
BAND 10

Ökonomische Auswirkungen der
Gesundheitsreform auf die Bundesländer

Thomas Drabinski

Dezember 2006



Schriftenreihe
Institut für Mikrodaten-Analyse

BAND 10

HERAUSGEBER Institut für Mikrodaten-Analyse (IfMDA)
Neufeldtstr. 10
24118 Kiel
Telefon 0431 – 3857 820
Telefax 0431 – 3859 135
Internet <http://www.ifmda.de>
Email institut@ifmda.de

VERFASSER Drabinski, Thomas
Dr. sc. pol., Diplom-Volkswirt
Institutsleitung
Institut für Mikrodaten-Analyse Kiel

Lehrstuhl für Finanzwissenschaft,
Sozialpolitik und Gesundheitsökonomik
Institut für Volkswirtschaftslehre
Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliche
Fakultät
Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

Inhaltsverzeichnis

1	Problemstellung	9
2	Datengrundlage und Methodik	13
3	Modellrahmen	15
4	Versicherter Personenkreis in der Gesetzlichen Krankenversicherung	17
5	Ausgaben in der Gesetzlichen Krankenversiche- rung	19
6	Block A: Finanzierung des Gesundheitsfonds .	21
7	Block B: Verteilung der Finanzmittel des Ge- sundheitsfonds auf die Krankenkassen	23
8	Block C: Verteilung der Finanzmittel von den Krankenkassen auf die Bundesländer	27
8.1	Einleitung	27
8.2	Ausmaß der Umverteilung zwischen den Bun- desländern	30
9	Zusammenfassung	35
10	Literaturverzeichnis	41

Tabellenverzeichnis

1	Versicherte in der Gesetzlichen Krankenversicherung	17
2	Versicherte in der Gesetzlichen Krankenversicherung nach Bundesland	18
3	Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung	19
4	Finanzierung des Gesundheitsfonds	22
5	Verteilung der Finanzmittel des Gesundheitsfonds auf die Krankenkassen	24
6	Verteilung der Finanzmittel des Gesundheitsfonds auf die Krankenkassen [hypothetische Perspektive Bundesland]	26
7	Verteilung der Finanzmittel von den Krankenkassen auf die Bundesländer	29
8	Nettoeffekt der Gesundheitsreform für die Bundesländer	31
9	Nettoeffekt der Gesundheitsreform je Versicherter	34

Abbildungsverzeichnis

1	Modellrahmen der Untersuchung	15
2	Be- und Entlastungswirkungen der Gesundheitsreform nach Bundesland	36
3	Be- und Entlastungswirkungen der Gesundheitsreform nach CDU/CSU- und SPD-geführten Bundesländern	37

Die Ergebnisse dieser Studie sind ein Resultat des Forschungsprojekts „Das deutsche Steuer- und soziale Sicherungssystem im demografischen Wandel: Theoretische Konzepte und Evaluation“, das am Institut für Volkswirtschaftslehre an der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel durchgeführt wird.

1 Problemstellung

Mit dem Gesetzesentwurf der Bundesregierung „Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der GKV (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG)“ wird das Ziel verfolgt, das deutsche Gesundheitswesen zukunftsweisend umzugestalten.

Bei genauerer Betrachtung des Gesetzesentwurfs wird deutlich, dass die Zukunft auf eine Verstaatlichung hinausläuft: Aus einem dezentral organisierten Gesundheitswesen soll ein zentral organisiertes, ein staatsnahes Gesundheitswesen werden.

Auf der Finanzierungsseite soll die Verstaatlichung durch die Einführung eines Gesundheitsfonds umgesetzt werden. Das Bundesversicherungsamt soll den Gesundheitsfonds administrieren: Alle GKV-Beiträge und jährliche Subventionen von zunächst 1,5 Mrd. € sollen eingesammelt und dann weiterverteilt werden.

Der Beitragssatz soll ab Januar 2009 zentral und einheitlich festgelegt werden und „Allgemeiner Beitragssatz“ heißen. Mit dem Allgemeinen Beitragssatz wird nicht nur die für ein Krankenversicherungssystem typische Eigenschaft variierender Beitragssätze zwischen Krankenkassen eliminiert, die Kassen verlieren auch die Finanzhoheit über ihre Beitragseinnahmen.

Wie kommt eine Kasse an die Finanzmittel, um die Leistungserbringer zu bezahlen? Näheres regelt der neue Risikostrukturausgleich, der in „§ 266 Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds (Risikostrukturausgleich)“ und in „Artikel 30 Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung“ des GKV-WSG zu

finden ist. Grundsätzlich geht es beim neuen Risikostrukturausgleich darum, dass eine Krankenkasse für jeden Versicherten einen angemessenen Betrag erhält. Hierzu sollen für jeden Versicherten eine Grundpauschale, alters-, geschlechts- und risikoadjustierte Zu- und Abschläge sowie weitere Transfers gezahlt werden. Kern des neuen Risikostrukturausgleichs soll ein „Versichertenklassifikationsmodell“ sein, durch das Kranke nach 50 bis 80 kostenintensiven chronischen Krankheiten und nach Krankheiten mit schwerwiegendem Verlauf eingruppiert werden. Der hieraus abgeleitete Risikostrukturausgleich-Verteilungsschlüssel heißt Morbi-RSA.

Welche Beträge eine Krankenkasse zugewiesen bekommt, ist vom Versichertenklassifikationsmodell und der eigenen Versicherten- und Morbiditätsstruktur abhängig. Derzeit ist nicht bekannt, mit welchen Finanzmitteln die einzelnen Krankenkassen rechnen können.

Reichen die einer Kasse zugewiesenen Finanzmittel nicht aus, z.B. weil der Risikostrukturausgleich nicht richtig justiert ist, muss die Krankenkasse Zusatzbeiträge erheben und/oder die Leistungserbringer erhalten weniger Geld bei gleicher Leistung. Im anderen Fall schüttet die Kasse einen Bonus an ihre Versicherten aus, d.h. Finanzmittel werden dem Gesundheitssystem wieder entzogen.

Welche Finanzmittel die Leistungserbringer von den Krankenkassen erhalten, ist von vielen Faktoren abhängig. Die Vergütungshöhe ergibt sich aus Verträgen, Gebührenordnungen, Budgets und vielen weiteren Regelungen. Nicht jeder Leistungserbringer erhält für die gleiche Leistung die gleiche Vergütung. Vielmehr variieren die Vergütungshöhen zwischen Bundesländern und Regionen, da z.B. Krankenhauskosten,

Arzneimittelkosten und die Kosten der ambulanten Versorgung je Fall unterschiedlich hoch sind.

Diese zwischen den Bundesländern variierenden Vergütungshöhen sind von besonderer Relevanz. Denn mit dem GKV-WSG soll mit dem § 272 SGB V „Übergangsregelungen zur Einführung des Gesundheitsfonds – Konvergenzklausel“ ein neuer Finanzausgleich zwischen den Bundesländern, genauer zwischen den Krankenkassen, die für Versicherte in den Bundesländern zuständig sind, durchgeführt werden. Ziel der Konvergenzklausel ist es, die hypothetischen Belastungen eines Bundeslandes im ersten Jahr der Einführung des Gesundheitsfonds auf 100 Mio. € zu begrenzen. In den Folgejahren sollen die Belastungen um jeweils 100 Mio. € jährlich steigen.

In der Stellungnahme zur Anhörung des Gesundheitsausschusses zu Block I Finanzierung,¹ stellt das Bundesversicherungsamt –das die 100 Mio. € Belastungsgrenze umsetzen soll– zur geplanten Regelung des § 272 SGB V fest:

„Die Regelung ist in der vorliegenden Form weder zielführend **noch durchführbar**. Außerdem führt sie zu erheblichem Verwaltungsaufwand bei Krankenkassen, Bundesversicherungsamt und Prüfdiensten.“

Da der mit dem § 272 SGB V intendierte Finanzausgleich zwischen den Bundesländern nicht praktikabel ist, wird es zu keiner Kompensation zwischen den Bundesländern kommen. Die 100 Mio. € Belastungsgrenze ist nicht umsetzbar. In letzter Konsequenz müssen dann die Bundesländer ihre Lasten selber tragen.

¹ Vgl. BVA (2006).

Vor diesem Hintergrund werden mit dieser Arbeit die finanziellen Auswirkungen der Gesundheitsreform auf die Bundesländer berechnet, die sich aus Gesundheitsfonds, neuem Risikostrukturausgleich und regionalen Unterschieden in der Vergütungshöhe ergeben, ohne 100 Mio. € Belastungsgrenze.

Es werden die Finanzmittel ermittelt, die ein Bundesland (bzw. die Mitglieder der Krankenkassen, die einem Bundesland zurechenbar sind) in den Gesundheitsfonds einzahlt. Diese Werte werden den Finanzmitteln gegenübergestellt, die ein Bundesland von den Krankenkassen zurückerhält. Der Saldo aus beiden Größen (=Nettoeffekt) zeigt, ob ein Bundesland „Gewinner“ oder „Verlierer“ ist. Im ersten Fall zahlt das Bundesland weniger ein als es wieder heraus bekommt. Im zweiten Fall zahlt das Bundesland mehr ein als es zurück bekommt, wodurch das Bundesland andere Bundesländer subventioniert.

2 Datengrundlage und Methodik

Die Berechnungen werden mit der Methodik der komplexen Mikrosimulation durchgeführt.² Datenbasis ist die Einkommens- und Verbrauchsstichprobe 2003 (EVS 2003) des Statistischen Bundesamts. Die EVS 2003 ist die einzige repräsentative Stichprobe der privaten deutschen Haushalte, in der alle relevanten sozio-ökonomischen Haushaltscharakteristika wie Einnahmen, Ausgaben und Vermögen, zum großen Teil auch personenbezogen, erhoben werden.

Aufgrund des hohen Detaillierungsgrads der abgefragten Merkmale (ca. 1.100 Merkmale je Haushalte) und aufgrund der großen Zahl der befragten Haushalte (ca. 75.000 Haushalte mit bis zu 9 Personen) ist die EVS 2003 die einzige Stichprobe für Deutschland, mit der über Hochrechnungen die gesamtwirtschaftlichen Aggregate amtlicher Statistiken nachgebildet werden können. Nicht in der EVS 2003 enthalten sind Haushalte mit einem jährlichen Nettoeinkommen über 220.000 €, das sind ca. 0,2 % aller deutschen Haushalte. Wegen des Erhebungsumfangs wird die EVS nur alle fünf Jahre erhoben. Eine umfassende Darstellung der EVS 2003 findet sich in Statistisches Bundesamt (2005).

Die Modellierung basiert auf der Datenbasis 2003, weil aktuellere Datengrundlagen der EVS noch nicht vorliegen. Zudem lassen sich die gesamtwirtschaftlichen Entwicklungen bis 2009 wegen zahlreicher Faktoren, z.B. Arbeitsmarktentwicklung und Mehrwertsteuererhöhung, nicht adäquat nachbilden.

Die Erarbeitung des methodischen Instrumentariums dieser

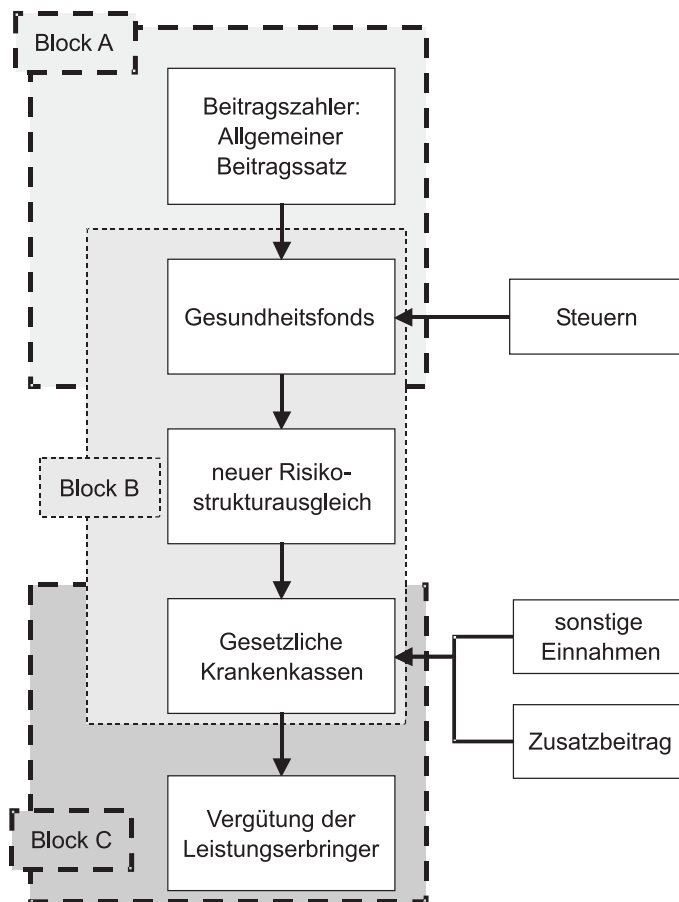
² Einen ausführlichen Überblick zur Mikrosimulation im Gesundheitswesen gibt Drabinski (2004).

Arbeit erfolgte über einen Zeitraum von ca. sechs Jahren, dokumentiert in den Bänden 2 bis 9 der IfMDA Schriftenreihe. Ohne diese Vorarbeiten hätten die Berechnungen nicht in der Kürze der Zeit erstellt werden können. Dennoch muss sich diese Arbeit auf wesentliche Inhalte beschränken. Eine umfassendere Darstellung aller Details wird an anderer Stelle nachgeholt.

3 Modellrahmen

Der Modellrahmen der Studie ist in drei Blöcke unterteilt. Einen Überblick gibt Abbildung 1.

Abbildung 1 Modellrahmen der Untersuchung



Quelle: Eigene Darstellung.

Block A beschreibt die Finanzierung des Gesundheitsfonds. Ausgangspunkt ist ein Beitragsaufkommen in 2003 von 141,9 Mrd. €. Dieses Beitragsaufkommen wird bei einem Allgemeinen Beitragssatz von 14,54 % erzielt.³

Block B zeigt die Verteilung der Finanzmittel aus dem Gesundheitsfonds auf die Krankenkassen. Zur Anwendung kommt der neue Risikostrukturausgleich, der sich aus den 2003er Statistiken des Bundesversicherungsamtes errechnen lässt. Satzungsleistungen und Verwaltungskosten wurden berücksichtigt.

In **Block C** wird die Verteilung der Finanzmittel von den Krankenkassen auf die Leistungserbringer in den Bundesländern modelliert. Zur Anwendung kommen drei Szenarien:

Szenario 1 basiert auf Statistiken für Arzneimittel, die ambulante Versorgung und die stationäre Versorgung je Bundesland.

Szenario 2 wurde auf Grundlage von Bundesland-Daten des Bundesversicherungsamtes simuliert.

Szenario 3 wird aus der EVS über bundeslandbezogene Auswertungen bzgl. Zuzahlungen und Direktkäufe im ambulanten und stationären Bereich, für Arzneimittel, Hilfsmittel und für andere medizinische Ausgaben abgeleitet.

³ Zur Methodik vgl. Band 9 der IfMDA Schriftenreihe. Im Gegensatz zu Band 9 wurden in den Berechnungen dieser Arbeit die Simulationsannahmen bzgl. sonstiger Einnahmen, zusätzlichem Beitragssatz von 0,9 % und Verschuldung der Krankenkassen plausibilisiert und aktualisiert.

4 Versicherter Personenkreis in der Gesetzlichen Krankenversicherung

In Tabelle 1 sind für 2003 die Versichertenzahlen in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) nach EVS, Mikrozensus und Statistiken des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) bzw. Bundesversicherungsamtes (BVA) verzeichnet.

Tabelle 1 Versicherte in der Gesetzlichen Krankenversicherung nach EVS, Mikrozensus und BMG/BVA in Mio. Personen

Datenbasis	Deutschland [Mio.]	West [Mio.]	Ost [Mio.]
EVS	71,62	59,05	12,57
Mikrozensus	72,17	58,40	13,75
BMG/BVA	70,45	58,68	11,77

Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung. BMG (2006). BMG (2005). EVS 2003.

Die Differenzen von EVS und Mikrozensus gegenüber BMG/BVA sind auf „ungeklärte Versicherungsverhältnisse“⁴ und auf zeitliche Überlappungen bei der Erfassung der Versicherten zurückzuführen, wodurch die BMG/BVA-Zahlen, deren Grundlage die von den Krankenkassen gemeldeten Versichertentage sind, tendenziell zu gering ausfallen.

⁴ Ungeklärte Versicherungsverhältnisse treten vor allem bei den unter 15-Jährigen und bei den beitragsfrei mitversicherten Familienangehörigen auf.

Tabelle 2 zeigt die Versichertenzahlen in der Gesetzlichen Krankenversicherung nach Bundesland.

Tabelle 2 Versicherte in der Gesetzlichen Krankenversicherung nach Bundesland in Mio. Personen, EVS 2003

Bundesland/Region	Versicherte [Mio.]
Schleswig-Holstein	2,35
Hamburg	1,40
Niedersachsen	7,31
Bremen	0,58
Nordrhein-Westfalen	15,27
Hessen	5,16
Rheinland-Pfalz	3,48
Baden-Württemberg	9,13
Bayern	10,48
Saarland	0,94
Berlin	2,94
Brandenburg	2,41
Mecklenburg-Vorpommern	1,49
Sachsen	4,11
Sachsen-Anhalt	2,34
Thüringen	2,22
West	59,05
Ost	12,57
Deutschland	71,62

Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung. EVS 2003.

5 Ausgaben in der Gesetzlichen Krankenversicherung

Tabelle 3 stellt die Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung für das Jahr 2003 dar.

Tabelle 3 Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung in Mrd. € 2003

Kategorie	Deutschland [Mrd. €]	West [Mrd. €]	Ost [Mrd. €]
a) Ärzte	24,02	20,65	3,38
b) Zahnärzte	11,63	9,70	1,94
c) Apotheken	23,74	19,18	4,56
d) Krankenhaus	47,26	38,59	8,66
e) Sonstige	15,85	13,13	2,72
f) Dialyse	1,52	1,22	0,30
g) Krankengeld	6,45	5,50	0,95
Summe a) bis g)	130,47	107,96	22,51
Verwaltungskosten	8,21	6,86	1,35
Weitere Ausgaben	6,42	5,66	0,76
Gesamtausgaben	145,10	120,48	24,62

Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung. BMG (2006), VDAK/AEV (2005).

2003 wurden insgesamt 145,1 Mrd. € in der GKV ausgegeben, davon rd. 8,21 Mrd. € für Verwaltung, 130,47 Mrd. € für RSA-Ausgabenpositionen und rd. 6,42 Mrd. € für weitere Gesundheitsausgaben, z.B. Satzungsleistungen. Auf die alten Bundesländer entfielen insgesamt 83 % der Gesamtausgaben.

6 Block A: Finanzierung des Gesundheitsfonds

Die Finanzierung des Gesundheitsfonds ist in Abbildung 1 mit **Block A** gekennzeichnet. In Tabelle 4 sind die Simulationsergebnisse der Beitragsberechnung zusammengestellt, differenziert nach Bundesland und Träger der Beiträge.

Spalte 1 beschreibt die Beitragseinnahmen 2003 im status quo, wobei die von den Krankenkassen in 2003 realisierte Verschuldung von 3,44 Mrd. € in die kassenindividuellen Beitragssätze eingerechnet wurde. Die (hypothetischen) Beitragseinnahmen belaufen sich auf 141,89 Mrd. €.

Spalte 2 zeigt die Beitragseinnahmen des Gesundheitsfonds bei einem Allgemeinen Beitragssatz von 14,54 % und deren Verteilung auf die Bundesländer. Das Aufkommen beträgt 141,90 Mrd. €.

Spalte 3 zeigt die Veränderung der Beitragsbelastung in Mio. €, die sich durch die Einführung des Gesundheitsfonds einstellen wird. Ein Minus bezeichnet geringere Beitragszahlungen zur GKV, positive Werte bedeuten eine höhere Beitragsbelastung. Die Ergebnisse zeigen, dass die ostdeutschen Beitragszahler mehr in den Gesundheitsfonds einzahlen müssen, die westdeutschen Beitragszahler dagegen weniger.

In den *Spalten 4 bis 7* werden die Veränderungen aus Spalte 3 differenziert für die Träger der Beiträge, z.B. Mitglieder der GKV und Arbeitgeber, ausgewiesen.

Tabelle 4 Finanzierung des Gesundheitsfonds nach Bundesland und Träger [Datenbasis 2003]

	Einnahmen insg.		Veränderung insgesamt [Mio. €]	Veränderung insgesamt, davon:			Träger Arbeitslosen. [Mio. €]
	Status quo [Mrd. €]	1 2 Gesundheitsfonds [Mrd. €]		Mitglieder [Mio. €]	GRV ^a und Versorg.-werke [Mio. €]	Arbeitgeber [Mio. €]	
Bundesland/Region	1	2	3	4	5	6	7
Schleswig-Holstein	4,41	4,39	-15,68	-8,03	-2,84	-3,26	-1,55
Hamburg	3,29	3,28	-11,10	-6,39	-2,90	-0,50	-1,31
Niedersachsen	14,22	14,17	-48,15	-24,72	-5,49	-14,97	-2,98
Bremen	1,13	1,13	-0,10	-0,09	-0,38	0,67	-0,30
Nordrhein-Westfalen	31,42	31,42	5,45	-3,20	-7,09	18,19	-2,45
Hessen	10,78	10,76	-25,00	-15,33	-6,69	-0,60	-2,37
Rheinland-Pfalz	6,53	6,50	-26,77	-14,20	-4,20	-7,78	-0,58
Baden-Württemberg	18,94	18,89	-50,88	-32,13	-11,74	-4,62	-2,40
Bayern	20,15	20,08	-65,90	-36,35	-11,10	-14,01	-4,44
Saarland	1,83	1,82	-10,03	-4,90	-1,88	-2,84	-0,41
Berlin	7,01	7,03	23,35	9,11	0,47	11,28	2,48
Brandenburg	4,38	4,42	42,51	19,66	3,47	16,14	3,24
Mecklenburg-Vorpommern	2,49	2,52	25,47	12,03	2,40	9,02	2,02
Sachsen	7,01	7,10	87,09	40,32	14,25	25,03	7,49
Sachsen-Anhalt	4,39	4,43	36,96	17,27	2,50	14,29	2,90
Thüringen	3,92	3,96	38,91	18,24	3,72	14,28	2,68
West	119,70	119,47	-224,81	-136,23	-53,83	-18,42	-16,33
Ost	22,20	22,43	230,95	107,52	26,34	78,76	18,33
Deutschland	141,89	141,90	6,15	-28,71	-27,49	60,34	2,01

Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung: EVS (2003).

7 Block B: Verteilung der Finanzmittel des Gesundheitsfonds auf die Krankenkassen

Die Verteilung der Finanzmittel des Gesundheitsfonds auf die Krankenkassen ist in Abbildung 1 mit Block B bezeichnet. Bei der Verteilung der Finanzmittel wird eine 100 %-Finanzierung unterstellt, d.h. bei der Simulation wird von Zusatzbeiträgen abgesehen, die von den Krankenkassen erhoben werden könnten. Zwar ist im GKV-WSG auch der Übergang auf eine 95 % Finanzierung vorgesehen, der Zeitpunkt der Implementierung ist ungewiss.

Um eindeutige Be- und Entlastungsszenarien für die Bundesländer zu ermitteln, wird in den Simulationsberechnungen davon ausgegangen, dass nicht die gesamten Finanzmittel des Gesundheitsfonds von 143,4 Mrd. €, sondern nur 141,9 Mrd. € aus Block A verteilt werden. Damit bleibt der Bundeszuschuss (Steuern) von 1,5 Mrd. € außerhalb der Betrachtung, da die Finanzierung der Steuermittel nicht eindeutig den Bundesländern zugeordnet werden kann.

Die 141,9 Mrd. € werden wie folgt auf die Krankenkassen verteilt: Als Verteilungsschlüssel werden die vom Bundesversicherungsamt für 2003 nachgewiesenen Ausgabenprofile der Leistungsausgaben und die Ausgabenprofile des Risikopools genutzt, differenziert nach Alter und Geschlecht und differenziert nach West- und Ost-Deutschland.

In Anlehnung an den Gesetzentwurf des GKV-WSG wird weiter unterstellt, dass neben den (standardisierten) Leistungsausgaben und den Ausgaben des Risikopools auch die Verwaltungskosten in Höhe von 8,21 Mrd. € und die Ausgaben für Satzungsleistungen in Höhe von 2,71 Mrd. € auf

die Krankenkassen verteilt werden. Es wurde angenommen, dass 30 % der Verwaltungskosten nach Versichertenzahlen und 70 % der Verwaltungskosten nach standardisierten Leistungsausgaben, nach Alter, Geschlecht und West/Ost differenziert auf die Krankenkassen verteilt werden. Die Satzungsleistungen wurden ebenso nach Versichertenzahlen, differenziert nach Alter, Geschlecht und West/Ost verteilt. Einen Überblick über die gesamtwirtschaftlichen Aggregate des neuen RSA gibt Tabelle 5.

Tabelle 5 Verteilung der Finanzmittel des Gesundheitsfonds auf die Krankenkassen in Mrd. € nach neuem RSA

Kategorie	Deutschland [Mrd. €]	West [Mrd. €]	Ost [Mrd. €]
Leistungsausgaben	126,35	103,93	22,42
Risikopool	4,58	3,77	0,81
Verwaltungskosten 1 ^a	2,46	2,05	0,41
Verwaltungskosten 2 ^b	5,75	4,73	1,02
Summe Verwaltungsk.	8,21	6,78	1,43
Satzungsleistungen ^c	2,71	2,24	0,47
Summe	141,85	116,72	25,13

Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung. BVA (2005), Göppfarth (2006). Datenbasis 2003.

^a: Verteilung von 30 % der Verwaltungskosten nach Versichertenzahlen, differenziert nach Alter, Geschlecht und West/Ost.

^b: Verteilung von 70 % der Verwaltungskosten nach standardisierten Leistungsausgaben, differenziert nach Alter, Geschlecht und West/Ost.

^c: Verteilung nach Versichertenzahlen, differenziert nach Alter, Geschlecht und West/Ost.

Implizit unterstellen die Berechnungen zum neuen RSA, dass sich das im GKV-WSG vorgesehene neue RSA-Patientenklassifikationssystem mit 50–80 Krankheiten in der West/Ost- und Alter/Geschlecht-Spezifikation so auswirken wird, dass die West/Ost-Profile des 2003er RSA einschließlich Risikopool von der Struktur her erhalten bleiben. D.h. es wird angenommen, dass der neue Morbi-RSA das bestehende RSA-System in Bezug auf DMP und Risikopool nur auseinander zieht und differenzierter abbildet, ohne dass sich die Strukturen der Leistungsausgaben in der regionalen Perspektive verändern. Der neue RSA hat Auswirkungen für die einzelne Krankenkasse, nicht aber zwangsläufig für die regionale Verteilung *über alle* Krankenkassen in einem Bundesland, dem Betrachtungsgegenstand dieser Studie.

Tabelle 6 zeigt die Zuweisungen des Gesundheitsfonds aus der hypothetischen Perspektive der Bundesländer. Die Zuweisungen stimmen nicht mit den Finanzmitteln überein, die den Bundesländer zurechenbar sind. Denn die tatsächlich den Bundesländern zurechenbaren Finanzmittel sind von regionalen Kostenunterschieden in der medizinischen Versorgung abhängig, was im nächsten Kapitel dargestellt wird. Tabelle 6 beschreibt damit nur die hypothetischen Zuweisungen auf die Bundesländer, die sich nach neuem RSA aus den West/Ost-Ausgabenprofilen ergeben.

Tabelle 6 Verteilung der Finanzmittel des Gesundheitsfonds nach neuem RSA auf die Krankenkassen mit hypothetischer Perspektive der Bundesländer in Mrd. € [Datenbasis 2003]

Bundesland/Region	Zuweisung [Mrd. €]
Schleswig-Holstein	4,48
Hamburg	2,98
Niedersachsen	13,40
Bremen	1,22
Nordrhein-Westfalen	30,88
Hessen	10,25
Rheinland-Pfalz	6,79
Baden-Württemberg	17,99
Bayern	19,49
Saarland	1,87
Berlin	7,32
Brandenburg	4,70
Mecklenburg-Vorpommern	2,88
Sachsen	8,25
Sachsen-Anhalt	4,94
Thüringen	4,42
West	116,68
Ost	25,19
Deutschland	141,87

Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung. EVS (2003), BVA (2005).

8 Block C: Verteilung der Finanzmittel von den Krankenkassen auf die Bundesländer

8.1 Einleitung

Im vorangegangenen Kapitel wurde angemerkt, dass die über Block B simulierten Finanzströme des neuen RSA vom Betrag her nicht identisch mit den Finanzmitteln sind, welche die Krankenkassen den Leistungserbringern in den Bundesländern bereitstellen. Die Verteilung der Finanzmittel wird in diesem Kapitel diskutiert.

Die Gesundheitsausgaben der Bundesländern unterscheiden sich zum Teil deutlich, z.B. beim Vergleich der Leistungsausgaben je Versicherter. Die vom Statistischen Bundesamt herausgegebenen Krankenhausstatistiken,⁵ die Statistiken zur ambulanten Versorgung⁶ und die Statistiken der Arzneimittelkosten⁷ machen diese Unterschiede berechenbar.

Bedeutsam für die Simulationsberechnungen in Block C ist, dass es faktische Unterschiede in der Höhe der Leistungsausgaben gibt, nach denen bspw. ein Patient in Schleswig-Holstein je Krankenhausfall, je Arzneimittel und/oder je ambulanter Versorgung unterschiedlich viel kostet im Vergleich z.B. zu Bayern.

Dennoch ist die Höhe der Vergütung der Leistungserbringer nach Bundesland in ihrer Gesamtheit derzeit weitgehend unbekannt. Vor allem auch die durch die Gesetzgebung der letz-

⁵ Vgl. Krankenhauskosten je Behandlungsfall nach Ländern, z.B. BMG (2005).

⁶ Vgl. IGSF (2005).

⁷ IMS Health (2006).

ten Jahre ausgelösten Veränderungen in den Vergütungs- und Vertragsmodalitäten, z.B. durch die integrierte Versorgung, führen zu Unsicherheiten bei der Prognose.

Aus der Perspektive einer überregional tätigen Krankenkasse bedeutet dies, dass die Krankenkasse für eine gleiche medizinische Indikation unterschiedliche Beträge an die Leistungserbringer in Abhängigkeit von der Region auszahlt.

Diese Unterschiede der regionalen Vergütungshöhe wurden über drei Simulationsszenarien abgebildet. Die drei Simulationsszenarien sind:

- Szenario 1: Datengrundlage Krankenhausstatistik/BMG (2005), KBV-Statistik ambulante Versorgung/IGSF (2005) und IMS-Arzneimittelausgaben-Statistik/IMS Health (2006)
- Szenario 2: BVA Ausgabenszenario/Göpffarth (2006)
- Szenario 3: EVS Ausgabenszenario/EVS 2003

Mit den drei Szenarien wird die Frage beantwortet, welche Finanzmittel aus ökonomischer Perspektive den jeweiligen Bundesländern zugeordnet werden können. Hierfür wurden eigene Inzidenzszzenarien und -modelle entwickelt und berechnet, durch die eine bundeslandspezifische Vollkostenrechnung umgesetzt wurde. Die Verwaltungskosten und die Satzungsleistungen wurden im Sinne der Vollkostenrechnung ebenfalls regionalisiert.

Um die Perspektive der Bundesländer so genau wie möglich abzubilden, wurden für jedes Bundesland und für jedes Szenario alters- und geschlechtsspezifische Ausgabenprofile berech-

net. Tabelle 7 gibt einen Überblick über die Simulationsergebnisse.

Tabelle 7 Verteilung der Finanzmittel von den Krankenkassen auf die Bundesländer [Datenbasis 2003]

	Szenario 1 [Mrd. €]	Szenario 2 [Mrd. €]	Szenario 3 [Mrd. €]
Bundesland/Region	1	2	3
Schleswig-Holstein	4,21	4,51	4,09
Hamburg	3,78	3,13	3,41
Niedersachsen	11,62	13,82	11,57
Bremen	1,61	1,24	0,91
Nordrhein-Westfalen	31,88	31,59	33,37
Hessen	9,78	10,06	10,04
Rheinland-Pfalz	6,40	6,87	5,12
Baden-Württemberg	17,17	17,28	18,01
Bayern	20,03	19,04	19,22
Saarland	2,09	1,85	1,57
Berlin	8,12	7,31	9,47
Brandenburg	4,27	4,61	4,97
Mecklenburg-Vorp.	3,24	2,84	2,43
Sachsen	8,01	8,42	7,74
Sachsen-Anhalt	5,26	4,96	5,28
Thüringen	4,42	4,37	4,71
West	116,71	116,71	116,78
Ost	25,20	25,19	25,12
Deutschland	141,90	141,90	141,90

Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung.

8.2 Ausmaß der Umverteilung zwischen den Bundesländern

Um das Ausmaß der durch die Gesundheitsreform ausgelösten Umverteilungen zwischen den Bundesländern abzuschätzen, werden die Ergebnisse der Tabellen 4 und 7 gegenüber gestellt. In Tabelle 8 sind die ökonomischen Auswirkungen der Gesundheitsreform auf die Bundesländer zusammengefasst:⁸

Die Werte in Tabelle 8 sind folgendermaßen zu interpretieren: Ein Minus bedeutet „Verlierer“, ein positiver Wert bedeutet „Gewinner“. Verlierer sind demnach solche Bundesländer, für die ein negativer Nettoeffekt⁹ ermittelt wurde.

Tabelle 8 zeigt eine Gemeinsamkeit zwischen allen drei Szenarien. Das Ausmaß der Umverteilung von West- nach Ost-Deutschland (Saldo West-BRD, Saldo Ost-BRD) liegt bei allen drei Szenarien bei rd. 2,7 Mrd. €.

Werden alle jeweils negativen und positiven Nettoeffekte saldiert, so sind die geringsten Umverteilungen zwischen den Bundesländern für Szenario 2 zu verzeichnen. Die Verlierer-Bundesländer zahlen 3,84 Mrd. € an die Gewinner-Bundesländer. Am größten ist die Umverteilung in Szenario 3, dem EVS-Szenario. Dort werden 7,32 Mrd. € umverteilt. Im Szenario 1 sind es 5,73 Mrd. €.

⁸ Die Werte in Tabelle 8 sind der Saldo aus Spalte 2 in Tabelle 4 und der jeweiligen Spalte in Tabelle 7.

⁹ Nettoeffekt = gezahlte Finanzmittel abzüglich erhaltene Finanzmittel.

Tabelle 8 Nettoeffekt der Gesundheitsreform für die Bundesländer in Mrd. € [Datenbasis 2003]

	Szenario 1 [Mrd. €]	Szenario 2 [Mrd. €]	Szenario 3 [Mrd. €]
Bundesland/Region	1	2	3
Schleswig-Holstein	-0,18	0,12	-0,30
Hamburg	0,50	-0,14	0,14
Niedersachsen	-2,55	-0,35	-2,60
Bremen	0,48	0,11	-0,22
Nordrhein-Westfalen	0,46	0,17	1,95
Hessen	-0,98	-0,70	-0,72
Rheinland-Pfalz	-0,10	0,38	-1,37
Baden-Württemberg	-1,72	-1,61	-0,89
Bayern	-0,05	-1,04	-0,87
Saarland	0,27	0,03	-0,26
Berlin	1,09	0,28	2,44
Brandenburg	-0,15	0,19	0,54
Mecklenburg-Vorp.	0,72	0,32	-0,09
Sachsen	0,91	1,31	0,64
Sachsen-Anhalt	0,84	0,53	0,85
Thüringen	0,46	0,41	0,75
Saldo West-BRD	-2,77	-2,76	-2,70
Saldo Ost-BRD	2,77	2,76	2,70
Summe Verluste	-5,73	-3,84	-7,32
Summe Gewinne	5,73	3,84	7,32

Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung.

Aus der Perspektive der einzelnen Bundesländer sind folgende Ergebnisse ableitbar.

Verlierer-Bundesländer sind über alle drei Szenarien hinweg:

- Niedersachsen: -0,35 bis -2,60 Mrd. €
- Hessen: -0,70 bis -0,98 Mrd. €
- Baden-Württemberg: -0,89 bis -1,72 Mrd. €
- Bayern: -0,05 bis -1,04 Mrd. €

Folgende Bundesländer zählen über alle drei Szenarien hinweg zu den **Gewinnern**:

- Nordrhein-Westfalen: +0,17 bis +1,95 Mrd. €
- Berlin: +0,28 bis +2,44 Mrd. €
- Sachsen: +0,64 bis +1,31 Mrd. €
- Sachsen-Anhalt: +0,53 bis +0,85 Mrd. €
- Thüringen: +0,41 bis +0,75 Mrd. €

Zwei Bundesländer werden **eher zu den Verlierern** zählen:

- Schleswig-Holstein: -0,30 bis +0,12 Mrd. €
- Rheinland-Pfalz: -1,37 bis +0,38 Mrd. €

Die restlichen fünf Bundesländer werden **tendenziell zu den Gewinnern** zählen:

- Hamburg: -0,14 bis +0,50 Mrd. €
- Bremen: -0,22 bis +0,48 Mrd. €
- Saarland: -0,26 bis +0,27 Mrd. €
- Brandenburg: -0,15 bis +0,54 Mrd. €
- Mecklenburg-Vorpommern: -0,09 bis +0,72 Mrd. €

Abschließend werden in Tabelle 9 die Ergebnisse aus Tabelle 8 in Pro-Kopf-Werte je Versicherter umgerechnet.

Tabelle 9 Nettoeffekt der Gesundheitsreform für die Bundesländer je Versicherter in € [Datenbasis 2003]

	Szenario 1 [€]	Szenario 2 [€]	Szenario 3 [€]
Bundesland/Region	1	2	3
Schleswig-Holstein	-77,24	51,16	-129,50
Hamburg	359,42	-100,90	97,40
Niedersachsen	-348,23	-47,73	-355,61
Bremen	825,16	188,86	-375,37
Nordrhein-Westfalen	30,26	11,04	127,88
Hessen	-188,91	-135,46	-138,82
Rheinland-Pfalz	-28,97	107,87	-394,74
Baden-Württemberg	-188,46	-176,07	-97,01
Bayern	-4,94	-99,56	-82,68
Saarland	290,44	27,86	-272,43
Berlin	370,11	95,01	828,37
Brandenburg	-63,66	79,45	225,44
Mecklenburg-Vorp.	482,25	212,67	-61,96
Sachsen	220,33	319,76	156,01
Sachsen-Anhalt	356,37	224,91	363,97
Thüringen	208,84	184,39	337,17
West	-46,87	-46,73	-45,66
Ost	220,06	219,39	214,36

Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung.

9 Zusammenfassung

Selbst nach den kritischen Stellungnahmen in den Anhörungen zum GKV-WSG ist zu erwarten, dass die Regelungen zum Gesundheitsfonds, zur Zentralisierung der Beitragsbemessung über den Allgemeinen Beitragssatz und zum neuem Risikostrukturausgleich umgesetzt werden.

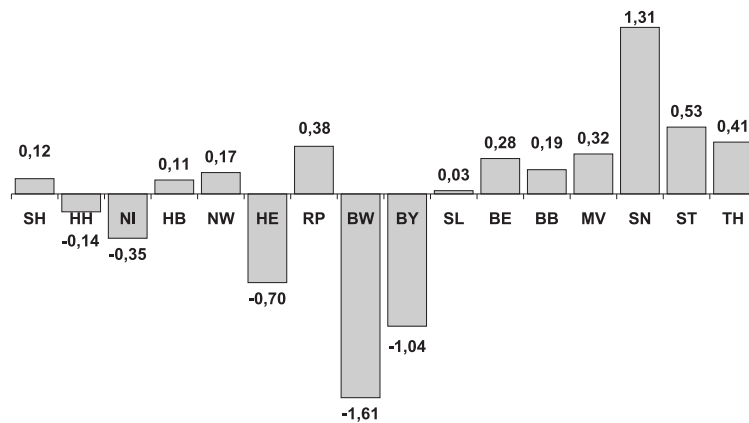
Dies gilt allerdings nicht für den § 272 SGB V „Übergangsregelungen zur Einführung des Gesundheitsfonds – Konvergenzklausel“, durch den ein neuer Finanzausgleich zwischen den Bundesländern implementiert werden soll. Denn das Bundesversicherungsamt, das für die Umsetzung des § 272 verantwortlich sein soll, stellt dazu fest: „Die Regelung ist in der vorliegenden Form weder zielführend noch durchführbar.“

Das heißt, in letzter Konsequenz wird der mit dem § 272 SGB V vorgesehene Finanzausgleich zwischen den Bundesländern nicht stattfinden. Es wird keine Konvergenzphase und auch keine Kompensation über die 100 Mio. € Belastungsgrenze geben. Die Bundesländer werden ihre Lasten bzw. ihre Verluste selbst zu tragen haben.

Mit dieser Studie wird dargestellt, wie die Gesundheitsreform 2006 die Finanzierung und Verteilung der Finanzmittel auf Krankenkassen und Leistungserbringer grundlegend verändert. Es werden zudem die ökonomischen Auswirkungen analysiert, die für die Bundesländer zu erwarten sind. Den Zahlungen eines Bundeslandes in den Gesundheitsfonds werden die Finanzmittel gegenübergestellt, die in das jeweilige Bundesland wieder zurückfließen. Der sich daraus ergebende Nettoeffekt beschreibt, ob ein Bundesland Gewinner oder Verlierer des neuen Gesundheitssystems sein wird.

In Abbildung 2 sind diese Be- und Entlastungen für die einzelnen Bundesländer dargestellt.

Abbildung 2 Be- und Entlastungswirkungen der Gesundheitsreform nach Bundesland in Mrd. €



Quelle: Eigene Darstellung und Berechnung; EVS 2003.

Bundesländer: **BW**=Baden-Württemberg, **BY**=Freistaat Bayern, **BE**=Berlin, **BB**=Brandenburg, **HB**=Freie Hansestadt Bremen, **HH**=Freie und Hansestadt Hamburg, **HE**=Hessen, **MV**=Mecklenburg-Vorpommern, **NI**=Niedersachsen, **NW**=Nordrhein-Westfalen, **RP**=Rheinland-Pfalz, **SH**=Schleswig-Holstein, **SL**=Saarland, **SN**=Freistaat Sachsen, **ST**=Sachsen-Anhalt, **TH**=Freistaat Thüringen.

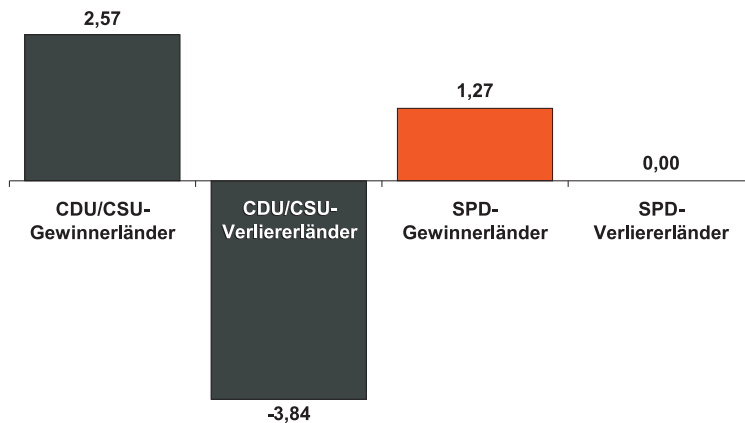
Zu den **Verlierer**-Bundesländern zählen: Baden-Württemberg (Nettoeffekt -1,61 Mrd. €), Bayern (-1,04 Mrd. €), Hessen (-0,70 Mrd. €), Niedersachsen (-0,35 Mrd. €) und Hamburg (-0,14 Mrd. €). Die angegebenen Nettoeffekte sind als **Untergrenze** zu interpretieren, da die tatsächlichen Belas-

tungen um ein vielfaches höher liegen können.

Zu den **Gewinner**-Bundesländern zählen die ostdeutschen Bundesländer: Sachsen (Nettoeffekt +1,31 Mrd. €), Sachsen-Anhalt (+0,53 Mrd. €), Thüringen (+0,41 Mrd. €), Mecklenburg-Vorpommern (+0,32 Mrd. €) und Brandenburg (+0,19 Mrd. €). Gewinner sind ebenfalls Rheinland-Pfalz (+0,38 Mrd. €), Berlin (+0,28 Mrd. €), Nordrhein-Westfalen (-0,17 Mrd. €), Schleswig-Holstein (+0,12 Mrd. €), Bremen (+0,11 Mrd. €) und das Saarland (+0,03 Mrd. €).

Werden die Nettoeffekte der Gewinner- und Verlierer-Bundesländer danach saldiert, welche Partei den Ministerpräsidenten stellt, so zeigt sich folgendes Bild (Abbildung 3):

Abbildung 3 Be- und Entlastungswirkungen der Gesundheitsreform nach CDU/CSU- und SPD-geführten Bundesländern in Mrd. €



Quelle: Eigene Darstellung und Berechnung.

Abbildung 3 macht deutlich, dass sich CDU/CSU-regierte Gewinner-Bundesländer (+2,57 Mrd. €) und CDU/CSU-regierten Verlierer-Bundesländer (-3,84 Mrd. €) gegenüberstehen. Der Saldo ist -1,27 Mrd. € und entspricht genau dem Betrag, den die SPD-Gewinner-Bundesländer für sich verbuchen können.

Schlussfolgerung: Die finanziellen Auswirkungen des GKV-WSG sind aus der Perspektive einzelner Bundesländer in ihrem vollem Ausmaß nicht absehbar. Sicher ist, dass sich diese Unwägbarkeiten auf die Leistungserbringer auswirken werden und in letzter Konsequenz auch auf die Versorgung der Patienten. Es kann davon ausgegangen werden, dass es durch die Umsetzung des GKV-WSG zu einer Verschlechterung der Gesundheitsversorgung in einzelnen Bundesländern und dort in einzelnen Regionen kommen wird.

Die *tatsächlichen* finanziellen und versorgungspolitischen Risiken der Gesundheitsreform 2006, die sich aus Gesundheitsfonds, neuem Risikostrukturausgleich und praktisch nicht umsetzbarer Konvergenzregelung des § 272 SGB V ergeben, können mit den Ergebnissen dieser Arbeit nur angedeutet werden, die Ergebnisse sind als **Untergrenze** zu verstehen.

Insgesamt wird mit dem GKV-WSG ein gefährlicher Weg beschritten. Denn neben den finanziellen Unwägbarkeiten kommt es auch noch zu einer Verstaatlichung der Finanzierungsverantwortung der GKV. Mittel- und langfristig wird damit der Weg in eine Staatsmedizin geebnet, denn wer die Finanzhoheit hat, der bestimmt auch über die Verwendung der Finanzmittel, direkt oder indirekt. Gesundheit nach Kassenlage, Rationierung und Beschränkungen des Leistungskatalogs werden in wenigen Jahren nicht mehr nur Schlagworte,

sondern die Realität im deutschen Gesundheitswesen sein.

Dann wird es auch zu einer neuen Form der Armut kommen, der Gesundheitsarmut.

Deshalb sollte die geplante Finanzierungsreform *grundlegend* überarbeitet werden, oder wenn dies nicht möglich ist, ganz aus dem GKV-WSG gestrichen werden. Dies wäre für alle Beteiligte und Betroffene von Vorteil.

10 Literaturverzeichnis

BMG (2005). Bundesministerium für Gesundheit. Statistisches Taschenbuch 2005. Gesundheit, Berlin. Stand: Oktober 2005.

BMG (2006). Bundesministerium für Gesundheit. Gesetzliche Krankenversicherung, Kennzahlen und Faustformeln. Stand: 13. September 2006.

BVA (2005). Bundesversicherungsamt. Risikostrukturausgleich. Jahresausgleiche.

BVA (2006). Bundesversicherungsamt. Stellungnahme des Bundesversicherungsamtes. Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG). Anhörung des Gesundheitsausschusses zu Block I – Finanzierung – am 14. November 2006.

Drabinski (2004). Drabinski, Thomas. Umverteilungseffekte des deutschen Gesundheitssystems: Eine Mikrosimulationsstudie. Juli 2004.

Drabinski (2005). Drabinski, Thomas. Finanzielle Auswirkungen und Umverteilungseffekte von solidarischer Gesundheitsprämie und Bürgerversicherung. November 2004.

Göpffarth (2006). Göpffarth, Dirk. Regionale Verteilungswirkungen des Gesundheitsfonds. In: Gesundheits- und Sozialpolitik, Band 60, Heft 11-12, im Druck.

IGSF (2005). Beske, Fritz. Drabinski, Thomas. Finanzierungsdefizite in der Gesetzlichen Krankenversicherung: Prognose 2005–2050. Schriftenreihe Band 105, Fritz Beske Institut für Gesundheits-System-Forschung Kiel.

IMS Health (2006). Sonderauswertung Arzneimittelausgaben nach Alter, Geschlecht und Bundesland.

Statistisches Bundesamt (2005). Wirtschaftsrechnungen, Einkommens- und Verbrauchsstichprobe: Aufgabe, Methode und Durchführung der EVS. Fachserie 15 / Heft 7, Wiesbaden.

VDAK/AEV (2005). Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V., Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V. Risikostrukturausgleich: Zahlen, Fakten, Hintergründe, Siegburg.

-
- BAND 1 Drabinski, Thomas (2004). Das Institut für Mikrodaten-Analyse – Ziele, Aufgabenbereiche, Statut. Juli 2004, 12 S.
ISBN 3-88312-297-1
- BAND 2 Drabinski, Thomas (2004). Umverteilungseffekte des deutschen Gesundheitssystems: Eine Mikrosimulationsstudie. Juli 2004, 238 S.
ISBN 3-88312-298-X
- BAND 3 Drabinski, Thomas / Stoer, Bernhard (2005). Ausgabenprofile in der Gesetzlichen Krankenversicherung: Soviel kostet ein Versicherter. August 2005, 42 S.
ISBN 3-88312-294-7
- BAND 4 Drabinski, Thomas (2005): Finanzielle Auswirkungen und Umverteilungseffekte von solidarischer Gesundheitsprämie und Bürgerversicherung. November 2005, 199 S.
ISBN 3-88312-192-4

- BAND 5 Drabinski, Thomas (2006): Sozioökonomische Struktur des Krankenversicherungsschutzes von Kindern in Deutschland 2003. März 2006, 38 S.
ISBN 3-88312-340-4
- BAND 6 Drabinski, Thomas (2006): Sozioökonomische Struktur des Krankenversicherungsschutzes in Deutschland 2003. April 2006, 73 S.
ISBN-10 3-88312-341-2
ISBN-13 978-3-88312-341-7
- BAND 7 Drabinski, Thomas (2006): Der Zusammenhang zwischen beitragspflichtigen Einnahmen und Einnahmen zum Lebensunterhalt. September 2006, 52 S.
ISBN-10 3-88312-342-0
ISBN-13 978-388-312-342-4
- BAND 8 Drabinski, Thomas (2006): Die Versichertenstruktur in der Gesetzlichen und Privaten Krankenversicherung nach Alter, Geschlecht, Erwerbstätigkeit Bundesland. Oktober 2006, 85 S.
ISBN-10 3-88312-343-9
ISBN-13 978-388-312-343-1

- BAND 9 Drabinski, Thomas (2006): Auswirkungen einer aufkommensneutralen Umstellung der Beitragsbemessung im Gesundheitsfonds. November 2006, 28 S.
ISBN-10 3-88312-344-7
ISBN-13 978-388-312-344-8
- BAND 10 Drabinski, Thomas (2006): Ökonomische Auswirkungen der Gesundheitsreform auf die Bundesländer. Dezember 2006, 45 S.
ISBN-10 3-88312-345-5
ISBN-13 978-388-312-345-5