



Bundesversicherungsamt

Kurzbericht über den Jahresausgleich 2005 im Risikostrukturausgleich

Herausgeber:
Bundesversicherungsamt, Referat VII2
Friedrich-Ebert-Allee 38
53113 Bonn

Inhaltsverzeichnis

Herausgeber:.....	1
Inhaltsverzeichnis.....	2
1 Einführung.....	3
2 Datenmeldungen.....	4
2.1 Teilnehmende Krankenkassen	4
2.2 Versicherungszeiten	4
2.3 Leistungsausgaben.....	7
2.4 Geschäfts- und Rechnungsergebnisse.....	9
2.5 Sonstige Berechnungsgrundlagen.....	9
3 Berechnung des Jahresausgleichs 2005	11
3.1 Grundzüge des Berechnungsverfahrens	11
3.2 Änderungen im Berechnungsverfahren 2005	12
3.3 Standardisierte Leistungsausgaben.....	12
3.4 Ausgleichszahlungen im Risikostrukturausgleich	14
3.5 Ausgleichszahlungen im Risikopool.....	17
3.6 Strukturierte Behandlungsprogramme	20
3.7 Rechtskreistransfer	23

1 Einführung

Am 6. November 2006 hat das Bundesversicherungsamt die Ausgleichszahlungen im Rahmen des Risikostrukturausgleichs (RSA) – Jahresausgleich 2005 – festgestellt und den Krankenkassen per Bescheid mitgeteilt. Zeitgleich wurden auch die Ausgleichszahlungen für den Risikopool festgestellt. Der Risikostrukturausgleich ist das umfassendste Finanzausgleichsverfahren, das je unter den Sozialversicherungsträgern eingerichtet wurde. Bei einem Volumen von inzwischen mehr als 16 Milliarden Euro wird die Bedeutung dieses Verfahrens auch öffentlich wahrgenommen. Mit der vorliegenden Publikation will das Bundesversicherungsamt zur Transparenz und Nachvollziehbarkeit des Verfahrens beitragen.

Schwerpunkt dieser Darstellung ist nicht das Berechnungsverfahren an sich – hierzu wird auf den „RSA-Leitfaden“ des Bundesversicherungsamtes sowie die Vereinbarung der Spitzenverbände nach § 267 Abs. 7 Nr. 1 und 2 SGB V verwiesen, die beide im Internet unter www.bva.de abrufbar sind. Vielmehr sollen die Datengrundlagen, auf die das Ausgleichsverfahren beruht, sowie die Rechnungsergebnisse und deren Auswirkungen auf die Kassenarten dargestellt werden. Diese Publikation wird jedes Jahr nach Durchführung des jeweiligen Jahresausgleichs aktualisiert. Die Gliederung entspricht auch weitestgehend der Gliederung aus dem Vorjahr, so dass durch sich leicht ein Überblick über die Entwicklungen und Trends gewinnen lässt, indem die RSA-Kurzberichte aus verschiedenen Jahren herangezogen werden.

In den letzten Jahren hat der Risikostrukturausgleich einige Ergänzungen und Änderungen erfahren. Seit dem Jahr 2001 wird das zuvor rechtskreisgetrennt durchgeführte Verfahren stufenweise bis zum Jahr 2007 in einen gesamtdeutschen Risikostrukturausgleich überführt. Seit dem Jahr 2002 wird der Risikostrukturausgleich durch einen Risikopool für besonders aufwändige Leistungsfälle ergänzt. Mit dem Jahresausgleich 2003 wurden erstmals zusätzliche Versicherungsguppen für in strukturierte Behandlungsprogramme eingeschriebene Versicherte („Disease-Management-Programme – DMP“) gebildet; im Jahresausgleich 2005 galt dies für die Programme für Diabetes mellitus Typ 2, Brustkrebs und Koronare Herzkrankheit (KHK). Für die nächsten Jahre sind weitere Programme geplant.

Die folgenden Ausführungen beziehen sich auf das Jahr 2005. Die Entwicklung der Daten im Jahr 2006 ist nicht berücksichtigt.

2 Datenmeldungen

2.1 Teilnehmende Krankenkassen

Am Risikostrukturausgleich nehmen alle gesetzlichen Krankenkassen mit Ausnahme der landwirtschaftlichen Krankenkassen teil. Dabei werden die Krankenkassen seit dem Jahresausgleich 2003 auf dem Fusionsstand 31. Dezember des Ausgleichsjahres beschieden. Insgesamt nahmen an diesem Jahresausgleich 253 Krankenkassen teil (Vorjahr: 271). Tabelle 1 veranschaulicht diese Entwicklung seit dem Jahr 2000 auf Ebene der Kassenarten.¹ Im Übergang bis zum Jahr 2007 werden die Krankenkassen, die in beiden Rechtskreisen tätig sind, noch getrennt nach Haupt- und Erstreckungskasse beschieden. Im Rechtskreis West wurden demnach 241 Bescheide (Vorjahr: 259) verschickt, im Rechtskreis Ost 135 (Vorjahr: 138).

Kassenart	2000	2001	2002	2003	2004	2005
AOK	17	17	17	17	17	17
BKK	334	314	286	248	223	206
EAN	7	7	7	7	7	7
EAR	5	5	5	5	3	3
IKK	30	25	24	20	19	18
KBS	1	1	1	1	1	1
SEE	1	1	1	1	1	1
GKV	395	370	341	299	271	253

Tabelle 1: Entwicklung der Zahl der am Risikostrukturausgleich teilnehmenden Krankenkassen (einschließlich Erstreckungsbereiche) seit 2000

2.2 Versicherungszeiten

Die Abrechnung der Versicherungszeiten erfolgt im Risikostrukturausgleich taggenau, d.h. jeder Tag, an dem die Versicherung bei einer Krankenkasse besteht, fließt in die Berechnungen ein. Für das Jahr 2005 wurden insgesamt 25,6 Milliarden Versichertentage gemeldet, dies entspricht etwa 70,1 Millionen Versichertenjahren. Gegenüber dem letzten Jahresausgleich bedeutet dies einen geringfügigen Anstieg um etwa 350.000 Versichertenjahre, größtenteils bedingt durch die Ausweitung der Versicherungspflicht im Rahmen der Hartz IV-Regelungen. Bei den Anteilen der Kassenarten an den Gesamtversicherungszeiten hat sich eine Trendwende erge-

¹ Es werden folgende Abkürzungen verwendet: AOK = Allgemeine Ortskrankenkassen, BKK = Betriebskrankenkassen, KBS = Knappschaft, EAN = Angestellten-Ersatzkassen (VdAK), EAR = Arbeiter-Ersatzkassen (AEV), IKK = Innungskrankenkassen, SEE = See-Krankenkasse.

ben. So haben Ortskrankenkassen und Angestellten-Ersatzkassen in den vergangenen Jahren kontinuierlich Versicherte verloren. Im Jahr 2005 haben sich die Anteile dieser Kassenarten an allen Versicherten stabilisiert. Der Anteil der Betriebskrankenkassen – in den vergangenen Jahren die Gewinner der Wechslerströme – sank hingegen von 21,3 % im Jahr 2004 auf 20,9 % (vgl. Tabelle 2). Steigende Versichertenanteile wiesen hingegen die Innungskrankenkassen mit 0,3 Prozentpunkten, die Arbeiter-Ersatzkassen mit 0,2 Prozentpunkten und die Bundesknappschaft mit 0,1 Prozentpunkten auf.

Kassenart	Anteil der Kassenart an allen Versicherten	Anteile an den Versicherten der Kassenart				Altersschnitt
		Erwerbsminderungsrentner	Frauen	Ohne Krankengeldanspruch	DMP-Versicherte	
AOK	36,5%	3,3%	52,7%	67,9%	3,2%	44,6
Vorjahr	36,5%	3,5%	52,8%	61,9%	1,8%	44,6
BKK	20,9%	1,3%	50,3%	51,4%	1,8%	38,2
Vorjahr	21,3%	1,3%	50,2%	48,1%	1,1%	37,9
EAN	31,4%	2,2%	58,3%	59,2%	2,0%	42,2
Vorjahr	31,5%	2,2%	58,6%	55,6%	1,1%	41,7
EAR	2,3%	1,8%	45,5%	53,3%	1,3%	37,8
Vorjahr	2,1%	1,9%	44,6%	49,9%	0,8%	37,6
IKK	6,8%	2,3%	44,6%	55,0%	1,6%	37,3
Vorjahr	6,5%	2,5%	43,8%	49,6%	0,9%	37,2
KBS	2,1%	4,2%	51,3%	84,8%	6,2%	59,4
Vorjahr	2,0%	4,3%	51,4%	83,8%	3,8%	59,6
SEE	0,1%	3,0%	37,9%	72,5%	1,6%	52,7
Vorjahr	0,1%	3,4%	38,0%	69,7%	0,4%	52,6
GKV	100,0%	2,4%	53,2%	60,9%	2,4%	42,1
Vorjahr	100,0%	2,5%	53,3%	56,4%	1,4%	42,0

Tabelle 2: Struktur der Kassenarten im Jahr 2005 (2004)

Zu den im Risikostrukturausgleich berücksichtigten Merkmalen gehört auch die Anerkennung als Erwerbsminderungsrentner. Nach der Datenmeldung des Jahres 2005 bezogen 2,6 % der GKV-Versicherten eine Erwerbsminderungsrente; gegenüber dem Vorjahr bedeutet dies einen leichten Rückgang, der bei allen Kassenarten zu verzeichnen ist. Allerdings divergiert die Aufteilung auf die Kassenarten erheblich. Während 4,2 % der Versicherten der Knappschaft und 3,3 % der Versicherten einer Ortskrankenkasse eine Erwerbsminderungsrente beziehen, liegt die Quote bei den Betriebskrankenkassen bei 1,3 %. Die Angestellten-Ersatzkassen liegen mit einem Anteil von 2,2 % wie auch die Innungskrankenkassen mit 2,3 % in der Mitte. Hier lässt sich im übrigen eine Verschiebung der Risikostrukturen erkennen: 1995 lag die Quote bei den Betriebskrankenkassen bei 2,5 %, bei den Angestellten-Ersatzkassen hingegen bei 1,6 %.

Auch in Bezug auf die Merkmale Alter und Geschlecht lassen sich erhebliche Unterschiede zwischen den Kassenarten feststellen. Während 53,2 % der GKV-Versicherten Frauen sind, liegt der Anteil der Frauen bei der See-Krankenkasse bei 37,9 % sowie bei den Innungskrankenkassen und den Arbeiter-Ersatzkassen um die 45 %. Lediglich die Angestellten-Ersatzkassen weisen mit 58,3 % eine überdurchschnittliche Frauenquote auf. Hinsichtlich der Frauenquoten lässt sich eine Angleichung der Kassenarten feststellen, die sich im letzten Jahr auch fortgesetzt hat. Mitte der neunziger Jahre lag der Frauenanteil der Angestellten-Ersatzkassen noch über 60 %, während der Anteil bei den Arbeiter-Ersatzkassen unter 35 % lag.

Versicherte der Knappschaft sind mit einem Durchschnittsalter von 59,4 Jahren und der See-Krankenkasse mit 52,7 Jahren älter als der GKV-Durchschnitt (42,1 Jahre).² Auch Versicherte der Ortskrankenkassen sind mit 44,6 Jahren älter als der Durchschnitt. Die Innungskrankenkassen, Betriebskrankenkassen und Arbeiterersatzkassen versichern mit einem Altersschnitt von etwa 38 Jahren ein überdurchschnittlich junges Klientel. Lediglich der Knappschaft ist es gelungen, sich gegenüber dem Vorjahr durch Neuaufnahmen etwas zu verjüngen.³

Schließlich wird im Risikostrukturausgleich mit dem Krankengeldanspruch noch eine leistungsrechtliche Differenzierung berücksichtigt. Im GKV-Durchschnitt haben 60,9 % der Versicherten keinen Krankengeldanspruch, wobei Rentner und mitversicherte Familienangehörige einbezogen sind. Im Vorjahr lag dieser Anteil noch bei 56,4 %. Ein Grund für den starken Anstieg liegt in den unter dem Titel „Hartz IV“ bekannt gewordenen Neuregelungen. Empfänger des Arbeitslosengeld 2 haben im Gegensatz zu Empfängern des bisherigen Arbeitslosengeldes und freiwillig Versicherten Sozialhilfeempfängern kein Krankengeldanspruch. Auf Ebene der Kassenarten versichern Betriebskrankenkassen, Arbeiter-Ersatzkassen und Innungskrankenkassen unterdurchschnittlich viele Versicherte ohne Krankengeldanspruch, bei den Ortskrankenkassen, der Bundesknappschaft und der See-Krankenkasse liegt die Quote – aufgrund des hohen Rentner-Anteils – entsprechend höher.

Die Zahlen für die in strukturierte Behandlungsprogramme (DMP) eingeschriebenen Versicherten sind nur mit Einschränkungen zu interpretieren, da sich die Programme noch im Aufbau befinden. Dabei zeichnen sich für die Ortskrankenkassen und für die Knappschaft überdurchschnittliche Einschreibezahlen ab, die aber auch vor dem Hintergrund der Altersstruktur dieser

² Die Berechnung des Durchschnittsalters aus den RSA-Daten ist nicht ganz präzise, da alle Versicherte mit einem Alter von über 90 Jahren als 90jährige erfasst werden, und alle Erwerbsminderungsrentner unter 35 Jahren als 35jährige.

³ Die Knappschaft und die See-Krankenkasse erhielten durch das im Jahr 2000 in Kraft getretene „Gesetz zur Stabilisierung des Mitgliederkreises von Bundesknappschaft und See-Krankenkasse“ die Möglichkeit, abweichend von dem für diese Krankenkassen weiterhin bestehenden gesetzlichen Zuweisungsrecht, Versicherungspflichtige oder -berechtigte aufzunehmen, die in der Vergangenheit aus der Knappschaft oder See-Krankenkasse ausgeschieden sind.

Kassenarten interpretiert werden müssen. GKV-weit waren Versicherte mit insgesamt 1,7 Millionen Versichertenjahren eingeschrieben, ein Anstieg von über 75 % gegenüber dem Vorjahr.

2.3 Leistungsausgaben

Im Jahresausgleich 2005 waren Leistungsausgaben in Höhe von 129,2 Milliarden Euro im Risikostrukturausgleich berücksichtigungsfähig bzw. im Risikopool ausgleichsfähig. Gegenüber dem Vorjahr bedeutet dies einen Anstieg um rund 3,6 Milliarden Euro. Die Verwaltungsausgaben der Krankenkassen werden in den Finanzausgleichsverfahren nicht berücksichtigt. Auch die Aufwendungen für satzungsmäßige Mehr- und Erprobungsleistungen sowie für Leistungen, auf die kein Rechtsanspruch besteht, bleiben außer Betracht. Schließlich müssen auch die von Dritten erstatteten Ausgaben abgezogen werden. Bei Gesamtausgaben der am Risikostrukturausgleich teilnehmenden Krankenkassen in Höhe von 141,7 Milliarden Euro, Netto-Verwaltungskosten in Höhe von 8,0 Milliarden Euro und sonstigen Ausgaben in Höhe von 0,8 Mrd. Euro liegen die Leistungsausgaben der Krankenkassen bei 132,9 Milliarden Euro. Die Summe der in den Finanzausgleich berücksichtigungs- bzw. ausgleichsfähigen Leistungsausgaben ergibt sich, indem hiervon die von Dritten erstatteten Leistungsausgaben in Höhe von 0,9 Mrd. Euro sowie die Satzungs- und Mehrleistungen in Höhe von 2,7 Milliarden Euro abgezogen werden.

Allerdings gibt es seit dem Jahr 2003 zwei Ausnahmen von der Nicht-Berücksichtigungsfähigkeit der Verwaltungsausgaben und der Satzungs- und Mehrleistungen. So sind medizinische Vorsorgeleistungen, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und ergänzende Leistungen zur Rehabilitation berücksichtigungsfähig, wenn und soweit diese Leistungen im Rahmen eines strukturierten Behandlungsprogramms für eingeschriebene Versicherte erbracht wurden („berücksichtigungsfähige Mehrleistungen DMP“). Hierfür wurden im Jahr 2005 insgesamt 3,5 Millionen Euro ausgegeben. Zum anderen sind die Programmkosten für in strukturierte Behandlungsprogramme eingeschriebene Versicherte zu berücksichtigen, soweit diese Aufwendungen zusätzlich und unmittelbar im Zusammenhang mit der Entwicklung, Zulassung, Durchführung und Evaluation dieser Programme entstehen. Hierzu zählen Aufwendungen für die Programmentwicklung und Zulassung, die Versicherteninformationen und die Betreuung der Teilnehmer, Aufwendungen für die Dokumentation, Evaluation und für die Prüfdienste sowie eine Finanzierungspauschale für Datenstellen und Arbeitsgemeinschaften für die Bearbeitung der für die Durchführung der Programme notwendigen Daten. Da eine pauschale Berücksichtigung vorgesehen ist, werden die DMP-Programmkosten nicht in den Beitragsbedarfen der Krankenkassen eingerechnet. Die von den Spitzenverbände der am Risikostrukturausgleich beteiligten Krankenkassen vereinbarte Pauschale für das Jahr 2005 beträgt 84,46 Euro je Versichertenjahr und wird über den Ausgleichsbedarfssatz finanziert. Für das Jahr 2005 machte die Programmkostenpauschale in der Summe 144,0 Millionen Euro aus. Da es sich um eine Pauschale handelt, können hieraus keine Schlüsse auf die tatsächlichen Programmkosten für die strukturierten Behandlungsprogramme gezogen werden.

Die im Risikostrukturausgleich gemeldeten Leistungsausgaben enthalten einige Abzugs- und Anrechnungsposten, die erst im Laufe des Verfahrens berücksichtigt werden. Die gemeldeten Brutto-Arzneimittelausgaben werden um die seit dem Jahr 2003 existierenden Arzneimittelrabatte reduziert. Im Jahresausgleich 2005 wurden so die gemeldeten Arzneimittel­ausgaben in Höhe von 26,7 Milliarden Euro um 1,7 Milliarden Euro gemindert. Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) wurden im Jahr 2004 weitere Abzugs- und Anrechnungsfaktoren eingeführt. Die Anschubfinanzierung in der Integrierten Versorgung (§ 140d SGB V) muss berücksichtigt werden, da die einbehaltenen Mittel wegen des Bruttobuchungsprinzips weiterhin bei den Leistungsausgaben für Ärzte und Krankenhäuser verbucht werden. Daher werden die einbehaltenen Mittel gesondert gemeldet und über einen Faktor im Risikostrukturausgleich bei den beiden betroffenen Hauptleistungsbereichen berücksichtigt. Im Jahr 2005 ging es hierbei um einen Betrag in Höhe von 196,5 Millionen Euro. Bei der Integrierten Versorgung treten auch Komplexpauschalen auf, die sich nicht auf einzelne Hauptleistungsbereiche zergliedern lassen. Auch diese werden separat gemeldet und im Risikostrukturausgleich gemäß der Ausgabenanteile der einzelnen Leistungsbereiche aufgeteilt. Dieser Posten machte 8,9 Millionen Euro aus. Schließlich gibt es Rückzahlungen und Vorauszahlungen von Zuzahlungen (§ 62 SGB V), die sich ebenfalls nicht auf die Hauptleistungsbereiche aufteilen lassen und daher über einen Faktor pauschal aufgeteilt werden. Diese betragen 245,4 Millionen Euro im Jahr 2005.

Schließlich sind die im Risikopool ausgeglichenen Leistungsausgaben in Höhe von 5,2 Milliarden Euro nicht im Risikostrukturausgleich zu berücksichtigen. Letztendlich werden daher Ausgaben in Höhe von 124,0 Milliarden Euro im Risikostrukturausgleich berücksichtigt. Diese berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben werden in acht Hauptleistungsbereichen erfasst. 18,0 % der Ausgaben entfielen auf Ärzte, 7,6 % auf Zahnärzte, 19,3 % auf Apotheken, 38,3 % auf Krankenhäuser, 4,3 % auf Krankengeld, 1,2 % auf nichtärztliche Leistungen der ambulanten Dialyse und 11,3 % auf sonstige Leistungsausgaben.

Für die Zwecke des Risikostrukturausgleichs erfolgt eine Erfassung der Leistungsausgaben zusätzlich in der Differenzierung nach den Merkmalen Alter, Geschlecht, Erwerbsminderungsrentenstatus, Krankengeldanspruch und Einschreibung in ein strukturiertes Behandlungsprogramm gebildeten Versicherungsgruppen („RSA-Zellen“). Insgesamt ergeben sich dadurch 3.015 RSA-Zellen. Gegenüber dem Jahresausgleich 2004 sind noch einmal 670 RSA-Zellen für das strukturierte Behandlungsprogramm für Diabetes mellitus Typ 1 hinzugekommen.⁴

In den beiden Hauptleistungsbereichen „Zahnärzte“ und „sonstige Leistungsausgaben“ erfolgt die Erfassung im Rahmen einer Stichprobe, die 5,1 % der Versicherten (4,3 % im Rechtskreis West und 9,1 % im Rechtskreis Ost) erfasst. Die übrigen Hauptleistungsbereiche werden von den Krankenkassen im Rahmen einer Vollerhebung erfasst.

⁴ Zur Ermittlung der Zahl der RSA-Zellen vgl. den Exkurs an dieser Stelle im Kurzbericht 2004 (S. 7f.).

2.4 Geschäfts- und Rechnungsergebnisse

Aus den Geschäfts- und Rechnungsergebnissen der Krankenkassen werden insbesondere die Angaben zu den beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder der Krankenkasse entnommen. Im Jahr 2005 lag die Summe der beitragspflichtigen Einnahmen (Grundlohnsumme) bei 771,3 Milliarden Euro. Hinzu kommt die Rentensumme in Höhe von 198,1 Milliarden Euro. Damit sind die Grundlohnsumme und die Rentensumme gegenüber dem Vorjahr nur geringfügig um 0,5 % bzw. 0,4 % gestiegen.

Den Geschäfts- und Rechnungsergebnissen sind auch die Beitragseinnahmen aus geringfügigen Beschäftigungsverhältnissen zu entnehmen, soweit diese durch die Krankenkassen eingezogen wurden. Zum 1. April 2003 fand hier eine Umstellung statt; seitdem ist die Minijobzentrale der Knappschaft als zentrale Einzugsstelle für den Beitragseinzug zuständig. Die so eingenommenen Pauschalbeiträge zur Krankenversicherung in Höhe von 1,9 Milliarden Euro werden dann über den Risikostrukturausgleich an die Krankenkassen ausgeschüttet. Eine gesonderte Verbuchung in den Geschäfts- und Rechnungsergebnissen der einzelnen Krankenkassen erfolgt nicht mehr. Diese wiesen für 2005 nur noch geringfügige Korrekturen im alten Einzugsweg in Höhe von 1,7 Millionen Euro aus. Dieser Betrag wird von den Krankenkassen in den Risikostrukturausgleich eingezahlt und über eine Absenkung des Ausgleichsbedarfssatzes gemäß der Finanzkraft an alle Krankenkassen verteilt.

Auch das Krankengeld aus Nachzahlungen und hierauf entrichtete Beiträge werden zum Zwecke des Risikostrukturausgleichs den Geschäfts- und Rechnungsergebnissen entnommen. Diese Nachzahlungen der Krankenkassen werden außerhalb des Beitragsbedarfes – nicht standardisiert – durch den Risikostrukturausgleich umverteilt und somit solidarisch finanziert. Im Jahr 2005 flossen hier noch 0,8 Millionen Euro.

Schließlich werden auch Korrekturen der berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben für Vorjahre gemeldet. Mit per Saldo –0,9 Millionen Euro waren diese aber gering.

2.5 Sonstige Berechnungsgrundlagen

Weitere Daten gehen in die Berechnung des RSA-Jahresausgleichs ein: Die DMP-Vorhaltekosten, d.h. die Kosten des Bundesversicherungsamtes für die Zulassung strukturierter Behandlungsprogramme, die nicht über Gebühren von den antragstellenden Krankenkassen gedeckt werden können, werden über den Risikostrukturausgleich finanziert. Im Jahr 2005 ging es hierbei um 2,7 Millionen Euro. Die Säumniszuschläge in Höhe von 570.000 Euro, die von Krankenkassen für verspätete Zahlungen im Risikostrukturausgleich zu entrichten sind, werden über den Risikostrukturausgleich ausgeschüttet. Schließlich werden nachberechnete Beiträge zur Krankenversicherung der Rentner für die Zeit vor Juni 1997 (KVdR-Altbeiträge) der Gesetzlichen Krankenversicherung als Ganzes über den Risikostrukturausgleich ausgeschüttet, da diese aufgrund der damaligen Regelungen keiner einzelnen Krankenkasse zugerechnet werden können. Hier waren 2005 noch 2,4 Millionen Euro zu verzeichnen.

In § 221 SGB V ist die Beteiligung des Bundes zur pauschalen Abgeltung der Aufwendungen der Krankenkassen für versicherungsfremde Leistungen vorgesehen. Dieser Abgeltungsbetrag in Höhe von 2,5 Milliarden Euro wird in einem separaten Verfahren an die Krankenkassen verteilt. Auf die landwirtschaftlichen Krankenkassen, die nicht am Risikostrukturausgleich teilnehmen, entfallen hiervon 13,0 Millionen Euro. Bei den übrigen Krankenkassen wird der zugewiesene Abgeltungsbetrag im Risikostrukturausgleich vom Beitragsbedarf abgezogen. Der Abgeltungsbetrag mindert so in voller Höhe den Ausgleichsbedarfssatz und kommt damit den Krankenkassen entlastend zu Gute.

Bei den RSA-Prüfungen nach § 15a RSAV werden auch unterjährig von den Krankenkassen Korrekturbeträge eingefordert, die aber erst im nächsten Jahresausgleich im Risikostrukturausgleich berücksichtigt werden können. Die unterjährig entstandenen Zinserträge stehen der Gesetzlichen Krankenversicherung zu und werden über den Risikostrukturausgleich ausgeschüttet. Im Jahr 2005 betragen die Zinserträge rund 2,4 Millionen Euro.

3 Berechnung des Jahresausgleichs 2005

3.1 Grundzüge des Berechnungsverfahrens

Nachdem die gemeldeten Leistungsdaten um die Erstattungen sowie weiterer Anrechnungs- und Abzugsposten reduziert wurden, werden die Daten aus den Leistungsbereichen mit Stichprobenerhebung je Krankenkasse hochgerechnet. Dies betrifft nur noch die Hauptleistungsbereiche Zahnärzte und sonstige Leistungsausgaben. Alle anderen Daten werden inzwischen im Rahmen einer Vollerhebung erfasst. Auf Einzelkassenebene werden im Folgenden Ausreißer durch eine Grenzwertprüfung bereinigt und unplausible Datenmeldungen aus den weiteren Berechnungen ausgeschlossen. Abschließend werden auf Einzelkassenebene die gemeldeten Leistungsausgaben je Hauptleistungsbereich auf die in der Jahresrechnung gemeldeten Werte hochgerechnet, um Unter- und Übererfassungen im Rahmen der RSA-Datenerhebung zu bereinigen.

Im Anschluss daran werden die Daten aller Krankenkassen addiert. Nun findet eine erneute Hochrechnung auf die je Hauptleistungsbereich in der Jahresrechnung gemeldeten Werte – jetzt auf GKV-Ebene – statt. Dadurch werden die auf Einzelkassenebene wegen Unplausibilität ausgeschlossenen Datenmeldungen durch den Durchschnitt der plausiblen Datenmeldungen ersetzt. Die so hochgerechneten Werte werden anschließend um die im Risikopool ausgeglichenen Leistungsausgaben gekürzt. Die Teilung der Leistungsausgaben je RSA-Zelle durch die zugehörigen Versicherungszeiten ergibt die Leistungsausgaben je Versichertentag („Pro-Tag-Werte“), die nun über alle Hauptleistungsbereiche hinweg zusammengefasst und durch ein statistisches Verfahren geglättet werden.

Parallel werden die bundeseinheitlich durchschnittlichen standardisierten Leistungsausgaben je Versichertenjahr („Hundert-Prozent-Wert“) ermittelt. Hierzu wird die in der Jahresrechnung gemeldete Gesamtsumme der berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben abzüglich der im Risikopool ausgeglichenen Leistungsausgaben durch die Summe der Versicherungszeiten geteilt. Die geglätteten Pro-Tag-Werte je RSA-Zelle können dann als Prozentwerte in Bezug auf den Hundert-Prozent-Wert angegeben werden. Das Ergebnis nennt man die „vorläufigen Verhältniswerte“.

Diese Berechnungsschritte werden getrennt für die beiden Rechtskreise Ost und West durchgeführt. Seit dem Jahr 2001 werden die getrennt ermittelten Verhältniswerte stufenweise im Niveau angeglichen; im Jahresausgleich 2005 zu 75 %. Nach dieser Angleichung und der Berücksichtigung etwaiger noch während der Durchführung der Berechnungen erfolgter Änderungen in den Jahresrechnungen der Krankenkassen sowie der Korrekturen für Vorjahre über einen Korrekturfaktor erhält man die „endgültigen Verhältniswerte“, die die Grundlage für die Durchführung des Jahresausgleichs darstellen.

Multipliziert man die endgültigen Verhältniswerte mit dem Hundert-Prozent-Wert, so erhält man die standardisierten Leistungsausgaben, die je RSA-Zelle angeben, welchen Beitragsbedarf eine Krankenkasse je Versichertentag zugewiesen bekommt.⁵

3.2 Änderungen im Berechnungsverfahren 2005

Das Berechnungsverfahren des Risikostrukturausgleichs ist gegenüber dem Vorjahr nahezu unverändert. Die Änderungen betreffen auch nur die im Aufbau befindlichen strukturierten Behandlungsprogramme. Im Jahresausgleich 2005 konnten im Gegensatz zum Jahresausgleich 2004 gesonderte Ausgabenprofile für Brustkrebs (bundesweit) und Koronare Herzkrankheit ermittelt werden. Für das neue Programm für Diabetes mellitus Typ 1 wurde die erste Zulassung rückwirkend für den 9. Mai 2005 ausgesprochen. Insgesamt wurden für dieses Programm Versicherte mit insgesamt 2.665 Versichertenjahre gemeldet. Zwischen dem Bundesversicherungsamt und den Spitzenverbänden der am Risikostrukturausgleich beteiligten Krankenkassen bestand Einvernehmen, dass unter diesen Bedingungen keine validen standardisierten Leistungsausgaben berechnet werden konnten. Aus diesem Grund wurde für dieses Programm im Jahresausgleich 2005 kein gesondertes Ausgabenprofil ermittelt.

3.3 Standardisierte Leistungsausgaben

Insgesamt betragen die durchschnittlichen standardisierten Leistungsausgaben je Versichertenjahr („Hundert-Prozent-Wert“) im Jahresausgleich 2005 1.769 Euro. Für Erwerbsminderungsrentner betrug der entsprechende Wert 5.623 Euro. Bei diesen im Jahresausgleich angesetzten Beträgen handelt es sich um Durchschnittswerte, bei denen die im Risikopool ausgeglichenen Ausgaben bereits abgezogen wurden. Die durchschnittlichen Leistungsausgaben einschließlich der Risikopoolausgaben je Versicherten betragen im Jahr 2005 1.842 Euro; bei Erwerbsminderungsrentnern 6.203 Euro.

Versicherte, die in ein strukturiertes Behandlungsprogramm für Diabetes mellitus Typ 2 eingeschrieben waren, erhielten im Jahresausgleich 2005 durchschnittlich standardisierte Leistungsausgaben in Höhe von 4.427 Euro zugerechnet; beim Programm für Brustkrebs lag der Wert bei 6.652 Euro und beim Programm für Koronare Herzkrankheit bei 4.462 Euro (vgl. Abbildung 1).⁶ Die Werte für die ersten beiden Programme haben sich gegenüber dem Vorjahr (4.390 Euro

⁵ Eine ausführliche Darstellung der Berechnungsschritte kann der Vereinbarung der Spitzenverbände nach § 267 Abs. 7 Nr. 1 und 2 SGB V sowie dem vom Bundesversicherungsamt herausgegebenen „RSA-Leitfaden“ entnommen werden. Diese Unterlagen sind auf der Homepage des Bundesversicherungsamtes (<http://www.bva.de>) abrufbar.

⁶ Hierbei handelt es sich wiederum um die im RSA-Jahresausgleich angesetzten Werte, die um die im Risikopool ausgeglichenen Ausgaben abgesenkt wurden. Die durchschnittlichen Leistungsausgaben einschließlich Risikopoolausgaben von eingeschriebenen Versicherten betragen für Diabetes mellitus Typ 2 4.584 Euro, für Brustkrebs 7.100 Euro und für Koronare Herzkrankheit 4.647 Euro.

bzw. 6.104 Euro) kaum verändert; für das Programm für Koronare Herzkrankheit liegt aus dem Vorjahr kein Vergleichswert vor.

Diese Werte liegen zwar erheblich höher als der durchschnittliche Beitragsbedarf eines Nicht-DMP-Versicherten mit 1.701 Euro. Allerdings weisen die DMP-Versicherten gemessen an den Faktoren Alter, Geschlecht und dem Bezug einer Erwerbsminderungsrente im Durchschnitt eine schlechtere Risikostruktur auf, weshalb nur die Werte zu vergleichen sind, die für DMP-Versicherte ohne eine gesonderte Berücksichtigung der Einschreibung angerechnet worden wären. Daher werden die Beitragsbedarfe errechnet, die Versicherte in diesen Versichertengruppen erhalten hätten, wenn der Risikostrukturausgleich ohne DMP-Regelung durchgeführt worden wäre. Diese Beitragsbedarfe lagen bei 3.154 Euro (Diabetes mellitus Typ 2), 2.657 Euro (Brustkrebs) bzw. 3.494 Euro (Koronare Herzkrankheit). Nicht-DMP-Versicherte hätten 1.733 Euro zugewiesen bekommen; dies zeigt, dass die separate Ermittlung der Beitragsbedarfe für DMP-Versicherten bei den Nicht-DMP-Versicherten zu einer Absenkung des Beitragsbedarfs von durchschnittlich 32 Euro geführt hat.

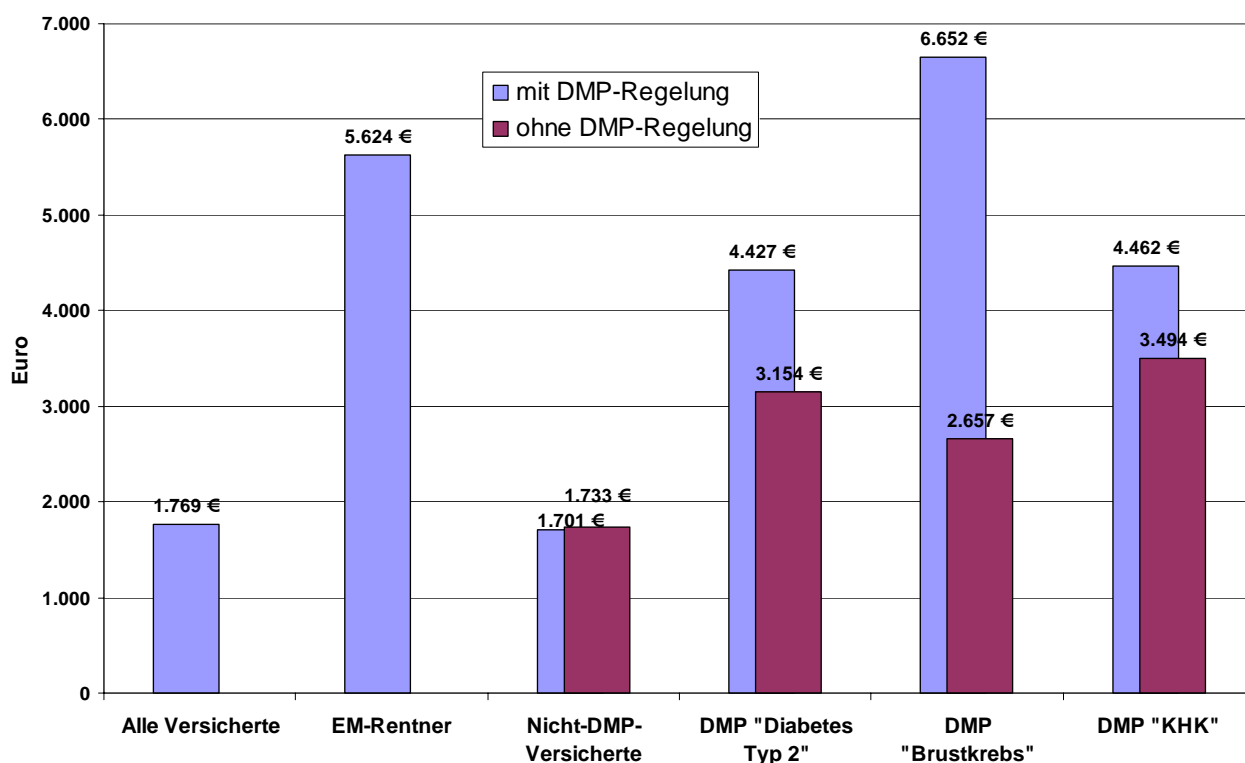
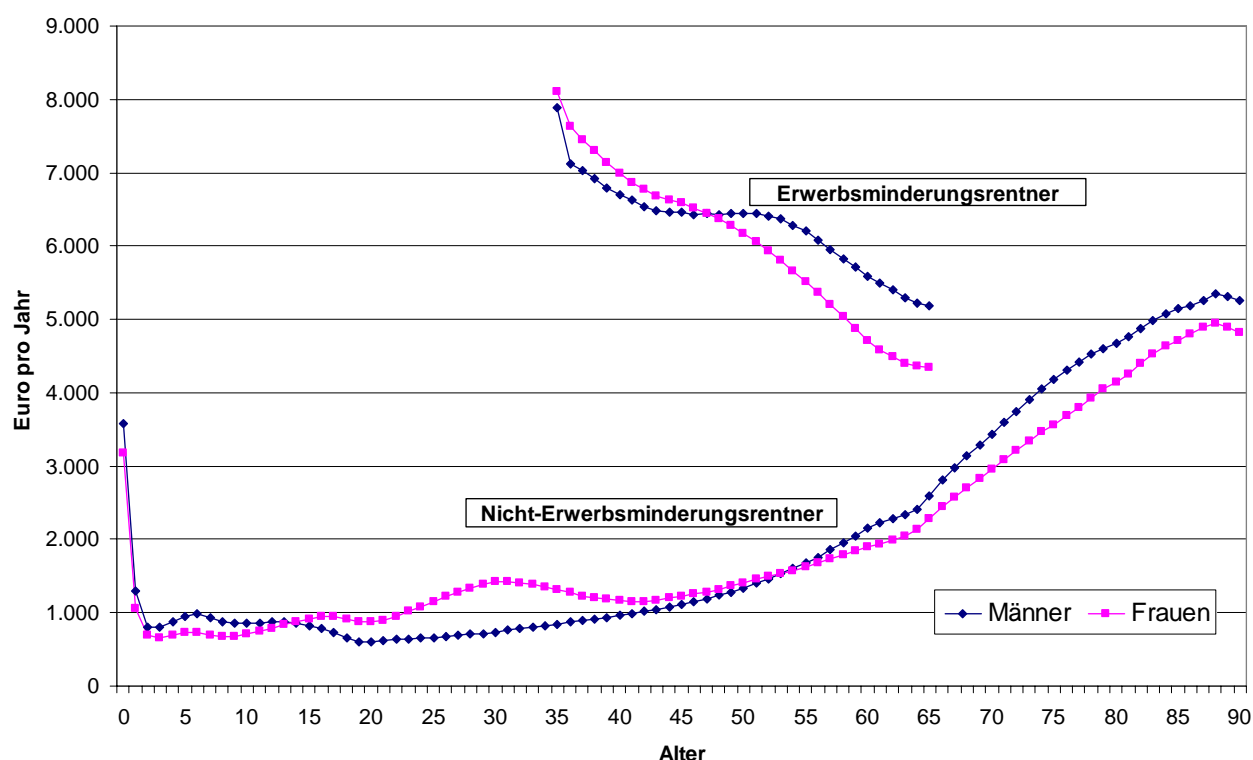


Abbildung 1: Durchschnittliche standardisierte Leistungsausgaben nach Versichertengruppen im Jahresausgleich 2005

Diese Durchschnittswerte schwanken erheblich mit den Ausgleichsfaktoren Alter und Geschlecht. Die standardisierten Ausgabenprofile des Risikostrukturausgleichs sind in Abbildung 2 getrennt nach Alter, Geschlecht und Erwerbsminderungsrentnerstatus wiedergegeben. Aus Gründen der Übersichtlichkeit wurden die zusätzlich geltenden Differenzierungen nach Krankengeldanspruch, Rechtskreis und Einschreibung in ein strukturiertes Behandlungsprogramm

nicht angezeigt. Die Werte wurden um die Risikopoolbeträge bereinigt. Charakteristisch ist der steigende Verlauf der Ausgaben im Alter; dieser Effekt ist bei Männern ausgeprägter als bei Frauen. Zwischen den Altersgruppen 20 und 40 liegen die Ausgabenprofile von Frauen – vor allem aufgrund von Schwangerschafts- und Entbindungskosten – über denen von Männern. Bei Erwerbsminderungsrentnern ist ein inverser Verlauf zu erkennen. Hier sind die Ausgaben von jungen Erwerbsminderungsrentnern höher, während sie im Alter in Richtung der Ausgabenhöhe von Nicht-Erwerbsminderungsrentnern konvergieren.

Abbildung 2: Ausgabenprofil (Bund) im Risikostrukturausgleich, Jahresausgleich 2005



3.4 Ausgleichszahlungen im Risikostrukturausgleich

Zur Finanzierung der Beitragsbedarfe der Krankenkassen sowie sonstiger im Risikostrukturausgleich berücksichtigten Komponenten⁷ wird der Ausgleichsbedarfssatz als Hebesatz auf die beitragspflichtigen Einnahmen (Grundlohnsumme und Rentensumme) der einzelnen Krankenkassen erhoben. Im Jahresausgleich 2005 betrug dieser 12,34 %. Hiermit errechnet sich für jede Krankenkasse die Finanzkraft. Alle Krankenkassen müssen theoretisch die Finanzkraft an den Risikostrukturausgleich abführen und erhalten dafür den Beitragsbedarf erstattet. Tatsächlich wird jedoch nur der Saldo aus Beitragbedarf und Finanzkraft als Zahlung veranlasst. Da-

⁷ Korrekturen der Beitragsbedarfe aus Vorjahren, Krankengeld und Beiträge aus Nachzahlungen, DMP-Vorhaltekosten und DMP-Verwaltungskostenpauschalen abzüglich Säumniszuschläge, Zinserträge aus Korrekturbeträgen nach § 15a RSAV, KVdR-Beiträge nach altem Recht, Beiträge aus geringfügiger Beschäftigung und die pauschale Abgeltung des Bundes für versicherungsfremde Aufwendungen.

durch werden Krankenkassen zu „Nettozahlern“ oder „Nettoempfängern“ im Risikostrukturausgleich.⁸ So wird gewährleistet, dass die einkommensabhängig erhobenen Beiträge der Krankenkassen nach Umverteilung durch den Risikostrukturausgleich als risikoäquivalente Prämien bei den Krankenkassen ankommen. Durch die Standardisierung der Leistungsausgaben haben die tatsächlichen Ausgaben einer Krankenkasse keinen unmittelbaren Einfluss auf den erhaltenen Beitragsbedarf; hierdurch werden die Wirtschaftlichkeitsanreize für die Krankenkassen gewahrt.

Kassenart	Zahlerkassen		Empfängerkassen	
	Anzahl	Euro	Anzahl	Euro
AOK	0	0,00	17	12.492.041.718,09
BKK	174	-8.411.732.801,18	32	549.063.435,90
EAN	4	-3.736.075.237,98	3	547.761.090,43
EAR	2	-725.327.761,26	1	56.982.494,59
IKK	9	-772.343.301,17	9	378.664.477,59
KBS	0	0,00	1	1.536.977.376,85
SEE	0	0,00	1	7.720.164,60
GKV	189	-13.645.479.101,59	64	15.569.210.758,05

Tabelle 3: Ausgleichsforderungen und -verpflichtungen im Risikostrukturausgleich 2005

Die Ausgleichsforderungen und -verpflichtungen führen zu einem Transfervolumen, das über alle Krankenkassen⁹ 15,6 Milliarden Euro ausmacht (vgl. Tabelle 3). Diese Zahl gibt das auf Kassenebene ermittelte Transfervolumen wieder, entsprechend der Konzeption des Risikostrukturausgleichs als Ausgleich zwischen den Krankenkassen. Bezogen auf die Ebene der Kassenarten zeigt sich, dass die Ortskrankenkassen und die beiden Sondersicherungssys-

⁸ Da § 1 SGB V die gesamte GKV als Solidargemeinschaft definiert, geht es beim Risikostrukturausgleich um die Zuweisung der Gesamteinnahmen der GKV auf die einzelnen Krankenversicherungsträger. Die Unterscheidung in Zahler- und Empfängerkassen bezieht sich auf ein rechnerisches Zahlungssaldo und spielt daher in der Systematik des Risikostrukturausgleichs keine Rolle. Diese Unterscheidung entfällt zum 1.1.2009 mit der Einführung eines Gesundheitsfonds.

⁹ Tatsächlich beschieden werden rechtskreisübergreifend tätige Krankenkassen getrennt nach Haupt- und Erstreckungskasse. Auf dieser Ebene liegt das Transfervolumen etwa 55 Millionen Euro höher. Diese 55 Millionen Euro werden innerhalb der Krankenkasse zwischen den Rechtskreisen – „von der linken in die rechte Hosentasche“ – umverteilt. Das geringe Volumen zeigt aber auch, dass die Vorzeichen der RSA-Zahlungen bei Haupt- und Erstreckungskasse in der Regel gleich sind.

teme eindeutig Empfängerkassen sind, während sich die übrigen Kassenarten sowohl aus Empfänger- als auch Zahlerkassen zusammensetzen. Im Vergleich zum Vorjahr ist der Ausgleichsanspruch der Ortskrankenkassen leicht rückläufig, während die Ansprüche der Knappschaft weiter gestiegen sind. Nachdem in der Vergangenheit die Zahlungsverpflichtungen der Betriebskrankenkassen immer weiter gestiegen und die der Ersatzkassen gesunken sind, hat sich dieser Trend nun umgedreht.

Die in Tabelle 3 ausgewiesene Differenz zwischen Ausgleichsforderungen und -verpflichtungen in Höhe von 1.924 Millionen Euro ergibt sich aus der über den Ausgleichsbedarfssatz laufenden Verrechnung der zentral eingezogenen Beitragseinnahmen aus geringfügiger Beschäftigung (siehe Abschnitt 2.4), den KVdR-Beiträgen nach altem Recht, den Säumniszuschlägen, die der Gesetzlichen Krankenversicherung zustehen und den Zinserträgen aus Korrekturbeträgen nach § 15a RSAV, abzüglich der DMP-Vorhaltekosten.

	2005	2004	2003	2002	2001
mit sonstigen Faktoren*					
Beitragsbedarfstransfer	45,5%	45,8%	47,8%	49,4%	48,5%
Finanzkrafttransfer	44,0%	44,1%	47,0%	49,6%	50,3%
Transfer sonstiger Faktoren	10,6%	10,1%	5,2%	1,0%	1,2%
ohne sonstige Faktoren*					
Beitragsbedarfstransfer	50,9%	50,9%	50,4%	49,9%	49,1%
Finanzkrafttransfer	49,1%	49,1%	49,6%	50,1%	50,9%

* Sonstige Faktoren: Korrekturen für Vorjahre, Beiträge und Krankengeld aus Nachzahlungen, Beiträge aus geringfügiger Beschäftigung, DMP-Verwaltungskostenpauschale, Korrektur des KVdR-Finanzausgleichs aus Vorjahren (nur 2000), Pauschale Abgeltung des Bundes für versicherungsfremde Leistungen (seit 2004)

Tabelle 4: Entwicklung des Beitragsbedarfs- und Finanzkraftanteils am Transfervolumen

Obwohl das Transfervolumen keine originäre Aussagekraft hat, sondern ein Ergebnis von Saldierungsvorgängen auf Einzelkassenebene darstellt, findet die Höhe des Transfervolumens und sein kontinuierlicher Anstieg erhebliche Aufmerksamkeit. Gegenüber dem Jahresausgleich 2004 ist das Transfervolumen um 218 Millionen Euro angestiegen. Drei Faktoren können einen Anstieg des Transfervolumens bewirken: Eine ungleichere Verteilung der Krankheitsrisiken auf die Krankenkassen, zunehmende Unterschiede zwischen den Grundlöhnen der Mitglieder verschiedener Krankenkassen und RSA-externe Einflussfaktoren. Insgesamt verursachen die RSA-fremden Bestandteile inzwischen über 10 % des Transfervolumens. Die restlichen 90 % lassen sich in die von der Finanzkraft und die vom Beitragsbedarf induzierten Transfers tren-

nen.¹⁰ So lassen sich 50,9 % des restlichen Transfervolumens auf die Beitragsbedarfsseite und 49,1 % auf die Finanzkraftseite zurückführen (vgl. Tabelle 4).

3.5 Ausgleichszahlungen im Risikopool

Der Risikopool wurde im August 2002 rückwirkend für das Kalenderjahr 2002 eingeführt. Ziel war es, fehlsteuernde Beitragssatzsignale von Risikoentmischungen zu begrenzen. Zu diesem Zweck werden jeder Krankenkasse für jeden Leistungsfall, dessen ausgleichsfähige Leistungsausgaben einen Schwellenwert überschreiten, die diesen Schwellenwert übersteigenden Leistungsausgaben zu 60 % erstattet. Der Schwellenwert betrug in den Jahren 2002 und 2003 20.450 Euro und wurde für das Jahr 2004 auf 20.750,74 Euro angehoben. Dieser Wert galt auch für den Jahresausgleich 2005. Die Finanzierung des Risikopools erfolgt dabei analog zum Risikostrukturausgleich durch einen eigenen Teil-Ausgleichsbedarfssatz.

Kassenart	Zahlerkassen		Empfängerkassen	
	Anzahl	Euro	Anzahl	Euro
AOK	0	0,00	17	613.073.351,41
BKK	178	-499.835.126,16	28	55.570.387,14
EAN	5	-196.236.124,41	2	29.375.107,47
EAR	2	-37.597.818,10	1	2.598.440,40
IKK	11	-57.546.510,57	7	23.245.820,96
KBS	0	0,00	1	67.332.973,75
SEE	0	0,00	1	19.498,05
GKV	196	-791.215.579,24	57	791.215.579,18

Tabelle 5: Ausgleichsforderungen und -verpflichtungen im Risikopool 2005

Im Risikopool ausgleichsfähig sind die Ausgaben für Arzneimittel, Krankenhausbehandlung, das Kranken- und Sterbegeld sowie seit dem Jahresausgleich 2003 auch die nichtärztlichen Leistungen der ambulanten Dialyse. Im Jahresausgleich 2005 wurden im Risikopool 551.652 Versicherte mit ausgleichsfähigen Leistungsausgaben in Höhe von 21,2 Milliarden Euro gemeldet. Die im Risikopool ausgeglichenen Leistungsausgaben stiegen gegenüber dem Vorjahr von

¹⁰ Der Finanzkrafttransfer ist dabei als der Transfer definiert, der dazu führt, dass die Finanzkraft je Versicherten bei allen Krankenkassen gleich ist. Der Beitragsbedarfstransfer ist definiert als die Differenz aus dem Beitragsbedarf, der der Krankenkasse zugewiesen wird und dem durchschnittlichen Beitragsbedarf je GKV-Versicherten. Mit dieser Definition gilt der Ausgleich für Unterschiede in der Zahl der beitragsfrei Mitversicherten als Teil des Finanzkrafttransfers. Diese Definition unterscheidet sich von der Legaldefinition des Finanzkrafttransfers zwischen den Rechtskreisen nach § 27a Abs. 2 RSAV, vgl. Abschnitt 3.7.

4.560 Millionen Euro auf 5.190 Millionen Euro an. Hinzu kommen Korrekturen für die drei vorangegangenen Ausgleichsjahre in Höhe von 106 Millionen Euro.

Die Ausgleichsforderungen und -verpflichtungen auf Ebene der Kassenarten können der Tabelle 5 entnommen werden. Das Transfervolumen im Risikopool ist gegenüber dem Vorjahr um etwa 56 Millionen Euro auf 791 Millionen Euro angestiegen. Da eine Krankenkasse im Risikopool Zahlerkasse, im Risikostrukturausgleich hingegen Empfängerkasse sein kann, ergeben sich die kumulierten Ausgleichforderungen und -verpflichtungen nicht aus der Summe der Tabellen 3 und 5, sondern werden getrennt in Tabelle 6 ausgewiesen. Zum Vergleich: Das kumulierte Transfervolumen betrug im Vorjahr 16,1 Milliarden Euro.

Kassenart	Zahlerkassen		Empfängerkassen	
	Anzahl	Euro	Anzahl	Euro
AOK	0	0,00	17	13.105.115.069,50
BKK	177	-8.905.928.591,00	29	598.994.486,70
EAN	4	-3.928.501.331,47	3	573.326.166,98
EAR	2	-762.925.579,36	1	59.580.934,99
IKK	9	-828.785.204,76	9	400.805.691,57
KBS	0	0,00	1	1.604.310.350,60
SEE	0	0,00	1	7.739.662,65
GKV	192	-14.426.140.706,59	61	16.349.872.362,99

Tabelle 6: Kumulierte Ausgleichsbeträge Risikostrukturausgleich und Risikopool 2005

Die im Risikopool ausgeglichenen Leistungsausgaben werden im Risikostrukturausgleich nicht berücksichtigt. Dies bedeutet aber auch, dass es zur Bewertung der finanziellen Auswirkungen des Risikopools zwei Betrachtungsweisen gibt: Der Risikopool erzeugt für sich gesehen bei den einzelnen Krankenkassen Ausgleichforderungen und -verpflichtungen, je nachdem, ob die Ansprüche aus dem Risikopool die Finanzkraft übersteigen oder nicht. Eine vollständige Bewertung muss aber auch berücksichtigen, dass der Risikopool zu einer Absenkung des Beitragsbedarfs derselben Krankenkasse im Risikostrukturausgleich führt. Diese Absenkung des Beitragsbedarfs erfolgt zellengenau, d.h. ein Risikopoolanspruch für einen 40jährigen Erwerbsminderungsrentner mindert den entsprechenden Zellendurchschnitt als Beitragsbedarf im Risikostrukturausgleich. Der Risikopool macht sich – wie aus Abbildung 3 ersichtlich – vor allem bei Erwerbsminderungsrentnern und älteren Versicherten profilsenkend bemerkbar.

Um festzustellen, ob eine Krankenkasse von der Einführung des Risikopools profitiert hat, müssen die aus dem Risikopool erstatteten ausgleichsfähigen Leistungsausgaben („Poolbetrag“) je Krankenkasse mit den Auswirkungen der Profilsenkung im Risikostrukturausgleich verglichen werden. Auf Ebene der Kassenarten wurde dieser Vergleich in Tabelle 7 angestellt.

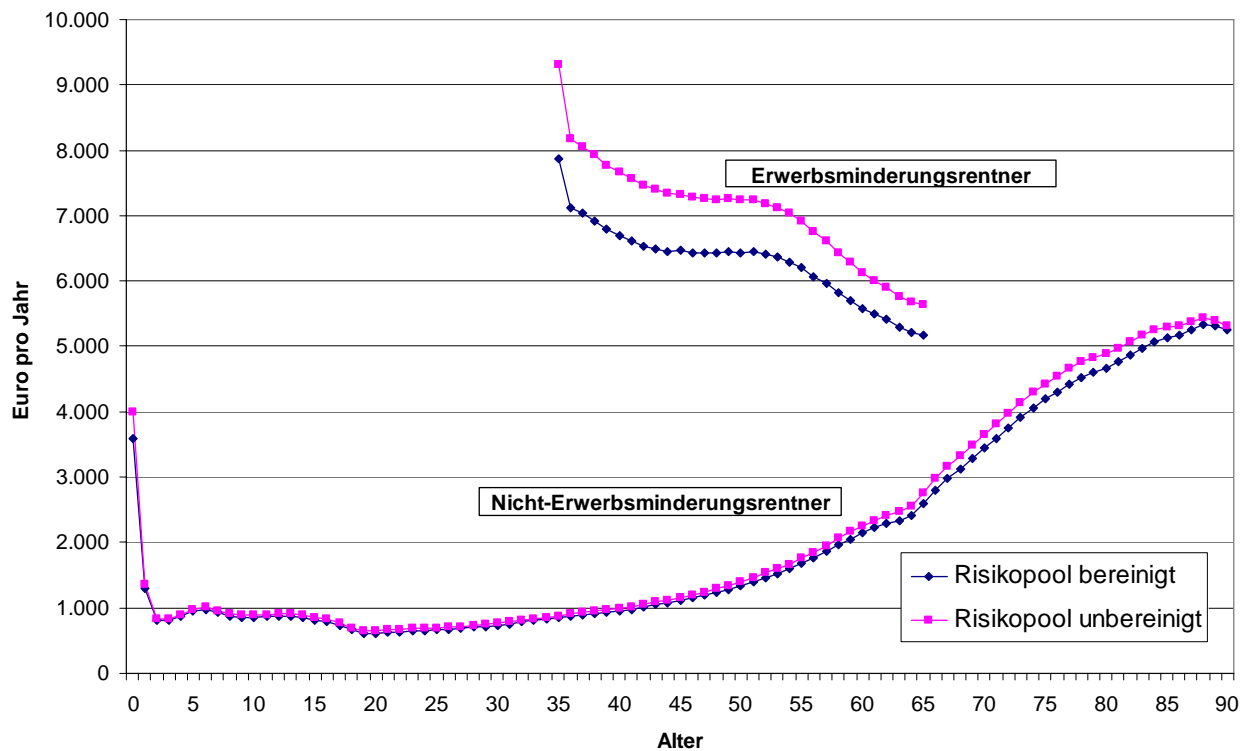


Abbildung 3: Absenkung des Ausgabenprofils für Männer (Bund) im Risikostrukturausgleich durch den Risikopool im Jahresausgleich 2005

Die geringen Netto-Auswirkungen auf Kassenartenebene resultieren auch daraus, dass Kassenarten insgesamt relativ große Risikogemeinschaften sind, die die Rückversicherungsfunktion des Risikopools aus eigener Kraft übernehmen könnten. Dies muss aber nicht für die einzelne Krankenkasse gelten. So wurde im Jahresausgleich 2005 eine Einzelkassen durch den Risikopool mit mehr als einem Beitragssatzpunkten entlastet. Bei dieser Krankenkassen handelte es sich um eine kleinere Betriebskrankenkasse, bei denen zwei Versicherte mit unheilbaren Blutgerinnungsstörungen in Verbindung mit einer Bildung von Anti-Körpern gegen die herkömmlichen Blutgerinnungsmittel ausgleichsfähige Leistungsausgaben von zusammen 10,4 Millionen Euro verursachten. Allerdings handelt es sich auch auf der Einzelkassenebene um Einzelfälle, bei denen häufig auch regionale Besonderheiten (Urbanisierungsgrad) zu vermuten sind. Bei der Mehrzahl der Krankenkassen erreicht der Risikopool keine größere Beitragssatzrelevanz.

Kassenart	Poolbetrag*	Profilabsenkung*	Nettowirkung Risikopool*	Beitragssatz- Wirkung
AOK	1.978.203.755,71	-1.922.336.028,91	55.867.726,80	-0,02
BKK	722.883.371,76	-775.459.819,00	-52.576.447,24	0,02
EAN	1.387.532.698,66	-1.344.863.437,77	42.669.260,89	-0,01
EAR	79.617.313,95	-83.702.992,57	-4.085.678,62	0,02
IKK	244.053.013,87	-266.766.999,36	-22.713.985,49	0,04
KBS	141.973.375,79	-160.511.644,41	-18.538.268,62	0,09
SEE	5.979.769,35	-6.602.377,04	-622.607,69	0,05

*Angaben in Euro

Tabelle 7: Finanzielle Auswirkung des Risikopools im Jahresausgleich 2005

3.6 Strukturierte Behandlungsprogramme

Versicherte, die in ein strukturiertes Behandlungsprogramm für Diabetes mellitus Typ 2 eingeschrieben waren, verursachten durchschnittlich Leistungsausgaben in Höhe von 4.427 Euro pro Jahr; bei Brustkrebs lag der Wert bei 6.652 Euro und bei Koronarer Herzkrankheit bei 4.462 Euro (vgl. Abbildung 1 im Abschnitt 3.3). Diese Werte liegen über den Beträgen, die diese Versicherten in einem Risikostrukturausgleich erhalten hätten, der keine strukturierten Behandlungsprogramme berücksichtigt hätte. Die tatsächliche Höhe dieser Beträge hängt natürlich von den sonstigen RSA-Ausgleichsfaktoren ab (vgl. beispielhaft Abbildungen 4, 5 und 6). Insgesamt wurden den im Jahr 2005 eingeschriebenen DMP-Versicherten knapp über 7,6 Milliarden Euro Beitragsbedarf zugewiesen. Dieser Betrag finanziert sich – ähnlich wie der Risikopool – über eine Absenkung des Beitragsbedarfs für Nicht-Eingeschriebene. Für diese senkten sich die durchschnittlichen standardisierten Leistungsausgaben im Jahr 2005 um 32 Euro auf 1.701 Euro. Dieser Durchschnittsbetrag schwankt aber nach Alter, Geschlecht und Erwerbsminderungsstatus. Daher muss man bei jeder Krankenkasse den Beitragsgutschriften für eingeschriebene chronisch Kranke die entsprechenden Absenkungen bei Nicht-Eingeschriebenen gegenüberstellen.

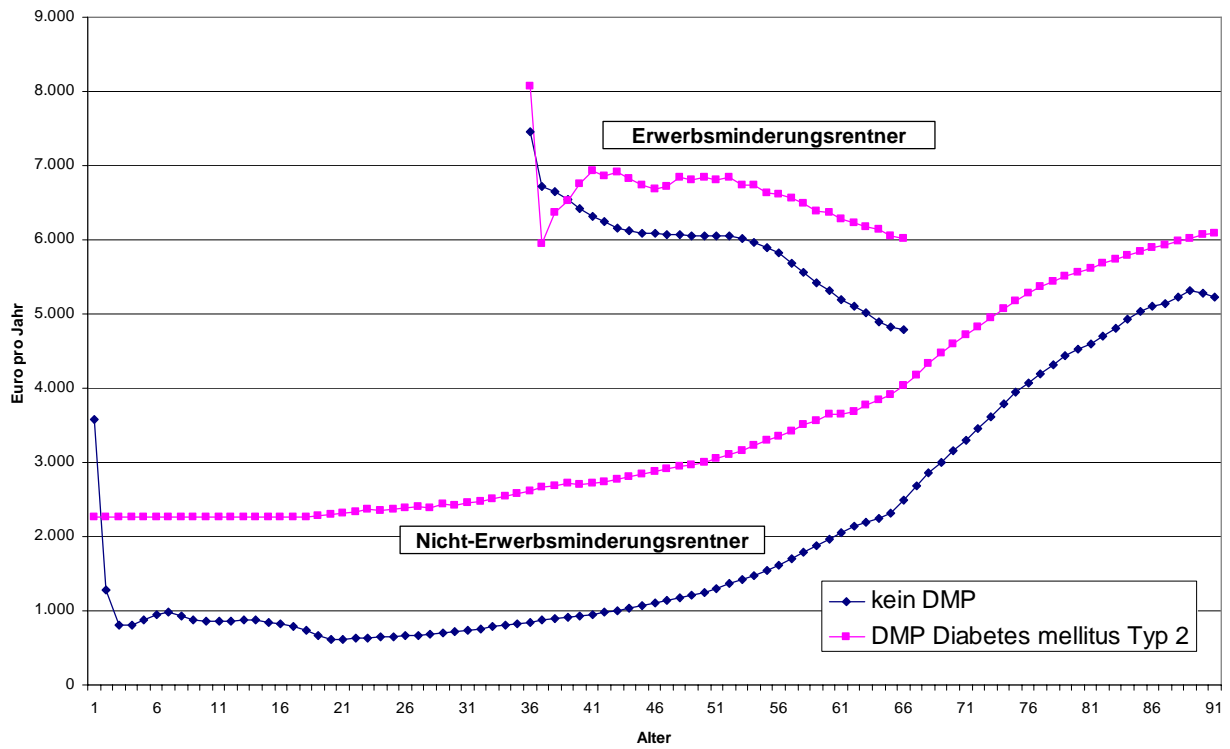


Abbildung 4: Ausgabenprofil des strukturierten Behandlungsprogramms für Diabetes mellitus Typ 2 für Männer (Bund) im Risikostrukturausgleich, Jahresausgleich 2005

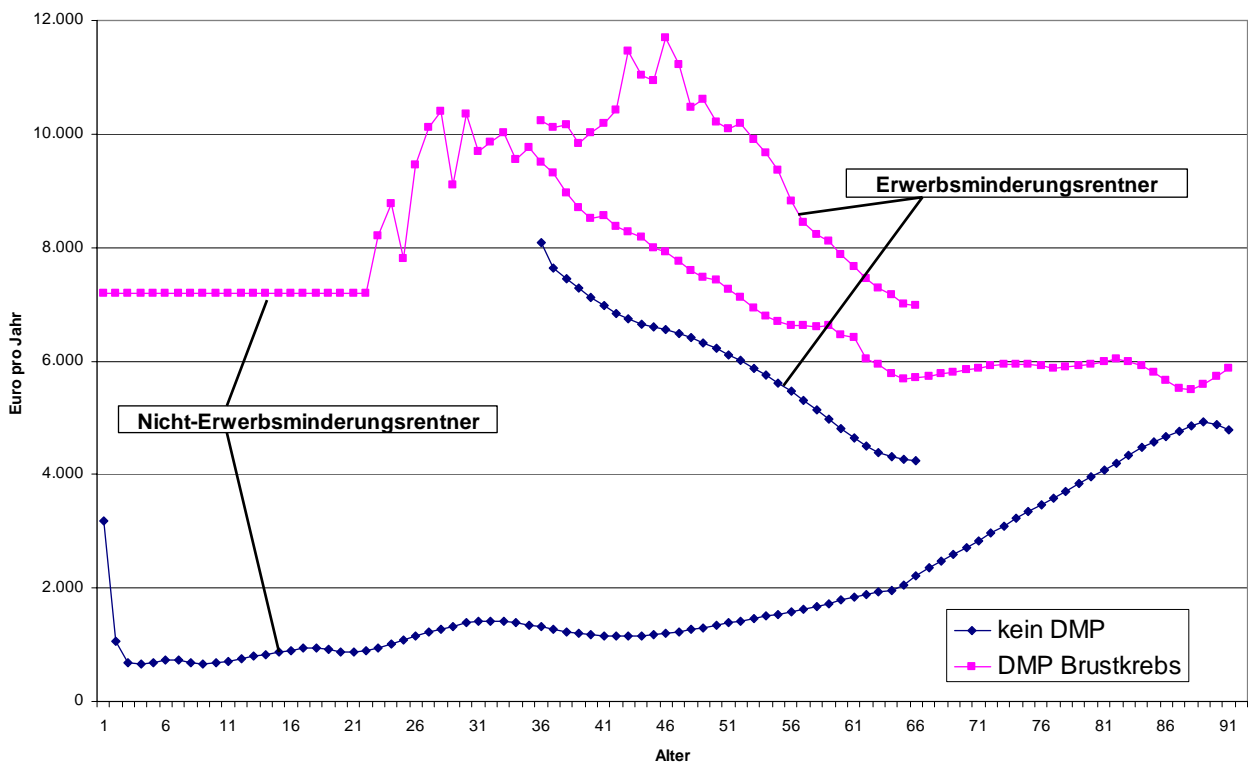


Abbildung 5: Ausgabenprofil des strukturierten Behandlungsprogramms für Brustkrebs für Frauen (Bund) im Risikostrukturausgleich, Jahresausgleich 2005

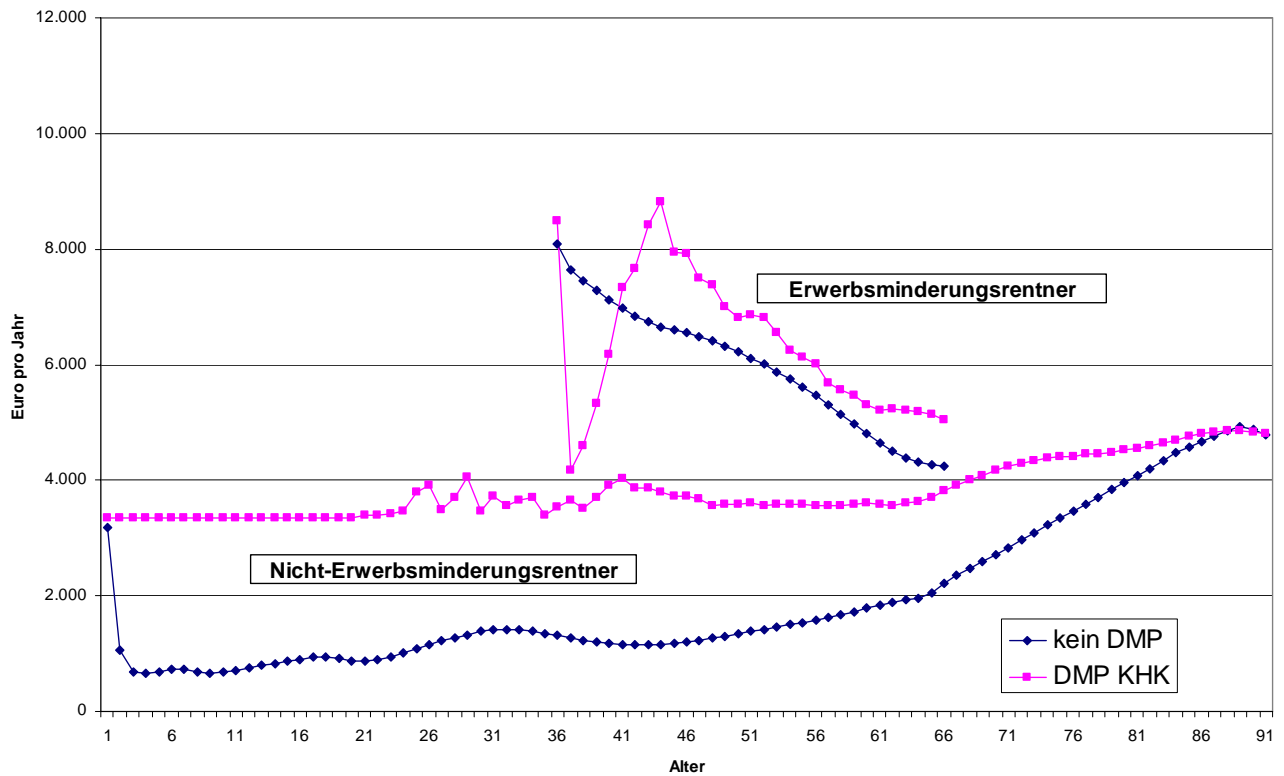


Abbildung 6: Ausgabenprofil des strukturierten Behandlungsprogramms für Koronare Herzkrankheit für Frauen (Bund) im Risikostrukturausgleich, Jahresausgleich 2005

Zu dieser Änderung des Beitragsbedarfs kommen die Auswirkungen der DMP-Programmkostenpauschale in Höhe von 84,46 Euro je Versichertenjahr hinzu.¹¹ Hierdurch werden zusätzliche 138 Millionen Euro an die Krankenkassen ausgeschüttet, die über eine Anhebung des Ausgleichsbedarfssatzes von allen Krankenkassen finanziert werden. Diese beiden Effekte ergeben zusammen die finanzielle Gesamtwirkung der strukturierten Behandlungsprogramme.

Gegenüber dem Vorjahr hat sich die Entlastungswirkung durch die DMPs bei den Ortskrankenkassen genauso verdoppelt wie die Belastungen bei Ersatzkassen und Innungskrankenkassen (vgl. Tabelle 8). Interessanterweise profitieren die Betriebskrankenkassen auf der Beitragsbedarfsseite von der Einführung der DMPs, während sie durch die von den Programmkostenpauschalen bedingte Vervollständigung des Finanzkraftausgleichs belastet werden. Das RSA-Transfervolumen erhöhte sich durch die Einbindung der strukturierten Behandlungsprogramme um 94 Millionen Euro.

¹¹ Die DMP-Programmkostenpauschale wird jährlich um die bundesweite Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen nach § 71 Abs. 3 SGB V erhöht.

Kassenarten	Änderung des Beitragsbedarfs*	Auswirkung der DMP-Pauschalen*	Gesamtwirkung*	Beitragssatzeffekt
AOK	106.640.260,63	25.568.326,53	132.208.587,15	-0,04
BKK	2.358.335,98	-13.754.287,87	-11.395.951,89	0,00
EAN	-100.126.130,37	-12.440.124,21	-112.566.254,58	0,03
EAR	-9.696.762,16	-1.778.246,32	-11.475.008,48	0,05
IKK	-11.829.477,85	-2.158.663,28	-13.988.141,13	0,02
KBS	15.314.846,79	4.629.516,11	19.944.362,90	-0,10
SEE	-2.661.073,02	-66.520,95	-2.727.593,97	0,22

*Angaben in Euro

Tabelle 8: Finanzielle Auswirkungen der strukturierten Behandlungsprogramme im Jahresausgleich 2005

Auch auf Ebene der Einzelkassen liegt die Spanne der Beitragssatzeffekte zwischen einer Entlastung um bis zu 0,4 Beitragssatzpunkten und einer Belastung von 0,3 Punkten. Auffällig ist, dass sowohl zu den größten Gewinnern, als auch zu den größten Verlierern Ortskrankenkassen zählen, abhängig davon, ob diese in ihrem Zuständigkeitsbereich hohe Einschreibezahlen realisieren konnten. Daraus kann auch gefolgert werden, dass aus der finanziellen Verknüpfung der strukturierten Behandlungsprogramme mit dem Risikostrukturausgleich auch dann entsprechende finanzielle Anreize zur Einschreibung ausgehen, wenn die finanziellen Auswirkungen insgesamt eher gering ausfallen.

3.7 Rechtskreistransfer

Die stufenweise Aufhebung der Rechtskreistrennung beim Risikostrukturausgleich führt zu veränderten Transferströmen zwischen den Rechtskreisen. Da die Krankenkassen weiterhin verpflichtet sind, getrennte Statistiken, Geschäfts- und Rechnungsergebnisse, sowie getrennte Datenmeldungen im Risikostrukturausgleich vorzulegen, können diese Transferströme zwischen den Rechtskreisen – im Gegensatz zu den sonstigen interregionalen Transferströmen – genau spezifiziert werden. Seit 1999 wird ein einheitlicher Ausgleichsbedarfssatz ermittelt, der zu einem Finanzkrafttransfer zwischen den Rechtskreisen führt. Seit dem Jahr 2001 werden auch die für die Berechnung der Beitragsbedarfe verwendeten Ausgabenprofile stufenweise bis zum Jahr 2007 zwischen den Rechtskreisen angeglichen, was einen zusätzlichen Beitragsbedarfstransfer auslöst. Im Jahr 2005 wurden die Ausgabenprofile zu 75 % – im Vorjahr waren es noch 62,5 % – angeglichen. Die Entwicklung der beiden Transferkomponenten wird in Tabelle 9 dargestellt.

Mit der Einführung des Risikopools im Jahr 2002 entsteht durch den dort getrennt berechneten bundesweiten Teil-Ausgleichsbedarfssatz ein eigener Rechtskreistransfer. Der gemeinsame

Finanzkrafttransfer aus Risikopool und Risikostrukturausgleich entspricht aber genau dem Transfer, der auch ohne Einführung des Risikopools entstanden wäre. Allerdings führt der Abzug der im Risikopool ausgeglichenen Leistungsausgaben von den standardisierten Leistungsausgaben zu einer Verschiebung beim Beitragsbedarfstransfer. Ohne Einführung des Risikopools hätte der Beitragsbedarfstransfer 801 Millionen Euro im Jahr 2005 betragen.

	Finanzkrafttransfer RSA	Finanzkrafttransfer RP	Beitragsbedarfstransfer	Gesamttransfer
1999	613.550.257,44			613.550.257,44
2000	1.415.532.865,71			1.415.532.865,71
2001	1.528.343.344,70		476.750.183,33	2.005.093.528,03
2002	1.773.231.934,70	37.308.965,65	604.212.893,67	2.414.753.794,03
2003	2.178.328.163,01	94.227.847,36	693.822.969,08	2.966.378.979,45
2004	2.299.708.810,10	137.569.152,22	908.472.652,51	3.345.750.614,83
2005	2.579.022.843,96	159.889.563,58	769.229.904,22	3.508.142.311,77

alle Angaben in Euro

Tabelle 9: Rechtskreistransfer im Risikostrukturausgleich und Risikopool

Der Finanzkrafttransfer wird in erster Linie von der Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen in den beiden Rechtskreisen bestimmt. Im Jahr 2005 war eine Zunahme der Gesamtsumme der beitragspflichtigen Einnahmen im Rechtskreis West von 0,5 %, im Rechtskreis Ost hingegen ein Rückgang von 0,7 % zu verzeichnen. Damit hat sich das Ungleichgewicht in der Einnahmenbasis zumindest nicht weiter verstärkt. Die Höhe des Finanzkraftausgleichs ist trotzdem angestiegen, da der Ausgleichsbedarfssatz angestiegen ist.

Der Beitragsbedarfstransfer hingegen entsteht, weil das Ausgabenniveau im Rechtskreis Ost insgesamt niedriger ist als im Rechtskreis West, den Krankenkassen jedoch aufgrund des gesamtdeutschen Risikostrukturausgleichs der Beitragsbedarf nach weitgehend bundesdurchschnittlichen Werten zugewiesen wird. Zwar liegt seit dem Jahr 2002 das absolute Ausgabenniveau je Versicherten im Rechtskreis Ost höher als im Rechtskreis West; im Jahr 2005 überstiegen die durchschnittlichen Ausgaben je Versicherten im Rechtskreis Ost mit 1.926 Euro das Niveau im Rechtskreis West mit 1.827 Euro um mehr als 5 % (vgl. Tabelle 10). Für die Bestimmung des Beitragsbedarfstransfers im Risikostrukturausgleich ist jedoch nicht das absolute Ausgabenniveau entscheidend, sondern das durch die Faktoren Alter, Geschlecht und Bezug

einer Erwerbsminderungsrente standardisierte Ausgabenniveau.¹² Diese Risikostruktur der Rechtskreise wird durch den RSA-Risikofaktor bezogen auf den gesamtdeutschen Durchschnitt (Wert 1,0) wiedergegeben. Aus ihm lässt sich die Aussage ableiten, dass die Risikostruktur eines Teilkollektivs (z.B. alle Versicherte in einem Rechtskreis oder alle Versicherte einer Krankenkasse) derart ist, dass sie Ausgaben erwarten lässt, die mit dem entsprechenden Prozentsatz über oder unter dem GKV-Durchschnitt liegen. Interessant ist dann der Vergleich, ob diese Aussage auch für die tatsächlichen Ausgaben gilt.¹³ Im Jahr 2005 lag der RSA-Risikofaktor für den Rechtskreis Ost bei 109 %, d.h. auch wenn Versicherte im Osten genau GKV-durchschnittliche Ausgaben verursachen würde, läge das Ausgabenniveau aufgrund der schlechteren Risikostruktur 9 % über dem Bundesdurchschnitt.

Aus Tabelle 10 ist ersichtlich, dass sowohl das absolute Ausgabenniveau, als auch der RSA-Risikofaktor des Rechtskreises Ost zugenommen hat. Allerdings ist die Zunahme des absoluten Ausgabenniveaus höher als die Veränderung der Risikostruktur, so dass sich auch das standardisierte Ausgabenniveau etwas an das Westniveau angepasst hat. Die standardisierten Ausgaben berechnen sich, indem die tatsächlichen Ausgaben durch den RSA-Risikofaktor geteilt werden und geben an, welche Ausgaben Versicherte in einem Rechtskreis verursachen würden, wenn die Risikostruktur in diesem Rechtskreis genau dem Bundesdurchschnitt entsprechen würde. Im Jahr 2005 lag das standardisierte Ausgabenniveau im Rechtskreis Ost nach wie vor unter dem West-Wert; jedoch hat sich der Unterschied in diesem Jahr erheblich angenähert. Diese Niveauangleichung hat den Beitragsbedarfstransfer von 2004 auf 2005 abgesenkt, obwohl die Rechtskreisangleichung weiter fortgeschritten ist.

¹² Es kommt also auf einen Vergleich der standardisierten Leistungsausgaben je RSA-Zelle an, z.B. die durchschnittlichen Ausgaben für einen 45jährigen Mann im Westen im Vergleich zu einem 45jährigen Mann im Osten.

¹³ Für eine ausführliche Erläuterung des RSA-Risikofaktors vgl. den Exkurs an dieser Stelle im Kurzbericht 2004 (S. 23).

Jahr	Ausgaben je Kopf in Euro			RSA-Risikofaktor		Standardisierte Ausgaben je Kopf in Euro		
	Ost	West	Anteil Ost an West	Ost	West	Ost	West	Anteil Ost an West
1995	1.421,30	1.587,93	89,51%					
1996	1.505,74	1.631,99	92,26%					
1997	1.515,72	1.622,87	93,40%	1,0386	0,9914	1.459,38	1.636,87	89,16%
1998	1.525,67	1.652,25	92,34%	1,0492	0,9896	1.454,16	1.669,67	87,09%
1999	1.590,52	1.689,71	94,13%	1,0585	0,9874	1.502,68	1.711,25	87,81%
2000	1.654,82	1.719,73	96,23%	1,0674	0,9857	1.550,27	1.744,60	88,86%
2001	1.747,62	1.775,66	98,42%	1,0758	0,9842	1.624,47	1.804,08	90,04%
2002	1.838,13	1.827,43	100,59%	1,0818	0,9832	1.699,18	1.858,57	91,42%
2003	1.903,89	1.855,25	102,62%	1,0861	0,9825	1.752,97	1.888,28	92,83%
2004	1.845,13	1.792,70	102,92%	1,0928	0,9813	1.688,43	1.826,94	92,42%
2005	1.925,90	1.826,75	105,43%	1,0916	0,9817	1.764,35	1.860,86	94,81%
2006*	2.002,59	1.881,16	106,46%	1,0884	0,9824	1.839,92	1.914,85	96,09%
2007*	2.107,74	1.960,51	107,51%	1,0911	0,9820	1.931,73	1.996,49	96,76%

* lt. Schätzung des GKV-Schätzerkreises

Tabelle 10: Absolutes und relatives Ausgabenniveau nach Rechtskreis

Der gesamte Beitragsbedarfstransfer in Höhe von 769 Millionen Euro lässt sich auf die einzelnen Leistungsbereiche aufteilen (vgl. Abbildung 7). Dabei entfallen auf den Hauptleistungsbereich Ärzte über 80 % des Transfers. In den Hauptleistungsbereichen Dialysesachkosten, Zahnärzte und – vor allem – Apotheken kommt es inzwischen sogar zu Rückflüssen aus dem Rechtskreis Ost in den Rechtskreis West. In diesen Leistungsbereichen überschreitet das Ausgabenniveau im Osten inzwischen auch unter Berücksichtigung der jeweiligen Risikostrukturen das Ausgabenniveau im Westen.

Auch von der überregionalen Beitragssatzgestaltung der rechtskreisübergreifend tätigen Krankenkassen gehen – zum Teil gegenläufige – Umverteilungswirkungen aus, da Transfers hier nicht durch Beitragssatzsenkungen gezielt einem Rechtskreis zukommen können, sondern durch einheitliche Beitragssatzsenkungen auch der „zahlende“ Rechtskreis davon berührt ist. Wegen der getrennten Datenmeldungen der rechtskreisübergreifend tätigen Krankenkassen kann dieser Effekt hier auf der Basis ausgabendeckender Beitragssätze beziffert werden. Auf diesem Wege sind rechnerisch 226,8 Millionen Euro wieder in den Rechtskreis West zurück geflossen.

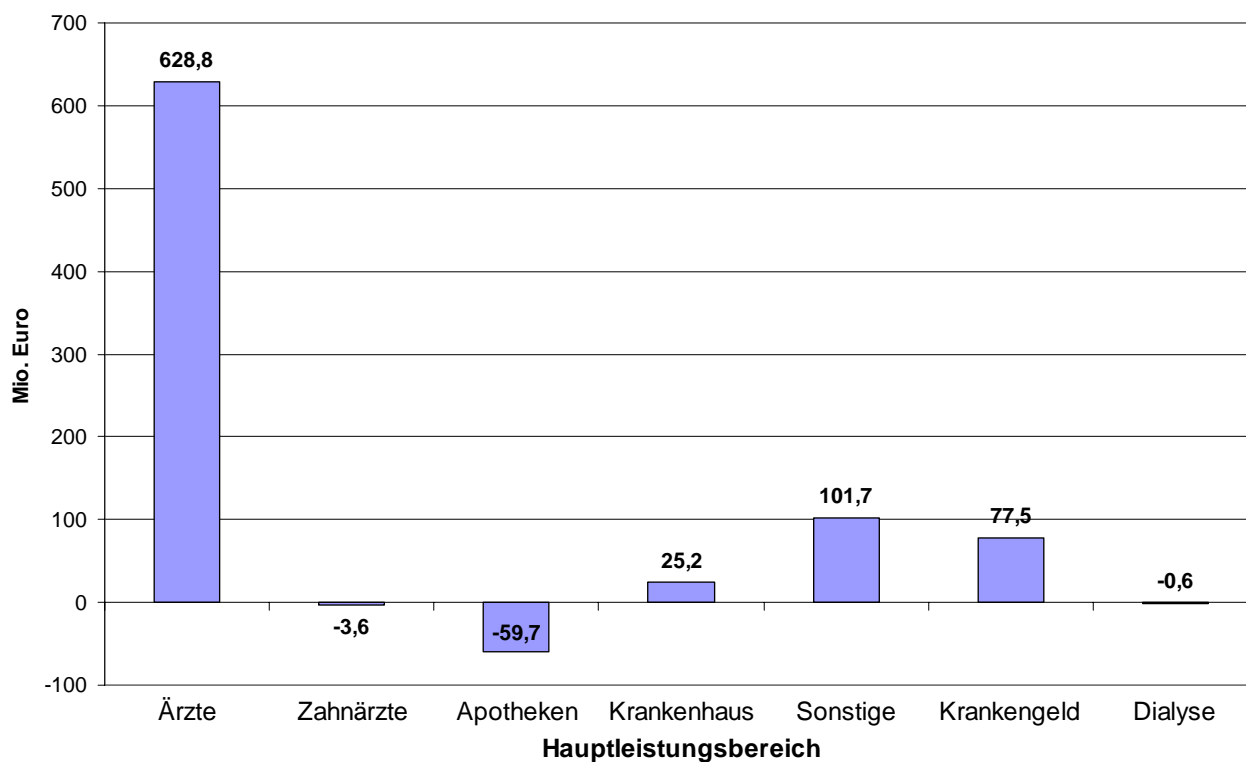


Abbildung 7: Beitragsbedarfstransfer zwischen den Rechtskreisen nach Hauptleistungsbereich im Jahresausgleich 2005

Eine ausführlichere Fassung dieses Beitrages mit weiteren Kennzahlen, Abbildungen und Auswertungen wird veröffentlicht im Sammelband: Göppfarth/Greß/Jacobs/Wasem (Hg.), Jahrbuch Risikostrukturausgleich, asgard-Verlag St. Augustin 2007