



Bundesversicherungsamt

Kurzbericht über den Jahresausgleich 2006 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 2006	11
3.1 Grundzüge des Berechnungsverfahrens	11
3.2 Änderungen im Berechnungsverfahren 2006	12
3.3 Standardisierte Leistungsausgaben.....	12
3.4 Ausgleichszahlungen im Risikostrukturausgleich	14
3.5 Ausgleichszahlungen im Risikopool.....	17
3.6 Strukturierte Behandlungsprogramme	20
3.7 Rechtskreistransfer	24

1 Einführung

Am 6. November 2007 hat das Bundesversicherungsamt die Ausgleichszahlungen im Rahmen des Risikostrukturausgleichs (RSA) – Jahresausgleich 2006 – 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 17 Milliarden Euro wird die Bedeutung dieses Verfahrens auch öffentlich wahrgenommen. Mit der vorliegenden Publikation will das Bundesversicherungsamt zur Transparenz und Nachvollziehbarkeit des Verfahrens beitragen.

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

In den letzten Jahren hat der Risikostrukturausgleich einige Ergänzungen und Änderungen erfahren. Seit dem Jahr 2001 wird das zuvor rechtskreisgetrennt durchgeführte Verfahren stufenweise bis zum Jahr 2007 in einen gesamtdeutschen Risikostrukturausgleich überführt. Seit dem Jahr 2002 wird der Risikostrukturausgleich durch einen Risikopool für besonders aufwändige Leistungsfälle ergänzt. Mit dem Jahresausgleich 2003 wurden erstmals zusätzliche Versicherungsguppen für in strukturierte Behandlungsprogramme eingeschriebene Versicherte („Disease-Management-Programme – DMP“) gebildet; im Jahresausgleich 2006 galt dies für die Programme für Diabetes mellitus Typ 2, Brustkrebs, Koronare Herzkrankheit (KHK), Diabetes Mellitus Typ 1, Asthma bronchiale und Chronisch Obstruktive Atemwegserkrankung (COPD).

Die folgenden Ausführungen beziehen sich auf das Jahr 2006. Die Entwicklung der Daten im Jahr 2007 ist nicht berücksichtigt.

2 Datenmeldungen

2.1 Teilnehmende Krankenkassen

Am Risikostrukturausgleich nehmen alle gesetzlichen Krankenkassen mit Ausnahme der landwirtschaftlichen Krankenkassen teil. Dabei werden die Krankenkassen seit dem Jahresausgleich 2003 auf dem Fusionsstand 31. Dezember des Ausgleichsjahres beschieden. Insgesamt nahmen an diesem Jahresausgleich 241 Krankenkassen teil (Vorjahr: 253). Tabelle 1 veranschaulicht diese Entwicklung seit dem Jahr 2000 auf Ebene der Kassenarten.¹ Im Übergang bis zum Jahr 2007 werden die Krankenkassen, die in beiden Rechtskreisen tätig sind, noch getrennt nach Haupt- und Erstreckungskasse beschieden. Im Rechtskreis West wurden demnach 230 Bescheide (Vorjahr: 241) verschickt, im Rechtskreis Ost 136 (Vorjahr: 135).

Kassenart	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
AOK	17	17	17	17	17	17	16
BKK	334	314	286	248	223	206	197
EAN	7	7	7	7	7	7	7
EAR	5	5	5	5	3	3	3
IKK	30	25	24	20	19	18	16
KBS	1	1	1	1	1	1	1
SEE	1	1	1	1	1	1	1
GKV	395	370	341	299	271	253	241

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

2.2 Versicherungszeiten

Die Abrechnung der Versicherungszeiten erfolgt im Risikostrukturausgleich taggenau, d.h. jeder Tag, an dem die Versicherung bei einer Krankenkasse besteht, fließt in die Berechnungen ein. Für das Jahr 2006 wurden insgesamt 25,5 Milliarden Versichertentage gemeldet, dies entspricht etwa 70,0 Millionen Versichertenjahren. Gegenüber dem letzten Jahresausgleich bedeutet dies einen geringfügigen Rückgang um etwa 135.000 Versichertenjahre. Bei den Anteilen der Kassenarten an den Gesamtversicherungszeiten mussten die Ortskrankenkassen nach

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

einer Stabilisierung im Jahr 2005 nun wieder Verluste in Höhe von 0,3% hinnehmen. Der Anteil der Betriebskrankenkassen sank erneut von 20,9 % im Jahr 2005 auf 20,6 % (vgl. Tabelle 2). Deutlich steigende Versichertenanteile wiesen demgegenüber die Innungskrankenkassen mit 0,5 Prozentpunkten auf, die damit in den letzten beiden Jahren die Betriebskrankenkassen als Gewinner der Wechslerströme abgelöst haben. Die Arbeiter-Ersatzkassen konnten mit 0,1 Prozentpunkten leichte Zugewinne realisieren, während der Anteil der Versicherungszeiten der Angestellten-Ersatzkassen und der Bundesknappschaft konstant blieb.

Kassenart	Anteil der Kassenart an allen Versicherten	Anteile an den Versicherten der Kassenart				Altersschnitt
		Erwerbsminderungsrentner	Frauen	Ohne Krankengeldanspruch	DMP-Versicherte	
AOK	36,2%	3,2%	52,7%	68,1%	4,5%	44,7
<i>Vorjahr</i>	36,5%	3,3%	52,7%	67,9%	3,2%	44,6
BKK	20,6%	1,3%	50,5%	52,2%	2,4%	38,6
<i>Vorjahr</i>	20,9%	1,3%	50,3%	51,4%	1,8%	38,2
EAN	31,4%	2,1%	58,2%	59,5%	3,0%	42,6
<i>Vorjahr</i>	31,4%	2,2%	58,3%	59,2%	2,0%	42,2
EAR	2,4%	1,8%	46,1%	52,7%	1,7%	37,9
<i>Vorjahr</i>	2,3%	1,8%	45,5%	53,3%	1,3%	37,8
IKK	7,3%	2,2%	45,2%	54,3%	2,2%	37,3
<i>Vorjahr</i>	6,8%	2,3%	44,6%	55,0%	1,6%	37,3
KBS	2,1%	4,2%	51,2%	84,6%	8,6%	59,7
<i>Vorjahr</i>	2,1%	4,2%	51,3%	84,8%	6,2%	59,4
SEE	0,1%	2,8%	37,6%	72,3%	3,1%	52,8
<i>Vorjahr</i>	0,1%	3,0%	37,9%	72,5%	1,6%	52,7
GKV	100,0%	2,4%	53,2%	61,1%	3,4%	42,4
<i>Vorjahr</i>	100,0%	2,4%	53,2%	60,9%	2,4%	42,1

Tabelle 2: Struktur der Kassenarten im Jahr 2006 (2005)

Zu den im Risikostrukturausgleich berücksichtigten Merkmalen gehört auch die Anerkennung als Erwerbsminderungsrentner. Nach der Datenmeldung des Jahres 2006 bezogen 2,4 % der GKV-Versicherten eine Erwerbsminderungsrente. Allerdings divergiert die Aufteilung auf die Kassenarten erheblich. Während 4,2 % der Versicherten der Knappschaft und 3,2 % der Versicherten einer Ortskrankenkasse eine Erwerbsminderungsrente beziehen, liegt die Quote bei den Betriebskrankenkassen bei 1,3 %. Die Angestellten-Ersatzkassen liegen mit einem Anteil von 2,1 % wie auch die Innungskrankenkassen mit 2,2 % in der Mitte. Hier lässt sich im übrigen eine Verschiebung der Risikostrukturen erkennen: 1995 lag die Quote bei den Betriebskrankenkassen bei 2,5 %, bei den Angestellten-Ersatzkassen hingegen bei 1,6 %.

Auch in Bezug auf die Merkmale Alter und Geschlecht lassen sich erhebliche Unterschiede zwischen den Kassenarten feststellen. Während 53,2 % der GKV-Versicherten Frauen sind, liegt

der Anteil der Frauen bei der See-Krankenkasse bei 37,6 % sowie bei den Innungskrankenkassen und den Arbeiter-Ersatzkassen um die 46 %. Lediglich die Angestellten-Ersatzkassen weisen mit 58,2 % eine überdurchschnittliche Frauenquote auf. Hinsichtlich der Frauenquoten lässt sich eine Angleichung der Kassenarten feststellen, die sich im letzten Jahr auch fortgesetzt hat. Mitte der neunziger Jahre lag der Frauenanteil der Angestellten-Ersatzkassen noch über 60 %, während der Anteil bei den Arbeiter-Ersatzkassen unter 35 % lag.

Versicherte der Knappschaft sind mit einem Durchschnittsalter von 59,7 Jahren und der See-Krankenkasse mit 52,8 Jahren älter als der GKV-Durchschnitt (42,4 Jahre).² Auch Versicherte der Ortskrankenkassen sind mit 44,7 Jahren älter als der Durchschnitt. Die Innungskrankenkassen, Betriebskrankenkassen und Arbeiterersatzkassen versichern mit einem Altersschnitt von etwa 38 Jahren ein überdurchschnittlich junges Klientel. Lediglich den Innungskrankenkassen ist es gelungen, den Altersdurchschnitt ihrer Versicherten im Vergleich zum Vorjahr durch Neuaufnahmen konstant zu halten.

Schließlich wird im Risikostrukturausgleich mit dem Krankengeldanspruch noch eine leistungrechtliche Differenzierung berücksichtigt. Im GKV-Durchschnitt haben 61,1 % der Versicherten keinen Krankengeldanspruch, wobei Rentner und mitversicherte Familienangehörige einbezogen sind. Auf Ebene der Kassenarten versichern Betriebskrankenkassen, Arbeiter-Ersatzkassen und Innungskrankenkassen unterdurchschnittlich viele Versicherte ohne Krankengeldanspruch, bei den Ortskrankenkassen, der Bundesknappschaft und der See-Krankenkasse liegt die Quote – aufgrund des hohen Rentner-Anteils – entsprechend höher.

Die Zahlen für die in strukturierte Behandlungsprogramme (DMP) eingeschriebenen Versicherten sind nur mit Einschränkungen zu interpretieren, da sich die Programme noch im Aufbau befinden. Für die Ortskrankenkassen und für die Knappschaft zeigen sich überdurchschnittliche Einschreibezahlen, die aber auch vor dem Hintergrund der Altersstruktur dieser Kassenarten interpretiert werden müssen (vgl. Abschnitt 3.6). GKV-weit waren Versicherte mit insgesamt 2,4 Millionen Versichertenjahren eingeschrieben, im Jahr 2005 waren es 1,7 Millionen Versichertenjahre.

2.3 Leistungsausgaben

Im Jahresausgleich 2006 waren Leistungsausgaben in Höhe von 132,8 Milliarden Euro im Risikostrukturausgleich berücksichtigungsfähig bzw. im Risikopool ausgleichsfähig. Gegenüber dem Vorjahr bedeutet dies einen Anstieg um rund 3,6 Milliarden Euro. Die Verwaltungsausgaben der Krankenkassen werden in den Finanzausgleichsverfahren nicht berücksichtigt. Auch die Aufwendungen für satzungsmäßige Mehr- und Erprobungsleistungen sowie für Leistungen,

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

auf die kein Rechtsanspruch besteht, bleiben außer Betracht. Schließlich müssen auch die von Dritten erstatteten Ausgaben abgezogen werden. Bei Gesamtausgaben der am Risikostrukturausgleich teilnehmenden Krankenkassen in Höhe von 145,8 Milliarden Euro, Netto-Verwaltungskosten in Höhe von 8,0 Milliarden Euro und sonstigen Ausgaben in Höhe von 1,2 Mrd. Euro liegen die Leistungsausgaben der Krankenkassen bei 136,6 Milliarden Euro. Die Summe der in den Finanzausgleich berücksichtigungs- bzw. ausgleichsfähigen Leistungsausgaben ergibt sich, indem hiervon die von Dritten erstatteten Leistungsausgaben in Höhe von 0,9 Mrd. Euro sowie die Satzungs- und Mehrleistungen in Höhe von 2,9 Milliarden Euro abgezogen werden.

Allerdings gibt es seit dem Jahr 2003 zwei Ausnahmen von der Nicht-Berücksichtigungsfähigkeit der Verwaltungsausgaben und der Satzungs- und Mehrleistungen. So sind medizinische Vorsorgeleistungen, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und ergänzende Leistungen zur Rehabilitation berücksichtigungsfähig, wenn und soweit diese Leistungen im Rahmen eines strukturierten Behandlungsprogramms für eingeschriebene Versicherte erbracht wurden („berücksichtigungsfähige Mehrleistungen DMP“). Hierfür wurden im Jahr 2006 insgesamt 6,6 Millionen Euro ausgegeben. Zum anderen sind die Programmkosten für in strukturierte Behandlungsprogramme eingeschriebene Versicherte zu berücksichtigen, soweit diese Aufwendungen zusätzlich und unmittelbar im Zusammenhang mit der Entwicklung, Zulassung, Durchführung und Evaluation dieser Programme entstehen. Hierzu zählen Aufwendungen für die Programmentwicklung und Zulassung, die Versicherteninformationen und die Betreuung der Teilnehmer, Aufwendungen für die Dokumentation, Evaluation und für die Prüfdienste sowie eine Finanzierungspauschale für Datenstellen und Arbeitsgemeinschaften für die Bearbeitung der für die Durchführung der Programme notwendigen Daten. Da eine pauschale Berücksichtigung vorgesehen ist, werden die DMP-Programmkosten nicht in den Beitragsbedarfen der Krankenkassen eingerechnet. Die von den Spitzenverbänden der am Risikostrukturausgleich beteiligten Krankenkassen vereinbarte Pauschale für das Jahr 2006 beträgt 84,99 Euro je Versichertenjahr und wird über den Ausgleichsbedarfssatz finanziert. Für das Jahr 2006 machte die Programmkostenpauschale in der Summe 203,8 Millionen Euro aus. Da es sich um eine Pauschale handelt, können hieraus keine Schlüsse auf die tatsächlichen Programmkosten für die strukturierten Behandlungsprogramme gezogen werden.

Die im Risikostrukturausgleich gemeldeten Leistungsausgaben enthalten einige Abzugs- und Anrechnungsposten, die erst im Laufe des Verfahrens berücksichtigt werden. Die gemeldeten Brutto-Arzneimittelausgaben werden um die seit dem Jahr 2003 existierenden Arzneimittelrabatte reduziert. Im Jahresausgleich 2006 wurden so die gemeldeten Arzneimittelkosten in Höhe von 27,5 Milliarden Euro um 1,9 Milliarden Euro gemindert. Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) wurden im Jahr 2004 weitere Abzugs- und Anrechnungsfaktoren eingeführt. Die Anschubfinanzierung in der Integrierten Versorgung (§ 140d SGB V) muss berücksichtigt werden, da die einbehaltenen Mittel wegen des Bruttobuchungsprinzips weiterhin

bei den Leistungsausgaben für Ärzte und Krankenhäuser verbucht werden. Daher werden die einbehaltenen Mittel gesondert gemeldet und über einen Faktor im Risikostrukturausgleich bei den beiden betroffenen Hauptleistungsbereichen berücksichtigt. Im Jahr 2006 ging es hierbei um einen Betrag in Höhe von 273,4 Millionen Euro. Bei der Integrierten Versorgung treten auch Komplexpauschalen auf, die sich nicht auf einzelne Hauptleistungsbereiche zergliedern lassen. Auch diese werden separat gemeldet und im Risikostrukturausgleich gemäß der Ausgabenanteile der einzelnen Leistungsbereiche aufgeteilt. Dieser Posten machte 20,2 Millionen Euro aus. Schließlich gibt es Rückzahlungen und Vorauszahlungen von Zuzahlungen (§ 62 SGB V), die sich ebenfalls nicht auf die Hauptleistungsbereiche aufteilen lassen und daher über einen Faktor pauschal aufgeteilt werden. Diese betragen 123,3 Millionen Euro im Jahr 2006.

Schließlich sind die im Risikopool ausgeglichenen Leistungsausgaben in Höhe von 5,5 Milliarden Euro nicht im Risikostrukturausgleich zu berücksichtigen. Letztendlich werden daher Ausgaben in Höhe von 127,3 Milliarden Euro im Risikostrukturausgleich berücksichtigt. Diese berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben werden in acht Hauptleistungsbereichen erfasst. 18,3 % der Ausgaben entfielen auf Ärzte, 7,7 % auf Zahnärzte, 19,2 % auf Apotheken, 38,3 % auf Krankenhäuser, 4,1 % auf Krankengeld, 1,3 % auf nichtärztliche Leistungen der ambulanten Dialyse und 11,2 % auf sonstige Leistungsausgaben.

Für die Zwecke des Risikostrukturausgleichs erfolgt eine Erfassung der Leistungsausgaben zusätzlich in der Differenzierung nach den Merkmalen Alter, Geschlecht, Erwerbsminderungsrentenstatus, Krankengeldanspruch und Einschreibung in ein strukturiertes Behandlungsprogramm gebildeten Versicherungsgruppen („RSA-Zellen“). Insgesamt ergeben sich dadurch 4.355 RSA-Zellen. Gegenüber dem Jahresausgleich 2005 sind noch einmal 670 RSA-Zellen für die strukturierten Behandlungsprogramm für Asthma bronchiale und COPD hinzugekommen.³

Im Hauptleistungsbereich „Zahnärzte“ erfolgt die Erfassung im Rahmen einer Stichprobe, die 5,1 % der Versicherten (4,3 % im Rechtskreis West und 9,1 % im Rechtskreis Ost) erfasst. Die „sonstigen Leistungsausgaben“ des Jahres 2006 konnten erstmals optional als Vollerhebung gemeldet werden. Lediglich zwölf Krankenkassen meldeten diese Ausgaben weiterhin als Stichprobe. Die übrigen Hauptleistungsbereiche werden von allen Krankenkassen im Rahmen einer Vollerhebung erfasst.

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 2006 lag die Summe der beitragspflichtigen Einnahmen (Grundlohnsumme) bei 777,9 Milliarden Euro. Hinzu kommt die Rentensumme in Höhe von 198,1 Milliarden Euro. Damit ist

³ Zur Ermittlung der Zahl der RSA-Zellen vgl. den Exkurs an dieser Stelle im Kurzbericht 2004 (S. 7f.).

die Grundlohnsumme gegenüber dem Vorjahr um 0,86 % gestiegen, während die Rentensumme stagnierte.

Den Geschäfts- und Rechnungsergebnissen sind auch die Beitragseinnahmen aus geringfügigen Beschäftigungsverhältnissen zu entnehmen, soweit diese durch die Krankenkassen eingezogen wurden. Zum 1. April 2003 fand hier eine Umstellung statt; seitdem ist die Minijobzentrale der Knappschaft als zentrale Einzugsstelle für den Beitragseinzug zuständig. Die so eingenommenen Pauschalbeiträge zur Krankenversicherung in Höhe von 2,36 Milliarden Euro werden dann über den Risikostrukturausgleich an die Krankenkassen ausgeschüttet. Eine gesonderte Verbuchung in den Geschäfts- und Rechnungsergebnissen der einzelnen Krankenkassen erfolgt nicht mehr. Diese wiesen für 2006 nur noch geringfügige Korrekturen im alten Einzugsweg in Höhe von 0,6 Millionen Euro aus. Dieser Betrag wird von den Krankenkassen in den Risikostrukturausgleich eingezahlt und über eine Absenkung des Ausgleichsbedarfssatzes gemäß der Finanzkraft an alle Krankenkassen verteilt.

Auch das Krankengeld aus Nachzahlungen und hierauf entrichtete Beiträge werden zum Zwecke des Risikostrukturausgleichs den Geschäfts- und Rechnungsergebnissen entnommen. Diese Nachzahlungen der Krankenkassen werden außerhalb des Beitragsbedarfes – nicht standardisiert – durch den Risikostrukturausgleich umverteilt und somit solidarisch finanziert. Im Jahr 2006 flossen hier 45.000 Euro.

Schließlich werden auch Korrekturen der berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben für Vorjahre gemeldet. Mit per Saldo 0,8 Millionen Euro waren diese aber gering.

2.5 Sonstige Berechnungsgrundlagen

Weitere Daten gehen in die Berechnung des RSA-Jahresausgleichs ein: Die DMP-Vorhaltekosten, d.h. die Kosten des Bundesversicherungsamtes für die Zulassung strukturierter Behandlungsprogramme, die nicht über Gebühren von den antragstellenden Krankenkassen gedeckt werden können, werden über den Risikostrukturausgleich finanziert. Im Jahr 2006 ging es hierbei um 2,8 Millionen Euro. Die Säumniszuschläge in Höhe von 380.000 Euro, die von Krankenkassen für verspätete Zahlungen im Risikostrukturausgleich zu entrichten sind, werden über den Risikostrukturausgleich ausgeschüttet. Schließlich werden nachberechnete Beiträge zur Krankenversicherung der Rentner für die Zeit vor Juni 1997 (KVdR-Altbeiträge) der Gesetzlichen Krankenversicherung als Ganzes über den Risikostrukturausgleich ausgeschüttet, da diese aufgrund der damaligen Regelungen keiner einzelnen Krankenkasse zugerechnet werden können. Hier waren 2006 noch 800.000 Millionen Euro zu verzeichnen.

In § 221 SGB V ist die Beteiligung des Bundes zur pauschalen Abgeltung der Aufwendungen der Krankenkassen für versicherungsfremde Leistungen vorgesehen. Dieser Abgeltungsbetrag in Höhe von 4,2 Milliarden Euro wird in einem separaten Verfahren an die Krankenkassen verteilt. Auf die landwirtschaftlichen Krankenkassen, die nicht am Risikostrukturausgleich teilnehmen, entfallen hiervon 22 Millionen Euro. Bei den übrigen Krankenkassen wird der zugewiese-

ne Abgeltungsbetrag im Risikostrukturausgleich vom Beitragsbedarf abgezogen. Der Abgeltungsbetrag mindert so in voller Höhe den Ausgleichsbedarfssatz und kommt damit den Krankenkassen entlastend zu Gute.

Bei den RSA-Prüfungen nach § 15a RSAV werden auch unterjährig von den Krankenkassen Korrekturbeträge eingefordert, die aber erst im nächsten Jahresausgleich im Risikostrukturausgleich berücksichtigt werden können. Die unterjährig entstandenen Zinserträge stehen der Gesetzlichen Krankenversicherung zu und werden über den Risikostrukturausgleich ausgeschüttet. Im Jahr 2006 betragen die Korrekturbeträge und die darauf angefallenen Zinserträge rund 31 Millionen Euro.

3 Berechnung des Jahresausgleichs 2006

3.1 Grundzüge des Berechnungsverfahrens

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

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

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

Diese Berechnungsschritte werden getrennt für die beiden Rechtskreise Ost und West durchgeführt. Seit dem Jahr 2001 werden die getrennt ermittelten Verhältniswerte stufenweise im Niveau angeglichen; im Jahresausgleich 2006 zu 87,5 %. 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.⁴

3.2 Änderungen im Berechnungsverfahren 2006

Das Berechnungsverfahren des Risikostrukturausgleichs ist gegenüber dem Vorjahr nahezu unverändert. Die Änderungen betreffen auch nur die im Aufbau befindlichen strukturierten Behandlungsprogramme. Im Jahresausgleich 2006 konnten im Gegensatz zum Jahresausgleich 2005 gesonderte Ausgabenprofile für Diabetes mellitus Typ 1 ermittelt werden. Für die neuen Programme für Asthma bronchiale und COPD wurden insgesamt lediglich 18.000 Versichertentjahre gemeldet. Zwischen dem Bundesversicherungsamt und den Spitzenverbänden der am Risikostrukturausgleich beteiligten Krankenkassen bestand Einvernehmen, dass keine validen standardisierten Leistungsausgaben für alle betroffenen Versichertengruppen berechnet werden konnten. Aus diesem Grund wurden für diese Programme im Jahresausgleich 2006 keine gesonderten Ausgabenprofile ermittelt.

3.3 Standardisierte Leistungsausgaben

Insgesamt betragen die durchschnittlichen standardisierten Leistungsausgaben je Versichertentjahr („Hundert-Prozent-Wert“) im Jahresausgleich 2006 1.819 Euro. Für Erwerbsminderungsrentner betrug der entsprechende Wert 5.796 Euro. Bei diesen im Jahresausgleich angesetzten Beträgen handelt es sich um Durchschnittswerte, bei denen die im Risikopool ausgeglichenen Ausgaben bereits abgezogen wurden. Die durchschnittlichen Leistungsausgaben einschließlich der Risikopoolausgaben je Versicherten betragen im Jahr 2006 1.898 Euro; bei Erwerbsminderungsrentnern 6.412 Euro.

Versicherte, die in ein strukturiertes Behandlungsprogramm für Diabetes mellitus Typ 2 eingeschrieben waren, erhielten im Jahresausgleich 2006 durchschnittlich standardisierte Leistungsausgaben in Höhe von 4.416 Euro zugerechnet; beim Programm für Koronare Herzkrankheit waren es 4.554 Euro, beim Programm für Brustkrebs 7.359 Euro, und beim neu eingeführten Programm für Diabetes mellitus Typ 1 waren es 5.375 Euro.(vgl. Abbildung 1).⁵ Die Werte für

⁴ Eine ausführliche Darstellung der Berechnungsschritte kann der Vereinbarung der Spitzenverbände nach § 267 Abs. 7 Nr. 1 und 2 SGB V sowie dem vom Bundesversicherungsamt herausgegebenen „RSA-Leitfaden“ entnommen werden. Diese Unterlagen sind auf der Homepage des Bundesversicherungsamtes (<http://www.bva.de>) abrufbar.

⁵ Hierbei handelt es sich wiederum um die im RSA-Jahresausgleich angesetzten Werte, die um die im Risikopool ausgeglichenen Ausgaben abgesenkt wurden. Die durchschnittlichen Leistungsausgaben einschließlich Risikopoolausgaben von eingeschriebenen Versicherten betragen für Diabetes mellitus Typ 2 4.583 Euro, für Brustkrebs 7.971 Euro und für Koronare Herzkrankheit 4.745 Euro und für Diabetes mellitus Typ 1 5.5564 Euro.

die ersten beiden Programme haben sich gegenüber dem Vorjahr (4.427 Euro bzw. 4.462 Euro) kaum verändert. Die standardisierten Leistungsausgaben beim Programm für Brustkrebs sind jedoch um ca. 700 Euro angestiegen (Vorjahr 6.652 Euro).

Diese Werte liegen zwar erheblich höher als der durchschnittliche Beitragsbedarf eines Nicht-DMP-Versicherten mit 1.724 Euro. Allerdings weisen die DMP-Versicherten gemessen an den Faktoren Alter, Geschlecht und dem Bezug einer Erwerbsminderungsrente im Durchschnitt eine schlechtere Risikostruktur auf, weshalb nur die Werte zu vergleichen sind, die für DMP-Versicherte ohne eine gesonderte Berücksichtigung der Einschreibung angerechnet worden wären. Daher werden die Beitragsbedarfe errechnet, die Versicherte in diesen Versichertengruppen erhalten hätten, wenn der Risikostrukturausgleich ohne DMP-Regelung durchgeführt worden wäre. Diese Beitragsbedarfe lagen bei 3.231 Euro (Diabetes mellitus Typ 2), 2.743 Euro (Brustkrebs), 3.544 Euro (Koronare Herzkrankheit) bzw. 1.886 Euro (Diabetes mellitus Typ 1). Nicht-DMP-Versicherte hätten 1.768 Euro zugewiesen bekommen; dies zeigt, dass die separate Ermittlung der Beitragsbedarfe für DMP-Versicherten bei den Nicht-DMP-Versicherten zu einer Absenkung des Beitragsbedarfs von durchschnittlich 44 Euro geführt hat.

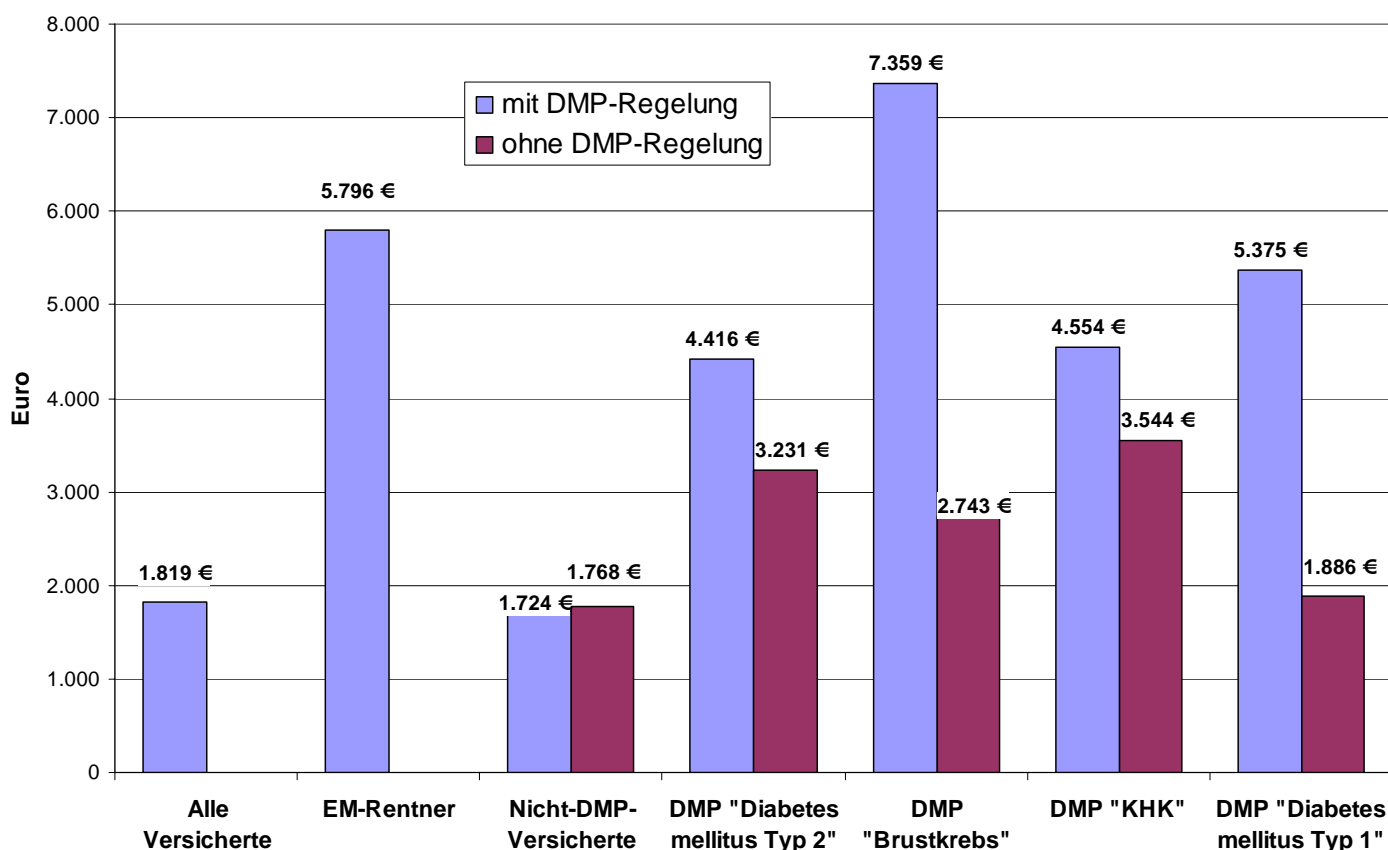


Abbildung 1: Durchschnittliche standardisierte Leistungsausgaben nach Versichertengruppen im Jahresausgleich 2006

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.

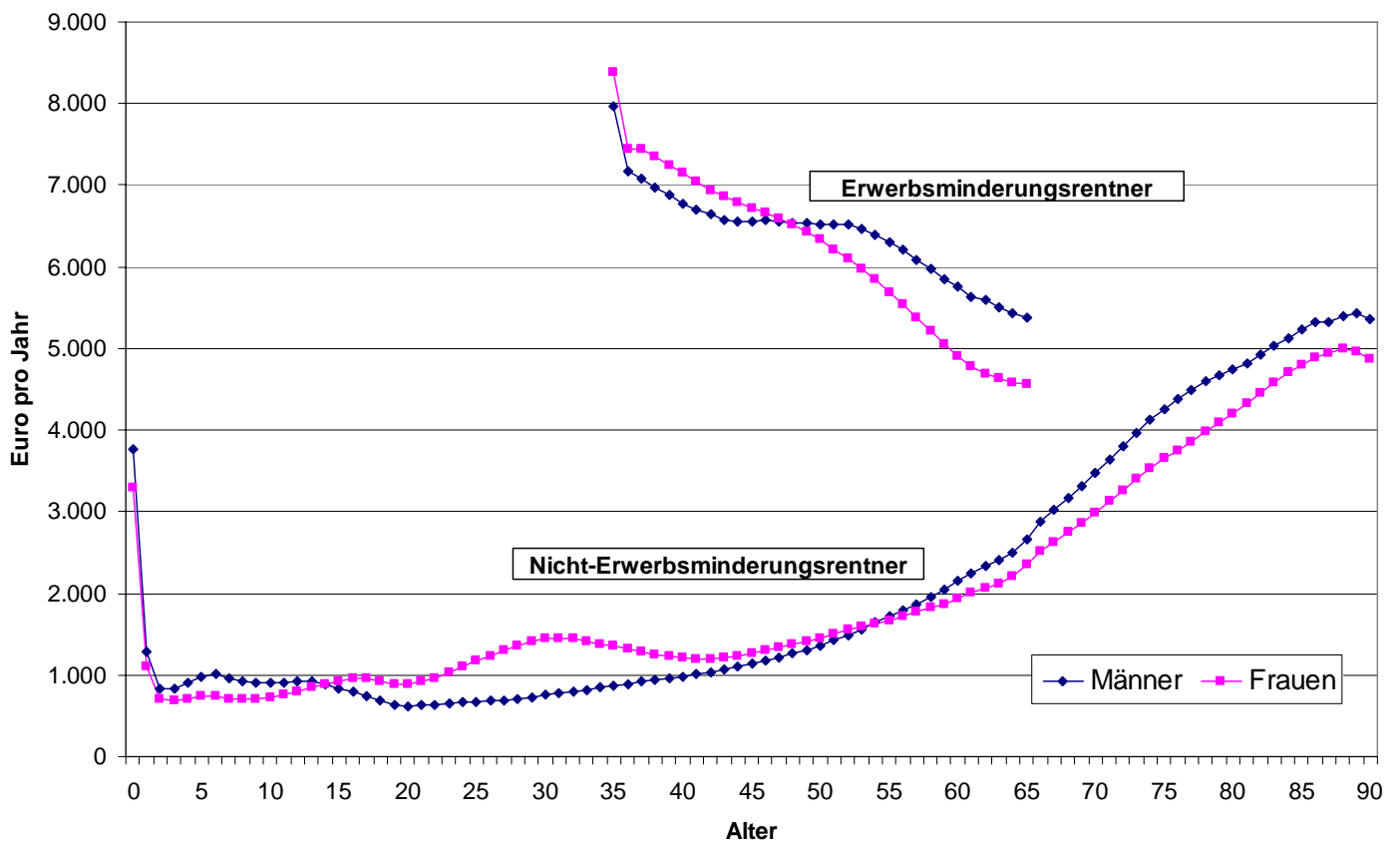


Abbildung 2: Ausgabenprofil (Bund) im Risikostrukturausgleich, Jahresausgleich 2006

3.4 Ausgleichszahlungen im Risikostrukturausgleich

Zur Finanzierung der Beitragsbedarfe der Krankenkassen sowie sonstiger im Risikostrukturausgleich berücksichtigten Komponenten⁶ wird der Ausgleichsbedarfssatz als Hebesatz auf die beitragspflichtigen Einnahmen (Grundlohnsumme und Rentensumme) der einzelnen Kranken-

⁶ 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.

kassen erhoben. Im Jahresausgleich 2006 betrug dieser 12,38 %. 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.⁷ So wird gewährleistet, dass die einkommensabhängig erhobenen Beiträge der Krankenkassen nach Umverteilung durch den Risikostrukturausgleich als risikoäquivalente Prämien bei den Krankenkassen ankommen. Durch die Standardisierung der Leistungsausgaben haben die tatsächlichen Ausgaben einer Krankenkasse keinen unmittelbaren Einfluss auf den erhaltenen Beitragsbedarf; hierdurch werden die Wirtschaftlichkeitsanreize für die Krankenkassen gewahrt.

Kassenart	Zahlerkassen		Empfängerkassen	
	Anzahl	Euro	Euro	Anzahl
AOK	0	0	12.745.461.260	16
BKK	167	-8.145.342.396	587.390.930	30
EAN	4	-3.837.772.189	871.683.024	3
EAR	2	-828.596.608	60.360.926	1
IKK	9	-1.149.341.253	428.533.665	7
KBS	0	0	1.645.792.719	1
SEE	0	0	8.884.562	1
GKV	182	-13.961.052.447	16.348.107.087	59

Tabelle 3: Ausgleichsforderungen und -verpflichtungen im Risikostrukturausgleich 2006

Die Ausgleichsforderungen und -verpflichtungen führen zu einem Transfervolumen, das über alle Krankenkassen⁸ 16,3 Milliarden Euro ausmacht (vgl. Tabelle 3). Diese Zahl gibt das auf

⁷ Da § 1 SGB V die gesamte GKV als Solidargemeinschaft definiert, geht es beim Risikostrukturausgleich um die Zuweisung der Gesamteinnahmen der GKV auf die einzelnen Krankenversicherungsträger. Die Unterscheidung in Zahler- und Empfängerkassen bezieht sich auf ein rechnerisches Zahlungssaldo und spielt daher in der Systematik des Risikostrukturausgleichs keine Rolle. Diese Unterscheidung entfällt zum 1.1.2009 mit der Einführung eines Gesundheitsfonds.

⁸ Tatsächlich beschieden werden rechtskreisübergreifend tätige Krankenkassen getrennt nach Haupt- und Erstreckungskasse. Auf dieser Ebene liegt das Transfervolumen etwa 59 Millionen Euro höher. Diese 59 Millionen Euro werden innerhalb der Krankenkasse zwischen den Rechtskreisen – „von der linken in

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 Sonderversicherungssysteme eindeutig Empfänger-kassen sind, während sich die übrigen Kassenarten sowohl aus Empfänger- als auch Zahlerkassen zusammensetzen. Im Vergleich zum Vorjahr ist der Saldo aus Verpflichtungen und Forderungen bei den Innungskrankenkassen mit 322 Mio. Euro stark angestiegen. Bei den Betriebskrankenkassen hat sich der Trend sinkender Zahlungsverpflichtungen fortgesetzt.

Die in Tabelle 3 ausgewiesene Differenz zwischen Ausgleichsforderungen und -verpflichtungen in Höhe von 2,387 Milliarden 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 Korrekturbeträgen einschließlich 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 2005 ist das Transfervolumen um 779 Millionen Euro angestiegen. Insgesamt verursachen die RSA-fremden Bestandteile inzwischen fast 13 % des Transfervolumens. Die restlichen 87 % lassen sich in die von der Finanzkraft und die vom Beitragsbedarf induzierten Transfers trennen.⁹ So lassen sich 51,2 % des restlichen Transfervolumens auf die Beitragsbedarfsseite und 48,8 % auf die Finanzkraftseite zurückführen (vgl. Tabelle 4).

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.

⁹ Der Finanzkrafttransfer ist dabei als der Transfer definiert, der dazu führt, dass die Finanzkraft je Versicherten bei allen Krankenkassen gleich ist. Der Beitragsbedarfstransfer ist definiert als die Differenz aus dem Beitragsbedarf, der der Krankenkasse zugewiesen wird und dem durchschnittlichen Beitragsbedarf je GKV-Versicherten. Mit dieser Definition gilt der Ausgleich für Unterschiede in der Zahl der beitragsfrei Mitversicherten als Teil des Finanzkrafttransfers. Diese Definition unterscheidet sich von der Legaldefinition des Finanzkrafttransfers zwischen den Rechtskreisen nach § 27a Abs. 2 RSAV, vgl. Abschnitt 3.7.

	2006	2005	2004	2003	2002
mit sonstigen Faktoren*					
Beitragsbedarfstransfer	44,7%	45,5%	45,8%	47,8%	49,4%
Finanzkrafttransfer	42,6%	44,0%	44,1%	47,0%	49,6%
Transfer sonstiger Faktoren	12,7%	10,6%	10,1%	5,2%	1,0%
ohne sonstige Faktoren*					
Beitragsbedarfstransfer	51,2%	50,9%	50,9%	50,4%	49,9%
Finanzkrafttransfer	48,8%	49,1%	49,1%	49,6%	50,1%

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

Tabelle 4: Entwicklung des Beitragsbedarfs- und Finanzkraftanteils am Transfervolumen

3.5 Ausgleichszahlungen im Risikopool

Der Risikopool wurde im August 2002 rückwirkend für das Kalenderjahr 2002 eingeführt. Ziel war es, fehlsteuernde Beitragssatzsignale von Risikoentmischungen zu begrenzen. Zu diesem Zweck werden jeder Krankenkasse für jeden Leistungsfall, dessen ausgleichsfähige Leistungsausgaben einen Schwellenwert überschreiten, die diesen Schwellenwert übersteigenden Leistungsausgaben zu 60 % erstattet. Der Schwellenwert wurde von 20.750,74 Euro im Jahr 2005 auf 21.051,48 Euro im Jahr 2006 angehoben. 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 sowie seit dem Jahresausgleich 2003 auch die nichtärztlichen Leistungen der ambulanten Dialyse. Im Jahresausgleich 2006 wurden im Risikopool 566.572 Versicherte mit ausgleichsfähigen Leistungsausgaben in Höhe von 22,5 Milliarden Euro gemeldet. Die im Risikopool ausgeglichenen Leistungsausgaben stiegen gegenüber dem Vorjahr von 5.190 Millionen Euro auf 5.510 Millionen Euro an. Hinzu kommen Korrekturen für die drei vorangegangenen Ausgleichsjahre in Höhe von 88 Millionen Euro.

Der Anstieg der Risikopoolzahlungen setzt sich aus einem Anstieg der Fallzahlen um 2,9 % und einem Anstieg der Zahlungen je Fall um 3,2 % (nach Abzug des Schwellenwertes und der Interessenquote der Krankenkassen) zusammen. Die gemeldeten Gesamtausgaben je Risikopoolfall sind hingegen um 6,6 % gestiegen, so dass sich der im letzten Jahr aufgetretene Struktureffekt zugunsten schwererer Risikopoolfälle in diesem Jahr nicht beobachten lässt.

Kassenart	Zahlerkassen		Empfängerkassen	
	Anzahl	Euro	Euro	Anzahl
AOK	0	0	635.501.352	16
BKK	166	-497.039.155	53.339.306	31
EAN	4	-219.051.525	52.567.771	3
EAR	2	-44.778.690	3.384.853	1
IKK	9	-78.773.352	27.856.641	7
KBS	0	0	67.548.720	1
SEE	1	-555.922	0	0
GKV	182	-840.198.643	840.198.643	59

Tabelle 5: Ausgleichsforderungen und -verpflichtungen im Risikopool 2006

Die Ausgleichsforderungen und -verpflichtungen auf Ebene der Kassenarten können der Tabelle 5 entnommen werden. Das Transfervolumen im Risikopool ist gegenüber dem Vorjahr um etwa 49 Millionen Euro auf 840 Millionen Euro angestiegen. Da eine Krankenkasse im Risikopool Zahlerkasse, im Risikostrukturausgleich hingegen Empfängerkasse sein kann, ergeben sich die kumulierten Ausgleichsforderungen und -verpflichtungen nicht aus der Summe der Tabellen 3 und 5, sondern werden getrennt in Tabelle 6 ausgewiesen. Zum Vergleich: Das kumulierte Transfervolumen betrug im Vorjahr 16,3 Milliarden Euro.

Kassenart	Zahlerkassen		Empfängerkassen	
	Anzahl	Euro	Euro	Anzahl
AOK	0	0	13.380.962.613	16
BKK	168	-8.625.825.851	624.174.535	29
EAN	4	-4.056.823.714	924.250.795	3
EAR	2	-873.375.298	63.745.779	1
IKK	9	-1.226.535.073	454.810.773	7
KBS	0	0	1.713.341.440	1
SEE	0	0	8.328.640	1
GKV	183	-14.782.559.935	17.169.614.575	58

Tabelle 6: Kumulierte Ausgleichsbeträge Risikostrukturausgleich und Risikopool 2006

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.

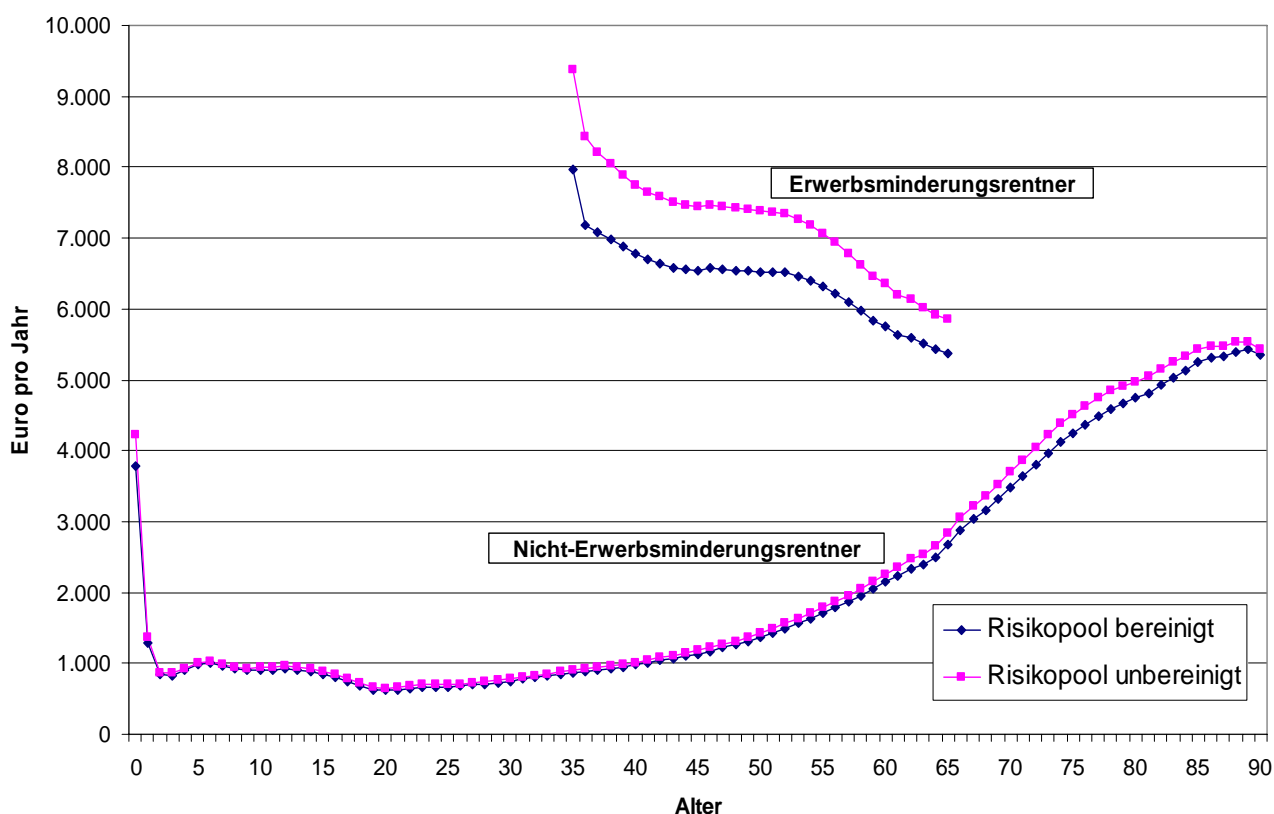


Abbildung 3: Absenkung des Ausgabenprofils für Männer (Bund) im Risikostrukturausgleich durch den Risikopool im Jahresausgleich 2006

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

Kassenart	Poolbetrag*	Profilabsenkung*	Nettowirkung Risikopool*	Beitragssatz- Wirkung
AOK	2.298.906.882	-2.260.946.670	37.960.211	-0,01
BKK	896.791.750	-930.312.639	-33.520.890	0,01
EAN	1.695.814.385	-1.653.214.392	42.599.993	-0,01
EAR	107.079.732	-112.613.512	-5.533.780	0,02
IKK	321.865.222	-348.510.623	-26.645.401	0,04
KBS	182.354.200	-195.258.688	-12.904.488	0,06
SEE	6.577.157	-8.532.803	-1.955.646	0,15

*Angaben in Euro

Tabelle 7: Finanzielle Auswirkung des Risikopools im Jahresausgleich 2006

Die geringen Netto-Auswirkungen auf Kassenartenebene resultieren auch daraus, dass Kassenarten insgesamt relativ große Risikogemeinschaften sind, die die Rückversicherungsfunktion des Risikopools aus eigener Kraft übernehmen könnten. Dies muss aber nicht für die einzelne Krankenkasse gelten. So wurde im Jahresausgleich 2006 eine Einzelkassen durch den Risikopool um 0,8 Beitragssatzpunkte entlastet. Bei diesen starken Auswirkungen handelt es sich um Einzelfälle, bei denen häufig auch regionale Besonderheiten (Urbanisierungsgrad) zu vermuten sind. Bei der Mehrzahl der Krankenkassen erreicht der Risikopool keine Beitragssatzrelevanz.

3.6 Strukturierte Behandlungsprogramme

Versicherte, die in ein strukturiertes Behandlungsprogramm für Diabetes mellitus Typ 2 eingeschrieben waren, verursachten durchschnittlich Leistungsausgaben in Höhe von 4.416 Euro pro Jahr; bei Brustkrebs lag der Wert bei 7.359 Euro, bei Koronarer Herzkrankheit bei 4.554 Euro und bei Diabetes mellitus Typ 1 bei 5.375 Euro (vgl. Abbildung 1 im Abschnitt 3.3). Diese Werte liegen über den Beträgen, die diese Versicherten in einem Risikostrukturausgleich erhalten hätten, der keine strukturierten Behandlungsprogramme berücksichtigt hätte. Die tatsächliche Höhe dieser Beträge hängt natürlich von den sonstigen RSA-Ausgleichsfaktoren ab (vgl. beispielhaft Abbildungen 4 bis 7). Insgesamt wurden den im Jahr 2006 eingeschriebenen DMP-Versicherten knapp 12,8 Milliarden Euro Beitragsbedarf zugewiesen. Diese 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 2006 um 44 Euro auf 1.724 Euro. Dieser Durchschnittsbetrag schwankt aber nach Alter, Geschlecht und Erwerbsminderungsstatus. Daher muss man bei jeder Krankenkasse den Beitragsgutschriften für eingeschriebene chronisch Kranke die entsprechenden Absenkungen bei Nicht-Eingeschriebenen gegenüberstellen.

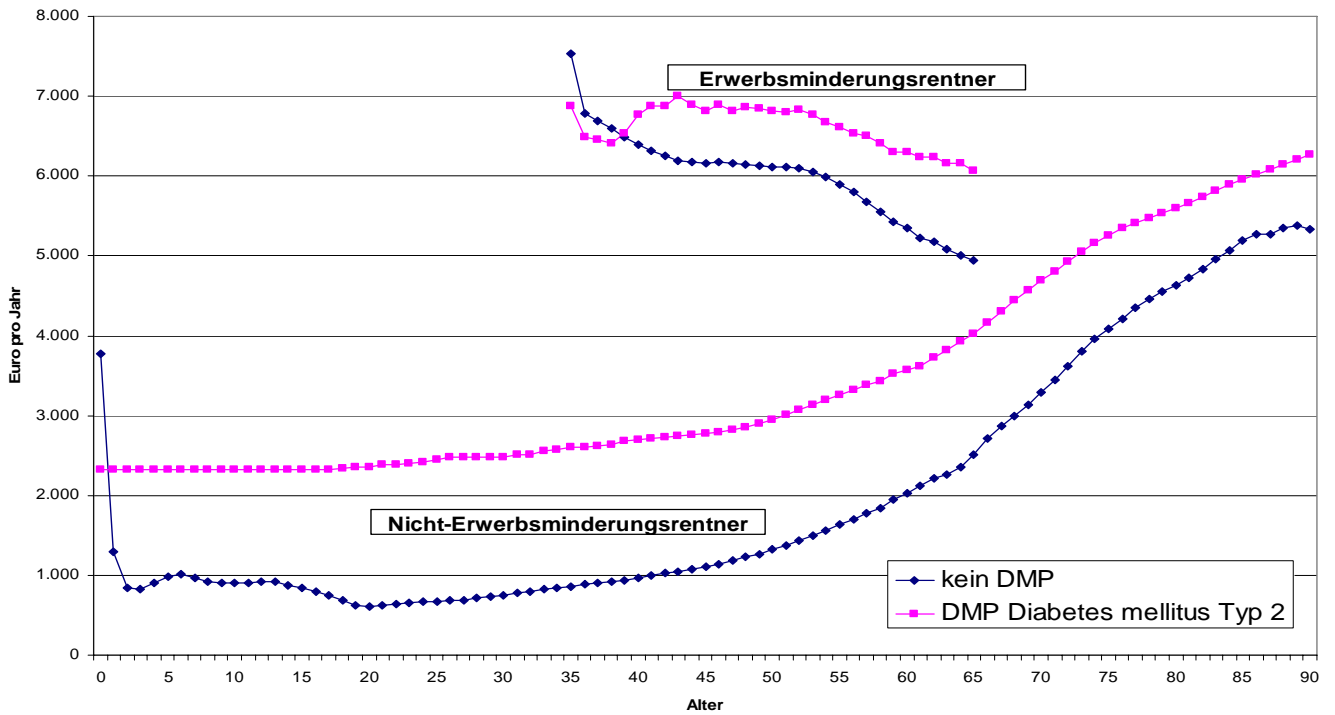


Abbildung 4: Ausgabenprofil des strukturierten Behandlungsprogramms für Diabetes mellitus Typ 2 für Männer (Bund) im Risikostrukturausgleich, Jahresausgleich 2006

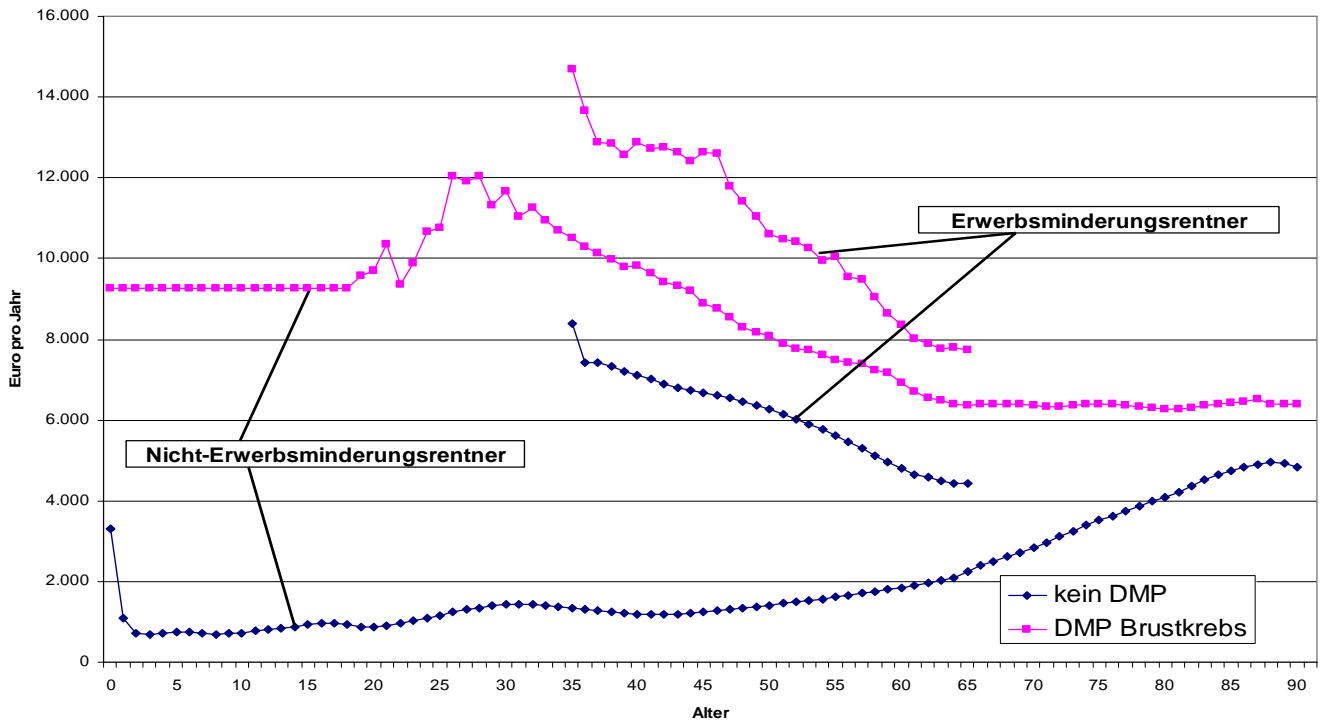


Abbildung 5: Ausgabenprofil des strukturierten Behandlungsprogramms für Brustkrebs für Frauen (Bund) im Risikostrukturausgleich, Jahresausgleich 2006

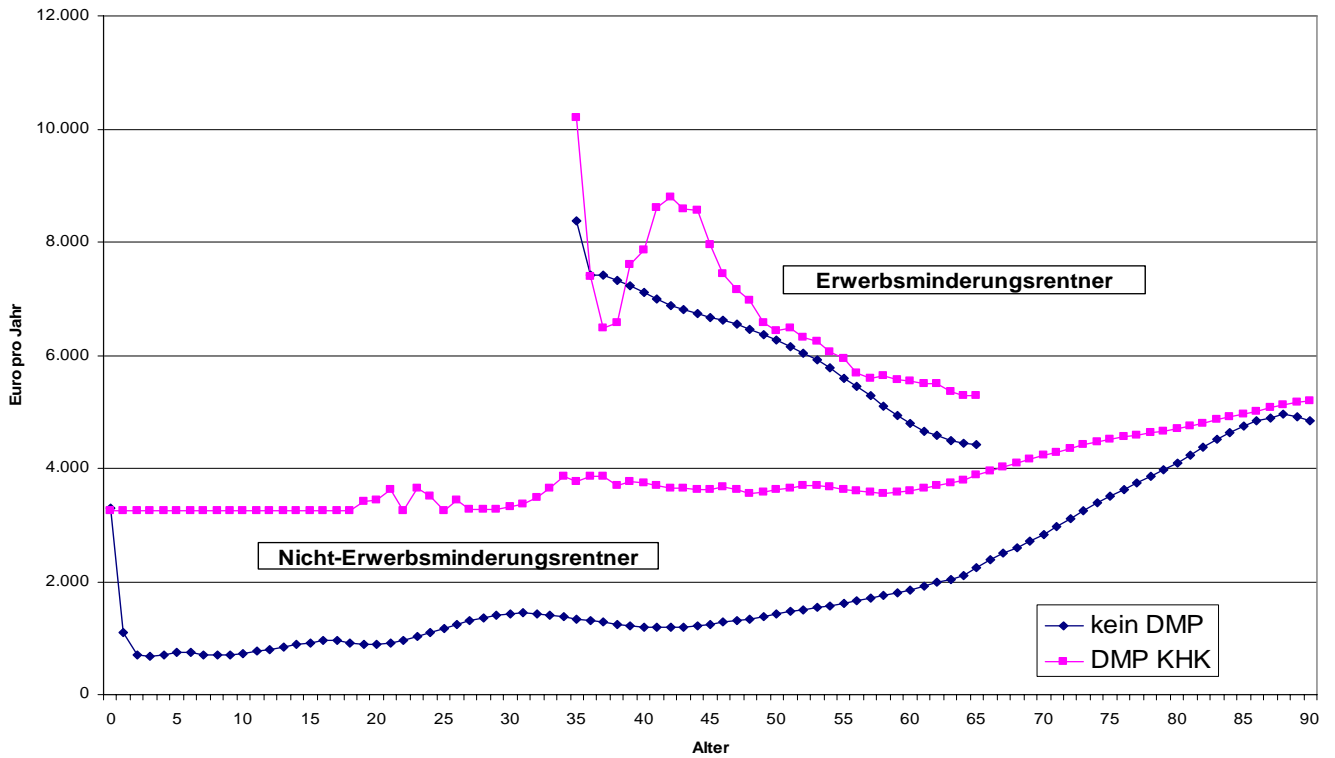


Abbildung 6: Ausgabenprofil des strukturierten Behandlungsprogramms für Koronare Herzkrankheit für Frauen (Bund) im Risikostrukturausgleich, Jahresausgleich 2006

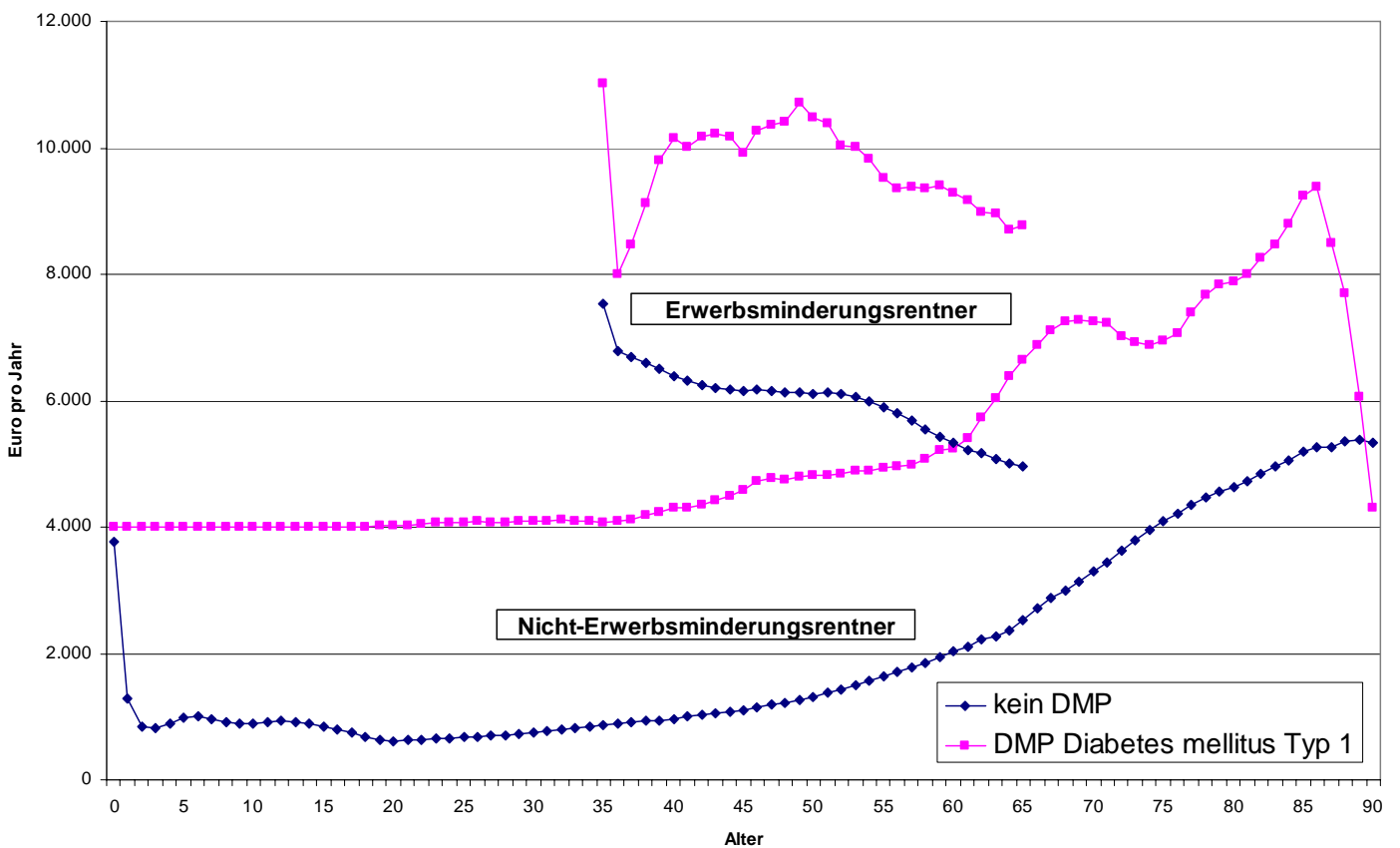


Abbildung 7: Ausgabenprofil des strukturierten Behandlungsprogramms für Diabetes mellitus Typ 1 für Männer (Bund) im Risikostrukturausgleich 2006

Zu dieser Änderung des Beitragsbedarfs kommen die Auswirkungen der DMP-Programmkostenpauschale in Höhe von 84,99 Euro je Versichertenjahr hinzu.¹⁰ Hierdurch werden zusätzliche 204 Millionen Euro an die Krankenkassen ausgeschüttet, die über eine Anhebung des Ausgleichsbedarfssatzes von allen Krankenkassen finanziert werden. Diese beiden Effekte ergeben zusammen die finanzielle Gesamtwirkung der strukturierten Behandlungsprogramme.

Gegenüber dem Vorjahr hat sich die Entlastungswirkung durch die DMPs bei den Ortskrankenkassen und der Knappschaft noch einmal erhöht, während die Belastungen bei Arbeiter-Ersatzkassen, Innungskrankenkassen und insbesondere bei den Betriebskrankenkassen zugenommen haben (vgl. Tabelle 8). Das RSA-Transfervolumen erhöhte sich durch die Einbindung der strukturierten Behandlungsprogramme um 175 Millionen Euro.

Kassenarten	Änderung des Beitragsbedarfs*	Auswirkung der DMP-Pauschalen*	Gesamtwirkung*	Beitragssatzeffekt
AOK	138.161.007	36.430.823	174.591.830	-0,06
BKK	-35.764.368	-21.376.076	-57.140.444	0,02
EAN	-85.267.363	-14.242.210	-99.509.573	0,03
EAR	-15.715.024	-2.951.462	-18.666.486	0,07
IKK	-17.613.074	-4.048.498	-21.661.572	0,03
KBS	19.118.202	6.238.118	25.356.320	-0,13
SEE	-2.919.380	-50.695	-2.970.075	0,23

*Angaben in Euro

Tabelle 8: Finanzielle Auswirkungen der strukturierten Behandlungsprogramme im Jahresausgleich 2006

Auch auf Ebene der Einzelkassen liegt die Spanne der Beitragssatzeffekte zwischen einer Entlastung um bis zu 0,3 Beitragssatzpunkten und einer Belastung von 0,5 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 entspre-

¹⁰ Die DMP-Programmkostenpauschale wird jährlich um die bundesweite Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen nach § 71 Abs. 3 SGB V erhöht.

chende finanzielle Anreize zur Einschreibung ausgehen, wenn die finanziellen Auswirkungen insgesamt eher gering ausfallen.

3.7 Rechtskreistransfer

Die stufenweise Aufhebung der Rechtskreistrennung beim Risikostrukturausgleich führt zu veränderten Transferströmen zwischen den Rechtskreisen. Da die Krankenkassen weiterhin verpflichtet sind, getrennte Statistiken, Geschäfts- und Rechnungsergebnisse, sowie getrennte Datenmeldungen im Risikostrukturausgleich vorzulegen, können diese Transferströme zwischen den Rechtskreisen – im Gegensatz zu den sonstigen interregionalen Transferströmen – genau spezifiziert werden. Seit 1999 wird ein einheitlicher Ausgleichsbedarfssatz ermittelt, der zu einem Finanzkrafttransfer zwischen den Rechtskreisen führt. Seit dem Jahr 2001 werden auch die für die Berechnung der Beitragsbedarfe verwendeten Ausgabenprofile stufenweise bis zum Jahr 2007 zwischen den Rechtskreisen angeglichen, was einen zusätzlichen Beitragsbedarfstransfer auslöst. Im Jahr 2006 wurden die Ausgabenprofile zu 87,5 % – im Vorjahr waren es noch 75 % – angeglichen. Die Entwicklung der beiden Transferkomponenten wird in Tabelle 9 dargestellt.

Mit der Einführung des Risikopools im Jahr 2002 entsteht durch den dort getrennt berechneten bundesweiten Teil-Ausgleichsbedarfssatz ein eigener Rechtskreistransfer. Der gemeinsame Finanzkrafttransfer aus Risikopool und Risikostrukturausgleich entspricht aber genau dem Transfer, der auch ohne Einführung des Risikopools entstanden wäre. Allerdings führt der Abzug der im Risikopool ausgeglichenen Leistungsausgaben von den standardisierten Leistungsausgaben zu einer Verschiebung beim Beitragsbedarfstransfer. Ohne Einführung des Risikopools hätte der Beitragsbedarfstransfer 832 Millionen Euro im Jahr 2006 betragen.

	Finanzkrafttransfer RSA	Finanzkrafttransfer RP	Beitragsbedarfstransfer	Gesamttransfer
1999	613.550.257,44			613.550.257,44
2000	1.415.532.865,71			1.415.532.865,71
2001	1.528.343.344,70		476.750.183,33	2.005.093.528,03
2002	1.773.231.934,70	37.308.965,65	604.212.893,67	2.414.753.794,03
2003	2.178.328.163,01	94.227.847,36	693.822.969,08	2.966.378.979,45
2004	2.299.708.810,10	137.569.152,22	908.472.652,51	3.345.750.614,83
2005	2.579.022.843,96	159.889.563,58	769.229.904,22	3.508.142.311,77
2006	2.769.029.595,63	180.096.675,79	803.621.735,53	3.752.748.006,95

Tabelle 9: Rechtskreistransfer im Risikostrukturausgleich und Risikopool (in Euro)

Der Finanzkrafttransfer wird in erster Linie von der Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen in den beiden Rechtskreisen bestimmt. Im Jahr 2006 war eine Zunahme der Gesamtsumme der beitragspflichtigen Einnahmen im Rechtskreis West von 0,7 % und von 0,6 %, im Rechtskreis Ost zu verzeichnen. Damit hat sich das Ungleichgewicht in der Einnahmenbasis etwas verstärkt.

Der Beitragsbedarfstransfer hingegen entsteht, weil das Ausgabenniveau im Rechtskreis Ost insgesamt niedriger ist als im Rechtskreis West, den Krankenkassen jedoch aufgrund des gesamtdeutschen Risikostrukturausgleichs der Beitragsbedarf nach weitgehend bundesdurchschnittlichen Werten zugewiesen wird. Zwar liegt seit dem Jahr 2002 das absolute Ausgabenniveau je Versicherten im Rechtskreis Ost höher als im Rechtskreis West; im Jahr 2006 überstiegen die durchschnittlichen Ausgaben je Versicherten im Rechtskreis Ost mit 2005 Euro das Niveau im Rechtskreis West mit 1.877 Euro um mehr als 6,8 % (vgl. Tabelle 10). Für die Bestimmung des Beitragsbedarfstransfers im Risikostrukturausgleich ist jedoch nicht das absolute Ausgabenniveau entscheidend, sondern das durch die Faktoren Alter, Geschlecht und Bezug einer Erwerbsminderungsrente standardisierte Ausgabenniveau.¹¹ Diese Risikostruktur der Rechtskreise wird durch den RSA-Risikofaktor bezogen auf den gesamtdeutschen Durchschnitt (Wert 1,0) wiedergegeben. Aus ihm lässt sich die Aussage ableiten, dass die Risikostruktur eines Teilkollektivs (z.B. alle Versicherte in einem Rechtskreis oder alle Versicherte einer Krankenkasse) derart ist, dass sie Ausgaben erwarten lässt, die mit dem entsprechenden Prozentsatz über oder unter dem GKV-Durchschnitt liegen. Interessant ist dann der Vergleich, ob diese Aussage auch für die tatsächlichen Ausgaben gilt.¹² Im Jahr 2006 lag der RSA-Risikofaktor für den Rechtskreis Ost bei 109,7 %, d.h. auch wenn Versicherte im Osten genau GKV-durchschnittliche Ausgaben verursachen würde, läge das Ausgabenniveau aufgrund der schlechteren Risikostruktur 9,7 % über dem Bundesdurchschnitt.

¹¹ 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.

¹² Für eine ausführliche Erläuterung des RSA-Risikofaktors vgl. den Exkurs an dieser Stelle im Kurzbericht 2004 (S. 23).

Jahr	Ausgaben je Kopf in Euro			RSA-Risikofaktor		Standardisierte Ausgaben je Kopf		
	Ost	West	Anteil Ost	Ost	West	Ost	West	Anteil Ost
1997	1.515,72	1.622,87	93,40%	1,0386	0,9914	1.459,38	1.636,87	89,16%
1998	1.525,67	1.652,25	92,34%	1,0492	0,9896	1.454,16	1.669,67	87,09%
1999	1.590,52	1.689,71	94,13%	1,0585	0,9874	1.502,68	1.711,25	87,81%
2000	1.654,82	1.719,73	96,23%	1,0674	0,9857	1.550,27	1.744,60	88,86%
2001	1.747,62	1.775,66	98,42%	1,0758	0,9842	1.624,47	1.804,08	90,04%
2002	1.838,13	1.827,43	100,59%	1,0818	0,9832	1.699,18	1.858,57	91,42%
2003	1.903,89	1.855,25	102,62%	1,0861	0,9825	1.752,97	1.888,28	92,83%
2004	1.845,13	1.792,70	102,92%	1,0928	0,9813	1.688,43	1.826,94	92,42%
2005	1.925,90	1.826,75	105,43%	1,0916	0,9817	1.764,35	1.860,86	94,81%
2006	2.005,12	1.876,96	106,83%	1,0969	0,9808	1.828,05	1.913,78	95,52%
2007*	2.121,89	1.976,59	107,35%	1,0920	0,9818	1.943,15	2.013,25	96,52%
2008*	2.222,58	2.058,16	107,99%	1,0955	0,9811	2.028,78	2.097,71	96,71%

* lt. Schätzung des GKV-Schätzerkreises

Tabelle 10: Absolutes und relatives Ausgabeniveau nach Rechtskreis

Aus Tabelle 10 ist ersichtlich, dass sowohl das absolute Ausgabeniveau, als auch der RSA-Risikofaktor des Rechtskreises Ost zugenommen hat. Allerdings ist die Zunahme des absoluten Ausgabenniveaus höher als die Veränderung der Risikostruktur, so dass sich auch das standardisierte Ausgabeniveau etwas an das Westniveau angepasst hat. Die standardisierten Ausgaben berechnen sich, indem die tatsächlichen Ausgaben durch den RSA-Risikofaktor geteilt werden und geben an, welche Ausgaben Versicherte in einem Rechtskreis verursachen würden, wenn die Risikostruktur in diesem Rechtskreis genau dem Bundesdurchschnitt entsprechen würde. Im Jahr 2006 lag das standardisierte Ausgabenniveau im Rechtskreis Ost nach wie vor unter dem West-Wert; jedoch hat sich der Unterschied auch in diesem Jahr wieder angenähert. Die Niveauangleichung hat die durch die fortschreitende Aufhebung der Rechtskreistrennung bedingte Erhöhung des Beitragsbedarfstransfers von 2005 auf 2006 gebremst.

Der gesamte Beitragsbedarfstransfer in Höhe von 804 Millionen Euro lässt sich auf die einzelnen Leistungsbereiche aufteilen (vgl. Abbildung 8). Dabei entfallen auf den Hauptleistungsbereich Ärzte ca. 80 % des Transfers. In den Hauptleistungsbereichen Dialysesachkosten und – vor allem – Apotheken kommt es inzwischen sogar zu Rückflüssen aus dem Rechtskreis Ost in den Rechtskreis West. In diesen Leistungsbereichen überschreitet das Ausgabeniveau im Osten inzwischen auch unter Berücksichtigung der jeweiligen Risikostrukturen das Ausgabeniveau im Westen.

Auch von der überregionalen Beitragssatzgestaltung der rechtskreisübergreifend tätigen Krankenkassen gehen – zum Teil gegenläufige – Umverteilungswirkungen aus, da Transfers hier nicht durch Beitragssatzsenkungen gezielt einem Rechtskreis zukommen können, sondern durch einheitliche Beitragssatzsenkungen auch der „zahlende“ Rechtskreis davon berührt ist. Wegen der getrennten Datenmeldungen der rechtskreisübergreifend tätigen Krankenkassen kann dieser Effekt hier auf der Basis ausgabendeckender Beitragssätze beziffert werden. Auf diesem Wege sind rechnerisch 162,0 Millionen Euro wieder in den Rechtskreis West zurück geflossen.

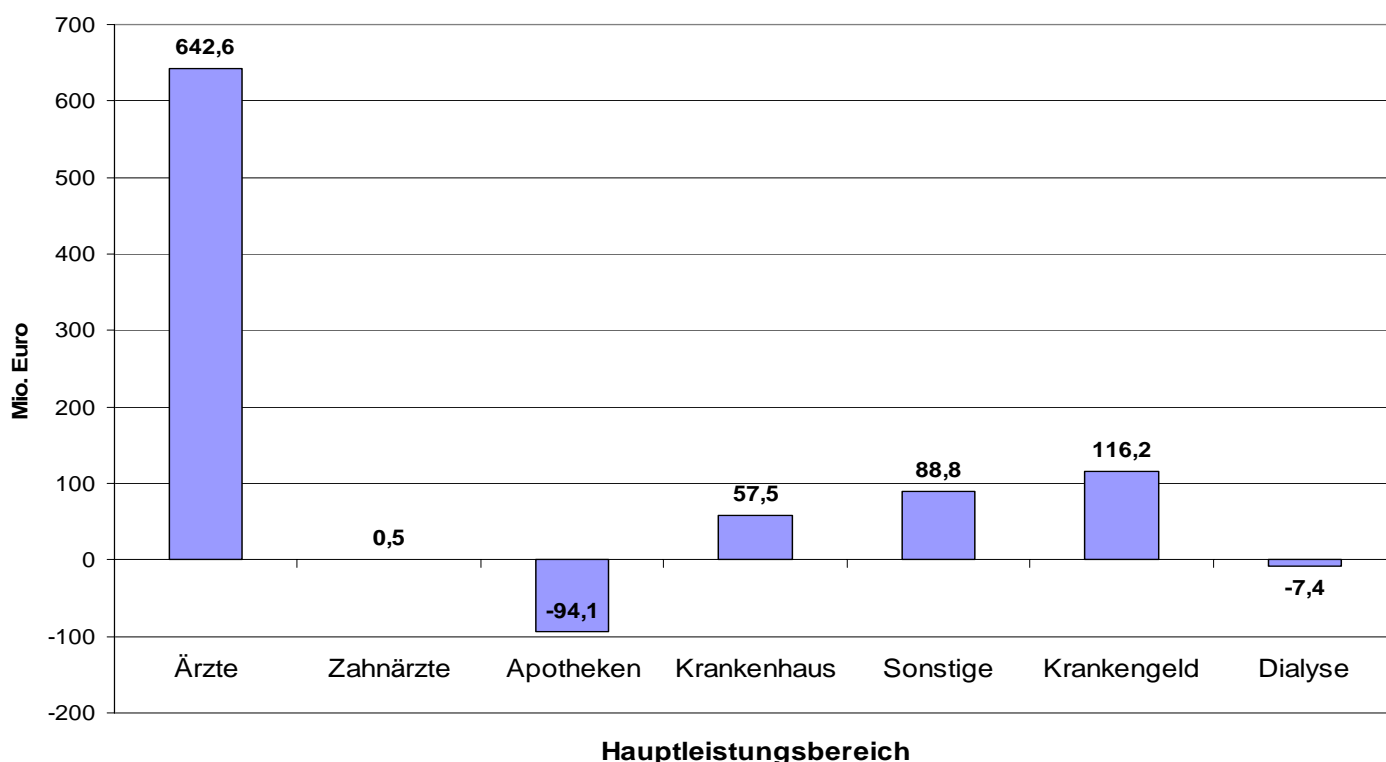


Abbildung 9: Beitragsbedarfstransfer zwischen den Rechtskreisen nach Hauptleistungsbereich im Jahresausgleich 2006

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 2008