



Bundesversicherungsamt

# **Kurzbericht über den Jahresausgleich 2004 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.....	6
2.4 Geschäfts- und Rechnungsergebnisse.....	8
2.5 Sonstige Berechnungsgrundlagen.....	9
3 Berechnung des Jahresausgleichs 2004 .....	10
3.1 Grundzüge des Berechnungsverfahrens .....	10
3.2 Änderungen im Berechnungsverfahren 2004 .....	11
3.3 Standardisierte Leistungsausgaben.....	12
3.4 Ausgleichszahlungen im Risikostrukturausgleich .....	14
3.5 Ausgleichszahlungen im Risikopool.....	16
3.6 Strukturierte Behandlungsprogramme .....	19
3.7 Rechtskreistransfer .....	22

# 1 Einführung

Am 7. November 2005 hat das Bundesversicherungsamt die Ausgleichszahlungen im Rahmen des Risikostrukturausgleichs (RSA) – Jahresausgleich 2004 – 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](http://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.

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 Versicherungsgruppen für in strukturierte Behandlungsprogramme eingeschriebene Versicherte („Disease-Management-Programme – DMP“) gebildet; im Jahresausgleich 2003 galt dies für die Programme für Diabetes mellitus Typ 2 und Brustkrebs, im Jahresausgleich 2004 kam das Programm für Koronare Herzkrankheit (KHK) hinzu. Für die nächsten Jahre sind weitere Programme geplant.

Im Jahresausgleich 2004 traten, bedingt durch das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG), eine Reihe von Änderungen in Kraft, die auch den Risikostrukturausgleich betrafen. So muss die pauschale Abgeltung des Bundes für versicherungsfremde Leistungen in Höhe von einer Milliarde Euro bei der Berechnung des Beitragsbedarfs berücksichtigt werden. Andere Änderungen, z.B. Zuzahlungen und die Anschubfinanzierung für Integrierte Versorgung, betreffen die Finanzausgleichsverfahren mittelbar.

Die folgenden Ausführungen beziehen sich auf das Jahr 2004. Die Entwicklung der Daten im Jahr 2005 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 1. Januar des Ausgleichsjahres beschieden. Insgesamt nahmen an diesem Jahresausgleich 271 Krankenkassen teil (Vorjahr: 299). 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 259 Bescheide (Vorjahr: 287) verschickt, im Rechtskreis Ost 138 (Vorjahr: 145).

### 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 2004 wurden insgesamt 25.528.823.357 Versichertentage gemeldet, dies entspricht etwa 69,8 Millionen Versichertenjahren. Gegenüber dem letzten Jahresausgleich bedeutet dies einen leichten Rückgang um etwa 265.000 Versichertenjahre. Bei den **Anteilen der Kassenarten an den Gesamtversicherungszeiten** setzten sich die Verschiebungen der Vorjahre fort.<sup>1</sup> Der Anteil der Betriebskrankenkassen stieg von 20,8 % im Jahr 2003 auf 21,3 %, während die Anteile der Ortskrankenkassen und Angestellten-Ersatzkassen von 36,7 % bzw. 32,0 % auf 36,5 % bzw. 31,5 % sanken (vgl. Tabelle 1). Ein leichter Anstieg von 0,1 %-Punkten gegenüber dem Jahr 2003 lässt sich bei den Arbeiter-Ersatzkassen und den Innungskrankenkassen feststellen.

Zu den im Risikostrukturausgleich berücksichtigten Merkmalen gehört auch die Anerkennung als **Erwerbsminderungsrentner**. Nach der Datenmeldung des Jahres 2004 bezogen 2,5 % der GKV-Versicherten eine Erwerbsminderungsrente; eine Quote, die seit der Einführung des Risikostrukturausgleichs relativ konstant geblieben ist. Allerdings divergiert die Aufteilung auf die Kassenarten erheblich. Während 4,3 % der Versicherten der Bundesknappschaft und 3,5 % der Versicherten einer Ortskrankenkasse eine Erwerbsminderungsrente beziehen, liegt die Quote bei den Betriebskrankenkassen bei 1,3 %. Auch die Angestellten-Ersatzkassen liegen mit einem Anteil von 2,2 % unter dem Durchschnitt.

---

<sup>1</sup> 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. Die Bundesknappschaft heißt seit dem 1. Oktober 2005 Knappschaft. Hier wird noch der bisherige Name verwandt.

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

Tabelle 1: Struktur der Krankenkassen im Jahr 2004

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 38,0 % sowie bei den Innungskrankenkassen und den Arbeiter-Ersatzkassen unter 45 %. Lediglich die Angestellten-Ersatzkassen weisen mit 58,6 % eine überdurchschnittliche Frauenquote auf. Versicherte der Bundesknappschaft sind mit einem Durchschnittsalter von 59,6 Jahren und der See-Krankenkasse mit 52,6 Jahren älter als der GKV-Durchschnitt (42,0 Jahre).<sup>2</sup> Auch Versicherte der Ortskrankenkassen sind mit 44,6 Jahren älter als der Durchschnitt. Die Innungskrankenkassen, Betriebskrankenkassen und Arbeiter-Ersatzkassen versichern mit einem Altersschnitt von etwa 38 Jahren ein überdurchschnittlich junges Klientel.

Schließlich wird im Risikostrukturausgleich mit dem **Krankengeldanspruch** noch eine leistungsrechtliche Differenzierung berücksichtigt. Im GKV-Durchschnitt haben 56,4 % 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.

---

<sup>2</sup> 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.

Die Zahlen für die in **strukturierte Behandlungsprogramme (DMP)** eingeschriebenen Versicherten sind nur mit Vorsicht zu interpretieren, da zum Zeitpunkt des Jahresausgleichs 2004 nur für das Programm für Diabetes mellitus Typ 2 flächendeckende Zulassungen vorlagen. Insgesamt sind die Programme noch im Aufbau befindlich. Dabei zeichnen sich für die Ortskrankenkassen und für die Bundesknappschaft überdurchschnittliche Einschreibezahlen ab. GKV-weit waren Versicherte mit insgesamt 970.042 Versichertenjahren eingeschrieben. Hiervon entfielen 957.375 Versichertenjahre auf das Programm für Diabetes, 11.028 auf Brustkrebs und 1.639 auf Koronare Herzkrankheit.

### 2.3 Leistungsausgaben

Im Jahresausgleich 2004 waren Leistungsausgaben in Höhe von 125.671.057.796 Euro berücksichtigungsfähig. Gegenüber dem Vorjahr bedeutet dies einen Rückgang um rund 5 Milliarden Euro. 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 sind seit dem Jahr 2003 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**“). Hierbei handelte es sich um 1.948.344 Euro. 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 Prüf-dienste 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 haben sich auf eine Pauschale von 84,14 Euro je Versichertenjahr geeinigt, die über den Ausgleichsbedarfssatz finanziert wird. Im Jahr 2004 machte die Programmkostenpauschale in der Summe 81.619.353 Euro aus. Da es sich um eine Pauschale handelt, können hieraus keine Schlüsse auf die tatsächlichen Programmkosten für die strukturierten Behandlungsprogramme gezogen werden.

Wie schon im Jahresausgleich 2003 reduzierten die neu eingeführten **Arzneimittelrabatte** die Brutto-Arzneimittelausgaben. Im Jahresausgleich 2004 wurden so die gemeldeten Arzneimittel-ausgaben in Höhe von 24.240.218.516 Euro um 2.722.915.852 Euro gemindert. Von den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben werden auch die **im Risikopool ausgeglichenen Leistungsausgaben** in Höhe von 4.560.243.299 Euro abgezogen. Erstmals im Jah-

resausgleich 2004 kamen weitere Abzugs- und Anrechnungsfaktoren zum Tragen. **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 2004 ging es hierbei um einen Betrag in Höhe von 40.338.942 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 3.450.657 Euro aus. Schließlich gibt es **Rückzahlungen und Vorauszahlungen von Zuzahlungen** (§ 62 SGB V), die sich ebenfalls nicht auf die Hauptleistungsbereiche aufteilen lassen und daher ebenfalls über einen Faktor pauschal aufgeteilt werden. Diese betragen 458.651.921 Euro im Jahr 2004.

Die berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben werden in acht **Hauptleistungsbereichen** erfasst. 18,2 % der Ausgaben entfielen auf Ärzte, 8,9 % auf Zahnärzte, 17,1 % auf Apotheken, 38,5 % auf Krankenhäuser, 4,8 % auf Krankengeld, 1,3 % auf nichtärztliche Leistungen der ambulanten Dialyse und 11,4 % auf sonstige Leistungsausgaben. Der Hauptleistungsbereich „berücksichtigungsfähige Mehrleistungen DMP“ spielt quantitativ keine Rolle.

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 2.385 RSA-Zellen (vgl. nachfolgenden Exkurs).

#### **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 Altersgruppen (35 bis 65 Jahre) jeweils für Männer und Frauen eingeteilt. Im Ergebnis werden für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld somit 244 Versichertengruppen (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 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 zu-

sätzliche Zellen, da Männer sich nicht in dieses strukturierte Behandlungsprogramm einschreiben dürfen. Zusammen mit den Programmen für Diabetes mellitus Typ 2 und Koronare Herzkrankheit kommt man so auf 854 bzw. 2.385 Zellen.

In den beiden Hauptleistungsbereichen „Zahnärzte“ und „sonstige Leistungsausgaben“ erfolgt die Erfassung im Rahmen einer Stichprobe, die 4,0 % der Versicherten (3,3 % im Rechtskreis West und 7,8 % im Rechtskreis Ost) erfasst. Die übrigen Hauptleistungsbereiche werden von den Krankenkassen im Rahmen einer Vollerhebung erfasst. Im Hauptleistungsbereich „Ärzte“ – bislang im Rahmen der Stichprobe erfasst – wurde im Jahresausgleich 2004 erstmals eine Vollerhebung durchgeführt.

## 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 2004 lag die Summe der beitragspflichtigen Einnahmen (Grundlohnsumme) bei 767.346.301.331 Euro. Hinzu kommt die Rentensumme in Höhe von 197.279.421.680 Euro. Damit sind sowohl die Grundlohnsumme als auch die Rentensumme gegenüber dem Vorjahr um 1,1 % 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 Bundesknappschaft (seit dem 1. Oktober 2005: Deutsche Rentenversicherung Knappschaft Bahn See) als zentrale Einzugsstelle für den Beitragseinzug zuständig. Die so eingenommenen Pauschalbeiträge zur Krankenversicherung in Höhe von 1.819.754.736 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 2004 nur noch geringfügige Korrekturen im alten Einzugsweg in Höhe von 1.300.491 Euro aus. Dieser Betrag wird von den Krankenkassen in den Risikostrukturausgleich eingezahlt und über eine Absenkung des Ausgleichsbedarfssatzes gemäß der Finanzkraft an die 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 2004 flossen hier noch 5.550.435 Euro.

Schließlich werden auch **Korrekturen** der berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben für Vorjahre gemeldet. Mit per Saldo -494.647 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 2004 ging es hierbei um 2.176.669 Euro. Die **Säumniszuschläge** in Höhe von 55.832 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 2004 noch 833.200 Euro zu verzeichnen.

Mit dem Jahresausgleich 2004 kommen zwei neue Größen hinzu. In § 221 SGB V ist die **Beteiligung des Bundes** zur pauschalen Abgeltung der Aufwendungen der Krankenkassen für versicherungsfremde Leistungen vorgesehen. Da die landwirtschaftlichen Krankenkassen am Risikostrukturausgleich nicht teilnehmen, entfallen von dem Abgeltungsbetrag des Jahres 2004 in Höhe von einer Milliarde Euro auf die am Risikostrukturausgleich teilnehmenden Krankenkassen 994.876.894 Euro. Dieser Betrag wird in einem separaten Verfahren an die Krankenkassen verteilt. Im Risikostrukturausgleich wird bei jeder Krankenkasse der zugewiesene Abgeltungsbetrag vom Beitragsbedarf abgezogen. Der Abgeltungsbetrag mindert so in voller Höhe den Ausgleichsbedarfssatz und kommt damit den Krankenkassen entlastend zu Gute.

Bei den neu eingeführten **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 2004 betragen die Zinserträge 338.036 Euro.

## 3 Berechnung des Jahresausgleichs 2004

### 3.1 Grundzüge des Berechnungsverfahrens

Bereits im Jahresausgleich 2003 wurde das Berechnungsverfahren so umgestellt, dass im ersten Berechnungsschritt die brutto gemeldeten Leistungsausgaben um die Erstattungen und die im Jahr 2003 neu eingeführten Arzneimittelrabatte bereinigt wurden. Dieser Schritt hat sich bewährt, zumal durch das zum 1. Januar 2004 in Kraft getretenen GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) weitere **Bereinigungsschritte** notwendig wurden. Diese Schritte betreffen die Anschubfinanzierung und Komplexpauschalen in der Integrierten Versorgung, sowie die Rückzahlungen und Vorauszahlungen von Zuzahlungen.

Nachdem die gemeldeten Leistungsdaten entsprechend reduziert wurden, werden die Daten aus den Leistungsbereichen mit Stichprobenerhebung je Krankenkasse hochgerechnet. Da der Hauptleistungsbereich Ärzte erstmalig voll erhoben wurde, betrifft dies 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 2004 zu 62,5 %. 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.<sup>3</sup>

### 3.2 Änderungen im Berechnungsverfahren 2004

Neben den durch das GMG notwendig gewordenen **Bereinigungsschritten** und der **Vollerhebung im Hauptleistungsbereich Ärzte** wurden einige weitere Änderungen vereinbart. So wurde die **Risikopoolbereinigung**, d.h. die Minderung der im Risikostrukturausgleich berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben um die im Risikopool ausgeglichenen Leistungsausgaben, in den vergangenen beiden Jahren auf Einzelkassenebene durchgeführt. Bedingt durch unterschiedliche Meldezeitpunkte kam es wiederholt zu Abgrenzungsproblemen, so dass den im Risikopool gemeldeten Leistungsausgaben die im Risikostrukturausgleich gemeldeten nicht zellengenau gegenüberstanden. Auf Ebene aller Krankenkassen gleichen sich diese Probleme aus, so dass eine höhere Validität der Berechnung erreicht wird. Zudem wird hierdurch das Berechnungsverfahren vereinfacht.

Das statistische **Glättungsverfahren** wurde in den Vorjahren auf die Pro-Tag-Werte in jedem Hauptleistungsbereich getrennt angewandt. Erst dann wurden sie über alle Hauptleistungsbe-  
reiche addiert. In diesem Jahr werden die Pro-Tag-Werte zuerst addiert und dann geglättet. Auch dieser Schritt führt zu einer Vereinfachung des Berechnungsverfahrens.

Bei den **strukturierten Behandlungsprogrammen** gab es nur vereinzelte Zulassungen im Jahr 2004 für Brustkrebs im Osten und für Koronare Herzkrankheit in beiden Rechtskreisen. So wurde die erste Zulassung für ein Programm für Koronare Herzkrankheit am 18. Januar 2005 rückwirkend zum 28. September 2004 ausgesprochen. Bei Brustkrebs erfolgte die erste Zulassung für den Rechtskreis Ost rückwirkend zum 24. November 2004. Unter diesen Bedingungen bestand zwischen dem Bundesversicherungsamt und den Spitzenverbänden der am Risikostrukturausgleich beteiligten Krankenkassen Einvernehmen, dass keine validen standardisierten Leistungsausgaben berechnet werden konnten. Aus diesem Grund wurden bei diesen Programmen im Jahresausgleich 2004 keine gesonderten Ausgabenprofile ermittelt.

---

<sup>3</sup> Eine ausführliche Darstellung der Berechnungsschritte kann der Vereinbarung der Spitzenverbände nach § 267 Abs. 7 Nr. 1 und 2 SGB V entnommen werden.

### 3.3 Standardisierte Leistungsausgaben

Insgesamt betragen die durchschnittlichen standardisierten Leistungsausgaben je Versichertenjahr („Hundert-Prozent-Wert“) im Jahresausgleich 2004 1.736 Euro. Für Erwerbsminderungsrentner betrug der entsprechende Wert 5.439 Euro.

Versicherte, die in ein strukturiertes Behandlungsprogramm für Diabetes mellitus Typ 2 eingeschrieben waren, erhielten im Jahresausgleich 2004 durchschnittlich standardisierte Leistungsausgaben in Höhe von 4.390 Euro zugerechnet; bei Brustkrebs lag der Wert bei 6.104 Euro (vgl. Abbildung 1). Diese Werte haben sich gegenüber dem Vorjahr (3.877 Euro bzw. 5.198 Euro) erheblich erhöht. Dies liegt zum einen daran, dass im Jahresausgleich 2003 aus Gründen der Datenerfassung keine separaten Profile für die Hauptleistungsbereiche Ärzte, Zahnärzte und sonstige Leistungsausgaben ermittelt werden konnten. Zudem erfolgten die Zulassungen in der Regel erst zum Jahresende 2003, so dass für die erfassten Versicherten nur kurze Versicherungsperioden in die Berechnungen eingingen. Da eine Einschreibung zum Zeitpunkt eines stationären Aufenthaltes unwahrscheinlich ist und der kurze Zeitraum nach der Einschreibung nicht ausreicht, um die stationären Einweisungswahrscheinlichkeiten dieser Gruppe abzubilden, waren auch die Ausgabenprofile im Krankenhaus im Jahresausgleich 2003 erheblich niedriger als im Jahresausgleich 2004.

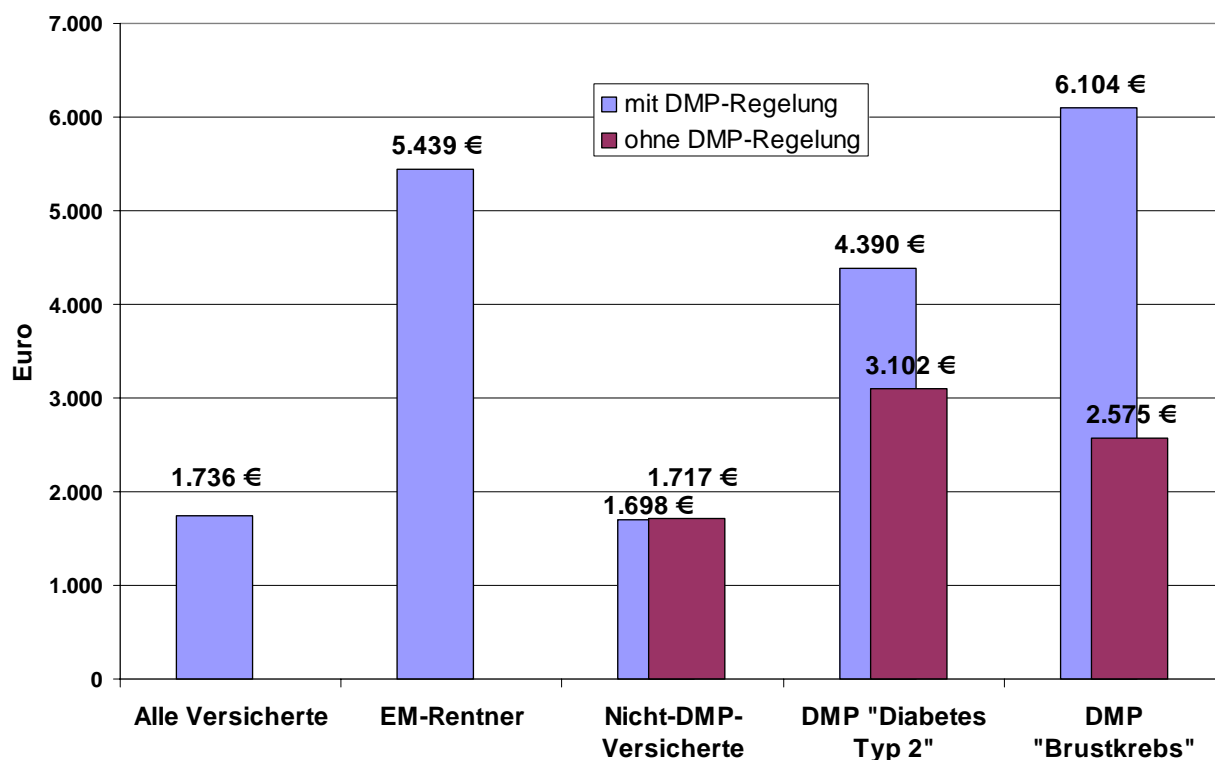


Abbildung 1: Durchschnittliche standardisierte Leistungsausgaben nach Versichertengruppen im Jahresausgleich 2004

Diese Werte liegen zwar erheblich höher als der durchschnittliche Beitragsbedarf eines Nicht-DMP-Versicherten mit 1.698 Euro. Allerdings wäre für die DMP-Versicherten im Falle einer Nicht-Einschreibung nicht der durchschnittliche Beitragsbedarf eines Nicht-DMP-Versicherten

angerechnet worden, sondern ein höherer Wert, da diese gemessen an den Faktoren Alter, Geschlecht und dem Bezug einer Erwerbsminderungsrente im Durchschnitt eine schlechtere Risikostruktur aufweisen. Zu vergleichen sind daher die Werte, die für DMP-Versicherte ohne eine gesonderte Berücksichtigung der Einschreibung angerechnet worden wären. Diese lagen bei 3.102 Euro (Diabetes) bzw. 2.575 Euro (Brustkrebs).

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.

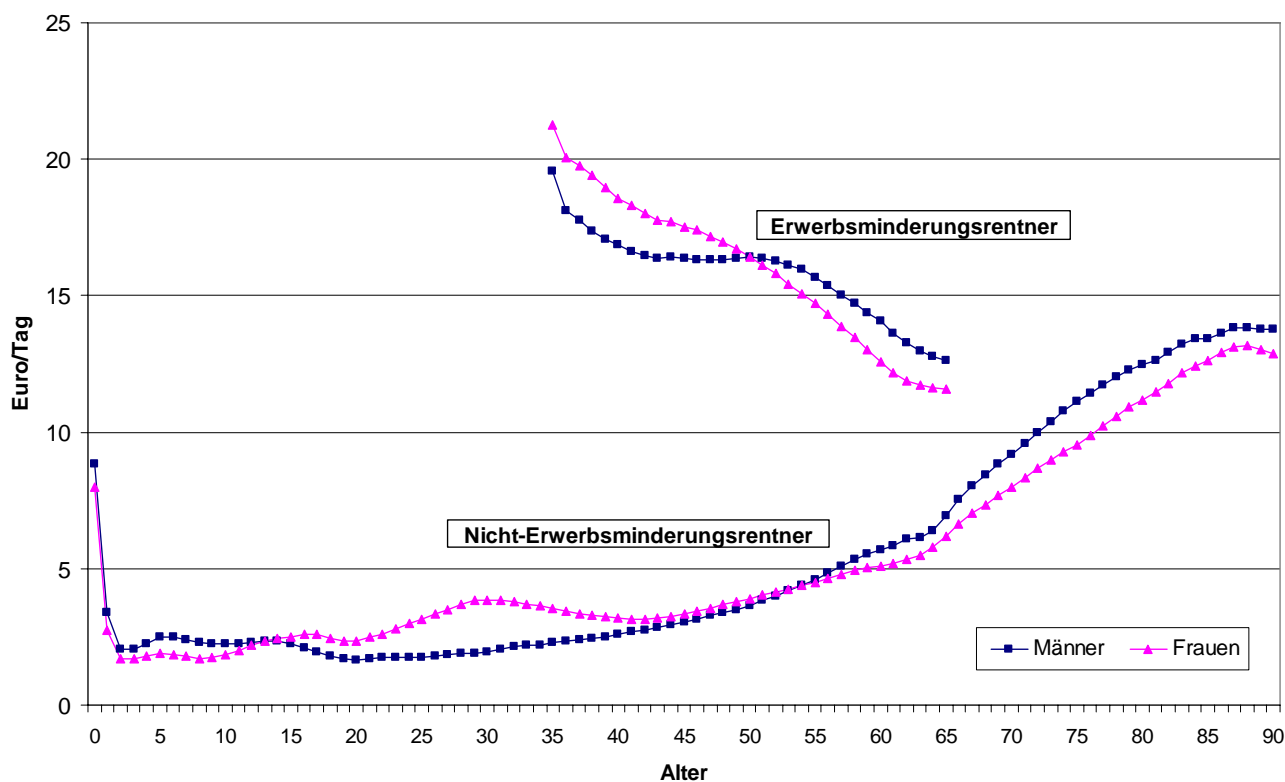


Abbildung 2: Ausgabenprofil (Bund) im Risikostrukturausgleich, Jahresausgleich 2004

### 3.4 Ausgleichszahlungen im Risikostrukturausgleich

Zur Finanzierung der Beitragsbedarfe der Krankenkassen sowie sonstiger im Risikostrukturausgleich berücksichtigten Komponenten<sup>4</sup> wird der Ausgleichsbedarfssatz als Hebesatz auf die beitragspflichtigen Einnahmen (Grundlohnsumme und Rentensumme) der einzelnen Krankenkassen erhoben. Im Jahresausgleich 2004 betrug er 12,27 %. 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.<sup>5</sup> 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 der 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	12.520.088.149,00
BKK	190	-8.833.692.665,09	34	568.090.745,22
BKN	0	0,00	1	1.485.269.698,21
EAN	4	-3.491.113.215,81	3	395.250.475,18
EAR	2	-662.655.917,87	1	54.184.898,42
IKK	10	-544.589.527,30	9	321.308.136,86
SEE	0	0,00	1	6.664.357,53
<b>GKV</b>	<b>206</b>	<b>-13.532.051.326,07</b>	<b>66</b>	<b>15.350.856.460,42</b>

Tabelle 2: Ausgleichsforderungen und -verpflichtungen im Risikostrukturausgleich 2004

<sup>4</sup> 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.

<sup>5</sup> 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.

Die **Ausgleichsforderungen und -verpflichtungen** führen zu einem Transfervolumen, das über alle Krankenkassen<sup>6</sup> 15,4 Milliarden Euro ausmacht (vgl. Tabelle 2). 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 Sondersicherungssysteme eindeutig Empfänger-kassen sind, während sich die übrigen Kassenarten sowohl aus Empfänger-, als auch Zahlerkassen zusammensetzen. Das auf Kassenartenebene ermittelte Transfervolumen beträgt 14,0 Milliarden Euro.

Die in Tabelle 2 ausgewiesene Differenz zwischen Ausgleichsforderungen und -verpflichtungen in Höhe von 1.819 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.

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 2003 ist das Transfervolumen um 219 Millionen Euro angestiegen.

	2004	2003	2002	2001	2000
<b>mit sonstigen Faktoren*</b>					
Beitragbedarfstransfer	45,8%	47,8%	49,4%	48,5%	48,9%
Finanzkrafttransfer	44,1%	47,0%	49,6%	50,3%	49,7%
Transfer sonstiger Faktoren	10,1%	5,2%	1,0%	1,2%	1,5%
<b>ohne sonstige Faktoren*</b>					
Beitragbedarfstransfer	50,9%	50,4%	49,9%	49,1%	49,6%
Finanzkrafttransfer	49,1%	49,6%	50,1%	50,9%	50,4%

\* 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 (2004)

Tabelle 3: Entwicklung des Beitragsbedarfs- und Finanzkraftanteils am Transfervolumen

<sup>6</sup> Tatsächlich beschieden werden rechtskreisübergreifend tätige Krankenkassen getrennt nach Haupt- und Erstreckungskasse. Auf dieser Ebene liegt das Transfervolumen etwa 81 Millionen Euro höher. Diese 81 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.

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. In den letzten beiden Jahren war der Anstieg des Transfervolumens geprägt durch die Umstellung des Beitragseinzuges bei geringfügig Beschäftigten. Durch den zentralen Einzug gehen gegenüber dem dezentralen Einzug Verrechnungsmöglichkeiten auf Einzelkassenebene verloren. Im letzten Jahr ging über die Hälfte des Anstiegs des Transfervolumens auf das Konto des zentralen Beitragseinzuges. In diesem Jahr wäre es ohne die Beiträge aus geringfügiger Beschäftigung statt des Anstiegs zu einem Rückgang des Transfervolumens um 280 Millionen Euro gekommen. Das Transfervolumen hätte in diesem Fall 14,5 Milliarden Euro betragen. 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 trennen.<sup>7</sup> So lassen sich 50,9 % des restlichen Transfervolumens auf die Beitragsbedarfsseite und 49,1 % auf die Finanzkraftseite zurückführen. Damit haben sich die Verhältnisse der beiden Säulen seit dem letzten Jahresausgleich praktisch umgekehrt (vgl. Tabelle 3).

### **3.5 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 fehlsteuernden Beitragssatzsignale von Risikoentmischungen begrenzt werden“.<sup>8</sup> 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. Die Finanzierung des Risikopools erfolgt dabei analog zum Risikostrukturausgleich durch einen eigenen Teil-Ausgleichsbedarfssatz.

---

<sup>7</sup> 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 90 % 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 3.7.

<sup>8</sup> 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	593.028.986,51
BKK	196	-469.761.040,70	28	39.598.768,24
BKN	0	0,00	1	48.847.817,84
EAN	5	-194.390.187,79	2	27.155.174,27
EAR	2	-29.846.770,56	1	3.017.362,75
IKK	11	-41.154.492,71	8	22.772.552,56
SEE	0	0,00	1	731.829,67
<b>GKV</b>	<b>214</b>	<b>-735.152.491,76</b>	<b>58</b>	<b>735.152.491,84</b>

Tabelle 4: Ausgleichsforderungen und -verpflichtungen im Risikopool 2004

Im Risikopool ausgleichsfähig sind die Ausgaben für Arzneimittel, Krankenhausbehandlung, das Kranken- und Sterbegeld, seit dem Jahresausgleich 2003 auch die nichtärztlichen Leistungen der ambulanten Dialyse. Im Jahresausgleich 2004 wurden im Risikopool 542.023 Versicherte mit ausgleichsfähigen Leistungsausgaben in Höhe von 19,4 Milliarden Euro gemeldet. Die im Risikopool ausgeglichenen Leistungsausgaben reduzierten sich gegenüber dem Vorjahr leicht von 4.577 Millionen Euro auf 4.560 Millionen Euro. Hinzu kommen Korrekturen für die beiden vorangegangenen Ausgleichsjahre in Höhe von 65 Millionen Euro.

Kassenart	Zahlerkassen		Empfängerkassen	
	Anzahl	Euro	Anzahl	Euro
AOK	0	0,00	17	13.113.117.135,51
BKK	191	-9.300.202.574,30	33	604.438.381,97
BKN	0	0,00	1	1.534.117.516,05
EAN	4	-3.683.719.111,14	3	420.621.356,99
EAR	2	-692.502.688,43	1	57.202.261,17
IKK	10	-581.143.700,85	9	339.480.370,26
SEE	0	0,00	1	7.396.187,20
<b>GKV</b>	<b>207</b>	<b>-14.257.568.074,72</b>	<b>65</b>	<b>16.076.373.209,15</b>

Tabelle 5: Kumulierte Ausgleichsbeträge Risikostrukturausgleich und Risikopool 2004

Die Ausgleichsforderungen und -verpflichtungen auf Ebene der Kassenarten können der Tabelle 4 entnommen werden. Das Transfervolumen im Risikopool ist gegenüber dem Vorjahr um

etwa 28 Millionen Euro auf 735 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. Zum Vergleich: Das kumulierte Transfervolumen betrug im Vorjahr 15,8 Milliarden Euro.

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.

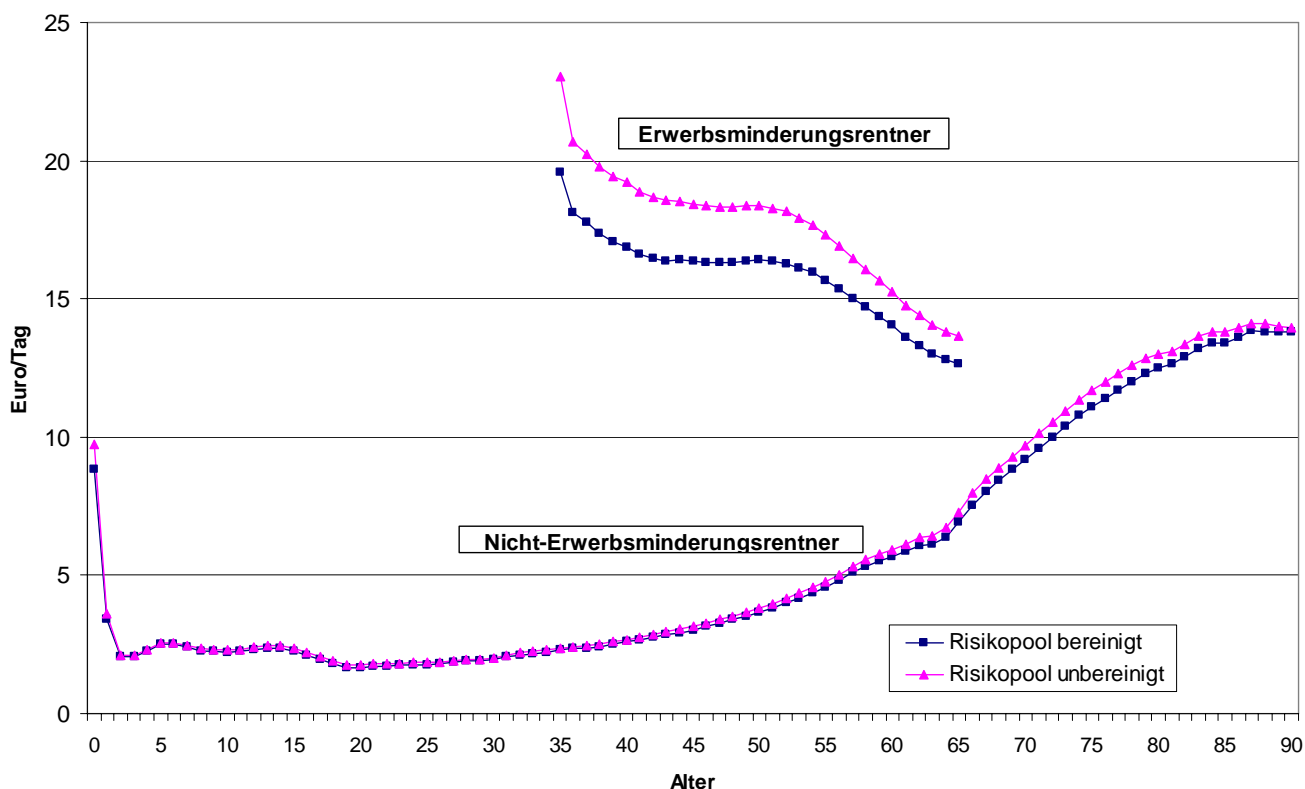


Abbildung 3: Absenkung des Ausgabenprofils für Männer (Bund) im Risikostrukturausgleich durch den Risikopool im Jahresausgleich 2004

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*	Beitragsatz-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
BKN	141.973.375,79	-160.511.644,41	-18.538.268,62	0,09
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
SEE	5.979.769,35	-6.602.377,04	-622.607,69	0,05

\*Angaben in Euro

Tabelle 6: Finanzielle Auswirkung des Risikopools im Jahresausgleich 2004

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 0,6 Beitragsatzpunkten entlastet und mit bis zu 0,4 Beitragsatzpunkten belastet. Allerdings handelt es sich auch auf der Einzelkassenebene um Einzelfälle, bei denen häufig auch regionale Besonderheiten zu vermuten sind. Bei der Mehrzahl der Krankenkassen erreicht der Risikopool keine Beitragsatzrelevanz.

### 3.6 Strukturierte Behandlungsprogramme

Versicherte, die in ein strukturiertes Behandlungsprogramm für Diabetes mellitus Typ 2 eingeschrieben waren, verursachten durchschnittlich Leistungsausgaben in Höhe von 4.390 Euro pro Jahr; bei Brustkrebs lag der Wert bei 6.104 Euro (vgl. Abbildung 1 im Abschnitt 3.3). Diese Werte liegen 1.288 Euro bzw. 3.529 Euro 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 und 5). Insgesamt wurden den im Jahr 2004 eingeschriebenen DMP-Versicherten knapp über 4,3 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 2004 um 19 Euro auf 1.698 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.

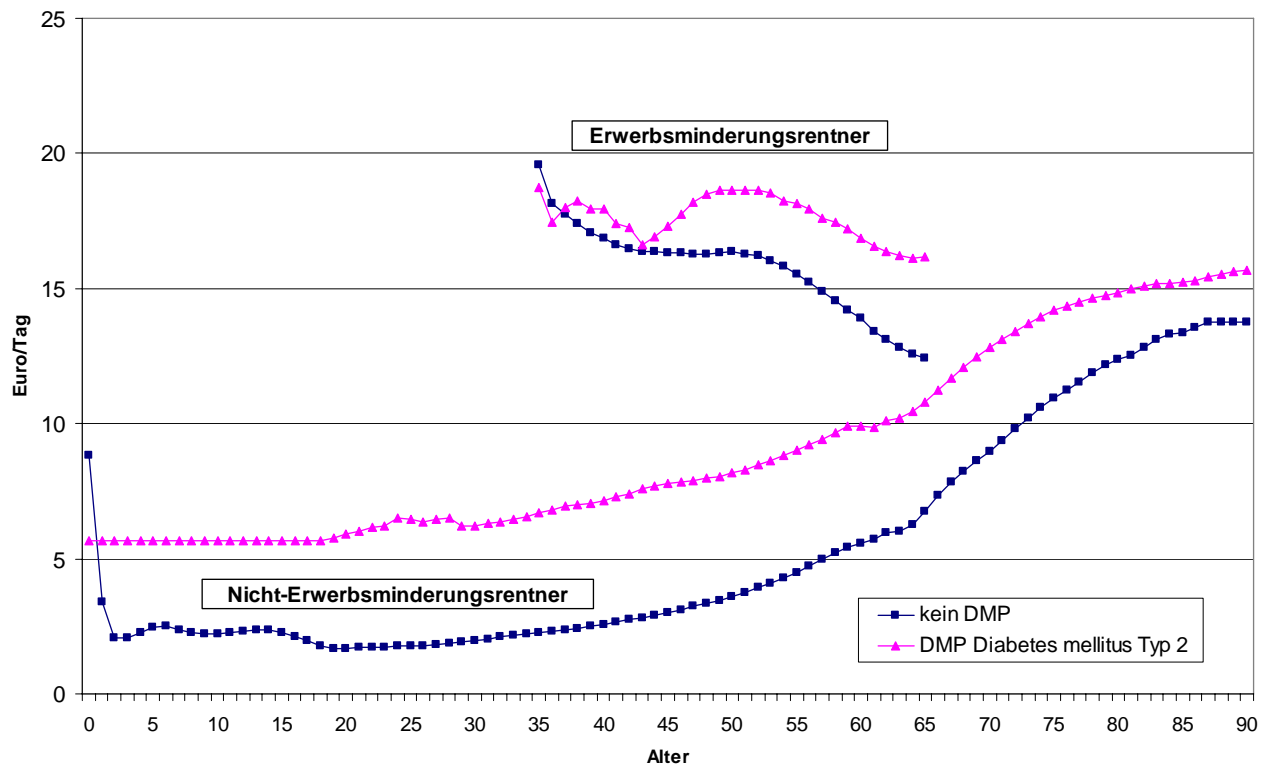


Abbildung 4: Auswirkung des strukturierten Behandlungsprogramms für Diabetes mellitus Typ 2 auf das Ausgabenprofil für Männer (Bund) im Risikostrukturausgleich, Jahresausgleich 2004

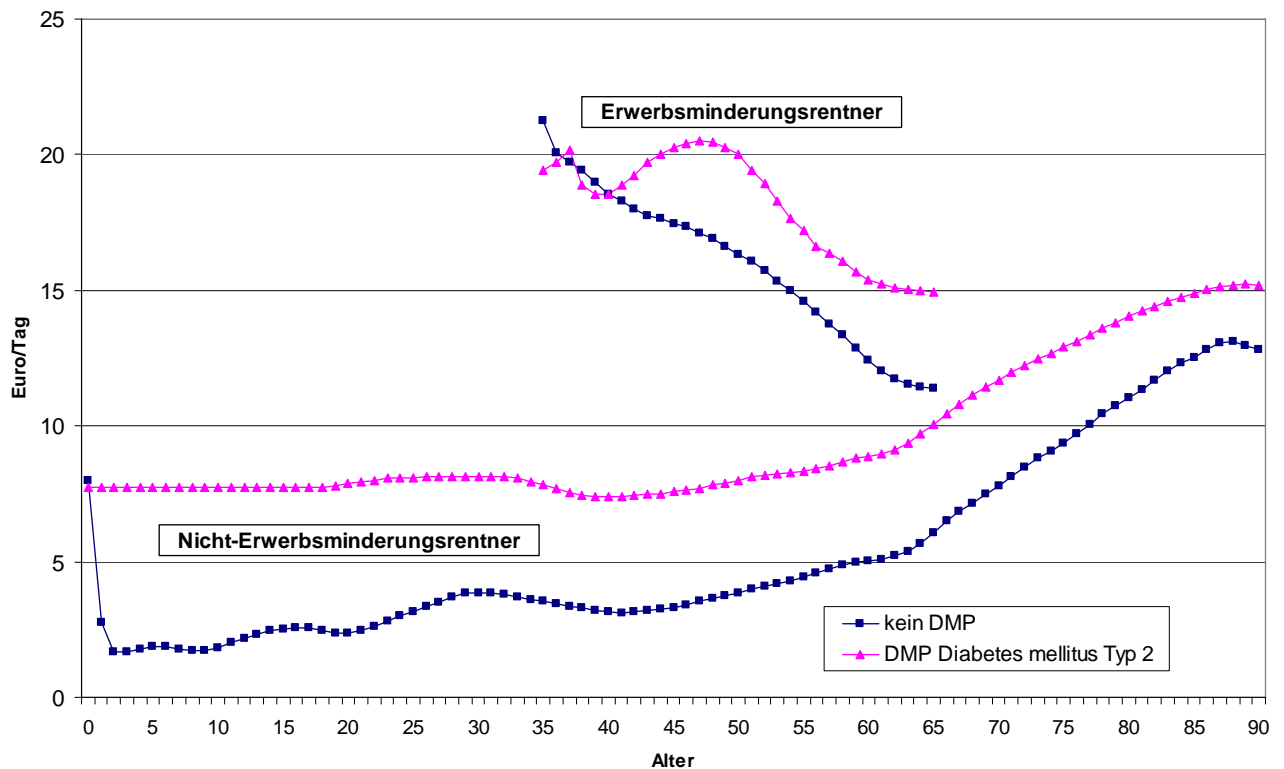


Abbildung 5: Auswirkung des strukturierten Behandlungsprogramms für Brustkrebs auf das - Ausgabenprofil für Frauen (Bund) im Risikostrukturausgleich, Jahresausgleich 2004

Zu dieser Änderung des Beitragsbedarfs kommen die Auswirkungen der DMP-Programmkostenpauschale in Höhe von 84,14 Euro je Versichertenjahr. Hierdurch werden zusätzliche 82 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.

<b>BUND</b>	Änderung des Beitragsbedarfs*	Auswirkung der DMP-Pauschalen*	Gesamtwirkung*	Beitragssatzeffekt
AOK	39.964.813,10	13.807.904,41	53.772.717,51	-0,02
BKK	14.356.310,20	-7.523.305,09	6.833.005,11	0,00
BKN	14.091.524,37	2.889.824,74	16.981.349,10	-0,09
EAN	-57.014.228,01	-6.961.178,36	-63.975.406,38	0,02
EAR	-4.188.400,25	-934.956,83	-5.123.357,08	0,02
IKK	-5.268.962,24	-1.203.355,08	-6.472.317,31	0,01
SEE	-1.941.057,14	-74.933,78	-2.015.990,92	0,17

\*Angaben in Euro

Tabelle 7: Finanzielle Auswirkungen der Strukturierten Behandlungsprogramme im Jahresausgleich 2004

Aufgrund der noch geringen Einschreibezahlen und der Tatsache, dass insbesondere die Verbreitung der Krankheit Diabetes mellitus Typ 2 stark mit dem bereits berücksichtigten Merkmal Alter einher geht, führen die strukturierten Behandlungsprogramme im Jahresausgleich 2004 auf der Ebene der Kassenarten zu relativ geringen finanziellen Auswirkungen (vgl. Tabelle 7). Diese Finanzströme 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 55 Millionen Euro.

Auch auf Ebene der Einzelkassen kam es im Jahresausgleich 2004 zu keinen nennenswerten Verschiebungen. Die Spanne der Beitragssatzeffekte liegt zwischen -0,17 und +0,22 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. Die Entwicklung der beiden Transferkomponenten wird in Tabelle 8 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 649 Millionen Euro im Jahresausgleich 2002, 742 Millionen Euro im Jahresausgleich 2003 und 920 Millionen Euro im Jahresausgleich 2004 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

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 2004 sah eine Zunahme der Gesamtsumme der beitragspflichtigen Einnahmen im Rechtskreis West von 1,3 %, im Rechtskreis Ost hingegen ein Rückgang von 0,2 %. 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.<sup>9</sup> Diese Risikostruktur der Rechtskreise wird durch den RSA-Risikofaktor bezogen auf den gesamtdeutschen Durchschnitt (Wert 1,0) wiedergegeben (vgl. nachfolgenden Exkurs).

#### **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 1,0928 für den Rechtskreis Ost im Jahr 2004 gibt also an, dass die Risikostruktur (d.h. die Verteilung von Alter, Geschlecht, Beziehern von Erwerbsminderungsrenten und eingeschriebenen DMP-Versicherten) des Rechtskreises Ost derart ist, dass Ausgaben zu erwarten wären, die 9,2 % über dem gesamtdeutschen Durchschnitt liegen. Umgekehrt kann man daraus schließen, dass die durchschnittlichen Ausgaben des Rechtskreises Ost für den Fall, dass die Risikostruktur des Ostens genau dem Bundesdurchschnitt entspräche, 1.688 Euro (= 1.845 Euro / 1,0928) betragen würden. Man spricht vom standardisierten Ausgabenniveau.

Man erkennt, dass obwohl das tatsächliche Ausgabenniveau im Rechtskreis Ost im Jahr 2004 mit 104,8 % das Westniveau überschritten hat, das standardisierte Ausgabenniveau nur 92,4 % des Westniveaus ausmacht. Das höhere tatsächliche Ausgabenniveau im Osten ist also auf die schlechtere Risikostruktur des Rechtskreises Ost zurückzuführen und nicht auf ein höheres Kostenniveau.

---

<sup>9</sup> 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.

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*	1.935,76	1.846,81	104,82%	1,0899	0,9820	1.776,12	1.880,67	94,44%
2006*	2.010,78	1.898,06	105,94%	1,0914	0,9818	1.842,32	1.933,26	95,30%

\* lt. Schätzung des GKV-Schätzerkreises

Tabelle 9: Absolutes und relatives Ausgabeniveau nach Rechtskreis

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

Der gesamte Beitragsbedarfstransfer in Höhe von 908 Millionen Euro lässt sich auf die einzelnen Leistungsbereiche aufteilen (vgl. Abbildung 6). Dabei entfallen auf den Hauptleistungsbereich Ärzte knapp 60 % des Transfers. Bei der Arzneimittelversorgung kommt es zu einem Transfer von knapp 7 Millionen Euro. In den letzten drei Jahren kam es nur in diesem Hauptleistungsbereich zu einem gegenläufigen Transfer, d.h. vom Rechtskreis Ost in den Rechtskreis West, da hier die Ausgaben – auch altersbereinigt – über denen des Westens lagen. Diese Situation hat sich im Jahr 2004 wieder geändert.



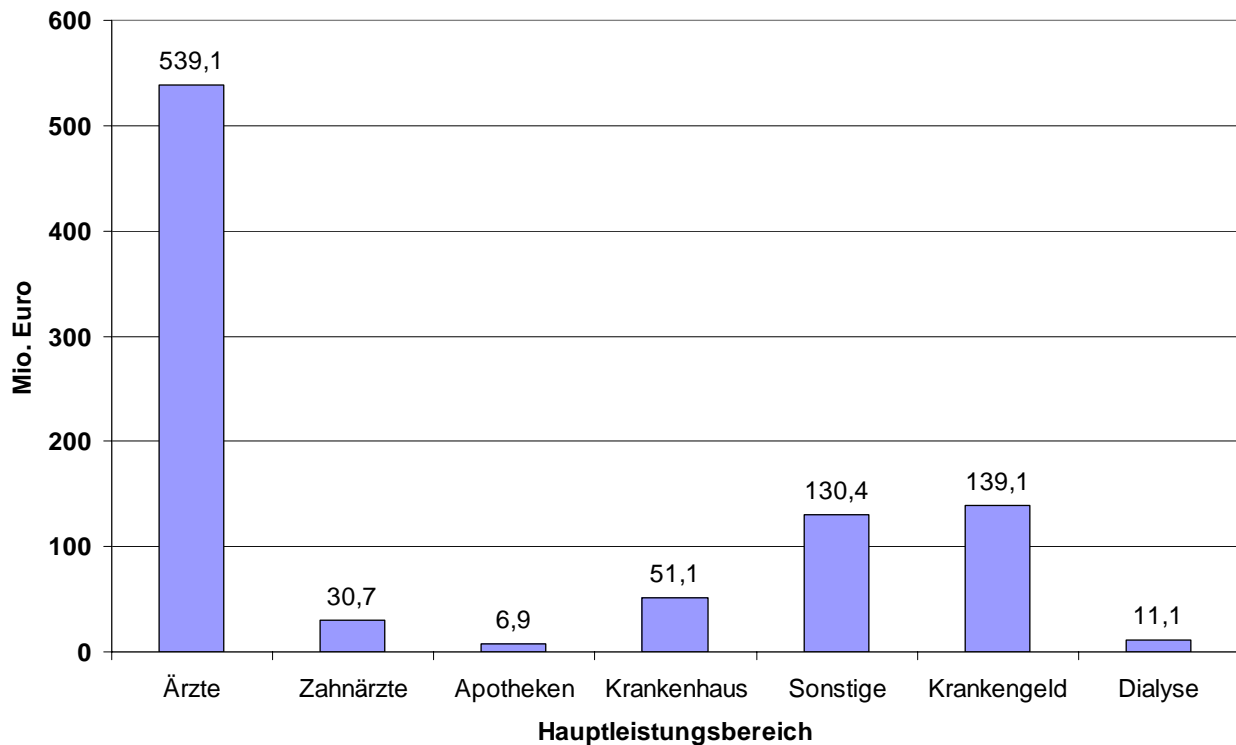


Abbildung 6: Beitragsbedarfstransfer zwischen den Rechtskreisen nach Hauptleistungsbereich im Jahresausgleich 2004

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<sup>10</sup> beziffert werden. Auf diesem Wege sind rechnerisch 239,7 Millionen Euro wieder in den Rechtskreis West zurück geflossen.

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 2006

<sup>10</sup> In wie weit sich dieser Effekt auch in den tatsächlich erhobenen Beitragssätzen niederschlägt, kann nicht spezifiziert werden.