zwingend mit der Wettbewerbsdimension verbunden ist, wird sie im Folgenden nicht weiter untersucht.

fung von Rationalisierungspotentialen der Gesundheitsversorgung durch entsprechende Vertragsgestaltungen mit Leistungserbringern und geeignetes Versorgungsmanagement zu suchen. Diese Vorteile können sie in Form günstigerer Beiträge (sprich in der Welt mit Gesundheitsfonds und Zusatzprämie: in Form einer Prämienausschüttung oder zumindest einer unterdurchschnittlichen Zusatzprämie) und/oder attraktiverer Leistungsangebote an ihre Versicherten weitergeben. Die Anreizstrukturen für die Krankenkassen müssen also darauf ausgerichtet sein, dass sich wirtschaftliches Verhalten lohnt.

Eine Fehlsteuerung des Wettbewerbs müsste hingegen diagnostiziert werden, wenn sich die Krankenkassen Wettbewerbsvorteile (insbesondere: günstigere Zusatzprämien) weniger durch Bemühungen um eine effiziente und effektive Gesundheitsversorgung ihrer Versicherten, sondern durch die Selektion möglichst guter Risiken versprechen könnten und ihre Handlungsschwerpunkte entsprechend ausrichten würden. Aus der GKV-Gesamtperspektive stellt eine solche Risikoselektion bestenfalls ein "Nullsummenspiel" dar, das keinerlei positive Allokationswirkungen in Bezug auf die Gesundheitsversorgung auslöst, wohl aber eindeutig negative Wirkungen in sozialpolitischer Sicht und zudem Ressourcen verbraucht. Die Wettbewerbsordnung muss die Rahmenbedingungen hinsichtlich der Regionaldimensionen deshalb so setzen, dass bei den Kassen Anreize zur Risikoselektion möglichst weitgehend vermieden werden.

B.2. Regionaldimension der Beitragskalkulation und GKV-Wettbewerbsordnung

Das gegenwärtige Beitragsrecht der GKV schreibt vor, dass eine Krankenkasse ihren Beitragssatz⁶ einheitlich für ihr gesamtes regionales Tätigkeitsgebiet kalkuliert. Dies führt faktisch zu einer Parallelität unterschiedlicher Beitragssatzregionen und einer Parallelität bundesweit und regional kalkulierter Beitragssätze: Krankenkassen, deren Tätigkeitsgebiet sich auf eine bestimmte Region beschränkt, erheben einen Beitragssatz für diese spezifische Region, während Krankenkassen, die überregional tätig sind, einen Mischbeitragssatz über einzelne Regionen hinweg kalkulieren.

Zwischen einzelnen Regionen in Deutschland unterscheiden sich die Niveaus der GKV-Leistungsausgaben teilweise erheblich. Unter diesen Bedingungen kann die Parallelität unterschiedlicher Beitragssatzregionen in den besonders ausgabenintensiven Regionen zu einer

⁶ Wir vernachlässigen ohne Verlust der Allgemeingültigkeit der Argumentation im Folgenden der Einfachheit halber, dass eine Krankenkasse unterschiedliche Beitragssätze für unterschiedliche Leistungsprüfungen und Personengruppen erhebt.

Gefährdung der Existenz des Kassenwettbewerbs führen, weil die überdurchschnittlich hohen Leistungsausgaben von den Regionalkassen in ihren Beitragssätzen an die Mitglieder weitergegeben werden müssen, während sie bei überregionalen Kassen zwar in deren bundesweite Mischbeitragssätze eingehen, diese aber in der Regel deutlich niedriger liegen als regional-spezifisch kalkulierte Beitragssätze in einer solchen Region. Regionalkassen verschwinden so tendenziell in teuren Regionen vom Markt. Umgekehrt gilt, dass die überregionalen Kassen in den Regionen mit unterdurchschnittlichen Ausgabenniveaus aus dem gleichen Grund kaum mit den dortigen Regionalkassen konkurrieren können. Die Parallelität von bundesweiten und regional kalkulierten Beitragssätzen erweist sich zugleich auch als Gefahr für die *Qualität des Kassenwettbewerbs*: Für überregionale Krankenkassen ist es gegenwärtig durchaus attraktiv, *regionale MitgliedersELEktion* zu betreiben, um so ihre Beitragssatzposition zu verbessern.⁷

Die Wirkungen dieser „Spielregeln“ der Beitragskalkulation auf den Wettbewerb können exemplarisch am unterschiedlichen Marktanteil einer typischen Regionalkasse wie den AOK beobachtet werden: In einem Bundesland mit nach RSA deutlich unterdurchschnittlichen Ausgaben wie Sachsen liegt der Anteil der dortigen AOK an den Versicherten bei weit über 50 %, hingegen in einem Land mit deutlich überdurchschnittlichem Ausgabenniveau wie Hamburg bei unter 25 %.

Zum Status quo der Finanzverfassung der GKV ist vorgeschlagen worden, eine „optionale Regionalisierung“ der Beitragssatzkalkulation einzuführen, nach der überregionalen Krankenkassen gestattet wird, ihren Beitragssatz nach Bundesländern zu differenzieren.⁸ Es kann modelltheoretisch gezeigt werden, dass es für eine überregional tätige Krankenkasse rational ist, eine solche Möglichkeit zu nutzen.⁹ Die Einräumung dieser Option würde – so der Diskussionsstand im Rahmen des geltenden Rechts – zur Sicherung der Existenz und Qualität des Kassenwettbewerbs beitragen.

Diese Argumentation gilt im Rahmen des neuen, durch Gesundheitsfonds und Zusatzprämien gekennzeichneten Situation in verschärfter Weise: Nunmehr kalkulieren die Krankenkassen keine eigenen Beitragssätze mehr, sondern (positive oder negative) Zusatzprämien; bundesweit tätige Krankenkassen müssen daher bundesweite „Misch-Zusatzprämien“ kalkulieren,

⁷ Dies hat das Bundesversicherungsamt Mitte der neunziger Jahre den bundesweiten Kassen im Rahmen seiner Prüfaufgaben sogar explizit als sinnvolle Wettbewerbsstrategie empfohlen Bundesversicherungsamt (1994).

⁸ Ein solches Modell war etwa von CDU/CSU Mitte der neunziger Jahre diskutiert worden. Vgl. dazu Jacobs, K. et al. (1998).

⁹ Vgl. etwa Felder, S. (1999).

regionale Krankenkassen hingegen regionenbezogene Zusatzprämien. An die Stelle von Beitragssatzunterschieden zwischen den Krankenkassen treten in der GKV-WSG-Welt nunmehr Differenzen der Zusatzprämien – und zwar unabhängig davon, mit welcher bundesdurchschnittlichen Finanzierungsquote der Gesundheitsfonds betrieben wird. Wenn es zutrifft – wovon die Beobachter weit überwiegend ausgehen –, dass die Merklichkeit von Differenzen in den Zusatzprämien größer ist als die Merklichkeit der bisherigen Beitragssatzunterschiede, werden die Fehlsteuerungen des Kassenwettbewerbs durch die Mischkalkulationsvorschrift verstärkt wirken. Zur Sicherung des Kassenwettbewerbs ist daher zu fordern, dass es den überregional tätigen Krankenkassen ermöglicht wird, ihre Zusatzprämien regional zu differenzieren.

B.3. Regionaldimension des RSA und GKV-Wettbewerbsordnung

Auch die Ausgestaltung der Regionaldimension des RSA hat erhebliche Auswirkungen auf die Funktionsfähigkeit der GKV-Wettbewerbsordnung. Die gegenwärtige Situation ist dadurch gekennzeichnet, dass der RSA bundesweit ausgestaltet ist: Über alle Versicherten einer Krankenkasse aus sämtlichen Regionen wird vom den RSA durchführenden Bundesversicherungsamt der Beitragsbedarf mittels bundesweit durchschnittlicher "standardisierter" Leistungsausgaben ermittelt. Die Summe der Beitragsbedarfe aller Krankenkassen aus sämtlichen Regionen wird der Summe der beitragspflichtigen Einnahmen aller Krankenkassen aus sämtlichen Regionen gegenübergestellt, um einheitlich für die gesamte GKV einen Ausgleichsbedarfssatz ermitteln zu können. Dieser wird sodann mit der Summe der beitragspflichtigen Einnahmen jeder Krankenkasse multipliziert, um deren Finanzkraft ermitteln zu können. Aus der Gegenüberstellung von Beitragsbedarf und Finanzkraft ergibt sich der Transferbetrag, den eine Krankenkasse im RSA leisten muss oder auf den sie im RSA Anspruch hat.

Dieses Modell des bundesweiten RSA führt zwar im Vergleich zu einer fiktiven Situation ohne RSA zu einer spürbaren Minderung der risikostrukturbedingten Wettbewerbsverzerrungen in den einzelnen Regionen. Gleichwohl kann mit der gegenwärtigen Ausgestaltung eines bundesweiten RSA kein vollständiger Abbau der risikostrukturbedingten Beitragssatzverzerrungen gelingen; dieser Effekt ist um so stärker, je größer die Abweichung der Durchschnittsausgaben in einer Region von den bundesweiten Durchschnittsausgaben aller am RSA beteiligten Kassen ist. Denn da in sehr ausgabenintensiven Regionen allen Krankenkassen (nur) ein bundesdurchschnittlicher Beitragsbedarf zur Verfügung steht, müssen sie einen „Zuschlag“ zum Ausgleichsbedarfssatz erheben – dieser ist aber um so größer, je mehr eine Krankenkasse in

diesen Regionen Versicherte mit schlechter Risikostruktur versichert hat. Zudem wird in dieser Situation die kassenspezifische Position hinsichtlich der beitragspflichtigen Einnahmen von Bedeutung, da die regionalen Mehrkosten aus diesen finanziert werden müssen. Diese Effekte können die Existenz des Kassenwettbewerbs durchaus gefährden; zugleich laden sie insbesondere in sehr ausgabenintensiven Regionen dazu ein, Risikoselektion zu betreiben – damit aber wird die Qualität des Kassenwettbewerbs beeinträchtigt.

Aufgrund der beschriebenen, bei einem rein bundesweiten RSA nicht vollständig ausgeräumten, Beeinträchtigungen von Existenz und Qualität des Kassenwettbewerbs sind in den vergangenen Jahren Alternativen diskutiert worden:¹⁰

– eine Regionalisierung des RSA:

Bei einem rein regionalen RSA, wie er etwa in der Schweiz realisiert ist,¹¹ werden sowohl die standardisierten Leistungsausgaben und Beitragsbedarfe als auch die Finanzkraft regional ermittelt.¹² Ein derart konzipierter rein regionaler RSA kann die beschriebenen Wettbewerbsverzerrungen weiter abbauen: Die Verwendung regionalspezifischer standardisierter Leistungsausgaben führt dazu, dass die Kassen in vergleichsweise ausgabenintensiven Regionen einen höheren Beitragsbedarf für ihre Versicherten geltend machen können als Kassen in ausgabengünstigen Regionen. Wettbewerbsnachteile, die Kassen mit überdurchschnittlich vielen älteren Versicherten und/oder unterdurchschnittlich hohen beitragspflichtigen Einnahmen trotz bundesweiten RSAs in den besonders ausgabenintensiven Regionen noch aufweisen, sind hier weitgehend abgebaut¹³. Allerdings bewirkt – worauf etwa das Bundesverfassungsgericht in seinem Urteil zum RSA aus dem Jahre 2005 hinweist¹⁴ – eine solche Regionalisierung des RSA, dass die Versicherten in einer Region mit überdurchschnittlich vielen Personen mit hohem Beitragsbedarf (etwa: überdurchschnittliche Altersstruktur, überdurchschnittlicher Anteil an chronisch Kranken in DMP-Programmen) oder unterdurchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen diese

¹⁰ Vgl. etwa Felder, S. (1999) sowie Jacobs, K. et al. (1998).

¹¹ Vgl. Beck, K. et al. (2002). Da in der Schweiz keine einkommensabhängigen Beiträge sondern Pauschalprämien vorgesehen sind, bewirken in den besonders kostenträchtigen Regionen allerdings nur die ausgabenseitigen Risikounterschiede eine Verzerrung des Kassenwettbewerbs; die zusätzlichen Verzerrungseffekte, die in Deutschland in diesen Regionen durch Einkommensunterschiede der Versicherten bewirkt werden, spielen dort hingegen keine Rolle.

¹² In der bundesweiten GKV war ein solch rein regionaler RSA mit den Regionen „Ost“ und „West“ von 1994 bis 1998 realisiert.

¹³ Entsprechendes gilt tendenziell auch für die Wettbewerbsnachteile, die Kassen mit besonders günstiger Risikostruktur in ausgabengünstigen Regionen beim bundesweiten RSA erfahren.

¹⁴ Vgl. BVerfG vom 18.7.2005, 2BvF 2/02.

Risikolast alleine tragen müssen – aus der Perspektive der Funktionsfähigkeit der Wettbewerbsordnung ist dieses Argument unerheblich, aus Verteilungsaspekten und Überlegungen interregionaler Gerechtigkeit ist es hingegen relevant.

- regionale Profile bei bundesweitem Finanzkraftausgleich:

Für das gegenwärtige Finanzierungssystem ist als Alternative zum bundesweiten RSA auch vorgeschlagen worden, die Ermittlung der standardisierten Leistungsausgaben und Beitragsbedarfe zu regionalisieren, zugleich jedoch die Ermittlung der Finanzkraft wie bisher bundesweit vorzunehmen und Finanzkraftunterschiede damit bundesweit auszugleichen.¹⁵ Ein solches Modell eines "gemischten" RSA ist in der öffentlichen Debatte wiederholt unter dem Begriff des "Stadtstaaten-Faktors" oder "Metropol-Faktors" diskutiert worden,¹⁶ weil eine mögliche Ausgestaltung dieses Modells darin bestehen könnte, für Stadtstaaten (wie beim rein regionalen RSA) besondere – höhere – standardisierte Leistungsausgaben festzustellen, so dass die Krankenkassen für Versicherte in diesen Regionen entsprechend einen höheren Beitragsbedarf "zuerkannt" bekämen.

Sofern die Verwendung regionalspezifischer standardisierter Leistungsausgaben dazu führt, dass die Kassen für Versicherte in ausgabenintensiven Regionen einen vergleichsweise höheren Beitragsbedarf geltend machen können, werden die oben beschriebenen, in besonders ausgabenintensiven bzw. -günstigen Regionen tendenziell verbleibenden Wettbewerbsverzerrungen eines "rein" bundesweiten RSA verringert: In einer besonders "teuren" Region ist der durchschnittliche Beitragsbedarf dann nicht mehr systematisch geringer bzw. in einer besonders "preiswerten" Region nicht mehr systematisch höher als die tatsächlichen Durchschnittsausgaben aller in dieser Region am Wettbewerb teilnehmenden Kassen. Insoweit würde bei Durchführung eines RSA nach diesem Modell auch in Regionen mit einem vom Bundesdurchschnitt deutlich abweichenden Ausgabenniveau eine Gefährdung der Existenz des Kassenwettbewerbs und insoweit auch das Interesse an Risikoselektion vermieden.

Andererseits bedeutet jedoch die Ermittlung regional differenzierter standardisierter Leistungsausgaben, dass der "wettbewerbliche Zwang" für die Kassen, sich besonders intensiv um Ausgabensteuerung in den "teuren" Regionen zu bemühen, tendenziell abnehme. Zwar bestünde für die Kassen in diesen Regionen nach wie vor ein (erwünschter) Anreiz, gerin-

¹⁵ Ein solches Modell rein regionaler Profile bei bundesweitem Finanzkraftausgleich war durch das GKV-Finanzstärkungsgesetz vorgesehen.

¹⁶ Vgl. etwa Stiebeler, W. (1995).

gere Ausgaben als ihre jeweiligen Konkurrenten aufzuweisen. Hinsichtlich des gesamten Ausgabenniveaus dieser Regionen im Vergleich zu anderen Regionen bzw. zum Bundesdurchschnitt wäre ein entsprechender Anreiz jedoch nur noch in geringerem Ausmaß gegeben. Das Modell löst somit das Ausgangsproblem, ist von der Anreizseite her allerdings nicht von Kritik frei.

– zweistufiger RSA:

Schließlich ist vorgeschlagen worden, dem RSA eine zweite Stufe hinzuzufügen: Während es auf der ersten Stufe beim bundesweiten RSA bleibt, würden auf einer zweiten Ausgleichsstufe regionale Ausgleichsprofile gebildet und in der Region zwischen den dort versichernden Krankenkassen ausgeglichen, die die Unterschiede zwischen dem bundesweiten Ausgabenprofil und dem regionalen Ausgabenprofil abbilden würden.¹⁷

Auch ein solches Modell löst die beschriebenen Wettbewerbsverzerrungen innerhalb der besonders ausgabenträchtigen Regionen. Es bewirkt gegenüber dem Status quo keine Veränderung interregionaler Verteilungspositionen und es weist keine problematischen Anreizwirkungen auf.¹⁸

In der GKV-WSG-Situation mit Gesundheitsfonds und Zusatzprämien gilt die vorstehende Analyse weiterhin, wenn auch mit gewissen Modifikationen: Der RSA schüttet auch künftig den Beitragsbedarf an die Krankenkassen nach bundesweit einheitlichen Profilen aus. Insofern bleibt der analysierte problematische Effekt bestehen, dass Krankenkassen, die in den teuren Regionen die Versicherten mit der schlechteren Risikostruktur haben, Wettbewerbsnachteile haben, da ihre Finanzierungslücken größer sind als bei Krankenkassen, die in den teuren Regionen die Versicherten mit der besseren Risikostruktur versichern. Die Krankenkassen mit den schlechteren Risiken müssen also eine höhere Zusatzprämie in diesen Regionen erheben als die Krankenkassen, die in diesen Regionen die günstigeren Risiken versichern. Geht man wiederum davon aus, dass die Merklichkeit von Differenzen der Zusatzprämie größer als die Merklichkeit der heutigen Beitragssatzunterschiede ist, wird die Wettbewerbsverzerrung durch den bundesweiten RSA gegenüber heute noch verstärkt.

Auf der anderen Seite ist allerdings zu berücksichtigen, dass die zusätzlichen Verzerrungen, die sich heute dadurch ergeben, dass die in den besonders teuren Regionen anfallenden Mehrausgaben durch die kassenspezifischen beitragspflichtigen Einnahmen finanziert werden müs-

¹⁷ Vgl. Jacobs et al. (1998).

¹⁸ Eine formale Beschreibung dieses Modells findet sich bei Jacobs, K. und Wasem, J. (1999).

sen, jedenfalls dann wegfallen, wenn die Zusatzprämien nicht als einkommensabhängige „kleine Beitragssätze“ sondern als „kleine Pauschalprämien“ erhoben werden. Sofern allerdings die Krankenkassen bei der Erhebung „kleiner Pauschalprämien“ durch die vorgesehene Überforderungsregelung¹⁹ begrenzt werden, wird erneut eine deutliche Abhängigkeit der Finanzierung der Mehrkosten in teuren Regionen von den beitragspflichtigen Einnahmen der Versicherten bewirkt, die als erhebliches Defizit für einen verzerrungsfreien Kassenwettbewerb zu bewerten ist.

Aus der Sicht der Funktionsfähigkeit der GKV-Wettbewerbsordnung bleibt daher auch nach Einführung des Finanzierungsmodells des GKV-WSG zu fordern, dass der RSA so ausgestaltet wird, dass auch in Regionen mit durchschnittlich besonders hohen Leistungsaufwendungen keine Wettbewerbsverzerrungen entstehen (und mit umgekehrtem Vorzeichen gilt dies auch für Regionen mit besonders ausgabengünstigen Strukturen des Gesundheitswesens). Das Modell eines rein regionalen RSA steht hierbei in der Welt des Gesundheitsfonds nicht mehr zur Verfügung, da dieser den bundesweiten Finanzkraftausgleich impliziert. Würde der Gesundheitsfonds den Beitragsbedarf nach regionalen Ausgabenprofilen ausschütten und insofern das in den Niederlanden praktizierte Finanzierungsmodell übernommen,²⁰ würde zwar das beschriebene Problem der Wettbewerbsverzerrungen gelöst, aber um den Preis beeinträchtiger Anreize zur Wirtschaftlichkeit für die Kassen in diesen Regionen. Insofern erscheint das Modell eines zweistufigen RSA, nach dem zunächst der Beitragsbedarf nach bundesweiten Profilen ausgeschüttet wird, sodann aber in den einzelnen Regionen eine zweite Ausgleichsstufe eingebaut wird, bei der die Differenzen zwischen regionalem Profil und bundesweisem Profil zu einem eigenständigen „Differenzprofil“ aggregiert werden, mit dem zwischen den in der Region tätigen Krankenkassen ein ergänzender RSA durchgeführt wird, sachgerecht.

Auch bei Umsetzung dieses Vorschlages gehen allerdings von der Überforderungsklausel nach § 242 SGBV V weiterhin den Wettbewerb beeinträchtigende Elemente aus – diese Klausel ist in der spezifischen Ausgestaltung, die der Gesetzentwurf vorsieht, mit einer funktionsfähigen Wettbewerbsordnung schlechterdings nicht vereinbar. Wird eine Überforderungsklausel als notwendig angesehen, kann eine sachgerechte Ausgestaltung nur darin liegen, die Bei-

¹⁹ Vgl. § 242 Abs. 1 Satz 2 SGB V in der Fassung des Fraktionsentwurfs des GKV-WSG.

²⁰ In den Niederlanden werden die standardisierten Leistungsausgaben nach der Bevölkerungsdichte differenziert, so dass für Regionen mit besonders hoher Bevölkerungsdichte (also Ballungszentren) höhere Beitragsbedarfe angesetzt werden als für die übrigen Regionen. Vgl. Lamers, L. M. et al. (2003).

träge, die die Geringverdiener nicht aufbringen sollen, extern (also entweder aus dem Gesundheitsfonds oder aus Steuermitteln) den Krankenkassen zur Verfügung zu stellen.

Positive Zusatzprämien (bzw. umgekehrt: Prämiererstattungen) entstehen in besonders teuren Regionen (bzw. umgekehrt: in besonders ausgabengünstigen Regionen) auch dann, wenn der Gesundheitsfonds im Bundesdurchschnitt 100 % der GKV-Ausgaben finanziert. Finanziert der Gesundheitsfonds im Bundesdurchschnitt weniger als 100 % der GKV-Ausgaben,²¹ entsteht insbesondere in den besonders teuren Regionen ein zusätzliches Problem dann, wenn die Zusatzprämien ausgabenseitig nicht risikoadjustiert sind: Müssen die Krankenkassen Teile der Gesundheitsausgaben ihrer Versicherten über eine nicht-risikoadjustierte Zusatzprämie finanzieren, haben sie aufgrund dessen ein erhebliches Interesse an Risikoselektion der Versicherten, auch in regionaler Hinsicht. Für den nicht über den Gesundheitsfonds finanzierten Teil der GKV-Ausgaben ist daher – wie etwa auch in den Niederlanden umgesetzt²² – zu fordern, dass der Risikostrukturausgleich auch die Zusatzprämie in standardisierter Form berücksichtigt.

Der Gesetzentwurf des GKV-WSG sieht eine Konvergenzklausel vor,²³ nach der die Belastungen durch die Einführung des Gesundheitsfonds und des morbiditätsorientierten RSA für belastete Bundesländer im ersten Jahr 100 Mio. Euro nicht übersteigen darf; die Belastung soll dann in den Folgejahren sukzessive jeweils um bis zu maximal 100 Mio. Euro aufgebaut werden, bis die übrig gebliebene Belastung 100 Mio. Euro nicht mehr überschreitet, wonach die Konvergenzklausel nicht mehr angewendet wird. In den jüngsten Tagen ist dem Vernehmen nach eine Verständigung dahingehend erzielt worden, dass diese 100-Mio-Euro-Belastungsgrenze an der Differenz zwischen rechnerischen tatsächlichen Ausgaben in einem Bundesland und Zuweisungen an Beitragsbedarf an die Krankenkassen für die Versicherten in diesem Bundesland festgemacht wird. Ein solcher Ansatz wäre aus ordnungspolitischer Perspektive unbefriedigend, weil er einem Ausgleich tatsächlicher Ausgaben entspräche – solchen Ausgabenausgleichen werden aus der ökonomischen Anreizeanalyse im allgemeinen negative Effizienzwirkungen zugesprochen.

21 Der Gesetzentwurf des GKV-WSG sieht in § 220 Abs. 2 SGB V vor, dass der Gesundheitsfonds im Bundesdurchschnitt immer mindestens 95 % der GKV-Ausgaben finanzieren muss.

22 Vgl. Lamers, L. M. et al. (2003).

23 § 272 SGB V in der Fassung des Gesetzentwurfes des GKV-WSG.

B.4. Zwischenergebnis

Für einen funktionsfähigen Kassenwettbewerb kommt einer adäquat ausgestalteten Wettbewerbsordnung eine erhebliche Bedeutung bei, da andernfalls der Wettbewerb keine produktiven Beiträge zur Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung leistet. Zu einer adäquat ausgestalteten Wettbewerbsordnung gehört auch eine sachgerechte Ausgestaltung von Regelungsparametern mit regionalem Bezug.

Sowohl für die Frage der Regionaldimension der Beitragskalkulation als auch für die Regionaldimension des RSA wurde festgestellt, dass die bereits bislang bestehenden Defizite der Wettbewerbsordnung, die die Funktionsfähigkeit des Kassenwettbewerbs bereits heute beeinträchtigen, durch das GKV-WSG tendenziell verstärkt werden. Lösungsvorschläge, wie in einer Welt mit Gesundheitsfonds und Zusatzprämien diese negativen Wirkungen vermieden werden können und mit Blick auf die Regionaldimension eine funktionale Wettbewerbsordnung erreicht werden kann, liegen auf dem Tisch:

- Den Krankenkassen ist die Möglichkeit einzuräumen, die Zusatzbeiträge regional zu differenzieren.
- Im RSA sollte eine zweite, regionale, Stufe eingeführt werden.
- Soll die Überforderungsklausel bestehen bleiben, müssen die Teile der Zusatzprämien, die die Versicherten nicht aufbringen können, den Krankenkassen (in standardisierter Form) „von außen“ zur Verfügung gestellt und nicht durch Umlage auf die übrigen Versicherten einer solchen Krankenkasse aufgebracht werden.
- Die Zusatzprämie ist im Risikostrukturausgleich in standardisierter Form zu berücksichtigen.

Der Gesetzgeber sollte diese Vorschläge im Interesse der Verbesserung der Funktionalität der GKV-Wettbewerbsordnung aufgreifen und umsetzen.

C. Interregionale Transfers in der GKV im Kontext des GKV-WSG

Dass die Regionaldimension der GKV für die Ausgestaltung der Wettbewerbsordnung von zentraler Bedeutung ist, ist in Teil B. dieser Studie umfassend dargelegt worden. Demgegenüber ist nicht unmittelbar evident, welche Bedeutung möglichen interregionalen Transfers in der Krankenversicherung für die gesundheitliche Versorgung und ihre gesundheitspolitische Bewertung zukommt. Wie das Bundesverfassungsgericht in seinem RSA-Urteil vom 18.7.2006 festgestellt hat, gilt: „Der Risikostrukturausgleich verwirklicht den sozialen Ausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung im Einklang mit dem allgemeinen Gleichheitssatz des Art. 3 Abs. 1 GG kassenübergreifend und bundesweit.“²⁴ Auch die Tatsache, dass der Gesetzgeber die überregionalen Krankenkassen verpflichtet hat, einen bundesweit einheitlichen Beitragssatz festzusetzen, folgt offenbar einer (vermutlich mehr impliziten) Überlegung zugunsten interregionaler Gerechtigkeit und interregionalen Ausgleichs.²⁵

Interregionale Transfers erscheinen in diesem Kontext als „zufällige“ Nebeneffekte der Organisation des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung. Zugespißt formulieren dies Rürup, B. und Wille, E. (2007), wenn sie den „regionalen Denkansatz“ für „verfehlt“ halten. Unseres Erachtens sind die Dinge differenzierter: Einerseits ist es richtig, dass mit der GKV, über die nicht zufällig der Bund die konkurrierende Gesetzgebung hat, bundesstaatliche Ziele des sozialen Ausgleichs verwirklicht werden sollen. Andererseits ist die Gesundheitswirtschaft einer der beschäftigungs- und umsatzträchtigsten Sektoren der Volkswirtschaft – in zahlreiche 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. Daraus folgt, dass ein Bundesland unseres Erachtens ein legitimes Interesse daran hat, nicht nur die Gesundheitsversorgung in seinem Bereich zu beobachten und soweit ihm Instrumente zur Verfügung stehen zu steuern, sondern auch die Frage der Mittelaufbringung und Mittelverwendung für Gesundheit durch seine Einwohner zu analysieren und zu bewerten. Auch die Frage, inwieweit sich die interregionale Transferposition der GKV-

²⁴ BVerfG-Urteil vom 18.7.2005, 2 BvF 2/01, Leitsatz 3b.

²⁵ Vgl. etwa Klusen, N. (1996).

Versicherten eines Bundeslandes durch Änderungen im Sozialversicherungsrecht ändert, ist daher legitimer Gegenstand des Länderinteresses.

Vor diesem Hintergrund beschäftigt sich dieser Teil des Gutachtens mit der empirischen Analyse von Regionaltransfers in der GKV im Kontext des GKV-WSG. Hierbei soll in zwei Schritten vorgegangen werden: In Abschn. C.1. soll der bisherige Status Quo der interregionalen Transfers in der GKV (also „vor der Reform“) abgebildet werden; dann soll in Abschn. C.2. auf die Veränderungen der interregionalen Transfers im Kontext des GKV-WSG eingegangen werden.²⁶

C.1. Der Status Quo interregionaler Transfers

In diesem Abschn. wird zunächst (in Abschn. C.1.1.) qualitativ analysiert, welche Anknüpfungspunkte für interregionale Transfers gegenwärtig in der GKV bestehen. Soweit die identifizierten Transfers von uns empirisch untersucht werden (können), wird anschließend (in Abschn. C.1.2.) die hierbei verwendete Methodik beschrieben. Schließlich werden (in Abschn. C.1.3.) die Ergebnisse der empirischen Abschätzung berichtet.

C.1.1. Anknüpfungspunkte für interregionale Transfers in der GKV im Status quo
Gegenwärtig bestehen mehrere Anknüpfungspunkte für interregionale Transfers in der GKV – zwei davon hängen direkt mit dem Risikostrukturausgleich zusammen, die übrigen gäbe es auch unabhängig vom RSA.

C.1.1.1. Interregionale Transfers in der GKV durch den RSA

Für jede Krankenkasse werden im Risikostrukturausgleich Beitragsbedarf und Finanzkraft ermittelt – die Differenz zwischen beiden ergibt die Zahlungsverpflichtung einer Krankenkasse (wenn ihre Finanzkraft größer ist als der Beitragsbedarf) oder einen Transferanspruch (wenn ihr Beitragsbedarf größer ist als die Finanzkraft). Analytisch lässt sich der RSA allerdings weitergehend in einen Finanzkraftausgleich und einen Beitragsbedarfsausgleich aufspalten.²⁷ Beide führen analytisch zu Transfers zwischen den Krankenkassen und damit indi-

²⁶ Diese Trennung nehmen richtigerweise auch Rürup, B. und Wille, E. (2007) sowie Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung und Universität Dortmund (2006) vor, während die Studie von Dabrinski, T. (2006) – anders als die Tabellenbeschriftungen zu Tab. 8 und 9 nahe legen – nicht den Effekt durch das GKV-WSG sondern den Gesamteffekt aus Status quo und inkrementellen Veränderungen durch das GKV-WSG ausweist (vgl. dazu auch nunmehr Dabrinski, T. (2007)).

²⁷ Vgl. dazu Leber, W.-D. (1991).

rekt auch c.p. zu Transfers zwischen den Bundesländern. Der Transfer im Rahmen des Beitragsbedarfsausgleichs und der Transfer im Rahmen des Finanzkraftausgleichs zusammen führen zum RSA-bedingten Nettoeffekt der Transfers zwischen den Bundesländern.

- Finanzkraftausgleich des Risikostrukturausgleiches:

Für die beitragspflichtigen Mitglieder werden entsprechend der beitragsrechtlichen Regelungen des SGB V einkommensabhängige Beiträge an die jeweilige Krankenkasse gezahlt.²⁸ Diese werden durch den Finanzkraftausgleich des RSA auf dem Niveau, das für die Finanzierung der Regelleistungen erforderlich ist („RSA-berücksichtigungsfähige Leistungen“), umverteilt, indem jede Krankenkasse verpflichtet wird, die einkommensabhängigen Beiträge in Höhe des vom BVA festgestellten Ausgleichsbedarfssatzes (ABS) in den RSA einzubringen. Dies bewirkt aus der Regionalperspektive c.p. eine Umverteilung von Ländern mit höheren beitragspflichtigen Einnahmen (BPE) je Mitglied in solche Länder mit niedrigeren beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied. Im Kontext des Finanzkraftausgleichs können auch die unterschiedlichen Mitversichertenstrukturen in den einzelnen Bundesländern abgebildet werden – wird dieser „Familienlastenausgleich“ in die Analyse einbezogen, findet im Rahmen des Finanzkraftausgleichs eine Umverteilung von Ländern mit überdurchschnittlichen BPE *je Versicherten* zu solchen mit unterdurchschnittlichen BPE *je Versicherten* statt. Der durch den Finanzkraftausgleich bedingte interregionale Transfer ergibt sich als positiver Saldo (Zufluss) oder als negativer Saldo (Abfluss) im Vergleich zu einer Situation, in der die durchschnittlichen BPE je Versicherten in allen Bundesländern gleich wären.

- Beitragsbedarfsausgleich des Risikostrukturausgleiches:

Im Rahmen des Beitragsbedarfsausgleichs erhalten die Krankenkassen risikostrukturabhängige Zuweisungen (Beitragsbedarf) aus dem RSA.²⁹ Dies bewirkt aus der Regionalperspektive c.p. eine Umverteilung von Ländern mit einer günstigeren Risikostruktur (unterdurchschnittlicher Beitragsbedarf je Versicherten) in Länder mit einer ungünstigeren Risikostruktur (überdurchschnittlicher Beitragsbedarf je Versicherten). Der durch den Beitragsbedarfsausgleich bedingte interregionale Transfer ergibt sich als positiver Saldo (Zu-

²⁸ Für Geringverdiener werden die Beiträge von den jeweiligen Arbeitgebern an die Bundesknappschaft (als Minijobzentrale) gezahlt, die sie in den RSA einzahlt (§ 28k Abs. 2 SGB IV), von wo sie über eine Absenkung des ABS an die Krankenkassen verteilt werden (§ 11 Abs. 1 Nr. 1 RSAV).

²⁹ Die Risikostruktur der Versicherten wird gegenwärtig an den Merkmalen Alter, Geschlecht, Erwerbsminderungsstatus (ja/nein), DMP-Status (eingeschrieben in ein strukturiertes Behandlungsprogramm: ja/nein) und Krankengeldberechtigungsgruppe festgemacht (§ 2 RSAV).

fluss) oder als negativer Saldo (Abfluss) im Vergleich zu einer Situation, in der der durchschnittliche Beitragsbedarf je Versicherten in allen Bundesländern gleich wäre.

Während der Finanzkraftausgleich bis 1998 für die Rechtskreise Ost und West getrennt durchgeführt wurde und seit 1999 rechtskreisübergreifend ausgestaltet ist, wurde der Beitragsbedarfsausgleich bis 2000 für die Rechtskreise Ost und West getrennt durchgeführt; zwischen 2001 und 2006 bestand eine Konvergenzphase des Übergangs zwischen einem rechtskreisgetrennten und einem rechtskreisübergreifenden Beitragsbedarfsausgleich. Seit Jahresbeginn 2007 ist auch der Beitragsbedarfsausgleich rechtskreisübergreifend ausgestaltet.

C.1.1.2. Interregionale Transfers in der GKV jenseits des RSA

Zusätzlich zu diesen beiden, unmittelbar durch den RSA getriggerten, Dimensionen interregionaler Transfers wird die Nettotransfersposition eines Bundeslandes zudem noch durch die vier folgenden Effekte beeinflusst:

– überregionale Beitragssatzkalkulation:

Bei regionalen Krankenkassen kommt es definitionsgemäß nicht zu länderübergreifenden Transfers in der Beitragskalkulation. Vielmehr kalkuliert eine Regionalkasse ihren Beitragssatz³⁰, indem sie ihre in der Region anfallenden Ausgaben (einschl. der Verwaltungskosten) um die sonstigen Einnahmen mindert, um eine RSA-Zahlungsverpflichtung addiert bzw. um eine RSA-Zuweisung mindert und den Saldo durch die BPE ihrer Versicherten dividiert.³¹ Weist eine Regionalkasse höhere Ausgaben auf als sie Beitragsbedarf aus dem RSA zugewiesen bekommen hat, müssen dies ihre regionalen Versicherten aus den regionalen BPE finanzieren.³² Umgekehrt kann eine Regionalkasse eine Beitragssatzminderung gegenüber dem Ausgleichsbedarfssatz an die Beitragszahler in der Region weitergeben, wenn ihre Ausgaben geringer sind als der ihr zugewiesene Beitragsbedarf.

Demgegenüber erheben Krankenkassen, die länderübergreifend tätig sind, einen „bundesweiten“ Mischbeitragssatz, der ihnen (nach RSA) über das gesamte Tätigkeitsgebiet den Haushaltsausgleich ermöglicht. Hierdurch entstehen c.p. Transfers zwischen den Län-

30 Vgl. Fußnote 6.

31 Die Notwendigkeit, die Auffüllung oder Abschmelzung der Rücklage hierbei zu berücksichtigen, ist hierbei vernachlässigt.

32 Bei durchschnittlichen oder unterdurchschnittlichen BPE je Versicherten führt eine solche Konstellation zu überdurchschnittlichen regionalen Beitragssätzen, während bei überdurchschnittlichen BPE je Versicherten je nach Ausmaß der Abweichung der BPE vom Durchschnitt im Vergleich zum Ausgabenüberhang auch durchschnittliche oder unterdurchschnittliche Beitragssätze der Regionalkasse möglich sind.

dern im Vergleich zu einem Referenzszenario, in welchem eine Krankenkasse jeweils für jede Region (Bundesland) einen spezifischen Beitragssatz (nach RSA) kalkulieren würde, welcher die nicht in den RSA einbezogenen Teile der beitragspflichtigen Einnahmen sowie das regionale Ausgabenniveau reflektiert.³³ Von Bundesländern, in denen die Krankenkassen bei regionaler Kalkulation einen unterdurchschnittlichen Beitragssatz (nach RSA) erheben könnten, fließen hierbei c.p. Mittel in Bundesländer, für die diese Krankenkassen bei regionaler Kalkulation (nach RSA) überdurchschnittliche Beitragssätze erheben müssten: Die Differenz zwischen dem Beitragssatz, den die überregionale Krankenkasse in einer Region bei regionalisierter Kalkulation erheben könnte, und dem bundesdurchschnittlichen Mischbeitragssatz, multipliziert mit den beitragspflichtigen Einnahmen der Krankenkasse in der jeweiligen Region stellt den Zufluss (wenn der rechnerische regionale Beitragssatz höher liegt als der Mischbeitragssatz) bzw. Abfluss (wenn der rechnerische regionale Beitragssatz niedriger liegt als der Mischbeitragssatz) in eine bzw. aus einer Region dar.

– „grenzüberschreitende“ Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen:

Für eine Perspektive der regionalen Inzidenz kann neben der Fragestellung, welche Finanzierungsbeiträge die Versicherten aus den jeweiligen Bundesländern leisten, welche Zahlungen aus dem RSA entstehen, und welche Effekte durch die überregionale Beitragssatzkalkulation bundesweit tätiger Kassen entstehen, auch die Frage interessant sein, ob die den Versicherten eines Landes zuzurechnenden standardisierten Leistungsausgaben bzw. die von ihnen unmittelbar zu finanzierenden nicht-RSA-fähigen Leistungsausgaben zu Einkommen bei den Leistungserbringern im eigenen Land führen oder zu Einkommen bei Leistungserbringern in anderen Bundesländern führen. Aus einem Land fließen hierbei netto Ressourcen ab, wenn die grenzüberschreitende Inanspruchnahme von „Landeskinder“ in anderen Bundesländern größer ist als die grenzüberschreitende Inanspruchnahme in umgekehrter Richtung.

– Aufbringung und Verteilung von Bundeszuschüssen in die GKV:

³³ In der Studie von Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung und Universität Dortmund (2006) wird demgegenüber ein interregionaler Transfer über überregionale Kassen berechnet, der sich ausschließlich auf die RSA-Positionen bezieht, die in den Regionen anfallenden tatsächlichen Ausgaben dieser Kassen jedoch nicht berücksichtigt, was unseres Erachtens nicht zielführend ist, gerade weil der RSA die Risikounterschiede ausgleicht. Die in der vorliegenden Untersuchung vertretene Interpretation eines interregionalen Transfers wird – zutreffend – auch von Jacobs et al. (1998) und von Bundesversicherungsamt (2004) den jeweiligen Studien zugrunde gelegt.

In die gesetzliche Krankenversicherung fließen Bundeszuschüsse: Der Bund zahlt an die landwirtschaftlichen Krankenkassen das nicht durch Beiträge der landwirtschaftlichen Altenteiler gedeckte „Defizit“ in der Krankenversicherung der landwirtschaftlichen Altenteiler.³⁴ Die regionale Zurechnung der hierfür aufgebrauchten Steuermittel und die regionale Verteilung dieser Mittel unterscheiden sich, so dass insoweit eine interregionale Umverteilung bewirkt wird. Seit 2004 zahlt der Bund zudem einen Zuschuss an die Krankenkassen zur Abgeltung versicherungsfremder Leistungen³⁵ – auch hier entsteht durch die Abweichung der regionalen Aufbringung der Steuern und die Verteilung der Mittel ein interregionaler Umverteilungseffekt.

- Beitragszahlung durch überregionale Akteure:

Die oben formulierte Annahme, dass die für beitragspflichtige Mitglieder gezahlten Beiträge den Regionen, in denen die Mitglieder wohnen oder erwerbstätig sind, zugerechnet werden können, trifft in Fällen der Beitragszahlung durch überregionale Akteure nur bedingt zu. Ein anschauliches Beispiel hierfür ist die Beitragszahlung der Bundesagentur für Arbeit für die Bezieher von Arbeitslosengeld: Diese Beiträge werden über den Beitragsatz zur Arbeitslosenversicherung aufgebracht – dies ist aber aufgrund eines anderen versicherungspflichtigen Personenkreises und einer höheren Beitragsbemessungsgrenze als in der GKV nicht identisch mit der regionalen Inzidenz der Mittelaufbringung in der GKV.

C.1.1.3. Zwischenergebnis

Die Transferposition insgesamt eines Landes innerhalb der GKV im Status quo wird durch die Summe der vorgenannten Einzeleffekte bewirkt. In der folgenden Analyse können wir nicht sämtliche dieser Effekte berechnen. Wir beschränken uns vielmehr – einerseits aus Gründen der Datenverfügbarkeit, andererseits aufgrund einer notwendigen zeitlichen und methodischen Beschränkung – auf drei Effekte:

- den Finanzkraftausgleich im RSA
- den Beitragsbedarfsausgleich im RSA
- den Effekt der überregionalen Beitragssatzkalkulation.

³⁴ § 37 Abs. 2 KVLG 1989.

³⁵ § 221 SGB V.

Der von uns im empirischen Abschnitt ausgewiesene Transfersaldo eines Landes spiegelt daher die Gesamteffekte nicht komplett wider. Teilweise mögen die nicht-berücksichtigten Effekte in die gleiche Richtung wirken, so dass der hier ausgewiesene Gesamteffekt das „wahre Ausmaß“ unterschätzen würde. Aber es ist auch möglich, dass die hier nicht-berücksichtigten Effekte in die gegenteilige Richtung wirken, so dass insoweit der hier dargestellte Effekt das Bild überzeichnen würde. So ist etwa bemerkenswert, dass die bayerischen Versicherten 15 % der gesamten GKV-Versicherten ausmachen, jedoch der Anteil der bayerischen Versicherten über 65 Jahre in einer landwirtschaftlichen Krankenkasse 33 % der gesamten GKV-Versicherten über 65 Jahre in einer landwirtschaftlichen Krankenkasse darstellen – offenbar profitiert Bayern damit in besonderer Weise vom Bundeszuschuss für landwirtschaftliche Alttenteiler, was der im empirischen Teil im übrigen ermittelten Nettozahlerposition Bayerns entgegensteht, ohne dass wir dies in der vorliegenden Studie saldieren.

C.1.2. Methodisches Vorgehen zur Ermittlung der interregionalen Transfers in der GKV im Status quo

Im Folgenden beschreiben wir das Vorgehen zur Ermittlung der interregionalen Transfers in der GKV im Status quo für die drei Effekte, die wir in der Analyse berücksichtigen können (dazu oben Abschn. C.1.1.).

C.1.2.1. Methodik zur Ermittlung der interregionalen Transfers im Finanzkraftausgleich im RSA im Status quo

Für die Berechnung der interregionalen Transfers durch den Finanzkraftausgleichs im Status quo (also vor Übergang zum GKV-WSG) ist es erforderlich, die beitragspflichtigen Einnahmen der Versicherten der GKV (ohne landwirtschaftliche Krankenkassen) nach Bundesländern zu differenzieren. Diese Daten stehen nicht aus den GKV-Routinedaten zur Verfügung. Jacobs, K. et al. (1998) haben in ihrer Untersuchung für das Land Baden-Württemberg die Daten zu Löhnen und Gehältern des Statistischen Bundesamtes verwendet – diese unterscheiden aber natürlich nicht nach GKV-Mitgliedern und PKV-Versicherten und kennen auf der Individualebene keine Beitragsbemessungsgrenze; auch spiegeln sie die Regeln des GKV-Beitragsrechts nur sehr unzureichend wider.

In der jüngsten Zeit wird zumeist auf Survey-Daten zurückgegriffen, da diese die Verknüpfung von Einkommensdaten und GKV-Mitgliedschaft ermöglichen. Insbesondere bieten sich

das Soziökonomische Panel SOEP (damit arbeitet das Bundesversicherungsamt (2004) sowie die Studie von Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung und Universität Dortmund (2006)) oder EVS (damit arbeitet Dabinski (2006)) an. Survey-Daten sind gerade bei der Abfrage des Einkommens nicht frei von Validitätsproblemen, da das Antwortverhalten der Befragten in beide Richtungen verzerrt sein kann.

Für die vorliegende Untersuchung haben wir die Daten der EVS für 2003 (das ist das aktuellste Jahr, für das diese Datenquelle gegenwärtig vorliegt) und die Daten des SOEP für 2004 ausgewertet. Hierbei ist es jeweils erforderlich, die zahlreichen (in beiden Datenquellen unterschiedlich kategorisierten) Angaben der Befragten zu ihren Einkünften in die Regeln des Beitragsrechts der GKV zu übersetzen. Dabei traten zahlreiche Implausibilitäten auf (weil offenbar für zahlreiche Befragte die Fragen bzw. die vorgegebenen Antwortmöglichkeiten nicht hinreichend klar waren oder nicht eindeutig mit ihrer persönlichen Situation in Verbindung gesetzt werden konnten), so dass die entsprechenden Datensätze für die Analyse ausgeschlossen werden mussten. Im Ergebnis wurden rd. 50.300 Datensätze der EVS und rd. 13.800 Datensätze des SOEP in die weitere Analyse einbezogen.

Die hieraus errechneten Angaben zu den beitragspflichtigen Einnahmen je Pflichtmitglied und je freiwilliges Mitglied haben wir anschließend mittels des Verbraucherpreisindex auf das Jahr 2005 aktualisiert. Die zunächst getrennten Werte für Pflichtmitglieder und freiwillige Mitglieder in den einzelnen Bundesländern wurden mittels der länderbezogenen Daten der Mitgliederstatistik KM6 zu gewichteten Durchschnitts je Mitglied für die einzelnen Bundesländer aggregiert.

Die aus SOEP und EVS errechneten Werte zu den beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied stimmen hinsichtlich ihres Niveaus in der GKV auf Bundesbene insgesamt nicht überein, wie Tabelle 1 deutlich macht: Mit 23.005 Euro je Mitglied liegt das Niveau in der EVS rd. 970 Euro oberhalb des Wertes im SOEP. Dabei liegt dies an den Werten für Pflichtmitglieder, wo der Wert in der EVS mit 21.293 Euro rd. 1.250 Euro höher liegt als der Wert des SOEP mit 20.047; hingegen liegt der Wert der BPE je freiwilliges Mitglied in der EVS mit 39.074 Euro rd. 1.640 Euro niedriger als der entsprechende Wert, der sich aus den SOEP-Datensätzen ergibt.

Auch mit Blick auf die BPE-Verhältnisse zwischen den Bundesländern unterscheiden sich die Ergebnisse zwischen den beiden ausgewerteten Datensätzen: Zwar ist Hamburg in beiden Untersuchungen das Land mit den höchsten BPE je Mitglied, jedoch wird es in der SOEP-Untersuchung von Baden-Württemberg (Nr. 2), Rheinland-Pfalz (Nr. 3), dem Saarland (Nr. 4)

und Bayern (Nr. 5) gefolgt, während in der EVS Hessen an Nr. 2 liegt, gefolgt von NRW (Nr. 3), Baden-Württemberg (Nr. 4) und dem Saarland (Nr. 5).

Tabelle 1: Beitragspflichtige Einnahmen je Mitglied in SOEP und EVS

Bundesland	SOEP			EVS		
	Pflichtmitglieder	freiwillige Mitglieder	insgesamt	Pflichtmitglieder	freiwillige Mitglieder	insgesamt
Baden-Württemberg	21.912 €	42.065 €	24.224 €	21.972 €	39.953 €	24.035
Bayern	21.324 €	40.730 €	23.502 €	21.816 €	38.265 €	23.662
Berlin	19.440 €	40.115 €	21.384 €	20.136 €	40.218 €	22.024
Brandenburg	16.428 €	38.608 €	17.648 €	19.356 €	34.683 €	20.199
Bremen	21.276 €	39.329 €	23.154 €	20.616 €	38.187 €	22.444
Hamburg	23.280 €	39.100 €	25.198 €	22.548 €	38.903 €	24.531
Hessen	20.640 €	41.334 €	23.230 €	22.392 €	38.854 €	24.453
Mecklenburg-Vorpommern	16.476 €	37.930 €	17.450 €	18.156 €	29.078 €	18.652
Niedersachsen	19.896 €	40.185 €	21.812 €	22.008 €	39.736 €	23.682
Nordrhein-Westfalen	20.412 €	41.229 €	22.591 €	22.284 €	40.802 €	24.223
Rheinland-Pfalz ^{x)}	21.852 €	40.867 €	23.769 €	21.900 €	40.257 €	23.750
Saarland ^{x)}	21.852 €	40.867 €	23.568 €	22.200 €	41.069 €	23.903
Sachsen	17.016 €	37.081 €	18.049 €	18.444 €	31.520 €	19.117
Sachsen-Anhalt	16.872 €	39.177 €	17.791 €	18.756 €	34.657 €	19.411
Schleswig-Holstein	20.268 €	41.396 €	22.550 €	21.372 €	39.719 €	23.354
Thüringen	16.500 €	36.438 €	17.399 €	18.960 €	36.230 €	19.738
Bund ohne Wohnort im Ausland	20.047 €	40.712 €	22.037 €	21.293 €	39.074 €	23.005

Quelle: Eigene Berechnungen unter Verwendung von SOEP und EVS, Gewichtung mit KM6-Statistik

^{x)} Im SOEP werden Rheinland-Pfalz und Saarland gemeinsam ausgewertet, daher identische Werte für beide Länder.

Wir haben uns entschieden, in der Hauptrechnung nachfolgend mit den Daten der EVS weiter zu arbeiten, allerdings an zentralen Stellen informandi causa darauf zu verweisen, welche Effekte es gehabt hätte, wenn wir mit den Daten des SOEP weitergerechnet hätten. Die Entscheidung zugunsten der EVA hat im wesentlichen zwei Gründe: Zum einen ist, wie beschrieben, die Anzahl der auswertbaren Datensätze in der EVS mehr als dreieinhalb Mal so groß wie beim SOEP, zum anderen war die Differenziertheit der Antwortkategorien (und damit die Möglichkeit, das Beitragsrecht der GKV abbilden zu können) in der EVS deutlich größer. Vgl. ausführlicher zu den Auswertungsansätzen in EVS und SOEP und der Begründung zur Verwendung des SOEP den Anhang.

Im nächsten Schritt werden die errechneten beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied mit der Mitgliederzahl nach KM6 multipliziert, um auf die Strukturen der GKV besser angepasst zu sein.³⁶ Da das Ergebnis von der Summe der beitragspflichtigen Einnahmen nach der Jahresrechnung KJ1 des Jahres 2005 abweicht, werden die beitragspflichtigen Einnahmen über einen Korrekturfaktor so skaliert, dass ihre Summe der Summe der beitragspflichtigen Einnahmen der GKV nach der KJ1 für 2005 entspricht.

Für die weitere Modellierung des Finanzkraftausgleichs war sodann das Ausgabenniveau festzulegen, auf dem der Finanzkraftausgleich durchgeführt wird. Ausgangspunkt hierfür waren die im RSA-berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben der GKV gemäß Jahresrechnung KJ1 im Jahre 2005. Diese wurden um die Einnahmen des Risikostrukturausgleichs aus geringfügiger Beschäftigung sowie um den Bundeszuschuss für versicherungsfremde Leistungen gekürzt (vgl. **Fehler! Ungültiger Eigenverweis auf Textmarke.**). Aus dem daraus sich ergebenden über den RSA zu finanzierenden Ausgabenvolumen und der Summe der beitragspflichtigen Einnahmen wurde der rechnerisch erforderliche Ausgleichsbedarfssatz errechnet.

Die Finanzkraft der GKV-Beitragszahler in den einzelnen Bundesländern im Status Quo wird nun wie folgt ermittelt: Einerseits werden den einzelnen Ländern jeweils die (über EVS ermittelten, auf KJ1-Niveau adjustierten) landesspezifischen beitragspflichtigen Einnahmen zugerechnet, auf die der rechnerisch erforderliche Ausgleichsbedarfssatz angewendet wird. Andererseits werden ihnen die Einnahmen aus geringfügiger Beschäftigung zugerechnet. Zwar liegen auch für die Einnahmen aus geringfügiger Beschäftigung keine direkten Zuschlüsselungen auf die Bundesländer vor. Jedoch ordnet die Bundesknappschaft die Einnahmen aus der

³⁶ Dieses Vorgehen wird etwa auch von Andersen, H. H. und Grabka, M. M. (2004) gewählt.

im Rahmen der Minijobs fälligen Pauschalsteuer den Bundesländern getrennt für gewerblich geringfügig Beschäftigte und geringfügig Beschäftigte in Privathaushalten zu. Mittels dieser Informationen und der auf die beiden Arten der geringfügigen Beschäftigung anzuwendenden Beitragssätze können die Einnahmen der GKV aus geringfügiger Beschäftigung den Bundesländern zugerechnet werden.

Tabelle 2: Rahmendaten für den Finanzkraftausgleich

1.	Beitragsbedarf nach KJ1 2005 (in 1.000 €)	129.209.149
	davon:	
2.	- Finanzierung über Einnahmen aus geringfügiger Beschäftigung 2005 ohne LKK (in 1.000 €)	1.884.481
3.	- Finanzierung über Zuschuss des Bundes 2500 ohne LKK (in 1.000 €)	2.487.000
4.	zu finanzierender Beitragsbedarf ohne Einnahmen aus geringfügiger Beschäftigung (in 1.000 €) (1 - 2 - 3):	124.837.668
5.	BPE laut KJ1 2005 (in 1.000€):	969.354.813
6.	rechnerisch erforderlicher ABS (4 / 5):	12,8784%
7.	zu finanzieren über RSA und geringfügige Beschäftigung ohne Bundeszuschuss (in 1.000 €) (4 + 2)	126.722.149

Quelle: Zusammenstellung nach Daten der KJ1. Einnahmen aus geringfügiger Beschäftigung errechnet aus Angaben der Bundesknappschaft.

Der so ermittelten Finanzkraft der GKV-Mitglieder in den einzelnen Bundesländern (bestehend aus der Finanzkraft im engeren Sinne zuzüglich der Einnahmen aus geringfügiger Beschäftigung) wird im Rahmen des Finanzkraftausgleichs die Finanzkraft gegenübergestellt, die sich ergäbe, wenn die Finanzkraft je Versicherten in jedem Bundesland dem bundesdurchschnittlichen Wert entspräche.³⁷ Auch hier wird die Zahl der Versicherten in den Bundesländern der Versichertenstatistik KM6 entnommen.

Die Differenz zwischen der ermittelten Finanzkraft der GKV-Mitglieder in den einzelnen Bundesländern und der fiktiven Finanzkraft, wenn der Wert der Finanzkraft je Versicherten in allen Bundesländern gleich wäre, stellt die Umverteilung durch den Finanzkraftausgleich zwischen den Bundesländern im Status Quo dar.

³⁷ Wie in Abschn. C.1.1.1. ausgeführt, wird durch den Bezug auf die Finanzkraft je Versicherten implizit auch der Familienversichertenlastenausgleich durchgeführt.

C.1.2.2. Methodik zur Ermittlung der interregionalen Transfers im Beitragsbedarfsausgleich im RSA im Status quo

Wie in Abschn. C.1.1.1. beschrieben, werden im Rahmen des Beitragsbedarfsausgleichs im Status Quo interregionale Transfers dadurch ausgelöst, dass Ressourcen von Ländern mit einer überdurchschnittlich „guten“ Versichertenstruktur zu Ländern mit einer überdurchschnittlich „schlechten“ Versichertenstruktur, soweit der RSA die Versichertenstruktur erfasst und ausgleicht, fließen.

Die Risikostruktur der Versicherten wird im RSA gegenwärtig an den Merkmalen Alter, Geschlecht, Erwerbsminderungsstatus (ja/nein), DMP-Status (eingeschrieben in ein strukturiertes Behandlungsprogramm: ja/nein) und Krankengeldberechtigungsgruppe festgemacht (§ 2 RSAV). Mit den Routinedaten der GKV ist es nicht möglich, die interregionalen Effekte des gegenwärtigen Beitragsbedarfsausgleichs vollständig abzubilden.

In der Studie von Jacobs et al. (1998) wurde eine Sonderauswertung des Mikrozensus nach Alter, Geschlecht und Bundesland herangezogen und damit ein Alters- und Geschlechtsbezogener Beitragsbedarfsausgleich modelliert. In einer Studie des Bundesversicherungsamtes wurde auf die RSA-Stichprobe aus dem Jahre 2002 zurückgegriffen, die für den damaligen RSA eine Abschätzung und Hochrechnung der regionalen Verteilung von Beitragsbedarf und damit der Umverteilung durch den Beitragsbedarfsausgleich ermöglicht.³⁸ Das Bundesversicherungsamt hat den Verfassern dieser Studie seine Berechnungsgrundlagen zur Verfügung gestellt; sie wurden von uns als plausibel eingeschätzt. Rürup, B. und Wille, E. (2007) haben diese Daten in ihrer Studie auf das Jahr 2005 hochgerechnet; diese Hochrechnung halten wir für plausibel. Nachteil dieses Ansatzes ist, dass die regionale Verteilung von Beitragsbedarf nicht bei der Stichprobenziehung angelegt war.

Einen Ansatz mit Survey-Daten wählen Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung und Universität Dortmund (2006): Die Autoren errechnen aus den Angaben eines im SOEP Befragten zu Alter, Geschlecht, Krankengeldanspruch und Erwerbsminderungsstatus den Beitragsbedarf für diesen Versicherten im RSA. Über Gewichtungsfaktoren werden die Beitragsbedarfe aller Befragten auf die Gesamtheit der GKV-Versicherten in den jeweiligen

³⁸ Vgl. Bundesversicherungsamt (2004).

Bundesländern hochgerechnet. Die Autoren weisen darauf hin, dass mit einer solchen vergleichsweisen Stichprobe und hohen Steuungen in den Angaben auf der regionalen Ebene nur eine „relativ unpräzise“ Abschätzung möglich ist.

In der vorliegenden Studie errechnen wir die Beitragsbedarfe für die einzelnen Bundesländer für einen „reduzierten“ RSA, der nur die Ausgleichsvariablen Alter und Geschlecht berücksichtigt, dafür aber verlässliche Angaben auf Ebene der Bundesländer ermöglicht³⁹ – der unterschiedliche Krankengeldanspruch sowie die Merkmale DMP-Status und Erwerbsminderungsstatus werden damit nicht berücksichtigt; auch der Risikopool nach § 269 SGB V, der vermutlich netto (d.h. nach Saldierung der Effekte auf die Beitragsbedarfe im RSA und der Auszahlungen für aufwändige Leistungsfälle im Pool) interregionale Effekte aufweist, bleibt unberücksichtigt. Eine solche Betrachtung erscheint deswegen vertretbar, weil es offensichtlich ist, dass unterschiedliche Alters- und Geschlechtsstrukturen der GKV-Versicherten zwischen den Bundesländern zu unterschiedlichen RSA-Positionen führen. Ob jenseits von Alter und Geschlecht weitere RSA-Merkmale, die auf der Ebene der einzelnen Krankenkassen aufgrund der Selektion der Versicherten zu bestimmten Kassen zu erheblichen Verteilungswirkungen führen⁴⁰, auch auf der Ebene der Bundesländer wirksam sind, ist demgegenüber weniger klar: Hat etwa ein Land wie Baden-Württemberg, das über eine überdurchschnittlich junge Altersstruktur der GKV-Versicherten verfügt und deswegen ceteris paribus „gesündere“ Versicherte hat, auch innerhalb der einzelnen Altersgruppen eine vom Bundesdurchschnitt abweichende Zahl von in DMPs eingeschriebenen Versicherten oder von Versicherten mit Erwerbsminderungsrenten?

Um den Beitragsbedarf zu ermitteln, wird von uns aus den vom BVA erhobenen Daten zum RSA daher ein reduziertes, nur auf Alter und Geschlecht bezogenes Ausgabenprofil konstruiert. Ausgangspunkt für unsere Berechnungen sind hierbei nicht die vom BVA veröffentlichten RSA-Daten,⁴¹ sondern ein vom BVA für unseren Zweck in zweierlei Hinsicht modifiziertes Datenmaterial:

39 Dieses Verfahren wird offenbar auch von Dabrowski, T. (2006) praktiziert, wobei unklar bleibt, welche RSA-Werte in die Berechnungen einfließen, da auf „die vom Bundesversicherungsamt für 2003 nachgewiesenen Ausgabenprofile“ rekurriert wird, die veröffentlichten Profile aber – wie im folgenden Text vorliegend erläutert wird – hierfür ungeeignet sind (Berücksichtigung von Risikopool und Konvergenzphase des gesamtdeutschen RSA).

40 Vgl. Jacobs, K. et al. (2002).

41 Vgl. www.bundesversicherungsamt.de, dort Fachinformationen, Risikostrukturausgleich, Jahresausgleiche, Datenzusammenstellungen und Rechnungsergebnisse.

- Die veröffentlichten pro-Tag-Werte beinhalten bereits die Absenkung der standardisierten Leistungsausgaben um die im Rahmen des Risikopools gezahlten Beträge. Da der Risikopool von uns nicht modelliert werden kann, haben wir vom BVA pro-Tag-Werte ohne Absenkungsbeträge erbeten und erhalten.
- Die veröffentlichten pro-Tag-Werte für das Jahr 2005 spiegeln die Situation jenes Jahres in Bezug auf den Konvergenzprozess zum gesamtdeutschen RSA wider, so dass sie eine 75%-Konvergenz ausdrücken. Für den Zweck unserer Berechnungen erscheint es hingegen sinnvoll, eine fiktive Situation abzubilden, in der im Jahre 2005 der gesamtdeutsche RSA bereit gegolten hätte. Entsprechende Werte sind vom BVA nicht veröffentlicht und können auch nicht aus den veröffentlichten Daten errechnet werden. Daher haben wir vom BVA entsprechend modifizierte pro-Tag-Werte erbeten und erhalten.

Das zunächst auf die Ausgleichsvariablen Alter und Geschlecht reduzierte RSA-Profil wird im nächsten Schritt zusätzlich hinsichtlich der Altersvariable auf die Altersklassen aggregiert, in denen die Versichertenstatistik KM6 zur Verfügung steht. Die sich so ergebenden pro-Tag-Werte nach Alter und Geschlecht werden zunächst auf der Bundesebene mit der KM6-Statistik ausmultipliziert; über einen Korrekturfaktor werden die pro-Tag-Werte sodann final so angepasst, dass in der Summe das KJ1-Ausgabenniveau erreicht wird;⁴² aus systematischen Erwägungen beziehen wir uns hierbei auf das um den Bundeszuschuss gekürzte Ausgabenniveau – würde dieses einbezogen, erhöhen sich die ausgewiesenen Transfers des Beitragsbedarfsausgleiches entsprechend um knapp 2 vom Hundert.

Die vorstehenden Berechnungsschritte führen zu dem alters- und geschlechtsbezogenen RSA-Profil der Tabelle 3. Dieses Profil wird mit den bundeslandbezogenen Versichertenzahlen nach KM6 multipliziert, woraus der Beitragsbedarf im Status quo eines Bundeslandes resultiert.

Um die interregionalen Transfers durch den Beitragsbedarfsausgleich zu ermitteln, wird den einzelnen Bundesländern derjenige Beitragsbedarf zugewiesen, der sich ergäbe, wenn die Länder nicht ihre tatsächliche Alters- und Geschlechtsverteilung hätten, sondern eine bundesdurchschnittliche Verteilung. Die Differenz zwischen dem zugerechneten Beitragsbedarf bei der tatsächlichen Alters- und Geschlechtsverteilung in einem Bundesland und dem fiktiven

⁴² Bei diesem Schritt wird auch berücksichtigt, dass Beitragsbedarf in Höhe von rd. 600 Mio. Euro auf Versicherte mit Wohnsitz im Ausland entfällt. Dieser Beitragsbedarf wird über den Korrekturfaktor proportional auf die Beitragsbedarfe der Versicherten im Inland verteilt. Da die Anpassung an die zu berücksichtigenden Ausgaben bereits sehr gut war, beträgt der Korrekturfaktor für beide Schritte (Anpassung an KJ1, Verteilung des Beitragsbedarfs für Versicherte mit Wohnsitz im Ausland) nur 1,0099.

Beitragsbedarf bei einer bundes- durchschnittlichen Alters- und Geschlechtsverteilung für das gleiche Bundesland stellt die interregionalen Transfers zwischen den Bundesländern durch den Beitragsbedarfsausgleich dar.

Tabelle 3: pro-Tag-Werte des RSA für den Beitragsbedarfsausgleich nach Alter und Geschlecht

Altersgruppe	Ausgabenprofil (pro-Tag-Werte)		Altersgruppe	Ausgabenprofile (pro-Tag-Werte)	
	Männer	Frauen		Männer	Frauen
bis unter 15 Jahre	2,80 €	2,32 €	55 bis unter 60 Jahre	6,67 €	5,73 €
15 bis unter 20 Jahre	2,06 €	2,55 €	60 bis unter 65 Jahre	7,79 €	6,42 €
20 bis unter 25 Jahre	1,82 €	2,66 €	65 bis unter 70 Jahre	8,58 €	7,29 €
25 bis unter 30 Jahre	1,95 €	3,50 €	70 bis unter 75 Jahre	10,68 €	9,00 €
30 bis unter 35 Jahre	2,21 €	3,84 €	75 bis unter 80 Jahre	12,54 €	10,66 €
35 bis unter 40 Jahre	2,98 €	3,80 €	80 bis unter 85 Jahre	13,71 €	12,19 €
40 bis unter 45 Jahre	3,27 €	3,61 €	85 bis unter 90 Jahre	14,51 €	13,26 €
45 bis unter 50 Jahre	4,02 €	4,11 €	90 und mehr Jahre	14,43 €	13,14 €
50 bis unter 55 Jahre	5,13 €	4,90 €			

Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis Daten des BVA zum Jahresausgleich 2005 und KM6 für 2005

Zur Information des Lesers wird im Ergebnisteil zusätzlich auf den Beitragsbedarfsausgleich für die regionalen Krankenkassen und die überregionalen Krankenkassen mit ihrer jeweiligen Alters- und Geschlechtsverteilung in den einzelnen Bundesländern hingewiesen.⁴³ Die Vorgehensweise zur Ermittlung dieser Transfers ist identisch.

C.1.2.3. Methodik zur Ermittlung des Gesamteffekts des RSA im Status quo auf interregionale Transfers

Der Gesamteffekt des RSA im Status quo auf die interregionalen Transfers ergibt sich als Summe aus dem Effekt durch die Umverteilung im Finanzkraftausgleich und dem Effekt durch die Umverteilung im Beitragsbedarfsausgleich. Ein positives Vorzeichen des Gesamteffektes bedeutet, dass in das Bundesland durch den RSA Mittel fließen im Vergleich zu einer Situation, in der es keinen RSA gäbe; umgekehrt bedeutet ein negatives Vorzeichen des Gesamteffektes, dass aus dem Bundesland durch den RSA bedingt Mittel abfließen.

⁴³ Zur Zuordnung der Krankenkassen zu den Rubriken „regional“ und „überregional“ vgl. Abschn. C.1.2.4.

C.1.2.4. Methodik der Ermittlung des Effekts der überregionalen Beitragssatzkalkulation auf interregionale Transfers im Status quo

Während für die Kalkulation der Effekte des RSA auf die interregionalen Transfers ausschließlich Daten der Risikostruktur und der beitragspflichtigen Einnahmen der Versicherten in einem Bundesland erforderlich sind, ist für die Berechnung der überregionalen Beitragssatzkalkulation im Status quo zudem zum einen erforderlich, diese Informationen anteilig für die überregionalen Krankenkassen in den jeweiligen Bundesländern ermitteln zu können. Zum anderen ist die Kenntnis der Ausgaben dieser überregional kalkulierenden Krankenkassen in den einzelnen Regionen erforderlich.

Regionalisierte Informationen über beitragspflichtige Einnahmen, Risikostrukturen und Ausgaben der überregional kalkulierenden Krankenkassen liegen im Routinebetrieb der Krankenkassen nicht vor. An den bereits von Leber, W.-D. und Wasem, J. (1990) bemängelten „eklatanten Datenmängeln“ hat sich bislang nicht Grundlegendes geändert.

In ihrer Studie aus der Zeit vor dem RSA haben Leber und Wasem (1990) die Annahme getroffen, dass die BPE-Unterschiede zwischen den Bundesländern bei den Ersatzkassen durch die Relationen der Gehälter der kaufmännischen und technischen Angestellten abgebildet werden können. Für die Leistungsausgaben treffen sie die Annahme, dass die Relationen der Pro-Kopf-Ausgaben zwischen den Bundesländern bei den AOKn denen bei den überregionalen Krankenkassen entsprechen. Im Grundsatz die gleichen Annahmen treffen Jacobs et al. in ihrer Studie aus dem Jahr 1998.

In der Studie des Bundesversicherungsamtes (2004) hat dieses die Daten aus der Stichprobe nach § 268 SGB V für das Jahr 2002 der drei großen Ersatzkassen regional ausgewertet und – in Verbindung mit SOEP-Daten zu den beitragspflichtigen Einnahmen – Regionaltransfers dieser Kassen ausgewertet. Die Studien von Rürup u. Wille (2007) und RWI u. Universität Dortmund (2006) verzichten auf die Berücksichtigung dieser Dimension von interregionalen Transfers.⁴⁴ Bei der Studie von Dabrinski (2006) bleibt unklar, was hier gerechnet worden ist, zumal die Situation im Status quo nicht von der unter Gesundheitsfonds getrennt wurde.

⁴⁴ Wie bereits erwähnt, modelliert die RWI-Studie zwar interregionale Transfers in den bundesweiten Kassen, jedoch nur bezogen auf die RSA-Positionen, nicht hingegen auf das regional unterschiedliche Ausgabenniveau; wir halten eine solche Modellierung nicht für zielführend.

In der vorliegenden Studie steht (wie in Abschn. C.1.1.2. beschrieben) die Kalkulation eines jeweils regionalen rechnerischen Beitragssatzes überregionaler Krankenkassen in einer Region im Vergleich zu einem überregionalen Mischbeitragssatz. Zu diesem Zweck wurde eine fiktive überregionale Krankenkasse gebildet, die in allen Bundesländern aktiv ist; außerdem wurde spiegelbildlich dazu in jeder Region eine Regionalkasse gebildet, so dass die Mitglieder und Versicherten der GKV (ohne landwirtschaftliche Krankenversicherung und ohne Versicherte mit Wohnsitz im Ausland) mit ihren beitragspflichtigen Einnahmen, Risikomerkmale und den ihnen zurechenbaren Ausgaben vollständig entweder der jeweiligen Regionalkasse ihres Bundeslandes oder der überregionalen Krankenkasse angehören (und im letzteren Falle in die Regionalkalkulation für ihr Bundesland dieser überregionalen Kasse einfließen).

Der bundesdurchschnittliche Beitragssatz der gebildeten überregionalen Krankenkasse sowie jeder regionalen Krankenkasse errechnet sich (unter Vernachlässigung eines möglichen Auf- oder Abbaus von Rücklagen oder der Notwendigkeit, eine etwaige Verschuldung abzubauen) als Quotient aus sämtlichen Ausgaben, vermindert um die Transferverpflichtung in den RSA oder den Transferempfang aus dem RSA, dividiert durch die beitragspflichtigen Einnahmen.⁴⁵ Die Transferverpflichtung in den RSA oder der Transferempfang aus dem RSA wird über die Addition des Saldos aus dem Beitragsbedarfsausgleich und dem Finanzkraftausgleich ermittelt.

Für die regionalspezifischen Beitragssätze der bundesweiten Krankenkasse gilt dies entsprechend mit der Maßgabe, dass in die Berechnung der jeweiligen Beitragssätze die der jeweiligen Region zugerechneten Werte für Ausgaben, RSA-Transfer und beitragspflichtige Einnahmen einfließen.

Für die Berechnung der regionenspezifischen Beitragssätze und des überregionalen Mischbeitragssatzes dieser überregionalen Krankenkasse wurden die folgenden Schritte durchgeführt:

- Zuordnung der Mitglieder und der Versicherten auf die regionalen Krankenkassen und die überregionale Krankenkasse und ihre Regionen:

⁴⁵ Die Verfasser haben auch eine Modell gerechnet, das die sonstigen Einnahmen (ohne Bundeszuschuss) und die sonstigen Ausgaben ebenfalls berücksichtigt; die (nicht deutlich von den hier präsentierten Ergebnissen abweichenden) Ergebnisse werden hier jedoch nicht präsentiert. Vgl. im übrigen dazu C.2.2.2. zur Begründung für das hier gewählte Vorgehen.

Tabelle 4: Zuordnung der Mitglieder und Versicherten auf die regionalen Krankenkassen und die überregionale Krankenkasse

Kassenart	Zuordnung
AOK	100 % jeweilige Regionalkasse
BKK	70 % überregionale Kasse 30 % jeweilige Regionalkasse ⁴⁶
IKK	50 % überregionale Kasse 50 % jeweilige Regionalkasse ⁴⁷
SeeKK	100 % überregionale Krankenkasse
BKn	100 % überregionale Krankenkasse
ErsK	100 % überregionale Krankenkasse

Die Mitglieder bzw. Versicherten in den einzelnen Alters- und Geschlechtsgruppen wurden anhand der Statistik KM6 im jeweiligen Bundesland der jeweiligen Regionalkasse bzw. der überregionalen Kasse entsprechend Tabelle 4 zugeordnet. Bei der Betrachtung der Regionalkalkulation für die einzelnen Bundesländer der überregionalen Kasse gehen die Versicherten in die Regionalkalkulation desjenigen Bundeslandes ein, dem sie nach KM6 zuzurechnen sind.

Tabelle 5 zeigt den von uns aufgrund der in Tabelle 4 ausgewiesenen Zuordnung errechneten Anteil der überregionalen Krankenkasse an den Mitgliedern bzw. Versicherten in den einzelnen Bundesländern.

⁴⁶ Nach Auskunft des BKK-Bundesverbandes fallen rd. 90 % der Ausgaben der BKKen in formal überregionalen Krankenkassen an. Teilweise sind dies aber Krankenkassen, bei denen der weitaus überwiegende Teil der Versicherten in einem einzigen Bundesland versichert ist und nur wenige Versicherte in anderen Bundesländern. Daher gehen die Mitglieder und Versicherten der BKKen in allen Bundesländern zu 70 % in allen Alters- und Geschlechtsgruppen in die von uns gebildete überregionale Kasse ein und zu 30 % in die jeweils von uns gebildete Regionalkasse.

⁴⁷ Nach Auskunft des IKK-Bundesverbandes sind rd. 53 % der Ausgaben der IKKen eindeutig einem Bundesland regional zuzuordnen. Wir haben daher die Mitglieder und Versicherten der IKKen in allen Bundesländern zu 50 % in allen Alters- und Geschlechtsgruppen in die von uns gebildete überregionale Kasse eingeordnet und zu 50 % in die jeweils von uns gebildete Regionalkasse.

Tabelle 5: Marktanteile der überregionalen Kasse in den Bundesländern

Bundesland	Marktanteile der überregionalen Kasse an den			
	Mitgliedern		Versicherten	
	absolut	in v.H.	absolut	in v.H.
Baden-Württemberg	2.842.147	46,33%	4.101.125	46,43%
Bayern	3.476.575	48,58%	4.945.664	48,97%
Berlin	1.276.020	62,66%	1.696.043	62,73%
Brandenburg	1.016.991	57,39%	1.340.420	59,33%
Bremen	237.135	58,24%	322.917	57,09%
Hamburg	696.753	68,53%	934.106	67,57%
Hessen	2.083.243	59,37%	2.957.089	58,85%
Mecklenburg-Vorpommern	634.263	52,54%	831.175	53,96%
Niedersachsen	2.547.624	55,11%	3.691.528	55,12%
Nordrhein-Westfalen	6.208.008	59,60%	8.976.098	58,62%
Rheinland-Pfalz	1.277.087	55,00%	1.833.789	54,73%
Saarland	378.476	61,62%	552.984	61,94%
Sachsen	1.212.351	39,53%	1.554.186	40,25%
Sachsen-Anhalt	912.022	50,84%	1.178.727	51,87%
Schleswig-Holstein	969.383	58,65%	1.383.610	59,05%
Thüringen	826.422	49,24%	1.068.246	50,34%

Quelle: Berechnet auf Basis KM6

- Zuordnung der Beitragsbedarfe auf die regionalen Krankenkassen und die überregionale Krankenkasse und ihre Regionen:

Für die jeweils gebildeten Regionalkassen und die überregionale Krankenkasse werden mittels der in Tabelle 3 ausgewiesenen Werte standardisierter Leistungsausgaben und der KM6-Werte für die diesen Kassen zugerechneten Versicherten die Beitragsbedarfe ermittelt; für die Regionalkassen und die überregionale Kasse kann getrennt die Transferposition im Beitragsbedarfsausgleich ausgewiesen werden.⁴⁸ Für die überregionale Kasse werden die Beitragsbedarfe für ihre Versicherten zudem für jedes Land getrennt errechnet und ausgewiesen, so dass jede Region dieser überregionalen Kasse getrennt am Beitragsbe-

⁴⁸ Vgl. zur Vorgehensbeschreibung oben Abschn. C.1.2.2.

darfsausgleich teilnehmen kann und ihre Transferposition im Beitragsbedarfsausgleich ermittelt werden kann.

- Zuordnung der beitragspflichtigen Einnahmen auf die regionalen Krankenkassen und die überregionale Krankenkasse und ihre Regionen:

Dies geschieht in drei Schritten:

- i.) Ausgehend von den in der Jahresrechnung KJ1 der GKV für 2005 ausgewiesenen beitragspflichtigen Einnahmen nach Kassenarten ermitteln wir (unter Verwendung der Zurechnungsschlüssel aus Tabelle 4) die Volumina und Anteile der gebildeten regionalen Krankenkassen und der überregionalen Krankenkasse an den beitragspflichtigen Einnahmen auf GKV-Ebene.
- ii.) Parallel dazu werden die gem. EVS unter der Verwendung der Mitgliederstatistik KM6 den einzelnen Bundesländern zugerechneten beitragspflichtigen Einnahmen unter Verwendung des Zurechnungsschlüssels aus Tabelle 4 auf die regionale und die überregionale Kasse verteilt.
- iii.) Da die Summe über alle Bundesländer der unter ii.) zugerechneten BPE für die überregionale Kasse von der Summe der unter i.) ausgewiesenen Summe abweicht, werden die Werte unter ii.) über einen für alle Länder gleichen Korrekturfaktor so angepasst, dass die Summe der BPE der überregionalen Kasse über alle Länder dem Wert aus Schritt i.) entspricht.

Die Verknüpfung dieser Schritte ist erforderlich, um einerseits der Tatsache Rechnung zu tragen, dass das BPE-Niveau der überregionalen Kasse je Mitglied systematisch höher ist als das BPE-Niveau der Regionalkassen. Andererseits ist zu berücksichtigen, dass der Anteil der Mitglieder der überregionalen Krankenkasse in den Bundesländern sehr unterschiedlich ist. Mit den hier vorgenommenen drei Schritten ist die implizite Annahme verbunden, dass der relative Abstand des BPE-Niveaus zu den BPE-Niveaus in den jeweiligen Regionalkassen über die Bundesländer konstant ist.⁴⁹

- Zuordnung der Finanzkraft auf die regionalen Krankenkassen und die überregionale Krankenkasse und ihre Regionen:

⁴⁹ Der in Schritt ii.) errechnete Korrekturfaktor beträgt 1,09 – dies bedeutet, dass die überregionale Kasse ein 9 % höheres Niveau beitragspflichtiger Einnahmen je Mitglied hat als der GKV-Durchschnitt. Es wird – wie ausgeführt – die Annahme getroffen, dass dies in allen Bundesländern jeweils der Fall ist, wobei das absolute Niveau der BPE der überregionalen Kasse je Mitglied damit dem der jeweiligen regionalen Kasse(n), erhöht um 9 %, entspricht.

Unter Verwendung des einheitlichen ABS wird aus den BPE der Regionalkassen und der überregionalen Krankenkasse die jeweilige Finanzkraft errechnet. Unter Verwendung der BPE der Versicherten in den jeweiligen Regionen der überregionalen Krankenkasse und des ABS wird die rechnerische Finanzkraft dieser „regionalen Einheiten“ bei einer regionalspezifischen Kalkulation ermittelt.

- Errechnung des RSA-Transfers für die regionalen Krankenkassen, die überregionale Krankenkasse und deren Regionen:

Wie bereits unter C.1.2.3. ausgeführt, wird der Transfer einer Krankenkasse als Summe aus dem Transfer im Beitragsbedarfsausgleich und dem Transfer im Finanzausgleich modelliert. Für die „regionalen Einheiten“ der überregionalen Krankenkasse gilt dies entsprechend bei der regionalspezifischen Kalkulation.

- Zuordnung der Leistungsausgaben auf die regionalen Krankenkassen, die überregionale Krankenkasse und deren Regionen:

Diese Zuordnung erfolgt in mehreren Schritten:

- i.) Die Arzneimittelausgaben für 2005 werden entsprechend der Verteilung der Nettoumsätze auf die Bundesländer nach den GKV-Arzneimittelschnellinformationen (GAmSi) für das Jahr 2005 regional zugeordnet.⁵⁰ Über einen Korrekturfaktor wird die Summe der Ausgaben nach GAmSi auf das Ausgabenniveau der GKV nach KJ1 in 2005 angepasst; mit diesem Korrekturfaktor werden die den einzelnen Bundesländern nach GAmSi zunächst zugerechneten „rohen“ Ausgaben multipliziert.
- ii.) Die Ausgaben für vertragsärztliche Versorgung werden entsprechend der Meldungen der Kassenärztlichen Vereinigung in der sog. Formblatt 3-Statistik des Jahres 2004 den Bundesländern zugerechnet.⁵¹ Über einen Korrekturfaktor wird die Summe der Ausgaben für vertragsärztliche Versorgung der Formblatt 3-Statistik für den Bund auf das Ausgabenniveau der GKV nach KJ1 in 2005 angepasst; mit diesem Korrekturfaktor werden die den einzelnen Bundesländern zunächst zugerechneten „rohen“ Ausgaben multipliziert.

⁵⁰ Vgl. Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen (2006).

⁵¹ Zugrunde gelegt wird der Leistungsbedarf in Euro, der sich als Summe aus der Vergütung in Euro und dem mit einem KV-spezifischen Punktwert in Cent bewerteten Leistungsbedarf in Punktzahlen ergibt. Die Daten wurden von der KBV zur Verfügung gestellt.

- iii.) Für die Modellierung der Ausgaben für Krankenhausbehandlung auf Bundesländerebene standen Daten, die ausschließlich die gesetzliche Krankenversicherung erfassten, nicht zur Verfügung. Daher werden die Krankenhausfallzahlen des Jahres 2004, die das Statistische Bundesamt nachweist (welche auch die Fallzahlen von Selbstzahlern enthalten)⁵², zunächst mit den landesspezifischen Landesbasisfallwerten für das Jahr 2005 multipliziert.⁵³ Über einen Korrekturfaktor wird die Summe der sich daraus ergebenden „rohen“ Ausgaben für Krankenhausbehandlung in den Bundesländern auf das Ausgabenniveau der GKV nach KJ1 in 2005 für diesen Bereich angepasst; mit diesem Korrekturfaktor werden die den einzelnen Bundesländern zunächst zugerechneten „rohen“ Ausgaben multipliziert.
- iv.) Die sich für jedes Bundesland und die GKV insgesamt ergebende Ausgabensumme über die drei zuvor beschriebenen Leistungsbereiche wird mittels eines Hochrechnungsfaktors auf das Ausgabenniveau der GKV nach KJ1 auf der Bundesebene für 2005 hochgerechnet. Damit ist die Annahme verbunden, dass die Relation der Leistungsausgaben für diese drei Bereiche zu den Leistungsausgaben insgesamt zwischen den Bundesländern und auch zwischen den Regionalkassen und der überregionalen Kasse gleich ist.
- v.) Entsprechend des in Tabelle 4 verwendeten Schlüssels, wie Krankenkassen als regional oder überregional einzustufen sind, werden die anteiligen Ausgaben der überregionalen Krankenkasse auf Bundesebene an den Ausgaben der KJ1 ermittelt.
- vi.) An den jedem Bundesland wie in iv.) beschrieben zugerechneten Leistungsausgaben wird nun der jeweilige Anteil der überregionalen Krankenkasse ermittelt. Dabei wird einerseits der anteilige Beitragsbedarf der überregionalen Krankenkasse am Beitragsbedarf im Bundesland insgesamt, andererseits die in Schritt v.) auf Bundesebene insgesamt errechneten Ausgaben der überregionalen Krankenkasse berücksichtigt.

Im Ergebnis wird der überregionalen Krankenkasse in jedem Bundesland ein Ausgabenbetrag zugewiesen, der ihrer Morbiditätsstruktur (gemessen an den Morbiditätsfaktoren

⁵² Diagnosedaten der Krankenhäuser ab 2000. Zur Verfügung gestellt vom Statistischen Bundesamt am 2.1.2007.

⁵³ Es werden die Landesbasisfallwerte 2005 „vor Kappung“ in den einzelnen BL verwendet. Diese Werte berücksichtigen nicht die Absenkung des LBFW wegen der Begrenzung der Budgetabsenkungen durch die Kappungsgrenze.

Alter und Geschlecht), dem relativen Ausgabenniveau im Bundesland und dem relativen Ausgabenniveau der überregionalen Kasse im Vergleich zu den regionalen Kassen Rechnung trägt.⁵⁴

- Aus der Jahresrechnung KJ1 in Verbindung mit der RSA-Satzart 43 können die Ausgaben für Satzungsleistungen nach Kassenarten errechnet werden. Diese werden mittels des in Tabelle 4 verwendeten Zurechnungsschlüssels anteilig der überregionalen Kasse zugerechnet. Die Verteilung auf die einzelnen Bundesländer wird pro Kopf vorgenommen.⁵⁵
- Aus der Jahresrechnung KJ1 können die Verwaltungsausgaben der Krankenkassen nach Kassenarten entnommen werden. Diese werden mittels des in Tabelle 4 verwendeten Zurechnungsschlüssels anteilig der überregionalen Krankenkasse zugerechnet. Die Verteilung auf die einzelnen Bundesländer wird zu 30 v.H. pro Kopf und zu 70 v.H. nach Beitragsbedarf vorgenommen.⁵⁶

C.1.2.5. *Methodik der Ermittlung des Gesamteffekts interregionaler Transfers im Status quo*

Der Gesamteffekt interregionaler Transfers im Status quo ergibt sich als Summe aus dem Gesamteffekt des RSA im Status quo (der wiederum die Summe aus dem Effekt des Finanzkraftausgleichs und dem Effekt des Beitragsbedarfsausgleichs ist) und dem Effekt durch die überregionale Beitragssatzkalkulation im Status quo. Ein positives Vorzeichen des Gesamteffektes interregionaler Transfers im Status quo bedeutet, dass in das Bundesland durch den RSA und die überregionale Beitragssatzkalkulation Mittel fließen im Vergleich zu einer Situation, in der es keinen RSA und keine bundesweite Mischkalkulation der Krankenkassen gäbe; umgekehrt bedeutet ein negatives Vorzeichen des Gesamteffektes, dass aus dem Bundesland durch den RSA und die Verpflichtung zur überregionalen Beitragssatzkalkulation bedingt Mittel abfließen.

⁵⁴ Die Leistungsausgaben der jeweiligen Regionalkasse in einem Bundesland können entsprechend modelliert werden, können jedoch auch als Differenz zwischen den in Schritt iv.) dem Bundesland zugerechneten Ausgaben und den in Schritt vi.) der überregionalen Krankenkasse zugewiesenen Leistungsausgaben ermittelt werden.

⁵⁵ Dies ist konsistent mit der Zuschlüsselung der Satzungsleistungen zu Beitragsbedarfen, wie sie offenbar bei der Vervollständigung des Finanzkraftausgleichs im GKV-WSG beabsichtigt ist (vgl. Göppfarth, D. (2006)) und von uns auch in Abschn. C.2 simuliert werden wird.

⁵⁶ Dies ist konsistent mit der Zuschlüsselung der Satzungsleistungen zu Beitragsbedarfen, wie sie offenbar bei der Vervollständigung des Finanzkraftausgleichs im GKV-WSG beabsichtigt ist (vgl. Göppfarth, D. (2006)) und von uns auch in Abschn. C.2 simuliert werden wird. Die Aufteilung geht zurück auf einen Vorschlag von Jacobs, K. et al. (2002).

C.1.3. Empirische Abschätzung der interregionalen Transfers im Status quo

In diesem Abschnitt werden die Ergebnisse der empirischen Abschätzung zu den interregionalen Transfers zwischen den Bundesländern in der GKV im Status quo berichtet. Die qualitative Erörterung dieser Transfers ist in Abschn. C.1.1. erfolgt, eine umfassende Beschreibung der Methodik der Berechnung dieser Transfers ist in Abschn. C.1.2. erfolgt.

C.1.3.1. *Empirische Abschätzung der Effekte des Finanzkraftausgleichs im Status quo*

Tabelle 6 zeigt für das Jahr 2005 die Abschätzung der Effekte des Finanzkraftausgleichs. In Spalte 2 wird die tatsächliche und in Spalte 3 diejenige Finanzkraft abgebildet, die sich bei gleichen BPE je Versicherten in allen Bundesländern ergeben würde.⁵⁷ Spalte 4 stellt den interregionalen Transfer dar. Spalte 5 weist diesen je Versicherten aus, Spalte 6 als Anteil an der Finanzkraft des jeweiligen Landes. Spalte 7 weist den RSA-Finanzkraftfaktor aus.

Die Versicherten in den westdeutschen Ländern (einschl. Berlin) leisten rd. 1,6 Mrd. Euro Finanztransfer an die Versicherten in den ostdeutschen Ländern (ohne Berlin), Empfänger in Westdeutschland sind die Versicherten in Bremen und Niedersachsen. Die größten Zahlbeiträge erbringen die Versicherten in Bayern (436 Mio. Euro), Hessen (378 Mio. Euro) und Baden-Württemberg (325 Mio. Euro); den stärksten Zufluss erhalten die Beitragszahler in Sachsen (577 Mio. Euro). Die Empfänger erhalten Transfers bis 13 % ihrer Finanzkraft (Mecklenburg-Vorpommern), die Belastung beträgt in der Spitze 9 % der Finanzkraft (Hamburg).⁵⁸ Entsprechend streut der RSA-Finanzkraftfaktor (der für Versicherte in einem Bundesland mit durchschnittlicher Finanzkraft bei 100% liegt) zwischen 88% und 111%, für Baden-Württemberg liegt er bei 102%.

⁵⁷ Wie im Methodenteil (Abschn. C.1.2.1.) beschrieben, schließt die Finanzkraft in beiden Spalten die Zahlungen im Rahmen der Beiträge aus geringfügiger Beschäftigung ein.

⁵⁸ Nachrichtlich sei darauf hingewiesen, dass sich eine deutlich größere Spreizung der Transfers ergeben würde, wenn als Basis der Berechnungen nicht die EVS sondern das SOEP zugrunde gelegt würde (wie in Tabelle 1 gezeigt, sind die BPE-Unterschiede je Mitglied im SOEP deutlich größer als in der EVS). Der Nettoabfluss aus Baden-Württemberg würde mit den Daten des SOEP bei 1,17 Mrd. Euro liegen; der Nettoabfluss aus den alten in die neuen Länder (ohne Berlin) würde sich auf 2,56 Mrd. Euro belaufen.

Tabelle 6: Empirische Abschätzung der interregionalen Effekte des Finanzkraftausgleichs im Status quo

Bundesland	Finanzkraft	Finanzkraft bei gleicher Finanzstärke in allen BL	Differenz (=Umverteilung durch Finanzkraftausgleich)			RSA-Finanzkraftfaktor
			(+: Nettozufluss; -: Nettoabfluss)		in % der Finanzkraft	
			absolut	je Vers.		
1	2	3	4	5	6	7
Baden-Württemberg	16.485.750.577 €	16.160.370.391 €	-325.380.186 €	37 €	-1,97%	102,01%
Bayern	18.914.828.940 €	18.478.829.925 €	-435.999.015 €	43 €	-2,31%	102,36%
Berlin	4.970.450.452 €	4.947.080.763 €	-23.369.690 €	9 €	-0,47%	100,47%
Brandenburg	3.960.057.448 €	4.133.369.905 €	173.312.457 €	77 €	4,38%	95,81%
Bremen	1.019.965.806 €	1.034.892.653 €	14.926.847 €	26 €	1,46%	98,56%
Hamburg	2.779.569.377 €	2.529.269.002 €	-250.300.375 €	181 €	-9,01%	109,90%
Hessen	9.572.028.916 €	9.193.766.840 €	-378.262.076 €	75 €	-3,95%	104,11%
Mecklenburg-Vorpommern	2.492.013.887 €	2.818.252.411 €	326.238.525 €	212 €	13,09%	88,42%
Niedersachsen	12.218.933.681 €	12.253.515.733 €	34.582.051 €	5 €	0,28%	99,72%
Nordrhein-Westfalen	28.195.092.885 €	28.015.417.844 €	-179.675.041 €	12 €	-0,64%	100,64%
Rheinland-Pfalz	6.162.131.683 €	6.130.783.113 €	-31.348.571 €	9 €	-0,51%	100,51%
Saarland	1.640.681.342 €	1.633.419.333 €	-7.262.009 €	8 €	-0,44%	100,44%
Sachsen	6.488.025.289 €	7.065.216.596 €	577.191.308 €	149 €	8,90%	91,83%
Sachsen-Anhalt	3.849.438.648 €	4.157.557.976 €	308.119.328 €	136 €	8,00%	92,59%
Schleswig-Holstein	4.307.283.630 €	4.287.383.147 €	-19.900.484 €	8 €	-0,46%	100,46%
Thüringen	3.665.896.440 €	3.883.023.370 €	217.126.930 €	102 €	5,92%	94,41%
Bund ohne Wohnort im Ausland	126.722.149.000 €	126.722.149.000 €	0 €	- €	0,00%	100,00%

Quelle: Eigene Berechnungen. Basis BPE: EVS.

Tabelle 7: Empirische Abschätzung der interregionalen Effekte des Beitragsbedarfsausgleichs im Status quo

Bundesland	Realer Beitragsbedarf	Fiktiver Beitragsbedarf bei gleicher Versichertenstruktur in allen BL	Differenz (=Umverteilung durch Beitragsbedarfsausgleich)			RSA-Morbiditätsfaktor
			(+: Nettozufluss; -: Nettoabschluss)		in % des Beitragsbedarfs	
			absolut	je Versicherten		
1	2	3	4	5	6	7
Baden-Württemberg	15.755.752.086,37 €	16.160.370.390,62 €	- 404.618.304,25 €	- 45,81 €	-2,57%	97,50%
Bayern	18.015.250.580,86 €	18.478.829.924,85 €	- 463.579.343,99 €	- 45,90 €	-2,57%	97,49%
Berlin	4.932.047.800,21 €	4.947.080.762,79 €	- 15.032.962,59 €	- 5,56 €	-0,30%	99,70%
Brandenburg	4.270.731.618,33 €	4.133.369.904,61 €	137.361.713,71 €	60,80 €	3,22%	103,32%
Bremen	1.058.227.418,35 €	1.034.892.653,39 €	23.334.764,95 €	41,26 €	2,21%	102,25%
Hamburg	2.515.382.487,82 €	2.529.269.001,59 €	- 13.886.513,77 €	- 10,05 €	-0,55%	99,45%
Hessen	9.133.297.948,49 €	9.193.766.839,73 €	- 60.468.891,24 €	- 12,03 €	-0,66%	99,34%
Mecklenburg-Vorpommern	2.865.675.903,60 €	2.818.252.411,42 €	47.423.492,19 €	30,79 €	1,65%	101,68%
Niedersachsen	12.134.671.199,95 €	12.253.515.732,57 €	- 118.844.532,62 €	- 17,75 €	-0,98%	99,03%
Nordrhein-Westfalen	27.861.596.460,22 €	28.015.417.843,67 €	- 153.821.383,45 €	- 10,05 €	-0,55%	99,45%
Rheinland-Pfalz	6.115.427.505,82 €	6.130.783.112,58 €	- 15.355.606,77 €	- 4,58 €	-0,25%	99,75%
Saarland	1.680.146.885,97 €	1.633.419.333,35 €	46.727.552,62 €	52,34 €	2,78%	102,86%
Sachsen	7.620.232.353,48 €	7.065.216.596,27 €	555.015.757,20 €	143,73 €	7,28%	107,86%
Sachsen-Anhalt	4.408.135.077,59 €	4.157.557.975,56 €	250.577.102,03 €	110,27 €	5,68%	106,03%
Schleswig-Holstein	4.288.008.829,41 €	4.287.383.146,68 €	625.682,73 €	0,27 €	0,01%	100,01%
Thüringen	4.067.564.843,54 €	3.883.023.370,30 €	184.541.473,24 €	86,95 €	4,54%	104,75%
Bund ohne Wohnort im Ausland	126.722.149.000,00 €	126.722.149.000,00 €	0 €	0 €	0,00%	100%

Quelle: Eigene Berechnungen; aus Basis Satzart 40, Satzart 41, Satzart 43, KM6.

Nachrichtlich sei auf die Differenzierung zwischen Regionalkassen und der modellierten überregionalen Kasse hingewiesen:⁵⁹ Die BPE der überregionalen Kassen je Versicherten sind deutlich höher als die der Regionalkassen. Daher sind die Regionalkassen in allen Bundesländern Empfänger aus dem Finanzkraftausgleich; sie empfangen insgesamt rd. 6,3 Mrd. Euro aus dem Finanzkraftausgleich, in Baden-Württemberg sind es rd. 765 Mio. Euro.

Ein Vergleich des Umverteilungsvolumens im Finanzkraftausgleich ist mit den Studien des Bundesversicherungsamtes (2004) und von Rürup u. Wille (2007) möglich, während in der Studie von RWI und Universität Dortmund sowie der Studie von Dabrinski, T. (2006) der Effekt des Finanzkraftausgleichs nicht getrennt ausgewiesen wird. Das Bundesversicherungsamt arbeitet mit den Daten des SOEP aus 2002; es ermittelt für die Versicherten in Baden-Württemberg einen Nettzahlbetrag von rd. 180 Mio. Euro. Rürup und Wille adjustieren diese Daten auf 2005 und ermitteln so für die Versicherten von Baden-Württemberg einen Zahlbetrag von rd. 630 Mio. Euro. Der von uns ermittelte Nettoabfluss aus Baden-Württemberg für die Versicherten von Baden-Württemberg liegt insoweit „in der Mitte“ zwischen diesen beiden Schätzungen. Der Vergleich macht noch einmal deutlich, wie sensibel die Abschätzung der Transfers von den verwendeten Datengrundlagen und ihrer weiteren Verarbeitung in der Modellierung abhängen.

C.1.3.2. Empirische Abschätzung der Effekte des Beitragsbedarfsausgleichs im Status quo

Die Ergebnisse der empirischen Abschätzung der Effekte des Beitragsbedarfsausgleichs im Status quo zeigt Tabelle 7. Spalte 2 weist den tatsächlichen modellierten Beitragsbedarf, Spalte 3 den Beitragsbedarf bei einer fiktiven gleichen Risikostruktur in allen Ländern aus. Die Differenz in Spalte 4 stellt den interregionalen Transfer dar, den Spalte 5 je Versicherten ausweist. Spalte 6 stellt den Transfer in vom Hundert des Beitragsbedarfs dar, und Spalte 7 weist den RSA-Morbiditätsfaktor aus.

Die Versicherten in den westdeutschen Ländern (einschl. Berlin) leisten rd. 1,2 Mrd. Euro Transfer im Beitragsbedarfsausgleich an die Versicherten in Ostdeutschland, Empfänger in Westdeutschland sind die Versicherten in Bremen, Saarland und Schleswig-Holstein. Die

⁵⁹ Zur Zuordnung der Versicherten zu den Regionalkassen und der hier betrachteten modellierten überregionalen Kasse siehe Abschn. C.1.2.4.

größten Zahlbeiträge erbringen die Versicherten in Bayern (464 Mio. Euro) und Baden-Württemberg (405 Mio. Euro), der größte Zufluss geht an die Versicherten in Sachsen (555 Mio. Euro). Der RSA-Morbiditätsfaktor (der für Versicherte in einem Bundesland mit durchschnittlicher Risikostruktur bei 100% liegt), ist in Bayern und Baden-Württemberg mit 97,5% am niedrigsten, am höchsten ist er in Sachsen mit 107,9 %.

Nachrichtlich sei auf die Differenzierung zwischen Regionalkassen und der modellierten überregionalen Kasse hingewiesen:⁶⁰ Die Risikostruktur der überregionalen Kassen ist günstiger als die der Regionalkassen. Daher sind die Regionalkassen mit zwei Ausnahmen (Baden-Württemberg und NRW, wo sie 30 Mio. Euro bzw. 244 Mio. Euro in den Beitragsbedarfsausgleich einbringen) Empfänger im Rahmen des Beitragsbedarfsausgleichs mit rd. 2,02 Mrd. Euro. Die Versicherten der überregionalen Kasse(n) zahlen mit drei Ausnahmen in allen Ländern in den Beitragsbedarfsausgleich ein. Die drei Ausnahmen sind Bremen (wo sie aus dem Beitragsbedarfsausgleich rd. 7 Mio. Euro erhalten), NRW (90 Mio. Euro) und Sachsen (51 Mio. Euro).

Ein Vergleich des Umverteilungsvolumens im Beitragsbedarfsausgleich ist mit den Studien des Bundesversicherungsamtes (2004) und von Rürup u. Wille (2007) möglich, während in der Studie von RWI und Universität Dortmund sowie der Studie von Dabrinski, T. (2006) der Effekt des Beitragsbedarfsausgleichs nicht getrennt ausgewiesen wird. In der Studie des Bundesversicherungsamtes ist der RSA-Morbiditätsfaktor für Bayern und Baden-Württemberg mit 97,7 % und 96,9 % dem hier ausgewiesenen sehr ähnlich, so dass auch die aus diesen Ländern abfließenden Beträge mit 395 Mio Euro und 475 Mio. Euro den hier ausgewiesenen Beträgen in der Größenordnung entsprechen.⁶¹ Auch in der auf der BVA-Studie aufsetzenden und diese auf 2005 aktualisierenden Untersuchung von Rürup u. Wille (2007) liegen die Transfers für Baden-Württemberg (514 Mio. Euro) und Bayern (431 Mio. Euro) durchaus in einer vergleichbaren Größenordnung. Der Transfer von West nach Ost war in der BVA-Studie (2004) allerdings mit 540 Mio. Euro deutlich geringer, weil auch Versicherte anderer westdeutscher Länder in 2002 nach dieser Simulation zu den Empfängern gehörten; dies gilt entsprechend für die Studie von Rürup und Wille (Nettotransfer von West nach Ost: 586 Mio. Euro).

⁶⁰ Zur Zuordnung der Versicherten zu den Regionalkassen und der hier betrachteten modellierten überregionalen Kasse siehe Abschn. C.1.2.4.

⁶¹ Es sei noch einmal darauf hingewiesen, dass wir den Beitragsbedarfsausgleich nur auf dem Niveau der um die Mittel aus dem Bundeszuschuss gekürzten KJ1 simulieren. Zum Vergleich müssen die von uns ermittelten Transferzahlungen daher um 2,5 % erhöht werden.

C.1.3.3. Empirische Abschätzung des Gesamteffekts des RSA im Status quo

Da der Gesamteffekt des RSA sich aus dem Effekt des Finanzkraftausgleiches (Tabelle 6) und des Beitragsbedarfsausgleichs (Tabelle 7) ergibt, ist er unmittelbar evident. Tabelle 8 unterrichtet über diesen Gesamteffekt des RSA im heutigen Status quo. Wie die Tabelle zeigt, sind die Versicherten in Baden-Württemberg (mit 730 Mio. Euro) und die Bayern (mit 900 Mio. Euro) die stärksten „Nettozahler“ in den RSA; wird auf die Betrachtung je Versicherten abgestellt, leisten allerdings die Versicherten in Hamburg (mit rd. 181 Euro je Versicherten) den größten Zahlbetrag in den RSA. Es sei darauf hingewiesen, dass der hier ermittelte Transfer vom Westen in den Osten mit rd. 2,8 Mrd. Euro unterhalb des insgesamt gemessenen Transfers im RSA in 2005 aus Summe von Risikopool und RSA lag, den die KJ1 mit rd. 3,5 Mrd. Euro angibt. Auch bei Rürup und Wille (2007) wurde ein West-Ost-Transfer ungefähr in der Höhe wie in unserer Studie ermittelt.

Nachrichtlich sei darauf hingewiesen, dass insgesamt hierbei die Regionalkassen Transfers von rd. 8,6 Mrd. Euro von der modellierten überregionalen Krankenkasse erhalten. In allen Bundesländern sind die Versicherten der Regionalkassen Nettoempfänger von Zahlungen aus dem RSA. In allen Bundesländern bis auf Sachsen sind die Versicherten der überregionalen Krankenkasse(n) Nettozahler in den Risikostrukturausgleich.

C.1.3.4. Empirische Abschätzung des Effekts der überregionalen Beitragssatzkalkulation im RSA

Wie in Abschn. C.1.1.2. grundsätzlich erörtert und in Abschn. C.1.2.4. ausführlich methodisch hinsichtlich der notwendigerweise sehr komplexen Umsetzung in dieser Studie beschrieben, fließen durch die „Mischkalkulation“ überregional tätiger Krankenkassen Ressourcen von denjenigen Regionen, in denen diese Krankenkassen einen niedrigeren Beitragssatz kalkulieren könnten, wenn sie regional kalkulieren würden, in diejenigen Regionen, in denen die überregional tätigen Krankenkassen bei regionaler Kalkulation einen höheren Beitragssatz als bei der gegenwärtig praktizierten Mischkalkulation erheben müssten. Die Differenz zwischen dem überregionalen Mischbeitragssatz und dem Beitragssatz bei regionaler Kalkulation, angewendet auf die BPE der Versicherten der überregional tätigen Krankenkassen in einem Bundesland, ergibt den interregionalen Transfereffekt.

In dieser Studie modellieren wir den Effekt, in dem wir (wie in Abschn. C.1.2.4. ausführlich beschrieben) eine überregionale Krankenkasse bilden, der wir Einnahmen, Ausgaben, Risikostruktur und BPE insgesamt und für ihre Versicherten in den einzelnen Bundesländern zuweisen. Für diese Krankenkasse können wir dann die regionalen Beitragssätze bei einer fiktiven Regionalisierung und den bundesweiten Mischbeitragssatz ausrechnen.

In Tabelle 9 werden die Ergebnisse der Modellierung der Effekte der Mischkalkulation der gebildeten überregionalen Krankenkasse dargestellt. Es zeigt sich, dass in vielen Fällen die Transfers über die überregionale Beitragssatzkalkulation in die entgegengesetzte Richtung weisen wie die Transfers im Rahmen des RSA – ein Ergebnis, das auch die Studie des Bundesversicherungsamtes (2004) bereits gezeigt hatte: So fließen aus allen fünf neuen Bundesländern über die Mischkalkulation der modellierten überregionalen Krankenkasse erhebliche Mittel „zurück“ in den Westen. Auch in Bayern fließen erhebliche Teile der „zuvor“ über den RSA in andere Bundesländer gezahlten Beträge wieder über die Mischkalkulation der überregionalen Krankenkasse wieder zurück – in der BVA-Studie waren dies rd. 40 Prozent, vorliegend sind es mit rd. 477 Mio. Euro sogar 53 Prozent. Relevante Ausnahme von dieser „Regel“ ist – wie auch bereits in der BVA-Studie – das Land Baden-Württemberg: Über die überregionale Beitragskalkulation fließen zusätzliche Mittel aus Baden-Württemberg (159 Mio. Euro) ab, da der regionale Beitragssatz, den die modellierte überregionale Krankenkasse in Baden-Württemberg erheben könnte, 0,25 Beitragssatzpunkte niedriger ist als der bundesdurchschnittliche Beitragssatz, den diese überregionale Kasse erheben muss. Auch für die Versicherten der überregionalen Krankenkassen in Hessen fließen per saldo Mittel über die überregionale Beitragskalkulation ab (122 Mio. Euro), nachdem die Versicherten im Land insgesamt bereits Nettozahler im RSA waren. Die Versicherten der überregionalen Kasse in Bremen und im Saarland erhalten umgekehrt Mittel über die Mischkalkulation dieser Kasse, während beide Länder zugleich Nettozuflüsse aus dem RSA erzielten.

C.1.3.5. Empirische Abschätzung des Gesamteffektes interregionaler Transfers im Status quo

In Tabelle 10 wird das Ergebnis der empirischen Abschätzung des Gesamteffektes interregionaler Transfers in der GKV im Status quo dargestellt. Sie ist die „Addition“ der Analysen zu den Effekten des RSA (Finanzkraftausgleich und Beitragsbedarfsausgleich) und den Effekten der Mischkalkulation der Beitragssätze bei überregionalen Krankenkassen, spiegelt also die Ergebnisse aus Tabelle 8 und Tabelle 9 wider.

Tabelle 8: Gesamteffekt interregionaler Transfers des RSA im Status quo

Bundesland	absolut			je Versicherten			in % der Finanzkraft
	Beitragsbedarfsausgleich	Finanzkraftausgleich	Summe/ Saldo	Beitragsbedarfsausgleich	Finanzkraftausgleich	Summe/Saldo	
1	2	3	4	5	6	7	8
Baden-Württemberg	- 404.618.304 €	- 325.380.186 €	- 729.998.491 €	- 45,81 €	- 37 €	- 82,65 €	-4,43%
Bayern	- 463.579.344 €	- 435.999.015 €	- 899.578.359 €	- 45,90 €	- 43 €	- 89,07 €	-4,76%
Berlin	- 15.032.963 €	- 23.369.690 €	- 38.402.652 €	- 5,56 €	- 9 €	- 14,20 €	-0,77%
Brandenburg	137.361.714 €	173.312.457 €	310.674.171 €	60,80 €	77 €	137,52 €	7,85%
Bremen	23.334.765 €	14.926.847 €	38.261.612 €	41,26 €	26 €	67,65 €	3,75%
Hamburg	- 13.886.514 €	- 250.300.375 €	- 264.186.889 €	- 10,05 €	- 181 €	- 191,11 €	-9,50%
Hessen	- 60.468.891 €	- 378.262.076 €	- 438.730.967 €	- 12,03 €	- 75 €	- 87,31 €	-4,58%
Mecklenburg-Vorpommern	47.423.492 €	326.238.525 €	373.662.017 €	30,79 €	212 €	242,59 €	14,99%
Niedersachsen	- 118.844.533 €	34.582.051 €	- 84.262.481 €	- 17,75 €	5 €	- 12,58 €	-0,69%
Nordrhein-Westfalen	- 153.821.383 €	- 179.675.041 €	- 333.496.424 €	- 10,05 €	- 12 €	- 21,78 €	-1,18%
Rheinland-Pfalz	- 15.355.607 €	- 31.348.571 €	- 46.704.177 €	- 4,58 €	- 9 €	- 13,94 €	-0,76%
Saarland	46.727.553 €	- 7.262.009 €	39.465.544 €	52,34 €	- 8 €	44,21 €	2,41%
Sachsen	555.015.757 €	577.191.308 €	1.132.207.065 €	143,73 €	149 €	293,20 €	17,45%
Sachsen-Anhalt	250.577.102 €	308.119.328 €	558.696.430 €	110,27 €	136 €	245,87 €	14,51%
Schleswig-Holstein	625.683 €	- 19.900.484 €	- 19.274.801 €	0,27 €	- 8 €	- 8,23 €	-0,45%
Thüringen	184.541.473 €	217.126.930 €	401.668.404 €	86,95 €	102 €	189,26 €	10,96%
Bund ohne Wohnort im Ausland	- 0 €	- 0 €	- 0 €	- €	- €	- €	0,00%

Quelle: Eigene Berechnungen

Tabelle 9: Interregionale Transfers durch die "Mischkalkulation" der modellierten überregionalen Krankenkasse

Bundesland	fiktiver regionalisierter Beitragsatz der überregionalen Kasse im BL	BPE der Versicherten der überregionalen Kasse im BL	Transfers durch die Beitragskalkulation der überregionalen Kasse	
			absolut	je Versicherten
1	2	3	4	5
Baden-Württemberg	13,51%	63.500.238.817 €	- 158.721.042	- 39
Bayern	14,39%	76.470.979.724 €	477.370.768	97
Berlin	15,10%	26.123.943.383 €	349.937.533	206
Brandenburg	12,14%	19.095.714.414 €	- 308.770.374	- 230
Bremen	17,03%	4.947.421.713 €	161.603.952	500
Hamburg	15,89%	15.888.263.831 €	337.951.908	362
Hessen	13,50%	47.353.633.972 €	- 122.285.663	- 41
Mecklenburg-Vorpommern	13,61%	10.997.014.774 €	- 16.867.530	- 20
Niedersachsen	13,12%	56.084.664.924 €	- 361.193.622	- 98
Nordrhein-Westfalen	13,90%	139.784.857.099 €	196.159.437	22
Rheinland-Pfalz	14,01%	28.195.328.783 €	70.951.611	39
Saarland	15,03%	8.409.809.590 €	107.107.707	194
Sachsen	12,24%	21.544.775.454 €	- 326.895.896	- 210
Sachsen-Anhalt	12,99%	16.456.877.706 €	- 126.338.862	- 107
Schleswig-Holstein	12,98%	21.044.691.212 €	- 165.044.375	- 119
Thüringen	13,00%	15.163.549.203 €	- 114.965.551	- 108
Bund ohne Wohnort im Ausland	13,76%	571.061.764.600 €	-	-

Quelle: Eigene Berechnungen

Nach unseren Analysen sind die Versicherten im Land Baden-Württemberg insgesamt am stärksten belastet (mit 888 Mio. Euro), da sich bei diesen die Belastungen aus dem RSA (Nettozahler im Beitragsbedarfsausgleich und Nettozahler im Finanzkraftausgleich) mit den Belastungen aus der überregionalen Beitragssatzkalkulation kumulieren. Erheblich belastet sind auch die Versicherten in Hessen (561 Mio. Euro) und Bayern (422 Mio. Euro). Die stärkste Belastung je Versicherten liegt (mit 112 Euro) in Hessen vor. Den stärksten finanziellen Zufluss erfahren die GKV-Versicherten in Sachsen mit rd. 805 Mio. Euro; je Versicherten ist der finanzielle Zufluss in Bremen (mit 353 Euro) am stärksten.

C.2. Veränderungen der Transfers in der GKV im Kontext des GKV-WSG

In diesem Abschn. wird zunächst (in Abschn. C.2.1.) qualitativ analysiert, welche Anknüpfungspunkte für Veränderungen der interregionalen Transfers durch das GKV-WSG bestehen. Soweit die identifizierten Transfers von uns empirisch untersucht werden (können), wird anschließend (in Abschn. C.2.2.) die hierbei verwendete Methodik beschrieben. Schließlich werden (in Abschn. C.2.3.) die Ergebnisse der empirischen Abschätzung berichtet.

C.2.1. Anknüpfungspunkte für Veränderungen der interregionalen Transfers durch das GKV-WSG

Kernstück der Finanzreform durch das GKV-WSG ist die Einführung des Gesundheitsfonds: Die von den Versicherten gezahlten Beiträge werden künftig an den Gesundheitsfonds weitergeleitet; dieser schüttet Beitragsbedarfe an die Krankenkassen aus. Können diese mit dem zugewiesenen Beitragsbedarf ihre Ausgaben nicht decken, müssen sie vom Versicherten einen einkommensabhängigen Zusatzbeitrag oder eine einkommensunabhängige Zusatzprämie erheben, während sie im umgekehrten Falle eine Prämienzahlung an die Versicherten vornehmen können.

Durch die Errichtung des Gesundheitsfonds wird der RSA vom Grundtypus des „internen“ RSA zwischen Krankenkassen, bei dem die Krankenkassen ihre Beiträge von den Versicherten erhalten und zwischen ihnen („intern“) ein RSA stattfindet, zum Grundtypus des „externen“ RSA, bei dem die Versicherten faktisch die Beiträge an eine zentrale Stelle zahlen und die Krankenkassen von dort (von „extern“) Beitragsbedarfe erhalten, modifiziert (van de Ven, W. P. M. M. und Ellis, R. (2000)). Der einheitliche allgemeine Beitragssatz an den Fonds

Tabelle 10: Gesamteffekt interregionaler Transfers in der GKV im Status quo

Bundesland	absolut			je Versicherten			in % der Finanzkraft
	RSA	Mischkalkulation	Summe/Saldo	RSA	Mischkalkulation	Summe/Saldo	
1	2	3	4	5	6	7	8
Baden-Württemberg	- 729.998.491 €	- 158.721.042 €	- 888.719.533 €	- 83 €	- 18 €	- 101 €	-5,39%
Bayern	- 899.578.359 €	477.370.768 €	- 422.207.591 €	- 89 €	47 €	- 42 €	-2,23%
Berlin	- 38.402.652 €	349.937.533 €	311.534.881 €	14 €	129 €	115 €	6,27%
Brandenburg	310.674.171 €	- 308.770.374 €	1.903.797 €	138 €	- 137 €	1 €	0,05%
Bremen	38.261.612 €	161.603.952 €	199.865.564 €	68 €	286 €	353 €	19,60%
Hamburg	- 264.186.889 €	337.951.908 €	73.765.019 €	- 191 €	244 €	53 €	2,65%
Hessen	- 438.730.967 €	- 122.285.663 €	- 561.016.630 €	- 87 €	- 24 €	- 112 €	-5,86%
Mecklenburg-Vorpommern	373.662.017 €	- 16.867.530 €	356.794.487 €	243 €	- 11 €	232 €	14,32%
Niedersachsen	- 84.262.481 €	- 361.193.622 €	- 445.456.104 €	- 13 €	- 54 €	- 67 €	-3,65%
Nordrhein-Westfalen	- 333.496.424 €	196.159.437 €	- 137.336.988 €	- 22 €	13 €	- 9 €	-0,49%
Rheinland-Pfalz	- 46.704.177 €	70.951.611 €	24.247.434 €	- 14 €	21 €	7 €	0,39%
Saarland	39.465.544 €	107.107.707 €	146.573.250 €	44 €	120 €	164 €	8,93%
Sachsen	1.132.207.065 €	- 326.895.896 €	805.311.169 €	293 €	- 85 €	209 €	12,41%
Sachsen-Anhalt	558.696.430 €	- 126.338.862 €	432.357.568 €	246 €	- 56 €	190 €	11,23%
Schleswig-Holstein	- 19.274.801 €	- 165.044.375 €	- 184.319.176 €	- 8 €	- 70 €	- 79 €	-4,28%
Thüringen	401.668.404 €	- 114.965.551 €	286.702.853 €	189 €	- 54 €	135 €	7,82%
Bund ohne Wohnort im Ausland	- 0 €	- €	- 0 €	- 0 €	- €	- 0 €	0,00%

Quelle: Eigene Berechnungen

nimmt hierbei die Rolle des bisherigen ABS im RSA ein; so wie die Krankenkassen bislang bei ihrer Beitragssatzkalkulation einen Zuschlag oder Abschlag vom ABS kalkulieren müssen, so müssen sie künftig eine positive oder negative Zusatzprämie kalkulieren.⁶²

Die Transferpositionen von Krankenkassen oder Bundesländern werden hierbei direkt und indirekt durch mehrere Elemente der Reform verändert: Neben den Effekten, die die Veränderungen des RSA durch das GKV-WSG auslösen, treten Veränderungen im Kontext der Kalkulation überregionaler Krankenkassen. Schließlich werden wir auch mögliche Veränderungen interregionaler Transfers durch die Veränderung von Preisniveaus in der Vergütung von Leistungserbringern untersuchen.

Wir gehen hierbei zunächst in den Abschn. C.2.1.1. bis C.2.1.3. davon aus, dass der Gesundheitsfonds im GKV-Bundesdurchschnitt eine Finanzierungsquote von 100% aufweist – in diesen Abschnitten interessiert uns die Auswirkung des Gesundheitsfonds gegenüber dem Status quo. In Abschn. C.2.1.4. befassen wir uns mit den Wirkungen eines Überganges von einer Finanzierungsquote des Gesundheitsfonds von 100% zu einer Finanzierungsquote von nur noch 95 %, wie sie der Gesetzentwurf als möglich erscheinen lässt. Weitergehende, von gesundheitspolitischen Betrachtern teilweise postulierte, Reduktionen der Finanzierungsquote unter das Niveau von 95 % werden von uns in dieser Studie nicht untersucht.⁶³

C.2.1.1. Veränderung interregionaler Transfers durch Modifikation von Regelungen im RSA durch das GKV-WSG

In Bezug auf den RSA sieht das GKV-WSG folgende Regelungen vor, die eine Veränderung interregionaler Transfers bewirken können:

- die Vervollständigung des Finanzkraftausgleiches:

Der einheitliche allgemeine Beitragssatz an den Gesundheitsfonds soll so angesetzt werden, dass damit künftig auch Zuweisungen für Verwaltungskosten und Satzungsleistungen in standardisierter Form finanziert werden.⁶⁴ Damit ergeben sich zunächst für alle Versicherten (und indirekt damit auch für die Aggregationsebene der Bundesländer) höhere

⁶² Während allerdings bislang zumindest im Jahresausgleich der ABS eine rein rechnerische Größe war, ist die Festsetzung des Beitragssatzes für die an den Gesundheitsfonds zu zahlenden Beiträge vermutlich auch eine politische Frage.

⁶³ Die Methodik hierbei ist allerdings völlig analog wie bei einer Modellierung der Effekte einer Reduktion der Finanzierungsquote von 100% auf 95 %.

⁶⁴ Vgl. § 270 Abs. 1 SGB V in der Fassung des Regierungsentwurfs des GKV-WSG.

Zuweisungen an den Gesundheitsfonds als bislang über den ABS Zahlungen der Kassen an den RSA vorgenommen wurden. Dem steht allerdings gegenüber, dass der Beitragsbedarf auf der GKV-Ebene ebenfalls um dieses Niveau erhöht wird, weil die Zuweisungen jetzt nicht mehr nur standardisierte Leistungsausgaben für die bisherigen berücksichtigungsfähigen Leistungen sondern auch standardisierte Zuweisungen für Verwaltungskosten und Satzungsleistungen umfassen. Umverteilungseffekte nach Bundesländern ergeben sich hierbei insoweit, wie die erhöhten Zahlungen von Versicherten an den Gesundheitsfonds durch den vervollständigten Finanzkraftausgleich eine andere (regionale) Inzidenz aufweisen als die erhöhten Zuweisungen aus dem Fonds für Satzungs- und Verwaltungsleistungen an die Kassen.

Hinsichtlich der Satzungsleistungen ist nach dem bisherigen Wissensstand davon auszugehen, dass die standardisierten Leistungsausgaben pro Kopf mit einem gleichen Betrag ausgeschüttet werden.⁶⁵ Insoweit ergibt sich durch die Vervollständigung des Finanzkraftausgleichs ein Umverteilungseffekt von einkommensstärkeren Krankenkassen bzw. Bundesländern zu einkommensschwächeren.

Das gleiche gilt, wenn die standardisierten Leistungsausgaben für die Verwaltungsausgaben ebenfalls pro Kopf mit einem gleichen Betrag ausgeschüttet werden. Folgt der Verordnungsgeber allerdings dem Vorschlag des RSA-Gutachtens für den BMG von Jacobs, K. et al. (2002) aus dem Jahre 2001,⁶⁶ die standardisierten Leistungsausgaben für die Verwaltungskosten nur teilweise nach den Versicherten, zum überwiegenden Teil hingegen nach der Risikostruktur (also nach Beitragsbedarf) auszuschütten, ergibt sich eine Umverteilung nicht nur von einkommensstärkeren zu einkommensschwächeren Krankenkassen bzw. Bundesländern, sondern darüber hinaus auch von solchen mit unterdurchschnittlichen Beitragsbedarfen je Kopf zu solchen mit überdurchschnittlichen Beitragsbedarfen je Kopf.

- Finanzierungsniveau durch den Beitragssatz an den Fonds:

Das Ausmaß der interregionalen Transfers hängt darüber hinaus von dem durchschnittlichen Finanzierungsniveau des Beitragssatzes an den Gesundheitsfonds ab. Der Gesetzesentwurf sieht vor, dass zunächst 2009 der allgemeine Beitragssatz so festgesetzt werden soll, dass der Gesundheitsfonds zusammen mit den anderen Einnahmen (u.a. Bundeszu-

⁶⁵ Vgl. dazu auch Göppfarth, D. (2006).

⁶⁶ Davon geht etwa Göppfarth (2006) aus. Auch Rürup u. Wille (2007) treffen diese Annahme in einem ihrer drei Szenarien zur Simulation der regionalen Effekte der Vervollständigung des Finanzkraftausgleichs.

schuss) „die voraussichtlichen Ausgaben der Krankenkassen sowie den vorgeschriebenen Aufbau der Liquiditätsreserve“ decken kann.⁶⁷ In den Folgejahren soll eine Finanzierung der GKV-Ausgaben von 95 % durch den Fonds nicht unterschritten werden.⁶⁸ Die nicht durch Zuweisungen aus dem Fonds und sonstige Einnahmen gedeckten Teile der Ausgaben müssen die Krankenkassen durch eine Zusatzprämie finanzieren. Die Effekte einer Vervollständigung des Finanzkraftausgleiches auf die interregionalen Transfers werden durch eine solche Finanzierung durch den Fonds unterhalb von 100 % wieder abgeschwächt, ja können sich auch bei einer Quote deutlich unter 100 % auch in ihr Gegenteil verkehren.

Außerdem stellt sich bei einem Finanzierungsniveau unter 100% die Frage, ob die durchschnittlich von den Kassen zu erhebende Zusatzprämie der Risikoadjustierung unterliegt oder nicht. Ein Blick auf die Niederlande, die seit längerem einen Gesundheitsfonds eingeführt haben, mag die Thematik verdeutlichen: In den Niederlanden beträgt seit der jüngsten Gesundheitsreform der Finanzierungsanteil des Gesundheitsfonds rd. 50 % der GKV-Ausgaben.⁶⁹ Die andere Hälfte der GKV-Ausgaben wird dagegen über Pauschalen finanziert, wobei zum einen der Staat Pauschalen für Kinder zahlt, zum anderen die Krankenkassen jeweils kassenspezifische Zusatzprämien erheben. Der RSA wird hierbei so durchgeführt, dass zunächst die standardisierten Leistungsausgaben für die Gesamtausgaben der GKV gebildet werden, davon dann jeweils der durchschnittliche Betrag einer Zusatzprämie abgezogen wird.⁷⁰ Auf diese Weise kann erreicht werden, dass Versicherte, auf die hohe RSA-berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben entfallen, nicht zu schlechten Risiken für die Krankenkassen werden. Andernfalls müssten Versicherer, die überdurchschnittlich viele Personen mit hohen RSA-berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben versichern, c.p. eine höhere Zusatzprämie erheben, was Anreize zur Risikoselektion bewirkt und Anreize zur Optimierung der Versorgung insbesondere chronisch Kranker bremst. Ob der RSA so ausgestaltet ist, dass für die durchschnittliche Zusatzprämie risikoadjustiert wird, beeinflusst den interregionalen Transfer im RSA: Bei einem Verzicht auf die Risikoadjustierung der Zusatzprämie nehmen im Vergleich zu einer Situation mit Risikoadjustierung der Zusatzprämie c.p. die Beitragsbedarfszuweisungen in Länder mit

⁶⁷ § 220 Abs. 1 SGB V in der Fassung des Regierungsentwurfs zum GKV-WSG.

⁶⁸ Vgl. § 220 Abs. 2 SGB V in der Fassung des Regierungsentwurfs zum GKV-WSG.

⁶⁹ Vgl. dazu etwa Greß, S. et al. (2006).

⁷⁰ Vgl. zu diesem auch schon vor der jüngsten Gesundheitsreform in den Niederlanden praktizierten Verfahren Lamers, L. M. et al. (2003).

überdurchschnittlichen Beitragsbedarfen je Versicherten aus den Ländern mit unterdurchschnittlichen Beitragsbedarfen je Versicherten ab.

– Übergang zum morbiditätsorientierten RSA:

Das GKV-WSG beabsichtigt die Einführung des morbiditätsorientierten RSA zeitgleich mit der Einführung des Gesundheitsfonds;⁷¹ die entsprechenden datentechnischen Verpflichtungen für die Krankenkassen sind zwischenzeitlich in Kraft getreten.⁷² Der Übergang zum morbiditätsorientierten RSA bewirkt, dass die Ausschüttung von Beitragsbedarf aus dem RSA an die Krankenkassen sich künftig neben den Variablen Alter, Geschlecht (und vermutlich) Erwerbsminderungsstatus auch an der durch Diagnosen und Arzneimittelinformationen gemessenen Morbidität orientiert; demgegenüber fällt die seit 2003 praktizierte Variable „DMP-Status“ künftig weg. Außerdem wird von einer zeitgleichen auf eine begrenzt prospektive Vorgehensweise übergegangen, d.h., die die Klassifikation begründenden Variablen stammen aus dem Vorjahr des Ausgleichsjahres.⁷³

Der Übergang zum morbiditätsorientierten RSA wird erhebliche Umverteilungen zwischen Krankenkassen auslösen, da – so haben mehrere Untersuchungen für die Vergangenheit gezeigt⁷⁴ – die Morbidität zwischen den Krankenkassen sich auch nach Berücksichtigung der heutigen RSA-Variablen erheblich unterscheidet; dies ist insbesondere auch das Ergebnis von Selbstselektion der Versicherten, bei der sich nach Berücksichtigung von Alter und Geschlecht „gesunde“ Versicherte eher Krankenkassen mit niedrigen Beitragssätzen im Rahmen des Kassenwechsels gesucht haben.⁷⁵

Inwieweit dieser Übergang zum „Morbi-RSA“ auch zu Transfers zwischen den Bundesländern führt, weil sich die Bundesländer hinsichtlich der Morbiditätsmerkmale ihrer GKV-Versicherten jenseits von Alter, Geschlecht, Erwerbsminderungsstatus und DMP-Status systematisch unterscheiden, ist hingegen deutlich weniger klar, da Bundesländer Versicherte aller Kassen versichern. So ist etwa denkbar, dass in einem Bundesland die Versicherten aus den „Versorgerkassen“ (insbesondere AOK, BEK, DAK) aus dem Über-

71 Vgl. § 268 SGB V in der Fassung des Regierungsentwurfs zum GKV-WSG sowie Art. 30 Entwurf GKV-WSG.

72 Vgl. 14. RSAV-Änderungsverordnung vom 18.12.2006, BGBl. I S. 3224.

73 Vgl. dazu ausführlich: Institut für Gesundheits- und Sozialforschung GmbH (IGES) et al. (2005), Abschn. 4.1.2.

74 Vgl. etwa Lauterbach, K. und Wille, E. (2001), Jacobs, K. et al. (2002) sowie Institut für Gesundheits- und Sozialforschung GmbH (IGES) et al. (2005)

75 Vgl. etwa Andersen, H. et al. (2002) sowie Andersen, H. und Grabka, M. M. (2006)

gang zum Morbi-RSA durch Zuweisung von erhöhtem Beitragsbedarf gewinnen, während die Versicherten anderer Kassen im gleichen Land (z.B. BKKs, TK) entsprechend verlieren und sich die Größenordnungen beider Effekte in etwa entsprechen.

- Konvergenzklausel hinsichtlich der regionalen Effekte:

Das Ausmaß der interregionalen Effekte der Einführung des Gesundheitsfonds und des Überganges zum morbiditätsorientierten RSA wird möglicherweise schließlich auch durch die Konvergenzklausel für die Belastungen der Bundesländer beeinflusst: In Umsetzung einer entsprechenden Koalitionsabsprache sieht der Gesetzentwurf vor, „dass sich die Belastungen auf Grund der Einführung der Verteilungskriterien des Gesundheitsfonds nach den §§ 266, 268 und 270 für die in einem Land tätigen Krankenkassen in jährlichen Schritten von jeweils höchstens 100 Millionen Euro aufbauen...In den Folgejahren nach dem Jahr 2009 wird die Höchstgrenze der länderbezogenen Belastung um jährlich jeweils 100 Millionen Euro erhöht.“⁷⁶ Die Regelung bewirkt insoweit eine Veränderung der interregionalen Transfers, wie die Versicherten in einem Bundesland ohne diese Klausel stärker als in der Klausel vorgesehen belastet worden wären.

Dem Vernehmen nach ist in den jüngsten Tagen eine Modifikation der Konvergenzklausel dahin gehend erfolgt, dass nunmehr bei Bundesländern, in denen die tatsächlichen Ausgaben höher sind als die Beitragsbedarfe zusätzliche Zahlungen aus dem Gesundheitsfonds ausgelöst werden sollen, so dass im ersten Jahr die Differenz zwischen Beitragsbedarf und Ausgaben 100 Mio. Euro nicht übersteigt. Auch insoweit wird eine Veränderung der interregionalen Transfers im Vergleich zu einer Situation ohne Konvergenzklausel bewirkt.⁷⁷

C.2.1.2. Veränderung interregionaler Transfers im Kontext der GKV-WSG infolge der Kalkulation bundesweiter Krankenkassen

Wie in Abschn. C.1.1.2. zum Status quo erörtert und in Abschn. C.1.2.4. empirisch abgeschätzt, werden in der GKV auch durch die Finanzkalkulationen der überregionalen Krankenkassen interregionale Transfers ausgelöst. Ausmaß und Richtung dieser interregionalen Transfers werden durch die Finanzreform des GKV-WSG ebenfalls beeinflusst.

⁷⁶ § 272 Abs. 1 SGB V in der Fassung des Regierungsentwurfs zum GKV-WSG.

⁷⁷ Vgl. dazu auch die Ausführungen aus ordnungspolitischer Perspektive in Abschn. B.3.

Im Status quo werden in der Kalkulation des Mischbeitragssatzes der überregional tätigen Krankenkassen auch die Ausgaben für Satzungsleistungen und die Verwaltungskosten berücksichtigt, so dass sich daraus interregionale Transfers ergeben: zum einen von Regionen mit unterdurchschnittlichen Ausgaben je Kopf in solche mit überdurchschnittlichen Ausgaben je Kopf; zum anderen aber insbesondere auch von Regionen mit überdurchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied zu solchen mit unterdurchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied. Durch die Vervollständigung des Finanzkraftausgleichs mit der Einführung des Gesundheitsfonds werden diese interregionalen Transfers in Höhe der standardisierten Leistungsausgaben für Satzungsleistungen und Verwaltungskosten künftig nicht mehr innerhalb der überregionalen Krankenkasse stattfinden, sondern durch den Gesundheitsfonds bewirkt. Entsprechend verringern sich „automatisch“ die interregionalen Transfers durch Kalkulation der überregionalen Krankenkassen: Bundesländer, aus denen im Status Quo durch die überregionale Kalkulation der bundesweiten Kassen wegen insbesondere überdurchschnittlicher BPE Mittel bei der Finanzierung der Satzungsleistungen und Verwaltungskosten abgeflossen sind, erfahren c.p. einen geringeren Mittelabfluss, während bei Bundesländern, die über die Mischkalkulation bislang einen Mittelzufluss erfahren haben, dieser ebenfalls geringer ausfällt.

Interregionale Transfereffekte durch die überregional tätigen Kassen verbleiben auch nach Einführung des Gesundheitsfonds mit Blick auf die möglichen Zusatzbeiträge: Würden die überregional tätigen Krankenkassen für jede Region einen eigenen Zusatzbeitrag kalkulieren, würden sich darin sowohl die regionalspezifischen Abweichungen vom regional zuzurechnenden Beitragsbedarf bei den gerade angesprochenen Satzungsleistungen und Verwaltungsausgaben als auch die Abweichungen zwischen dem regional zuzurechnenden Beitragsbedarf und den tatsächlichen Leistungsausgaben bei den heute schon in den RSA einbezogenen Leistungen in der Region widerspiegeln. Demgegenüber erheben die überregional tätigen Krankenkassen aber keine regionalspezifischen Zusatzbeiträge sondern – sofern erforderlich –, einen Mischzusatzbeitrag, wenn ihre Ausgaben insgesamt auf Bundesebene durch den Beitragsbedarf aus dem RSA nicht gedeckt werden, oder sie können eine Mischzusatzprämie an ihre Versicherten ausschütten, wenn der ihnen zugewiesene Beitragsbedarf größer als ihre Ausgaben ist. Insoweit fließen Mittel aus den Bundesländern ab, bei denen der regionalspezifische Zusatzbeitrag geringer sein könnte als der bundesdurchschnittliche Zusatzbeitrag von überregionalen Kassen. Dies schließt die Möglichkeit ein, dass die überregionale Krankenkasse bei regionalspezifischer Kalkulation in einzelnen Regionen eine Prämie ausschütten, in an-

deren hingegen einen Zusatzbeitrag ergeben müsste, während beides in der Mischzusatzprämie nivelliert wird.

Die Höhe der interregionalen Transfers durch die Mischzusatzbeiträge bundesweit tätiger Krankenkassen hängt – in geringem Umfang – auch davon ab, ob die Krankenkassen einen einkommensabhängigen Zusatzbeitrag oder eine einkommensunabhängige Zusatzprämie kalkulieren. Kann eine überregionale Kasse eine Zusatzprämie ausschütten, profitieren die Versicherten in den Bundesländern mit den höheren BPE je Mitglied davon etwas stärker, wenn diese Ausschüttung als einkommensabhängiger Beitrag ausgeschüttet wird, als wenn sie als einkommensunabhängige Prämie ausgeschüttet wird. Umgekehrt gilt: Muss eine überregionale Krankenkasse einen Zusatzbeitrag von ihren Versicherten verlangen, sind die Mitglieder in den Ländern mit den überdurchschnittlichen BPE je Mitglied daran auch stärker beteiligt, wenn die Kalkulation einkommensabhängig erfolgt.

C.2.1.3. Mögliche Veränderung interregionaler Transfers durch die Veränderung von Preisniveaus in der Vergütung von Leistungserbringern

Während die zuvor beschriebenen Effekte des GKV-WSG auf die interregionalen Transfers zwangsläufig mit Einführung des Gesundheitsfonds, der Vervollständigung des Finanzkraftausgleichs und der Möglichkeit, einen Zusatzbeitrag zu erheben oder eine Zusatzprämie auszuschütten, einhergehen, ist der im Folgenden beschriebene, in der gesundheitspolitischen Diskussion teilweise befürchtete Effekt kein „technisch zwangsläufiges“ Ergebnis der Gesundheitsreform, sondern hängt von möglichen weiteren gesundheitspolitischen und insbesondere auch GKV-vertragspolitischen Entwicklungen ab. Deren Entwicklung kann zum gegenwärtigen Zeitpunkt schlecht abgeschätzt werden, so dass die folgenden Ausführungen und die empirischen Abschätzungen dazu zwar ein mögliches Szenario beschreiben, nicht aber die These vertreten wird, dass dieses Szenario eintreten wird.

Im Zusammenspiel zwischen den veränderten Spielregeln bei der Finanzierung und den Veränderungen in den Regelungen zu den vertraglichen Beziehungen der Krankenkassen zu den Leistungserbringern ergeben sich möglicherweise durch das GKV-WSG induzierte Veränderungen der regionalen Preis- und damit Ausgabenniveaus. Die Preisniveaus insbesondere mit Blick auf die kassenärztliche Vergütung (unterschiedlich hohe Kopfpauschalen) aber auch etwa bei den Krankenhausleistungen (unterschiedlich hohe Landesbasisfallwerte) unterscheiden sich zwischen den Bundesländern.

In Ländern mit überdurchschnittlich hohen Vergütungsniveaus stehen gegenwärtig folgende Finanzierungsquellen dieser höheren Vergütungen potenziell zur Verfügung:

- überdurchschnittlich hohe Beitragssätze: in diesem Falle würden die überdurchschnittlich hohen Preise gegenwärtig c.p. durch überdurchschnittlich hohe Beitragssätze an die Beitragszahler weiter gegeben. Überdurchschnittlich hohe Beitragssätze sind dann zur Finanzierung eines überdurchschnittlichen Preisniveaus erforderlich, wenn die beiden nachfolgend genannten Finanzierungsquellen nicht oder zumindest nicht in ausreichendem Umfang zur Verfügung stehen.
- der nicht über den Finanzkraftausgleich abgeschöpfte Anteil überdurchschnittlich hoher beitragspflichtiger Einnahmen der Versicherten: Eine Krankenkasse kann gegenwärtig überdurchschnittlich hohe beitragspflichtige Einnahmen je Mitglied ihrer Versicherten dazu nutzen, ein höheres Preisniveau in der Vergütung der Leistungserbringer zu finanzieren. Allerdings stehen aufgrund des Finanzkraftausgleichs im RSA, der rd. 92 % der Unterschiede in den beitragspflichtigen Einnahmen abschöpft⁷⁸, nur rd. 8 % der Unterschiede zwischen kassenspezifischen und den GKV-durchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen hierfür zur Verfügung.
- unterdurchschnittliche Menge an Gesundheitsleistungen im Vergleich zur RSA-Standardisierung: In diesem Fall zahlen die Krankenkassen zwar überdurchschnittliche Preise, sie können dies jedoch dadurch finanzieren, dass sie aufgrund geringerer Mengen an Gesundheitsleistungen keine höheren Ausgaben haben. Die unterdurchschnittlichen Mengen an Gesundheitsleistungen können ihrerseits unterschiedliche Ursachen haben, die sich auch sektoral unterscheiden können. So kann etwa die Krankenhauspolitik des Bundeslandes zu schmaleren Krankenhauskapazitäten geführt haben, die geringere Fallzahlen bewirken. Die gemeinsame Vertragspolitik von Krankenkassen und KVen mag zu geringeren Verordnungsmengen bei Arzneimitteln geführt haben. Versicherte können mentalitätsbedingt eine geringere Inanspruchnahme aufweisen. Nur solche geringeren Mengen an Gesundheitsleistungen bieten Finanzierungspotenzial für höhere Preise, die auch nach dem RSA verbleiben – hat eine Krankenkasse etwa nur deswegen geringere Mengen an Gesundheitsleistungen, weil sie jüngere Versicherte hat, steht ihr dieses Potenzial nicht zur Verfügung, weil die Vorteile einer günstigeren Altersstruktur über den RSA ausgeglichen werden. Nicht ausgeglichen werden gegenwärtig im RSA geringere Mengen an Gesundheitsleistungen, die durch eine günstigere Morbidität in den einzelnen Altersgruppen be-

⁷⁸ Gegenwärtig werden rd. 92 % der Unterschiede in den beitragspflichtigen Einnahmen durch den Finanzkraftausgleich abgeschöpft, da die Satzungsleistungen und Verwaltungskosten einen Anteil von durchschnittlich rd. 8 % an den Gesamtausgaben der Krankenkassen haben.

dingt sind; solche nach RSA verbleibenden Morbiditätsvorteile können gegenwärtig daher zur Finanzierung höherer Vergütungen von Gesundheitseinrichtungen eingesetzt werden.

Befürchtet wird in der gesundheitspolitischen Debatte von einigen Akteuren in Bundesländern, die höhere Vergütungen für Gesundheitsdienstleistungen zahlen, dass ihnen die Finanzierungsmöglichkeiten hierfür mit dem GKV-WSG abgeschnitten werden:

- An die Stelle bislang höherer Beitragssätze (der ersten zuvor skizzierten Finanzierungsquelle) müssten unter den Bedingungen des Gesundheitsfonds c.p. höhere Zusatzbeiträge, die die Krankenkassen von den Versicherten zu erheben haben, treten. Es wird die Vermutung ausgesprochen, dass Unterschiede in den Zusatzbeiträgen deutlich merklicher als die heutigen Beitragssatzunterschiede seien, so dass höhere Zusatzprämien nicht mehr durchgesetzt werden könnten. In der Folge müsse es zu einer Angleichung der unterschiedlichen Vergütungsniveaus zwischen den Regionen kommen.
- Durch die Vervollständigung des Finanzkraftausgleichs (s. Abschn. C.2.1.1.) stehen überdurchschnittliche beitragspflichtige Einnahmen nicht mehr zur Verfügung, da die bislang verfügbaren rd. 8 % der Differenz zum bundesdurchschnittlichen BPE-Niveau nunmehr von den Versicherten im Rahmen des Beitragssatzes an den Fonds eingezahlt werden müssen. C.p. können höhere Preisniveaus für die Vergütung von Gesundheitsdienstleistungen, soweit sie bislang aus überdurchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen der Versicherten finanziert wurden, künftig nur durch einen entsprechenden Zusatzbeitrag finanziert werden.
- Durch den Übergang zur Morbiditätsorientierung bei der Verteilung des Beitragsbedarfes im Risikostrukturausgleich werden Überhänge des Beitragsbedarfes einer Krankenkasse über die Ausgaben soweit abgebaut, wie diese auf einer besseren Morbidität der Versicherten der Kasse in den einzelnen Alters- und Geschlechtsgruppen zurückzuführen sind. Die bessere Morbidität steht damit nicht mehr zur Finanzierung höherer Vergütungen für Gesundheitsleistungen zur Verfügung, so dass c.p. das höhere Preisniveau nur durch einen entsprechenden Zusatzbeitrag „gehalten“ werden kann.

Zu fragen ist, welche Spielräume für die Realisierung solcher Angleichungen regionaler Preisunterschiede für von den Krankenkassen finanzierte Gesundheitsleistungen bestehen. In der stationären Versorgung erscheinen sie im Rahmen des geltenden Rechts eher klein, da die Kriterien für die Anpassung des Basisfallwertes (§ 10 Abs. 3 KHEntG) abschließend formuliert sind; denkbar ist aber, dass die ohnehin bestehende Diskussion über eine „Konvergenz-

phase II⁷⁹ zur Einführung eines bundeseinheitlichen Basisfallwertes hierdurch intensiviert wird und zum Erfolg führt. Solange die Regelungen für die Anpassung des Landesbasisfallwerts nicht modifiziert werden, ist unseres Erachtens tendenziell eher von einem Fortbestehen der Differenzen in den regionalen Vergütungsniveaus auszugehen.

In der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung setzt das mit dem GKV-WSG eingeführte neue Vergütungssystem grundsätzlich auf bundeseinheitlichen Punktwerten auf. Allerdings sind regionale Differenzierungen möglich, „um insbesondere regionale Besonderheiten bei der Kosten- und Versorgungsstruktur zu berücksichtigen“.⁸⁰ Dabei hat die regionale Ebene zwingend die Vorgaben des Bewertungsausschusses für regionale Zu- oder Abschläge zu beachten.⁸¹ Nach den beabsichtigten gesetzlichen Vorgaben für den Bewertungsausschuss sollen sich dessen Vorgaben auf die Feststellung von regionalen Unterschieden in den Versorgungs- und den Kostenstrukturen beziehen.⁸² Sofern Kostenerhebungen nicht (rechtzeitig) vorliegen, sollen regionale Unterschiede in der Wirtschaftskraft hier herangezogen werden. Danach erscheint es unklar, ob es zu einer Angleichung der Vergütungsunterschiede zwischen den Bundesländern kommen wird. Die Rechtsprechung geht davon aus, dass jeweils das Niveau der Vorjahresgesamtvergütungen angemessen war; dies dürfte zumindest deutliche Sprünge der Gesamtvergütungen nach unten in kurzen Zeiträumen eher als schwierig umsetzbar erscheinen lassen.

Sofern nur regionale Krankenkassen von solchen Effekten auf das Ausgabenniveau betroffen wären, ergäben sich keine Veränderungen der interregionalen Transfers im Vergleich zum Beibehalt des überdurchschnittlichen Vergütungsniveaus. Bei rein regionalen Krankenkassen, die bislang überdurchschnittliche Preisniveaus für Gesundheitsleistungen gezahlt haben, würde ein Beibehalten der höheren Vergütungsniveaus unter den beschriebenen Voraussetzungen c.p. zu einem höheren Zusatzbeitrag und damit einer Belastung der Beitragszahler führen; dem stände ein entsprechend größerer finanzieller Spielraum für die Leistungserbringer im Bundesland gegenüber. Würde die regionale Krankenkasse demgegenüber eine Absenkung der Preisniveaus auf den Bundesdurchschnitt (oder zumindest in Richtung Bundesdurchschnitt) durchsetzen, würde sie c.p. einen geringeren Zusatzbeitrag erheben müssen (oder

79 Vgl. etwa die Forderung des nordrhein-westfälischen Gesundheitsministers Laumann nach Übergang zu einem bundeseinheitlichen Basisfallwert. Vgl. Interview gegenüber dem WDR am 5.10.2006; Download unter http://www.wdr.de/tv/westpol/beitrag/2006/10/20061015_krankenhaus.jhtml

80 Vgl. § 85a Abs. 2 Satz 2 SGB V in der Fassung des Regierungsentwurfs zum GKV-WSG.

81 Vgl. § 85a Abs. 3 Satz 2 SGB V in der Fassung des Regierungsentwurfs zum GKV-WSG.

82 Vgl. § 87 Abs. 2f SGB V in der Fassung des Regierungsentwurfs zum GKV-WSG.

ggfs. gar eine Prämienausschüttung an ihre Versicherten vornehmen können), was allerdings zu entsprechenden verringerten finanziellen Spielräumen für die Leistungserbringer im Bundesland führt.

Wird hingegen in die Überlegungen einbezogen, dass auch überregionale Krankenkassen an einer möglichen Veränderung der Vergütungsniveaus beteiligt sind (bzw. diese sich „automatisch“ ergeben, da etwa der LBFW kassenartenübergreifend ist und künftig auch die regionalen Vergütungen der Vertragsärzte nicht mehr nach Kassenarten differenzieren) kommt es aus Sicht des Bundeslandes nicht mehr nur zu einem „Nullsummenspiel“ zwischen beitragszahlenden Versicherten und Umsätze erzielenden Leistungserbringern, sondern über die überregionalen Krankenkassen hat die Anpassung der regionalen Vergütungsniveaus auch Veränderungen der interregionalen Transfersalden zur Folge: In einem Bundesland mit gegenwärtig überdurchschnittlichem Vergütungsniveau würde durch die Absenkung dieses Niveaus auf den Bundesdurchschnitt bei der Mischkalkulation des Zusatzbeitrags im Vergleich zu der Situation mit den höheren Vergütungen für Leistungserbringer ein negativer Transfersaldo resultieren, da die durch die Absenkung „gewonnenen“ Mittel nur zu einem sehr kleinen Teil im Land verbleiben.

C.2.1.4. Veränderungen interregionaler Transfers durch eine Finanzierungsquote des Gesundheitsfonds von 95 %

Der Gesundheitsfonds soll nach den Vorstellungen des Gesetzentwurfs zum GKV-WSG mit einer Finanzierungsquote von 100 % starten. Der Gesetzentwurf lässt es allerdings zu, dass die Finanzierungsquote auf bis zu 95 % absinkt.⁸³ Unter den gesundheitspolitischen Akteuren wird verschiedentlich die Erwartung ausgesprochen, dass die Finanzierungsquote rasch stärker absinken könnte und aus der „kleinen Kopfpauschale“ eine „große Kopfpauschale“ wird.⁸⁴ Hingewiesen wird in diesem Zusammenhang etwa auf die Niederlande, wo der Gesundheitsfonds mit einer „kleinen“ Zusatzprämie begonnen hat, diese mittlerweile aber im Durchschnitt 50 % der GKV-Ausgaben finanziert, weil der Gesetzgeber den Beitragssatz zum Gesundheitsfonds nicht an die steigenden Gesundheitsausgaben angepasst bzw. in der letzten Gesundheitsreform sogar dezidiert zugunsten einer höheren Zusatzprämie gesenkt hat.⁸⁵ Wir

83 Vgl. § 220 Abs. 2 SGB V in der Fassung des Regierungsentwurfs zum GKV-WSG.

84 Vgl. etwa Kiefer, G. und Ruiss, D. (2006)

85 Vgl. dazu etwa Greß, S. et al. (2007).

wollen in dieser Studie beispielhaft für eine Finanzierungsquote des Gesundheitsfonds von 95 % die Auswirkungen auf die interregionalen Transfers analysieren. Hierbei interessiert uns in der empirischen Umsetzung, welche Veränderungen bei einer Finanzierungsquote von 95 % gegenüber einer Finanzierungsquote von 100% eintreten – d.h. wir gehen davon aus, dass der Gesundheitsfonds zunächst mit einer Finanzierungsquote von 100% eingeführt wurde (mit den entsprechenden Veränderungen in den interregionalen Transfers, die in den entsprechenden Abschnitten dieser Studie diskutiert werden) und befassen uns mit den Auswirkungen des Überganges von einer Finanzierungsquote von 100 % auf eine Finanzierungsquote von 95 %.⁸⁶

Soll der Gesundheitsfonds nur 95 % der GKV-Ausgaben finanzieren, bedeutet dies, dass der allgemeine Beitragssatz für die von den Versicherten in den Fonds zu leistenden Beiträge so festgesetzt (und im Vergleich zur Finanzierungsquote von 100% abgesenkt) wird, dass damit voraussichtlich 95 % der GKV-Ausgaben finanziert werden können. Die „Einzahlungen“ der Versicherten (und damit implizit der Bundesländer) in den Gesundheitsfonds verringern sich damit entsprechend um 5 %, so dass zunächst c.p. auch das Volumen der interregionalen Umverteilung durch den Finanzkraftausgleich um 5 % abnimmt. Dies bezieht sich sowohl auf die Finanzierung der heute bereits über den RSA ausgeglichenen Leistungen als auch auf die Mittel, die für die Finanzierung von standardisierten Beträgen für Satzungsleistungen und Verwaltungskosten im Wege der Vervollständigung des Finanzkraftausgleichs aufgebracht werden. Entsprechend erhalten die Krankenkassen einen in der Summe um 5 % reduzierten Beitragsbedarf aus dem RSA zugewiesen. Wir weisen noch einmal darauf hin, dass wir es für notwendig ansehen, hierbei nicht die jeweiligen Beitragsbedarfe der Kassen um 5 % zu kürzen, sondern alle Beitragsbedarfe einheitlich um 5 % des durchschnittlichen Beitragsbedarfes zu kürzen, um auf diese Weise eine Risikoadjustierung auch für die Zusatzprämie zu bewirken – ansonsten würde für Versicherte mit hohem Beitragsbedarf auch dann, wenn diese genau Ausgaben in Höhe der durchschnittlichen Ausgaben ihrer Risikogruppe verursachen, für die Kasse eine erhebliche Lücke zwischen Leistungsausgaben und zugewiesenem Beitragsbedarf entstehen, so dass die Krankenkassen deutliche Anreize hätten, Personen mit hohem Beitragsbedarf nicht zu versichern.

⁸⁶ Der Leser, der die Veränderungen von einem Gesundheitsfonds mit einer Finanzierungsquote von 95 % gegenüber dem Status quo ohne Gesundheitsfonds erfahren möchte, kann sich die Effekte aus der Verknüpfung der Analysen zu den Wirkungen der Einführung des Gesundheitsfonds bei einer Finanzierungsquote von 100 % und den Analysen zur Veränderung der Finanzierungsquote von 100% auf 95 % selber zusammen stellen.

Die Unterdeckung von durchschnittlich 5 % der GKV-Ausgaben bedeutet, dass die Krankenkassen im Durchschnitt einen Zusatzbeitrag bzw. eine Zusatzprämie von 5 % erheben müssen. Bei Krankenkassen (und in Bundesländern), die schon bislang einen Überhang der Leistungsausgaben über den zugewiesenen Beitragsbedarf hatten, so dass sie bereits bei einer Finanzierungsquote von 100% einen Zusatzbeitrag bzw. eine Zusatzprämie erheben mussten, liegt der tatsächlich über Zusatzbeitrag zu erhebende Betrag darüber; umgekehrt ist bei Krankenkassen (und in Bundesländern), die bei einer 100%-Finanzierungsquote durch den Gesundheitsfonds einen Überhang des Beitragsbedarfs über die Leistungsausgaben aufwiesen, die Finanzierungsquote durch die Zusatzprämie nunmehr noch geringer als 5 Prozent.

Bei Regionalkassen werden durch die Zusatzprämie „definitionsgemäß“ keine interregionalen Effekte ausgelöst. Demgegenüber führt der Anstieg der Zusatzprämie infolge des höheren Finanzierungsanteils über dieses Instrument bei den überregionalen Kassen zu Veränderungen der interregionalen Transfers, welche sich daraus ergeben, dass sich die regionale Differenz der Zuweisung von Beitragsbedarf und Ausgaben einerseits und die bundesdurchschnittliche Differenz von Beitragsbedarf und Ausgaben andererseits unterschiedlich entwickeln.

Der gesamte interregionale Effekt ergibt sich damit aus der Veränderung der Effekte beim Finanzkrafttransfer und beim Beitragsbedarfstransfer für Versicherte sowohl regionaler als auch überregionaler Kassen einerseits und der Veränderung interregionaler Transfers durch eine höhere Zusatzprämie bei den überregionalen Krankenkassen andererseits.

C.2.2. Methodisches Vorgehen zur Ermittlung der Veränderung der interregionalen Effekte durch das GKV-WSG

Im vorangegangenen Abschnitt sind mehrere Anknüpfungspunkte für die Veränderung interregionaler Effekte durch das GKV-WSG identifiziert worden. In Abschn. C.2.3. sollen folgende dieser Effekte empirisch abgeschätzt werden:

- Vervollständigung des Finanzkraftausgleichs (bei 100% Finanzierungsquote des Gesundheitsfonds),
- Veränderung der interregionalen Transfers durch die Mischkalkulation bundesweiter Kassen bei konstantem Preisniveau für die Gesundheitsleistungen (bei 100% Finanzierungsquote des Gesundheitsfonds),

- Gesamteffekt aus Vervollständigung des Finanzkraftausgleichs und Veränderung der interregionalen Transfers durch die Mischkalkulation bundesweiter Kassen (bei 100% Finanzierungsquote des Gesundheitsfonds)
- mögliche Veränderung der interregionalen Transfers durch eine Anpassung regionaler Preisniveaus von Gesundheitsleistungen an das bundesdurchschnittliche Preisniveau (bei 100 % Finanzierungsquote des Gesundheitsfonds)
- Veränderungen der interregionalen Transfers beim Übergang von einer 100%-Finanzierungsquote des Gesundheitsfonds zu einer 95%-Finanzierungsquote bei konstantem Preisniveau für die Gesundheitskosten.

Demgegenüber kann der Effekt des Überganges zum morbiditätsorientierten RSA von uns derzeit nicht untersucht werden: Wie bereits ausgeführt, ist unklar, ob es durch den Übergang zum morbiditätsorientierten RSA zu Effekten auf die Transfers zwischen den Versicherten auf der Aggregationsebene der Bundesländer kommt. In jedem Falle stehen uns zum gegenwärtigen Zeitpunkt keine adäquaten Daten zur Verfügung, um diese Effekte modellieren zu können. Erforderlich wäre hierzu zunächst, dass das endgültig zum Einsatz kommende Morbiditätsklassifikationssystem bekannt ist. Steht dieses fest wäre die Auswertung einer Versichertenstichprobe für zwei konsekutive Jahre, die die notwendigen Morbiditätsinformationen enthält, für die Aggregationsebene der Bundesländer erforderlich. Ggf. ist die RSA-Stichprobe aus den Jahren 2001/2002, mit denen die Gutachter IGES et al. (2005) ihren Vorschlag für das Klassifikationssystem entwickelt haben und mit dem auch die Studie des Bundesversicherungsamtes (2004) gearbeitet hat, eine geeignete Grundlage einer solchen Untersuchung. Diese Stichprobe stand den Verfassern der vorliegenden Studie nicht zur Verfügung und hätte aufgrund der Kürze der zur Verfügung stehenden Zeit auch nicht hinsichtlich der zu untersuchenden Fragestellung ausgewertet werden können, selbst wenn vereinfachend angenommen worden wäre, der Gesetz- oder Verordnungsgeber würde eines der von IGES et al. (2005) durchgerechneten Modelle implementieren.

C.2.2.1. Methodik der Ermittlung der interregionalen Transfers durch die Vervollständigung des Finanzkraftausgleichs durch das GKV-WSG

Wie in Abschn. C.2.1.1. beschrieben, wird mit der Einführung des Gesundheitsfonds implizit eine Vervollständigung des Finanzkraftausgleichs verbunden. Im Folgenden wird – wie oben ausgeführt – davon ausgegangen, dass der Beitragssatz an den Fonds so festgesetzt wird, dass

ihm Mittel zur Verfügung stehen, um daraus in standardisierter Form Beitragsbedarf für Satzungsleistungen (Ausschüttung: pro Kopf) und für Verwaltungsausgaben (Ausschüttung: 30 % pro Kopf und 70 % nach Beitragsbedarf) an die Krankenkassen zuzuweisen. Die Abschätzung erfolgt für das Jahr 2005 unter dem gleichen Modellrahmen, für den wir in Abschn. C.1.3.1. die Abschätzung des Effektes des Finanzkraftausgleichs im Status quo vorgenommen haben. Unter anderem wird also auch hier angenommen, dass 2005 bereits der vollständige gesamtdeutsche RSA gegolten hätte; der Bundeszuschuss wird – wie auch in der Status quo-Analyse – auf der Einnahmen- wie Ausgabenseite nicht berücksichtigt.

Daraus folgt für die empirische Abschätzung folgende Herangehensweise:

- Es ist auf der Grundlage der Jahresrechnung KJ1 und der Satzart 43 des RSA das Volumen der über den Gesundheitsfonds mit zu finanzierenden Satzungsleistungen und Verwaltungsausgaben zu bestimmen. Dies beläuft sich auf 10,75 Mrd. Euro (vgl. dazu Tabelle 11, Zeilen 1 bis 6).

Tabelle 11: Rahmenbedingungen für die Vervollständigung des Finanzkraftausgleichs

1	Leistungsausgaben brutto ohne LKK nach KJ1	132.863.184.000 €
2	berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben ohne LKK	129.209.652.122 €
3	Erstattungen nach Satzart 43 ohne LKK	947.911.818 €
4	Satzungsleistungen 2005 ohne LKK (1 - 2 - 3)	2.706.123.182 €
5	Verwaltungsausgaben 2005 nach KJ1 ohne LKK	8.043.067.000 €
6	Summe der notwendigen Finanzierung (4 + 5)	10.749.191.182 €
7	BPE lt. KJ1 2005	969.354.451.000 €
8	erforderlicher Teil-Beitragssatz (6 / 7)	1,1089%
9	Versicherte GKV (ohne Wohnort im Ausland)	69.260.042
10	Satzungsleistungen pro Kopf (4 / 10)	39,07 €
11	30 % der Verwaltungsausgaben pro Kopf (30 % * 5 / 9)	34,84 €
12	70 % der Verwaltungsausgaben nach Beitragsbedarf: Umlage in % des Beitragsbedarfs (70 % * 5 / 2)	4,3574%

- Es ist der erforderliche Teil-Beitragssatz zu bestimmen, der zusätzlich zum Beitragssatz, mit dem die bisherigen RSA-berücksichtigungsfähigen Leistungen vom Gesundheitsfonds finanziert werden, erhoben werden muss. Dieser beträgt 1,1089 Beitragssatzpunkte (vgl. Tabelle 11 Ziffern 7 und 8).
- Dieser Teil-Beitragssatz ist auf die BPE der Versicherten in den jeweiligen Bundesländern zu beziehen. Dies ergibt den von den Versicherten in dem jeweiligen Bundesland in den Gesundheitsfonds einzuzahlenden Betrag, der über alle Versicherten (und Bundesländer) zur Finanzierung der standardisierten Ausgaben für Satzungsleistungen und Verwaltungsausgaben benötigt wird.
- Es ist der Pro-Kopf-Betrag zu ermitteln, der durch den Gesundheitsfonds im Rahmen des Beitragsbedarfsausgleichs an die Krankenkassen (und damit implizit an die Versicherten

auf der Aggregationsebene Bundesländer) für Satzungsleistungen ausgeschüttet wird. Dazu sind die Satzungsleistungen 2005 der GKV insgesamt durch die Zahl der Versicherten insgesamt zu dividieren; der Pro-Kopf-Betrag beläuft sich auf 39,07 Euro (vgl. Tabelle 11, Zeile 10).

- Es ist der Pro-Kopf-Betrag zu ermitteln, der durch den Gesundheitsfonds im Rahmen des Beitragsbedarfsausgleichs an die Krankenkassen (und damit implizit an die Versicherten in der Aggregationsebene Bundesländer) für 30 % der Verwaltungsausgaben ausgeschüttet wird. Dazu sind die 30 % der Verwaltungsausgaben 2005 der GKV insgesamt durch die Zahl der Versicherten insgesamt zu dividieren; der Pro-Kopf-Betrag beläuft sich auf 34,84 Euro (vgl. Tabelle 11, Zeile 11). Zudem ist der prozentuale Anteil am Beitragsbedarf zu ermitteln, der durch den Gesundheitsfonds für 70 % der Verwaltungsausgaben ausgeschüttet wird. Dazu sind die 70 % der Verwaltungsausgaben 2005 der GKV insgesamt durch die berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben insgesamt zu dividieren; der Anteil beträgt 4,3574 % (vgl. Tabelle 11, Zeile 12).
- Zur Ermittlung des interregionalen Nettoeffekts der Vervollständigung des Finanzkraftausgleichs sind die zusätzlichen Einzahlungen in den Gesundheitsfonds mit den zusätzlich ausgeschütteten Beitragsbedarfen für Satzungsleistungen und Verwaltungskosten zu saldieren.

C.2.2.2. Methodik der Ermittlung der Veränderung der interregionalen Transfers durch die überregionale Kalkulation von Krankenkassen

Wie gehen im folgenden zunächst davon aus, dass die Einführung des Gesundheitsfonds und eventueller Zusatzprämien keine Auswirkungen auf die Gesundheitsausgaben hat (vgl. dazu unten Abschn. C.2.2.4). Unter dieser Annahme wird errechnet, welche Auswirkungen die Einführung des Gesundheitsfonds und eventueller Zusatzprämien auf die interregionalen Transfers zwischen Bundesländern durch die Mischkalkulation überregionaler Krankenkassen hat.

Wie in Abschn. C.2.1.2. beschrieben, kommt es in Folge der Einführung des Gesundheitsfonds tendenziell zu einer Abnahme interregionaler Transfers durch die Beitragskalkulation überregionaler Kassen, da die bislang aus der Kalkulation eines Mischbeitragssatzes auch für Satzungsleistungen und Verwaltungsausgaben im Umfang der standardisierten Beitragsbedarfszahlungen resultierenden Transfers für diese Ausgaben unter dem Gesundheitsfonds jetzt im Finanzkraftausgleich aufgehen. Die verbleibenden interregionalen Transfers zur Finanzie-

zung von im Vergleich zum Beitragsbedarf erhöhten oder niedrigeren Ausgaben bei der Kalkulation eines Mischzusatzbeitrages hängen, wie erläutert, in geringem Umfang auch davon ab, ob dieser Zusatzbeitrag von der Krankenkasse einkommensabhängig oder als Pauschalprämie erhoben bzw. ausgeschüttet wird. Aufgrund des skizzierten Zusammenhanges mit der Vervollständigung des Finanzkraftausgleichs ist zwar eine isolierte Abschätzung des Effektes der Einführung des Gesundheitsfonds auf die interregionalen Transfers bei den überregionalen Kassen möglich (und wird auch in Abschn. C.2.3.2. von uns vorgenommen), eine Beurteilung sollte aber die Gesamtheit beider Effekte untersuchen.

Die Veränderung des interregionalen Transfers durch die bundesweiten Krankenkassen wird – wie auch für den Status quo – durch eine fiktive einzige überregionale Krankenkasse modelliert, der die Mitglieder der diversen Kassenarten zugerechnet werden – diesbezüglich gelten Methodik und Verfahren wie in Abschn. C.1.2.4. weiter. Für diese überregionale Krankenkasse errechnen wir zunächst die interregionalen Transfers unter Gesundheitsfonds; die Veränderung gegenüber dem Status quo wird sodann durch Saldierung mit den Transfers unter Status quo ermittelt.

Bei der Modellierung der interregionalen Transfers durch die Mischkalkulation der überregionalen Krankenkasse unter Gesundheitsfonds wird wie folgt vorgegangen:

- Unter Gesundheitsfond kalkuliert die überregionale Krankenkasse (wie jede andere Kasse auch) keine Beitragssätze mehr, sondern sie kalkuliert (wie bereits erläutert) einen Zusatzbeitrag oder kann an die Versicherten eine Prämie ausschütten. Hierzu stellt sie die Zuweisungen aus dem Fonds den Ausgaben gegenüber. Die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds an die überregionale Kasse umfassen:
 - die Zuweisungen aus dem Beitragsbedarf für die bereits bisher im RSA berücksichtigungsfähigen Leistungen – da wir, wie erwähnt, die Neugestaltung des Beitragsbedarfsausgleichs durch den Übergang zum morbiditätsorientierten RSA nicht modellieren können, greifen wir für die Zuweisung von Beitragsbedarf auf die Ergebnisse der Berechnungen zum Beitragsbedarfsausgleich zurück⁸⁷,

⁸⁷ Vgl. zur Methodik Abschn. C.1.2.2. und zur empirischen Abschätzung Abschn. C.1.3.2.

- die Zuweisung von Beitragsbedarf für Satzungsleistungen und Verwaltungskosten: hier greifen wir auf die Ergebnisse der Berechnungen zur Vervollständigung des Finanzkraftausgleichs zurück.⁸⁸

Demgegenüber umfassen die Ausgaben der überregionalen Krankenkasse neben den RSA-berücksichtigungsfähigen Ausgaben auch die Satzungsleistungen und die Verwaltungsausgaben. Wie in Abschn. C.1.2.4. beschrieben, haben wir diese Ausgaben der überregionalen Krankenkasse, die so im Routinedatensatz der GKV nicht enthalten sind, für den Status quo in einem aufwändigen mehrstufigen Verfahren den einzelnen Bundesländern zugerechnet; diese Berechnung habe wir auch hier zugrunde gelegt.

Wird die beschriebene Zuweisung von Beitragsbedarf einerseits und der genannten Ausgaben andererseits gegenübergestellt, ergibt sich für 2005 logisch zwingend ein ausgeglichenes Budget der GKV insgesamt. Mit diesem ausgeglichenen Budget haben wir die Berechnungen durchgeführt, da es uns sinnvoll erscheint, auch für die Finanzierung unter Gesundheitsfonds für die GKV insgesamt von einem ausgeglichenen Budget auszugehen. In der Wirklichkeit des Jahres 2005 hatte die GKV mit einem einen Überschuss von rd. 1,7 Mrd. Euro abgeschlossen; dieser ist zum einen auf einen Überhang der in unserer Rechnung nicht berücksichtigten sonstigen Einnahmen über die sonstigen Ausgaben, zum anderen darauf zurückzuführen, dass die Beitragssätze der Krankenkassen höher als für den laufenden Haushaltsausgleich erforderlich waren, um daraus auch den Schuldenabbau zu ermöglichen.

- Für die überregionale Kasse ergibt sich über alle Bundesländer hinweg ein positiver oder negativer Saldo aus zugewiesenem Beitragsbedarf und Ausgaben. Wird der Zusatzbeitrag von der Krankenkasse als einkommensunabhängige Prämie festgesetzt, ist der Saldo ist auf die Zahl ihrer Mitglieder zu beziehen, um den pro Mitglied zu erhebenden Zusatzbeitrag oder die pro Mitglied ausschüttbare Prämie zu kalkulieren. Demgegenüber kann festgestellt werden, wie die regionale Prämie aussähe, wenn die Krankenkasse Beitragsbedarf und Ausgaben regional gegenüberstellt. Die Differenz zwischen bundesweit zu kalkulierender Prämie und rechnerischer regionaler Prämie stellt den interregionalen Transfer des Bundeslandes dar. Erhebt die Krankenkasse hingegen einen einkommensabhängigen Zusatzbeitrag, ist zur Ermittlung des interregionalen Transfers zu ermitteln, wie der Zusatzbeitragssatz bundesweit aussähe; dies ist mit regional kalkulierten Beitragssätzen zu ver-

⁸⁸ Vgl. zur Methodik Abschn. C.2.1.1. und zur empirischen Abschätzung C.2.2.1.

gleichen – die Differenz ist auf die BPE der überregionalen Kasse im jeweiligen Land zu beziehen.

- Der wie vorstehend ermittelte Transfer unter Gesundheitsfonds ist mit dem Transfer durch die Kalkulation der überregionalen Kasse ohne Gesundheitsfonds zu vergleichen; die Differenz ergibt die Veränderung durch den Gesundheitsfonds.

C.2.2.3. Methodik der Ermittlung der gesamten Veränderung der interregionalen Transfers durch das GKV-WSG: Vervollständigung des Finanzkraftausgleichs und Mischkalkulation überregionaler Krankenkassen

Der Gesamteffekt auf die interregionalen Transfers aus der Vervollständigung des Finanzkraftausgleichs und den Veränderungen bei der Mischkalkulation überregionaler Krankenkassen ergibt sich durch Addition der beiden Einzeleffekte. Da die beiden Effekte miteinander zusammenhängen und tendenziell gegenläufig wirken, sollte - wie bereits in Abschn. C.2.1.2. ausgeführt – eine Interpretation der Veränderung beider Effekte nicht isoliert, sondern zusammen erfolgen.

C.2.2.4. Methodik der Ermittlung möglicher interregionaler Effekte durch die Veränderung von Preisniveaus in der Vergütung von Leistungserbringern

Wie in Abschn. C.2.1.3. ausführlich und differenziert berichtet und analysiert, wird von Akteuren die Befürchtung geäußert, von der Einführung des Gesundheitsfonds und der Zusatzprämien bzw. Zusatzbeiträge könnten Effekte einer Angleichung von Preisniveaus für Gesundheitsleistungen ausgehen, die in einem Land mit bislang überdurchschnittlichem Preisniveau zu sinkenden Umsätzen der Leistungserbringer führen könnten, welchen bei Versicherten in Regionalkassen entsprechende Beitragsentlastungen (z.B. Prämienausschüttung) gegenüberstehen, während bei Versicherten überregionaler Kassen Abflüsse in andere Länder resultieren, so dass bei einem Land, aus dem bisher schon Nettoabflüsse zu verzeichnen sind, diese zunehmen würden.

In der vorliegenden Studie konnten die Effekte unterschiedlicher Preisniveaus und ihrer Anpassung nur für den Bereich der vertragsärztlichen Versorgung und den Krankenhausbereich dargestellt werden. In Abschn. C.1.2.4. haben wir ausführlich dargestellt, mit welchen modelltheoretischen Annahmen und Verfahren wir der von uns modellierten überregionalen Krankenkasse Leistungsausgaben zugerechnet haben. Die hierbei verwendeten Daten konnten

für den Bereich der vertragsärztlichen Versorgung und den Krankenhausbereich auch dazu genutzt werden, unterschiedliche Preisniveaus und ihre Wirkungen zu quantifizieren:

- Die von der KBV gelieferten Daten zu den Ausgaben für die vertragsärztliche Versorgung nach Ländern enthielten Punktwerte für die nach Punkten vergüteten Leistungsbedarfe. Wir haben für die Gesamtheit der Ausgaben der KVen nach der Formblatt 3-Statistik (Leistungsbedarf in Punktzahlen plus Leistungsbedarf in Euro) über alle KVen mit den durchschnittlichen Punktwerten in cent je Land einen bundesdurchschnittlichen gewichteten Punktwert gebildet. Dies ermöglicht die Ermittlung der Veränderung des Ausgabenniveaus in der ambulanten Versorgung, wenn an die Stelle des bisherigen Punktwertes in den jeweiligen Bundesländern der bundesdurchschnittliche gewichtete Punktwert treten würde. Eine Unschärfe liegt in dem Verfahren in soweit wie die Honorarverteilungsregelungen in den KVen in 2004 (welches wie in C.1.2.4. erwähnt das Basisjahr war) in unterschiedlicher Weise Punkte „abschneiden“; implizit liegt unserem Vorgehen die Annahme zugrunde, dass die Relation von erbrachten zu vergüteten Punkten in allen KVen identisch ist.
- Für den stationären Bereich haben die mit den vorhandenen LBFW einen fallzahlgewichteten bundesdurchschnittlichen Basisfallwert berechnet. Dies ermöglicht die Ermittlung der Veränderung des Ausgabenniveaus in der stationären Versorgung, wenn an die Stelle des bisherigen LBFWs in den jeweiligen Bundesländern bundesdurchschnittliche LBFW in Höhe des gewichteten durchschnittlichen LBFW treten würde. Eine Unschärfe liegt in dem Verfahren in soweit Zahlungen der Krankenkassen an die Krankenhäuser greifen, für die der LBFW keine Anwendung findet – etwa beim Ausbildungsfonds oder den Hochschulambulanzen. Dem hier gewählten Verfahren liegt implizit die Annahme zugrunde, dass die Relation von landesspezifischem LBFW zu dem bundesweit fallzahlgewichteten BFW auch der Relation der Preisniveaus in den genannten anderen Bereichen der stationären Versorgung entspricht.

Tabelle 12 unterrichtet über die sich aus den vorgenannten Schritten ergebenden relativen Preisniveaus in den Bundesländern: In der ambulanten Versorgung geht die Spreizung von einer Maßzahl von 86 % (Thüringen) bis zu einer Maßzahl von 114 % (Rheinland-Pfalz); Baden-Württemberg weist eine Maßzahl von 109 % auf. Im stationären Bereich sind die Differenzen geringer: die Spreizung geht von einer Maßzahl von 95 % (Brandenburg, Mecklen-

burg-Vorpommern, Schleswig-Holstein) bis zu einer Maßzahl von 111 % (Berlin); Baden-Württemberg weist eine Maßzahl von 102 % auf.

Für die übrigen Ausgabenbereiche konnten nicht mit hinreichender Breite und Validität Ausgabendaten so beschafft werden, dass damit die Berechnung von relativen Preisniveaus möglich gewesen wäre.

Es wurden im folgenden die Ausgaben der modellierten überregionalen Kasse in den Bundesländern erneut errechnet, unter der Annahme, dass im ambulanten und im stationären Bereich in allen Bundesländern an die Stelle der bisherigen landesspezifischen Preisniveaus ein bundesweit einheitliches Preisniveau tritt. Unter diesen geänderten Umständen muss die überregionale Kasse erneut eine Mischzusatzprämie (oder Ausschüttung) unter der Bedingung des Gesundheitsfonds kalkulieren, die interregionale Transfers bewirkt. Die Vorgehensweise hierbei ist identisch wie bei der bisher vorgenommenen Kalkulation der Veränderung der interregionalen Transfers durch die Einführung des Gesundheitsfonds mit Zusatzprämie (in Abschn. C.2.2.2. ausführlich beschrieben), bei der davon ausgegangen war, dass das bisherige Preis- und Ausgabenniveau unverändert bleibt. Da sich bei der Analyse der Ergebnisse zur Veränderung interregionaler Transfers infolge der Mischkalkulation überregionaler Kassen in einer Welt mit Gesundheitsfonds und Zusatzprämie empirisch zeigt (vgl. unten Abschn. C.2.3.2.), dass es nur sehr geringe Unterschiede macht, ob die überregionale Kasse einen Zusatzbeitrag (oder eine Ausschüttung) einkommensabhängig oder einkommensunabhängig gestaltet, werden die Effekte nur für die Variante der einkommensunabhängige Zusatzprämie (bzw. Ausschüttung) präsentiert.

Bei den Regionalkassen gibt es definitionsgemäß keine interregionalen Transfers, so dass durch das GKV-WSG auch keine diesbezüglichen Veränderungen auftreten können. Aus der Perspektive der Akteure in den Bundesländern ist die Frage möglicher Änderungen von Preisniveaus aber auch bei den regionalen Krankenkassen von Interesse: Kann insbesondere in

Tabelle 12: Ableitung relativer Preisniveaus für die ambulante und stationäre Versorgung

Vertragsärztliche Versorgung	Punktwerte (in ct.)	Preisniveau (in %)	Stationäre Versorgung	BFW (in Euro)	Preisniveau (in %)
gewichteter Punktwert GKV	3,725	100	gewichteter Basisfallwert GK	2787,59	100
Baden-Württemberg	4,06	109	Baden-Württemberg	2855,51	102
Bayern	4,08	109	Bayern	2789,75	100
Berlin	3,34	90	Berlin	3085,81	111
Brandenburg	3,60	97	Brandenburg	2639,31	95
Bremen	3,62	97	Bremen	2915,00	105
Hamburg	3,69	99	Hamburg	2970,73	107
Hessen	3,74	100	Hessen	2748,00	99
Mecklenburg-Vorpommern	3,27	88	Mecklenburg-Vorpommern	2636,04	95
Niedersachsen	3,46	93	Niedersachsen	2784,64	100
Nordrhein-Westfalen	3,75	101	Nordrhein-Westfalen	2734,30	98
Rheinland-Pfalz	4,24	114	Rheinland-Pfalz	2928,10	105
Saarland	3,40	91	Saarland	2930,00	105
Sachsen	2,96	79	Sachsen	2704,68	97
Sachsen-Anhalt	3,31	89	Sachsen-Anhalt	2744,19	98
Schleswig-Holstein	4,02	108	Schleswig-Holstein	2649,63	95
Thüringen	3,20	86	Thüringen	2729,60	98

Quelle: Eigene Berechnungen. Vertragsärztliche Versorgung auf Basis Formblatt 3- Statistik. Stationäre Versorgung Fallzahlen Statistisches Bundesamt, LBFW Angaben DKG

Bundesländern mit überdurchschnittlichen Preisniveaus die – von uns jeweils für ein Bundesland modellierte – Regionalkasse das bisherige Preisniveau weiterhin vergüten, ohne dass sie dafür eine Zusatzprämie erheben müsste, und wie stellt sich die Situation dar, falls sich das Preisniveau im Bundesland auf den Bundesdurchschnitt hin bewegt? Die Berechnungen zu Beitragsbedarf und Ausgaben sind hier analog denen bei der modellierten bundesweiten Krankenkasse (und in Abschn. C.2.2.2. und C.1.3.4. ausführlich beschrieben), wenn davon abgesehen wird, dass für die überregionalen Kassen zudem das interregionale Transfervolumen ermittelt wird.

C.2.2.5. Methodik der Ermittlung der Veränderung interregionaler Transfers durch eine Finanzierungsquote des Gesundheitsfonds von 95 %

Setzt der Verordnunggeber den Beitragssatz zum Gesundheitsfonds so fest, dass damit nicht mehr 100% sondern genau 95 % der GKV-Ausgaben finanziert werden, löst dies wie in Abschn. C.2.1.4. grundsätzlich beschrieben, interregionale Transfers aus, einerseits durch die Abnahme von Transfers über den Finanzkraftausgleich und Beitragsbedarfsausgleich bei regionalen wie überregionalen Krankenkassen, andererseits über die Veränderung von Transfers über die Mischkalkulation der überregionalen Krankenkassen bei der Festsetzung ihrer Zusatzprämie.

Wir setzen die Einführung einer Finanzierungsquote von nur noch 95 % methodisch so um, dass die Beitragssätze aus geringfügiger Beschäftigung unverändert bleiben, der Verordnunggeber hingegen den Beitragssatz für den Fonds so absenkt, dass aus der Summe von Einnahmen aus geringfügiger Beschäftigung und Einnahmen aus der Anwendung des Beitragssatzes nur noch 95 % der GKV-Ausgaben auf Bundesebene finanziert werden. Der Bundeszuschuss an die GKV bleibt wie auch in den übrigen Teilen dieser Studie auf Einnahmen- und Ausgabe-seite ebenso wie die anderen sonstigen Einnahmen und Ausgaben der Kassen unberücksichtigt.

Der Finanzkraftausgleich auf dem Niveau der bereits heute im RSA berücksichtigten Leistungen wird damit wie in den Abschn. C.1.1.1. und C.1.2.1 beschrieben modelliert, indem der tatsächlichen Finanzkraft in jedem Bundesland auf dem auf 95 % verringerten Niveau die fiktive Finanzkraft bei gleichen beitragspflichtigen Einnahmen je Versicherten auf diesem verringerten Niveau gegenübergestellt wird. Auch die Vervollständigung des Finanzkraftaus-

gleichs zur Finanzierung von Beitragsbedarfen für Satzungsleistungen und Verwaltungsausgaben, die mit der Einführung des Gesundheitsfonds erfolgte, wird auf diesem um 5 % verringerten Niveau modelliert. Die Veränderung des Transfers gegenüber dem Gesundheitsfonds mit einer Finanzierungsquote von 100% ergibt sich durch Differenzbildung der Umverteilungssalden in beiden Rechnungen.

Hinsichtlich des Beitragsbedarfsausgleiches bestehen zwei Möglichkeiten der Modellierung: Entweder die Zusatzprämie wird risikoadjustiert oder nicht. Bei Risikoadjustierung der Zusatzprämie ist der Beitragsbedarfsausgleich so durchzuführen, dass jeder Krankenkasse (bzw. jedem Bundesland) zunächst der volle Beitragsbedarf wie beim 100%-Ausgleich zugewiesen wird und dann davon ein Abzug in Höhe von 5 % des bundesdurchschnittlichen Beitragsbedarfes je Versicherten multipliziert mit der jeweiligen Zahl der Versicherten vorgenommen wird. Wird die Zusatzprämie nicht risikoadjustiert, wird der Beitragsbedarfsausgleich auf dem 95 %-Niveau durchgeführt, das heißt, eine Krankenkasse (bzw. ein Bundesland) bekommt um 5 % gekürzte standardisierte Leistungsausgaben (gekürzte pro-Tag-Werte) zugewiesen; die Umverteilung im Beitragsbedarfsausgleich ergibt sich dann, indem die gekürzten Beitragsbedarfe mit einer Situation verglichen werden, in der jeder Kasse (bzw. jedem Land) bei Anwendung der gekürzten standardisierten Leistungsausgaben gleiche Versichertenstrukturen zugerechnet werden. Im empirischen Teil präsentieren wir nur die Ergebnisse der Rechnung mit einer nicht-risikoadjustierten Zusatzprämie, also der zweiten der hier skizzierten Vorgehensweisen.⁸⁹ Die Veränderung des interregionalen Transfers ergibt sich durch Differenzbildung gegenüber dem bei einer Finanzierungsquote des Gesundheitsfonds von 100% zugewiesenen Beitragsbedarf.

Neben den Effekten auf den RSA (neuer Finanzkraftausgleich, neuer Beitragsbedarfsausgleich) hat die Festsetzung der Finanzierungsquote des Gesundheitsfonds auf 95 % auch Auswirkungen auf die interregionalen Transfers der überregionalen Krankenkasse durch die Mischkalkulation der Zusatzprämie. Die Zusatzprämie wird wegen der Festsetzung der Finanzierungsquote des Gesundheitsfonds auf 95 % deutlich ansteigen. Der interregionale Transfer durch die Zusatzprämie ergibt sich hierbei analog zu der Vorgehensbeschreibung in Abschn. C.1.2.4.: Dem (entsprechend des Vorstehenden um 5 % gekürzten) regionalen Beitragsbedarf der überregionalen Kasse wird ihr (angenommener Weise unverändertes) regionales Ausga-

⁸⁹ Wir weisen noch einmal darauf hin, dass wir aus ordnungspolitischer Sicht eine Risikoadjustierung der Zusatzprämie für angemessen halten.

benniveau gegenübergestellt.⁹⁰ Es ergibt sich ein positiver Saldo (zugewiesener, gekürzter Beitragsbedarf ist größer als die regionalen Ausgaben der überregionalen Kasse) oder ein negativer Saldo (zugewiesener, gekürzter Beitragsbedarf ist kleiner als die regionalen Ausgaben der überregionalen Kasse). Bei regionaler Kalkulation der Zusatzprämie würde dieser Saldo im Land bleiben. Demgegenüber errechnen wir für die überregionale Krankenkasse diejenige Zusatzprämie, die sie bei Mischkalkulation einheitlich für alle Regionen erheben muss. Diese ergibt sich aus dem bundesweiten Saldo zwischen Beitragsbedarf und Ausgaben dividiert durch die Zahl der Mitglieder der Kasse. Der Finanzierungsbeitrag einer Region ergibt sich nun, indem diese bundesweite Zusatzprämie auf die Mitgliederzahl der überregionalen Kasse in der jeweiligen Region bezogen wird. Die Differenz zwischen dem rechnerischen Saldo in der Region bei regionaler Kalkulation und dem Betrag, der über die mischkalkulierte Zusatzprämie von den Versicherten in der Region zu zahlen ist, ist der interregionale Transfereffekt durch die Mischkalkulation. Die Veränderung durch Reduktion der Finanzierungsquote des Gesundheitsfonds ergibt sich wieder durch Vergleich mit den entsprechenden Transfer bei einer Finanzierungsquote von 100%.

Der Gesamttransfer bei 95 % Finanzierungsquote ergibt sich als Summe aus den Transfers über den RSA und den Transfers über die Mischkalkulation. Zur Ermittlung der Veränderung durch die Reduktion der Finanzierungsquote des Gesundheitsfonds sind diese Effekte der Situation bei 100 % Finanzierungsquote durch den Fonds gegenüberzustellen und die Differenz zu bilden.

C.2.3. Empirische Abschätzung der Veränderung der interregionalen Effekte durch das GKV-WSG

In diesem Abschnitt werden die Ergebnisse der empirischen Abschätzung zu den Veränderungen der interregionalen Transfers zwischen den Bundesländern in der GKV durch das GKV-WSG berichtet. Die qualitative Erörterung dieser möglichen Veränderungen (und weiterer, hier nicht empirisch untersuchter Einflussfaktoren) ist in Abschn. C.2.1. erfolgt, eine

⁹⁰ Alternativ kann auch gerechnet werden, dass die Vertragspartner oder der Gesetzgeber eine Anpassung der Preisniveaus auf den Bundesdurchschnitt (oder jede Variante zwischen heutigem Preisniveau und bundeseinheitlichem Preisniveau) festlegen. In diesen Fällen verändert sich das regionale Ausgabeniveau der überregionalen Krankenkasse mit entsprechenden zusätzlichen Auswirkungen auf den interregionalen Transfer. Die Berechnung dieses zusätzlichen Effektes würde analog der Beschreibung in Abschn. C.2.2.4. erfolgen.

umfassende Beschreibung der Methodik der Berechnung dieser Transfers ist in Abschn. C.2.2. erfolgt.

C.2.3.1. Empirische Abschätzung der Effekte der Vervollständigung des Finanzkraftausgleichs

Der Effekt, den die Vervollständigung des Finanzkraftausgleichs im Zuge der Einführung des Gesundheitsfonds im Jahre 2005 gehabt hätte, wird in Tabelle 13 dargestellt. Spalte 2 weist den zusätzlichen Finanzierungsbeitrag aus, der für die Finanzierung der Satzungsleistungen und der Verwaltungsausgaben benötigt wird, Spalte 3 und 4 weisen die Zuweisungen an Beitragsbedarf für die Satzungsleistungen und die Verwaltungsausgaben aus. Den daraus resultierenden Nettoeffekt weisen die Spalten 5 (in absoluten Beträgen) bzw. 6 (je Versicherten) aus.

Die Tabelle zeigt, dass im Ergebnis ohne Ausnahme durch die Vervollständigung des Finanzkraftausgleichs die Versicherten in den Ländern, aus denen bereits heute durch den RSA netto Finanzmittel abfließen, belastet werden. Das Ausmaß der zusätzlichen Belastung ist für die Versicherten in Bayern (mit 55 Mio. Euro) und Baden-Württemberg (mit 42 Mio. Euro) am größten; je Versicherten ist die Belastung in Hamburg (mit rd. 16 Euro je Versicherten) am größten. Den größten Zufluss haben die Versicherten in Sachsen (mit 69 Mio. Euro); den größten Zufluss je Versicherten erhalten Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen (mit rd. 18 Euro je Versicherten).

Das Ergebnis kann mit den Abschätzungen der Studie von Rürup u. Wille (2007) verglichen werden. Sie weisen (aufgrund der Verwendung des SOEP als Datengrundlage für die BPE mit seinen größeren Einkommensunterschieden zwischen den Bundesländern im Vergleich zur hier verwendeten EVS) bei dem mit unserer Rechnung vergleichbarem Szenario einen etwas stärkeren negativen Nettoeffekt für Baden-Württemberg (mit 72 Mio. Euro) und Bayern (mit 81 Mio. Euro) aus; auch die Effekte bei den Empfängern sind etwas stärker (z.B. 92 Mio. Euro für Sachsen).

Wie berichtet, liegen die BPE in Baden-Württemberg nach dem SOEP (anstelle der in dieser Studie verwendeten EVS) deutlich stärker oberhalb des Durchschnitts. Unter Verwendung der SOEP-Daten ergäbe sich in unserer Modellierung durch die Vervollständigung des Finanzkraftausgleichs eine stärkere Mehrbelastung der Versicherten in Baden-Württemberg und Bayern, die in beiden Ländern knapp über 100 Mio. Euro läge.

Tabelle 13: Effekt der Vervollständigung des Finanzkraftausgleichs auf die interregionalen Transfers

Bundesland	Zusätzlicher Finanzierungsbeitrag	Zusätzliche Zuweisung für Satzungsleistungen	Zusätzliche Zuweisung für Verwaltungsausgaben	Gesamteffekt der Vervollständigung des Finanzkraftausgleichs	
				+:Nettozufluss; -:Nettoabfluss	
1	2	3	4	absolut	je Versicherten
Baden-Württemberg	1.394.456.687 €	345.101.099,44 €	1.007.723.576,266 €	-41.632.011,137 €	-4,71 €
Bayern	1.601.474.327 €	394.611.284,85 €	1.152.256.860,125 €	-54.606.181,793 €	-5,41 €
Berlin	424.166.029 €	105.643.804,51 €	313.323.830,851 €	-5.198.393,382 €	-1,92 €
Brandenburg	338.532.601 €	88.267.190,91 €	268.448.272,091 €	18.182.862,377 €	8,05 €
Bremen	86.420.675 €	22.099.901,42 €	66.721.486,509 €	2.400.712,573 €	4,24 €
Hamburg	235.856.356 €	54.011.974,49 €	159.916.002,118 €	-21.928.379,876 €	-15,86 €
Hessen	811.423.565 €	196.330.836,96 €	580.842.762,422 €	-34.249.965,502 €	-6,82 €
Mecklenburg-Vorpommern	212.931.888 €	60.183.150,64 €	180.981.755,975 €	28.233.018,793 €	18,33 €
Niedersachsen	1.035.409.016 €	261.671.091,02 €	772.451.767,812 €	-1.286.156,988 €	-0,19 €
Nordrhein-Westfalen	2.386.004.533 €	598.262.989,37 €	1.771.307.347,954 €	-16.434.195,267 €	-1,07 €
Rheinland-Pfalz	521.584.485 €	130.921.503,74 €	388.439.207,539 €	-2.223.773,816 €	-0,66 €
Saarland	138.849.670 €	34.881.304,96 €	105.749.357,114 €	1.780.992,179 €	1,99 €
Sachsen	554.476.458 €	150.876.122,03 €	473.088.869,034 €	69.488.533,355 €	18,00 €
Sachsen-Anhalt	329.294.509 €	88.783.721,76 €	275.013.546,219 €	34.502.759,419 €	15,18 €
Schleswig-Holstein	365.023.397 €	91.556.109,29 €	272.148.453,519 €	-1.318.834,229 €	-0,56 €
Thüringen	313.286.988 €	82.921.096,60 €	254.654.904,452 €	24.289.013,295 €	11,44 €
Bund ohne Wohnort im Ausland	10.749.191.182 €	2.706.123.182,00 €	8.043.068.000,000 €	0,000 €	

Quelle: Eigene Berechnungen

C.2.3.2. Empirische Abschätzung der Veränderung des Effekts der überregionalen Kalkulation von Krankenkassen

Die Tabelle 14 zeigt die interregionalen Transfers durch die Kalkulation der modellierten überregionalen Krankenkasse unter der Bedingung des Gesundheitsfonds. Spalte 2 zeigt den Saldo aus Beitragsbedarf und Ausgaben für die überregionale Krankenkasse für die einzelnen Bundesländer und für das gesamte Bundesgebiet. Würde die Krankenkasse regionalisiert kalkulieren, stände ihr ein Überschuss des Beitragsbedarfs über die Ausgaben im jeweiligen Land für eine Prämienausschüttung zur Verfügung, während sie bei einem Überhang der Ausgaben über den Beitragsbedarf diesen Betrag über einen Zusatzbeitrag von den Versicherten erheben müsste. Die rechnerisch damit mögliche regionalisierte einkommensunabhängige Zusatzprämie, die die Krankenkasse im jeweiligen Bundesland von den Versicherten erheben müsste (dann: negatives Vorzeichen) oder an die Versicherten ausschütten könnte (dann: positives Vorzeichen) ist in Spalte 3 ausgewiesen. In der Zeile „Bund“ der Spalte 3 ist demgegenüber die bundesdurchschnittliche einkommensunabhängige Zusatzprämie ausgewiesen, die die Kasse bei bundesweiter Mischkalkulation rechnerisch erheben muss oder ausschütten kann. In Spalte 4 ist ausgewiesen, welche Beträge die Krankenkasse bei der bundesweiten einkommensunabhängigen Zusatzprämie von den Versicherten im jeweiligen Land erhebt bzw. an diese ausschüttet. Die Differenz zwischen dem Saldo aus Spalte 2, der bei regionaler Kalkulation im Land verbliebe und gemäß Spalte 3 ausgeschüttet würde, und dem Betrag in Spalte 4 stellt den interregionalen Transfer dar, der durch die Mischkalkulation bei einer einkommensunabhängigen Zusatzprämie erfolgt; dieser wird in Spalte 5 ausgewiesen. Die Spalte 6 weist aus, wie der Beitragssatz für den Zusatzbeitrag aussehen müsste, wenn die überregionale Krankenkasse einen einkommensabhängigen Zusatzbeitrag anstelle einer einkommensunabhängigen Zusatzprämie festlegen würde; in der letzten Zeile von Spalte 7 ist der Beitragssatz ausgewiesen, den die Krankenkasse für den Zusatzbeitrag bei bundesweiter Mischkalkulation erheben muss. Spalte 7 weist die Zahlungen bzw. Ausschüttungen der Versicherten im jeweiligen Bundesland bei der Anwendung des bundesweiten Mischbeitragssatzes aus. Die Differenz zwischen dem Saldo aus Spalte 2, der bei regionaler Kalkulation im Land verbliebe und gemäß Spalte 6 ausgeschüttet bzw. erhoben würde, und dem Betrag in Spalte 7 stellt den interregionalen Transfer dar, der durch die Mischkalkulation bei einer einkommensabhängigen Zusatzprämie erfolgt; dieser wird in Spalte 8 ausgewiesen.

Für das Jahr 2005 weist Tabelle 14 zunächst aus, dass die überregionale Krankenkasse in diesem Jahr unter den skizzierten Bedingungen einen positiven Saldo von 656 Mio. Saldo erzielt hätte (Spalte 2, Wert beim Bund); sie hätte damit eine Zusatzprämie von bundesweit 25 Euro pro Jahr (also 2,08 Euro monatlich) ausschütten können (Spalte 3, Wert beim Bund). Bei einer regionalisierten Betrachtung hätte sie in neun Ländern einen positiven Saldo aufgewiesen, in sechs Ländern einen negativen Saldo. In Baden-Württemberg betrug der positive Saldo 218 Mio. Euro; damit wäre der überregionalen Kasse bei regionaler Kalkulation eine Prämienausschüttung in Baden-Württemberg von 77 Euro im Jahr möglich gewesen. Die Anwendung der bundesdurchschnittlichen Prämie von 25 Euro führt demgegenüber zu einer Ausschüttung an die Versicherten in Baden-Württemberg von nur rd. 70 Mio. Euro (Spalte 4), so dass im Vergleich zum Saldo des Beitragsbedarfs über die Ausgaben ein interregionaler Transfer von rd. 148 Mio. Euro erfolgt.

Hätte die überregionale Krankenkasse einen einkommensabhängigen Zusatzbeitrag erhoben bzw. ausgeschüttet, hätte sie hierfür bundesweit einen Beitragssatz von 0,12 Prozent zur Ausschüttung bringen können (Spalte 6, Wert beim Bund) und damit die in Spalte 7 genannten Beträge ausgeschüttet – Baden-Württembergs Versicherte hätten dadurch eine Ausschüttung von 73 Mio. Euro erhalten, womit (im Vergleich zu einer regionalisierten Kalkulation nach Spalte 2) ein interregionaler Transfer von 145 Mio. zulasten von Baden-Württembergs Versicherten erfolgt wäre. Der interregionale Transfer zulasten der Versicherten von Baden-Württemberg wäre also bei einer einkommensabhängigen Ausschüttung (Spalte 8) etwas kleiner als bei der einkommensunabhängigen Ausschüttung (Spalte 5), weil diese Versicherten wegen ihrer überdurchschnittlichen BPE vom bundesweiten Auszahlungsbetrag ein „größeres Stück vom Kuchen“ abbekommen hätten.

Während Tabelle 14 wie gerade beschrieben, den interregionalen Transfer durch die Mischkalkulation der überregionalen Kasse unter der Bedingung von Gesundheitsfonds und Zusatzprämie beschreibt, ergibt sich die *Veränderung* der interregionalen Transfers *durch* Gesundheitsfonds und Zusatzprämie, wenn diese den interregionalen Transfers durch die Mischkalkulation der überregionalen Krankenkasse im Status quo (Tabelle 9) gegenüber gestellt werden. Tabelle 15 weist diese Gegenüberstellung aus.

Tabelle 14: Interregionale Transfers durch die Kalkulation der überregionalen Krankenkasse unter Gesundheitsfonds

Bundesland	Beitragsbedarf - Ausgaben	Regionalisierte einkommensunab- hängige Zusatzprämie	Zahlungen bei bundesweiter einkommensunabhängiger Zusatzprämie	Interregionaler Transfer bei einkommensunabhängiger Zusatzprämie	Beitragssatz für einkommens- abhängige Zusatzprämie	Zahlungen bei bundesweiter einkommensabhängiger Zusatzprämie	Interregionaler Transfer bei einkommensabhäni- ger Zusatzprämie
		(-: Zusatzbeitrag vom Versicherten; +: Prämienzahlung an Versicherten)		(+: Nettozufluss; -: Nettoabfluss)			(+: Nettozufluss; -: Nettoabfluss)
1	2	3	4	5	6	7	8
Baden-Württemberg	218.107.293	77	70.196.082	- 147.911.210	0,34%	73.038.274	- 145.069.018
Bayern	- 411.304.377	- 118	85.865.369	497.169.746	-0,54%	87.957.281	499.261.659
Berlin	- 328.278.065	- 257	31.515.482	359.793.547	-1,26%	30.047.883	358.325.948
Brandenburg	338.336.030	333	25.117.898	- 313.218.132	1,77%	21.963.981	- 316.372.050
Bremen	- 154.818.121	- 653	5.856.827	160.674.949	-3,13%	5.690.548	160.508.669
Hamburg	- 333.967.567	- 479	17.208.583	351.176.150	-2,10%	18.274.756	352.242.323
Hessen	155.291.566	75	51.452.487	- 103.839.079	0,33%	54.466.373	- 100.825.193
Mecklenburg-Vorpommern	41.654.038	66	15.665.204	- 25.988.835	0,38%	12.648.818	- 29.005.220
Niedersachsen	428.515.720	168	62.921.873	- 365.593.847	0,76%	64.508.846	- 364.006.874
Nordrhein-Westfalen	- 32.886.966	- 5	153.327.017	186.213.983	-0,02%	160.781.202	193.668.167
Rheinland-Pfalz	- 39.868.203	- 31	31.541.837	71.410.040	-0,14%	32.430.400	72.298.603
Saarland	- 95.847.460	- 253	9.347.709	105.195.169	-1,14%	9.673.003	105.520.463
Sachsen	380.207.907	314	29.942.951	- 350.264.956	1,76%	24.780.902	- 355.427.005
Sachsen-Anhalt	159.991.234	175	22.525.368	- 137.465.865	0,97%	18.928.778	- 141.062.455
Schleswig-Holstein	190.179.141	196	23.942.068	- 166.237.073	0,90%	24.205.703	- 165.973.438
Thüringen	141.525.765	171	20.411.177	- 121.114.587	0,93%	17.441.186	- 124.084.579
Bund ohne Wohnort im Ausland	656.837.935	25	656.837.935	-	0,12%	656.837.935	-

Quelle: Eigene Berechnungen

Tabelle 15: Veränderung der interregionalen Transfers durch die Kalkulation der überregionalen Kassen unter Gesundheitsfonds im Vergleich zum Status quo

Bundesland	Transfer Status quo (aus Tabelle 9 Spalte 4)	bei einkommensunabhängiger Zusatzprämie			bei einkommensabhängigem Zusatzbeitrag		
		Transfer unter Gesundheitsfonds (aus Tabelle 13 Sp. 5)	Änderung der interregionalen Transfers (+: Entlastung -: Belastung durch Gesundheitsfonds ggn. Status quo)		Transfer unter Gesundheitsfonds (aus Tabelle 13 Sp. 8)	Änderung der interregionalen Transfers (+: Entlastung -: Belastung durch Gesundheitsfonds ggn. Status quo)	
			absolut	je Versicherten		absolut	je Versicherten
1	2	3	4	5	6	7	8
Baden-Württemberg	- 158.721.042 €	- 147.911.210 €	10.809.832 €	1 €	- 145.069.018 €	13.652.024 €	2 €
Bayern	477.370.768 €	497.169.746 €	19.798.978 €	2 €	499.261.659 €	21.890.891 €	2 €
Berlin	349.937.533 €	359.793.547 €	9.856.014 €	4 €	358.325.948 €	8.388.415 €	3 €
Brandenburg	- 308.770.374 €	- 313.218.132 €	- 4.447.759 €	- 2 €	- 316.372.050 €	- 7.601.676 €	- 3 €
Bremen	161.603.952 €	160.674.949 €	- 929.003 €	- 2 €	160.508.669 €	- 1.095.282 €	- 2 €
Hamburg	337.951.908 €	351.176.150 €	13.224.243 €	10 €	352.242.323 €	14.290.415 €	10 €
Hessen	- 122.285.663 €	- 103.839.079 €	18.446.583 €	4 €	- 100.825.193 €	21.460.469 €	4 €
Mecklenburg-Vorpommern	- 16.867.530 €	- 25.988.835 €	- 9.121.304 €	- 6 €	- 29.005.220 €	- 12.137.690 €	- 8 €
Niedersachsen	- 361.193.622 €	- 365.593.847 €	- 4.400.225 €	- 1 €	- 364.006.874 €	- 2.813.252 €	- 0 €
Nordrhein-Westfalen	196.159.437 €	186.213.983 €	- 9.945.454 €	- 1 €	193.668.167 €	- 2.491.269 €	- 0 €
Rheinland-Pfalz	70.951.611 €	71.410.040 €	458.429 €	0 €	72.298.603 €	1.346.992 €	0 €
Saarland	107.107.707 €	105.195.169 €	- 1.912.537 €	- 2 €	105.520.463 €	- 1.587.244 €	- 2 €
Sachsen	- 326.895.896 €	- 350.264.956 €	- 23.369.061 €	- 6 €	- 355.427.005 €	- 28.531.109 €	- 7 €
Sachsen-Anhalt	- 126.338.862 €	- 137.465.865 €	- 11.127.003 €	- 5 €	- 141.062.455 €	- 14.723.593 €	- 6 €
Schleswig-Holstein	- 165.044.375 €	- 166.237.073 €	- 1.192.698 €	- 1 €	- 165.973.438 €	- 929.063 €	- 0 €
Thüringen	- 114.965.551 €	- 121.114.587 €	- 6.149.036 €	- 3 €	- 124.084.579 €	- 9.119.028 €	- 4 €
Bund ohne Wohnort im Ausland	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €

Quelle: Eigene Berechnungen

Die Tabelle zeigt nicht überraschend, tendenziell Versicherte in Bundesländern, die über den überregionalen Transfer bislang belastet waren, eine (vergleichsweise geringe) Entlastung erfahren, weil Teile des bislang kasseninternen Transfers nun über die Zahlung von Beiträgen an den Gesundheitsfonds fließen und unter der Vervollständigung des Finanzkraftausgleichs „verbucht“ sind. So beläuft sich die Entlastung der Versicherten der überregionalen Kassen in Baden-Württemberg bei einkommensunabhängiger Kalkulation der Zusatzprämie (hier: Ausschüttung) auf knapp 11 Mio. Euro, oder etwas mehr als 1 Euro pro Versicherten; bei einkommensabhängiger Ausschüttung ist der Betrag für Baden-Württemberg mit 14 Mio. Euro geringfügig höher. Die größte Entlastung wird für die bayerischen Versicherten mit 20 Mio. Euro bei einkommensunabhängigen und 22 Mio. bei einkommensabhängigen Zusatzbeiträgen erzielt, die größte Belastung gegenüber dem Status quo erfolgt für die Versicherten in Sachsen mit 23 Mio. Euro (bei einkommensunabhängiger Zusatzprämie bzw. 29 Mio. Euro (bei einkommensabhängigem Zusatzbeitrag). Je Versicherten wird in Hamburg mit 10 Euro je Versicherten die größte Entlastung und in Sachsen und Mecklenburg-Vorpommern mit 6 Euro je Versicherten bei einkommensunabhängiger Zusatzprämie bzw. in Mecklenburg-Vorpommern mit 8 Euro bei einkommensabhängigem Zusatzbeitrag die größte zusätzliche Belastung gegenüber dem Status quo erzielt.

C.2.3.3. Empirische Abschätzung der Veränderung der interregionalen Transfers durch das GKV-WSG: Vervollständigung des Finanzkrafttransfers und überregionale Kalkulation zusammen

Wie bereits in Abschn. C.2.1.2. und C.2.2.3. besprochen, besteht zwischen den durch die Vervollständigung des Finanzkraftausgleichs ausgelösten Veränderungen der interregionalen Transfers einerseits und den interregionalen Transfers durch die Mischkalkulation andererseits eine gewisse Wechselwirkung, weil Elemente des bislang kasseninternen interregionalen Transfers mit Etablierung des Gesundheitsfonds auf den Transfer im Rahmen des Finanzkraftausgleichs übergehen. Daher sollte eine Betrachtung der Veränderung beider Größen gemeinsam erfolgen. Tabelle 16 zeigt diese Betrachtung.

Der Gesamttransfer im Status quo (Tabelle 16 Spalte 2) setzt sich zusammen aus dem bisherigen RSA-Transfer (aus Finanzkraftausgleich und Beitragsbedarfsausgleich) und dem bisherigen interregionalen Transfer über die Mischkalkulation der bundesweiten Kassen. Die unter Gesamttransfer unter Gesundheitsfonds in Tabelle 16 Spalte 3 bzw. Spalte 5 ausgewiesenen

Transfers setzen sich zusammen aus dem bisherigen RSA-Transfer sowie dem Effekt der Vervollständigung des Finanzkraftausgleichs und dem Effekt der Veränderung der interregionalen Transfers in der Mischkalkulation der bundesweiten Krankenkassen: Während hierbei in Sp. 3 unterstellt wurde, dass die überregionale Krankenkasse eine einkommensunabhängige Zusatzprämie erhebt (bzw. Ausschüttung leistet), wird in Spalte 5 der Effekt errechnet, wenn ein einkommensabhängiger Zusatzbeitrag erhoben (bzw. ausgeschüttet) wird. Spalten 4 und 6 weisen die jeweiligen Veränderungen gegenüber dem Status quo aus.

Die Tabelle 16 zeigt, dass von wenigen Ausnahmen abgesehen, Versicherte aus Ländern, die im Status quo bereits Nettozahler im Rahmen der interregionalen Transfers sind, zusätzliche Zahlungen leisten und in Ländern, aus denen bereits jetzt netto Mittel abfließen, unter den Regelungen des GKV-WSG zusätzliche Mittel abfließen. Die Ausnahme ist Hamburg, das gegenwärtig Nettoempfänger ist und bei dem sich diese Position durch die beschriebenen Effekte etwas (um ca. 8 Mio. Euro) verringert. Bei Rheinland-Pfalz und dem Saarland hat die Änderung so gut wie überhaupt keinen Effekt. Die Versicherten in Baden-Württemberg werden mit ca. 31 Mio. Euro bei einkommensunabhängiger Zusatzprämie bzw. 28 Mio. Euro bei einkommensabhängiger Zusatzprämie zusätzlich belastet.

C.2.3.4. Empirische Abschätzung der Veränderung interregionaler Transfers infolge einer möglichen Veränderung von Preisniveaus in der Vergütung von Leistungserbringern

In Abschn. C.2.1.3. war erläutert worden, dass die folgende Darstellung der Effekte einer möglichen Veränderung von Preisniveaus in der Vergütung von Leistungserbringern nicht impliziert, dass diese Veränderungen eintreten oder zumindest rechtlich möglich sind. Vielmehr hatten wir herausgearbeitet, dass im stationären Sektor die gesetzlichen Regelungen zur Anpassung der LBFW eine rasche Konvergenz zum Bundeswert eher unwahrscheinlich erscheinen lassen, während die Regelung zum neuen Vergütungssystem in der vertragsärztlichen Versorgung aus unserer Sicht entwicklungs offen ist.

Tabelle 16: Veränderung der interregionalen Transfers durch Vervollständigung des Finanzkraftausgleichs und Mischkalkulation überregionaler Kassen zusammen

	Gesamttransfer Status quo	Gesamttransfer unter Gesundheitsfonds bei einkommensunabhängiger Zusatzprämie		Gesamttransfer unter Gesundheitsfonds bei einkommensabhängigem Zusatzbeitrag	
		Transfer	Veränderung	Transfer	Veränderung
Bundesland	(aus Tab. 9 Spalte 4)	(Summe aus Tab. 10 Sp. 2 + Tab. 13 Sp. 5 + Tab 14 Sp. 5)	(Sp. 3 - Sp. 2)	(Summe aus Tab. 10 Sp. 2 + Tab. 13 Sp. 5 + Tab 14 Sp. 8)	(Sp. 5 - Sp. 2)
			(+: Entlastung; -: Belastung)		(+: Entlastung; -: Belastung)
1	2	3	4	5	6
Baden-Württemberg	- 888.719.533 €	- 919.541.712 €	- 30.822.179 €	- 916.699.520 €	- 27.979.987 €
Bayern	- 422.207.591 €	- 457.014.795 €	- 34.807.204 €	- 454.922.882 €	- 32.715.291 €
Berlin	311.534.881 €	316.192.501 €	4.657.621 €	314.724.903 €	3.190.022 €
Brandenburg	1.903.797 €	15.638.901 €	13.735.104 €	12.484.983 €	10.581.186 €
Bremen	199.865.564 €	201.337.274 €	1.471.710 €	201.170.994 €	1.305.430 €
Hamburg	73.765.019 €	65.060.882 €	- 8.704.137 €	66.127.054 €	- 7.637.965 €
Hessen	- 561.016.630 €	- 576.820.012 €	- 15.803.382 €	- 573.806.126 €	- 12.789.496 €
Mecklenburg-Vorpommern	356.794.487 €	375.906.201 €	19.111.715 €	372.889.816 €	16.095.329 €
Niedersachsen	- 445.456.104 €	- 451.142.485 €	- 5.686.382 €	- 449.555.513 €	- 4.099.409 €
Nordrhein-Westfalen	- 137.336.988 €	- 163.716.637 €	- 26.379.649 €	- 156.262.452 €	- 18.925.464 €
Rheinland-Pfalz	24.247.434 €	22.482.089 €	- 1.765.345 €	23.370.652 €	- 876.782 €
Saarland	146.573.250 €	146.441.705 €	- 131.545 €	146.766.998 €	193.748 €
Sachsen	805.311.169 €	851.430.642 €	46.119.473 €	846.268.594 €	40.957.424 €
Sachsen-Anhalt	432.357.568 €	455.733.324 €	23.375.756 €	452.136.734 €	19.779.166 €
Schleswig-Holstein	- 184.319.176 €	- 186.830.708 €	- 2.511.532 €	- 186.567.073 €	- 2.247.897 €
Thüringen	286.702.853 €	304.842.830 €	18.139.977 €	301.872.838 €	15.169.985 €
Bund ohne Wohnort im Ausland	- 0 €	- 0 €	0 €	- €	0 €

Quelle: Eigene Berechnungen

Für die vertragsärztliche Versorgung und den Krankenhausbereich hatten wir in Abschn. C.2.2.4. unterschiedliche Preisniveaus für die einzelnen Bundesländer abgeleitet,⁹¹ während wir für die übrigen Leistungsbereiche eine solche Ableitung nicht durchführen konnten. Eine Preisniveauleichung auf den Bundesdurchschnitt führt dazu, dass die Gesamtausgaben, die die Regionalkassen bei ihrer Kalkulation der Zusatzprämie (oder einer entsprechenden Ausschüttung) zugrunde legen müssen, sich entsprechend ändern: Bei Krankenkassen mit bislang unterdurchschnittlichen Preisniveaus steigen die Ausgaben, bei Kassen mit bislang überdurchschnittlichen Preisen für die von ihnen bezahlten Gesundheitsleistungen sinken die Ausgaben. Bei der überregionalen Krankenkasse nehmen entsprechend die interregionalen Transfervolumen ab. In Tabelle 17 wird dargestellt, welchen Effekt die Angleichung des Preisniveaus im ambulanten und stationären Bereich auf den Bundesdurchschnitt auf die Ausgaben der überregionalen Kasse in den einzelnen Regionen und auf die Ausgaben der jeweiligen Regionalkasse hätte. In Spalte 2 bzw. 5 sind die Ausgaben bei Beibehaltung des gegenwärtigen Preisniveaus bei der überregionalen bzw. regionalen Krankenkasse aufgeführt, in Spalte 3 bzw. 6 demgegenüber die Ausgaben bei Angleichung des Preisniveaus. Spalten 4 und 7 zeigen die Differenz, also den Veränderungsbetrag der Ausgaben bei Beibehalt und Anpassung des Preisniveaus der überregionalen bzw. überregionalen Kasse. Spalte 8 weist die Summe der Effekte für die überregionale Kasse und die jeweils von uns modellierte regionale Kasse in einem Bundesland in absoluten Beträgen aus, Spalte 9 je Versicherten.

Tabelle 17 zeigt, dass die Auswirkungen auf die Ausgabenniveaus in den einzelnen Bundesländern sehr unterschiedlich wären, wenn sich eine Angleichung der Preisniveaus im vertragsärztlichen und im Krankenhausbereich auf das Bundesniveau ergäbe. Die größte Reduktion von Ausgaben ergäbe sich bei Baden-Württemberg mit 394 Mio. Euro, von denen 172 Mio. auf die überregionale Kasse und 222 Mio. Euro auf die regionale Kassen entfallen würden. Hohe Reduktionsbeträge ergäben sich auch bei Bayern (340 Mio. Euro) und – mit Abstrichen – bei Rheinland-Pfalz (255 Mio. Euro), wo sich pro Kopf das höchste Reduktionsniveau ergäbe

⁹¹ Vgl. Tabelle 12.

Tabelle 17: Effekte einer Preisniveaangleichung auf das Ausgabenniveau

Bundesland	Überregionale Kasse			Regionale Kasse			Summe Effekt der Preisniveaangleichung	
	Ausgaben bei Beibehalt Preisniveau	Ausgaben bei Angleichung Preisniveau	Effekt der Preisniveaangleichung (-: geringere Ausgaben; +: höhere Ausgaben)	Ausgaben bei Beibehalt Preisniveau	Ausgaben bei Angleichung Preisniveau	Effekt der Preisniveaangleichung (-: geringere Ausgaben; +: höhere Ausgaben)	absolut (-: geringere Ausgaben; +: höhere Ausgaben)	je Versicherten (-: geringere Ausgaben; +: höhere Ausgaben)
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Baden-Württemberg	7.530.595.786 €	7.358.645.251 €	- 171.950.535 €	9.341.349.463 €	9.119.105.352 €	- 222.244.111 €	- 394.194.646 €	- 45 €
Bayern	9.603.235.583 €	9.450.038.276 €	- 153.197.308 €	11.134.756.329 €	10.947.062.536 €	- 187.693.793 €	- 340.891.100 €	- 34 €
Berlin	3.436.177.190 €	3.376.809.502 €	- 59.367.689 €	2.551.988.868 €	2.505.411.128 €	- 46.577.740 €	- 105.945.429 €	- 39 €
Brandenburg	2.088.846.744 €	2.140.932.847 €	52.086.102 €	1.940.370.617 €	1.988.325.361 €	47.954.744 €	100.040.846 €	44 €
Bremen	803.622.571 €	793.669.010 €	- 9.953.561 €	635.137.959 €	626.744.854 €	- 8.393.105 €	- 18.346.666 €	- 32 €
Hamburg	2.170.182.015 €	2.123.375.318 €	- 46.806.697 €	1.085.674.797 €	1.061.293.147 €	- 24.381.651 €	- 71.188.347 €	- 51 €
Hessen	5.526.324.964 €	5.551.745.119 €	25.420.156 €	4.224.483.723 €	4.241.000.660 €	16.516.936 €	41.937.092 €	8 €
Mecklenburg-Vorpommern	1.439.978.493 €	1.497.357.790 €	57.379.297 €	1.622.254.140 €	1.686.823.774 €	64.569.634 €	121.948.931 €	79 €
Niedersachsen	6.649.536.944 €	6.740.874.056 €	91.337.113 €	5.874.437.768 €	5.951.646.053 €	77.208.285 €	168.545.398 €	25 €
Nordrhein-Westfalen	17.941.432.019 €	18.053.464.205 €	112.032.185 €	12.681.600.429 €	12.751.954.076 €	70.353.647 €	182.385.833 €	12 €
Rheinland-Pfalz	3.569.941.982 €	3.438.023.105 €	- 131.918.877 €	3.226.075.898 €	3.103.325.202 €	- 122.750.696 €	- 254.669.573 €	- 76 €
Saarland	1.185.491.439 €	1.178.895.392 €	- 6.596.047 €	818.099.904 €	812.895.599 €	- 5.204.305 €	- 11.800.353 €	- 13 €
Sachsen	2.757.684.255 €	2.884.676.776 €	126.992.521 €	4.605.328.322 €	4.816.567.553 €	211.239.230 €	338.231.751 €	88 €
Sachsen-Anhalt	2.084.706.259 €	2.131.048.290 €	46.342.031 €	2.409.557.082 €	2.462.167.178 €	52.610.097 €	98.952.127 €	44 €
Schleswig-Holstein	2.465.355.554 €	2.478.168.644 €	12.813.090 €	1.902.369.619 €	1.910.972.049 €	8.602.430 €	21.415.521 €	9 €
Thüringen	1.851.907.288 €	1.907.295.506 €	55.388.218 €	2.299.835.177 €	2.368.025.573 €	68.190.397 €	123.578.615 €	58 €
Bund ohne Wohnort im Ausland	71.105.019.087 €	71.105.019.087 €	- €	66.353.320.095 €	66.353.320.095 €	0 €	0 €	0 €

Quelle: Eigene Berechnungen.

(76 Euro). Die höchsten Zuwächse an Ausgaben ergäben sich in Sachsen (338 Mio. Euro), gefolgt von NRW (182 Mio. Euro). In Sachsen ergäben sich auch die höchsten Zuwächse je Versicherten (88 Euro) bei einer Angleichung der Ausgabenniveaus auf den Bundesdurchschnitt

Beibehalt der länderspezifischen Preisniveaus oder Anpassung an das bundesdurchschnittliche Preisniveau haben Einfluss auf die interregionalen Transfersalden bei der modellierten überregionalen Krankenkasse und auf die zu erhebende Zusatzprämie oder Ausschüttung bei den jeweiligen modellierten Regionalkassen. Tabelle 18 verweist auf den Einfluss auf die zu erhebende bzw. auszuschüttende Zusatzprämie. Die Tabelle zeigt zunächst, dass nach den Ergebnissen unserer Modellierung die überregionale Krankenkasse in 2005 einen positiven Saldo von 657 Mio. Euro erzielt hätte, womit sie eine jährliche Prämienausschüttung von 25 Euro hätte leisten können. Dem steht ein entsprechender negativer Saldo in der Summe der Regionalkassen gegenüber.⁹² Bei den Regionalkassen ist bei Beibehalten des gegenwärtigen Preisniveaus der größte Ausgabenüberhang über den Beitragsbedarf bei Bayern (766 Mio.), die Versicherten der dortigen Regionalkasse müssten unter diesen Umständen eine jährliche Zusatzprämie von 208 Euro zahlen. Den größten Überhang pro Kopf bei Beibehalt des gegenwärtigen jeweiligen regionalen Preisniveaus weist allerdings die Regionalkasse in Bremen auf, die eine jährliche Zusatzprämie von 806 Euro erheben müsste. Demgegenüber können die ostdeutschen Regionalkassen (mit Ausnahme der von Mecklenburg-Vorpommern) Zusatzprämien von bis zu 344 Euro pro Jahr (Brandenburg) ausschütten. Die von uns modellierte Regionalkasse in Baden-Württemberg ist bei Beibehalt des gegenwärtig überdurchschnittlichen Preisniveaus in der Lage, ohne Zusatzprämie den Haushalt auszugleichen (Überhang des Beitragsbedarfs über die Ausgaben von 5 Euro je Versicherten im Jahr).

Eine Angleichung des Preisniveaus auf das bundeseinheitliche Niveau würde entsprechend in Bayern und Bremen bei den dortigen Regionalkassen eine Absenkung der rechnerischen von den Versicherten zu erhebenden Zusatzprämie und in den ostdeutschen Ländern eine Absenkung der ausschüttbaren Prämie bewirken. Bei den Regionalkassen in NRW würde die Angleichung mit einem Anstieg der ohnehin schon bestehenden von den Versicherten einzuziehenden Zusatzprämie einhergehen. In Baden-Württemberg würde bei einer Absenkung des

⁹² Wie beschrieben, haben wir sonstige Einnahmen und sonstige Ausgaben der Krankenkassen für diese Analyse herausgerechnet. Dadurch, dass der Gesundheitsfonds zugleich exakt 100% der Ausgaben deckt, ist das Gesamtbudget der GKV ausgeglichen, so dass dem positiven Saldo der überregionalen Kasse ein gleich großer negativer Saldo der regionalen Krankenkassen gegenüber steht.

Preisniveaus für Ärzte und Krankenhäuser auf Bundesdurchschnitt eine Prämienausschüttung der von uns modellierten Regionalkasse von jährlich rd. 73 Euro ermöglicht.

Bei der überregionalen Kasse würden sich aufgrund ihrer bundesweiten Kalkulation die interregionalen Transfers durch eine solche Preisangleichung ändern. Tabelle 19 macht dies deutlich: Aus Baden-Württemberg würden über die Mischkalkulation der ausschüttbaren Zusatzprämie und die Vervollständigung des Finanzkraftausgleichs dann rd. 202 Mio. Euro mehr als gegenwärtig abfließen (je Versicherten rd. 23 Euro). Davon entfallen 172 Mio. Euro auf den Abfluss von Mitteln aufgrund der sinkenden Preise für Leistungen von Ärzten und Krankenhäusern. Neben Baden-Württemberg wäre unter der Bedingung einer Angleichung des jeweiligen regionalen Preisniveaus auf das Bundespreisniveau in Verbindung mit der Vervollständigung des Finanzkraftausgleichs insbesondere Bayern stark von einem zusätzlichen Abfluss gegenüber dem Status quo in Höhe von 188 Mio. Euro betroffen. Je Versicherten ergäbe sich der höchste Nettoabfluss bei Hamburg (40 Euro pro Versicherten). Es sei allerdings noch einmal darauf hingewiesen, dass dies kein direkter, quasi „automatischer“, Effekt des GKV-WSG ist, sondern von den rechtlichen, gesundheitspolitischen und vertragspolitischen weiteren Entwicklungen abhängt.

C.2.3.5. Empirische Abschätzung der Veränderung interregionaler Transfers durch eine Finanzierungsquote des Gesundheitsfonds von 95 %

Wie in Abschn. C.2.1.4. grundsätzlich beschrieben und in Abschn. C.2.2.5. hinsichtlich der methodischen Umsetzung erörtert, bewirkt eine Finanzierungsquote des Gesundheitsfonds von 95 % dass einerseits Finanzkraftausgleich und Beitragsbedarfsausgleich nur noch auf dem Niveau von 95 % durchgeführt werden, andererseits die interregionalen Transfers über die Mischkalkulation der überregionalen Krankenkassen sich verändern, da die Zusatzprämie nunmehr ansteigt. Wir haben in C.2.2.5. ausgeführt, dass wir hier nur die Ergebnisse der Modifikation des Beitragsbedarfsausgleichs für den Fall präsentieren, dass die Zusatzprämie nicht risikoadjustiert wird, was wir – wie in Abschn. C.2.1.4. beschrieben – für problematisch halten, da damit Anreize zur Risikoselektion einhergehen.

Tabelle 20 zeigt die Veränderungen der Transfers gegenüber einer Ausstattung des Gesundheitsfonds mit 100 %, wenn die Finanzierungsquote auf 95 % begrenzt wäre; Entlastungen

Tabelle 18: Kalkulation von Zusatzbeiträgen bzw. Prämienzahlungen unter Gesundheitsfonds und alternativen Annahmen zum regionalen Preisniveau für Gesundheitsleistungen

	Beibehaltung der regional unterschiedlichen Preisniveaus				Angleichung der regional unterschiedlichen Preisniveaus			
	überregionale Kassen		Regionale Kassen		überregionale Kassen		Regionale Kassen	
	Beitragsbedarf - Ausgaben	fiktive regionalisierte Zusatzprämie (-: Zusatzbeitrag vom Versicherten; +: Prämienzahlung an Versicherten)	Beitragsbedarf - Ausgaben	Zusatzprämie der Regionalkasse (-: Zusatzbeitrag vom Versicherten; +: Prämienzahlung an Versicherten)	Beitragsbedarf - Ausgaben	fiktive regionalisierte Zusatzprämie (-: Zusatzbeitrag vom Versicherten; +: Prämienzahlung an Versicherten)	Beitragsbedarf - Ausgaben	Zusatzprämie der Regionalkasse (-: Zusatzbeitrag vom Versicherten; +: Prämienzahlung an Versicherten)
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Baden-Württemberg	218.082.777	77	16.932.407	5	390.033.311	137	239.176.518	73
Bayern	- 411.264.758	- 118	- 766.456.552	- 208	- 258.067.451	- 74	- 578.762.759	- 157
Berlin	- 328.245.270	- 257	- 309.411.316	- 407	- 268.877.581	- 211	- 262.833.575	- 346
Brandenburg	338.300.626	333	259.490.974	344	286.214.524	281	211.536.230	280
Bremen	- 154.802.409	- 653	- 137.017.875	- 806	- 144.848.848	- 611	- 128.624.770	- 757
Hamburg	- 333.933.797	- 479	- 192.870.596	- 603	- 287.127.100	- 412	- 168.488.945	- 527
Hessen	155.274.088	75	3.451.819	2	129.853.932	62	13.065.117	9
Mecklenburg-Vorpommern	41.649.335	66	2.664.863	5	15.729.962	25	61.904.771	108
Niedersachsen	428.469.829	168	215.104.663	104	337.132.716	132	137.896.378	66
Nordrhein-Westfalen	- 32.888.317	- 5	- 361.835.561	- 86	- 144.920.502	- 23	- 432.189.209	- 103
Rheinland-Pfalz	- 39.865.073	- 31	- 121.991.951	- 117	92.053.804	72	758.745	1
Saarland	- 95.837.918	- 253	- 87.148.238	- 370	- 89.241.870	- 236	- 81.943.932	- 348
Sachsen	380.168.083	314	500.234.950	270	253.175.563	209	288.995.719	156
Sachsen-Anhalt	159.974.205	175	117.242.585	133	113.632.174	125	64.632.488	73
Schleswig-Holstein	190.158.907	196	93.389.420	137	177.345.817	183	84.786.989	124
Thüringen	141.510.689	171	111.470.413	131	86.122.471	104	43.280.016	51
Bund ohne Wohnort im Ausland	656.750.996 ^{x)}	25	-656.749.995 ^{x)}	- 29	656.750.996 ^{x)}	25	-656.749.995 ^{x)}	- 29

x) Differenz durch Runden

Quelle: Eigene Berechnungen

Tabelle 19: Gesamteffekt GKV-WSG: Vervollständigung des Finanzkraftausgleichs und Effekte auf die Mischkalkulation überregionaler Krankenkassen bei Angleichung der Preisniveaus auf den Bundesdurchschnitt

Bundesland	absolut			je Versicherten		
	Vervollständigung des Finanzkraftausgleichs	Mischkalkulation und Preisniveaueangleichung incl. Zusatzprämie	Summe/Saldo	Vervollständigung des Finanzkraftausgleichs	Mischkalkulation und Preisniveaueangleichung incl. Zusatzprämie	Summe/Saldo
1	2	3	4	5	6	7
Baden-Württemberg	- 41.632.011 €	- 161.140.326 €	- 202.772.338 €	- 4,71 €	- 18,24 €	- 22,96 €
Bayern	- 54.606.182 €	- 133.398.053 €	- 188.004.234 €	- 5,41 €	- 13,21 €	- 18,61 €
Berlin	- 5.198.393 €	- 49.511.869 €	- 54.710.262 €	- 1,92 €	- 18,31 €	- 20,23 €
Brandenburg	18.182.862 €	47.637.926 €	65.820.788 €	8,05 €	21,09 €	29,14 €
Bremen	2.400.713 €	10.882.586 €	8.481.873 €	4,24 €	19,24 €	15,00 €
Hamburg	- 21.928.380 €	- 33.582.313 €	- 55.510.693 €	- 15,86 €	- 24,29 €	- 40,16 €
Hessen	- 34.249.966 €	43.867.138 €	9.617.173 €	6,82 €	8,73 €	1,91 €
Mecklenburg-Vorpommern	28.233.019 €	48.257.594 €	76.490.613 €	18,33 €	31,33 €	49,66 €
Niedersachsen	- 1.286.157 €	86.937.098 €	85.650.941 €	0,19 €	12,98 €	12,79 €
Nordrhein-Westfalen	- 16.434.195 €	102.087.718 €	85.653.523 €	1,07 €	6,67 €	5,59 €
Rheinland-Pfalz	- 2.223.774 €	131.460.330 €	133.684.104 €	0,66 €	39,23 €	39,90 €
Saarland	1.780.992 €	8.508.542 €	6.727.549 €	1,99 €	9,53 €	7,54 €
Sachsen	69.488.533 €	103.622.777 €	173.111.310 €	18,00 €	26,83 €	44,83 €
Sachsen-Anhalt	34.502.759 €	35.214.552 €	69.717.311 €	15,18 €	15,50 €	30,68 €
Schleswig-Holstein	- 1.318.834 €	11.620.427 €	10.301.593 €	0,56 €	4,96 €	4,40 €
Thüringen	24.289.013 €	49.238.789 €	73.527.802 €	11,44 €	23,20 €	34,65 €
Bund ohne Wohnort im Ausland	- 0 €	- 0 €	- 0 €	- 0,00 €	- 0,00 €	- 0,00 €

Quelle: Eigene Berechnungen

gegenüber dem Status quo weisen ein positives Vorzeichen, Belastungen gegenüber dem Status quo weisen ein negatives Vorzeichen auf:

- In der Spalte 2 ist die Veränderung ausgewiesen, die sich durch die Verringerung des Finanzkraftausgleichs für die bereits bislang in den RSA einbezogenen Leistungen durch entsprechende Herabsetzung des Beitragssatzes an den Gesundheitsfonds ergibt (wobei wir, wie in C.2.2.5, beschrieben, hier davon ausgehen, dass die Beitragssätze für die geringfügigen Beschäftigungsverhältnisse unverändert bleiben). Es ergeben sich konsequenter Weise Entlastungen für Versicherte in Bundesländern, die bislang in den Finanzkraftausgleich einzahlen, und Belastungen für Versicherte in Bundesländern, die bislang Empfänger aus dem Finanzkraftausgleich sind. Die Entlastung im Finanzkraftausgleich für Baden-Württemberg gegenüber dem Status quo beträgt rd. 14 Mio. Euro. Die maximale zusätzliche Belastung ergibt sich für die Versicherten in Sachsen mit rd. 26 Mio. Euro.
- In der Spalte 3 ist die Veränderung durch die geringere Finanzierungsquote des Gesundheitsfonds auf die Vervollständigung des Finanzkraftausgleichs, die mit dem Gesundheitsfonds vollzogen wird, abgebildet. Auch hier kommt es zu einer Verringerung sämtlicher positiver wie negativer Transferzahlungen im Vergleich zu der Situation als mit der Einführung des Gesundheitsfonds und einer Finanzierungsquote von 100% die Vervollständigung des Finanzkraftausgleichs durchgeführt wurde. Die Effekte sind allerdings sehr gering – für Baden-Württemberg etwa ergibt sich eine Verringerung des Transfers gegenüber der Situation mit 100% Finanzierungsquote von 2 Mio. Euro. Die maximale zusätzliche Belastung ergibt sich für die Versicherten in Sachsen mit rd. 3 Mio. Euro.
- In der Spalte 4 ist die Veränderung durch die geringere Finanzierungsquote des Gesundheitsfonds auf den Beitragsbedarfsausgleich abgebildet. Während die Einführung des Gesundheitsfonds bei einer Finanzierungsquote von 100% diese Positionen gegenüber dem Status quo in unserer Modellierung unverändert gelassen hatte,⁹³ bewirkt die Reduktion der Finanzierungsquote des Gesundheitsfonds auf 95 % eine entsprechende Absenkung des Umverteilungsvolumens im Beitragsbedarfsausgleich. Der Entlastungseffekt beträgt für Baden-Württemberg 20 Mio. Euro, für Bayern 23 Mio. Euro. Die maximale zusätzliche Belastung würde sich für die Versicherten in Sachsen mit rd. 28 Mio. Euro ergeben.

⁹³ Der mögliche Effekt des Überganges zum morbiditätsorientierten RSA, der – sofern auf Bundesland-Ebene relevant – hier zu veränderten interregionalen Transfersalden führen würde, kann von uns (wie beschrieben) nicht nur wegen der Kürze der Zeit sondern auch mangels verfügbarer Daten nicht abgebildet werden.

- Der Effekt der Absenkung der Finanzierungsquote des Gesundheitsfonds auf 95 % auf die Mischkalkulation der überregionalen Kasse bei der Zusatzprämie ist in Spalte 5 ausgewiesen. Hinter dieser Veränderung bei der Mischkalkulation der überregionalen Krankenkasse gegenüber der Situation mit einer Finanzierungsquote des Gesundheitsfonds von 100 % verbergen sich sehr unterschiedliche Entwicklungen, die wir am Beispiel Baden-Württembergs verdeutlichen wollen: Während die überregionale Krankenkasse bei einer Finanzierungsquote von 100% (wie in Tabelle 18 ausgewiesen) noch einen Überhang des Beitragsbedarfs von 656 Mio. Euro hatte (und deswegen eine Prämienausschüttung von 25 Euro pro Jahr bei ihrer bundesweiten Kalkulation vornehmen konnte), hat sie bei einer Finanzierungsquote von nunmehr 95 % einen Überhang der Ausgaben über den Beitragsbedarf von rd. 2.932 Mio. Euro, so dass sie nunmehr keine Prämie mehr ausschütten kann, sondern umgekehrt erheben muss, die wir (wenn sie einkommensunabhängig kalkuliert wird) auf rd. 110 Euro pro Jahr errechnet haben.

Würde die bundesweite Krankenkasse hingegen regionalisierte Prämien erheben, hatten wir für die Situation einer Finanzierungsquote von 100% errechnet, dass sie in Baden-Württemberg einen Überhang des Beitragsbedarfs von rd. 218 Mio. Euro hatte und daher bei regionalisierter Kalkulation eine Prämie von 77 Euro (pro Jahr) ausschütten könnte. Bei der Finanzierungsquote von 95 % hat die überregionale Krankenkasse aber auch in Baden-Württemberg ein Finanzierungsdefizit in Höhe von rd. 169 Mio. Euro, so dass sie bei regionaler Kalkulation eine Prämie von rd. 60 Euro erheben muss. Während sich bei der Mischkalkulation also für die Versicherten durch die Absenkung der Finanzierungsquote von 100 % auf 95 % ein zusätzlicher durch Prämien zu deckender Finanzierungsbedarf von rd. 135 Euro pro Jahr ($25 + 110$) ergibt, würde sich dieser zusätzliche Finanzierungsbedarf bei einer regionalen Kalkulation auf rd. 137 Euro pro Jahr ($77 + 60$) belaufen. Entsprechend ergibt sich für die Versicherten in Baden-Württemberg eine um etwas weniger als 2 Euro pro Jahr pro Versicherten betragende Entlastung durch die Absenkung der Finanzierungsquote bei den interregionalen Transfers der überregionalen Kasse, die sich in Spalte 5 in den ausgewiesenen 4 Mio. zusätzlicher Entlastung niederschlagen.

- In Spalte 6 ist schließlich der Gesamteffekt durch die Absenkung der Finanzierungsquote auf 95 % ausgewiesen. Er ergibt sich als Summe der in den Spalten 2 bis 5 ausgewiesenen, vorstehend erörterten Einzeleffekte. Über alle Bundesländer geht der Gesamteffekt (wie auch die jeweiligen Einzeleffekte) auf Null aus. Für Baden-Württemberg ergibt sich eine Entlastung von rd. 40 Mio. Euro.

Tabelle 20: Veränderung interregionaler Transfers durch die Reduktion der Finanzierungsquote des Gesundheitsfonds auf 95 %

Bundesland	Finanzkraftausgleich	Vervollständigung des Finanzkraftausgleichs	Umverteilung BB	Mischkalkulation bei der Zusatzprämie	Summe/Saldo
	(+: geringere Abflüsse ggn. Status Quo; -: höhere Abflüsse ggn. Status quo)				
1	2	3	4	5	6
Baden-Württemberg	13.943.547 €	2.081.601 €	20.230.915 €	3.976.287 €	40.232.350 €
Bayern	20.047.055 €	2.730.309 €	23.178.967 €	9.456.534 €	36.499.797 €
Berlin	2.670.498 €	259.920 €	751.648 €	16.763.673 €	13.081.608 €
Brandenburg	- 7.120.557 €	- 909.143 €	- 6.868.086 €	- 15.854.931 €	- 30.752.717 €
Bremen	- 803.992 €	- 120.036 €	- 1.166.738 €	- 447.144 €	- 1.643.622 €
Hamburg	12.562.007 €	1.096.419 €	694.326 €	2.192.591 €	12.160.161 €
Hessen	18.605.030 €	1.712.498 €	3.023.445 €	3.012.310 €	26.353.282 €
Mecklenburg-Vorpommern	- 15.399.985 €	- 1.411.651 €	- 2.371.175 €	- 11.493.546 €	- 30.676.356 €
Niedersachsen	- 2.354.259 €	64.308 €	5.942.227 €	10.179.903 €	13.832.178 €
Nordrhein-Westfalen	5.658.749 €	821.710 €	7.691.069 €	57.857.966 €	72.029.493 €
Rheinland-Pfalz	908.659 €	111.189 €	767.780 €	4.201.614 €	5.989.243 €
Saarland	173.929 €	- 89.050 €	- 2.336.378 €	3.419.558 €	1.168.059 €
Sachsen	- 26.424.852 €	- 3.474.427 €	- 27.750.788 €	- 6.676.426 €	- 64.326.492 €
Sachsen-Anhalt	- 13.775.352 €	- 1.725.138 €	- 12.528.855 €	- 10.815.644 €	- 38.844.988 €
Schleswig-Holstein	793.772 €	65.942 €	31.284 €	1.988.307 €	2.816.736 €
Thüringen	- 9.484.250 €	- 1.214.451 €	- 9.227.074 €	- 11.829.744 €	- 31.755.518 €
Bund ohne Wohnort im Ausland	0 €	0 €	- 0 €	0 €	0 €

Literaturverzeichnis

- Andersen, H., Grabka, M. und Schwarze, J. (2002). "Wechslerprofile-Risikoprofile. Relativer Beitragsbedarf der Kassenwechsler 1997-2001." Arbeit und Sozialpolitik(7-8): 19-32.
- Andersen, H. und Grabka, M. M. (2006). Kassenwechsel in der GKV 1997 - 2004. Profile - Trends - Perspektiven. Risikostrukturausgleich 2006. Zehn Jahre Kassenwahlfreiheit. D. Goepffarth, Greß, S., Jacobs, K. und Wasem, J. St. Augustin, Asgard: 145-190.
- Andersen, H. H. und Grabka, M. M. (2004). Gutachten zur Erhebung regionalbezogener Einnahmedaten im Risikostrukturausgleich (RSA). Berlin.
- Beck, K., Spycher, S., Holly, A., Gardiol und Lucien (2002). "Risk Adjustment in Switzerland." Health Policy **65**: 63-74.
- Bundesversicherungsamt (1994). Prüfdienst Krankenversicherung, Jahresbericht 1993. Berlin, Eigenverlag.
- Bundesversicherungsamt (2004). Regionale Verteilungswirkungen des Risikostrukturausgleich. Untersuchung im Auftrag der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Überprüfung des Risikostrukturausgleichs und weiterer Fragen zum Organisationsrecht. Stand: 6.9.2004. Bonn, Bundesversicherungsamt.
- Cassel, D., Ebsen, I., Greß, S., Jacobs, K., Schulze, S. und Wasem, J. (2006). Weiterentwicklung des Vertragswettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung - Vorschläge für kurzfristig umsetzbare Reformschritte, AOK-Bundesverband: 101.
- Dabrinski, T. (2006). Ökonomische Auswirkungen der Gesundheitsreform auf die Bundesländer. Kiel, Institut für Mikrodaten-Analyse.
- Dabrinski, T. (2007). Stellungnahme zur Pressemitteilung des BMG vom 04.01.2007: "Ulla Schmidt: Gutachten schafft Klarheit bei finanziellen Auswirkungen des Gesundheitsfonds - Länder-Befürchtungen unbegründet". Kiel.
- Ebsen, I., Greß, S., Jacobs, K., Szecsenyi, J. und Wasem, J. (2003). Vertragswettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung zur Verbesserung von Qualität und Wettbewerb der Gesundheitsversorgung. Gutachten im Auftrag des AOK-Bundesverbandes. Endbericht 6. März 2003. AOK im Dialog. Bd. 13. Vertragswettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung zur Verbesserung von Qualität und Wettbewerb der Gesundheitsversorgung. Gutachten im Auftrag des AOK-Bundesverbandes. AOK-Bundesverband Bonn, AOK-Bundesverband: 145-307.
- Felder, S. (1999). "Regionalisierung, Risikostrukturausgleich und Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung." Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft **88**(1): 59-76.
- Göpffarth, D. (2006). "Regionale Verteilungswirkungen des Gesundheitsfonds." Gesundheit und Sozialpolitik **60**(11/12): 14-20.
- Greß, S., Manouguian, M. und Wasem, J. (2006). Krankenversicherungsreform in den Niederlanden - Vorbild für einen Kompromiss zwischen Bürgerversicherung Pauschalprämie in Deutschland? Hans-Böckler-Stiftung. Duisburg/Essen: 38.
- Greß, S., Manouguian, M. und Wasem, J. (2007). "Anatomie einer Reform." Gesundheit und Gesellschaft **10**(1/07): 37-40.
- Institut für Gesundheits- und Sozialforschung GmbH (IGES), Lauterbach, K. und Wasem, J. (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. Bonn.
- Jacobs, K., Reschke, P., Cassel, D. und Wasem, J. (2002). Zur Wirkung des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung. Baden-Baden, Nomos.
- Jacobs, K., Reschke, P. und Wasem, J. (1998). Zur funktionalen Abgrenzung von Beitragssatzregionen in der gesetzlichen Krankenversicherung. Baden-Baden, Nomos.

- Jacobs, K. und Wasem, J. (1999). Ordnung und Inhalte eines sinnvollen Kassenwettbewerbs in regionaler Perspektive. Wettbewerb in der Krankenversicherung. E. Knappe Baden-Baden, Nomos: 139-168.
- Kiefer, G. und Ruiss, D. (2006). "Staatliche, administrierte Gesundheitsversorgung - Die Eckpunkte der Großen Koalition zur Gesundheitsreform." Sozialer Fortschritt **55**(10): 255-261.
- Klusen, N. (1996). "Risikostrukturausgleich zurückführen." Forum für Gesellschaftspolitik **2**: 317-320.
- Lamers, L. M., van Vliet, R. C. und van de Ven, W. P. (2003). "Risk adjusted premium subsidies and risk sharing: key elements of the competitive sickness fund market in the Netherlands." Health Policy **65**(1): 49-62.
- Lauterbach, K. und Wille, E. (2001). Modell eines fairen Kassenwettbewerbs. Sofortprogramm "Wechslerkomponente und solidarische Rückversicherung" unter Berücksichtigung der Morbidität. Abschlussbericht. Gutachten im Auftrag des Verbandes der Angestellten-Krankenkassen e.V. (VdAK), des Arbeiter-Ersatzkassen-Verbandes e.V. (AEV), des AOK-Bundesverbandes (AOK-BV) und des IKK-Bundesverbandes (IKK-BV). Köln/Mannheim, auch: download bei: <http://www.bmggesund.de>.
- Leber, W.-D. (1991). Risikostrukturausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung. Ein Konzept zur Neuordnung des Kassenwettbewerbs. Baden-Baden, Nomos.
- Leber, W.-D. und Wasem, J. (1990). "'GKV-Länder-Finanzausgleich" - über Ausmaß und Änderung von interregionalen Finanzströmen durch eine GKV-Organisationsreform." Sozialer Fortschritt **39**: 187-191.
- Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung und Universität Dortmund (2006). Finanzielle Auswirkungen der Einführung des Gesundheitsfonds auf die Bundesländer - Forschungsvorhaben für das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen. Essen, Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung.
- Rürup, B. und Wille, E. (2007). Finanzielle Effekte des vorgesehenen Gesundheitsfonds auf die Bundesländer, Gutachten im Auftrage des Bundesministeriums für Gesundheit. Darmstadt/Mannheim.
- Stiebeler, W. (1995). Zur Verfassungsmäßigkeit des Risikostrukturausgleichs gemäß § 268 SGB V. Rechtsgutachten im Auftrag der Innungskrankenkasse Hamburg. Hamburg.
- van de Ven, W. P. M. M. und Ellis, R. (2000). Risk Adjustment in competitive health plan markets. Handbook of Health Economics. A. J. Culyer und Newhouse, J. P. Amsterdam, Elsevier North Holland. **1A**: 755-845.
- Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen (2006). Der Arzneimittelmarkt in Deutschland. Januar bis Dezember 2005 (Stand: 27. September 2006). GAmSi GKV Arzneimittel Schnellinformation. Bonn.

Anhang**Annahmen bei der Datenauswertung von EVS und SOEP zur Berechnung der BPE nach Bundesländern**

- Bei der Versicherungspflichtgrenze (VPG) 2003 wurde für den Datensatz der EVS pauschalisierend angenommen, dass die jeweiligen Individuen im Vorjahr (2002) bereits gesetzlich und nicht privat versichert waren. Diese Annahme musste getroffen werden, da die Gesetzeslage im Jahr 2003 zwei VPGs für ehemals privat und gesetzliche Versicherungsnehmer vorsah.
- Die Beträge sind inflationsangeglichen auf 2005. Als Berechnungsgrundlage dient der vom Statistischen Bundesamt veröffentlichte Verbraucherpreisindex (CPI).
- Alle über der VPG liegenden pflichtversicherten Individuen wurden in die Auswertung nicht miteinbezogen. Die BPE unter 400€ wurden ebenfalls nicht ausgeschlossen und nach der Datensatzauswertung aus anderen Quellen bezogen.
- Das BPE der ALG I-Empfänger wurde als 80% des Nettoeinkommens auf Basis des angegebenen Arbeitslosengeldbetrages errechnet.
- Bezieher von Arbeitslosenhilfe wurden als Bezieher von ALG II eingestuft. Das BPE der ALG II-Empfänger wurde vom Pauschalbetrag von 125€ und einem Beitragssatz von 13,2% auf 947€p.m. (=100%) hochgerechnet.
- Individuen, die im Beobachtungsjahr von ALG I-Bezug zu ALG II-Bezug gewechselt sind, wurden nicht gesondert betrachtet, da deren Fallzahl in beiden Datensätzen gering und deshalb vernachlässigbar ist (bei EVS ca. 160 und bei SOEP ca. 70 Individuen).
- Evtl. Freistellungsaufträge wurden nicht unterstellt bzw. berücksichtigt.
- Bezieher eines Existenzgründerzuschusses und deren besondere Behandlung bzgl. des freiwilligen Versichertenstatus´ konnten nicht identifiziert werden.
- Die Zins- und Dividendeneinnahmen wurden im Rahmen der BPE-Ermittlung der freiwillig versicherten GKV-Mitglieder zu je 50% auf den 1. und 2. Haushaltsteilnehmer verteilt

Erforderliche Annahmen bei der Datenauswertung von SOEP

Innerhalb des SOEP-Datensatzes sind vermehrt Unplausibilitäten aufgetreten, die teilweise korrigiert werden mussten. Falls eine Korrektur auf Grund fehlender Informationen nicht möglich war, mussten unplausible Angaben trotz allem in die Analyse miteinbezogen werden. Dies mindert die Aussagekraft des Ergebnisses bei SOEP im Vergleich zum EVS.

- Die Zins- und Dividendeneinnahmen sind innerhalb des SOEP-Datensatzes fälschlicherweise für alle Haushaltsteilnehmer in derselben Betragshöhe angegeben. Die dort erzielten Erträge sind also auf alle Haushaltsteilnehmer verteilt worden und dürfen dementsprechend als Mehrfachbewertung nicht voll in die BPE-Ermittlung eingehen. Wäre mit diesen falschen Angaben weiter gerechnet worden, hätten sich die jährlichen Zins- und Dividendeneinnahmen eines pflichtversicherten GKV-Mitglieds auf durchschnittlich etwa 1500€ belaufen. Das BPE wäre somit fälschlicherweise zu hoch ausgefallen.
- Die Zins- und Dividendeneinnahmen sind, im Gegensatz zu EVS, innerhalb einer Variablen zusammengefasst und nicht einzeln identifizierbar. Deshalb wurde pauschalisierend eine hälftige Zins- und Dividendeneinnahmen angenommen.
- Zwischen Bafög- und Stipendium-Bezug konnte nicht unterschieden werden. Aufgrund der geringen Anzahl von Stipendien-Bezieher relativ zu Bafög-Empfängern wurde allen Individuen innerhalb dieser Variable als Bafög-Empfänger klassifiziert.
- Keine Variable identifiziert eindeutig den Status „Student“. Deswegen wurde pauschalisierend angenommen, dass sämtliche Bafög/Stipendien-Empfänger einen Studentenstatus besitzen.
- Das BPE der pflichtversicherten Studenten wurde als 70% des Bafög-Höchstsatzes von 585,-€ festgeschrieben (=409,50€).
- Bei der Ermittlung der BPE aller GKV-Pflichtversicherten fiel auf, dass Arbeitslose und Rentner innerhalb einer Variablen (vp117) unterschiedlich kodiert waren. Einige waren unter „1 = Pflichtversichert“ und einige unter „4 = Rentner, Arbeitslose etc.“ kodiert. Ein Abgleich mit dem Bezug von gesetzlicher Rente bzw. Arbeitslosengeld I und II wurde durchgeführt, um alle Rentner und Arbeitslosengeld - Empfänger eindeutig zu identifizieren.
- Die Bundesländer „Rheinland-Pfalz“ und „Saarland“ wurden zusammengefasst. Eine einzelne Betrachtung ist nicht möglich.

EVS und SOEP im Vergleich

Der Stichprobenumfang der Datensätze EVS und SOEP ist signifikant unterschiedlich. Mit einer Populationsgröße von 103.661 ist der EVS-Datensatz ungefähr fünf Mal größer als der Datensatz des SOEP, der 21.104 Individuen umfasst.

Prozentual sind die GKV-Mitglieder im SOEP-Datensatz (65,62%) stärker vertreten als bei EVS (54,77%). Der tatsächliche bundesweite GKV-Mitglieder Anteil liegt bei 60,93%.

Die ALG I – und II – Empfänger sind ungefähr gleich vertreten .Der Datensatz der EVS enthält 9,60% ALG I- und II – Empfänger, während der von SOEP 10,20% ALG I- und II – Empfänger beinhaltet.

Der Rentneranteil unterscheidet sich bei den Datensätzen signifikant. Der Datensatz der EVS beinhaltet mit 16,01% mehr als fünf Prozentpunkte weniger Rentner als der SOEP-Datensatz mit 21,42%. Der höhere Rentneranteil des Datensatz von SOEP erklärt das niedrigere beitragspflichtige Einkommen.

Tabelle 21: EVS und SOEP im Vergleich

	EVS	SOEP
Populationsgröße	103.661	21.104
GKV-Mitglieder (%)	56.773 (54,77%)	13.848 (65,62%)
ALG I –Empfänger (%)	1.806 (3,93%)	540 (4,28%)
ALG II –Empfänger (%)	2.605 (5,67%)	747 (5,92%)
ALG I + II – Empfänger (%)	4.411 (9,60%)	1.287 (10,20%)
Rentner (%)	16.495 (16,01%)	4.521 (21,42%)

Quelle: Eigene Berechnung

Warum EVS und nicht SOEP?

Die Autoren haben sich für eine Verwendung des EVS – Datensatzes entschieden. Gründe dafür sind der größere Stichprobenumfang, weniger Unplausibilitäten und eine genauere Verschlüsselung der Variablen. So konnten z.B. bei dem EVS - Datensatz eindeutig Studenten und Arbeitslosengeldbezieher identifiziert werden, was bei SOEP nicht ohne Umkodierung möglich war. Umkodierungen können die Fehlerwahrscheinlichkeit erhöhen, da evtl. die Variablen nicht zu hundert Prozent bereinigt werden können.

Der Abgleich von Variablen, der aufgrund von häufigen Unplausibilitäten bei dem SOEP – Datensatz öfters notwendig war als bei EVS, birgt eine zusätzliche Ungenauigkeit. Es ist nicht möglich, die Validität einer dominanten Variablen festzustellen. Somit besteht die Möglichkeit die Qualität einer Variablen durch Abgleich mit einer weniger validen Variablen zu verschlechtern.