

# So funktioniert der Risikostrukturausgleich bis 2008

Stand: November 2008

## **1 Einführung**

## **2 Umsetzung - Überblick über die Berechnungsschritte**

### **2.1 Berechnung des Beitragsbedarfs**

2.1.1 Erfassung der Leistungsausgaben

2.1.2 Zuordnung zu den RSA Zellen

2.1.3 Berechnung der standardisierten Leistungsausgaben

2.1.4. Beitragsbedarf einer Krankenkasse

### **2.2 Berechnung der Finanzkraft**

2.2.1 Ermittlung des Ausgleichsbedarfssatzes

2.2.2. Finanzkraft einer Krankenkasse

### **2.3 Gegenüberstellung von Beitragsbedarf und Finanzkraft**

### **2.4 Verfahren**

2.4.1 Praktische Abwicklung

2.4.2 Datenmeldungen

2.4.3 Gesamtdeutscher RSA

2.4.4 Korrekturverfahren

## **3 Rechtliche Grundlagen**

## 1 Einführung

Der Risikostrukturausgleich (RSA) wurde am 1. Januar 1994 durch das Gesundheitsstrukturgesetz eingeführt. Im Jahr 1994 erstreckte er sich nur auf den Bereich der Allgemeinen Krankenversicherung (AKV), ab 1995 wurde auch die Krankenversicherung der Rentner (KVdR) unter Wegfall des KVdR-Finanzausgleiches mit einbezogen.

Der Risikostrukturausgleich ist das umfassendste Finanzausgleichsverfahren, das je unter den Sozialversicherungsträgern eingerichtet wurde. Die Durchführung obliegt dem Bundesversicherungsamt. Mit Ausnahme der landwirtschaftlichen Krankenkassen sind alle gesetzlichen Krankenversicherungsträger am RSA beteiligt.

Grundgedanke bei der Einführung des Risikostrukturausgleiches war es, die Ungleichverteilung der Morbiditätsrisiken, der Familienlasten sowie der Beitragseinnahmen zwischen den Krankenkassen, die zu den erheblichen Beitragssatzdifferenzen in der Kassenlandschaft geführt hatten, aufzuheben.

Nach seiner Einführung sollte jede Krankenkasse so gestellt sein, als entspräche der Anteil, den sie zur Bewältigung dieser Risiken aufbringt, genau dem Durchschnitt aller Krankenkassen. Ziel ist, Wettbewerbsnachteile von Krankenkassen mit ungünstigen Versichertenstrukturen abzubauen und Anreize für eine höhere Wirtschaftlichkeit zu schaffen. Daher werden im Rahmen dieses Ausgleichs nicht die tatsächlichen Ausgaben der Krankenkassen berücksichtigt, sondern durchschnittliche Leistungsausgaben (sogenannte standardisierte Leistungsausgaben).

Der RSA gleicht folgende strukturbedingte Unterschiede zwischen den Krankenkassen aus:

- **Einnahmeunterschiede** aufgrund der unterschiedlichen Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder einer Krankenkasse (Grundlohnsummen)
- **Belastungsunterschiede** aufgrund
  - unterschiedlicher Verteilung der Morbiditätsrisiken der Versicherten einer Krankenkasse
  - unterschiedlicher Anteile von beitragsfrei versicherten Familienangehörigen.

Zur Erfassung der Morbiditätsrisiken werden die **Risikofaktoren**

- Alter

- Geschlecht
- Bezug einer Erwerbsminderungsrente (= Risikogruppe)
- Einschreibung in ein strukturiertes Behandlungsprogramm für chronisch Kranke [Disease-Management Programm (DMP)]

herangezogen. Hinzu kommt eine leistungsrechtliche Unterscheidung nach dem Krankengeldanspruch. Unterschiede in den Leistungsausgaben, die nicht auf diesen abschließend aufgezählten Risikomerkmale beruhen, sind nicht ausgleichsrelevant.

Familienlasten werden im Risikostrukturausgleich dadurch berücksichtigt, dass alle Berechnungen auf der Ebene des Versicherten und nicht des Mitglieds erfolgen.

## 2 Umsetzung – Überblick über die Berechnungsschritte

Kernelemente des Risikostrukturausgleichs sind die **Finanzkraft** und der **Beitragsbedarf**. Während die Finanzkraft das Potential der Krankenkasse bezeichnet, einkommensabhängige Beiträge zu erheben, gibt der Beitragsbedarf die finanziellen Ressourcen wieder, die eine Krankenkasse durchschnittlich zur Versorgung ihrer Ausgabenrisiken benötigt. Man kann daher den Beitragsbedarf auch als die benötigte Finanzkraft bezeichnen.

Sowohl bei der Berechnung des Beitragsbedarfes, als auch bei der Berechnung der Finanzkraft wird die Versichertenstruktur jeder Krankenkasse rechnerisch dem GKV-Durchschnitt angepasst. Durch einen Vergleich dieser beiden Rechengrößen wird die Höhe des Ausgleichsanspruches bzw. der Ausgleichsverpflichtung aller Krankenkassen im Risikostrukturausgleich ermittelt. Damit ist gewährleistet, dass die einkommensabhängig erhobenen Beiträge der Krankenkassen nach Umverteilung durch den Risikostrukturausgleich als risikoäquivalente Prämien bei den Krankenkassen ankommen. Ist der berechnete Beitragsbedarf einer Krankenkasse größer als ihre Finanzkraft, so ist die Krankenkasse eine Empfängerkasse und erhält die Differenz dieser Größen als Ausgleichsanspruch. Ist hingegen die Finanzkraft größer als der Beitragsbedarf, kommt es zu einer Zahlungsverpflichtung der Krankenkasse im Risikostrukturausgleich. 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.

Das bedeutet:

**Beitragsbedarf > Finanzkraft → Ausgleichsanspruch**  
**Beitragsbedarf < Finanzkraft → Ausgleichsverpflichtung**

## **2.1 Berechnung des Beitragsbedarfes**

### **2.1.1 Erfassung der Leistungsausgaben**

Nicht alle Ausgaben einer Krankenkasse sind im Risikostrukturausgleich berücksichtigungsfähig. Grundsätzlich sind nur Leistungsausgaben und keine Verwaltungsausgaben berücksichtigungsfähig. Auch satzungsgemäße Mehr- und Erprobungsleistungen sowie Leistungen, für die kein Rechtsanspruch besteht, bleiben außen vor. Weiter bleiben Erstattungen und Aufwendungen, die im Risikopool ausgeglichen werden, bei den Berechnungen außer Betracht.

Die berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben werden in neun Hauptleistungsbereichen (HLB) erfasst. Diese sind:

- HLB 1:Ärzte
- HLB 2:Zahnärzte
- HLB 3:Apotheken
- HLB 4:Krankenhäuser
- HLB 5:Sonstige Leistungsausgaben
- HLB 6:Krankengeld
- HLB 7:Nichtärztliche Leistungen der ambulanten Dialyse (seit 2003)
- HLB 8:nicht belegt
- HLB 9:Berücksichtigungsfähige Mehrleistungen für in strukturierte Behandlungsprogramme nach § 137 SGB V eingeschriebene Versicherte (seit 2003)

Der HLB 9 wurde eingeführt, um Vorsorgeleistungen und Rehabilitationsmaßnahmen, die im Rahmen strukturierter Behandlungsprogramme für eingeschriebene chronisch Kranke erbracht werden, berücksichtigen zu können.

Eine genaue Auflistung der im Risikostrukturausgleich berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben und deren Zuordnung zu den Hauptleistungsbereichen findet sich in Anlage 1.1 der Vereinbarung der Spitzenverbände nach § 267 Abs. 7 Nr. 1 und 2 SGB V.

Die Erhebung der Daten erfolgt für die Hauptleistungsbereiche 2 und 5 als Stichprobenerhebung. In den übrigen Hauptleistungsbereichen werden die Daten im Rahmen einer Vollerhebung erfasst.

### 2.1.2 Zuordnung zu den RSA-Zellen

Der Risikostrukturausgleich verfolgt einen sogenannten **Zellenansatz**, d.h. die Leistungsausgaben werden RSA-Zellen zugeordnet, die gemäß den **Risikofaktoren** gebildet werden. Diese Risikofaktoren werden wie folgt in den RSA-Zellen differenziert:

- Krankengeldanspruch:**
- kein Krankengeldanspruch
  - Krankengeldanspruch nach sechs Wochen
  - Krankengeldanspruch nach weniger als sechs Wochen
- Alter:**
- 0 Jahre
  - 1 Jahr
  - 2 Jahre
  - .....
  - 90 Jahre (= 90 und älter)
- Geschlecht:**
- männlich
  - weiblich
- Erwerbsminderungsrentner:**
- ja
  - nein
- Einschreibung in ein strukturiertes Behandlungsprogramm:**
- nein
  - Diabetes mellitus Typ 2
  - Brustkrebs
  - koronare Herzkrankheit
  - Diabetes mellitus Typ 1
  - Asthma bronchial
  - chronisch obstruktive Atemwegserkrankung - COPD -

Ohne strukturierte Behandlungsprogramme errechnen sich insgesamt  $3 \times 91 \times 2 \times 2 = 1.092$  theoretisch mögliche RSA-Zellen. Die Versichertengruppen für Erwerbsminderungsrentner werden nur für die Altersgruppen 35 bis 65 belegt und die Kombination „Bezug einer Erwerbsminderungsrente“ und „erhöhter Krankengeldanspruch“ ist nicht zu berechnen. Damit verbleiben 670 Zellen, innerhalb derer die Leistungsausgaben einer Krankenkasse zu erfassen sind.

Seit dem Jahresausgleich 2003 werden für Versicherte, die sich in ein strukturiertes Behandlungsprogramm nach § 137f SGB V eingeschrieben haben, zusätzliche RSA-Zellen gebildet. Für jedes zu berücksichtigte Programm erhöht sich die Zahl der RSA-Zellen im Jahresausgleich um weitere 670 Zellen. Für das Programm Brustkrebs ergeben sich nur 375 zusätzliche Zellen, da Männer sich nicht in dieses strukturierte Behandlungsprogramm einschreiben dürfen.

Krankenkassen, die sich auf die alten und die neuen Bundesländer erstrecken, haben bis zum Jahr 2007 die Zuordnung zu den vorgenannten RSA-Zellen differenziert nach den Rechtskreisen West und Ost vorzunehmen (vgl. 2.4.2 und 2.4.3)

### **2.1.3 Berechnung der standardisierten Leistungsausgaben**

Neben den Leistungsausgaben ist von den Krankenkassen auch die Zahl ihrer Versicherten in der Differenzierung der RSA-Zellen zu melden. Die Meldung erfolgt auf der Basis von Versichertentagen. Damit kann für jede der vorgenannten Zelle berechnet werden, wie hoch die durchschnittlichen Ausgaben pro Versichertentag waren – die sogenannten **Pro-Tag-Werte** oder auch **standardisierten Leistungsausgaben**.

Für jede Merkmalsausprägung der oben aufgeführten Risikofaktoren kann somit ein Durchschnittswert ermittelt werden. Der Verlauf dieser Pro-Tag-Werte über die Altersstufen hinweg bildet dann die **versicherungsgruppenbezogene Ausgabenprofile**. Sie zeigen typische Verläufe, die sich über die Jahre hinweg nur geringfügig ändern. Die Ausgabenprofile der Vorjahre werden daher vom Bundesversicherungsamt auch zur Plausibilitätsprüfung der Datenmeldungen herangezogen.

Dieselbe Berechnung, die pro RSA-Zelle durchgeführt wird, ist auch über alle Zellen hinweg durchzuführen: d.h. die gemeldeten Gesamtausgaben werden durch alle gemeldeten Versicherungstage aller Krankenkassen dividiert. Das Ergebnis sind die durchschnittlichen berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben je Versichertentag, bzw. der **Hundert-Prozent-Wert**.

**Verhältniszerte** geben die standardisierten Leistungsausgaben jeder einzelnen RSA-Zelle in Prozent bezogen auf den Hundert-Prozent-Wert wieder. Mit der Berechnung der Verhältniszerte gewinnt das Bundesversicherungsamt eine Steuerungsvariable, die schnell angepasst werden kann. Kommt es zum Beispiel zu einer allgemeinen Ausgabenerhöhung im

Gesundheitswesen, so kann diese durch eine Erhöhung des Hundert-Prozent-Wertes im monatlichen Verfahren bei konstanten Verhältniswerten berücksichtigt werden.

#### **2.1.4 Beitragsbedarf**

Für die Berechnung des kassenindividuellen Beitragsbedarfs einer Krankenkasse sind über alle Versichertengruppen hinweg die Versichertenzeiten der Krankenkassen mit den berechneten standardisierten Leistungsausgaben der jeweiligen RSA - Zelle zu multiplizieren. Die Summe hieraus ergibt den Beitragsbedarf, den die jeweilige Krankenkasse aus dem Risikostrukturausgleich zugewiesen bekommt.

Insgesamt erhält die Krankenkasse für jeden Versicherten den Geldbetrag zugewiesen, der GKV-durchschnittlich – gemessen an den im RSA berücksichtigten Risikomerkmale – zu seiner Versorgung notwendig war, so dass Selektionsanreize für die Krankenkassen weitgehend entfallen. Beitragsfrei mitversicherten Familienangehörigen z.B. wird ein Beitragsbedarf im gleichen Umfang wie beitragszahlenden Mitgliedern zugewiesen.

Wenn Krankenkassen einen Versicherten günstiger als im GKV-Durchschnitt versorgen können – d.h. bleiben die tatsächlichen Leistungsausgaben unter dem Beitragsbedarf – verbleibt der „Deckungsbetrag“ bei der entsprechenden Krankenkasse.

## **2.2 Berechnung der Finanzkraft**

### **2.2.1 Ermittlung des Ausgleichsbedarfssatzes**

Zur Ermittlung der Finanzkraft einer Krankenkasse wird zunächst der GKV-weite **Ausgleichsbedarfssatz (ABS)** berechnet. Hierfür wird die Summe der berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben über alle GKV-Versicherten ins Verhältnis zu den beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder aller Krankenkassen (Grundlohnsumme) gesetzt. Der so ermittelte Ausgleichsbedarfssatz ist daher ein fiktiver GKV-weiter durchschnittlicher Beitragssatz zur Finanzierung der im RSA berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben.

### **2.2.2 Finanzkraft einer Krankenkasse**

Die **Finanzkraft** der einzelnen Krankenkasse ergibt sich aus der Multiplikation der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder einer Krankenkasse mit dem für alle Krankenkassen gültigen Ausgleichsbedarfssatz. Die so ermittelte Finanzkraft entspricht dem Anteil der



beitragspflichtigen Einnahmen, den die Krankenkasse zur Finanzierung des bundesweiten Risikostrukturausgleichs erbringen muss.

Dadurch, dass der einheitliche Ausgleichsbedarfssatz angesetzt wird, und nicht der kassenindividuelle Beitragssatz, stellt das Bundesversicherungsamt sicher, dass jeder Beitragszahler im gleichen Maße zur Finanzierung der GKV-weiten Solidaraufgaben herangezogen wird. Außerdem unterliegt der rechnerische Ausgleichsbedarfssatz gegenüber einem durchschnittlichen Beitragssatz keinen beitragsatzpolitischen Einflüssen.

### **2.3 Gegenüberstellung von Beitragsbedarf und Finanzkraft**

Vereinfacht kann gesagt werden, dass jede Krankenkasse ihre Finanzkraft in den Risikostrukturausgleich abführen muss, aber andererseits aus dem Risikostrukturausgleich ihren Beitragsbedarf überwiesen bekommt. Hieraus wird ersichtlich, dass die Finanzkraft in der Summe über alle Krankenkassen genau der Summe der Beitragsbedarfe entsprechen muss.

Tatsächlich werden die beiden Zahlungsströme miteinander saldiert. Ist der Beitragsbedarf einer Krankenkasse größer als die Finanzkraft wird die Krankenkasse zu einer Empfängerkasse, d.h. die Krankenkasse hat einen Ausgleichsanspruch in der Höhe der Differenz zwischen Beitragsbedarf und Finanzkraft. Ist umgekehrt die Finanzkraft größer als der Beitragsbedarf wird die Krankenkasse zur Zahlerkasse und muss einer entsprechenden Ausgleichsverpflichtung nachkommen.

## **2.4 Verfahren**

### **2.4.1 Praktische Abwicklung**

Die praktische Umsetzung des Risikostrukturausgleichs erfolgt in einem zweistufigen Verfahren. Im monatlichen Verfahren werden voraussichtliche Werte für den Beitragsbedarf und die Finanzkraft angesetzt. Der sich ergebende Saldo wird monatlich mit der Deutschen Rentenversicherung Bund (ehemals Bundesversicherungsanstalt für Angestellte – BfA) abgerechnet und unter Verrechnung mit den Beiträgen aus Renten abgewickelt. Zweimal im Jahr, im September, wenn die vorläufigen Rechnungsergebnisse für das erste Halbjahr vorliegen, und im März des Folgejahres, wenn die vorläufigen Rechnungsergebnisse für das Jahr vorliegen, werden die Abschlagszahlungen neu berechnet (Zwischenausgleich). Nach Ablauf des Kalenderjahres werden der Beitragsbedarf und die Finanzkraft aus den für dieses Jahr erstellten Geschäfts- und Rechnungsergebnissen, sowie erforderlichen Datenmeldungen für

den Risikostrukturausgleich (Versicherungszeiten und Leistungsausgaben) endgültig ermittelt. Die im monatlichen Abschlagsverfahren und in den Zwischenausgleichen geleisteten Abschlagszahlungen werden hierbei berücksichtigt. Auch im Jahresausgleich wurde die Durchführung des Zahlungsverkehrs an die Deutsche Rentenversicherung Bund übertragen.

#### **2.4.2 Datenmeldungen**

Die Datenmeldungen im Risikostrukturausgleich sind von den Krankenkassen als sogenannte „Satzarten“ zu liefern:

- Meldungen der Versichertenzeiten („Satzart 40“)
- Meldungen der Leistungsausgaben ohne Krankengeld („Satzart 41“)
- Meldungen des Krankengeldes und der Krankengeldtage („Satzart 42“)
- sowie die Geschäfts- und Rechnungsergebnisse („KJ1“)
  - Sonderdatensatz über auf Hauptleistungsbereiche aggregierte Ausgaben und Erstattungen gemäß den Jahresrechnungen KJ1 („Satzart 43“)

Die Meldungen der Versicherungszeiten und der Leistungsausgaben erfolgen in der Systematik der RSA-Zellen. Die getrennte Meldung des Krankengeldes erfolgt aus historischen Gründen.

### **2.4.3 Gesamtdeutscher RSA**

Bei Einführung des RSA in 1994 wichen Grundlohnsummen und Leistungsausgaben in den alten und neuen Bundesländern erheblich voneinander ab. Es waren daher für die Rechtskreise Ost und West getrennte Ausgleichbedarfsätze sowie getrennte standardisierte Leistungsausgaben zu ermitteln. Aufgrund des niedrigeren Lohnniveaus in den neuen Bundesländern ermittelte sich hier ein höherer Ausgleichsbedarfssatz. Die standardisierten Leistungsausgaben hingegen waren infolge des geringeren Ausgabenniveaus niedriger als in den alten Bundesländern.

Seit nunmehr 1999 wird zur Berechnung der Finanzkraft der Krankenkassen ein einheitlicher Ausgleichsbedarfssatz für die Rechtskreise Ost und West ermittelt und angewandt.

Auch die Berechnung des Beitragsbedarfes der Krankenkassen soll grundsätzlich seit dem Jahr 2001 für die Krankenkassen in den alten und neuen Bundesländern auf Grundlage einheitlicher standardisierter Leistungsausgaben erfolgen. Da das altersspezifische Ausgabenniveau in den beiden Rechtskreisen jedoch noch voneinander abwich, wurde der gesamtdeutsche Risikostrukturausgleich für den Beitragsbedarf stufenweise eingeführt.

Bis zur endgültigen Rechtsangleichung im Jahre 2007 waren daher die Verhältniswerte, die standardisierten Leistungsausgaben sowie der Beitragsbedarf nicht nur für den Bereich Bund, sondern auch weiterhin getrennt nach den Rechtskreisen Ost und West zu ermitteln. Die finanziellen Auswirkungen des gesamtdeutschen RSA, d.h. die Differenz zwischen der Bundberechnung und einer nach Rechtskreis getrennten Berechnung (in der Regel zu Lasten der West-Krankenkassen und zu Gunsten der Ost-Krankenkassen), wurden im Jahresausgleich mit einem Gewichtungsfaktor berücksichtigt. Dieser Gewichtungsfaktor stieg ausgehend von 25 Prozent im Jahr 2001 jährlich um 12,5 Prozentpunkte an. Die endgültige Rechtsangleichung war damit im Jahresausgleich 2007 erreicht.

### **2.4.4 Korrekturverfahren**

Der Risikostrukturausgleich wird jährlich – bezogen auf das Kalenderjahr - durchgeführt. Unterjährig sind keine Korrekturen des Jahresausgleichs möglich. Diese werden im nächsten Jahresausgleich nach den dafür geltenden Vorschriften berücksichtigt.

Allerdings sind alle Krankenkassen verpflichtet, die Versicherungszeiten jährlich nicht nur für das jeweilige Berichtsjahr, sondern darüber hinaus für das erste und das fünfte vor dem Berichtsjahr liegende Jahr zu ermitteln (Obligatorische Korrekturjahre).

Ergeben sich Korrekturnotwendigkeiten in den Versicherungszeiten einer Krankenkasse für das zweite bis vierte vor dem Berichtsjahr liegende Jahr, sind für diese korrekturbedürftigen Jahre von der jeweiligen Krankenkasse die Versicherungszeiten ebenfalls erneut als Datensatz zu liefern (Fakultative Korrekturjahre).

Korrekturen bei den standardisierten Leistungsausgaben werden im Rahmen der Geschäfts- und Rechnungsergebnisse (KJ1) in der dafür vorgesehenen Korrekturspalte gebucht. Korrekturen der beitragspflichtigen Einnahmen werden hingegen in das laufende Beitragsoll gebucht.

Für weiter zurückliegende Jahre dürfen Korrekturen der Versicherungszeiten nur in vom Bundesversicherungsamt festgestellten Ausnahmefällen umgesetzt werden.

### **3 Rechtliche Grundlagen**

Die rechtlichen Grundlagen des Risikostrukturausgleichsverfahren finden sich in § 266 ff SGB V sowie der Risikostrukturausgleichsverordnung (RSAV). Für die Durchführung der Datenerhebung regeln die Spitzenverbände der am Risikostrukturausgleich beteiligten Krankenkassen das Nähere in einer Vereinbarung nach § 267 Abs. 7 Nr. 1 und 2 SGB V.