

Finanzwirkung von Gesundheitsreformen auf gesetzliche Krankenkassen

**- Modellanalyse unter besonderer Berücksichtigung
des Risikostrukturausgleichs -**

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung des akademischen Grades eines Doktors
der Wirtschafts- und Sozialwissenschaften

(Dr. rer. pol.)

der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg

Vorgelegt von:

Dipl.-Kfm. Friedrich Garlichs
(Diplomé Grande Ecole de Gestion)
Berlin

Referent: Prof. Dr. Oliver Schöffski, MPH
Universität Erlangen-Nürnberg

Korreferent: Prof. Achim Wambach, Ph.D.
Universität Erlangen-Nürnberg

Eingereicht am: 19.05.2005

Datum der Promotion: 12.07.2005

Inhaltsübersicht

Inhaltsübersicht.....	III
Inhaltsverzeichnis	IV
Abkürzungsverzeichnis	VII
Abbildungsverzeichnis	IX
Tabellenverzeichnis	X
1 Einführung.....	1
1.1 Abgrenzung und Fragestellung der Arbeit	1
1.2 Ziele und Aufbau.....	10
2 Methodik.....	14
2.1 Literaturstudium	14
2.2 Erstellen des Modells	36
2.3 Kritische Würdigung	65
3 Grundsätzliche Überlegungen zum Rechenmodell	69
3.1 Grundlagen.....	69
3.2 Das theoretisch korrekte Rechenmodell.....	82
3.3 Das in der Praxis machbare Rechenmodell.....	86
4 Konkrete Ausgestaltung des Rechenmodells.....	104
4.1 Aufbau.....	104
4.2 Annahmen des Modells.....	105
4.3 Arithmetik des Modells	110
4.4 Finanzwirkung einer einzelnen Maßnahmen einer Gesundheitsreform	123
5 Diskussion.....	143
5.1 Wesentliche Einflussfaktoren auf das Ergebnis	143
5.2 Handlungsbedarf auf Seiten einer Kasse.....	166
5.3 Gewinner- und Verliererkassen.....	182
5.4 Möglichkeiten und Grenzen des Rechenmodells.....	198
6 Abschließende Betrachtung	204
Literaturverzeichnis	209
Lebenslauf.....	235

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsübersicht	III
Inhaltsverzeichnis	IV
Abkürzungsverzeichnis	VII
Abbildungsverzeichnis	IX
Tabellenverzeichnis	X
1 Einführung	1
1.1 Abgrenzung und Fragestellung der Arbeit	1
1.2 Ziele und Aufbau	10
2 Methodik	14
2.1 Literaturstudium	14
2.1.1 Gesundheitssystem-Studien	14
2.1.2 Vorschläge zur Weiterentwicklung des RSA	23
2.1.3 Untersuchungen zu Teilbereichen	28
2.1.4 Einordnung der vorliegenden Arbeit in die bestehende Literatur	35
2.2 Erstellen des Modells	36
2.2.1 Die verwendeten Datensätze	36
2.2.1.1 GKV-Parameter des Datensatzes	38
2.2.1.1.1 GKV-Einnahmen	38
2.2.1.1.2 GKV-Ausgaben	43
2.2.1.1.3 GKV-Versicherienzeiten	50
2.2.1.1.4 Schätzerkreisdaten	53
2.2.1.1.5 Betrachtung je Mitglied vs. je Versicherten	54
2.2.1.2 Kassen-Parameter des Datensatzes	55
2.2.1.2.1 Kassen-Einnahmen	56
2.2.1.2.2 Kassen-Ausgaben	62
2.2.1.2.3 Kassen-Versicherienzeiten	63
2.3 Kritische Würdigung	65
3 Grundsätzliche Überlegungen zum Rechenmodell	69
3.1 Grundlagen	69
3.1.1 Begriffsklärung	69
3.1.2 Finanzplanung einer GKV	72
3.1.3 Funktionsweise des RSA	76
3.1.4 Auswirkungen des RSA auf das Ergebnis einer Kasse	81

3.2	Das theoretisch korrekte Rechenmodell	82
3.3	Das in der Praxis machbare Rechenmodell	86
3.3.1	Methode 1: Kürzung der Gesamtausgaben pauschal über alle Risikoklassen ...	89
3.3.2	Methode 2: Kürzung der Gesamtausgaben differenziert nach Risikoklassen.....	93
3.3.3	Methode 3: Kürzung der HLB-Ausgaben pauschal über alle Risikoklassen	98
3.3.4	Methode 4: Kürzung der HLB-Ausgaben differenziert nach Risikoklassen	100
4	Konkrete Ausgestaltung des Rechenmodells	104
4.1	Aufbau	104
4.2	Annahmen des Modells	105
4.3	Arithmetik des Modells	110
4.3.1	Überleitung der gesamtwirtschaftlichen Auswirkung auf eine einzelne Kasse..	110
4.3.2	RSA-Leistungsausgaben	113
4.4	Finanzwirkung einer einzelnen Maßnahmen einer Gesundheitsreform	123
4.4.1	Vorgehensweise.....	125
4.4.2	Beispiel Maßnahme 'Sehhilfen'.....	126
4.4.2.1	Schritt 1: Abschätzung der GKV-Entlastung	127
4.4.2.2	Schritt 2: Umrechnung in ABS-Punkte	129
4.4.2.3	Schritt 3: Zuordnung der Maßnahme zu einem HLB	130
4.4.2.4	Schritt 4: Bestimmung der Risikoklassen-Entlastung	131
4.4.2.5	Schritt 5: Auswirkung auf die Finanzkraft der Musterkasse	134
4.4.2.6	Schritt 6: Auswirkung auf den Beitragsbedarf der Musterkasse	135
4.4.2.7	Schritt 7: LA-Entlastung der Musterkasse.....	137
4.4.2.8	Schritt 8: Ergebniswirkung auf die Musterkasse	139
4.4.2.9	Schritt 9: Umrechnung in Beitragssatz-Punkte	140
4.4.2.10	Schritt 10: Vergleich der Musterkasse mit der GKV.....	141
5	Diskussion	143
5.1	Wesentliche Einflussfaktoren auf das Ergebnis	143
5.1.1	Strukturelle Lücke und Altersstruktur einer Kasse.....	144
5.1.2	Mitgliederstreuung sowie Kostenniveau der Bundesländer.....	148
5.1.3	Maßnahmenübergreifende Auswirkungen.....	162
5.2	Handlungsbedarf auf Seiten einer Kasse	166
5.2.1	Vertriebssteuerung.....	167
5.2.2	Finanzplanung.....	175
5.3	Gewinner- und Verliererkassen	182
5.3.1	Gewinner bzw. Verliererkassen durch einnahmenseitige Maßnahmen	185
5.3.2	Gewinner bzw. Verliererkassen durch ausgabenseitige Maßnahmen	187
5.3.3	Best- und Worst-Case-Szenarios	189
5.3.3.1	Best-Case-Szenario	190
5.3.3.2	Worst-Case-Szenario	194

5.4 Möglichkeiten und Grenzen des Rechenmodells.....	198
5.4.1 Allgemeine Überlegungen.....	198
5.4.2 Vergleichende Komponente der Arbeit.....	202
6 Abschließende Betrachtung	204
Literaturverzeichnis	209
Lebenslauf.....	235

Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
Art.	Artikel
ABS	Ausgleichsbedarfssatz
AEV	Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.
AHB	Anschlussheilbehandlung
AKV	Allgemeine Krankenversicherung
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
AOK-BV	Allgemeiner Ortskrankenkassen-Bundesverband
BB	Beitragsbedarf
BDA	Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände
BE	Beitragseinnahmen
BGBI.	Bundesgesetzblatt
BKK	Betriebskrankenkasse
BKN	Bundesknappschaft
BMG	Bundesministerium für Gesundheit (heute BMGS)
BMGS	Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung
BPE	Beitragspflichtige Einnahmen
BS	Beitragssatz
BSP	Beitragssatz-Punkte
BU	Berufsunfähigkeit
BVA	Bundesversicherungsamt
CAGR	Compound Annual Growth Rate (Durchschnittliche jährliche Steigerungsrate)
DAK	Deutsche Angestellten-Krankenkasse
DB	Deckungsbeitrag
DIW	Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung
DRG	Diagnosis Related Groups
EAN	Angestellten-Ersatzkassen
EAR	Arbeiter-Ersatzkassen
EU	Erwerbsunfähigkeit
FK	Finanzkraft
GG	Grundgesetz
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GLS	Grundlohnsumme
GMG	GKV-Modernisierungsgesetz
GSG	Gesundheitsstrukturgesetz

HLB	Hauptleistungsbereich
HPW	Hundertprozentwert
IGES	Institut für Gesundheits- und Sozialforschung GmbH
IKK	Innungskrankenkasse
iVm.	In Verbindung mit
KG	Krankengeld
KJ1	Kalenderjahresrechnung der gesetzlichen Krankenkassen
KVdR	Krankenversicherung der Rentner
KV45	Vierteljährige Statistik über Einnahmen, Ausgaben und Vermögen der gesetzlichen Krankenversicherung
LA	Leistungsausgaben
NIKA	Norm-Ist-Kosten-Abweichung
o.J.	Ohne Jahresangabe
PKV	Private Krankenversicherung
RSA	Risikostrukturausgleich
RSAV	Risikostruktur-Ausgleichsverordnung
SA40-43	Satzart 40-43
SEE	See-Krankenkasse
SGB	Sozialgesetzbuch
SGB V	Sozialgesetzbuch – Fünftes Buch
sLA	Standardisierte Leistungsausgaben
SOEP	Sozio-oekonomischer Panel
SVRKAiG	Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (heute 'Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen')
TEUR	Tausend Euro
TK	Techniker Krankenkasse
VdAK	Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V.
ver.di	Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft
VG	Versichertengruppe
VHW	Verhältniswert

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Einordnung der Arbeit	1
Abbildung 2: Versicherungsfremde Leistungen der GKV	17
Abbildung 3: Neue Zuzahlungsregelungen ab 2004	39
Abbildung 4: Treiberbaum des 100 %-Werts der GKV	44
Abbildung 5: HLB-Kostenverteilung 2001	49
Abbildung 6: RSA-Versichertengruppen und -Risikoklassen	52
Abbildung 7: RSA-Transfersumme	61
Abbildung 8: Ergebnis 2004 – Beispielkasse ohne GMG	75
Abbildung 9: Auswirkung des RSA auf die Beitragssätze	80
Abbildung 10: Theoretisch korrektes Rechenmodell	85
Abbildung 11: Mögliche Kürzungsmethoden	88
Abbildung 12: Vergleich Kasse ABC und XYZ vor Maßnahme	91
Abbildung 13: Auswirkung der Maßnahme auf die KJ1	92
Abbildung 14: Mögliche Kürzungsverläufe	97
Abbildung 15: Modell-Aufbau	104
Abbildung 16: RSA-Leistungsausgaben 2002 nach Geschlecht	113
Abbildung 17: RSA-Leistungsausgaben 2002 nach Rechtskreisen	118
Abbildung 18: RSA-Leistungsausgaben 2002 nach Versichertengruppen	120
Abbildung 19: GMG-Auswirkungen auf das Ergebnis 2004 einer Kasse ...	124
Abbildung 20: GKV-Entlastungsvolumen 2004	125
Abbildung 21: Berechnungs-Schritte	126
Abbildung 22: Bestimmung der neuen Beitragsbedarfe / Verhältniswerte .	136
Abbildung 23: Berechnungs-Schritte, Werte und Formeln	142
Abbildung 24: Leistungsausgaben-Verteilung der GKV-Ost und -West	150
Abbildung 25: Auswirkung durch Versichertenstreuung und Kostenvarianz	155
Abbildung 26: Kundensegmentierungs-Matrix	170
Abbildung 27: Dimensionen der RSA-bezogenen Finanzplanung	176
Abbildung 28: Überschüsse, Defizite und Beitragssätze der GKV	191
Abbildung 29: Abweichungsanalyse der KJ1-Prognose	200

Tabellenverzeichnis

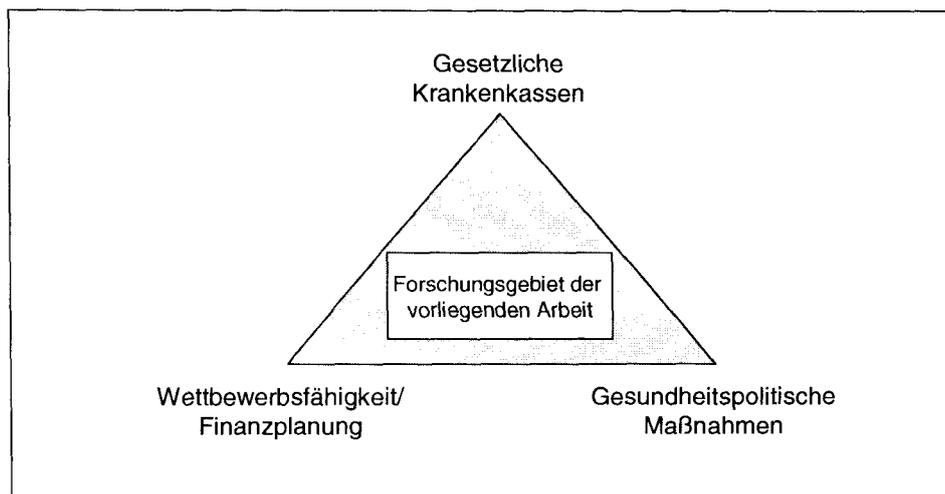
Tabelle 1: GKV-Einnahmen 2002	41
Tabelle 2: Summe aller Ausgaben: KJ1-Werte	43
Tabelle 3: Bereinigte endgültige Verhältnswerte 2002	47
Tabelle 4: Standardisierte Leistungsausgaben 2002 pro Tag.....	48
Tabelle 5: SA40-Versichertentage: Jahresausgleiches 2002.....	50
Tabelle 6: Schätzerkreis-Werte vom März 2003 (Auszug)	53
Tabelle 7: Beitragssätze 2005.....	58
Tabelle 8: Kosteneinordnung	68
Tabelle 9: Berücksichtigungsfähige LA der Kontengruppe 43	71
Tabelle 10: GKV-Kontengruppen	83
Tabelle 11: Alter der Mütter bei der Geburt ihrer Kinder	95
Tabelle 12: Versichertengruppen-Verteilung 2002.....	122
Tabelle 13: Rechenbeispiel: strukturelle Lücke einzelner Risikoklassen ...	147
Tabelle 14: Versicherten-Verteilung über das Bundesgebiet	153
Tabelle 15: Leistungserbringer-Kosten im Vergleich.....	154
Tabelle 16: Auswirkung einnahmenseitiger Maßnahmen (I)	158
Tabelle 17: Auswirkung einnahmenseitiger Maßnahmen (II)	160
Tabelle 18: Angestellten-Bruttoverdienste je Bundesland.....	161
Tabelle 19: Versichertencontrolling auf Basis von NIKA	173
Tabelle 20: Effekte und Ergebniswirkung.....	179
Tabelle 21: Ausgabenentwicklung der GKV 2003 im Vergleich zu 2002 ...	180
Tabelle 22: RSA-Jahresausgleich 2002.....	182
Tabelle 23: RSA-Transfers in den Jahren 1994 bis 2002	184
Tabelle 24: Mitgliedergruppen.....	197

1 Einführung

1.1 Abgrenzung und Fragestellung der Arbeit

Die vorliegende Dissertation beschäftigt sich mit der Bedeutung von gesundheitspolitischen Maßnahmen für die Wettbewerbsfähigkeit und die Finanzplanung von Krankenkassen. Fokus der Arbeit sind die gesetzlichen Krankenkassen und dort im Speziellen der Risikostrukturausgleich.

Abbildung 1: Einordnung der Arbeit



Quelle: Eigene Darstellung

Die Arbeit berührt sowohl gesundheitssystembedingte makroökonomische als auch kassenspezifische mikroökonomische Elemente. Sie werden jeweils von theoretischer und praktischer Seite betrachtet, wobei der Schwerpunkt in etwa gleich verteilt ist.

Die Wettbewerbsbedingungen für gesetzliche Krankenkassen in Deutschland, im Folgenden auch 'GKVn' oder 'Kassen'¹ genannt, sind gekennzeich-

¹ Die Begriffe GKVn und Kassen sind verallgemeinert zu verstehen, also als Gesamtheit aller Kassen. Wenn es um eine spezielle (Beispiel-)Krankenkasse geht, wird in der vorliegenden Arbeit von 'einer' GKV oder von 'einer' bzw. 'der' Kasse gesprochen.

net durch enge staatliche Rahmenvorgaben. Zu allererst sind gesetzliche Krankenkassen „rechtsfähige Körperschaften des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung“². Dadurch sind sie keine privatwirtschaftlichen Unternehmen, die nach klassischer wirtschaftlicher Theorie Gewinnmaximierung betreiben. Sie verfolgen vielmehr den Solidargedanken einer Interessengemeinschaft und unterliegen diesbezüglich der staatlichen Kontrolle. Dies zeigt sich unter anderem in den Vorschriften zur Kostenminimierung:

„Die Krankenkassen haben bei der Durchführung ihrer Aufgaben und in ihren Verwaltungsangelegenheiten sparsam und wirtschaftlich zu verfahren und dabei ihre Ausgaben so auszurichten, dass Beitragssatzerhöhungen ausgeschlossen werden, es sei denn, die notwendige medizinische Versorgung ist auch nach Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven ohne Beitragssatzerhöhungen nicht zu gewährleisten. Die Verwaltungsausgaben der einzelnen Krankenkasse dürfen sich im Jahr 2003 gegenüber dem Jahr 2002 nicht erhöhen;“³

Zudem dürfen die Krankenkassen keine Gewinne erwirtschaften und haben genaue Vorgaben hinsichtlich des Vertragsverhältnisses mit den Leistungsanbietern.⁴ Insbesondere bei der Vergütung der Krankenhäuser sind diverse Verordnungen erlassen worden, die es den Versicherungen untersagen, nach dem Prinzip 'Angebot und Nachfrage' zu kontrahieren.⁵

² § 4 Abs. 1 SGB V. Bezüglich der Funktionsweise der Selbstverwaltung vgl. AOK-Bundesverband (2004b).

³ § 4 Abs. 4 SGB V.

⁴ Der Sachverständigenrat bezeichnet dies als die Einschränkung auf den 'Einkaufsmärkten', also die Beziehung der Krankenkassen zu Krankenhäusern, Pharmaunternehmen, Ärzte etc. Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2002), S. 15 und 238.

⁵ Vgl. Tuschen/Quaas, S. 79-110. Neumann bezeichnet das Verhältnis von Krankenkassen und Leistungsanbietern als 'Vertragspartnermarkt'. In einem liberalisierten Markt wäre es denkbar, dass Krankenkassen selektiv für ihre Versicherten Kontingente erwerben, die diese dann bei Bedarf abrufen können. Vgl. Neumann (2000), S. 41-64.

Die Finanzierung geschieht aus einkommensabhängigen Beitragseinnahmen der Mitglieder. Es gilt also nicht das Äquivalenzprinzip, wonach Beiträge auf Basis des individuellen Krankheitsrisikos festgelegt würden. Die Beiträge sind so zu bemessen, dass die Einnahmen die Ausgaben decken, was im fünften Buch des Sozialgesetzbuches (SGB V) näher erläutert wird:

„(2) Ergibt sich während des Haushaltsjahres, dass die Betriebsmittel der Krankenkasse einschließlich der Zuführung aus der Rücklage und der Inanspruchnahme eines Darlehens aus der Gesamtrücklage zur Deckung der Ausgaben nicht ausreichen, sind die Beiträge zu erhöhen. Muss eine Krankenkasse, um ihre Leistungsfähigkeit zu erhalten oder herzustellen, dringend ihre Einnahmen vermehren, hat der Vorstand zu beschließen, dass die Beiträge bis zur satzungsmäßigen Neuregelung erhöht werden; der Beschluss bedarf der Genehmigung der Aufsichtsbehörde. ...

(3) Übersteigen die Einnahmen der Krankenkasse die Ausgaben und ist das gesetzliche Betriebsmittel- und Rücklagesoll erreicht, sind die Beiträge durch Änderung der Satzung zu ermäßigen.“⁶

Auch die Leistungen, die die Krankenkassen mit Hilfe der Beiträge finanzieren, sind durch das SGB V in großen Teilen vorgegeben:⁷

„(1) Versicherte haben ... Anspruch auf Leistungen ... zur Verhütung von Krankheiten und von deren Verschlimmerung ... zur Früherkennung von Krankheiten ... zur Behandlung einer Krankheit

(2) Versicherte haben auch Anspruch auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie auf unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen, die notwendig sind, um eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimme-

⁶ § 220 SGB V.

⁷ Die Intention der seit 1883 bestehenden Gesetzlichen Krankenversicherung lag ursprünglich vor allem in der Einkommensfortzahlung im Krankheitsfall. Die vollständige Abdeckung der medizinischen Versorgung erfolgte erst in den folgenden Jahrzehnten. Vgl. Neubauer (2000), S. 91-92.

rung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern. Leistungen der aktivierenden Pflege nach Eintritt von Pflegebedürftigkeit werden von den Pflegekassen erbracht. Die Leistungen nach Satz 1 werden unter Beachtung des Neunten Buches erbracht, soweit in diesem Buch nichts anderes bestimmt ist.

(3) Bei stationärer Behandlung umfassen die Leistungen auch die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson des Versicherten.

(4) Auf Leistungen besteht kein Anspruch, wenn sie als Folge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung zu erbringen sind.“⁸

Auf Basis dieser Vorgaben haben die Krankenkassen allerdings noch keine autonome Handlungsfreiheit, wie sie mit Hilfe ihrer Beitragseinnahmen die Ausgaben decken. Grund dafür ist der 1994 eingeführte Risikostrukturausgleich (RSA).⁹ Den RSA könnte man als den Länderfinanzausgleich der Krankenkassen bezeichnen.¹⁰ Er soll verhindern, dass sich besonders arme bzw. besonders reiche Krankenkassen bilden. Zudem erhofft man sich, durch ihn Wettbewerbsverzerrungen auszugleichen, die auf Grund unterschiedlicher Risiken der Versicherten entstehen.¹¹ Das Bundesversicherungsamt (BVA) ist für die Berechnungen innerhalb des Risikostrukturausgleichs verantwortlich. Es führt als selbstständige Bundesoberbehörde nach dem Bundesversicherungsamtsgesetz *„Aufsicht über bundesunmittelbare Träger und*

⁸ § 11 SGB V.

⁹ VdAK/AEV sprechen in diesem Zusammenhang von *„völlig inakzeptablen organisationsrechtlichen Rahmenbedingungen“*. VdAK/AEV (2003), S. 3.

¹⁰ Für eine Erläuterung der Parallelen vgl. Sodan/Gast (2001), S. 325-329.

¹¹ Friederich (2005), S. 148, unterscheidet die Solidaritäten im deutschen GKV-System in Einkommenssolidarität (Umverteilung von 'reich' nach 'arm') und Morbiditätssolidarität (Umverteilung von 'gesund' nach 'krank'). Zudem kann man von einer dritten, der Familiensolidarität, sprechen, nämlich der Umverteilung von 'Mitglieder ohne mitversicherte Familienangehörige' nach 'Mitglieder mit mitversicherten Familienangehörigen'. Vgl. hierzu auch Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2003), S. 53, Ullrich (2000), S. 40-51, sowie Wenzel (1999), S. 161-172.

*Einrichtungen der Sozialversicherung*¹². In dieser Funktion übt es unter anderem die ihm durch das Sozialgesetzbuch zugewiesenen Beratungs- und Genehmigungsbefugnisse gegenüber den Sozialversicherungsträgern aus und prüft die Geschäfts-, Rechnungs- und Betriebsführung bei den Krankenversicherungsträgern und deren Pflegekassen. Ihm obliegen neben der Durchführung des Risikostrukturausgleichs auch die Verwaltung des Ausgleichsfonds und die Durchführung des Finanzausgleichs in der sozialen Pflegeversicherung sowie die Durchführung der Abrechnungen in der Rentenversicherung. Es stellt den RSA wie folgt dar:

„Der Risikostrukturausgleich (RSA) in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ist ein Finanzausgleich zwischen allen gesetzlichen Krankenkassen Die unterschiedlichen Risikostrukturen der Krankenkassen werden durch die indirekten Morbiditätskriterien Alter und Geschlecht berücksichtigt. ... Zur Deckung der im RSA berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben (keine Berücksichtigung von Verwaltungskosten und Kannleistungen) wird ein für alle Krankenkassen einheitlicher, fiktiver Beitragssatz – der so genannte Ausgleichsbedarfssatz (ABS) – ermittelt. ... Das Produkt aus den beitragspflichtigen Einnahmen der Krankenkassen und dem Ausgleichsbedarfssatz ist die Finanzkraft. Der Beitragsbedarf einer Krankenkasse ist die Summe ihrer standardisierten Leistungsausgaben. Die standardisierten Leistungsausgaben der Versicherten werden auf der Basis der durchschnittlichen Leistungsausgaben je Versicherten ... ermittelt. Zur Durchführung des RSA wird dem Beitragsbedarf der Krankenkasse ihre Finanzkraft gegenübergestellt. ... Verpflichtungen und Ansprüche der Krankenkassen gleichen sich insgesamt aus – ein so genanntes Nullsummenspiel.“¹³

Vereinfacht lässt sich der RSA also als Gemeinschaftstopf bezeichnen, in

¹² BVA (2004g).

¹³ BVA (2004d).

den der Großteil der Beitragseinnahmen der GKVn abgeführt, und aus dem anschließend je Versichertem ein normierter Kostensatz wieder ausgezahlt wird.¹⁴ Ausgleiche über verschiedene Risikogruppen kommen auch in anderen Ländern zur Anwendung.¹⁵ In der Schweiz beispielsweise wurde 1996 ein System auf Basis von 30 Risikogruppen eingeführt, das wie in Deutschland die Solidarität innerhalb der Krankenversicherung zum Ziel hat. Im Gegensatz zu Deutschland werden allerdings nur Alter und Geschlecht als Morbiditätskriterien berücksichtigt, zudem ist es ein Modell auf Basis von Pro-Kopfbeiträgen, also nicht einkommensabhängig.¹⁶ Wegen der wenigen Morbiditätskriterien wird häufig eine Reform des Schweizer Systems gefordert.¹⁷ Auch in den Niederlanden existiert ein Risikoausgleich zwischen den Krankenkassen, wobei zwischen der stationären und nicht-stationären Versorgung unterschieden wird. Für die stationären Leistungen werden ein Fixkostensatz und ein variabler Kostensatz erstattet. Bei den nicht-stationären Leistungen findet der Ausgleich auf Basis der Kriterien 'Alter', 'Geschlecht', 'Invalidität' und 'regionale Ansiedlung des Versicherten' statt.¹⁸

Aus Sicht der Kassen erschweren Ausgleichssysteme die Finanzplanung deutlich. Im Falle des RSA liegt es zum einen daran, dass er relativ komplex und auch für Mitarbeiter, die sich seit Jahren damit beschäftigen, schwer zu quantifizieren ist. Zum anderen erfordert es von den Kassen nicht nur eine Planung der eigenen Kosten und Einnahmen, sondern auch die Einbeziehung von Schätzparametern der Gesamt-, West- und Ost-GKV. Die eigenen Beitragseinnahmen (BE) und Leistungsausgaben (LA) können auf Grund von

¹⁴ Auf Funktionsweise und Wirkung des RSA wird an dieser Stelle nicht näher eingegangen. Sie werden in den weiteren Kapiteln der Arbeit beleuchtet.

¹⁵ Ein Vergleich der gesetzlichen Krankenversicherungen anderer Staaten findet sich in BMGS (2003a), S. 38-51.

¹⁶ Vgl. Wasem (2003), S. 6.

¹⁷ Für eine Einführung in das eidgenössische System vgl. Spycher (1999), S. 2-9. Für eine Zusammenfassung der aktuellen politischen Diskussion vgl. Beck (2004), S. 4-5.

¹⁸ Vgl. Schulenburg/Vierregge (2003), S. 237-238, für eine Einführung in den niederländischen Risikoausgleich.

jahrelangen Erfahrungswerten im Allgemeinen gut abgeschätzt werden. Die Beitragseinnahmen schwanken durch höhere/niedrigere Lohneinkommen der Mitglieder, der so genannten Lohnsumme, und die Leistungsausgaben werden durch den Gesundheitszustand der Versicherten bestimmt.¹⁹ Beides weist eine gewisse Konstanz auf und wird normalerweise nicht durch unvor-gesehene neue Konsumentenpräferenzen oder Modeerscheinungen beeinflusst.²⁰ Auf Grund des RSA wissen die Kassen allerdings bei Aufstellung ihres Budgets nicht, welche Ausgleichszahlung am Ende des Jahres auf sie zukommt. Dies trifft umso mehr zu, wenn es Gesetzesänderungen gibt, die die Finanzierung und insbesondere den Leistungskatalog neu regeln.

An diesem Punkt setzt die vorliegende Arbeit an. Die allgemeine Fragestellung lautet:

Wie lassen sich die Auswirkungen einer Gesundheitsreform oder einer gesundheitspolitischen Maßnahme für eine einzelne Krankenkasse vorhersagen?

Während sich die Vorhersage der makroökonomischen Auswirkung noch als relativ einfach erweist, da auf die Ertragsmechanik des RSA verzichtet werden kann, ist die Auswirkung für eine einzelne Krankenkasse deutlich schwieriger zu bestimmen. Die Einsparungen, die vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) durch eine Maßnahme anvisiert werden, brauchen nicht auf kassenspezifische Unterschiede einzugehen. Genau dies ist allerdings für eine Kasse unerlässlich, um eine verlässliche Finanzplanung erstellen zu können. Zu klären wären daher die Unterfra-

¹⁹ Bei den Mitgliedern handelt es sich um Beitragszahler; die Bezeichnung Versicherte bezieht beitragsfrei versicherte Familienangehörige mit ein.

²⁰ Infolge der Tatsache, dass Gesundheit ein Gut ist, für das lebenslange Nachfrage besteht, können starke Brüche nur durch externe Faktoren wie z.B. Gesetzesänderungen auftreten.

gen:

- **Welcher Anteil der bundesweiten Einsparungen entfällt auf eine einzelne Krankenkasse?**
- **Profitiert sie dadurch über- oder unterproportional von der Maßnahme bzw. von der gesamten Reform?**

Der Risikostrukturausgleich ist, wie erwähnt, ein komplexer Ausgleichsmechanismus und „*inzwischen selbst für Experten undurchschaubar geworden*“²¹. Zudem „*besteht das Kernproblem einer wissenschaftlichen Analyse ... der GKV darin, dass sich die geltende solidarische Finanzierung ... nicht auf eine konsistente ökonomische Theorie zu stützen vermag*“²². Die Bearbeitung der Fragestellungen soll daher der Anforderung gerecht werden, eine wissenschaftlich-theoretische Methode zu entwickeln, die auch für die praktische Anwendung geeignet ist. Um diesen Anspruch zu erfüllen, wird in der vorliegenden Arbeit ein mathematisches Modell entworfen, das auf den theoretischen Grundlagen des RSA basiert und zum Einsatz in der Praxis gedacht ist.

Die vorliegende Arbeit fällt in die Kategorie der gesundheitsökonomischen Evaluationen. Es ist „*der Überbegriff für alle Studien im Gesundheitswesen, bei denen es darum geht, medizinische Maßnahmen im weitesten Sinn ökonomisch zu bewerten*“²³. Im Allgemeinen ist damit die Beurteilung der Maßnahmen hinsichtlich ihrer Allokationswirkung gemeint. Schöffski unterscheidet im Weiteren zwischen vergleichenden und nicht-vergleichenden Evaluationen. Während erstere mehrere Alternativen gegenüberstellen und damit Effizienzunterschiede aufzeigen, konzentrieren sich letztere darauf, die Kosten einer Maßnahme zu evaluieren. Bei der schriftlichen Abhandlung dieser

²¹ Ruebsam-Simon (2002), S. A269.

²² Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2003), S. 53.

²³ Schöffski (2000), S. 5.

Arbeit in Verbindung mit dem Modell handelt es sich zwar um eine gesundheitsökonomische Evaluation, allerdings nicht im klassischen Sinne. Die Beurteilung der Maßnahme unter Effizienzgesichtspunkten für das Gesundheitssystem im Ganzen wird nur am Rande gestreift, ebenso wird die makroökonomische Einsparung als gegeben angenommen. Aufgrund der Tatsache, dass die Annahmen des BMGS tendenziell zu optimistisch ausfallen, wird auf die Möglichkeit eingegangen, Abschläge in die Berechnungen einfließen zu lassen.²⁴ Im Vordergrund steht jedoch die ökonomische Bewertung einer beschlossenen oder sich in der Diskussion befindlichen (medizinischen) Maßnahme aus Sicht einer einzelnen Kasse. Insofern fällt die Arbeit in die Kategorie der nicht-vergleichenden Studien.

Es sei an dieser Stelle bereits darauf hingewiesen, dass sich das ab Kapitel 3 beschriebene Modell durchaus für vergleichende Evaluationen eignet. Zum einen,

- um zwei Handlungsalternativen, die eine gleiche Zielsetzung verfolgen, hinsichtlich ihrer Wirkung für eine GKV zu beurteilen.²⁵ Zum anderen,
- um zwei Maßnahmen, die verschiedene medizinische Bereiche betreffen, dahingehend zu vergleichen, inwiefern sie unterschiedlich starke Auswirkung auf die Kasse haben.

Auf diese beiden Möglichkeiten, die vorliegende Arbeit weiterzuentwickeln, wird näher in Kapitel 5.4.2 eingegangen – immer unter der Voraussetzung, dass eine Verbesserung der Wettbewerbssituation das vorrangige Ziel einer Kasse ist.

²⁴ Vgl. Kap 4.4.2.1.

²⁵ Ginge es beispielsweise darum, die Kosten für die häusliche Krankenpflege zu verringern, wäre das Modell in der Lage, ökonomisch zu bewerten, ob Alternative A oder B vorteilhafter für eine Kasse ist.

1.2 Ziele und Aufbau

Es sei an dieser Stelle zunächst kurz erwähnt, welchen Ansatz die Arbeit ausdrücklich nicht verfolgt. Zum einen soll der RSA als Ausgleichsinstrumentarium nicht hinterfragt werden, ebenso wenig werden Unzulänglichkeiten bzw. Wettbewerbsverzerrungen angeprangert oder normative Grundsätze aufgestellt.²⁶ Der RSA wird als gegeben hingenommen, mit dem sich die Kassen auf mittelfristige Sicht arrangieren, dessen derzeitige Wirkungsweise sie genau verstehen und sich zu Nutze machen müssen. Dementsprechend werden auch keine Optionen aufgezeigt, wie das deutsche Gesundheitssystem oder der RSA finanziell effizient und/oder medizinisch sinnvoll umgestaltet werden könnte.²⁷ Die Arbeit berücksichtigt zudem nicht die neusten Entwicklungen anvisierter oder bereits beschlossener Maßnahmen, wie den morbiditätsorientierten RSA²⁸ oder Chroniker-Programme. Es ist allerdings sehr wohl möglich, das ab Kapitel 3 beschriebene Modell an die neuen Entwicklungen anzupassen. Dazu muss aber zu allererst eine stabile Datengrundlage vorhanden sein. Damit ist frühestens nach zwei abgeschlossenen Jahren nach Einführung zu rechnen.

Und nun zu den Zielen: die vorliegende Arbeit soll die Möglichkeit bieten, eine quantitative Analyse der sich ändernden Wettbewerbsbedingungen ex ante durchzuführen. Sie stellt somit ein Hilfsmittel zur Finanzplanung der Krankenkassen dar. Auf Basis der Erkenntnisse sollte es einer einzelnen GKV möglich sein, gezielte Maßnahmen zu ergreifen, um auf die Auswirkung einer gesundheitspolitischen Gesetzesänderung optimal zu reagieren.

²⁶ Eine Ausnahme hierzu bilden die Anmerkungen in Kapitel 6.

²⁷ Hierzu gibt es diverse Studien fast aller politischen Parteien, Verbände, etlicher Professoren und Unternehmen. Vertretend hierfür sollen an dieser Stelle drei erwähnt werden: BDA (2001), Adomeit et al. (2003), Wille/Igel (2002).

²⁸ Vgl. S. 26 für eine kurze Darstellung des morbiditätsorientierten RSA.

Die akademische Fachwelt hat sich intensiv mit den makroökonomischen Auswirkungen des RSA und möglicher Gesetzesänderungen beschäftigt. Dementsprechend umfangreich ist die Literatur hierzu. Neben Studien, die sich mit den finanziellen Auswirkungen befassen, gibt es Systemanalysen, die das Thema von der ordnungspolitischen Seite beleuchten.²⁹ Zunächst ist der RSA in der Tat ein gesetzgeberisches Element, um die Wettbewerbsordnung zu beeinflussen.³⁰

Gleichzeitig sind aber die Ein- und Auszahlungen in bzw. aus dem RSA der Kern einer Jahresrechnung einer einzelnen gesetzlichen Krankenkasse. Umso erstaunlicher ist also, dass die mikroökonomischen Auswirkungen aus Sicht einer Kasse überwiegend in der Fachliteratur ausgelassen werden. Ganz zu schweigen von konkreten Handlungsempfehlungen für die Finanzplanung einer GKV. Vereinzelt finden sich Hinweise, die auf die Finanzplanung oder Controlling einer Krankenkasse auf Basis des RSA eingehen.³¹ Ausgeblendet wird dann allerdings die Frage, wie eine Finanzplanung unter der Unsicherheit einer Gesetzesänderung durchgeführt werden soll. Erschwerend für eine einzelne Kasse kommt hinzu, dass es Mitarbeiter bedarf, die für diesen Zweck ausgebildet sind. Im Allgemeinen werden die Kenntnisse allerdings durch 'learning on the job' erworben, sodass die Mitarbeiter erst mit der Zeit vollen Einblick in die RSA-Mechanik erhalten.

Aus den genannten Schwierigkeiten leiten sich die Ziele der vorliegenden Arbeit ab. Sie soll eine theoretische und praktische Hilfestellung bieten. Dabei simuliert das Rechenmodell die Auswirkungen einzelner Maßnahmen auf eine Musterkasse, die von ihrer Datenstruktur eine real existierende GKV-

²⁹ Vgl. beispielsweise Pimpertz (2002).

³⁰ Vgl. Kiefer (2002), S. 134.

³¹ Vgl. Bork/Nederegger/Saatkamp (2002), S. 23-24.

Kasse sein könnte.³² Die Zielsetzung lässt sich in folgende Unterpunkte gliedern:

- Unterstützung der ex ante Finanzplanung einer Kasse
- Erleichterung der ex post Analyse einer Kasse
- Erkenntnisgewinn hinsichtlich der Versichertengruppen und dadurch Ermöglichung einer gezielteren Vertriebssteuerung

Die Gliederung der Arbeit folgt dem Grundgedanken, mit Hilfe einer adäquaten Methodik theoretisch als auch praktisch das Thema zu untersuchen: Kapitel 2 beschreibt die gewählte Vorgehensweise und beleuchtet dabei unter anderem die bereits vorhandene Literatur zu diesem Thema. Kapitel 3 und 4 stellen das entwickelte Rechenmodell vor und gehen auf den Unterschied zwischen einem theoretisch korrekten und einem praktisch machbaren Modell, die Annahmen sowie die Arithmetik ein und zeigen anhand eines konkreten Beispiels die Wirkungsweise des Modells. In der anschließenden Diskussion in Kapitel 5 werden wesentliche Einflussfaktoren, der Handlungsbedarf auf Seiten der Kassen sowie die Frage, wer zu den Gewinner- bzw. zu den Verliererkassen gehört, erörtert. Anschließend werden die Ergebnisse zusammengefasst und Möglichkeiten weiterführender Untersuchungen aufgezeigt.³³

Es wird an dieser Stelle darauf verzichtet, die Gliederung der einzelnen Ab-

³² Es gibt insgesamt 445 gesetzliche Krankenkassen, davon 131 Erstreckungskassen (Stand 2002). Erstreckungskassen sind fiktive Kassen, die zur Durchführung der getrennten Haushaltführung nach § 313 SGB V von den Ursprungskassen gebildet werden. Vgl. BMGS (2003b), Blatt 2. Die Angaben zu der genauen Anzahl der Kassen variieren. So sprechen Böhlke/Söhnle/Viering von 355 Kassen exklusive der Erstreckungskassen. Fest steht, dass die Anzahl seit Jahren rückläufig ist: von 1994 bis 2002 um etwa 70 %. Vgl. Böhlke/Söhnle/Viering (2005), S. 71.

³³ Dies gilt z.B. für die Möglichkeiten, absehbaren Neuerungen, wie den morbiditätsorientierten RSA oder die Chroniker-Programme, in die Überlegungen der vorliegenden Arbeit einzubeziehen.

schnitte zu erläutern und zu begründen. Dies geschieht jeweils zu Anfang eines Kapitels.

2 Methodik

Die Methodik der Arbeit sah einen dreistufigen Prozess vor. Zunächst das Literaturstudium, anschließend die Umsetzung der Theorie in ein Modell und zuletzt die Zusammenfassung der Ergebnisse.

2.1 Literaturstudium

Zum Thema 'gesetzliche Krankenversicherung in Deutschland' gibt es umfangreiche Literatur. Die in Kapitel 1.1 dargestellte Ausgangsfrage nach den Auswirkungen von Gesundheitsreformen auf einzelne Kassen wird allerdings nur unzureichend beantwortet. Insbesondere die Differenzierung nach kassenindividuellen Unterschieden ist bisher nicht überzeugend gelungen. Dies liegt unter anderem daran, dass dem Themengebiet, wie im vorangegangenen Kapitel erwähnt, noch wenig Aufmerksamkeit geschenkt wurde. In der Unternehmenspraxis bereitet es jedoch Jahr für Jahr Probleme.

Im Folgenden wird auf die GKV-bezogene Literatur eingegangen, die für die vorliegende Arbeit von Relevanz ist. Sie lässt sich in drei Kategorien einteilen:

- Gesundheitssystem-Studien
- Vorschläge zur Weiterentwicklung des RSA
- Untersuchungen zu Teilbereichen

2.1.1 Gesundheitssystem-Studien

Die erste Kategorie befasst sich mit dem Gesundheitssystem als Ganzes. Ist ein steuerfinanziertes System dem beitragsfinanzierten System vorzuziehen?

Lässt sich die Beitragssatzsteigerung besser mit dem bestehenden Umlageverfahren oder doch eher mit einer kapitalgedeckten Krankenversicherung in den Griff bekommen? In diese Kategorie fallen auch makroökonomische Studien über die voraussichtliche Entwicklung der Beitragssätze, Berechnungen über die Kosten der Familienmitversicherung und länderübergreifende Vergleiche.³⁴ Im Folgenden werden die Erkenntnisse aus den diversen Studien kurz vorgestellt, sofern sie für die Entwicklung des ab Kapitel 3 beschriebenen Modells von Bedeutung sind:

Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVRKAiG) geht in seinem Gutachten vom Februar 2003 davon aus, „dass auf 10 % der Versicherten 80 % der Ausgaben, die restlichen 20 % der Ausgaben dagegen auf 90 % der Versicherten entfallen“³⁵. Des Weiteren werden vom Sachverständigenrat Beispiele über die Kostenverteilung in den USA genannt. Die Konsequenz, die sich daraus für ein Bewertungsmodell der Krankenkassen ergibt, liegt in der Lokalisierung der Kostenverursacher. Je genauer die RSA-Risikoklassen bestimmt werden können, in denen die oben erwähnten 10 Prozent versichert sind, desto besser lässt sich eine Änderung der Verhältniswerte vorhersagen.³⁶ Gleiches gilt natürlich für die Leistungsausgaben einer einzelnen Kasse. Dort ginge es dann nicht mehr um die Bestimmung der Verhältniswerte, sondern um die Änderung der Ist-Kosten.

Breyer et al. weisen darauf hin, dass die derzeitige Ausgestaltung des RSA eine Risikoselektion zulässt.³⁷ Dies wiederum heisst für die Kassen, dass sie

³⁴ An die Vorhersage der zukünftigen Beitragssätze haben sich einige Gesundheitsökonominnen gewagt, auch wenn deren Berechnungen aufgrund der diversen Annahmen mit sehr großen Unsicherheiten behaftet sind. Für eine Zusammenfassung der unterschiedlichen Meinungen vgl. unter anderem die Beiträge von Cassel, Henke und Hof in Deutscher Bundestag (2001) sowie Breyer/Ulrich (2000).

³⁵ Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2003), S. 522.

³⁶ Für eine Erläuterung der Begriffe 'RSA-Risikoklassen' und 'Verhältniswerte' vgl. Abbildung 6 sowie S. 45 dieser Arbeit.

³⁷ Vgl. Breyer et al. (2001), S. 11. Ähnlich sehen es VdAK/AEV (2003), S. 3.

sich Erkenntnisse über die Auswirkungen einer Gesundheitsreformmaßnahme zu Nutze machen können. Auf diesen Aspekt wird in Kapitel 5.2.1 näher eingegangen. Eine genaue Kenntnis der eigenen Versicherten ist für eine Kasse unabdingbar. Auch wenn eine darauf basierende Risikoselektion nicht gewünscht sein sollte und in der Öffentlichkeit als unmoralisch ausgelegt wird, ist davon auszugehen, dass die gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland eine solche Auswahl vorzunehmen versuchen. Voraussetzung dafür ist ein Wissen über die Norm-Ist-Kosten-Abweichung (NIKA) jedes Versicherten oder – sofern dies nicht möglich ist – jeder Versichertengruppe. Die Norm-Ist-Kosten-Abweichung stellt die normierten Zahlungen aus dem RSA-Topf den tatsächlich anfallenden Kosten gegenüber, um dadurch besonders attraktive Segmente herauszufiltern. Hierzu würden beispielsweise gesunde Rentner gehören, da für sie hohe Beträge aus dem RSA-Topf als Normerlöse an die Kassen gezahlt werden, denen nur geringe Ist-Ausgaben gegenüberstehen. Nicht dazu gehören junge Versicherte wie landläufig angenommen, da zur Deckung ihrer Ist-Kosten nur geringe Normkosten ausgezahlt werden.

Wohlgemerkt blendet die NIKA-Betrachtung die Beitragseinnahmen aus. Sie können unter Umständen dafür sorgen, dass die gesunden jungen Versicherten ein attraktives Segment darstellen. Kiefer spricht von „*ökonomisch unerträglicher*“³⁸ Übersubventionierung der jungen, kostengünstigen Versicherten und unterstützt den Vorschlag eines Solidaritätsbeitragssatzes, auch Mindestbeitragssatz genannt.³⁹ Dazu ist allerdings zu bemerken, dass jede Risikoklasse und damit jeder Jahrgang ausgabenseitig ein in sich geschlossenes Nullsummenspiel darstellen. Das heißt, positive und negative NIKAs mitteln sich über die gesamte GKV gesehen aus. Insofern kann von einer Subventi-

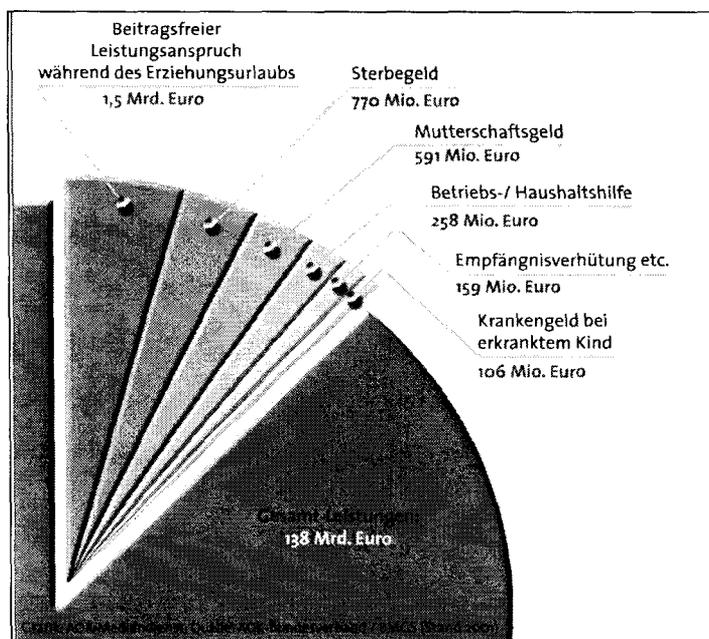
³⁸ Kiefer (2001), S. 124.

³⁹ Genauso gibt es aber auch Forderungen nach einem Höchstbeitragssatz, um Unternehmen eine klare Planungsbasis zu bieten. Zudem würde es das System zu Einsparungen zwingen. Vgl. die Umfrage von Kern/Beske/Hallauer (1997), S. 12-13. Die Umfrage unter Verbänden und Organisationen ergab, dass etwa 50 % für die Festlegung eines Höchstbeitragssatzes sind.

onierung nicht gesprochen werden.

Eine weitere Forderung, die oftmals vorgebracht wird, bezieht sich auf die versicherungsfremden Leistungen, also auf Leistungen, die nicht im direkten Zusammenhang mit der Gesundheitsförderung stehen.⁴⁰ Im Jahr 2001 betrug die versicherungsfremden Leistungen insgesamt etwa 3,4 Mrd. Euro, wie Abbildung 2 verdeutlicht.

Abbildung 2: Versicherungsfremde Leistungen der GKV



Quelle: AOK-Bundesverband (2003)

⁴⁰ Vgl. unter anderem ver.di (2001), S. 15, sowie Beske/Drabinski/Michel (2002), S. 7. Letztere beziffern die kumulative Belastung der GKV zu Gunsten anderer Sozialversicherungen (so genannte Verschiebebahnhöfe) in den Jahren 1995-2003 auf 17 bis 39 Mrd. Euro. Allerdings bezieht sich die Berechnung nicht nur auf versicherungsfremde Leistungen, sondern auch auf sonstige politische Entscheidungen, die zu einer Umverteilung führen bzw. geführt haben. Kern et al. sahen 1997 den Schwerpunkt der Fremdleistungen der GKV in den Bereichen Familienmitversicherung und bei den Transfers von aktiven Versicherten zu Versicherten der Krankenversicherung der Rentner (KVdR). Insgesamt stünden 115 Milliarden DM zur Diskussion. Vgl. Kern et al. (1997), S. 12. Laschet sieht eine steigende Tendenz der Verschiebebahnhöfe: von ca. 2,7 Mrd. Euro 1995 auf ca. 4,5 Mrd. Euro in 2002. Vgl. Laschet (2003), S. 254.

Als klassisches Beispiel galt lange Zeit das Sterbegeld, was mittlerweile allerdings abgeschafft wurde. Die versicherungsfremden Leistungen sind für die nachfolgende Analyse von Bedeutung, da sie Teil der RSA-Leistungsausgaben sind. Werden diese eingeschränkt, ausgeweitet oder gestrichen, wirkt es sich auf die Normerlöse einzelner oder aller Risikoklassen aus. Die Einschränkung bzw. Streichung von versicherungsfremden Leistungen, die zu meist in der Literatur gefordert werden, kann man uneingeschränkt zustimmen, da es nicht Aufgabe einer Krankenkasse sein kann, solche Kosten zu tragen. Die Problematik lässt sich auch aus wettbewerbspolitischer Sicht sehen. Wie die weiteren Kapitel noch verdeutlichen werden, erzielt eine Krankenkasse positive Deckungsbeiträge durch positive Norm-Ist-Kosten-Abweichungen. Es ist durchaus möglich, dass eine Kasse aufgrund ihrer spezifischen Versichertenstruktur überproportionale Kosten bei den versicherungsfremden Leistungen hat. Der Kasse werden über den RSA aber nur durchschnittliche Kosten erstattet, sodass sich ein Fehlbetrag ergibt, der aus einem Bereich resultiert, der nicht Kernkompetenz der Versicherung ist. Die Kasse hat nicht einmal die Möglichkeit, diese 'Randaktivitäten' abzustoßen, wie ein klassisches Unternehmen, da sie per Gesetz verpflichtet ist, die Leistungen zu erstatten.

Ein weiterer Vorschlag der derzeitigen Diskussion ist die Bürgerversicherung als mögliches Zukunftsmodell. Der Begriff wird nicht einheitlich gebraucht und hat deshalb viele Varianten. Meist werden damit zwei wesentliche Änderungen verbunden. Zum einen der Einbezug aller Einkommensarten in die Beitragsberechnung, zum anderen die Integration der Versicherten der privaten Krankenversicherungen (PKV) in die GKV.^{41,42} Dies bedeutet, dass es

⁴¹ Vgl. Wenzel (1999), S. 187-191, für eine isolierte Betrachtung, welche Auswirkung die Einbeziehung der PKV-Versicherten in den Risikostrukturausgleich haben würde.

eine Basisversicherung für alle Bürger gäbe, die durch einkommenshängige Beiträge finanziert wird, unabhängig davon, woher das Einkommen stammt.⁴³ Dieses System würde das bestehende System in den genannten zwei Punkten gerechter machen, da „*die heutige Form der Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung durch elementar inkonsistente Verteilungswirkungen gekennzeichnet*“⁴⁴ ist. „*Sie ergeben sich daraus, dass in der Gesetzlichen Krankenversicherung einerseits gesamtgesellschaftliche Umverteilungsfunktionen wahrgenommen werden, hierzu aber andererseits nicht alle Einkommen und nicht alle Personen herangezogen werden.*“⁴⁴ Es sind beides historisch gewachsene Bestandteile des deutschen Systems, die bei der Schaffung eines völlig neuen Versicherungssystems auf Grund des Gleichheitsgrundsatzes wohl keine Berücksichtigung finden würden.

Für die Umsetzung der Bürgerversicherung werden immer wieder rechtliche Fragen in den Vordergrund gerückt; hieße es doch, der PKV zunächst ihre Geschäftsgrundlage zu entziehen und ihr nur noch das Gebiet der Zusatzversicherungen zu überlassen.⁴⁵ Und auch die Zusatzversicherungen dürften unter Umständen von der GKV angeboten werden. De facto würde es darauf hinauslaufen, dass der Begriff 'Privatversicherungen' dem Begriff 'Zusatzversicherungen', welche von jeder Kasse angeboten werden dürfen, gleichzustellen ist.

Was würde ein solches System für den RSA bedeuten? Der RSA könnte in

⁴² Zum Teil wird im Zusammenhang mit der Bürgerversicherung auch die Forderung nach einer Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze verbunden. Vgl. Farhauer/Borchardt (2004), S. 13. Im engeren Sinne stellt es aber keine Besonderheit der Bürgerversicherung dar, da in jedem einkommensabhängigen System, also auch im derzeit bestehenden, eine Beitragsbemessungsgrenze festgelegt werden muss.

⁴³ Es wird hier die Frage ausgeklammert, ob die Versicherten, die derzeit weder in der GKV noch in der PKV sind, unter den Basisschutz der Bürgerversicherung fallen würden.

⁴⁴ BMGS (2003d), S. 174.

⁴⁵ Vgl. Lauterbach (2004), S. 6. Lauterbach schlägt vor, aus Gründen des Vertrauensschutzes die Bürgerversicherung stufenweise einzuführen. Damit würde sich der Versichertenkreis nur langsam erweitern.

seiner jetzigen Form fortbestehen, Anpassungen müssten für die zwei Punkte zwar vorgenommen werden, was im Wesentlichen zunächst eine Senkung des Ausgleichsbedarfssatzes mit sich bringen würde. Des Weiteren ist von einer geringeren Morbidität durch die Vorselektion der PKV-Versicherten auszugehen, sodass sich auch die Normprofile anpassen müssten. Beides ist mit dem Simulations-Modell dieser Arbeit vereinbar. Nicht so einfach hingegen ist die Berücksichtigung eines Kopfprämien- und/oder kapitalgedeckten Modells, für den Fall, dass der Gesetzgeber einen solchen Wechsel anvisiert. *„Es ist zwar rein technisch richtig, dass der Risikostrukturausgleich .. im Rahmen eines Kopfprämienmodells deshalb vereinfacht und im Volumen reduziert werden könnte, weil Unterschiede der Grundlöhne nicht mehr als Bestimmungsgrößen der Transferströme im RSA fungieren würden.“*⁴⁶ Die Unterstützung der Versicherten, die die Prämie nicht finanzieren können, würde aber nicht minder komplex und mit einigem Verwaltungsaufwand verbunden sein.⁴⁷ Ausgabenseitig könnte der RSA theoretisch in seiner derzeitigen Form bestehen bleiben.

Zur Frage, ob ein kapitalgedecktes Gesundheitssystem die zu erwartenden Belastungen durch demographische Veränderungen besser abfedert, gibt es keine eindeutige Meinung innerhalb der Arbeiten, die sich damit befassen. Sicher ist, dass die Beiträge zunächst steigen müssten, um den Aufbau des Kapitalstocks zu finanzieren. Hof beziffert die Steigerung für die erste Dekade auf 100 %, also eine Verdopplung der Beitragssätze.⁴⁸ Der RSA könnte in einem kapitalgedeckten System erhalten bleiben.⁴⁹ Grundsätzlich ist auch der Aufbau des Kapitalstocks aus Steuergeldern möglich. Das jährliche

⁴⁶ Jacobs et al. (2003), S. 29.

⁴⁷ Einen Überblick der verschiedenen Kopfpauschalen-Modelle bieten Wasem/Greß/Rothgang (2003), S. 39.

⁴⁸ Vgl. Hof (2001a), S. 24-25. Hof bezieht sich bei seiner Berechnung auf ein so genanntes gemäßigtes Modell, was die Auflösung der GKV im Jahr 2050 bedeuten würde.

⁴⁹ Vgl. Felder (2003).

Transfervolumen wäre ein zweistelliger Milliardenbetrag, wenn sich das System irgendwann selbst tragen soll.^{50,51} Denkbar sind unter anderem folgende Varianten.⁵²

- Beibehaltung des derzeitigen RSA und Erhöhung der jeweiligen Normsätze zum Aufbau des Kapitalstocks
- Alters-, geschlechts- und einkommensübergreifende, einheitliche Gesundheitsprämie für alle Versicherten
 - a) ohne Steuerzuschuss
 - b) mit Steuerzuschuss⁵³
- Individuelle Bemessung der Gesundheitsprämie anhand eines/mehrerer Kriterien: Alter oder individuelles Krankheitsrisiko beispielsweise

Berücksichtigt werden muss für den ersten Punkt neben dem Aufbau des Kapitalstocks, dass zurzeit gewisse Ausgaben nicht über den RSA abgedeckt werden, die so genannten nicht-RSA-Leistungsausgaben. Grabka et al.

⁵⁰ Der Sachverständigenrat zieht den partiellen Aufbau einer Kapitaldeckung in Erwägung. Dies würde dem System der privaten Krankenkassen entsprechen, da über Kapitalrücklagen der Anstieg der individuellen Beiträge geglättet würde. Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2004), S. 511-546.

⁵¹ Die Probleme der Übergangsphase werden näher erläutert bei Overdieck (1998), S. 171-172.

⁵² Darüber hinaus gibt es noch diverse Vorschläge, die im Einzelnen hier nicht vorgestellt werden. Eine Zusammenfassung findet sich bei Beske (2002), S. 117-121. Für ein kapitalgedecktes System plädieren unter anderem Henke et al. sowie Hof. Für eine genaue Beschreibung vgl. Henke et al. (2002), S. 13-23, Hof (2001a), S. 17-23.

⁵³ Dieser Vorschlag findet sich bei Knappe/Arnold. Sie beziffern die staatlichen Beitragszuschüsse abhängig von der Ausgestaltung des Modells auf 19-22 Mrd. Euro. Vgl. Knappe/Arnold (2002), S. 19. Allerdings wird bei der Bemessung der Gesundheitsprämie hinsichtlich 'Erwachsener' und 'Kind' unterschieden, insofern ist die Prämie nicht vollkommen altersübergreifend. Breyer stellt darüber hinaus die Einkommensunabhängigkeit des Modells von Knappe/Arnold als auch des Modells von Henke et al. (2002), in Frage. Vgl. Breyer, F. (2003), S. 9-11.

beziffern diesen Ausgaben-Anteil auf 7,2 %.⁵⁴ Der zweite Punkt hätte im Wesentlichen eine Abkopplung der Einnahmenseite von der Lohnentwicklung und ein Ende der Einkommenssolidarität zur Folge.⁵⁵ Denkbar wäre eine Gesundheitsprämie sowohl als kapitalgedecktes System als auch als Umlagesystem.⁵⁶ Im Umlagesystem würde die Generationensolidarität erhalten bleiben, im kapitalgedeckten System sorgt jede Generation für sich.⁵⁷ Entscheidend ist, dass bei beiden Systemen die Morbiditätssolidarität innerhalb der Versichertengemeinschaft bewahrt wird. Dahingegen bedeutet Punkt drei (individuelle Bemessung der Gesundheitsprämie) das Ende der Morbiditätssolidarität.⁵⁸ Sollte sich im Laufe der nächsten Jahre die Idee von Punkt drei durchsetzen, würde es die Abschaffung des RSA bedeuten. Damit würde die vorliegende Arbeit obsolet werden. Jedoch lässt sich zum einen noch nicht erkennen, dass ein Konsens dafür gefunden wird, zum anderen würden bis zur Abschaffung des RSA noch einige Jahre vergehen, und bis dahin müssen die Krankenkassen nach wie vor ihre Finanzplanung unter der Annahme späterer RSA-Ausgleichszahlungen aufstellen.

⁵⁴ Vgl. Grabka et al. (2002), S. 13.

⁵⁵ Die Forderung, die Krankenversicherung nicht für den sozialen Ausgleich innerhalb der Bevölkerung zu nutzen, findet sich unter anderem bei Ulrich/Schneider (2004), S. 5.

⁵⁶ Für ein Umlagesystem auf Basis von Gesundheitsprämien plädiert unter anderem Pimpertz. Hierfür müsste die Summe der Ausgaben einer Periode durch die Versicherten geteilt werden. Für 2001 ergibt sich eine Jahresprämie von 1952 Euro. Vgl. Pimpertz (2003), S. 38-39.

⁵⁷ Das Beibehalten der derzeitigen Generationensolidarität bedeutet einen Transfer von den derzeit jungen Versicherten mit einem Alter von 20-45 Jahren zu den derzeit alten Versicherten. Dies unterstreichen Fetzer/Mevis/Raffelhüschen mit Hilfe einer Generationenbilanz. Vgl. Fetzer/Mevis/Raffelhüschen (2003), S. 13-14.

⁵⁸ Dies fordern unter anderem Oberender/Zerth in einer ihrer 10 Thesen für ein zukunftsfähiges Gesundheitswesen. Vgl. Oberender/Zerth (2003), S. 2.

2.1.2 Vorschläge zur Weiterentwicklung des RSA

Verankert im Gesundheitsstrukturgesetz⁵⁹ ist der Risikostrukturausgleich seit dem 1.1.1994 in Kraft und hat seitdem bereits einige Anpassungen erlebt. Eine umfassende Erläuterung der Wirkungsweise des RSA zum Zeitpunkt der Einführung gibt Schneider.⁶⁰ Behandelt werden unter anderem die Entstehungsgeschichte und Motive des RSA, die rechtliche Grundlagen sowie Hinweise für die Praxis zur Berechnungsweise der Ausgleichsgrößen. Dabei geht es vor allem um die deskriptive Beschreibung des neu eingeführten Konzepts. In der Zwischenzeit gab es einige Veränderungen und diverse Weiterentwicklungsvorschläge.⁶¹ In der Kritik stand der RSA vor allem wegen seiner indirekten Kriterien. Als indirekte Kriterien werden die Parameter bezeichnet, anhand derer die RSA-Ausgleichszahlungen erfolgen:

- Alter
- Geschlecht
- Krankengeldanspruch
- Anspruch auf Erwerbsminderungsrente
- Wohnort Ost bzw. Westdeutschland⁶²

Die Unterscheidung Ost/West wird teilweise nicht als indirektes Kriterium aufgeführt. Streng genommen ist es aber ein solches, da es bis zur vollständigen Umsetzung des gesamtdeutschen RSA die Ausgleichszahlungen beeinflusst.⁶³ Durch die Einführung des morbiditätsorientierten RSA ab 2007 wur-

⁵⁹ Vgl. Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung (1992).

⁶⁰ Vgl. Schneider (1994).

⁶¹ Für einen Überblick der RSA-Verfahrensänderungen von 1994-2000 vgl. Glanz (2000), S. 36.

⁶² Vgl. Breyer/Kifmann (2001), S. 15-16.

⁶³ Vgl. S. 118 für eine Erläuterung des gesamtdeutschen RSA.

de die Kritik an indirekten RSA-Kriterien aufgegriffen.⁶⁴ Damit hat die Diskussion um die Weiterentwicklung des RSA allerdings noch kein Ende gefunden.

Ein oft genannter Vorschlag bezieht sich auf die Einbeziehung der PKV in den RSA.⁶⁵ Dazu heisst es bei Klose/Schellschmidt: *„Die Selektion von guten Risiken ist ... das zentrale Kennzeichen der Beziehung zwischen GKV und PKV. Hier werden dem Solidarsystem gute Risiken sowohl hinsichtlich Finanzkraft als auch hinsichtlich Morbidität entzogen.“*⁶⁶ Durch die Einbeziehung der PKV-Kassen soll erreicht werden, dass sie *„einen angemessenen solidarischen Beitrag zur Finanzierung des deutschen Gesundheitswesens leisten“*⁶⁷. Eine solche Einbeziehung stellt ausgaben- als auch einnahmenseitig eine hohe Herausforderung an die Algorithmen eines Modells dar. Grundsätzlich lassen sich die Auswirkungen abbilden. Hierbei gilt es einige Annahmen hinsichtlich unbekannter PKV-Parameter zu treffen. Insbesondere fehlen genaue Angaben über die Finanzkraft- und die Risikoverteilung innerhalb der PKV. Möglicher Ansatzpunkt wäre eine deduktive Vorgehensweise auf Basis der Daten der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe des statistischen Bundesamtes oder des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP) des Deutschen Instituts für Wirtschaft. Makroökonomisch würde die sofortige Einbeziehung der PKV in den Risikostrukturausgleich eine Ausgleichsbedarfssatzsenkung um 0,2 Prozentpunkte bringen.⁶⁸ Diese Senkung bezieht sich einzig auf die Einkommenseite. Nimmt man noch das verringerte Mor-

⁶⁴ *„Seit Anfang 2002 ist das Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleiches (RSA) in der gesetzlichen Krankenversicherung in Kraft. ... Das Gesetz beinhaltet ein Stufenkonzept mit drei Schwerpunkten: ... Ab 2007 wird ein so genannter morbiditätsorientierter RSA eingesetzt. Das heißt: Bei der Berechnung der Transferbeträge wird der tatsächliche medizinische Versorgungsbedarf der Versicherten einer Krankenkasse anhand bestimmter Diagnose- oder Kostengruppen berücksichtigt.“* AOK-Bundesverband (2005).

⁶⁵ Vgl. hierzu auch die Ausführungen zur Bürgerversicherung auf S. 18 dieser Arbeit.

⁶⁶ Klose/Schellschmidt (2001), S. 39.

⁶⁷ Pfaff (1995), S. 17.

⁶⁸ Die Abschätzung wurde im Rahmen der Arbeit von Adomeit et al. (2003) vorgenommen, allerdings nicht veröffentlicht.

biditätsrisiko der PKV-Versicherten hinzu, ist dies entsprechend bei der Senkung der Beitragsbedarfsprofile zu berücksichtigen.

Ohne die genauen Daten vorliegen zu haben, kann man bereits vermuten, dass der beschriebene Vorschlag zum Großteil die GKV-Kassen begünstigen und die PKV-Kassen stark belasten würde. Zur genauen Abschätzung der Auswirkungen auf einzelne Kassen müsste die Ausgestaltungsoption der Einbeziehung feststehen, da mehrere Varianten denkbar wären, z.B. Errechnung getrennter RSA-Risikoprofile für GKV und PKV auf der Ausgabenseite, gemeinsamer Ausgleichsbedarfsatz auf der Einnahmenseite oder aber gemeinsame Berechnung der Einnahmen- und der Ausgabenseite.

Die derzeitige Form des Risikostrukturausgleichs ließe sich auch in eine andere Form des Ausgleichs weiterentwickeln. Nach Breyer/Kifmann kann ein Finanzausgleich zur Vermeidung von Wettbewerbsverzerrungen anhand zweier Merkmale unterschieden werden:⁶⁹

- Form der Risikoteilung
 - a) Proportionaler Finanzausgleich (ein bestimmter Prozentsatz der Leistungsausgaben wird ersetzt)
 - b) Finanzausgleich mit Selbstbehalt (entspricht dem derzeitigen Risikopool)

- Grundlage der Risikoteilung
 - a) Gesamte Leistungsausgaben einer Kasse
 - b) Individuelle Leistungsausgaben aller Versicherten
 - c) Individuelle Leistungsausgaben ausgewählter Versicherten

Die aufgeführten Finanzausgleiche machen eine Risikoselektion auf Seiten

⁶⁹ Vgl. Breyer/Kifmann (2001), S. 26-28.

der Kassen weniger attraktiv. Die Autoren plädieren insbesondere für einen Risikopool, da dieser lediglich die Kosten von kleinen Teilen der Versicherungsgemeinschaft ausgleicht. Ein solcher Risikopool ist mittlerweile eingeführt worden.⁷⁰ Denkbar wäre auch, ihn als Instrument ohne RSA zu nutzen, so dass den Kassen ausschließlich die großen Risiken ersetzt werden. Kleine Schwankungen um den Normwert herum würden damit zu Lasten bzw. zu Gunsten der Kasse gehen. Diese Form des Ausgleichs würde die Finanzplanung einer Kasse dahingehend erleichtern, dass die Planung im Wesentlichen auf Kassendaten beruhen würde. Schwierige ex ante Abschätzungen der RSA-Ausgleichszahlungen entfielen. Lediglich die Erstattungen für Hochrisikoversicherte wären als externe Variable noch einzubeziehen. Im Falle von prospektiv festgelegten Sätzen wäre auch diese Schwierigkeit für die Finanzplanung nicht mehr gegeben.

Wenn man am bestehenden RSA-Mechanismus festhalten will, stellt sich die Frage, ob die indirekten Kriterien wie Alter, Geschlecht, etc. das Morbiditätsrisiko eines Versicherten ausreichend abdecken. Schwarze/Andersen weisen daraufhin, dass die nicht abgebildeten Versichertenmerkmale zu einer Risikoselektion führen. Die einkommensstarken Gesunden wechseln zu Kassen mit niedrigem Beitragssatz, wodurch sich deren Kostenstruktur weiter verbessert.⁷¹ Der Gesetzgeber versucht, diese Lücke zu schließen durch Einführung des morbiditätsorientierten RSA zum 1. Januar 2007.⁷² Der RSA wird dann auf der Basis von Merkmalen vollzogen, die die „*Morbidität der Versi-*

⁷⁰ Der Risikopool wurde im Zuge der Reform des Risikostrukturausgleichs zum 1.1.2002 eingeführt. Für eine zusammenfassende Darstellung vgl. Helstelä (2002).

⁷¹ Vgl. Schwarze/Andersen (2001), S. 3-4 und 7-11 zur Frage, inwieweit Wechselaktivitäten aufgrund des Beitragssatzes stattfinden.

⁷² Für eine Zusammenfassung der unterschiedlichen Aspekte des morbiditätsorientierten RSA vgl. Schawo (2002) sowie AOK (2004b). Die Forderung nach einem morbiditätsorientierten RSA ist im überwiegenden Teil der gesundheitsökonomischen Literatur anzutreffen, unter anderem bei Ebsen et al. (2003), S. 3, und Glaeske et al. (2001), S. 20. Dagegen vertritt Felder die Minderheitsmeinung, Morbiditätsfaktoren nicht in den RSA einzubeziehen. Vgl. Felder (2001a), S. 198-201.

cherten auf der Grundlage von Diagnosen, Diagnosegruppen, Indikationen, Indikationsgruppen, medizinischen Leistungen oder Kombinationen dieser Merkmale unmittelbar berücksichtigen“⁷³.

Bei der Bewertung der oben erwähnten Wechsler für die Finanzplanung der Kasse ist der Saldo aus Zu- und Abgängen zu bilden. Quantifizierbar ist dies sowohl, was die Anzahl der Wechsler angeht, als auch hinsichtlich deren Deckungsbeiträge anhand der Werte der Vorjahre. Für eine Kasse, deren Versichertenbestand relativ konstant ist – das heisst, es werden keine großen Zu- und Abgänge⁷⁴ verzeichnet, bzw. es liegt keine besonders junge noch besonders alte Versichertenstruktur vor⁷⁵ –, kann diese Komponente in einem Rechenmodell vernachlässigt werden. Ist dies nicht der Fall, erscheint es ratsam, in die Berechnung Beitragseinnahmen-, Finanzkraft-, Beitragsbedarfs- sowie Leistungsausgabenänderungen zu berücksichtigen, da es ansonsten zu einer Verzerrung der Ergebnisse kommt. Zum Teil liegt nämlich allein der Anteil der jährlichen Zu- und Abgänge einer Kasse bei 5 % des Versichertenbestandes.

Ein weiterer Vorschlag zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs kam Mitte der 90er Jahre aus den Ländern Bayern und Baden-Württemberg. Der Vorschlag sah vor, den Risikostrukturausgleich zu regionalisieren. Dies würde den Solidargedanken auf ein Bundesland beschränken. Der seit einigen Jahren durchgeführte gesamtdeutsche RSA wäre dadurch ebenso unmöglich wie deutschlandweite Preise für die Diagnosis Related Groups (DRG). Die Idee wurde nicht weiterverfolgt, vermutlich „*weil sie dem verfassungsrechtlichen Auftrag, für einheitliche Lebensverhältnisse im Bundesge-*

⁷³ § 268 Abs. 1 Nr.1 SGB V.

⁷⁴ Zum Teil werden unter Zu- und Abgänge auch Neugeborenen bzw. Verstorbenen gefasst. In der vorliegenden Arbeit bezeichnen sie allerdings nur die 'aktiven' Wechsler, also insbesondere Kündiger.

⁷⁵ Bei einer jungen bzw. alten Versichertenstruktur sollte der Saldo aus Geburten- und Sterberate berücksichtigt werden.

*biet zu sorgen, widerspricht*⁷⁶. Es ist in der Tat davon auszugehen, dass eine Regionalisierung eine Verschlechterung der Lebensverhältnisse in strukturschwachen Bundesländern zur Folge hätte.⁷⁷ Ein Ausgleich müsste dann über einen horizontalen RSA zwischen den Bundesländern geschaffen werden.⁷⁸

2.1.3 Untersuchungen zu Teilbereichen

Einige Studien befassen sich nicht mit dem System als Ganzes, sondern betrachten Änderungen in Teilbereichen, die auch eine Anpassung des RSA bewirken und damit Einfluss auf die Ausgleichszahlungen hätten. Insbesondere gilt dies für die Anpassung des Leistungskatalogs.

Schwarz/Jung meinen, dass die bisherigen Bemühungen, um die Schere zwischen Einnahmen und Ausgaben zu schließen, nicht reichen. Sie plädieren deshalb für eine Überarbeitung des Leistungskatalogs mit der Zielsetzung, die Selbstverantwortung, und Entscheidungskompetenz der Versicherten zu stärken.⁷⁹ Darunter fallen unter anderem die erschwerte Nutzung der Krankenversicherung für Bagatellfälle, mehr Gewicht auf Prävention und die Teilung des Leistungskatalogs in Basis- und Zusatzleistungen. Hecken unterbreitet in diesem Zusammenhang den Vorschlag, die Leistungen für Zahnersatz, Fahrkosten, Sterbegeld, Haushalthilfe, Empfängnisverhütung, Schwangerschaft und Mutterschaft aus dem Standardkatalog der GKV zu entfernen. Damit würden auf Basis der GKV-Rechnungsergebnisse 2002 in

⁷⁶ Wackernagel-Jacobs (1999), S. 161. Der verfassungsrechtliche Auftrag ergibt sich aus dem Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland (1949), Art. 72 Abs. 2.

⁷⁷ Eine Analyse der unterschiedlichen Effekte eines regionalisierten RSA findet sich bei Wille/Schneider (1998), S. 23-58.

⁷⁸ Vgl. Hixt (1995), S. 205-207.

⁷⁹ Vgl. Schwarz/Jung (2000), S. 71.

etwa 9,8 Mrd. Euro an Leistungen entfallen.⁸⁰ Die Forderung nach einer Grundversorgung, die sich auf das Wesentliche beschränkt, und einer Zusatzversorgung für den, der möchte, wird auch von anderen Autoren vorgebracht.⁸¹ Für die Krankenkassen hätte dies zur Folge, dass die RSA-Leistungsausgaben stark zurückgingen und ein größerer Markt für individuelle Versicherungspolice n entstünde. Dies setzt voraus, dass der RSA in seiner heutigen Form trotz Einschränkung des Leistungskatalogs bestehen bleibt.⁸² Die Berechnungen würden sich vereinfachen, weil ganze Kontenklassen wegfallen würden. Zudem würde der RSA – auf Grund kleinerer Volumina – für die Finanzplanung einer Kasse eine geringere Rolle spielen, als dies zurzeit der Fall ist.

Wenige Beiträge befassen sich mit der konkreten Auswirkung des RSA auf die Kassen. Dazu gehören Bork/Nederegger/Saatkamp. Unter dem Titel „Mit dem Risikostrukturausgleich zum Erfolg“ untersuchen sie die Möglichkeiten, den RSA für den Erfolg einer Kasse im Allgemeinen und für die Finanzplanung im Speziellen zu nutzen. Große Bedeutung wird dabei dem Verständnis der strukturellen Lücke und ihrer Teileffekte beigemessen. Die strukturelle Lücke ist der Saldo aus Beitragsbedarf und Leistungsausgaben, stellt also die relative Wettbewerbsfähigkeit der Kasse dar.⁸³ Liegt die Summe der Leistungsausgaben oberhalb des Beitragsbedarfs, hat die Kasse im Vergleich zur GKV eine überdurchschnittlich hohe Kostenstruktur. Bei einer dauerhaften strukturellen Lücke kann der Fehlbetrag nur durch Beitragsmehreinnahmen ausgeglichen werden. Die Teileffekte betreffen insbesondere die Entwicklung

⁸⁰ Vgl. Hecken (2003), S. 64-65.

⁸¹ Vgl. diesbezüglich unter anderem Bohm/Jacobs/Reschke (1996), S. 87-96, sowie Arnold et al. (2003), S. 28-46.

⁸² Denkbar wäre auch eine Teilung in Grund- und Zusatzleistungen bei gleichzeitiger Abschaffung des RSA, beispielsweise bei Einführung einer personengebundenen Gesundheitsprämie.

⁸³ Vgl. Bork/Nederegger/Saatkamp (2002), S. 16-17.

- der Versichertenanzahl der Kasse,
- der Ausgaben der GKV,
- der Altersstruktur der Kasse relativ zur GKV,⁸⁴
- der Normkosten je Risikoklasse der Kasse relativ zur GKV,⁸⁵
- der Ausgabenremanenz der Kasse,
- der Einsparungen der Kasse.

Der Versichertenanzahleffekt beschreibt den Zuwachs bzw. Abgang von Versicherten der Kasse. Dies ist für die strukturelle Lücke ergebnisneutral, sofern es sich um Durchschnittsversicherte handelt. Es gilt aber zu bedenken, dass im Allgemeinen die positiven Risiken wechseln und dadurch die aufnehmende Kasse Vorteile erlangt. Darüber hinaus steuern Mitglieder in der Regel einen einnahmenseitigen Deckungsbeitrag, so genannte Beitragsmehreinnahmen, bei, nämlich in Höhe von:

$$\begin{aligned} & \text{Beitragsmehreinnahmen eines Mitglieds} && 86 \\ & = \text{Beitragspflichtiges Einkommen} \times (BS - ABS) \end{aligned}$$

Da Kassenwechsler in der Regel a) positive Risiken darstellen und b) mehr verdienen als der Durchschnitt, wird eine Versicherung durch Mitgliederverluste aus ausgaben- einnahmenseitigen Effekten mit großer Wahrscheinlichkeit Ergebniseinbußen hinnehmen müssen.

Die Ausgabenentwicklung der GKV ist der Prozentsatz, um den die RSA-Leistungsausgaben je Versicherten im Vergleich zum Vorjahr gestiegen sind.

⁸⁴ Bei Bork/Nederegger/Saatkamp (2002) wird dies als Versichertenstruktur bezeichnet. Streng genommen bezieht es sich aber nur auf die Altersstruktur.

⁸⁵ Die Veränderung der Beitragsbedarfe je Kasse durch die inkongruente Verschiebung der Normkosten je Risikoklasse wird mitunter auch als Übersteilerungseffekt bezeichnet.

⁸⁶ Der insgesamt Deckungsbeitrag eines Mitglieds setzt sich aus den einnahmenseitigen Beitragsmehreinnahmen und der ausgabenseitigen strukturellen Lücke zusammen.

Um exakt diesen Prozentsatz wird sich die Summe der Beitragsbedarfe je Versicherten erhöhen.

Der Altersstruktureffekt bezieht sich auf die relative Alterung des Versichertenbestandes der Kasse im Vergleich zur GKV. Vereinfacht lässt sich dies als Gegenüberstellung der Entwicklung des Durchschnittsalters der Kasse und der GKV bezeichnen.⁸⁷

Bei der Normkostenentwicklung hingegen wird verglichen, wie sich die Beitragsbedarfe aller Risikoklassen im Vergleich zu denjenigen Risikoklassen entwickeln, in denen die Kasse stark vertreten ist. Dieser Effekt stellt eine Differenzierung des Ausgabeneffektes dar, da der Beitragsbedarf einer Kasse nicht automatisch um den Prozentsatz der Ausgabensteigerung der GKV steigt. Vielmehr steigt der Beitragsbedarf einer Kasse um die Entwicklung der Verhältniszahlen der gewichteten Risikoklassen, wobei die Gewichtung von der Verteilung der Versicherten einer Kasse auf die Risikoklassen abhängig ist.

Bei der Betrachtung der strukturellen Lücke ist zu beachten, dass die ersten vier Effekte sowohl auf Beitragsbedarf als auch auf die Leistungsausgaben wirken, wohingegen die Ausgabenremanenz und der Einspareffekt nur die Leistungsausgaben betreffen.

Bei der Ausgabenremanenz handelt es sich um die monetäre Quantifizierung der Auswirkung der Kassenwechsler auf das Ergebnis einer Kasse. Die Ausgabenremanenz ist dabei der ausgabenseitige Deckungsbeitrag, den die Wechsler mitnehmen. Eine Ausgabenremanenz größer als 0 ist gleichbedeutend mit einem Verlust von Deckungsbeiträgen.

⁸⁷ Vgl. S. 73 für die mathematische Herleitung des Altersstruktureffektes.

Der Einspareffekt ist die verbleibende Größe. Sie ist das Delta der Leistungsausgaben zweier Jahre, das nicht durch einen der anderen Effekte erklärt werden kann. Somit ist es ein wichtiger Indikator zur Beurteilung des Kostenmanagements der Kasse.

Für die Finanzplanung einer Kasse ist die von Bork/Nederegger/Saatkamp untersuchte strukturelle Lücke ein wesentlicher Orientierungspunkt, reicht aber für die Detailplanung einer Kasse noch nicht aus. Deshalb wird das Konzept in Kapitel 3.1.2 durch zusätzliche Effekte und unter Einbeziehung der gesamten Ertragsmechanik erweitert.

In der Arbeit von Becker et al. wird auf die praktischen Hürden des RSA eingegangen. So weisen die Autoren darauf hin, dass die vierteljährliche Statistik über Einnahmen, Ausgaben und Vermögen der GKV (KV45) zwar einen Anhaltspunkt hinsichtlich der Entwicklung der GKV darstellt, für einen konkreten Vergleich 'Kasse vs. GKV' bezogen auf die RSA-Ausgleichszahlungen hilft sie allerdings nur bedingt.⁸⁸ Dies liegt daran, dass die KV45 je Mitglied und nicht je Versicherten ausgewiesen wird. Zudem gibt sie keinen Hinweis auf die Entwicklung einzelner Risikoklassen. Dadurch ergeben sich für Kassen mit atypischer Versichertenstruktur, beispielsweise sehr junges oder sehr altes Durchschnittsalter, Verzerrungen, die erst durch den Jahresschlussausgleich aufgelöst werden.

Bezüglich möglicher Einflussmöglichkeiten, schlagen die Autoren vier Wege vor, die der Bedeutung des RSA Rechnung tragen: a) Versichertenzahl anpassen, b) Versichertenstruktur verändern, c) wirtschaftlicher einkaufen und abrechnen als der Rest der GKV, d) Anspruchsverhalten der Versicherten beeinflussen und Wirtschaftlichkeit bei der Bewilligung steigern.⁸⁹ Punkt a)

⁸⁸ Vgl. Becker et al. (2001), S. 40-41.

⁸⁹ Vgl. Becker et al. (2001), S. 43-45.

zielt vor allem darauf ab, den Skaleneffekt einer großen Kasse zu nutzen, beispielsweise bei den Verwaltungskosten, zudem bringen verdienende Versicherte einen einnahmenseitigen Deckungsbeitrag durch die Beitragsmehreinnahmen.⁹⁰ Punkt b) bezieht sich auf die eingeschränkte Möglichkeit, positive Risiken zu akquirieren bzw. zu halten. Punkt c) geht auf die Behandlungskosten ein, die zum Teil durch die Krankenkassen beeinflusst werden können, aber vor allem regional abhängig sind. So werden beispielsweise noch bis zum Ende der DRG-Konvergenzphase Krankenhaus-spezifische Verrechnungspreise bezahlt.⁹¹ Punkt d) hört sich in der Theorie einfach an, ist aber in der Umsetzung schwer, zu realisieren. Dennoch sollten ihn Kassen im Auge behalten.⁹²

Der Beitrag von Becker et al. bietet einen guten Überblick der RSA-Funktionsweise und möglicher Ansatzpunkte. Allerdings bleiben einige der gestellten Fragen unbeantwortet; z.B. die Frage, ob aktuelle Statistiken trotz schlechten Zuschnitts nutzbar sind. Zudem wird die Frage der Finanzplanung nicht angesprochen. Dafür würden sich die beschriebenen Effekte von Bork/Nederegger/Saatkamp oder der Vorschlag von Haenecke et al. eher eignen.

Letztere schlagen vor, das Controllingsystem einer Krankenkasse sowohl top-down als auch bottom-up aufzubauen. Top-down für das „*Verständnis der Ergebnisrechnung*“⁹³ und bottom-up für die einzelnen Bestandteile der Leistungsausgaben, also die Kontengruppen. Bei den top-down Größen, die durch den RSA beeinflusst werden, muss ein Abgleich mit den Werten der GKV durchgeführt werden, weil sich erst durch diesen die Leistung der Kasse bewerten lässt. Für die bottom-up Analysen werden fünf Schritte für not-

⁹⁰ Voraussetzung ist, dass der Beitragssatz der Kasse oberhalb des Ausgleichsbedarfsatzes liegt.

⁹¹ Vgl. Neubauer (2004), S. 106.

⁹² Kapitel 5.2.1 geht näher auf dieses Thema ein.

⁹³ Haenecke et al. (2001), S. 113.

wendig erachtet: 1. wichtige Ausgabenbereiche bestimmen, 2. Verantwortlichkeiten zuweisen, 3. Treiber identifizieren, 4. steuerungsrelevante Größen benennen und 5. konkrete Ziele festlegen. Die bottom-up Vorgehensweise spielt für das Modell dieser Arbeit eine nachgelagerte Rolle. Der top-down Ansatz hingegen ist höchst relevant und inhaltlich jeder Kasse uneingeschränkt zu empfehlen.

Zum Teil widmen sich Studien der konkreten Kosten- und Risikostruktur der GKV-Versicherten. Auch diese sind für die vorliegende Arbeit von großer Bedeutung, da das mathematische Modell im Wesentlichen Änderungen in den RSA-Risikoprofilen antizipiert. Die Arbeiten wurden sowohl vor als auch nach Einführung des RSA durchgeführt. Sie sind an unterschiedlichen Stellen in die vorliegende Untersuchung und insbesondere ins Modell eingeflossen. Das Gesundheitsministerium Baden-Württemberg etwa hat in einer empirischen Untersuchung in den Regionen Heilbronn und Ravensburg die Daten von fünf Leistungsbereichen untersucht. Ziel der Untersuchung war es, *„die Risikostruktur der Mitglieder ... zu verbessern, die aufgrund einer Beschäftigung pflichtversichert sind. Daraus sollten Erkenntnisse einer gesetzlichen Zuweisung der Pflichtmitglieder gewonnen werden, die geeignet ist, bei allen Kassenarten ausgewogene Risikostrukturen zu schaffen.“*⁹⁴ Dazu ist es bekanntlich nicht gekommen. Dennoch ist der deskriptive Teil über die Profile interessant, deckt aber, wie erwähnt, nicht alle Leistungsbereiche ab.

Jacobs/Reschke analysieren kassenspezifische Risikostrukturen am Beispiel der AOK Hamburg und gehen dabei auf die Einnahmenseite, aber auch auf das Inanspruchnahmeverhalten der Versicherten ein.⁹⁵ Einen anderen Ansatz verfolgen Andersen/Schwarze. Sie setzen in ihrer Arbeit den Schwerpunkt vor allem darauf, die Daten aus vier verschiedenen Surveys zu integ-

⁹⁴ Ministerium für Arbeit, Gesundheit, Familie und Frauen Baden-Württemberg (1991), S. 3.

⁹⁵ Vgl. Jacobs/Reschke (1991), Teil I.

rieren: Sozio-oekonomischer Panel 1996-2000, NOVITAS-Versichertenpanel (1998/99), Nationaler Gesundheitssurvey bzw. Bundesgesundheitssurvey 1990/92/98 sowie Versichertenreport 2001 des Verbandes der Angestellten-Krankenkassen (VdAK) und des Arbeiter-Ersatzkassen-Verbandes (AEV).⁹⁶ Die Zielsetzung, kassenspezifische Strategien zu entwickeln ist, wie in Kapitel 1.2 dargelegt, auch eine Intention dieser Arbeit. Es wird bei Andersen/Schwarze allerdings weniger Wert auf die Analyse von Systembrüchen gelegt, sondern mehr auf eine multikausale Zukunftsplanung der gewöhnlichen Geschäftstätigkeit.

Cichon entwickelt in seiner Arbeit ein mathematisches Modell zur Prognose des GKV-Beitragssatzes. Es verbindet mathematische und ökonomisch-inhaltliche Elemente und geht dabei insbesondere auf die Simulationsprobleme in der GKV ein.⁹⁷ Die Arbeit entstand Mitte der 80er Jahre und hat deshalb an Aktualität verloren. Die Zielsetzung entspricht aber der Intention der vorliegenden Arbeit.

2.1.4 Einordnung der vorliegenden Arbeit in die bestehende Literatur

Der überwiegende Teil der oben erwähnten Arbeiten konzentriert sich auf makroökonomische Komponenten. Innerhalb der Arbeiten wird des Öfteren ein Kapitel der Wettbewerbssituation in der deutschen Krankenversicherungslandschaft gewidmet, wie etwa bei Jacobs et al.⁹⁸ Für die Entscheidungsträger einer Krankenkasse lassen sich daraus meist nur mittelbar Handlungsempfehlungen ableiten. Konkrete, zahlenbasierte Analysen weisen die letztgenannten – also Kosten- und Risikostruktur basierte – Studien auf. Vor diesem Hintergrund bewegt sich die Arbeit zwar im Kontext der in

⁹⁶ Vgl. Andersen/Schwarze (2003), S. 24-28.

⁹⁷ Vgl. Cichon (1985), S. 15-43.

⁹⁸ Vgl. Jacobs et al. (2002), S. 30-61.

den Kapiteln 2.1.1 und 2.1.2 erwähnten Studien. Sie ist aber als Weiterentwicklung der in Kapitel 2.1.3 beschriebenen Analysen zu sehen, insbesondere der Arbeiten von Andersen/Schwarze und Cichon. Beiden fehlt die Betrachtung der Wirkungsweise des RSA bei Diskontinuitäten im GKV-System. Darauf wurde in der vorliegenden Arbeit besonderer Wert gelegt.

2.2 Erstellen des Modells

2.2.1 Die verwendeten Datensätze

Die Modellrechnungen basieren weitestgehend auf Daten des Jahres 2002, da dies das aktuellste abgeschlossene Jahr darstellt, für das alle erforderlichen Daten vorlagen. Es handelt sich also um retrospektiv erhobene Daten. *„Retrospektive Analysen basieren auf Vergangenheitsdaten, die oftmals zu anderen Zwecken erhoben worden sind; prospektive Daten werden speziell zur Beantwortung der vorliegenden Fragestellung erhoben. Retrospektive Datenquellen lassen sich in Primär- und Sekundärdaten gliedern, wobei die Gewinnung von Daten an ihrem Entstehungsort als Primärerhebung und die Aufbereitung bereits vorhandener, mehr oder minder stark verdichteter Daten üblicherweise als Sekundärforschung bezeichnet wird.“*⁹⁹ Der Datensatz setzt sich aus verschiedenen Quellen zusammen, wobei sowohl Primär- als auch Sekundärdaten verwendet wurden: Primärdaten etwa für die Ausgabenverteilung innerhalb einer Kasse, Sekundärdaten vor allem bei den GKV-Werten. Für die vorliegenden Analysen mussten beispielsweise Satzart 40 (SA40) Versichertentage¹⁰⁰ und die Ausgabenprofile in anderer Weise aufbereitet werden, als es für die Originaldaten der Fall war. Die ursprüngliche Erhebung der Daten ist insbesondere durch das Bundesversicherungsamt vorgenommen worden. Das Bundesversicherungsamt ist für die Konsolidierung

⁹⁹ Glaser (1998), S. 40-41.

¹⁰⁰ Vgl. Kapitel 2.2.1.1.3 für Erläuterungen zu den Versichertentagen.

der RSA-Werte der Kassen zuständig und ermittelt hierüber die Leistungsausgaben je Risikoklasse, SA40-Versichertentage, den Ausgleichsbedarfssatz und weitere relevante Größen. Diese Daten waren die wesentliche Grundlage der Berechnungen. Was die Kassendaten angeht, gilt grundsätzlich, dass Informationen einzelner Krankenkassen durch das BVA aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht veröffentlicht werden. Es werden lediglich die Ausgleichsverpflichtungen und Ausgleichsansprüche – aufgeschlüsselt nach Kassenarten – bekannt gegeben.¹⁰¹ Es war daher nötig, einen kompletten Datensatz für eine Musterkasse zu konstruieren. Er orientiert sich an der Struktur real existierender Kassen und umfasst Ausgaben in Höhe von knapp 8 Mrd. Euro. Somit besitzt die Musterkasse einen Marktanteil von etwa 6 %. Mit Hilfe der angelegten Datenbank ließen sich alle Berechnungen durchführen. Notwendig für den Aufbau der Kassen-Datenbank waren unter anderem Einträge hinsichtlich:¹⁰²

- RSA-Leistungsausgaben sowie deren Verteilung auf die Hauptleistungsbereiche und auf 732 Risikoklassen
- Grundlohnsumme sowie die sich daraus ergebene Finanzkraft
- Allgemeiner Beitragssatz
- Beitragseinnahmen
- Versichertenanzahl sowie Verteilung der SA40-Versichertentage auf die 732 Risikoklassen. Darauf basierend: der Beitragsbedarf je Risikoklasse
- Wegfall der RSA-Leistungsausgaben je Maßnahme des GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG)

Des Weiteren wurden Daten des GKV-Schätzerkreises verwendet. Der GKV-Schätzerkreis ist ein Zusammenschluss des Bundesversicherungsamtes und

¹⁰¹ Vgl. Tabelle 22: RSA-Jahresausgleich 2002 auf S. 182 dieser Arbeit.

¹⁰² Vgl. Kapitel 2.2.1.2 für eine genaue Erläuterung der Parameter.

der Spitzenverbände der am Risikostrukturausgleich beteiligten Krankenkassen. Er nimmt vierteljährlich eine Einschätzung der GKV-Entwicklung vor. Die Rechtsgrundlagen liegen in § 7 Abs. 1 und Abs. 2 Satz 4, § 11 Abs. 2 sowie § 18 Abs. 2 RSAV.¹⁰³ Es werden weder Schätzungen zu den Beitragssatzentwicklungen noch zu Überschüssen und Defiziten der Gesetzlichen Krankenversicherung vorgenommen. Dafür beinhalten die Veröffentlichungen die zu erwartenden Kosten-, Versicherten- und Grundlohnentwicklungen, aus denen wiederum Rückschlüsse auf die Beitragssätze und die Gewinnsituation der GKV abgeleitet werden können.¹⁰⁴

Unterschieden werden muss zwischen top-down und bottom-up Daten, wobei der Aggregationsgrad und die Bezugsgröße die Unterscheidungsmerkmale darstellen. Während die Einsparziele des BMGS als top-down Ziele bezeichnet werden, sind die Leistungsdaten einer Kasse bottom-up ermittelt. Im Rechenmodell kamen beide Datentypen zum Einsatz.

2.2.1.1 GKV-Parameter des Datensatzes

2.2.1.1.1 GKV-Einnahmen

Das gesetzliche Krankenversicherungssystem in Deutschland basiert auf einer einkommensabhängigen Beitragsfinanzierung. Das heisst, die Mitglieder zahlen einen von der jeweiligen Kasse festgelegten Prozentsatz ihres Einkommens in die Versicherungsgemeinschaft ein und haben dann im Gegenzug das Recht, alle Leistungen des Leistungskatalogs in Anspruch zu nehmen.¹⁰⁵ Zuzahlungen, die abhängig von der Leistungsanspruchnahme

¹⁰³ Vgl. Verordnung über das Verfahren zum Risikostrukturausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung (1994).

¹⁰⁴ Vgl. Tabelle 6 auf S. 53 dieser Arbeit.

¹⁰⁵ Für gewisse Mitglieder, wie z.B. für Studenten, orientiert sich der Beitrag nicht am Einkommen, sondern an einem kassenübergreifenden einheitlichen Festbeitrag.

anfallen, sowie Selbstbehalte haben in den letzten Jahren ein stärkeres Gewicht bekommen. Die Sinnhaftigkeit, auf diese Weise die Nachfrage zu beeinflussen, ist umstritten. So bemerkt Laaser: „*Interventionen auf der Nachfrageseite durch Einnahmeverbesserung (z.B. Zuzahlung) und/oder Reduzierung der Inanspruchnahme sind bisher weitgehend erfolglos geblieben, v.a. da durch die Verletzung des Gleichbehandlungsprinzips erhebliche Widerstände in der Öffentlichkeit zu verzeichnen waren.*“¹⁰⁶ Dennoch wurden im Zuge des am 1. Januar 2004 in Kraft getretenen Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenkassen die Zuzahlungen erhöht bzw., sofern sie noch nicht bestanden, neu eingeführt.

Abbildung 3: Neue Zuzahlungsregelungen ab 2004

Gesundheitsreform 2004 Das massen gesetzlich Krankenversicherte ab 1. Januar 2004 zuzahlen	
Neu: Häusliche Krankenpflege 10 % Kosten und 10 Euro je Verordnung, max. 28 Tage	Neu: Arzt-/Zahnarztbehandlung 10 Euro je Quartal und Behandlungsfall; Ausnahme: Überweisung und Vorsorgeuntersuchungen
Krankenhaus / Stationäre Reha Bisher: 9 Euro pro Tag, max. 14 Tage Neu: 10 Euro pro Tag, max. 28 Tage	Hilfsmittel (z.B. Einlagen) Bisher: 20 % der Kosten Neu: 10 %, min. 5, max 10 Euro
Heilmittel (z.B. Ergotherapie) Bisher: 15 % der Kosten Neu: 10 % der Kosten und 10 Euro je Verordnung	Arzneimittel / Verbandmittel Bisher: 4, 4,50 und 5 Euro je nach Packungsgröße Neu: 10 % des Preises; min. 5, max. 10 Euro; Zuzahlung darf Gesamtpreis nicht übersteigen
Kinder und Jugendliche sind von Zuzahlungen befreit. Für Versicherte über 18 Jahren gilt eine Belastungsgrenze. Sie beträgt 2 Prozent der Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt, bei chronisch Kranken 1 Prozent. Für Geringverdiener, Versicherte ohne eigenes Einkommen und Familien mit Kindern gibt es weitere Sonderregelungen.	

Grafik: AOK-Mediendienst

Quelle: AOK-Bundesverband (2004a)

¹⁰⁶ Laaser (1999), S. 11.

Kernstück der Finanzierung bleiben aber nach wie vor die Beiträge, die bis zu einer Höchstgrenze, der so genannten Beitragsbemessungsgrenze, prozentual vom Einkommen erhoben werden. Die Krankenkassenbeiträge sind für die meisten Bürger, die weniger als die Beitragsbemessungsgrenze verdienen, eine Pflichtabgabe.¹⁰⁷ Die größte Gruppe der Pflichtversicherten machen die Angestellten aus, gefolgt von Arbeitslosen und der Gruppe der pflichtversicherten Studenten/Praktikanten/Auszubildenden.¹⁰⁸ Pflichtversicherte weisen ein geringeres Einkommensniveau als freiwillig Versicherte auf. Busch/Pfaff/Rindsfüßer stellen – Bezug nehmend auf eine Mikrozensus Befragung – das Einkommensniveau der freiwillig und der privat Versicherten auf eine Stufe: es liege *„eine etwa ähnliche Verteilung der privat Versicherten auf die Einkommensklassen wie bei den freiwillig Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung“*¹⁰⁹ vor.

Im Gegensatz zur Kirchensteuer können die Pflichtversicherten die Abgabe nicht mit einer Willenserklärung zum Austritt aus der Versichertengemeinschaft umgehen. Die Wahl der Kasse innerhalb des Systems steht dahingegen jedem überwiegend frei.¹¹⁰ Ein Mitglied kann somit seine Abgabenlast mit Hilfe eines geringeren Beitragssatzes reduzieren.

Das Gesamtvolumen der GKV-Einnahmen lag im Jahr 2002 bei rund 140 Mrd. Euro, wovon etwa 136 Mrd. Euro auf Beitragseinnahmen und 4 Mrd. Euro auf sonstige Einnahmen entfallen. Die Verteilung auf die Rechtskreise

¹⁰⁷ Nicht dazu gehören beispielsweise Selbstständige, die unabhängig vom Einkommen wählen, ob sie sich gesetzlich, privat oder gar nicht versichern wollen. Beamte können ebenfalls einen privaten Versicherungsschutz abschließen.

¹⁰⁸ Vgl. BMGS (2004a).

¹⁰⁹ Busch/Pfaff/Rindsfüßer (1996), S. 53.

¹¹⁰ Ausnahme hierzu bilden die Krankenversicherungen, bei denen eine mögliche Mitgliedschaft an mindestens eine weitere Bedingung geknüpft ist. Beispielsweise können sich bei der Bundesknappschaft nur Beschäftigte knappschaftlicher Betriebe, Rentner, und deren Familienangehörige versichern lassen. Ähnlich verhält es sich bei der See-Krankenkasse, den landwirtschaftlichen Krankenkassen und den geschlossenen Betriebskrankenkassen.

West und Ost sieht wie folgt aus:

Tabelle 1: GKV-Einnahmen 2002

<i>in Mrd. Euro</i>	West	Ost	Gesamt
Beiträge	115,01	21,19	136,21
Sonstige Einnahmen	3,58	0,47	4,05
Gesamt	118,60	21,66	140,26
Gesamt je Versicherten in Euro	2015	1816	1982

Quelle: BMGS (2003b), Blatt 1-6, sowie eigene Berechnungen

Zu den sonstigen Einnahmen zählen unter anderem Vermögenserträge (Konto 30), Gewinne durch Wertsteigerung der Aktiva oder Wertminderung der Passiva (Konto 36) und Verzugszinsen (Konto 393).¹¹¹ Durch die geringere Grundlohnsumme im Osten ist das Einnahmen-Volumen gemessen an der dortigen Bevölkerungsgröße unterproportional.

Es besteht nach wie vor Uneinigkeit, ob das Finanzierungsproblem der GKV ein Einnahmen- oder Ausgaben-Problem darstellt. Ausgabenseitig lag die GKV-Steigerung je Versicherten und pro Jahr in den letzten Jahren real unterhalb von 2 %. Einnahmenseitig zeigt die Lohnquote¹¹² keine sinkende Tendenz.¹¹³ Somit käme noch die Grundlohnsumme als zweiter einnahmenseitiger Bestandteil als Ursache in Betracht. Sie stieg in den 90er Jahren real um weniger als 1 % je Versicherten, was ein Einnahmenproblem vermuten

¹¹¹ Vgl. BMGS (2004d).

¹¹² Die Lohnquote ist das Verhältnis von Arbeitnehmer- zu Volkseinkommen. Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2002), S. 241-242.

¹¹³ Vgl. Berié/Fink (2002/2003), S. 5.

lässt.¹¹⁴ Ähnlich sehen es Beske/Drabinski, die die Einnahmenverluste der GKV den „wirtschaftlichen Folgen der Wiedervereinigung“¹¹⁵ zurechnen. Dennoch gehen die Meinungen auseinander.¹¹⁶ Der Grund für die divergierenden Auffassungen ist zumeist die Datengrundlage. Teilweise wird ein unterschiedlicher Zeithorizont verwendet, teilweise nur einzelne Ausgabenbereiche betrachtet, wie etwa 'Allgemeine Krankenversicherung (AKV)' oder 'Krankenhaus'.¹¹⁷

Die Beantwortung der Frage ist von Bedeutung, wenn es darum geht, Maßnahmen zur Gegensteuerung auf den Weg zu bringen. Sollen diese eher die Einnahmen erhöhen oder eher die Ausgaben reduzieren? Die vorliegende Arbeit geht nicht näher darauf ein, da sie weniger die Finanzierung der GKV als Ganzes im Sinne eines normativen Postulats im Blick hat. Wie in Kapitel 1.2 erläutert, steht vielmehr die Finanzierung einer einzelnen Kasse im Vordergrund. Diese muss sich den Rahmenbedingungen, die für die Einnahmenseite der GKV gelten, fügen – ähnlich einem Marktanpasser in makroökonomischen Modellen. Für sie ist ausreichend zu wissen, dass Beiträge auf die Einkommen ihrer Mitglieder erhoben werden, und dass damit – im Zusammenspiel mit dem RSA – die Ausgaben gedeckt werden müssen.¹¹⁸

¹¹⁴ Vgl. Adomeit et al. (2003), S. 37 und 42. Die Berechnungen bei Adomeit et al. basieren auf einer Fortschreibung der Gesamteinnahmenentwicklung der 90er Jahre. Diese lag bei 1 % real. Wenn man diese noch um die Steigerung der Beitragssätze bzw. Beitragsbemessungsgrenze und um die Versichertenentwicklung bereinigt, ergibt sich eine Steigerung der Grundlohnsumme je Versicherten unterhalb von 1 %.

¹¹⁵ Beske/Drabinski (2003), S. 5.

¹¹⁶ Der Sachverständigenrat beispielsweise sieht das Problem stärker in der Ausgaben-
dynamik als in der Einnahmenschwäche begründet. Vgl. Sachverständigenrat zur Be-
gutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2002), S. 244. Ähnlicher Mei-
nung ist Heilmann (2002), S. 70-71.

¹¹⁷ Vgl. beispielsweise Statistisches Bundesamt (2002), S. 15, hinsichtlich einer Betrach-
tung der Gesundheitsausgabenentwicklung einzelner Leistungsarten.

¹¹⁸ Zu Details der Kassenparameter vgl. Kapitel 2.2.1.2.

2.2.1.1.2 GKV-Ausgaben

Die Ausgaben setzen sich aus den RSA-Leistungsausgaben und den sonstigen Ausgaben zusammen. Letztere sind vor allem Verwaltungskosten und satzungsmäßige Leistungen, die nicht Teil des RSA sind, wie z.B. Mütterkuren.¹¹⁹ Da über 90 % der Kosten einer Kasse RSA-Leistungsausgaben sind, gilt es hier anzusetzen; ein Großteil der ausgabenseitig wirkenden Maßnahmen bisheriger Reformen hat dies getan. Das jüngst beschlossene GMG sieht auch eine Deckelung der Verwaltungskosten vor, also eine Reduzierung der Ausgaben außerhalb des RSA. Dies macht aber nur einen kleinen Teil der zu erwartenden Einsparungen aus.

Die GKV-Leistungsausgaben werden von den Krankenkassen an das BVA gemeldet und dort konsolidiert. Auf die Berechnungen soll an dieser Stelle kurz eingegangen werden. Insgesamt lag das Ausgabenvolumen in der Kalenderjahresrechnung der gesetzlichen Krankenkassen (KJ1) im Jahr 2002 bei 128,6 Mrd. Euro.

Tabelle 2: Summe aller Ausgaben: KJ1-Werte

in Mrd. Euro	1997	2001	2002
Ost	19,3	21,2	22,0
West	93,2	103,4	106,6
Gesamt	112,5	124,6	128,6
Gesamt je Versicherten in Euro	1569	1755	1816

Quelle: BVA (2003e), BMGS (2003b), Blatt 2, sowie eigene Berechnungen

Die durchschnittlich jährliche Steigerungsrate (CAGR) der gesamtdeutschen Ausgaben von 112,5 Mrd. Euro im Jahr 1997 auf 128,6 Mrd. Euro in 2002 lag

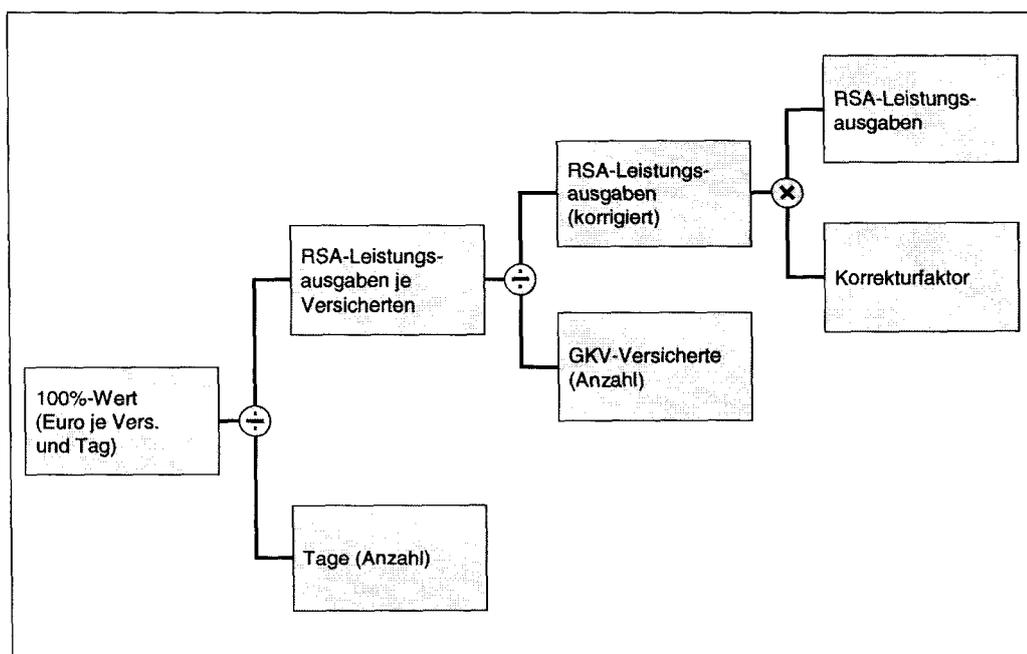
¹¹⁹ Kuren stellen den größten Ausgabenposten der nicht-RSA-fähigen Leistungsausgaben dar. Vgl. Boetius/Wiesemann (1998), S. 61-62.

bei 2,7 % absolut und bei 3,0 % je Versicherten (nominaler CAGR). Rechnet man die Inflation heraus, so ergibt sich ein realer CAGR, der die erwähnte These stützt, dass die Finanzierungsproblematik der GKV eher in der Einnahmen- als in der Ausgabenseite liegt.¹²⁰

Ausgaben je Tag

Für die die Ausgaben je Tag wird Risikoklassen-übergreifend ein Normwert, der so genannte 100 %-Wert (HPW), ermittelt. Dieser Wert gibt die durchschnittlichen Leistungsausgaben je Tag und GKV-Versicherten an. Er berechnet sich wie folgt:

Abbildung 4: Treiberbaum des 100 %-Werts der GKV



Quelle: Eigene Darstellung

Der HPW unterscheidet nicht nach Alter, Geschlecht, Erwerbsunfähigkeits-/

¹²⁰ Der SVRKAiG meint dazu: „Für die plakative These von der „Kostenexplosion“ im Gesundheitswesen liefert die Entwicklung der Leistungsausgaben in der GKV keine empirischen Belege.“ SVRKAiG (2003), Presstext S. 4.

Berufsunfähigkeits-Rente (EU/BU) oder Krankengeldanspruch. Diese Gewichtung wird mit Hilfe der so genannten Verhältniswerte vorgenommen.¹²¹ Der gesamtdeutsche HPW lag im Jahr 2002 bei knapp 5 €/Tag,¹²² sodass sich überschlagsmäßig hieraus das RSA-Volumen errechnen lässt als:¹²³

$$\begin{aligned} \text{GKV Leistungsausgaben 2002} &\approx \frac{5 \text{ €}}{\text{Tag / Versicherten}} \times 365 \text{ Tage} \times 70.000.000 \text{ Versicherte} \\ &\approx 128 \text{ Mrd. €} \end{aligned}$$

Der Korrekturfaktor ist zunächst eins und wird im Laufe der Zeit auf Basis von Nachbuchungen leicht angepasst. Er bleibt aber vernachlässigenswert. Für das Jahr 2001 betrug er beispielsweise 0,996942753518.¹²⁴

Für die einzelnen Risikoklassen werden auf Basis der tatsächlich angefallenen Kosten bzw. der Stichprobenerhebungen je Risikoklasse Gewichtungsfaktoren (Verhältniswerte) ermittelt.¹²⁵ Sie setzen die Risikoklassen anhand der indirekten Merkmale 'Alter', 'Geschlecht', 'Krankengeldanspruch', 'Er-

¹²¹ Vgl. Tabelle 3: Bereinigte endgültige Verhältniswerte 2002 auf S. 47.

¹²² Der HPW wird getrennt nach den Rechtskreisen Ost und West sowie als gesamtdeutscher Wert ermittelt. Der gesamtdeutsche Wert 2002 betrug 4,85385166993384. Vgl. BVA (2003h).

¹²³ Es wird auf Bindestriche in den Formeln verzichtet, um eine Verwechslung mit einem Minus-Zeichen auszuschließen.

¹²⁴ Vgl. BVA (2003b).

¹²⁵ Die Spitzenverbände vereinbaren, welche Stichproben zu erheben sind. Vgl. Vereinbarung zwischen AOK-Bundesverband, Bundesverband der Betriebskassen, IKK-Bundesverband, Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V., AEV – Verband der Arbeiter-Ersatzkassen e.V., Bundesknappschaft, See-Krankenkasse (2003), § 6 sowie Anlage 1.2. Danach wurden für die West-Versicherten 7 und für Ost-Versicherten 18 Stichprobentage festgelegt. Es werden jeweils die Gesamtjahresausgaben der Versicherten ermittelt, die an den Stichprobentagen Geburtstag haben. Zusätzlich wurden für Versicherte mit einem Lebensalter ab 60 Jahren, die nicht Erwerbsminderungsrentner sind, 11 Tage (West) bzw. 18 Tage (Ost) erhoben. Für Erwerbsminderungsrentner werden Stichprobenmonate erhoben – wiederum anhand des Kriteriums 'Geburtstag'. Für den Rechtskreis West waren es 3, für den Rechtskreis Ost 6 Monate. Für Krankengeldausgaben wird jeweils eine Vollerhebung durchgeführt.

werbsminderungsrentenbezug' sowie 'Wohn- bzw. Versicherungsort Ost/West' in Beziehung. Der Durchschnitt der Verhältniswerte über alle 732 Risikoklassen gewichtet nach den SA40-Versichertentagen sowie nach dem Kriterium 'Ost/West' beträgt 1:

$$\begin{aligned} \text{Durchschnitt der VHW} &= \frac{\sum_{i=1}^{732} (VHW_{i,West} \times SA40_{i,West}) + \sum_{i=1}^{732} (VHW_{i,Ost} \times SA40_{i,Ost})}{\sum_{i=1}^{732} (SA40_{West} + SA40_{Ost})} \\ &= 1 \end{aligned}$$

Beispiele: Ein 45-jähriger Mann der Versichertengruppe 1 in Westdeutschland hat einen Faktor von etwa 0,7.^{126,127} Damit liegen seine täglichen Durchschnittskosten um 30 % unter dem oben erwähnten HPW in Höhe von 5 €. Ein neugeborener Junge der Versichertengruppe 1 in Ostdeutschland hingegen hat einen Verhältniswert (VHW) in Höhe von 1,9 und verursacht also im ersten Lebensjahr etwa 90 % höhere Kosten als der Durchschnittsversicherte. Im Folgenden einige weitere Verhältniswerte aus dem Jahr 2002:

¹²⁶ Es handelt sich hierbei um einen Verhältniswert, der bereits um Beträge des Risikopools abgesenkt worden ist.

¹²⁷ Es gibt sechs Versichertengruppen. Die Klassifizierung richtet sich nach dem Krankengeld- und Erwerbsminderungsrentenanspruch des Versicherten. Für eine Erläuterung der Unterschiede vgl. Abbildung 6 auf S. 52 sowie Abbildung 18 auf S. 120.

Tabelle 3: Bereinigte endgültige Verhältniswerte 2002¹²⁸

Geschlecht	VG	Alter	Ost	West
Männer	1	0	1,934973	1,826221
Männer	1	1	0,700915	0,576302
Männer	1	2	0,501203	0,403718
Männer	1	3	0,429975	0,378687
Männer	1	4	0,446306	0,429247
Männer	1	5	0,448043	0,446666
Männer	1	6	0,444768	0,440292
Männer	1	7	0,449609	0,442056
Männer	1	8	0,445440	0,427468
Männer	1	9	0,451449	0,429345
Männer	1	10	0,465884	0,437920
Männer	1	11	0,479963	0,464445
...

Quelle: BVA (2003c)

Will man nun die Leistungsausgaben für a) eine Person oder für b) eine gesamte Risikoklasse errechnen, müssen die oben erläuterten Größen wie folgt kombiniert werden:

a) $\text{Ausgaben pro Jahr pro Versicherten der Risikoklasse } i =$
 $VHW_i \times HPW \times 365$

b) $\text{Ausgaben pro Jahr der Risikoklasse } i =$
 $VHW_i \times HPW \times SA40_i$

Das Produkt 'VHW x HPW x SA40' wird auch als Normerlös und das Produkt 'VHW x HPW' gemäß § 6 RSAV als standardisierte Leistungsausgaben (sLA) bezeichnet.¹²⁹ Sie werden ex post auf Basis der tatsächlich angefallenen Kosten und mit Hilfe eines umfangreichen Verfahrens ermittelt. Die Genauig-

¹²⁸ Die Verhältniswerte aus Tabelle 3 sind ebenfalls bereits um Beträge des Risikopools abgesenkt worden. Vgl. Fußnote 126.

¹²⁹ Für weitere Erläuterungen zum Begriff Normerlös vgl. S. 59 dieser Arbeit. Eine ausführliche Betrachtung der unterschiedlichen Normprofil-Dimensionen befindet sich in Kapitel 4.3.2.

keit der Normprofile spielt eine große Rolle, denn „bei dem enormen Finanzvolumen des RSA rechnen sich auch kleine „Berechnungsfehler“ leicht zu Millionensummen hoch“¹³⁰. Die folgende Tabelle zeigt die Leistungsausgaben aus dem Jahr 2002 für männliche Kinder der Versichertengruppe (VG) 1 im Alter von 0-11 Jahren.^{131,132}

Tabelle 4: Standardisierte Leistungsausgaben 2002 pro Tag

Geschlecht	VG	Alter	Ost	West
Männer	1	0	9,392070	8,864204
Männer	1	1	3,402138	2,797284
Männer	1	2	2,432767	1,959589
Männer	1	3	2,087035	1,838089
Männer	1	4	2,166303	2,083502
Männer	1	5	2,174735	2,168051
Männer	1	6	2,158838	2,137113
Männer	1	7	2,182335	2,145672
Männer	1	8	2,162098	2,074864
Männer	1	9	2,191269	2,083977
Männer	1	10	2,261332	2,125599
Männer	1	11	2,329669	2,254348
...

Quelle: BVA (2003d)

Demnach verursacht ein Kind in Ostdeutschland im ersten Lebensjahr (Alter 0) durchschnittlich etwa 3428,11 Euro Kosten für die GKV, nämlich 9,392070 €/Tag x 365 Tage. Wie Tabelle 4 ebenfalls zu entnehmen ist, nehmen die Kosten ab dem darauf folgenden Jahrgang stark ab. Dies liegt insbesondere an den selteneren Krankenhausaufenthalten.

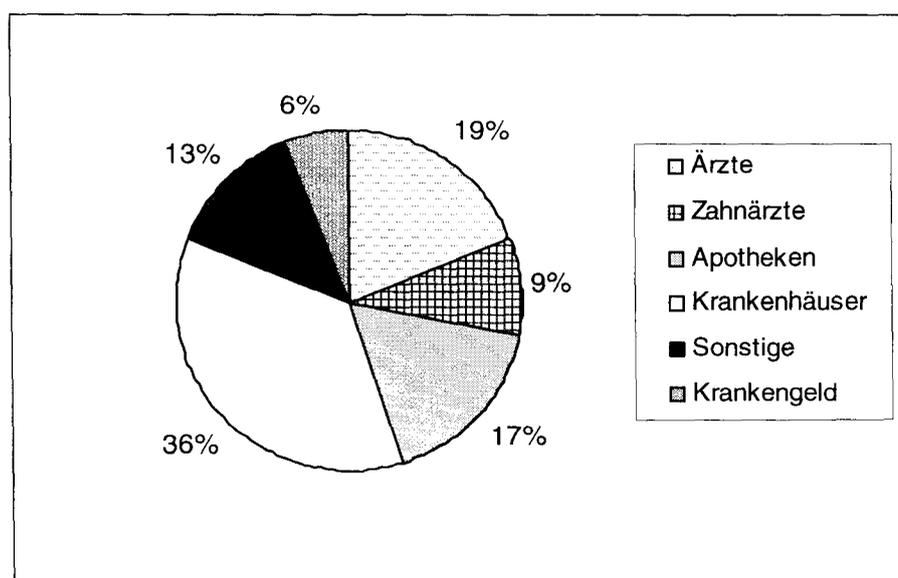
¹³⁰ Pfaff/Wassener (1998), S. 14.

¹³¹ Die Leistungsausgaben verstehen sich exkl. Risikopool.

¹³² Auch vor Einführung des RSA wurden in Deutschland Kostenprofile der gesetzlichen Krankenkasse erhoben, allerdings waren die Erhebungen weniger umfassend und wiesen eine andere Struktur auf. Der Detailgrad ging in Teilgebieten über die heutige Datenerhebung hinaus. Vgl. beispielsweise für Heil- und Hilfsmittel Paquet/Reschke/Schröder (1988), S. 172-187. Bei Jacobs/Reschke finden sich umfangreiche Daten zu kassenspezifischen Risikostrukturen. Vgl. Jacobs/Reschke (1991), S. 11-84.

Die Normprofile wurden bis zum Jahr 2002 getrennt nach sechs Hauptleistungsbereichen (HLB) erhoben: 'Ärzte' (HLB 1), 'Zahnärzte' (HLB 2), 'Arzneimittel' (HLB 3), 'Krankenhäuser' (HLB 4), 'Sonstige Leistungen' (HLB 5) sowie 'Krankengeld' (HLB 6). Ab dem Jahr 2003 werden weitere Differenzierungen gemäß § 137f, g SGB V vorgenommen,¹³³ für die bei Erstellung der vorliegenden Arbeit allerdings noch keine Daten vorlagen und die deshalb nicht berücksichtigt wurden. Die Kostenverteilung auf die Hauptleistungsbereiche der GKV sieht wie folgt aus:

Abbildung 5: HLB-Kostenverteilung 2001



Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von BVA-Daten¹³⁴

Wie unschwer zu erkennen ist, hat der Hauptleistungsbereich 'Krankenhäuser' das größte Gewicht. Das liegt daran, dass zum einen die Behandlungskosten je Fall hoch und außerdem die Behandlungszeiten lang sind. Die Behandlungszeiten sind von den im Folgenden beschriebenen Versichertenzeiten zu unterscheiden.

¹³³ Dies betrifft zunächst den Bereich Dialyse.

¹³⁴ Die Verteilung ist nicht gleichzusetzen mit den Gesundheitsausgaben nach Leistungsarten, die das Statistische Bundesamt jährlich berechnet.

2.2.1.1.3 GKV-Versichertenzeiten

Bei den Versichertenzeiten handelt es sich um so genannte SA40-Werte. Diese werden „in Tagen differenziert nach Versichertengruppen, Alter, Geschlecht, Ost und West“¹³⁵ ermittelt.

Tabelle 5: SA40-Versichertentage: Jahresausgleiches 2002

Geschlecht	Versicherten- gruppe	Alter	Versichertentage	
			Ost	West
Frauen	4	34	0	0
Frauen	4	35	340.941	1.000.789
Frauen	4	36	60.933	180.771
Frauen	4	37	64.432	210.118
Frauen	4	38	70.504	247.028
Frauen	4	39	86.214	283.634
Frauen	4	40	84.758	291.667
Frauen	4	41	88.398	326.592
Frauen	4	42	111.641	350.103
Frauen	4	43	123.938	373.899
Frauen	4	44	101.463	378.985
Frauen	4	45	120.972	413.041
Frauen	4	46	146.155	415.725
Frauen	4	47	149.853	432.718
Frauen	4	48	161.221	499.158
...

Quelle: BVA (2003g)

Der obige Ausschnitt für die Versichertengruppe 4 zeigt die SA40-Werte 2002. Wenn man die Werte durch 365 teilt, erhält man die durchschnittliche Versichertenanzahl eines Jahres für die jeweilige Risikoklasse. Die Versichertenzeiten werden gemäß § 3 RSAV für 732 Risikoklassen sowie getrennt nach den Rechtskreisen Ost und West von den Kassen taggenau erhoben und an das BVA gemeldet.¹³⁶ Im Beispiel der Tabelle 5 sind 14 der 732 Risi-

¹³⁵ BVA (2005).

¹³⁶ Das BVA konsolidiert die Daten und ermittelt damit die Verhältniswerte sowie den 100 %-Wert. Vgl. BVA (2003c).

koklassen dargestellt, und zwar weibliche Versicherte der Versichertengruppe 4 im Alter von 35 bis 48 Jahren. Das Alter 34 existiert in der Versichertengruppe 4 nicht und hat deshalb den Wert 0. Es handelt sich bei der Versichertengruppe 4 um Mitglieder mit allgemeinem Beitragssatz¹³⁷ und Krankengeldanspruch nach mindestens 6 Wochen, die eine Erwerbsminderungsrente beziehen. Diese Gruppe fängt erst mit dem Alter 35 an. Versicherte der Versichertengruppe 4, die jünger als 35 sind, werden in der Gruppe der 35-jährigen geführt bis sie in die Klassifizierung der 36-jährigen gehören. Die für die Modellrechnung benötigten GKV-Versicherten(jahre) lassen sich basierend auf den SA40-Werten wie folgt berechnen:

$$GKV \text{ Versicherte Gesamt} = \frac{\sum_1^{732} (SA40 \text{ Versichertentage West} + SA40 \text{ Versichertentage Ost})}{365}$$

Im Falle eines Schaltjahres muss durch 366 geteilt werden. Nimmt man das Beispiel der 38-jährigen Frauen aus Tabelle 5, waren im Jahr 2002 in der GKV im Jahresdurchschnitt knapp 870 Frauen in dieser Risikoklasse versichert, nämlich

$$\begin{aligned} \text{Versichertenjahre 2002 (Frauen, VG4, Alter 38)} &= \frac{70.504 + 247.028}{365} \\ &\approx 869,95 \end{aligned}$$

Die sich aus der Summe aller Versichertengruppen eines Alters ergebenden Klassengrößen bilden ziemlich genau die Bevölkerungspyramide der Bundesrepublik ab, da der überwiegende Teil der Bevölkerung gesetzlich versichert ist. Eine Ausnahme zu dieser Regel stellen Männer im Alter von 18-20

¹³⁷ Man unterscheidet zwischen drei Beitragssätzen: dem allgemeinen, erhöhten sowie dem ermäßigten Beitragssatz. Vgl. S. 57 für eine Erläuterung der Unterschiede.

dar. Diese sind während ihres Wehrdienstes nicht in der GKV, sondern besitzen einen Bundeswehr-eigenen Versicherungsschutz, sodass dieses Alter in der GKV etwas unterrepräsentiert ist.

Die Anzahl von 732 Risikoklassen hängt mit den indirekten Kriterien des RSA zusammen, anhand derer die Ausgleichszahlungen durchgeführt werden. Hierbei ist zu bedenken, dass die Risikoklassen mit Erwerbsminderungsrente nur im Alter von 35 bis 65 geführt werden und außerdem alle über 90-jährigen in eine Risikoklasse fallen. Somit lassen sich sechs Versichertengruppen unterscheiden:

Abbildung 6: RSA-Versichertengruppen und -Risikoklassen

VG	Beschreibung	Jahrgänge	Geschlecht	Klassen-Anzahl
1	Mitglieder mit allgemeinem Beitragssatz und Krankengeldanspruch nach mindestens 6 Wochen	0 - 90	m/w	182
2	Mitglieder mit erhöhtem Beitragssatz und Krankengeldanspruch nach maximal 6 Wochen	0 - 90	m/w	182
3	Mitglieder und Familienversicherte ohne Anspruch auf Krankengeld mit ermäßigtem Beitragssatz	0 - 90	m/w	182
4	Mitglieder mit allgemeinem Beitragssatz und Krankengeldanspruch nach mindestens 6 Wochen, die eine Erwerbsminderungsrente beziehen	35 - 65	m/w	62
5	Mitglieder mit erhöhtem Beitragssatz und Krankengeldanspruch nach maximal 6 Wochen, die eine Erwerbsminderungsrente beziehen	35 - 65	m/w	62
6	Mitglieder und Familienversicherte ohne Krankengeldanspruch, die eine Erwerbsminderungsrente beziehen	35 - 65	m/w	62
				Σ 732

Quelle: Eigene Darstellung, Gruppenbeschreibung vgl. BVA (2005)

Da sich die Versichertengruppen 1-3 lediglich hinsichtlich ihrer Krankengeldansprüche unterscheiden, sind die Normerlöse für die Jahrgänge 0-14 identisch.

2.2.1.1.4 Schätzerkreisdaten

Der GKV-Schätzerkreis veröffentlicht in regelmäßigen Abständen seine Einschätzung über relevante Größen der gesetzlichen Krankenversicherung.¹³⁸ Für das vorliegende Modell sind insbesondere die Ausgaben- und Versichertenentwicklung sowie die Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen (BPE) relevant. Daneben gibt es eine Vielzahl von weiteren Parametern, zu denen der Schätzerkreis Stellung nimmt, auf die aber an dieser Stelle nicht näher eingegangen werden soll.¹³⁹

Tabelle 6: Schätzerkreis-Werte vom März 2003 (Auszug)

Steigerung zum Vorjahr in %	Echt-Werte			Schätzwerte	
	1999	2000	2001	2002	2003
Ausgabenentwicklung West je Vers.	2,3	1,8	3,4	0,0	0,6
Ausgabenentwicklung Ost je Vers.	4,3	4,2	5,7	2,4	1,9
Versichertenentwicklung West	0,3	0,4	0,3	0,1	0,0
Versichertenentwicklung Ost	-1,2	-1,4	-1,4	-1,3	-1,2
BPE West je Mitglied	1,6	2,1	1,4	0,4	0,3
BPE Ost je Mitglied	1,2	0,7	1,4	1,2	-0,5

Quelle BVA (2003a)

Die Parameter des Schätzerkreises werden in der Regel für zwei Jahre geschätzt – eine sinnvolle Komplexitätsreduzierung, da die Entwicklung der Gesundheitskosten und der Gesetzgebung so schnelllebig sind, dass eine Abschätzung über diesen Horizont hinaus auf sehr wackligen Beinen stehen würde. Anders als die KV45-Veröffentlichungen des BMGS, werden die Leistungsausgabensteigerungen auch als je Versicherten-Wert angegeben. Die Einnahmen hingegen orientieren sich an der Zahl der Mitglieder (inkl.

¹³⁸ Für eine genaue Beschreibung des GKV-Schätzerkreises inkl. Rechtsgrundlage vgl. S. 37.

¹³⁹ Eine zusammenfassende Übersicht der Schätzerkreis-Parameter ist über das Bundesversicherungsamt erhältlich. Es wird nicht nur eine Prognose für die wesentlichen Einflussfaktoren, wie Grundlohnsumme und Leistungsausgaben, abgegeben, sondern auch für vermeintlich unwichtige Werte, wie etwa die Säumniszuschläge oder die Beiträge geringfügig Beschäftigter. Vgl. BVA (2004b).

Rentner). Zwar werden die Beiträge von Mitgliedern bezahlt und die Ausgaben von Versicherten verursacht. Das Umlageverfahren der GKV funktioniert aber nur mit einem konstanten Beitragssatz, wenn die Beitrags- und Ausgabensteigerung – jeweils pro Versicherten – identisch sind. Insofern erscheint der Nennerwechsel des Schätzerkreistableaus von 'je Versicherten' zu 'je Mitglied' wenig sinnvoll.

2.2.1.1.5 Betrachtung je Mitglied vs. je Versicherten

Sowohl für die Ausgaben- als auch für die Einnahmenseite werden vom BMGS Werte je Mitglied ermittelt.¹⁴⁰ Die dieser Arbeit zu Grunde liegenden Kalkulationen weichen bewusst von der offiziellen Berechnungsweise ab und beziehen sich ausschließlich auf je Versicherten-Werte. Diese Quotientenbildung hat eine höhere Aussagekraft, da der größte Einnahmenblock (Beitragsbedarf) und der größte Ausgabenblock (Leistungsausgaben) einer Kasse je Versicherten eingenommen bzw. ausgegeben werden. Zwar werden die Beitragseinnahmen über Mitglieder generiert, jedoch verbleiben nur die so genannten Beitragsmehreinnahmen bei der Kasse,¹⁴¹ nämlich

$$\begin{aligned} \text{Beitragsmehreinnahmen} &= \text{Beitragseinnahmen} - \text{Finanzkraft} \\ &= \text{Beitragspflichtiges Einkommen} \times (BS - ABS) \end{aligned}$$

Die Beitragsmehreinnahmen sollten durch die Anzahl der über das Mitglied versicherten Personen geteilt werden, denn nur über einen gleichnamigen Nenner lassen sich nachfolgend sinnvolle Rechenoperationen durchführen.

¹⁴⁰ Neuere Bekanntmachung beinhalten sowohl je Mitglieds- als auch je Versicherten-Werte. Die offiziellen Quartals- und Jahresabschlüsse werden aber nach wie vor nur absolut oder je Mitglied angegeben.

¹⁴¹ Vgl. auch S. 30 dieser Arbeit.

Am Rande sei erwähnt, dass die kostenlose Familienmitversicherung, also das Verhältnis Versicherte zu Mitgliedern, die größte finanzielle Unterstützung innerhalb der GKV für Familien darstellt. Sie verursachte beispielsweise im Jahr 1999 Kosten, denen keine Einnahmen gegenüberstanden, in Höhe von knapp 19 Mrd. Euro.¹⁴² Aus rechtlicher Sicht könnte die Beitragsfreiheit aufgehoben werden. *„Zwar lässt sich aus dem Gebot des besonderen Schutzes von Ehe und Familie in Art. 6 Abs. 1 GG in Verbindung mit dem Sozialstaatsprinzip die allgemeine Pflicht des Staates zu einem Familienlastenausgleich entnehmen. Doch wird damit nicht die Entscheidung vorgegeben, in welchem Umfang und in welcher Weise dieser soziale Ausgleich stattzufinden hat.“*¹⁴³ Die Kosten für die Familienmitversicherung sind negativ mit dem Alter der Mitglieder korreliert. Insofern könnte man sie auch als Gegenpol zu den steigenden Gesundheitsausgaben im Alter – gewissermaßen als ausgleichende Generationensolidarität – sehen. Diesen Zusammenhang kann man beispielsweise am Familienstand ablesen: während 16,9 % der Männer im Alter von 70-74 entweder ledig, verwitwet oder geschieden sind, beträgt dieser Anteil bei den Männern über 80 Jahren 39,2 %.¹⁴⁴

2.2.1.2 Kassen-Parameter des Datensatzes

Wären die Beitragseinnahmen die Finanzierungsbasis einer Kasse, bräuchte man auf die GKV-Parameter, wie oben geschehen, nicht einzugehen. Aufgrund der hohen Beitragssatzunterschiede, hervorgerufen durch die unterschiedlichen Risikostrukturen der Kassen, wurde ab 1994 allerdings der Risikostrukturausgleich ins Leben gerufen, durch den makroökonomische Para-

¹⁴² Vgl. Informationssystem der Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2004). Der Anteil der beitragsfrei Mitversicherten sinkt seit einigen Jahren und liegt aktuell in der AKV bei etwa 28 %. Vgl. BMGS (2003b), Blatt 2, BMGS (2003c), Tabelle 8.1, sowie Breyer et al. (2001), S. 19.

¹⁴³ Pitschas (2003a), S. 50.

¹⁴⁴ Vgl. Kruse et al. (2003), S. 16.

meter hinzugekommen sind. Dies gilt sowohl ausgaben- als auch einnahmenseitig. Ein Beispiel sind die in Kapitel 2.2.1.1.2 beschriebenen Verhältniswerte. Erst im Wechselspiel der GKV- und der Kassendaten lässt sich letztlich das Jahresergebnis einer Kasse ermitteln.

2.2.1.2.1 Kassen-Einnahmen

Die Krankenkassen erstellen zum Jahresende die so genannte KJ1, eine Einnahmen/Ausgaben-Rechnung. Die Einnahmen errechnen sich im Wesentlichen durch:

$$\text{Einnahmen} = \text{Beitragseinnahmen} - \text{Finanzkraft} + \text{Beitragsbedarf}$$

Sonstige Einnahmen spielen eine geringe Rolle. Sie machten 2003 nur rund 2 % des Gesamtaufkommens aus.¹⁴⁵ Für die Beispielkasse des Rechenmodells in Kapitel 3 und 4 wurden Einnahmen unterstellt, die einer realen Kasse entsprechen könnten. Die Größenverhältnisse wurden anhand von veröffentlichten Geschäftsberichten ermittelt.¹⁴⁶ Im Folgenden wird auf die drei wesentlichen Bestandteile eingegangen.

Beitragseinnahmen

Die Beitragseinnahmen werden ermittelt aus dem Produkt von Beitragssatz und Grundlohnsumme.

Als Grundlohnsumme wird die Summe der beitragspflichtigen Einnahmen der

¹⁴⁵ Vgl. BMGS (2004b), Blatt 1.

¹⁴⁶ Vgl. beispielsweise Barmer Ersatzkasse (2004), S. 35-42.

Mitglieder bezeichnet.¹⁴⁷ Somit zählen beispielsweise Einkommen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze und Kapitaleinkünfte nicht dazu.

Der Beitragssatz in der gesetzlichen Krankenversicherung ist für die Mitglieder einer Kasse identisch, bemisst sich also nicht nach Alter oder Morbidität. Er ist auch nicht progressiv in Abhängigkeit vom Einkommen, wie etwa die Steuersätze. Eine Unterscheidung wird allerdings vorgenommen hinsichtlich allgemeinem, ermäßigtem und erhöhtem Beitragssatz – geregelt in den §§ 241-243 SGB V:

„§ 241 Allgemeiner Beitragssatz: ... Soweit nichts Abweichendes bestimmt ist, zahlen Mitglieder Beiträge nach dem allgemeinen Beitragssatz. Dieser Beitragssatz gilt für Mitglieder, die bei Arbeitsunfähigkeit für mindestens sechs Wochen Anspruch auf Fortzahlung ihres Arbeitsentgelts oder auf Zahlung einer die Versicherungspflicht begründenden Sozialleistung haben.“

Ist dies nicht der Fall und legt das Mitglied Wert auf eine Absicherung des Krankengeldrisikos greift § 242:

„§ 242 Erhöhter Beitragssatz: Für Mitglieder, die bei Arbeitsunfähigkeit nicht für mindestens sechs Wochen Anspruch auf Fortzahlung ihres Arbeitsentgelts oder auf Zahlung einer die Versicherungspflicht begründenden Sozialleistung haben, ist der allgemeine Beitragssatz entsprechend zu erhöhen.“

Die Beitragsbelastung lässt sich für die Mitglieder senken, indem auf eine Absicherung des Krankengeldrisikos verzichtet wird:

„§ 243 Ermäßigter Beitragssatz: (1) Besteht kein Anspruch auf Krankengeld

¹⁴⁷ Für Mitglieder ohne Einkommen, wie z.B. Studenten und Arbeitslose, wird ein fiktives beitragspflichtiges Einkommen angesetzt.

oder beschränkt die Krankenkasse ... für einzelne Mitgliedergruppen den Umfang der Leistungen, ist der Beitragssatz entsprechend zu ermäßigen.“

Die öffentliche Diskussion bezieht sich normalerweise auf den allgemeinen Beitragssatz. Interessanterweise ist die Spannbreite der Beitragssätze sehr unterschiedlich:

Tabelle 7: Beitragssätze 2005

in %	DAK	AOK Hessen
allgemeiner BS	14,7	14,8
erhöhter BS	15,9	20,4
ermäßigter BS	13,8	13,3

Quelle: DAK (2005), AOK Hessen (2005)

Die beiden obigen Kassen haben zwar einen ähnlich hohen allgemeinen Beitragssatz, liegen aber bei den anderen beiden Beitragssätzen deutlich auseinander. Grund dafür ist der unterschiedliche Regionalschwerpunkt. Während die Mitglieder der AOK Hessen in einem Gebiet leben, dessen Grundlohnsumme zu einer der höchsten in Deutschland zählt, verteilen sich die Mitglieder der Deutschen Angestellten-Krankenkasse (DAK) über das ganze Bundesgebiet. Dementsprechend wird das Risiko des Krankengeldbezugs unterschiedlich stark gewichtet.¹⁴⁸

Finanzkraft

Die Finanzkraft ist das Produkt aus Grundlohnsumme der Kasse und dem Ausgleichsbedarfssatzes. Sie trägt dadurch den unterschiedlichen Einkommensstrukturen der GKVn Rechnung.

¹⁴⁸ Vgl. Kapitel 5.1.2 für eine ausführliche Diskussion der Mitglieder- und Kostenstreuung über das Bundesgebiet.

$$\text{Finanzkraft Kasse} = \text{GLS Kasse} \times \text{ABS}$$

Die Grundlohnsumme hängt von der Mitgliederstruktur der Kasse ab. Der Ausgleichsbedarfssatz hingegen ist bundesweit einheitlich. Im Gegensatz zu den Normerlösen, die getrennt nach Ost und West ermittelt werden, wird also beim ABS nicht auf die unterschiedlichen wirtschaftlichen Verhältnisse Rücksicht genommen.

Beitragsbedarf

Der jährliche Beitragsbedarf einer Kasse ist die Summe der Normerlöse ihrer Versicherten. Normerlöse werden zum Teil auch als Normkosten oder als Normprofile bezeichnet. Alle drei Varianten haben ihre Berechtigung. Für die Krankenkassen stellen sie einen Erlös dar, weil sie zur Deckung der angefallenen Leistungsausgaben dienen. Für das Krankenversicherungssystem insgesamt sind es Kosten, da sie die durchschnittlichen Ausgaben eines Versicherten widerspiegeln, was wiederum als Versichertenprofil angesehen werden kann. Im Folgenden wird der Begriff Normerlös verwandt, da die Betrachtung aus Sicht einer Kasse vorgenommen wird. Es gilt:

$$\text{Normerlös} = \text{VHW} \times \text{HPW} \times \text{SA40 Versichertentage}^{149}$$

Der Beitragsbedarf ist unabhängig davon, ob ein Versicherter pflichtversichertes Mitglied bzw. Rentner, Familienmitversicherter oder etwa freiwillig Versicherter ist. Die Beitragszahlung spielt für den Beitragsbedarf also keine Rolle. Der Mitgliederstatus ist nicht zu verwechseln mit den RSA-Versicherungsguppen 1-6. Es handelt sich lediglich um eine andere Kategorisierung der gleichen Grundgesamtheit. In jeder der sechs RSA-Versicherungsguppen kann es Pflichtversicherte, Rentner, Familienmitversicherte und freiwillig Ver-

¹⁴⁹ Das Produkt VHW x SA40 Versichertentage, also ohne Hundertprozentwert, wird als Risikomenge bezeichnet. Vgl. BVA (2004f), S. 3.

sicherte geben. Ein Beispiel mag zur Illustration dienen. Herr Mustermann

- ist 62 Jahre alt,¹⁵⁰
- wohnt in den alten Bundesländern,
- war nur im April 2002 bei der DAK versichert,
- hat keinen Anspruch auf Krankengeld und
- bezieht keine Erwerbsminderungsrente.

Herr Mustermann fällt in die Versichertengruppe drei, da er weder einen Krankengeld- noch einen Erwerbsminderungsrentenanspruch besitzt.¹⁵¹ Die DAK erhält für das Jahr 2002 in etwa folgenden Normerlös für ihn unter der Voraussetzung, dass Herr Mustermann gemäß § 28a Abs. 2 RSAV iVm. § 269 Abs.1 Satz 3 SGB V nicht mehr als 20.450 Euro Leistungsausgaben verursacht hat, also nicht teilweise über den Risikopool abgerechnet wird:

$$\text{Normerlös} = VHW \times HPW \times SA40$$

$$\approx 1,1 \times \frac{4,85 \text{ €}}{\text{Tag}} \times 30 \text{ Tage}$$

$$= 160,05 \text{ €}$$

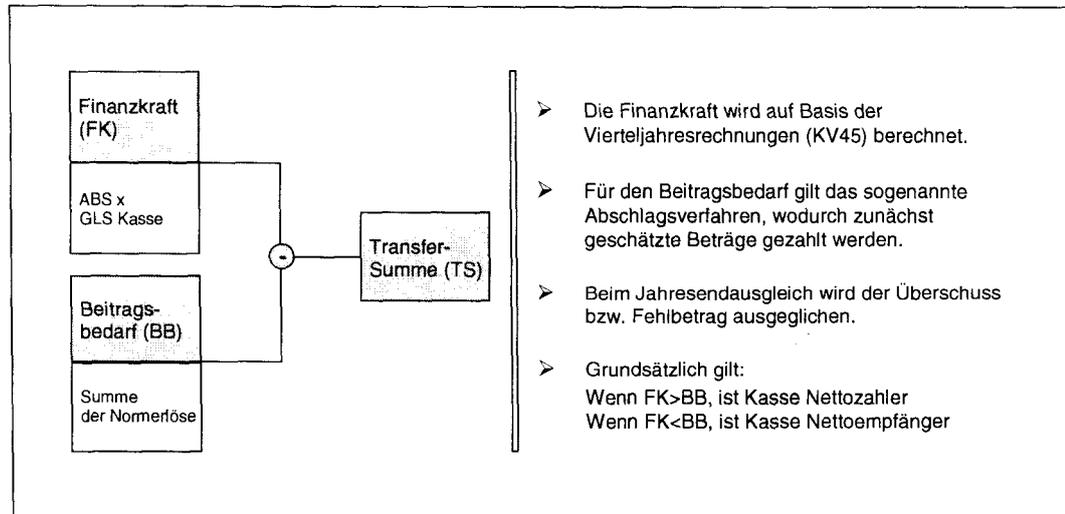
Der Saldo aus Finanzkraft und Beitragsbedarf ist die Transfersumme, wobei

¹⁵⁰ Bezüglich der Frage, ob der Beitragsbedarf vor und nach einem Geburtstag zu differenzieren ist, heisst es in der Vereinbarung zwischen den Spitzenverbänden der GKV-Kassen: Ein Versicherter ist „dem vollendeten Lebensjahr zuzuordnen, das sich aus der Differenz zwischen Erhebungs- und Geburtsjahr errechnet. Versicherte mit einem Alter unter einem Jahr sind dem Alter 0 und Versicherte mit einem Alter über 90 dem Alter 90 zuzuordnen.“ Vereinbarung zwischen AOK-Bundesverband, Bundesverband der Betriebskassen, IKK-Bundesverband, Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V., AEV – Verband der Arbeiter-Ersatzkassen e.V., Bundesknappschaft, See-Krankenkasse (2003), S. 6.

¹⁵¹ Vgl. Abbildung 6 auf S. 52.

zu bedenken ist, dass diese erst mit einem Zeitverzug von etwa 10 Monaten, beim Jahresschlussausgleich, endgültig berechnet wird.¹⁵²

Abbildung 7: RSA-Transfersumme



Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Neubauer (2003), S. 105

Bis zum Jahresschlussausgleich werden Schätzwerte mit Hilfe eines Abschlagsverfahrens herangezogen bzw. ein Zwischenausgleich berechnet: „Das BVA berechnet nach § 17 Abs. 3a RSAV für alle Krankenkassen jeweils zum 30. September (1. Zwischenausgleich) für den Zeitraum des ersten Halbjahres des laufenden Jahres und zum 31. März des Folgejahres (2. Zwischenausgleich) für den Zeitraum des gesamten Vorjahres

- die voraussichtliche Finanzkraft nach § 12 Abs. 2 RSAV auf der Grundlage der voraussichtlichen beitragspflichtigen Einnahmen nach § 9 RSAV aus der für den jeweiligen Zeitraum vorliegenden Vierteljahresrechnungen (KV45) nach § 10 der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift über die Statistik in der gesetzlichen Krankenversicherung sowie
- den vorläufigen Beitragsbedarf nach § 10 Abs. 3 RSAV auf der Grund-

¹⁵² Der Zeitverzug ist bedingt durch die verspätete Meldung der Kosten einzelner Krankenkassen und durch die aufwendigen Konsolidierungsrechnungen des BVA im Anschluss daran.

*lage der zusätzlichen Meldung der Daten über die Versicherten nach § 267 Abs. 2 SGB V für den jeweiligen Zeitraum des Zwischenausgleichs neu.*¹⁵³

2.2.1.2.2 Kassen-Ausgaben

Der Großteil der Ausgaben der Kassen sind Leistungsausgaben, auch Ist-Ausgaben genannt. Sie machten im Jahr 2002 gut 93,5 % der gesamten Ausgaben aus.¹⁵⁴ Die Leistungsausgaben sind von den Normerlösen zu unterscheiden. Während Erstere die für eine Kasse tatsächlich angefallenen Kosten darstellen, sind Letztere die durchschnittlichen Kostensätze, die den Kassen ersetzt werden. Letztlich sollten die Normerlöse die Leistungsausgaben einer Kasse decken, um keine Unterdeckung der Kosten (strukturelle Lücke) zu haben.¹⁵⁵

Die restlichen Ausgaben sind im Wesentlichen die Verwaltungskosten mit 5,6 %. Hinzukommen noch kleinere Posten wie Finanzierungskosten und Kulanzeleistungen an die Versicherten, die so genannten nicht-RSA-fähigen Leistungsausgaben.

Die RSA-fähigen und nicht-RSA-fähigen Leistungsausgaben der einzelnen Versicherten sind den Krankenkassen im Allgemeinen bekannt. Eine Ausnahme hierzu bilden die ambulanten Arztkosten, die zum Großteil pauschal pro Versicherten oder pro Mitglied abgegolten werden.¹⁵⁶ Dadurch ist den

¹⁵³ Vereinbarung zwischen AOK-Bundesverband, Bundesverband der Betriebskassen, IKK-Bundesverband, Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V., AEV – Verband der Arbeiter-Ersatzkassen e.V., Bundesknappschaft, See-Krankenkasse (2003), S. 11.

¹⁵⁴ Vgl. BMGS (2003b), Blatt 1.

¹⁵⁵ Vgl. Kapitel 5.1.1 zum Einfluss der strukturellen Lücke auf die RSA-Ertragsmechanik.

¹⁵⁶ Die Regelungen sind bundeslandabhängig.

Kassen der Umfang des Arztbudgets für die Regelleistungen im Vorhinein bekannt. Das Budget wird anschließend anhand von Punktezahlen, die wiederum von den erbrachten Leistungen der Ärzte abhängen, zwischen den Ärzten verteilt.

Die Leistungsausgaben einer Kasse lassen sich in 732 Risikoklassen unterteilen. Jeder Versicherte gehört genau einer der 732 Risikoklassen an, so dass sich theoretisch eine Tabelle zusammenstellen lässt, die die Kosten je Risikoklasse und Jahr angibt. Ein Versicherter kann im Laufe seines Lebens zwar die Risikoklasse wechseln, z.B. durch Bezug einer Erwerbsminderungsrente, allerdings kann er niemals zwei Risikoklassen gleichzeitig angehören. Eine Tabelle mit den Kosten der 732 Risikoklassen einer Kasse ist also erstellbar, sie wird in der Praxis jedoch nicht verwandt. Nichtsdestotrotz ist sie von großer Bedeutung für die vorliegende Arbeit und wurde deshalb konstruiert und den Berechnungen zu Grunde gelegt. Der Wegfall der RSA-Leistungsausgaben wurde je Maßnahme anhand der Tabelle simuliert, wobei zum Teil eine weitere Unterscheidung in sechs Hauptleistungsbereiche vorgenommen wurde.¹⁵⁷

2.2.1.2.3 Kassen-Versichertenzeiten

Die Versichertenzeiten einer Kasse folgen der Gliederung der GKV-Versichertenzeiten.¹⁵⁸ Das ist allein deshalb notwendig, weil jede Kasse ihre Angaben an das BVA meldet und das BVA die Daten anschließend konsolidiert. Die Gesamtstatistik wird den Kassen zurückgespielt sowie den Berechnungen der Verhältniszahlen zu Grunde gelegt.

¹⁵⁷ Die Summe der sechs Hauptleistungsbereiche ergibt die Gesamtkosten der Risikoklasse. Vgl. auch Abbildung 5: HLB-Kostenverteilung 2001 auf S. 49.

¹⁵⁸ Vgl. Kapitel 2.2.1.1.3.

Eine Kasse bereitet ihre eigenen Versichertenzeiten im Regelfall noch nach weiteren Kriterien auf, die insbesondere für den Vertrieb von Relevanz sind. So sind beispielsweise die regionale Verteilung der SA40-Werte, der durchschnittliche Verdienst sowie Zu- und Abgänge interessant, zu untersuchen. Den Kassen stehen für die internen Statistiken alle Freiheiten zu, sofern sie nicht mit den Datenschutzbestimmungen kollidieren. Für die Erhebung der offiziellen Versichertenzeiten hingegen, wie bereits auf Seite 50 erwähnt, gilt § 3 RSAV. Dieser regelt detailliert die Erhebungsmodalitäten. So müssen neben dem aktuellen auch „*das erste und das fünfte vor dem Berichtsjahr liegende Jahr*“¹⁵⁹ erhoben werden, um Nachkorrekturen vornehmen zu können. Das Ganze muss auf „*maschinell verwertbaren Datenträgern*“¹⁶⁰ den Spitzenverbänden „*bis zum 16. April des dem Berichtsjahr folgenden Jahres*“¹⁶⁰ übermittelt werden. Diese leiten die Daten nach eingehender Prüfung vier Wochen später an das BVA weiter. Sollten die übermittelten Werte nicht fristgerecht vorliegen oder erhebliche Mängel aufweisen, steht es dem BVA frei, die Vorjahreswerte zu Grunde zu legen und einen „*angemessenen Sicherheitsabzug*“¹⁶¹ vorzunehmen.

Neben den Jahreswerten müssen auch unterjährige Versichertenzeiten ermittelt werden, da sie zur Berechnung des monatlichen Abschlagsverfahrens und für die Vierteljahresstatistik (KV45) nötig sind. Sie werden jeweils für die Zeiträume Januar, Januar bis März, Januar bis Juni sowie Januar bis September erhoben.¹⁶² Diese Daten sind ebenso wie die Jahresstatistiken von den Kassen für neun Jahre aufzubewahren und danach zu löschen. Eine längere Aufbewahrung darf nur in Ausnahmefällen erfolgen und beträgt dann 12 Jahre.¹⁶³

¹⁵⁹ § 3 RSAV Abs. 1 Satz 1.

¹⁶⁰ § 3 RSAV Abs. 4 Satz 1.

¹⁶¹ § 3 RSAV Abs. 4 Satz 5.

¹⁶² Vgl. § 3 RSAV Abs. 6 Satz 1 iVm. § 17 RSAV.

¹⁶³ Vgl. § 3 RSAV Abs. 7 Satz 1 bis 3.

2.3 Kritische Würdigung

Die in den Kapiteln 2.1 und 2.2 beschriebene Vorgehensweise hat sich insgesamt als zielführend erwiesen. Wesentlich dazu beigetragen hat die detaillierte Datenbasis. Hätten sie nicht in der Form vorgelegen, wie es durch die BVA-Statistiken der Fall war, hätte die Thematik der Arbeit lediglich auf einer theoretischen Ebene behandelt werden können.¹⁶⁴ Trotz der insgesamt positiven Einschätzung der gewählten Methodik sollen an dieser Stelle einige Probleme nicht unerwähnt bleiben, die im Laufe der Bearbeitung aufgetreten sind.

Als grundsätzliche Schwierigkeit ist anzumerken, dass die Daten nicht für die untersuchte Fragestellung erhoben wurden. Das heisst, sie haben nicht den Zuschnitt, der ideal wäre. Beispielsweise werden GKV-Kostendaten auf Hauptleistungsbereiche heruntergebrochen, aber nicht auf Sachverhalte, die etwa eine Leistungskatalogänderung betreffen. Auf Kassenseite wiederum gibt es nicht die auf GKV-Seite vorhandene 732x6 Matrix,¹⁶⁵ da die Daten nicht in diesem Schema an das BVA gemeldet werden. Weder auf Kassen- noch auf GKV-Seite existiert eine 732x190 Matrix,¹⁶⁶ also eine Kostendetailierung je Risikoklasse für die Konten-Dreisteller.¹⁶⁷ Somit müssen die Einzelbestandteile SA40 (Versichertentage differenziert nach Versichertengruppen, Alter, Geschlecht, Ost/West), SA41 (Leistungsausgaben der Hauptleistungsbereiche 1 bis 5), SA42 (Leistungsausgaben des Hauptleistungsberei-

¹⁶⁴ In den ersten Jahren nach Einführung des RSA wurde die Datenbasis als nicht valide kritisiert. Das Bundesversicherungsamt wies die Kritik zurück. Vgl. Ballesteros (1997), S. 378. Auch zehn Jahre nach Einführung des RSA können Datenfehler natürlich nicht ausgeschlossen werden. Tatsache ist allerdings, dass die BVA-Daten Grundlage der Ausgleichszahlungen sind. Insofern sind sie in der Modellanalyse zu verwenden.

¹⁶⁵ Damit ist die Verteilung der Kosten auf 732 RSA-Risikoklassen einerseits und 6 Hauptleistungsbereiche andererseits gemeint.

¹⁶⁶ Vgl. Kapitel 3.2: Das theoretisch korrekte Rechenmodell.

¹⁶⁷ Vgl. S. 82 für eine Erläuterung der Ein-, Zwei- und Dreisteller.

ches Krankengeld sowie Krankengeldtage) und SA43 (Ausgaben und Erstattungen der KJ1 auf Hauptleistungsbereiche aggregiert) zunächst zusammen- bzw. ineinander überführt werden.¹⁶⁸

Die Daten, die der Untersuchung zu Grunde liegen, enthalten zudem Einmaleffekte, die zur Verzerrung führen können. Hinweise darauf gibt es von offizieller Stelle nicht. Gleichwohl lassen sich teilweise Einmaleffekte aus allgemein zugänglichen Informationen entnehmen. Solche Zusatzinformationen wurden so gut es geht integriert, jedoch sind zwei Einschränkungen zu bemerken:

- 1) Der quantitative Einfluss dieser Angaben ist nur schwer zu beziffern. Es lassen sich somit nur Tendenzen ermitteln.
- 2) Da Brüche in den Daten einer Versicherung bei Veröffentlichung der Konkurrenz zugänglich gemacht würden, werden Einmaleffekte einer Kasse nicht veröffentlicht. Somit können nur solche berücksichtigt werden, die die gesamte GKV betreffen.

Der wohl wichtigste Einmaleffekt betrifft das neue Krankenkassenwahlrecht, das zum 01.01.2002 in Kraft trat.¹⁶⁹ Dadurch kann bei Aufnahme einer neuen Beschäftigung das Kassenwahlrecht nicht mehr ausgeübt werden. Im Falle einer Beitragssatzerhöhung ist hingegen auch ein kurzfristiger Wechsel zu einer anderen Krankenkasse möglich. Es gilt ein Sonderkündigungsrecht mit einer Kündigungsfrist von 2 Monaten zum Monatsende. Die sonst geltende 18-monatige Mindestbindungszeit nach einem Krankenkassenwechsel greift in solchen Fällen nicht. Eine zeitliche Befristung der Kündigung ist nicht vorgesehen. Das Sonderkündigungsrecht kann also auch nach Eintritt der Bei-

¹⁶⁸ Vgl. BVA (2005) für eine Definition der Begrifflichkeiten.

¹⁶⁹ Vgl. Gesetz zur Neuregelung der Krankenkassenwahlrechte (2001).

tragssatzerhöhung ausgeübt werden. Interessant ist dieser Einmaleffekt, weil er am Ende von 2001 zu spürbaren Versichertenbewegungen geführt hat. Für die Analysen des Jahres 2002 musste deshalb die veränderte Versichertenbasis berücksichtigt werden. Eine weitergehende Analyse der Einflussfaktoren, wie z.B. die Altersstruktur des Versichertenbestandes, befindet sich in Kapitel 5.1.

Was die einzelnen Phasen der Erstellung angeht, war zunächst geplant, Literaturstudium und Modellerstellung aufeinander aufbauen zu lassen. Das Literaturstudium sollte abgeschlossen sein, bevor die Daten bearbeitet werden, um genau zu wissen, unter welchen Gesichtspunkten sie untersucht werden. Es hat sich als praktikabler und zeitlich effizienter erwiesen, die Teilabschnitte für gewisse Themen überlappen zu lassen. Dennoch bildet insgesamt das Literaturstudium den Anfang, die Modellerstellung den zweiten Schritt und die Darlegung in schriftlicher Form den Abschluss. Letzteres lief häufig parallel zur Modellerstellung. Dies war auch so vorgesehen.

Bei der Literaturrecherche ist eine Behandlung aller drei in Abbildung 1 dargestellten Eckpunkte 'gesetzliche Krankenkassen', 'Wettbewerbsfähigkeit/Finanzplanung' und 'gesundheitspolitische Maßnahmen' nur selten anzutreffen. Es wurde deshalb zunächst Literatur gewählt, die wenigstens zwei Punkte behandelt, und anschließend Hinweisen bezüglich der Generalisierbarkeit nachgegangen. Aufgrund der nur sehr vereinzelt und teilweise in Sammelbänden veröffentlichten Schriften, stellten sich Querverweise als das geeignetste Mittel heraus, um relevante Literatur ausfindig zu machen.

Die Problematik der Datenaktualität ist wie bei vielen empirischen Untersuchungen auch für die vorliegende Arbeit anzumerken. So müssen die Altersgruppenstärken unter der Annahme gleich bleibender Gewichtung um ein Jahr fortgeschrieben werden. Zudem basieren jegliche Auswertungen zum Zeitpunkt der Berechnungen auf Daten, die im günstigsten Fall ein knappes Jahr alt waren. Da die Analysen allerdings prospektiver Natur sind, beträgt

die Zeitspanne zumeist mehr als ein Jahr.

Unmittelbar eingeflossen in die Berechnungen sind die tangiblen direkten Kosten. Die Klassifizierung der Kosten und deren Berücksichtigung lassen sich, wie in Tabelle 8 dargestellt, zusammenfassen.

Tabelle 8: Kosteneinordnung

	direkte Kosten	indirekte Kosten
tangibel	z.B. Senkung der Normerlöse durch eine Maßnahme	z.B. Notwendige Marketingaktionen zur Aufklärung der Versicherten
intangibel	z.B. Verärgerung der Versicherten über eine spezifische Leistungskatalogänderung	z.B. Rufverlust durch negative Presseberichte über die GKV

	In Berechnungen berücksichtigt
	In Gesamtbetrachtung berücksichtigt

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Greiner (2000), S. 162

Indirekte aber dennoch tangible Kosten, z.B. Marketingaktionen oder die Reduzierung bzw. Erhöhung von Verwaltungsausgaben, sind schwer zu bewerten. Sie wurden im ersten Schritt nicht berücksichtigt. Zum einen wegen der schwierigen Quantifizierung, zum anderen weil sie stark von der jeweiligen Gesetzesänderung und der kassenspezifischen Situation abhängen, und somit die Betrachtung keinen allgemeingültigen Charakter hätte. Sie dürfen aber in einer Gesamtbetrachtung nicht außer Acht gelassen werden. Deshalb sind sie in der vorliegenden Arbeit als maßnahmenübergreifende Auswirkungen behandelt. Ebenfalls behandelt werden intangible Kosten. Dazu gehören z.B. der Rufverlust, weil negativ über die GKV in der Presse berichtet wird oder die Verärgerung der Versicherten über den Wegfall von Leistungen.¹⁷⁰

¹⁷⁰ Vgl. Kapitel 5.2.

3 Grundsätzliche Überlegungen zum Rechenmodell

3.1 Grundlagen

3.1.1 Begriffsklärung

Das Herzstück des RSA sind die Elemente Finanzkraft, Beitragsbedarf und Leistungsausgaben. Auf sie wurde bereits in den Kapiteln 2.2.1.1 und 2.2.1.2 eingegangen. Die Ausführungen dieses Kapitels sollen dazu dienen, die Begriffe im Zusammenspiel mit den RSA-Effekten zu verdeutlichen. Nach § 266 SGB V Abs. 2 bemisst sich der RSA-Ausgleichsanspruch bzw. die -verpflichtung anhand der Finanzkraft und des Beitragsbedarfs einer Kasse. Die Finanzkraft einer Kasse errechnet sich auf Basis der kassenindividuellen Grundlohnsumme und dem GKV-weiten Ausgleichsbedarfssatz. Die Finanzkraft der GKV ist die Summe der Finanzkräfte der einzelnen GKVn.

$$\text{Finanzkraft GKV} = \text{Grundlohnsumme der GKV Mitglieder} \times \text{Ausgleichsbedarfssatz (ABS)}$$

Die Kassen müssen für die AKV und für die KVdR ihre jeweiligen Daten auf einem Berechnungsvordruck dem BVA melden. Dabei werden die beitragspflichtigen Einnahmen von zwei Monaten zu Grunde gelegt. Für die KVdR gelten als beitragspflichtige Einnahmen „die Gesamtsumme der Rentenzahlbeträge aus den Beitragsnachweisen der Rentenversicherungsträger“¹⁷¹. Für die AKV sind es die Einkünfte aus selbstständiger oder nicht-selbstständiger Arbeit. Nicht dazu zählt sonstiges Einkommen, wie etwa Kapitaleinkünfte. Der Einbezug aller Einkommensarten wird in der politischen Diskussion des Öfteren genannt, insbesondere im Zusammenhang mit der Bürgerversicherung.¹⁷² Noch werden jedoch für die Berechnungen der Finanzkraft lediglich

¹⁷¹ BVA (2004f), S. 6.

¹⁷² Vgl. unter anderem Wambach/Wigger (2003), S. 8, sowie die Ausführungen zur Bürgerversicherung auf S. 18.

die oben erwähnten Komponenten herangezogen. Das Ganze geschieht mit einem Zeitverzug von zwei Monaten. Das heisst beispielsweise, dass für den Ausgleichsmonat Juli die Beträge des Bezugsmonats Mai herangezogen werden.

Die Finanzkraft wird zur Ausschüttung des Beitragsbedarfs verwendet.¹⁷³ Anders als auf Kassenebene¹⁷⁴ sind Finanzkraft und Beitragsbedarf auf GKV-Ebene identisch, da genau der Betrag ausgeschüttet wird, der in den RSA-Pool geflossen ist.

$$\begin{aligned} \text{Beitragsbedarf GKV} &= \sum_{i=1}^n \text{RSA Leistungsausgaben des Versicherten}_i \\ &= \text{Finanzkraft GKV} \end{aligned}$$

Der Ausgleichsbedarfssatz, der zum Einzug der Finanzkraft verwendet wird, muss so bemessen sein, dass sich bei Multiplikation mit den beitragspflichtigen Einnahmen der GKV-Mitglieder genau die Summe der RSA-Leistungsausgaben ergibt:

$$\text{Ausgleichsbedarfssatz} = \frac{\text{Beitragsbedarf GKV}}{\text{Beitragspflichtige Einnahmen der Mitglieder aller Kassen}}$$

Auf Kassenseite zeigt der Saldo aus Finanzkraft und Beitragsbedarf, welche Geber- und welche Nehmerkassen sind.¹⁷⁵ Der größte Netto-Empfänger absolut gesehen ist die AOK; relativ zur Größe der Kasse ist es die Bundesknappschaft. Die größten Netto-Zahler sind die Ersatzkassen – ebenfalls im

¹⁷³ Der Beitragsbedarf wird hier inklusive des Risikopools verstanden.

¹⁷⁴ Vgl. Abbildung 7 auf S. 61.

¹⁷⁵ Vgl. Becker et al. (2001), S. 40, sowie Abbildung 7 dieser Arbeit.

Verhältnis zu ihrer Größe.^{176,177}

Der Beitragsbedarf aller Kassen entspricht, wie gezeigt, der Summe der Leistungsausgaben aller Versicherten. Welche Leistungsausgaben berücksichtigungsfähig sind, wird in der Vereinbarung zwischen den Spitzenverbänden auf Basis der Kontenarten definiert. Außerdem werden in der Vereinbarung die Ausgaben einem Hauptleistungsbereich zugeordnet, wie der Ausschnitt der Tabelle 9 zeigt:

Tabelle 9: Berücksichtigungsfähige LA der Kontengruppe 43

Konten		Bezeichnung der Leistungsausgaben	RSA-berücksichtigungsfähig	
Gruppe	Art		ja, im HLB	nein
43		Arznei-, Verband- und Hilfsmittel aus Apotheken/ Arznei- und Verbandmittel von Sonstigen		
		Arznei- und Verbandmittel aus Apotheken - nur vertragsärztliche Versorgung	3	
	430	Arznei- und Verbandmittel aus Apotheken - nur vertragsärztliche Versorgung	3	
	431	Hilfsmittel aus Apotheken - besonderer Art	3	
	432	Hilfsmittel aus Apotheken - ohne die besonderer Art	3	
	433	Anschubfinanzierung für die maschinelle Bearbeitung der Verordnungsblätter		x
	434	Arzneimittel- und Verbandmittel aus Apotheken - ohne vertragsärztliche Versorgung	3	
	436	Arzneimittel- und Verbandmittel von Sonstigen - nur von vertragsärztliche Versorgung	3	
	437	Arzneimittel- und Verbandmittel von Sonstigen - ohne vertragsärztliche Versorgung	3	

Anmerkung: Die Kontenarten 435, 438, 439 waren im Geschäftsjahr 2003 nicht besetzt

Quelle: Vereinbarung zwischen AOK-Bundesverband, Bundesverband der Betriebskassen, IKK-Bundesverband, Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V., AEV – Verband der Arbeiter-Ersatzkassen e.V., Bundesknappschaft, See-Krankenkasse (2003), Anlage 1.1, Abschnitt A.

Aus der Summe der berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben aller Kassen werden die Durchschnittskosten errechnet, die ein Versicherter – differenziert nach 732 Risikoklassen¹⁷⁸ – pro Tag verursacht hat. Die Kassen er-

¹⁷⁶ Vgl. VdAK/AEV (2003), S. 14.

¹⁷⁷ Zu den Ersatzkassen gehören die Gmünder Ersatzkasse (GEK), die HZK – Krankenkasse für Bau- und Holzberufe sowie die KEH Ersatzkasse.

¹⁷⁸ Vgl. Abbildung 6.

halten darauf basierend eine Erstattung pro Tag und Versicherten. Wie viele Versichertentage eine Kasse in den jeweiligen Risikoklassen hatte ergibt sich aus der SA40-Statistik. Darin werden die Tage festgehalten, die ein Versicherter in welcher Risikoklasse und bei welcher Kasse versichert war.¹⁷⁹

3.1.2 Finanzplanung einer GKV

Ein wesentlicher Teil der Finanzplanung liegt darin, RSA-Effekte zu identifizieren und zu quantifizieren. Die bereits in Kapitel 2.1.3 beschriebene strukturelle Lücke soll an dieser Stelle unter Einbezug der gesamten Ertragsmechanik um zusätzliche Effekte erweitert werden. Zur Erinnerung: der Altersstruktureffekt bezeichnete die relative Alterung der Versicherten einer Kasse, der Normkosteneffekt hingegen die relative Änderung der für die Kasse relevanten Verhältniswerte.¹⁸⁰ Mathematisch lassen sich diese Effekte wie folgt herleiten:¹⁸¹

¹⁷⁹ Vgl. Kapitel 2.2.1.1.3.

¹⁸⁰ Der Begriff 'relativ' bezeichnet in diesem Zusammenhang jeweils das Verhältnis einer einzelnen Kasse zur Gesamt-GKV.

¹⁸¹ An dieser Stelle soll nicht näher auf die praktischen Schwierigkeiten eingegangen werden, die durch die ex ante Bestimmung der Formel-Größen entstehen können. Vgl. hierfür Kapitel 3.3 'Das in der Praxis machbare Rechenmodell'.

$$\text{Altersstruktureffekt einer Kasse} = \frac{\frac{\sum_1^{732} \text{SA40 Kasse } t_1 \times \text{VHW } t_0}{\sum_1^{732} \text{SA40 Kasse } t_0 \times \text{VHW } t_0}}{\frac{\sum_1^{732} \text{SA40 Kasse } t_1}{\sum_1^{732} \text{SA40 Kasse } t_0}} - 1$$

$$\frac{\frac{\sum_1^{732} \text{SA40 GKV } t_1 \times \text{VHW } t_0}{\sum_1^{732} \text{SA40 GKV } t_0 \times \text{VHW } t_0}}{\frac{\sum_1^{732} \text{SA40 GKV } t_1}{\sum_1^{732} \text{SA40 GKV } t_0}} - 1$$

$$\text{Normkosteneffekt einer Kasse} = \frac{\frac{\sum_1^{732} \text{SA40 Kasse } t_1 \times \text{VHW } t_1}{\sum_1^{732} \text{SA40 Kasse } t_1 \times \text{VHW } t_0}}{\frac{\sum_1^{732} \text{SA40 GKV } t_1 \times \text{VHW } t_1}{\sum_1^{732} \text{SA40 GKV } t_1 \times \text{VHW } t_0}} - 1$$

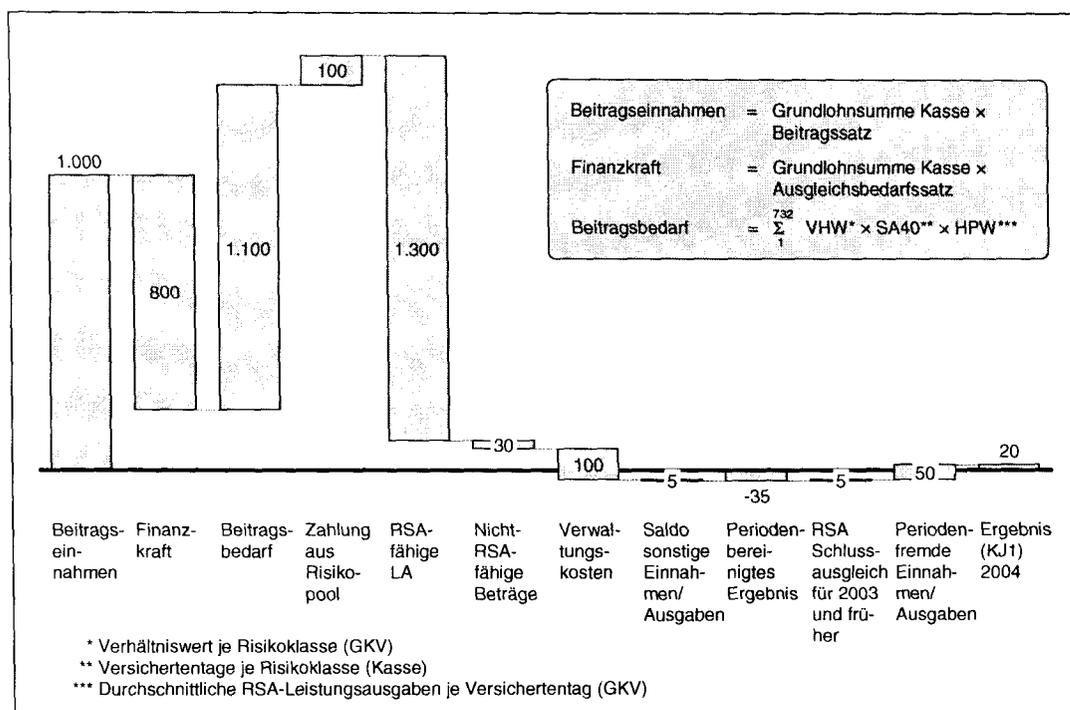
Die Werte sind retrospektiv exakt bestimmbar, sodass sich anhand der Zeitreihe Rückschlüsse auf die Entwicklung der Alters- als auch auf die Risikoklassenstruktur einer Kasse ziehen lassen. Auf diese Weise ist beispielsweise erklärbar, ob der Rückgang des Beitragsbedarfs einer Kasse auf eine im Vergleich zur GKV langsamere alternde Versichertenstruktur zurückzuführen ist, oder aber ob es am Normkosteneffekt liegt. Letzteres hieße, dass die Kosten der von einer Kasse stark besetzten Risikoklassen durchschnittlich geringer gestiegen sind als die anderen Risikoklassen. Im Allgemeinen tragen beide Faktoren in unterschiedlicher Gewichtung zum Phänomen eines steigenden oder sinkenden Beitragsbedarfs bei. Dies lässt die Auswirkungen,

die durch einen Versichertenrückgang bzw. –zuwachs entstehen, noch unberührt, da man mit je Versicherten-Werten rechnen sollte. Was die prospektive Budgetplanung angeht, sind die Werte zu schätzen. Es sind notwendige Indikatoren, um sich dem tatsächlichen Beitragsbedarf anzunähern, denn ohne eine Schätzung des Beitragsbedarfs ist jede Budgetplanung hinfällig.

Auch für die weiteren Parameter der Budgetplanung liegt eine wesentliche Schwierigkeit darin, dass die RSA-Ausgleichszahlungen retrospektiv festgelegt werden.¹⁸² Im Voraus weiss eine Krankenkasse nicht, wie hoch die Durchschnittskosten für bestimmte Risikoklassen sein werden, da erst im Herbst des der Budgetperiode folgenden Jahres die tatsächlichen Ausgaben und endgültigen Verhältniswerte bekannt gegeben werden. Dennoch ist bei der Budgetplanung eine Orientierung am RSA geboten, weil er letztlich der größte Einflussfaktor auf das Ergebnis der Kasse sein wird. Es bietet sich an, die Ertragsmechanik des RSA, wie in Abbildung 8 dargestellt, als Ausgangspunkt zu nehmen.

¹⁸² Vgl. Breyer/Kifmann (2001), S. 16-21.

Abbildung 8: Ergebnis 2004 – Beispielkasse ohne GMG



Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Becker et al. (2001), S. 34

Eine Kasse erhält zunächst Beitragseinnahmen durch ihre Mitglieder. Einen überwiegenden Teil davon muss sie als Finanzkraft in den RSA-Topf abführen. Das Delta von Beitragseinnahmen und Finanzkraft, in diesem Fall 200, verbleibt bei der Kasse. Auf Basis der durchschnittlichen Kostensätze je Risikoklasse erhält die Kasse aus dem RSA-Topf ihren Beitragsbedarf. Hinzu kommen Zahlungen für besonders teure Versicherte aus dem Risikopool. Aus den beiden letztgenannten Einnahmen sollte die Kasse ihre Leistungsausgaben decken können. In diesem Fall ergibt sich allerdings eine Unterdeckung, also eine strukturelle Lücke.

Bis hierhin greift der RSA in die Ergebnisrechnung einer Kasse ein. Alle weiteren Elemente fallen nicht unter die RSA-Ertragsmechanik und stellen, wie in Abbildung 8 zu sehen, kleinere Ausgaben- bzw. Einnahmenposten dar. Eine weitere Tatsache wird im Schaubild offensichtlich. Während GKV-seitig folgende Doppelgleichung gilt:

$$\text{Finanzkraft} = \text{Beitragsbedarf} + \text{Risikopool} = \text{RSA Leistungsausgaben}$$

unterscheiden sich die Elemente auf Kassenseite zum Teil erheblich. In diesem Fall ergibt sich: $800 < 1200 < 1300$. Es handelt sich somit um eine Nettoempfängerkasse mit struktureller Lücke. Der Nettotransfer zur Kasse beträgt 400 und die strukturelle Lücke 100.

Es muss zwischen der bottom-up und top-down Vorgehensweise unterschieden werden.¹⁸³ Bottom-up Werte sind beispielsweise Leistungsausgaben, die eine Kasse auf Basis ihrer Versichertendaten ermittelt. Die beiden auf Seite 73 erläuterten Effekte 'Altersstruktur' und 'Normkosten' sind hingegen top-down Werte, ebenso die Grundlohnsummen-, Versicherten- und Leistungsausgabenentwicklung sowie die Ausgabenremanenz. Mit Ausnahme von Letzterem werden die top-down Effekte durch den RSA erstattet und müssen deshalb relativ, also im Verhältnis zur GKV analysiert werden.¹⁸⁴ Dafür bedarf es einer genauen Kenntnis der RSA-Funktionsweise.

3.1.3 Funktionsweise des RSA

Die Zielsetzung des RSA ist es, strukturelle Probleme der Kassen hinsichtlich schlechter Risiken auszugleichen, um dadurch die Ausgangsbasis für einen fairen Wettbewerb zu schaffen.¹⁸⁵ Es handelt sich also um ein ordnungspolitisches Element innerhalb der deutschen Krankenversicherungslandschaft, allerdings ausschließlich für die gesetzliche – nicht die private – Krankenversicherung. Abgerechnet über den RSA werden so genannte 'ausgleichsfähig-

¹⁸³ Vgl. die Erläuterungen auf Seite 33 dieser Arbeit.

¹⁸⁴ Vgl. Haenecke et al. (2001), S.113.

¹⁸⁵ Wille bezeichnet die Zielsetzung des RSA als Versuch, „jede Krankenkasse so zu stellen, als würde sie eine Versicherten- bzw. Risikostruktur aufweisen, die ... dem Durchschnitt aller konkurrierenden Kassen entspricht.“ Wille (2001), S. 56.

ge Leistungen', d.h. ausgenommen sind Verwaltungskosten und freiwillige Leistungen der Kassen, wie z.B. Mütterkuren.¹⁸⁶ Insgesamt wurden dadurch in 2002 rund 14,4 Milliarden Euro umverteilt. Hinzu kommen etwa 520 Millionen Euro des Risikopools.¹⁸⁷

Die nicht zu bestreitenden Unzulänglichkeiten des RSA sind in der Literatur ausgiebig diskutiert und durch Studien belegt worden.¹⁸⁸ Wie bereits in Kapitel 1.2 dargelegt, soll es nicht Ziel dieser Arbeit sein, die Stärken und Schwächen des RSA abzuwägen. Vielmehr ist es die Intention, den RSA in seiner derzeitigen Komplexität für die Kassen beherrschbar zu machen. Deshalb seien an dieser Stelle nur die wesentlichen Punkte genannt. Als Schwächen muss man anmerken:

- Mögliche Risikoselektion: „*der RSA in seiner gegenwärtigen Form kann ... Risikoselektion nicht verhindern*“¹⁸⁹.
- Unzureichende Abbildung des Risikos: die indirekten Morbiditätskriterien 'Alter', 'Geschlecht', 'Status EU/BU-Rentner' und 'Krankengeldanspruch'¹⁹⁰ bilden nur unzureichend das wahre Risiko eines Versicherten ab. Kostenunterschiede, die nicht auf die vier bzw. fünf (inkl. Ost/West Differenzierung) Risikomerkmale zurückzuführen sind, wurden bis 2002 nicht ausgeglichen. Seit 2003 werden nunmehr auch Ausgaben für chronisch Kranke unter der Voraussetzung einer Einschreibung in strukturierte Behandlungsprogramme gesondert im RSA berücksichtigt.¹⁹¹ Zudem gibt es seit Anfang 2002 den Risikopool für Versicherte mit außergewöhnlich hohen Ausgaben.

¹⁸⁶ Vgl. S. 43 für die Bedeutung von nicht-RSA-Leistungen.

¹⁸⁷ Vgl. BVA (2004a), Punkt 3.

¹⁸⁸ Vgl. unter anderem die RSA-Gutachten von Lauterbach/Wille (2001), S. 9, sowie Jacobs et al. (2002), S. 45-49.

¹⁸⁹ Breyer et al. (2001), S. 11. Vgl. außerdem die Ausführungen auf S. 15.

¹⁹⁰ Vgl. § 266 SGB V iVm. § 267 Abs. 2, §§ 241-247 SGB V sowie §§ 43 und 45 SGB VI.

¹⁹¹ Vgl. auch S. 106 dieser Arbeit.

- Ex post Bestimmung der RSA-Ausgleichszahlungen: die Kassen wissen bei Budgetaufstellung nicht, was Ihnen pro Versicherten am Ende des Jahres zusteht und können auch nicht darauf einwirken. Es handelt sich also um ein fremdgesteuertes System für alle Kassen, da keine Versicherung aufgrund ihres Marktanteils als wesentlicher Marktbeeinflusser angesehen werden kann.¹⁹²

Die ex post Bestimmung ist in der Tat, wie bereits in Kapitel 3.1.2 erläutert, eine nicht unerhebliche Schwierigkeit. Für das Erstellen eines soliden Budgets bedarf es der Planung der Einnahmen und Ausgaben. Die Ausgabenseite, d.h. insbesondere die Ist-Leistungsausgaben, können von den Krankenkassen relativ gut mit Hilfe der Vergangenheitswerte vorausgesagt werden. Die Einnahmenseite ist allerdings ein schwer zu durchschauendes Ausgleichsverfahren, das für manche Kassen einer 'Black Box' gleicht. Um das Verfahren beherrschbar zu machen, bedarf es geeigneter Hilfsmittel. Erst dadurch werden die Unsicherheiten hinsichtlich der Einnahmen minimiert. Hier setzt das Modell an. Es soll Möglichkeiten aufzeigen, wie Kassen im Falle von Diskontinuitäten einen soliden Finanzplan aufstellen können.

Trotz aller Schwächen kann nicht bestritten werden, dass das derzeitige System durchaus starke Unterschiede in der Versichertenstruktur abmildert. Als Beleg dafür wird häufig aufgeführt, dass die Einführung des RSA unter anderem die Beitragssatzunterschiede verringert hat.¹⁹³ Während die Relation vor 1993 zwischen dem niedrigsten und höchsten Beitragssatz noch etwa 1:2

¹⁹² Die AOKn besitzen zwar in ihrem Einzugsgebiet jeweils einen erheblichen Marktanteil, der nicht selten oberhalb von 30 % liegt. Sie können jedoch – abgesehen von Datenfälschungen – nicht aktiv auf die Ausgleichszahlungen einwirken.

¹⁹³ Bohm wendet ein, dass zwar eine Beitragssatzangleichung stattgefunden hat, dadurch allerdings nicht die Zielsetzung der RSA-Einführung erfüllt wird. Vgl. Bohm (1997), S. 299. Dies muss als Minderheitsmeinung angesehen werden, denn im Allgemeinen wird die Verringerung der Beitragssatzunterschiede als wesentliches Ziel des RSA angesehen.

betrug, hat sich diese auf ein Verhältnis von 1:1,5 im Jahr 2003 verringert.¹⁹⁴ Dem halten VdAK/AEV entgegen, dass sich die Beitragssatzunterschiede zwar bis 2000 verringert haben, seitdem aber wieder steigen und nunmehr über 7,0 Beitragssatz-Punkte (BSP) betragen.¹⁹⁵ Die Tendenz stimmt, der konkrete Wert ist aber nicht nachvollziehbar.

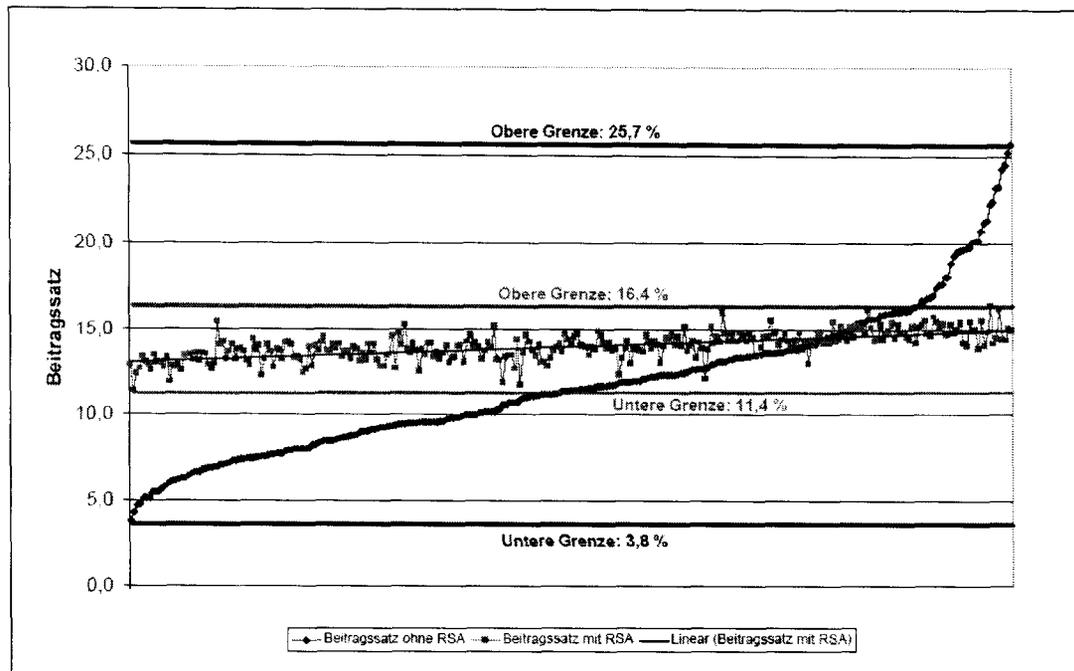
Fest steht, dass die Beitragsunterschiede mit dem RSA geringer ausfallen als ohne. In einer Untersuchung von Jacobs et al. zur Wirkung des RSA in der GKV wird für das Jahr 1999 die Spanne des ausgabendeckenden Beitragssatzes untersucht, und zwar einmal mit und einmal fiktiv ohne RSA. Demnach lag der Unterschied im ersten Fall bei 1,2 BSP (12,1 vs. 13,3) während er ohne RSA bei 13,2 BSP (7,5 vs. 20,7) liegen würde.¹⁹⁶ Auf Grund der Tatsache, dass die Untersuchung im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG; heute BMGS) durchgeführt wurde, sind die Zahlen sicher zu hinterfragen. Durch geschickte Klassenbildung und besondere Annahmen wird das gewünschte Ergebnis unterstrichen. Dies ändert aber nichts an der zweifellos vorliegenden Wirkung des RSA, Beitragssatzunterschiede zu verringern. Das Bundesversicherungsamt vermutet in ihren Auswertungen zu den Jahresausgleichen 2003, dass die Unterschiede sogar noch größer sind:

¹⁹⁴ Vgl. BMGS (2003b) sowie Breyer/Kifmann (2001), S. 3.

¹⁹⁵ Vgl. VdAK/AEV (2003), S. 3.

¹⁹⁶ Vgl. Jacobs et al. (2002), S. 31-34.

Abbildung 9: Auswirkung des RSA auf die Beitragssätze



Quelle: BVA (2004c), S.12

Ohne RSA wäre demnach die günstigste Kasse in der Lage, einen Beitragssatz von 3,8 % anzubieten, während die teuerste Kasse einen Beitragssatz von 25,7 % verlangen müsste. Da die Unterschiede nur zu einem geringen Teil auf schlechtem Kosten-Management beruhen, sondern eher als gegeben angesehen werden, wird ein funktionierender RSA mitunter als „Grundvoraussetzung für mehr Wettbewerb“¹⁹⁷ bezeichnet.

Zusammenfassend muss also eine grundsätzliche Anreizkompatibilität zwischen Aufbau und Zielen des RSA sowie eine insgesamt positive Bilanz seit Bestehen konstatiert werden. Die Kassen verlieren durch den Ausgleich nicht den Anreiz, die Leistungsbereitstellung wirtschaftlich zu gestalten.¹⁹⁸ „Die Erfahrungen seit der Einführung des Risikostrukturausgleichs im Jahre 1994

¹⁹⁷ Breyer et al. (2001), S. 200.

¹⁹⁸ Busse sieht die Anreizkompatibilität dann als gegeben an, wenn durch die Ausgleichsfaktoren die Wirtschaftlichkeitsanreize nicht verloren gehen. Vgl. Busse (2004), S. 25.

*haben gezeigt, dass dieser seine Aufgabe grundsätzlich erfüllt hat.*¹⁹⁹ Ob es allerdings der effizienteste Weg ist, das Ziel zu erreichen, bleibt dahingestellt.²⁰⁰

3.1.4 Auswirkungen des RSA auf das Ergebnis einer Kasse

Die in Kapitel 3.1.1 und 3.1.3 vorgestellten Begriffe und erläuterten Funktionsweisen beeinflussen wesentlich das Jahresergebnis einer Kasse. Als wichtigste Grundregel gilt dabei: entwickelt sich eine Kasse besser als die GKV, wird ihr Ergebnis positiver ausfallen als im Vorjahr. Eine bessere Entwicklung heisst in diesem Zusammenhang, entweder stärkere Einnahmenezuwächse oder schwächere Leistungsausgabensteigerungen je Versicherten als die GKV aufzuweisen. Da es für die überwiegende Zahl der Versicherten nur wenig Substitutionsmöglichkeiten gibt²⁰¹ und der Gesetzgeber ein Zusammenbrechen des Systems nicht zulassen würde, kann de facto von einer Überlebensgarantie für eine Kasse gesprochen werden, die sich besser entwickelt als die GKV. Voraussetzung ist natürlich, dass die Versichertenzahl nicht gleichzeitig gegen null tendiert. Bleibt ihr der Versichertenstamm in etwa erhalten führt eine permanent unterdurchschnittliche Ausgabenentwicklung zu einer immer größer werdenden Schere zwischen Erstattungen aus dem RSA-Pool in Form des Beitragsbedarfs und den tatsächlichen Ausgaben der Kasse. Eine entgegengesetzte Entwicklung bei den Verwaltungskosten kann den Unterschied zwischen Norm- und Ist-Kosten verringern, allerdings nicht umkehren. Grund dafür ist der geringe Anteil von Verwaltungskosten, der häufig nicht mehr als 5 % beträgt. Insofern

¹⁹⁹ Daubenbüchel (2002), S. 53.

²⁰⁰ Vgl. Kapitel 6.

²⁰¹ Gemeint sind hiermit Substitutionsmöglichkeiten zum gesetzlichen Krankenschutz. Ein Pflichtversicherter hat die Möglichkeit, zwischen verschiedenen GKVn zu wählen, nicht aber die Möglichkeit, das System zu verlassen.

könnte eine Kompensierung durch zu stark steigende Verwaltungskosten nur in Extremfällen vorliegen.

Die Ertragsmechanik kann theoretisch in einem Rechenmodell genau abgebildet werden. Das folgende Kapitel entwickelt ein solches Modell, weist aber auch auf die Schwierigkeiten in der Praxis hin, was letztlich zu dem in Kapitel 3.3 erläuterten und in der Praxis anwendbaren Modell führt.

3.2 Das theoretisch korrekte Rechenmodell

Der Kontenplan der gesetzlichen Krankenkassen gliedert sich ausgabenseitig – abhängig vom Aggregationsgrad – in Kontenklassen (4 bzw. 5), Kontengruppen (40-59) und Kontenarten (400-599). Sie werden auch als Ein-, Zwei- und Dreisteller bezeichnet. Die Einteilung der Zweisteller folgt einer thematischen Gruppierung, durch die die Kosten der Leistungsbereiche, wie etwa Krankenhaus oder Arzneimittel, direkt abgebildet werden. Der Kontenplan unterliegt jährlich gewissen Umgruppierungen, insgesamt ist die Struktur über die Jahre jedoch stabil geblieben. Über die Zuordnung mancher Kosten auf die jeweiligen Leistungsbereiche lässt sich im Einzelfall streiten, wie beispielsweise für die Anschlussheilbehandlung;²⁰² im Ganzen sind die Einteilungen aber thematisch sinnvoll und nachvollziehbar. Die Kontengruppen beinhalten folgende Leistungsbereiche:

²⁰² Die Anschlussheilbehandlung (AHB) steht inhaltlich zwischen Krankenhaus (Kontengruppe 46) und Rehabilitation (Kontengruppe 54). Im Jahr 2002 verteilten sich die Leistungen auf die Kontenarten 464, 465 (stationäre AHB) und 547 (ambulante AHB).

Tabelle 10: GKV-Kontengruppen

40	Ärztliche Behandlung
41	Zahnärztliche Behandlung
42	Zahnersatz
43	Arzneimittel
44	Hilfsmittel
45	Heilmittel
46	Krankenhaus
47	Krankengeld
48	Leistungen im Ausland
49	Fahrkosten
50	Med. Vorsorge- und Reha-Leistungen
51	Soziale Dienste, Prävention und Selbsthilfe
52	Früherkennungsmaßnahmen
53	Empfängnisverhütung/Sterilisation/Schwangerschaftsabbruch
54	Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation
55	Leistungen bei Schwangerschaft
56	Häusliche Krankenpflege
57	Integrierte Versorgung
58	Sterbegeld
59	Sonstige Leistungen

Quelle: BMGS (2004d)

Jede Kontengruppe hat wiederum zehn Kontenarten, die oben erwähnten Dreisteller. Darunter gibt es noch die Vier-, Fünf- und Sechsteller.²⁰³ Hierdurch lassen sich selbst Teilkosten genau differenzieren, unter anderem hinsichtlich der beiden großen Elemente der GKV: AKV und KVdR.²⁰⁴ Die Beschreibung des theoretisch korrekten Modells orientiert sich an der Differenzierung des Dreistellers. Die Vier-, Fünf- und Sechsteller erlauben streng genommen eine noch genauere Abbildung der Auswirkungen, jedoch ist der zusätzliche Nutzen – gemessen am Aufwand – gering.

²⁰³ Vgl. Scharlau/Burgardt/Knoblich (o.J.).

²⁰⁴ Die KVdR machte in 2003 etwa 1/3 der Mitgliederzahl aus, verursachte aber 48,5 % der Kosten. Die Relation der Kosten je Mitglied lag bei 3963 Euro für ein KVdR-Mitglied und 2058 Euro für ein AKV-Mitglied. Vgl. BMGS (2004a), S. 38, BMGS (2004b), Blatt 2.

Zunächst müssen die durch eine gesundheitspolitische Maßnahme betroffenen Konten identifiziert werden, was auf Basis der Dreisteller kein größeres Problem darstellt. Schwieriger wird es allerdings, alle Konten nach 732 Risikoklassen aufgeteilt zusammenzuführen. Dieser Aufwand wird von den Kassen im Zuge der Meldung an das BVA nicht betrieben, da die Leistungsbereiche getrennt erhoben und übermittelt werden. Zudem erfolgt die Meldung zum Teil als Vollerhebung und zum Teil als Stichprobe. Im Allgemeinen werden die Versichertenzeiten in Tagen differenziert nach Versichertengruppen, Alter, Geschlecht, Ost und West (Satzart 40), die Leistungsausgaben der Hauptleistungsbereiche 1 bis 5 – also ohne Krankengeld – durch Stichprobe (Satzart 41) sowie Leistungsausgaben des Hauptleistungsbereiches 'Krankengeld' und Krankengeldtage durch Vollerhebung (Satzart 42) gemeldet.²⁰⁵ Dem theoretisch korrekten Modell sollte eine komplett gefüllte 732x190 Matrix hinterlegt sein, sowohl auf Kassen- als auch auf GKV-Seite.²⁰⁶ Letzteres ist unabdingbar, um die neuen VHW auszurechnen. Auf Basis dieser Matrix lässt sich nun, wie in Abbildung 10 dargestellt, die Leistungsausgaben-Kürzung je Gesetzesänderung durchführen. Es wird in der Abbildung von einer Leistungsausgaben-Kürzung ausgegangen – dem zurzeit wahrscheinlicheren Fall. Gleichwohl kann es durch eine Gesetzesänderung zu einer Ausweitung des Leistungskatalogs kommen. Die Methodik wäre in gleicher Weise anwendbar, allerdings nicht durch Kürzung, sondern durch Ausweitung der Risikoklassen.

²⁰⁵ Vgl. BVA (2005) sowie S. 65 dieser Arbeit.

²⁰⁶ Die Maße 732x190 hängen mit den Risikoklassen (732) und den Dreistellern (190) zusammen. Die Kontengruppe 57 war im Jahr 2002 nicht besetzt. Mittlerweile müsste die Matrix das Format 732x200 haben.

Abbildung 10: Theoretisch korrektes Rechenmodell

BEISPIEL
 LA Kürzung

Risikoklasse	LA-Konten											Ausgaben Gesamt in Mio. €	Neue VHW*
	40 Ärzte			41 Zahnärzte			...	59 Sonstige					
	400	401	... 409	410	411	... 419	...	590	591	... 599			
1											263	3,4	
2											85	1,8	
⋮											⋮	⋮	
⋮											⋮	⋮	
732											171	5,2	

* Unter Berücksichtigung der SA40-Versichertentage

Quelle: Eigene Darstellung

Die Kürzungen könnten nun je Kontenart vorgenommen werden. Die darauf basierenden neuen Verhältniszerte würden ein sehr hohes Maß an Genauigkeit aufweisen.²⁰⁷ Der große Vorteil läge darin, direkt im Konto, in dem die Kosten verbucht werden, die Leistungsausgaben zu kürzen. Verzerrungen können nicht durch Pauschalierungen hinsichtlich von Hauptleistungsbereichen auftreten, die ein Bündel von Kontenarten darstellen, sondern nur durch nicht zutreffende Annahmen oder Dritteinflüsse, die mit der Gesetzesänderung wenig zu tun haben. Auf Kassenseite sind die benötigten Daten einer 732x190 Matrix vorhanden. Für die GKV gibt es jedoch keine über die Hauptleistungsbereiche hinausgehenden Detailinformationen, sodass sich die Praxis, wie im folgenden Kapitel dargestellt, auf eine 732x6 Matrix beschränken

²⁰⁷ Es wird davon ausgegangen, dass die Maßnahme bezüglich einer oder mehrerer Kontenarten einwandfrei lokalisiert werden kann. Dies ist nicht notwendigerweise gegeben. Wenn beispielsweise die Einführung der Praxisgebühr beurteilt werden soll, ist die Zuordnung zu den Kontenarten im Vorhinein schwierig.

muss.

3.3 Das in der Praxis machbare Rechenmodell

Aufgrund der im vorangegangenen Kapitel aufgezeigten Schwierigkeiten, wird im Folgenden ein Modell erarbeitet, das in der Praxis anwendbar ist. Auch hierbei kann die Umsetzung Probleme bereiten, was im ersten Teil des Kapitels skizziert wird.²⁰⁸ Im zweiten Teil folgt die Detaillierung des Modells anhand von vier Varianten bzw. Methoden.

Hinsichtlich der Schwierigkeiten muss bereits bei der Einbindung der Mitarbeiter bedacht werden, dass ihnen die Bedeutung und Zielsetzung der durchzuführenden Analyse nicht unbedingt bewusst sind. Sicher trägt auch eine geringe Datenqualität häufig dazu bei, dass Analyse und Interpretation erschwert werden. Hier sei das Beispiel der nicht automatisch übermittelten Daten genannt, wie es etwa bei Krankenhausabrechnungen der Fall ist. Den Kassen sind in Verhandlungen mit den Leistungsanbietern größtenteils die Hände gebunden, diesbezüglich mehr Druck auszuüben.

Das Modell soll es der Kasse ermöglichen, auf Basis der Auswertungen, eine RSA-bezogene Strategie zu entwickeln. Allerdings darf nicht vergessen werden, dass diesbezüglich die engen gesetzlichen Rahmenvorgaben eine erhebliche Hürde darstellen: angefangen bei der Genehmigung der Beitragsätze über den geringen Spielraum hinsichtlich des Leistungskatalogs bis hin zur Besoldung der Mitarbeiter. Die Rahmenvorgaben sollen nicht darüber hinwegtäuschen, dass viele Probleme auch interne Ursachen haben können, z.B. fehlende Entscheidungsstärke der Führungsebene und zu geringe Beachtung des Controllings in der Organisation.

²⁰⁸ Vgl. hierzu auch Haenecke et al. (2001), S. 121-123.

Bezug nehmend auf die Varianten des Rechenmodells hat sich als wesentliches Unterscheidungskriterium herausgestellt, welche Kürzungsmethode zur Anwendung kommt. Die Kürzung in den einzelnen Kontenarten ist zwar theoretisch korrekt, praktisch aber nicht machbar.²⁰⁹ Deshalb muss auf die Hauptleistungsbereiche zurückgegriffen werden. Es handelt sich vor allem um die Frage, wie die Ausgaben der Risikoklassen zu kürzen sind, um zu neuen Verhältniswerten zu gelangen. Bevor man allerdings die Kürzung der 732 Risikoklassen durchführt, muss zunächst die insgesamt geplante Einsparung einer Maßnahme ermittelt werden. Nun ist es für die einzelne Kasse schwierig, das gesamtwirtschaftliche Potential einer Maßnahme zu ermitteln. Dafür fehlen sowohl die Daten als auch die relevanten statistischen Methoden. Als beste Annäherung kann daher zunächst die Einschätzung des BMGS dienen. Es hatte im Zuge der Diskussionen im Herbst 2003 für die angedachten Maßnahmen in den Gesetzentwürfen Abschätzungen der finanziellen Auswirkungen veröffentlicht.²¹⁰ Die Erfahrung der Vergangenheit sowie das politische Umfeld vor der Gesetzesverabschiedung lassen vermuten, dass die Abschätzungen tendenziell zu positiv ausgefallen sind. So fielen beispielsweise die angeblich objektiven Schätzerkreisprognosen vor der Bundestagswahl 2002 ebenfalls deutlich zu positiv aus im Vergleich zu der dann tatsächlich eingetretenen Kostenentwicklung. Es bietet sich also an, im Rechenmodell Abschläge auf die BMGS-Zahlen in Szenarien zu berücksichtigen.

Wenn man die BMGS-Schätzung zunächst als gegeben hinnimmt,²¹¹ kommen grundsätzlich vier Methoden mit steigendem Differenzierungsgrad in Frage, um die Änderung in den Verhältniswerten zu modellieren:

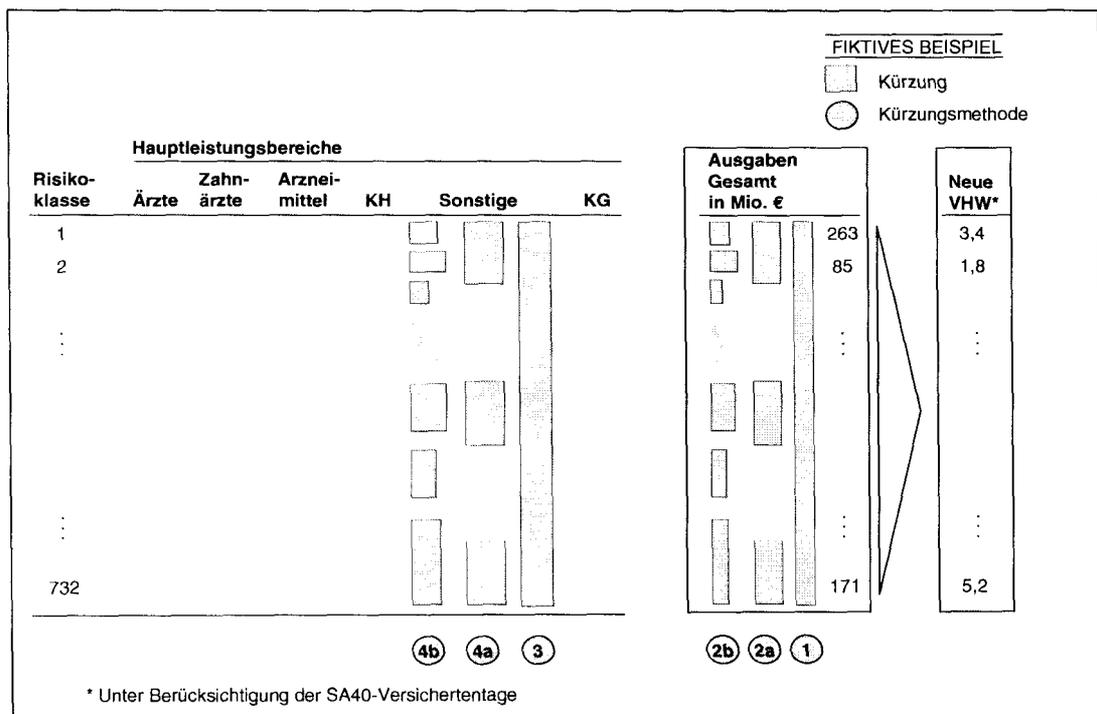
²⁰⁹ Vgl. Kapitel 3.2.

²¹⁰ Vgl. Deutscher Bundestag (2003b), S. 171-174.

²¹¹ Es handelt sich hierbei um eine einzelne Eingabegröße. Sollte sich die gesamtwirtschaftliche GKV-Einsparung ändern, hätte dies lediglich die Änderung der Eingabegröße zur Folge, was wiederum zu prozentual stärkeren oder schwächeren Abschlägen in den Risikoklassen führen würde. Die Kürzungsmethode an sich bleibt hingegen unverändert.

- Methode 1: Kürzung der Gesamtausgaben pauschal über alle Risikoklassen
- Methode 2: Kürzung der Gesamtausgaben differenziert nach Risikoklassen
- Methode 3: wie 1, jedoch Kürzung der Ausgaben des Hauptleistungsbereiches und nicht der Gesamtausgaben
- Methode 4: wie 2, jedoch Kürzung der Ausgaben des Hauptleistungsbereiches und nicht der Gesamtausgaben

Abbildung 11: Mögliche Kürzungsmethoden



Quelle: Eigene Darstellung

Abbildung 11 zeigt schematisch die möglichen Kürzungsmethoden. Man kann entweder bei den Gesamt- (Methoden 1 und 2) oder bei den Hauptleistungsausgaben (Methoden 3 und 4) ansetzen.²¹² Die Summe der Kürzungs-

²¹² In diesem Fall wurde die Maßnahme dem Hauptleistungsbereich 'Sonstige' zugeordnet.

beträge muss bei allen Methoden dieselbe sein. Insofern sollten die Flächen in einer Vertikalen identisch sein. Die prozentuale Kürzung fällt bei den Gesamtausgaben geringer aus, was durch die schmalere Balken angezeigt wird.

3.3.1 Methode 1: Kürzung der Gesamtausgaben pauschal über alle Risikoklassen

Hierbei werden die Ausgaben der 732 Risikoklassen anteilig gekürzt. Es handelt sich dabei um eine grobe Methode, die nur zur Anwendung kommen sollte, falls keine genauere Lokalisierung einer Maßnahme – weder hinsichtlich des Hauptleistungsbereiches noch hinsichtlich der Risikoklassen möglich ist. Das Verhältnis der Verhältnismerte zueinander ändert sich dadurch nicht, sie werden lediglich prozentual gekürzt und mit dem Hundertprozentwert und den SA40-Versichertentagen multipliziert.²¹³ Somit kann auch der RSA-Effekt auf eine einzelne Kasse relativ schnell bestimmt werden. Es würde nämlich ceteris paribus der Beitragsbedarf einer Kasse genau um den Faktor gekürzt, um den sich die Gesamtausgaben der GKV insgesamt reduziert haben – und zwar unabhängig von der Risikostruktur einer Kasse:

$$BB \text{ Kürzung der Kasse} = \frac{\text{Auswirkung der Maßnahme auf GKV Ebene}}{\text{Summe der GKV Ausgaben}}$$

Dies bedeutet allerdings nicht, dass alle Kassen bei dieser Kürzungsmethode gleichermaßen von einer Maßnahme betroffen sind. Wie Kapitel 4.4.2.8 noch zeigen wird, sind neben dem Beitragsbedarf auch noch die Finanzkraft und die Ist-Leistungsausgaben zu berücksichtigen. Bei der Finanzkraft verhält es sich auf Grund des Ausgleichsbedarfsatzes analog zum Beitragsbedarf:

²¹³ Vgl. graphische Darstellung in Abbildung 11.

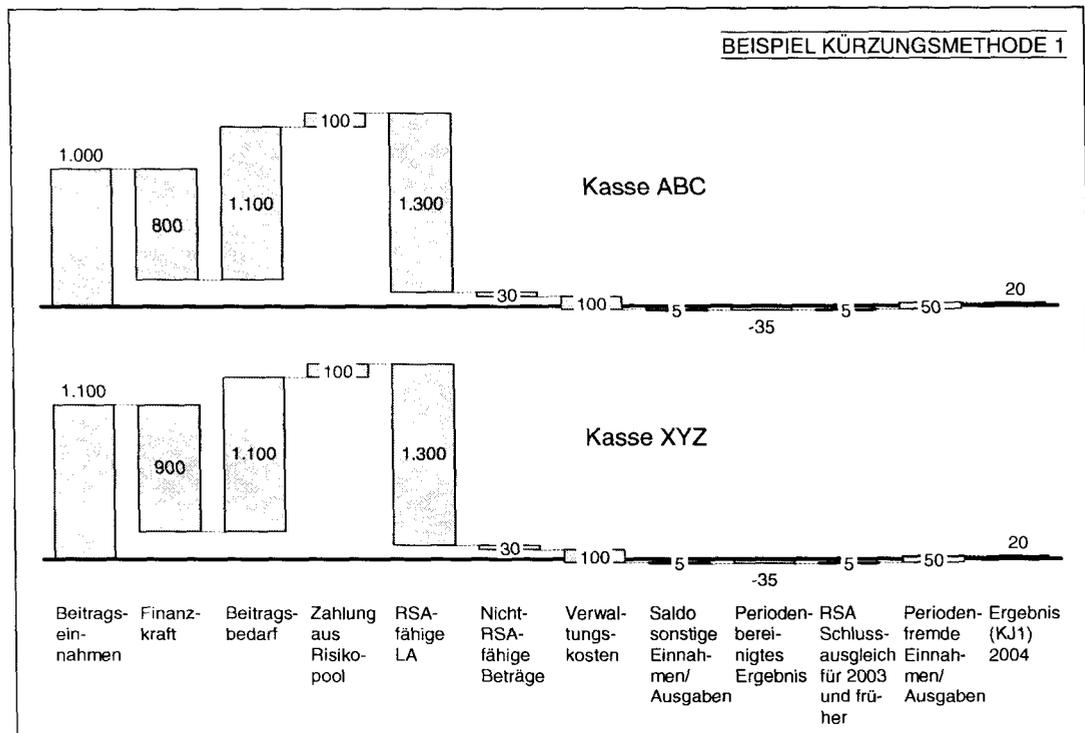
$$FK \text{ Kürzung der Kasse} = \frac{\text{Auswirkung der Maßnahme auf GKV Ebene}}{\text{Summe der GKV Ausgaben}}$$
$$= ABS \text{ Kürzung}$$

Die prozentuale Kürzung von Finanzkraft und Beitragsbedarf ist also identisch, allerdings ist die Ausgangsbasis je Kasse verschieden, sowohl was die absolute Höhe angeht als auch hinsichtlich des Verhältnisses zwischen Beitragseinnahmen, Finanzkraft, Beitragsbedarf und Ist-Ausgaben. Aufgrund dieser Tatsache kann es durchaus Gewinner- und Verliererkassen bei Kürzungsmethode 1 geben, insbesondere weil der Wegfall der Ist-Leistungsausgaben je Kasse – abhängig von der Kostenstruktur – unterschiedlich ausfallen wird.

Das Phänomen, dass es bei Kürzungsmethode 1 zu Verschiebungen kommt, soll das folgende Beispiel verdeutlichen. Es wird von einer fast identischen KJ1 der Kassen ABC und XYZ ausgegangen. Lediglich die Beitragseinnahmen und Finanzkraft unterscheiden sich. Im Saldo haben aber Kasse ABC und XYZ die gleichen Beitragsmehreinnahmen.²¹⁴

²¹⁴ Beitragsmehreinnahmen = Beitragseinnahmen – Finanzkraft, vgl. S. 30 dieser Arbeit.

Abbildung 12: Vergleich Kasse ABC und XYZ vor Maßnahme



Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Becker et al. (2001), S. 34

Da für beide der gleiche Ausgleichsbedarfssatz gilt, sind offensichtlich ihre Grundlohnsummen und Beitragsätze verschieden.^{215,216} Geht man nun von einer oder mehreren Maßnahmen aus, die eine Kürzung der GKV-Leistungsausgaben um 10 % zur Folge haben, werden sich ceteris paribus die Beitragseinnahmen nicht ändern, der Ausgleichsbedarfssatz jedoch um 10 % (nicht Prozentpunkte) sinken und die Ausschüttungen an die Kassen (Beitragsbedarf) ebenfalls um 10 % gesenkt.²¹⁷ In Kürzungsmethode 1 werden die Risiko-Profile bei den Gesamtausgaben gleichmäßig über alle Risikoklas-

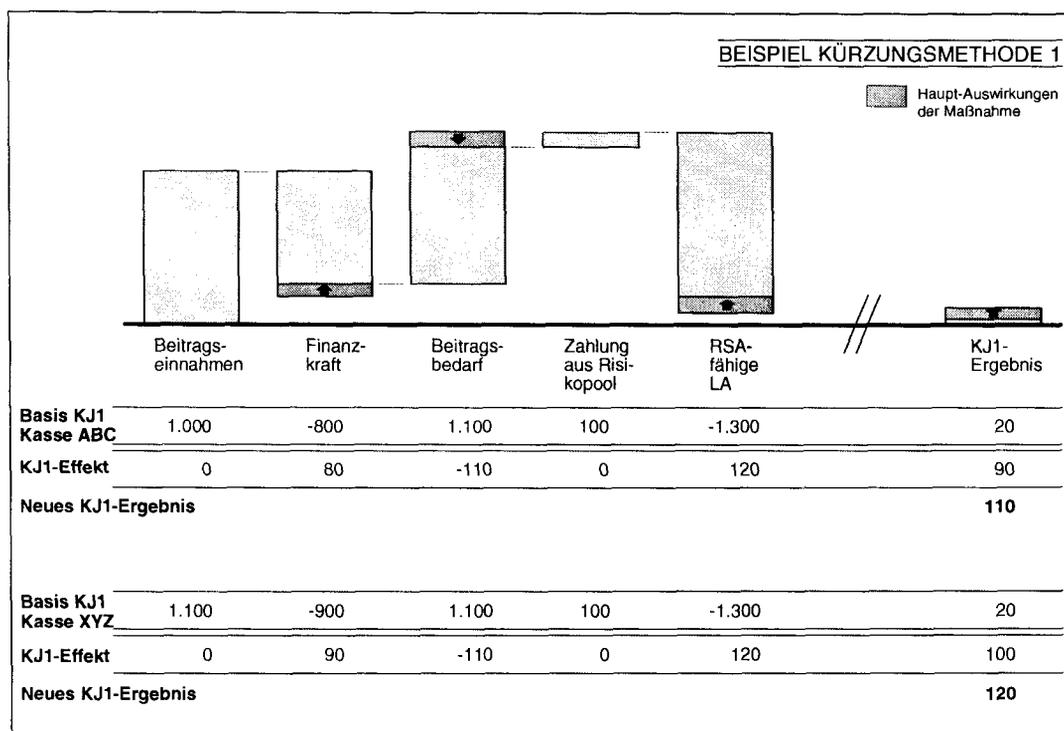
²¹⁵ Es gilt ein bundeseinheitlicher Ausgleichsbedarfssatz gemäß § 313a Abs. 1 Punkt 2 SGB V: „Für die Ermittlung des Ausgleichsbedarfssatzes (§ 266 Abs. 3) sind die Beitragsbedarfssumme und die Summe der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder aller Krankenkassen im gesamten Bundesgebiet zugrunde zu legen.“

²¹⁶ Die Grundlohnsummen stehen genau im Verhältnis 8:9 zueinander.

²¹⁷ Da der Ausgleichsbedarfssatz und die Summe der Beitragsbedarfe auch in der Realität im Gleichschritt sinken oder steigen, muss bei Methode 1 der Prozentsatz gleich sein.

sen hinweg um 10 % gekürzt, sodass sich für jede Kasse eine Verringerung des Beitragsbedarfs um genau diesen Zehntel ergibt. Die Auswirkung auf den Risikopool wird als nicht existent, die Auswirkungen auf die Ist-Ausgaben bei beiden Kassen mit jeweils 120 als identisch unterstellt.

Abbildung 13: Auswirkung der Maßnahme auf die KJ1



Quelle: Eigene Darstellung

Kasse XYZ profitiert absolut gesehen mehr von der/den Maßnahme/n, da sie aufgrund ihrer höheren Grundlohnsumme stärker an der Kürzung der Finanzkraft, also der Änderung des Ausgleichsbedarfssatzes, partizipiert.²¹⁸

Das Beispiel beweist, dass Kürzungsmethode 1 zwar eine sehr grobe Annäherung darstellt, sie jedoch trotzdem in der Lage ist, unterschiedliche Kas-

²¹⁸ Die relative Wettbewerbsverbesserung lässt sich aus dem Beispiel ohne weitere Informationen noch nicht ableiten. Dafür benötigt man noch die Grundlohnsumme und die Beitragssätze.

senstrukturen abzubilden. Die sich somit abzeichnende Wirkungsweise der Maßnahmen könnte für eine Kasse als Faustregel dienen im Sinne von: „Wenn eine Maßnahme Leistungen gleichmäßig über alle 732 Risikoprofile kürzt, profitieren wir davon tendenziell stärker (schwächer) als der Rest der GKV.“ Diese Art von gleichmäßigen Kürzungen ist aber nur in Ausnahmefällen gegeben, sodass eine wie im folgenden Kapitel beschriebene Risikoklassen-spezifische Anpassung bevorzugt werden sollte.

3.3.2 Methode 2: Kürzung der Gesamtausgaben differenziert nach Risikoklassen

Die Unzulänglichkeit von Methode 1 besteht darin, dass keine Unterscheidung nach Risikoklassen vorgenommen wird. Das Inanspruchnahmeverhalten der Versicherten der einzelnen Risikoklassen ist allerdings je nach medizinischer Leistung sehr unterschiedlich. So werden die durchschnittlichen Ausgaben je Versicherten für Rollstühle vermutlich mit dem Lebensalter korrelieren. Schwangerschaftsleistungen hingegen werden hauptsächlich von Frauen zwischen 20 und 40 Jahren in Anspruch genommen. Würden Rollstühle aus dem Leistungskatalog der GKV gestrichen, so ergäbe sich eine Verzerrung der Verhältniswerte, wenn man prozentual gleich viel in den Normprofilen aller Versicherten kürzt. Deshalb müssen je Maßnahme die hauptsächlich betroffenen Risikoklassen bestimmt werden. Dafür kommen grundsätzlich zwei unterschiedliche Arten in Frage: Entweder a) eine einheitliche Kürzung oder b) eine unterschiedlich starke Kürzung der betroffenen Risikoklassen.

- a) Einheitliche Kürzung der betroffenen Risikoklassen um den gleichen Faktor

Zunächst muss die Maßnahme lokalisiert werden, d.h. die Risikoklassen, die

im Allgemeinen die Leistungen in Anspruch nehmen, müssen identifiziert werden. Dies ist zum Teil offensichtlich, mitunter aber keine leichte Aufgabe. Wenn es sich um Schwangerschaftsleistungen handelt, erscheint dies noch relativ einfach, aber bereits bei dem fiktiven Beispiel der Rollstühle wird es schwierig. Bleibt man bei den Schwangerschaftsleistungen, die um eine Summe x gekürzt werden sollen, so hieße dies, dass das Einsparvolumen zum größten Teil von den Ausgaben der weiblichen Versicherten im Alter von 20-40 Jahren gekürzt werden muss. Insgesamt betrifft es somit 81 Risikoklassen.²¹⁹ Die Gesamtkosten dieser Risikoklassen müssen nun ins Verhältnis gesetzt werden zur geplanten Einsparsumme, sodass man einen neuen Kürzungsfaktor erhält, um den prozentual die Profile angepasst werden.

$$\text{Kürzungsfaktor} = \frac{\text{Einsparsumme}}{\text{Kosten der betroffenen Risikoklassen}}$$

Man nimmt bei dieser Vorgehensweise zwei Pauschalierungen in Kauf. Zum einen unterstellt man, dass die unter 20- und über 40-jährigen keine Schwangerschaftskosten verursachen. Diese Pauschalierung ist allerdings größenordnungsmäßig nicht gravierend und wird zudem bei den GKV-Verhältnissen vorgenommen. Diese kommen durch den Beitragsbedarf bei allen Kassen gleichermaßen zur Anwendung, sodass man von einer nachträglichen Korrektur der Pauschalierung ausgehen kann. Zum anderen unterstellt man, dass alle Risikoklassen zwischen 20 und 40 Jahren prozentual gleichermaßen betroffen sind. Dies wird natürlich ex post nicht der Fall sein. Ex ante lassen sich aber nur mit erheblichem Aufwand genauere Ergebnisse erzielen; die Gefahr besteht eher darin, dass aus Übereifer das Ergebnis verfälscht wird. Gleichzeitig sollte auch der Aufwand für eine solche Differenzierung im Auge behalten werden.

²¹⁹ Die Zahl 81 ergibt sich aus der Tatsache, dass es 6 Versichertengruppen gibt, von denen aber 3 im Hinblick auf die Erwerbs- bzw. Berufsunfähigkeit erst mit dem 35. Lebensjahr beginnen ($81 = 3 \times 21 + 3 \times 6$).

b) Unterschiedliche starke Kürzung der ausgewählten Risikoklassen

Sofern man annimmt, dass die Pauschalierung durch die gleichmäßige Kürzung eine zu starke Verzerrung bewirkt, sollte man zu der im Folgenden beschriebenen Methode der Risikoklassen-individuellen Kürzung wechseln. Mögliche Ansatzpunkte wären beispielsweise, sich, falls Zugang zu den Daten besteht, am tatsächlichen Alter der schwangeren Frauen einer Kasse zu orientieren. Oder aber man nimmt die GKV-unabhängige deutschlandweite Statistik und überträgt sie – unter der Annahme einer gleichen Verteilung – auf die GKV. Das durchschnittliche Alter der Frauen bei der Geburt eines Kindes wird beispielsweise vom Statistischen Bundesamt veröffentlicht und kann als erster Anhaltspunkt für eine Risikoklassen-individuelle Kürzung dienen:

Tabelle 11: Alter der Mütter bei der Geburt ihrer Kinder

		2001	2002	2003
Insgesamt	Alter	29,7	29,8	29,9
Mütter verheiratet ¹				
zusammen	Alter	30,5	30,6	30,7
bei der Geburt des 1. Kindes	Alter	29,2	29,3	29,4
bei der Geburt des 2. Kindes	Alter	30,9	31,1	31,2
bei der Geburt des 3. Kindes	Alter	32,4	32,5	32,6
Mütter nicht verheiratet	Alter	27,5	27,6	27,7
Zusammengefasste Geburtenziffer				
durchschnittliche Kinderzahl	je Frau	1,3	1,3	1,3
¹ Bezogen auf die Kinder der bestehenden Ehe				

Quelle: Statistisches Bundesamt (2004c)

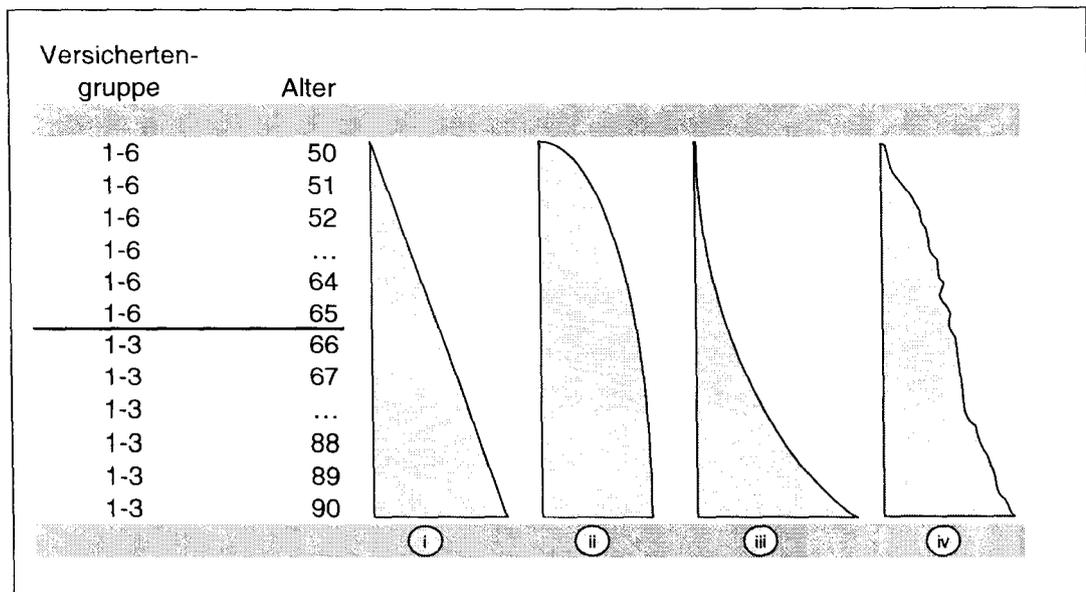
Methode 2b ist ein stärker Hypothesen-basiertes Modell. Zur Illustrierung dieser Vorgehensweise werden im Folgenden nicht die Schwangerschaftsleistungen, sondern die Rollstuhl-Kosten verwandt.

Ein Rollstuhl kann wegen eines Unfalls kurzfristig oder wegen einer langfristigen Krankheit dauerhaft benötigt werden. Unter letztere Gruppe fallen Alterskrankheiten, bei denen nicht zu erwarten ist, dass die Nutzung des Rollstuhls bis zum Lebensende wieder ausgesetzt wird. Deshalb dürfte die Anzahl von Rollstühlen je Einwohner mit zunehmendem Alter ansteigen. Genaueres über die Verteilung kann durch den Datensatz einer Versicherung oder einer unabhängigen Quelle, wie das Statistische Bundesamt, in Erfahrung gebracht werden. Wenn man wie in a) ausgewählte Risikoklassen betrachtet, weil andere nur marginal betroffen sind, muss die Kürzung der betroffenen Risikoklassen festgelegt werden. Ein einheitlicher Kürzungsfaktor kommt wegen der progressiven Inanspruchnahme nicht in Frage. Theoretisch ließe sich jede Risikoklasse einzeln betrachten und auf Basis von Ist-Daten kürzen. Dagegen spricht allerdings, dass Kassendaten nicht repräsentativ sein werden²²⁰ und im Falle anderer Quellen, die Daten nicht den Zuschnitt der 732 Risikoklassen haben. Es muss also ein Verlauf angenommen werden, der zur Generierung einen nicht zu großen Aufwand erfordert, und der mit den eingeholten Informationen über Rollstuhl-Kosten in der GKV vereinbar ist. Der Verlauf kann linear oder exponentiell sein oder auch andere mit den empirischen Daten vereinbare Formen haben. Angenommen in dem genannten Beispiel stellt sich heraus, dass Rollstühle im Wesentlichen ab dem Alter von 50 genutzt werden, dann müssen bei Wegfall der Erstattung nun Kosten aus diesen Leistungsprofilen gestrichen werden. Des Weiteren wird unterstellt, dass durch empirische Daten die These gestützt wird, dass eine Progression der Kosten vorliegt. Somit werden 171 Risikoklassen ge-

²²⁰ Dies ist wichtig, da die Kürzung in den Leistungsausgaben der GKV vorgenommen wird. Das heisst, nur unter der Annahme, dass die Verläufe bei der Kasse und in der GKV ähnlich sind, wird die Kürzung zu einem korrekten Ergebnis führen.

kürzt.²²¹ Folgende Verläufe sind unter anderem möglich:

Abbildung 14: Mögliche Kürzungsverläufe



Quelle: Eigene Darstellung

Auf eine Unterscheidung in Männer und Frauen wurde verzichtet. Ebenso auf die Möglichkeit, dass Jahrgänge im Inanspruchnahmeverhalten differieren, je nach dem welcher Versichertengruppe sie angehören. Bei Verlauf (iv) handelt es sich um die theoretisch denkbare Variante, jede Risikoklasse einzeln analysiert zu haben und ggf. auch degressive Verläufe von einem Jahrgang zum nächsten anzutreffen.

Die in Methode 2 beschriebene Vorgehensweise stellt eine deutliche Differenzierung gegenüber Methode 1 dar, insbesondere wenn man den Weg von Methode 2b geht. Allerdings werden die Profile nach wie vor auf Basis der Gesamtausgaben je Risikoklasse gekürzt. Genauer wäre die Kürzung in einem oder mehreren der 6 Hauptleistungsbereiche, die von der Maßnahme

²²¹ Jeweils 41 Jahrgänge für die Versichertengruppen 1-3 und jeweils 16 Jahrgänge für die Versichertengruppen 4-6. Vgl. Abbildung 6 auf S. 52 dieser Arbeit.

betroffen sind. Auf diese Weise würde sich die Anpassung der VHW noch stärker am tatsächlichen Kostenanfall orientieren.²²² Hierauf gehen im Folgenden die Kapitel 3.3.3 und 3.3.4 ein.

3.3.3 Methode 3: Kürzung der HLB-Ausgaben pauschal über alle Risikoklassen

Bei Methode 3 handelt es sich um ein analoges Vorgehen wie bei Methode 1, nur dass diesmal die Kosten des betroffenen Hauptleistungsbereiches zu Grunde gelegt werden. Dadurch können die späteren, tatsächlichen Verhältniswertanpassungen nach Einführung einer gesundheitspolitischen Maßnahme genauer simuliert werden. Dies liegt insbesondere daran, dass die Kostenverteilung über 732 Risikoklassen in dem Hauptleistungsbereich derjenigen der Gesamtausgaben nicht entspricht. Die Kürzung je Hauptleistungsbereich (Methoden 3 und 4) kam in dem in der vorliegenden Arbeit vorgestellten Modell überwiegend zur Anwendung, insbesondere in der Ausprägung von Methode 4a.²²³ Eigentlich müsste man direkt in dem entsprechenden Konto kürzen und dort jede Risikoklasse einzeln. Für Ersteres fehlen die Informationen der Kosten je Kontenklasse auf GKV-Ebene, für Letzteres treten die in Variante 4b in Kapitel 3.3.4 beschriebenen Schwierigkeiten, insbesondere der hohe Arbeitsaufwand, auf. Somit stellen Methoden 3 und 4a den höchsten Detailgrad dar, den man für die GKV-Leistungsausgabenkürzung mit einer angemessenen Aufwand-Nutzen-Relation erreichen kann.

Im Gegensatz zu Methode 1 kann sich das Gefüge der Verhältniswerte durch

²²² Für eine theoretisch denkbare Detaillierung anhand der Kontenarten vgl. Kapitel 3.2.

²²³ Methode 4a nimmt eine einheitliche Kürzung der HLB-Ausgaben der betroffenen Risikoklassen vor. Vgl. S. 101 dieser Arbeit.

eine pauschale Kürzung im Hauptleistungsbereich verschieben.²²⁴ Zwar nicht innerhalb des einen Hauptleistungsbereiches, aber dafür nach Aggregation mit den anderen fünf. Entscheidend für die Auszahlung des Beitragsbedarfs an die Kassen ist der Gesamtverhältnswert, der sich durch den gewichteten Durchschnitt der sechs Hauptleistungsbereiche ergibt. Da die Kostenverläufe von Risikoklasse 1 bis 732 je HLB unterschiedlich sind, führt eine pauschale Kürzung in einem HLB nach der anschließenden Aggregation zu einer Gewichtsverlagerung. Dies ist gewollt, weil der Verlauf im HLB der Kostenstruktur der letztlich betroffenen Konten vermutlich besser entspricht als der Verlauf der Gesamtausgaben.

Dem Beitragsbedarf könnte man sich nun nicht mehr wie in Methode 1 mit einer Faustformel nähern. Die Gewichtsverlagerung der Verhältnswerte zueinander kann nämlich nach Multiplikation mit den kassenspezifischen SA40-Versichertentagen eine über- oder unterproportionale Verringerung des Beitragsbedarfs zur Folge haben. Was den Einfluss des Ausgleichsbedarfsatzes angeht, gelten die Ausführungen aus Methode 1 analog. Das heisst, Kassen mit höherer Grundlohnsumme profitieren absolut gesehen überdurchschnittlich von einer ABS-Absenkung. Dies gilt im Übrigen auch für die Methoden 2 und 4.

Wenn es um die Zuordnung der gesundheitspolitischen Maßnahme zu einem HLB geht, ist zusätzlich zu bedenken, dass ggf. mehr als ein HLB betroffen ist. In diesem Fall liegt die zusätzliche Hürde darin, die richtige Verteilung der Einsparung auf die HLBs abzubilden. Anhaltspunkt kann die empirische Kostenverteilung der zu streichenden Leistung auf die Konten einer Kasse sein. Da Konten spätestens ab dem Viersteller immer zur Gänze einem HLB angehören, ist auf Basis eines Kassendatensatzes und unter der Annahme ei-

²²⁴ Bei Methode 1 ändert sich das Verhältnis der Verhältnswerte zueinander nicht, sie werden lediglich gekürzt und mit dem konstant gehaltenen Hundertprozentwert und den SA40-Tagen multipliziert.

ner ähnlichen Verteilung in der GKV die Aufteilung auf die HLBs der GKV möglich. Auch wenn die GKV nicht exakt die gleiche Kostenstruktur wie eine Kasse aufweist,²²⁵ stellt es zunächst die beste Annäherung dar, die selbstverständlich falsifizierbar ist.

Eine andere Möglichkeit ist, die Aufteilung anhand des Kostengewichts der sechs Hauptleistungsbereiche vorzunehmen:

$$\text{Kürzung HLB 1} = \text{Zu erwartende Einsparung} \times \frac{\text{Kosten HLB 1}}{\text{Kosten (HLB 1+4)}}$$

In diesem Beispiel wären die Hauptleistungsbereiche 1 und 4 betroffen.²²⁶ Man würde den Hauptleistungsbereich 1 mit seinem relativen Gewicht kürzen. Im Vergleich zu dem zuerst dargestellten Weg, sich an die Daten einer Kasse zu halten, ist diese Art der Annäherung weniger erfolgsversprechend. Grund ist die vermutlich geringe Bedeutung der Einsparung für die Gesamtkosten. Es wäre Zufall, wenn die Maßnahme sich auf zwei oder mehr HLBs in etwa so verteilt, wie es die restlichen Kosten tun.

3.3.4 Methode 4: Kürzung der HLB-Ausgaben differenziert nach Risikoklassen

In Analogie zu Methode 2 muss für Methode 4 die zu erwartende Einsparsumme hinsichtlich der Risikoklassen lokalisiert werden. Grundsätzlich werden dies dieselben Risikoklassen sein – unabhängig davon, ob man bei den Gesamtausgaben oder bei den Ausgaben der Hauptleistungsbereiche kürzt. Gegebenenfalls ergeben sich durch die Hauptleistungsbereiche Zuordnungs-

²²⁵ Identisch sind Kassen- und GKV-Kostenstruktur nur in einer theoretisch denkbaren Durchschnittskasse.

²²⁶ Hauptleistungsbereich 1: Ärzte, Hauptleistungsbereich 4: Krankenhaus.

probleme, wie in Kapitel 3.3.3 beschrieben. Wenn es beispielsweise darum geht, eine Einsparung, die durch ein Hausarztmodell erwartet wird, zuzuordnen, ist der Anteil der Einsparung, der auf den Krankenhaussektor (HLB 4) entfällt, zunächst nicht klar erkennbar. Im Zweifel sollte auf Methode 2, also der Kürzung bei den Gesamtausgaben, ausgewichen werden. Angenommen, eine Gesetzesänderung kann hinsichtlich des Hauptleistungsbereiches und auch hinsichtlich der Risikoklassen eingegrenzt werden, steht eine einheitliche oder eine differenzierte Kürzung der betroffenen Risikoklassen des/der Hauptleistungsbereiche/s zur Auswahl.

- a) Einheitliche Kürzung der ausgewählte Risikoklassen um den gleichen Faktor

Dies ist die Methode, die im Rechenmodell, wie erwähnt, zumeist zur Anwendung kommt.²²⁷ Sie weist einen hohen Grad an Differenziertheit auf und ist unter Aufwand-Nutzen-Abwägungen der Methode 4b überlegen. Der Kürzungsfaktor, um den die betroffenen Risikoklassen gekürzt werden, wird sich im Vergleich zu Methode 2 erhöhen, da der Nenner kleiner wird:

$$\text{HLB Risikoklassen Kürzungsfaktor} = \frac{\text{Einsparsumme}}{\text{HLB LA der betroffenen Risikoklassen}}$$

Die Pauschalierungen, dass alle betroffenen Risikoklassen gleichermaßen gekürzt werden, wird analog Methode 2 in Kauf genommen. Da der Kürzungsfaktor stärkere Renommierungen in den Risikoklassen vornimmt, ist bei der Bestimmung der Risikoklassen mit noch größerer Sorgfalt vorzugehen. Das Vergessen von Risikoklassen oder die Hinzunahme nicht-betroffener Risikoklassen kann bei den neuen Verhältniswerten starke Verzerrungen bewirken. Weniger stark ist die Verzerrung für den Fall, dass der falsche

²²⁷ Vgl. das Rechenbeispiel in Kapitel 4.4.2.

HLB, aber die richtigen Risikoklassen gewählt wurden. Durch die Aggregation zu einem Gesamtkostenblock je Risikoklasse, welcher wiederum zur Berechnung der Beitragsbedarfe dient, ist es im Grunde gleichgültig, in welchem HLB gekürzt wurde, solange die Höhe identisch ist. Die Verzerrung besteht also im Unterschied der Kostenhöhe der Risikoklasse in zwei unterschiedlichen HLBs mit ihren jeweiligen Kürzungsfaktoren:

$$\begin{aligned} & \text{Verzerrung in der Risikoklasse } x \text{ durch einen falsch gewählten HLB} \\ & = \text{HLB}_1 \text{ Kürzungsfaktor} \times \text{Kosten}_x \text{ in HLB}_1 - \text{HLB}_2 \text{ Kürzungsfaktor} \times \text{Kosten}_x \text{ in HLB}_2 \end{aligned}$$

Dieser Grundsatz gilt auch für die im Folgenden erläuterte Methode 4b. Allerdings muss dort beachtet werden, dass der Kürzungsfaktor für die betroffenen Risikoklassen nicht einheitlich bestimmt wird, sondern ein Risikoklassen-spezifischer Kürzungsfaktor zur Anwendung kommt.

b) Unterschiedliche starke Kürzung der ausgewählten Risikoklassen

Die unterschiedlich starke Kürzung einzelner Risikoklassen muss, wie erwähnt, jeweils unter Aufwand-Nutzen-Abwägungen betrachtet werden. Im Extremfall wären nicht nur 732 Prozentsätze festzulegen, sondern 732 mal der Anzahl der betroffenen Hauptleistungsbereiche – immer davon ausgehend, dass innerhalb eines HLB alle Risikoklassen betroffen sind. Aufgrund der großen Zahl ist mit einer partialen Kompensation durch entgegengesetzte Fehleinschätzungen der Kürzungsfaktoren zu rechnen.

Der Aufwand ist nur in Ausnahmefällen zu rechtfertigen. Entweder

- ist erkennbar, dass eine Gesetzesänderung nur ein paar spezielle Risikoklassen betrifft, und dass diese hinsichtlich der Höhe der Kürzung große Unterschiede aufweisen
- oder
- man möchte die Auswirkung einer Gesetzesänderung für einzelne Risikoklassen, die für die Krankenkasse von besonderer Relevanz sind,

gesondert untersuchen, ggf. für verschiedene Szenarien.

Je betroffener Risikoklasse und HLB ergibt sich ein Kürzungsfaktor. Nimmt man den Fall einer Gesundheitsreform, bei der im Allgemeinen alle Bereiche betroffen sind, hat man aggregiert für alle gesundheitspolitischen Maßnahmen 5124 Kürzungsfaktoren:

Anzahl möglicher Kürzungsfaktoren

$$= 732 \times 7$$

$$= 5124$$

Die Zahl 7 ergibt sich durch die Tatsache, dass je Risikoklasse sechs Hauptleistungsbereiche und einmal Gesamtausgaben existieren. Letztere würde man kürzen, wenn eine Maßnahme keinem HLB direkt zuzurechnen ist. Die Verzerrungen durch falsche Kürzungsfaktoren werden sich, wie erläutert, zum Teil aufheben. Betrachtet man die Verzerrung einer einzelnen Risikoklasse durch einen falsch gewählten HLB, aber richtiger absoluter Einsparsumme für die Risikoklasse, ist eine Verzerrung theoretisch nicht existent:

$$\begin{aligned} \text{Kürzungssumme} &= \text{Kürzungsfaktor}_a \times \text{Kosten der Risikoklasse}_x \text{ in HLB}_1 \\ &= \text{Kürzungsfaktor}_b \times \text{Kosten der Risikoklasse}_x \text{ in HLB}_2 \end{aligned}$$

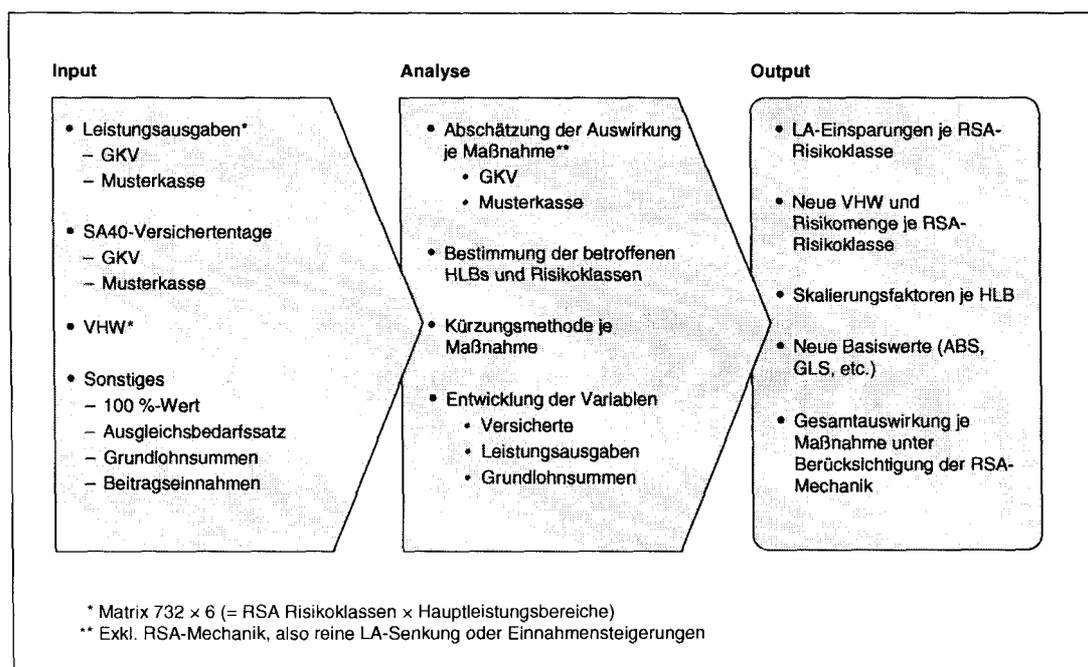
Der sich daraus ergebende partielle VHW für die HLBs 1 und 2 wäre zwar nun falsch, die Fehler heben sich aber wegen ihrer Betragsgleichheit durch die Aggregation zu einem Gesamt-VHW wieder auf.

4 Konkrete Ausgestaltung des Rechenmodells

4.1 Aufbau

Das vorliegende Rechenmodell besteht ähnlich wie andere ökonomische Modelle darin, aus den Input-Größen mit Hilfe von Analysen aussagekräftige Output-Größen zu generieren.²²⁸ Grundsätzlich kommen drei Arten von Input-Größen in Frage: GKV-bezogene, Kassen-bezogene sowie Dritt-Größen, die sich sowohl auf die GKV als auch auf die Kassen beziehen.

Abbildung 15: Modell-Aufbau



Quelle: Eigene Darstellung

Während die Input-Größen in Abbildung 15 eindeutige, objektive Werte darstellen, die bereits ermittelt wurden (Sekundärdaten),²²⁹ fließen in den Analysen die Überlegungen der jeweiligen Nutzer des Modells ein. Hierin sind un-

²²⁸ Vgl. Cichon (1985), S. 9-14.

²²⁹ Vgl. S. 36 für eine Definition von Primär- und Sekundärdaten.

ter anderem die Einschätzungen über die Auswirkung je Maßnahme, die genaue Lokalisierung hinsichtlich Risikoklasse und HLB, die Kürzungsmethode sowie die Entwicklung der Input-Größen Versichertenzahl, Ausgaben und Grundlohnsumme enthalten.

Als Output-Größen errechnet das Modell alle Parameter, die für den RSA-Ausgleichsmechanismus notwendig sind. Zunächst die LA-Einsparungen, neue VHW und Risikomenge je Risikoklasse. Basierend darauf wird dann die Gesamtauswirkung je Maßnahme für die Kasse ermittelt. Wichtig ist bei der Betrachtung der Output-Größen, dass der Schwerpunkt auf den Auswirkungen der gesundheitspolitischen Maßnahme liegt.²³⁰ Grundsätzlich sollte bei einer Kasse eine ähnlich geartete Vorgehensweise jährlich für die Budgetplanung zur Anwendung kommen.²³¹ Die neue Herausforderung besteht vor allem darin, die Diskontinuitäten einer Gesetzesänderung abzubilden.

4.2 Annahmen des Modells

In den Prämissen, die in das mathematische Modell einfließen, drücken sich unter anderem die unterschiedlichen Zukunftserwartungen der Anwender aus. Die einzelnen Annahmen unterscheiden daher ein Modell mit zutreffendem 'Business judgement' von einem mit schlechtem 'Business judgement'. Selbstverständlich basiert das Modell immer auf einer identischen Arithmetik, welche bei der vorliegenden Arbeit von größerer Bedeutung ist als die Annahmen. Dennoch soll an dieser Stelle auf eine Erläuterung der Annahmen nicht verzichtet werden.

Es wird zunächst davon ausgegangen, dass die übernommenen Berechnun-

²³⁰ Deshalb werden unter anderem Hilfsgrößen wie die Skalierungsfaktoren ermittelt.

²³¹ Vgl. Kapitel 5.2.2 'Finanzplanung'.

gen des BVA stimmen. Das heisst, es wurde keine Verifizierung vorgenommen, ob die Leistungsausgaben, Grundlohnsumme und Verhältniswerte korrekt ermittelt worden sind. Ohne tieferen Einblick in die gemeldeten Daten der Kassen wäre es auch nicht möglich. Gleiches gilt für die Einteilung der Kosten in die sechs Hauptleistungsbereiche. Die Plausibilität der Werte wurde hingegen an verschiedenen Stellen überprüft, zum Beispiel anhand der Verknüpfung von Verhältnis-, SA40-Werten und dem 100 %-Wert. Es ergibt sich daraus in der Tat das Gesamtausgabenvolumen der GKV. Auf gleiche Weise lassen sich die Kosten der Hauptleistungsbereiche nachvollziehen.

Als weitere Annahmen wird unterstellt, dass die Absenkung des Ausgleichsbedarfssatzes vollständig an die Mitglieder weitergegeben wird. Dies sieht auch der Gesetzgeber vor.²³² In der Praxis werden sich hierzu aus diversen Gründen Abweichungen ergeben, auch wenn es zum Teil gesetzlich verboten ist. Es ist davon auszugehen, dass einige Kassen versuchen werden, die Einsparungen nicht direkt an die Mitglieder weiterzugeben, z.B. weil

- es noch einen Schuldenberg abzubauen gilt
- man sich ein finanzielles Polster aufbauen möchte
- die ABS-Senkung nicht ein Vielfaches eines Zehntel-Prozentpunktes ist, die Beitragssätze hingegen schon
- aus wettbewerbpolitischen Gründen die Kasse die Beitragssatztypen unterschiedlich stark senken will

Für die Berechnungen wurden, wie in Kapitel 2.2.1 erläutert, alle relevanten Daten berücksichtigt, die für das Geschäftsjahr 2002 zur Verfügung standen. Insofern wurde auf eine Berücksichtigung der Differenzierung nach strukturierten Behandlungsprogrammen gemäß § 137g SGB V verzichtet.²³³ Neben den Leistungsausgaben je ursprünglichem Hauptleistungsbereich 1-5 (Ärzte,

²³² Vgl. § 220 Abs. 1 SGB V.

²³³ Für eine Definition und Zeitplan der strukturierten Behandlungsprogramme vgl. Daubenbüchel (2002), S. 56-59.

Zahnärzte, Arzneimittel, Krankenhäuser, und sonstige Leistungen)²³⁴ erfolgt nämlich „ab dem Geschäftsjahr 2003 .. die Erhebung zusätzlich getrennt nach den Hauptleistungsbereichen: Nichtärztliche Leistungen der ambulanten Dialyse, Sterbegeld, und berücksichtigungsfähige Mehrleistungen für in strukturierte Behandlungsprogramme ... eingeschriebene Versicherte“²³⁵.

Was die Altersstruktur angeht, muss in der Finanzplanung einer GKV beachtet werden, dass die Versicherten pro Jahr jeweils eine Altersklasse weiterrücken. Da man die derzeitige Stärke der Jahrgänge sowohl auf Kassen- als auch auf GKV-Seite kennt, lässt sich die vereinfachende Annahme treffen: alle Versicherten rücken einen Jahrgang weiter, ohne dass sich dabei das Verhältnis der Risikoklassen zueinander ändert. Es finden also keine Bewegungen innerhalb eines oder mehrerer Jahrgänge bezüglich der Versichertengruppen statt. Abweichend davon wäre der Sachverhalt zu berücksichtigen, wenn Versicherte in großem Maße ihren Krankengeldanspruchsstatus wechseln würden. Die Annahme einer diesbezüglichen Konstanz ist allerdings vertretbar, da auch in der Vergangenheit keine nennenswerten Bewegungen zu verzeichnen waren und es sich um eine isolierte Analyse über die Auswirkung einer gesundheitspolitischen Maßnahme handelt. Wenn allerdings durch die Maßnahme mit vermehrten Wechselaktivitäten zwischen den Versichertengruppen zu rechnen ist, sollten die Überlegungen in die Betrachtung wieder miteinbezogen werden.

Für das Aufstellen des Kassen-Budgets ist es gleichwohl unerlässlich, den Altersstruktur- und Normkosteneffekt abzuschätzen.²³⁶ Im vorliegenden Modell ist für den Altersstruktureffekt die Geburten- und Sterbequote der Kasse

²³⁴ Krankengeld läuft weiterhin als gesonderter Hauptleistungsbereich 6 mit eigenen Erhebungsmodalitäten.

²³⁵ Vereinbarung zwischen AOK-Bundesverband, Bundesverband der Betriebskassen, IKK-Bundesverband, Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V., AEV – Verband der Arbeiter-Ersatzkassen e.V., Bundesknappschaft, See-Krankenkasse (2003), S. 5.

²³⁶ Vgl. Kapitel 3.1.2.

im Vergleich zur GKV abzuschätzen. Die Geburten- und Sterbequote ist nicht gleichzusetzen mit dem Altersstruktureffekt, da dieser die gesamte Altersstruktur der Kasse betrachtet. Inbegriffen ist also auch die relative Alterung der Versicherten der Kasse durch Zu- und Abgänge von Versicherten. Sofern man in der Lage ist, den Altersstruktureffekt abzuschätzen, sollte er in die Analyse einfließen, ansonsten reicht die Geburten- und Sterbequote.²³⁷ Als Referenz müssen Zeitreihen aus der Vergangenheit herangezogen werden, die in jeder Kasse vorhanden sein sollten. Auch der Normkosteneffekt kann mit Hilfe von Zeitreihen extrapoliert werden.

Des Weiteren muss eine Annahme hinsichtlich der Versichertenanzahlentwicklung getroffen werden. Für die GKV wurde ein konstanter Versichertenbestand unterstellt, da sich den Versicherten nur begrenzte Substitutionsmöglichkeiten bieten. Wie sich mittlerweile gezeigt hat, ist die Versichertenanzahl in der Tat nahezu identisch geblieben. Sie hat sich im Zeitraum vom Bekanntwerden der konkreten Reformvorschläge bis einschließlich der ersten sechs Monate der Umsetzung, also vom 1. Juli 2003 bis zum 1. Juli 2004, um 0,2 % verringert.²³⁸ Für die zu untersuchende Kasse muss unter Umständen eine gesonderte Annahme getroffen werden. Sie sollte sich an der speziellen Situation der Kasse orientieren und die Auswirkungen der Gesetzesänderung auf den Versichertenbestand der Kasse berücksichtigen. Für die Musterkasse des Rechenmodells wurde jedoch analog der GKV eine gleich bleibende Versichertenanzahl angenommen. Sie ist für diese Dimension also eine Durchschnittskasse.

Hinsichtlich des Beitragssatzes orientieren sich die Berechnungen am allgemeinen Beitragssatz. Wie der Name andeutet ist es der Beitragssatz, den die

²³⁷ Die Zu- und Abgänge fließen über die Entwicklung der Versichertenanzahl ohnehin in die Analyse ein.

²³⁸ Vgl. BMGS (2005a), S. 36 und 39.

Mehrzahl der Mitglieder entrichtet.²³⁹ Eine weitergehende Analyse wäre differenziert nach Beitragssätzen möglich. Dafür müsste zunächst gezeigt werden, dass die Mitgliederstruktur in Abhängigkeit vom Beitragssatztyp variiert und im nächsten Schritt, dass die Auswirkungen einer Maßnahme die Mitglieder der Beitragssatztypen unterschiedlich stark betreffen. Solche Daten sind öffentlich nicht zugänglich. Mit dem allgemeinen Beitragssatz deckt man allerdings die größte Mitgliedergruppe ab. Zudem werden auf der Kostenseite natürlich die Daten aller Mitglieder/Versicherten in die Berechnungen einbezogen. Der einzige Unterschied, der sich in der Praxis ergeben kann, ist also eine uneinheitliche anstatt der im Modell unterstellten einheitlichen Beitragssatzsenkung. Im Falle von ähnlichen Mitgliederstrukturen innerhalb der Beitragssatztypen, kann selbst bei Vorhandensein der Daten auf eine Differenzierung gänzlich verzichtet werden.

Des Weiteren musste eine Annahme hinsichtlich der Kassenansiedlung getroffen werden. Durch das Gesetz zur Rechtsangleichung in der gesetzlichen Krankenkasse wird seit 2001 der gesamtdeutsche RSA sukzessive eingeführt. *„Der gesamtdeutsche RSA besteht aus zwei Grundelementen: dem Finanzkraftausgleich und der Angleichung der Normprofile.“*²⁴⁰ Dadurch wurden 2001 zwischen 4,3 und 4,4 Mrd. DM von den alten in die neuen Bundesländer transferiert.^{241,242} Für das vorliegende Modell wird von einer West-Kasse ausgegangen.

Bezüglich der Trennung von AKV und KVdR wird diese weitestgehend durch die Altersstruktur berücksichtigt. Ausgabenseitig ändert sich durch den Wechsel eines Versicherten von der AKV zur KVdR zunächst nichts. Die Er-

²³⁹ Vgl. BMGS (2005b), S. 52-54.

²⁴⁰ Becker et al. (2001), S. 36-37.

²⁴¹ Vgl. Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2001), S. 185.

²⁴² In den Jahren 1999 und 2000 war die Transfersumme gesetzlich auf 1,2 Mrd. DM bzw. 2,8 Mrd. DM beschränkt.

stattungen sind ebenfalls identisch. Einnahmenseitig führt ein Wechsel im Allgemeinen zu einem geringeren beitragspflichtigen Einkommen, was niedrigere Beitragsmehreinnahmen zur Folge hat. Mit Hilfe der Grundlohnsumme lässt sich das Phänomen abbilden, denn sie konsolidiert alle beitragspflichtigen Einnahmensänderungen sowohl für die AKV als auch für die KVdR. Insofern fließt in sie auch die Annahme der wirtschaftlichen Entwicklung ein. Um sicher zu gehen, dass derzeit nicht mit einer Renteneintrittswelle zu rechnen ist, wurden die Altersgruppen untersucht. Das Ergebnis zeigte, dass eine solche Bewegung in der Tat zurzeit nicht ansteht. Auch eine signifikant bessere/schlechtere wirtschaftliche Entwicklung als in den letzten fünf Jahren ist nicht zu erwarten. Deshalb wurde der gewichtete Durchschnitt der Grundlohnsummenentwicklung der Vergangenheit in Höhe von 1 % fortgeschrieben. Für die Musterkasse wird aufgrund ihrer etwas älteren Versichertenstruktur eine Grundlohnsummensteigerung von 0,9 % unterstellt.

Die Annahmen sind wichtige Erfolgsfaktoren für das Erstellen des Modells. Noch entscheidender ist jedoch die Arithmetik. Während bei obigen Annahmen zum Teil von einem Gleichschritt der GKV und einer Kasse ausgegangen werden kann, drückt sich erst in der Arithmetik die Relativität des Systems aus.

4.3 Arithmetik des Modells

4.3.1 Überleitung der gesamtwirtschaftlichen Auswirkung auf eine einzelne Kasse

Für das Gesamtsystem der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland ist vor allem die gesamtwirtschaftliche Einsparung bzw. Lenkungswirkung relevant. Deshalb werden im Vorfeld einer Gesetzesverabschiedung zur argumentativen Unterstützung Abschätzungen über die zu erwartenden Einsparsumme abgegeben. Für das System als Ganzes reicht dies, da die

Kassen im Durchschnitt um diese Einsparsumme – sofern sie realisiert wird – entlastet werden. Für die einzelne Kasse ist es aber weniger relevant, da für sie entscheidender ist, wie sich ihre Wettbewerbssituation verändern wird. Deshalb hat man im Modell eine Überleitung der makroökonomischen auf die mikroökonomischen Auswirkungen herzustellen.

Die Ertragsmechanik des RSA spielt hierbei die entscheidende Rolle. Die Profitabilität oder, besser gesagt, der Beitragssatz²⁴³ einer Kasse hängt weniger von der absoluten Effizienz der Kasse als vielmehr von ihrer relativen Stärke im Vergleich zu ihren Wettbewerbern ab. Als Illustration mag folgendes Beispiel dienen: Zwei Touristen werden in der Wüste von einem Löwen überrascht. Darauf zieht der eine seine Turnschuhe an. Der andere fragt ihn, warum er dies tue; der Löwe sei sowieso schneller als sie. Darauf entgegnet der Erste: „das stimmt, allerdings wird der Löwe nur einen von uns essen, und deshalb muss ich lediglich schneller sein als du.“

Die Relativität des Systems drückt sich in den drei Elementen Finanzkraft, Beitragsbedarf und Leistungsausgaben aus. Die Grundidee der Überleitung ist, die Entlastung des Systems mit der Entlastung der Kasse zu vergleichen. Als Maßstab der Entlastung dienen der Ausgleichsbedarfs auf GKV-Seite sowie der Beitragssatz auf Kassenseite. Diese zunächst einfache Grundregel entpuppt sich in der Handhabung als nicht trivial.

Der absolute Betrag der GKV-Entlastung ist, wie erwähnt, zunächst als ABS-Entlastung auszudrücken. Mit Hilfe der ermittelten Auswirkung auf den Ausgleichsbedarfssatz ist die Finanzkraft-Entlastung der Kassen bekannt. Die Differenz zwischen altem und neuem ABS drückt also die durchschnittliche Beitragssatz-Senkung aus, die die Kassen auf Grund der neuen Maßnahme

²⁴³ Da eine Kasse über einen längeren Zeitpunkt keine Gewinne erwirtschaften darf, werden sich die Überschüsse in einem sinkenden Beitragssatz ausdrücken.

ceteris paribus durchführen können. Dies unterstellt, dass die ABS-Senkung direkt an die Mitglieder weitergegeben wird. Wie auf Seite 106 erwähnt, verpflichtet das SGB V die Kassen, die Einsparungen als Beitragssatzsenkung weiterzugeben. In der Praxis ergeben sich jedoch Spielräume für die Kassen, da eine eindeutige Quantifizierung der Ursache-Wirkungs-Beziehung für den externen Betrachter nur sehr eingeschränkt möglich ist.

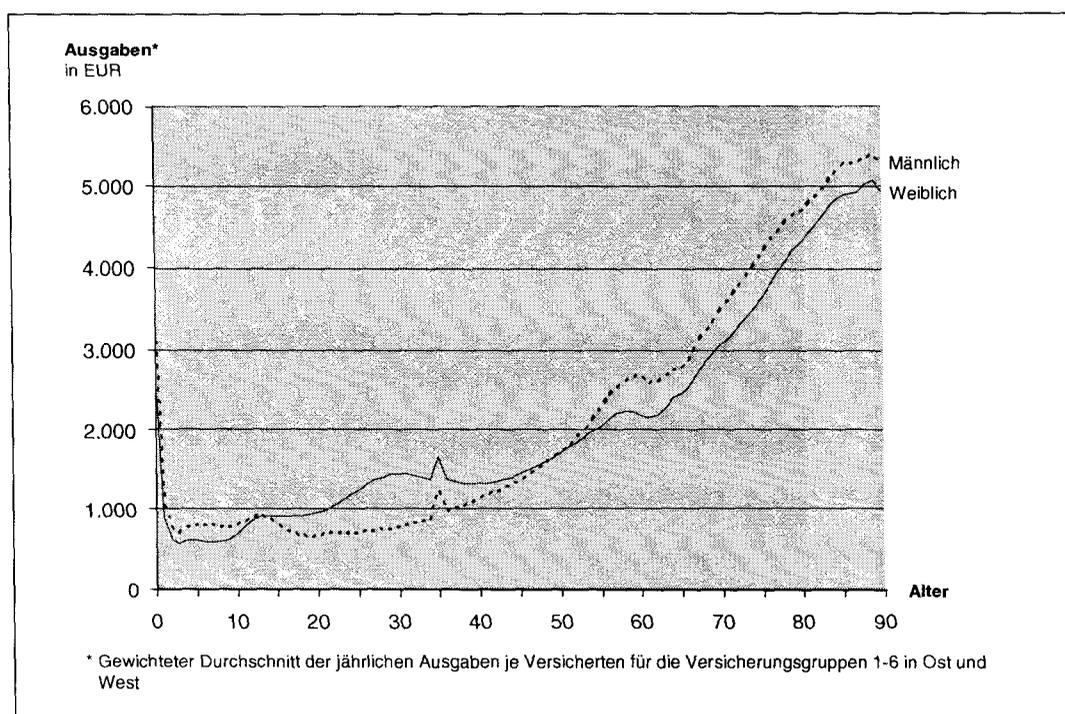
Eine Kasse wird geneigt sein, nun der ABS-Punkte-Senkung die Beitragssatzsenkung gegenüber zu stellen, die sie durch die Verringerung der Leistungsausgaben durchführen könnte. Das würde aber den Beitragsbedarf, also die Normprofile, außer Acht lassen. Die Normprofile werden sich allerdings durch eine Maßnahme, und damit die Ausschüttungen (Beitragsbedarfe) an die einzelnen Kassen, verändern. Es ist also notwendig, den neuen Beitragsbedarf zu errechnen.

Die Auswirkungen auf den Beitragsbedarf sind etwas komplexer; betreffen sie doch die Abbildung einer Maßnahme auf 732 Risikoklassen. Es ist für jede Risikoklasse gesondert die Kürzung der Leistungsausgaben sowie die daraus resultierende Verhältniswertanpassung zu ermitteln – selbstverständlich handelt es sich hierbei um die GKV-Seite. Einen Kassen-Verhältniswert gibt es bekanntlich nicht, auch wenn er theoretisch berechenbar wäre. Multipliziert man die neuen Verhältniswerte mit den SA40-Versichertentagen der Kasse und mit dem Hundertprozentwert ergibt sich der neue Kassen-Beitragsbedarf. Da sich 732 Risikoklassen nur mit erheblichem Aufwand einzeln betrachten lassen, sind Gruppenbildungen sinnvoll. Das Auswahlkriterium sollte vor allem eine ähnlich geartete Betroffenheit der Risikoklassen sein. Kapitel 4.4.2.6. geht anhand eines Beispiels genauer auf die Arithmetik der Beitragsbedarfermittlung ein; rein mathematisch ist sie in Abbildung 22 auf Seite 136 dargestellt.

4.3.2 RSA-Leistungsausgaben

Im Folgenden werden Teilbereiche der RSA-Leistungsausgaben näher beleuchtet. Detaillierte Kenntnisse der verschiedenen Aspekte sind unerlässlich zur Beurteilung gesundheitspolitischer Maßnahmen. Den Einstieg stellen zunächst die nach Geschlechtern aufgeteilten Normprofile der Altersklassen dar:

Abbildung 16: RSA-Leistungsausgaben 2002 nach Geschlecht



Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von BVA-Daten

Es handelt sich bei Abbildung 16 um Berechnungen auf Basis der so genannten 'endgültigen standardisierten Leistungsausgaben für die GKV pro Tag', die vom Bundesversicherungsamt zusammengestellt werden.²⁴⁴ Zu

²⁴⁴

Die Verläufe sind hinsichtlich der zunehmenden Kosten im Alter in anderen Ländern ähnlich. Untersucht man die Kosten im Detail ergeben sich allerdings deutliche Unterschiede. Vgl. beispielsweise van de Ven (2000), S. 795-796,

bedenken ist, dass die Daten nicht die Profile der privat und nicht versicherten Bundesbürger berücksichtigen.²⁴⁵ Für die Berechnung der obigen Graphik werden die unterschiedlichen Verhältniswerte mit den dazugehörigen Versichertentagen sowie dem übergreifenden Hundertprozentwert zu einem gewichteten Mittel zusammengefasst. Die Tatsache, dass im Alter von 35 sowohl bei Männern als auch bei Frauen ein Ausreißer vorliegt, hängt mit der Behandlung der Erwerbsminderungsrente zusammen. In der Vereinbarung zwischen den Spitzenverbänden heisst es dazu:

„(3) Die Versicherten, deren Erwerbsfähigkeit nach den §§ 43 und 45 des SGB VI gemindert ist ..., bilden ... gesonderte Versichertengruppen.“²⁴⁶

(4) ...Versicherte, die der in Abs. 3 genannten Personengruppe angehören und das 35. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, werden dem Alter 35 zugeordnet. ...“²⁴⁷

Somit werden in den Normprofilen der 35-jährigen auch die Ausgaben für unter 35-jährige Bezieher von Erwerbsminderungsrenten berücksichtigt.²⁴⁸ Des Weiteren fallen drei Punkte auf: Zum einen die sehr hohen Kosten im ersten (zum Teil noch im zweiten) Lebensjahr, die durch Krankenhausaufenthalte verursacht werden. Zum anderen eine starke Differenz zwischen Männern und Frauen im Alter zwischen 20 und 40 Jahren, die aufgrund von Schwangerschaftskosten entstehen. Drittens sind höhere Kosten für Männer als für Frauen im Alter zu beobachten. Die Ursachen hierfür lassen sich nicht

²⁴⁵ Der Anteil der privat versicherten Bundesbürger beträgt etwa 10 %. Da die PKV-Versicherten eine geringere Morbidität aufweisen, würden sich die Profile etwas absenken. Der Effekt wird abgemildert, wenn es bei dem derzeitigen Vergütungsmodell für die Behandlung von Privatversicherten bliebe. Für eine genaue Analyse der Ausgabenprofile dieser Versichertengruppe vgl. Buchner (2002).

²⁴⁶ Berechtigte auf eine Erwerbsminderungsrente fallen in die Versichertengruppen 4-6.

²⁴⁷ Vereinbarung zwischen AOK-Bundesverband, Bundesverband der Betriebskassen, IKK-Bundesverband, Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V., AEV – Verband der Arbeiter-Ersatzkassen e.V., Bundesknappschaft, See-Krankenkasse (2003), § 2.

²⁴⁸ Vgl. hierzu auch die Erläuterungen zu den Berechnungen von Hof (2001b), S. 231.

monokausal herleiten. Sie werden ähnlich wie die geringere Lebenserwartung von Männern unter anderem an der erhöhten Berufsbelastung und den damit verbundenen Folgekosten in Form von Erwerbsminderungsrente und Krankheit liegen.

Betrachtet man die Summe der Ausgaben über alle Jahrgänge hinweg, schneiden Männer etwas schlechter ab als Frauen. Während die kumulierten Durchschnittsausgaben von 91 Jahrgängen bei Frauen etwa 191 Tausend Euro (TEUR) ausmachen, betragen diese bei Männern gut 195 TEUR.²⁴⁹ Der Unterschied wird sich laut Pohlmeier/Ulrich in den kommenden Jahrzehnten noch deutlich verstärken.²⁵⁰ Auf der anderen Seite gibt es Argumentationsmöglichkeiten, um das Verhältnis von Männer- zu Frauenausgaben zu relativieren: beispielsweise bei der Betrachtung der unterschiedlichen Lebenserwartung, der unterschiedlichen Alterspyramide, oder aber bei einer Diskontierung der Ausgaben. Gemeinsam haben beide Geschlechter, dass bei den Kosten eines einzelnen Versicherten ein starker Anstieg kurz vor dem Tod zu beobachten ist. Dadurch sind die Durchschnittskosten eines gestorbenen jüngeren Versicherten in der Regel höher als die Kosten eines etwas älteren noch lebenden Versicherten – jeweils bezogen auf den Zeitraum der letzten 12 Lebensmonate des Verstorbenen.²⁵¹

Eine Diskontierung würde berücksichtigen, dass die Mehrausgaben von Frauen früher anfallen und deshalb anders zu bewerten sind als Kosten, die zu einem späteren Zeitpunkt auftreten. Hierbei wäre insbesondere der Betrachtungshorizont relevant. Für den Aufbau eines Kapitalstocks für künftige

²⁴⁹ Am günstigsten sind Mädchen im Alter von 3 Jahren; die teuerste Gruppe bilden Männer in der Altersklasse 89. Die Spannbreite geht von etwa 570 bis 5370 Euro Normerlös pro Jahr und GKV-Versicherten.

²⁵⁰ Vgl. Pohlmeier/Ulrich (1996), S. 53-54.

²⁵¹ Vgl. Zweifel/Felder/Meier (1996), S. 32-34.

Kosten beispielsweise wäre eine Diskontierung interessant.²⁵² Wenn es nicht um die Deckung von Ausgaben über Zeit, sondern um die Deckung von Ausgaben eines Jahres geht, die von verschiedenen Altersgruppen verursacht wurden (Umlageverfahren), wäre eine Diskontierung weniger interessant. Fakt ist, dass die privaten Krankenkassen für den Versicherungsschutz von Frauen höhere Beiträge verlangen als für Männer. Der Gesetzgeber möchte diese Praxis dadurch unterbinden, dass geschlechtsübergreifende Tarife anzubieten sind. Als Grund für eine notwendige Differenzierung werden von der PKV zumeist die höheren Gesundheitskosten für Frauen angegeben, beispielsweise durch Schwangerschaften. Über einen Gesamtlebenszyklus kann dieses Argument allerdings nicht gelten; schon gar nicht, wenn eine Frau nach Überschreiten des gebärfähigen Alters in die PKV eintritt. Der entscheidende Grund ist vielmehr die längere Lebenserwartung von Frauen. Die Angaben von 191 TEUR und 195 TEUR beziehen sich auf die kumulierten Ausgaben aller Altersklassen von 0-90.²⁵³ Die Risikoklassen sind aber mit zunehmendem Alter bei Frauen stärker besetzt als bei Männern. Wenn man nun die durchschnittlichen Gesundheitskosten je Jahrgang mit der durchschnittlichen Lebenserwartung gewichtet, ergeben sich die geschlechtsspezifischen Beitragsunterschiede. Immerhin liegt die Lebenserwartung von Männern und Frauen mit 75,6 und 81,3 Jahren nach wie vor deutlich auseinander.²⁵⁴ Insofern sind versicherungsmathematisch die Unterschiede durchaus begründet. Wenn allerdings Mann und Frau gleich alt werden, ist nur eine Argumentation über die Barwerte möglich, weil die Kosten von Frauen früher anfallen.

Für die Finanzplanung einer Krankenkasse bedeuten die Unterschiede der Normerlöse zwischen Mann und Frau und die Unterschiede der Normerlöse

²⁵² Vgl. Schroeter (1999), S. 231-232, hinsichtlich der Auswirkung unterschiedlicher Diskontierungssätze für die Kapitalstocks-Berechnungen.

²⁵³ Die Risikoklassen der 90-jährigen schließen die über 90-jährigen mit ein.

²⁵⁴ Vgl. Statistisches Bundesamt (2004a).

der Altersklassen, dass es zwischen wichtigen und unwichtigen Risikoklassen zu differenzieren gilt. Immerhin liegt der Ausgleichsbetrag der 'teuersten' Risikoklasse um das neun- bis zehnfache über dem der 'billigsten'. Entscheidend für die Vorhersagegenauigkeit der künftigen Einnahmen ist also, die Entwicklung relevanter Risikoklassen zu bestimmen – sowohl auf Kassen- als auch auf GKV-Ebene. Auf Kassenseite gilt dies auch für Versicherte, deren Kosten deutlich über den erstatteten Normsätzen liegen.

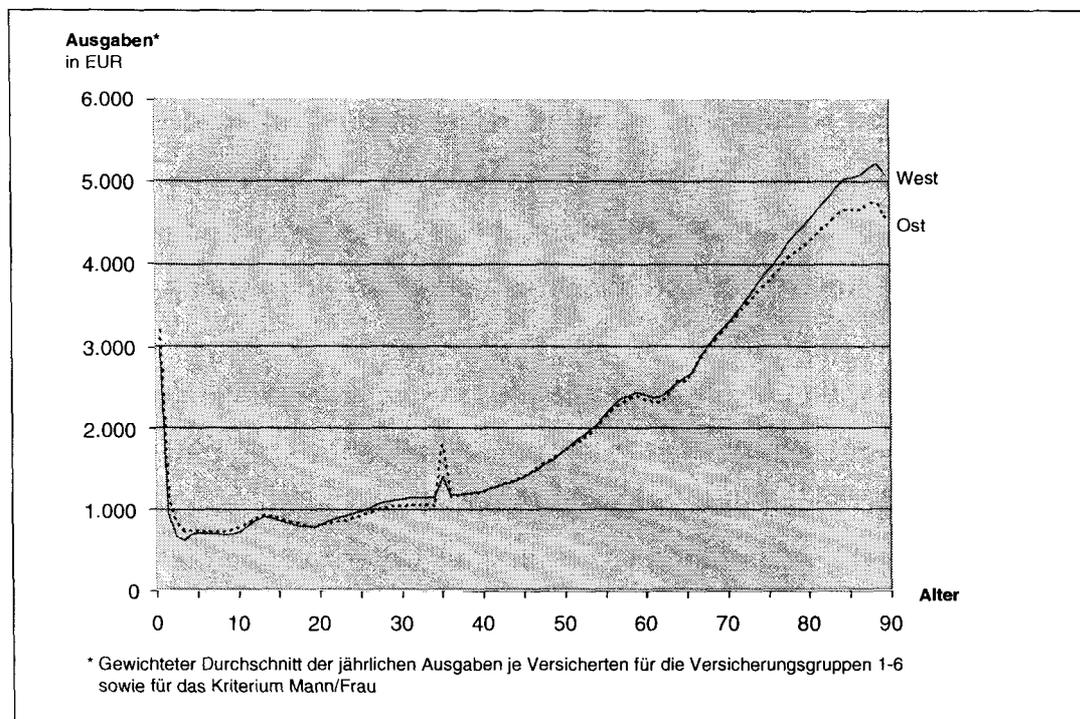
Es ließen sich neben einer rein ausgabenorientierten Betrachtung auch die Beitragseinnahmen miteinbeziehen. Dabei ist zu bedenken, dass nur der Anteil der Beitragsmehreinnahmen bei der Kasse verbleibt. Raffelhüschen/Fetzer/Moog haben in ihrer Untersuchung die Leistungsausgaben geschlechtsneutral den Beitragseinnahmen gegenübergestellt. Demnach erwirtschaften die Mitglieder im Alter von 25-63 die notwendigen Überschüsse, um den Rest der GKV zu versorgen.²⁵⁵ Die höchsten Beitragseinnahmen werden von den Jahrgängen um das Alter 55 erbracht, den größten Deckungsbeitrag von den Jahrgängen 40-45.

Untersucht man die gleiche Datengrundgesamtheit wie in Abbildung 16 entlang der Dimension Ost/West ergibt sich folgendes Bild:²⁵⁶

²⁵⁵ Vgl. Raffelhüschen/Fetzer/Moog (2003), S. 88.

²⁵⁶ Für eine weiter zurückliegende Gegenüberstellung der Ost/West-Daten vgl. Jacobs/Reschke (1994), S. 250-251.

Abbildung 17: RSA-Leistungsausgaben 2002 nach Rechtskreisen



Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von BVA-Daten

Hierbei fällt auf, dass zum einen offensichtlich die Erwerbsminderungsrente im Osten in jungen Jahren eine größere Rolle spielt als im Westen (zu erkennen am starken Ausschlag bei Jahrgang 35). Zudem zeigt sich, dass Kosten im Osten im Alter nicht ganz so schnell ansteigen wie im Westen. Die Gründe mögen mannigfaltig sein. Die geringeren Leistungserbringerkosten allein können das Phänomen nicht erklären, da sie sich auch in jüngeren Jahrgängen auswirken müssten.

Durch den gesamtdeutschen RSA wird sich die Differenz 'Ost/West' noch bis zum Jahr 2007 auswirken, da die RSA-Zahlungen angeglichen werden. Die Angleichung betrifft, wie auf Seite 109 erwähnt, sowohl die Finanzkraft bzw. den Ausgleichsbedarfssatz als auch den Beitragsbedarf:

„Seit dem Jahr 2000 ist zur Berechnung der Finanzkraft ein gesamtdeutscher Ausgleichsbedarfssatz zu ermitteln (Gesetz zur Stärkung der Finanzgrundla-

gen in den neuen Ländern (GKV-Finanzstärkungsgesetz) vom 24.03.1998, BGBl. I, S. 526). Seit dem Jahr 2001 wird auch für den Beitragsbedarf stufenweise ein gesamtdeutscher Risikostrukturausgleich eingeführt (Gesetz zur Rechtsangleichung in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 22.12.1999, BGBl. I, S. 2657). Die endgültige Rechtsangleichung wird im Jahre 2007 erreicht. Dennoch sind bis zur endgültigen Rechtsangleichung die Verhältnismerte, die standardisierten Leistungsausgaben sowie der Beitragsbedarf nicht nur für den Bereich Bund, sondern gleichzeitig auch wie bisher getrennt nach den Rechtskreisen Ost und West zu ermitteln. Durch die stufenweise Annäherung an den gesamtdeutschen RSA war die Rechtskreisangleichung Ost und West im Jahre 2001 mit einem Gewichtungsfaktor von 25 % zu berücksichtigen. Der Gewichtungsfaktor erhöht sich jährlich um 12,5 Prozentpunkte.²⁵⁷

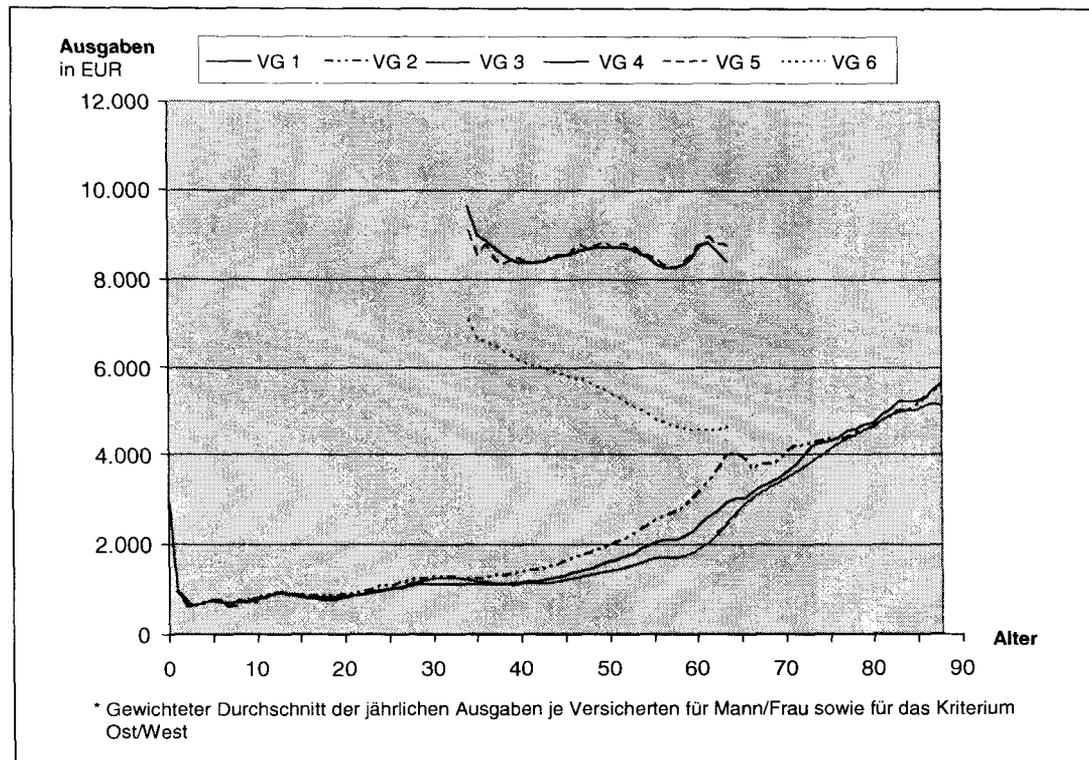
Bis 2007 sind also noch Berechnungen nach dem gültigen System anzustellen. Der Aspekt 'Ost/West' hat aber auch über 2007 hinaus Relevanz, und zwar durch die unterschiedliche Höhe der Ist-Ausgaben. Der Verlauf der Kurven in Abbildung 17 ist das Spiegelbild der tatsächlich angefallenen Kosten. Wenn durch die Angleichung der Beitragsbedarfe und des Ausgleichsbedarfssatzes in ganz Deutschland der Versicherte einer Versichertengruppe identische Normkosten hat, werden damit nicht die Abrechnungen der Leistungserbringer vereinheitlicht. Je stärker die Normsätze angeglichen werden, desto mehr wird eine Kasse profitieren, die in einem Gebiet mit vergleichsweise geringen Leistungserbringerkosten, also tendenziell in Ostdeutschland, stärker vertreten ist. Nicht ohne Grund ist in 2002 zum ersten Mal seit der Wiedervereinigung der allgemeine durchschnittliche Beitragssatz im Osten niedriger als im Westen.²⁵⁸

²⁵⁷ BVA (2004a), Punkt 8.

²⁵⁸ Vgl. BMGS (2003b), Blatt 2.

Neben der Betrachtungsweise Mann/Frau sowie Ost/West macht es Sinn, die RSA-Daten hinsichtlich der Versichertengruppen näher zu untersuchen:

Abbildung 18: RSA-Leistungsausgaben 2002 nach Versichertengruppen



Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von BVA-Daten

Die Tatsache, dass die Versichertengruppen 1-3 zunächst einen fast identischen Verlauf aufweisen, dann aber in den Berufsjahren auseinander gehen, verwundert nicht, da das Krankengeld in diesen Jahren anfällt. Wie man anhand von VG 2 sieht, fallen die Kosten nach dem Jahrgang 65 ab, bevor sie – getrieben durch die höheren medizinischen Kosten – wieder steigen. Außer dem Alter sind Versicherte, die eine Erwerbsminderungsrente beziehen, als Kostentreiber zu vermerken.²⁵⁹ Ihr Beitragsbedarf liegt in den Anfangsjahren um das sechs- bis neunfache über den Versicherten ohne Erwerbsminderungsrentenanspruch. Für die Versichertengruppen 4-6 steigen die Kosten in

²⁵⁹ Dies sind die Versichertengruppen 4-6. Vgl. Abbildung 6.

den Jahrgängen 35 bis 65 entgegen dem allgemeinen Trend nicht an, sondern stagnieren oder sinken sogar, wie im Fall der VG 6. Der Grund liegt in der Tatsache begründet, dass die Zunahme der medizinischen Kosten, je älter ein Versicherter wird, durch eine Abnahme von Reha- und ähnlichen Maßnahmen kompensiert wird. Je jünger der Versicherte ist, desto größer sind die Anstrengungen, die volle Erwerbsfähigkeit wieder herzustellen. Bei älteren Versicherten fällt die Abwägung zu Ungunsten von teuren Rehabilitierungsmaßnahmen, da das Bezahlen der Erwerbsminderungsrente dem Versicherungsträger günstiger erscheint.²⁶⁰

Wie man Tabelle 12 entnehmen kann, machen die Versicherten der Gruppen 4-6 anzahlmäßig nur etwa 3 % der Grundgesamtheit aus. Sie verursachen allerdings 8 % der Kosten.²⁶¹

²⁶⁰ Versicherte werden erst bei Bewilligung einer Erwerbsminderungsrente in den VG 4-6 geführt.

²⁶¹ Der Kostenanteil von 8 % ergibt sich auf Basis der standardisierten Leistungsausgaben. Vgl. BVA (2003d).

Tabelle 12: Versichertengruppen-Verteilung 2002

		Ost	West	Gesamt- deutschland
VG 1	Mann	2.842.381	13.788.906	16.631.288
	Frau	2.800.861	11.358.771	14.159.632
VG 2	Mann	35.337	221.548	256.885
	Frau	18.552	78.948	97.500
VG 3	Mann	2.457.456	12.456.848	14.914.304
	Frau	3.317.066	19.022.775	22.339.841
VG 4	Mann	25.515	85.000	110.514
	Frau	12.081	38.794	50.875
VG 5	Mann	362	1.517	1.879
	Frau	116	256	373
VG 6	Mann	209.801	718.216	928.017
	Frau	231.704	552.925	784.629
Summe	Mann	5.570.852	27.272.036	32.842.887
	Frau	6.380.381	31.052.468	37.432.849
	Summe	11.951.232	58.324.504	70.275.736

Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von BVA-Daten

Für eine Krankenkasse stellt sich nun die Frage, welche Versicherten den höchsten Deckungsbeitrag erbringen. Grundsätzlich sind dies Versicherte mit hohem Beitragsbedarf und geringer Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen – beispielsweise ältere, aber dennoch gesunde Versicherte. Aufschluss darüber geben Norm-Ist-Kosten-Abweichungsanalysen, die man versichertenindividuell oder alternativ versichertengruppenspezifisch durchführen kann.²⁶² Die NIKAs ändern sich natürlich, wenn es, wie im Folgenden erläutert, aufgrund von gesundheitspolitischen Maßnahmen zur Kürzung von Leistungen kommt.

²⁶² Die Schwierigkeit besteht in der unterschiedlichen Daten-Aktualität. Während Ist-Kosten relativ zeitnah verfügbar sind, werden die Normkosten erst mit einem Zeitverzug ermittelt.

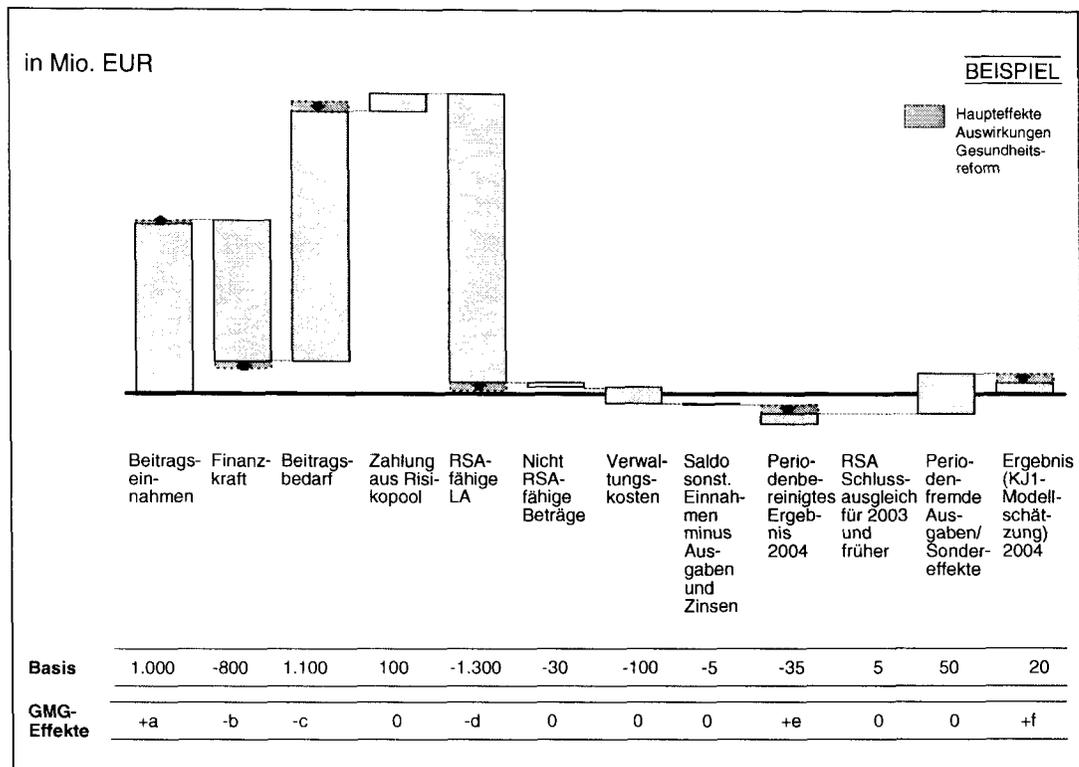
4.4 Finanzwirkung einer einzelnen Maßnahmen einer Gesundheitsreform

Zur Illustrierung des in den Kapiteln 3.3 bis 4.3 erläuterten Modells soll das 2004 in Kraft getretene Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) dienen.²⁶³ Es ist ein umfassendes gesundheitspolitisches Maßnahmenpaket, anhand dessen die Wirkungsweise des RSA und des Modells erläutert werden kann. Es wirkt sich auf jeden Teil der Ergebnisrechnung der Kassen aus. Wie in Abbildung 19 dargestellt, betrifft es insbesondere die Elemente 'Beitragseinnahmen', 'Finanzkraft', 'Beitragsbedarf', 'RSA-fähige Leistungsausgaben' und infolge dessen auch das Jahresergebnis.²⁶⁴

²⁶³ Vgl. Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (2003).

²⁶⁴ Der Risikopool wird an dieser Stelle zunächst ausgespart, auch wenn das GMG Auswirkungen auf ihn hat.

Abbildung 19: GMG-Auswirkungen auf das Ergebnis 2004 einer Kasse



Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Becker et al. (2001), S. 34

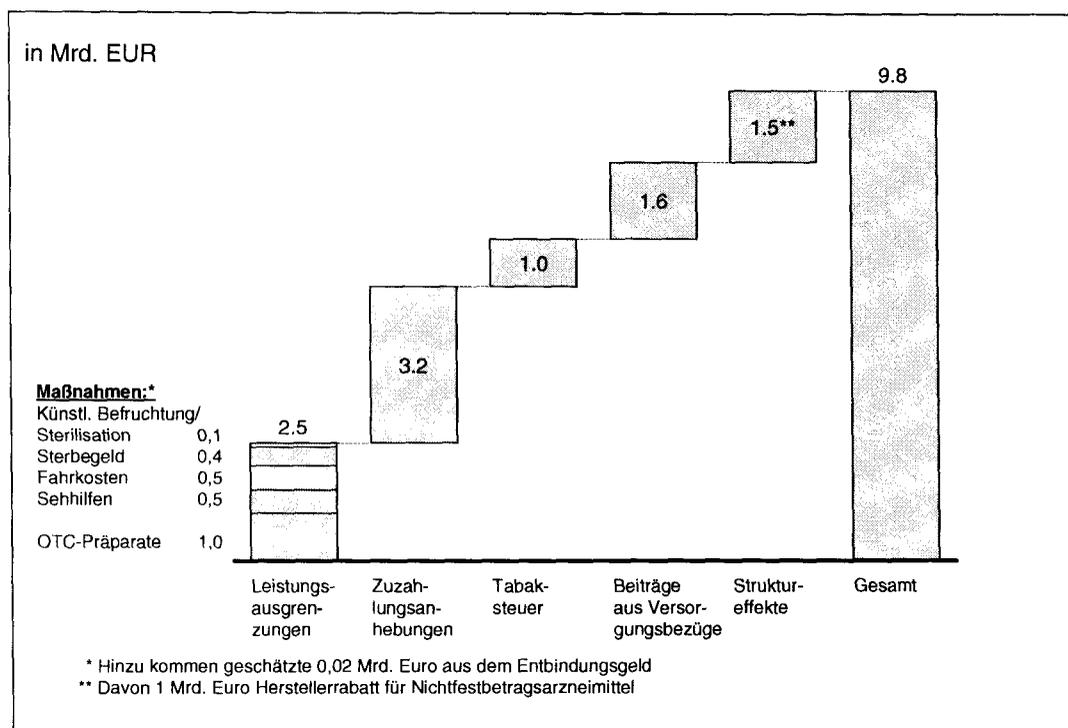
Das BMGS hat im Laufe der Diskussionen im Vorfeld des Gesetzesbeschlusses versucht, Abschätzungen über die Auswirkungen der einzelnen Maßnahmen durchzuführen. Zunächst am 16.06.2003 und nach einigen Anpassungen erneut am 08.09.2003.²⁶⁵ Diese Auswirkungen werden als finanzielle Entlastungen, also Einnahmenerhöhung oder Ausgabenreduzierung, des gesamten GKV-Systems ausgewiesen.²⁶⁶ Insgesamt sieht der Gesetzgeber Entlastungen in Höhe von 9,8 Mrd. Euro vor, die sich wie folgt auftei-

²⁶⁵ Vgl. Deutscher Bundestag (2003a), S. 142-145, sowie Deutscher Bundestag (2003b), S. 171-174.

²⁶⁶ Die Schätzungen der Einsparpotenziale unterliegen einem fortlaufenden Anpassungsprozess. Nachdem ursprünglich mit bis zu 13 Mrd. Euro Einsparungen für 2004 gerechnet wurde, haben sich die Einschätzungen seit Mitte 2003 auf 10 Mrd. Euro eingependelt. Bezüglich der weiteren Jahre heisst es in der Informationsbroschüre zur Agenda 2010: „Die jährliche Entlastung erhöht sich bis zum Jahr 2006 auf 23 Milliarden Euro.“ Presse- und Informationsamt der Bundesregierung (2003), S. 35.

len:

Abbildung 20: GKV-Entlastungsvolumen 2004

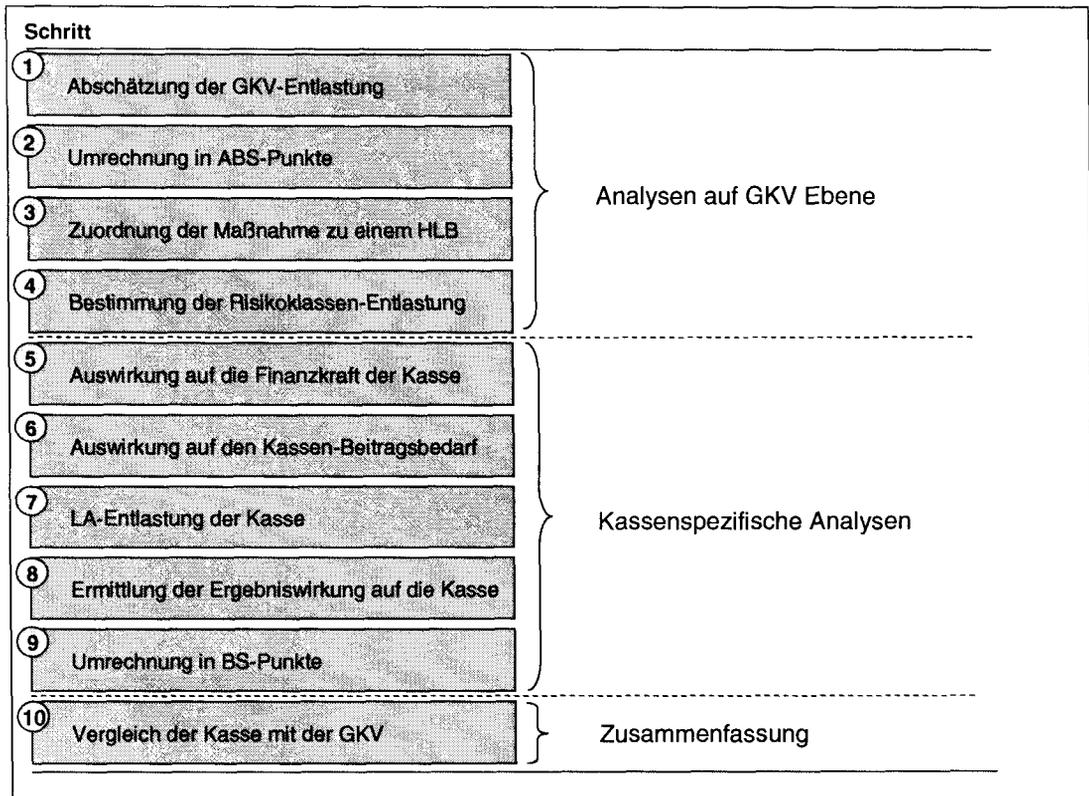


Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Deutscher Bundestag (2003b), S. 171-174

4.4.1 Vorgehensweise

Will man die Auswirkung einer Neuregelung auf eine einzelne Kasse berechnen, sind insbesondere 10 Schritte durchzuführen. Wie Abbildung 21 verdeutlicht, betreffen die Schritte 1-4 die GKV bzw. die GKV West/Ost, wenn man getrennt nach den Rechtskreisen analysieren möchte. Ausgehend von der gesamtwirtschaftlichen Einsparung betrachten dann die Schritte 5-9 die Ergebniswirkung auf eine einzelne GKV. Die Ergebniswirkung stellt die absolute Entlastung der Kasse in Euro oder als BS-Punkte dar. Viel entscheidender ist jedoch die relative Entlastung. Dies wird im zehnten Schritt durch den Vergleich der GKV- zur Kassen-Entlastung untersucht.

Abbildung 21: Berechnungs-Schritte



Quelle: Eigene Darstellung

4.4.2 Beispiel Maßnahme 'Sehhilfen'

Die oben beschriebene Vorgehensweise soll im Folgenden anhand des Beispiels der Sehhilfen veranschaulicht werden. Das dritte Kapitel des SGB V, das die Leistungen der Krankenversicherung regelt, wurde im Rahmen des GMGs wie folgt geändert:

Bisheriger Gesetzestext § 33 'Hilfsmittel' Abs. 1:

„Versicherte haben Anspruch auf Versorgung mit Seh- und Hörhilfen, Körperersatzstücken, orthopädischen und anderen Hilfsmitteln, die im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen Der Anspruch auf Versorgung mit Sehhilfen umfasst nicht die Kosten des

Brillengestells.“

Neuer Gesetzestext § 33 'Hilfsmittel' Abs. 1:

„Versicherte haben Anspruch auf Versorgung mit Hörhilfen, Körperersatzstücken, orthopädischen und anderen Hilfsmitteln, die im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen Versicherte haben bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres Anspruch auf Versorgung mit Sehhilfen entsprechend den Voraussetzungen nach Satz 1 und 2. Für Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, besteht der Anspruch auf Sehhilfen, wenn sie ... auf beiden Augen eine schwere Sehbeeinträchtigung mindestens der Stufe 1 aufweisen Der Anspruch auf Versorgung mit Sehhilfen umfasst nicht die Kosten des Brillengestells.“²⁶⁷

Im Wesentlichen wurde also der allgemeine Anspruch auf Sehhilfen beschränkt auf Versicherte bis zu einem Alter von 18 Jahren und bei Versicherten ab dem 19. Lebensjahr auf Härtefälle, die eine schwere Sehbeeinträchtigung aufweisen. Die Verschreibung von Sehhilfen durch den Augenarzt verbleibt weiterhin im Leistungskatalog der GKV. Herausgenommen wurde lediglich die Erstattung der Sehhilfe selbst.²⁶⁸

4.4.2.1 Schritt 1: Abschätzung der GKV-Entlastung

Das BMGS hat für die Maßnahme ein Einsparvolumen von 0,5 Mrd. Euro ausgewiesen. Das heisst, zur Ermittlung neuer Verhältniswerte müssen 0,5 Mrd. Euro aus den Risikoprofilen gekürzt werden. Die geplante Einsparung kann mit einem prozentualen Abschlag versehen werden, wenn man davon

²⁶⁷ Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (2003), S. 2193.

²⁶⁸ Vgl. Orłowski/Wasem (2003), S. 51.

ausgeht, dass das BMGS aus politischen Gründen geneigt gewesen sein wird, die Maßnahmen positiver darzustellen, als sie es in Wirklichkeit sein werden. Wenn berechtigte Zweifel bestehen, sollte der Abschlag unbedingt vorgenommen werden. Anderenfalls wird die zu untersuchende Kasse tendenziell vermuten, zu den Verliererkassen zu gehören. Die angeblichen Einsparungen auf GKV-Seite würde nämlich eine zu starke Kürzung der Beitragsbedarfe suggerieren, die von der geringeren Finanzkraftabfuhr und den niedrigeren RSA-fähigen Leistungsausgaben nur teilweise kompensiert werden. Die Kasse würde auf Basis der nicht zutreffenden Prognose gegebenenfalls falsche strategische Entscheidungen treffen, beispielsweise keine Senkung des Beitragssatzes oder die Fixierung falscher Zielgruppen hinsichtlich der Mitgliederwerbung.²⁶⁹ Im Nachhinein relativieren sich die Nachteile für die Kasse, da es zu einer höheren RSA-Ausgleichszahlung kommen wird als ursprünglich geplant.

Möchte man die Analyse getrennt nach den Rechtskreisen West und Ost vornehmen, ist der Gesamtbetrag noch aufzuteilen. Ohne weitere Informationen ist jedoch zunächst davon auszugehen, dass sich in Bezug auf Sehhilfen Ost- und Westdeutschland nicht stärker unterscheiden als dies für andere RSA-fähigen Leistungsausgaben der Fall ist. Insofern ist eine Unterscheidung nicht unbedingt notwendig. Die Berechnung sieht wie folgt aus:

$$\text{Einsparvolumen Ost (West)} = \text{BMGS Schätzung} \times \frac{\text{LA GKV Ost (West)}}{\text{LA GKV Gesamt}}$$

Alternativ könnte sich der Quotient auch auf die Leistungsausgabenanteile eines Hauptleistungsbereiches oder der betroffenen Risikoklassen beziehen und nicht, wie oben angegeben, auf die gesamten Leistungsausgaben. Sinnvoll wäre hier, Szenarien auf Basis unterschiedlicher Annahmen durchzu-

²⁶⁹ Vgl. Kapitel 5.2 bezüglich des Handlungsbedarfs einer Kasse.

rechnen, um festzustellen, ob sich größere Differenzen für die weitere Berechnung ergeben. Dabei ist zu bedenken, dass das Herunterbrechen der Maßnahmen in kleinere Einheiten immer auch unter dem Gesichtspunkt 'Aufwand-Nutzen' abzuwägen ist. Ein zu hohes Maß an Differenziertheit erzeugt zudem eine Scheingenauigkeit. Das tatsächliche Ergebnis hingegen wird durch einen pauschaleren Ansatz zumeist besser approximiert.²⁷⁰

4.4.2.2 Schritt 2: Umrechnung in ABS-Punkte

Wie in Kapitel 3.1.1 erläutert, gibt der Ausgleichsbedarfssatz den Beitragsatz an, der zu erheben wäre, um alle RSA-fähigen Leistungsausgaben und damit alle Beitragsbedarfe der GKV zu decken.

$$\text{Ausgleichsbedarfssatz} = \frac{\text{Beitragsbedarf aller Kassen}}{\text{Beitragspflichtige Einnahmen der Mitglieder aller Kassen}}$$

Die Abschätzung des Einsparvolumens aus dem letzten Kapitel sowie die Kenntnis der Grundlohnsumme – bei Bedarf aufgeteilt in die Rechtskreise Ost und West – ermöglicht nun ceteris paribus die Ermittlung der Auswirkung der Maßnahme auf den ABS.

$$\text{Senkung des ABS} = \frac{\text{Einsparvolumen}}{\text{Grundlohnsumme}}$$

Das Ergebnis versteht sich selbstverständlich als Prozentpunkt-Wert. Es gibt also an, um wie viel Prozentpunkte der ABS gesenkt werden könnte, wenn die Maßnahme in Kraft tritt, und das geplante Einsparvolumen erreicht wird. Auf Basis der Grundlohnsumme der GKV im Jahr 2002 Euro lässt sich die

²⁷⁰ Vgl. Krämer (1998), S. 15-26.

Faustformel ableiten, dass eine Milliarde Einsparung bei den Leistungsausgaben den ABS um etwa 0,1 Prozentpunkte sinken lässt.²⁷¹ Dieser Wert entfällt in etwa zu 80 % auf die AKV und zu 20 % auf die KVdR.²⁷² Insgesamt bringt der Wegfall der Sehhilfen-Beträge eine Senkung um knapp 0,05 Prozentpunkte:

$$ABS \text{ Senkung} = \frac{0,5 \text{ Mrd. Euro}}{979 \text{ Mrd. Euro}}$$

Die Formel berücksichtigt, dass die Grundlohnsumme seit 2002 gestiegen ist, und zwar um 1 % pro Jahr.²⁷³ Der neue Wert beträgt somit etwa 979 Mrd. Euro.

4.4.2.3 Schritt 3: Zuordnung der Maßnahme zu einem HLB

Nimmt man die Kürzung der Leistungsausgaben in den Hauptleistungsbereichen vor,²⁷⁴ um neue Verhältniswerte zu ermitteln, gelangt man zu präziseren Ergebnissen als dies bei einer Kürzung von den Gesamtleistungsausgaben der Fall wäre. Die Maßnahme muss dementsprechend einem Hauptleistungsbereich zugeordnet werden.²⁷⁵ Gewisse Maßnahmen können sich über mehrere HLBs erstrecken. In diesem Fall wäre eine sinnvolle Annahme hinsichtlich der Aufteilung der Einsparung auf die einzelnen

²⁷¹ Der Ausgleichsbedarfssatz lag im Jahr 2002 bei etwa 13,27 %. Multipliziert mit der Grundlohnsumme ergibt sich ein Leistungsausgabenvolumen von ca. 128 Mrd. Euro.

²⁷² Vgl. BMGS (2003b), Blatt 2. Die Umverteilung von AKV zu KVdR hat seit 1970 ein immer größeres Ausmaß angenommen. Vgl. Beske (2001), S. 111.

²⁷³ Es handelt sich hierbei um eine Annahme auf Basis der Entwicklung in der Vergangenheit.

²⁷⁴ Vgl. Kapitel 3.3 hinsichtlich weiterer Kürzungsmethoden.

²⁷⁵ Es sei noch einmal darauf hingewiesen, dass die Differenzierung nach HLB ratsam ist, um die Vorhersagegenauigkeit zu erhöhen. Da bekannt ist, welcher HLB betroffen ist, handelt es sich nicht um eine Scheingenauigkeit.

Bereiche zu treffen. Als Grundlage könnten die Kontenbuchungen der letzten Periode dienen. Im Fall der Sehhilfen ist zunächst nur ein Hauptleistungsbereich betroffen, und zwar der Hauptleistungsbereich 'Sonstige'. Ermittelt werden kann der HLB in diesem Fall durch das Ausschluss-Verfahren, da Sehhilfen nicht den anderen HLB 'Ärzte', 'Zahnärzte', 'Krankenhaus', 'Arzneimittel' oder 'Krankengeld' zugeordnet werden können. Für Zweifelsfälle ist die Vereinbarung zwischen den Krankenkassenverbänden maßgeblich.²⁷⁶ Dort ist aufgeführt, dass die Konten 443-445 (Sehhilfen von Optikern, Kontaktlinsen von Optikern, Kontaktlinsen von Augenärzten) dem HLB 5, also 'Sonstigen', zuzuordnen sind.

4.4.2.4 Schritt 4: Bestimmung der Risikoklassen-Entlastung

Schritt vier dient der Bestimmung des Kürzungsfaktors, mit dem die Ausgaben des HLB entweder pauschal über alle Risikoklassen oder mit Hilfe eines Skalierungsfaktors differenziert nach Risikoklassen gesenkt werden müssen. Eine Differenzierung nach West und Ost ist für diesen Schritt notwendig, da bis zur vollständigen Realisierung des gesamtdeutschen RSA unterschiedliche Verhältniswerte gelten.

$$HLB \text{ Entlastung} = \frac{GKV \text{ West / Ost Entlastung}}{HLB \text{ Leistungsausgaben West / Ost}}$$

Für das Beispiel der Sehhilfen ergibt sich nach der in der Formel dargestellten Methode ein Wert von 2,98 %, da die Summe der Leistungsausgaben West des HLB 'Sonstige' 13,9 Mrd. Euro und die GKV West Entlastung etwa

²⁷⁶ Vgl. Vereinbarung zwischen AOK-Bundesverband, Bundesverband der Betriebskassen, IKK-Bundesverband, Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V., AEV – Verband der Arbeiter-Ersatzkassen e.V., Bundesknappschaft, See-Krankenkasse (2003), Anlage 1.1: Berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben.

415 Mio. Euro beträgt.²⁷⁷ Durch die Gesetzesänderung würden also knapp drei Prozent der derzeitigen Leistungsausgaben des Hauptleistungsbereiches wegfallen. Im vorliegenden Fall führt es zu einer starken Verzerrung, wenn man die 732 Risikoklassen des HLB 5 gleichmäßig kürzt, da die Maßnahme nur für Versicherte ab dem 18. Lebensjahr gilt. Es erscheint deshalb sinnvoll, nur die Risikoklassen der erwachsenen Versicherten zu kürzen. Dies sind 678 der 732 Risikoklassen.²⁷⁸ Die Leistungsausgaben der 678 Risikoklassen im HLB 'Sonstige' entsprechen allerdings nicht mehr 13,9 Mrd. Euro, sondern einer geringeren Summe. Vor der Kürzung müssen also die 2,98 % noch mit einem Skalierungsfaktor multipliziert werden.

$$\text{Skalierungsfaktor} = \frac{\text{HLB Leistungsausgaben}}{\text{HLB Leistungsausgaben der betroffenen Risikoklassen}}$$

Für die Sehhilfen beträgt der Skalierungsfaktor 1,09. Dies unterstellt, dass Kürzungsmethode 4a aus Kapitel 3.3.4 zur Anwendung kommt. Es werden also die betroffenen Risikoklassen um den gleichen Faktor gekürzt, nämlich um $2,98 \% \times 1,09 = 3,25 \%$. Ebenso wäre es möglich, die beiden zuletzt vorgestellten Formeln zu einem Schritt zusammenzufassen, um zu dem Ergebnis von 3,25 % zu gelangen:

²⁷⁷ Der Wert von 415 Mio. Euro ergibt sich durch Aufteilen der Gesamteinsparung von 0,5 Mrd. Euro im Verhältnis LA West zu LA Ost.

²⁷⁸ Es entfallen die Jahrgänge 0-17 der Versichertengruppen 1-3. Die Versichertengruppen 4-6 gelten lediglich für die Jahrgänge 35-65, da es sich um die Besonderheit der Erwerbs- und Berufsunfähigkeit handelt.

Entlastung der betroffenen Risikoklassen des HLB

= *HLB Entlastung* × *Skalierungsfaktor*

$$= \frac{\text{GKV West Entlastung}}{\text{HLB Leistungsausgaben}} \times \frac{\text{HLB Leistungsausgaben}}{\text{HLB Leistungsausgaben der betroffenen Risikoklassen}}$$

$$= \frac{\text{GKV West Entlastung}}{\text{HLB Leistungsausgaben der betroffenen Risikoklassen}}$$

Dies entspricht dem HLB-Risikoklassen-Kürzungsfaktor aus Kapitel 3.3.4.²⁷⁹

Die gesonderte Berechnung eines Skalierungsfaktors hat jedoch den Vorteil, dass das Verhältnis der betroffenen zu den nicht betroffenen Risikoklassen ersichtlich wird. Dieses Verhältnis könnte für spätere Sensitivitätsanalysen genutzt werden, wenn beispielsweise zu vermuten ist, dass sich das Verhältnis durch weitere Einflussfaktoren verschieben wird.

Auch mit der Nutzung des Skalierungsfaktors ist noch eine gewisse Pauschalierung verbunden. Man würde nämlich annehmen, dass für die 678 betroffenen Risikoklassen der Wegfall von Leistungsausgaben prozentual gleich hoch ausfällt. Dies wird in der Realität nicht der Fall sein. Es ist jedoch unter Aufwand-Nutzen-Abwägungen vertretbar, bei den Sehhilfen auf eine Differenzierung gemäß Methode 4b zu verzichten. Vielmehr wäre die Gefahr gegeben, dass durch zusätzliche Annahmen das Ergebnis an Genauigkeit verliert. Man bedenke nur, dass 678 Prozentwerte zu bestimmen bzw. zu schätzen wären unter Berücksichtigung der im Gesetz erwähnten Härtefallregelung für schwere Sehbeeinträchtigung.²⁸⁰ Und wer vermag schon zu behaupten, ohne GKV-weiten Kontexteinblick zu haben, dass die relative Einsparung bei den 43-jährigen Frauen der Versichertengruppe 1 höher oder

²⁷⁹ Für die HLB-Leistungsausgaben des Nenners ist selbstverständlich nur der Rechtskreis des Zählers zu berücksichtigen.

²⁸⁰ Vgl. § 33 SGB V.

niedriger ausfallen wird als bei den 56-jährigen Männern der Versicherten-
gruppe 3? Insofern erscheint Methode 4a unter ökonomischen Gesichtspunk-
ten sinnvoll, zumal sie bereits im Vergleich zu Methode 1 einen hohen Diffe-
renzierungsgrad aufweist.

4.4.2.5 Schritt 5: Auswirkung auf die Finanzkraft der Musterkasse

Durch das Absenken des Ausgleichsbedarfssatzes sinken das RSA-Volumen
und damit die Zahlungsverpflichtung der Kassen. Ceteris paribus wird sich
also die Finanzkraft der Kassen um das Produkt aus Grundlohnsumme und
der in Kapitel 4.4.2.2 ermittelten ABS-Absenkung verringern.

$$\text{Senkung der Finanzkraft der Kasse} = \text{GLS Kasse} \times \text{ABS Absenkung}$$

Die Musterkasse hat eine Grundlohnsumme von etwa 33,7 Mrd. Euro.²⁸¹
Durch den weitgehenden Wegfall der Ausgaben für Sehhilfen sinkt der ABS
um 0,05 Prozentpunkte, sodass sich für die Kasse eine Entlastung der Fi-
nanzkraft in Höhe von 17,2 Mio. Euro ergibt.

Dieser Analyseschritt lässt sich theoretisch auch getrennt nach herkömmli-
chem RSA und dem neu geschaffenen Risikopool durchführen. Im Jahr 2002
betrug der Ausgleichsbedarfssatz gemäß § 11 Abs. 1 RSAV etwa 12,85 %.
Hinzu kommen rund 0,42 % für den Risikopool gemäß § 28a Abs. 4
RSAV.²⁸² Die Absenkung des ABS um 0,05 %-Pkt. müsste dann auf beide
Elemente verteilt werden. Wie eingangs erwähnt, wird zur Reduzierung der
Komplexität auf die Differenzierung in RSA einerseits und Risikopool ande-

²⁸¹ Die ursprüngliche Grundlohnsumme der Musterkasse in Höhe von 33,1 Mrd. Euro
wurde um 0,9 % pro Jahr erhöht.

²⁸² Vgl. BVA (2003b).

rerseits verzichtet. Der Anteil des Risikopools am Gesamtvolumen ist zurzeit noch gering, sodass eine Differenzierung kaum veränderte Resultate bringen würde. Dennoch sollte eine Kasse die Bedeutung des Risikopools für die Analyse in zweierlei Hinsicht im Auge behalten. Zum einen wird sein Anteil im Vergleich zum restlichen RSA-Aufkommen vermutlich steigen, insbesondere wenn die Kosten der Leistungsausgaben stärker steigen als der Schwellenwert von zurzeit 20.450 Euro. Zum anderen kann der Risikopool für einzelne Kassen eine außerordentliche Rolle spielen, wenn nämlich aufgrund der Versichertenstruktur ein überproportionaler Teil der Leistungsausgaben auf kostenintensive Versicherte entfallen. In diesem Fall wäre eine getrennte Auswertung in RSA und Risikopool zu überlegen. Allerdings sind die Daten derzeit noch nicht in dem Maße verfügbar, wie dies für den Rest des RSA der Fall ist.

4.4.2.6 Schritt 6: Auswirkung auf den Beitragsbedarf der Musterkasse

Hierfür kommen grundsätzlich die vier, in Kapitel 3.3 beschriebenen Methoden in Frage. Sofern möglich, sollte die 'Kürzung der HLB-Ausgaben differenziert nach Risikoklassen' zur Anwendung kommen, da diese die beste Analysemöglichkeit bietet und die genauesten Ergebnisse verspricht. Grundsätzlich berechnet sich die Auswirkung auf den Beitragsbedarf der Kasse durch:

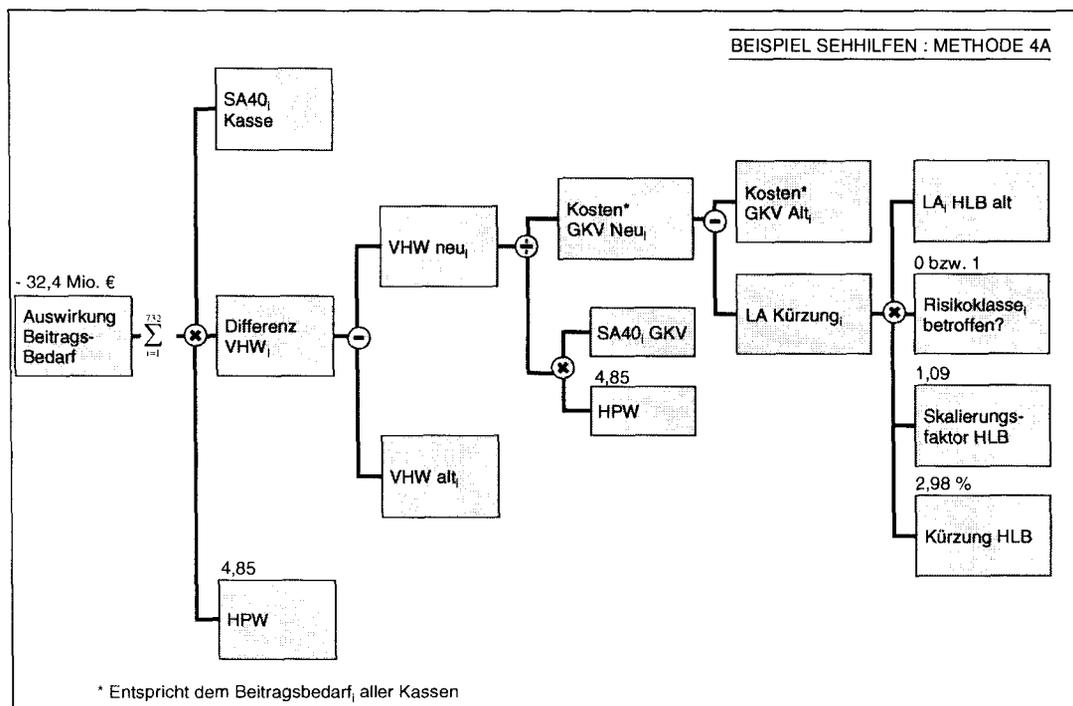
$$\text{Beitragsbedarfsänderung der Kasse} = \sum_{i=1}^{732} SA40_i \text{ Kasse} \times VHW_i (Neu - Alt) \times HPW$$

Für die Musterkasse liegt dieser Wert bei 32,4 Mio. Euro. Um diesen Betrag werden also voraussichtlich durch die neue Sehhilfen-Regelung die Zahlungen aus dem RSA-Pool an die Kasse gekürzt. Der Index i steht für die RSA-Risikoklassen. Deshalb lässt sich der Wert nicht mehr ohne weiteres nach-

vollziehen, weil 732-mal die Versichertentage mit der Differenz des alten und neuen Verhältniswertes sowie der HPW miteinander multipliziert werden müssen. Es wird an dieser Stelle darauf verzichtet, Angaben über Werte einzelner Risikoklassen zu machen.

Die alten Verhältniswerte sind durch die BVA-Statistiken vorhanden.²⁸³ Das Herzstück der Analyse liegt somit in der Bestimmung der neuen. Geht man von der vorgeschlagenen Methode 4a aus, so muss der Rechenweg wie folgt durchgeführt werden:

Abbildung 22: Bestimmung der neuen Beitragsbedarfe / Verhältniswerte



Quelle: Eigene Darstellung

Der neue VHW einer Risikoklasse wird ermittelt durch den Quotienten: Neue Kosten durch das Produkt aus Versichertentage und Hundertprozentwert. Zur Isolierung der Effekte der Maßnahme Sehhilfen wird das Produkt des

²⁸³ Vgl. BVA (2003c).

Nenners konstant gehalten, und nur die neue Kostensituation betrachtet. Die Kürzung von insgesamt 0,5 Mrd. Euro für die GKV bzw. 0,4 Mrd. Euro für die GKV West wird nun heruntergebrochen auf die einzelnen Risikoklassen. Dafür ist es auf Basis von Methode 4a unerlässlich, die 732 Risikoklassen unter dem Gesichtspunkt zu betrachten, ob sie betroffen sind oder nicht. Für das Beispiel der Sehhilfen kann man erst einmal davon ausgehen, dass dies für alle Risikoklassen gilt, deren Versicherte 18 Jahre oder älter sind. Der Rechnung wird eine Tabelle hinterlegt, die für jede Risikoklasse entweder 1 oder 0 angibt, je nachdem ob eine Risikoklasse betroffen ist. Sofern 0 hinterlegt ist, wird diese Risikoklasse nicht gekürzt. Für eine betroffene Risikoklasse fallen Kosten in Höhe der alten Leistungsausgaben multipliziert mit dem Skalierungsfaktor und der HLB Kürzung weg.²⁸⁴ Der Skalierungsfaktor gleicht die mit 0 belegten Risikoklassen aus, sodass in den betroffenen Risikoklassen 3,25 % und insgesamt 2,98 % der HLB Gesamtkosten gekürzt werden. Würde man Methode 4b wählen, ist die digitale Entscheidung 0 bzw. 1 im Modell zu differenzieren. In der Tabelle, die der Rechnung hinterlegt ist, sind dann je betroffener Risikoklasse Werte zwischen 0 und 1 anzugeben.

4.4.2.7 Schritt 7: LA-Entlastung der Musterkasse

Im Allgemeinen wird von einer Kasse die Auswirkung einer gesundheitspolitischen Maßnahme anhand der eigenen Ist-Kosten abgeschätzt bzw. anhand der bisherigen Beitragseinnahmen, wenn es sich um eine einnahmenseitige Maßnahme handelt. Diese Herangehensweise hat den Vorteil, dass die Kasse ohne externe Daten auskommt und auf Basis ihrer Versichertenstruktur relativ genau weiss, welche Kosten wegfallen werden. Sie missachtet bei einer solchen Vorgehensweise aber die Auswirkung auf Finanzkraft, Beitragsbedarf und ggf. Risikopool. Erst die Summe aller Elemente zeigt die Er-

²⁸⁴ Vgl. Kapitel 4.4.2.4.

gebniswirkung insgesamt. Die LA-Entlastung als ein Element der Analyse ist natürlich unerlässlich. Für das Beispiel der Sehhilfen wird man sich anschauen müssen, wie viele Brillen und Kontaktlinsen im letzten Jahr ersetzt wurden, nimmt anschließend nur den Anteil der über 17-jährigen und zieht einen Abschlag für die im Gesetz vorgesehenen Härtefälle ab.²⁸⁵ Im Falle der Musterkasse ergab die Analyse der Vorjahreswerte ein Einsparvolumen für die Sehhilfen-Maßnahme von knapp 29,8 Mio. Euro.

Für andere Maßnahmen als die Sehhilfen ist die Abschätzung mit Hilfe der internen Informationsquellen nicht immer trivial, auch wenn verlässliche Daten vorliegen. Zum einen, weil es sich nicht um den faktischen Wegfall einer Kontengruppe, sondern um eine Modifizierung handelt, wie etwa bei verschärften Genehmigungsregeln für Kuren. Zum anderen, weil Substitutionseffekte schwer vorhersehbar sind. Nimmt man die Neuregelung hinsichtlich der Zuzahlung bei einem Arztbesuch, so müssten mehrere Annahmen in eine solche Berechnung einfließen, unter anderem:

- Wie viele Arztbesuche entfallen auf die Versicherten pro Jahr insgesamt?²⁸⁶
- Wie viele Arztbesuche entfallen jeweils auf die Quartale?
- Innerhalb eines Quartals: wie viele Arztbesuche macht ein Versicherter im Durchschnitt bei unterschiedlichen Ärzten ohne Überweisung?
- Bei wie vielen Versicherten wird sich das Inanspruchnahme-Verhalten ändern durch die Zuzahlungsregelung?²⁸⁷
- Wird es Folgekosten auf Grund mangelhafter Behandlung der ursprünglichen Krankheit geben?

²⁸⁵ Wie man hieran sieht, ist eine Wettbewerbsbeobachtung nur sehr eingeschränkt möglich, da es eines Einblicks in die kassenindividuellen Versichertendaten bedarf.

²⁸⁶ Diese Information liegt wegen der Arztbudget-Pauschalen nur in Ausnahmefällen vor.

²⁸⁷ Beispielsweise Auslassen von Arztbesuchen oder Konzentration auf ein Quartal.

Die oben aufgeführten Fragen sollen andeuten, welche Überlegungen in eine solche Abschätzung einfließen müssten. Oftmals ist es aber unter Aufwand-Nutzen-Überlegungen sinnvoll, im ersten Schritt sich nicht zu stark im Detail zu verlieren, sondern es eher bei plausiblen Abschätzungen zu belassen und erst im zweiten Schritt die Analyse zu verfeinern. Die Ausführungen zeigen allerdings, dass mit Primärdaten einer Kasse gerechnet werden muss, und eine reine outside-in Betrachtung nicht möglich ist. Die Auswirkungen auf die Ist-Kosten sollte die Rechengröße darstellen, die im Vergleich zu anderen Werten die größte Vorhersagegenauigkeit besitzt.

4.4.2.8 Schritt 8: Ergebniswirkung auf die Musterkasse

Die Ergebniswirkung auf die Kasse ergibt sich als Saldo der Ergebnisse aus den Kapiteln 4.4.2.5 bis 4.4.2.7, also

$$\text{Ergebniswirkung} = \text{Änderung Finanzkraft} + \text{Änderung Beitragsbedarf} + \text{Änderung LA}$$

Hierbei ist zu bedenken, dass sich die Reduzierung der Finanzkraft und der LA ergebnisverbessernd, die Reduzierung des Beitragsbedarfs hingegen ergebnisverschlechternd auswirkt. Für die Musterkasse tritt eine Ergebnisverbesserung durch die Sehhilfen-Maßnahme in Höhe von 14,6 Mio. Euro ein.

Diese Rechnung versteht sich als isolierte Betrachtung. Weitere Änderungen der Kostenstruktur der Kasse könnten sich ergebniswirksam auswirken, die nicht in direktem Zusammenhang mit einer beschlossenen Maßnahme stehen. Wenn es etwa zu einer Minderung der Verwaltungskosten kommt, ist diese zunächst unabhängig von der Maßnahme, Sehhilfen nicht mehr zu erstatten, da keine lineare Korrelation besteht. Anders verhält es sich allerdings auf lange Sicht. Theoretisch verursachen Gesetzesänderungen auch Kos-

tensteigerungen bzw. –minderungen außerhalb der Ertragsmechanik des RSA. Beispielsweise müsste durch den Wegfall eines Leistungsanspruchs für die Versicherten der Verwaltungsaufwand sinken, da weniger Anträge und Kostenerstattungen bearbeitet werden. Nun sind aber Verwaltungskosten, insbesondere die Personalkosten, zum überwiegenden Teil sprungfixe Kosten, die nicht unmittelbar und schon gar nicht linear sinken. So kann man im vorliegenden Beispiel davon ausgehen, dass die Auswirkungen der Maßnahme außerhalb des RSA minimal und somit zu vernachlässigen sind. Gleichwohl ist zu überlegen, ob bei einem Maßnahmen-Bündel die Finanzwirkung außerhalb des RSA zu berücksichtigen ist. Für das gesamte GMG beispielsweise macht es sicherlich Sinn, eine maßnahmenübergreifende Betrachtung einzubeziehen.²⁸⁸

4.4.2.9 Schritt 9: Umrechnung in Beitragssatz-Punkte

Die in Kapitel 4.4.2.8 ermittelte Auswirkung für die Beispielkasse in Höhe von 14,6 Mio. EUR lässt zwar erkennen, dass sich die Maßnahme kurzfristig positiv auf das KJ1-Ergebnis niederschlagen wird. Allerdings hat die gesetzliche Krankenkassenlandschaft in Deutschland die Besonderheit, dass

- a) die Kassen als Körperschaften des öffentlichen Rechts eventuell erzielte Gewinne durch Beitragssatzsenkung an die Versicherten weiterzugeben haben, sofern keine Schulden aus der Vergangenheit vorhanden sind und
- b) die Kassen sich 'lediglich' im relativen Wettbewerb behaupten, also besser bzw. günstiger als die Konkurrenz sein müssen

²⁸⁸ Vgl. Kapitel 5.1.3.

Dadurch ist die absolute Auswirkung auf die KJ1 einer Kasse nur sekundär. Entscheidend ist hinsichtlich a) um wie viele BS-Punkte die Mitgliederbeiträge gesenkt werden können und hinsichtlich b) wie hoch diese Senkung im Vergleich zum Rest der GKV ausfällt.²⁸⁹ Im Beispielfall beträgt die BS-Senkung ceteris paribus 0,04 Prozentpunkte, nämlich:

$$\begin{aligned} \text{BS Senkung} &= \frac{\text{Ergebniswirkung auf die Kasse}}{\text{GLS der Kasse}} \\ &= \frac{14,6 \text{ Mio. Euro}}{33,7 \text{ Mrd. Euro}} \\ &= 0,04 \% \text{ Pkt.} \end{aligned}$$

Es soll an dieser Stelle genügen, von einer allgemeinen Senkung des Beitragssatzes auszugehen. Denkbar wäre auch, die Ergebnisverbesserung auf die Beitragssätze der Kasse unterschiedlich zu verteilen, insbesondere hinsichtlich der Steuerung der Mitgliedergewinnung.²⁹⁰

4.4.2.10 Schritt 10: Vergleich der Musterkasse mit der GKV

In Kapitel 4.4.2.2 hat man gesehen, dass die Senkung des Ausgleichsbedarfssatzes, also die Auswirkung auf GKV-Ebene, 0,05 Prozentpunkte beträgt. Im Vergleich zu den 0,04 Prozentpunkten, um die die Kasse ihren Beitragssatz senken kann, ist der GKV-Entlastungseffekt also höher. Die Wettbewerbsfähigkeit der Beispielkasse wird sich demnach durch die Seehilfe-Maßnahme um 0,01 Prozentpunkte verschlechtern. Sie gehört in diesem Fall

²⁸⁹ Vgl. hierzu Kapitel 4.4.2.10.

²⁹⁰ Vgl. Kapitel 5.2.1 hinsichtlich der Möglichkeit, die erarbeiteten Erkenntnisse zur Steuerung der Vertriebsaktivitäten zu nutzen.

zu den 'Verliererkassen'.²⁹¹ Zusammenfassend noch einmal die Ergebnisse der Berechnung:

Abbildung 23: Berechnungs-Schritte, Werte und Formeln

BEISPIEL SEHHILFEN		
Schritt	Wert	Berechnung
① Abschätzung der GKV-Entlastung	• 0,5 Mrd. €	BMGS Schätzung *
② Umrechnung in ABS-Punkte	• 0,05 %-Pkt	$\frac{①}{\text{GLS GKV}}$
③ Zuordnung der Maßnahme zu einem HLB	• HLB 'Sonstige'	Auf Basis Kontenplan
④ Bestimmung der Risikoklassen-Entlastung	• 3,25 %	$\frac{\text{GKV West Entlastung}}{\text{HLB LA der betroffenen Risikoklassen}}$
⑤ Auswirkung auf die Finanzkraft der Kasse	• 17,2 Mio. €	$\text{GLS Kasse} \times ②$
⑥ Auswirkung auf den Kassen-Beitragsbedarf	• 32,4 Mio. €	$\text{SA40}_i \text{ Kasse} \times \text{VHW}_i (\text{Neu} - \text{Alt}) \times \text{HPW}^{**}$
⑦ LA-Entlastung der Kasse	• 29,8 Mio. €	Bottom up Schätzung auf Basis der Versichertendaten
⑧ Ermittlung der Ergebniswirkung auf die Kasse	• 14,6 Mio. €	$⑤ - ⑥ + ⑦$
⑨ Umrechnung in BS-Punkte	• 0,04 %-Pkt	$\frac{⑧}{\text{GLS Kasse}}$
⑩ Vergleich der Kasse mit der GKV	• 0,01 %-Pkt	$② - ⑨$

* Sofern die Analyse nach Rechtskreisen getrennt vorgenommen wird, muss noch mit dem jeweiligen Leistungsausgabenanteil multipliziert werden.
 ** Der Index i steht für die betroffenen Risikoklassen.

Quelle: Eigene Darstellung

²⁹¹ Vgl. Kapitel 5.3 bezüglich der Frage, welche Kassen tendenzielle Verlierer- und welche eher Gewinnerkassen sein werden.

5 Diskussion

Auf Basis des in Kapitel 3 und 4 besprochenen Modells werden im Folgenden einige wichtige Erkenntnisse diskutiert. Dies betrifft

- Wesentliche Einflussfaktoren auf das Ergebnis,
- Handlungsbedarf auf Seiten einer Kasse,
- Gewinner- und Verliererkassen,
- Möglichkeiten und Grenzen des Rechenmodells.

Im Anschluss daran erfolgt die Schlussbetrachtung mit allgemeinen Überlegungen zum RSA.

5.1 Wesentliche Einflussfaktoren auf das Ergebnis

Die wichtigsten Parameter, die für die Auswirkung auf das Ergebnis einer Kasse im Falle von Systemanpassungen verantwortlich sind, können in drei Kategorien zusammengefasst werden: a) 'Strukturelle Lücke und Altersstruktur', b) 'Mitgliederstreuung und Kostenniveau' sowie c) 'Maßnahmenübergreifende Auswirkungen'. *„Ob ein Mitglied das Versicherungsrisiko der Krankenkasse positiv oder negativ beeinflusst, läßt sich .. in Kenntnis seines Einkommens oder seines Alters alleine nicht beurteilen. Auch die Zahl der Familienversicherten oder das Geschlecht sagen – isoliert betrachtet – noch nichts über den Risikoeinfluß der Person aus. Erst die Kombination aller Faktoren erlaubt Aussagen über ihre Umverteilungs- und Risikorelevanz.“*²⁹² Insofern sind die folgenden Ausführungen als Gesamtbetrachtung zu sehen.

²⁹² Schneider (1994), S. 107.

5.1.1 Strukturelle Lücke und Altersstruktur einer Kasse

Die Reduzierung der strukturellen Lücke ist ceteris paribus mit einer Ergebnisverbesserung gleichzusetzen. Wichtig ist an dieser Stelle vor allem die Frage, ob eine große strukturelle Lücke vor der Gesetzesänderung eine überproportionale Ergebnissteigerung vermuten lässt. Davon ist zunächst auszugehen, wenn die Neuerung eine Leistungskürzung zum Inhalt hat. Unterstellt man, dass sich die strukturelle Lücke auf alle Leistungsbereiche gleichmäßig verteilt, wird eine Beschneidung des Leistungskatalogs 'schlechte Kassen' stärker begünstigen und vice versa: diejenigen Kassen, die bisher eine positive strukturelle Lücke aufbauen konnten, werden diesen Wettbewerbsvorteil tendenziell einbüßen.²⁹³ Ob eine Kasse groß oder klein ist, spielt dabei keine Rolle, da die strukturelle Lücke die Diskrepanz zwischen Beitragsbedarf und Leistungsausgaben als je Versicherten-Wert angibt.

$$\text{Verringerung der strukturellen Lücke} = \frac{BB_{alt} - LA_{alt}}{\text{Versicherte}} \times \frac{LA \text{ Kürzung GKV}}{\text{Gesamt LA GKV}}$$

Der rechte Teil des Produkts ist für alle Kassen identisch. Der linke hingegen, der die alte strukturelle Lücke angibt, wird bei 'schlechten Kassen' größer sein und damit das Produkt ebenfalls.

Die Auswirkung einer Gesundheitsreform auf das Ergebnis einer Kasse hängt neben der strukturellen Lücke wesentlich auch von der Altersstruktur der Kasse ab. Darunter ist weniger der Altersstruktureffekt zu verstehen, der die relative Alterung des durchschnittlichen Versichertenalters der Kasse im Vergleich zur GKV von Jahr zu Jahr misst, sondern vielmehr die Verteilung

²⁹³ Als 'positive' strukturelle Lücke wird der Sachverhalt bezeichnet, dass eine Kasse einen höheren Beitragsbedarf aufweist als Leistungsausgaben anfallen. Wenn in dieser Arbeit hingegen von einer strukturellen Lücke (ohne Zusatz) gesprochen wird, ist der Fall gemeint, in dem die Leistungsausgaben den Beitragsbedarf übersteigen.

des Versichertenbestandes auf die 732 RSA-Risikoklassen.²⁹⁴ Das Herzstück der Analyse liegt in der Berechnung neuer Verhältniswerte, und diese werden durch Kürzung der Ausgaben der (betroffenen) Risikoklassen errechnet. Wie hoch das Durchschnittsalter des Versichertenbestandes ist, hat eine geringe Bedeutung. Es kommt eher darauf an, welche Risikoklassen in welchem Maße durch die Einsparung einer Maßnahme betroffen sind – und zwar sowohl beim Beitragsbedarf als auch bei den Ist-Leistungsausgaben. Gleichwohl zielen gewisse Maßnahmen auf Risikoklassen ab, die eher ältere als jüngere Versicherte betreffen oder umgekehrt. Ein aktuelles Beispiel ist die Beitragsberechnung der Rentner, die im Rahmen des GMGs geändert wurde.²⁹⁵ Dadurch verbessert sich beispielsweise die Einnahmensituation für die Bundesknappschaft, die einen sehr hohen Rentneranteil aufweist, wesentlich stärker als für die Innungskassen. Beske/Thiede bezifferten 1998 den Rentneranteil bei der Bundesknappschaft auf 48,1 % und auf 11,6 % bei den Innungskassen. Laut dem BMGS betragen die Rentneranteile mittlerweile (1. Juli 2004) bereits 68 % bzw. 17 %.²⁹⁶ Für die GKV insgesamt reduziert sich durch die neue Regelung das Negativsaldo von 'Einnahmen versus Ausgaben' der Rentner.²⁹⁷

Im seltenen Fall einer altersmäßigen Durchschnittskasse, die also in etwa eine Alterspyramide wie die GKV besitzt, ist mit keiner wesentlichen Auswirkung durch die Altersstruktur zu rechnen. Sie weist aber unter Umständen eine erhebliche strukturelle Lücke auf, und dieser Saldo aus Beitragsbedarf und Leistungsausgaben kann im Zusammenspiel mit der Altersstruktur eine wichtige Rolle spielen.

²⁹⁴ Gemessen in SA40-Versichertentagen.

²⁹⁵ Vgl. S. 156-162 für die Analyse einnahmenseitiger Maßnahmen.

²⁹⁶ Vgl. Beske/Thiede (1998), S. 39, BMGS (2004c), S. 159 und 279.

²⁹⁷ Für einen Vergleich der Nettoeinzahlungen von Mitgliedern und Rentnern vgl. Fenge (2003), S. 9.

Interessant ist ein solches Zusammenspiel z.B., wenn die strukturelle Lücke einer Kasse in den Altersgruppen besonders hoch, für die Leistungen gekürzt werden. Dann kann nämlich mit einem überproportionalen Gewinnzuwachs gerechnet werden. Dieses Phänomen wird im Folgenden mit Hilfe einer Beispielkasse verdeutlicht. Die Beispielkasse macht etwa 1 % des GKV-Volumens aus und hat eine ähnliche Einnahmen-/Ausgaben-Struktur. In Periode 0 haben GKV und Beispielkasse ein ausgeglichenes KJ1-Ergebnis, machen also weder Gewinn noch Verlust. Insgesamt hat die Kasse keine strukturelle Lücke. In den 50 Risikoklassen, die von einer fiktiven gesundheitspolitischen Maßnahme betroffen sind, hat sie allerdings eine strukturelle Lücke von 10.²⁹⁸ Durch die Maßnahme erhofft man sich eine GKV-Einsparung von 500. Es sind in den HLB-Profilen entsprechend Methode 4a also 500 zu kürzen. Dies bewirkt einen Abstrich von 3,5 % in den Gesamt-VHW der 50 Risikoklassen und dementsprechend einen um 3,5 % geringeren Beitragsbedarf in diesen Risikoklassen. Die Differenzen zwischen alter und neuer KJ1 errechnen sich darauf basierend wie folgt:

²⁹⁸ Die Leistungsausgaben übersteigen den Beitragsbedarf um 10. Dadurch ergibt sich eine Ergebniswirkung von -10.

Tabelle 13: Rechenbeispiel: strukturelle Lücke einzelner Risikoklassen

Periode 0	GKV	Kasse
Beitragseinnahmen	100.000	1.000
Finanzkraft	-90.000	-900
Beitragsbedarf	90.000	900
Strukturelle Lücke in den 50 betroffenen RSA-Risikoklassen	0	-10
Strukturelle Lücke in den restlichen 682 Klassen	0	10
Ist-Leistungsausgaben	-90.000	-900
Sonstige	-10.000	-100
KJ1-Ergebnis	0	0
Periode 1		
Erwartete Einsparung durch Maßnahme xyz	500	?
Beitragseinnahmen	100.000	1.000
Finanzkraft	-89.500	-895
Beitragsbedarf	89.500	895
Strukturelle Lücke in den 50 betroffenen RSA-Risikoklassen	0	-9,65
Strukturelle Lücke in den restlichen 682 Klassen	0	10
Ist-Leistungsausgaben	-89.500	-894,65
Sonstige	-10.000	-100
KJ1-Ergebnis*	500	5,35
* Es wird unterstellt, dass es keine Beitragssatzsenkungen gibt		

Quelle: Eigene Darstellung

Es wird angenommen, dass sich in Periode 1 außer der oben erwähnten Maßnahme nichts ändert. Da in den 50 betroffenen Risikoklassen 3,5 % der Leistungsausgaben wegfallen, wird auch die strukturelle Lücke kleiner werden, und zwar bei einer Gleichverteilung um 3,5 %. Dadurch kann die Kasse ihre „Umsatzrendite“ um 0,535 %-Pkt. steigern, statt nur um 0,5 %-Pkt wie die GKV.

Das Beispiel bezieht sich auf die Bedeutung der strukturellen Lücke im Zusammenspiel mit einzelnen Risiko- bzw. Altersklassen. Damit ist noch nicht gesagt, in welchem Maße die Kasse tatsächlich von der Maßnahme profitiert. Dies steht erst nach Berechnung aller Einflussfaktoren fest.

5.1.2 Mitgliederstreuung sowie Kostenniveau der Bundesländer

Manche Kassen sind bundesweit aktiv, andere hingegen regional.²⁹⁹ So bietet beispielsweise die DAK einen bundesweit einheitlichen Beitragssatz an, die AOK hingegen hat 17 unterschiedliche,³⁰⁰ da sie in 17 selbstständigen AOKn organisiert ist.³⁰¹ Des Weiteren sind auf der Leistungserbringerseite die Kosten in Deutschland nicht einheitlich,³⁰² die Wirtschaftskraft und damit die Beitragseinnahmen ebenfalls nicht. Wenn es darum geht, die Auswirkung einer Gesundheitsreform auf eine Kasse abzuschätzen, können die erwähnten Unterschiede für das Ergebnis von hoher Relevanz sein. Schulin/Igl nennen neben den regionalen Unterschieden die Verwaltungskosten als weiteren Einflussfaktor. Gemeinsam haben beide, dass sie nicht durch den RSA ausgeglichen werden: *„Unterschiedliche regionale Versorgungsangebote der Leistungserbringer (z.B. der Krankenhäuser) bleiben bei dem Finanzausgleich ebenso unberücksichtigt wie Unterschiede in der Wirtschaftlichkeit der Kassenverwaltung.“*³⁰³ Allerdings unterliegen sie einem unterschiedlich starken Einfluss von Seiten der RSA-Ertragsmechanik. Während die Verwaltungskosten durch die RSA-Ertragsmechanik nur marginal beeinflusst werden, ist bei den regionalen Unterschieden das Gegenteil der Fall. Zu klären sind nacheinander folgende vier Fragen:

a) Operiert die Kasse regional oder bundesweit? Bei letzterem: bietet sie

²⁹⁹ Als regional agierende Kassen werden in diesem Zusammenhang auch solche bezeichnet, die zwar bundesweit präsent sind, aber einen eindeutigen regionalen Schwerpunkt haben.

³⁰⁰ Jeweils bezogen auf einen Beitragssatztyp, also erhöhter, ermäßigter und allgemeiner Beitragssatz.

³⁰¹ Aufgrund der Tatsache, dass Nordrhein-Westfalen in zwei AOKn, nämlich Westfalen-Lippe und Nordrhein, geteilt ist, gibt es eine Ortskrankenkasse mehr als Bundesländer.

³⁰² Dies schließt unterschiedliche Versorgungsniveaus mit ein, z.B. verursacht durch eine höhere Spezialärztdichte oder mehr Universitätsklinken in einer Region. Vgl. Galas/Schöffski (1996), S. 306-307.

³⁰³ Schulin/Igl (2002), S. 112-113.

überall den gleichen Beitragssatz an?

- b) Bei einer bundesweit agierenden Kasse: wie verteilen sich die Versicherten auf das Bundesgebiet?
- c) Wie hoch ist das Kostenniveau der Leistungsanbieter in den Gebieten, in denen die Kasse stark vertreten ist?
- d) Für den Fall, dass es sich um eine einnahmenseitige Maßnahme handelt, außerdem: Wie hoch sind die Beitragseinnahmen im Vergleich zum Bundesdurchschnitt?

Ad a): Der Leistungskatalog der GKV gilt bundesweit, somit betrifft die Einschränkung des Leistungskatalogs immer alle Krankenkassen. Eine Kasse mit regionalem Schwerpunkt kann den Vor- bzw. Nachteil haben, dass die gestrichene Leistung in ihrem Haupteinzugsgebiet billiger bzw. teurer ist als im Bundesdurchschnitt. Bis zur Einführung der DRGs basierten beispielsweise die Preise im Krankenhauswesen auf Verhandlungen zwischen den Krankenhäusern und den Krankenkassen. Auch nach ihrer Einführung sind die Preise noch nicht bundesweit einheitlich.³⁰⁴ Außerdem kann das Inanspruchnahmeverhalten regional variieren. Felder fordert in diesem Zusammenhang, den Kassen die Möglichkeit zu geben, die Beitragssätze regional zu differenzieren. Derzeit müssen die Kassen – abgeleitet aus §§ 241-248 SGB V – einen einheitlichen Beitragssatz anbieten.³⁰⁵ Dieser Zwang führe lediglich zu einer internen Quersubvention der überregional tätigen Kassen und verzerre infolgedessen den Wettbewerb zwischen den regionalen und überregionalen Kassen.³⁰⁶ Ähnlich sehen es Cassel/Janßen. *„So ist der relevante Markt für das Beziehungsgeflecht zwischen Kassen, Versicherten und Leistungserbringern räumlich zum weit überwiegenden Teil durch die unmittelbare Um-*

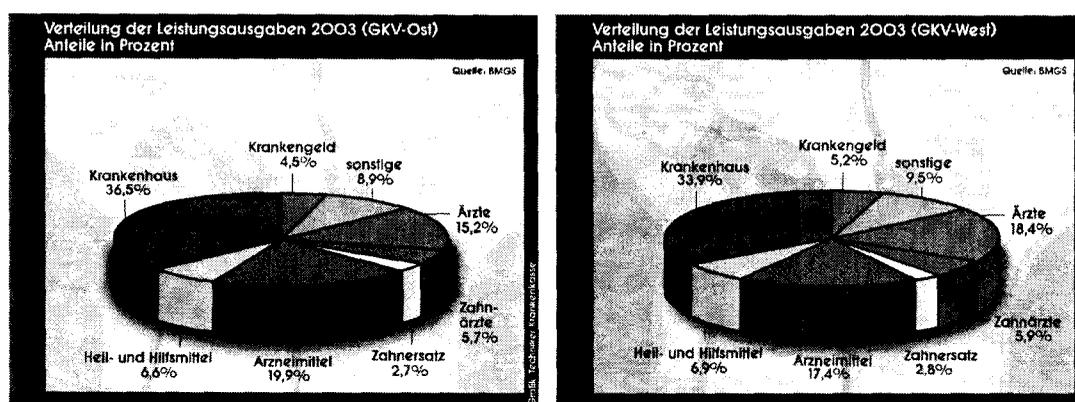
³⁰⁴ Im weiteren Verlauf der DRG-Einführung kommt es allerdings zu einer stärkeren Annäherung.

³⁰⁵ Zwar ist es nicht explizit untersagt, das Verbot ergibt sich allerdings konkludent. So führt § 241 SGB V aus: *„die Beiträge sind nach einem Beitragssatz zu erheben“* und spricht von *„dem allgemeinen Beitragssatz“*.

³⁰⁶ Vgl. Felder (2001b), S. 587.

gebung von Wohnort und Arbeitsplatz der Mitglieder bestimmt: Hier konkurrieren die Leistungserbringer um die Patienten und gestalten sowie finanzieren die Krankenversicherungsträger das Leistungsgeschehen.³⁰⁷ Wie die folgenden Abbildungen zeigen, unterscheiden sich die Kostenanteile der Leistungsarten in Ost- und Westdeutschland insbesondere in den Bereichen 'Krankenhaus', 'Ärzte' und 'Arzneimittel'.

Abbildung 24: Leistungsausgaben-Verteilung der GKV-Ost und -West



Quelle: Techniker Krankenkasse (2005b)

Die Unterschiede können aus den Kosten je Leistungseinheit oder aus dem Inanspruchnahmeverhalten, also der Leistungsmenge, resultieren. Wird nun eine Leistung aus dem Leistungskatalog der Bereiche 'Krankenhaus', 'Ärzte' bzw. 'Arzneimittel' herausgenommen, verschwinden je nach kassenindividueller Situation positive oder negative Norm-Ist-Kosten-Abweichungen, was das Ergebnis entgegengesetzt, nämlich negativ bzw. positiv, beeinflusst.³⁰⁸ Wie die Verteilungen in den obigen Abbildungen vermuten lassen, entscheidet zu einem gewissen Grad der geographische Schwerpunkt darüber, ob positive oder negative NIKAs verloren gehen. Wenn eine Kasse im gesamten

³⁰⁷ Cassel/Janßen (1999), S. 18-19.

³⁰⁸ Gleiches gilt auch bei Kürzungen in anderen Leistungsbereichen. Die NIKA-Streuung ist dann aber weniger regional bedingt, sondern noch stärker kassenbezogen.

Bundesgebiet aktiv ist und differenzierte Beitragssätze anbietet,³⁰⁹ werden die Beitragssätze getrennt berechnet. Sie weisen somit für sich gesehen deutliche Diskrepanzen im Beitragssenkungspotential auf.

Ad b) Für den entgegengesetzten Fall – die Kasse bietet einen einheitlichen Beitragssatz an – kommt es auf die Verteilung ihrer Mitglieder auf das Bundesgebiet an. Über alle Kassen hinweg ergibt sich ein Nullsummenspiel. Auch innerhalb einer Kasse kann sich ein solches Nullsummenspiel ergeben, und zwar wenn sich der in a) beschriebene Effekt neutralisiert. Voraussetzung dafür ist, dass die Kasse in ihrer geographischen Versichertenstreuung ungefähr dem Durchschnitt entspricht. Ein Gebiet wird dann mehr, ein anderes weniger Deckungsbeiträge erwirtschaften. An der Gesamtausgangslage gegenüber dem GKV-Durchschnitt ändert das zunächst nichts.

Gleichwohl kann sich aber die Situation dadurch verändern, dass sich eine neue Wettbewerbssituation mit den lokalen Krankenversicherungen einstellt. Diese werden sich im Vergleich zum Bundesdurchschnitt durch die Leistungskürzung in einer deutlich verbesserten bzw. verschlechterten Situation befinden. Zudem ergeben sich außer durch die Verteilung über das Bundesgebiet auch Auswirkungen durch die notwendigen Berechnungen neuer Verhältniswerte.³¹⁰ Insofern ist die geographische Verteilung als einer von mehreren Anhaltspunkten zu sehen.

Die obigen Überlegungen gehen von einheitlichen Normerlösen in den Gebieten aus. Es seien also an dieser Stelle die Fälle ausgeklammert, in denen bis zur vollständigen Realisierung des gesamtdeutschen RSA den eventuell billigeren Leistungsanbietern auch geringere Beitragsbedarfe gegenüberstehen.

³⁰⁹ Es wird in diesem Fall davon ausgegangen, dass eine regionale Beitragssatzdifferenzierung erlaubt ist.

³¹⁰ Vgl. unter anderem Abbildung 22.

Ad c) Ist die Kasse in den Gebieten stärker vertreten, in denen die Leistung günstiger erbracht wird, verliert sie durch den Wegfall der Leistung an Wettbewerbsfähigkeit. Die Leistungen müssen an einem Ort aber nicht für alle medizinischen Bereiche teurer oder billiger sein. Für ein Maßnahmenbündel wären somit Kompensationen zu berücksichtigen.

Auf Basis der Überlegungen zu den Fragen b) und c) wird im Folgenden eine Methode zur Beurteilung einer oder mehrerer gesundheitspolitischer Maßnahmen vorgeschlagen. Sie macht sich sowohl die Verteilung der Versicherten auf das Bundesgebiet als auch das Kostenniveau der Leistungsanbieter zu Nutze. Grundvoraussetzung ist die Erstellung eines Tableaus mit GKV- und kassenspezifischen Daten zur Versicherten- und Kostenstreuung. Als einheitliche Grenzen sollten die Bundesländer dienen. Bei den Versicherten gilt es zunächst, Abweichungen vom Durchschnitt festzustellen:

Tabelle 14: Versicherten-Verteilung über das Bundesgebiet³¹¹

	GKV	Kasse	Differenz
Baden-Württemberg	13%	13%	0
Bayern	15%	16%	1
Berlin	4%	4%	0
Brandenburg	3%	2%	-1
Bremen	1%	1%	0
Hamburg	2%	2%	0
Hessen	7%	6%	-1
Mecklenburg-Vorpommern	2%	2%	0
Niedersachsen	10%	12%	2
Nordrhein-Westfalen	22%	22%	0
Rheinland-Pfalz	5%	5%	0
Saarland	1%	1%	0
Sachsen	5%	4%	-1
Sachsen-Anhalt	4%	4%	0
Schleswig-Holstein	3%	4%	1
Thüringen	3%	2%	-1
Gesamt	100%	100%	0

Quelle: Eigene Darstellung

Theoretisch lässt sich die Analyse noch weiter herunterbrechen auf Landkreis- oder Gemeindeebene, denn auch innerhalb eines Bundeslandes sind deutliche Unterschiede zu erkennen. Braun beispielsweise hat die geographischen Unterschiede der GKV untersucht und dabei große Differenzen zwischen einzelnen Gemeinden festgestellt.³¹² Die Analyse der AOK-Daten aus den Jahren 1999-2001 des Landkreises Kassel etwa zeigt, dass die stationären Fallkosten je Versicherten von 'kleiner 1.000 DM' bis '1.750-3.000 DM' schwanken. Um den Aufwand jedoch zu begrenzen und zunächst das Prinzip der geographischen Teiluntersuchungen zu verdeutlichen, wird im Folgenden auf die Differenzierung nach Bundesländern eingegangen.

Für die Kasse stellt sich nun die Frage, wie das Kostenniveau in den Ländern

³¹¹ Die Daten der GKV sind exemplarisch und entsprechen weitestgehend der Verteilung der Gesamtbevölkerung.

³¹² Vgl. Braun (2002), S. 105.

ist, in denen man vom Durchschnitt abweicht, also Bayern, Brandenburg, Hessen, Niedersachsen, Sachsen, Schleswig-Holstein und Thüringen. Für jedes dieser Bundesländer ist ein Kostenvergleich entlang der Hauptleistungsbereiche oder ggf. detaillierter auf Kontengruppen-Ebene durchzuführen.³¹³ Als Quelle kommen HLB-spezifische Berichterstattungen des Statistischen Bundesamtes, des BMGS oder des BVA in Frage. Zum Teil können auch Erhebungen privater Institute herangezogen werden.³¹⁴

Tabelle 15: Leistungserbringer-Kosten im Vergleich

	GKV	Thüringen
Ärzte	100%	98%
Zahnärzte	100%	100%
Apotheken	100%	101%
Krankenhaus	100%	96%
Sonstige	100%	99%
Krankengeld	100%	100%

Quelle: Eigene Darstellung

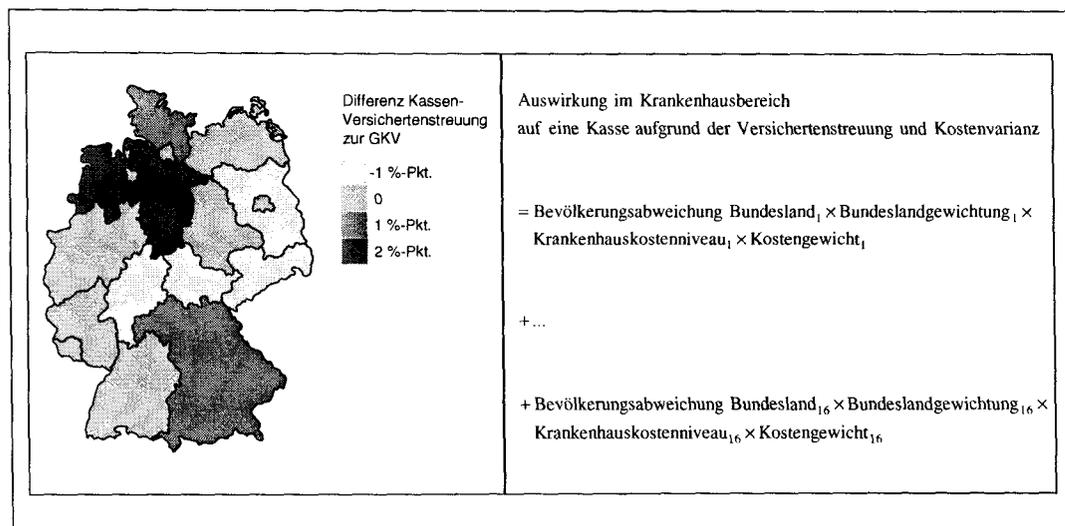
Angenommen für Thüringen ergäbe sich das in Tabelle 15 dargestellte Bild, dann verzeichnen Kassen in Thüringen im Durchschnitt im Krankenhausbereich erhöhte Deckungsbeiträge. Die Beispielskasse aus Tabelle 14 erleidet durch eine Leistungskürzung im Krankenhausbereich eine geringere Reduktion der Deckungsbeiträge als andere Kassen, da sie mit 2 % in Thüringen unterrepräsentiert ist. Zu untersuchen wären noch die anderen sechs Bundesländer, bei denen man vom Durchschnitt abweicht. Alle Ergebnisse sind zum Schluss zu gewichten: einmal hinsichtlich der Einwohnerzahl und zum anderen hinsichtlich der Kostenrelevanz des betroffenen Bereiches in der KJ1. Letztlich ergibt sich daraus eine Berechnung, die die Auswirkung einer Maßnahme – in diesem Fall Leistungskürzung im Krankenhausbereich – für

³¹³ Theoretisch ließen sich die Bundesländer auch hinsichtlich unterschiedlicher Morbiditätsrisiken vergleichen. Vgl. van de Ven et al. (1996), S. 183-184.

³¹⁴ Vgl. beispielsweise den Bundeslandvergleich der Krankenhausdaten bei Roland/Rosenow (2004), S. 326-335.

die Gesichtspunkte Versichertenstreuung und Kostenvarianz zeigt:

Abbildung 25: Auswirkung durch Versichertenstreuung und Kostenvarianz



Quelle: Eigene Darstellung

Eine weitergehende Untersuchung hinsichtlich der einzelnen Leistungsanbieter ist ebenfalls möglich, allerdings besteht zwischen Krankenkasse und Leistungsanbietern keine Vertragsfreiheit, sodass Versicherte nur indirekt an billigere Leistungsanbieter verwiesen werden können. „Den Krankenkassen sind bei ihrer Vertragsgestaltung weitgehend die Hände gebunden.“³¹⁵ Ein Wettbewerb zwischen den Krankenkassen bedingt die Vertragsfreiheit mit den Leistungsanbietern.³¹⁶ Auch haben die Krankenkassen nur begrenzte Möglichkeiten, aktiv in den Behandlungsprozess einzugreifen.³¹⁷ Dennoch kann eine solche Untersuchung bisweilen aufschlussreich sein, weil sie es ermöglicht, in den Verhandlungen die Vertragspartner anhand von Benchmarks unter Druck zu setzen. Auch die Möglichkeit, Versicherte an bestimmte Anbieter zu verweisen, sollte im Falle von teuren Versicherten und/oder teuren Leistungserbringer – trotz der angesprochenen Schwierigkeiten – in

³¹⁵ Klusen (2003), S. 289.

³¹⁶ Vgl. Zweifel/Breuer (2002), S. 10.

³¹⁷ Wallau (2004), S. 197-208.

Erwägung gezogen werden.³¹⁸

Ad d) Gilt es die Auswirkungen einer einnahmenseitigen Maßnahme zu beurteilen, spielt die Wirtschaftskraft der Bundesländer eine wichtige Rolle. Wie hoch letztlich das Beitragsaufkommen ist, hängt aber nicht nur von der Wirtschaftskraft des Landes ab, sondern zusätzlich von der kassenspezifischen Versichertenstruktur. Im Durchschnitt werden in einem wirtschaftlich starken Bundesland die Beitragseinnahmen höher sein, als in einem strukturell schwachen Bundesland. Dieser Faktor wird in den RSA-Berechnungen nicht berücksichtigt. Zur Erinnerung: im Rahmen des gesamtdeutschen RSA werden die Normprofile sukzessive angepasst, der Finanzkraftausgleich wird allerdings bereits seit 2000 gesamtdeutsch berechnet und angewendet.³¹⁹ Die nach wie vor existierenden Einkommensunterschiede innerhalb des Bundesgebietes führen somit zu einem West-Ost-Transfer, der sich bei Kassen der neuen Bundesländer tendenziell ergebnisverbessernd auswirkt. Der Effekt liegt darin begründet, dass der Ausgleichsbedarfssatz durch den Quotient 'RSA-Leistungsausgaben durch Grundlohnsumme' für die Ost-Länder nach unten gedrückt und dies durch den sukzessiven Angleich der Normprofile ausgabenseitig nicht vollständig kompensiert wird.

Für eine Kasse, die ausschließlich in den neuen Bundesländern vertreten ist, ergeben sich dadurch deutliche Wettbewerbsvorteile, wenn sie beispielsweise eine durchschnittliche ostdeutsche Grundlohnsumme und durchschnittliche ostdeutsche Leistungsausgaben hat. Sie profitiert auf zwei Weisen: Einerseits durch den erwähnten gesamtdeutschen Ausgleichsbedarfssatz und andererseits durch die bereits teilweise erfolgte Angleichung der Normprofile.

³¹⁸ Der Fokus liegt an dieser Stelle darauf, die Einflussfaktoren darzustellen. Der sich daraus ergebende Handlungsbedarf folgt in Kapitel 5.2.

³¹⁹ Vgl. Erläuterungen zum gesamtdeutschen RSA auf S. 118 dieser Arbeit. Das BVA gibt in regelmäßigen Abständen den bundeseinheitlichen, vorläufig geltenden Ausgleichsbedarfssatz bekannt. Dieser lag im September 2004 bei 12,7591 % ohne Berücksichtigung des Risikopools. Vgl. BVA (2004e).

Über einen gesamten Lebenszeitraum gerechnet verbraucht nämlich ein GKV-Versicherter aus den neuen Bundesländern gut 6.000 Euro weniger als jemand aus den alten Bundesländern.³²⁰ Ersetzt werden der Kasse aber angepasste Durchschnittskosten, die zwischen dem west- und ostdeutschen Niveau liegen.

Was heisst das für eine einnahmenseitige gesundheitspolitische Maßnahme? In der derzeitigen Finanzlage der gesetzlichen Krankenversicherungen zielen einnahmenseitige Maßnahmen auf eine Einnahmenerhöhung ab, nicht auf eine finanzielle Entlastung der Mitglieder.³²¹ Denkbar wäre, die Beitragsbemessungsgrenze zu erhöhen, die Versicherungspflichtgrenze heraufzusetzen, andere Einkunftsarten in die Beitragsbemessung miteinzubeziehen oder aber, wie im Rahmen des GMG geschehen, einzelne Mitgliedergruppen stärker zu belasten.³²² Grundsätzlich müssen zwei Fälle unterschieden werden:

- Die Einnahmenerhöhung wird in Form von Beitragssatzsenkungen sofort an die Mitglieder weitergegeben. In diesem Fall handelt es sich im strengen Sinne nicht um eine Einnahmenerhöhung sondern nur um eine Einnahmenbasis-Erweiterung. Unterschiede ergeben sich gleichwohl für einzelne Kassen, aber nicht für die GKV als Ganzes.
- Die Einnahmenerhöhung wird nicht weitergegeben, weil entweder Schulden beglichen werden müssen, oder weil die Ausgaben höher lagen als die Einnahmen.

In beiden Fällen profitieren Kassen mit einem überdurchschnittlich hohen Anteil an Ost-Mitgliedern nicht mehr als Kassen, deren Mitgliederbestand

³²⁰ Vgl. Abbildung 17: RSA-Leistungsausgaben 2002 nach Rechtskreis auf S. 118.

³²¹ Im Falle von einnahmenseitigen Maßnahmen beschränkt sich die Betrachtung auf Mitglieder, da nur sie Beiträge zahlen.

³²² Dies betrifft Rentner, die auf Versorgungsbezüge nun den vollen Beitragssatz entrichten müssen. Vgl. Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung, S. 2230, sowie § 248 SGB V.

überwiegend im Westen angesiedelt ist. Entscheidend ist vielmehr, welches Beitragssatzniveau eine Kasse hat. Diesen Zusammenhang verdeutlicht das folgende Beispiel:

Tabelle 16: Auswirkung einnahmenseitiger Maßnahmen (I)

Beispiel 1 mit Beitragssatzanpassung	West-Kasse ABC		Ost-Kasse XYZ	
	2004	2005	2004	2005
Grundlohnsumme je Mitglied in €	3.000	3.300	2.500	2.750
Beitragssatz	14,00%	12,73%	14,00%	12,73%
Ausgleichsbedarfsatz	12,5%	11,4%	12,5%	11,4%
Beitragseinnahmen	420	420	350	350
Finanzkraft	375	375	313	313
Beitragsbedarf	353	353	335	335
Leistungsausgaben	368	368	320	320
Für Deckung sonstiger Ausgaben	30	30	53	53

Beispiel 2 mit Beitragssatzanpassung	West-Kasse ABC		Ost-Kasse XYZ	
	2004	2005	2004	2005
Grundlohnsumme je Mitglied in €	3.000	3.300	2.500	2.750
Beitragssatz	14,50%	13,18%	14,00%	12,73%
Ausgleichsbedarfsatz	12,5%	11,4%	12,5%	11,4%
Beitragseinnahmen	435	435	350	350
Finanzkraft	375	375	313	313
Beitragsbedarf	353	353	335	335
Leistungsausgaben	368	368	320	320
Für Deckung sonstiger Ausgaben	45	45	53	53

Quelle: Eigene Darstellung

In Beispiel 1 und 2 wird jeweils angenommen, dass die Mehreinnahmen direkt an die Versicherten durch Beitragssatzsenkungen weitergegeben werden. Im Beispiel 1 haben beide Kassen in 2004 einen Beitragssatz von 14 %. Ihre Grundlohnsummen je Mitglied unterscheiden sich. Dadurch führt die West-Kasse mehr Finanzkraft ab. Die weiteren Elemente der RSA-Ertragsmechanik lassen der West-Kasse einen Restbetrag von 30 je Mitglied, um z.B. die Verwaltungskosten zu decken. Bei der Ost-Kasse sind es

53. Aufgrund einer gesundheitspolitischen Maßnahme erhöht sich ab 2005 die Grundlohnsumme um 10 %. Dadurch sinkt der Ausgleichsbedarfsatz um 9,1 %:

$$\begin{aligned}
 ABS_{neu} &= \frac{\text{Leistungsausgaben}}{\text{Grundlohnsumme}_{neu}} \\
 &= \frac{\text{Leistungsausgaben}}{1,1 \times \text{Grundlohnsumme}_{alt}} \\
 &= \frac{1}{1,1} \times \frac{\text{Leistungsausgaben}}{\text{Grundlohnsumme}_{alt}} \\
 &= 90,9\% \times ABS_{alt}
 \end{aligned}$$

Infolgedessen steigen die Beitragsmehreinnahmen. Letztere werden an den Versicherten durch eine Beitragssatzsenkung weitergegeben. Bei beiden Kassen ergibt sich hieraus eine Senkung von 1,27 %-Pkt., nämlich von 14,00 auf 12,73 %.³²³ In einer isolierten Betrachtung ändern sich Beitragsbedarf und Leistungsausgaben nicht, sodass der Restbetrag je Mitglied gleich bleibt. In Beispiel 2 wird von unterschiedlich hohen Beitragssätzen ausgegangen. Die West-Kasse, die von einem höheren Niveau gestartet ist, kann den Beitragssatz theoretisch um 1,32 %-Pkt. senken, während sich für die Ost-Kasse nur ein Senkungspotential von 1,27 %-Pkt. ergibt. Letztere büßt somit an Wettbewerbsfähigkeit ein.

Anders gelagert ist der Fall, wenn die Mehreinnahmen nicht an die Versicherten weitergegeben werden. Da hierbei zusätzliche Beitragsmehreinnahmen zum Schuldenabbau oder zur Verlustreduzierung genutzt werden, profitieren

³²³ Beitragssätze werden auf Zehntelprozentpunkte gerundet, sodass die Kassen einen Beitragssatz von 12,7 % anbieten würden.

– absolut gesehen – Kassen mit hoher Grundlohnsumme je Mitglied mehr:

Tabelle 17: Auswirkung einnahmenseitiger Maßnahmen (II)

Beispiel 3 ohne Beitragssatzanpassung	West-Kasse ABC		Ost-Kasse XYZ	
	2004	2005	2004	2005
Grundlohnsumme je Mitglied in €	3.000	3.300	2.500	2.750
Beitragssatz	14,00%	14,00%	14,00%	14,00%
Ausgleichsbedarfsatz	12,5%	11,4%	12,5%	11,4%
Beitragseinnahmen	420	462	350	385
Finanzkraft	375	375	313	313
Beitragsbedarf	353	353	335	335
Leistungsausgaben	368	368	320	320
Für Deckung sonstiger Ausgaben	30	72	53	88

Beispiel 4 ohne Beitragssatzanpassung	West-Kasse ABC		Ost-Kasse XYZ	
	2004	2005	2004	2005
Grundlohnsumme je Mitglied in €	3.000	3.300	2.500	2.750
Beitragssatz	14,50%	14,50%	14,00%	14,00%
Ausgleichsbedarfsatz	12,5%	11,4%	12,5%	11,4%
Beitragseinnahmen	435	479	350	385
Finanzkraft	375	375	313	313
Beitragsbedarf	353	353	335	335
Leistungsausgaben	368	368	320	320
Für Deckung sonstiger Ausgaben	45	89	53	88

Quelle: Eigene Darstellung

Die Ausgangssituation in Beispiel 3 und 4 ist mit Beispiel 1 und 2 für die West- und Ost-Kasse identisch. Diesmal wird allerdings in 2005 die Grundlohnsummenerhöhung nicht durch eine Beitragssatzsenkung weitergegeben, sondern drückt sich in einem erhöhten Deckungsbeitrag aus. Am meisten profitiert die West-Kasse in Beispiel 4: aufgrund der höheren Grundlohnsumme und des höheren Beitragssatzes kann sie den Deckungsbeitrag je Mitglied um 44 von 45 auf 89 steigern.

Die beiden Elemente 'hohe Grundlohnsumme' und 'hoher Beitragssatz' sind im Allgemeinen bei Kassen mit Schwerpunkt in den alten Bundesländern anzutreffen. In 2003 lag der durchschnittliche Beitragssatz im Rechtskreis West bei 14,35 % und im Rechtskreis Ost bei 14,12 %. Die Beitragseinnahmen je Mitglied betragen 2825 Euro in Westdeutschland und 2209 Euro in Ostdeutschland.³²⁴

Wie groß der Vorteil der Kassen im Einzelnen ist, hängt von der Maßnahme und der kassenindividuellen Streuung ab. Tabelle 18 gibt einen ersten Eindruck über die Größenordnungen der Unterschiede auf Basis der Bruttomonatsverdienste von Angestellten, die die größte Mitgliedergruppe bilden.

Tabelle 18: Angestellten-Bruttoverdienste je Bundesland

Bruttomonatsverdienste 2003 in Euro		männliche	weibliche
	Gesamt	Angestellte	Angestellte
Deutschland	3 304	3 693	2 602
Baden-Württemberg	3 483	3 889	2 677
Bayern	3 470	3 858	2 699
Berlin	3 190	3 600	2 708
Brandenburg	2 530	2 849	2 210
Bremen	3 485	3 858	2 599
Hamburg	3 644	4 043	2 976
Hessen	3 562	3 890	2 936
Mecklenburg-Vorpommern	2 269	2 544	2 008
Niedersachsen	3 138	3 488	2 432
Nordrhein-Westfalen	3 324	3 709	2 609
Rheinland-Pfalz	3 246	3 583	2 585
Saarland	3 070	3 436	2 356
Sachsen	2 490	2 800	2 135
Sachsen-Anhalt	2 487	2 811	2 144
Schleswig-Holstein	3 076	3 425	2 461
Thüringen	2 428	2 743	2 062

Quelle: Statistisches Bundesamt (2004b)

³²⁴ Vgl. BMGS (2004b), Blätter 3-5.

Für die Extremfälle Mecklenburg-Vorpommern mit 2269 Euro und Hamburg mit 3644 Euro Bruttomonatsverdienst ergibt sich ein Unterschied von 60 %. Die Beitragsmehreinnahmenunterschiede sind also erheblich.

Fazit: Zusammenfassend lässt sich hinsichtlich der Mitglieder- und Kostenstreuung sagen, dass im Fall konstanter Beitragssätze eine Kasse mit hohem Beitragssatz und hoher Grundlohnsumme am meisten profitiert. Damit werden die Kassen mit westdeutschem Schwerpunkt durch Gesetzesmaßnahmen zur Beitragseinnahmensteigerung stärker begünstigt.³²⁵ Ausgabenseitig ergibt sich der auf Abbildung 25 dargestellte Zusammenhang.

5.1.3 Maßnahmenübergreifende Auswirkungen

Sollte es für eine Kasse bei allen Maßnahmen zu einer tendenziellen Verschlechterung der Wettbewerbssituation kommen, wird sie nur schwer durch Dritteffekte von einer Verlierer- zu einer Gewinnerkasse. Dennoch sollten die Effekte dahingehend untersucht werden, ob in ihnen Optimierungspotential steckt. Letzteres wirkt sich nämlich zur Gänze als Gewinnsteigerung bzw. Beitragssatzsenkung aus. Nimmt man das Beispiel der Verwaltungskosten, wird klar, dass jede Einsparung in diesem Bereich direkt die KJ1 einer Kasse verbessert. Es findet also keine Abschwächung durch den RSA statt.³²⁶ Die Abschwächung würde bewirken, dass die Einsparung der Ausgaben der Kasse eine Reduzierung des Ausgleichsbedarfssatzes und der Verhältniswerten nach sich zieht, wodurch es zu verringerten Ein- und Auszahlungen in

³²⁵ Vgl. hierzu auch Kapitel 5.3: Gewinner- und Verliererkassen.

³²⁶ Je größer die Kasse, desto größer die Abschwächung durch den RSA.

und aus dem RSA-Topf kommt.³²⁷

Der Verwaltungskosten-Abbau erfolgt überwiegend mittelfristig, sodass für das nächste Budgetjahr im Allgemeinen keine positiven Effekte anzunehmen sind. Eher im Gegenteil: beispielsweise ergibt sich ein Mehraufwand durch den Aufbau von Praxisnetzen und Chroniker-Programmen. Auch die Morbiditätsorientierung des RSA ab 2007 wird die Berechnungen alles andere als vereinfachen mit der Folge, dass die Kassen hierfür zusätzliches Fachpersonal einstellen müssen. Jede Kasse hat für sich abzuschätzen, welcher Effekt überwiegt. Der Verwaltungsaufwand-reduzierende Effekt durch geringere Leistungsausgaben oder der Verwaltungsaufwand-steigernde Effekt wegen der stärkeren Ausdifferenzierung des Ausgleichsmechanismus.

Neben den Verwaltungskosten betreffen die maßnahmenübergreifenden Effekte auch die Belastungsgrenzen, wie etwa die Härtefallregelungen, und den Risikopool. Durch die Mehrbelastungen werden ggf. Versicherte, die bisher keine Härtefälle darstellten, zum Härtefall. Dementsprechend entgehen der Kasse Einnahmen. Angenommen es werden die Zuzahlungen zu Arzneimitteln und Zahnersatz erhöht, und die Praxisgebühr, wie im GMG geschehen, eingeführt, dann besteht die Möglichkeit, dass eine nicht unerhebliche Zahl von Mitgliedern mit geringem Einkommen oder Studenten zu Härtefällen werden. Der einzelnen Maßnahme ist es nicht zuzurechnen, da es erst durch die Kombination zu der neuen Kategorisierung der Versicherten kommt. Ggf. ist zu überlegen, ob man die übergreifenden Auswirkungen mittels eines Schlüssels auf eine einzelne Maßnahme verteilt. Dies lässt sich jedoch erst dann durchführen, wenn klar ist, welche Gesetzesänderungen und in welcher Form sie beschlossen werden.

³²⁷ Auch für kleine Krankenkassen gilt, dass ihre Leistungsausgabenkürzung den Ausgleichsbedarfssatz und die Verhältniswerte beeinflusst. Allerdings sind die Auswirkungen nicht spürbar – sowohl für die Kasse selbst als auch für die anderen Marktteilnehmer.

Bezüglich der Härtefallregelung werden Studenten mit einem eigenen Hausstand durch das GMG vermehrt in die Kategorie der Härtefälle fallen. Grundsätzlich gilt, dass das für die Belastungsgrenze das eigene Einkommen zu Grunde gelegt wird.³²⁸ Sollte kein Einkommen vorhanden sein, wird der Eckregelsatz der Sozialhilfe angesetzt, auch wenn diese nicht bezogen wird. Der Eckregelsatz beträgt 2005 in Ostdeutschland 331 Euro pro Monat bzw. 3.972 Euro im Jahr. Die Härtefall-Belastungsgrenze für nicht-Chroniker liegt bei 2 %, ³²⁹ sodass die Belastungsgrenze in Ostdeutschland 79,44 Euro entspricht. In Westdeutschland ergibt sich ein geringfügig höherer Wert. Kosten, die dem Versicherten darüber hinaus entstehen, können zur Erstattung bei der Krankenkasse eingereicht werden.

Ein weiterer Aspekt ist zwar nicht direkt monetär fassbar, hat aber dennoch Auswirkungen auf die Kasse und sollte bei einer Gesamtbetrachtung berücksichtigt werden: 'weiche Faktoren'. Dazu zählen unter anderem der Ruf der Kasse sowie die von den Versicherten subjektiv empfundene finanzielle Belastung. Wenn, wie im Falle der Diskussionen über das GMG im Herbst 2003, die Berichterstattung über die gesetzlichen Krankenkassen und ihre finanzielle Lage tendenziell negativ ausfällt, schadet das zunächst allen Kassen. Die allgemeine Unzufriedenheit der Versicherten entlädt sich dann unter anderem in einer vermehrten Leistungsanspruchnahme, denn eine als hoch empfundene Beitragsbelastung führt zu dem Bedürfnis, für sein Geld auch etwas bekommen zu wollen.

Hinsichtlich einer einzelnen Kasse fällt der Aspekt 'Ruf' meist sehr unterschiedlich aus. Beispielsweise kann es sein, dass eine Behandlung zur Regelleistung wird, mit der eine Kasse bisher als Kulanzleistung stark ge- und ggf. ein positives Image erworben hat. Die sich daraus ergebenden Auswir-

³²⁸ Bafög zählt in diesem Zusammenhang nicht als Einkommen.

³²⁹ Vgl. § 62 Abs. 1 SGB V.

kungen muss jede Kasse für sich abschätzen und Gegenmaßnahmen ergreifen. Der wirtschaftlichen Auswirkungen auf die Kasse werden durch die Tatsache gemindert, dass die ehemalige Kulanzleistung nun als RSA-Leistung der Kasse erstattet wird. Zudem hängt die Akzeptanz einer anstehenden Gesundheitsreform auch von dem Ansatz ab, den der Gesetzgeber verfolgt:

- Versucht die Reform präventiv das Gesundheitsverhalten der Versicherten durch Risikozuschläge zu ändern oder
- zielt sie durch die Erhöhung von Selbstbeteiligungen eher auf das Inanspruchnahmeverhalten ab?³³⁰

Während die Belohnung von gesundheitsförderndem Verhalten zunächst eine höhere Zustimmung erfährt, wird das De-Incentivieren der Inanspruchnahme im Allgemeinen nicht akzeptiert. Im Falle des in Kapitel 4.4.2 besprochenen Beispiels der Sehhilfen fällt die Leistung zum größten Teil aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkasse heraus. Die Maßnahme betrifft somit die zweite Kategorie.

Von Seiten der Versicherten waren Sehhilfen jedoch fester Bestandteil ihrer Erwartung an die Krankenkasse. Die Erwartungen der Versicherten sind vor allem emotional begründet und lassen sich rational nur schwer beeinflussen. Die in diesem Zusammenhang häufig vorgebrachten rationalen Argumente sind, dass eine Versicherung die Beitragszahler vor unerwarteten und/oder hohen Risiken schützen soll.³³¹ Beides ist bei den Sehhilfen nicht der Fall, sodass die Übernahme der Kosten durch den Versicherten als zumutbar anzusehen ist. Dennoch halten laut einer Untersuchung von Hallauer/Kern/Beske nur knapp 15 % der Versicherten die vollständige Zahlung des Brillen-

³³⁰ Vgl. Ullrich (1995), S. 8.

³³¹ Vgl. beispielsweise Siebert (2003), S. 3-4.

gestells für akzeptabel.³³² Für die GKV ist unabhängig von den rationalen Argumenten wichtig, ob letztlich eine Reform angenommen wird. Ein Verlust an Zustimmung für das System kann nämlich zu den oben erwähnten unerwünschten Nebeneffekten führen.

5.2 Handlungsbedarf auf Seiten einer Kasse

Neben der Bestimmung der Einflussfaktoren, die von außen auf die Kasse wirken, stellt sich die Frage, welcher Handlungsbedarf sich aus einer Gesundheitsreform für eine Krankenkasse ergibt. Nachdem eine Kasse alle erwähnten Berechnungen und Überlegungen für eine Maßnahme angestellt hat und zu der Schlussfolgerung kommt, eine Verlierer- oder Gewinnerkasse zu sein, stehen verschiedene Instrumente zur Verfügung, die an dieser Stelle diskutiert werden sollen. Schneider spricht von der Strategieanfälligkeit des Risikostrukturausgleichs. Das heisst, „*die Krankenkassen werden ihr Verhalten auf die neue Situation einstellen*“³³³, wodurch die ursprünglich angedachte Lenkungswirkung einer Maßnahme ggf. konterkariert wird. Zunächst muss allerdings betont werden, dass gewöhnlich nicht nur eine Maßnahme, sondern gleich ein ganzes Maßnahmen-Paket durch den Gesetzgeber verabschiedet wird. Die Schlussfolgerung für die Kasse hinsichtlich des Handlungsbedarfs sollte somit erst nach einer Gesamtbetrachtung gezogen werden. Dabei sind auch die maßnahmenübergreifenden Effekte zu berücksichtigen.³³⁴ Danach lässt sich das weitere Vorgehen festlegen: Lobbyarbeit, um Einfluss zu nehmen auf die in der Diskussion befindlichen, aber noch nicht

³³² Vgl. Hallauer/Kern/Beske (1996), S. 38-39.

³³³ Schneider (1994), S. 145.

³³⁴ Vgl. Kapitel 4.4.2.8.

beschlossenen Maßnahmen;³³⁵ Steuerungsmöglichkeiten identifizieren, die sich an den neuen Normerlösen der Versicherten orientieren; Finanzplanung für das nächste Jahr bzw. die nächsten Jahre (Mittelfristplanung) ausarbeiten.

5.2.1 Vertriebssteuerung

Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit dienen, wie in Kapitel 1.2 dargelegt, in erster Linie dazu, einer Kasse eine solide Finanzplanung unter neuen Rahmenbedingungen zu ermöglichen. Es lassen sich jedoch darüber hinaus Rückschlüsse auf die zu ergreifenden Vertriebsmaßnahmen ziehen. *„Ist aus Sicht der Krankenkasse der einzelwirtschaftliche 'Gewinn' die entscheidende Orientierungsgröße ihres Handelns, so richtet sich im Wettbewerb um die Versicherten ihr Interesse selbst unter den Bedingungen des Risikostrukturausgleichs auf die Attraktion desjenigen Personenkreises, der aller Voraussicht nach auch Gewinn verspricht, und die Abwehr desjenigen, der Träger eines Verlustrisikos ist oder aus Sicht der Kassen auch nur als solcher erscheint.“*³³⁶ Geht man also davon aus, dass eine Kasse nicht das Interesse verfolgt, allen Versicherten ein gleich hohes Maß an Leistungen und Service zu bieten, so wird die Kasse zwangsläufig eine Segmentierung der bestehenden und/oder möglichen Versicherten vornehmen wollen, was letztlich eine Risikoselektion zur Folge hat.³³⁷ *„Der RSA macht den Wettbewerb allein*

³³⁵ Auf den Aspekt der Lobby-Arbeit wird nicht weiter eingegangen. Zum einen, weil es den Rahmen der vorliegenden Arbeit sprengen würde, die Möglichkeiten einer Einflussnahme auf Entscheidungsträger zu beleuchten. Zum anderen kann Ziel der Arbeit nicht sein, Handlungsempfehlungen auszusprechen, die aus Kassensicht vorteilhaft, makroökonomisch vermutlich aber kontraproduktiv sind.

³³⁶ Stegmüller (1996), S. 297.

³³⁷ An dieser Stelle wird nicht näher auf die moralischen und rechtlichen Einschränkungen eingegangen, die einer Versichertenselektion im Wege stehen.

um „gute“ Risiken inattraktiv“³³⁸, jedoch sind gute Risiken nach wie vor ein Erfolgsfaktor der Krankenkassen, wenn auch nicht der alleinige. Und da eine Krankenkasse neben den gesetzlichen Pflichten hinsichtlich der Gesundheitsversorgung auch ihre wirtschaftliche Situation im Blick behalten muss, wird sie den Erfolgsfaktor 'Selektion' nutzen wollen.

Breyer/Kifmann nennen in diesem Zusammenhang – für den Fall eines unregulierten Marktes – neun Instrumente der Risikoselektion:³³⁹

- „1) *Gestaltung des Leistungspakets in der Weise, dass es für niedrige Risiken attraktiver ist als für hohe ...*
- 2) *Selektives Kontrahieren mit Leistungsanbietern, Verzicht auf Verträge mit Spezialisten für bestimmte teure Krankheiten ...*
- 3) *Angebot von zusätzlichen Versicherungsprodukten, die nur für niedrige Risiken interessant sind ...*
- 4) *Schlechte Behandlung von Patienten mit teuren Krankheiten im medizinischen wie im Service-Bereich ...*
- 5) *Zahlung einer Prämie an hohe Risiken für Vertragsauflösung ...*
- 6) *Zielgruppenspezifische Mitgliederwerbung ...*
- 7) *Senkung des Beitragssatzes ...*
- 8) *Reduktion der Geschäftsstellendichte ...*
- 9) *Verzicht auf innovative Behandlungsformen bei hohen Risiken...*³⁴⁰

Für ein solches Vorgehen ist es zunächst unabdingbar, die hohen und niedrigen Risiken herauszufiltern. Bei genauer Betrachtung der derzeitigen Gesetzeslage verbleibt den Kassen allerdings nur wenig Spielraum für eine aktive Risikoselektion, sodass die Annahme eines unregulierten Marktes von Breyer/Kifmann nicht realistisch ist.

³³⁸ Gohla (2002), S. 185.

³³⁹ Resch beschränkt sich auf drei Hauptelemente: Erhöhung der Transaktionskosten durch geringere Filialdichte, selektive Informationspolitik sowie gezieltes Leistungsangebot. Vgl. Resch (2004), S. 134-145.

³⁴⁰ Breyer/Kifmann (2001), S. 7-10.

Die Attraktivität eines Versicherten hängt von seiner Norm-Ist-Kosten-Abweichung ab, also von dem Unterschied zwischen dem Betrag, den die Kasse aus dem RSA-Topf für den Versicherten erhält und der Summe der tatsächlichen Ausgaben für den Versicherten.³⁴¹ Je höher die positive Abweichung, desto höher logischerweise der Deckungsbeitrag, den die Kasse durch den Versicherten erwirtschaftet. Nun besteht laut dem im SGB V verankerten Wahlrechts der Mitglieder ein Kontrahierungszwang für eine Kasse: *„Die Ausübung des Wahlrechts ist gegenüber der gewählten Krankenkasse zu erklären. Diese darf die Mitgliedschaft nicht ablehnen. Das Wahlrecht kann nach Vollendung des 15. Lebensjahres ausgeübt werden.“*³⁴² Unprofitable Teilnehmer der Versichertengemeinschaft können also nicht ausgeschlossen bzw. ihnen kann der Zugang nicht verwehrt werden. Sinn und Zweck einer Segmentierung kann daher nur sein, zunächst den Status quo zu erheben und darauf basierend eine der folgenden drei Maßnahmen zu ergreifen:

- 1) Verluste durch Versicherte mit hoher negativer Norm-Ist-Kosten-Abweichung minimieren,
- 2) Bindung der Versicherten mit hoher positiver Norm-Ist-Kosten-Abweichung erhöhen,
- 3) Versicherte, die noch nicht der Kasse angehören und hohe positive Norm-Ist-Kosten-Abweichungen erwarten lassen, akquirieren.³⁴³

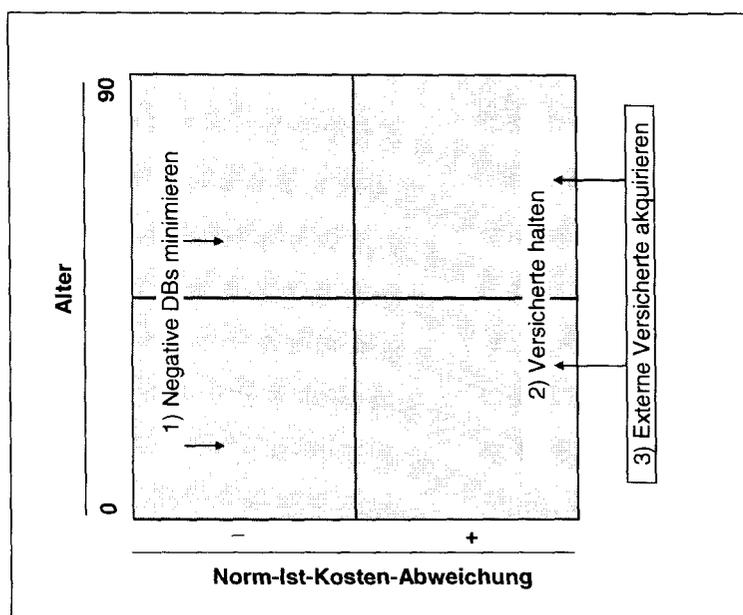
Die drei Maßnahmen sollten unabhängig von Gesetzesänderungen Teil des Fallmanagements einer Kasse sein. Sie lassen sich in einer 2x2 Matrix darstellen:

³⁴¹ Die Norm-Ist-Kosten-Abweichung ist näher erläutert auf S. 16.

³⁴² § 175 Abs. 1 SGB V.

³⁴³ Ohne Einblick in die Datei externer Versicherten zu haben, lassen sich natürlich keine Deckungsbeiträge ermitteln. Jedoch gibt es Zielgruppen, die hohe positive Deckungsbeiträge erwarten lassen, z.B. aktive Rentner.

Abbildung 26: Kundensegmentierungs-Matrix



Quelle: Eigene Darstellung

Als wichtigste Dimensionen der Segmentierung werden auf der x-Achse die ausgabenseitigen Deckungsbeiträge je Versicherten und auf der y-Achse das Alter abgetragen. Die benötigten Versicherten-NIKAs sind zeitnah zu erheben und auszuwerten – nur auf diese Weise lässt sich die RSA-Mechanik sinnvoll für die Vertriebssteuerung einsetzen. Durch die Auswirkungen einer Gesetzesänderung finden Verschiebungen der NIKAs statt, sodass die Zielgruppen neu definiert werden müssen. Es stellt sich die Frage, welche Versicherten nun der Gruppe 1 bzw. 2 angehören bzw. welche aus den Gruppen herausgefallen sind. Auf Versicherte, die weder besonders positive noch besonders negative Deckungsbeiträge bringen, braucht nicht näher eingegangen zu werden. Es erscheint nämlich fraglich, ob sich der Aufwand lohnt, für diese Gruppe gezielt Maßnahmen zu ergreifen. Insbesondere angesichts der Tatsache, dass die Berechnung der Norm-Ist-Kosten-Abweichungen mit Unsicherheiten behaftet ist und von Jahr zu Jahr – abhängig von den RSA-Zahlungen und dem Inanspruchnahmeverhalten der Versicherten – schwanken. Insofern sollte sich das Fallmanagement auf die Versicherten mit sehr hohen negativen oder positiven NIKAs beschränken.

Besonders im ersten Fall muss der Grund der Fehlbeträge herausgefiltert werden. Er ist zwar versichertenabhängig, jedoch lassen sich Versicherten-
gruppen bilden, in denen die Ursachen ähnlich gelagert sind. Beispielsweise
sind im Allgemeinen Dialyse-Patienten sehr kostenintensiv. Ein erhöhter
Aufwand wird bisher nur im Falle einer Überschreitung der Risikopoolschwel-
lengrenze für die Ausgleichszahlungen an die Kasse berücksichtigt. Der Er-
stattungssatz richtet sich bis zu dieser Höhe nach den bekannten indirekten
Kriterien. Angenommen es kristallisiert sich heraus, dass Dialysenkosten für
eine Kasse große Norm-Ist-Kosten-Abweichungen verursachen, bzw. sich
dies durch eine Gesetzesänderung ergeben wird, so ist zu überlegen, ob
nicht mit lokalen Dialysezentren Rahmenverträge abgeschlossen werden
können.³⁴⁴ Gleichzeitig wäre es äußerst kontraproduktiv, mit guten Leistungen
der Kasse bezüglich einer Dialysebehandlung zu werben, denn das wür-
de die Zugänge solcher Versicherten erhöhen.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass sich die Kasse nach Auswertung
der Auswirkungen der geplanten Gesetzesmaßnahme(n) darüber bewusst
sein sollte, welche Versicherten demnächst in die erste Gruppe fallen werden
und was die Ursachen dafür sind. Mit Hilfe der neuen VHW bzw. NIKAs, die
sich aus der Modellanalyse ergeben, ist im Falle einer Umsetzung des Ge-
setzesvorhabens die Vertriebssteuerung auf die neuen Zielgruppen anzu-
passen.³⁴⁵

Die Anwendung eines Gruppen-basierten Ansatzes ist nicht möglich, wenn
es sich um seltene Krankheiten handelt. In diesem Fall müssen Individuallö-
sungen gefunden werden. Erfordert beispielsweise die Therapie eines Versi-
cherten wiederkehrende Krankenhausaufenthalte, so kann von der Versiche-
rung ein Krankenhaus mit niedrigeren Tagessätzen empfohlen werden, das

³⁴⁴ Die Überlegungen sind jeweils nach Abschätzung der Auswirkung der Gesetzesände-
rungen anzustellen.

³⁴⁵ Vgl. auch Tabelle 19.

einen gleichen Behandlungserfolg verspricht. Zwar kann der Versicherte nicht zum Besuch eines bestimmten Krankenhauses gezwungen werden, allerdings werden sich die meisten von ihnen auf die Vorschläge der Krankenkasse einlassen.

Im entgegengesetzten zweiten Fall – Versicherte mit positiven Norm-Ist-Kosten-Abweichungen stellt sich die Frage, wie sich gute Risiken halten lassen. Hierbei gibt es wie im ersten Fall zwei Alternativen: a) eine Gruppenbildung anhand eines oder mehrerer Merkmale oder b) eine individuelle Betreuung. Letzteres lohnt sich insbesondere dann, wenn eine hohe Norm-Ist-Kosten-Abweichung dauerhaft zu erwarten ist. Eventuelle Leistungskataloganpassungen der nahen Zukunft spielen hierbei eine wesentliche Rolle. Möglicherweise resultierte nämlich das positive Risiko eines Versicherten aus Leistungen, die von ihm nicht in Anspruch genommen werden. Ist absehbar, dass demnächst diese Leistungen wegfallen, verringern sich ceteris paribus die Normkosten, die Ist-Kosten hingegen bleiben gleich. Der Versicherte wechselt dementsprechend den vertriebsinternen Status von 'attraktiv' zu 'durchschnittlich' bzw. 'unattraktiv'. Das Vorgehen für Versichertengruppen, die besonders positive NIKAs aufweisen ist ähnlich. Hinsichtlich der Betreuung gibt es allerdings Unterschiede. Während bei einem individuellen Fall der Kontakt mittels Telefon oder Hausbesuch geeignet erscheint, lohnt es sich, bei Gruppen über die Einrichtung eines zusätzlichen Angebots für das Zielsegment nachzudenken.

Die Ausführungen verdeutlichen, dass es auf ein Versichertencontrolling auf Basis der RSA-basierten Deckungsbeiträge ankommt. Von den individuellen NIKAs kann auf Gruppen-NIKAs geschlossen werden. Im Folgenden wird hierfür ein Beispiel gezeigt, das unter Einbeziehung der in Kapitel 4.4.2 gezeigten Arithmetik sinnvoll erscheint. Grundvoraussetzung ist die Kenntnis der Kasse über die Versicherten und ihrer Kosten. Des Weiteren sind Abschätzungen über Normkostenanpassungen zu treffen. Gemeinsam kristallisieren sich analog Tabelle 19 Versichertengruppen heraus, die entweder be-

sonders negative oder besonders positive Norm-Ist-Kosten-Abweichungen aufweisen.

Tabelle 19: Versichertencontrolling auf Basis von NIKA

in €							
Risikoklasse	Versicherter	Normerlös	Istkosten	NIKA derzeit	Erwartete Normkostenanpassung	Erwartete NIKA	
465	Meyer	2000	1603	397	-250	147	
	Schulze	2000	1653	347	-250	97	
	Herrmann	2000	1765	235	-250	-15	
	
	Schmidt	2000	2465	-465	-250	-715	
	Neumann	2000	2472	-472	-250	-722	
	Gruber	2000	2487	-487	-250	-737	

Quelle: Eigene Darstellung

In Tabelle 19 wird das Beispiel einer beliebigen der 732 Risikoklassen aufgezeigt. Aus Vereinfachungsgründen ist unterstellt worden, dass die Versicherten die Leistungen, die wegfallen, bisher nicht in Anspruch genommen haben. Im Allgemeinen wird es aber für viele Versicherte einer Risikoklasse auch einer Anpassung der Ist-Kosten bedürfen. Mit Hilfe einer solchen vollständig gefüllten Tabelle lassen sich die Versicherten, die entweder dem Fall 1 (hohe negative NIKA) oder Fall 2 (hohe positive NIKA) zuzuordnen sind, herausfiltern. Möglich wäre auch als erste Hierarchieebene nicht die Risikoklasse, sondern den Versicherten zu wählen. Dadurch wäre aber die Gruppenbildung erschwert. Und da es letztlich, abgesehen von Ausreißern, auf eine Zielgruppen-adäquate und nicht auf eine individuelle Steuerung der Vertriebsaktivitäten hinauslaufen wird, erscheint der Risikoklassen-basierte Ansatz sinnvoller.

Neben den Norm-Ist-Kosten-Abweichungen lassen sich noch die Deckungsbeiträge aus Beitragsmehreinnahmen einem Versicherten zurechnen. Erst durch die Summe der Ausgaben- und Einnahmenkomponenten wird der Gewinn- bzw. Verlustbeitrag deutlich.

Gesamt DB des Versicherten x in der Risikoklasse i

$$= BPE_x \times (BS_x - ABS) + Normkosten_i - Ist\ Kosten_x$$

Interessant sind die Informationen über die Beitragsmehreinnahmen³⁴⁶ insbesondere, weil davon auszugehen ist, dass Versicherte mit hohen Beitragsmehreinnahmen tendenziell auch eher bereit sind, zu wechseln. Dieser Gruppe gilt es also besondere Aufmerksamkeit zu schenken. Die Attraktivität von Wechslern belegen unter anderem Ergebnisse einer empirischen Untersuchung von Andersen/Schwarze. Demnach weisen Wechsler höhere Einkünfte und weniger Krankenhausaufenthalte auf im Vergleich zu Mitgliedern, die nicht vorhaben, zu wechseln.³⁴⁷

Die geschilderte Methode lässt sich anschließend auch für den dritten Fall, nämlich die Akquise von externen Versicherten, verwenden; allerdings sind die Informationen über Ist-Kosten von Versicherten anderer Versicherungen nicht vorhanden. Damit ergibt sich für die Krankenkasse die Schwierigkeit der Selektion. „Denn eine Krankenkasse kann nur diejenigen Risiken „selektieren“, die sie auch vorhersehen kann.“³⁴⁸ Sehr wohl weiß man allerdings, welcher Risikoklasse jemand zuzuordnen ist. Geht man davon aus, dass gewisse Muster des eigenen Versichertenbestandes auf die Grundgesamtheit der GKV-Versicherten übertragbar sind, hat man bereits Zielgruppen identifiziert. Es bleibt jedoch die Frage, wie solche Versicherten zum Wechsel bewegt werden können, und wie sich das Risiko ausschließen lässt, dass die Umworbene nicht doch ungewöhnlich hohe Ist-Kosten haben. Ohne hierfür die einzelnen Möglichkeiten abzuwägen, kann man zusammenfassend sagen, dass sich das in dieser Arbeit vorgestellte Rechenmodell für Vertriebs-

³⁴⁶ Der Beitragssatz ist mit dem Zusatz x versehen, da ein Mitglied zwischen drei Beitragssätzen wählen kann.

³⁴⁷ Vgl. Andersen/Schwarze (1998), S. 16-19.

³⁴⁸ Lauterbach (2005), S. 22.

aktivitäten hinsichtlich der Fälle 1 und 2 sehr gut eignet, es allerdings bei der Akquirierung neuer Versicherter (Fall 3) eher nachgelagert zum Einsatz kommen sollte.

5.2.2 Finanzplanung

Die Finanzplanung einer gesetzlichen Krankenkasse ist im Wesentlichen durch den RSA-Ausgleichsmechanismus bestimmt. Dementsprechend ist der optimale Zeitpunkt zur Nutzung des Modells dann gegeben, wenn die Budgetplanung für das kommende Jahr ansteht und neue Gesetzesmaßnahmen hinreichend bekannt sind. Sollte ein Gesetzesvorhaben erst in Ansätzen bekannt sein, könnte eine Szenarien-Rechnung aufschlussreich sein. Fest steht, dass sich grundsätzlich die Finanzplanung einer Kasse an den Elementen des RSA orientieren muss. Nur dies gewährleistet eine zuverlässige Prognose der Ertragssituation des kommenden Jahres bzw. der kommenden Jahre.

Der RSA ersetzt den Kassen durch das Element 'Beitragsbedarf' die durchschnittlichen GKV-Kosten eines Versicherten der jeweiligen Risikoklasse. Dadurch sollen Wirtschaftlichkeitsanreize geschaffen werden. Oberender/Fleischmann bemerken hierzu: *„Tatsächlich aber tendiert der RSA immer dazu, zu einem Finanzausgleich durch die Hintertür zu werden, der schließlich Wirtschaftlichkeitsanreize beseitigt. Er steht dann auf einer Stufe mit Ausgleichen tatsächlicher Ausgaben, wie sie z.B. Risikopools darstellen.“*³⁴⁹

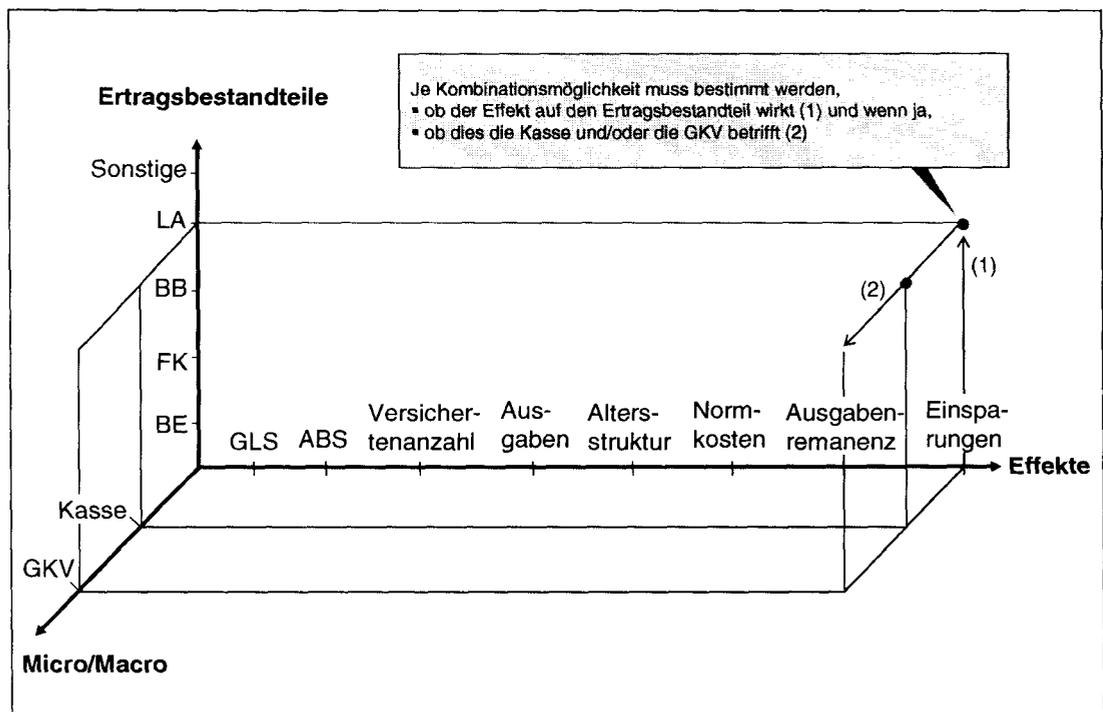
Mit dem Finanzausgleich durch die Hintertür ist die Tatsache gemeint, dass die Krankenkassen für ihr Handeln nicht notwendigerweise haften, wenn eine Kasse beispielsweise in einer Risikoklasse einen hohen Marktanteil besitzt

³⁴⁹ Oberender/Fleischmann (2001), S. 606.

und damit die Höhe des Beitragsbedarfs wesentlich mitbestimmt.³⁵⁰ Dennoch muss eine Krankenkasse ihre Wirtschaftlichkeit im Auge behalten und sich an der Relativität des Systems orientieren. Jeder Prozentpunkt unterdurchschnittlichen Wachstums auf der Ausgabenseite bzw. überdurchschnittlichen Wachstum auf der Einnahmenseite bringt zusätzliche Gewinne für die Ergebnisrechnung der Kasse.

Eine sinnvolle Finanzplanung analysiert ex ante und ex post die RSA-Effekte der Kasse und der GKV und ermittelt die Überleitung zu den eigenen Ertragsbestandteilen. Den Zusammenhang einer solchen RSA-bezogenen Finanzplanung stellt Abbildung 27 dar.

Abbildung 27: Dimensionen der RSA-bezogenen Finanzplanung



Quelle: Eigene Darstellung

³⁵⁰ Vgl. Oberender/Fleischmann (2001), S. 604-605.

Es ist sinnvoll, sich zunächst Klarheit über die Effekte zu verschaffen und mit ihrer Hilfe die Ertragsbestandteile zu ermitteln. Als Effekte wird hierbei die jeweils prozentuale Steigerung zum Vorjahr der Elemente Grundlohnsumme, Ausgleichsbedarfssatz, Versichertenanzahl, Ausgaben, Altersstruktur, Normkosten, Ausgabenremanenz und Einsparungen bezeichnet.³⁵¹ Das heisst, dass die fünf Ertragsbestandteile Beitragseinnahmen, Finanzkraft, Beitragsbedarf, Leistungsausgaben und Sonstige nicht als absoluter Wert geschätzt werden sollten. Den Bezugspunkt stellt ein Versicherter dar. Geht es beispielsweise um die Budgetaufstellung für das Folgejahr, wäre eine Tabelle mit den Steigerungen je Versicherten bezüglich der acht Effekte und ihrer Ertragswirkung aufzustellen. Wichtig hierbei ist zu beachten, dass die Effekte interdependent sind und bei einer Gesamtbetrachtung nur ihre zusätzliche Ergebniswirkung berücksichtigt werden darf. Dementsprechend variieren die Werte abhängig von der Reihenfolge, in der die Effekte analysiert werden. Will man die Ergebnisse zusammenfassen, um z.B. Rückschlüsse auf den Beitragsbedarf zu ziehen, sind die Effekte, die sich auf den Beitragsbedarf auswirken, multiplikativ – nicht additiv – zu verknüpfen.

Zum besseren Verständnis dienen die folgenden Definitionen, die sich jeweils als Steigerung zum Vorjahr und je Versicherten verstehen:³⁵²

- Grundlohnsummeneffekt: Steigerung der Grundlohnsumme
- Ausgleichsbedarfssatzeffekt: Gewinnzuwachs wegen der Senkung des Ausgleichsbedarfssatzes und der daraus resultierenden Beitragsmehreinnahmen
- Versichertenanzahleffekt: Entwicklung des Versichertenbestandes
- Ausgabeneffekt: Entwicklung der durchschnittlichen Leistungsausga-

³⁵¹ Die Einsparungen könnte man auch als absolute Zahl schätzen.

³⁵² Vgl. auch S. 29-32.

ben auf GKV-Seite³⁵³

- Altersstruktur: Alterung des Versichertenbestandes³⁵⁴
- Normkostenkosteneffekt: Normkostenentwicklung aufgrund der Verschiebung der Verhältniswerte von billigen zu teuren Risikoklassen oder umgekehrt³⁵⁵
- Ausgabenremanenzeffekt: Verlust von Deckungsbeiträgen aus Norm-Ist-Kostenabweichungen der Zu- und Abgänge
- Einspareffekt: Einsparungen, die nicht durch einen der anderen Effekte erklärt werden können, beispielsweise Verwaltungskostenreduktion oder geringere Vergütungen an die Leistungsanbieter

Aus den Effekten lässt sich die zu erwartende Wirkung für die Kasse ermitteln. Vereinfacht gesagt ergibt sich die Wirkung aus der Summe der Prozentwerte multipliziert mit dem betroffenen Ertragsbestandteil und der Größe der Kasse, also der Versichertenanzahl. Die Auswirkung betrifft jeweils unterschiedliche Ertragsbestandteile, zum Teil auch mehr als einen. So führt ein stärkerer Altersstruktureffekt vor allem zu einem höheren Beitragsbedarf, während der Ausgleichsbedarfssatzeffekt zunächst durch eine höhere Finanzkraft die Beitragsmehreinnahmen reduziert. Der Altersstruktureffekt ist für sich gesehen ergebnisneutral, da der erhöhte Beitragsbedarf durch höhere Ist-Leistungsausgaben kompensiert wird. Erst wenn die Leistungsausgabensteigerung der Kasse nicht der GKV-Ausgabensteigerung entspricht, ergibt sich eine Ergebniswirkung. Sie fließt in den Einspareffekt ein.

³⁵³ Die Ausgabenentwicklung der Kasse ist im strengen Sinne kein Effekt. Ihre Ergebniswirkung wird im Einspareffekt erfasst. Hat eine Kasse einen geringeren Leistungsausgabenanstieg als der Rest der GKV, werden die Einsparungen der Kasse dementsprechend positiv sein.

³⁵⁴ Vgl. die mathematische Herleitung dieses Effektes auf S. 73. Der Zähler stellt dabei den absoluten Altersstruktureffekt der Kasse dar, während der absolute Altersstruktureffekt der GKV im Nenner steht.

³⁵⁵ Analog dem Altersstruktureffekt zeigt die mathematische Herleitung auf S. 73 den absoluten Normkosteneffekt der Kasse im Zähler und den absoluten Normkosteneffekt der GKV im Nenner.

Tabelle 20: Effekte und Ergebniswirkung

Steigerung je Versicherten im Vergleich zum Vorjahr*		Wert	Ergebniswirkung in Mio. Euro**	
Effekte	Externe	GKV-Grundlohnsumme	0,5%	15
		GKV-Versichertenanzahl	-0,2%	-12
		Leistungsausgaben	0,5%	-8
		Ausgleichsbedarfssatz	1,3%	-4
	Interne	Kassen-Grundlohnsumme	0,9%	4
		Kassen-Versichertenanzahl	1,2%	9
		Altersstruktur	0,3%	0
		Normkosten	0,2%	0
		Ausgabenremanenz	0,7%	-11
		Einsparungen	18 Mio. Euro	18
Summe			11	
* Die Einsparungen sind als absoluter Wert ohne Bezug zum Vorjahr angegeben				
** Entspricht dem Saldo aus den Ertragsbestandteilen BE, FK, BB, LA und Sonstigen				

Quelle: Eigene Darstellung

Im obigen Beispiel kann die Kasse mit einem um 11 Mio. Euro besseren Jahresergebnis rechnen als in der Vorperiode. Die Planung ist in regelmäßigen Abständen zu überprüfen. Besonders geeignet hierfür sind die vierteljährlichen KV45-Statistiken. Sie werden zwar als je Mitglieds-Wert ausgewiesen, zum gleichen Zeitpunkt wird aber die Mitglieder- und Versicherten-Entwicklung veröffentlicht, sodass eine Umrechnung in die aussagekräftigere je Versicherten-Form durch einen Dreisatz leicht möglich ist. Die KV45 gibt Auskunft über die Ausgaben- und Einnahmendynamik im Vergleich zum Vorjahr. Tabelle 21 zeigt die Werte am Ende des vierten Quartals 2003.³⁵⁶

³⁵⁶

Der starke Rückgang der Sterbegeldkosten erklärt sich aus einer gesetzlichen Neuregelung zum 01.01.2003, die eine Halbierung der Leistung zum Inhalt hat.

Tabelle 21: Ausgabenentwicklung der GKV 2003 im Vergleich zu 2002

Veränderungsrate je Mitglied in %									
	GKV	AOK	BKK	IKK	LKK	SeeKK	BKN	EAR	EAN
Ärztliche Behandlung	2,7	1,9	3,7	4,4	2,6	8,0	-0,1	2,6	3,1
Behandlung durch Zahnärzte ohne Zahnersatz	0,6	1,4	1,2	-0,7	0,6	-0,6	2,6	0,1	-0,1
Zahnersatz	7,5	7,0	8,2	2,9	4,4	14,9	14,1	7,9	9,1
Arzneimittel*	2,0	2,4	-0,3	3,0	-0,1	13,4	0,8	0,6	3,8
* Summe Hilfsmittel	4,5	5,5	-4,4	5,6	1,7	6,1	5,7	19,4	8,0
* Summe Heilmittel	4,8	6,8	0,8	6,3	4,9	7,5	6,6	12,8	5,2
Krankenhausbehandlung	1,8	2,0	0,2	3,0	-0,8	-0,1	1,3	3,5	3,3
Krankengeld	-7,4	-10,5	-6,3	-10,2	-8,6	7,5	3,7	-6,7	-4,5
Fahrkosten	4,9	4,8	1,9	10,6	2,4	1,0	3,6	12,3	6,8
Vorsorge- u. Rehabilitationsmaßnahmen	-3,3	-5,0	-5,2	-0,2	10,4	-11,0	2,5	-5,7	-0,6
Soziale Dienste / Prävention	12,7	9,3	27,7	11,8	21,7	4,9	-7,3	13,1	15,4
Schwangerschaft / Mutterschaft	4,6	7,4	16,3	5,5	3,0	3,0	-0,3	7,5	-4,0
Betriebs-, Haushaltshilfe	-8,0	-12,7	-5,3	-14,3	2,3	-26,3	-19,8	-15,8	-9,5
Häusliche Krankenpflege	1,5	2,2	-4,3	3,8	-1,5	-1,7	-2,1	16,2	5,4
Sterbegeld	-44,8	-45,4	-46,0	-42,7	-45,1	-50,7	-46,2	-41,3	-42,0
Ausgaben für Leistungen insgesamt	1,7	1,7	0,9	2,1	1,0	6,1	1,6	2,8	2,9

* Der im 1. Quartal 2002 zu zahlende einmalige Solidarbeitrag der pharmazeutischen Industrie ist in der Ausgangsbasis für die Veränderungsrate bei Arzneimitteln nicht enthalten.

Quelle: BMGS (2003e)

Die in Tabelle 21 dargestellten Steigerungsraten müssen mit den Steigerungsraten der zu untersuchenden Kasse verglichen werden. Wohlgermerkt bedeutet eine stärkere Ausgabendynamik auf Kassenseite nicht automatisch ein negatives Ergebnis für sie, da ein Altersstruktur-/Normkosteneffekt größer 0 der Kasse eine höhere Ausgabendynamik erlaubt. Es gilt:

$$\begin{aligned}
 & \text{Veränderungsrate je Versicherten GKV} \\
 & - \text{Veränderungsrate je Versicherten Kasse} \\
 & + \text{Altersstruktureffekt} \\
 & + \text{Normkosteneffekt} \\
 & = \text{Einsparung}
 \end{aligned}$$

Der Grund liegt darin, dass der Kasse Altersstruktur- und Normkostenänderungen durch einen erhöhten Beitragsbedarf ausgeglichen werden, sodass anders ausgedrückt die Kassen-Steigerungsrate zuzüglich der beiden Effekte niedriger als die GKV-Steigerungsrate sein sollte. Hat man die Einsparungen ermittelt, ist ihnen die Ausgabenremanenz sowie die Entwicklung der Einnahmen gegenüberzustellen – erst dann lässt sich ein Abgleich mit der ursprünglichen Ergebnisprognose durchführen. Dies gilt für die Ausgaben insgesamt, aber auch Leistungsbereich-spezifisch.

Im Falle einer Mittelfristplanung von fünf Jahren kommt zu den obigen Überlegungen die Frage der Leistungskatalog- und Finanzierungskonstanz hinzu. Nach jetzigem Stand der Dinge ist nicht davon auszugehen, dass der Status quo von Leistungskatalog und Einnahmenberechnung über fünf Jahre erhalten bleibt. Zwar könnte eine Kasse theoretisch Analysen für verschiedene Szenarien durchführen, jedoch erscheint dies recht hypothetisch, um den Arbeitsaufwand zu rechtfertigen. Breyer/Ulrich versuchten beispielsweise unter Einbezug der Unsicherheit über exogene Variablen wie Reformgesetze, eine Beitragssatzprognose für die GKV durchzuführen.³⁵⁷ Was für die GKV als Ganzes ggf. noch möglich erscheint, stellt sich für eine einzelne GKV als nicht machbar heraus. Sicher ist nur, dass es Veränderungen geben wird, unbekannt ist allerdings welche. Insofern sollte eine Finanzplanung unter Berücksichtigung des vorgestellten Modells vorwiegend zum Einsatz kommen, wenn die Systemanpassungen in groben Zügen bekannt sind oder man zumindest den Zielkorridor kennt, in dem sich der Gesetzgeber bewegen wird.

³⁵⁷ Vgl. Breyer/Ulrich (1999), S. 14-19.

5.3 Gewinner- und Verliererkassen

Betrachtet man die Kassenlandschaft vor dem Gesetz zur Modernisierung des Gesundheitswesens, so waren die Ortskrankenkassen die klaren Profiteure des RSA seit seiner Einführung im Jahr 1994. Sicher war die schlechte finanzielle Ausgangslage der AOKn auch einer der Beweggründe, den RSA ins Leben zu rufen. Nun haben die Ortskrankenkassen nach wie vor vergleichsweise hohe Beitragssätze aufgrund der schlechten Risiken, die sich in ihnen gesammelt haben. Es stellt sich also die Frage, ob die gerade beschlossenen Reformen eine weitere Umverteilung zugunsten der 17 Landes-AOKn bewirken werden.

Tabelle 22: RSA-Jahresausgleich 2002

in Mrd. EUR	GKV West ¹⁾			GKV Ost ¹⁾		
	Ausgleichs- beträge ³⁾ Risikostruktur- ausgleich	Ausgleichs- beträge Risikopool	Ausgleichs- beträge ⁴⁾ insgesamt	Ausgleichs- beträge ³⁾ Risikostruktur- ausgleich	Ausgleichs- beträge ³⁾ Risikopool	Ausgleichs- beträge ⁴⁾ insgesamt
Kassenart						
Zahlerkassen						
Ortskrankenkassen	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Betriebskrankenkassen	-7,0	-0,3	-7,3	-1,1	-0,1	-1,1
Bundesknappschaft	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Angestellten Ersatzkassen	-4,1	-0,1	-4,1	-0,8	0,0	-0,9
Arbeiter Ersatzkassen	-0,7	0,0	-0,7	-0,1	0,0	-0,1
Innungskrankenkassen	-0,4	0,0	-0,4	-0,2	0,0	-0,2
Seekrankenkasse	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Summe Ausgleichsverpflichtung	-12,1	-0,5	-12,5	-2,2	-0,1	-2,3
Empfängerkassen						
Ortskrankenkassen	7,8	0,3	8,1	4,2	0,1	4,3
Betriebskrankenkassen	0,6	0,0	0,6	0,1	0,0	0,1
Bundesknappschaft	1,2	0,0	1,2	0,4	0,0	0,4
Angestellten Ersatzkassen	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Arbeiter Ersatzkassen	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Innungskrankenkassen	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0
Seekrankenkasse	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Summe Ausgleichsanspruch³⁾	9,7	0,4	10,1	4,6	0,1	4,7

1) Krankenkassen, die rechtskreisübergreifend tätig sind (Erstreckungskassen), sind doppelt erfasst.
2) Der um 7,45 Mio. höhere Ausgleichsanspruch im Risikostrukturausgleich ergibt sich aus der Auszahlung von KVdR-Beiträgen nach altem Recht und Säumniszuschlägen. Die Vorkosten für die Akkreditierung der strukturierten Behandlungsprogramme i.H.v.
3) Beitragsbedarfskorrekturen für Vorjahre i.H.v. 5,56 Mio. Euro sind mit berücksichtigt.
4) Die Ausgleichsbeträge insgesamt sind mit den Ausgleichsbeträgen Risikopool und Risikostrukturausgleich nicht additiv, da diese bei einzelnen Krankenkassen unterschiedliche Vorzeichen ausweisen können.

Quelle: BVA (2003i)

Wie Tabelle 22 verdeutlicht, betragen die Transferleistungen 2002 insgesamt

14,8 Mrd. Euro inklusive Risikopool.³⁵⁸ Davon erhielten die AOKn knapp 12,4 Mrd. Euro – angesichts von gut 50 Mrd. Euro Leistungsausgaben der Ortskrankenkassen eine wesentliche Finanzierungsgrundlage.³⁵⁹ Gleiches gilt für die Bundesknappschaft, die absolut gesehen zwar nicht so ein großes Gewicht wie die AOK hat, aber gemessen an ihrer Größe eine höhere Zuwendung erhält. Die Transferleistungen werden überwiegend von den Betriebs- und Angestelltenkassen gezahlt. Neben dem Transfer zur AOK und zur Bundesknappschaft ist ein West-Ost-Transfer von etwa 2,4 Mrd. Euro zu beobachten.

Wenn man sich die Entwicklung der Transfervolumina seit Beginn des RSA anschaut, zeigt sich, dass sowohl der Transfer an die AOKn und die Bundesknappschaft als auch der West-Ost-Transfer kontinuierlich ausgebaut wurde.

³⁵⁸ Einträge in Höhe von 0,0 bedeuten, dass der Ausgleichsanspruch bzw. die Ausgleichsverpflichtung unterhalb von 0,05 Mrd. Euro lag.

³⁵⁹ Vgl. BVA (2003f).

Tabelle 23: RSA-Transfers in den Jahren 1994 bis 2002

in Mrd. EUR

Jahr	AOK West	BKK West	BKN West	EAN West	EAR West	IKK West	See West	Gesamt West
1994	1,7	-0,5	0,0	-1,1	-0,2	0,0	0,0	0,0
1995	5,7	-0,5	1,0	-5,4	-0,5	-0,1	0,0	0,0
1996	6,1	-0,6	1,0	-5,7	-0,6	-0,2	0,0	0,0
1997	6,7	-0,9	1,1	-5,9	-0,7	-0,4	0,0	0,0
1998	7,0	-1,4	1,2	-5,6	-0,8	-0,5	0,0	0,0
1999	7,1	-2,2	1,2	-5,4	-0,8	-0,5	0,0	-0,6
2000	7,1	-3,7	1,2	-4,9	-0,7	-0,4	0,0	-1,4
2001	7,9	-5,5	1,2	-4,6	-0,6	-0,3	0,0	-2,0
2002	8,1	-6,7	1,2	-4,1	-0,6	-0,3	0,0	-2,4
Summe	57,3	-21,9	9,1	-42,7	-5,5	-2,8	0,0	-6,4

Jahr	AOK Ost	BKK Ost	BKN Ost	EAN Ost	EAR Ost	IKK Ost	See Ost	Gesamt Ost
1994	0,3	-0,1	0,0	-0,1	0,0	-0,1	0,0	0,0
1995	2,1	-0,2	0,2	-1,6	-0,1	-0,4	0,0	0,0
1996	2,3	-0,2	0,2	-1,8	-0,1	-0,4	0,0	0,0
1997	2,5	-0,2	0,2	-1,8	-0,1	-0,5	0,0	0,0
1998	2,6	-0,3	0,2	-1,8	-0,1	-0,5	0,0	0,0
1999	3,0	-0,4	0,3	-1,6	-0,2	-0,5	0,0	0,6
2000	3,4	-0,5	0,3	-1,3	-0,1	-0,4	0,0	1,4
2001	4,1	-0,9	0,4	-1,2	-0,1	-0,3	0,0	2,0
2002	4,3	-1,0	0,4	-0,9	-0,1	-0,2	0,0	2,4
Summe	24,5	-3,8	2,1	-12,0	-0,9	-3,3	0,0	6,5

Anmerkung: a) in 1994 ist der RSA ohne den Bereich der Krankenversicherung der Rentner berechnet
b) RSA-Transfers: „+“ = ausgleichsberechtigt; „-“ = ausgleichspflichtig

Quelle: BVA (2003i)

Die Frage, die sich nun stellt, ist, ob man eine solche Klassifizierung in Gewinner- und Verliererkassen pauschal auch im Vorhinein für gewisse Kassen vornehmen kann. Dafür ist es zunächst notwendig, zwischen einnahmen- und ausgabenseitigen Gesetzesänderungen zu unterscheiden. Das gilt für die Ertragsmechanik des RSA genauso wie für die Akzeptanz bei den Versicherten und damit für deren Verhalten nach einer Gesetzesänderung. „Nicht so sehr die Beiträge und die Beitragserhöhungen, sondern die Kürzungen im Bereich der (Gesundheits-)Leistungen werden kritisch gesehen. Dies erscheint zunächst wenig rational, entspricht aber durchaus Annahmen, die davon ausgehen, daß direkte Kosten, etwa in Form von Selbstbeteiligungen, gravierender empfunden werden als 'entgangene Leistungen', etwa in Form von geringerer Kaufkraft durch erhöhte Beiträge.“³⁶⁰ Maßnahmenübergrei-

360

Ullrich/Wemken/Walter (1994), S. 26.

fende Auswirkungen, die aus Verhaltensänderungen der Versicherten resultieren und nicht direkt einer Maßnahme zugeordnet werden können, wurden in Kapitel 5.1.3 behandelt. Im Folgenden wird auf die reine Ertragsmechanik des Risikostrukturausgleichs eingegangen.

5.3.1 Gewinner bzw. Verliererkassen durch einnahmenseitige Maßnahmen

Eine einnahmenseitige Maßnahme zielt auf Grund der schwierigen finanziellen Lage der GKV derzeit auf eine Stärkung der Einnahmenbasis. Dadurch werden Kassen mit höherem Beitragssatz und höherer Grundlohnsumme je Mitglied begünstigt.³⁶¹ Sie sind die Gewinner solcher Maßnahmen. Da diese Kassen häufiger im Rechtskreis West anzufinden sind, bedeutet es gleichzeitig eine Stärkung der Kassen der alten Bundesländer bzw. der Kassen, die dort ihren Schwerpunkt haben.³⁶² Eine Bürgerversicherung, die bekanntlich zunächst die Einnahmenseite durch Erweiterung der Versichertenbasis und die Berücksichtigung aller Einkommensarten stärkt, kommt also vor allem den West-Kassen zugute.

Unter dem Aspekt der Beitragssatzunterschiede betrachtet, kommt man dadurch einem wesentlichen Ziel des RSA näher, da die West-Kassen im Durchschnitt höhere Beitragssätze haben. Der RSA soll Beitragssatzunterschiede in der GKV verringern. Wenn die West-Kassen nun stärker begünstigt werden, bedeutet dies eine weitere Reduzierung der Beitragssatzunterschiede. Nicht unerwähnt bleiben soll an dieser Stelle, dass absolut gesehen natürlich das gesamte System Einnahmenezuwächse verzeichnet.

³⁶¹ Vgl. die Rechenbeispiele der Tabelle 16 und der Tabelle 17.

³⁶² Mit 'West-Kassen' sind sowohl solche gemeint, die ausschließlich in den alten Bundesländern aktiv sind, als auch solche, die einen überproportionalen Anteil an Mitgliedern aus den alten Bundesländern haben.

Zudem wird der 'Westdeutschland bevorzugende Effekt' abgemildert durch die Anwendung des gesamtdeutschen Ausgleichsbedarfssatzes. Er senkt sich ceteris paribus exakt um den Faktor der zusätzlichen Einnahmen. Da das Volumen der Finanzkraft insgesamt gleich bleibt, und die West-Kassen stärker von der Einnahmenstärkung profitieren, verstärkt sich automatisch der West-Ost-Transfer.³⁶³

Worin ist aber der Zusammenhang begründet, dass West-Kassen insgesamt stärker profitieren, obwohl sich der West-Ost-Transfer erhöht? Die Wirkung resultiert aus den Beitragsmehreinnahmen, also der Grundlohnsumme multipliziert mit der Differenz aus ABS und Beitragssatz. Die Beitragsmehreinnahmen überkompensieren den zusätzlichen West-Ost-Transfer. Der Saldo aus zusätzlichen Beitragsmehreinnahmen und dem zusätzlichen West-Ost-Transfer bleibt als echter Nettozusatzgewinn einer einnahmenseitigen Maßnahme bei der Kasse. Dies setzt voraus, dass der ABS in seiner jetzigen Form erhalten bleibt. In Rahmen diverser Reformvorschläge taucht nämlich auch die Forderung nach einem Grundlohnenausgleich auf. Dadurch würde der Ausgleichsbedarfssatz durch einen ausgabendeckenden Ausgleichssatz ersetzt.³⁶⁴ Eine neue Ausgangssituation wäre die Folge. Die Umsetzung des Vorschlages ist jedoch bisher noch nicht in Sicht, sodass bis auf weiteres von der beschriebenen Wirkungsweise einnahmenseitiger Maßnahmen ausgegangen werden kann.

³⁶³ Der Umstand, dass innerhalb der GKV Umverteilungen stattfinden, war auch vor Einführung des RSA gegeben. Die Umverteilung betraf jedoch weniger den West-Ost-Transfer oder den Ausgleich zwischen reichen und armen Kassen, sondern stärker den Ausgleich zwischen reichen und armen sowie zwischen gesunden und kranken Versicherten. Vgl. Paquet (1987), S. 50-60.

³⁶⁴ Vgl. Schawo/Paulus (2004). Die Forderung nach einem Grundlohnenausgleich fällt in die Kategorie der Versuche, eine Einzelfallgerechtigkeit zu erzielen. Hinsichtlich der Nachteile vgl. S. 204-206 dieser Arbeit.

5.3.2 Gewinner bzw. Verliererkassen durch ausgabenseitige Maßnahmen

Für die Ausgabenseite der Gesamt-GKV gilt in Verbindung mit der Einnahmenseite selbstverständlich nach wie vor „das Prinzip der kollektiven Äquivalenz“³⁶⁵. Das Kollektiv gewinnt durch eine ausgabenseitige Maßnahme, die eine Leistungskürzung zum Inhalt hat, da es seine Wettbewerbssituation z.B. gegenüber der PKV stärkt.³⁶⁶ Insofern sind zunächst alle Kassen 'Gewinner'. Innerhalb des Kollektivs gibt es allerdings wie auf der Einnahmenseite solche, die mehr profitieren. Felder bezeichnet das System des Risikostrukturgleichs als „*Fluch des Zweitbesten*“³⁶⁷. Man gehört zu den Gewinnern, wenn man besser als die Konkurrenz ist, aber dadurch ist mal nicht notwendigerweise gut – absolut gesehen. Dies gilt insbesondere für die Ausgabenseite.

Die relative Wettbewerbsverbesserung zeigt sich anhand der RSA-Ertragsmechanik. Pauschalannäherungen über die Auswirkungen einer Ausgabenkürzung werden bisweilen von Krankenkassen wie folgt vorgenommen. Eine Kasse gehört zu den Gewinnern, wenn gilt:

$$\frac{\text{Verringerung LA Kasse}}{\text{LA Kasse Gesamt}} > \frac{\text{Verringerung LA GKV}}{\text{LA GKV Gesamt}}$$

Die Ausführungen dieser Arbeit haben hoffentlich gezeigt, dass ein solcher Ansatz zu kurz gegriffen ist. Er ersetzt z.B. nicht die Rechnungen, wie für die Sehhilfen in Kapitel 4.4.2 gezeigt.

Als Ergebnis der Pauschalannäherung lässt sich jedoch festhalten, dass

³⁶⁵ Jankowski/Zimmermann (2003), S. 8.

³⁶⁶ Dies gilt insbesondere, wenn versicherungsfremde Leistungen gekürzt werden.

³⁶⁷ Felder (2001b).

Kassen mit hohem relativem Ausgabenniveau tendenziell stärker von einer Ausgabenkürzung profitieren. Dies bestärkt zwei Gruppen von Kritikern des derzeitigen RSA in ihrer Haltung:

- Die Kritiker, die den RSA als Ganzes ablehnen, fühlen sich in ihrer Skepsis bestätigt. Für sie sind 'Kassen mit hohem Ausgabenniveau' nämlich 'Kassen mit schlechtem Leistungsmanagement'. Solche Kassen noch stärker zu subventionieren, darf und kann nicht Sinn eines Ausgleichmechanismus sein.
- Die Kritiker, die den RSA als Ganzes bejahen, ihn aber in seiner derzeitigen Form für reformwürdig halten, fühlen sich ebenfalls bestätigt. Für sie sind 'Kassen mit hohem Ausgabenniveau' vorwiegend 'Kassen, die durch den RSA benachteiligt werden'. So vertritt die vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di) die Meinung, dass derzeit „die „Schein“-Betriebskrankenkassen“³⁶⁸ durch den RSA begünstigt und die restlichen Kassen dementsprechend benachteiligt werden.

Letztlich ist es unerheblich, ob es sich um 'schlechte' oder um 'durch den RSA benachteiligte' Kassen handelt. Auf jeden Fall trägt die Reform dazu bei, dass diese Kassen ihre Wettbewerbssituation verbessern. Je nach Standpunkt mag man das als positive oder negative Auswirkung ansehen.

Verbunden mit der Höhe des relativen Ausgabenniveaus ist die Frage der strukturellen Lücke der betroffenen Risikoklassen. Hierfür gilt analog dem Beispiel in Tabelle 13: je höher die strukturelle Lücke in den betroffenen Risikoklassen, desto größer die Ergebnisverbesserung durch eine ausgabenseitige Maßnahme – sowohl absolut als auch relativ gesehen.

Die strukturelle Lücke wiederum wird einerseits durch das Kostenniveau der

³⁶⁸ Ver.di (2001), S. 15.

Leistungserbringer der durch die Maßnahme betroffenen Leistungsbereiche und andererseits durch das Inanspruchnahmeverhalten der Versicherten der Kasse bestimmt.

Fazit: Während durch einnahmenseitige Maßnahmen vor allem finanzstarke Kassen profitieren, stärken ausgabenseitige Maßnahmen solche Kassen, deren Lage besonders schwierig ist:

- Überdurchschnittliche Inanspruchnahme der Versicherten der Kasse hinsichtlich der gekürzten Leistungen
- Überdurchschnittliches hohes Kostenniveau der Leistungserbringer
- Hohe Ausgaben bzw. strukturelle Lücke in den betroffenen Risikoklassen

Insofern kann die eingangs gestellte Frage, ob im Vorhinein von einer weiteren Unterstützung der AOKn und der Bundesknappschaft gesprochen werden kann, nicht bejaht werden. Denn die Höhe des RSA-Transfers an eine Kasse sagt wenig über die oben genannten drei Kriterien aus.

5.3.3 Best- und Worst-Case-Szenarios

Angesichts diverser Unsicherheiten, die mit einer Prognose verbunden sind, wird es das Anliegen einer Kasse sein, die Extrempunkte zu finden, zwischen denen die Auswirkungen liegen werden. In Verbindung mit der Eintrittswahrscheinlichkeit können zudem Risikoabschätzungen vorgenommen werden: sowohl für das Worst- und das Best-Case-Szenario als auch für die Varianten, die zwischen den beiden liegen.

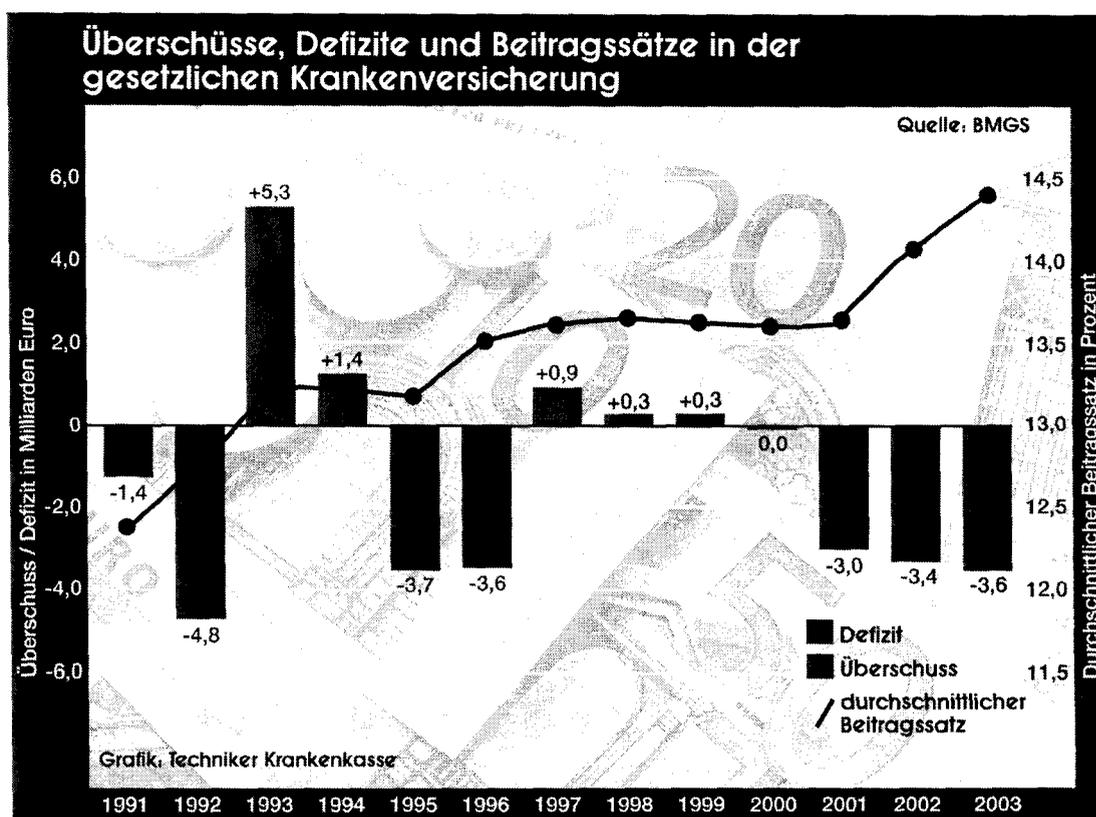
5.3.3.1 Best-Case-Szenario

Wie im letzten Kapitel erläutert, muss für eine gesundheitspolitische Maßnahme zwischen ausgaben- und einnahmenseitigen Auswirkungen unterschieden werden. Zudem ist die Ausgangssituation der jeweiligen Kasse zu berücksichtigen. Hat sie beispielsweise einen großen Schuldenberg angehäuft, wird sie diesen zwar reduzieren können. Im Vergleich zu anderen Kassen, die ihren Beitragssatz stattdessen senken, verliert sie aber an Wettbewerbsfähigkeit. Als Best-Case-Szenario kann somit die Situation beschrieben werden, dass eine Kasse zu den Gewinnerkassen einer Maßnahme gehört und auch aus der Vergangenheit keine Schulden mitbringt. Dies ist keine Selbstverständlichkeit, wenn man sich die Defizite aus den letzten Jahren anschaut: in den Jahren 2001-2003 hat sich trotz steigendem Beitragssatz ein Defizit von 10 Mrd. Euro angehäuft.³⁶⁹

³⁶⁹

Interessanterweise gab es in den Jahren 1997-2000 kein Defizit trotz relativ konstanter Beitragssätze. Die pauschale Aussage, dass die Beitragssätze der GKV ständig gestiegen sind, ist also nicht haltbar.

Abbildung 28: Überschüsse, Defizite und Beitragssätze der GKV



Quelle: Techniker Krankenkasse (2005a)

Hat eine Kasse, wie oben angenommen, keine Schulden, bleibt die Frage der maximalen Entlastung durch die gesundheitspolitische Maßnahme. Ausgabenseitig könnte man geneigt sein, eine Idealwirkung zu vermuten, wenn nur RSA-Risikoklassen betroffen sind, in denen eine Kasse keine Versicherten hat. Ein solches Szenario kann ausgeschlossen werden, da eine Maßnahme nicht nur ein paar Risikoklassen betrifft und jede Kasse in fast allen Risikoklassen vertreten ist. Aber auch wenn es eine solche Kasse gäbe, bildet dieses Szenario nicht den Extrempunkt, sondern genau den Durchschnitt ab.³⁷⁰ In der Praxis würde es nämlich bedeuten, dass der Ausgleichsbedarfsatz um die makroökonomische Entlastung reduziert würde und die Kasse

³⁷⁰ Gleiches würde zunächst auch für den Fall gelten, dass sich alle Versicherten einer Kasse ausschließlich in den betroffenen Risikoklassen befinden.

dementsprechend niedrigere Finanzkraftabflüsse hätte. Der Beitragsbedarf und die Leistungsausgaben bleiben aber für die untersuchte Kasse konstant, sodass ein Beitragssenkungspotential exakt in Höhe der ABS-Senkung vorliegt.³⁷¹

Der Extrempunkt ist somit nicht anhand der Risikoklassenbesetzung zu ermitteln, sondern anhand des Inanspruchnahmeverhaltens der Risikoklassen. Eine Maßnahme wird dann einer Kasse einen maximalen Vorteil bringen, wenn die strukturelle Lücke der Kasse aus den gestrichenen Leistungen resultiert.³⁷² Dadurch lässt sich der Best-Case für eine ausgabenseitige Maßnahme durch die drei Parameter beschreiben:

- a) die Kasse ist schuldenfrei
- b) die Kasse hat eine strukturelle Lücke
- c) es werden ausschließlich Leistungen gekürzt, die der Kasse eine strukturelle Lücke einbringen

Ceteris paribus liegt das Beitragssatz-Senkungspotential dann bei:

$$BS \text{ Senkungspotential} = ABS \text{ Senkung} + \frac{\text{absolute strukturelle Lücke Kasse}}{\text{Grundlohnsumme Kasse}}$$

Für Kassen, die die Voraussetzung a) und b) nicht mitbringen, also Schulden und ausschließlich positive Norm-Ist-Kosten-Abweichungen haben, hieße es dementsprechend, dass im Best-Case-Szenario durch eine Maßnahme nur Risikoklassen betroffen sind, in denen man die kleinsten positiven NIKAs

³⁷¹ Beitragsbedarf und Leistungsausgaben würden sich ändern, wenn sich alle Versicherten in den betroffenen Risikoklassen befinden. Die Auswirkungen könnten positiv als auch negativ ausfallen.

³⁷² Hiermit sind selbstverständlich die negativen Norm-Ist-Kosten-Abweichungen gemeint.

aufweist.³⁷³

Wählt der Gesetzgeber eine einnahmenseitige Maßnahme, stellt sich die Situation wie folgt dar. Die größten Gewinner einer solchen Maßnahme sind, wie in Kapitel 5.3.2 gezeigt, die Kassen mit hohem Beitragssatz und hoher Grundlohnsumme.³⁷⁴ Angenommen es gibt eine Kasse, die in beiden Punkten die höchsten Werte besitzt, dann ist sie die größte Gewinnerin. Der Mehrgewinn ermittelt sich aus den fünf Parametern:

- alte Grundlohnsumme
- neue Grundlohnsumme
- alter Ausgleichsbedarfssatz
- neuer Ausgleichsbedarfssatz
- Beitragssatz

Der absolute Mehrgewinn ist je Kasse verschieden, die Berechnung allerdings für alle Kassen gleich:

$$\text{Mehrgewinn} = (GLS_{neu} - GLS_{alt}) \times (BS - ABS_{neu}) + GLS_{alt} \times (ABS_{alt} - ABS_{neu})$$

Im Beispiel 4 aus Tabelle 17 auf Seite 160 ergibt sich für die West-Kasse ein Wert von 44.³⁷⁵

³⁷³ Die Tatsache, ausschließlich positive NIKAs zu haben, ist für sich genommen ein gutes Zeichen. Lediglich unter dem Gesichtspunkt des Beitragssatz-Senkungspotentials durch eine Maßnahme bringen negative NIKAs mehr.

³⁷⁴ An sich ist ein hoher Beitragssatz kein gutes Zeichen, allerdings werden damit die Auswirkungen der einnahmenseitigen Maßnahme verstärkt, was eine Verringerung des Abstands zur Konkurrenz bedeutet.

³⁷⁵ Der neue ABS ist gerundet. Er liegt unterhalb von 11,4 %. Das exakte Ergebnis beträgt 43,5.

$$\begin{aligned} \text{Mehrgewinn} &= (3300 - 3000) \times (14,5 \% - 11,4 \%) + 3000 \times (12,5 \% - 11,4 \%) \\ &= 44 \end{aligned}$$

Die einnahmenseitige Berechnung gestaltet sich im Vergleich zu den ausgabenseitigen Überlegungen einfacher. Dies liegt daran, dass keine Risikoklassen-bezogene Betrachtung angestellt werden muss, sodass die obigen fünf Parameter ausreichen. Eine zusätzliche Variante soll an dieser Stelle nicht unerwähnt bleiben, und zwar die Frage, was die Ausgleichsbedarfssatzsenkung für Kassen bedeutet, deren Beitragssatz unterhalb des Ausgleichsbedarfssatzes liegt. Ein solcher Fall kann vorliegen, wenn

- die Grundlohnsumme je Mitglied sehr hoch und/oder
- die positiven Norm-Ist-Kosten-Abweichungen sehr hoch und/oder
- die sonstigen Ausgaben, wie Verwaltungskosten, sehr niedrig sind.

Für die Kassen ergibt sich ein ähnliches Bild. Das heisst, die Formel kann ebenfalls angewandt werden. Das erste Produkt wird ggf. negativ, was bedeutet, dass mehr Finanzkraft abgeführt werden muss, als durch Beitragseinnahmen hereinkommt. Das zweite Produkt ist positiv und überkompensiert das erste Produkt. Insgesamt ergibt sich also auch eine positive Auswirkung. Durch den niedrigen Beitragssatz fällt sie allerdings geringer aus als bei anderen Kassen. Von einem gewissen Ausgleich durch die Grundlohnsumme ist auszugehen, da die Kassen mit einem Beitragssatz unterhalb des Ausgleichsbedarfssatzes in der Regel eine hohe Grundlohnsumme haben.

5.3.3.2 Worst-Case-Szenario

Hinsichtlich des schlimmsten Falls, der sich für eine Kasse einstellen kann, gelten die obigen Ausführungen in ähnlicher Weise. Der Worst-Case ergibt sich durch die Tatsache, eine Verliererkasse einer Maßnahme zu sein und

darüber hinaus noch Schulden abbauen zu müssen. Verliererkasse ausgabenseitig bedeutet, dass man für die gekürzten Maßnahmen bisher hohe positive Norm-Ist-Kosten-Abweichungen aufweisen konnte, die nun wegfallen oder reduziert werden. Zwar wird insgesamt eine Entlastung der Kasse zu Stande kommen, aber relativ zu den Mitbewerbern verschlechtert sich ihre Situation. Die Entlastung, die für den Schuldenabbau eingesetzt werden kann, ergibt sich durch:

$$\text{Schuldenabbaupotential} = \text{ABS Senkung} \times \text{GLS Kasse} - \sum_{i=1}^n (\text{Normkosten}_i - \text{Istkosten}_i)$$

In diesem Fall ist 'i' der Versicherte und 'n' die Anzahl der Versicherten. Da im Worst-Case nur die positiven Norm-Ist-Kosten-Abweichungen wegfallen, wird der Versicherte i berücksichtigt, sofern für ihn gilt, dass Normkosten minus Ist-Kosten größer als 0 ist. Die Ermittlung des Schuldenabbaupotentials setzt eine genaue Kenntnis des eigenen Versichertenbestandes voraus und versteht sich als isolierte Betrachtung der Auswirkung der Maßnahmen. Eine Änderung des Inanspruchnahmeverhaltens beispielsweise wäre gesondert zu berechnen.

Bei einer einnahmenseitigen Maßnahme läge der Worst-Case darin, dass man die niedrigste Grundlohnsumme und den niedrigsten Beitragssatz hat. Eine solche Kombination wird in der Praxis nicht auftreten, da sich die Kasse unter diesen Voraussetzungen nur dann halten könnte, wenn alle guten Risiken sich in ihr versammelten. Aber der Fall könnte in abgeschwächter Form existieren. Jedenfalls wird die Kasse absolut gesehen den geringsten Mehrertrag aufweisen. Da sie den geringsten Beitragssatz aufweist und ihren Beitragssatz weniger stark senken kann als die Konkurrenz, bedeutet dies, dass sich der Abstand zur Rest-GKV verringert.

In den Überlegungen zu den einnahmenseitigen Maßnahmen wurde bisher

angenommen, dass die Grundlohnsumme um einen gewissen Faktor steigt, und deshalb eine hohe Grundlohnsumme automatisch eine stärkere Erhöhung nach sich zieht.³⁷⁶ Nun kann es allerdings vorkommen, dass sich die Grundlohnsumme der Kasse sehr ungleichmäßig über die verschiedenen Einkommenskategorien, wie z.B. AKV-Lohneinnahmen, KVdR-Rentenbezüge oder studentische Festbeiträge, verteilt. Deshalb verursacht die höchste Grundlohnsumme nicht notwendigerweise den höchsten Mehrgewinn im Falle einer einnahmenseitigen Maßnahme. Es lassen sich drei große Mitgliedergruppen unterscheiden: Pflichtmitglieder, freiwillige Mitglieder und Rentner.³⁷⁷ Innerhalb der drei Gruppen kann man folgende Unterkategorien unterscheiden:

³⁷⁶ Vgl. Tabelle 16 dieser Arbeit.

³⁷⁷ Diese Einteilung nimmt die Mitglieder- und Versichertenstatistik KM6 vor. Vgl. BMGS (2004c).

Tabelle 24: Mitgliedergruppen

<p>Pflichtmitglieder</p> <ul style="list-style-type: none">- mit Entgeltfortzahlungsanspruch für mind. 6 Wochen- ohne Entgeltfortzahlungsanspruch für mind. 6 Wochen- Arbeitslose- Landwirtschaftliche Unternehmer- Mitarbeitende Familienangehörige- Studenten, Praktikanten, Auszubildende ohne Entgelt- Rehabilitanden- Selbstständige Künstler/Publizisten- Sonstige <p>Freiwillige Mitglieder</p> <ul style="list-style-type: none">- mit Anspruch auf Krankengeld nach Ablauf von 6 Wochen- mit Anspruch auf Krankengeld vor Ablauf von 6 Wochen- ohne Anspruch auf Krankengeld- Studenten <p>Rentner</p> <ul style="list-style-type: none">- Rentner und Rentenantragssteller- Bezieher und Antragssteller ausländischer Pensionen- Altenteiler und sonstige Versicherte der landwirtschaftlichen Krankenkassen
--

Quelle: BMGS (2005b), S. 52-53

Wie Tabelle 24 vermuten lässt, leisten die Mitgliedergruppen sehr unterschiedliche Beiträge. Zu untersuchen wäre also welche Mitgliedsgruppen durch eine Maßnahme stärker belastet werden, und ob die Kasse über- bzw. unterdurchschnittlich in diesem Segment vertreten ist. Das Worst-Case-Szenario wäre – analog den obigen Überlegungen – dann gegeben, wenn die Kasse in den Mitgliedergruppen, für die die einnahmenseitige Maßnahme gedacht ist, schwach vertreten ist. 'Schwach' kann in diesem Fall entweder bedeuten, dass die Grundlohnsumme unterdurchschnittlich ist, oder dass die Mitgliedergruppe im Verhältnis zur Gesamtgröße der Kasse unterdurchschnittlich stark vertreten ist.

5.4 Möglichkeiten und Grenzen des Rechenmodells

5.4.1 Allgemeine Überlegungen

Die grundsätzlichen Fragen, die im Zusammenhang mit ökonomischen Modellen gestellt werden, treffen auch auf die vorliegende Arbeit zu. Es handelt sich insbesondere um folgende drei Bereiche:³⁷⁸

- a) Praktische Anwendbarkeit und Akzeptanz
- b) Daten- und Informationsbasis
- c) Sicherheit von Simulations- und Prognoseergebnissen

Ad a): Die im erstgenannten Punkt erwähnte Anwendbarkeit wurde in den Kapiteln 3.2 und 3.3 erörtert, wo auf die Diskrepanz zwischen theoretisch korrektem und praktisch machbarem Modell eingegangen wird. Was die Akzeptanz angeht, ist davon auszugehen, dass eine Kasse, die der Berechnung von RSA-Effekten bisher wenig Bedeutung zugemessen hat, in Anbetracht einer größeren Gesetzesnovelle vermutlich ihre Haltung überdenken wird und ggf. ein Modell entwickeln bzw. auf ein solches zurückgreifen möchte. Bei den Kassen, deren Finanzplanung sich bereits am RSA orientiert, also auch top-down erfolgt, kann mit einer erhöhten Akzeptanz gerechnet werden. Sie hängt vor allem von den Punkten b) und c) ab:

Der Aufwand für die Beschaffung der Modelldaten geht über das Maß der jährlichen Budgetaufstellung hinaus. Der Aufwand ist aber nicht unverhältnismäßig. Geschultes Personal sollte in der Lage sein, die entsprechenden Rechengrößen aus öffentlich zugänglichen Informationsquellen, wie den Verlautbarungen des BVA und des BMGS, abzuleiten. Zentrale Annahmen sollten als solches dokumentiert und einem Entscheidungsgremium – idealerweise dem Vorstand – zur Abstimmung vorgelegt werden; insbesondere, weil

³⁷⁸ Vgl. Cichon (1985), S. 9.

sie Einschätzungen der Entwicklung des Gesamtmarktes enthalten, beispielsweise die Leistungsausgaben- und Einnahmenentwicklung der GKV.

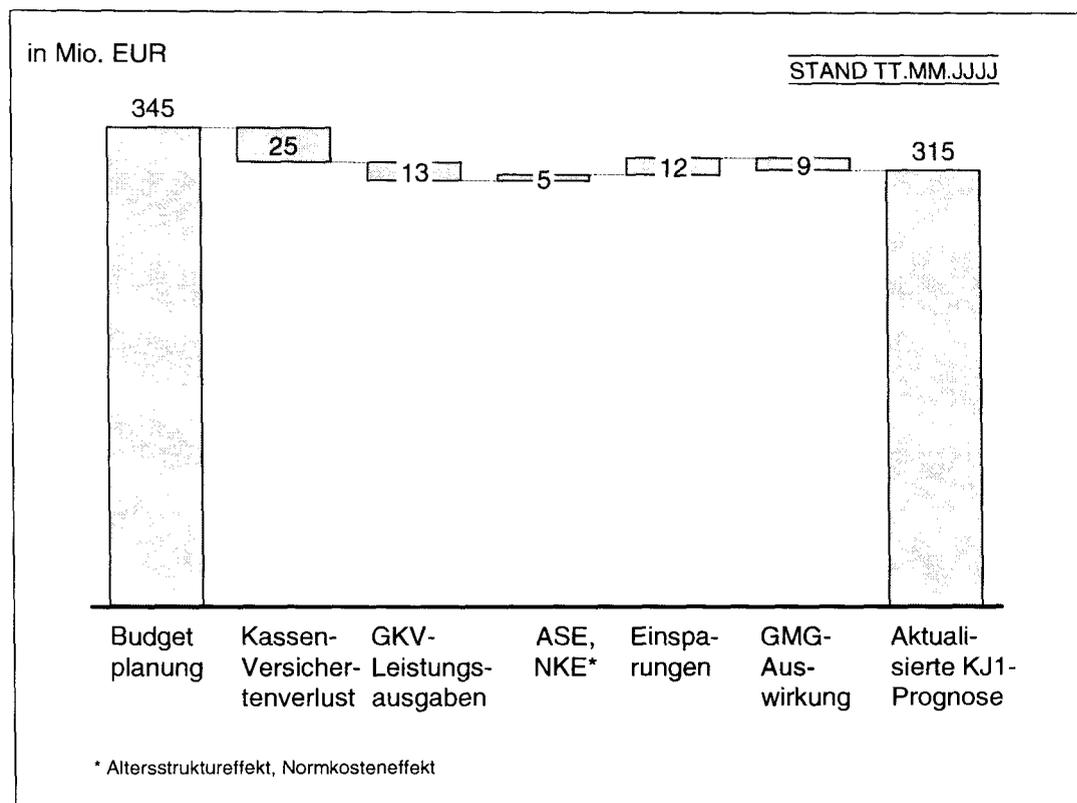
Die Schwierigkeit, dass Entscheidungen auf politischer Ebene zum Teil ohne längeren Zeitvorlauf getroffen werden, erleichtert die Arbeit nicht. Somit besteht die Gefahr, dass Modellrechnungen entstehen, die bei Fertigstellung bereits obsolet sind. Der Mehraufwand ist vertretbar, wenn das Modell modular aufgebaut wird und zentrale Parameter nur an einer Stelle eingegeben werden. Dadurch lassen sich Gesetzeskorrekturen kurzfristig integrieren. Zudem erlaubt es der Kasse, Szenario-Rechnungen durchzuführen.

Die Vorhersagegenauigkeit hängt wesentlich von der Plausibilität der einfließenden Annahmen ab. Es ist nicht auszuschließen, dass das Ergebnis auf Basis des Modells von einer Kasse exakt vorhergesagt wird, eine andere Kasse sich jedoch stark verschätzt. Insofern ist beim Erstellen auf sorgfältige Eingaben der Annahmen zu achten. Die Tendenz, ob man von einer gesundheitspolitischen Maßnahme über- oder unterproportional profitiert, dürfte aber in jedem Fall von einer Kasse richtig bestimmbar sein. Die wirklichkeitsnahe Quantifizierung der Lücke der betreffenden Kasse zum GKV-Durchschnitt wird eine gute Modellerstellung auszeichnen und von eher mittelmäßigen oder zu pauschalen Abschätzungen unterscheiden.

Darüber hinaus ist zu bedenken, dass mit dem Modell der Einfluss einer gesundheitspolitischen Maßnahme zunächst isoliert abgebildet wird. Das Ergebnis der Kasse unterliegt unterschiedlichsten Einflussfaktoren. Deshalb ist bei einer ex post Abweichungsanalyse im Folgejahr darauf zu achten, die einzelnen Effekte getrennt zu analysieren. Die Ursache einer Fehleinschätzung wird nämlich nicht notwendigerweise in der Gesetzesänderung liegen, sondern vielleicht in einer nicht zutreffenden Einschätzung der 'normalen' Geschäftsentwicklung. Es ist unabdingbar, unterjährig in regelmäßigen Abständen eine Revision der Vorhersagen durchzuführen, um eventuell gegenzusteuern und die Prognose zu aktualisieren. Ein solcher unterjähriger Ab-

gleich könnte wie folgt aussehen:

Abbildung 29: Abweichungsanalyse der KJ1-Prognose



Quelle: Eigene Darstellung

Unterschieden werden können die fünf Bereiche: absolute Kassen- und GKV-Parameter, Effekte, Einsparungen und GMG-Auswirkungen. Alle nicht im Schaubild erwähnten Elemente sind bisher so eingetroffen, wie ursprünglich prognostiziert, beispielsweise die Einnahmen und die Versichertenentwicklung auf GKV-Seite. Im vorliegenden Beispiel beträgt die auf die Gesundheitsreform zurückzuführende Fehleinschätzung 9 Mio. Euro. Diese wiederum muss auf Untereffekte untersucht werden, zum einen hinsichtlich der einzelnen Maßnahmen und zum anderen hinsichtlich GKV- und Kassen-Seite. Die aktualisierte GMG-Auswirkungsprognose führt im Falle von großen

Abweichungen zu einer Überarbeitung des Handlungsbedarfs.³⁷⁹ Im Extremfall führt es zu einer neuen Zielgruppendefinition für die Vertriebsaktivitäten.

Eine Einflussgröße wurde in der bisherigen Betrachtung ausgeklammert, und zwar der Effekt, der vor Inkrafttreten einer Maßnahme auftritt. Er ist schwer zu quantifizieren und betrifft z.B. die verstärkte Inanspruchnahme von Leistungen vor dem entsprechenden Stichtag. Der Effekt fällt streng genommen unter den Punkt 'GMG-Auswirkung'. Ist von einer größeren Bedeutung auszugehen, kommt eine Korrektur der KJ1-Prognose des laufenden Jahres in Frage. Zu bedenken ist, dass ggf. keine wettbewerbsverschlechternden Auswirkungen für eine Kasse entstehen, wenn der Effekt auf Kassenseite nicht größer ist als beim Durchschnitt der GKV. Im Falle der Sehhilfen wurde bis zum Jahresende vor Inkrafttreten des Gesetzes eine verstärkte Verschreibung beobachtet. Der Saldo eines dadurch erhöhten Beitragsbedarfs und höherer Ist-Leistungsausgaben wirkt sich unter Umständen ergebnisneutral aus. Der höhere Ausgleichsbedarfssatz kürzt aber die Beitragsmehreinnahmen, sodass bei gleichzeitiger Konstanz der Beitragssätze im laufenden Jahr das KJ1-Ergebnis der Kassen sinken wird. Auf die Prognose des kommenden oder der kommenden Jahre, für die das Modell gedacht ist, haben diese Überlegungen aber nur geringe Auswirkung. Dieser Effekt spielt somit für eine Budget-Planung nur eine untergeordnete Rolle, sofern Leistungen aus dem Leistungskatalog herausgenommen werden.

Anders verhält es sich, wenn die Leistungen nicht gestrichen, sondern nur eingeschränkt werden. Auch dann ist mit einer verstärkten Inanspruchnahme vor Inkrafttreten des Gesetzes zu rechnen. Zu berücksichtigen wäre für das Folgejahr, dass insbesondere die ersten Monate eine ungewöhnlich niedrige Inanspruchnahme aufweisen würden. Die geplanten Einsparungen wären dann im Vorhinein gemessen am Vorjahreszeitraum höher anzusetzen. Er-

³⁷⁹ Vgl. Kapitel 5.2.

höhte Kosten der letzten Monate vor Inkrafttreten können für die RSA-Zahlungen des Folgejahres ignoriert werden, da jedes Jahr für sich abgerechnet wird. Gleichwohl ist zu bedenken, dass durch die geringeren Beitragsmehreinnahmen der letzten Monate vor Inkrafttreten der Spielraum für Beitragssatzsenkungen sinkt.

Hinsichtlich der Nutzung der Ergebnisse in der Zukunft muss betont werden, dass sich die vorliegende Arbeit zunächst am Gesetz zur Modernisierung des Gesundheitswesens orientiert hat. Die Frage der Generalisierbarkeit der Ergebnisse auf zukünftig anstehende Gesetzesänderungen kann gleichwohl bejaht werden unter der Voraussetzung, dass es einen Ausgleichsmechanismus zwischen den Krankenkassen gibt, der dem derzeitigen Risikostrukturausgleich ähnelt. Sollte es jedoch zu einer umfassenden Änderung der RSA-Kriterien dahingehend kommen, dass es beispielsweise keine Risikoklassen-bezogenen Kostenprofile mehr gibt, würde eine Anpassung des Modells an seine Grenzen stoßen.

5.4.2 Vergleichende Komponente der Arbeit

Wie bereits auf S. 9 erwähnt, lässt sich das vorliegende Modell durchaus als vergleichende gesundheitsökonomische Evaluation nutzen. Entweder

- a) um zwei Handlungsalternativen, die eine gleiche Zielsetzung verfolgen, hinsichtlich ihrer Auswirkung auf eine GKV zu beurteilen oder
- b) um zwei Maßnahmen, die verschiedene medizinische Bereiche betreffen, dahingehend zu vergleichen, inwiefern sie unterschiedlich starke Auswirkungen auf die Kasse haben.

Für den ersten Fall stelle man sich folgende Situation vor: die Bundesregierung überlegt, wie sich die Krankenhaus-Kosten senken lassen, und steht vor

der Frage, die tägliche Selbstbeteiligung anzuheben oder gewisse Leistungen aus dem Leistungskatalog zu nehmen. Die Alternativen können theoretisch zu gleich hohen Einsparungen für das Gesundheitssystem führen. Möglicherweise wäre auch die Auswirkung auf die zu betrachtende Kasse identisch. Vermutlich wird sich das Ergebnis aber je nach kassenindividueller Versichertenstruktur unterscheiden. Um den Effekt abzuschätzen, ist es für die betreffende Kasse entscheidend, welche Verhaltensänderungen sich durch die Maßnahme bei ihren Versicherten ergeben. Diese wären dementsprechend in die bestehenden Algorithmen des Rechen-Modells einzuarbeiten. Alle weiteren Schritte und Analyse-Alternativen blieben identisch.

Im zweiten Fall verfolgen zwei Maßnahmen nicht das gleiche Ziel. Sie betreffen vielmehr unterschiedliche Leistungsbereiche. Ggf. sind sie als 'entweder-oder' Alternativen zu sehen, weil ihr Einsparvolumen ähnlich groß ist und der Gesetzgeber nur eine der zwei Maßnahmen zu verabschieden gedenkt. Die Alternativen ließen sich RSA-technisch abbilden, indem man zwei Szenario-Rechnungen erstellt. Die zu erwartenden kasseneigenen Konsequenzen aus, die sich aus den Szenario-Rechnungen ergeben, führen wieder zu der Frage des Handlungsbedarf auf Seiten der Kasse aus Kapitel 5.2.

Ein Vergleich im Sinne einer outside-in Betrachtung ist mit dem vorliegenden Modell nur schwer realisierbar.³⁸⁰ Eine solche Analyse beruht – wie der Name sagt – auf Datenbeständen, die einem Außenstehenden zur Verfügung stehen. Nicht darunter fallen unter anderem die notwendigen Kassendaten wie SA40-Versichertentage und Ausgabenvolumina. Eine Wettbewerbsbeobachtung ist also auf diesem Wege de facto nicht möglich.

³⁸⁰ Vgl. hierzu auch die Ausführungen in Kapitel 4.4.2.7.

6 Abschließende Betrachtung

Ausgehend von der allgemeinen Fragestellung, wie sich Auswirkungen von gesundheitspolitischen Maßnahmen für eine einzelne Krankenkasse vorher-sagen lassen,³⁸¹ ist in der vorliegenden Arbeit ein modellanalytischer Ansatz vorgestellt worden, der sich am Wirkungsmechanismus des RSA orientiert. Der RSA wird hierbei in seine Einzelteile zerlegt und ihre Auswirkungen zu-nächst getrennt betrachtet bevor sie zu einem Gesamtergebnis zusammen-gefasst werden. Angesichts der beschlossenen RSA-Änderungen lassen sich die Analysen in Zukunft noch stärker differenzieren, beispielsweise hinsicht-lich der morbiditätsorientierten Kriterien. Auch die Einführung der Disease-Management-Programme wird in Zukunft eine stärkere Rolle spielen: *„Die Berücksichtigung von Versicherten in Disease-Management-Programmen bei der Ermittlung des Beitragsbedarfs im RSA ist die momentan am meisten beachtete Neuregelung des RSA-Reformgesetzes. Hintergrund dieser Rege-lung ist ... die Tatsache, dass auf die ca. 25 % chronisch Kranker in der GKV rund 75 % der Ausgaben der GKV entfallen.“*³⁸² Ein Ende des RSA ist jeden-falls nicht in Sicht.³⁸³ Insofern werden die Berechnungen dieser Arbeit bis auf weiteres Bestand haben, wenn auch in leicht geänderter Form aufgrund der erwähnten Neuerungen.

Die Reduzierung der Beitragssatzunterschiede durch den RSA ist unstrittig, seine Komplexität allerdings auch.³⁸⁴ Letzteres war der Ausgangspunkt der Arbeit gewesen mit dem Ziel, die RSA-Effekte zu verdeutlichen und dadurch einer Krankenkasse eine solide Finanzanalyse zu ermöglichen. Auch wenn dies gelungen sein mag, bleibt abschließend zu fragen, warum sich das deut-

³⁸¹ Vgl. S. 7.

³⁸² Lautenschläger (2002), S. 101.

³⁸³ Vgl. Bloch/Wolf (2002), S. 18.

³⁸⁴ Aufgrund der Reduzierung der Beitragssatzunterschiede hat der RSA wie auf S. 80 erläutert seine Aufgabe erfüllt. Es besteht also eine Kompatibilität zwischen Aufbau und Zielen des Ausgleichsmechanismus.

sche Gesundheitssystem einen solch aufwändigen Mechanismus leistet, den der freie Markt ggf. in ähnlicher Form erbringen könnte. Es stellt sich auch die Frage der Verhältnismäßigkeit, also inwieweit „*das gewählte Mittel zur Erreichung des verfolgten Zwecks geeignet sowie erforderlich ist*“³⁸⁵ unter Beachtung der Schwere des Eingriffs in die marktwirtschaftliche Ordnung. Zwar gibt es innerhalb des bestehenden Systems Vereinfachungspotential. So schlägt die AOK zur Entbürokratisierung des RSA bzw. des Risikopools vor: „*ausgewählte besonders komplexe Ausgabensegmente mit relativ begrenztem Ausgabenvolumen, zum Beispiel Arzneimittelrabatte und Erstattungen von Zuzahlungen, sollten künftig pauschaliert berücksichtigt werden.*“³⁸⁶ Der RSA wird aber dennoch ein komplizierter Ausgleichsmechanismus bleiben. Grundsätzlich muss sogar davon ausgegangen werden, dass durch die direkte Morbiditätsorientierung die Berechnungen umfangreicher und schwieriger werden.³⁸⁷ Göppfarth bestätigt diesen Tatbestand, relativiert aber das Argument der zusätzlichen Komplexität, indem er anführt, dass das Argument dann auch für die DRG-Einführung gelten müsste.³⁸⁸ Dieser Verweis ist nur bedingt nachvollziehbar, da ein komplexes System nicht durch ein anderes ebenso kompliziertes Verfahren gerechtfertigt werden kann, wenn die Vorteile von Letzterem aufgrund der gerade erst erfolgten Einführung noch nicht geklärt sind. Beim Versuch, eine immer stärkere Einzelfallgerechtigkeit zu erreichen, bleiben die Effizienzvorteile durch Pauschalierungen und durch das freie Spiel der Marktkräfte ungenutzt. Zu den neuen Elementen, die die Zielgenauigkeit erhöhen sollen, gehören der Hochrisikopool sowie die erwähnten Chroniker-Programme und die Morbiditätsorientierung.³⁸⁹ „*Die Kosten der Beschaffung und Verarbeitung dieser Daten dürfen nicht so*

³⁸⁵ Sodan/Gast (2002), S. 57.

³⁸⁶ AOK (2004a), S. 16.

³⁸⁷ Vgl. beispielsweise die Arbeiten von IGES/Lauterbach/Wasem (2002) und Reschke/Sehlen (2005). Sie beschreiben jeweils, welche Untersuchungen notwendig sind, um für den morbiditätsorientierten RSA geeignete Gruppen, Gewichtungsfaktoren und Klassifikationsmerkmalen auszuwählen.

³⁸⁸ Vgl. Göppfarth (2004), S. 18.

³⁸⁹ Vgl. Schneider (2004), S. 7.

hoch werden, daß sie sich nicht mehr durch die Vorteile rechtfertigen lassen.“³⁹⁰ Bleibt abzuwarten, ob dies zutrifft.

Das freie Kassenwahlrecht³⁹¹ unter Beibehaltung eines einheitlichen Basisversicherungsschutzes³⁹² und des Kontraktionszwangs ist der entscheidende Faktor, um die Funktion des RSA durch die Konkurrenz zwischen den Krankenkassen zu ersetzen.³⁹³ Würde man den RSA abschaffen und den Markt seinen freien Kräften überlassen, kämen zunächst große Beitragssatzunterschiede auf die Versicherten zu. Mitgliederbewegungen³⁹⁴ wären die Folge, nicht das Ziel.³⁹⁵ Da aber auch schlechte Risiken zu einer Kasse mit niedrigem Beitragssatz wechseln können, muss unter der Annahme des mündigen Versicherten von einer Risikoverteilung ausgegangen werden. Sicher würden einige Kassen durch die Abwanderung der Versicherten ihre Geschäftsgrundlage verlieren, aber dies kann per se kein Grund für die Beibehaltung des RSA sein, zumal der Konzentrationsprozess ein RSA-unabhängiges Phänomen ist.^{396,397} Im Gegenteil könnte das System durch eine Konsolidie-

³⁹⁰ Stade (2002), S. 52. Bei Schulz/Kifmann/Breyer heisst es dazu: „*Problematisch ist .. , dass die Einführung und Durchführung eines diagnosebezogenen RSA unter Umständen hohe Kosten verursacht, die sich nicht notwendigerweise durch seine Vorteile rechtfertigen lassen.*“ Schulz/Kifmann/Breyer (2001).

³⁹¹ Man kann darüber streiten, ob die Bundesknappschaft, See- und landwirtschaftliche Krankenkassen in diesem Zuge ebenfalls ihre Exklusivität für gewisse Versicherten- gruppen verlieren sollten.

³⁹² Die Meinung, dass sich die GKV auf einen Basis- bzw. medizinisch notwendigen Schutz beschränken sollte, wird auch von den Spitzenverbänden der Krankenkassen vertreten. Vgl. Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen (2002), Kapitel 4.

³⁹³ Natürlich bestehen auch dann noch – wie im derzeitigen System – Möglichkeiten zur unerwünschten Risikoselektion. Vgl. dazu van de Ven (2002), S. 480-482.

³⁹⁴ Von einer Korrelation der Beitragssatzhöhe mit den Mitgliederverlusten ist auszugehen. Für genauere Angaben vgl. Kasper (2002), S. 53-55.

³⁹⁵ Wille weist darauf hin, dass die Anzahl der Kassenwechsler nicht zwangsläufig ein aussagekräftiges Kriterium für die Beurteilung der Wettbewerbsintensität ist. Vgl. Wille (1999a), S. 143.

³⁹⁶ Die Zahl der Krankenversicherungen ist stetig gefallen. Während 1988 in der GKV West noch 1.158 Kassen bestanden, gab es im Jahr 2003 nur noch 268 Kassen. Vgl. Leber (1991), S. 54, BMGS (2004b), Blatt 4.

rung sogar an Effizienz gewinnen.

Grundsätzlich muss festgehalten werden, dass diejenigen Kassen, die den RSA und seine Ertragsmechanik durchschauen, deutliche Vorteile erringen. Es sind dies nicht notwendigerweise die Kassen, die die beste Versorgungsqualität bieten. Genauso ist zu fragen, ob sich die Wettbewerbsordnung durch den RSA verbessert. Denn aus ordnungspolitischer Sicht ist der RSA nicht notwendig, da *„in einer freiheitlichen Wettbewerbsordnung ein Verfahren zum Ausgleich von Risikoentmischungen nicht erforderlich ist, sofern die allgemeinen Regeln: einkommensabhängige Beiträge bei beitragsunabhängiger Leistungsgewährung (Solidarprinzip), Versicherungspflicht, Kontrahierungszwang und Diskriminierungsverbot für die GKV gegenüber Versicherungspflichtigen bestehen“*^{398, 399}. Dagegen wenden Schwartz/Krauth ein, dass der Gesundheitsmarkt nicht wie in anderen Sektoren einen Ausgleich zwischen Angebot und Nachfrage bewirkt. Insbesondere, weil die Nachfrage nach ärztlichen Leistungen nur teilweise durch die Versicherten steuerbar ist.⁴⁰⁰ Der Kronberger Kreis hingegen unterstützt die Thesen von Oberender/Ecker und hält den Risikostrukturausgleich nach einer grundlegenden Reform des Gesundheitswesens für überflüssig und behauptet, es gäbe letztlich nur Argumente, die gegen den RSA sprechen.⁴⁰¹ Diese Sicht muss wohl als polarisierender Extrempunkt angesehen werden. Grundsätzlich muss aber die Sinnhaftigkeit stark hinterfragt und *„ein Ersatz durch wettbewerbskonformere Elemente“*⁴⁰² geprüft werden. Wenn es bei einer Beibehaltung

³⁹⁷ Breyer schränkt ein, dass die Konzentration negativ zu beurteilen ist, falls die überlebenden Kassen (mit dem niedrigeren Ausgangsbeitragssatz) nicht die wirtschaftlicheren waren. Vgl. Breyer (1999), S. 61-62.

³⁹⁸ Oberender/Ecker (1999), S. 58.

³⁹⁹ Ähnlich sieht es Knieps, der darauf hinweist, dass auch die Kritiker eines Wettbewerbs im Gesundheitswesen die Grenzen einer Regulierung anerkennen müssen. Vgl. Knieps (2001), S. 257.

⁴⁰⁰ Vgl. Schwartz/Krauth (1999), S. 88.

⁴⁰¹ Vgl. Donges et al. (2002), S. 61-83.

⁴⁰² Straub/Pütz (2004), S. 11.

des RSA auf Dauer bleibt, ist aus Gerechtigkeitsüberlegungen für eine Einbeziehung aller Bürger in den Ausgleichsmechanismus zu plädieren,⁴⁰³ genauso wie bei einer Beibehaltung der einkommensbasierten Finanzierung der Einbezug aller Einkommensarten zu bevorzugen ist,⁴⁰⁴ auch wenn dies wiederum unerwünschte Nebeneffekte haben kann. Männer schlägt darüber hinaus vor, im Falle eines Fortbestehens des RSA den Deckungsgrad zu reduzieren. Statt der vollständigen Umlegung der RSA-Leistungsausgaben, wie sie z. Zt. praktiziert wird, empfiehlt er einen Deckungsgrad unterhalb von 80 %. Nur so lasse sich die Bevorteilung von Empfängerkassen auf ein sinnvolles Maß begrenzen.⁴⁰⁵

Die Ausführungen mögen dazu dienen, die gesundheitsökonomischen Rahmenbedingungen der vorliegenden Arbeit zu hinterfragen. Tatsache bleibt aber zunächst, dass die Kassen sich bis auf weiteres mit dem Risikostrukturgleich arrangieren müssen. Mehr sogar noch, er ist der entscheidende Einflussfaktor für das Ergebnis einer Kasse. Insofern bleiben die Erkenntnisse, die aus einem modellanalytischen Ansatz gezogen werden können, für die Finanzplanung und -überwachung einer Kasse unabdingbar.

⁴⁰³ Das hieße, dass die Unterscheidung in privat und gesetzlich versichert für den Basischutz entfallen würde. Die Beitragsbemessungsgrenze könnte dann nicht mehr als Negativselektion fungieren. Vgl. Wambach/Wigger (2003), S. 7-8.

⁴⁰⁴ Vgl. S. 19 dieser Arbeit.

⁴⁰⁵ Vgl. Männer (2001), S. 238-239.

Literaturverzeichnis

- Adomeit, A. et al. (2003): Eine Gesundheitsreform verträgt keine Kompromisse, in: Health – Management-Wissen für die Gesundheitsbranche, Ausgabe 2/2003, S. 34-47, Düsseldorf
- Albring, M., Wille, E. (2003): Die GKV zwischen Ausgabendynamik, Einnahmenschwäche und Koordinierungsproblemen, Frankfurt am Main
- Andersen, H. H., Schwarze, J. (1998): GKV '97: Kommt Bewegung in die Landschaft? Eine empirische Analyse der Kassenwahlentscheidungen, Berlin
- Andersen, H. H., Schwarze, J. (2003): Bedarfsprofile in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) – Zur Analyse gruppenspezifischer Unterschiede bei der Inanspruchnahme des Gesundheitsversorgungssystems, Berlin
- AOK (2004a): Zehn Jahre Risikostrukturausgleich: Wider den Wildwuchs im Wettbewerb – Erfolge und Perspektiven, Sonderausgabe von Gesundheit und Gesellschaft, 2/2004, Bonn
- AOK (2004b): Reform des Risikostrukturausgleich: Maßarbeit für den Patienten, Sonderausgabe von Gesundheit und Gesellschaft, 10/2004, Bonn
- AOK-Bundesverband (2003): Versicherungsfremde Leistungen, URL: <http://www.aok-bv.de/presse/bilder/index.php?id=298&unterid=343>, abgerufen am 20.02.2004
- AOK-Bundesverband (2004a): Zuzahlungen für GKV-Versicherte, URL: <http://www.aok-bv.de/presse/bilder/index.php?id=298&unterid=343>, abgerufen am 15.04.2004
- AOK-Bundesverband (2004b): So funktioniert die soziale Selbstverwaltung, URL: http://www.aok-bv.de/mediendatenbank/bilder/aok-bilderservice/gkv/grafiken/selbstverwaltung2_g.jpg, abgerufen am 30.11.2004

-
- AOK-Bundesverband (2005): Reform des Risikostrukturausgleichs (RSA)/ Morbi-RSA, URL: http://www.aok-bv.de/politik/gesetze/index_00109.html, abgerufen am 18.01.2005
- AOK Hessen (2005): Beitragssätze und Grenzwerte, URL: http://www.aok.de/index.php?bl_neu=9, abgerufen am 27.02.2005
- Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen (2002): Zukunft der gesetzlichen Krankenversicherung – Weiterentwicklung der solidarischen Wettbewerbsordnung, URL: http://www.g-k-v.com/media/Positionen/konzept_wettbewerbsordnung_lang.pdf, abgerufen am 10.09.2004
- Arnold, M. et al. (2003): Durch Verändern bewahren – Ein Konzept zur Reform des Gesundheitswesens, Tübingen
- Ballesteros, P. (1997): Risikostrukturausgleich – Wie schlecht sind die RSA-Datengrundlagen wirklich?, in: DOK 12/1997, S. 372-378, Bonn
- Barmer Ersatzkasse (2004): Geschäftsbericht 2003, Wuppertal
- BDA (2001): Memorandum „Gesundheitswesen modernisieren und bezahlbar machen“, Berlin
- Beck, K. (2004): Reformstau beim Risikoausgleich? – Internationale Erfahrungen und konkrete Lösungen für die Schweiz, URL: <http://www.css.ch/home/css/ver-publikationen.htm>, abgerufen am 28.01.2005
- Becker, H. et al. (2001): Prügelknabe Risikostrukturausgleich – seine Funktion und seine Zukunft, in: Salfeld, R., Wettke, J.: Die Zukunft des deutschen Gesundheitswesens – Perspektiven und Konzepte, S. 31-48, Berlin
- Berié, H., Fink, U. (2002/2003): Grundlohnentwicklung und Ausgaben der GKV – Gutachten im Auftrag des AOK-Bundesverbandes, Berlin
- Beske, F. (2001): Neubestimmung und Finanzierung des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung – Kieler Konzept, Berlin

-
- Beske, F. (2002): Reformen im Gesundheitswesen – aktuelle Vorschläge aus Politik, Wirtschaft und Gesellschaft, Köln
- Beske, F., Drabinski, T., Michel, C. (2002): Politische Entscheidungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung – Finanzielle Belastung der gesetzlichen Krankenversicherung / Finanzielle Entlastung anderer Zweige der Sozialversicherung und des Staates, Kiel
- Beske, F., Thiede, M. (1998): Krankenversicherung von Rentnern – Entwicklungsperspektiven und Lösungsansätze, Kiel
- Bloch, E., Wolf, C. (2002): Ist unsere Gesundheit noch bezahlbar? Strukturprobleme und Reformansätze im deutschen Gesundheitssystem, Sankt Augustin
- BMGS (2003a): Sozial-Kompass Europa – Soziale Sicherheit in Europa im Vergleich, Bonn
- BMGS (2003b): Tabelle KF03Bund, URL: http://www.bmgs.bund.de/downloads/Kennzahlen_und_Faustformeln.pdf, Stand 11.07.2003, abgerufen am 10.01.2004, mittlerweile durch BMGS (2004b) ersetzt
- BMGS (2003c): Statistisches Taschenbuch 2003 – Arbeits- und Sozialstatistik, Bonn
- BMGS (2003d): Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme – Bericht der Kommission, URL: http://www.bmgs.bund.de/deu/gra/publikationen/p_0.php, abgerufen am 30.04.2004
- BMGS (2003e): Finanzielle Entwicklung in der Gesetzlichen Krankenversicherung 1.-4. Quartal 2003 im Vergleich zum 1.-4. Quartal 2002: Veränderungsrate je Mitglied einschließlich Rentner (in v. H.) – Bund insgesamt, URL: http://www.bmgs.bund.de/downloads/pm_040302_GKVANlagen.xls, abgerufen am 10.01.2004

-
- BMGS (2004a): Gesetzliche Krankenversicherung: Mitglieder, mitversicherte Angehörige und Krankenstand – Jahresdurchschnitte 1998 bis 2003, URL: <http://www.bmgs.bund.de/downloads/KM1JD2003.pdf>, Stand 24.03.2004, abgerufen am 03.02.2005
- BMGS (2004b): Tabelle KF03Bund, URL: http://www.bmgs.bund.de/downloads/Kennzahlen_und_Faustformeln.pdf, Stand Oktober 2004, abgerufen am 17.12.2004
- BMGS (2004c): GKV-Versicherte nach Alter und Wohnort – GKV-Statistik KM6 zum 1. Juli 2004, URL: http://www.bmgs.bund.de/downloads/2004_KM6.pdf, Stand 10.11.2004, abgerufen am 08.02.2005
- BMGS (2004d): Kontenrahmen für die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung, Anlage 1 zu § 25 Abs. 2 Nr. 1 der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift über das Rechnungswesen in der Sozialversicherung (SRVwV), Stand Dezember 2004, Berlin
- BMGS (2005a): Gesetzliche Krankenversicherung – Mitglieder und mitversicherte Angehörige nach Altersgruppen, URL: http://www.bmgs.bund.de/downloads/Versicherte_1992_2004.pdf, Stand 21.02.2005, abgerufen am 27.03.2005
- BMGS (2005b): Gesetzliche Krankenversicherung – Mitglieder, mitversicherte Angehörige, Beitragssätze und Krankenstand, URL: http://www.bmgs.bund.de/downloads/KM1_Juli_Dez_04.pdf, Stand 25.02.2005, abgerufen am 03.04.2005
- Boetius, J., Wiesemann, H.-O. (1998): Die Finanzierungsgrundlagen in der Krankenversicherung – Zur Grenzziehung zwischen GKV und PKV, Köln
- Böhlke, R., Söhnle, N., Viering, S. (2005): Konzentriert. Marktorientiert. Saniert. – Gesundheitsversorgung 2020, Studie der Ernst & Young AG, bezogen am 01.03.2005 über http://www.ey.com/Global/content.nsf/Germany/Studien_-_Gesundheitsversorgung_2020_-_Bestellformular, Frankfurt am Main

-
- Bohm, S. (1997): Risikostrukturausgleich: Abschaffung bzw. Rückführung sachlich geboten?, in: Sozialer Fortschritt 12/1997, S. 293-299, Berlin
- Bohm, S., Jacobs, K., Reschke, P. (1996): Notwendigkeit und Möglichkeiten eines Umbaus der Finanzierung in der gesetzlichen Krankenversicherung – Konzeptionelle und empirische Analysen in wettbewerblicher Analyse, Düsseldorf
- Bork, R., Nederegger, G., Saatkamp, J. (2002): Mit dem Risikostrukturausgleich zum Erfolg, in: Health – Management-Wissen für die Gesundheitsbranche, Ausgabe 1/2002, S. 14-25, Düsseldorf
- Braun, T. (2002): Analyse, Planung und Steuerung im Gesundheitswesen – Geographische Möglichkeiten und Perspektiven am Beispiel von Daten der Gesetzlichen Krankenversicherung, Sankt Augustin
- Breyer, F. (1999): Der Risikostrukturausgleich in der GKV – gibt es eine Alternative?, in: Knappe, E.: Wettbewerb in der Gesetzlichen Krankenversicherung, S. 61-63, Baden-Baden
- Breyer, F. (2003): Einkommensbezogene versus pauschale GKV-Beiträge – eine Begriffsklärung, DIW-Diskussionspapier Nr. 330, Berlin
- Breyer, F. et al. (2001): Wirtschaftliche Aspekte der Märkte für Gesundheitsdienstleistungen – Ökonomische Chancen unter sich verändernden demographischen und wettbewerblichen Bedingungen in der Europäischen Union, Gutachten des DIW im Auftrag des Bundesministeriums für Wirtschaft und Technologie vom 29. Oktober 2001, URL: http://www.diw.de/deutsch/produkte/publikationen/gutachten/docs/diw_GesundheitsDL_200112.pdf, abgerufen am 14.11.2003
- Breyer, F., Kifmann, M. (2001): Optionen der Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs in der GKV, DIW-Diskussionspapier Nr. 236, URL: <http://www.diw.de/deutsch/produkte/publikationen/diskussionspapiere/docs/papers/dp236.pdf>, abgerufen am 09.03.2004

-
- Breyer, F., Ulrich, V. (1999): Gesundheitsausgaben, Alter und medizinischer Fortschritt: eine Regressionsanalyse, Wirtschaftswissenschaftliche Diskussionspapiere der Universität Greifswald 1/1999, Greifswald
- Breyer, F., Ulrich, V. (2000): Demographischer Wandel, medizinischer Fortschritt und der Anstieg der Gesundheitsausgaben, Wochenbericht des DIW 24/00, URL: <http://www.diw.de/deutsch/produkte/publikationen/wochenberichte/docs/00-24-2.html>, abgerufen am 17.09.2004
- Buchner, F. (2002): Versteilerung von Ausgabenprofilen in der Krankenversicherung, Baden-Baden
- Busch, S., Pfaff, A. B., Rindsfüßer, C. (1996): Die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung – Möglichkeiten zur Umgestaltung und Ergebnisse ausgewählter Modellrechnungen, Graue Reihe – Neue Folge 110 der Hans-Böckler-Stiftung, Düsseldorf
- Busse, R. (2004): Risikostrukturausgleich – Ziele, Umsetzungsmöglichkeiten sowie finanzwirtschaftliche und allokativen Wirkungen, in: Gesundheits- und Sozialpolitik, 11-12/2004, S. 23-31, Baden-Baden
- BVA (2003a): Schätztableau des GKV Schätzerkreises vom 10.03.2003, URL: <http://www.bva.de> → Fachinformationen → Risikostrukturausgleich → Schätzerkreis GKV, abgerufen am 25.04.2003, mittlerweile durch BVA (2004b) ersetzt
- BVA (2003b): 121. Bekanntmachung zum Risikostrukturausgleich vom 06. November 2003, Bonn
- BVA (2003c): Jahresausgleich 2002: VHW, URL: <http://www.bva.de> → Fachinformationen → Risikostrukturausgleich → Jahresausgleiche, abgerufen am 05.02.2004
- BVA (2003d): Jahresausgleich 2002: Standardisierte Leistungsausgaben – PTW, URL: <http://www.bva.de> → Fachinformationen → Risikostrukturausgleich → Jahresausgleiche, abgerufen am 05.02.2004

-
- BVA (2003e): Jahresausgleich 2002: KJ1 – Summe aller Ausgaben, URL: <http://www.bva.de> → Fachinformationen → Risikostrukturausgleich → Jahresausgleiche, abgerufen am 05.02.2004
- BVA (2003f): Jahresausgleich 2002: SA43, URL: <http://www.bva.de> → Fachinformationen → Risikostrukturausgleich → Jahresausgleiche, abgerufen am 05.02.2004
- BVA (2003g): Jahresausgleich 2002: SA40, URL: <http://www.bva.de> → Fachinformationen → Risikostrukturausgleich → Jahresausgleiche, abgerufen am 05.02.2004
- BVA (2003h): Jahresausgleich 2002: 100%-Werte, URL: <http://www.bva.de> → Fachinformationen → Risikostrukturausgleich → Jahresausgleiche, abgerufen am 05.02.2004
- BVA (2003i): RSA 1994-2002, URL: <http://www.bva.de> → Fachinformationen → Risikostrukturausgleich → Jahresausgleiche, abgerufen am 17.12.2004
- BVA (2004a): FAQ – Risikostrukturausgleich, URL: <http://www.bva.de> → FAQ → Risikostrukturausgleich, abgerufen am 17.03.2004
- BVA (2004b): Schätztableau des GKV Schätzerkreises vom 08.12.2004, URL: <http://www.bva.de> → Fachinformationen → Risikostrukturausgleich → Schätzerkreis GKV, abgerufen am 07.01.2005
- BVA (2004c): Jahresausgleich 2003 Auswertungen, URL: <http://www.bva.de> → Fachinformationen → Risikostrukturausgleich → Jahresausgleiche, abgerufen am 10.01.2005
- BVA (2004d): Darstellung des RSA, URL: <http://www.bva.de> → Fachinformationen → Risikostrukturausgleich → Darstellung des RSA, abgerufen am 12.02.2005
- BVA (2004e): 136. Bekanntmachung zum Risikostrukturausgleich vom 20. September 2004, Bonn

-
- BVA (2004f): Erläuterungen zu den RSA-Berechnungsvordrucken Teil D und BPE, URL: <http://www.bva.de> → Fachinformationen → Risikostrukturausgleich → weitere Informationen, abgerufen am 17.12.2004
- BVA (2004g): Aufgaben des Bundesversicherungsamtes, URL: <http://www.bva.de> → Über das BVA → Aufgaben, abgerufen am 21.12.2004
- BVA (2005): Glossar – Jahresausgleiche – Datenzusammenstellungen, URL: <http://www.bva.de> → Fachinformationen → Risikostrukturausgleich → Jahresausgleiche → Erläuterungen, abgerufen am 04.03.2005
- Cassel, D., Janßen, J. (1999): GKV-Wettbewerb ohne Risikostrukturausgleich? Zur wettbewerbssichernden Funktion des RSA in der Gesetzlichen Krankenversicherung, in: Knappe, E.: Wettbewerb in der Gesetzlichen Krankenversicherung, S. 11-49, Baden-Baden
- Cichon, M. (1985): Stochastisches Modell zur Prognose des GKV-Beitragsatzes, Spardorf
- Culyer, A. J., Newhouse, J. P. (2000): Handbook of health economics, Bd. 1A, Amsterdam
- DAK (2005): Beitragssätze für Versicherungspflichtige, URL: <http://www.dak.de/content/dakleistung/beitragssaetze.html>, abgerufen am 27.02.2005
- Daubenbüchel, R. (2002): Reform des Risikostrukturausgleichs unter Einführung von Disease-Management-Programmen in der deutschen Krankenversicherung, in: Pitschas, R. et al.: Reformoptionen der GKV – Quo vadis Gesundheitswesen?, S. 53-65, Speyer
- Deutscher Bundestag (2001): Anhörung der Enquête-Kommission „Demographischer Wandel“ – Reformbedarf des Gesundheitswesens, 22.01.2001, Berlin
- Deutscher Bundestag (2003a): Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG), Drucksache 15/1170 vom 16.06.2003, Berlin

-
- Deutscher Bundestag (2003b): Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG), Drucksache 15/1525 vom 08.09.2003, Berlin
- Donges, J. B. et al. (2002): Mehr Eigenverantwortung und Wettbewerb im Gesundheitswesen, Berlin
- Drabinski, T., Beske, F. (2003): Der Einfluss der Wiedervereinigung auf die Entwicklung des Beitragssatzes der gesetzlichen Krankenversicherung, Kiel
- Ebsen, I. et al. (2003): Vertragswettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung zur Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Gesundheitsversorgung, Gutachten im Auftrag des AOK-Bundesverbandes, URL: http://www.aok-bv.de/imperia/md/content/aokbundesverband/dokumente/pdf/politik/endbericht_zum_gutachten.pdf, abgerufen am 26.02.2005
- Farhauer, O., Borchardt, K. (2004): Bürgerversicherung – eine Reformalternative?, Bonn
- Felder, S. (2001a): Wehret den Anfängen! Gegen Morbiditätsfaktoren im Risikostrukturausgleich, in: Wirtschaftsdienst 4/2001, S. 198-202, Heidelberg
- Felder, S. (2001b): Der Fluch des Zweitbesten – der Risikostrukturausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung, in: Wirtschaftswissenschaftliches Studium (WiSt), 11/2001, S. 583-587, München
- Felder, S. (2003): Kapitaldeckung in der gesetzlichen Krankenversicherung über den Risikostrukturausgleich, in: Jahrbuch für Wirtschaftswissenschaften 54 (1), S. 60-72, Göttingen
- Fenge, R. (2003): Generationengerechtigkeit im Gesundheitswesen, in: ifo Schnelldienst, 14/2003, S. 8-13, München

-
- Fetzer, S., Mevis, D., Raffelhüschen, B. (2003): Zur Zukunftsfähigkeit des Gesundheitswesens. Eine Nachhaltigkeitsstudie zur marktorientierten Reform des deutschen Gesundheitswesens, Gutachten im Auftrag des Verbandes Forschender Arzneimittelhersteller e. V., Freiburg, URL: http://www.vfa.de/download/de/presse/artikel/nachhaltigkeitsstudie.html/raffelhuechen_gutachten.pdf, abgerufen am 23.05.2004
- Friederich, D. N. (2005): Solidarität und Wettbewerb in der Krankenversicherung – Ein Ansatz diskursiver Politikberatung zur Reform des Gesundheitswesens, Veröffentlichung in der Reihe Gesundheitsökonomische Beiträge für Herbst 2005 geplant, Baden-Baden
- Galas, E., Schöffski, O. (1996): Der Wettbewerb innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung unter besonderer Berücksichtigung des Risikostrukturausgleichs, in: Vierteljahresschrift für Sozialrecht, 4/1996, S. 289-309, Köln
- Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen (1998): Fairneß, Effizienz und Qualität in der Gesundheitsversorgung – was kann der Risikostrukturausgleich dazu leisten?, Berlin
- Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung vom 14. November 2003 (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG), in: BGBl. I 2003, S. 2190-2258
- Gesetz zur Neuregelung der Krankenkassenwahlrechte vom 27. Juli 2001, in: BGBl. I 2001, S. 1946-1947
- Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung vom 21. Dezember 1992 (Gesundheitsstrukturgesetz), in: BGBl. I 1992, S. 2266-2334
- Glaeske, G. et al. (2001): Weichenstellungen für die Zukunft – Elemente einer neuen Gesundheitspolitik (Langfassung), veröffentlicht anlässlich der Tagung der Friedrich-Ebert-Stiftung „Mittel- und langfristige Gestaltung des deutschen Gesundheitswesens“ am 05. Dezember 2001, Berlin

-
- Glanz, A. (2000): Der Risikostrukturausgleich auf dem Prüfstand – die Entwicklung des Verfahrens im Spannungsfeld zwischen Genauigkeit, Transparenz und Planbarkeit, in: Arbeit und Sozialpolitik, 5-6/2000, S. 35-47, Baden-Baden
- Glaser, P. (1998): Strategische Vorgehensweise bei der Anlage einer Wirtschaftlichkeitsuntersuchung, in: Schöffski, O., Glaser, P., Schulenburg, J.-M. Graf v. d.: Gesundheitsökonomische Evaluationen – Grundlagen und Standortbestimmung, S. 39-53, Berlin
- Gohla, D. (2002): Der Risikostrukturausgleich auf dem Prüfstand des Grundgesetzes, Baden-Baden
- Göpffarth, D. (2004): Die Reform des Risikostrukturausgleichs – Eine Zwischenbilanz, Diskussionspapier 2004/18, Wirtschaftswissenschaftliche Dokumentation der Fakultät VIII der TU Berlin, Berlin
- Grabka, M. et al. (2002): Kapitaldeckung in der Gesetzlichen Krankenversicherung: Zur Berechnung der finanziellen Auswirkungen eines Umstiegs vom Umlage- auf das Kapitaldeckungssystem, DIW-Diskussionspapier Nr. 275, Berlin
- Greiner, W. (2000): Die Berechnung von Kosten und Nutzen im Gesundheitswesen, in: Schöffski, O., Schulenburg, J.-M. Graf v. d.: Gesundheitsökonomische Evaluationen, Zweite Auflage, S. 159-173, Berlin
- Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland vom 23. Mai 1949, in: BGBl. 1949, S. 1-19, zuletzt geändert durch: Gesetz zur Änderung des Grundgesetzes (Artikel 96) vom 26. Juli 2002, in: BGBl. I 2002, S. 2863
- Haenecke, H. et al. (2001): Faktenbasiertes Management einer Krankenkasse – Führen nach Zahlen, in: Salfeld, R., Wettke, J.: Die Zukunft des deutschen Gesundheitswesens – Perspektiven und Konzepte, S. 111-123, Berlin

-
- Hallauer, J. F., Kern, A. O., Beske, F. (1996): Erwartungen des Beitragszahlers an eine leistungsfähige Krankenversicherung – Ergebnisse einer Meinungsumfrage zu Beitragssatz und Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenversicherung, Kiel
- Hecken, J. (2003): Stärkung der Eigenverantwortung der Versicherten – ein Beitrag zur Stabilisierung von Einnahmen und Ausgaben?, in: Pitschas, R. (2003b): Finanzierungsprobleme der Gesundheitsreform und GKV-Modernisierungsgesetz, S. 59-78, Speyer
- Heilmann, M. (2002): System der Sozialen Sicherung, Vorlesungsskript Sozialpolitik II: Sommersemester 2002, Rostock
- Helstelä, P. (2002): Risikopool – Topf für teure Fälle, in: Sonderausgabe von Gesundheit und Gesellschaft: Mehr Gleichgewicht im Wettbewerb – Der neue Risikostrukturausgleich, 2/2002, S. 8-9, Bonn
- Henke, K.-D. et al. (2002): Zukunftsmodell für ein effizientes Gesundheitswesen in Deutschland, München
- Hixt, L. (1995): Regionalisierung und Föderalisierung der gesetzlichen Krankenversicherung – ein Beitrag zur Organisationsreform der GKV jenseits des Gesundheits-Strukturgesetzes vom 21.12.1992, Frankfurt am Main
- Hof, B. (2001a): Zum Transferbedarf eines Systemwechsels vom Umlageauf das Anwartschaftsdeckungsverfahren in der Krankenversicherung, Gutachten im Auftrag des PKV-Verbandes, Köln
- Hof, B. (2001b): Auswirkungen und Konsequenzen der demographischen Entwicklung für die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung, Gutachten im Auftrag des Gesamtverbandes der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V. und des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V., Köln

-
- IGES, Lauterbach, K. W., Wasem, J. (2002): Zur Auswahl geeigneter Gruppenbildungen, Gewichtungsfaktoren und Klassifikationsmerkmale für einen direkt morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung, Vorhabensbeschreibung für eine Untersuchung im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit unter dem Förderkennzeichen 222-42260-4, Berlin
- Informationssystem der Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2004): Ausgaben der mitversicherten Familienangehörigen der GKV-Mitglieder ohne Rentner (AKV), URL: <http://www.gbe-bund.de>, abgerufen am 30.06.2004
- Jacobs, K. et al. (2002): Zur Wirkung des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung – Eine Untersuchung im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit – Endbericht, Baden-Baden
- Jacobs, K. et al. (2003): Bürgerversicherung versus Kopfpauschale – Alternative Finanzierungsgrundlagen für die Gesetzliche Krankenversicherung, herausgegeben von der Friedrich-Ebert-Stiftung, Bonn
- Jacobs, K., Reschke, P. (1991): Risikostrukturanalyse in der Krankenversicherung – empirische Untersuchungen zur Organisationsreform der gesetzlichen Krankenversicherung, Berlin
- Jacobs, K., Reschke, P. (1994): Angleichung der GKV-Ausgaben fast erfolgt: Für einen ungeteilten Risikostrukturausgleich ab 1996, in: Sozialer Fortschritt 10/1994, S. 248-253, Berlin
- Jankowski, M., Zimmermann, A. (2003): Wettbewerb ohne Risikoselektion auf dem deutschen Krankenversicherungsmarkt, Discussion Paper 3/2003 des Otto-Wolff-Instituts für Wirtschaftsordnung, Köln
- Kasper, S. (2002): Der Risikostrukturausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung, Weiden

-
- Kern, A. O., Beske, F., Hallauer, J. F. (1997): Ansichten von Verbänden und Organisationen im Gesundheitswesen zur Weiterentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung – Ergebnisse einer Meinungsumfrage, Kiel
- Kern, A. O. et al. (1997): Zur Neubestimmung des Leistungsumfangs der gesetzlichen Krankenversicherung – Gesundheitsziele, Leistungskatalog und Selbstbeteiligung, Kiel
- Kiefer, G. (2001): Solidarität und Wettbewerb ausbalancieren, in: Die Krankenversicherung, Mai 2001, S. 123-124, Berlin
- Kiefer, G. (2002): Die Reform des RSA – Die Ernüchterung als bestimmendes Moment, in: Die Krankenversicherung, Mai 2002, S. 134-135, Berlin
- Klauber, J., Robra, B.-P., Schellschmidt, H. (2004): Krankenhaus-Report 2003 – Schwerpunkt: DRGs im Jahre 1, Stuttgart
- Klose, J., Schellschmidt, H. (2001): Finanzierung und Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung, Bonn
- Klusen, N. (2003): Kassenwettbewerb im Spannungsfeld von Patientenautonomie und Solidarität, in: Albring, M., Wille, E.: Die GKV zwischen Ausgabendynamik, Einnahmenschwäche und Koordinierungsproblemen, S. 285-292, Frankfurt am Main
- Knappe, E. (1999): Wettbewerb in der Gesetzlichen Krankenversicherung, Baden-Baden
- Knappe, E. und Arnold, R. (2002): Pauschalprämie in der Krankenversicherung. Ein Weg zu mehr Effizienz und mehr Gerechtigkeit. Gutachten im Auftrag des Verbands der Bayerischen Wirtschaft, München
- Knieps, F. (2001): Der Risikostrukturausgleich und seine Auswirkungen auf die Versorgungsqualität, in: Vierteljahresschrift für Sozialrecht, 2001, 4, S. 253-265, Köln
- Krämer, W. (1998): So lügt man mit Statistik, 8. Auflage, Frankfurt am Main

-
- Kruse, A. et al. (2003): Kostenentwicklung im Gesundheitswesen: Verursachen ältere Menschen höhere Gesundheitskosten?, Expertise erstellt im Auftrag der AOK Baden-Württemberg, Stuttgart/Heidelberg
- Laaser, U. (1999): Das Gesundheitswesen in Deutschland: Von der Ausgaben- zur Ergebnisorientierung, in: Laaser, U., Schwalbe, A.: Das Gesundheitswesen in Deutschland: Von der Kosten- zur Nutzenorientierung – Gesundheitswissenschaftliche Analysen, S. 9-17, Lage
- Laaser, U., Schwalbe, A. (1999): Das Gesundheitswesen in Deutschland: Von der Kosten- zur Nutzenorientierung – Gesundheitswissenschaftliche Analysen, Lage
- Laschet, H. (2003): Versicherungsfremde Leistungen und Verschiebebahnhöfe, in: Albring, M., Wille, E.: Die GKV zwischen Ausgabendynamik, Einnahmenschwäche und Koordinierungsproblemen, S. 251-261, Frankfurt am Main
- Lautenschläger, S. (2002): Probleme der Reform des Risikostrukturausgleichs und Wettbewerb als Strukturprinzip des künftigen Gesundheitswesens, in: Pitschas, R. et al.: Reformoptionen der GKV – Quo vadis Gesundheitswesen?, S. 99-106, Speyer
- Lauterbach, K. W. (2004): Die Bürgerversicherung, URL: <http://www.boell.de/index.html?http://www.boell.de/downloads/arbeit/lauterbach.pdf>, abgerufen am 08.01.2005
- Lauterbach, K. W. (2005): Konzepte zu einem diagnose- und verordnungsorientierten Risikostrukturausgleich zwischen den Krankenkassen, in: Gesundheits- und Sozialpolitik, 1-2/2005, S. 20-24, Baden-Baden
- Lauterbach, K. W., Wille, E. (2001): Modell eines fairen Wettbewerbs durch den Risikostrukturausgleich – Sofortprogramm „Wechslerkomponente und solidarische Rückversicherung“ unter Berücksichtigung der Morbidität, Gutachten im Auftrag des VdAK, AEV, AOK-BV und des IKK-BV, URL: http://www.vdak.de/download/endgutachten_rsa.pdf, abgerufen am 02.10.2004

-
- Leber, W.-D. (1991): Risikostrukturausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung – Ein Konzept zur Neuordnung des Kassenwettbewerbs, Baden-Baden
- Mager, H.-C., Schäfer, H., Schrüfer, K. (2001): Private Versicherung und Soziale Sicherung – Festschrift zum 60. Geburtstag von Roland Eisen, Marburg
- Männer, L. (2001): Der Risikostrukturausgleich, in: Mager, H.-C., Schäfer, H., Schrüfer, K.: Private Versicherung und Soziale Sicherung – Festschrift zum 60. Geburtstag von Roland Eisen, S. 223-240, Marburg
- Ministerium für Arbeit, Gesundheit, Familie und Frauen Baden-Württemberg (1991): Leistungs- und Kostentransparenz – Risikostruktur von Versicherten, Stuttgart
- Neubauer, G. (2003): Unterlagen Sozialpolitik – Kapitel 7: Gesundheitssicherung, URL: http://www.unibw-muenchen.de/campus/WOW/v1064/sopo_dl.htm, abgerufen am 13.12.2004
- Neubauer, G. (2004): Zur ökonomischen Steuerung der Krankenhausversorgung unter DRG-Fallpauschalen, in: Klauber, J., Robra, B.-P., Schellschmidt, H.: Krankenhaus-Report 2003 – Schwerpunkt: DRGs im Jahre 1, S. 101-119, Stuttgart
- Neumann, D. (2000): Kartellrechtliche Sanktionierung von Wettbewerbsbeschränkungen im Gesundheitswesen, Baden-Baden
- Oberender, P. (1996): Alter und Gesundheit, Baden-Baden
- Oberender, P., Ecker, T. (1999): Der Risikostrukturausgleich in der GKV: eine ordnungsökonomische Analyse, in: Knappe, E.: Wettbewerb in der Gesetzlichen Krankenversicherung, S. 51-59, Baden-Baden

-
- Oberender, P., Fleischmann, J. (2001): Der Risikostrukturausgleich zwischen den Gesetzlichen Krankenkassen – Notwendiger Garant der Solidarität oder Bestandsschutz für leistungsschwache Krankenkassen?, in: Wirtschaftswissenschaftliches Studium (WiSt), 11/2001, S. 599-606, München
- Oberender, P., Zerth, J. (2003): Bayreuther Manifest – Der Weg in ein freies Gesundheitswesen, veröffentlicht von der Forschungsstelle für Sozialrecht und Gesundheitsökonomie der Universität Bayreuth, Bayreuth
- Orlowski, U., Wasem, J. (2003): Gesundheitsreform 2004: GKV-Modernisierungsgesetz (GMG), Heidelberg
- Overdieck, V. (1998): Beitragsexplosion in der gesetzlichen Krankenversicherung?, Duisburg
- Paquet, R. (1987): Umverteilung und Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung, Berlin
- Paquet, R., Reschke, P., Schröder, W. F. (1988): Leistungs- und Kostenprofile in der GKV – Vergleichende Darstellung der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen nach Alter und Geschlecht bei vier Krankenkassen, Berlin
- Pfaff, M. (1995): Funktionsfähiger Wettbewerb innerhalb und zwischen den gesetzlichen und privaten Krankenkassen – Einige Anmerkungen zur laufenden Diskussion, in: Arbeit und Sozialpolitik, 9-10/1995, S. 12-19, Baden-Baden
- Pfaff, M., Wassener, D. (1998): Die Bedeutung des Risikostrukturausgleichs für den Kassenwettbewerb und die solidarische Wettbewerbsordnung, in: Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen: Fairneß, Effizienz und Qualität in der Gesundheitsversorgung – was kann der Risikostrukturausgleich dazu leisten?, S. 9-22, Berlin

-
- Pimpertz, J. (2002): Leitlinien zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung – Von der fiskalischen Reaktion zur Ordnungspolitik des Gesundheitswesens, Köln
- Pimpertz, J. (2003): Solidarische Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung – Vom lohnbezogenen Beitrag zur risikounabhängigen Versicherungsprämie, Köln
- Pitschas, R. (2003a): Rechtsfragen des GKV-Modernisierungsgesetzes, in: Pitschas, R.: Finanzierungsprobleme der Gesundheitsreform und GKV-Modernisierungsgesetz, S. 35-58, Speyer
- Pitschas, R. (2003b): Finanzierungsprobleme der Gesundheitsreform und GKV-Modernisierungsgesetz, Speyer
- Pitschas, R. et al. (2002): Reformoptionen der GKV – Quo vadis Gesundheitswesen?, Speyer
- Pohlmeier, W., Ulrich, V. (1996): Die Nachfrage nach medizinischen Leistungen im Lebenszyklus, in: Oberender, P.: Alter und Gesundheit, S. 49-81, Baden-Baden
- Presse- und Informationsamt der Bundesregierung (2003): Antworten zur Agenda 2010, Berlin
- Raffelhüschen, B., Fetzer, S., Moog, S. (2003): Die Nachhaltigkeit der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung: Diagnose und Therapie, in: Albring, M., Wille, E.: Die GKV zwischen Ausgabendynamik, Einnahmenschwäche und Koordinierungsproblemen, S. 85-114, Frankfurt am Main
- Rebscher, H. (1998): Risikostrukturausgleich als Voraussetzung des Wettbewerbs in der GKV? Was sind die Konsequenzen aus VdAK-Sicht?, in: Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen: Fairneß, Effizienz und Qualität in der Gesundheitsversorgung – Was kann der Risikostrukturausgleich dazu leisten?, S. 71-90, Berlin

-
- Rebscher, H. (1999): Regionalisierung der gesetzlichen Krankenversicherung – Ordnungspolitische, ökonomische und juristische Analysen, Baden-Baden
- Resch, S. (2004): Risikoselektion im Mitgliederwettbewerb der gesetzlichen Krankenversicherung, Frankfurt am Main
- Reschke, P., Sehlen, S. (2005): Methoden der Morbiditätsadjustierung, in: Gesundheits- und Sozialpolitik, 1-2/2005, S. 10-19, Baden-Baden
- Rolland, S., Rosenow, C. (2004): Statistische Krankenhausdaten: Grund- und Kostendaten der Krankenhäuser 2001, in: Klauber, J., Robra, B.-P., Schellschmidt, H. (2004): Krankenhaus-Report 2003 – Schwerpunkt: DRGs im Jahre 1, S. 323-342, Stuttgart
- Ruebsam-Simon, E. (2002): Eckpunkte einer großen Gesundheitsreform, in: Deutsches Ärzteblatt, Heft 5 vom 1. Februar 2002, S. A267-A270, Köln
- Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2001): Gutachten – Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Band III: Über-, Unter- und Fehlversorgung, URL: <http://dip.bundestag.de/btd/14/068/1406871.pdf>, abgerufen am 17.04.2004
- Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2003): Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität, Band I: Finanzierung und Nutzerorientierung, Gutachten vom Februar 2003, Bonn
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2002): Zwanzig Punkte für Beschäftigung und Wachstum – Jahresgutachten 2002/2003, URL: http://www.sachverstaendigenrat-wirtschaft.de/gutacht/02_ges.pdf, abgerufen am 18.06.2004
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2004): Jahresgutachten 2004/05: Erfolge im Ausland – Herausforderungen im Inland, URL: <http://www.sachverstaendigenrat-wirtschaft.de>, abgerufen am 16.12.2004

-
- Salfeld, R., Wettke, J. (2001): Die Zukunft des deutschen Gesundheitswesens – Perspektiven und Konzepte, Berlin
- Scharlau, M., Burgardt, G., Knoblich B. (o.J.): Kontenrahmen für die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung, Berlin
- Schawo, D. (2002): Morbi-RSA – Wider den Wettbewerb um Gesunde, in: Sonderausgabe von Gesundheit und Gesellschaft: Mehr Gleichgewicht im Wettbewerb – Der neue Risikostrukturausgleich, 2/2002, S. 12-13, Bonn
- Schawo, D., Paulus, T. (2004): Grundlohnausgleich – Endlich aufs Ganze gehen, in: Sonderausgabe von Gesundheit und Gesellschaft: Zehn Jahre Risikostrukturausgleich: Wider den Wildwuchs im Wettbewerb – Erfolge und Perspektiven, 2/2004, S. 11, Bonn
- Schneider, W. (1994): Der Risikostrukturausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung, Berlin
- Schneider, W. (2004): Das Ziel nicht aus den Augen verlieren, in: Sonderausgabe von Gesundheit und Gesellschaft: Zehn Jahre Risikostrukturausgleich: Wider den Wildwuchs im Wettbewerb – Erfolge und Perspektiven, 2/2004, S. 6-7, Bonn
- Schöffski, O. (2000): Einführung, in: Schöffski, O., Schulenburg, J.-M. Graf v. d.: Gesundheitsökonomische Evaluationen, Zweite Auflage, S. 3-13, Berlin
- Schöffski, O., Glaser, P., Schulenburg, J.-M. Graf v. d. (1998): Gesundheitsökonomische Evaluationen – Grundlagen und Standortbestimmung, Berlin
- Schöffski, O., Schulenburg, J.-M. Graf v. d. (2000): Gesundheitsökonomische Evaluationen, Zweite Auflage, Berlin
- Schroeter, I. (1999): Analyse und Bewertung der intergenerativen Verteilungswirkungen einer Substitution des Umlage- durch das Kapitalstockverfahren zur Rentenfinanzierung, Frankfurt am Main

-
- Schulenburg, J.-M. Graf v. d., Vieregge, D. (2003): Rückversicherung und Risikostrukturausgleich als Instrumente der Risikoallokation in der gesetzlichen Krankenversicherung, in: Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft, 2/2003, S. 231-248, Karlsruhe
- Schulin, B., Igl, G. (2002): Sozialrecht, 7. Auflage, Düsseldorf
- Schulz, E., Kifmann, M., Breyer, F. (2001): Risikostrukturausgleich am Scheideweg – Senkung der Wirtschaftlichkeitsanreize für die Krankenkassen sollte vermieden werden, Wochenbericht des DIW 14/2001, URL: <http://www.diw.de/deutsch/produkte/publikationen/wochenberichte/docs/01-14-1.html>, abgerufen am 15.03.2005
- Schwartz, F. W., Jung, K. (2000): Vorüberlegungen für mittelfristige Reformschritte in der Gesetzlichen Krankenversicherung, in: Sozialer Fortschritt 4/2000, S. 70-75, Berlin
- Schwartz, F. W., Krauth, C. (1999): Grenzen und Risiken des Wettbewerbs im Gesundheitswesen, in: Wille, E. (1999b): Zur Rolle des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung – Gesundheitsversorgung zwischen staatlicher Administration, kooperativer Koordination und marktwirtschaftlicher Steuerung, S. 87-93, Baden-Baden
- Schwarze, J., Andersen, H. H. (2001): Kassenwechsel in der Gesetzlichen Krankenversicherung: Welche Rolle spielt der Beitragssatz?, DIW-Diskussionspapier Nr. 267, Berlin
- Siebert, H. (2003): Reform-Notwendigkeiten der Alters- und Gesundheitsvorsorge. Zwölf Thesen, Kieler Arbeitspapier Nr. 1147 des Instituts für Weltwirtschaft, Kiel
- Sodan, H., Gast, O. (2001): Der Risikostrukturausgleich in der GKV als Quadratur des Kreises, in: Vierteljahresschrift für Sozialrecht, 5/2001, S. 311-333, Köln

-
- Sodan, H., Gast, O. (2002): Umverteilung durch „Risikostrukturausgleich“: verfassungs – und europarechtliche Grenzen des Finanztransfers in der Gesetzlichen Krankenversicherung, Berlin
- Sozialgesetzbuch – Fünftes Buch: Gesetzliche Krankenversicherung, in der Fassung des Gesetzes zur Sicherung der nachhaltigen Finanzierungsgrundlagen der gesetzlichen Rentenversicherung vom 21. Juli 2004 (RV-Nachhaltigkeitgesetz), in: BGBl. I 2004, S. 1791-1805
- Spycher, S. (1999): Wirkungsanalyse des Risikoausgleichs in der Krankenversicherung – Kurzfassung, Bern
- Stade, U. (2002): Anreizwirkungen in den Beziehungen zwischen Arzt, Patient und Krankenkasse, Hamburg
- Statistisches Bundesamt (2002): Gesundheit: Ausgaben 1992-2000, Presseexemplar, Wiesbaden
- Statistisches Bundesamt (2004a): Durchschnittliche weitere Lebenserwartung, URL: <http://www.destatis.de/basis/d/bevoe/bevoetab3.php>, Stand 18.11.2004, abgerufen am 08.03.2005
- Statistisches Bundesamt (2004b): Bruttomonatsverdienste Angestellte, URL: <http://www.destatis.de/basis/d/logh/loghtab11.php>, Stand 12.03.2004, abgerufen am 30.03.2005
- Statistisches Bundesamt (2004c): Durchschnittliches Alter der Mütter bei der Geburt ihrer lebendgeborenen Kinder, URL: <http://www.destatis.de/basis/d/bevoe/bevoetab2.php>, Stand 01.12.2004, abgerufen am 13.01.2005
- Stegmüller, K. (1996): Wettbewerb im Gesundheitswesen – Konzeptionen zur „dritten Reformstufe“ der gesetzlichen Krankenversicherung, Frankfurt am Main

-
- Straub, C., Pütz, C. (2004): Perfektionswahn statt echter wettbewerblicher Reformen – Die Rolle des Risikostrukturausgleichs in einer wettbewerblichen Krankenversicherung, in: Gesundheits- und Sozialpolitik, 11-12/2004, S. 10-13, Baden-Baden
- Techniker Krankenkasse (2005a): Überschüsse, Defizite und Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung, URL: http://www.tk-online.de/centaurus/generator/tk-online.de/s03__presse-center/02__zahlen__daten__fakten/01__gkv/beitragssatzentwicklung/gkv__bs__entwicklung__navi.html, abgerufen am 31.01.2005
- Techniker Krankenkasse (2005b): Verteilung der Leistungsausgaben 2003, URL: http://www.tk-online.de/centaurus/generator/tk-online.de/s03__presse-center/02__zahlen__daten__fakten/01__gkv/ausgabenverteilung/gkv__ausgabenverteilung__navi.html, abgerufen am 23.02.2005
- Tuschen, K. H., Quaas, M. (2001): Bundespflegesatzverordnung – Kommentar mit einer umfassenden Einführung in das Recht der Krankenhausfinanzierung, 5. Auflage, Stuttgart
- Ullrich, C. G. (1995): Selbstbeteiligung und Risikozuschläge in der GKV – Zur Akzeptanz verhaltenssteuernder Eingriffe bei gesetzlich Versicherten, Arbeitspapier 4/1995 des Zentrums für Sozialpolitik, Bremen
- Ullrich, C. G. (2000): Solidarität im Sozialversicherungsstaat – Die Akzeptanz des Solidarprinzips in der gesetzlichen Krankenversicherung, Frankfurt am Main
- Ullrich, C. G., Wemken, I, Walter, H. (1994): Leistungen und Beiträge als Determinanten der Zufriedenheit mit der Gesetzlichen Krankenversicherung – Ergebnisse einer empirischen Untersuchung zur Akzeptanz des Krankenversicherungssystem bei den gesetzlich Versicherten, Arbeitspapier 3/1994 des Zentrums für Sozialpolitik, Bremen

-
- Ulrich, V., Schneider, U. (2004): Ausgestaltung und Finanzierung des sozialen Ausgleichs im Rahmen des Steuersystems – Baustein für einen wettbewerblichen Systemwechsel in der Krankenversicherung, Kurzgutachten im Auftrag des Verbandes Forschender Arzneimittelhersteller e.V., Bayreuth
- van de Ven, W. P. M. M. (2000): Risk adjustment in competitive health plan markets, in: Culyer, A. J., Newhouse, J. P.: Handbook of health economics, Bd. 1A, S. 755-845, Amsterdam
- van de Ven, W. P. M. M. (2002): Was ist die beste Strategie eines „solidarischen“ Ausgleichs der Krankheitslasten in einem wettbewerblichen Krankenversicherungssystem: Obergrenzen für Versicherungsbeiträge oder risikobezogene Prämiensubventionen?, in: Vierteljahrshefte zur Wirtschaftsforschung, 4/2002, S. 477-489, Berlin
- van de Ven, W. P. M. M. et al. (1996): Risikoausgleich in einem wettbewerblich strukturierten Krankenversicherungsmarkt: Reichen Alter und Gesundheit aus?, in: Oberender, P.: Alter und Gesundheit, S. 175-195, Baden-Baden
- VdAK, AEV (2003): Risikostrukturausgleich – Zahlen, Fakten, Hintergründe 2001/2002, Siegburg
- ver.di (2001): Unser Gesundheitssystem solidarisch finanziert – Forderungen und Vorschläge für ein gesundes Gesundheitssystem, Berlin
- Vereinbarung zwischen AOK-Bundesverband, Bundesverband der Betriebskassen, IKK-Bundesverband, Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V., AEV – Verband der Arbeiter-Ersatzkassen e.V., Bundesknappschaft, See-Krankenkasse nach § 267 Abs. 7 Nr.1 und 2 SGB V in der Fassung vom 29. April 2003, URL: <http://www.bva.de> → Fachinformationen → Risikostrukturausgleich → weitere Informationen, abgerufen am 04.12.2003

-
- Verordnung über das Verfahren zum Risikostrukturausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 03. Januar 1994 (Risikostrukturausgleichsverordnung – RSAV), in: BGBl. I 1994, S. 55-63
- Wackernagel-Jacobs, B. (1999): Regionalisierter Risikostrukturausgleich – Spaltung oder Solidarität zwischen den Bundesländern?, in: Rebscher, H.: Regionalisierung der gesetzlichen Krankenversicherung – Ordnungspolitische, ökonomische und juristische Analysen, S. 157-162, Baden-Baden
- Wallau, D. (2004): Effizienzfördernde Reformen im Gesundheitswesen – Analytischer Vergleich der gesetzlichen Unfall- und Krankenversicherung, Frankfurt am Main
- Wambach, A., Wigger, B. U. (2003): Kopfpauschalen oder Bürgerversicherung?, in: ifo Schnelldienst 10/2003, S. 7-10, München
- Wasem, J. (2003): Finanzierungsprobleme und –rahmen der zukünftigen sozialen Krankenversicherung in Deutschland, in: Pitschas, R. (2003b): Finanzierungsprobleme der Gesundheitsreform und GKV-Modernisierungsgesetz, S. 5-33, Speyer
- Wasem, J., Greß, S., Rothgang, H. (2003): Kopfprämien in der Gesetzlichen Krankenversicherung: Eine Perspektive für die Zukunft?, Arbeitspapier 7/2003 des Zentrums für Sozialpolitik, Bremen
- Wenzel, D. (1999): Finanzierung des Gesundheitswesens und interpersonelle Umverteilung: Mikrosimulationsuntersuchung der Einkommenswirkung von Reformvorschlägen zur GKV-Finanzierung, Frankfurt am Main
- Wille, E. (1999a): Auswirkungen des Wettbewerbs auf die gesetzliche Krankenversicherung, in Wille, E.: Zur Rolle des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung – Gesundheitsversorgung zwischen staatlicher Administration, kooperativer Koordination und marktwirtschaftlicher Steuerung, S. 95-156, Baden-Baden

-
- Wille, E. (1999b): Zur Rolle des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung – Gesundheitsversorgung zwischen staatlicher Administration, kooperativer Koordination und marktwirtschaftlicher Steuerung, Baden-Baden
- Wille, E. (2001): Basis- und Zusatzversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung – Arbeitsbericht, URL: <http://elib.uni-stuttgart.de/opus/volltexte/2004/1889/pdf/AB199.pdf>, abgerufen am 17.03.2004
- Wille, E., Igel, C. (2002): Zur Reform der Beitragsgestaltung, insbes. der Pflichtversicherungsgrenze in der gesetzlichen Krankenversicherung – eine empirische Analyse, Köln
- Wille, E., Schneider, U. (1998): Zur Regionalisierung in der gesetzlichen Krankenversicherung, in: Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen: Fairneß, Effizienz und Qualität in der Gesundheitsversorgung – was kann der Risikostrukturausgleich dazu leisten?, S. 23-58, Berlin
- Zweifel, P., Breuer, M. (2002): Wie viel Marktwirtschaft für das deutsche Gesundheitswesen? Mehr Markt im Gesundheitswesen tut Not, in: ifo Schnelldienst, 17/2002, S. 7-10, München
- Zweifel, P., Felder, S., Meier, M. (1996): Demographische Alterung und Gesundheitskosten: Eine Fehlinterpretation, in: Oberender, P.: Alter und Gesundheit, S. 29-46, Baden-Baden

Lebenslauf

- 14.02.1975 Geburt in Münster
- 1995 Abitur am Schillergymnasium in Münster
- 1996-1998 BWL-Vordiplom an der Universität Bayreuth
- 1998-2001 Hauptstudium an der ESCP-EAP in Paris, Oxford, Berlin
- Seit 2002 Angestellt bei McKinsey & Company in Berlin