

SOZIALER FORTSCHRITT

Unabhängige Zeitschrift für Sozialpolitik

Herausgegeben von der Gesellschaft für Sozialen Fortschritt e.V., Bonn

I N H A L T

Arbeitswissenschaft(en) in der DDR: Tiefe Kluft zwischen Theorie und heutiger Praxis. Von Prof. Manfred *Schweres*, Hannover 173

Markenartikel „Flexibilität“ – made in USA. Strategien zur Arbeitszeitgestaltung im Dienstleistungssektor am Beispiel des Einzelhandels. Von Alexander *Glanz*, Bochum 179

„GKV-Länder-Finanzausgleich“. Über Ausmaß und Änderung von interregionalen Finanzströmen durch eine GKV-Organisationsreform. Von Wulf-Dietrich *Leber*, Bonn/Berlin, und Jürgen *Wasem*, Köln ... 187

PERSÖNLICHES

Trauer um Alfred Schmidt 191

STREIFLICHTER

100 Jahre Industriegewerkschaft Chemie-Papier-Keramik 192

NEUE BÜCHER 192

Terminvorschau 193



„GKV-Länder-Finanzausgleich“

Über Ausmaß und Änderung von interregionalen Finanzströmen durch eine GKV-Organisationsreform

Von Wulf-Dietrich *Leber*, Bonn/Berlin, und Jürgen *Wasem*, Köln

Neben einer Angleichung der Kassen-Wahlrechte von Arbeitern und Angestellten sind die Beitragssatzdifferenzen zwischen Krankenkassen das zentrale Thema einer Organisationsreform der gesetzlichen Krankenversicherung.¹ Nachdem das Ausmaß dieser Differenzen, ihre Berechtigung und die Möglichkeiten, sie durch Finanzausgleiche zu beseitigen, zunächst vorwiegend auf der Ebene der Kassenarten diskutiert wurde, gewinnt inzwischen eine regional differenzierte Betrachtung an Bedeutung². Ursächlich dafür sind zwei Gründe:

1. Für die Wahlentscheidungen der Versicherten sind die Beitragssatzdifferenzen innerhalb der Regionen maßgeblich.
2. Eine Neuordnung der Kassenstrukturen durch Finanzausgleiche oder regionalisierte Beitragssätze verändert die interregionalen Finanzströme innerhalb der GKV.

Der zweite Aspekt steht im Mittelpunkt des Interesses der Bundesländer an einer GKV-Organisationsreform. Die GKV ist zwar kein Mechanismus zum Ausgleich der Länderfinanzen, die Volumina der GKV-internen Finanzströme rechtfertigen aber eine nähere Betrachtung unter diesem Blickwinkel — nicht zuletzt wegen der Zustimmungspflichtigkeit einer GKV-Organisationsreform durch den Bundesrat.

Unter Auswertung von GKV-Daten aus dem Jahre 1986 sollen in dem vorliegenden Beitrag das Ausmaß und die Richtung der gegenwärtigen GKV-internen Finanzströme zwischen den Bundesländern aufgezeigt werden. Zudem wird diskutiert, wie sich diese Finanzströme durch mögliche Schritte einer Organisationsreform ändern, insbesondere durch eine regionalisierte Beitragssatzkalkulation in allen Kassenarten und einen bundesweiten Risikostrukturausgleich.

Interregionale Umverteilung in der GKV

Von interregionaler Umverteilung kann gesprochen werden, wenn Versicherte einer Region durch Krankenversicherungsbeiträge die Ausgaben von Versicherten anderer Regionen finanzieren oder ihrerseits von anderen Regionen subventioniert werden. Solche GKV-internen Umverteilungsströme haben durch Fusionen, durch bundesweite „Unternehmenskrankenkassen“ und Ersatzkassen sowie durch Finanzausgleiche an Bedeutung gewonnen. Von den 114 Mrd. DM, die die gesetzlichen Krankenkassen im Jahre 1986 für Leistungen an die Versicherten ausgegeben haben, wurden mehr als 55% durch interregional aufgebrauchte Umlagen finanziert, d.h. in diesen Fällen ist die Region, in der die Beiträge aufgebracht wurden, nicht notwendigerweise identisch mit der Region, in der die Versicherten Leistungen in Anspruch genommen haben. Interregionale Finanzströme ergeben sich hierbei durch zwei Wirkungszusammenhänge:

- Überregional tätige Krankenkassen (Ersatzkassen, Bundesknappschaft, ein Teil der Betriebskrankenkassen) erheben im gesamten Bundesgebiet jeweils einen einheitlichen Beitragssatz, der auf die jeweiligen beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder (Grundlöhne) angewendet wird, während die Leistungsausgaben von Region zu Region sehr unterschiedlich sein können. Damit können auf einige Regionen höhere Leistungsausgaben als Beitragseinnahmen entfallen, so daß die Versicherten einer überregional tätigen Kasse in dieser Region von Versicherten aus anderen Regionen subventioniert werden.
- Die Ausgaben für Rentner werden in einem kassenübergreifenden und bundesweiten Ausgleich finan-

ziert. Soweit die Rentnerausgaben nicht durch deren eigene Beiträge gedeckt werden, tragen alle Versicherten der allgemeinen Krankenversicherung (AKV) durch einen einheitlichen Prozentsatz ihrer Einkommen zur Finanzierung der Krankenversicherung der Rentner (KVdR) bei. Dieser sogenannte KVdR-Finanzierungsanteil betrug 1986 3,25 Prozentpunkte.

Diese interregionalen Finanzströme sollen im folgenden quantitativ abgeschätzt werden.

Eklatante Datenmängel

Über Ausmaß und Richtung der interregionalen Finanzströme besteht wenig Kenntnis³. Ursächlich hierfür ist u.a. eine extrem defizitäre Datenlage, die es kaum erlaubt, Ausgaben und Beiträge von Regionen gegenüberzustellen. So wird zwar für die 10,7 Mio. der rund 25,4 Mio. AKV-Mitglieder (1986), die bei einer bundesländerübergreifenden Krankenkasse versichert sind, die Mitgliederverteilung auf die einzelnen Bundesländer erfaßt und ausgewiesen, es werden aber weder die Leistungsausgaben noch die Beitragseinnahmen der Mitglieder regional aufgliedert.

Noch unbefriedigender ist der Datenmangel in der Krankenversicherung der Rentner. Hier sind nicht einmal die beitragspflichtigen Einnahmen nach Kassen verfügbar⁴.

Eine Aufteilung der Rentnerbeiträge ist deshalb auch für regional gegliederte Kassenarten nicht möglich.

Angesichts der eklatanten Datenmängel ist eine Abschätzung der interregionalen Finanzströme in der GKV nur möglich, wenn plausible Annahmen fehlende Daten ersetzen und eine grobe Aufteilung der Regionen (Bundesländer) gewählt wird.

Bei der Ermittlung der Umverteilung zwischen den Bundesländern durch überregional tätige Kassen erfolgt im folgenden eine Beschränkung auf die Angestellten-Ersatzkassen. Dies erscheint vertretbar, da rd. 80 v.H. der bei überregional tätigen Kassen versicherten AKV-Mitglieder einer der 8 Angestellten-Krankenkassen angehören.

Für die Mitglieder der Angestellten-Krankenkassen wurden folgende Annahmen getroffen:

- Zur Aufteilung der Beitragseinnahmen dieser Versicherten auf die Bundesländer wird angenommen, daß

¹ Zu weiteren möglichen Themen einer Organisationsreform vgl. J. *Wasem*, Die Probleme der Versicherten- und Kassenstruktur und ihre Reform — ein Überblick, in: Sozialer Fortschritt, Jg. 39 (1990), S. 53-59.

² Vgl. auch den Abschnitt „Zur Notwendigkeit einer regionalen Betrachtung“ in: *Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen*, Jahresgutachten 1990. Herausforderungen und Perspektiven der Gesundheitsversorgung, Baden-Baden 1990, Tz. 544 ff.

³ Vgl. als erste Schätzung der Finanzierungssalden: K.-D. *Henke/W.-D. Leber*: GKV-interne Finanzströme zwischen den Bundesländern. Zur Lage Niedersachsens unter Berücksichtigung möglicher Reformen der Kassenstruktur. Gutachten im Auftrag der Niedersächsischen Staatskanzlei, Bonn/Hannover 1989.

⁴ Dies ist eine Folge des gegenwärtigen Ausgleichsverfahrens, bei dem die Beitragszahlungen der Rentner ohne Einschaltung der einzelnen Kassen direkt von den Rentenversicherungsträgern zur Durchführung des KVdR-Ausgleichs an die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte geleistet werden (vgl. §§ 255 Abs. 1, 268 ff. SGB V).

die (nicht bekannten) Relationen der Pro-Kopf-Grundlöhne zwischen den Bundesländern den (vom Statistischen Bundesamt ermittelten) Relationen der Gehälter der kaufmännischen und technischen Angestellten entsprechen. Liegen also die Angestellten-Gehälter in einem Bundesland 10 v.H. über dem Bundesdurchschnitt, wird angenommen, daß diese Relation auch für die beitragspflichtigen Einkommen und somit die Beitragszahlung bei den Angestellten-Krankenkassen zutrifft.

- Zur Aufteilung der Leistungsausgaben für AKV-Mitglieder (und ihre mitversicherten Familienangehörigen) wird angenommen, daß die Relation der Pro-Kopf-Ausgaben den (von der GKV-Statistik erfaßten) Relationen bei den Ortskrankenkassen entspricht. Sind bei den Ortskrankenkassen die Pro-Kopf-Ausgaben in einem Bundesland um 10 v.H. über dem Bundesdurchschnitt, so wird angenommen, daß diese Relation auch für die Angestellten-Krankenkassen zutrifft.

Zur Ermittlung der interregionalen Finanzströme zwischen den Bundesländern durch den KVdR-Ausgleich sind für drei Größen Annahmen erforderlich:

- Zur Aufteilung der Beitragseinnahmen von Rentnern auf die Bundesländer wurde angenommen, daß die Relation der Pro-Kopf-Einkommen der Rentner zwischen den Bundesländern der Relation der Pro-Kopf-Einkommen der (erwerbstätigen) AKV-Mitglieder entspricht.
- Die Relation der Pro-Kopf-Einkommen der AKV-Mitglieder zwischen den Bundesländern wurde für Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen der GKV-Statistik entnommen⁵, für die Angestellten-Ersatzkassen wurde sie nach dem oben geschilderten Verfahren ermittelt.
- Zur Aufteilung der Leistungsaufwendungen für Rentner auf die Bundesländer wurden die Daten der Pro-Kopf-Ausgaben für Rentner zwischen den Bundesländern bei den Ortskrankenkassen auf die gesamte GKV hochgerechnet.

Die Berechnungen wurden für das Jahr 1986 durchgeführt. Vergleiche mit parallel durchgeführten Berechnungen für andere Jahre zeigen, daß die sich ergebenden interregionalen Finanzströme als kurzfristig zeitlich stabil gelten können.

Ergebnisse im Status quo

Tabelle 1 weist die Finanzierungssalden der Bundesländer für das Jahr 1986 aus, die sich durch die bundesweit tätigen Angestellten-Krankenkassen ergeben. Im oberen Bereich der Tabelle sind die absoluten Beträge, im unteren Bereich die Pro-Kopf-Beträge ausgewiesen. Spalte 2 nennt die von den AKV-Versicherten der Angestellten-Ersatzkassen im jeweiligen Bundesland gezahlten Beiträge, Spalte 3 die für diese Mitglieder von den Angestellten-Ersatzkassen getätigten Ausgaben. Die Differenz ergibt den Finanzierungssaldo (Spalte 4). Es zeigt sich, daß aus Baden-Württemberg und Bayern erhebliche, aus Hessen geringe Beitragseinnahmen abfließen. Die übrigen Bundesländer profitieren hiervon, wobei insbesondere Nordrhein-Westfalen und Hamburg erhebliche „Subventionen“ erhalten. Die Nettozahlerposition Baden-Württembergs ist sowohl auf die überdurchschnittlichen Beitragseinnahmen je Kopf, die die Wirtschaftskraft dieser Region widerspiegeln, als auch auf unterdurchschnittliche Leistungsausgaben je Kopf zurückzuführen. Hingegen ist Bayern trotz unterdurchschnittlicher Beitragseinnahmen je Kopf wegen deutlich unterdurchschnittlicher Leistungsausgaben je Kopf Nettozahler. Umgekehrt ist Hamburg trotz überdurchschnittlicher Beitragseinnahmen je Kopf wegen der hohen Leistungsausgaben je Kopf Zuweisungsempfänger.

Erheblich größer ist die interregionale Umverteilung, die durch den KVdR-Ausgleich bewirkt wird. Wie Tabelle 2 aufzeigt, sind auch hier Baden-Württemberg und Bayern mit Abstand die wichtigsten Nettozahler; in geringerem Umfang zahlt auch Hessen. Es profitieren insbeson-

dere Berlin, und Rheinland-Pfalz, gefolgt von Nordrhein-Westfalen und Niedersachsen. Die Nettozahlerposition Baden-Württembergs ergibt sich trotz überdurchschnittlicher Leistungsausgaben je Rentner aus den erheblich überdurchschnittlichen Beitragseinnahmen je Rentner und einem hohen Finanzierungsanteil der AKV je Rentner. Hingegen ist Bayern mit unterdurchschnittlichen Leistungsausgaben je Rentner und zugleich überdurchschnittlichen Beitragseinnahmen je Rentner und einem überdurchschnittlichen Finanzierungsanteil der AKV je Rentner Nettozahler. Die Begünstigung Berlins ergibt sich aus erheblich überdurchschnittlichen Leistungsausgaben je Rentner und einem erheblich unterdurchschnittlichen Finanzierungsanteil der AKV je Rentner, dem nur leicht überdurchschnittliche Beitragseinnahmen je Rentner gegenüberstehen. Demgegenüber ergibt sich die Begünstigung von Rheinland-Pfalz bei durchschnittlichen Beitragseinnahmen je Rentner aus einem unterdurchschnittlichen Finanzierungsanteil der AKV und überdurchschnittlichen Leistungsausgaben je Rentner.

Auswirkungen einer Organisationsform

Das gesamte Transfervolumen der GKV-internen Umverteilung beläuft sich auf 2370 Mio. DM und erreicht damit Größenordnungen des Finanzausgleichs zwischen Bund und Ländern bzw. zwischen den Bundesländern. Eine gebührende finanzwissenschaftliche Aufmerksamkeit ist bisher nicht zu beobachten. Dies mag — neben der komplizierten Datenlage — daran liegen, daß die GKV-internen Transfers nur in Ausnahmefällen ein bewußtes Instrument des interregionalen Ausgleichs waren. Im Rahmen der anstehenden Organisationsreform könnte dies anders werden:

- Eine regionalisierte Beitragssatzkalkulation würde die gesamten Transfers auf Null reduzieren und wird deshalb auch von den Zahlern im Status quo (Baden-Württemberg und Bayern) präferiert.
- Ein bundesweiter Risikostrukturausgleich würde über die bestehenden Finanzvolumina hinaus Mittel in strukturschwache Regionen leiten. Dies gewönne nach der Vereinigung mit der DDR noch erheblich an Bedeutung.
- Jede durch eine Organisationsreform bewirkte Verschiebung zwischen den „Marktanteilen“ von regionalen und bundesweiten Kassen kann sich auf das Volumen des interregionalen Ausgleichs auswirken.
- Eine Reduktion des ausgleichsfähigen KVdR-Volumens⁶ mindert ebenfalls den interregionalen Ausgleich.

Bundesweiter Risikostrukturausgleich

Die Wirkungen eines bundesweiten Risikostrukturausgleichs bei gegebener Kassenstruktur auf die Finanzierungssalden der Bundesländer lassen sich derzeit nicht exakt berechnen, weil die von den Beitragsänderungen betroffenen Grundlöhne der Mitglieder von überregionalen Kassen nicht länderspezifisch zugeordnet werden können. Die Zahlungen und Zuweisungen von regionalen Kassen lassen sich allerdings angeben.

Tabelle 3 zeigt Auswertungen von Simulationsrechnungen eines allgemeinen Risikostrukturausgleiches.⁷

⁵ Für die Betriebskrankenkassen müssen die beitragspflichtigen Einnahmen mangels differenzierter Daten auch bei überregionalen Betriebskrankenkassen dem Bundesland des Hauptsitzes der Krankenkassen zugeordnet werden.

⁶ Eine Reduktion der ausgleichsfähigen Rentnerausgaben um ca. 20% ist für 1991 vorgesehen. Vgl. den Eigenanteil nach § 269 Abs. 2 SGB V.

⁷ Vgl. zu einer nicht regional differenzierenden Analyse der Auswirkungen eines Risikostrukturausgleiches erstmals: W.-D. Leber/J. Waseem: Risikostrukturausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung, in: Wirtschaftsdienst, Heft II/1989, S. 87-93. Vgl. zu den Wirkungen eines solchen Ausgleiches auch: M. Pfaff/D. Wassener: Der

Tabelle 1
Finanzströme zwischen den Bundesländern durch bundesweite Angestellten-Krankenkassen (1986)

Bundesland	Beiträge	Ausgaben	Zuweisungen (+)/ Zahlungen (-)
Finanzströme insgesamt (in Mio. DM)			
Schleswig-Holstein	901	989	88
Hamburg	1 298	1 408	110
Niedersachsen	2 357	2 401	44
Bremen	475	516	41
Nordrhein-Westfalen	7 514	7 768	254
Hessen	2 731	2 695	- 36
Rheinland-Pfalz	1 432	1 459	27
Baden-Württemberg	3 818	3 518	- 300
Bayern	3 871	3 530	- 341
Saarland	447	495	48
Berlin	798	862	64
Finanzströme je Mitglied (in DM)			
Schleswig-Holstein	2 419	2 654	235
Hamburg	2 869	3 112	243
Niedersachsen	2 521	2 569	47
Bremen	2 688	2 922	234
Nordrhein-Westfalen	2 725	2 817	92
Hessen	2 735	2 699	- 36
Rheinland-Pfalz	2 648	2 698	50
Baden-Württemberg	2 783	2 565	- 219
Bayern	2 589	2 361	- 228
Saarland	2 643	2 928	285
Berlin	2 678	2 894	216

Quelle: eigene Berechnungen

Der simulierte Risikostrukturausgleich beinhaltet einen vollständigen Ausgleich der beitragspflichtigen Einnahmen je Versicherten sowie einen Ausgleich der Morbidität (vereinfacht als Alters- und Geschlechtsstrukturausgleich). Unter Beibehaltung der bestehenden KVdR-Regelung führte dies im Jahre 1986 im wesentlichen zu Zahlungen der Betriebs- und Ersatzkassen an die Ortskrankenkassen⁸.

Die Auswertung nach Bundesländern zeigt die größten Zuweisungen an die Ortskrankenkassen von Niedersachsen und Nordrhein-Westfalen. Die OKKs von Baden-Württemberg gehören nicht nur bei dem kassenarteninternen Ausgleich, sondern auch beim hier betrachteten kassenartenübergreifenden Ausgleich zu den Zahlern.

Die ausgewiesenen Zahlen für die Betriebskrankenkassen sind nur mit Vorbehalt zu verwenden, weil sie nicht um die sogenannten Ein- und Ausstrahlungen bei überregionalen Kassen korrigiert sind⁹. Die Finanzvolumina durch Zahlungen und Zuweisungen der Innungskrankenkassen sind vergleichsweise gering.

Für eine vollständige Erfassung der Finanzierungsströme müßten die Änderungen bei Mitgliedern der anderen Kassenarten berücksichtigt werden. So würde z.B. das Land Niedersachsen wesentlich von einem Risikostrukturausgleich profitieren. Da aber von Zahlungen der Ersatzkassen im Risikostrukturausgleich auch deren niedersächsische Mitglieder betroffen sind, verschlechtert sich gleichzeitig der Finanzierungssaldo. Wie groß der kompensatorische Effekt ist, kann nur mit Kenntnis der landesspezifischen beitragspflichtigen Einnahmen aller überregionalen Kassen beantwortet werden.

Regionalisierung und Risikostrukturausgleich

Komplizierter ist das Zusammenwirken von Regionalisierung und Risikostrukturausgleich, wie es im Modell des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion zur

Diskussion gestellt wurde¹⁰. Der Argumentation dieses Konzeptes „konkurrierender Regionalkassen“ zufolge sollen die versichertenstrukturbedingten Unterschiede zwischen Kassen und Regionen eliminiert werden; Beitragssatzdifferenzen, die auf einer (regional) unterschiedlichen Versorgungsqualität beruhen, sollen hingegen im Sinne fiskalischer Äquivalenz erhalten bleiben. Die Äquivalenz zur Versorgungsqualität würde durch eine regionale Beitragssatzkalkulation in allen Kassenarten erreicht.

Die Auswirkungen auf den Finanzierungssaldo der Bundesländer ergeben sich zum einen aus den oben dargestellten Zahlungen und Zuweisungen von regionalen Kassen im Risikostrukturausgleich. Zum zweiten ändern sich die Salden durch Regionalisierung der überregionalen Kassen (interregionale Umverteilung gleich Null) und durch Risikostrukturausgleich, bei dem jede Beitragssatzregion quasi wie eine eigenständige Kasse behandelt wird.

Da der Risikostrukturausgleich für die einzelnen Regionen von bundesweiten Kassen mangels regionaler Versichertendaten nicht berechnet werden kann, sei zur Illustration des Wirkungszusammenhangs ein anderer Weg

Risikostrukturausgleich als Element der GKV-Organisationsreform — Konzepte und finanzielle Auswirkungen für die Krankenkassen, in: Sozialer Fortschritt, Heft 3/4 1990, S. 59-66.

⁸ Vgl. W.-D. Leber/J. Wasem, a. a. O., Tabelle 2.

⁹ Vgl. Anmerkung 5.

¹⁰ Vgl. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Jahresgutachten 1989. Qualität, Wirtschaftlichkeit und Perspektiven der Gesundheitsversorgung, Baden-Baden 1989, Tz. 338-360 und fast gleichlautend die „Option“ II der Enquete-Kommission des Deutschen Bundestages „Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung“, BT-Drucksache 11/6380.

Tabelle 2
Finanzströme zwischen den Bundesländern durch den KVdR-Ausgleich (1986)

Bundesland	Beiträge von Rentnern	KVdR-Finanzierungs- anteil (der Erwerbs- tätigen)	Ausgaben für Rentner	Zuweisungen (+)/ Zahlungen (-)
Finanzströme insgesamt (in Mio. DM)				
Schleswig-Holstein	718	811	1 705	176
Hamburg	716	903	1 640	21
Niedersachsen	2 164	2 498	4 938	276
Bremen	299	410	716	7
Nordrhein-Westfalen	5 036	6 805	12 127	286
Hessen	1 751	2 404	3 971	-183
Rheinland-Pfalz	1 071	1 297	2 671	303
Baden-Württemberg	2 939	4 250	6 359	-830
Bayern	3 175	4 544	7 038	-680
Saarland	237	368	873	268
Berlin	855	881	2 095	359
Finanzströme je Rentner (in DM)				
Schleswig-Holstein	1 684	1 903	4 000	413
Hamburg	2 016	2 543	4 619	60
Niedersachsen	1 727	1 993	3 940	220
Bremen	1 926	2 638	4 607	43
Nordrhein-Westfalen	1 683	2 274	4 052	95
Hessen	1 871	2 569	4 244	-196
Rheinland-Pfalz	1 758	2 129	4 384	497
Baden-Württemberg	1 952	2 823	4 224	-551
Bayern	1 771	2 535	3 927	-380
Saarland	1 256	1 948	4 624	1 420
Berlin	1 957	2 017	4 795	822

Quelle: eigene Berechnungen

Tabelle 3
Zuweisungen (+) und Zahlungen (-) regionaler Kassen nach Bundesländern bei allgemeinem, kassenartenübergreifendem Risikostrukturausgleich in der AKV (1986)

Bundesland	Ortskrankenkassen	Betriebskrankenkassen	Innungskrankenkassen
Schleswig-Holstein	100	1	19
Hamburg	38	- 3	- 1
Niedersachsen	462	- 84	44
Bremen	30	- 24	4
Nordrhein-Westfalen	402	- 88	121
Hessen	96	- 64	7
Rheinland-Pfalz	102	- 29	11
Baden-Württemberg	-237	-110	0
Bayern	106	-136	23
Saarland	85	-	-
Berlin	- 9	- 43	- 22
Bundesgebiet	1 175	-580	206

Quelle: eigene Berechnungen

beschritten: Es wird angenommen, die Ortskrankenkassen hätten einen einheitlichen bundesweiten Beitragsatz. Eine solche bundesweite Mischkalkulation innerhalb der Kasse AOK hätte interregionale Umverteilungsströme zur Folge, wie sie heute z. B. innerhalb der Ersatzkassen existieren. Eine Regionalisierung würde diese Finanzströme beseitigen, der anschließende bundesweite Ausgleich würde neue Umverteilungsströme hervorrufen. Die Volumina dieser zweifachen Änderung der Finanzierungssalden lassen sich berechnen, weil für die Ortskrankenkassen die regionalen Risikostrukturen bekannt sind. Die Abbildung veranschaulicht die Ergebnisse je

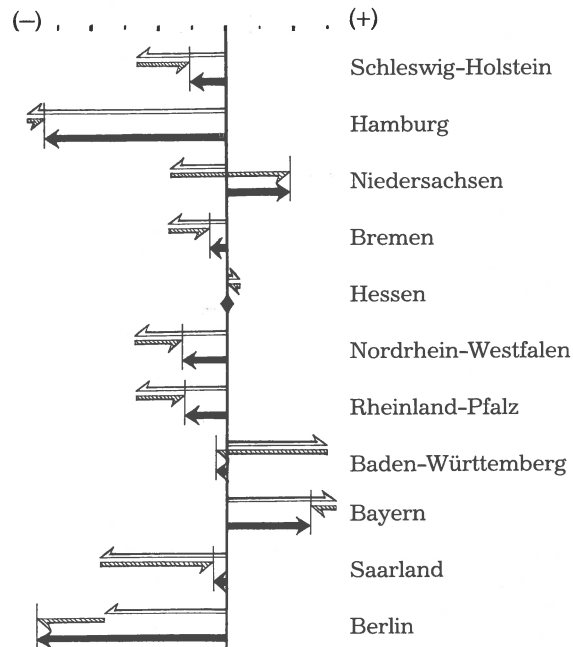
Versicherten¹¹. Nimmt man an, daß die Relationen innerhalb der bundesweiten Kassen denjenigen der Ortskrankenkassen untereinander entsprechen, dann lassen sich folgende Aussagen machen:

¹¹ Die Ergebnisse basieren auf einer Simulationsrechnung für einen kasseninternen AKV-Risikostrukturausgleich bei den Ortskrankenkassen. Methodik und Datengrundlage entsprechen den Berechnungen des kassenartenübergreifenden Ausgleichs (vgl. dazu *Leber/Wasem, a. a. O.*).

- Schleswig-Holstein profitiert gegenwärtig von der Mischkalkulation innerhalb der Ersatzkassen und würde durch regionale Beitragssätze belastet (oberer Pfeil nach links). Aufgrund der schlechten Risikostruktur würde es aber Zuweisungen erhalten (mittlerer Pfeil nach rechts), die mehr als die Hälfte dieser Belastungen kompensieren (unterer Pfeil als Resultante beider Änderungen).
- Auch Hamburg profitiert in starkem Maße von der interregionalen Mischkalkulation. Wie der geringe Einfluß eines Risikostrukturausgleichs zeigt (kurzer mittlerer Pfeil), ist der hohe Beitragssatz der AOK Hamburg vor allem auf ein hohes Versorgungsniveau zurückzuführen.¹²
- Niedersachsen ist bereits Nettoempfänger im Rahmen der Mischkalkulation, würde aber aufgrund der Risikostruktur noch größere Zuweisungen erhalten.
- Die Situationen von Bremen, Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz entsprechen der Lage von Schleswig-Holstein: Eine Regionalisierung führt zu Belastungen, die aber teilweise durch einen bundesweiten Risikostrukturausgleich wieder aufgefangen würden.
- Die Finanzierungsströme von Hessen ändern sich weder bei Regionalisierung noch bei Risikostrukturausgleich, was durch die kompensatorische Wirkung von Nordhessen und dem Rhein-Main-Gebiet begründet sein dürfte.
- Baden-Württemberg — wichtigster Zahler bei kasseninterner Mischkalkulation — gewänne zunächst erheblich durch Regionalisierung, wäre aber im Folgenden durch einen Risikostrukturausgleich in gleichem Maße belastet.
- Auch der Finanzierungssaldo des Saarlandes ändert sich nicht. Der Subventionierungsbetrag bei der Mischkalkulation entspricht dem Wert, der dem Land aufgrund seiner schlechten Risikostruktur zusteht.
- Die gegenwärtig durch den Mischbeitragssatz überregionaler Kassen bewirkte Subventionierung Berlins ist nicht durch eine schlechte Risikostruktur begründet. Das Land würde sogar im Ausgleich zahlen müssen.

Zusammenfassend läßt sich feststellen, daß durch Regionalisierung und Risikostrukturausgleich die vergleichsweise gut versorgten Zentren (Hamburg und Berlin) adäquater belastet würden, als dies gegenwärtig durch mischkalkulierte bundesweite Beitragssätze geschieht. Die Flächenländer Niedersachsen und Bayern würden entlastet¹³.

Zahlungen (–) und Zuweisungen (+) je Mitglied bei Regionalisierung und Risikostrukturausgleich



Aufgrund der mangelnden Daten sind die Ergebnisse mit Vorbehalt zu interpretieren. Klarheit über die Veränderungen können die Bundesländer nur dann erreichen, wenn sie eine regionale Rechnungslegung durchsetzen.

¹² Für die viel diskutierten Wettbewerbschancen der AOK Hamburg bedeutet dies: Der Kasse kann weniger durch Risikostrukturausgleich als vielmehr durch Regionalisierung anderer Kassenarten geholfen werden. Diese würde die Subventionsströme innerhalb bundesweiter Kassen von schlecht versorgten Gebieten in das vergleichsweise gut versorgte Hamburg reduzieren und den Beitragssatz überregionaler Konkurrenten in Hamburg adäquat anheben.

¹³ Die Mischkalkulation kann deshalb nicht uneingeschränkt als „solidarisch“ bezeichnet werden. Die Subventionierung von gut versorgten Zentren durch schlecht versorgte ländliche Regionen widerspricht den Umverteilungszielen.