



Bundesversicherungsamt

Kurzbericht über den Jahresausgleich 2003 im Risikostrukturausgleich

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

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis.....	2
1 Einführung.....	3
2 Datenmeldungen.....	4
2.1 Versicherungszeiten	4
2.2 Leistungsausgaben.....	6
2.3 Geschäfts- und Rechnungsergebnisse.....	9
2.4 Sonstige Berechnungsgrundlagen.....	10
3 Rechnungsergebnisse	11
3.1 Standardisierte Leistungsausgaben.....	11
3.2 Ausgleichszahlungen im Risikostrukturausgleich	11
3.3 Ausgleichszahlungen im Risikopool.....	14
3.4 Strukturierte Behandlungsprogramme	17
3.5 Rechtskreistransfer	19
4 Auswirkungen der Verfahren.....	25
4.1 Beitragsbedarfsüber- und -unterdeckungen	25
4.2 Beitragssatzeffekte	27
4.3 Profilverläufe	30

1 Einführung

Am 5. November 2004 hat das Bundesversicherungsamt die Ausgleichszahlungen im Rahmen des Risikostrukturausgleichs (RSA) – Jahresausgleich 2003 – festgestellt und den Krankenkassen per Bescheid mitgeteilt. Zeitgleich wurden auch die Ausgleichszahlungen für den Risikopool festgestellt.

Der Risikostrukturausgleich ist ein kassenübergreifender Finanzausgleich, der die unterschiedlichen Risikostrukturen der Krankenkassen – gemessen an den Morbiditätsfaktoren Alter, Geschlecht und Bezug einer Erwerbsminderungsrente sowie den Ausgleichsfaktoren Zahl der beitragsfrei mitversicherten Familienangehörigen und den beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder – ausgleicht. Im Rahmen des Ausgleichs werden nicht die Ist-Ausgaben einer Krankenkasse, sondern standardisierte Ausgabenprofile ausgeglichen. Verwaltungskosten und Satzungsleistungen werden dabei nicht berücksichtigt. Der Risikostrukturausgleich wurde im Jahr 1994 als Voraussetzung zur Einführung der Kassenwahlfreiheit ab dem Jahr 1996 eingeführt, um sicherzustellen, dass der Wettbewerb in der Gesetzlichen Krankenversicherung zu einer effizienten Versorgung aller Versicherten führt und nicht zu einem unsolidarischen Wettbewerb um junge, gesunde und gutverdienende Versicherte. Ergänzend zum Risikostrukturausgleich werden seit dem Jahr 2002 besonders aufwändige Leistungsfälle über den Risikopool solidarisch finanziert.

Erstmals waren im Jahresausgleich 2003 für in Strukturierte Behandlungsprogramme („Disease-Management-Programme – DMP“) eingeschriebene Versicherte eigene Versichertengruppen zu bilden.

Am Risikostrukturausgleich nehmen alle gesetzlichen Krankenkassen mit der Ausnahme der landwirtschaftlichen Krankenkassen teil. Im Gegensatz zu den Vorjahren, in denen der Jahresausgleich auf dem Fusionsstand 1.1. des Ausgleichsjahres beschieden wurde, wurden die Krankenkassen im Jahresausgleich 2003 auf dem Fusionsstand 31.12.2003 beschieden.¹ Insgesamt nahmen an diesem Jahresausgleich 299 Krankenkassen teil (Vorjahr: 341). Im Übergang bis zum Jahr 2007 werden die Krankenkassen, die in beiden Rechtskreisen tätig sind, noch getrennt beschieden. Im Rechtskreis West wurden demnach 287 Krankenkassen (Vorjahr: 324), im Rechtskreis Ost 145 Krankenkassen (Vorjahr: 148) beschieden.

Die folgenden Ausführungen beziehen sich auf das Jahr 2003. Die Entwicklung der Daten im Jahr 2004 ist nicht berücksichtigt.

¹ Aufgrund der 8. Verordnung zur Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung vom 19. Dezember 2003 wurde der Fusionsstand der Bescheidung geändert, da der technische Aufwand für die ansonsten notwendigen getrennten Datenmeldungen im Risikopool sehr groß gewesen wäre.

2 Datenmeldungen

2.1 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 2003 wurden insgesamt 25.555.667.915 Versichertentage gemeldet, dies entspricht etwa 70,0 Millionen Versicherten. Gegenüber dem Vorjahr bedeutet dies einen leichten Rückgang um etwa 95 Millionen Tage (ca. 260.000 Versicherte). Bei den **Anteilen der Kassenarten**² setzten sich die Verschiebungen der Vorjahre fort. Der Anteil der Betriebskrankenkassen stieg von 19,0 % im Jahr 2002 auf 20,8 % an, während die Anteile der Ortskrankenkassen und Angestellten-Ersatzkassen von 37,1 % bzw. 33,4 % auf 36,7 % bzw. 32,0% sanken. Im Jahr 1995 betrug der Anteil der Ortskrankenkassen noch 43,5 %, der der Angestellten-Ersatzkassen noch 35,5% und der der Betriebskrankenkassen 11,0 % (vgl. Tabelle 1).

Kassenart	Anzahl	Anteil	Anteil EM-Rentner	Frauenanteil	Ohne KG-Anspruch	Altersschnitt
AOK	17	36,7 %	3,6 %	52,7 %	61,7 %	44,5
BKK	248	20,8 %	1,4 %	50,0 %	47,7 %	37,8
BKN	1	2,0 %	4,5 %	51,8 %	84,8 %	59,7
EAN	7	32,0 %	2,2 %	58,8 %	54,5 %	41,1
EAR	5	2,0 %	1,9 %	43,7 %	49,8 %	37,3
IKK	20	6,4 %	2,5 %	43,2 %	48,9 %	36,9
SEE	1	0,1 %	3,6 %	36,6 %	66,8 %	51,7
GKV	299	100,0 %	2,6 %	53,5 %	55,9 %	41,7

Tabelle 1: Zahl und Struktur der Krankenkassen im Jahr 2003

Zu den im Risikostrukturausgleich berücksichtigten Merkmalen gehört auch die Anerkennung als **Erwerbsminderungsrentner**. Nach der Datenmeldung des Jahres 2003 waren 2,6 % der GKV-Versicherten Erwerbsminderungsrentner, eine Quote, die seit der Einführung des Risikostrukturausgleichs relativ konstant geblieben ist. Allerdings divergiert die Aufteilung auf die Kassenarten erheblich. Während 4,6 % der Versicherten der Bundesknappschaft und 3,6 % der Versicherten einer Ortskrankenkasse eine Erwerbsminderungsrente beziehen, liegt die Quote bei den Betriebskrankenkassen bei 1,4 %. Auch die Angestellten-Ersatzkassen liegen mit ei-

² Es werden folgende Abkürzungen verwendet: AOK = Allgemeine Ortskrankenkassen, BKK = Betriebskrankenkassen, BKN = Bundesknappschaft, EAN = Angestellten-Ersatzkassen (VdAK), EAR = Arbeiter-Ersatzkassen (AEV), IKK = Innungskrankenkassen, SEE = See-Krankenkasse.

nem Anteil von 2,2 % unter dem Durchschnitt. 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 1,5 %.

Im ersten Jahr der Berücksichtigung waren die Anteile der **in ein strukturiertes Behandlungsprogramm eingeschriebenen Versicherten** vernachlässigbar. Lediglich für GKV-weit 0,2 % der Versicherten lag dieses Merkmal vor: Dies entspricht in etwa 136.000 Personen im Jahresdurchschnitt. Lediglich die Bundesknappschaft wies mit 0,7 % eine etwas höhere Quote auf. Etwa 2.500 dieser Versicherten waren in ein Programm für Brustkrebs eingeschrieben, wobei die Zulassungen im Jahr 2003 auf Nordrhein-Westfalen begrenzt waren.

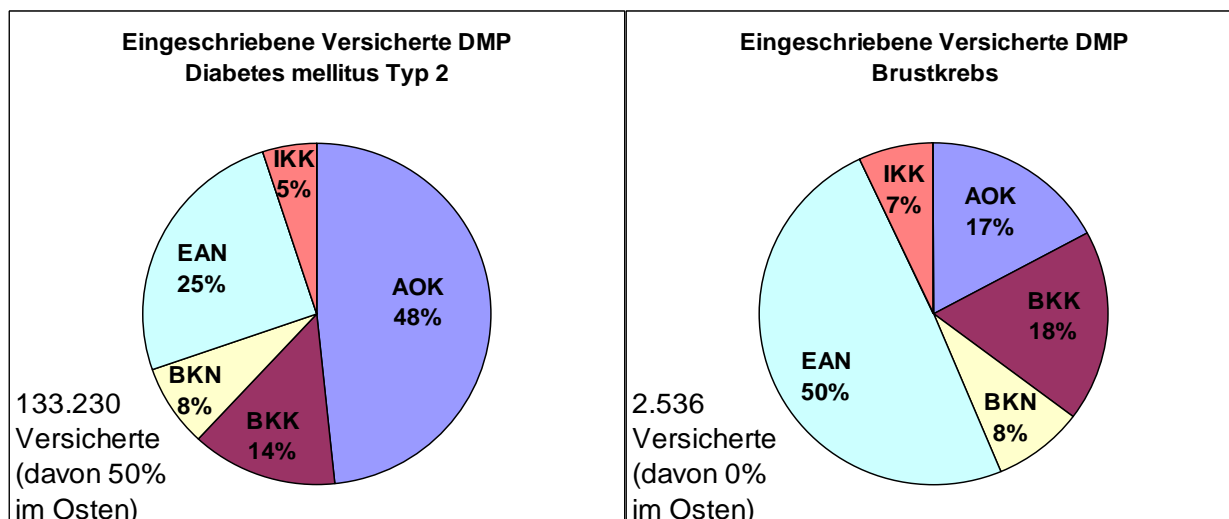


Abbildung 1: DMP-Versicherte nach Kassenart im Jahresausgleich 2003

Die restlichen DMP-Versicherten waren in ein Programm für Diabetes mellitus Typ 2 eingeschrieben. Hier lagen flächendeckende Zulassungen vor. Die Anteile der Kassenarten können der Abbildung 1 entnommen werden. Es bestehen jedoch erhebliche Abweichungen zwischen den Rechtskreisen. Während die Ortskrankenkassen 66,3 % der im Rechtskreis Ost eingeschriebenen Diabetiker versichern – bei einem Anteil von 41,1 % der Versicherten in diesem Rechtskreis – liegt ihr Anteil im Rechtskreis West lediglich bei 29,4 % (Versichertenanteil 35,8%).

Auch in Bezug auf die Merkmale **Alter und Geschlecht** lassen sich erhebliche Unterschiede zwischen den Kassenarten feststellen. Während 53,3 % der GKV-Versicherten Frauen sind, liegt der Anteil der Frauen bei der See-Krankenkasse bei 36,6 %, bei den Innungskrankenkassen und den Arbeiter-Ersatzkassen unter 44 %. Lediglich die Angestellten-Ersatzkassen weisen mit 58,8 % eine überdurchschnittliche Frauenquote auf. Versicherte der Bundesknappschaft sind mit einem Durchschnittsalter von 59,7 Jahren und der See-Krankenkasse mit 51,7 Jahren

älter als der GKV-Durchschnitt (41,7 Jahre).³ Auch Versicherte der Ortskrankenkassen sind mit 44,5 Jahren älter als der Durchschnitt. Die Innungskrankenkassen, Betriebskrankenkassen und Arbeiterersatzkassen versichern mit einem Altersschnitt von etwa 37 Jahren ein überdurchschnittlich junges Klientel.

Schließlich wird im Risikostrukturausgleich mit dem **Krankengeldanspruch** noch eine leistungsrechtliche Differenzierung berücksichtigt. GKV-durchschnittlich haben 55,9 % der Versicherten keinen Krankengeldanspruch, wobei Rentner und mitversicherte Familienangehörige einbezogen sind. Betriebskrankenkassen, Arbeiter-Ersatzkassen und Innungskrankenkassen versichern unterdurchschnittlich viele Versicherte ohne Krankengeldanspruch, bei den Ortskrankenkassen, der Bundesknappschaft und der See-Krankenkasse liegt die Quote – aufgrund des hohen Rentner-Anteils – entsprechend höher.

2.2 Leistungsausgaben

Im Jahresausgleich 2003 waren Leistungsausgaben in Höhe von 130.471.537.240 Euro berücksichtigungsfähig. Zu den **berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben** gehören nicht die Satzungs- und Ermessensleistungen der Krankenkassen. Auch Verwaltungskosten sowie die von Dritten erstatteten Ausgaben werden nicht im Risikostrukturausgleich berücksichtigt. Allerdings waren im Jahresausgleich 2003 erstmalig 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. Hierbei handelte es sich um 697.354 Euro.⁴ Darüber hinaus sind erstmalig 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 Spitzenverbände der am Risikostrukturausgleich beteiligten Krankenkassen

³ Die Berechnung des Durchschnittalters 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.

⁴ Aufgrund der rückwirkenden Zulassung der meisten strukturierten Behandlungsprogramme für das Jahr 2003 konnten hier keine Profile ermittelt werden. Eine Berücksichtigung dieses Betrages erfolgte nur pauschal über die Summe der berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben im Korrekturfaktor, so dass keine gezielte Zuordnung zu den DMP-Versichertengruppen erfolgte.

haben sich auf eine Pauschale von 0,23 Euro je Versichertentag geeinigt, die über den Ausgleichsbedarfssatz finanziert wird. Im Jahr 2003 machte die Programmkostenpauschale in der Summe 11.493.136 Euro aus. Da es sich um eine Pauschale handelt, können hieraus keine Schlüsse auf die tatsächlichen Programmkosten für die strukturierten Behandlungsprogramme gezogen werden.

Im Jahr 2003 reduzierten die neu eingeführten **Arzneimittelrabatte** in Höhe von 3.219.181.700 Euro die Brutto-Arzneimittelausgaben von 27.078.585.360 Euro. Von den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben werden auch die **im Risikopool ausgeglichenen Leistungsausgaben** in Höhe von 4.577.243.234 Euro abgezogen.

Die berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben werden in sieben **Hauptleistungsbereichen** erfasst.⁵ 19,1 % der Ausgaben entfielen auf die Ärzte, 9,2% auf die Zahnärzte, 18,2 % auf die Apotheken, 35,1 % auf die Krankenhäuser, 4,9 % auf das Krankengeld und 12,6 % auf die Sonstigen Leistungsausgaben. Auf den neu eingeführten Hauptleistungsbereich „nichtärztliche Leistungen der ambulanten Dialyse“ entfielen 0,9 % der berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben. Dieser Hauptleistungsbereich wurde neu eingerichtet, um die im Jahr 2003 erstmalig im Risikopool ausgleichsfähigen ambulanten Dialysesachkosten entsprechend aus dem Risikostrukturausgleich bereinigen zu können. In den Vorjahren waren die hier gebuchten Ausgaben in den Hauptleistungsbereichen Ärzte und Sonstige Leistungsausgaben, zum Teil aber auch bei den Krankenhäusern zu finden. Bei Zeitreihenbetrachtungen ist dies zu beachten.

Für die Zwecke des Risikostrukturausgleichs erfolgt eine Erfassung der Leistungsausgaben zusätzlich in der Differenzierung der nach den Merkmalen Alter, Geschlecht, Erwerbsminderungsrentenstatus, Krankengeldanspruch und Einschreibung in ein strukturiertes Behandlungsprogramm gebildeten Versicherungsgruppen. Insgesamt erhöht sich dadurch die Zahl der Versicherungsgruppen („RSA-Zellen“) von 670 auf 1.675 (siehe nachfolgenden Exkurs).

⁵ Hinzu kommt der Hauptleistungsbereich „Berücksichtigungsfähige Mehrleistungen DMP“, für den im Jahresausgleich 2003 keine Profile ermittelt werden konnten. Auf die Einführung des ursprünglich vorgesehenen Hauptleistungsbereichs „Sterbegeld“ wurde aufgrund der leistungsrechtlichen Änderungen verzichtet.

Exkurs: Zahl der „RSA-Zellen“

Die Erfassung der Leistungsausgaben ohne Krankengeld erfolgte ursprünglich – d.h. vor Einbindung der strukturierten Behandlungsprogramme – wie folgt: Für Nicht-Erwerbsminderungsrentner werden 91 Alterszellen jeweils für Männer und Frauen gebildet. Erwerbsminderungsrentner werden in 31 Altergruppen (35 bis 65 Jahre) jeweils für Männer und Frauen eingeteilt. Im Ergebnis werden für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld 244 Versicherten- gruppen (RSA-Zellen) gebildet. Hinzu kommen Aufschläge für das Krankengeld. Bei Nicht-Erwerbsminderungsrentnern existiert die Differenzierung „kein Krankengeldanspruch“, „Krankengeldanspruch nach sechs Wochen“ und „Krankengeldanspruch nicht nach sechs Wochen“. Die Zahl der RSA-Zellen wird so verdreifacht. Bei Erwerbsminderungsrentnern wird nur danach differenziert, ob ein Krankengeldanspruch existiert oder nicht. Hier verdoppelt sich die Zahl der Zellen. Im Ergebnis ($3 \times 2 \times 91 + 2 \times 2 \times 31$) kommt man zu den 670 Zellen.

Für jedes strukturierte Behandlungsprogramm nach § 137f SGB V erhöht sich die Zahl der RSA-Zellen im Jahresausgleich um weitere 244 Zellen ohne Krankengelddifferenzierung bzw. 670 Zellen mit Krankengeld. Für das Programm Brustkrebs ergeben sich nur 122 bzw. 375 zusätzliche Zellen, da Männer sich nicht in dieses strukturierte Behandlungsprogramm einschreiben dürfen. Zusammen mit Diabetes mellitus Typ 2 kommt man so auf 610 bzw. 1.675 Zellen.

In den drei Hauptleistungsbereichen „Ärzte“, „Zahnärzte“ und „Sonstige Leistungsausgaben“ erfolgt die Erfassung im Rahmen einer Stichprobe, die 3,2 % der Versicherten (2,5 % im Rechtskreis West und 6,3 % im Rechtskreis Ost) erfasst. Die übrigen Hauptleistungsbereiche werden von den Krankenkassen im Rahmen einer Vollerhebung erfasst.⁶

Bei den Krankenkassen, die an das Softwaresystem ISKV angeschlossen sind (Betriebs- und Innungskrankenkassen, sowie einige kleinere Ersatzkassen), kam es zu einer fehlerhaften Erfassung der Stichprobenversicherungszeiten bei den Versicherten bis 21 Jahre im Rechtskreis West. Hinzu kam eine fehlerhafte Erfassung der Kieferorthopädieausgaben im Hauptleistungsbereich Zahnärzte. Aus diesem Grund wurde im Einvernehmen mit allen Spitzenverbänden der am Risikostrukturausgleich beteiligten Krankenkassen beschlossen, die Ausgabenprofile in den Hauptleistungsbereichen Ärzte (Rechtskreis West) und Zahnärzte (Rechtskreise West und Ost) durch die entsprechenden Profile aus dem Jahresausgleich 2002 zu ersetzen, da eine Neumeldung die Jährlichkeit der RSA-Durchführung gefährdet hätte. Diese Profile wurden im Niveau an das Ausgabenniveau des Jahres 2003 angepasst; außerdem wurden die durch die Ausgliederung der ambulanten Dialysesachkosten verursachten Verschiebungen berücksichtigt. Im Hauptleistungsbereich Sonstige Leistungsausgaben trat diese Problematik nicht auf, da die

⁶ 108 – zumeist kleine – Betriebskrankenkassen konnten im Hauptleistungsbereich Apotheken keine Vollerhebung durchführen und lieferten Stichproben-Ergebnisse. Diese Werte wurden nicht in die Berechnung der standardisierten Leistungsausgaben einbezogen.

Krankenkassen hier die Ausgaben durch einen Abgleich mit den Stichprobenversichertentagen selektieren.

Auch die Erfassung der Leistungsausgaben für die neuen, für in strukturierte Behandlungsprogramme eingeschriebene Versicherte gebildeten Versicherungsgruppen war in den Stichprobenbereichen mit Problemen behaftet. Grund hierfür war, dass der größte Teil dieser Programme erst im Kalenderjahr 2004 rückwirkend für das Jahr 2003 zugelassen wurde. Die Durchführung der Stichprobe erfolgt aber durch ein Merkmal auf der Krankenversichertenkarte, die erst nach der Zulassung mit dem geänderten Merkmal ausgegeben werden darf, so dass hier keine rückwirkende Erfassung erfolgen konnte. Die Folge war, dass für diese Versicherten eine erhebliche Untererfassung der Leistungsausgaben zu verzeichnen war. Um eine valide Datengrundlage zu gewährleisten, hat das Bundesversicherungsamt auf eine Differenzierung der Ausgabenprofile zwischen den DMP-Versicherten und den Nicht-DMP-Versicherten in den Stichprobenbereichen verzichtet. Die Erfassung der Leistungsausgaben für DMP-Versicherte in den Vollerhebungsbereichen war hingegen vollständig, so dass hier getrennte Ausgabenprofile berechnet werden konnten.

2.3 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 2003 lag die Summe der beitragspflichtigen Einnahmen (Grundlohnsumme) bei 759.347.926.517 Euro. Hinzu kommt die Rentensumme in Höhe von 195.234.674.297 Euro. Damit ist die Grundlohnsumme gegenüber dem Vorjahr um 1,9 % gesunken, während die Rentensumme um 4,7 % gestiegen ist. Grund für diese Umschichtung ist ein Wechsel von über einer Million Versicherten aus der freiwilligen Versicherung in die Krankenversicherung der Rentner aufgrund einer Änderung der Zugangsvoraussetzung. Insgesamt ist die Gesamtsumme der beitragspflichtigen Einnahmen um 0,6 % gesunken.

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 Bundesknappschaft als zentrale Einzugsstelle hier für den Beitragseinzug zuständig. Die so eingenommenen Pauschalbeiträge zur Krankenversicherung werden dann über den Risikostrukturausgleich an die Krankenkassen ausgeschüttet. Eine gesonderte Verbuchung in den Geschäfts- und Rechnungsergebnissen erfolgt nicht mehr. Die Geschäfts- und Rechnungsergebnisse wiesen für 2003 noch Beitragseinnahmen der Krankenkassen in Höhe von 275.476.733 Euro aus. Dieser Betrag wird von den Krankenkassen in den Risikostrukturausgleich eingezahlt und über eine Absenkung des Ausgleichsbedarfssatzes an die Krankenkassen gemäß der Fi-

nanzkraft verteilt. Hinzu kommt der zentrale Beitragseinzug bei der Bundesknappschaft in Höhe von 884.012.355 Euro.⁷

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 2003 flossen hier immerhin noch 14.663.427 Euro.

Schließlich werden auch **Korrekturen** der berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben für Vorjahre gemeldet. Mit per Saldo –40.568 Euro waren diese aber vernachlässigbar gering.

2.4 Sonstige Berechnungsgrundlagen

Folgende Daten gehen noch 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 2003 ging es hierbei um 1.501.560 Euro. Die Säumniszuschläge in Höhe von 2.597.193 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 der Gesetzlichen Krankenversicherung als Ganzes über den Risikostrukturausgleich ausgeschüttet, da diese aufgrund der damaligen Regelungen keiner einzelnen Krankenkasse zugerechnet werden können. Hier waren 2003 noch 7.221.464 Euro zu verzeichnen.

⁷ Mit der Umstellung von dezentralen auf den zentralen Beitragseinzug erfolgt die Verbuchung nicht mehr nach dem Für-Prinzip, sondern nach dem Zuflussprinzip. Dies bedeutet, dass im Jahr 2003 einmalig nur 11 Monate Einnahmen verbucht wurden. Es handelt sich hierbei um eine Buchungsfrage; der liquiditätsmäßige Zufluss ist hiervon unberührt.

3 Rechnungsergebnisse

3.1 Standardisierte Leistungsausgaben

Neben der Einführung der neuen Versicherungsgruppen für in strukturierte Behandlungsprogramme eingeschriebene Versicherte war eine weitere wesentliche Änderung im Berechnungsverfahren der standardisierten Leistungsausgaben die Berücksichtigung der Arzneimittelrabatte. Um die Arzneimittelrabatte berücksichtigen zu können, werden die von den Krankenkassen brutto gemeldeten Daten in einem ersten Schritt um Erstattungen und Arzneimittelrabatte bereinigt. In den bisherigen Jahresausgleichen erfolgte die Berücksichtigung der Erstattungen zu einem späteren Zeitpunkt im Rahmen der Hochrechnungsverfahren.

Insgesamt betragen die berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben je Versicherten im Jahresausgleich 2003 1.794 Euro. Die im Risikopool ausgeglichenen Ausgabenanteile sind dabei nicht berücksichtigt. Für Erwerbsminderungsrentner betrug der entsprechende Wert 6.020 Euro. Versicherte, die in ein strukturiertes Behandlungsprogramm für Diabetes mellitus Typ 2 eingeschrieben waren, verursachten durchschnittliche berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben in Höhe von 3.877 Euro; bei Brustkrebs lag der Wert bei 5.198 Euro. Diese Durchschnittswerte schwanken aber erheblich mit den Ausgleichsfaktoren Alter und Geschlecht. Die Ausgabenprofile nach Alter und Geschlecht für die einzelnen Versichertengruppen sind als Abbildungen 7 bis 10 am Ende des Berichts beigefügt.

3.2 Ausgleichszahlungen im Risikostrukturausgleich

Zur Finanzierung der Beitragsbedarfe der Krankenkassen sowie sonstiger im Risikostrukturausgleich berücksichtigten Komponenten⁸ wird der Ausgleichsbedarfssatz als Hebesatz auf die beitragspflichtigen Einnahmen (Grundlohnsumme und Rentensumme) der einzelnen Krankenkassen erhoben. Im Jahresausgleich 2003 betrug er 13,06 %. 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. Dadurch werden Krankenkassen zu „Nettozahlern“ oder „Nettoempfängern“ im Risikostrukturausgleich.⁹ Damit wird gewährleistet, dass die einkommensabhängig erhobenen Beiträge der Krankenkassen-

⁸ Korrekturen der Beitragsbedarfe aus Vorjahren, Krankengeld und Beiträge aus Nachzahlungen, DMP-Vorhaltekosten und DMP-Verwaltungskostenpauschalen abzüglich Säumniszuschläge, KVdR-Beiträge nach altem Recht und Beiträge aus geringfügiger Beschäftigung.

⁹ 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 Empfängergruppen bezieht sich auf ein rechnerisches Zahlungssaldo und spielt daher in der Systematik des Risikostrukturausgleichs keine Rolle.

sen nach Umverteilung durch den Risikostrukturausgleich als risikoäquivalente Prämien bei den Krankenkassen ankommen. Durch die Standardisierung der Leistungsausgaben haben die tatsächlichen Ausgaben der Krankenkasse keinen unmittelbaren Einfluss auf den erhaltenen Beitragsbedarf; hierdurch werden die Wirtschaftlichkeitsanreize für die Krankenkassen gewahrt.

Die Ausgleichsforderungen und -verpflichtungen führen zu einem Transfervolumen, das über alle Krankenkassen¹⁰ 15,1 Milliarden Euro ausmacht (vgl. Tabelle 2). Diese Zahl gibt das auf Kassenebene ermittelte Transfervolumen wieder, entsprechend der Konzept des RSA als Ausgleich zwischen den Krankenkassen. Bezogen auf die Ebene der Kassenarten zeigt sich, dass die Ortskrankenkassen und die beiden Sonderversicherungssysteme eindeutig Empfängerkassen sind, während sich die übrigen Kassenarten sowohl aus Empfänger-, als auch Zahlerkassen zusammensetzen. Das auf Kassenartenebene ermittelte Transfervolumen beträgt 14,1 Milliarden Euro.

Die in Tabelle 2 ausgewiesene Differenz zwischen Ausgleichsforderungen und -verpflichtungen in Höhe von 892 Millionen Euro ergibt sich aus der über den Ausgleichsbedarfssatz laufenden Verrechnung der zentral eingezogenen Beitragseinnahmen aus geringfügiger Beschäftigung (siehe Abschnitt 2.3), den KVdR-Beiträgen nach altem Recht und den Säumniszuschlägen, die der Gesetzlichen Krankenversicherung zustehen, abzüglich der DMP-Vorhaltekosten.

Kassenart	Zahlerkassen		Empfängerkassen	
	Anzahl	Euro	Anzahl	Euro
AOK	0	0,00	17	12.583.613.041,77
BKK	209	-9.291.562.192,91	39	569.625.173,92
BKN	0	0,00	1	1.515.895.034,93
EAN	5	-3.712.352.340,10	2	209.070.687,02
EAR	4	-689.949.144,01	1	51.014.370,79
IKK	12	-545.688.132,24	8	198.967.208,22
SEE	0	0,00	1	3.695.744,63
GKV	230	-14.239.551.809,26	69	15.131.881.261,28

Tabelle 2: Ausgleichsforderungen und -verpflichtungen im Risikostrukturausgleich 2003

¹⁰ Tatsächlich beschieden werden rechtskreisübergreifend tätige Krankenkassen getrennt nach Haupt- und Erstreckungskasse. Auf dieser Ebene liegt das Transfervolumen mit 15,2 Milliarden Euro etwa 67 Millionen Euro höher. Diese 67 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.

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. Die Entwicklung der Transfervolumens seit Einführung des Risikostrukturausgleichs wird in Abbildung 2 dargestellt. Für das Jahr 1994 ist zu berücksichtigen, dass der Ausgleich nicht die Krankenversicherung der Rentner (KVdR) umfasste. Gegenüber dem Jahresausgleich 2002 ist das Transfervolumen um 926 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.

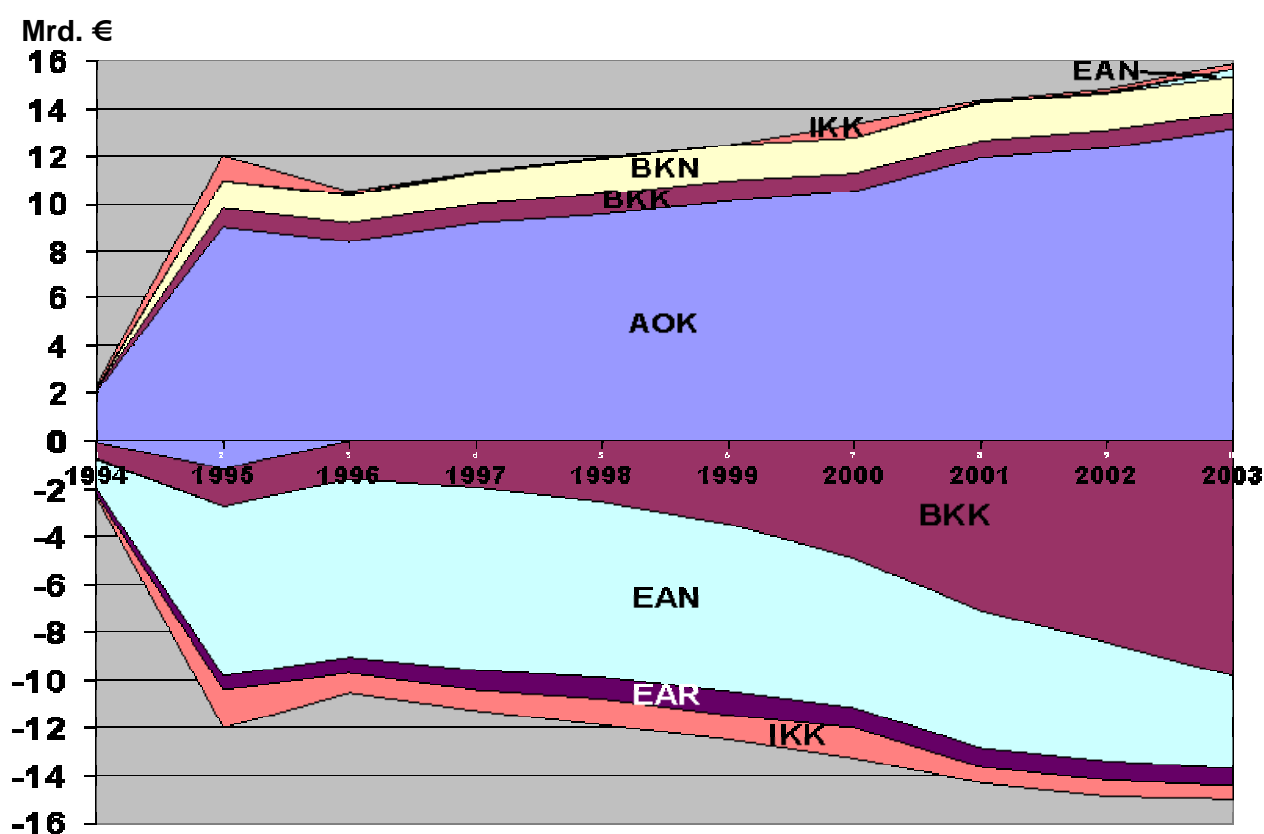


Abbildung 2: Entwicklung der Transfervolumina in Milliarden Euro im Risikostrukturausgleich (seit 2002 einschließlich Risikopool) seit 1994

Im Jahresausgleich 2003 gab es mit der Umstellung des Beitragseinzuges bei geringfügigen Beschäftigten einen externen Einflussfaktor. Durch den zentralen Einzug gehen gegenüber dem dezentralen Einzug Verrechnungsmöglichkeiten auf Einzelkassenebene verloren. Allein hierdurch dürfte sich das Transfervolumen um über 500 Millionen Euro erhöht haben.¹¹ Insgesamt

¹¹ Dieser Wert wurde geschätzt auf der Grundlage eines Vergleichs eines Jahresausgleichs 2003 und Jahresausgleichs 2002, bei denen die Effekte der Beiträge aus geringfügiger Beschäftigung – sowohl im zentralen wie auch dezentralen Einzug – herausgerechnet wurden. So ergibt sich ein isolierter Anstieg des Transfervolumens von 417 Millionen Euro statt 926 Millionen Euro.

machen die RSA-fremden Bestandteile (s.u.) etwa 5 % des Transfervolumens aus. Die restlichen 95 % des Transfervolumens lassen sich trennen in die von der Finanzkraft induzierten Transfers und die vom Beitragsbedarf induzierten Transfers.¹² So lassen sich 50,4 % des restlichen Transfervolumens auf die Beitragsbedarfsseite zurückführen und 49,6 % auf die Finanzkraftseite. Damit haben sich die Verhältnisse der beiden Säulen seit dem letzten Jahresausgleich praktisch umgekehrt (vgl. Tabelle 3). Auf dieser Basis dürften etwa 60 % des verbliebenen Anstiegs des Transfervolumens auf eine Risikoentmischung zurückzuführen sein und 40 % auf eine stärkere Streuung der Einkommen.¹³

	2003	2002	2001	2000
mit sonstigen Faktoren*				
Beitragbedarfstransfer	47,76%	49,40%	48,54%	48,86%
Finanzkrafttransfer	47,03%	49,57%	50,27%	49,68%
Transfer sonstiger Faktoren	5,21%	1,03%	1,19%	1,47%
ohne sonstige Faktoren*				
Beitragbedarfstransfer	50,39%	49,91%	49,13%	49,58%
Finanzkrafttransfer	49,61%	50,09%	50,87%	50,42%

* Sonstige Faktoren: Korrekturen für Vorjahre, Beiträge und Krankengeld aus Nachzahlungen, Beiträge aus geringfügiger Beschäftigung, DMP-Verwaltungskostenpauschale, KVdR-Beiträge nach altem Recht, Säumniszuschläge, Korrektur des KVdR-Finanzausgleichs aus Vorjahren (nur 2000)

Alle Krankenkassen auf dem Fusionsstand 30.11.2004

Tabelle 3: Entwicklung des Beitragsbedarfs- und Finanzkraftanteils am Transfervolumen

3.3 Ausgleichszahlungen im Risikopool

Der Risikopool wurde im August 2002 rückwirkend für das Kalenderjahr 2002 eingeführt. Es sollten „[m]it den Beitragssatzeffekten, die durch den Risikopool bewirkt werden, [...] die fehl-

¹² Der Finanzkrafttransfer ist dabei als der Transfer definiert, der dazu führt, dass die Finanzkraft je Versicherten bei allen Krankenkassen gleich ist. Unterschiede in der Finanzkraft werden zu etwa 93 % ausgeglichen; der Finanzkraftausgleich ist daher unvollständig. Der Beitragsbedarfstransfer ist definiert als die Differenz aus dem Beitragbedarf, 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 3.5.

¹³ Allerdings führt die stärkere Streuung der Einkommen zu einem erheblichen Anstieg des Rechtskreis-transfers, vgl. Abschnitt 3.5.

steuernden Beitragssatzsignale von Risikoentmischungen begrenzt werden“.¹⁴ Zu diesem Zweck werden jeder Krankenkasse für jeden Leistungsfall, dessen ausgleichsfähige Leistungsausgaben den Schwellenwert von 20.450 Euro überschreiten, die den Schwellenwert übersteigenden Leistungsausgaben zu 60% erstattet. Die Finanzierung des Risikopools erfolgt dabei analog zum Risikostrukturausgleich durch einen eigenen Teil-Ausgleichsbedarfssatz.

Im Risikopool ausgleichsfähig sind die Ausgaben für Arzneimittel, Krankenhausbehandlung, das Kranken- und Sterbegeld. Im Jahresausgleich 2003 zählten erstmalig die nichtärztlichen Leistungen der ambulanten Dialyse zu den ausgleichsfähigen Leistungsausgaben im Risikopool. Dies führte zu einer Zunahme der Zahl der Pseudonyme von 507.836 im Jahr 2002 auf 632.147. Die im Risikopool ausgeglichenen Leistungsausgaben erhöhten sich von 4.047 Millionen Euro auf 4.577 Millionen Euro.

Kassenart	Zahlerkassen		Empfängerkassen	
	Anzahl	Euro	Anzahl	Euro
AOK	0	0,00	17	569.238.239,68
BKK	211	-477.523.039,24	37	42.721.997,32
BKN	0	0,00	1	52.816.034,73
EAN	5	-166.580.611,16	2	14.427.938,20
EAR	3	-22.964.499,23	2	2.792.834,26
IKK	13	-39.610.932,09	7	25.441.639,56
SEE	1	-759.602,05	0	0,00
GKV	233	-707.438.683,77	66	707.438.683,75

Tabelle 4: Ausgleichsforderungen und -verpflichtungen im Risikopool 2003

Die Ausgleichsforderungen und -verpflichtungen auf Ebene der Kassenarten können der Tabelle 4 entnommen werden. Das Transfervolumen im Risikopool ist gegenüber dem Vorjahr um etwa 147 Millionen Euro auf 707 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 2 und 4, sondern werden getrennt in Tabelle 5 ausgewiesen. Das kumulierte Transfervolumen betrug im Vorjahr 14,8 Milliarden Euro.

¹⁴ Jacobs, K., P. Reschke, D. Cassel und J. Wasem, Zur Wirkung des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung, Nomos, Baden-Baden 2003, S, 113.

Kassenart	Zahlerkassen		Empfängerkassen	
	Anzahl	Euro	Anzahl	Euro
AOK	0	0,00	17	13.152.851.281,45
BKK	209	-9.755.873.801,23	39	599.135.740,32
BKN	0	0,00	1	1.568.711.069,66
EAN	5	-3.878.932.951,26	2	223.498.625,22
EAR	4	-712.861.483,58	1	53.755.045,39
IKK	12	-577.907.864,20	8	217.017.647,65
SEE	0	0,00	1	2.936.142,58
GKV	230	-14.925.576.100,27	69	15.817.905.552,27

Tabelle 5: Kumulierte Ausgleichsbeträge Risikostrukturausgleich und Risikopool 2003

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 betrachtet 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 (vgl. Abbildungen 5 und 6 am Ende des Berichtes). 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 Profilabsenkung im Risikostrukturausgleich verglichen werden. Auf Ebene der Kassenarten wurde dieser Vergleich in Tabelle 6 angestellt.

Kassenart	Poolbetrag*	Profilabsenkung*	Nettowirkung Risikopool*	Beitragssatz- Wirkung
AOK	1.982.672.948,38	-1.945.939.209,06	36.733.739,32	-0,01
BKK	691.620.443,65	-766.251.094,47	-74.630.650,82	0,03
BKN	137.889.367,76	-155.588.964,55	-17.699.596,79	0,09
EAN	1.435.250.598,57	-1.356.288.065,02	78.962.533,55	-0,02
EAR	80.859.648,13	-81.634.290,57	-774.642,44	0,00
IKK	243.689.530,42	-265.003.066,18	-21.313.535,76	0,04
SEE	5.260.697,49	-6.538.544,15	-1.277.846,66	0,11

*Angaben in Euro

Tabelle 6: Finanzielle Auswirkung des Risikopools im Jahresausgleich 2003

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 werden Einzelkassen durch den Risikopool mit bis zu 0,5 Beitragssatzpunkten entlastet und mit bis zu 0,3 Beitragssatzpunkten belastet.¹⁵ Allerdings handelt es sich auch auf der Einzelkassenebene um Einzelfälle, bei denen häufig auch regionale Besonderheiten zu vermuten sind. Bei der großen Masse der Krankenkassen erreicht der Risikopool keine Beitragssatzrelevanz.

3.4 Strukturierte Behandlungsprogramme

Versicherte, die in ein strukturiertes Behandlungsprogramm für Diabetes mellitus Typ 2 eingeschrieben waren, erhielten im Jahresausgleich 2003 durchschnittlich Beitragsbedarf in Höhe von 3.877 Euro zugerechnet; bei Brustkrebs lag der Wert bei 5.198 Euro. Da aufgrund der fehlenden Stichprobenerhebung (vgl. Abschnitt 2.2) keine gesonderten Werte für die Stichproben-Hauptleistungsbereiche erhoben wurden, gehen die Spitzenverbände der am Risikostrukturausgleich beteiligten Krankenkassen und das Bundesversicherungsamt davon aus, dass sich diese Werte bei einer vollständigen Datenerhebung im Jahresausgleich 2004 auf 4.300 Euro und 6.500 Euro erhöhen werden.

Diese Werte liegen zwar erheblich höher als der durchschnittliche Beitragsbedarf eines Nicht-DMP-Versicherten mit 1.794 Euro. Allerdings wäre für die DMP-Versicherten im Falle einer

¹⁵ Im Vorjahr betrug die Spanne der Auswirkungen -0,6 bis +0,5 Beitragssatzpunkte. Trotz Ausweitung des Risikopools um die ambulanten Dialysesachkosten sind die finanziellen Nettoauswirkungen tendenziell eher zurück gegangen, was wohl auf die Konzentrationsprozesse in der GKV zurückzuführen sein dürfte.

Nicht-Einschreibung nicht der durchschnittliche Beitragsbedarf eines Nicht-DMP-Versicherten angerechnet worden, sondern, da sie auch gemessen an den Faktoren Alter, Geschlecht und Status als Erwerbsminderungsrentner im Durchschnitt eine schlechtere Risikostruktur aufweisen, ein höherer Wert. Zu vergleichen sind daher die Werte, die für DMP-Versicherte ohne eine gesonderte Berücksichtigung der Einschreibung bei der Berechnung des Beitragsbedarfes angerechnet worden wären. Diese lagen bei 3.214 Euro (Diabetes) bzw. 2.396 Euro (Brustkrebs).

BUND	Änderung des Beitragsbedarfs*	Auswirkung der VK-Pauschale*	Gesamtwirkung*	Beitragssatzeffekt
AOK	3.030.190,14	1.868.137,30	4.898.327,45	-0,002
BKK	-2.201.050,93	-1.271.857,61	-3.472.908,54	0,001
BKN	3.197.677,55	639.853,37	3.837.530,92	-0,020
EAN	-3.442.505,15	-985.110,65	-4.427.615,80	0,001
EAR	-632.702,11	-157.753,89	-790.456,00	0,004
IKK	182.535,60	-78.996,71	103.538,90	-0,000
SEE	-134.145,10	-14.271,81	-148.416,92	0,013

*Angaben in Euro

Tabelle 7: Finanzielle Auswirkungen der Strukturierten Behandlungsprogramme im Jahresausgleich 2003

Aufgrund der noch geringen Einschreibezahlen und der Tatsache, dass insbesondere die Prävalenz der Krankheit Diabetes mellitus Typ 2 stark mit dem bereits berücksichtigten Merkmal Alter korreliert, führte die Berücksichtigung der strukturierten Behandlungsprogramme im Jahresausgleich 2003 auf der Ebene der Kassenarten nur zu geringfügigen finanziellen Auswirkungen (vgl. Tabelle 7). Die Gesamtwirkung lässt sich analytisch in zwei Teileffekte aufgliedern: Sowohl die gesonderte Berücksichtigung der Einschreibung bei der Berechnung des Beitragsbedarfs, als auch die über den Ausgleichsbedarfssatz finanzierten DMP-Programmkostenpauschalen in Höhe von 0,23 Euro je Versichertentag führen zu Umverteilungswirkungen. Die finanziellen Auswirkungen der strukturierten Behandlungsprogramme erhöhen nicht zwangsläufig das RSA-Transfervolumen. Profitiert eine Zahlerkasse von den strukturierten Behandlungsprogrammen, so reduzieren sich sogar die Zahlungen. So erhöhte sich das RSA-Transfervolumen durch die Einbindung der strukturierten Behandlungsprogramme um 8,6 Millionen Euro.¹⁶

¹⁶ Allerdings ist der Beitragsbedarfstransfer in den Rechtskreis Ost (siehe Abschnitt 3.5) um 13 Millionen Euro stärker gestiegen, da im Jahr 2003 die strukturierten Behandlungsprogramme dort früher anliefen und entsprechend höhere Einschreibungszahlen zu verzeichnen waren. Dieser Effekt dürfte in den Folgejahren rückläufig sein.

Auch auf Ebene der Einzelkassen kam es im Jahresausgleich 2003 zu keinen nennenswerten Verschiebungen. Die Spanne der Beitragssatzeffekte liegt zwischen $-0,03$ und $+0,08$ 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.

3.5 Rechtskreistransfer

Die stufenweise Aufhebung der Rechtskreistrennung beim Risikostrukturausgleich führt zu veränderten Transferströmen zwischen den Rechtskreisen. Da die Krankenkassen bis zum Jahr 2007 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 Finanzkrafttransfer¹⁷ 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. Die Entwicklung der beiden Transferkomponenten wird in Tabelle 8 dargestellt.¹⁸

¹⁷ Dieser Begriff orientiert sich an der Legaldefinition nach § 27a Abs. 2 RSAV. Demnach wird der Finanzkrafttransfer berechnet, indem eine Situation mit bundeseinheitlichem Ausgleichsbedarfssatz einer Situation mit rechtskreisgetrennten Ausgleichsbedarfssätzen gegenübergestellt wird. In den rechtskreisgetrennten Ausgleichsbedarfssätzen fließen aber auch die Summen der berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben in den Rechtskreisen ein. Diese Summen sind aber im Niveau unter anderem von der Alters- und Geschlechtsstruktur in den Rechtskreisen geprägt, so dass eine Komponente, die eher zum Beitragsbedarfstransfer zu zählen wäre, als Finanzkrafttransfer gezählt wird. Die Definition in Abschnitt 3.2 vermeidet diese Ungenauigkeit.

¹⁸ Mit der Einführung des Risikopools im Jahr 2002 entsteht durch den dort getrennt berechneten bundesweiten Teil-Ausgleichsbedarfssatz ein eigener Rechtskreistransfer im Risikopool. 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 vom Beitragsbedarf zu einer Verschiebung beim Beitragsbedarfstransfer. Ohne Einführung des Risikopools hätte der Beitragsbedarfstransfer 649 Millionen Euro im Jahresausgleich 2002 und 742 Millionen Euro im Jahresausgleich 2003 betragen.

	Finanzkraft- transfer RSA	Finanzkraft- transfer RP	Beitrags- bedarfstransfer	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

alle Angaben in Euro

Tabelle 8: Rechtskreistransfer im Risikostrukturausgleich und Risikopool

Der Finanzkrafttransfer wird in erster Linie von der Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen in den beiden Rechtskreisen bestimmt. Das Jahr 2003 sah einen Rückgang der Gesamtsumme der beitragspflichtigen Einnahmen im Rechtskreis West von 0,5 %, im Rechtskreis Ost hingegen von 1,5 %. 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 bundesdurchschnittlichen Werten zugewiesen wird. Zwar liegt seit dem Jahr 2002 das absolute Ausgabenniveau je Versicherten im Rechtskreis Ost höher als im Rechtskreis West, für die Bestimmung des Beitragsbedarfstransfers im Risikostrukturausgleich ist aber nicht das absolute Ausgabenniveau entscheidend, sondern das durch die Faktoren Alter, Geschlecht und Bezug einer Erwerbsminderungsrente standardisierte Ausgabenniveau.¹⁹ Diese Risikostruktur der Rechtskreise wird durch den RSA-Risikofaktor bezogen auf den gesamtdeutschen Durchschnitt (Wert 1,0) wiedergegeben (vgl. nachfolgenden Exkurs).

¹⁹ Es kommt also auf einen Vergleich der standardisierten Leistungsausgaben je RSA-Zelle an, z.B. ein die durchschnittlichen Ausgaben für einen 45jährigen Mann im Westen im Vergleich zu einem 45jährigen Mann im Osten.

Exkurs: Der RSA-Risikofaktor

Die im Risikostrukturausgleich berechneten Verhältniswerte geben die standardisierten Leistungsausgaben jeder einzelnen RSA-Zelle bezogen auf den durchschnittlichen GKV-Versicherten wieder. Ein Verhältniswert von 0,7 für 46jährige Männer im Rechtskreis West bedeutet, dass die Leistungsausgaben für 46jährige Männer im Durchschnitt 70 % der Leistungsausgaben eines GKV-durchschnittlichen Versicherten ausmachen.

Mit Hilfe der Verhältniswerte können entsprechende Überlegungen nicht nur für jede einzelne RSA-Zelle, sondern auch auf ausgewählte Teilkollektive (z.B. alle Versicherte in einem Rechtskreis oder alle Versicherte einer Krankenkasse) ausgedehnt werden. Diese Maßzahl heißt RSA-Risikofaktor. Aus ihm lässt sich dann die Aussage ableiten, dass die Risikostruktur des Teilkollektivs 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.

Der RSA-Risikofaktor aus Tabelle 9 von 1,0861 für den Rechtskreis Ost im Jahr 2003 gibt also an, dass die Risikostruktur (d.h. die Verteilung von Alter, Geschlecht und Zahl der Erwerbsminderungsrentner) des Rechtskreises Ost derart ist, dass Ausgaben zu erwarten wären, die 8,6 % über dem gesamtdeutschen Durchschnitt liegen. Umgekehrt kann man daraus schließen, dass die durchschnittlichen Ausgaben des Rechtskreises Ost für den Fall, dass die Risikostruktur des Osten genau dem Bundesdurchschnitt entspräche, 1.753 Euro (= 1.904 Euro / 1,0861) betragen würden. Man spricht vom standardisierten Ausgabenniveau.

Man erkennt, dass obwohl das tatsächliche Ausgabenniveau im Rechtskreis Ost im Jahr 2003 mit 102,62 % das Westniveau überschritten hat, das standardisierten Ausgabenniveau nur 93 % des Westniveaus ausmacht. Das höhere tatsächliche Ausgabenniveau im Osten ist also auf die schlechtere Risikostruktur des Osten zurückzuführen und nicht auf ein höheres Kostenniveau.

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*	1.846,81	1.799,59	102,62%	1,0874	0,9823	1.698,39	1.831,93	92,71%
2005*	1.904,06	1.835,58	103,73%	1,0894	0,9820	1.747,80	1.869,13	93,51%

* lt. Schätzung des GKV-Schätzerkreises

Tabelle 9: Absolutes und relatives Ausgabenniveau nach Rechtskreis

Aus Tabelle 9 ist ersichtlich, dass sowohl das absolute Ausgabenniveau, als auch der RSA-Risikofaktor des Ostens zugenommen hat. Allerdings ist die Zunahme des absoluten Ausgabenniveaus höher als diese Veränderung der Risikostruktur, so dass sich auch das standardisierte Ausgabenniveau etwas an das Westniveau angepasst hat.

Bezogen auf die einzelnen Hauptleistungsbereiche lässt sich der gesamte Beitragsbedarfs-transfer wie folgt aufteilen. Der Hauptleistungsbereich Ärzte verursachte im Jahr 2003 einen Transfer in den Rechtskreis Ost in Höhe von 420 Millionen Euro. Hinzu kommen die ambulanten Dialysesachkosten mit 5 Millionen Euro. Das Krankengeld führt zu einem Transfer von 125 Millionen Euro, die Krankenhausausgaben zu 41 Millionen Euro, der Hauptleistungsbereich Zahnärzte zu 31 Millionen Euro und die Sonstigen Leistungsausgaben zu 86 Millionen Euro. Im Hauptleistungsbereich Apotheken hingegen kommt es zu einem Rückfluss vom Osten in den Westen in Höhe von 16 Millionen Euro. Der Tabelle 10 können die Ursachen dieser Entwicklung im Zeitverlauf entnommen werden. Es zeigt sich, dass die Arzneimittelausgaben im Osten – auch altersbereinigt – seit 2001 über dem Westniveau liegen. Auch im Hauptleistungsbereich Krankenhaus nähert sich das standardisierte Ausgabenniveau soweit an, dass vermutet werden kann, dass das Niveau hier in den nächsten Jahren gleichzieht. Lediglich bei den Ärzten ist bis zum Jahr 2003 keine Angleichung festzustellen.

Auch von der überregionalen Beitragssatzgestaltung der rechtskreisübergreifend tätigen Krankenkassen gehen 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 Beitragssätze²⁰ beziffert werden. Auf diesem Wege sind 178 Millionen Euro wieder in den Rechtskreis West zurück geflossen.

²⁰ In wie weit sich dieser Effekt auch in den tatsächlich erhobenen Beitragssätzen niederschlägt, kann nicht spezifiziert werden.

Entwicklung der berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben nach Rechtskreisen und Hauptleistungsbereichen

Ausgaben je Versicherten und je Hauptleistungsbereich in Euro																		
HLB	Ärzte			Zahnärzte			Apotheken			Krankenhäuser			Sonstige Leistungsausgaben			Krankengeld		
Jahr	Ost	West	Anteil Ost an West	Ost	West	Anteil Ost an West	Ost	West	Anteil Ost an West	Ost	West	Anteil Ost an West	Ost	West	Anteil Ost an West	Ost	West	Anteil Ost an West
1997	244,92	320,16	76,50%	163,97	166,01	98,77%	247,85	222,51	111,39%	575,18	597,69	96,23%	187,67	220,22	85,22%	90,37	91,10	99,20%
1998	247,55	324,95	76,18%	144,96	152,30	95,17%	254,46	234,88	108,34%	597,85	617,98	96,74%	195,21	228,22	85,54%	86,35	89,66	96,31%
1999	250,85	332,69	75,40%	148,19	153,72	96,41%	283,53	263,13	107,75%	618,60	618,49	100,02%	198,37	225,86	87,83%	84,71	93,34	90,75%
2000	258,93	335,79	77,11%	155,34	156,49	99,27%	307,72	273,30	112,59%	644,08	631,41	102,01%	206,99	227,88	90,84%	80,03	92,63	86,40%
2001	261,15	341,99	76,36%	160,45	162,34	98,83%	349,06	302,38	115,44%	666,75	636,12	104,81%	225,08	231,95	97,04%	85,13	100,82	84,44%
2002	298,08	360,25	82,74%	158,35	161,42	98,10%	371,59	317,52	117,03%	700,60	656,70	106,69%	224,54	229,09	98,02%	85,40	102,23	83,54%
2003	285,63	354,87	80,49%	163,78	166,64	98,28%	385,48	329,38	117,03%	732,81	663,26	110,49%	229,97	225,63	101,92%	81,92	95,17	86,07%

RSA-Morbiditätsfaktor																		
HLB	Ärzte			Zahnärzte			Apotheken			Krankenhäuser			Sonstige Leistungsausgaben			Krankengeld		
Jahr	Ost	West		Ost	West		Ost	West		Ost	West		Ost	West		Ost	West	
1997	1,0125	0,9972		1,0424	0,9906		1,0705	0,9844		1,0421	0,9907		1,0339	0,9390		1,1276	0,9786	
1998	1,0172	0,9962		1,0403	0,9912		1,0784	0,9829		1,0523	0,9886		1,0406	0,9381		1,1225	0,9797	
1999	1,0230	0,9951		1,0407	0,9912		1,0929	0,9800		1,0641	0,9862		1,0499	0,9366		1,1220	0,9820	
2000	1,0303	0,9936		1,0360	0,9924		1,1064	0,9775		1,0743	0,9843		1,0561	0,9357		1,1143	0,9765	
2001	1,0371	0,9923		1,0296	0,9939		1,1165	0,9758		1,0846	0,9824		1,0663	0,9341		1,1186	0,9766	
2002	1,0437	0,9910		1,0238	0,9951		1,1232	0,9748		1,0926	0,9810		1,0766	0,9318		1,1247	0,9759	
2003	1,0393	0,9920		1,0172	0,9965		1,1319	0,9732		1,0988	0,9799		1,0800	0,9637		1,1292	0,9751	

Standardisierte Ausgaben je Kopf in Euro																		
HLB	Ärzte			Zahnärzte			Apotheken			Krankenhäuser			Sonstige Leistungsausgaben			Krankengeld		
Jahr	Ost	West	Anteil Ost an West	Ost	West	Anteil Ost an West	Ost	West	Anteil Ost an West	Ost	West	Anteil Ost an West	Ost	West	Anteil Ost an West	Ost	West	Anteil Ost an West
1997	241,90	321,04	75,35%	157,30	167,58	93,86%	231,54	226,04	102,43%	551,95	603,32	91,48%	181,52	234,53	77,39%	80,14	93,09	86,09%
1998	243,36	326,18	74,61%	139,34	153,66	90,69%	235,96	238,97	98,74%	568,14	625,13	90,88%	187,60	243,29	77,11%	76,92	91,51	84,06%
1999	245,21	334,34	73,34%	142,40	155,07	91,83%	259,43	268,50	96,62%	581,31	627,15	92,69%	188,95	241,14	78,36%	75,50	95,05	79,43%
2000	251,32	337,95	74,37%	149,94	157,68	95,09%	278,11	279,59	99,47%	599,53	641,48	93,46%	196,00	243,53	80,48%	71,82	94,85	75,72%
2001	251,80	344,65	73,06%	155,84	163,35	95,41%	312,64	309,88	100,89%	614,73	647,51	94,94%	211,08	248,32	85,00%	76,10	103,23	73,72%
2002	285,59	363,51	78,56%	154,67	162,21	95,35%	330,83	325,74	101,56%	641,21	669,41	95,79%	208,56	245,86	84,83%	75,93	104,76	72,49%
2003	274,82	357,73	76,82%	161,01	167,23	96,28%	340,57	338,44	100,63%	666,93	676,84	98,54%	212,93	229,36	92,83%	72,54	97,61	74,32%

Tabelle 10: Relatives und absolutes Ausgabenniveau nach Rechtskreisen im Zeitverlauf

4 Auswirkungen der Verfahren

4.1 Beitragsbedarfsüber- und -unterdeckungen

Die Beitragsbedarfsdeckungsquote²¹ gibt das Verhältnis der standardisierten Leistungsausgaben (Soll) zu den tatsächlichen Leistungsausgaben (Ist) im Risikostrukturausgleich an.²² Ein Wert unter 100 % bedeutet, dass eine Krankenkasse weniger Beitragsbedarf zugewiesen erhält, als sie an tatsächlichen Ausgaben hat. Umgekehrt signalisiert eine Quote über 100 % eine Beitragsbedarfsüberdeckung. Die Beitragsbedarfsdeckungsquote als

Soll/Ist-Quote wird in der Tabelle 12 auf Ebene der Kassenarten dargestellt. Grundsätzlich sind Abweichungen der tatsächlichen Leistungsausgaben von den standardisierten Leistungsausgaben als Ausdruck des vom Risikostrukturausgleich gewährten Wirtschaftlichkeitsanreizes erwünscht. Allerdings werden die Beitragsbedarfsdeckungsquoten häufig als Indikator für die Treffgenauigkeit der Zahlungen im Risikostrukturausgleich herangezogen. Die Beitragsbedarfsdeckungsquoten der Kassenarten auf Ebene der einzelnen Hauptleistungsbereiche kann der Tabelle 11 entnommen werden.²³

Die Spanne der Beitragsbedarfsdeckungsgrade schwankt auf Einzelkassenebene zwischen 85 % und 211 %. Die Extremwerte werden jedoch von sehr kleinen Krankenkassen bzw. neu gegründeten Krankenkassen bestimmt. Bei 90 % der Krankenkassen liegt die Spanne zwischen 90 % und 115 %.

²¹ Häufig wird auch der relative Beitragsbedarf herangezogen. Dabei handelt es sich um den Kehrwert der Beitragsbedarfsdeckungsquote.

²² Die Methodik zu Berechnung der Beitragsbedarfsdeckungsquoten musste an die Einführung des Risikopools angepasst werden. Hier wurden die im Risikopool erstatteten ausgleichsfähigen Leistungsausgaben der Krankenkasse von den tatsächlichen Leistungsausgaben abgezogen, bevor diese den standardisierten Leistungsausgaben gegenüber gestellt wurden.

²³ Die Summe der Soll-Werte der einzelnen Hauptleistungsbereiche in Tabelle 11 ergibt eine geringfügige Abweichung zu den Werten der Tabelle 10, da im Risikostrukturausgleich noch Korrekturen in der Gesamtsumme der berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben berücksichtigt werden, die nicht auf die einzelnen Hauptleistungsbereiche aufgeteilt werden können.

	Ärzte			Zahnärzte		
	Ist	Soll	Soll/Ist	Ist	Soll	Soll/Ist
AOK	8.625.394.422,47	9.253.349.241,13	107,28%	3.956.471.198,13	4.241.215.042,01	107,20%
BKK	4.947.129.851,00	4.576.649.207,65	92,51%	2.355.936.795,45	2.393.070.574,95	101,58%
BKN	532.649.579,40	627.530.430,85	117,81%	197.674.911,46	227.678.560,14	115,18%
EAN	8.247.454.637,51	7.773.555.145,62	94,25%	4.177.845.943,86	3.795.961.443,34	90,86%
EAR	458.950.432,21	431.725.390,47	94,07%	246.997.516,38	240.873.253,74	97,52%
IKK	1.187.360.919,25	1.333.621.112,57	112,32%	683.969.676,42	719.794.289,99	105,24%
SEE	25.030.888,14	27.567.806,67	110,14%	12.475.889,82	12.788.837,51	102,51%
GKV	24.023.970.729,97	24.023.998.334,97	100,00%	11.631.371.931,51	11.631.382.001,69	100,00%

	Apotheken			Krankenhaus		
	Ist	Soll	Soll/Ist	Ist	Soll	Soll/Ist
AOK	9.732.225.325,89	9.747.440.470,10	100,16%	19.633.257.739,03	18.726.156.524,32	95,38%
BKK	3.541.227.411,28	3.769.346.851,79	106,44%	6.960.337.327,34	7.485.374.645,88	107,54%
BKN	840.323.976,93	829.720.882,46	98,74%	1.738.083.636,23	1.606.477.075,92	92,43%
EAN	7.257.203.378,02	6.975.954.225,02	96,12%	12.880.141.117,03	13.371.273.315,58	103,81%
EAR	363.115.097,99	363.553.724,99	100,12%	674.165.455,45	698.074.035,02	103,55%
IKK	1.125.624.311,51	1.171.071.346,33	104,04%	2.272.164.951,56	2.265.489.543,92	99,71%
SEE	28.551.494,41	31.120.769,13	109,00%	53.193.325,87	58.514.927,05	110,00%
GKV	22.888.270.996,04	22.888.208.269,83	100,00%	44.211.343.552,52	44.211.360.067,69	100,00%

	Sonstige			Ambulante Dialysesachkosten		
	Ist	Soll	Soll/Ist	Ist	Soll	Soll/Ist
AOK	6.677.853.578,24	6.763.246.383,53	101,28%	546.069.359,36	514.788.750,25	94,27%
BKK	2.613.546.780,23	2.675.746.753,84	102,38%	148.907.216,61	158.835.615,47	106,67%
BKN	544.794.148,18	560.014.635,52	102,79%	50.117.791,55	49.872.276,20	99,51%
EAN	4.938.998.770,52	4.790.044.109,96	96,98%	289.290.685,29	309.632.507,31	107,03%
EAR	258.313.199,60	241.619.495,21	93,54%	14.914.798,01	16.615.420,01	111,40%
IKK	787.354.729,01	790.687.560,45	100,42%	57.273.381,03	56.269.322,13	98,25%
SEE	19.480.807,22	19.002.576,77	97,55%	1.157.755,99	1.706.617,40	147,41%
GKV	15.840.342.012,99	15.840.361.515,28	100,00%	1.107.730.987,85	1.107.720.508,77	100,00%

	Krankengeld			Alle HLB		
	Ist	Soll	Soll/Ist	Ist	Soll	Soll/Ist
AOK	2.207.871.380,05	2.076.375.547,67	94,04%	51.379.143.003,17	51.322.571.959,01	99,89%
BKK	1.316.203.245,21	1.317.896.186,92	100,13%	21.883.288.627,12	22.376.919.836,51	102,26%
BKN	72.155.609,77	75.537.378,95	104,69%	3.975.799.653,51	3.976.831.240,04	100,03%
EAN	1.903.412.982,78	2.127.269.695,95	111,76%	39.694.347.515,02	39.143.690.442,78	98,61%
EAR	155.492.800,60	149.322.315,56	96,03%	2.171.949.300,24	2.141.783.635,00	98,61%
IKK	524.113.787,56	436.523.460,01	83,29%	6.637.861.756,34	6.773.456.635,40	102,04%
SEE	11.482.013,74	7.806.747,30	67,99%	151.372.175,19	158.508.281,85	104,71%
GKV	6.190.731.819,71	6.190.731.332,36	100,00%	125.893.762.030,59	125.893.762.030,59	100,00%

Tabelle 11: Verhältnis Beitragsbedarf zu tatsächlichen Ausgaben nach Kassenart und Hauptleistungsbereich im Jahresausgleich 2003

	Ist (Euro)	Soll (Euro)	Soll/Ist
AOK	51.379.812.623	51.322.788.827	99,89%
BKK	21.883.330.816	22.377.014.392	102,26%
BKN	3.975.799.652	3.976.848.045	100,03%
EAN	39.694.347.824	39.143.855.848	98,61%
EAR	2.171.965.217	2.141.792.685	98,61%
IKK	6.637.665.699	6.773.485.257	102,05%
SEE	151.372.175	158.508.952	104,71%
GKV	125.894.294.006	125.894.294.006	100,00%

Tabelle 12: Beitragsbedarfsdeckungsquoten der Kassenarten im Jahresausgleich 2003

4.2 Beitragssatzeffekte

Die im Risikostrukturausgleich ausgelösten Transferzahlungen haben einen erheblichen Einfluss auf die erhobenen Beitragssätze. In Tabelle 13 sind die Auswirkungen der Transferzahlungen aus Tabelle 5 in Beitragssatzpunkten für die einzelnen Kassenarten wiedergegeben.

AOK	-4,4
BKK	4,0
BKN	-8,3
EAN	1,2
EAR	3,2
IKK	0,8
SEE	-0,2

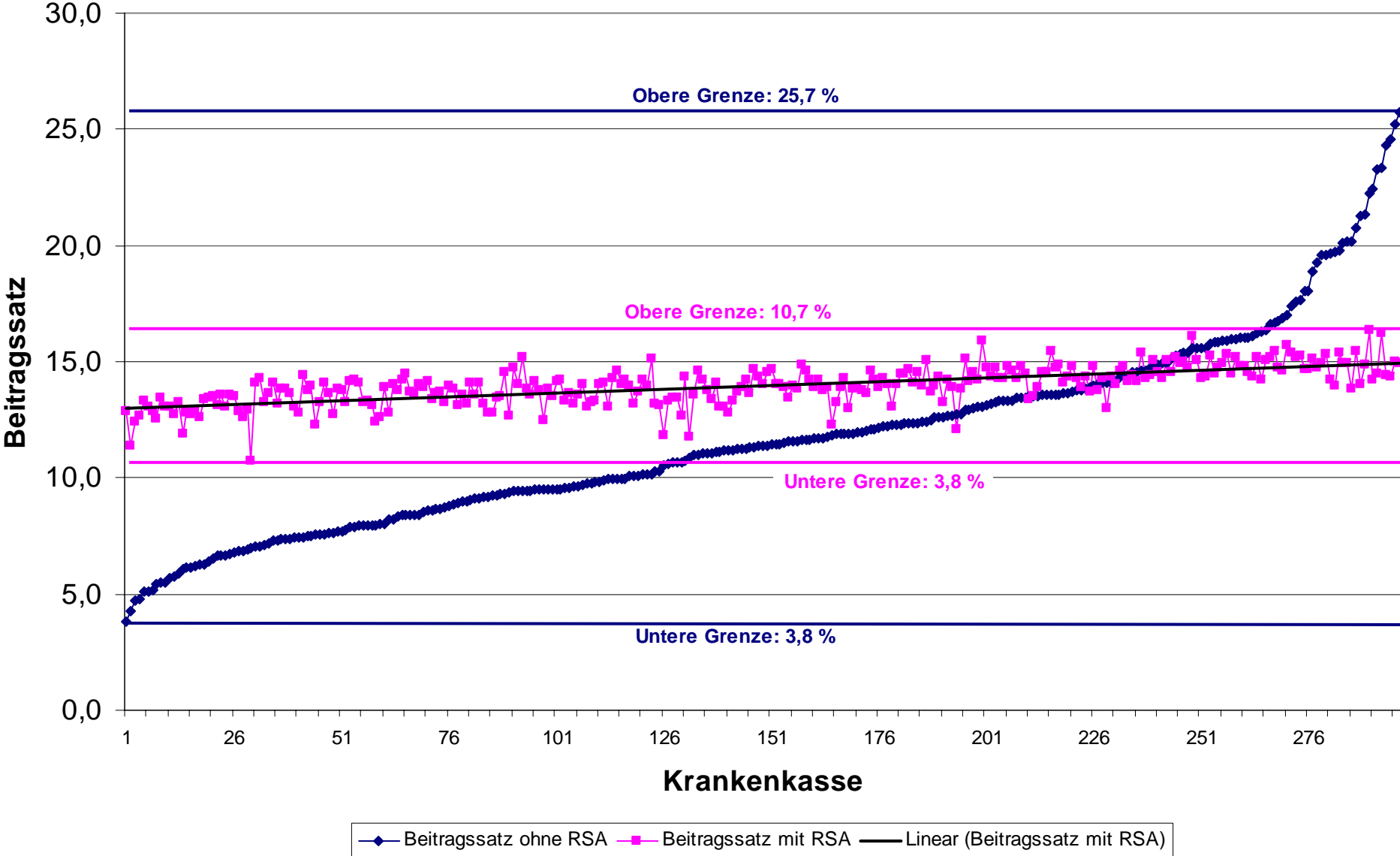
Tabelle 13: Be- und Entlastungen durch Transferströme im Risikostrukturausgleich und Risikopool in Beitragssatzpunkten im Jahresausgleich 2003

Auf Einzelkassenebene reicht die Spanne der ausgabendeckenden Beitragssätze von 3,8 % bis zu 25,7 %. Nach Risikostrukturausgleich und Risikopool verkürzt sich diese Spanne auf 10,7 % bis 16,4 %. In Abbildung 3 sind die Krankenkassen mit ihrem ausgabendeckenden Beitragssatz vor Risikostrukturausgleich aufgereiht, d.h. von links nach rechts von der Günstigsten zur Teuersten. Die Krankenkassen wurden mit 1 bis 299 durchnummeriert. Für die jeweilige Krankenkasse kann nicht nur der ausgabendeckende Beitragssatz ohne Risikostrukturausgleich (Raute), sondern auch der ausgabendeckende Beitragssatz mit Risikostrukturausgleich entnommen werden. Die Krankenkasse Nr. 1 (ganz links) könnte ohne Risikostrukturausgleich einen ausgabendeckenden Beitragssatz von 3,8 % erheben, mit Risikostrukturausgleich beträgt dieser 12,9 %. Der ausgabendeckende Beitragssatz von Krankenkasse Nr. 151 beträgt ohne Risikostruk-

turausgleich 11,4 % und mit 14,7 %. Es fällt auf, dass die Reihe der ausgabendeckenden Beitragssätze nach Risikostrukturausgleich tendenziell steigend ist, d.h. Krankenkassen, die ohne Durchführung des Verfahrens einen geringen Beitragssatz haben würden, haben auch mit Durchführung des Verfahrens eher geringere Beitragssätze.

Bei den tatsächlich erhobenen Beitragssätzen ergab sich im Jahr 2003 eine Spanne (im Jahresverlauf unverändert) von 10,2 % bis 15,7 %. Für die mittleren 80 % der GKV-Versicherten lag die Spanne am Jahresanfang bei 13,3 % bis 15,2 % und am Jahresende bei 13,0 % bis 15,2 %. Bei den Zahlerkassen im Jahresausgleich 2003 lag die Beitragssatzspanne im Dezember 2003 zwischen 10,2 % bis 15,2 %, bei den Empfängerkassen zwischen 12,7 % und 15,7 %.

Abbildung 3: Auswirkung des Risikostrukturausgleichs auf die ausgabendeckenden Beitragssätze



4.3 Profilverläufe

Die standardisierten Ausgabenprofile des Risikostrukturausgleichs sind in Abbildung 4 getrennt nach Alter, Geschlecht und Erwerbsminderungsrentnerstatus wiedergegeben. Aus Gründen der Übersichtlichkeit wurden die im Jahresausgleich zusätzlich geltenden Differenzierungen nach dem Krankengeldanspruch, dem Rechtskreis und der Einschreibung in ein strukturiertes Behandlungsprogramm nicht angezeigt. 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 Endbindungskosten – über denen von Männern.²⁴ 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.

Der Risikopool macht sich – wie aus den Abbildungen 5 und 6 ersichtlich – vor allem bei Erwerbsminderungsrentnern und älteren Versicherten profilsenkend bemerkbar.

Nach der Einschreibung in ein strukturiertes Behandlungsprogramm differenzierte Profile sind aus den Abbildungen 7 bis 10 ersichtlich. In der Regel liegen die standardisierten Leistungsausgaben von DMP-Versicherten über denen von Nicht-DMP-Versicherten. Ausnahmen bestehen bei sehr alten DMP-Versicherten und bei jungen Erwerbsminderungsrentnern. Ob sich diese Tendenz in den nächsten Jahren bestätigt oder ob hier die unvollständige Datenerfassung und mögliche Selektionseffekte im ersten Jahr der Einschreibung dominieren, bleibt abzuwarten.

Die Veränderung der Profilverläufe im Zeitlauf wird in den Abbildungen 11 bis 14 illustriert. Um den Effekt der allgemeinen Ausgabenerhöhung zwischen 1997 und 2003 herauszurechnen, wurden in den Diagrammen statt der standardisierten Leistungsausgaben die Verhältnismerte abgetragen. Die Verhältnismerte setzen die standardisierten Leistungsausgaben der einzelnen Versichertengruppen ins Verhältnis zu den durchschnittlichen standardisierten Leistungsausgaben aller GKV-Versicherter. Ein 30-jähriger Mann im Rechtskreis West hat demnach im Jahresausgleich 2003 mit einem Verhältnismerte von 0,446 durchschnittlich 44,6 % der Leistungsausgaben des durchschnittlichen GKV-Versicherten. Zwischen 1997 und 2003 sind die Verhältnismerte in den mittleren Altersgruppen tendenziell gesunken, während sie im Alter gestiegen sind. Man spricht von einer Versteilerung der Ausgabenprofile: die Leistungsausgaben für ältere Versicherte steigen im Zeitablauf überproportional.

Standardisierte Ausgabenprofile können auch für die einzelnen Hauptleistungsbereiche ermittelt werden. Sie werden hier in den Abbildungen 15 bis 21 dargestellt.

²⁴ Zur Zurechnung dieser Ausgaben zu den Geschlechtern siehe König, C. und E. Zoike, Krankheitskosten nach Geschlecht und Alter – Sind Frauen wirklich teurer?, in: Die BKK, 10/2004, S. 445-448.

Abbildung 4

RSA-Ausgabenprofil Bund 2003 (um Risikopoolbeträge bereinigte Werte)

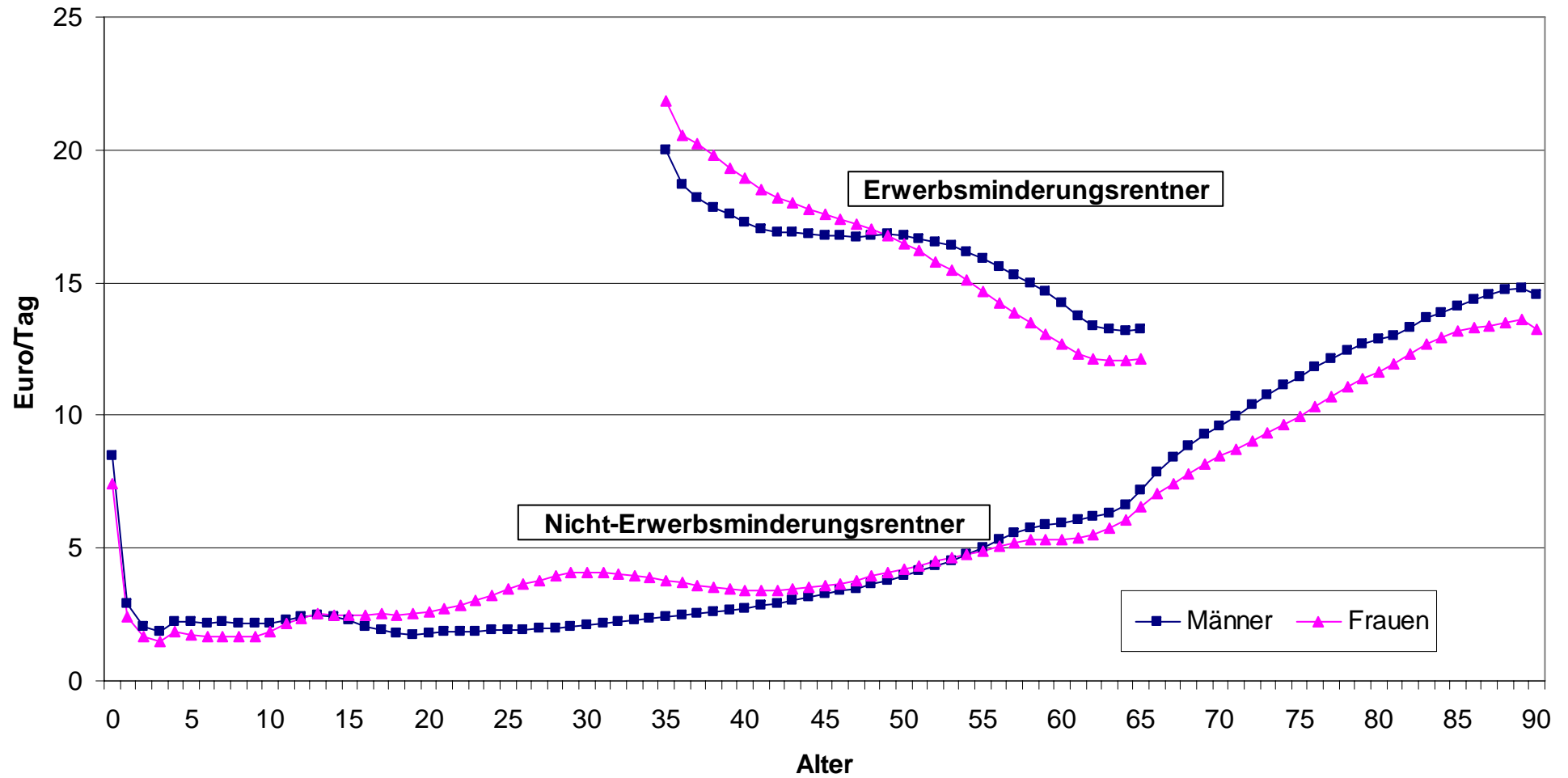


Abbildung 5

RSA-Ausgabenprofil Männer Bund 2003

Auswirkungen des Risikopools

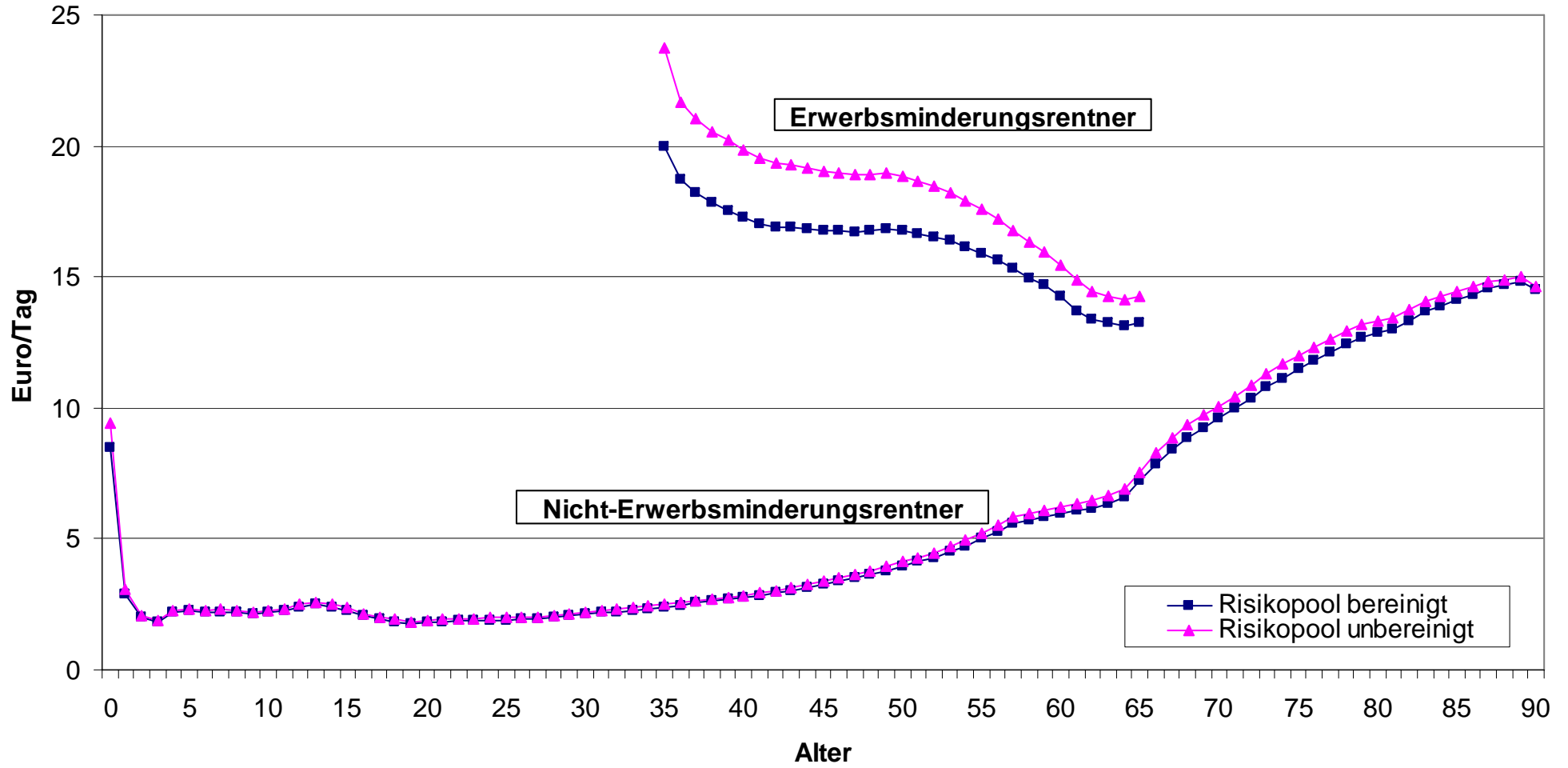


Abbildung 6

RSA-Ausgabenprofil Frauen Bund 2003

Auswirkungen des Risikopools

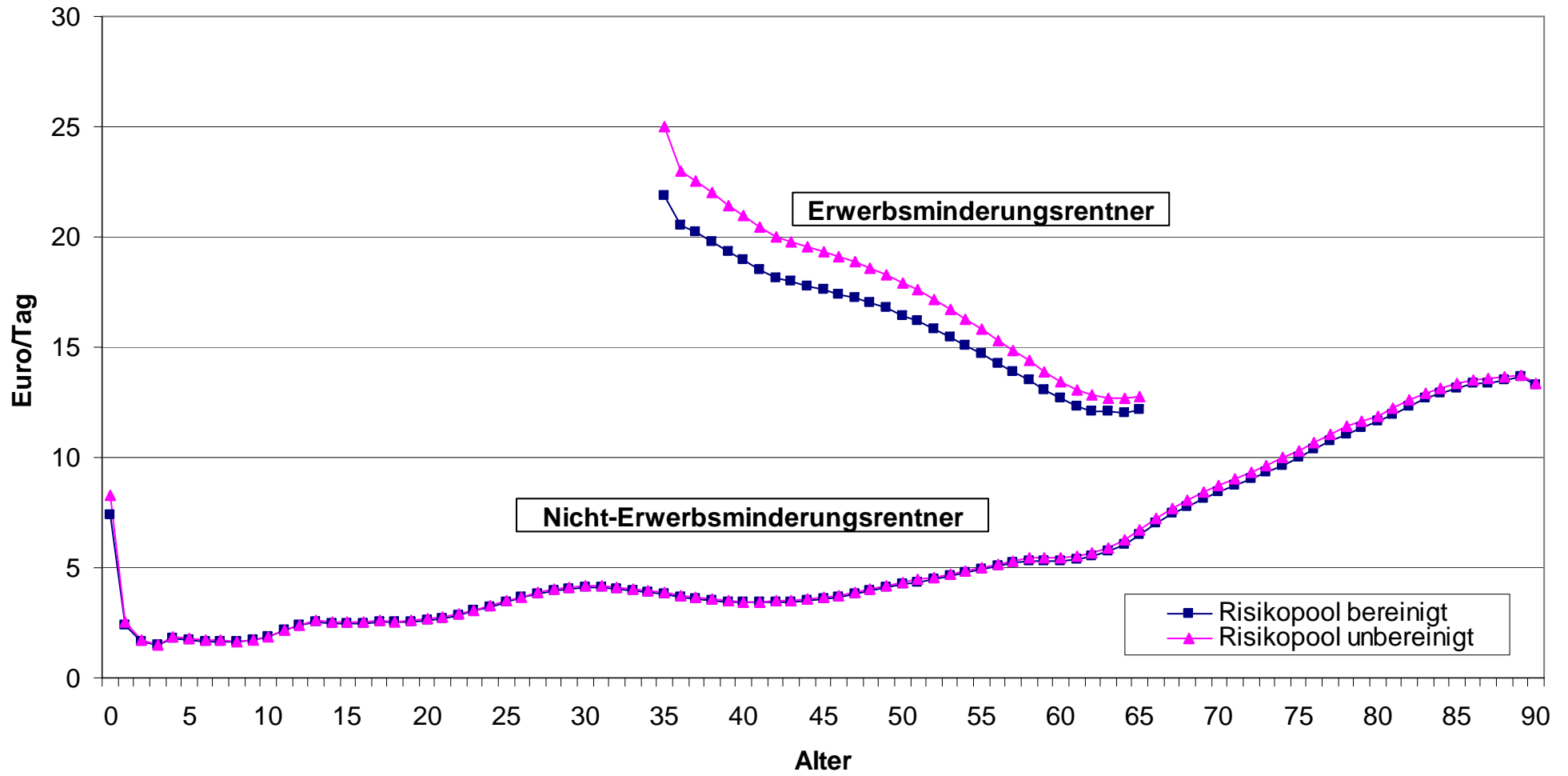


Abbildung 7

RSA-Ausgabenprofile DMP Männer Bund 2003

(um Risikopoolbeträge bereinigte Werte)

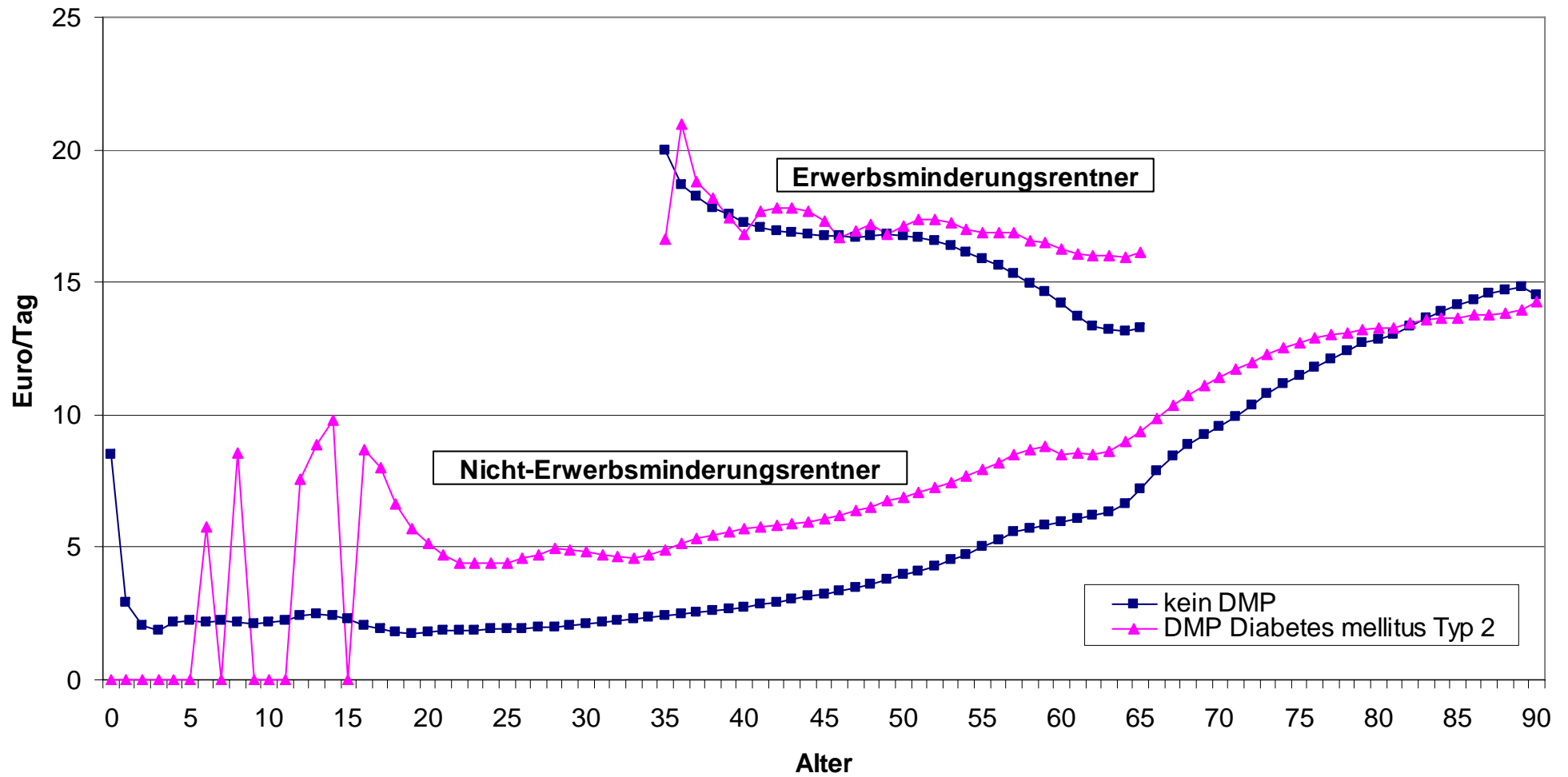


Abbildung 8

RSA-Ausgabenprofile DMP Frauen Bund 2003

(um Risikopoolbeträge bereinigte Werte)

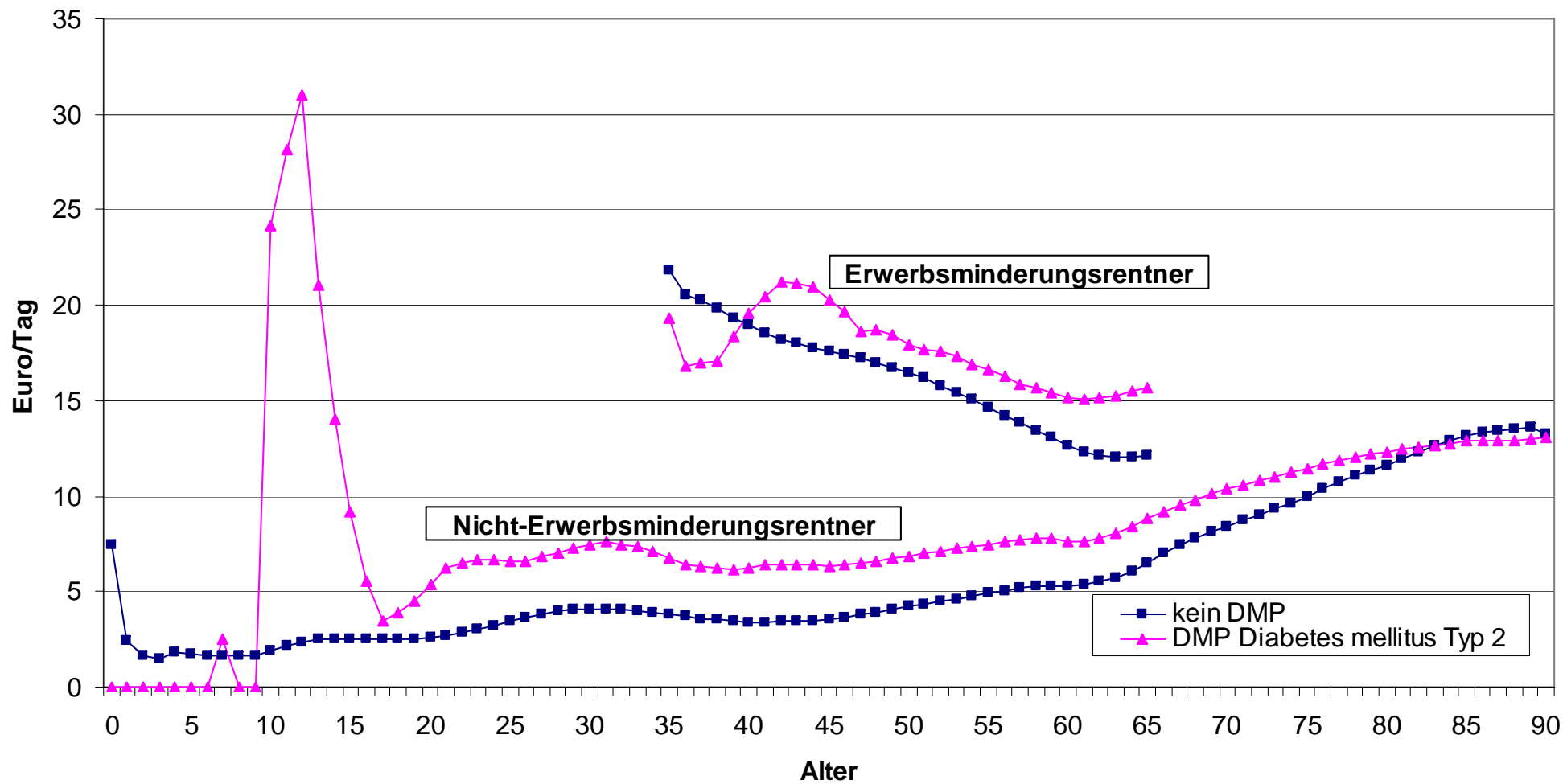


Abbildung 9

RSA-Ausgabenprofile DMP Frauen Bund 2003

(um Risikopoolbeträge bereinigte Werte)

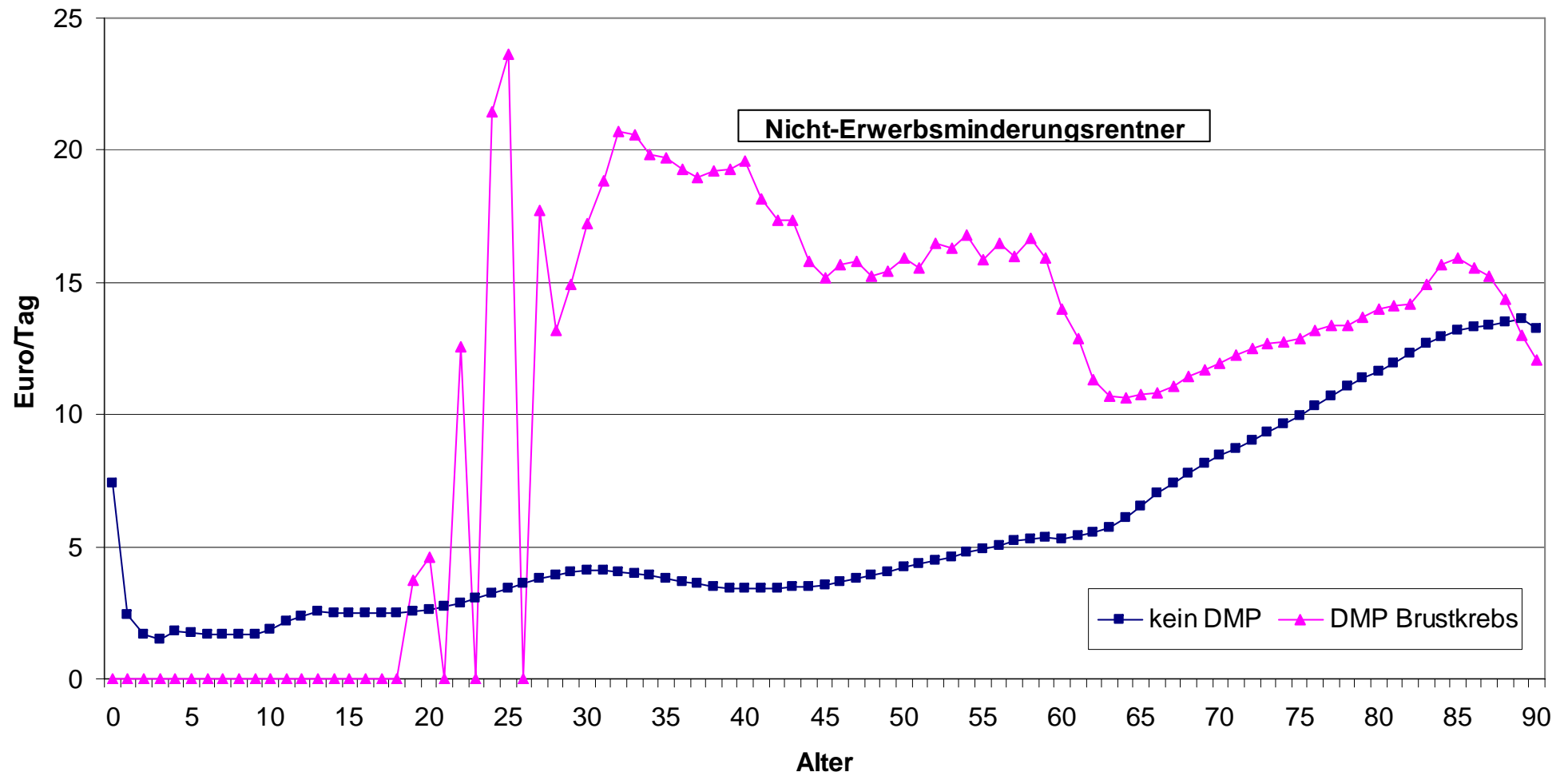


Abbildung 10

RSA-Ausgabenprofile DMP Frauen Bund 2003 (um Risikopoolbeträge bereinigte Werte)

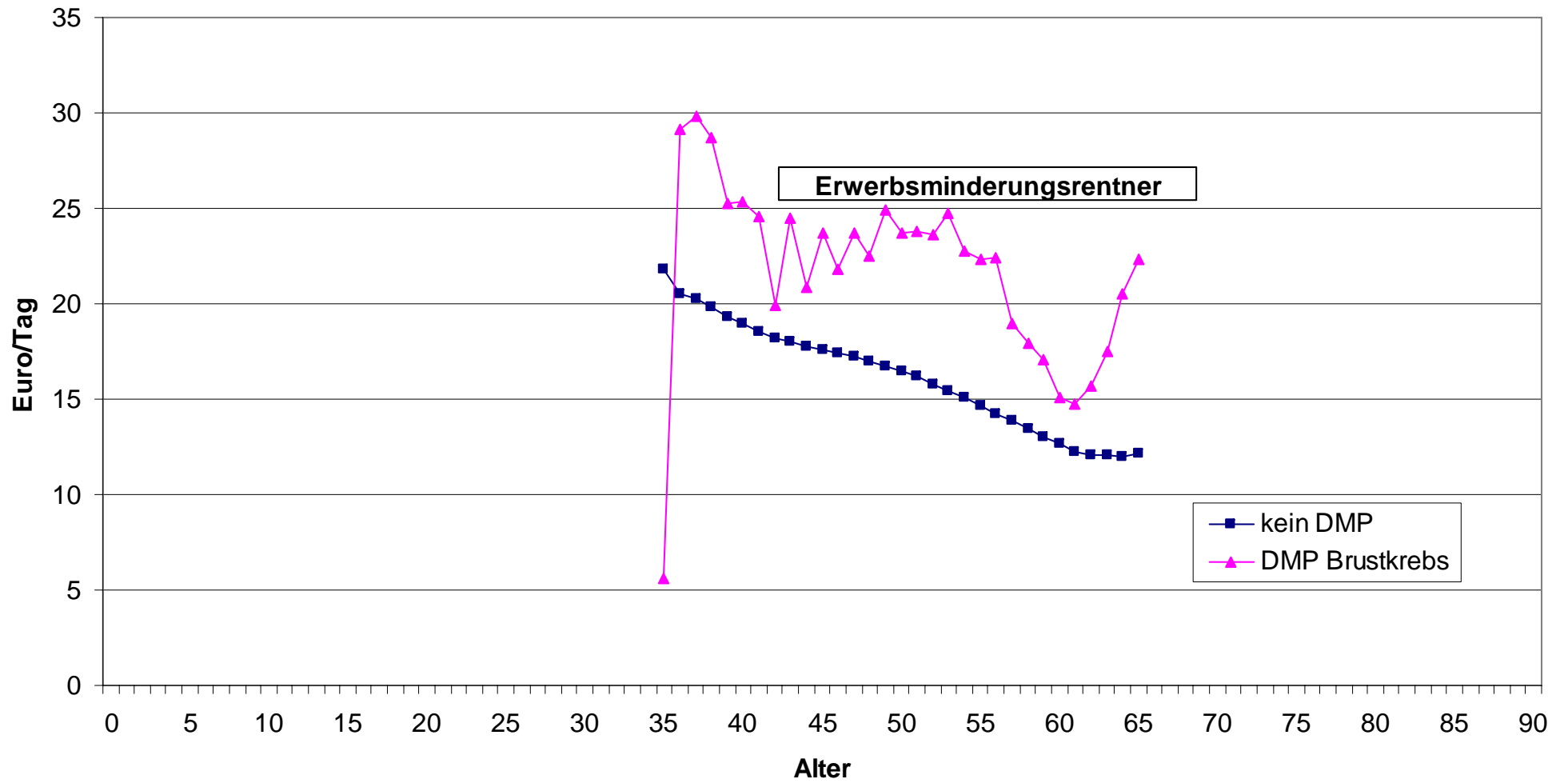


Abbildung 11

RSA-Verhältniswerte Männer West 1997 und 2003 am Beispiel der VG01

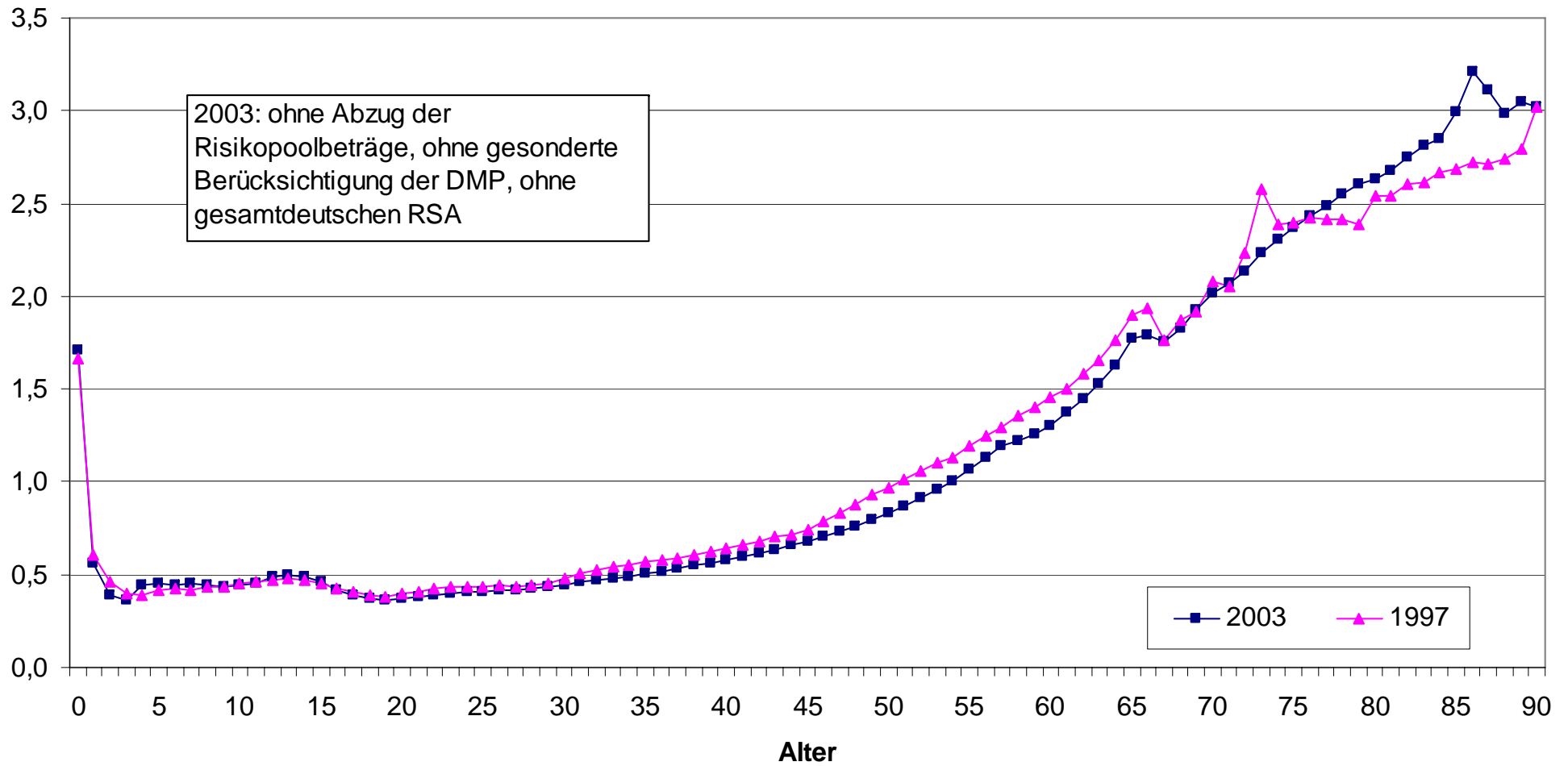


Abbildung 12

RSA-Verhältniswerte Frauen West 1997 und 2003 am Beispiel der VG01

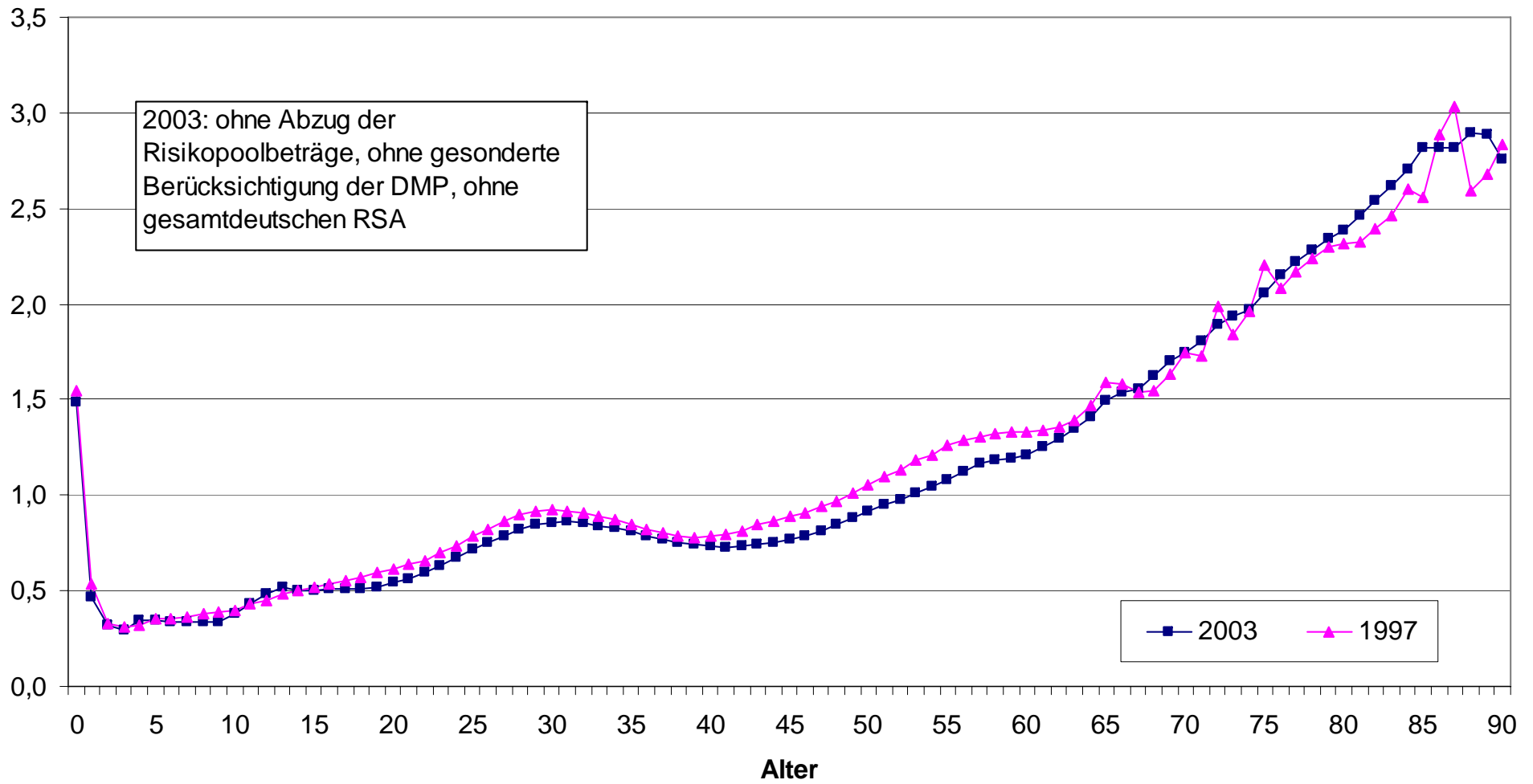


Abbildung 13

RSA-Verhältniswerte Männer Ost 1997 und 2003 am Beispiel der VG01

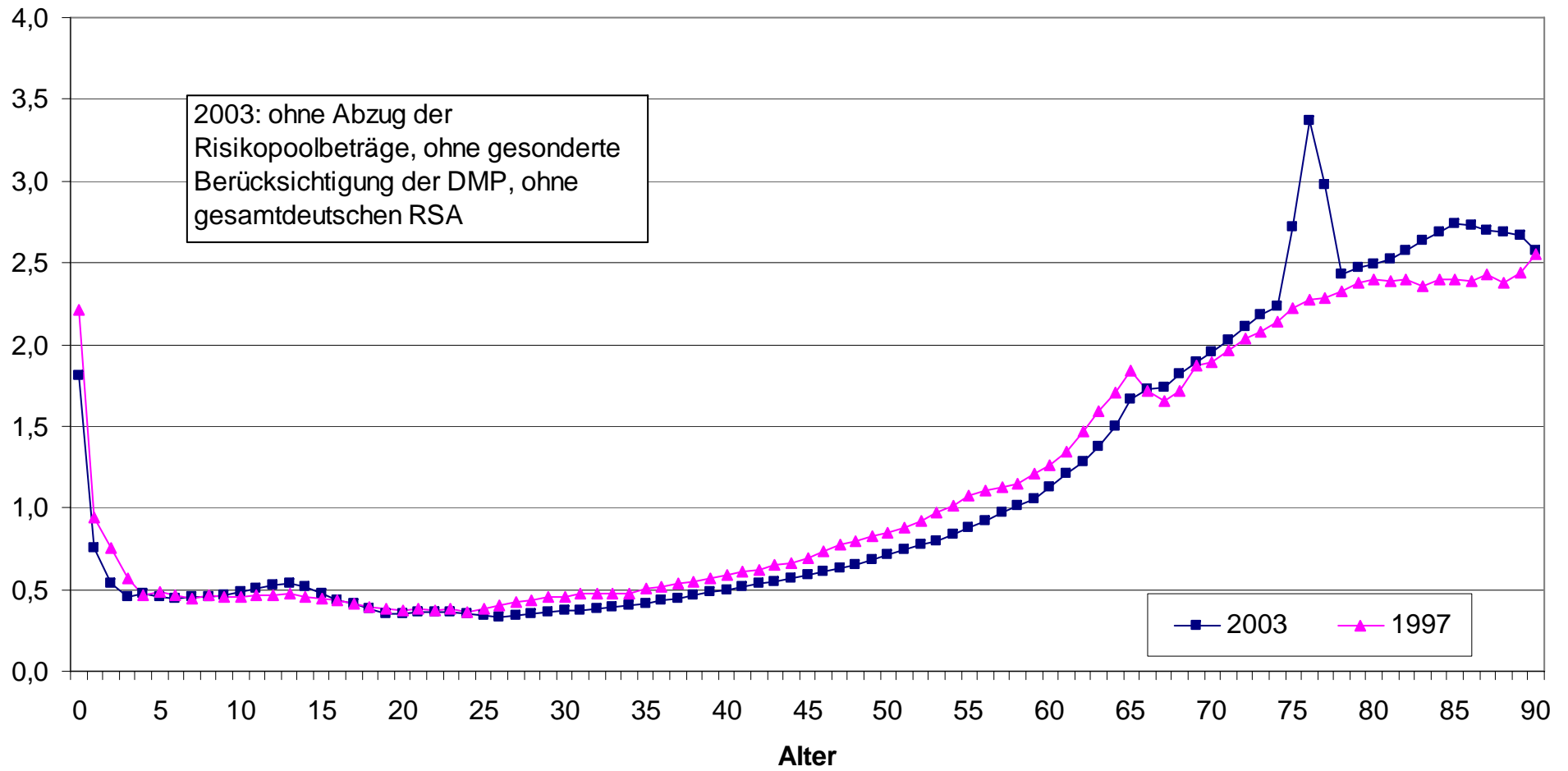


Abbildung 14

RSA-Verhältniswerte Frauen Ost 1997 und 2003 am Beispiel der VG01

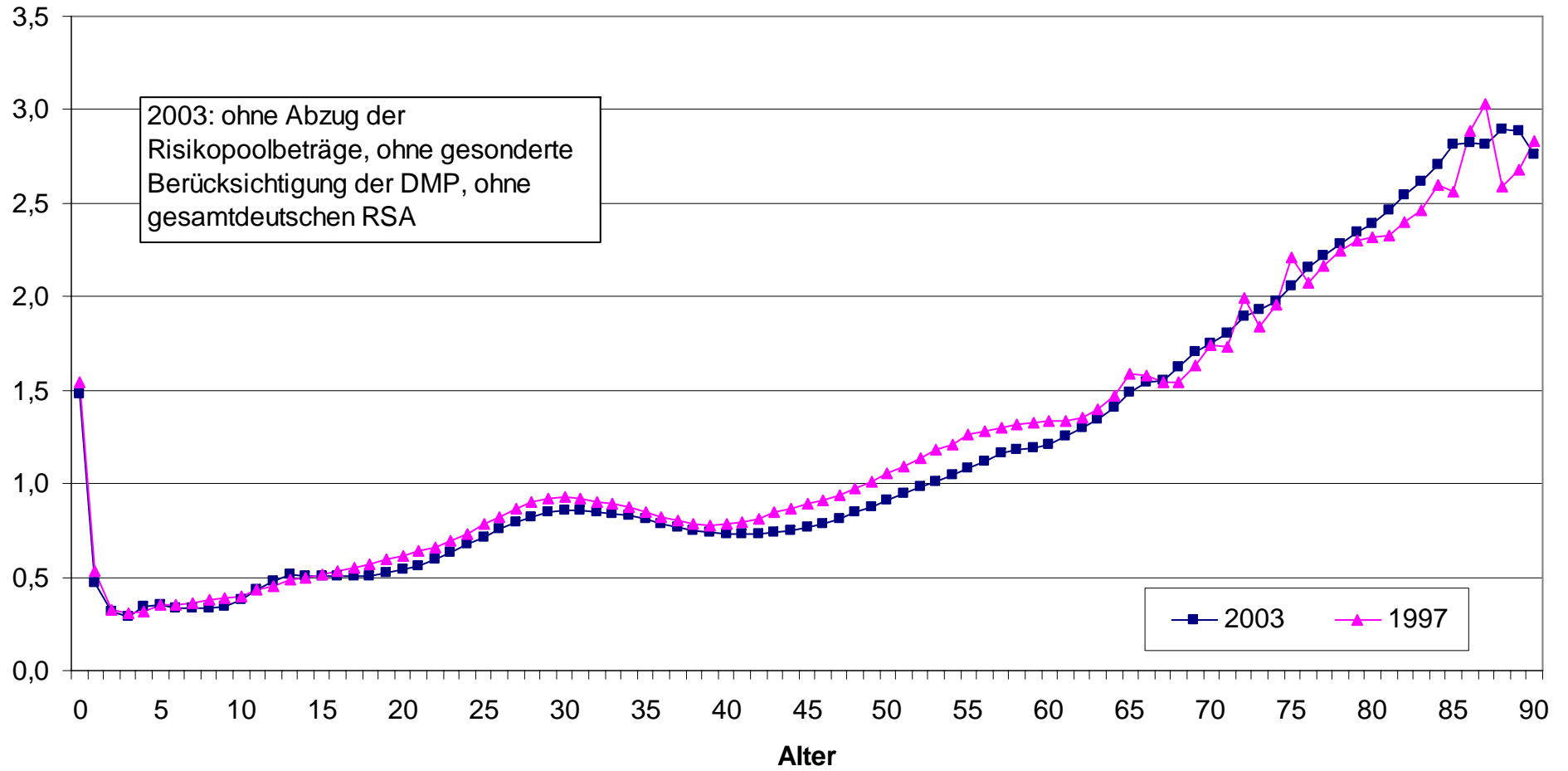


Abbildung 15

RSA-Ausgabenprofil Ärzte Bund 2003 (um Risikopoolbeträge bereinigte Werte ohne DMP-Differenzierung)

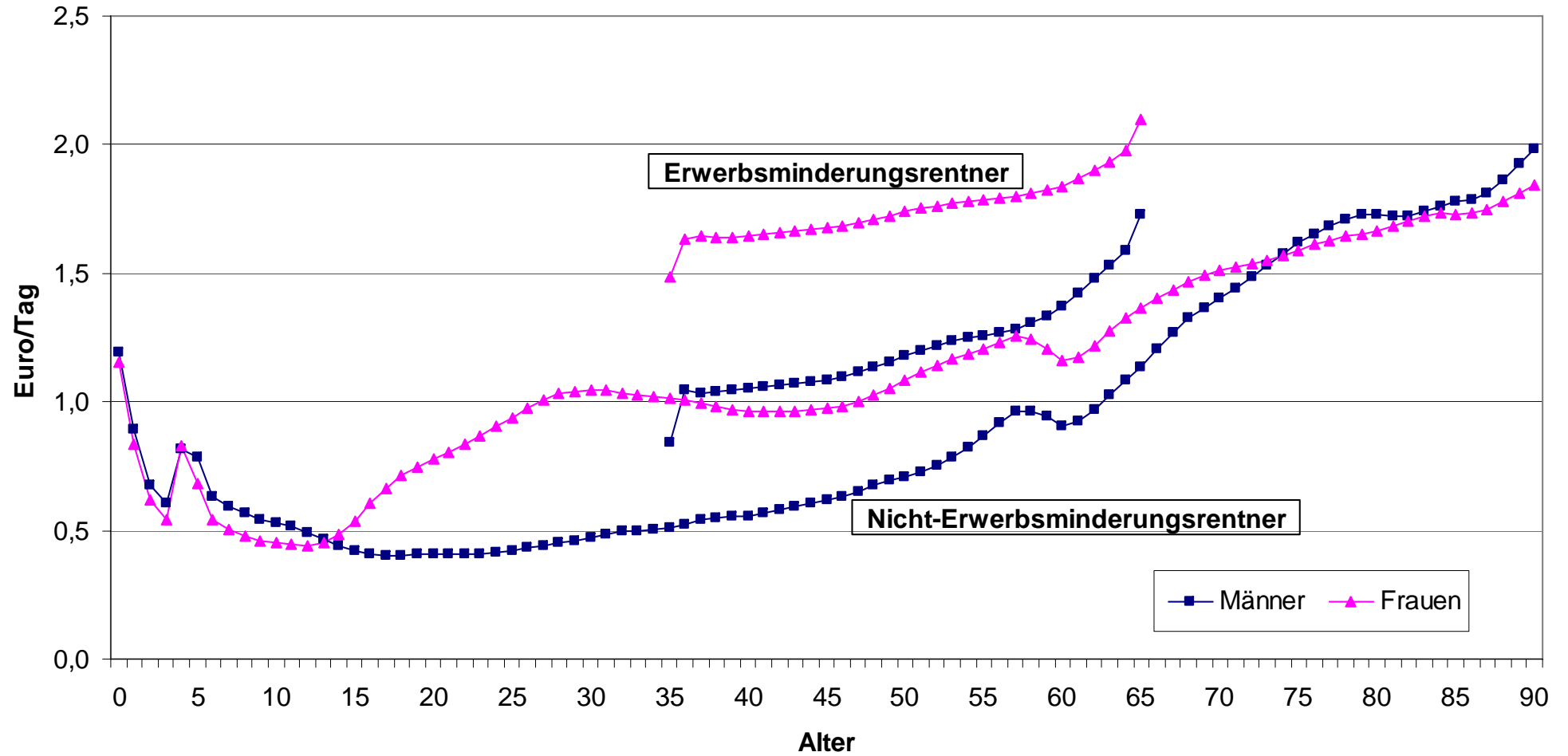


Abbildung 16

RSA-Ausgabenprofil Zahnärzte Bund 2003 (um Risikopoolbeträge bereinigte Werte ohne DMP-Differenzierung)

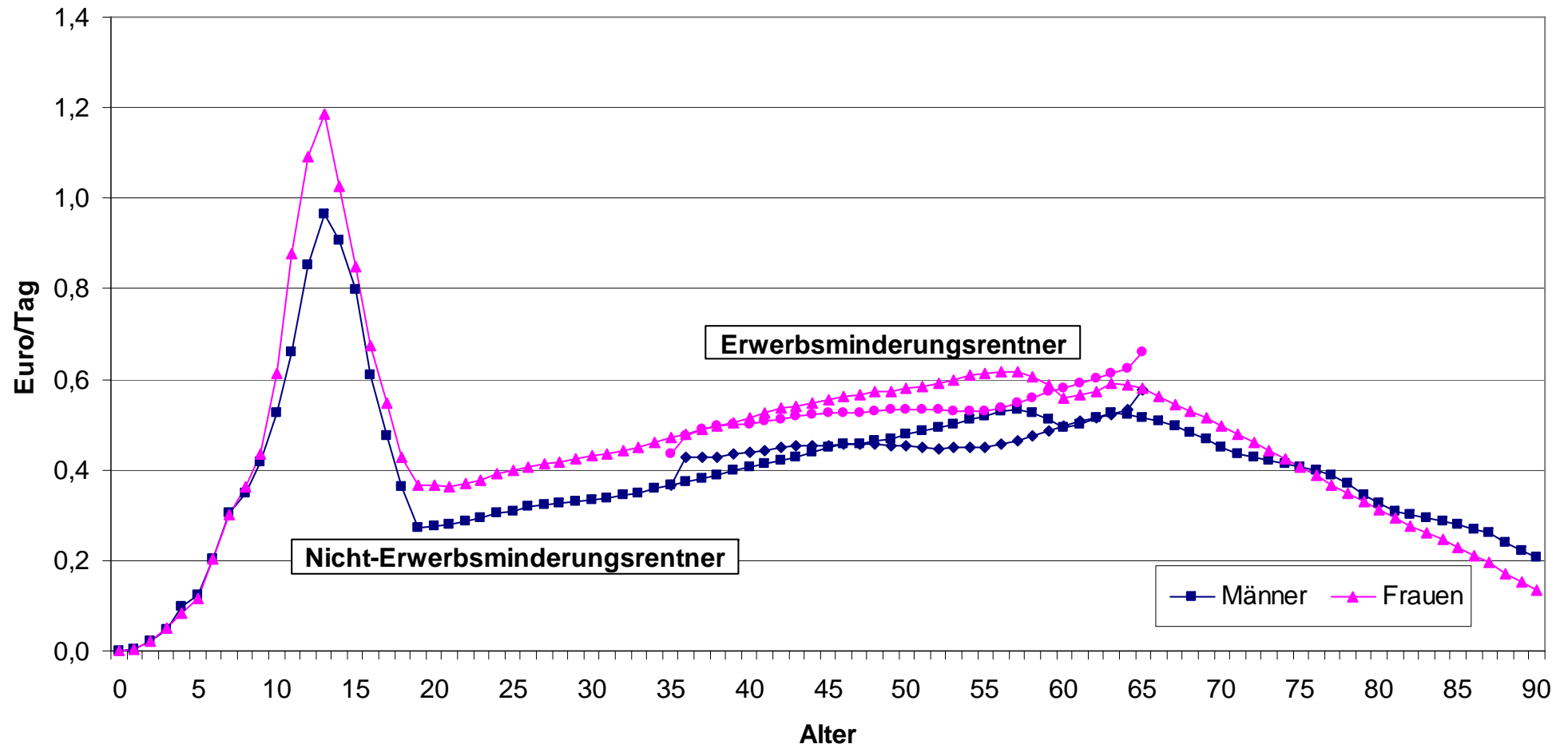


Abbildung 17

RSA-Ausgabenprofil Apotheken Bund 2003 (um Risikopoolbeträge bereinigte Werte ohne DMP-Differenzierung)

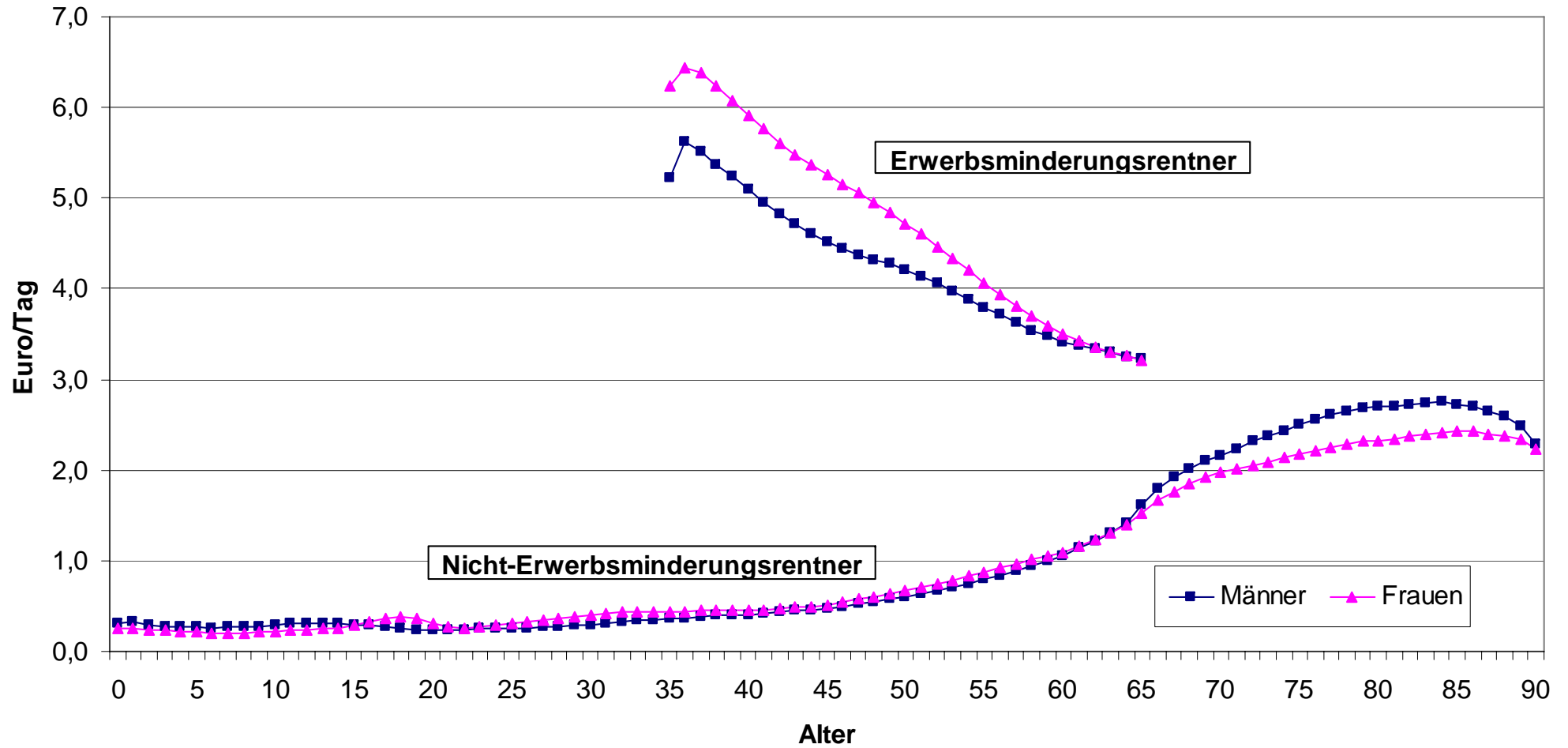


Abbildung 18

RSA-Ausgabenprofil Krankenhaus Bund 2003 (um Risikopoolbeträge bereinigte Werte ohne DMP-Differenzierung)

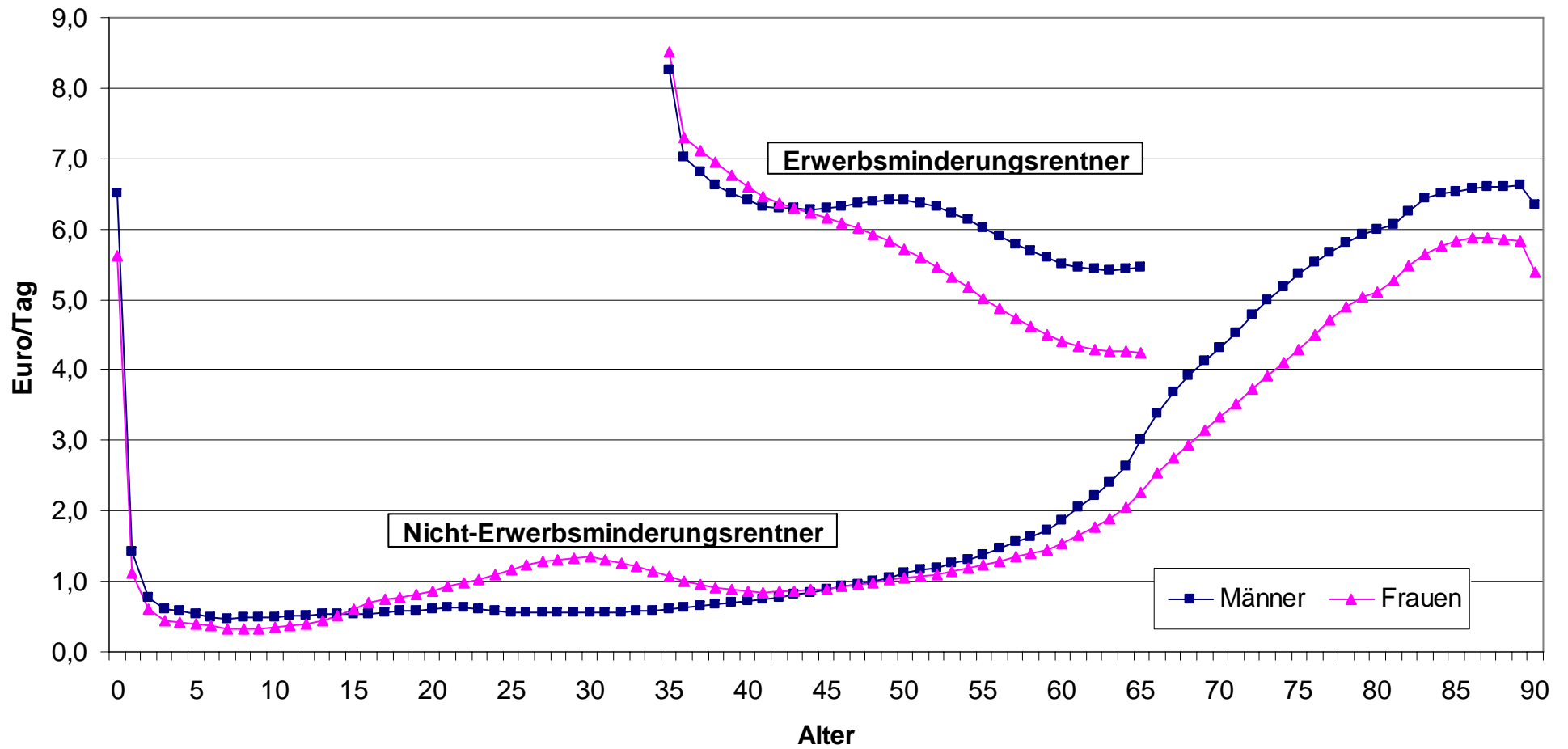


Abbildung 19

RSA-Ausgabenprofil Sonstige Leistungsausgaben Bund 2003

(um Risikopoolbeträge bereinigte Werte ohne DMP-Differenzierung)

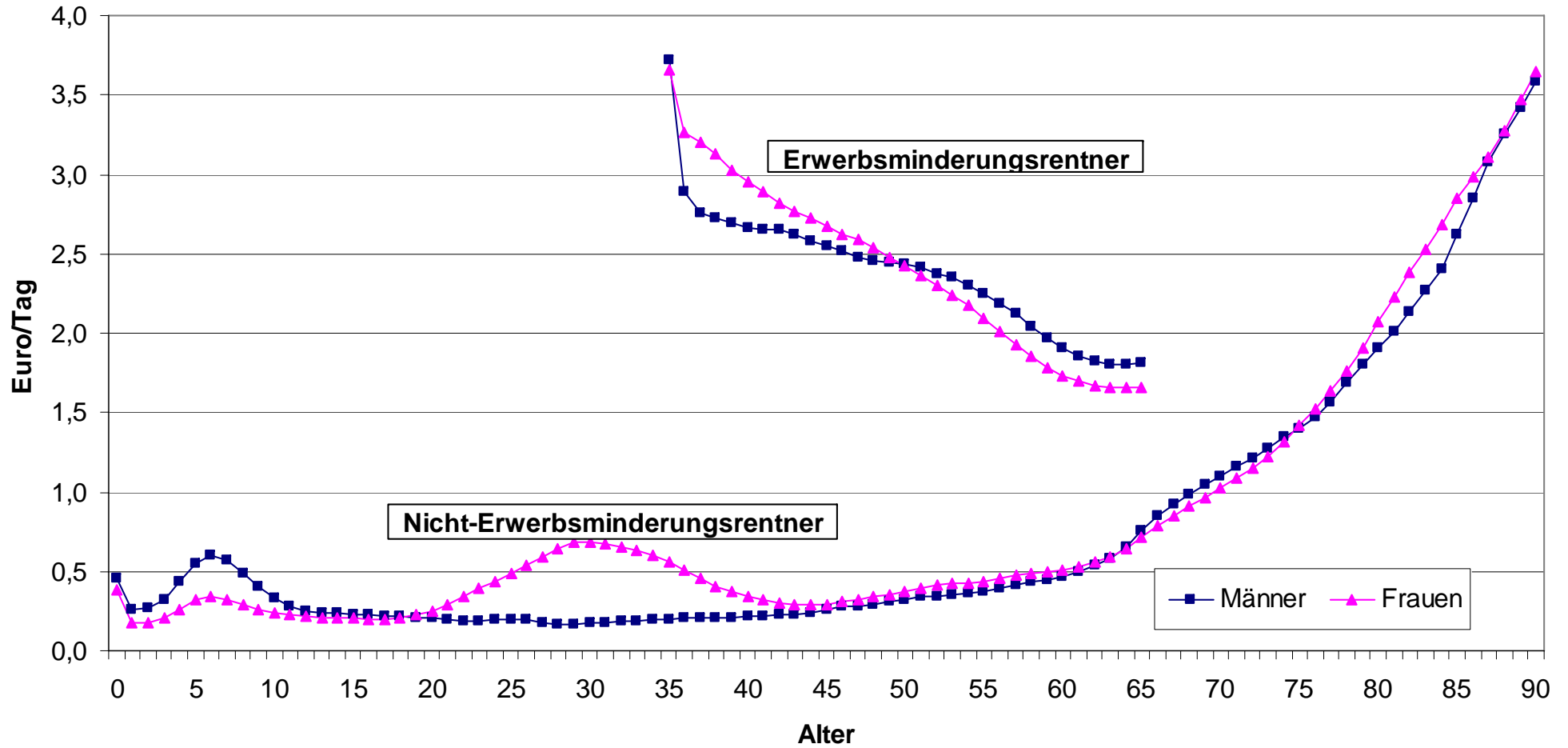


Abbildung 20

RSA-Ausgabenprofil Dialysesachkosten Bund 2003 (um Risikopoolbeträge bereinigte Werte ohne DMP-Differenzierung)

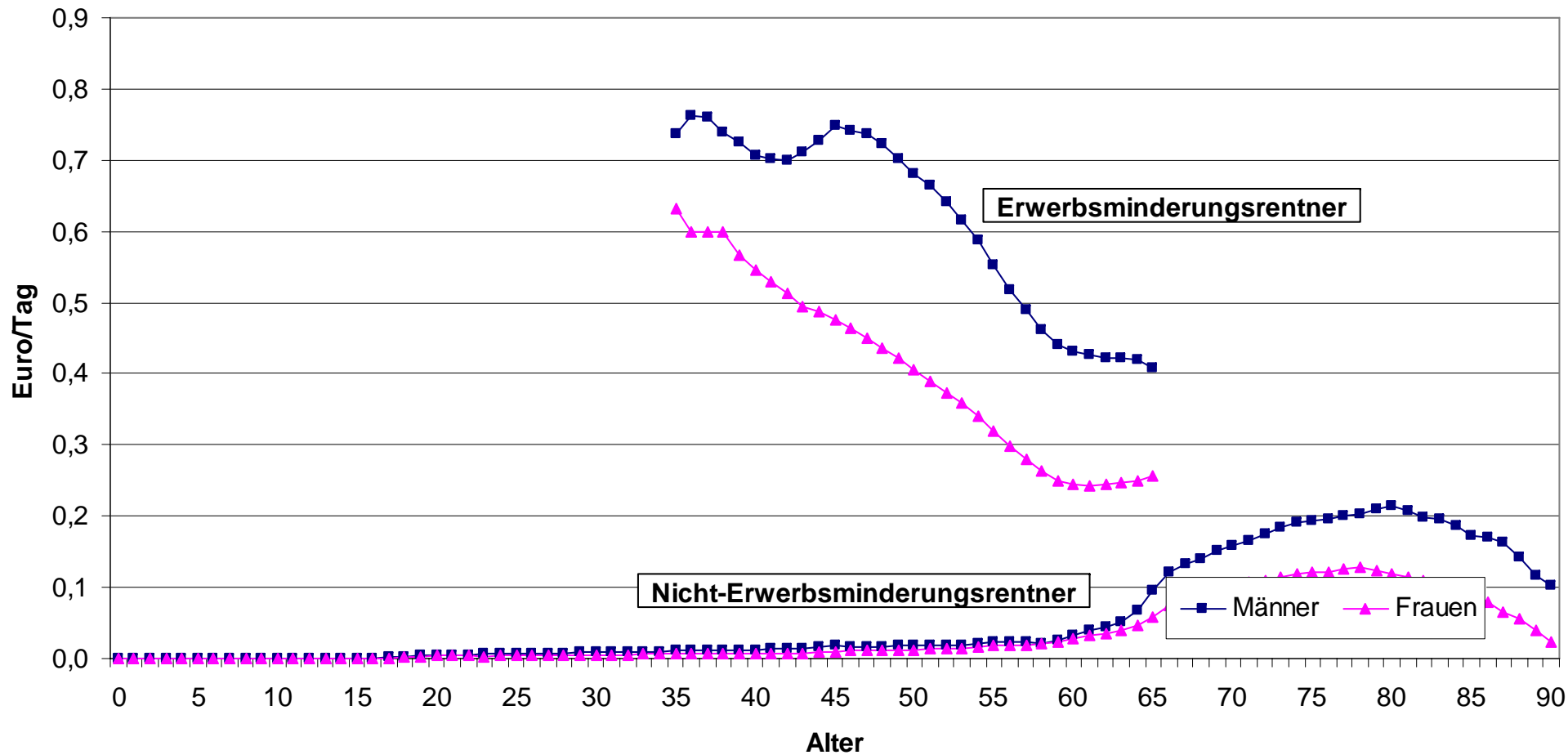


Abbildung 21

RSA-Ausgabenprofil Krankengeld Bund 2003 (um Risikopoolbeträge bereinigte Werte ohne DMP-Differenzierung)

