

Prof. Dr. Volker Ulrich

Prof. Dr. Eberhard Wille

**Zur Berücksichtigung einer regionalen Komponente im  
morbidityorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA)**

**Endbericht**

**für das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege  
(StMGP)**

Bayreuth und Mannheim, im September 2014

## Inhalt

1. Ziele und Funktionen des Morbi-RSA
2. Der Morbi-RSA unter regionalen Aspekten
3. Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds und Ausgaben im Freistaat Bayern
  - 3.1 Daten und Methodik
  - 3.2 Deckungsquoten auf Kreisebene
  - 3.3 Deckungsquoten auf Ebene des Bundeslandes
4. Determinanten unterschiedlicher Deckungsquoten
  - 4.1 Nachfrage- und angebotsseitige Einflussgrößen
  - 4.2 Die regionale Komponente als exogener Faktor
5. Die fiskalische Position Bayerns im Morbi-RSA
  - 5.1 Finanzielle Abflüsse auf der Einnahmenseite versus Zuflüsse aus dem Gesundheitsfonds
  - 5.2 Die Deckungsquoten vor dem Hintergrund der fiskalischen Verteilungseffekte
6. Zusammenfassung und Ausblick
7. Literaturverzeichnis

## 1. Ziele und Funktionen des Morbi-RSA

Um die Rolle einer regionalen Komponente im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) zielorientiert beurteilen zu können, erscheint zunächst ein Blick auf die Ziele und Funktionen des Morbi-RSA sinnvoll bzw. in normativer Hinsicht erforderlich. Wie Abbildung 1 veranschaulicht, stellt der Morbi-RSA keinen Selbstzweck dar, sondern dient instrumental der Realisierung eines zielorientierten Wettbewerbs der Krankenkassen. Diesem wiederum fällt die Aufgabe zu, die Effizienz und Effektivität der Gesundheitsversorgung zu erhöhen. Im Hinblick auf die eigentliche Zielebene, die eine Erhöhung von Effizienz und Effektivität der gesundheitlichen Versorgung beinhaltet, besitzt der Morbi-RSA insofern in zweifacher Hinsicht nur instrumentalen Charakter (vgl. Wille, Ulrich und Schneider 2007, S. 31 sowie 2008, S. 37).

In wettbewerblicher Hinsicht zielt der Morbi-RSA vornehmlich darauf ab, den Krankenkassen gleiche bzw. faire Chancen bei ihrer kompetitiven Attrahierung von Versicherten einzuräumen und zudem Risikoselektion bei der Gewinnung von Versicherten weit möglichst zu verhindern. Dies erfordert idealtypisch, jede Krankenkasse so zu stellen, dass sie eine Versicherten- bzw. Risikostruktur aufweist, die im Hinblick auf die Ausgleichsfaktoren dem Durchschnitt aller konkurrierenden Krankenkassen entspricht (vgl. Wille 1999, S. 123; ähnlich Bundesversicherungsamt 2008, S. 2). Zudem sollte kein „Wettbewerb durch Risikoselektion“ stattfinden und die Krankenkassen deshalb keine Anreize erhalten, durch Risikoselektion relevante Wettbewerbsvorteile zu erlangen (vgl. Resch 2004, S. 42ff.).

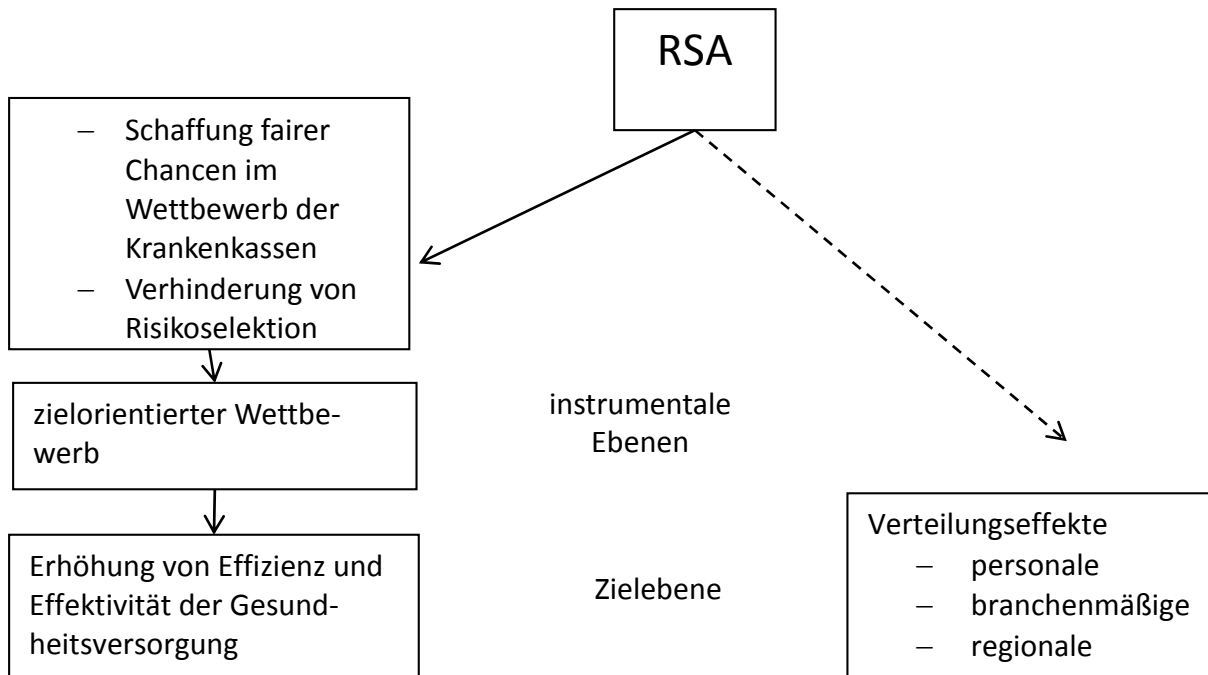
Die Notwendigkeit eines Morbi-RSA besteht in jedem wettbewerblichen Krankenversicherungssystem, welches einen Kontrahierungszwang sowie risikounabhängige, d.h. einkommensbezogene oder pauschale Beiträge aufweist. Andernfalls besitzen die Krankenkassen Anreize, sich auf die Attrahierung von gut verdienenden, jungen und gesunden Versicherten zu konzentrieren. Ein solcher Wettbewerb, der auf Risikoselektion abzielt, verursacht aus gesamtwirtschaftlicher Sicht aber lediglich Kosten, ohne dabei einen positiven Beitrag zur Gesundheitsversorgung und somit zum Nutzen der Versicherten und Patienten zu leisten. Ein Morbi-RSA erübrigt sich unter Wettbewerbsaspekten in einem Krankenversicherungssystem mit risikoadjustierten Prämien wie in der privaten Krankenversicherung (PKV), in einer Einheitsversicherung wie in England, in der automatisch ein Ausgleich über alle Versicherten, Branchen und Regionen stattfindet, sowie in einem Versicherungssystem, in dem es wie in Österreich in jeder Region im Wesentlichen nur eine Krankenkasse und damit keine Wahl- und Wechselmöglichkeiten der Versicherten gibt. Während der 1994 eingeführte RSA keinen vollständigen Finanzkraftausgleich vornahm, findet nun im Rahmen des Gesundheitsfonds, der zusammen mit dem Morbi-RSA am 01.01.2009 startete, zwischen den Krankenkassen ein 100%iger Ausgleich der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) statt<sup>1</sup>. Zudem tritt zu den indirekten Risikomerkmale Alter, Geschlecht und Bezug einer Erwerbsminderungsrente eine direkte Morbiditätsorientierung durch eine Berücksichtigung von bis zu 80 Krankheiten in Form von hierarchisierten Morbiditätsgruppen auf der Grundlage von Diagnosen

---

<sup>1</sup> Ein Finanzkraftausgleich erfolgte vor Einführung des Gesundheitsfonds nur zu ca. 92 %, da bei der Berechnung des Beitragsbedarfs einer Krankenkasse Kosten unberücksichtigt blieben, auf die die Krankenkasse Einfluss nehmen kann (Satzungs- oder Mehrleistungen und Verwaltungsausgaben).

hinzu. Mit dieser speziellen Morbiditätsorientierung möchte der RSA sicherstellen, dass kranke Versicherte nicht zwangsläufig für die Krankenkassen schlechte Risiken darstellen und sie deshalb die Versorgung insbesondere chronisch Kranker vernachlässigen.

**Abbildung 1: Ziele und Funktionen des Morbi-RSA**



Quelle: Wille, Ulrich und Schneider 2007, S. 31 und 2009, S. 77.

Der Morbi-RSA bildet aber keinen ex-post orientierten Finanzausgleich, der die Beiträge der Krankenkassen weit möglichst angleicht, sondern ein ex ante Transfersystem, welches weiterhin grundsätzlich noch Differenzen in den Beiträgen der Krankenkassen durch Zusatzbeiträge bzw. Prämienauszahlungen zulässt. Diese Beitragsdifferenzen sollen allerdings nicht aus den unterschiedlichen Risikostrukturen ihrer Versicherten oder erfolgreicher Risikoselektion erwachsen, sondern aus effizientem Handeln, d.h. wettbewerblichen Vorteilen im Vertrags- und Versorgungsbereich (vgl. Wille 1999, S. 123; ähnlich Rebscher 1998, S. 75). Entsprechend dienen beim Morbi-RSA nicht die tatsächlichen Leistungsausgaben zur Veranschlagung der Morbidität der Versicherten, die Krankenkassen erhalten vielmehr im Rahmen eines prospektiven Ansatzes durchschnittliche bzw. standardisierte Zuweisungen auf Bundesebene anhand der indirekten und direkten Risikomerkmale (siehe Drösler et al. 2011, S. 13 ff.).

## 2. Der Morbi-RSA unter regionalen Aspekten

Neben seiner Funktion, einen zielorientierten Wettbewerb der Krankenkassen zu sichern, führt der Morbi-RSA, wie Abbildung 1 andeutet, in Verbindung mit dem Gesundheitsfonds auch zu personellen, branchenmäßigen und regionalen Umverteilungseffekten. Diese regionalen Umverteilungseffekte existierten im Prinzip schon vor 2009 in der Krankenversicherung der Rentner (KVdR) bereits seit 1978 und vor allem im Rahmen des damaligen RSA in der Ausgestaltung zwischen 1993 und 2008, erfuhren aber durch den Gesundheitsfonds und den Morbi-RSA eine deutliche Intensivierung. Auf der Einnahmenseite der GKV entstehen diese Umverteilungseffekte dadurch, dass in bestimmten Bundesländern und Regionen die Versicherten bzw. Mitglieder höhere bzw. niedrigere beitragspflichtige Einnahmen als im Bundesdurchschnitt aufweisen. So entlastet (belastet) der Gesundheitsfonds mit seinem 100%igen Einnahmenausgleich gegenüber dem alten RSA Mitglieder, die in einer regional tätigen Krankenkasse in einem Bundesland mit unterdurchschnittlichen (überdurchschnittlichen) beitragspflichtigen Einnahmen angehören, stärker als zuvor. Daraus folgt, dass der Gesundheitsfonds über diesen erweiterten Finanzkraftausgleich Beitragsmittel aus wirtschaftlich stärker prosperierenden Bundesländern, wie vornehmlich Baden-Württemberg, Bayern, Hamburg und Hessen, in solche mit niedrigerem Lohnniveau pro Kopf, d.h. im Wesentlichen in die neuen Bundesländer, umverteilt (vgl. Wasem et al. 2007 und 2008).

Diese Transfers zwischen den Bundesländern, die der Gesundheitsfonds auf der Einnahmenseite der GKV verursachte, beschränken sich allerdings weitgehend auf finanzielle Effekte zwischen regional tätigen Krankenkassen<sup>2</sup>. Bundesweit tätige Krankenkassen wie die Ersatzkassen verteilten bereits im alten RSA ihr gesamtes Ausgabenvolumen, d.h. auch die nicht vom damaligen RSA berücksichtigten Teile, nahezu vollständig um. Transfers zwischen Bundesländern können als Folge des Gesundheitsfonds bei bundesweit kalkulierenden Krankenkassen mit einer bundesdurchschnittlichen Risikostruktur der Versicherten nur im Rahmen von Zusatzbeiträgen oder Beitragsrückerstattungen auftreten (vgl. Göppfarth 2006, S. 18 sowie Rürup und Wille 2007, S. 43). Der Effekt der Vervollständigung des Finanzkraftausgleichs durch den Gesundheitsfonds lag für das Bundesland Bayern nach der jüngsten von damals mehreren Berechnungen in Gutachten und Forschungsvorhaben bei einer zusätzlichen Belastung von 62 Mio. Euro pro Jahr (hier 2006: siehe auch Wasem, Buchner und Wille 2008, S. 58). Zu ähnlichen Größenordnungen gelangten für frühere Jahre das Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung 2006, Wasem et al. 2007 sowie Rürup und Wille 2007. Tabelle 1 enthält die Be- und Entlastungswirkungen durch den Gesundheitsfonds aus dem Gutachten von Rürup und Wille (2007), die auch über die finanziellen Auswirkungen in den anderen Bundesländern informieren. Die unmittelbare Messung der Morbidität im RSA bedeutet für Bayern aber nicht nur finanzielle Nachteile: Zwar leben in Bayern im Durchschnitt mehr jüngere Menschen als in anderen Bundesländern, die Morbidität bezogen auf das Lebensalter liegt aber über dem Durchschnitt, was im Morbi-RSA berücksichtigt wird (vgl. Bundesversicherungsamt 2011b, S. 1).

---

<sup>2</sup> Zusätzlich können solche Transfers auch insoweit auftreten, als Krankenkassen, zum Beispiel innerhalb eines Bundeslandes, in unterschiedlichen Regionen ihre Tätigkeit ausüben.

**Tabelle 1: Zusätzliche Be- und Entlastungswirkungen durch die Vervollständigung des Finanzkraftausgleichs in Mio. Euro**

Bundesland	Gesamtveränderung in Mio. Euro		
	Verteilung 1	Verteilung 2	Verteilung 3
Schleswig-Holstein	-0,4	-2,2	1,3
Hamburg	-32,2	-36,0	-28,8
Niedersachsen	40,6	34,5	46,1
Bremen	4,7	2,5	6,7
Nordrhein-Westfalen	-16,5	-12,1	-20,4
Hessen	-61,7	-59,0	-64,2
Rheinland-Pfalz	22,4	23,2	21,6
Baden-Württemberg	-72,1	-49,6	-92,5
Bayern	-80,7	-62,0	-97,8
Saarland	-2,1	-3,8	-0,5
Berlin	-0,9	-8,9	6,4
Brandenburg	22,7	22,4	22,9
Mecklenburg-Vorpommern	12,3	11,7	12,8
Sachsen	92,0	75,7	106,9
Sachsen-Anhalt	38,5	33,2	43,2
Thüringen	33,5	30,5	36,3

Verteilung 1: Satzungsleistungen nach Versichertenzahl, Verwaltungskosten verteilt zu 30 Prozent nach Versichertenzahl und zu 70 Prozent nach Leistungsausgaben.

Verteilung 2: Satzungsleistungen und Verwaltungskosten nach Versichertenzahl verteilt.

Verteilung 3: Satzungsleistungen und Verwaltungskosten nach Leistungsausgaben verteilt.

Quelle: Rürup und Wille 2007, S. 8.

Die Umverteilungseffekte bestehen sowohl generell als auch zusätzlich durch den Gesundheitsfonds verursacht zwischen den einzelnen Bundesländern sowie innerhalb dieser zwischen wirtschaftlich starken und strukturschwachen Regionen. Unabhängig von einer normativen Beurteilung dieser inter- und intraregionalen Umverteilungseffekte unter juristischen und ökonomischen Aspekten interessiert im Rahmen dieses Gutachtens auch der quantitative (Gesamt-)Umfang dieser Transfers, d.h. die distributiven Leistungen der GKV-Mitglieder Bayerns dank ihrer überproportionalen beitragspflichtigen Einnahmen.

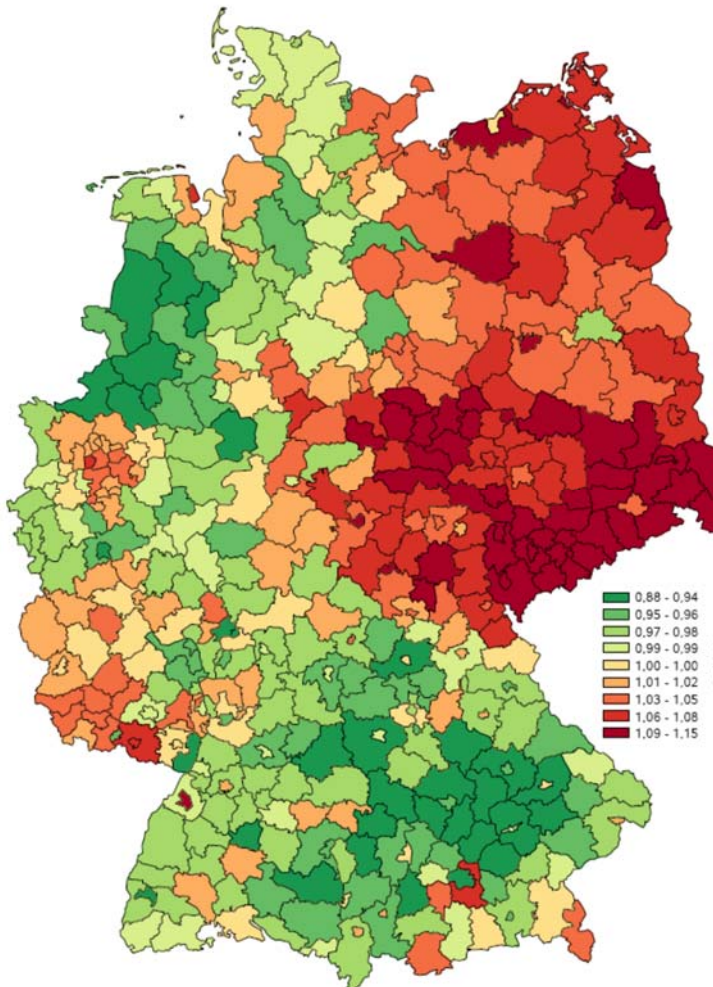
Zu diesen Umverteilungseffekten, die der Morbi-RSA auf der Einnahmenseite der GKV zwischen den Bundesländern und Regionen verursacht, treten noch solche auf der Ausgabenseite hinzu. Diese gehen zum einen auf Unterschiede in den Alters- und Geschlechtsstrukturen, d.h. auf demographische Faktoren, und zum anderen alters- und geschlechtsbereinigt auf Differenzen in den Morbiditätsstrukturen zurück.

Dabei bewirkte auch ohne die Berücksichtigung spezifischer Morbiditäten schon der alte RSA insofern innerhalb der Bundesländer und Regionen eine Umverteilung der Ausgaben, als ältere Versicherte häufiger erkranken und öfter an - teilweise mehreren - chronischen Krankheiten leiden. Auf eine finanzielle Unterstützung seitens der Versicherten Bayerns aufgrund dieses demographischen Faktors deuten schon die unterdurchschnittlichen Altenquotienten hin.

So besaß Bayern schon im Jahre 2005 mit 30,37 bzw. 2,95 deutlich unter dem Bundesdurchschnitt von 31,69 bzw. 3,04 liegende Altenquotienten „65“ und „85“; diese Quotienten beziehen die 65- bzw. 85-Jährigen und Älteren auf 100 Personen im Alter von 20 bis unter 65 Jahren (vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2010, Ziffer 33ff.). Es steht auch demographisch nicht zu erwarten, dass sich hinsichtlich des Bundeslandes Bayern diese Unterschiede in den nächsten 20 Jahren abbauen (siehe ebenda).

Abbildung 2 informiert über die alters- und geschlechtsstandardisierten Ausgaben in Deutschland auf der Ebene der Landkreise (vgl. Drösler et al. 2011, S. 66). Bei diesen Ausgaben handelt es sich um die Ausgaben, die sich ergeben, wenn man für jeden Landkreis die Ausgaben je Alters- und Geschlechtsgruppe mit der GKV-durchschnittlichen Alters- und Geschlechtsverteilung multipliziert.

**Abbildung 2: AGG-Risikofaktor je Kreis**



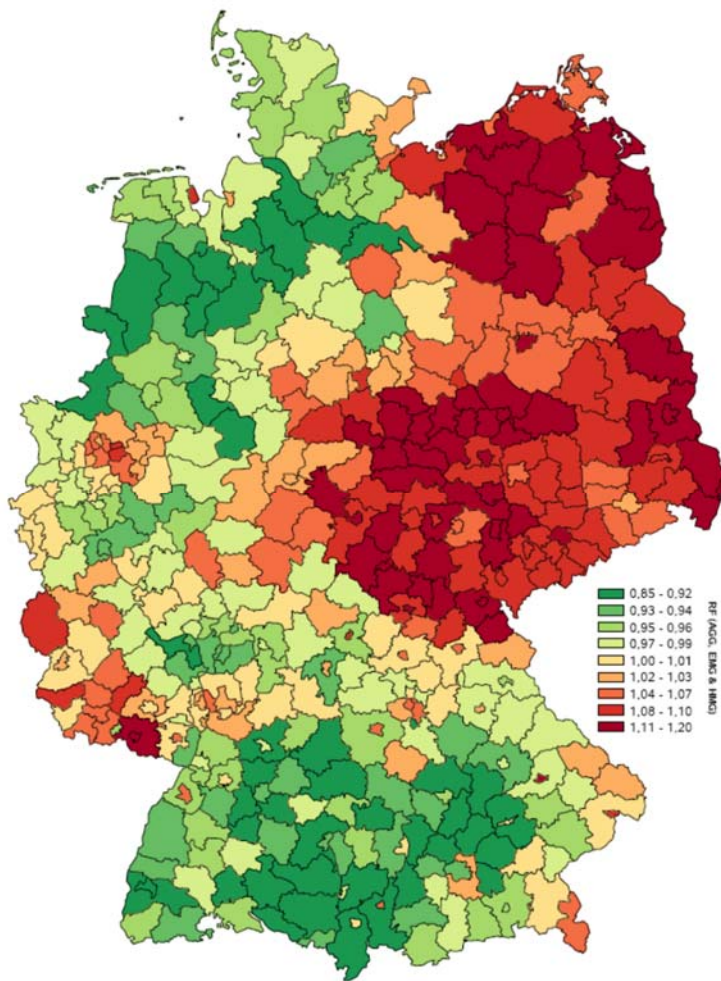
Quelle: Drösler et al. 2011, S. 66.

Es zeigt sich, dass Unterschiede in den Pro-Kopf-Leistungsausgaben mit den unterschiedlichen Alters- und Geschlechtsstrukturen in den einzelnen Landkreisen korrelieren. Es ist bekannt, dass die neuen Bundesländer eine ungünstigere Alters- und Geschlechtsstruktur gegenüber den alten Bundesländern aufweisen, die einen Teil der Ausgabenunterschiede erklärt. Dies gilt u.a. auch für Landkreise in Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz und Bayern. Göppfarth kommt in einer Analyse von Regionalmerkmalen zu dem Ergebnis, dass sich die Spanne der alters- und geschlechtsstandardisierten Pro-Kopf-Ausgaben im Vergleich zu den rohen Pro-Kopf-Ausgaben um 30 Prozent reduziert (vgl. Göppfarth 2011, S. 24). Wie Abbildung 2 zeigt, bleiben aber auch nach dieser Korrektur für Alter und Geschlecht erhebliche Ausgabenunterschiede zwischen den einzelnen Regionen bzw. Landkreisen bestehen.

Der RSA berücksichtigt darüber hinaus den Bezug von Erwerbsminderungsrenten und die anhand von 80 kostenintensiven chronischen oder schwerwiegenden Krankheiten prospektiv ermittelte Morbidität als weitere Ausgleichsfaktoren. Abbildung 3 zeigt die risikoadjustierten Ausgaben je GKV-Versicherten nach Landkreisen.



**Abbildung 3: RSA-Risikofaktor je Kreis**

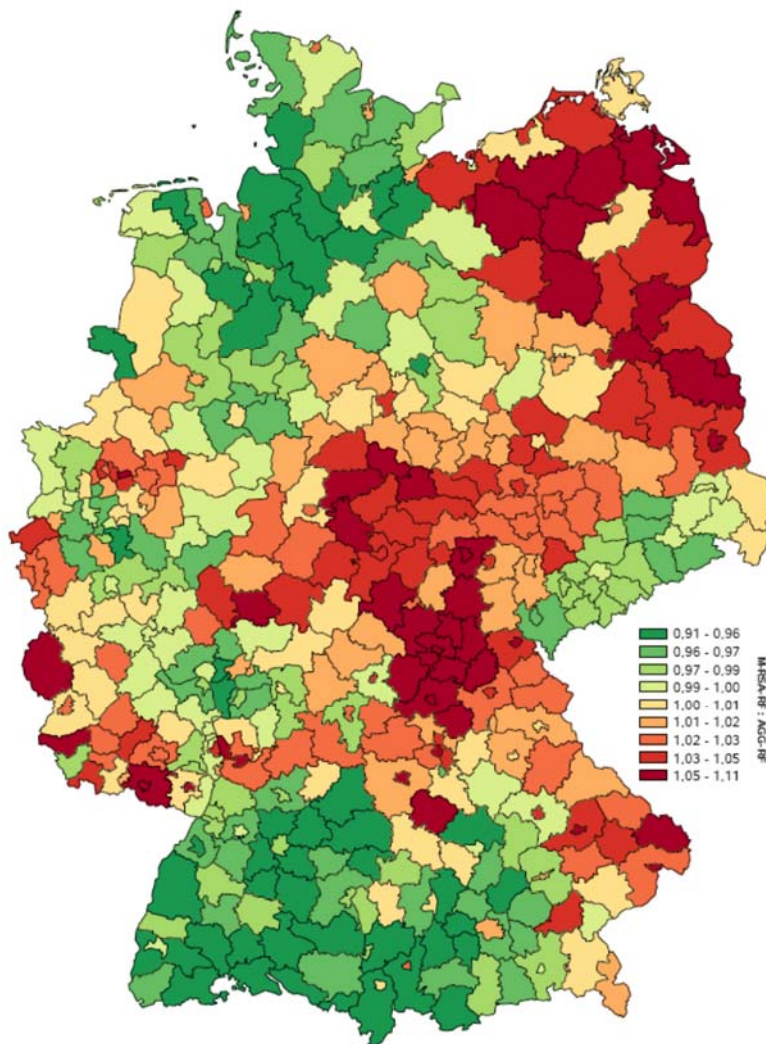


Quelle: Drösler et al. 2011, S. 65.

Die Einführung des Morbi-RSA durch die Berücksichtigung spezieller Morbiditätsindizes erhöhte demnach die Umverteilungswirkungen zwischen Krankenkassen in den einzelnen Bundesländern und Regionen. So weisen die Versicherten in Bayern auch alters- und geschlechtsbereinigt bei den meisten Krankheiten eine im Bundesdurchschnitt niedrigere Morbidität auf (grün: Werte unter Eins; siehe Drösler 2011, S. 65ff. sowie Repschläger 2011a, S. 182ff. und 2011b). Entsprechend weist Bayern mit 0,9688 (Bund: 1,000) den nach Baden-Württemberg (0,9418) und Hamburg (0,9478) niedrigsten Risikofaktor auf (vgl. Göppfarth 2013, S.14).

Abbildung 4 zeigt das Verhältnis der RSA-Morbidität zu einer nur mit der Alters- und Geschlechtsstruktur gemessenen Morbidität. Werte über 1 (rot) bedeuten, dass der Kreis eine höhere RSA-Morbidität aufweist, als alleine von der Alters- und Geschlechtsstruktur zu erwarten wäre. Umgekehrt bedeuten Werte unter 1 (grün) eine alters- und geschlechtsstandardisiert unterdurchschnittliche RSA-Morbidität. Eine alters- und geschlechtsstandardisiert überdurchschnittliche Morbidität gibt es hier nicht nur, wie zu erwarten, im Nordosten, in der Mitte oder im Westen Deutschlands, sondern auch in Teilen Bayerns (vgl. Drösler et al. 2011, S. 67).

**Abbildung 4: Verhältnis des RSA-Risikofaktors zum AGG-Risikofaktor**



Quelle: Drösler et al. (2011), S. 67.

Hierfür zeichnen vornehmlich regionale Unterschiede bei der Beschäftigung bzw. Arbeitslosigkeit, dem Einkommen, dem Bildungsstand und der ökologischen Umwelt verantwortlich. Aber auch Unterschiede beim Angebot (Verfügbarkeit medizinischer Infrastruktur) und bei der Leistungsanspruchnahme spielen hierfür eine Rolle (vgl. Göpfarth 2011, S. 6ff; Rettenmaier und Wang 2013, S. 825ff.).

Der Gesundheitsfonds auf der Einnahmen- und der Morbi-RSA auf der Ausgabenseite erhöhten somit ab 2009 die finanziellen Abflüsse aus Bayern und verstärkten damit innerhalb der GKV die solidarischen Leistungen der Versicherten dieses Bundeslandes. Den fiskalischen Effekt dieses Transfers der Versicherten Bayerns versucht das Gutachten zu quantifizieren.

Die Krankenkassen erhalten, wie bereits angedeutet, aus dem Gesundheitsfonds, in den alle Einnahmen einschließlich des Bundeszuschusses fließen, Zuweisungen ent-

sprechend den durchschnittlichen bzw. standardisierten Leistungsausgaben je Versicherten. Dabei erfolgt eine Einteilung der Versicherten in Risikogruppen nach den Ausgleichsfaktoren:

- Alter und Geschlecht,
- nach Alter und Geschlecht differenzierte Bezieher von Erwerbsminderungsrenten sowie
- auf der Grundlage von Diagnosen und Arzneimittelverordnungen gebildete Morbiditätsgruppen (vgl. Drösler, S. 2011, S. 13.ff).

Durch Gegenüberstellung dieser Zuweisungen mit den jeweiligen tatsächlichen Ausgaben erhält man die sog. Deckungsquoten<sup>3</sup>. Diese geben somit an, ob und in welchem Umfang die Zuweisungen, die alle Krankenkassen in einem Bundesland oder einer Region für die Versicherten mit dortigem Wohnsitz erhalten, die Ausgaben für diese Versicherten unter- oder überschreiten. Wie der Evaluationsbericht zum Jahresausgleich 2009 im Risikostrukturausgleich belegt (vgl. Drösler et al. 2011, S. 68ff.) kommt es auch beim geltenden Morbi-RSA zu Unter- und Überdeckungen in Regionen und Bundesländern. Trotz Alters-, Geschlechts- und spezifischer Morbiditätsadjustierung treten tendenziell Unterdeckungen in Kernstädten und Überdeckungen im umliegenden Verdichtungsraum auf. Diese Unter- und Überdeckungen, die auf unterschiedliche regionale Verhältnisse in den einzelnen Leistungsbereichen zurückgehen, bestehen primär auf lokaler Ebene aufgrund der Inhomogenität innerhalb der Länder. So weisen alle Flächenländer auf Kreisebene Regionen sowohl mit Unter- als auch mit Überdeckungen auf. Bei der Aggregation über alle Kreise bestehen hier auch relevante Unterschiede zwischen den einzelnen Bundesländern.

Auch eine aktuelle Studie der OECD zur geographischen Variationen in der Gesundheitsversorgung (vgl. OECD 2014) erhebt Daten auf der Ebene der kreisfreien Städte und Landkreise und aggregiert diese bis zur Ebene der Bundesländer und Raumordnungseinheiten, um regionale Variationen bei ausgewählten medizinischen Leistungen zu untersuchen. Die Studie zeigt mit Blick auf Deutschland, dass in den meisten Fällen keine regionale Gleichverteilung vorliegt und „dass diese Variation derzeit unerklärt ist“ (OECD 2014, S. 16).

In diesem Kontext beschäftigt sich das Gutachten mit folgenden Fragen:

- (1) Welche regionalen Deckungsquoten existieren auf Kreisebene in Bayern und welche Deckungsquote ergibt sich bei ihrer Aggregation für dieses Bundesland?
- (2) Auf welche nachfrage- und angebotsseitigen Einflussgrößen gehen diese unterschiedlichen regionalen Deckungsquoten zurück?

---

<sup>3</sup> Der Begriff der Deckungsquote wird im Folgenden als Maßstab der Zielgenauigkeit des Morbi-RSA verwendet. Davon zu unterscheiden ist der Vergleich der Zuweisungen mit den standardisierten bzw. durchschnittlichen Leistungsausgaben.

- (3) In welcher Relation stehen regionale Einnahmen, regionale Ausgaben und regionale Zuweisungen und welche finanziellen Abflüsse aus Bayern ergeben sich durch Gesundheitsfonds und Morbi-RSA?
- (4) Ist zum Ausgleich der Differenzen in den regionalen Deckungsquoten vor dem Hintergrund der errechneten Nettoabflüsse aus Bayern eine regionale Ausgleichskomponente im Morbi-RSA eine zielkonforme und sachgerechte Lösung?

### 3. Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds und Ausgaben im Freistaat Bayern

#### 3.1 Daten und Methodik

Datengrundlage für unsere Berechnungen sind Erkenntnisse der am Projekt des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege (StMGP) beteiligten Krankenkassen auf der Ebene der 71 Landkreise und 25 kreisfreien Städte in Bayern für das Jahr 2011. Üblicherweise bilden die Routinedaten zur Durchführung des Risikostrukturausgleichs die Datengrundlage für RSA-bezogene Analysen. Diese Daten umfassen für alle GKV-Versicherten die im Rahmen von Abrechnungen dokumentierten Versichertenstammdaten, ärztlichen Diagnosen, die abgerechneten Arzneimittelverordnungen sowie die sich daraus ergebenden Leistungsausgaben (vgl. Schmidt, Wittmann und Göppfarth 2010). Im Rahmen der Analyse zur sogenannten Konvergenzregelung erfolgte bis zum Berichtsjahr 2010 aufgrund der gesetzlichen Vorgaben eine Ermittlung der regionalen Auswirkungen des Risikostrukturausgleichs. Im Jahresausgleich 2010 wurde laut BVA der für dieses Jahr auf 200 Mio. Euro festgelegte Schwellenwert für die Belastungsobergrenze für die in einem Bundesland tätigen Krankenkassen auf Grund der Einführung des Gesundheitsfonds nicht mehr überschritten. Gesetzlich war festgelegt, dass die Konvergenzklausel dann keine Anwendung mehr findet und somit auch keine Regionalmerkmale im Risikostrukturausgleich mehr erhoben werden.

Der für das Gutachten verwendete Datensatz enthält auf der Ebene der bayerischen Landkreise Informationen über die Leistungsausgaben (auch für ausländische Versicherte) ohne Krankengeld, die Versichertenjahre, die regionalen Zuweisungen (Morbidity-RSA und DMP-Programme) sowie die regionalen Einnahmen (Beiträge aus beitragspflichtigen Arbeitsentgelten sowie Beiträge von Selbstzahlern, versicherungspflichtigen Studenten und Praktikanten).

Für die regionale Analyse interessieren dabei insbesondere folgende Größen:

- **Saldo der regionalen Ausgaben und der regionalen RSA-Zuweisungen.** Diese Größe, die auch als regionale Deckungsquote (**DQ**) bezeichnet wird, informiert darüber, in welchem Ausmaß die tatsächlichen Ausgaben für GKV-Versicherte mit Wohnsitz in der Region durch die RSA-Zuweisungen für diese Versicherten gedeckt werden (analog zum RSA-Evaluationsbericht 2011; vgl. Drösler et al. 2011):

$$\bullet \quad DQ_i = \frac{\text{regionale Zuweisungen}_i}{\text{regionale Ausgaben}_i} \times 100 \quad \forall i = 1, \dots, 96 \quad (96 \text{ Kreise bzw. kreisfreie Städte in Bayern})$$

$$\bullet \quad DQ_{\text{Bayern}} = \frac{\sum_{i=1}^{96} \text{regionale Zuweisungen}_i}{\sum_{i=1}^{96} \text{regionale Ausgaben}_i} \times 100$$

- **Saldo der regionalen Einnahmen und der regionalen RSA-Zuweisungen.** Dieser Saldo zeigt, in welchem Ausmaß die Beitragszahlungen der GKV-Mitglieder mit Wohnsitz in der Region die für sie und ihre mitversicherten Angehörigen aus dem RSA gezahlten Zuweisungen über- oder unterschreiten ("regionale Nettozu- bzw. -abflüsse von Beitragsmitteln: **NA**"):
  - $NA_i = \text{regionale Einnahmen}_i - \text{regionale Zuweisungen}_i$
  - $NA_{\text{Bayern}} = \sum_{i=1}^{96} NA_i$

Die regionalen Nettozuflüsse bzw. –abflüsse von Beitragsmitteln (**NA**) werden aber auch durch regionale Anteile an den Steuermitteln bzw. dem Bundeszuschuss und den Beiträgen für Rentner, BA-Leistungsbezieher (ALG I, ALG II) und Minijobber beeinflusst. Die Normzuweisungen aus dem Gesundheitsfonds an die Krankenkassen werden auch aus diesen Mitteln gespeist. Dieser Teil der beitragspflichtigen Einnahmen wird nicht auf Landkreisebene erhoben bzw. erfasst und liegt daher auf Ebene der Landkreise im Datensatz nicht vor. Regionale Nettoabflüsse und auch das hypothetische Finanzergebnis lassen sich daher nicht auf der Ebene der bayerischen Landkreise ausweisen, sondern allenfalls auf Landesebene abschätzen.

Die zur Verfügung stehenden regionalen Einnahmen (Beiträge aus beitragspflichtigen Arbeitsentgelten sowie Beiträge von Selbstzahlern, versicherungspflichtigen Studenten und Praktikanten) können allerdings herangezogen werden, um über Nettozuflüsse bzw. –abflüsse aus einer Wertschöpfungsperspektive zu informieren. Während die Höhe der hier nicht erfassten Einkommensbestandteile (Rentner, ALG I- und ALG II-Empfänger, Minijobber) von politischen Faktoren mitbestimmt wird, besteht bei den beitragspflichtigen Arbeitsentgelten ein unmittelbarer Bezug zur Wertschöpfung, da der Sozialaufwand letztlich aus der Wertschöpfung zu leisten ist. Da der Faktor Kapital gegenwärtig nicht zur Verbeitragung herangezogen wird, informieren Nettozu- und abflüsse auf der Basis der Arbeitsentgelte über entsprechende Ent- und Belastungen des Produktionsfaktors Arbeit auf der Ebene von Landkreisen (Wohnorte der Arbeitnehmer) und für Bayern insgesamt.

Für die Berechnungen auf der Ebene des Landes Bayern können die fehlenden Einnahmenwerte hochgerechnet werden, indem vorwiegend bundesweite Durchschnittswerte mit den jeweiligen Kopfzahlen für Versicherte in Bayern multipliziert werden. Wenn für Bayern bei einem Teil der beitragspflichtigen Einnahmen durch die Verdurchschnittlichung zu niedrige Werte ausgewiesen werden, ermitteln wir die entsprechenden Nettozu- bzw. -abflüsse (regionale Einnahmen – regionale Zuweisungen) zumindest als eine Untergrenze. Beim Arbeitslosengeld I ist nur die Verteilung der Leistungsbezieher bekannt, d.h. wie viele Arbeitslose leben in Bayern oder in anderen Bundesländern, während die Höhe der gezahlten Beiträge nur für die Gesamtheit der Leistungsbezieher auf Bundesebene bekannt ist. Grundsätzlich könnte man versuchen, die Einkommensverteilung der Beschäftigten heranziehen oder zu simulieren, um auf

diese Weise die Höhe der in Bayern gezahlten Beiträge abschätzen zu können. Alternativ bietet sich die etwas gröbere, dafür aber einfachere Variante an, mit durchschnittlichen Beitragseinnahmen zu arbeiten. Die Arbeitslosengeld II-Leistungen (Hartz IV) sind dagegen wiederum Pauschalbeiträge und können unmittelbar mit den entsprechenden Zahlen für Arbeitslosengeld II-Empfänger in Bayern multipliziert werden. Die von den Ortskrankenkassen und den Betriebskrankenkassen für die Kreisebene aufbereiteten Daten kommen auf der Landesebene auf einen Marktanteil in Höhe von 60 Prozent. Für die überregional tätigen Ersatzkassen sind keine bayerischen Daten verfügbar. Um den bayerischen Gesamtmarkt abbilden zu können, arbeiten wir für die Ersatzkassen mit der Annahme, dass ihre Deckungsquote dem gewichteten Mittel der Deckungsquoten von AOK und BKK entspricht.

Unterstellt man, dass die Ersatzkrankenkassen in der Tendenz einen relativ hohen Anteil an Versicherten in den städtischen Räumen und Ballungsgebieten versichern, ist es nicht unplausibel, eine Deckungsquote zwischen der AOK und dem BKK-Lager zu unterstellen. Auch hier ermöglicht die gewählte Vorgehensweise mit drei Varianten den Ausweis einer Untergrenze für die Deckungsquote für das Bundesland Bayern insgesamt.

### **3.2 Deckungsquoten auf Kreisebene**

Die regionalen Deckungsquoten für die bayerischen Landkreise geben an, ob die Zuweisungen, die in der Summe über alle Krankenkassen für die Versicherten in den bayerischen Landkreisen aus dem Gesundheitsfonds ausgezahlt wurden, die Ausgaben für dieselben Versicherten überschreiten oder nicht. Überdeckungen entsprechen Werte über 100 Prozent und Unterdeckungen bestehen bei Werten unter 100 Prozent. Tabelle 2 enthält die Deckungsquoten für die Landkreise und kreisfreien Städte in Bayern und für Bayern insgesamt.

Für alle bayerischen Krankenkassen gemeinsam finden wir eine Deckungsquote für das Jahr 2011 in Höhe von 99,0 Prozent, die je nach Landkreis bzw. kreisfreier Stadt von 86,9 Prozent (Schwabach) bis 108,3 Prozent (Aschaffenburg) schwankt. Daraus resultiert für Bayern insgesamt eine *Unterdeckung von einem Prozentpunkt*.

**Tabelle 2: Deckungsquoten in Bayern nach Landkreise und kreisfreien Städten**

<b>KGS_NAME</b>	<b>DQ Bayern ohne Krankengeld</b>
Aichach-Friedberg	99,9%
Altötting	98,1%
Amberg	96,7%
Amberg-Sulzbach	98,9%
Ansbach Land	103,0%
Ansbach Stadt	96,0%
Aschaffenburg Land	102,6%
Aschaffenburg Stadt	108,3%
Augsburg Land	99,2%
Augsburg Stadt	98,3%
Bad Kissingen	98,7%
Bad Tölz-Wolfratshausen	95,1%
Bamberg Land	104,7%
Bamberg Stadt	98,0%
Bayreuth Land	99,6%
Bayreuth Stadt	94,3%
Berchtesgadener Land	99,7%
Cham	101,1%
Coburg Land	103,2%
Coburg Stadt	100,7%
Dachau	91,1%
Deggendorf	103,2%
Dillingen a.d. Donau	98,6%
Dingolfing-Landau	101,9%
Donau-Ries	99,0%
Ebersberg	92,9%
Eichstätt	101,9%
Erding	96,5%
Erlangen	96,3%
Erlangen-Höchstadt	97,6%
Forchheim	99,9%
Freising	98,5%
Freyung-Grafenau	104,1%
Fürstenfeldbruck	92,7%
Fürth Land	98,4%
Fürth Stadt	101,1%
Garmisch-Partenkirchen	92,1%
Günzburg	102,7%
Haßberge	101,9%
Hof Land	103,9%
Hof Stadt	103,2%
Ingolstadt	97,1%
Kaufbeuren	97,3%



Kelheim	100,1%
Kempten (Allgäu)	98,3%
Kitzingen	104,7%
Kronach	103,1%
Kulmbach	101,6%
Landsberg am Lech	100,8%
Landshut Land	101,5%
Landshut Stadt	95,6%
Lichtenfels	101,5%
Lindau (Bodensee)	101,7%
Main-Spessart	99,9%
Memmingen	100,3%
Miesbach	95,3%
Miltenberg	102,4%
Mühdorf a. Inn	99,8%
München Land	91,5%
München Stadt	93,0%
Neu-Ulm	100,5%
Neuburg-Schrobenhausen	101,7%
Neumarkt i.d. OPf.	102,7%
Neustadt a.d. Aisch-Bad Windsheim	93,8%
Neustadt a.d. Waldnaab	96,4%
Nürnberg	97,7%
Nürnberger Land	98,2%
Oberallgäu	101,6%
Ostallgäu	101,1%
Passau Land	101,9%
Passau Stadt	108,0%
Pfaffenhofen a.d. Ilm	97,1%
Regen	106,9%
Regensburg Land	99,8%
Regensburg Stadt	98,5%
Rhön-Grabfeld	97,4%
Rosenheim Land	98,4%
Rosenheim Stadt	100,3%
Roth	102,4%
Rottal-Inn	105,1%
Schwabach	86,9%
Schwandorf	97,5%
Schweinfurt Land	103,5%
Schweinfurt Stadt	102,5%
Starnberg	95,0%
Straubing	103,3%
Straubing-Bogen	107,0%
Tirschenreuth	100,2%
Traunstein	98,9%

Unterallgäu	101,3%
Weiden i.d. OPf.	87,1%
Weilheim-Schongau	98,1%
Weißenburg-Gunzenhausen	104,6%
Wunsiedel i. Fichtelgebirge	100,3%
Würzburg Land	98,4%
Würzburg Stadt	101,6%
<b>DQ Bayern insgesamt</b>	<b>99,0%</b>

Quelle: Eigene Berechnungen.

Abbildung 5 illustriert die Deckungsquoten für die Summe aller Leistungsausgaben ohne Krankengeld für das Jahr 2011 auf der Ebene der bayerischen Landkreise und kreisfreien Städte anhand unterschiedlicher Einfärbungen. Die rote Farbe signalisiert eine Unterdeckung (Deckungsquote < 100 Prozent) in dem betreffenden Landkreis bzw. der kreisfreien Stadt, die Farbe Blau zeigt dagegen eine Überdeckung an (Deckungsquote >100 Prozent).

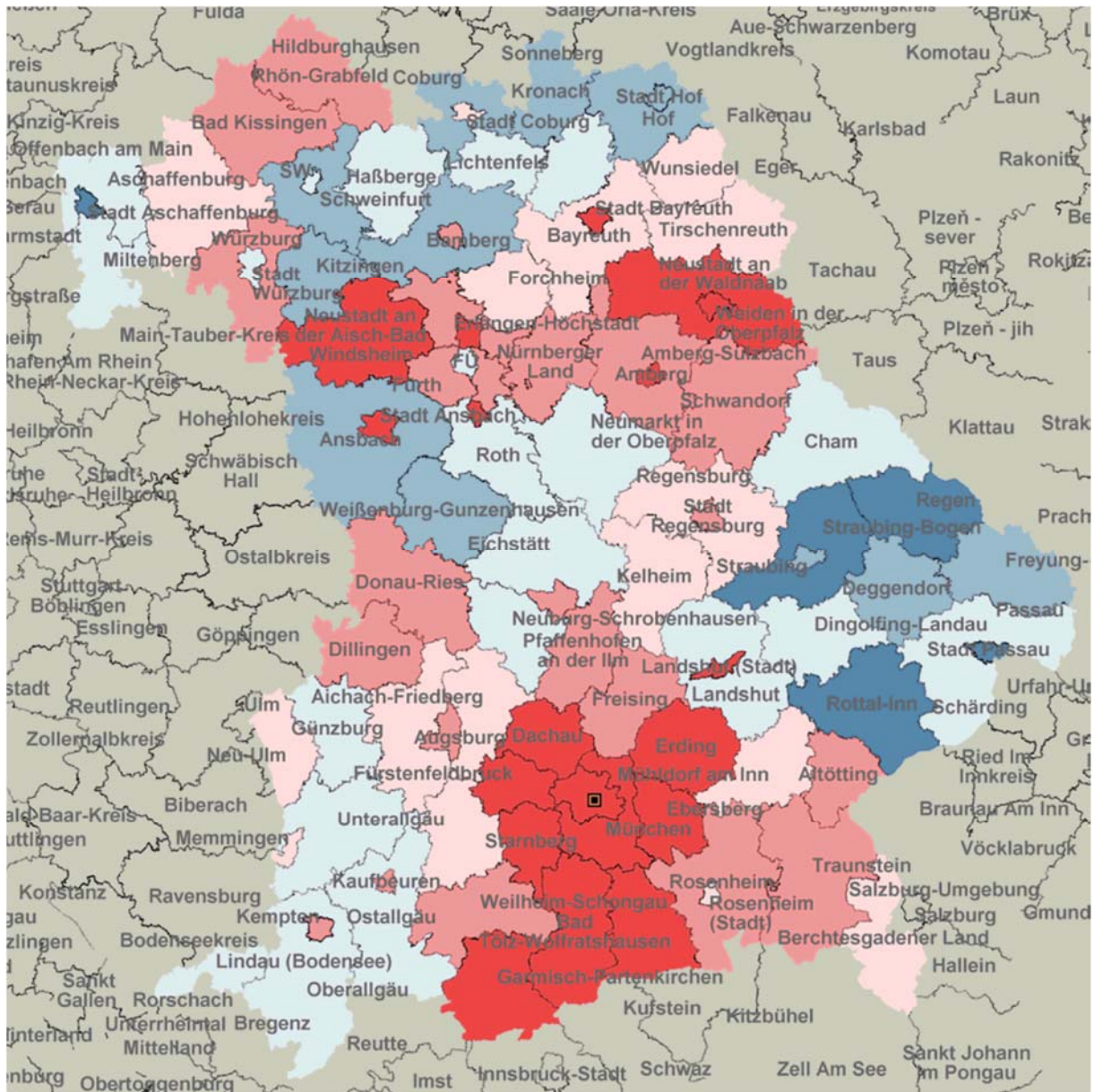
Über- und Unterdeckungen finden sich in Bayern auch in kleinräumigen Einheiten. Die empirische Analyse findet sowohl Regionen mit Überdeckungen als auch Regionen mit Unterdeckungen. Diese Über- und Unterdeckungen sind insbesondere das Ergebnis sehr unterschiedlicher regionaler bayerischer Verhältnisse in den Landkreisen. Die niedrigsten Deckungsquoten, d.h. das ungünstigste Verhältnis von Leistungsausgaben in Relation zu den Zuweisungen finden sich in Schwabach (86,9 Prozent) und in Weiden in der Oberpfalz (87,1 Prozent). Hier sollte weiter geprüft werden, ob die niedrigen Deckungsquoten durch fehlerhafte Zuordnungen einzelner Versicherter zum entsprechenden Kreisgemeindeschlüssel verzerrt werden oder auf das Versorgungsgeschehen zurückzuführen sind. Gerade in einem Verdichtungsraum wie Weiden ist es denkbar, dass Versicherte aus dem Umland Leistungen in der Stadt Weiden nachfragen, wodurch die Deckungsquote für Weiden zu niedrig und für das Umland zu hoch ausgewiesen wird. Solche Stadt-Umland –Aspekte sind bei den meisten Ballungsräumen zu beachten. Weitere niedrige Deckungsquoten besitzen Dachau (91,1 Prozent), München (Stadt 93,0 Prozent und Kreis 91,5 Prozent), Fürstfeldbruck (92,7 Prozent) und Garmisch-Partenkirchen (92,1 Prozent). Dagegen findet sich die höchste Deckungsquote aller bayerischen Landkreise in der Stadt Aschaffenburg (108,3 Prozent). Hohe Deckungsquoten weisen zudem die Stadt Passau (108,0 Prozent), die Landkreise Straubing-Bogen (107,0 Prozent), Rottal-Inn (105,1 Prozent) und Kitzingen (104,7 Prozent) auf.

Unsere empirische Analyse bestätigt in der Tendenz bisherige Ergebnisse regionaler Analysen (vgl. Göppfarth 2011, S. 36, Drösler et al. 2011, S. 62ff): Unterdeckungen weisen insbesondere Krankenkassen auf, die ihre Versicherten überwiegend in Regi-

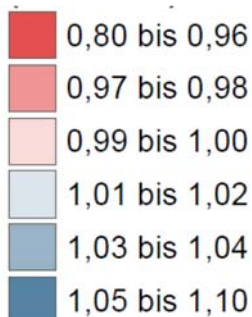
onen mit einer höheren Siedlungsdichte, einer überdurchschnittlichen, auf Dienstleistungen beruhenden Wirtschaftskraft und einem hohen Anteil an Einpersonenhaushalten haben. Auch das Einkommen und der Bildungsstand sind überdurchschnittlich, ebenso die Arzt- und Bettendichte als Indikatoren der medizinischen Infrastruktur.

Was bedeuten die Ergebnisse für die Fragestellung zur Berücksichtigung von regionalen Unterschieden im Morbi-RSA? So ist zum einen festzustellen, dass mit der Einführung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs gegenüber dem durch den Gesundheitsfonds geschaffenen Zentralismus ein wichtiger Schritt auch zum Ausgleich regionaler Unterschiede gemacht wurde, da Morbidität eine regionale Dimension besitzt. Allerdings verbleiben auch nach der Standardisierung um Alter, Geschlecht und erfasster Morbidität weitere und partiell nicht unerhebliche Unterschiede in den risikoadjustierten Ausgaben auf der Ebene der bayerischen Landkreise. Das analytische Problem besteht darin, dass diese Ausgabenunterschiede in den Landkreisen sehr verschiedene Ursachen haben können, die wir an diese Stelle zumindest kausal nicht weiter untersuchen können. Neben Unterschieden im regionalen medizinischen Bedarf, der über die erklärten Unterschiede hinsichtlich Alter, Geschlecht und Morbidität hinausgeht, können diese Differenzen in den Deckungsquoten sowohl angebotsbedingt sein (Dichte an Hausärzten, Fachärzten und Krankenhäuser, regionale unterschiedliches Vergütungsniveau) oder in Unterschieden im Inanspruchnahmeverhalten der Versicherten wurzeln (Kontaktentscheidung durch den Versicherten, Bestimmung der Frequenz durch den Leistungserbringer; siehe ausführlicher 4.1).

**Abbildung 5: Deckungsquoten (ohne Krankengeld) in Bayern nach Landkreisen und kreisfreien Städten**



Legende: Deckungsquote: Unterdeckung (rot), Überdeckung (blau).



Quelle: Eigene Berechnungen.

### 3.3 Deckungsquoten auf Ebene des Bundeslandes

Für Bayern insgesamt ergeben unsere Berechnungen eine Deckungsquote für das Jahr 2011 in Höhe von 99,0 Prozent (vgl. Tabelle 2, ohne Krankengeld). Die bayerische Deckungsquote kleiner als Eins bedeutet, dass die Zuweisungen für das Jahr 2011, die in der Summe über alle Krankenkassen für die Versicherten mit Wohnsitz in Bayern ausgezahlt wurden, die Ausgaben für diese Versicherten unterschritten haben, d.h. nicht decken konnten. Dies ist zwar zunächst nur eine Momentaufnahme für ein spezifisches Jahr, dennoch zeigen Berechnungen großer bayerischer Versorgerkassen, dass auch in den Jahren vor 2011 in Bayern in der Tendenz eine Unterdeckung vorlag (vgl. Tabelle 3).

**Tabelle 3: Deckungsquote der AOK Bayern in ausgewählten Jahren (ohne Krankengeld)**

Deckungsquote	2009	2010	2011
AOK Bayern	98,4%	97,3%	99,1%
Bayern insgesamt	98,6%	98,3%	99,0%

Quelle: BVA und AOK Bayern 2013.

Eine Deckungsquote kleiner als Eins, die nicht auf eine Krankenkasse mit unwirtschaftlichen Strukturen zurückgeführt werden kann, sondern einen unzureichenden Risikostrukturausgleich geschuldet ist, kann mittelfristig eine erhebliche finanzielle Herausforderung für die betreffende Krankenkasse darstellen. Falls die ausgabenbestimmenden Faktoren für die Krankenkasse einen exogenen Risikofaktor darstellen, spielt es für den Ausgleich der Risikostrukturen auch keine Rolle, ob die Leistungsausgaben bedarfs-, inanspruchnahme- oder angebotsbedingt sind.

Wenn man auf der Ebene des Bundeslandes Bayern die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds den tatsächlichen Ausgaben gegenüberstellt, ergibt sich für das Jahr 2011 eine Deckungsquote ohne Einbezug des Krankengelds von 99,0 Prozent (siehe Tabellen 2 und 3). Dies bedeutet, dass die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds, die in der Summe alle Krankenkassen für die Versicherten mit Wohnsitz in Bayern in dem betreffenden Jahr erhielten, die entsprechenden Leistungsausgaben nicht zu decken vermochten. Der damit einhergehende Fehlbetrag beläuft sich auf 230 Mio.

Euro<sup>4</sup>. Wir halten die Veranschlagung dieses Defizits ohne Berücksichtigung des Krankengeldes insofern als aussagefähigere Darstellung, als das Krankengeld nicht in die Versorgung des Patienten fließt, sondern für die versicherten Mitglieder der Krankenkassen eine Lohnersatzleistung darstellt (auf die gesundheitlichen Leistungsausgaben beziehen sich ebenfalls Drösler et al. 2011, S. 62ff.; Göppfarth 2011; Göppfarth, Wittmann und Buchner 2012).

Der Blick auf das Jahr 2011 bildet für die finanzielle Situation der Krankenkassen in Bayern im Rahmen des Morbi-RSA nur eine Momentaufnahme, denn dieser existiert bereits seit 2009 und erzeugt seitdem regionale Be- und Entlastungen. Es liegt daher nahe, die entsprechenden Effekte aus den Jahren 2009 und 2010 mit in die Betrachtung einzubeziehen. Tabelle 3 weist für die Jahre 2009 bis 2011 für das Bundesland Bayern und für die AOK Bayern die entsprechenden Deckungsquoten (jeweils ohne Krankengeld) aus. Die Werte aus Tabelle 3 zeigen, dass die Deckungsquoten in den Jahren 2009 und 2010 sowohl auf der Ebene des Bundeslandes als auch bei der AOK Bayern noch spürbar unter derjenigen des Jahres 2011 lagen (siehe zu diesen Werten: Gaßner, Göppfarth und Wittmann 2011, S.79; Göppfarth, Wittmann und Buchner 2012, S. 17; AOK 2013)<sup>5</sup>. Die sehr niedrigen Deckungsquoten des Jahres 2010 gehen u.a. auf folgenden Effekt zurück: Zunächst verpflichteten geänderte Buchführungsvorschriften die Krankenkassen, bestimmte Zahlungsverpflichtungen, die im Jahre 2010 entstanden, aber erst im Folgejahr oder später zur Auszahlung gelangten, bereits dem Budgetjahr 2010 zuzurechnen. Diese Rückstellungen wurden von den Krankenkassen, je nach vorhandener Liquidität, unterschiedlich gehandhabt. Gleichzeitig sind auch stets jährliche Fluktuationen der Leistungsausgaben der Krankenkassen, kausal nach Einzelkassen und regional differenziert, vorhanden, die in den amtlichen Statistiken (wie KV 45) aber nur bundesweit und nach Kassenarten aggregiert dargestellt werden. Insofern sind auch Schwankungen der regionalen Deckungsquoten zu erwarten.

In dem betrachteten Zeitraum fielen damit in der Summe für alle Krankenkassen hinsichtlich ihrer Versicherten mit Wohnsitz in Bayern folgende Fehlbeträge an:

2009 : 335 Mio. Euro

2010: 424 Mio. Euro

2011: 230 Mio. Euro.

Die obigen Fehlbeträge kumulieren sich in diesen drei Jahren somit auf fast 990 Mio. Euro. Selbst wenn man die methodischen Unschärfen einer solchen Regressierung

---

<sup>4</sup> Eine Deckungsquote von 99,0 bedeutet dabei eine Unterdeckung der RSA-fähigen Ausgaben in Höhe von einem Prozentpunkt.

<sup>5</sup> Der Wert für das Jahr 2009 auf der Ebene des Bundeslandes Bayern lässt sich einer Berechnung von Gaßner, Göppfarth und Wittmann ( 2011,S. 79 ), die sich auf das Jahr 2008 bezieht, angesichts sehr ähnlicher Strukturen in diesen beiden Jahren näherungsweise entnehmen.

der Zuweisungen aus dem Morbi-RSA auf die einzelnen Regionen eines Bundeslandes in Rechnung stellt, dürfte dieser Fehlbetrag insgesamt 800 Mio. Euro übersteigen<sup>6</sup>. Die Deckung dieser Fehlbeträge stellt für die betroffenen Krankenkassen - vor allem im Wettbewerb mit Konkurrenten, bei denen keine oder nur geringe Belastungen dieser Art anfallen - eine erhebliche Herausforderung dar. Unzureichende Deckungsquoten lassen sich vor allem dann nicht vertreten, wenn sie nahezu überwiegend auf exogene Faktoren zurückgehen (siehe dazu im Folgenden Kap. 4.2.).

Der Evaluationsbericht zum Jahresausgleich 2009 ermöglicht an dieser Stelle mit Hilfe von Daten des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung eine vertiefende Analyse für alle Agglomerationsräume (vgl. Drösler et al. 2011, S. 71). In Tabelle 4 sind die Deckungsquoten nach Kreistyp ausgewiesen. Dabei zeigt sich, dass Unterdeckungen vor allem in Kernstädten und in ländlichen Räumen geringerer Dichte entstehen.

**Tabelle 4: Deckungsquote nach Kreistyp in Deutschland**

Deckungsquote nach Kreistyp	Morbi-RSA
<b>Agglomerationsräume</b>	
Kernstädte	97,9%
Hochverdichtete Räume	100,3%
Verdichtete Kreise	101,5%
Ländliche Kreise	101,3%
<b>Verstädterte Räume</b>	
Kernstädte	97,8%
Verdichtete Kreise	101,1%
Ländliche Kreise	101,0%
<b>Ländliche Räume</b>	
Ländliche Kreise höherer Dichte	101,2%
Ländliche Kreise geringerer Dichte	99,7%

Quelle: Drösler et al. 2011, S.71.

<sup>6</sup> Methodische Unschärfen können letztlich in beide Richtungen bestehen, d.h. dass die Fehlbeträge kumuliert auch über einer Mrd. Euro liegen können. Im Sinne des Ausweises einer Untergrenze nimmt das Gutachten lediglich einen Abschlag nach unten vor.

## **4. Determinanten unterschiedlicher Deckungsquoten**

### **4.1 Nachfrage- und angebotsseitige Einflussgrößen**

Der Finanzkraftausgleich im alten RSA vor dem Jahr 2009 sah vor, dass Krankenkassen mit überdurchschnittlicher Finanzkraft aufgrund hoher Einkommen ihrer Versicherten Zahlungen an Kassen mit unterdurchschnittlicher Finanzkraft leisteten, mit denen die Wirkungen der Einkommensunterschiede bei den Versicherten zwischen den Krankenkassen zu rund 92 Prozent ausgeglichen wurden.

Mit dem im Jahre 2009 eingeführten Gesundheitsfonds findet ein 100%iger Ausgleich der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder der GKV statt, so dass der Morbi-RSA sich prospektiv auf die ausgabenseitigen Krankheitsrisiken konzentriert und den Krankenkassen entsprechende Bedarfszuweisungen zukommen lässt. Die Grundlohnsumme einer Krankenkasse in einer Region spielt durch die Bedarfszuweisungen aus dem Fonds keine Rolle mehr. Es findet über die Fondskonstruktion ein 100%iger Ausgleich der Finanzkraft der einzelnen Krankenkassen statt. Seit Wegfall des Einkommensdeckels von 1 Prozent beim Zusatzbeitrag durch das GKV-Finanzierungsgesetz im Jahr 2011 ist die Höhe des Einkommens der Mitglieder einer Krankenkasse letztlich ohne Bedeutung für die finanzielle Situation der Krankenkasse (mit Ausnahme beim Krankengeld und beim Anspruch auf Sozialausgleich).

Da der Morbi-RSA neben Alter und Geschlecht 80 Krankheiten berücksichtigt, können unterschiedliche regionale Deckungsquoten nur von entsprechenden Differenzen bei den übrigen, nicht veranschlagten Krankheiten oder von nicht unmittelbar morbiditätsorientierten Determinanten abhängen. Dabei lassen sich nachfrage- und angebotsseitige Einflussgrößen unterscheiden, zwischen denen wiederum vielfältige Interdependenzen bestehen können. Die nachfrageseitigen Einflussgrößen betreffen regionale Unterschiede in der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen, die vornehmlich auf folgende Faktoren zurückgehen:

- Haushaltseinkommen und Vermögen,
- soziale Schicht, Bildung und Beruf (z.B. Schulabgänger ohne Abschluss oder mit Hochschulreife),
- Arbeitslosenquote und Anteil der Transferempfänger,
- Erwerbs- und Dienstleistungsquote,
- ökologische bzw. Wohnumweltfaktoren (Wohnfläche, Mehrfamilienhäuser),
- Bevölkerungsdichte
- Familienstand und Haushaltsgröße, insbesondere Alleinstehende bzw. Einpersonenhaushalte,
- Zahl der Pflegebedürftigen sowie
- Anteil der Migranten mit abweichendem Nachfrageverhalten



Als angebotsseitige Einflussfaktoren unterschiedlicher regionaler Deckungsquoten kommen vor allem in Betracht:

- Hausarzt- und Facharztdichte (niedergelassene Ärzte insgesamt, davon Internisten, Hausärzte je 100.000 Einwohner),
- Krankenhaus- und Pflegebetten je 10.000 Einwohner,
- Erreichbarkeit von Haus- und Fachärzten sowie Krankenhäusern,
- Angebotsverhalten der Leistungserbringer sowie
- Kodierqualität.

Es gibt derzeit kaum empirische Untersuchungen zu den quantitativen Effekten, die von diesen nachfrage- und angebotsseitigen Einflussfaktoren auf die regionalen Deckungsquoten ausgehen (Ausnahme: Göppfarth 2011 und für den vertragsärztlichen Bereich von Stillfried und Czihal 2011a und 2011b). Im Unterschied zu anderen Studien geht es bei Göppfarth, von Stillfried und Czihal darum, regionale Ausgabenunterschiede zu erklären, die sich durch die Determinanten Alter und Geschlecht sowie durch die berücksichtigten 80 Krankheiten nicht erklären lassen (siehe hierzu Stillfried und Czihal 2011a, S. 7ff.). Im Jahre 2009 lagen bei durchschnittlichen Ausgaben je Versicherten von 2.101 Euro und einem Median von 2.087 Euro das regionale Minimum bei 1.852 Euro und der Kreis mit dem Maximum bei 2.666 Euro, d.h. hier existierte eine Differenz von fast 44 Prozent. Nach der Untersuchung von Göppfarth (2011, S. 8ff.) zeichnen von den nachfrageseitigen Einflussfaktoren insbesondere die Bevölkerungsdichte, die Wirtschaftskraft, der Dienstleistungsanteil und der Anteil der Einpersonenhaushalte für höhere alters-, geschlechts- und morbiditätsadjustierte Ausgaben in den betreffenden Kreisen und damit für negative regionale Deckungsquoten verantwortlich. Die Arbeitslosenquote besaß keinen Erklärungsanteil an den Ausgabenunterschieden und das Haushaltseinkommen sowie das Bildungsniveau lieferten keine eindeutigen Ergebnisse. Dagegen ermittelten von Stillfried und Czihal (2011a, S. 32 und 2011b, S. 48) auf der Grundlage von Daten der vertragsärztlichen Versorgung, dass eine hohe Arbeitslosigkeit und ein niedriges Haushaltseinkommen in allen Kreisen mit einem niedrigeren Inanspruchnahmeniveau einhergingen. Daraus erfolgt, dass diese Einflussgrößen eher zu positiven Deckungsquoten führten.

Neben diesen nachfrageseitigen Einflussgrößen erklären nach diesen Studien auch angebotsseitige Determinanten Differenzen in den regionalen Deckungsquoten (siehe hierzu auch Nolting 2011, S. 10ff.) Dies gilt nach der Analyse von Göppfarth (2011, S. 12) in starkem Maße für die Ärztedichte generell, aber auch für die entsprechenden Relationen Internisten, Hausärzte und Krankenhäuser je 100.000 bzw. 10.000 Einwohner. Hier bestehen offensichtliche Bezüge zu den nachfrageseitigen Einflussfaktoren Bevölkerungsdichte, Wirtschaftskraft und Dienstleistungsanteil. Eine hochwertige medizinische Infrastruktur bildet in bevölkerungsdichten Regionen eine Begleiterscheinung und auch eine Voraussetzung für die Ansiedlung von Unternehmen und hier insbesondere im Dienstleistungssektor (ähnlich von Stillfried und Czihal 2011b, S. 44). Dies führt u.a. zur Vorhaltung einer überdurchschnittlich kostenintensiven Infrastruktur

im Krankenhausbereich, die auch mit einer starken Spezialisierung der in diesen Regionen niedergelassenen Fachärzte einhergeht. Zudem tragen die Leistungserbringer in diesen Regionen häufig einen erheblichen und teilweise unverzichtbaren Beitrag zur Versorgung der Bürger in den umliegenden Gebieten bei. Diese Feststellung gilt unabhängig von der Frage, ob und inwieweit es sich bei diesen diversifizierten Angebotskapazitäten auch teilweise um ineffiziente Strukturen handelt, die ihrerseits eine Über- und eventuell auch eine Fehlversorgung induzieren.

#### **4.2 Regionale Unterschiede als exogener Faktor**

Schon bei Einführung des RSA bestand in der Literatur Einigkeit darüber, dass er sich auf Faktoren beziehen sollte, die zwischen den Krankenkassen starke Unterschiede aufweisen und die sich als exogene Einflussfaktoren dem Gestaltungsspielraum der Krankenkassen weitestgehend entziehen (siehe u.a. Meyers-Middendorf 1993, S. 364; Pfaff und Wassener 1996, S. 166 sowie 1998, S. 12). Um solche exogenen Einflussfaktoren handelt es sich offensichtlich bei den derzeitigen Ausgleichsfaktoren Alter und Geschlecht sowie den berücksichtigten 80 Krankheiten. Vor diesem Hintergrund stellen sich hinsichtlich der nachfrage- und angebotsseitigen Einflussfaktoren, welche die Unterschiede in den regionalen Deckungsquoten verursachen, folgende Fragen:

- In welchem Umfang erweisen sich diese Einflussfaktoren für die Krankenkassen im Rahmen ihrer Geschäftstätigkeit derzeit als exogen, d.h. als nicht steuerbar?
- Welche Argumente sprechen im Falle ihrer Exogenität für oder gegen eine spezifische Berücksichtigung als Ausgleichsfaktor im Morbi-RSA?
- Gibt es in Ländern mit einem ähnlichen RSA eine demographische Komponente als Risiko- bzw. Ausgleichsfaktor?

Schon ein flüchtiger Blick auf die nachfrageseitigen Einflussfaktoren unterschiedlicher regionaler Deckungsquoten zeigt, dass es sich hier für die Krankenkassen in vollem Umfang unstrittig um exogene Faktoren handelt, denn diese Merkmale liegen völlig außerhalb ihres Gestaltungsspielraumes. Dies gilt bei den angebotsseitigen Einflussfaktoren in gleichem Maße für die Kodierqualität und ebenfalls für den Aufbau und die Vorhaltung der Infrastruktur im ambulanten, stationären und Pflegebereich. Die Mengen und Preise in den einzelnen Leistungsbereichen vermag eine einzelne Krankenkasse ebenfalls kaum zu beeinflussen. Bei den gemeinsamen und einheitlichen Verhandlungen der Krankenkassen mit den Leistungserbringern im kollektiven Vertragssystem bilden die auf Bundes- bzw. Landesebene vereinbarten Mengen und Preise der medizinischen Güter und Dienste für eine einzelne Krankenkasse einen weitgehend unbeeinflussbaren exogenen Faktor.

Über eigene Gestaltungsspielräume verfügen die Krankenkassen bei geltendem Recht nur im selektivvertraglichen Bereich. Hier besitzen sie hinsichtlich ihres Leistungsspektrums vor allem folgende Wettbewerbsparameter (vgl. Wille et al. 2012, S. 70ff; Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2012, Ziffer 69ff.):

- die selektiven Verträge im Rahmen der besonderen Versorgungsformen,
- spezielle vertragliche Vereinbarungen mit ausgewählten Leistungserbringern zur Verbesserung der Versorgungsqualität oder der Erschließung von Wirtschaftlichkeitsreserven,
- Einzelverträge innerhalb von Leistungsbereichen über Preise und Rabatte,
- mit speziellen Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds finanzierte Satzungs- und Ermessensleistungen,
- Satzungsleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V,
- Wahltarife,
- Vermittlung von privaten Zusatzversicherungsverträgen nach § 194 Abs.1a SGB V sowie
- neben dem allgemeinen Service (Geschäftsstellen und Call-Center), Abgabe von Informationsmaterial, wie z. B. Krankenhaus- und Pflegenavigator sowie Aufbau einer „Marke“.

Bei dem Anteil der Leistungsausgaben, den die Krankenkassen nach eigener Einschätzung selbst beeinflussen und gestalten können, lag bei einer Umfrage des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2012, Ziffer 516) der Mittelwert bei 4,7 Prozent. Da große Krankenkassen von den sich bietenden selektivvertraglichen Möglichkeiten mehr Gebrauch machen und mehr Einfluss auf die Leistungsgestaltung ausüben können, ergab sich hier bei einer Gewichtung der Antworten mit der Zahl der Versicherten ein Wert von 6,3, aber auch sehr große Krankenkassen dürften kaum höhere Anteile als 10 Prozent erreichen können (vgl. auch Wille et al. 2012, S. 76).

Beim gegebenen Verhältnis von selektiv- zu kollektivvertraglicher Versorgung in der GKV stellen sowohl die nachfrage- als auch die angebotsseitigen Einflussfaktoren auf die unterschiedlichen Deckungsquoten für die einzelnen Krankenkassen fast ausnahmslos exogene Faktoren dar, die von der Systematik und den Funktionen des Morbi-RSA her als spezifischer Risikofaktor in Form einer regionalen Komponente eines Ausgleichs bedürfen. Sofern die Krankenkassen künftig vom Gesetzgeber erheblich mehr Wettbewerbsparameter erhalten und damit Menge und Preise von Gesundheitsleistungen in einem nennenswerten Umfang steuern können, würden die angebotsseitigen Einflussgrößen auf die Deckungsquoten teilweise ihren heutigen exogenen Charakter verlieren. Eine derartige – ordnungspolitisch überwiegend wünschenswerte – Entwicklung zeichnet sich aber derzeit nicht ab.

Für die Einführung einer regionalen Komponente, die von den Krankenkassen nicht beeinflussbare nachfrage- und angebotsseitige Einflussgrößen der Deckungsquoten ausgleicht, sprechen vor allem wettbewerbliche Aspekte. So besitzen Krankenkassen, in deren Geschäfts- bzw. Tarifbereich diese Einflussgrößen tendenziell in Richtung einer Unterdeckung wirken, wettbewerblich nicht gerechtfertigte Nachteile. Dies betrifft zunächst weniger die bundesweit aufgestellten Krankenkassen, bei denen sich diese

regionalen Effekte weitgehend kompensieren lassen, sondern vornehmlich Krankenkassen, die ihre Geschäftstätigkeit auf der Ebene von Bundesländern und darunter liegenden Regionen ausüben.

Regionale Unterdeckungen, die auf die skizzierten nachfrage- und angebotsseitigen Einflussfaktoren zurückgehen, benachteiligen landesweit kalkulierende bzw. betriebsgebundene Krankenkassen gegenüber bundesweit operierenden und regionale gegenüber bundes- und landesweit aufgestellten Krankenkassen. Entsprechend wirken regionale Überdeckungen in die umgekehrte Richtung. Im Grenzfall kann eine Krankenkasse, deren Geschäftsbereich in einer oder mehreren Regionen mit einer deutlichen durch die exogenen Faktoren hervorgerufenen Unterdeckung liegt, aus dem Markt ausscheiden, obgleich sie nicht ineffizienter oder ineffektiver als ihre Mitbewerber agiert. Genau diesen Effekt sollte aber der Morbi-RSA von seiner Zielsetzung her verhindern. Neben diesen wettbewerblichen Verzerrungen setzen spürbare regionale Über- und Unterdeckungen auch Anreize zur Risikoselektion, denn rational kalkulierende Krankenkassen dürften sich, wofür es bereits Anzeichen gibt, kaum in unterdeckten Regionen stärker engagieren (vgl. Gaßner, Göppfarth und Wittmann 2011, S. 76)<sup>7</sup>.

Gegen die Berücksichtigung einer regionalen Komponente als Risiko- bzw. Ausgleichsfaktor im Morbi-RSA könnte man einwenden, dass die höhere Mittelausstattung in ausgabenintensiven Regionen teilweise eine angebotsinduzierte Nachfrage erzeugt, die über den Bedarf hinausgeht. In diesem Fall droht eine regionale Komponente im Morbi-RSA, diese angebotsinduzierte Überversorgung insofern zu zementieren, als sie den Druck zur Kapazitätsanpassung und Kostenreduktion in diesen ausgabenintensiven Regionen vermindert (vgl. Gaßner, Göppfarth und Wittmann 2011, S. 76f.)<sup>8</sup>. In weniger ausgabenintensiven Regionen, die eine niedrigere Mittelausstattung aufweisen, könnte eine regionale Komponente dann unter Umständen eine Unterversorgung prolongieren.

Unabhängig davon, dass in ausgabenintensiven Regionen die kostenintensive, qualitativ hochwertige medizinische Infrastruktur – vor allem hinsichtlich ihrer Vorhaltung – vielfach auch den Bürgern der umliegenden Regionen zur Verfügung steht, überfordert dieses Argument die Funktionen des Morbi-RSA. Dieser zielt darauf ab, dass die Krankenkassen hinsichtlich exogener Faktoren faire Wettbewerbschancen erhalten und in Bezug auf Alter, Geschlecht und Morbidität der Versicherten keine Risikoselektion betreiben. Darüber hinaus vermag er von seiner Konzeption her, keinen Beitrag zu einer effizienten und effektiven Gesundheitsversorgung zu leisten. So führt er auch bei den 80 Krankheiten einen Ausgleich völlig unabhängig davon durch, ob und inwieweit die jeweiligen Behandlungen bzw. Leistungen effizient und effektiv erfolgten. Der Morbi-RSA vermag insofern grundsätzlich nicht für optimale Versorgungsstrukturen zu sor-

---

<sup>7</sup> Das schließt das Interesse der Krankenkassen an bestimmten, weniger ausgabenintensiven Alters- und Berufsgruppen auch in diesen Regionen nicht aus.

<sup>8</sup> Aus diesem Grunde veranschlagen Gaßner, Göppfarth und Wittmann eine regionale Komponente, welche die Effekte der angebots- und nachfrageseitigen Einflussfaktoren zu 50 Prozent ausgleicht.

gen. Die Ausgestaltung des Leistungsumfangs der GKV sowie die Versorgungssteuerung fällt den politischen Entscheidungseinheiten in Verbindung mit der Selbstverwaltung der Krankenkassen zu, eine einzelne Krankenkasse besitzt in dieser Hinsicht kaum Einfluss, d.h. für sie stellen ineffiziente und ineffektive Versorgungsstrukturen einen exogenen Faktor dar. Dies ließe sich nur verändern, wenn die einzelnen Krankenkassen erheblich größere Gestaltungsspielräume erhalten und mit diesen die regionalen Angebotsstrukturen steuern könnten.

Mehrere Länder, wie Belgien, die Niederlande, Israel und die Schweiz haben inzwischen auch eine regionale Komponente in ihren RSA einbezogen (zu einem Überblick siehe Gaßner, Göppfarth und Wittmann 2011, S. 64ff.). Da die Schweiz den RSA nur auf der kantonalen Ebene einführt, stellt dies „die extremste und konsequenteste Form der Einbindung eines Regionalfaktors“ in den RSA dar (ebenda, S. 68). Mit dem bundesweiten Morbi-RSA in Deutschland lassen sich die Schweizer Gegebenheiten jedoch auch hinsichtlich einer regionalen Komponente nicht vergleichen. In Belgien und Israel findet eine regionale Komponente, die Bevölkerungsdichte und Verstädterung bzw. das Verhältnis von Zentrum und Peripherie berücksichtigt, bei den Zuweisungen Eingang in den RSA. Wiewohl die grundlegende Reform in den Niederlanden nicht alle Erwartungen erfüllen konnte, findet sich dort das wohl am weitesten entwickelte Konzept einer regionalen Komponente im RSA, das auch hinsichtlich der berücksichtigten Faktoren und der Abgrenzung der Regionen ständig weiterentwickelt wurde (siehe auch von Stillfried und Czihal 2011a, S. 3f.). Es umfasst als Risikofaktoren u.a. die Bevölkerungsdichte, den Anteil von Einpersonenhaushalten, den Anteil nicht westlicher Ausländer, die Bettendichte der Krankenhäuser, die Erreichbarkeit von Hausärzten sowie die Erreichbarkeit von Krankenhäusern. Mit Hilfe dieser Merkmale werden die Postleitzahlbereiche zu 10 regionalen Risikogruppen zusammengefasst, die sich allerdings nicht an den Grenzen von Gebietskörperschaften orientieren. Wie bei den Alters-, Geschlechts- und Morbiditätsgruppen erhalten die Krankenkassen aus dem Gesundheitsfonds für diese zehn verschiedenen Regionen unterschiedlich hohe Zuschläge. Schließlich billigt auch das österreichische Krankenversicherungssystem, das keinen Wettbewerb im Krankenkassenbereich kennt, Wien einen „Großstadtfaktor“ zu. Dieser dient jenseits einer wettbewerblichen Funktion wohl dazu, eine zu starke finanzielle Belastung der Versicherten in Wien zu vermeiden.

Unter diesen Gesichtspunkten erscheint es im deutschen Morbi-RSA inkonsistent, die Unterschiede im Lohnniveau auf der Einnahmenseite als Solidarbeitrag der Versicherten in den grundlohnstärkeren Bundesländern einzufordern, gleichzeitig aber exogen bedingte Unterschiede auf der Ausgabenseite zu vernachlässigen.

Die verbleibenden, zum Teil erheblichen, regionalen Unterschiede in den risikoadjustierten Ausgaben sollten durch eine Regionalkomponente ausgeglichen werden. Das analytische Problem, dass diese Ausgabenunterschiede verschiedene Ursachen haben können, ist an dieser Stelle, wie oben ausgeführt, nicht entscheidend, da es beim Morbi-RSA nicht um optimale Versorgungsstrukturen gehen kann. Sicherlich lassen sich die verbleibenden Unterschiede auf einen Dreiklang aus Unterschieden im Bedarf,

aus Unterschieden in den regionalen Kostenstrukturen und aus Unterschieden im Inanspruchnahmeverhalten zurückführen (vgl. Göppfarth 2011, S. 36ff.).

Eine Trennung des Bedarfs von den Effekten der Ausgabenstrukturen und Inanspruchnahme ist zum einen methodisch schwierig, schießt zum anderen über das Ziel, das der RSA verfolgt, hinaus. Gerade die internationalen Erfahrungen zeigen, dass vor allem eine regionale Komponente im Morbi-RSA dazu beitragen kann, bestehende Unterdeckungen infolge regionaler Unterschiede auszugleichen.

Der bestehende Risikostrukturausgleich ist auch eine Folge des Solidarprinzips in der GKV, das eine Differenzierung der Beiträge nach dem Risiko nicht zulässt bzw. nicht wünscht. Die Frage, ob regionale Unterschiede nicht besser durch eine regionale Differenzierung der Beiträge, wie etwa in der Schweiz, ausgeglichen werden sollen und nicht durch ein Regionalmerkmal im Risikostrukturausgleich auf der Ausgabenseite, stellt sich angesichts der bundesweiten Sichtweise des Solidargedankens gegenwärtig nicht.

## **5. Die fiskalische Position Bayerns im Morbi-RSA**

### **5.1 Finanzielle Abflüsse auf der Einnahmenseite versus Zuflüsse aus dem Gesundheitsfonds**

Durch die Konstruktion des vollständigen Finanzkraftausgleichs und die aktuellen Bestrebungen nach einer stärkeren Regionalisierung bei der Finanzierung des Gesundheitswesens besteht ein zunehmendes Interesse an den hypothetischen Finanzabflüssen aus einer Region. In welchen Regionen kommt es zu einem Zufluss finanzieller Mittel, im Sinne einer negativen Differenz zwischen den regionalen Einnahmen und den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds und in welchen Regionen kommt es dagegen zu einem Nettoabfluss von Finanzmitteln, d.h. die in den Gesundheitsfonds abfließenden regionalen Einnahmen übertreffen die entsprechenden Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds.

Für den Saldo aus regionalen Einnahmen und regionalen Zuweisungen aus dem Morbi-RSA ist zu berücksichtigen, dass die RSA-Zuweisungen nicht ausschließlich aus Beitragsmitteln, sondern teilweise auch aus Steuermitteln und weiteren Einkommenskomponenten finanziert werden. Für die Analyse muss daher anhand verfügbarer Statistiken geprüft werden, inwiefern regionale Finanzierungsanteile am Steuerzuschuss zum Gesundheitsfonds geschätzt werden können und inwiefern weitere Beitragszahlungen in den Gesundheitsfonds aus regionaler Perspektive abgeschätzt werden können (Minijobber, Rentner, Arbeitslosengeld I-, und Arbeitslosengeld II-Bezieher).

In einem ersten Schritt könnte die Saldenbetrachtung nach entsprechender Niveauanpassung auf die beitragsfinanzierten Anteile der Zuweisungen beschränkt bleiben. Legt man einem regionalen Vergleich der Finanzabflüsse auf der Einnahmenseite lediglich die beitragspflichtigen Arbeitsentgelte zugrunde, klammert man zwar die erwähnten weiteren Komponenten der Einnahmenseite zunächst aus, aus der finanzwissenschaftlichen Perspektive der Inzidenz informiert diese Berechnung aber darüber, inwieweit die regionale Wertschöpfung des Produktionsfaktors Arbeit durch die Beitragsfinanzierung der GKV belastet wird. Alle weiteren Komponenten der Einnahmen sind im Vergleich zu den beitragspflichtigen Arbeitsentgelten zudem viel stärker politischen Einflüssen und Reformmaßnahmen ausgesetzt (Steueranteile Gesundheitsfonds, Beiträge Minijobber und Rentner, ALG I-, ALG II-Bezieher) und dadurch auch in einem stärkerem Ausmaß politisch variabel bzw. bestimmbar. Tabelle 5 zeigt, dass insbesondere für die Betriebskrankenkassen in Bayern ein Mittelabfluss bezogen auf die Einnahmen aus beitragspflichtigen Arbeitsentgelten stattfindet, der sich im Jahr 2011 auf knapp eine Milliarde Euro beläuft. Dabei kommt es in regionaler Perspektive insbesondere zu Abflüssen in Kernstädten und zu Zuflüssen in umliegenden Verdichtungsräumen.

**Tabelle 5: Nettoabfluss BKK in Bayern 2011 (bezogen auf die Einnahmen aus beitragspflichtigen Arbeitsentgelten)**

Nettoabfluss BKK Bayern 2011 (Einnahmen aus beitragspflichtigen Arbeitsentgelten minus Zuweisungen)	917 Mio. Euro
--	---------------

Quelle: Eigene Berechnungen.

Im Unterschied zu den BKKen resultieren im Jahr 2011 für die AOK Bayern insgesamt und auch in allen Landkreisen Nettozuflüsse, d.h. hier übersteigen die Zuweisungen die Einnahmen, wiederum bezogen ausschließlich auf die Einnahmen aus beitragspflichtigen Arbeitsentgelten. Da die Betriebskrankenkassen in unserer Stichprobe in der Tendenz über relativ hohe beitragspflichtige Arbeitsentgelte verfügen, während die Ortskrankenkassen hier deutlich niedrigere Werte ausweisen, überrascht dieses Ergebnis nicht. Für die Frage des Nettoabflusses entscheidender ist natürlich aber der Vergleich der gesamten regionalen Einnahmen mit den entsprechenden Zuweisungen. Im Vordergrund steht hierbei das bundeslandspezifische Zusammenwirken der Finanzierungsverhältnisse zwischen städtischen und ländlichen Regionen. Der Saldo der gesamten regionalen Einnahmen und der regionalen RSA-Zuweisungen zeigt, in welchem Ausmaß die Beiträge der GKV-Mitglieder mit Wohnsitz in der Region (abhängig Beschäftigte, Studenten, bestimmte Selbständige, Minijobber, Rentner, ALG I- und II-Empfänger) die für sie und ihre mitversicherten Angehörigen aus dem RSA gezahlten Zuweisungen über- oder unterschreiten (regionale Nettozu- bzw. -abflüsse von Beitragsmitteln):

- $NA_i = \sum_1^{96} \text{regionale Einnahmen}_i - \text{regionale Zuweisungen}_i$
- $NA_{\text{Bayern}} = \sum_1^{96} NA_i$ .

Ein positiver Wert für den Nettoabfluss bedeutet, dass die regionalen Einnahmen in der betreffenden Periode die regionalen Zuweisungen übersteigen und somit ein Abfluss von Finanzkraft aus der Region stattfindet.

Die nachfolgenden Tabellen informieren über die Berechnungsgrundlagen für den Nettoabfluss aus Bayern im Jahr 2011, wenn berücksichtigt wird, dass sich die regionalen Einnahmen nicht ausschließlich aus Arbeitsentgelten, sondern auch aus anteiligen Steuermitteln und weiteren Einkommenskomponenten zusammensetzen. Da diese weiteren Komponenten nicht auf der Ebene der Landkreise vorliegen bzw. abgeschätzt werden können, liegt der folgenden Abschätzung der Nettoabflüsse die Perspektive des Bundeslands Bayern zugrunde.



## **Anteil Bayerns am Steuerzuschuss an den Gesundheitsfonds**

In einem ersten Schritt geht es um die Ermittlung des Steuerzuschusses an den Gesundheitsfonds, der Bayern zugerechnet werden kann. Bei der Frage nach dem Anteil Bayerns am Aufkommen einer Steuer wird regelmäßig auf die Ertragshoheit der jeweiligen Steuer abgestellt, d.h. ob es sich um eine Bundes-, Länder- oder Gemeinschaftsteuer handelt. Da der Anteil Bayerns an den Bundessteuern Null ist, sollte zur Beurteilung des bayerischen Anteils an der Finanzierung des Bundeszuschusses an den Gesundheitsfonds die Steuerherkunft der in den Bundeshaushalt eingehenden Steuereinnahmen als Ausgangsgröße herangezogen werden.

Für die Gemeinschaftssteuern (u.a. Lohn- und Einkommensteuer, Körperschaftsteuer), die von den Finanzbehörden der Länder verwaltet werden, liegen offizielle Statistiken vor, die erkennen lassen, welches Volumen die Bürger und Unternehmen eines Landes bei der jeweiligen Steuerart entrichten. Bei der Umsatzsteuer besteht keine Möglichkeit aus den Steuerzahlungen der Unternehmen Rückschlüsse zu ziehen, in welchem Bundesland der erworbene Gegenstand genutzt wird bzw. die Dienstleistung erbracht wurde. Hier kann man nur über Schätzungen zu Anteilssätzen kommen. Eine plausible Annahme ist hierbei der jeweilige Bevölkerungsanteil. Der bayerische Wert für die Umsatzsteuer und die Einfuhrumsatzsteuer beträgt dann bei jeweils 15,5 Prozent (vgl. Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2014)<sup>9</sup>.

Bei den Bundessteuern (u.a. Energie-, Strom- und Tabaksteuer) existieren bislang keine Erkenntnisse über die regionale Verteilung der Steuerzahlungen. Die Bundessteuern werden von der Bundesfinanzverwaltung (Hauptzollämter) festgesetzt und erhoben. Als möglicher Schätzwert kommt hier analog das Verhältnis des bayerischen Bruttoinlandsprodukts zum Bundesgebiet in Frage. Der Anteil liegt in den Jahren 2010 bis 2012 bei rund 17,5 Prozent (vgl. Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2014).

Die unterstellten Anteilssätze bei den Gemeinschafts- und Bundessteuern ergeben gewichtete Durchschnittsanteile, welche die Bürger und Unternehmen in Bayern zu den Einnahmen des Bundeshaushalts leisten, die sich für die Jahre 2010 und 2012 zwischen 13 und 15 Prozent belaufen. Auf dieser Basis resultieren in Tabelle 6 die ausgewiesenen Anteile Bayern an den Zuschüssen aus dem Bundeshaushalt an den Gesundheitsfonds. Für das Jahr 2011 beläuft sich der bayerische Steuerfinanzierungsanteil auf rund 2,3 Mrd. Euro.

---

<sup>9</sup> Dieser Wert stellt für den Steueranteil Bayerns eher eine Untergrenze dar.

**Tabelle 6: Anteile Bayerns an den Zuschüssen aus dem Bundeshaushalt an den Gesundheitsfonds**

Zuschüsse bzw. Anteile	2010	2011	2012
Zuschüsse aus dem Bundeshaushalt an den Gesundheitsfonds	15,7 Mrd. Euro	15,3 Mrd. Euro	14,0 Mrd. Euro
Steuerfinanzierungsanteil der Bürger und Unternehmen in Bayern	2,1 Mrd. Euro	2,3 Mrd. Euro	2,1 Mrd. Euro

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit 2013 und eigene Berechnungen.

### Beiträge Minijobber

In Bayern gab es jeweils zum 31. 12. des Jahres die in Tabelle 7 ausgewiesene Zahl an geringfügig entlohnnten Beschäftigten (sogenannte Minijobber). Im Jahr 2011 weist die Statistik 1,25 Mio. Minijobber in Bayern aus.

**Tabelle 7: Geringfügig entlohnte Beschäftigte (Minijobber) 2010-2012**

Jahr	Minijobber in Bayern	Minijobber in Deutschland
2010	1.219.766	7.384.140
2011	1.248.199	7.507.417
2012	1.259.385	7.511.970

Quelle: Bundesagentur für Arbeit 2011a, b - 2013a, b.

Die vom Arbeitgeber zu tragenden pauschalen Abgaben für die GKV betragen nach wie vor 13 Prozent bei Minijobs im gewerblichen Bereich und 5 Prozent bei Minijobs in Privathaushalten. Bei kurzfristigen Minijobs fallen keine Abgaben an. Der Anteil der bayerischen Minijobber an den geringfügig Beschäftigten in Deutschland beläuft sich auf 16,62 Prozent. Unterstellt man, dass dieser Anteil grosso modo auch dem Anteil der Beiträge der bayerischen Minijobber an den gesamten Beitragseinnahmen des Gesundheitsfonds für Minijobber in Höhe von 2,684 Mrd. Euro entspricht, resultieren rechnerische Beiträge der bayerischen Minijobber an den Gesundheitsfonds in Höhe von 446 Mio. Euro (vgl. Tabelle 8; zu den Zahlenangaben vgl. Bundesagentur für Arbeit 2011a, b – 2013a, b, Bundesversicherungsamt 2011a).

**Tabelle 8: Beiträge bayerischer Minijobber 2011**

2,684 Mrd. Euro x 0,1662 = 446,3 Mio. Euro.
---

Quelle: Eigene Berechnung.

**Beiträge Rentner**

Die Durchschnittsrente in Bayern beläuft sich für das Jahr 2011 auf 678 Euro (vgl. Deutsche Rentenversicherung 2012). Bei einem Beitragssatz in Höhe von 15,5 Prozent resultiert ein Monatsbeitrag zur Krankenversicherung in Höhe von 105,09 Euro. Bei 2,32 Mio. Rentnern in Bayern ergeben sich 243,34 Mio. Euro Beiträgen pro Monat bzw. 2,92 Mrd. Euro Beiträge bayerischer Rentner pro Jahr an den Gesundheitsfonds (vgl. Tabelle 9).

**Tabelle 9: Beiträge bayerischer Rentner 2011**

Durchschnittsrente Bayern in Euro	Zahl bayerischer Rentner	Beiträge bayerischer Rentner in Mrd. Euro
679,00	2.315.520	2,93

Quelle: Deutsche Rentenversicherung 2012, Bundesministerium für Gesundheit 2012.

Die Einnahmen des Gesundheitsfonds für bayerische Rentner wurden über die Durchschnittsrente in Bayern, den Beitragssatz sowie die Anzahl der Rentner in Bayern berechnet. Alternativ lassen sich die Beiträge der bayerischen Rentner analog dem Vorgehen bei den Minijobbern abschätzen, d.h. mit Hilfe der ausgewiesenen Beiträge der Rentner an den Gesundheitsfonds und entsprechenden Durchschnittswerten auf Bundesebene, die dann mit der Zahl bayerischer Rentner multipliziert werden (vgl. Bundesversicherungsamt 2011a). Ein Vorteil dieser alternativen Berechnungsmethode besteht darin, dass hier nicht nur die Beiträge aus der gesetzlichen Rentenversicherung erfasst werden, sondern auch sonstige Beiträge z.B. aus anderweitigen Renten wie etwa Betriebsrenten. Als Nachteil ergibt sich, dass die Durchschnittsrente in Bayern durch die höheren Durchschnittsrenten in Ostdeutschland und damit auch in Gesamtdeutschland signifikant nach oben verzerrt wird. Die abgeführten Beiträge für versicherungspflichtige Rentner an den Gesundheitsfonds belaufen sich laut Bundesversicherungsamt auf insgesamt 32,1 Mrd. Euro. Bei 16,8 Mio. Rentnern auf Bundesebene ergibt sich ein Durchschnittsbeitrag pro Versicherten und Jahr in Höhe von 1.915,51

Euro, d.h. 159,62 Euro pro Monat. Insgesamt belaufen sich die Einnahmen für bayerische Rentner (2,315 Mio.) nach diesem alternativen Ansatz damit auf 4,44 Mrd. Euro. Da die Einnahmen insgesamt gegenüber der ersten Variante um 1,51 Mrd. Euro ansteigen, fällt der Nettoabfluss aus Bayern ceteris paribus um diesen Betrag höher aus. Da unsere Berechnung auf den Ausweis einer Untergrenze für den Nettoabfluss aus Bayern abzielt, arbeiten wir im Folgenden mit der ersten Variante.

### Beiträge Arbeitslosengeld I-Bezieher

Bei den Beiträgen für ALG I- und II-Bezieher kann auf Statistiken der Bundesagentur für Arbeit zurückgegriffen werden (vgl. Bundesagentur für Arbeit 2012c und 2013c). Im Bundesdurchschnitt gab es im Jahr 2011 829.193 Empfänger von Arbeitslosengeld (Arbeitslosengeld bei Arbeitslosigkeit und bei Weiterbildung, vgl. Tabelle 10). Der entsprechende Wert für Bayern lautet 118.594. Dies entspricht einem Anteil Bayerns in Höhe von 14,3 Prozent<sup>10</sup>. Unter der Annahme, dass dieser Anteil auch für die Ermittlung des bayerischen Anteils an den Beitragseinnahmen für ALG I-Empfänger des Gesundheitsfonds herangezogen werden kann ergibt sich Folgendes: Bezogen auf die 2,467 Mrd. Euro Abgaben an den Gesundheitsfonds für ALG I-Bezieher (vgl. Bundesversicherungsamt 2012) resultieren Beitragseinnahmen für bayerische ALG I-Empfänger in Höhe von 353 Mio. Euro.

**Tabelle 10: Beiträge bayerischer ALG I-Empfänger 2011**

Arbeitslosengeldempfänger (ALG I) Deutschland 2011	ALG I-Empfänger Bayern 2011	Abgaben an den Gesundheitsfonds für ALG I-Bezieher in Mrd. Euro	Beitragseinnahmen für bayerische ALG I-Empfänger in Mio. Euro
829.193	118.594	2,467	352,78

Quelle: Eigene Berechnungen nach Bundesagentur für Arbeit 2012c und 2013c, Bundesversicherungsamt 2011a.

### Beiträge Arbeitslosengeld II-Bezieher

Die Berechnungen für die Beiträge der ALG II-Empfänger können analog zu den ALG I-Empfängern erfolgen. Die Datengrundlagen stammen wiederum von der Bundesagentur für Arbeit (2013d) und dem Bundesversicherungsamt (2011a). Im Bundesdurchschnitt gab es im Jahr 2011 4.615.057 Empfänger von Arbeitslosengeld II, der Grundsicherungsleistung für erwerbsfähige Leistungsberechtigte nach dem Zweiten

<sup>10</sup> Der Anteil Bayerns an den ALG I-Zahlungen dürfte jedoch höher liegen als der Anteil der Bezieher von ALG I. Das liegt daran, dass in Bayern höhere ALG I-Zahlungen als im Durchschnitt geleistet werden, da das Arbeitslosengeld von der Höhe des Einkommens abhängt. Damit dürften auch die ausgewiesenen Beitragseinnahmen für bayerische ALG I-Empfänger etwas zu niedrig ausgewiesen sein.

Buch Sozialgesetzbuch (SGB II, vgl. Tabelle 11). Der entsprechende Wert für Bayern lautet 317.722. Dies entspricht einem Anteil Bayerns in Höhe von 6,88 Prozent. Bezogen auf die 4,435 Mrd. Euro Abgaben an den Gesundheitsfonds für ALG II-Bezieher (vgl. Bundesversicherungsamt 2011a), resultieren Beitragseinnahmen für bayerische ALG II-Empfänger in Höhe von 305,13 Mio. Euro.

**Tabelle 11: Beiträge bayerischer ALG II-Empfänger 2011**

Arbeitslosengeld II-Empfänger Deutschland 2011	Arbeitslosengeld II-Empfänger Bayern 2011	Abgaben an den Gesundheitsfonds für ALG II-Bezieher in Mrd. Euro	Beitragseinnahmen für bayerische ALG II-Empfänger in Mio. Euro
4.615.057	317.722	4,435	305,13

Quelle: Eigene Berechnungen nach Bundesagentur für Arbeit 2013d, Bundesversicherungsamt 2011a.

### Beitragseinnahmen und Zuweisungen

Die uns zur Verfügung stehenden regionalen Daten erlauben die Berechnung der Beitragseinnahmen der AOK (6,92 Mrd. Euro) sowie des BKK-Lagers (6,09 Mrd. Euro). Um die Beitragseinnahmen aus Arbeitsentgelten und von Selbstzahlern (Beiträge freiwilliger Mitglieder, Studenten und Praktikanten sowie Versicherungspflichtiger nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V) von AOK und BKK auf Gesamtbayern hochrechnen zu können, verwenden wir einen Hochrechnungsfaktor aus den bundesweiten Rechnungsergebnissen des Jahres 2008 (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2009). Der Anteil der AOK und der BKK am beitragspflichtigen Einkommen pro Kopf liegt hier bei 65 Prozent. Dieser Anteil für die AOK und die BKK könnte etwas überschätzt sein, da die Finanz- und Schuldenkrise die beitragspflichtigen Einkommen der Vollzeitarbeitenden stärker als jene der Teilzeitbeschäftigten getroffen hat. Dann würden sich bei der Berechnung des beitragspflichtigen Einkommens für Bayern höhere Beitragseinnahmen ergeben und der Nettoabfluss würde ceteris paribus größer ausfallen. Andererseits dürften die Beschäftigungsaspekte der Finanzkrise in Deutschland inzwischen auch wieder weitgehend nivelliert sein, was wiederum für den Hochrechnungsfaktor 65 Prozent spricht.

Ein Hochrechnungsproblem ergibt sich auch für die regionalen Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds, die uns wiederum nur für die AOK und die BKK vorliegen. Aus der Kassenartenübersicht des Jahresausgleichs 2011 lassen sich Hochrechnungsfaktoren anhand der Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben auf Bundesebene gewinnen. Die Werte aus dem Jahresausgleich 2011 für die Bundesebene deuten darauf hin, dass der gewählte Hochrechnungsfaktor (60 Prozent) auch im Vergleich zur

Marktanteilsbetrachtung in Bayern eine plausible Grenze darstellt (vgl. Bundesversicherungsamt 2012). Ein höherer Wert würde die Zuweisungen insgesamt verringern bzw. den Nettoabfluss erhöhen und vice versa.

### **Gesamtergebnis Nettoabfluss aus Bayern für das Jahr 2011**

Insgesamt erhält man für den Nettoabfluss aus Bayern für das Jahr 2011 die in Tabelle 12 enthaltenen Ergebnisse, die Abbildung 6 graphisch veranschaulicht. Die Summe der durch die Wertschöpfung in Bayern generierten GKV-Einnahmen beläuft sich auf 26,36 Mrd. Euro. Dem stehen Zuweisungen an Bayern in Höhe von 24,20 Mrd. Euro entgegen. Daraus resultiert ein einnahmeseitig bedingter Nettoabfluss (Einnahmen minus Zuweisungen) aus Bayern im Jahr 2011 in Höhe von 2,16 Mrd. Euro.

Abbildung 6 enthält neben dem Nettoabfluss aus Bayern auch noch die Deckungsquoten der anderen Bundesländer für das Jahr 2011 (vgl. Göppfarth 2013). Die Erhebung des Regionalmerkmals im Rahmen der „Konvergenzklausel“ war auf die Jahre 2009 und 2010 beschränkt. Im prospektiven Modell sind die Daten des Jahres 2011 aber mit den Daten des Jahres 2010 verknüpfbar und somit eingeschränkt regionalisierbar. Die Unter- und Überdeckungen verteilen sich sehr heterogen auf die einzelnen Bundesländer. Es sticht die Unterdeckung in Bayern und Nordrhein-Westfalen hervor, ebenso wie die große Unterdeckung im Stadtstaat Hamburg.

Hinsichtlich dieser offenkundigen Unterschiede in den Deckungsquoten der Bundesländer verbleibt die Aufgabe, Regionalmerkmale für aussagekräftige regionale Einheiten zu definieren, da die regionale Problematik nicht nur eine Frage der Bundesländer darstellt. In allen Flächenländern treten Differenzierungen auf, die vermutlich auf ähnliche, bislang nicht berücksichtigte regionale Faktoren zurückzuführen sind.

Tabelle 12: Berechnungsgrundlagen Nettoabfluss Bayern 2011

Komponente der regionalen Einnahmen	Betrag	Quelle
<b>1. Steuern Gesundheitsfonds, Anteil Bayern</b>		
Steuerzuschuss Gesundheitsfonds aus Bayern	<b>2,3 Mrd. Euro</b>	Bundesministerium für Gesundheit 2013
<b>2. Beiträge Minijobber</b>		
Anzahl Beschäftigungsverhältnisse von Minijobzentrale	7.507.417	Bundesagentur für Arbeit 2011a, b – 2013a, b
Anzahl Beschäftigungsverhältnisse, Jahresdurchschnitt Bayern:	1.248.199	
Anteil Bayern an Bund somit 16,63%		
Abgaben an Gesundheitsfonds aus Minijobs laut BVA: 2,684 Mrd. Euro	2,684 Mrd. Euro	Bundesversicherungsamt 2011a
davon 16,63% entspricht	<b>446 Mio. Euro</b>	
<b>3. Beiträge Rentner</b>		
Durchschnittsrente Bayern laut Rentenversicherung in Zeitreihen, Stand Oktober 2012, Seite 174 f.	678 Euro	Deutsche Rentenversicherung 2012, Bundesministerium für Gesundheit 2012
* 15,5% Beitragssatz		
=	105,245 Euro pro Monat	
* 2.315.520 (Anzahl Mitglieder GKV an Rentnern Bayern laut Mitgliederstatistik KM6 BMG)		
= 243.696.902,40 Beiträge in Euro pro Monat	243,70 Mio. Euro pro Monat	
* 12 Monate		
= 2,93 Mrd. Euro	<b>2,93 Mrd. Euro</b>	
<b>4. Beiträge ALG I-Bezieher</b>		
ALG I-Empfänger Jahresdurchschnitt Bayern 2011 laut Bundesagentur für Arbeit: 118.594 Personen	118.594 Personen	Bundesagentur für Arbeit 2012c, 2013c
ALG I-Empfänger Jahresdurchschnitt Bund 2011 laut Bundesagentur für Arbeit: 829.193 Personen	829.193 Personen	
14,30% Anteil Bayern am Bund		

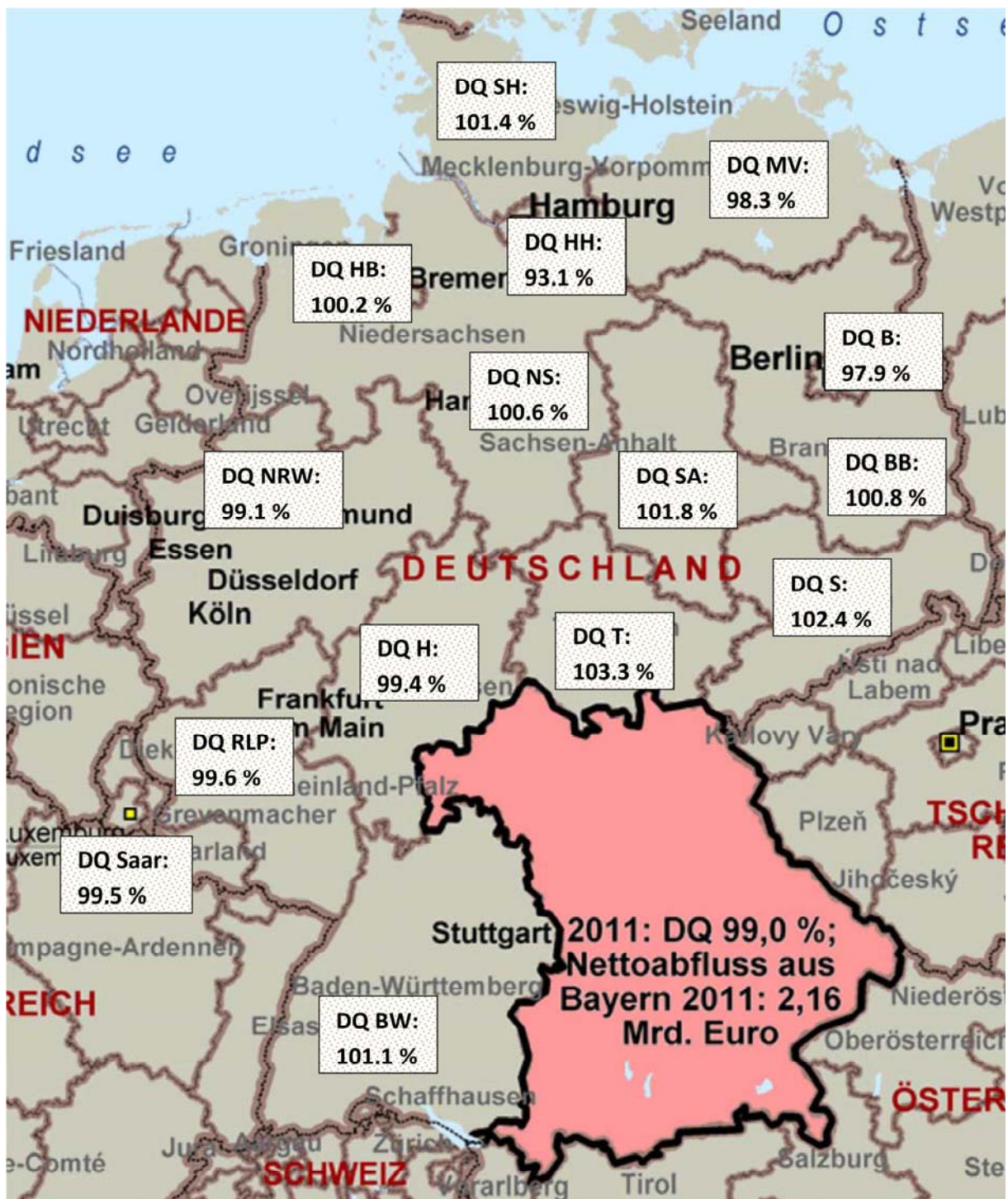
Abgaben an Gesundheitsfonds für ALG I-Bezieher laut BVA:	2,467 Mrd. Euro	Bundesversicherungsamt 2011a
davon 14,30% entspricht:	<b>352,78 Mio. Euro</b>	
<b>5. Beiträge ALG II-Bezieher</b>		
ALG II-Empfänger Jahresdurchschnitt Bayern 2011 laut Bundesagentur für Arbeit: 317.722 Personen	317.722 Personen	Bundesagentur für Arbeit 2013d
ALG II-Empfänger Jahresdurchschnitt Bund 2011 laut Bundesagentur für Arbeit: 4.615.520	4.615.520	
6,88% somit Anteil Bayern an Bund		
Abgaben an Gesundheitsfonds für ALG II-Bezieher laut BVA: 4,435 Mrd. Euro	4,435 Mrd. Euro	Bundesversicherungsamt 2011a
Davon 6,88%	<b>305,13 Mio. Euro</b>	
<b>6. Beitragseinnahmen</b>		
Beitragseinnahmen AOK: 6,92 Mrd. Euro		
Beitragseinnahmen BKK: 6,09 Mrd. Euro		
Hochrechnungsfaktor aus bundesweiten Rechnungsergebnissen des Jahres 2008: Anteil AOK, BKK am BPE je Kopf liegt bei 65%		Bundesministerium für Gesundheit 2009. Falls der Anteil der AOK und BKK am BPE überschätzt ist, ergeben sich höhere Beitragseinnahmen für Bayern und auch der Nettoabfluss wäre c.p. erhöht.
Ergebnis I: 13,01 Mrd. Euro * 10/6,5 = 20,02 Mrd. Euro	<b>20,02 Mrd. Euro</b>	
<b>7. Summe Einnahmen Bayern</b>		
Beitragspflichtige Einnahmen (Mrd. Euro)	20,02	
Steuern Bayern Gesundheitsfonds (Mrd. Euro)	2,30	
Beiträge für Minijobber (Mrd. Euro)	0,45	
Beiträge bayrischer Rentner (Mrd. Euro)	2,93	
Beiträge AGL I-Empfänger (Mrd. Euro)	0,35	



Beiträge ALG II-Empfänger (Mrd. Euro)	0,31	
<b>Summe Einnahmen (Mrd. Euro)</b>	<b>26,36</b>	
<b>8. Zuweisungen Bayern</b>		
AOK Bayern: 10,4 Mrd. Euro		
BKK Bayern: 4,1 Mrd. Euro		
14,5 Mrd. Euro entsprechen 60% der Zuweisungen: insgesamt ergeben sich 24,20 Mrd. Euro	<b>24,20</b>	Werte aus der Kassenartenübersicht Jahresausgleich für die Bundesebene (JA 2011) deuten darauf hin, dass die gewählten 60% im Vergleich zu den Marktanteilen in Bayern eine plausible Grenze darstellen (vgl. Bundesversicherungsamt 2012). Ein höherer Wert würde die Zuweisungen insgesamt verringern bzw. den Nettoabfluss erhöhen und vice versa.
<b>9. Nettoabflüsse (Einnahmen minus Zuweisungen)</b>		
Nettoabfluss aus Bayern 2011 in Mrd. Euro	<b>2,16</b>	

Quelle: Eigene Berechnungen.

Abbildung 6: Deckungsquoten und Nettoabfluss aus Bayern 2011



Quelle: Eigene Berechnungen und Göppfarth 2013, S. 14.

## 5.2 Die Deckungsquoten vor dem Hintergrund der fiskalischen Verteilungseffekte

### Risikostrukturausgleich und Länderfinanzausgleich

Nach unserer bisherigen Analyse weisen die Krankenkassen für ihre Versicherten in Bayern per Saldo negative Deckungsquoten auf, wobei sich die Fehlbeträge zwischen den angefallenen Gesundheitsausgaben und den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds im Jahre 2011 auf 230 Mio. Euro beliefen und sich im Zeitraum von 2009 bis 2011 auf 990 Mio. Euro, unter Berücksichtigung der sich aus den Hochrechnungen ergebenden Unschärfen jedenfalls aber auf mindestens 800 Mio. Euro. Gleichzeitig leisteten die Versicherten in Bayern dank der überdurchschnittlichen Löhne und der niedrigen Arbeitslosenquote in diesem Bundesland im Jahre 2011 einen Beitrag zur solidarischen Finanzierung in der GKV in Höhe von 2,16 Mrd. Euro, d.h. in dieser Höhe überstiegen die abgeführten Beiträge die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds. Schließlich führt die prosperierende Wirtschaftsentwicklung in Bayern dazu, dass seine Bürger inzwischen einen Solidarbeitrag zur GKV in Höhe der hälftigen Zahlungen Bayerns in den fiskalischen Länderfinanzausgleich tragen (für 2013 rund 4 Mrd. Euro). (vgl. Abbildung 7)<sup>11</sup>.

Um Missverständnissen vorzubeugen: Es geht in diesem Gutachten weder um eine Beurteilung des Finanzausgleichs noch steht die in der GKV bundesweit geltende solidarische Finanzierung zur Diskussion (vgl. Gaßner, Göppfarth und Wittmann 2011, S. 60ff.) Es bleibt in diesem Kontext allerdings festzuhalten, dass bei der Konzipierung des geltenden Länderfinanzausgleichs der Finanzkraftausgleich im alten RSA sowie der erweiterte Finanzkraftausgleich im Rahmen des Gesundheitsfonds noch nicht existierten<sup>12</sup>. Schließlich bedarf es vor dem Hintergrund dieser erheblichen Umverteilungseffekte schon sehr fundierter (Gegen-)Argumente, um den Krankenkassen für ihre Versicherten in Bayern zum Ausgleich der Fehlbeträge, die auf exogene Faktoren zurückgehen, eine regionale Komponente zu verweigern. Dies gilt umso mehr, wenn bestimmte Faktoren sowohl für die geleistete Umverteilung als auch teilweise für die negativen Deckungsquoten verantwortlich zeichnen.

---

<sup>11</sup> Dieser Betrag erreichte bereits im September 2013 eine Höhe von 3,1 Mrd. Euro (siehe FAZ vom 21.11.2013, S.9)

<sup>12</sup> Die Versicherten in Bayern leisten mit Einführung des Gesundheitsfonds nun einen zusätzlichen Solidarbeitrag in Höhe von ca. 60 Mio. Euro pro Jahr (siehe oben unter Punkt 2).

**Abbildung 7: Länderfinanzausgleich 2012 (in Mrd. Euro)**

Quelle: Statistisches Bundesamt 2013a, S. 251.

### Bedarf, Kostenstrukturen und Inanspruchnahme

Bei den Einflussgrößen unterschiedlicher Deckungsquoten handelt es sich bei den nachfrageseitigen Determinanten völlig unstrittig und bei den angebotsseitigen, zumindest im derzeitigen System der GKV, nahezu ausschließlich um exogene Faktoren. Wie oben unter Punkt 4.2 dargelegt, machen vor allem Aspekte eines funktionsfähigen und fairen Wettbewerbs zwischen den Krankenkassen einen Ausgleich dieser verzerrenden Effekte mit Hilfe einer regionalen Komponente erforderlich. Die Forderung nach Einbeziehung einer regionalen Komponente in den Morbi-RSA sieht sich denn auch weniger mit Einwänden bezüglich der Exogenität der Einflussfaktoren als mit der Befürchtung konfrontiert, sie zementiere den Status quo einer ineffizienten Gesundheitsversorgung<sup>13</sup>.

<sup>13</sup> Gaßner, Göppfarth und Wittmann (2011, S. 77) lassen deshalb in ihrer Modellrechnung das Regionalmerkmal im Morbi-RSA nicht vollständig, sondern nur zur Hälfte wirken; in der Argumentation ähnlich Göppfarth 2013, S. 16.

Abgesehen davon, dass der Morbi-RSA in erster Linie eine wettbewerbliche Funktion besitzt und schon insofern keine effiziente und effektive Gesundheitsversorgung sicherzustellen vermag, als er zwangsläufig auch Über- und Fehlversorgungen berücksichtigt<sup>14</sup> bzw. ausgleicht, bleibt selbst bei vergleichsweise höheren Ausgaben in bestimmten Regionen noch völlig offen, ob es sich jeweils um

- eine qualitativ höherwertige Versorgung,
- reine monetäre Preis- bzw. Verteilungseffekte oder
- angebotsinduzierte Ineffizienzen und Ineffektivitäten im Rahmen der ambulanten und stationären Versorgung

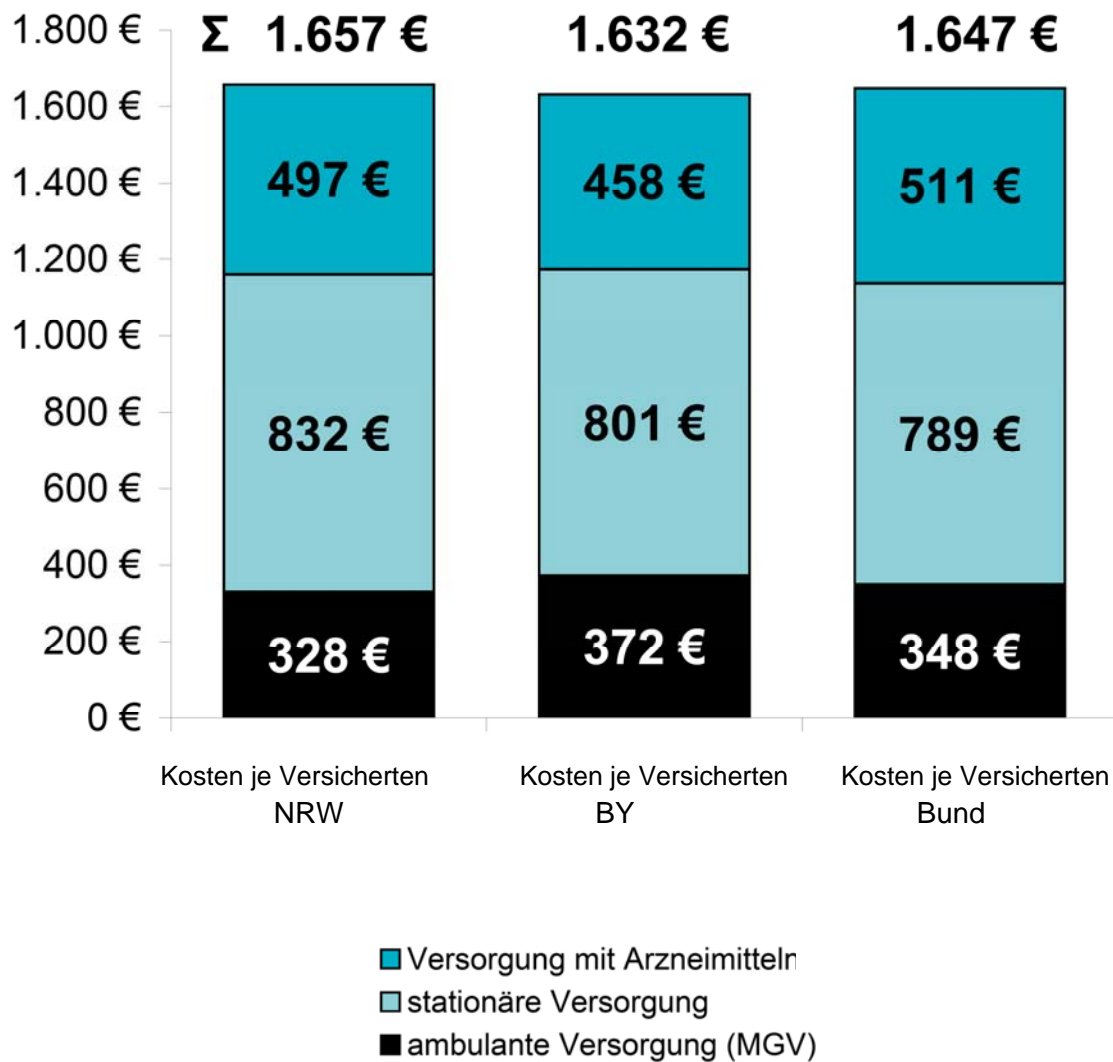
handelt. Der Befund, dass sich bisher mit Hilfe valider Outcome-Indikatoren regionale Unterschiede in der Versorgungsqualität nicht mit entsprechenden Versorgungsstudien schlüssig belegen lassen, bedeutet noch nicht, dass sie nicht teilweise doch existieren. Aus dieser Perspektive erscheint es höchst bedauerlich, dass sich die Erhebung regionaler Merkmale auf die Jahre 2009 und 2010 im Rahmen der Konvergenzklausel beschränkte.

Es gibt zunächst nicht nur theoretische Gründe, sondern auch zahlreiche empirische Hinweise, dass überdurchschnittliche regionale Ausgaben nicht zwangsläufig oder überwiegend auf angebotsinduzierte Ineffizienzen und Ineffektivität in der Versorgung zurückgehen. Die kostenintensive Infrastruktur im Krankenhausbereich und die damit häufig einhergehende Facharztdichte können nicht nur die Bürger der betreffenden Region, sondern im Sinne der bereits oben unter Punkt 4.1 erwähnten Umlandversorgung insbesondere Berufspendler und zumindest als Option alle Bürger der umliegenden Regionen nutzen. Dabei existieren zwischen einer (hoch) spezialisierten regionalen Infrastruktur im stationären und ambulanten Sektor und der Mitversorgung von Bürgern umliegender Regionen sogar noch sich verstärkende Wechselwirkungen. Auf die Existenz auch grundsätzlich erwünschter Substitutionseffekte einer überdurchschnittlichen Arzt- und Facharztdichte deutet auf globaler Ebene bereits der Befund hin, dass die Ausgaben im vertragsärztlichen Bereich negativ mit den Ausgaben für Arzneimittel und Krankenhäuser korrelieren (vgl. Göppfarth 2013, S. 13). Diese Sichtweise wird gestützt durch die Abbildungen 8a und b. Bei identischen Ausgaben je Versicherten kann dennoch eine regional unterschiedliche Struktur zwischen den Versorgungsebenen bestehen. Nordrhein-Westfalen und Bayern sind hier ein gutes Beispiel: die Gesamtausgaben je Versicherten sind in beiden Bundesländern insgesamt sehr ähnlich, dennoch resultieren deutliche Unterschiede in den Ausgabenanteilen der einzelnen Sektoren.

---

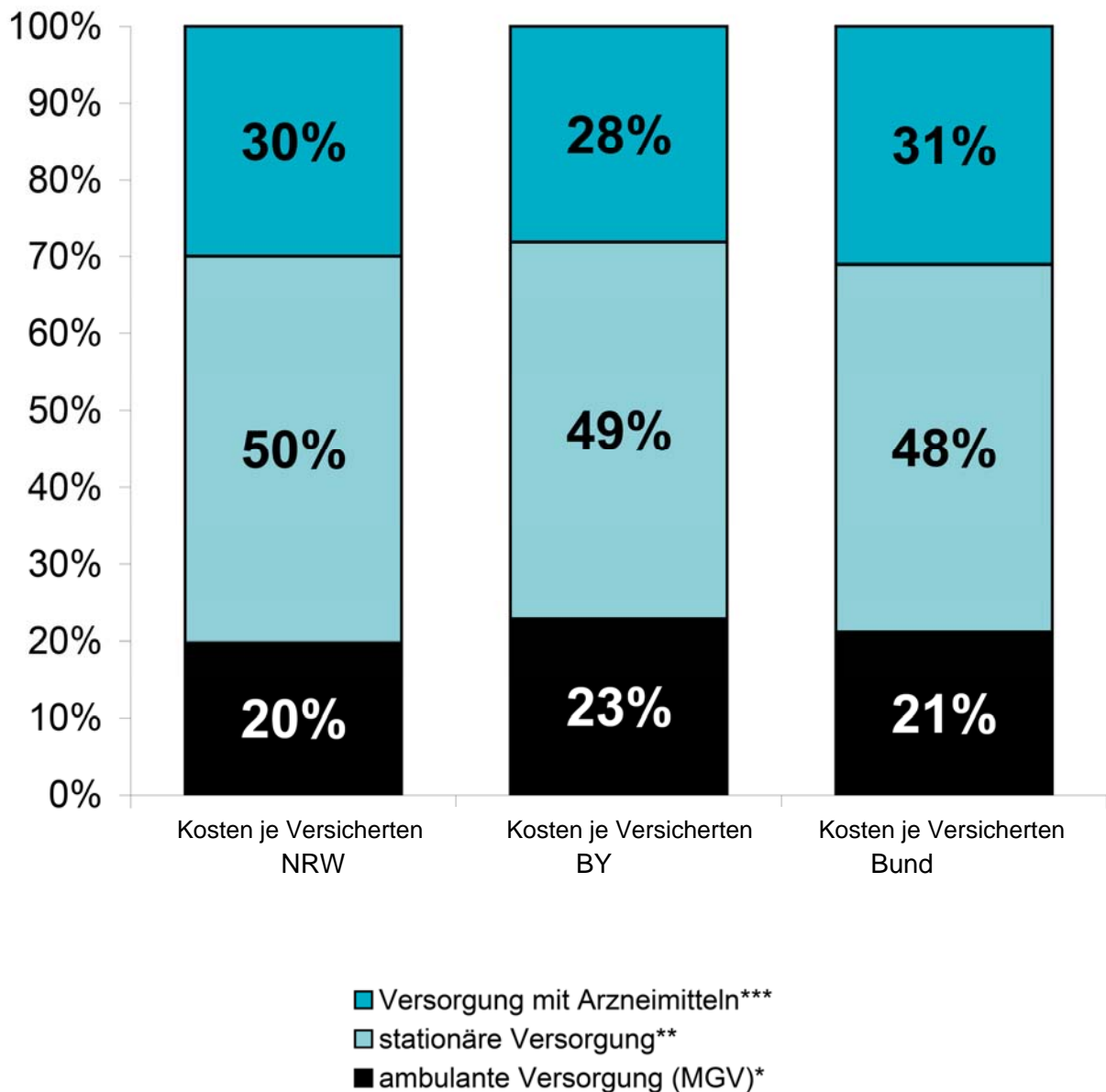
<sup>14</sup> Es läuft auf eine gewisse Asymmetrie hinaus, wenn der Morbi-RSA alle Behandlungen unabhängig von jeglicher Prüfung auf Effizienz oder Effektivität ausgleicht, nicht aber solche, die möglicherweise aus überdurchschnittlichen regionalen Ausgaben und einer entsprechend vermuteten angebotsinduzierten Nachfrage resultieren.

**Abbildung 8a: Kostenstruktur je Versicherten in Bayern und Nordrhein-Westfalen (Absolutwerte, 2012)**



Quelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung 2012; Statista 2012, GKV-Spitzenverband 2012.

**Abbildung 8b: Kostenstruktur je Versicherten in Bayern und Nordrhein-Westfalen (Anteile, 2012)**



Quelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung 2012; Statista 2012, GKV-Spitzenverband 2012.

Eine detailliertere Analyse der regionalen Unterschiede in der Gesundheitsversorgung deutet ebenfalls darauf hin, dass die Behandlungen in Ballungsgebieten bzw. Städten mit einer spezialisierten stationären und ambulanten Infrastruktur nicht grundsätzlich angebotsinduziert bzw. zu häufig, sondern vielfach effizienter und effektiver erfolgen. So zeigt sich bei Eingriffen, die in Deutschland auch im internationalen Vergleich auffällig häufig und problembehaftet auftreten (siehe hier Nolting et al.), dass

- die Entfernung der Gebärmutter bei Frauen, die in Städten leben, eher durchschnittlich oder unterdurchschnittlich häufig ausfällt (S. 37),
- die Bevölkerung in den Städten eher weniger oder durchschnittlich oft an der Gallenblase operiert wird (S. 41),
- Kniegelenk-Erstimplantationen in größeren Städten häufig nur durchschnittlich oft stattfinden (S. 47),
- es bei Diabetes Typ II in größeren Städten zu weniger Krankenhausaufenthalten kommt (S. 51) und
- sich Antibiotika-Verordnungen bei Kindern umso seltener finden, je mehr Kinder- bzw. Jugendärzte es in der Region gibt (siehe hierzu Christensen und Müller 2012).

In einer Studie zur Konvergenz der Vergütungen spricht sich das IGES-Institut dafür aus, dass „für die Fragen einer Bewertung von Vorschlägen zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs zwingend das regionale Gesamtergebnis einschließlich aller kompensatorischen Wirkungen zu berücksichtigen (ist)“ (IGES 2014, S. 71).

Bei aller Unvollständigkeit der zugrundeliegenden Datenbasis, die für eine erfolgversprechende Versorgungsforschung dringend einer Erweiterung bedarf, lässt sich konstatieren, dass eine spezialisierte stationäre und ambulante Infrastruktur in regionaler Hinsicht keineswegs immer und auch nicht tendenziell mit einer angebotsinduzierten ineffizienten und ineffektiven Versorgung einhergeht. In nicht wenigen Fällen kulminieren problematische Eingriffe in Regionen mit einer unterdurchschnittlichen Versorgungsdichte.

Als ein (indirekter) Indikator für eine unter Effizienz- und Effektivitätsaspekten problematische angebotsinduzierte Nachfrage im vertragsärztlichen Bereich können die Arzneimittelausgaben bzw. –verordnungen dienen. Bei einem entsprechenden Vergleich der Bundesländer wies Bayern im Jahre 2012 die niedrigsten durchschnittlichen Arzneimittelausgaben je Versicherten auf (siehe De Milas und Haustein 2013, S. 375). Diese lagen mit 340 Euro je Versicherten um 12,9 Prozent unter dem Bundesdurchschnitt von 384 Euro. Im Arzneimittelverbrauch in DDD je Versicherten verdrängte Bayern im Jahre 2012 Baden-Württemberg vom letzten Platz und unterschritt hier mit 505 den Bundesdurchschnitt von 576 um 14,1 Prozent<sup>15</sup>. Die Analyse des BARMER GEK Arzneimittelreports, der bereits die Arzneimittelausgaben hinsichtlich der Alters-

---

<sup>15</sup> Bei einer speziellen Berücksichtigung des Anteils der Versicherten mit einem Body-Mass-Index (BMI) von über 30, des Anteils der Versicherten mit einem Alter über 55 Jahren und der Anzahl der (Fach-)Ärzte pro 100.000 Einwohner relativieren sich die Ergebnisse teilweise. Die Arztdichte erweist sich dabei als ein statistisch schwach signifikanter Indikator zur Erklärung der Unterschiede in der Grundversorgung. Für die Spezialversorgung stellt die Facharztdichte dagegen einen statistisch signifikanten und wichtigen Indikator zur Erklärung der Unterschiede in der Versorgung dar. Die hier vorgenommene Standardisierung der regionalen Arzneimittelausgaben um eine Mischung aus jeweils zwei nachfrageseitigen (BMI und Alter ab 55) und angebotsseitigen (Arzt- und Facharztdichte) Determinanten scheint allerdings vor dem Hintergrund des gesamten Spektrums von Effizienzgrößen (siehe oben unter Punkt 4.1) nicht unproblematisch.



und Geschlechtsstruktur standardisiert, zeigt ebenfalls, dass viele Regionen Bayerns vergleichsweise niedrige Arzneimittelausgaben pro Versicherten aufweisen (vgl. Glaeske und Schicktanz 2013, S. 31). Für eine im Bundesdurchschnitt keineswegs ineffiziente und ineffektive Arzneimittelversorgung in Bayern sprechen u.a. noch

- eine unterdurchschnittliche Verordnungsprävalenz bei den Antibiotika-Verordnungen bei Kindern und Jugendlichen (vgl. Glaeske et al. 2012, S. 37) sowie
- ein sehr niedriger Anteil der Verordnungen mit vermerkttem Aut-idem Verbot (vgl. Bensing und Kleinfeld 2010, S. 15).

### **Differenzen im Preis- und Verdienstniveau**

Überdurchschnittliche Gesundheitsausgaben in bestimmten Bundesländern können neben Unterschieden in der Versorgungsqualität oder einer ineffizienten und ineffektiven Leistungserbringung auch auf Differenzen im Preis- und Verdienstniveau zurückgehen. Sofern es hier nur um ein höheres Preis- und Verdienstniveau geht, das die Gesundheitsversorgung als gesundheitlichen Leistungserstellungsprozess nicht beeinflusst bzw. verzerrt, handelt es sich nicht um allokativen Ineffizienzen und Ineffektivitäten, sondern um reine Verteilungseffekte. Solche Unterschiede bei Preisen und Verdiensten gibt es innerhalb eines jeden Bundeslandes, aber auch in einem relevanten Umfang zwischen den Bundesländern<sup>16</sup>. Dies betrifft vor allem die Bruttostundenverdienste von vollzeit- und teilzeitbeschäftigten Arbeitnehmern, die Haushaltseinkommen, die Lebenshaltungskosten sowie die Grundstückspreise und Mieten. Letztere spielen in diesem Kontext auch dann eine Rolle, wenn niedergelassene Ärzte in Räumen des eigenen Hauses praktizieren, denn es fallen dann durch die entgangene Miete entsprechende kalkulatorische Kosten an.

Bei den Bruttostundenverdiensten von voll- und teilzeitbeschäftigten Arbeitnehmern im produzierendem Gewerbe und im Dienstleistungsbereich rangierte Bayern im Jahre 2012 mit 20,20 Euro hinter Hamburg (21,83 Euro), Hessen (21,26 Euro) und Baden-Württemberg (20,93 Euro) an vierter Stelle (vgl. Abbildung 9). Das bayerische Verdienstniveau lag damit um 4,5 Prozent über dem bundesdurchschnittlichen von 19,33 Euro (vgl. Statistisches Bundesamt 2013a, S. 367). Bezogen nur auf den Dienstleistungsbereich nimmt Bayern bei den entsprechenden Verdiensten mit 21,68 Euro hinter Hessen (23,53 Euro) und Hamburg (23,49 Euro) sogar den dritten Platz der Bundesländer ein. Hier übersteigt das Preisniveau in Bayern das bundesdurchschnittliche (20,46 Euro) um 6 Prozent und dasjenige der alten Bundesländer (21,23 Euro) um 2,1 Prozent (vgl. Statistisches Bundesamt 2013b, S. 54).

---

<sup>16</sup> Aufgrund der einheitlichen Vergütung innerhalb eines Bundeslands bzw. einer Kassenärztlichen Vereinigung zeigen sich diese Unterschiede nicht auf der Ebene von Kreisen oder kreisfreien Städten.

## Abbildung 9: Durchschnittliche Bruttostundenverdienste 2012 nach Bundesländern

Vollzeit- und teilzeitbeschäftigte Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer (einschl. Beamtinnen und Beamte) im Produzierenden Gewerbe und im Dienstleistungsbereich, in EUR

■ unter 15   ■ 15 bis unter 18   ■ 18 bis unter 20   ■ 20 und mehr



Quelle: Statistisches Bundesamt 2013a, S. 367.

Die Bruttoeinkommen lassen nur begrenzt Aufschlüsse über die den Haushalten tatsächlich zur Verfügung stehenden Einkommen zu, da sie noch abzuführende Steuern und Sozialversicherungsbeiträge enthalten. Die Steuern und Abgaben machten 2008 im Durchschnitt pro Haushalt 793 Euro monatlich aus. Mehr als die Hälfte dieser Abgaben entfielen dabei auf die Einkommen- und Kirchensteuer sowie den Solidaritätszuschlag (zusammen 416 Euro). Beiträge zur gesetzlichen Renten- und Krankenversicherung, zur sozialen Pflegeversicherung und zur Arbeitslosenversicherung machten durchschnittlich 377 Euro je Haushalt und Monat aus.

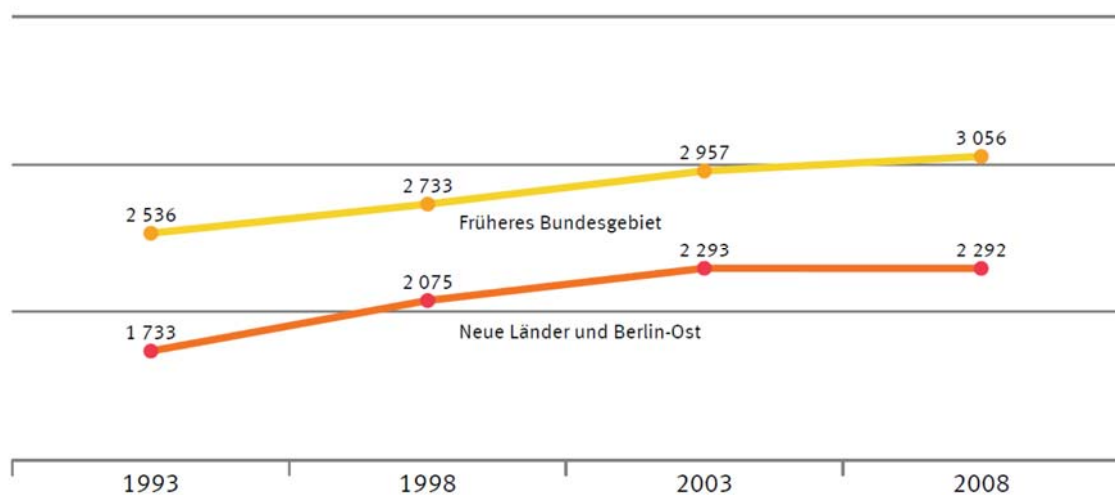
Insgesamt lag der Anteil des Haushaltsbruttoeinkommens, den die Haushalte an Steuern und Abgaben abführen mussten, im Jahr 2008 bei durchschnittlich 21,4%. Die Steuer- und Abgabenbelastung war 2008 im früheren Bundesgebiet mit 21,6% beziehungsweise 843 Euro höher als in den neuen Ländern und Berlin-Ost mit 20,1% be-

ziehungsweise 576 Euro. Ursache dafür ist vor allem, dass aufgrund der Steuerprogression die im Westen höheren Erwerbseinkommen stärker mit Einkommensteuer und Solidaritätszuschlag belastet waren:

Das nach Abzug von Steuern und Sozialabgaben verbleibende Nettoeinkommen der Privathaushalte betrug 2008 durchschnittlich 2.914 Euro im Monat. Damit fiel der Anstieg geringer aus als bei den durchschnittlichen Bruttoeinkommen (+ 4,1%). Ursache dafür ist, dass die Steuern und Abgaben deutlich stärker gestiegen sind als die Bruttoeinkommen.

Im längerfristigen Zeitvergleich fällt auf, dass sich die Schere zwischen Ost und West in Bezug auf die Haushaltsnettoeinkommen im Jahr 2008 wieder geöffnet hat (vgl. Abbildung 10).

**Abbildung 10: Monatliches Haushaltsnettoeinkommen in Euro**



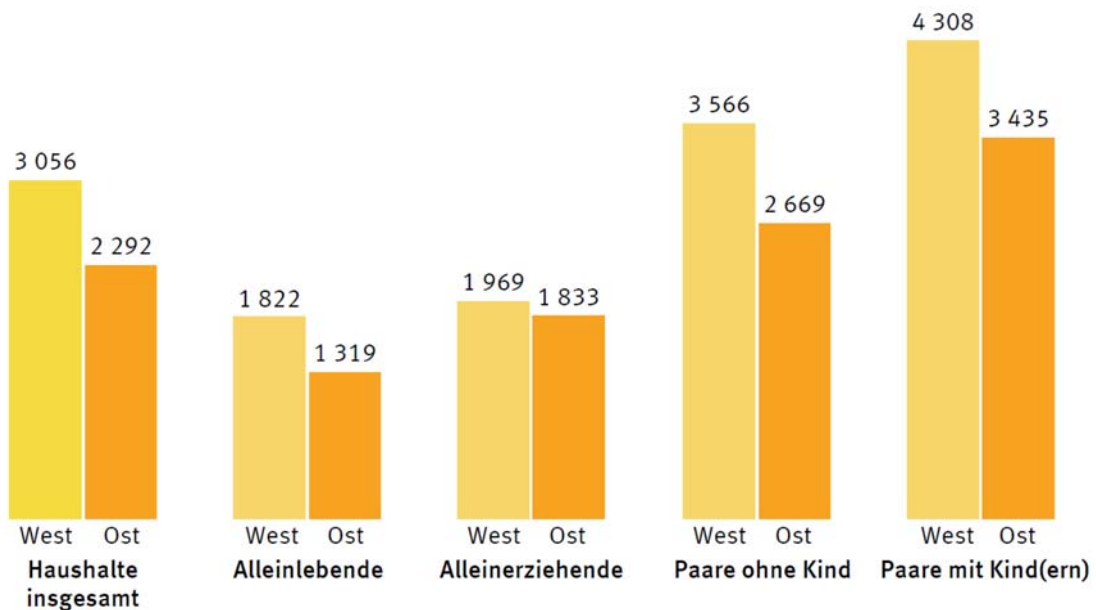
Quelle: Statistisches Bundesamt 2010, S. 16.

Die Ost-West-Unterschiede bei der Höhe der Nettoeinkommen sind auch bei Betrachtung der einzelnen Haushaltstypen deutlich sichtbar. Im Jahr 2008 entsprach mit durchschnittlich 1.833 Euro das Haushaltsnettoeinkommen in ostdeutschen Haushalten von Alleinerziehenden 93,1% der Einkommen des gleichen Haushaltstyps im Westen (1.969 Euro). Auffallend groß war die Einkommensschere demgegenüber bei den Alleinlebenden. Hier erreichten die Haushalte im Osten nur 72,4% (1.319 Euro) des Westniveaus (1.822 Euro).

Ein Vergleich der nominalen Nettoeinkommen der verschiedenen Haushaltstypen untereinander ist aufgrund der unterschiedlichen Haushaltsgrößen nicht sinnvoll. Des-

halb wird an dieser Stelle auf eine Pro-Kopf-Betrachtung übergegangen (vgl. Abbildung 11). In Haushalten von Alleinerziehenden war das Pro-Kopf-Einkommen im Bundesdurchschnitt am niedrigsten.

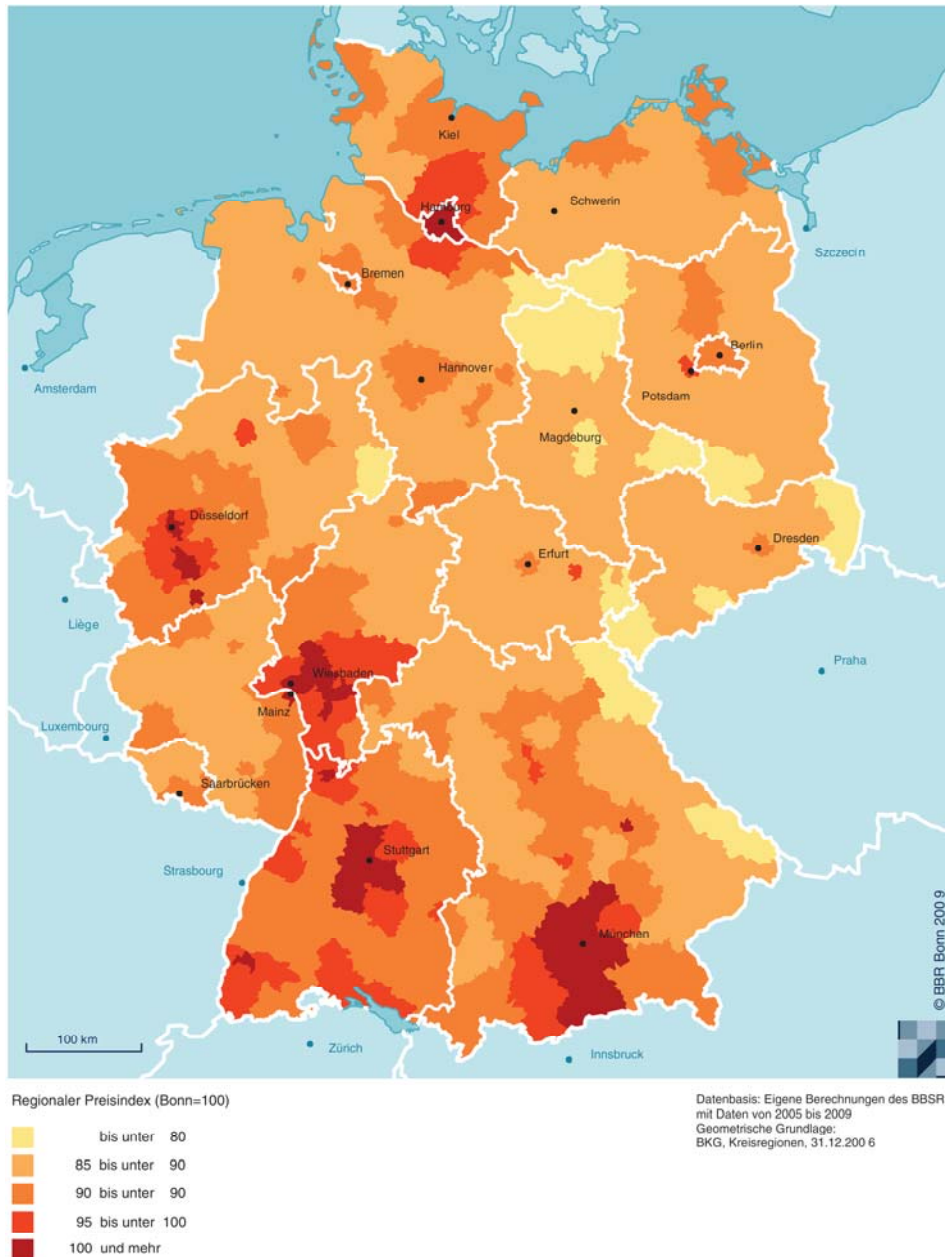
**Abbildung 11: Monatliches Pro-Kopf-Haushaltsnettoeinkommen 2008 in Euro nach Haushaltstypen**



Quelle: Statistisches Bundesamt 2010, S. 17.

Regionale Preisniveauunterschiede innerhalb der Grenzen von Deutschland werden in der deutschen amtlichen Statistik nur in unregelmäßigen Zeitabständen gemessen. Das liegt daran, dass solche Statistiken mit einem hohen Aufwand verbunden und damit sehr teuer sind. Vom Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) wurde im Jahr 2009 eine Pilotstudie zu Unterschieden der Lebenshaltungskosten in verschiedenen Regionen Deutschlands durchgeführt (vgl. Abbildung 12). Die Untersuchung - publiziert in "Regionaler Preisindex", Band 30, Bonn 2009 - hat allerdings explorativen Charakter und bezieht nur einen Teil der Konsumausgaben privater Haushalte ein. Abbildung 12 zeigt, dass die Lebenshaltungskosten in Deutschland regional sehr unterschiedlich verteilt sind. Neben preisgünstigen Regionen, insbesondere in den neuen Bundesländern, im bayerischen Wald oder im Westerwald, weisen die Großräume München, Hamburg oder Stuttgart einen hohen regionalen Preisindex auf.

**Abbildung 12: Regionaler Preisindex für Deutschland**



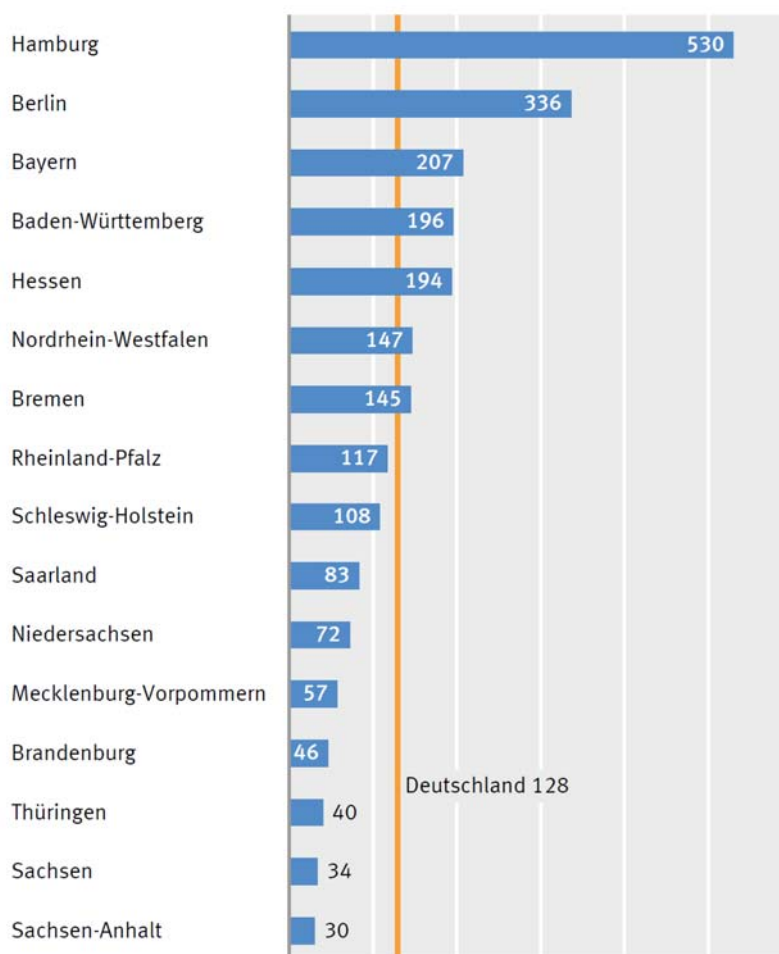
Quelle: Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung 2009.

Noch deutlicher fallen die Unterschiede, wie Abbildung 13 zeigt, bei den durchschnittlichen Kaufwerten für baureifes Land<sup>17</sup> im Jahre 2011 aus, die tendenziell auch die Differenzen im Mietniveau widerspiegeln. Das Preisniveau in Bayern lag hier am

<sup>17</sup> Diese Kaufwerte für baureifes Land beziehen sich auf Flächen, die nach öffentlich-rechtlichen Vorschriften baulich nutzbar und von den Gemeinden für die Bebauung vorgesehen sind; es handelt sich um absolute Werte, nicht um Indizes.

höchsten von allen Flächenländern und um 61,7 Prozent über dem Bundesdurchschnitt (vgl. Statistisches Bundesamt 2013a, S. 393). Diese Unterschiede bei Bruttoverdiensten von Arbeitnehmern sowie bei den Preisen von Grund und Boden innerhalb von Regionen und Bundesländern schlagen sich zwangsläufig in den Kosten- bzw. Ausgabenstrukturen der dort ansässigen Krankenhäuser und niedergelassenen Ärzte nieder. Es liegt insofern nahe und erscheint auch nicht unberechtigt, dass diese Leistungserbringer dann auch höhere Vergütungen fordern.

**Abbildung 13: Durchschnittliche Kaufwerte für baureifes Land im Jahre 2011 in Euro je m<sup>2</sup>**



Quelle: Statistisches Bundesamt 2013a, S. 393.

Die schwache derzeitige Informationsbasis und die wenigen auf ihr aufbauenden Studien bzw. Analysen erlauben keine validen Aussagen darüber, inwieweit bzw. in welchem quantitativen Umfang überdurchschnittliche Gesundheitsausgaben in Regionen und Bundesländern jeweils auf Ineffizienzen und Ineffektivitäten in der Gesundheitsversorgung, qualitative besser Behandlungen oder höhere Preis- und Verdienstniveaus zurückgehen.

Unsere Betrachtungen und Überlegungen, die dazu beitragen sollen, diese Lücke etwas zu schließen, legen aber nahe, dass die unterschiedlichen Preis- und Verdienstniveaus eine relevante Rolle spielen. Dies gilt nicht nur für die Preise und Löhne, die Krankenhäuser und niedergelassene Ärzte in den jeweiligen Regionen für ihre personellen und sächlichen Produktionsfaktoren zahlen, sondern auch hinsichtlich der Einkommenserwartung der niedergelassenen und im Krankenhaus tätigen Ärzte, deren Anspruchsniveau ebenfalls von regionalen Gegebenheiten abhängt. Die im Bundesdurchschnitt höheren Löhne und Honorare, welche die Leistungserbringer in bestimmten Regionen und Bundesländern beziehen, bieten andererseits ein Spiegelbild der in diesen Gebieten höheren beitragspflichtigen Einnahmen, von denen die bundesweite Finanzierung profitiert. Es erscheint aus dieser Perspektive weder symmetrisch noch konsistent, auf der Beitrags- bzw. Einnahmenseite bei unterschiedlichen Löhnen und Einkommen eine bundesweite Solidarität einzufordern, auf der Ausgabenseite aber einen entsprechenden Ausgleich der Effekte, die zu einem Teil auf eben diese Faktoren zurückgehen, zu verweigern. Die kombinierte Betrachtung von Einnahmen- und Ausgabenseite spricht neben dem zentralen Wettbewerbsargument ebenfalls für den Einbezug einer regionalen Komponente in den Morbi-RSA. Da es nahezu keine Belege für überdurchschnittliche Ineffizienzen und Ineffektivitäten in den Regionen mit unterdurchschnittlichen Deckungsquoten gibt, sollte die regionale Komponente alle Effekte ausgleichen, die in für die Krankenkassen exogenen Faktoren wurzeln.

## 6. Zusammenfassung und Ausblick

Der Risikostrukturausgleich (RSA) stellt keinen Selbstzweck dar, sondern ein Instrument zur Verwirklichung eines zielorientierten Wettbewerbs der Krankenkassen. So hält auch die Monopolkommission „den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich und seine stetige Weiterentwicklung für unabdingbar, um die Bedingungen für Effizienzwettbewerb auf dem Versicherungsmarkt unter den Voraussetzungen des Solidarprinzips im System der GKV weiterhin zu erhalten“ (Monopolkommission 2010, S. 479).

In diesem Kontext fällt dem RSA die Aufgabe zu, den miteinander konkurrierenden Krankenkassen faire bzw. gleiche Wettbewerbschancen einzuräumen und Risikoselektion weit möglichst zu verhindern. Die wettbewerbliche Notwendigkeit eines RSA besteht in jedem Krankenversicherungssystem mit konkurrierenden Krankenkassen, in dem die Versicherten risikounabhängige Beiträge entrichten. Im deutschen RSA findet seit dem 01.01.2009 im Rahmen des Gesundheitsfonds ein vollständiger Ausgleich der Einnahmen bzw. Beiträge der Mitglieder statt. Zugleich trat zu den indirekten Risikokomponenten Alter, Geschlecht und Bezug einer Erwerbsminderungsrente eine direkte Morbiditätsorientierung durch die Berücksichtigung von bis zu 80 Krankheiten hinzu. Dieser Morbi-RSA veranschlagt aber nicht die tatsächlich angefallenen Leistungsausgaben, die Krankenkassen erhalten vielmehr in einem prospektiven Ansatz durchschnittliche bzw. standardisierte Zuweisungen.

Mit dem Morbi-RSA gehen auf seiner Einnahmen- und Ausgabenseite nicht nur erhebliche Umverteilungseffekte zwischen den einzelnen Krankenkassen, sondern auch zwischen Regionen und Bundesländern einher. Auf der Einnahmenseite entstehen diese distributiven Wirkungen durch unterschiedlich hohe beitragspflichtige Einnahmen als Folge über- oder unterdurchschnittlicher Arbeitsentgelte sowie Renten und auf der Ausgabenseite durch divergierende Risikostrukturen bedingt durch Differenzen bei Alter, Geschlecht und Morbiditätslast des jeweiligen Versichertenkollektivs. Dies führt dazu, dass der Morbi-RSA Beitragsmittel aus Regionen und Bundesländern mit einer überdurchschnittlich prosperierenden Wirtschaftsentwicklung sowie mit jüngeren und gesünderen Versicherten in Regionen und Bundesländer umverteilt, die ein niedrigeres Lohn- und Rentenniveau aufweisen und in denen eine ältere und morbidere Bevölkerung lebt. So dürfte der Gesundheitsfonds durch seinen vollständigen Finanzkraftausgleich die Versicherten in Bayern um zusätzlich ca. 60 Mio. Euro belastet haben. Während der vollständige Finanzkraftausgleich für Bayern gegenüber dem alten RSA finanzielle Belastungen mit sich bringt, besitzt die unmittelbare Messung der Morbidität im neuen RSA für Bayern aber auch Vorteile: Zwar leben in Bayern im Durchschnitt mehr jüngere Menschen als in anderen Bundesländern, die Morbidität bezogen auf das Lebensalter liegt aber über dem Durchschnitt, was im Morbi-RSA entsprechend berücksichtigt wird.

Die Krankenkassen erhalten aus dem Gesundheitsfonds Zuweisungen entsprechend den durchschnittlichen bzw. standardisierten Leistungsausgaben je Versicherten, deren Einteilung in Risikogruppen sich an den Ausgleichsfaktoren



- Alter und Geschlecht,
- Alter und Geschlecht differenzierte Bezieher von Erwerbsminderungsrenten sowie
- auf der Grundlage von Diagnosen und Arzneimittelverordnungen gebildete Morbiditätsgruppen

orientiert. Eine Gegenüberstellung dieser Zuweisungen mit den tatsächlichen Ausgaben ergibt die sog. Deckungsquote. Diese zeigt somit an, ob und in welchem Umfang in einer Region oder einem Bundesland die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds, die alle Krankenkassen für die Versicherten mit dortigem Wohnsitz erhalten, die Ausgaben für diese Versicherten über- oder unterschreiten. Bisherige Evaluationen zeigen, dass es trotz Morbi-RSA zu negativen oder positiven Deckungsquoten kommt mit tendenziellen Unterdeckungen in Kernstädten und Überdeckungen im umliegenden Verdichtungsraum.

Vor dem Hintergrund dieser Entwicklungen und Tatbestände erörtert das Gutachten folgende grundsätzlichen Fragen bzw. Probleme:

- Welche regionalen Deckungsquoten existieren auf Kreisebene in Bayern und welche Deckungsquote ergibt sich bei ihrer Aggregation für dieses Bundesland?
- Auf welche nachfrage- und angebotsseitigen Einflussgrößen gehen diese unterschiedlichen regionalen Deckungsquoten zurück?
- In welcher Relation stehen regionale Einnahmen, regionale Ausgaben und regionale Zuweisungen und welche finanziellen Abflüsse aus Bayern ergeben sich durch Gesundheitsfonds und Morbi-RSA?
- Ist zum Ausgleich der Differenzen in den regionalen Deckungsquoten vor dem Hintergrund der errechneten Nettoabflüsse aus Bayern eine regionale Ausgleichskomponente im Morbi-RSA eine zielkonforme und sachgerechte Lösung?

Die Berechnung der regionalen Deckungsquoten für die 71 Landkreise und 25 kreisfreien Städte in Bayern basieren auf Datenlieferungen der beteiligten Krankenkassen. Der Datensatz enthält für die einzelnen bayerischen Regionen Angaben über die Leistungsausgaben ohne Krankengeld, die Versichertenjahre, die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds sowie die beitragspflichtigen Einnahmen (beitragspflichtige Arbeitgeberentgelte sowie Beiträge von Selbstzahlern, versicherungspflichtigen Studenten und Praktikanten). Die finanziellen Mittel im Gesundheitsfonds und die Abgaben der Mitglieder bzw. Bürger betreffen zudem die Steuermittel aus dem Bundeszuschuss sowie die Beiträge von Rentnern, Beziehern von Arbeitslosengeld I und II und Minijobbern. Da hierzu keine Daten auf regionaler Ebene vorliegen, lässt sich der Saldo aus Beitrags- und Steuerzahlungen einerseits und Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds andererseits nur auf der Ebene des Bundeslandes ermitteln. Die von den Orts- und Betriebskrankenkassen für das Gutachten aufbereiteten Daten decken etwa 60% des GKV-Versichertenmarktes auf Landesebene ab. Die Annahme für die Deckungsquote der Ersatzkassen, dass diese dem gewichteten Mittel der Quoten von AOK und

BKK entspricht, läuft insofern eher auf eine Untergrenze hinaus, als diese Krankenkassen einen relativ hohen Anteil von Versicherten in den städtischen Räumen bzw. Behandlungsgebieten aufweisen.

Die errechneten regionalen Deckungsquoten geben somit an, inwieweit die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds, die in der Summe alle Krankenkassen für ihre Versicherten in den jeweiligen bayerischen Landkreisen erhalten, die tatsächlich angefallenen Ausgaben für diese Versicherten über- oder unterschreiten. Die Auswertung zeigt in Abhängigkeit von den unterschiedlichen regionalen Verhältnissen sowohl Unter- als auch Überdeckungen mit einer Bandbreite von 86,9% bis 108,3%. Diese Ergebnisse bestätigen in ihrer Tendenz insofern die Resultate ähnlicher Analysen, als Unterdeckungen häufiger in Regionen mit einer höheren Siedlungsdichte, einer dienstleistungsintensiveren Wirtschaft, einem hohen Anteil an Einpersonenhaushalten, Versicherten mit höheren Einkommen und besserem Bildungsstand sowie einer spezialisierten medizinischen Infrastruktur, d.h. auch höherer Arzt- und Bettendichte, auftreten.

Auf die Ebene des Bundeslandes Bayern aggregiert weisen unsere Berechnungen für das Jahr 2011 eine Deckungsquote ohne Krankengeld von 99,0 Prozent aus. Dies bedeutet, dass die Zuweisungen, die in der Summe alle Krankenkassen für ihre Versicherten mit Wohnsitz in Bayern aus dem Gesundheitsfonds erhielten, die in diesem Jahr angefallenen Ausgaben nicht zu decken vermochten. Der so entstandene Fehlbetrag beläuft sich ohne Krankengeld auf 230 Mio. Euro. Dabei besitzt der Ausweis dieses Defizits ohne Krankengeld insofern noch einen höheren Aussagegehalt, als diese Geldleistung nicht in die Versorgung der Patienten fließt, sondern für die Mitglieder der Krankenkassen eine Lohnersatzleistung darstellt. Auch der wissenschaftliche Beirat am Bundesversicherungsamt hat bei der Betrachtung regionaler Deckungsquoten auf eine Darstellung ohne Krankengeld abgestellt (Drösler et.al. 2011, S. 66).

Da der Morbi-RSA bereits seit 2009 existiert und insofern seitdem regionale Be- und Entlastungen erzeugt, bietet es sich an, auch die Jahre 2009 und 2010 mit in die Betrachtungen der regionalen Deckungsquoten einzubeziehen. Dabei zeigt sich, dass die Deckungsquoten dieser Jahre auf der Ebene des Bundeslandes Bayern noch spürbar unter der Quote des Jahres 2011 lagen. Die Fehlbeträge summieren sich in diesen drei Jahren auf fast 990 Mio. Euro. Auch unter Berücksichtigung der Datenprobleme, mit denen sich unsere Analyse konfrontiert sah, und bestehender methodischer Unschärfen dürfte dieser Fehlbetrag über 800 Mio. Euro liegen. Die Deckung dieser Fehlbeträge stellt für die betroffenen Krankenkassen vor allem im Wettbewerb mit Konkurrenten, die keine Unter- oder sogar Überdeckungen aufweisen, eine erhebliche Herausforderung dar.

Die unterschiedlichen Deckungsquoten, die einzelne Regionen und entsprechend aggregiert auch Bundesländer aufweisen, können in nachfrage- und/oder angebotsseitigen Einflussfaktoren wurzeln. Bei den nachfrageseitigen Faktoren handelt es sich vor allem um:

- Einkommen, Vermögen und soziale Schicht der Versicherten,
- regionale Arbeitslosen-, Erwerbs- und Dienstleistungsquote sowie
- Bevölkerungsdichte, Haushaltsgröße und Einpersonenhaushalte.

Auf der Angebotsseite kommen als Determinanten vor allem in Frage:

- Hausarzt-, Facharzt- und Bettendichte,
- Erreichbarkeit von Haus- und Facharzt sowie Krankenhaus und
- Kodierqualität im vertragsärztlichen Bereich.

Es gibt derzeit kaum Studien, die regionale Ausgabenunterschiede im Gesundheitswesen analysieren, die sich nicht durch Alter, Geschlecht und Morbidität erklären lassen. In den wenigen Untersuchungen zeichnen von den nachfrageseitigen Einflussfaktoren insbesondere die Wirtschaftskraft, das Haushaltseinkommen sowie der Anteil der Dienstleistungen und Einpersonenhaushalte für überdurchschnittliche alters-, geschlechts- und morbiditätsbereinigte Gesundheitsausgaben verantwortlich. Auf der Angebotsseite bilden die Ärzte-, Fachärzte- und Krankenhausdichte relevante Determinanten. Da der Morbi-RSA von seiner wettbewerblichen Zielsetzung her die Ausgabeneffekte von Einflussfaktoren ausgleichen soll, die sich dem Gestaltungsspielraum der Krankenkassen entziehen, stellt sich in diesem Kontext die Frage nach der Exogenität dieser Determinanten. Dabei liegen die nachfrageseitigen Einflussgrößen völlig außerhalb des Gestaltungsspielraumes der Krankenkassen und stellen daher unstrittig exogene Einflussfaktoren dar.

Zweifel an ihrer Exogenität können somit nur bei den angebotsseitigen Einflussfaktoren bestehen. Dies betrifft aber kaum die Kodierqualität der Vertragsärzte sowie den Aufbau und die Vorhaltung einer (hoch-)spezialisierten Infrastruktur im ambulanten, stationären und Pflegebereich. Darüber hinaus vermag eine einzelne Krankenkasse im kollektiven System auch die Mengen und Preise in den einzelnen Leistungsbereichen nicht zu beeinflussen, so dass als Gestaltungsspielraum nur der selektivvertragliche Bereich mit seinem momentan bescheidenen Ausgabenvolumen verbleibt. Unter den in der GKV gegebenen Bedingungen, d.h. beim derzeitigen Verhältnis von selektiv- zu kollektivvertraglicher Versorgung, bilden sowohl nachfrage- als auch angebotsseitige Einflussfaktoren nahezu ausnahmslos exogene Faktoren, die im Sinne der Zielsetzung des Morbi-RSA eines Ausgleichs durch eine regionale Komponente bedürfen. Andernfalls benachteiligen landesweite bzw. regionale Unterdeckungen, die auf exogene Faktoren zurückgehen, landesweit oder regional tätige Krankenkassen gegenüber bundesweit agierenden. Bei regionalen Unterdeckungen bestehen für regional aufgestellte Krankenkassen keinerlei Ausgleichsmöglichkeiten; ein Nachteil vor allem gegenüber den breiten Möglichkeiten bundesweit operierender Träger. Landesweite bzw. regionale Überdeckungen wirken entsprechend in die umgekehrte Richtung. Mehrere Länder, wie z.B. Belgien, die Niederlande, Israel und die Schweiz, sehen

denn auch in ihrem RSA eine regionale Komponente zum Ausgleich der Effekte von exogenen Faktoren vor.

Eine kombinierte Betrachtung der Deckungsquoten sowie dem Saldo aus Abgaben zur Finanzierung der GKV und Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds führt für die Versicherten bzw. Mitglieder in Bayern für das Jahr 2011 zu einer negativen Deckungsquote mit einem Fehlbetrag von 230 Mio. Euro bei einem gleichzeitigen einnahmeseitigen Mittelabfluss aus Bayern in Höhe von 2,16 Mrd. Euro, d.h. in dieser Höhe überstiegen die abgeführten Beiträge die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für bayrische Versicherte. Die prosperierende Wirtschaftsentwicklung in Bayern führt dazu, dass seine Bürger inzwischen einen Solidarbeitrag zur GKV in Höhe der hälftigen Zahlungen Bayerns in den fiskalischen Länderfinanzausgleich tragen (für 2013 rund 4 Mrd. Euro).

Dabei geht es in diesem Gutachten nicht um eine Beurteilung des fiskalischen Länderfinanzausgleichs, obgleich bei dessen geltender Ausgestaltung der erweiterte Finanzkraftausgleich im Rahmen des Gesundheitsfonds noch nicht existierte. Zur Diskussion steht auch nicht die bundesweite solidarische Finanzierung der GKV, zu der die Bürger bzw. Mitglieder von wirtschaftlich prosperierenden Bundesländern bei lohnabhängigen Beiträgen zwangsläufig höhere Abgaben leisten. Es erscheint jedoch nicht konsistent, diese Unterschiede im Lohnniveau bei den beitragspflichtigen Einnahmen als bundesweiten Solidarbeitrag einzufordern, sie aber ausgabeseitig bei den Zuweisungen für die Leistungsausgaben nicht in Ansatz zu bringen. Dabei gilt als Voraussetzung für die Gewährung einer regionalen Komponente, dass es sich bei den Einflussgrößen negativer Deckungsquoten um für die Krankenkassen exogene Faktoren handelt.

Gegen die Einbeziehung einer regionalen Komponente in den Morbi-RSA richten sich im Prinzip weniger Zweifel an der Exogenität der nachfrage- und angebotsseitigen Einflussfaktoren als vielmehr Befürchtungen, ihre Ausgleichsfunktion zementiere eine ineffiziente und ineffektive Gesundheitsversorgung. Dieser Einwand trägt aus unserer Sicht der primär wettbewerblichen Zielsetzung des RSA nicht hinreichend Rechnung und überfrachtet ihn mit Aufgaben einer effizienten und effektiven Gesundheitsversorgung, die er von seiner Konzeption her nicht zu erfüllen vermag; so gleicht er ohne spezielle Prüfungen auch Unter- und Fehlversorgung aus. Zudem bleibt bei überdurchschnittlichen Ausgaben in bestimmten Regionen und Bundesländern a priori immer noch offen, ob hier jeweils

- eine qualitativ höherwertige Versorgung, von der auch die Versicherten umliegender Regionen profitieren können,
- reine Preis- bzw. Verteilungseffekte oder
- angebotsseitige Ineffizienzen und Ineffektivitäten in Form von Über- und Fehlversorgung

vorliegen. Es gibt zwar bisher keine Studien, die mit validen Outcome-Indikatoren regionale Unterschiede in der Versorgungsqualität einschließlich ihrer Ursachen schlüssig belegen, was aber nicht bedeutet, dass solche Differenzen nicht existieren. Gleichwohl lassen sich empirische Belege finden, dass überdurchschnittliche regionale Gesundheitsausgaben infolge einer spezialisierten ambulanten und stationären Infrastruktur keineswegs immer und auch nicht tendenziell mit einer angebotsinduzierten ineffizienten und ineffektiven Versorgung einhergehen.

Überdurchschnittliche Gesundheitsausgaben in bestimmten Bundesländern können auch auf entsprechende Differenzen im Preis- und Vergütungsniveau zurückgehen. Sofern dies nicht mit einer Über- oder Fehlversorgung einhergeht, handelt es sich hier nicht um allokativen Ineffizienzen oder Ineffektivitäten, sondern um reine monetäre Verteilungseffekte. Solche Unterschiede im Preis- und Vergütungsniveau, die sich in überdurchschnittlichen Ausgaben und damit negativen Deckungsquoten niederschlagen, gibt es innerhalb eines jeden Flächenlandes, aber in einem relevanten Umfang auch zwischen Bundesländern. So weist das Bundesland Bayern Bruttoverdienste, Preisniveaus sowie Grundstückspreise und Mieten auf, die eindeutig über dem Bundesdurchschnitt liegen. Die im Vergleich zum Bundesdurchschnitt höheren Arbeitsentgelte bilden als beitragspflichtige Einnahmen aber gleichzeitig die Grundlage für den solidarischen Beitrag zur Finanzierung der GKV. Insofern spricht neben dem zentralen Wettbewerbsargument die kombinierte Betrachtung von Einnahmen- und Ausgabenseite der GKV ebenfalls für die Veranschlagung einer regionalen Komponente im Morbi-RSA.

Diese Forderung nach einer regionalen Komponente im Morbi-RSA tragen Gaßner, Göppfarth und Wittmann (2011) in ihrem Beitrag auch tendenziell Rechnung, indem sie als „pragmatische Lösung“ vorschlagen, die regionalen Ausgabenunterschiede zwar nicht vollständig, aber auf Landesebene zumindest hälftig auszugleichen (ebenda, S. 77). Zu diesem Zweck würden neben den drei (Risiko-)Komponenten Alters- und Geschlechtsgruppen, Erwerbsminderungsgruppen und hierarchisierte Morbiditätsgruppen in regionaler Hinsicht noch 16 Ländergruppen gebildet. Diesen Ländergruppen würden die Versicherten aufgrund ihres Wohnsitzes zugeordnet. Der für jede Ländergruppe ermittelte Zu- bzw. Abschlag erfasst bzw. berücksichtigt dann die regionalen Ausgabenunterschiede, nach dem Vorschlag der Autoren allerdings nur zur Hälfte.

Die Ländergruppen gingen dann im Rahmen des Morbi-RSA als vierte Komponente in die Berechnung der Zu- und Abschläge von der Grundpauschale ein. Dies führt dazu, dass die Grundpauschale in einem Bundesland mit überdurchschnittlichen regionalen Ausgaben über einen Zuschlag erhöht und in einem Bundesland mit unterdurchschnittlichen regionalen Ausgaben durch einen Abschlag vermindert wird. Auf der Basis der Daten des Jahres 2008 würde Bayern nach Modellrechnungen, die sich an diesem Vorschlag orientieren, nach den Stadtstaaten den höchsten regionalen Zuschlag erhalten (ebenda, S. 79). Das entsprechende Umverteilungsvolumen läge für das Jahr 2008 bei 143 Mio. Euro. Da diese Berechnung nur die Hälfte der regionalen Ausgabenunterschiede in der regionalen Komponente veranschlagt, beläuft sich der Gesamtbetrag in 2008 für das Bundesland Bayern auf 286 Mio. Euro und entspricht in

seiner Größenordnung damit weitgehend den oben unter 3.3 angegebenen Fehlbeträgen. Der Vorschlag des BVA ist somit auch aktuell weiterhin sehr relevant.

Da dem Bundesversicherungsamt die für die Modellrechnung erforderlichen Daten für die Jahre 2008 bis 2010 vollständig vorlagen, wäre dieser Vorschlag bei einer im Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD für die 18. Legislaturperiode vorgesehenen erneuten Einführung von „Regionalkennzeichen der patientenbezogenen Ausgaben“ nach Ansicht der Autoren „ohne größeren zusätzlichen administrativen Aufwand schnell umsetzbar“ (Gaßner, Göppfarth und Wittmann 2011, S. 78).

Gegenüber dem Status quo des Morbi-RSA, der keine regionale Komponente beinhaltet, stellt die Berücksichtigung der hälftigen regionalen Ausgabenunterschiede auf Landesebene zweifellos einen Reformvorschlag dar, der unter den gegebenen Rahmenbedingungen in der GKV im Sinne der Folgerungen dieses Gutachtens in die anzustrebende Richtung weist. Er greift jedoch vor allem unter Wettbewerbsaspekten in zweierlei Hinsicht noch zu kurz. Zunächst blendet die Veranschlagung der Zu- und Abschläge auf Länderebene die regionalen Ausgabenunterschiede, die innerhalb der Länder auf der Ebene von Landkreisen bestehen, völlig aus. Dies bedeutet, dass die derzeitigen Wettbewerbsverzerrungen zwischen den regional kalkulierenden Krankenkassen auf der einen und den landes- und bundesweit agierenden Krankenkassen auf der anderen Seite weitgehend bestehen bleiben. Um diesen regionalen Ausgabenunterschieden, die auf exogenen Faktoren beruhen, im Sinne eines fairen Wettbewerbs Rechnung zu tragen, muss die Erfassung auf der Ebene der Landkreise erfolgen und die Konstellation auf der Landesebene ergibt sich, wie oben unter 3.2 gezeigt, dann zwangsläufig durch Aggregation. Die Berücksichtigung von Landkreis- anstelle von Ländergruppen erfordert zwar einen höheren Aufwand, aber die Beispiele anderer Länder, wie z.B. der Niederlande, belegen, dass die Berücksichtigung einer regionalen Komponente auch unterhalb der Landesebene erfolgen kann.

Die nur hälftige Veranschlagung der regionalen Ausgabenunterschiede begründen die Autoren im Wesentlichen mit dem Hinweis auf die Unklarheit, ob und inwieweit diese regionalen Differenzen auf Unterschiede im Versorgungsbedarf oder auf angebotsseitige Determinanten zurückgehen. In diesem Kontext gilt es zunächst zu berücksichtigen, dass auch angebotsseitige Differenzen in den regionalen Ausgaben nicht zwingend mit ineffizienten und ineffektiven Versorgungsstrukturen einhergehen müssen, sondern auch in unterschiedlichen regionalen Verdienst- und Preisniveaus wurzeln können, wofür es zahlreiche empirische Belege gibt. Selbst im Falle vermuteter und/oder tatsächlich belegter angebotsseitiger Ineffizienzen und Ineffektivitäten im Zuge einer Überversorgung stellt sich, worauf die Autoren auch explizit hinweisen, die Frage, „ob oder wie sie von den Krankenkassen beeinflusst werden können“ (Gaßner, Göppfarth und Wittmann 2011, S. 77). Im gegebenen System der GKV verfügen die Krankenkassen jedoch kaum über Aktionsparameter, um auf die regionalen Angebotsstrukturen nennenswert einwirken zu können. Wenn diese Angebotsstrukturen aber für die Krankenkassen ähnlich wie die nachfrageseitigen Entwicklungsgrößen überwiegend bzw. nahezu ausschließlich exogene Faktoren darstellen, dann bedürfen die dadurch verursachten regionalen Ausgabenunterschiede mehr als einen teilweisen, unter den

gegebenen Rahmenbedingungen eigentlich einen vollständigen Ausgleich. Die Notwendigkeit, im Morbi-RSA über eine regionale Komponente die regionalen Ausgabenunterschiede nahezu vollständig auszugleichen, bliebe unter Wettbewerbsaspekten solange bestehen, bis die Krankenkassen im Rahmen ihres Vertragsgeschäftes die angebotsseitigen Versorgungsstrukturen zielorientiert gestalten können oder eine regionalisierte Beitragsgestaltung faire wettbewerbliche Rahmenbedingungen ermöglicht.

Der vorgeschlagene Ansatz eines Ausgleichs regionaler Unterschiede über eine vierte Komponente erreicht - wie im Gutachten ausgeführt - eine Größenordnung, die weitgehend oder zumindest teilweise den oben unter 3.3 angegebenen Fehlbeträgen entspricht und damit die Finanzierungslücke infolge der Unterdeckung schließen hilft. Gleichwohl bliebe es infolge des Finanzkraftausgleichs weiterhin bei einem hohen Mittelabfluss aus Bayern, so dass die solidarische Finanzierung der GKV gewahrt bleibt.

Um auf der Grundlage der bisherigen Entwicklung eine detaillierte Prognose über den zuständigen Trend der regionalen Ausgabenunterschiede zu erstellen, reicht die vorhandene Datengrundlage mit maximal vier Beobachtungen bzw. Jahren nicht aus. Soweit sich mit dieser Einschränkung Tendenzen erkennen lassen, weisen die Unterschiede in der regionalen Morbidität über diese vier Jahre hinweg eine hohe Stabilität auf und die Spanne sowie die Variation der regionalen Ausgaben zeigen sich nahezu unverändert (vgl. Göppfarth 2013, S. 7f.). Dies bedeutet, dass die aufgezeigte Problematik der regionalen Ausgabenunterschiede und damit die Forderung nach Berücksichtigung einer regionalen Komponente im Morbi RSA auf absehbarer Zeit sowohl aktuell als auch dringlich bleiben. Die dazu erforderliche und im Koalitionsvertrag angekündigte Einführung von „Regionalkennzeichen der patientenbezogenen Ausgaben“ verspricht darüber hinaus, die Versorgungsforschung unter regionalen Aspekten zu intensivieren. Vor dem Hintergrund der sich abzeichnenden demographischen Entwicklung steht die Sicherung einer flächendeckenden Versorgung auf hohem (Qualitäts)Niveau derzeit im Mittelpunkt gesundheitspolitischer Bestrebungen und die Analyse regionaler Ausgabenunterschiede vermag hierzu einen wesentlichen Beitrag zu leisten.

## 7. Literaturverzeichnis

- Bensing, C. und Kleinfeld, A. (2010):** Regionale Arzneimittelausgaben: Die Schere geht auseinander, in: Monitor Versorgungsforschung 06/2010, S. 14-15
- Bundesagentur für Arbeit (2011a-2013a):** Arbeitsmarkt in Zahlen, Beschäftigungsstatistik, Länderreport Deutschland, Stichtag 31. März 2011 bis 2013, Nürnberg.
- Bundesagentur für Arbeit (2011b-2013b):** Arbeitsmarkt in Zahlen, Beschäftigungsstatistik, Länderreport Bayern, Stichtag 31. März 2011 bis 2013, Nürnberg.
- Bundesagentur für Arbeit (2012c):** Arbeitslosengeld nach dem SGB III, Bayern, Januar 2012, Nürnberg.
- Bundesagentur für Arbeit (2013c):** Arbeitslosengeld nach dem SGB III, Deutschland, April 2013, Nürnberg.
- Bundesagentur für Arbeit (2013d):** Erwerbstätige Arbeitslosengeld II-Bezieher - Deutschland mit Ländern und Kreisen - Juni 2013, Nürnberg.
- Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (Hrsg.) (2009):** Regionaler Preisindex, Berichte, Bd. 30, Kapitel 5, Bonn.
- Bundesministerium für Gesundheit (2012):** KM6-Mitglieder-Statistik, Berlin.
- Bundesministerium für Gesundheit (2013):** GKV-Statistik, Berlin.
- Bundesversicherungsamt (2008):** So funktioniert der neue Risikostrukturausgleich im Gesundheitsfonds, Bonn.
- Bundesministerium für Gesundheit (2009):** Gesetzliche Krankenversicherung. Endgültige Rechnungsergebnisse 2008, Stand: 7. Juli 2009, Berlin.
- Bundesversicherungsamt (2011a):** Ein- und Auszahlungen des Gesundheitsfonds nach Auszahlungsmonaten, Bonn.
- Bundesversicherungsamt (2011b):** Nur geringe landesspezifische Umverteilungswirkungen des Gesundheitsfonds. Bayern gehört zu den Gewinnern, Pressemitteilung, Bonn.
- Bundesversicherungsamt (2012):** Kassenartenübersicht Jahresausgleich JA 2011, Bonn.
- Christensen, B. und Müller, M. (2012):** Regionale Einflussfaktoren auf die regionale Verordnungsdichte von Antibiotika bei Kindern-Kurzstudie im Auftrag des Faktencheck Gesundheit der Bertelsmann-Stiftung Gütersloh.
- De Milas, C. und Haustein, R. (2013):** Regionale Entwicklung von Ausgaben und Verbrauch, in: Häussler, B., Höer, A. und Hempel, E. (Hrsg.): Arzneimittel-Atlas. Der Arzneimittelverbrauch in der GKV, Berlin-Heidelberg, S. 375-380
- Deutsche Rentenversicherung (2012):** Rentenversicherung in Zeitreihen, Stand Oktober 2012, Berlin.
- Drösler, S., Hasford, J., Kurth, B.-M., Schaefer, M., Wasem, J. und Wille, E. (2011):** Evaluationsbericht zum Jahresausgleich 2009 im Risikostrukturausgleich, online verfügbar, URL: [http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Gesundheit/Forschungsberichte/Evaluationsbericht\\_zum\\_Jahresausgleich.pdf](http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Gesundheit/Forschungsberichte/Evaluationsbericht_zum_Jahresausgleich.pdf) abgerufen am 15.09.2013.
- Gaßner, M., Göppfarth, D. und Wittmann, R. (2011):** Spielräume für eine Dezentralisierung im Rahmen des Systems Gesundheitsfonds, in: Wille, E. und Knabner,



- K. (Hrsg.), Dezentralisierung und Flexibilisierung im Gesundheitswesen, Frankfurt et al. Lang, S.53-81.
- GKV-Spitzenverband (2012):** GKV Arzneimittel-Schnellinformationen, online verfügbar, URL: [www.gkv-gamsi.de/media/dokumente/gamsi\\_statistiken/2012/q4\\_11/Bundesbericht\\_GAmSi\\_2012\\_12\\_K.pdf](http://www.gkv-gamsi.de/media/dokumente/gamsi_statistiken/2012/q4_11/Bundesbericht_GAmSi_2012_12_K.pdf).
- Glaeske, G., Hoffmann, F., Koller, D., Tholen, K. und Windt, R. (2012):** Faktencheck Gesundheit. Antibiotika-Verordnungen bei Kindern, Bertelsmann Stiftung, Gütersloh.
- Glaeske, G. und Schicktanz, C. (2013):** BARMER GEK Arzneimittelreport 2013, Siegburg.
- Göpffarth, D. (2006):** Regionale Verteilungswirkungen des Gesundheitsfonds, in: Gesundheits- und Sozialpolitik, Band 60, 11/12, S. 14-20.
- Göpffarth, D. (2011):** Regionalmerkmale im Risikostrukturausgleich. Ein Beitrag zum funktionalen Wettbewerb und zu bedarfsgerechter Versorgung?, in: BARMER GEK Gesundheitswesen aktuell 2011, S. 100-127.
- Göpffarth, D., Wittmann, R. und Buchner, F. (2012):** Adjusting for Regional Variation in Germany's Risk Adjustment System, RAN Conference Lucerne, 19. Juli 2012.
- Göpffarth, D. (2013):** Regionale Versorgungsunterschiede – Was kann, was soll der Risikostrukturausgleich leisten? Erscheint in: Wille, E. (Hrsg.): Versorgungsdefizite im deutschen Gesundheitswesen?, Frankfurt.
- IGES Institut GmbH (2104):** Zur Frage der Sachgerechtigkeit einer Basisanpassung der regionalen Gesamtvergütungen (Konvergenz der Vergütungen). Gutachten im Auftrag des GKV-Spitzenverbands, 23. Juni 2014, Berlin.
- KBV-Kassenärztliche Bundesvereinigung (2012):** Honorarbericht 2012, Berlin, online verfügbar: [www.kbv.de/publikationen/41532.html](http://www.kbv.de/publikationen/41532.html).
- Meyers-Middendorf, J. (1993):** Die Gestaltungsrelevanz marktwirtschaftlichen Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung – Sozioökonomische Analyse der Möglichkeiten und Grenzen eines Krankenkassenwettbewerbs, Köln.
- Monopolkommission (2010):** Mehr Wettbewerb, wenig Ausnahmen, Achtzehntes Hauptgutachten der Monopolkommission gemäß § 44 Abs. 1 Satz 1 GWB, 2008/2009, Bonn.
- Nolting, H.-D et al. (2011):** Faktencheck Gesundheit. Regionale Unterschiede in der Gesundheitsversorgung, Bertelsmann Stiftung, Gütersloh.
- OECD (2014):** Geographic Variations in Health Care. What Do We Know and What Can Be Done to Improve Health System Performance?, Health Policy Studies, Paris.
- Pfaff, M. und Wassener, D. (1996):** Risikoselektion dauerhaft vermeiden, in: Forum für Gesellschaftspolitik, Bonn, Juli 1996, S.166-188.
- Pfaff, M. und Wassener, D. (1998):** Bedeutung des Risikostrukturausgleichs für den Kassenwettbewerb und die solidarische Wettbewerbsordnung, in: Ehlers, A.P.F. (Hrsg.), Fairness, Effizienz und Qualität in der Gesundheitsversorgung, Springer, Berlin, S. 9-21.
- 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 (Hrsg.), Fairness, Effizienz und Qualität

in der Gesundheitsversorgung. Was kann der Risikostrukturausgleich leisten?, Springer, Berlin et al. S. 71-89.

- Repschläger, U. (2011a):** Die Verteilung von Morbidität in Deutschland. Ein Morbiditätsatlas zum Vergleich von Regionen auf Basis der 80 Krankheiten des Risikostrukturausgleichs, in: Repschläger, U., Schulte, C. und Osterkamp, N. (Hrsg.) (2011): BARMER GEK Gesundheits-wesen aktuell 2011, Beiträge und Analysen, Düsseldorf, S. 170-193.
- Repschläger, U. (2011b):** Regionale Versorgungsunterschiede. Morbidität in Deutschland und bedarfsgerechte Verteilung, Pressekonferenz, Berlin.
- Resch, S. (2004):** Risikoselektion im Mitgliederwettbewerb der gesetzlichen Krankenversicherung, Lang, Frankfurt.
- Rettenmaier, A.J. und Wang, Z. (2013):** What determines health: a causal analysis using county level data, in: European Journal of health Economics, 14(5), S. 821-834.
- Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung (2006):** Finanzielle Auswirkungen der Einführung des Gesundheitsfonds auf die Bundesländer. Forschungsvorhaben für das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen. Endbericht, Dezember 2006. Essen.
- Rürup, B. und Wille, E. (2007):** Finanzielle Effekte des vorgesehenen Gesundheitsfonds auf die Bundesländer, Gutachten im Auftrage des Bundesministeriums für Gesundheit, Darmstadt und Mannheim, 3.Januar 2007.
- Sachverständigenrat für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2010):** Sondergutachten 2009. Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens, Hans Huber, Bern.
- Sachverständigenrat für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2012):** Sondergutachten 2012. Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung, Hans Huber, Bern.
- Schmidt, D., Wittmann, R. und Göppfarth, D. (2010):** Datenmeldungen für den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich, in: Göppfarth, D. et al. (Hrsg.), Jahrbuch Risikostrukturausgleich 2009/2010. Von der Selektion zur Manipulation?, medhochzwei, Heidelberg, S. 211-240.
- Statista (2012):** Umfrage zu den Krankenhaustagen und Krankenhausfällen in Deutschland, online verfügbar, URL: [de.statista.com/statistik/daten/studie/232721/](http://de.statista.com/statistik/daten/studie/232721/).
- Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2014):** Gebiet und Bevölkerung, Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen, online verfügbar, URL: [www.statistikportal.de](http://www.statistikportal.de).
- Statistisches Bundesamt (2010):** Wo bleibt mein Geld? Ergebnisse der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe 2008, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2013a):** Statistisches Jahrbuch 2013.
- Statistisches Bundesamt (2013b):** Verdienste und Arbeitskosten. Arbeitnehmerverdienste, Jahr 2012. Fachserie 16, Reihe 2.3, erschienen am 22.03.2013.
- Stillfried, D. v. und Czihal, T. (2011a):** Berücksichtigung regionaler Versorgungsbesonderheiten durch eine regionale Risikokomponente, Berlin 12.2.2011.

- Stillfried, D. v. und Czihal, T. (2011b):** Finanzierung der Versorgung noch nicht bedarfsgerecht. Die Krankenversicherung (Hrsg.); Ausgabe 02/2011. Erich Schmidt Verlag, Berlin
- Wasem, J., Buchner, F., Lux, G. Manogovian, M. und Schillo, S. (2007):** Die Regionaldimension in der gesetzlichen Krankenversicherung vor dem Hintergrund des GKV-WSG. Gutachten für das Land Baden-Württemberg. Fachbereich Wirtschaftswissenschaften Universität Duisburg-Essen, Campus Essen. Diskussionspapier 153.
- Wasem, J. et al. (2008):** Länderübergreifende Transfers durch die überregionale Beitragskalkulation bundesweit tätiger Krankenkassen – Sonderauswertung auf der Grundlage der Protokollnotiz des Bundesrates vom 20.12.2007, Essen, Feldkirchen, Mannheim.
- Wasem, J., Buchner, F. und Wille, E. (2008):** Zur Umsetzung und empirischen Abschätzung der Auswirkungen von § 272 SGB V („Konvergenzklausel“) Gutachten im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Essen, Feldkirchen und Mannheim, den 09. April 2008.
- Wille, E., Ulrich, V. und Schneider, U. (2007):** Die Weiterentwicklung des Krankenversicherungsmarktes: Wettbewerb und Risikostrukturausgleich, in: Wille, E., Ulrich, V. und Schneider, U. (Hrsg.), Wettbewerb und Risikostrukturausgleich im internationalen Vergleich, Baden-Baden 2007, S. 5-67.
- Wille, E., Ulrich, V. und Schneider, U. (2008):** Risk Adjustment Systems in Health Insurance Markets in the US, Germany, Netherlands and Switzerland, in: Journal for Institutional Comparisons, CESifo DICE Report, 6 (3), 37-49.
- Wille, E. (1999):** Auswirkungen des Wettbewerbs auf die gesetzliche Krankenversicherung, in: Wille, E. (Hrsg.), Zur Rolle des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung. Gesundheitsversorgung zwischen staatlicher Administration, korporativer Koordination und marktwirtschaftlicher Steuerung, Baden-Baden: S. 95-156.
- Wille, E., Hamilton, G.J., Graf von der Schulenburg, J.M. und Thüsing, G.(2012):** Privatrechtliche Organisation der gesetzlichen Krankenkassen. Reformperspektiven für Deutschland, Erfahrungen aus den Niederlanden, Gutachten im Auftrag der Techniker Krankenkasse, Hamburg.