

# Regionale Verteilungswirkungen des Gesundheitsfonds

In der politischen Debatte um die Einführung eines Gesundheitsfonds sind die regionalen Auswirkungen der Gesundheitsreform thematisiert worden. So bezifferte Bayern seine Belastungen durch die Einführung des neuen Modells mit bis zu 1,7 Milliarden Euro. In der als bundesweite Solidargemeinschaft verfassten gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) werden Zahlungsströme zwischen den Ländern statistisch nicht erfasst; über die Höhe der überregionalen Transfers herrschen daher erhebliche Unsicherheiten. Der vorliegende Beitrag stellt die verschiedenen Transfermechanismen systematisch dar und versucht – soweit möglich – die Zahlungsströme zu quantifizieren. Es wird auch untersucht, welche Veränderungen in den Zahlungsströmen aufgrund der Gesundheitsreform 2006 zu erwarten sind.

■ Dirk Göpffarth

## 1. Einleitung

In § 1 Satz 1 SGB V wird die GKV als Ganzes als Solidargemeinschaft definiert. Dementsprechend kennt man in der GKV auch keine regionale Differenzierung der Einnahmen- und Ausgabenseite. Durch die gesetzlichen Regelungen werden Transfers zwischen den einzelnen Krankenkassen und mittelbar auch zwischen den Versicherten definiert, nicht aber zwischen Regionen oder Bundesländern.<sup>1</sup> Finanzielle Transfers zwischen den Ländern sind daher keine gesetzliche Bestimmungsgröße im System der GKV, wie auch das Urteil des Bundesverfassungsgerichtes vom 18. Juli 2005 (2 BvF 2/01) zum Risikostrukturausgleich zeigt: „Trotz der Zuordnung zur mittelbaren Staatsverwaltung können die Krankenkassen und die von ihnen verwalteten Beitragsmittel finanziell verfassungsrechtlich nicht als Teil eines Landes und als Teil der Landeshaushalte betrachtet werden.“ (Rz. 103). Die Behauptung, einem Bundesland würden z.B. aufgrund des Risikostrukturausgleichs Mittel entzogen, muss daher vor dem Hintergrund relativiert werden, „dass Sozialversicherungsbeiträge wegen ihrer strengen Zweckbindung weder den Bund oder die Länder noch sonstige staatliche Aufgabenträger zu eigenverantwortlichen finanziellen Entscheidungen befähigen sollen.“ (Rz. 101).

Vor diesem Hintergrund sind die durch Regelungen der GKV verursachten überregionalen Verteilungswirkungen nur von nachrichtlichem Interesse, um die Auswirkungen dieser Regelungen auf unterschiedliche Versichertenkollektive darzustellen. Dabei muss auch klar sein, dass fast alle gesetzlichen Regelungen in einem bundesweit organisierten System unmittelbar oder mittelbar regionale Auswirkungen haben werden. Eine „Gesamtinzidenz“ im Sinne einer Ausweisung aller Transferwirkungen ist nahezu unmöglich aufzuzeigen.

---

Dr. Dirk Göpffarth, Bundesversicherungsamt, Bonn.

Die wesentlichen Umverteilungsmechanismen mit regionalen Auswirkungen sind die folgenden:

- Der **Risikostrukturausgleich** gleicht Unterschiede in den Morbiditäts-, Einkommens- und Familienlastenstrukturen zwischen den Krankenkassen aus. Indirekt werden dadurch natürlich auch die aufgrund dieser Strukturmerkmale bestehenden Unterschiede zwischen den Versicherten in den verschiedenen Bundesländern ausgeglichen.
- Die einheitliche **Beitragssatzkalkulation** von überregional tätigen Krankenkassen führt innerhalb den Kollektiven der Versicherten dieser Krankenkassen zu Transfers, die per Saldo auch die Versicherten in einem Bundesland be- oder entlasten können.
- Bei regionalen Krankenkassen führt die Beitragssatzkalkulation in der Regel zu keinen überregionalen Transfers. Gleichwohl existieren auch hier **kassenarteninterne Ausgleichssysteme und Finanzhilfen**, die zu Verschiebungen zwischen den Versicherten in den einzelnen Bundesländern führen.
- Die **Bundeszuschüsse**, z.B. für versicherungsfremde Leistungen oder für die Altenteiler in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung, kommen den Versicherten in den einzelnen Bundesländern in unterschiedlicher Höhe zu Gute. Ähnliches gilt grundsätzlich auch für die Zuschüsse und Verwaltungskostenübernahmen der Trägerunternehmen und -innungen.
- Auch von den **Vergütungssystemen** können überregionale Transfers ausgehen, z.B. wenn ein Stadtstaat hochspezialisierte Versorgungseinrichtungen vorhält, die von Versicherten aus dem Umland genutzt werden, ohne ein leistungsorientiertes Entgelt hierfür zu entrichten.

Darüber hinaus existieren Zuordnungs- und Abgrenzungsprobleme, wenn sich Wohn- und Arbeitsort eines Versicherten nicht in derselben Region befinden. Bei den Beitragszahlungen aus Lohnersatz- und Sozialleistungen kommt noch eine zweite Umverteilungsebene hinzu, da

z.B. auch die Renten- und Arbeitslosenversicherung ihre Mittel aus bundesweit operierenden Systemen generieren.

## **2. Verteilungswirkungen des Risikostrukturausgleichs**

### **2.1 Umverteilungen im Status quo**

Der Risikostrukturausgleich wurde im Jahr 1994 als bundesweiter, kassenartenübergreifender Finanzausgleich in der GKV eingeführt. Er hat die Funktion, Belastungsunterschiede in den Morbiditätsstrukturen, den beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder sowie der Zahl der beitragsfrei Familienversicherten zwischen den Krankenkassen auszugleichen, um so die Grundlage für einen fairen Wettbewerb zu legen. Mit Ausnahme der noch bis Ende 2006 durchzuführenden Trennung nach den Rechtskreisen Ost und West kennt der Risikostrukturausgleich keine regionalen Parameter. Auch die Datenmeldungen für den Risikostrukturausgleich liegen nicht regional differenziert vor.

Eine Studie über die regionalen Verteilungswirkungen des Risikostrukturausgleichs wurde auf der Basis von Daten aus dem Jahr 1995 von Jacobs et al. (1998) vorgelegt. Eine ähnliche Untersuchung legte das Bundesversicherungsamt im Jahr 2004 im Rahmen der vom Bundestag eingesetzten „Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Überprüfung des Risikostrukturausgleichs und weiterer Fragen zum Organisationsrecht“ vor. Hierfür wurde die Einnahmeseite durch eine Sonderauswertung des Sozioökonomischen Panels des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung regional geschätzt, während auf der Ausgabenseite die Stichprobe zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs nach § 268 Abs. 3 SGB V herangezogen wurde.<sup>2</sup> Die wesentlichen Ergebnisse dieser Untersuchung für das Jahr 2002 werden im Folgenden dargestellt.

Zunächst sind zwischen den Bundesländern erhebliche Unterschiede in den Ausgleichsparametern zu beobachten. Die beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied und Rentner betrugen im Bundesdurchschnitt 19.220 Euro. In Sachsen betrug dieser Wert nur 15.102 Euro, während in Hamburg beitragspflichtige Einnahmen von 21.803 Euro je Kopf festzustellen waren. Auch die Zahl der Fami-

**Tabelle 1: RSA-Transfers zwischen den Versicherten je Bundesland 2002**

Wohnsitz des Versicherten	Gesamteffekt		Beitragsbedarf Mio. Euro	Finanzkraft Mio. Euro
	Mio. Euro	Euro je Versicherten		
Schleswig-Holstein	52,5	23	36,6	15,9
Hamburg	-585,9	-481	69,3	-655,2
Niedersachsen	-19,0	-3	122,9	-141,9
Bremen	87,1	151	46,4	40,7
Nordrhein-Westfalen	60,0	4	-85,7	145,7
Hessen	-602,8	-118	-55,6	-547,2
Rheinland-Pfalz	-217,3	-70	-14,6	-202,7
Baden-Württemberg	-658,7	-72	-475,1	-183,6
Bayern	-539,1	-52	-395,1	-144,0
Saarland	41,1	44	37,4	3,7
Berlin	228,0	81	172,1	55,9
Brandenburg	240,4	104	6,7	233,6
Mecklenburg-Vorpommern	128,6	81	13,2	115,4
Sachsen	1.046,3	266	343,3	703,0
Sachsen-Anhalt	334,8	145	109,6	225,3
Thüringen	403,9	182	68,6	335,3

Quelle: Bundesversicherungsamt

lienversicherten, die auf 100 Beitragszahler kommen, schwankte zwischen 23 in Sachsen und 46 im Saarland und in Nordrhein-Westfalen. Der Bundesdurchschnitt lag hier bei 39. Die Unterschiede in den Morbiditätsstrukturen lassen sich am besten durch den RSA-Risikofaktor aufzeigen, der angibt, um wie viel Prozent die standardisierten Ausgaben eines Landes aufgrund der Alters-, Geschlechts- und Erwerbsminderungsrentnerstruktur über oder unter dem Bundesdurchschnitt liegen. Hier lag Sachsen aufgrund des hohen Altersschnitts mit 105 % über dem Durchschnitt, während Baden-Württemberg mit 97 % darunter lag.

Weist man nun die Versicherten nach dem Wohnsitz fiktiven landesbezogenen Einheitskassen zu und lässt diese 16 regionalen Einheitskassen am RSA teilnehmen, lassen sich die Strukturunterschiede zwischen den Bundesländern in der Systematik des RSA abbilden. Die Tabelle 1 zeigt die regionalen Verteilungswirkungen des Risikostrukturausgleichs im Jahr 2002 auf, wobei der Risikostrukturausgleich nach dem Rechtsstand 2002, allerdings ohne Risikopool und ohne DMPs, berechnet wurde.<sup>3</sup> Der Gesamttransfer wurde aufgeteilt in den Transfer, der durch Unterschiede in den beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder und in der Zahl der Familienangehörigen verursacht wurde (Finanzkrafttransfer), und den Transfer, der durch Unterschiede in den Morbiditätsstrukturen veranlasst wurde (Beitragsbedarfstransfer).

Darüber, wie sich diese Transfers seit dem Jahr 2002 entwickelt haben, kann nur spekuliert werden, da aktuellere Zahlen nicht vorliegen. Im Jahr 2002 befand man sich noch in der Übergangsphase von der Ost-West-Trennung zum gesamtdeutschen Risikostrukturausgleich. Der Beitragsbedarfstransfer ist jedoch seit dem Jahr 2002 von knapp über 600 Mio. Euro nur auf knapp über 700 Mio. Euro in der Endphase gestiegen, so dass dies die Transfers nur geringfügig erhöht haben dürfte. Allerdings können sich regionale Unterschiede in der wirtschaftlichen und demographischen Entwicklung auf die Transfersummen ausgewirkt haben.

## 2.2 Vervollständigung des Finanzkraftausgleichs

Im gegenwärtigen Risikostrukturausgleich werden Unterschiede in der Finanzkraft zwischen den Krankenkassen nur unvollständig ausgeglichen. Grund hierfür ist die Tatsache, dass Satzungs- und Mehrleistungen sowie Verwaltungsausgaben nicht im Risikostrukturausgleich berücksichtigt werden. Nur bei den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben – d.h. rund 92 % der Gesamtausgaben der Krankenkassen – gleicht der Risikostrukturausgleich Unterschiede aus. Die restlichen 8 % ihrer Ausgaben müssen die Krankenkassen ohne Ausgleich aus ihrer eigenen Finanzkraft finanzieren. Der Beitragssatzaufschlag, den eine Krankenkasse mit finanziert stärkten Mitgliedern erheben muss, um ihre Verwaltungsausgaben zu finanzieren ist damit erheblich geringer als der Beitragssatzaufschlag bei einer Krankenkasse mit finanziell schwachen Mitgliedern. Tatsächlich lässt sich beobach-

ten, dass Krankenkassen, deren Finanzkraft 25 % über dem Durchschnitt liegt, mit einem Beitragssatzaufschlag für nicht berücksichtigungsfähige Ausgaben von 0,4 Beitragssatzpunkten auskommen, während Krankenkassen mit einer Finanzkraft von mehr als 5 % unter dem Durchschnitt 1,3 Beitragssatzpunkte erheben müssen (vgl. Göppfarth 2006).

Mit der Einführung des Gesundheitsfonds zum 1. Januar 2009 entfällt die Finanzkraftkomponente im Risikostrukturausgleich. Die Krankenkassen erhalten – abgesehen von den in Abschnitt 3.2 behandelten Zusatzbeiträgen – keine eigenen Beitragseinnahmen, sondern statt dessen einkommensunabhängige Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds. Der Ausgleich der Finanzkraft erfolgt implizit durch die Erhebung des einheitlichen Beitragssatzes. Gegenüber dem Status quo bedeutet dies eine Änderung: Zuvor waren die tatsächlichen Einnahmen einer Krankenkasse zumindest zu 8 % von der Einkommensstruktur ihrer Mitglieder abhängig, nun wird ein 100 %iger Einkommensausgleich erreicht.<sup>4</sup>

Hinsichtlich der landesbezogenen Betrachtung aus Abschnitt 2.1 bedeutet dies Folgendes: Während GKV-Mitglieder in einem finanziestarken Bundesland bei der Finanzierung der nicht berücksichtigungsfähigen Ausgaben einen Vorteil hatten, sind nun alle GKV-Mitglieder unabhängig vom Bundesland gleichgestellt. Die Beiträge werden zukünftig unabhängig vom Bundesland nach einem für jeden einheitlichen Beitragssatz an den Fonds entrichtet; hiervon dient ein wiederum einheitlicher Beitragssatzanteil – gegenwärtig wären dies rund 1,1 Beitragssatzpunkte – der Deckung von Verwaltungsausgaben sowie Satzungs- und Mehrleistungen. Im Gegenzug erhalten die Krankenkassen aus dem Gesundheitsfonds für diese Ausgabenkomponenten jedoch Zuweisungen. Da bisher der Verteilungsschlüssel für diese Zuweisungen noch nicht festgelegt wurde, wird angenommen, dass für die Satzungs- und Mehrleistungen ein einheitlicher Beitrag je Versicherten zugewiesen wird, während die Verwaltungsausgaben – gemäß dem Vorschlag von Jacobs et al. (2002) – zu 30 % nach der Zahl der Versicherten und zu 70 % nach der Höhe der standardisierten Leistungsausgaben geschlüsselt werden.

Mit diesen Annahmen lässt sich die Auswirkung der Vervollständigung des Finanzkraftausgleichs auf die Versicherten in den einzelnen Bundesländern ermitteln. In Tabelle 2 werden die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für die Versicherten in einem Bundesland den Belastungen dieser Versicherten über den einheitlichen Beitragssatzanteil im Gesundheitsfonds gegenübergestellt.<sup>5</sup> Die Fondszuweisungen für sonstige Ausgaben errechnen sich aus den oben genannten Verteilungsschlüsseln, während sich die korrespondierenden Mehrzahlungen an den Fonds aus dem einheitlichen Beitragssatzanteil (1,1 Beitragssatzpunkte) im Gesundheitsfonds für sonstige Ausgaben, angewandt auf die beitragspflichtigen Einnahmen je Bundesland, ergeben. Für die Berechnung der Werte in Tabelle 2 wurden die Daten aus der erwähnten Untersuchung des Bundesversicherungsamtes verwendet

**Tabelle 2: Auswirkungen eines vervollständigten Finanzkraftausgleichs auf die Versicherten je Bundesland**

Bundesland	Fondszuweisungen für... Verwaltungs-ausgaben Mio. Euro	Satzungs- und Mehrleistungen Mio. Euro	Mehrzahlung an den Fonds für sonstige Ausgaben Mio. Euro	Saldo (Zuweisungen abzüglich Mehrzahlung) Mio. Euro
Schleswig-Holstein	267,2	92,5	347,4	12,3
Hamburg	148,9	53,4	247,3	-45,0
Niedersachsen	759,5	264,5	999,8	24,1
Bremen	67,9	21,8	84,4	5,4
Nordrhein-Westfalen	1.784,6	595,2	2.384,4	-4,6
Hessen	582,4	195,6	833,2	-55,2
Rheinland-Pfalz	365,4	131,7	493,3	3,8
Baden-Württemberg	1.022,1	344,9	1.423,3	-56,4
Bayern	1.177,5	400,7	1.614,7	-36,5
Saarland	107,1	34,5	141,8	-0,1
Berlin	327,1	104,2	426,7	4,6
Brandenburg	263,5	87,3	333,4	17,4
Mecklenburg-Vorpommern	181,3	59,6	233,7	7,2
Sachsen	465,4	149,2	540,3	74,2
Sachsen-Anhalt	268,8	87,8	334,1	22,5
Thüringen	254,4	82,0	310,1	26,2

Quelle: Bundesversicherungsamt, BMG (KJ1 2005, KM6 2005), eigene Berechnungen

und auf die Rechnungsergebnisse der Krankenkassen für das Jahr 2005 hochgerechnet.

### 2.3 Direkte Morbiditätsorientierung des Risikostrukturausgleichs

Zeitgleich mit der Einführung des Gesundheitsfonds soll die Ermittlung des Beitragsbedarfes im Risikostrukturausgleich nicht nur anhand der indirekten Merkmale Alter, Geschlecht und Bezug einer Erwerbsminderungsrente erfolgen. Vielmehr sollen diese Merkmale durch auf Basis von Diagnosen und Verordnungen gebildete Morbiditätskategorien für 50 bis 80 schwerwiegende und chronische Erkrankungen ergänzt werden. Die finanziellen Auswirkungen dieser Reform sind schwer zu prognostizieren, zumal die zu berücksichtigenden Krankheiten noch nicht benannt sind.

Anders als landläufig behauptet, muss die direkte Morbiditätsorientierung die in Tabelle 1 ausgewiesenen Zahlungsströme nicht verstärken. Entscheidend für die Verschiebung der Transfers ist nicht der Vergleich der Morbiditätsstrukturen zwischen den Bundesländern, sondern ein Vergleich der Morbiditätsstrukturen mit der bislang

durch die indirekten Merkmale des Risikostrukturausgleichs gemessenen Morbidität. Es kommt also nicht darauf an, ob z.B. Bayern oder Sachsen eine höhere Morbidität aufweist, sondern darauf, ob sich die Morbidität nach Berücksichtigung der Alters- und Geschlechtsstrukturen unterscheidet, d.h. ob z.B. eine 60-jährige Bayerin im Durchschnitt eine höhere oder niedrigere Morbidität aufweist als eine 60-jährige Sächsin.

Die Zielgenauigkeit des Status-quo-Risikostrukturausgleichs entsteht, weil innerhalb der Alters- und Geschlechtsgruppen – mit Ausnahme der Erwerbsminderungsrentner und DMPs – nicht nach Gesunden und Kranken differenziert wird. Damit können Krankenkassen, die aufgrund ihrer Versichertenstruktur vor allem gesunde Versicherte innerhalb dieser RSA-Gruppen aufweisen, ungerechtfertigte Beitragssatzvorteile erzielen. Bundesländer werden – im Gegensatz zu Krankenkassen – je Alters- und Geschlechtsgruppe eine Mischung aus Gesunden und Kranken aufweisen. Aus diesem Grund wird ein zielgenauerer Risikostrukturausgleich auf Ebene der Krankenkassen merkliche Umverteilungen bewirken, auf Ebene der Bundesländer hingegen eher zu geringen Änderungen der Finanzströme führen.

### 3. Überregionale Beitragssatzkalkulation

#### 3.1 Umverteilungen im Status quo

Krankenkassen erheben in ihrem Tätigkeitsgebiet einen einheitlichen Beitragssatz. Ist eine Krankenkasse in mehr als einem Bundesland aktiv, so macht sie aus der Länderperspektive eine Mischfinanzierung. Angenommen eine Krankenkasse wäre in zwei gleich großen Ländern aktiv. In isolierter Betrachtung müsste die Krankenkasse in Land A 13,8 % erheben und in Land B 14,2 %; der einheitliche Beitragssatz betrage 14,0 %. Damit „subventionieren“ die Mitglieder in Land A die Mitglieder in Land B in der Größenordnung von 0,2 Beitragssatzpunkten. Ob dieser Transfer zu den überregionalen Verteilungswirkungen der GKV gezählt werden darf, ist umstritten. So weisen Wille und Schneider (1997: 152) darauf hin, dass „[d]ie Parallelität von bundesweiter und regionaler Beitragssatzkalkulation [...] keinen Versicherten [zwingt], die interregionalen Transfers einer mischfinanzierten Krankenkasse mitzutragen.“ Aus dieser Sicht handelt es sich um eine freiwillige Transferzahlung.

Die Versicherten in einem Bundesland profitieren von der überregionalen Beitragssatzkalkulation dann, wenn der isolierte Beitragssatz, den die Krankenkasse in diesem Bundesland erheben müsste, höher ist als der tatsächlich erhobene Beitragssatz. Dies kann der Fall sein, wenn die beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder dieser Krankenkasse in diesem Bundesland unterdurchschnittlich sind oder die altersstandardisierten Ausgaben überdurchschnittlich hoch sind, d.h. die relative Ausgabenposition der Krankenkasse in diesem Bundesland im Vergleich zum übrigen Tätigkeitsgebiet schlechter ist (vgl. Felder und Robra 2003). Wie hoch die durch die überregionale Beitragssatzkalkulation verursachten Finanzströme sind, kann nicht berechnet werden, da hierfür die beitragspflichtigen Einnahmen der überregional tätigen Krankenkassen nach Bundesland differenziert vorliegen müssten (für eine erste Abschätzung siehe Jacobs et al. (1998)).

#### 3.2 Umverteilungen beim einheitlichen Beitragssatz

Mit der Einführung des Gesundheitsfonds existiert nur noch ein einheitlicher Beitragssatz, der für alle Versicherten und damit auch in allen Bundesländern gilt. Die bisherige Differenzierung über den Beitragssatz wird ersetzt durch eine Differenzierung der Zusatzbeiträge bzw. Rückzahlungen (Prämien) der Krankenkassen. Dabei gilt nach wie vor, dass eine Krankenkasse für ihren Tätigkeitsbereich einen einheitlichen Zusatzbeitrag erheben muss, d.h. es wird weiterhin ein Nebeneinander von regionaler und überregionaler Zusatzbeitragskalkulation geben. Im Folgenden wird unterstellt, dass die Krankenkassen einkommensunabhängige Zusatzbeiträge erheben bzw. Rückzahlungen leisten; machen die Krankenkassen hingegen von der Option Gebrauch, die Zusatzbeiträge bzw. Rückzahlungen einkommensabhängig auszugestalten, ergeben sich zum Status quo hier keine Änderungen.

Für eine Regionalkasse mit überdurchschnittlichem (unterdurchschnittlichem) Beitragssatz gilt – losgelöst von den in Kapitel 2 diskutierten Effekten – dass sie unter neuen Rahmenbedingungen einen Zusatzbeitrag erheben (eine Rückzahlung leisten) müsste. Dies wird zu Umverteilungseffekten innerhalb eines Landes zwischen Arbeitnehmern und Arbeitgebern (vgl. Abschnitt 3.3), möglicherweise auch zwischen reicherem und ärmeren Mitgliedern führen. Die finanzielle Situation der in einem Bundesland tätigen Krankenkassen wäre jedoch unberührt.

Anders verhält sich dies bei überregional kalkulierenden Krankenkassen. Ein unterdurchschnittlicher Beitragssatz wird durch eine Rückzahlung an den Versicherten ersetzt. Eine Entlastung über den Beitragssatz würde jedoch einen reicherem Versicherten stärker entlasten als die Entlastung über eine Prämie. Bei einem ärmeren Versicherten verhielte es sich genau umgekehrt. In der Folge wäre ein finanzstarkes Bundesland mit vielen reicherem Versicherten durch Rückzahlungen belastet. Genau umgekehrt verhält es sich aber, wenn die überregional kalkulierende Krankenkasse einen Zusatzbeitrag erhebt. Dieser Zusatzbeitrag belastet einen reicherem Versicherten nicht so stark wie ein prozentualer Aufschlag auf die beitragspflichtigen Einnahmen; entsprechend würde ein finanzstarkes Bundesland mit vielen reicherem Versicherten per Saldo entlastet.

Der Gesundheitsfonds startet mit einer vollständigen Finanzierung aller Ausgaben. Rückzahlungen und Zusatzbeiträge müssten sich daher beim Start in der Waage halten. Voraussichtlich wird die Ausgabendeckung des Fonds im Zeitverlauf auf bis zu 95 % fallen; die Krankenkassen würden im Schnitt einen Zusatzbeitrag von rund 12 Euro erheben. Im Zeitverlauf ist daher beim Gesundheitsfonds mit einer zunehmenden Entlastung der Versicherten in finanzstarken Bundesländern über die überregionale Beitragssatzkalkulation im Vergleich zum Status quo zu rechnen, d.h. es kommt zu einer gegenläufigen Entwicklung zu der in Tabelle 2 aufgezeigten.

Dies zeigt sich auch an der Überlegung, wann ein Versicherter in einem Bundesland von der überregionalen Beitragssatzkalkulation unter Fondsbedingungen profitieren würde. Im Status quo hängt dies – wie in Abschnitt 3.1 gezeigt – sowohl von der relativen Einkommensposition, wie auch von der relativen Ausgabenposition des Bundeslandes ab. Bei einkommensabhängigen Zusatzbeiträgen hängen die regionalen Auswirkungen jedoch nur noch von der relativen Ausgabenposition der Krankenkasse in diesem Bundesland im Vergleich zum übrigen Tätigkeitsgebiet ab. Der Transfer aufgrund unterdurchschnittlicher beitragspflichtiger Einnahmen entfällt beim Zusatzbeitrag, was finanzstarke Bundesländer entlastet.

#### 3.3 Auswirkungen auf die paritätische Finanzierung

Auch wenn die Umstellung von der Beitragssatzdifferenzierung auf eine Zusatzbeitragsdifferenzierung unter Fondsbedingungen die finanzielle Situation auf Ebene

der Bundesländer nicht bzw. über die überregionale Beitragskalkulation nur geringfügig verändert, hat diese Umstellung deutliche Auswirkungen auf die paritätische Finanzierung. Um dies zu zeigen wird in Tabelle 3 der durchschnittliche mitgliedergewichtete Beitragssatz in den einzelnen Bundesländern aufgezeigt. Demnach zahlt ein Sachse für seine Krankenversicherung im Durchschnitt Beiträge nach einem Beitragssatz von 12,4 %, während für einen Berliner durchschnittlich 13,7 % gelten, jeweils zuzüglich des zusätzlichen Beitragssatzes in Höhe von 0,9 %. Der bundesdurchschnittliche Beitragssatz – der hier als der einheitliche Beitragssatz angenommen wird – betrug 13,3 %. Für einen Sachsen bedeutet dies eine Beitragssatzanhebung von 0,9 Beitragssatzpunkten, von der Arbeitgeber und Arbeitnehmer jeweils die Hälfte zu zahlen. Von der Rückzahlung, die von den Krankenkassen in Sachsen bei Fortbestand der gegenwärtigen Lage möglicherweise angeboten werden könnten, profitiert aber nur der Arbeitnehmer und nicht der Arbeitgeber. Umgekehrt kommt es in Bundesländern mit überdurchschnittlichem Beitragssatz zu einer Entlastung der Arbeitgeber.

Bei den hier aufgezeigten finanziellen Effekten handelt es sich nicht um überregionale Transfers, sondern um eine Belastungsverschiebung zwischen Arbeitgebern und

**Tabelle 3: Durchschnittlicher erhobene Beitragssatz je Bundesland 2006**

Bundesland	Beitragssatz
Schleswig-Holstein	13,42
Hamburg	13,36
Niedersachsen	13,17
Bremen	13,20
Nordrhein-Westfalen	13,23
Hessen	13,56
Rheinland-Pfalz	13,37
Baden-Württemberg	13,46
Bayern	13,20
Saarland	13,29
Berlin	13,74
Brandenburg	13,36
Mecklenburg-Vorpommern	13,45
Sachsen	12,44
Sachsen-Anhalt	13,23
Thüringen	13,24
Bundesdurchschnitt	13,28

Quelle: BMG (KM6 2006, KM1 7/2006), eigene Berechnungen

Arbeitnehmern innerhalb eines Bundeslandes. Bei der Bewertung dieser Verschiebung muss auch berücksichtigt werden, dass mittelfristig der Fonds die Ausgaben der Krankenkassen nur zu mehr als 95 % finanzieren wird. Diese steigende Bedeutung der nicht paritätisch finanzierten Zusatzbeiträge wird die Arbeitgeber entlasten.

#### 4. Schlussfolgerungen

Von den vielfältigen überregionalen Verteilungswirkungen konnten hier nur diejenigen thematisiert werden, die in unmittelbarem Zusammenhang mit dem Risikostrukturausgleich und der überregionalen Beitragskalkulation stehen. Daneben existiert z.B. ein Bundeszuschuss für die Altenteiler in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung, von dem Länder mit entsprechend hohen Anteilen an Altteilern profitieren. Allerdings gibt es auch kassenarteninterne Finanzausgleiche und Finanzhilfen, Trägerzuschüsse etc., über deren regionale Umverteilungswirkungen keine Aussage getroffen werden kann.

Auch wenn Transfers zwischen den Bundesländern keine gesetzliche Bestimmungsgröße darstellen, so führt der Risikostrukturausgleich zu Transferströmen zwischen regional gebildeten Teilkollektiven der bundesweiten Solidargemeinschaft. Diese Transferströme gleichen Unterschiede in den Morbiditäts- und Einkommensstrukturen sowie der Zahl der beitragsfrei mitversicherten Familienmitglieder aus. Gegenwärtig sind diese Ströme wenig zielgenau, da Einkommensunterschiede nur zu 92 % ausgeglichen werden und die Morbidität der Versicherten nur indirekt erfasst wird. Daher wird zeitgleich mit der Einführung des Gesundheitsfonds eine zielgenauere Verteilung der Mittel angestrebt. Während eine bessere Erfassung der Morbidität zu keinen nennenswerten Verschiebungen zwischen den Bundesländern führen dürfte, belastet die Vervollständigung des Finanzkraftausgleichs eindeutig finanzstarke Bundesländer. Die Belastung dieser Länder liegt aber eher im Bereich von 30 bis 50 Millionen Euro, und nicht in Milliardenhöhe, wie teilweise befürchtet wird.

Ob Umverteilungseffekte aufgrund einer einheitlichen überregionalen Beitragssatzkalkulation überhaupt zu den regionalen Umverteilungswirkungen gezählt werden können, ist strittig, da sie auf einer freiwilligen Wahlentscheidung der Versicherten beruhen. Im Gesundheitsfonds wird die einheitliche überregionale Beitragssatzkalkulation abgelöst durch eine entsprechende Zusatzbeitragskalkulation. Die regionalen Verteilungswirkungen werden sich hierdurch ändern, und zwar tendenziell zu Gunsten finanzstarker Bundesländer. Dieser Effekt ist daher gegenläufig zur Belastung durch die Vervollständigung des Finanzkraftausgleichs.

Der einheitliche Beitragssatz im Gesundheitsfonds verursacht eher intraregionale Verschiebungen als überregionale Transfers, wie anhand der Verschiebung der Parität gezeigt wurde. Dies gilt auch für den Fall, wenn unterstellt wird, dass die Krankenkassen keine Zusatzbeiträge erheben, sondern Kürzungen bei den Leistungser-

bringern vornehmen werden, sollten die Zuweisungen aus dem Fonds zur Deckung der Ausgaben nicht mehr ausreichen. Von einer solchen Kürzung im Falle einer unvollständigen Ausgabendeckung durch den Gesundheitsfonds wären Versicherte in allen Bundesländern betroffen. In welcher Höhe die konkreten Ausfälle in den einzelnen Bundesländern erfolgen, wird wiederum von den in Kapitel 2 und 3 beschriebenen Umverteilungswirkungen bestimmt. Von der Unterfinanzierung des Fonds gehen keine eigenständigen Umverteilungswirkungen aus.

## Literatur

- Felder, S.; B.-P. Robra (2003): Die Verzerrung des Kassenwettbewerbs durch die Kopfpauschalen in der ambulanten Vergütung, *Gesundheits- und Sozialpolitik* 57 (3-4): 18-25.
- Göpffarth, D. (2006): RSA-Jahresausgleich 2004 – Daten und Fakten, in: D. Göpffarth; S. Grefe; K. Jacobs; J. Wasem (Hg.): *Jahrbuch Risikostrukturausgleich 2006*, Sankt Augustin.
- Jacobs, K.; P. Reschke; D. Cassel; J. Wasem (2002): Zur Wirkung des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung, Baden-Baden.
- Jacobs, K.; P. Reschke; J. Wasem (1998): Zur funktionalen Abgrenzung von Beitragssatzregionen in der gesetzlichen Krankenversicherung, Baden-Baden.
- Wille, E.; U. Schneider (1997): Zur Regionalisierung in der gesetzlichen Krankenversicherung, Recht und Politik im Gesundheitswesen 4 (2): 141-157.

## Fußnoten

- 1 Eine Sondersituation ergab sich durch den Vertrag zur Herstellung der Einheit Deutschlands. Um zu verhindern, dass Beitragszahler der westdeutschen Krankenkassen mit möglichen Defiziten der Krankenversicherung im Gebiet der damaligen DDR belastet werden, hatten die sogenannten Erstreckungskassen getrennte Beitragssätze für das Beitrittsgebiet zu berechnen. Die Anwendung dieser Regelung wurde 1998 zu einer Satzungsentscheidung der Krankenkassen und schließlich ganz aufgehoben.
- 2 Auf die methodischen Einschränkungen dieser Untersuchung muss hingewiesen werden. Die Schätzung der beitragspflichtigen Einnahmen erfolgte anhand eines Panels mit einer sehr geringen Stichprobe. Die Leistungsausgaben wurden durch eine 3 %ige Stichprobe erfasst, die auf die Bundesländer hochgerechnet wurde, und bei der einige Datenausfälle zu verzeichnen waren.
- 3 Der Risikopool dürfte als partieller Ist-Ausgabenausgleich die regionalen Transfers tendenziell reduzieren. So verringerte sich der Beitragsbedarftransfer zwischen den Rechtskreisen West und Ost im Jahresausgleich 2002 aufgrund der Einführung des Risikopools von 649 Millionen Euro auf 604 Millionen Euro.
- 4 Die tatsächlichen Einnahmen aus Zusatzbeiträgen können jedoch wegen der Überforderungsklausel (1 % der beitragspflichtigen Einnahmen) von der Einkommensstruktur der Mitglieder abhängen (Stand Kabinettsentwurf des GKV-WSG).
- 5 Die Werte in Tabelle 2 stellen einen theoretischen Maximaleffekt dar. Es wird unterstellt, dass die Zuweisungen, die für die Versicherten in einem Bundesland zukünftig zugewiesen werden, zur Zeit in jedem Bundesland aus den beitragspflichtigen Einnahmen der dort wohnhaften GKV-Mitglieder gedeckt werden. Tatsächlich werden aber auch in finanziell starken Bundesländern viele Mitglieder bei überregional tätigen Krankenkassen versichert sein, die eine Mischkalkulation über finanzstarke und finanzschwache Bundesländer vornehmen müssen.

# Hochaktuell



**Künstliche Befruchtung und gesetzliche Krankenversicherung**  
**Zur Verfassungsmäßigkeit des § 27a SGB V nach dem GKV-Modernisierungsgesetz**  
Von PräsVerfGH Prof. Dr. Helge Soda, Berlin  
2006, 102 S., brosch., 34,- €, ISBN 978-3-8329-2479-9  
(Arbeits- und Sozialrecht, Bd. 99)

Seit dem Jahre 2004 übernehmen die gesetzlichen Krankenkassen nur noch 50 Prozent der Kosten für Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung. Diese Leistungen sind auf Personen beschränkt, die miteinander verheiratet sind und das 25. Lebensjahr vollendet haben. Im November 2006 hat sich das Bundesverfassungsgericht aufgrund eines sozialgerichtlichen Vorlagebeschlusses mit den verfassungsrechtlichen Einwänden gegen diese Regelungen beschäftigt.

Bitte bestellen Sie bei Ihrer Buchhandlung oder bei: Nomos Verlagsgesellschaft  
76520 Baden-Baden | [www.nomos.de](http://www.nomos.de)

