

Christian Schürmann

Be- und Entlastung von Bundesländern und die Folgen für den Wettbewerb

Finanzkraftausgleich und Transfer bei bundesweit tätigen Krankenkassen und Kassenwettbewerb

Mit der Einführung des Gesundheitsfonds wurde eine politische Diskussion über finanzielle Be- und Entlastungen der Bundesländer ausgelöst. Die Frage nach Gewinnern und Verlierern der Reform beschäftigte in der Folge zahlreiche Gutachter. Sie beschränkten sich bisher auf den Ausgleich der unterschiedlichen Einkommensniveaus. Für eine umfassende Beurteilung müssten aber sämtliche Finanzströme zwischen den Bundesländern berücksichtigt werden, also auch die geleisteten Transfers der bundesweit tätigen Krankenkassen zum Ausgleich unterschiedlicher Kostenniveaus. Der Beitrag untersucht die Fragen danach, ob die Summe aller Umverteilungswirkungen zwischen Bundesländern in der gesetzlichen Krankenversicherung valide beziffert werden kann. Welche Auswirkungen haben diese Transferleistungen auf den Wettbewerb zwischen Krankenkassen und welche Forderungen ergeben sich daraus?

Einleitung

Das Wettbewerbsstärkungsgesetz und insbesondere die Einführung des Gesundheitsfonds haben eine Debatte über regionale Verteilungswirkungen ausgelöst. Mehrere, überwiegend von Bundesländern in Auftrag gegebene Gutachten beschäftigten sich mit der Frage, welche Bundesländer Gewinner oder Verlierer der Reform sind. Der Fokus dieser Gutachten liegt teilweise auf der Veränderung gegenüber der bisherigen Regelung, teilweise aber auch auf längst bestehenden finanziellen Umverteilungen.

Für eine umfassende Betrachtung müssen zunächst sämtliche Finanzströme zwischen den Bundesländern identifiziert werden. Finanztransfers zwischen Bundesländern werden durch regionale Unterschiede von Einkommen- und Kostenniveaus verursacht. Die unterschiedlichen Einkommen in den Bundesländern aufgrund unterschiedlicher Lohn- und Einkommenshöhen der Versicherten werden mit

dem Finanzkraftausgleich im RSA zwischen den Krankenkassen ausgeglichen. Einkommensstarke Länder leisten dabei einen Transfer hin zu einkommensschwachen Ländern. Dieser Finanzkraftausgleich ist vom Gesetzgeber als sozialer Ausgleich gewollt.

Auch das Bundesverfassungsgericht weist in seiner Urteilsbegründung zur Verfassungskonformität des Risikostrukturausgleichs darauf hin, dass mit der Zuweisung der Ausgabenkompetenz an den Bund eine gleichmäßige Belastung der gesamten Bevölkerung des Bundesgebietes in Bezug auf die Sozialversicherungslasten erreicht werden soll (BVerfG, 2 BvF 2/01 vom 18. Juli 2005, Absatz-Nummer 125). Zum Einfluss unterschiedlicher Einkommen auf die Be- und Entlastungen der Bundesländer liegen bereits mehrere Gutachten vor, die im folgenden Kapitel kurz vorgestellt werden. Diese beziehen sich allerdings ausschließlich auf den Einkommensaspekt und basieren zudem auf unterschiedlichen Annahmen und Berechnungsverfahren.

Neben den unterschiedlichen Einkommenshöhen müssen auch Effekte, die aus uneinheitlichen Kostenstrukturen resultieren, betrachtet werden. Diese werden von den Krankenkassen direkt ausgeglichen. Bei bundesweit tätigen Krankenkassen entstehen – infolge des gesetzlich vorgeschriebenen einheitlichen Beitragssatzes – erhebliche Transfers zwischen den Bundesländern. Daneben gibt es innerhalb der Kassenarten Unterstützungsleistungen, vornehmlich im AOK-System. Erst die gleichzeitige Berücksichtigung beider Faktoren – sowohl des Einkommens- als auch des Kosteneffektes – lassen valide Aussagen über die Höhe der Be- und Entlastungen von Bundesländern zu. Der Transfer zwischen den Ländern bei bundesweit tätigen Krankenkassen wird in den folgenden Kapiteln untersucht.

Über die unterstellte direkte Begünstigung beziehungsweise Benachteiligung von Bundesländern hinaus ergibt sich ein wettbewerbsrelevanter Unterschied in der Beitragssatzhöhe zwischen bundesweit und regional tätigen Krankenkassen. Bundesweit tätige Krankenkassen

haben einen einheitlichen Beitragssatz, mit dem sie nicht in allen Ländern gegenüber regional begrenzten Kassen konkurrenzfähig sind. Die unterschiedliche Wettbewerbsintensität hat für die Bundesländer eine ungleiche Betreuungs- und Versorgungsdichte zur Folge. Dieser Aspekt wird weiter unten genauer beleuchtet.

Nachdem untersucht wurde, ob die Summe aller Umverteilungswirkungen zwischen Bundesländern in der gesetzlichen Krankenversicherung valide beziffert werden kann und welche Auswirkungen der Kassenwettbewerb auf die Bundesländer hat, werden im Kapitel zu den Anforderungen an den Gesetzgeber die Rahmenbedingungen des Wettbewerbs in Frage gestellt.

Divergierende Ergebnisse in den Gutachten

In den letzten Jahren wurden verschiedene Gutachten vorgestellt, die die regionalen Effekte durch die Einführung des Gesundheitsfonds ermittelt haben. Gerade in der letzten Phase des Gesetzgebungsverfahrens wurden Gutachten in Auftrag gegeben, die mit unterschiedlichen Verfahren versuchten, die Be- und Entlastungswirkungen auf die einzelnen Bundesländer zu ermitteln. Im § 272 SGB V sind Übergangsregelungen zur Einführung des Gesundheitsfonds festgelegt. In dieser so genannten Konvergenzklausel werden die jährlichen Be- und Entlastungen auf 100 Millionen Euro je Bundesland unabhängig von dessen Größe begrenzt. Fraglich ist, ob die Ergebnisse der Gutachten zur Umsetzung der Konvergenzklausel verwendbar sind, da die Verfahren, die für die Berechnungen angewendet wurden, sehr unterschiedlich waren. Zudem standen den Gutachtern keine ausreichenden Daten zur Verfügung. In der Folge kamen sie daher zu sehr divergierenden Ergebnissen.

Das Gutachten des Instituts für Mikrodaten-Analyse (IfMDA) orientierte sich an den Be- und Entlastungen für CDU/CSU- und SPD-geführte Bundesländer (Drabinski 2006). Diese Differenzierung erscheint für die Betrachtung eines auf sozialen Ausgleich angelegten Fonds nicht

geeignet, da sie sich bei wechselnden Mehrheiten ändert. Zudem wurden nicht die Neuerungen des Gesundheitsfonds, sondern bereits heute bestehende Transferleistungen dargestellt.

Im Gutachten des RWI Essen und der Universität Dortmund wurden sowohl die Finanzströme im Status quo als auch die Wirkungen des Gesundheitsfonds separat ermittelt (RWI 2006). Die angegebenen Standardabweichungen liegen jedoch so hoch, dass eine valide Aussage über die Verteilungswirkung nicht zu treffen ist. Zum Ausdruck kommt diese Unsicherheit auch darin, dass einige Länder zu einer Restgröße zusammengefasst wurden, da bei diesen keine zuverlässige Aussage möglich war. Bei diesen Betrachtungen fanden auch die Wirkungen bundesweit tätiger Krankenkassen Berücksichtigung, allerdings wiederum nur die Effekte, die sich aufgrund unterschiedlicher Einkommenshöhen ergeben. Die Diskussion über Zahler- und Empfängerländer basiert hier auf einer unvollständigen Analyse, da nur der Einnahmenausgleich, nicht jedoch das für den Wettbewerb ebenfalls wichtige Kostenniveau berücksichtigt wird.

Die Gutachten von Rürup und Wille (2007) sowie Wasem et al. (2007) gehen methodisch ähnlich an die Berechnung der Verteilungswirkung heran. Zunächst bestimmen sie die bisherigen Transferwirkungen des RSA und ermitteln anschließend die zusätzlich auftretenden Effekte durch die Einführung des Gesundheitsfonds. Erstaunlich dabei ist, dass bei beiden Gutachten die Wirkungen des RSA im Status quo sehr unterschiedliche Ergebnisse aufweisen. So haben Baden-Württemberg und Bayern nach Rürup und Wille (2007) jeweils ungefähr 1,2 Milliarden Euro zu tragen, während im Gutachten von Wasem et al. (2007) Baden-Württemberg mit 0,7 Milliarden Euro und Bayern mit 0,9 Milliarden Euro belastet ist. Die Tendenz ist zwar ähnlich, doch sind die Berechnungsunterschiede deutlich höher als die heute diskutierte Belastungsgrenze von 100 Millionen Euro gemäß § 272 SGB V. Angesichts derart großer Schwankungen ist fraglich, ob sich die Umverteilungen auf 100 Millionen Euro genau ermitteln lassen. Insgesamt sind die Ergebnisse also stark von den getroffenen Annahmen determiniert.

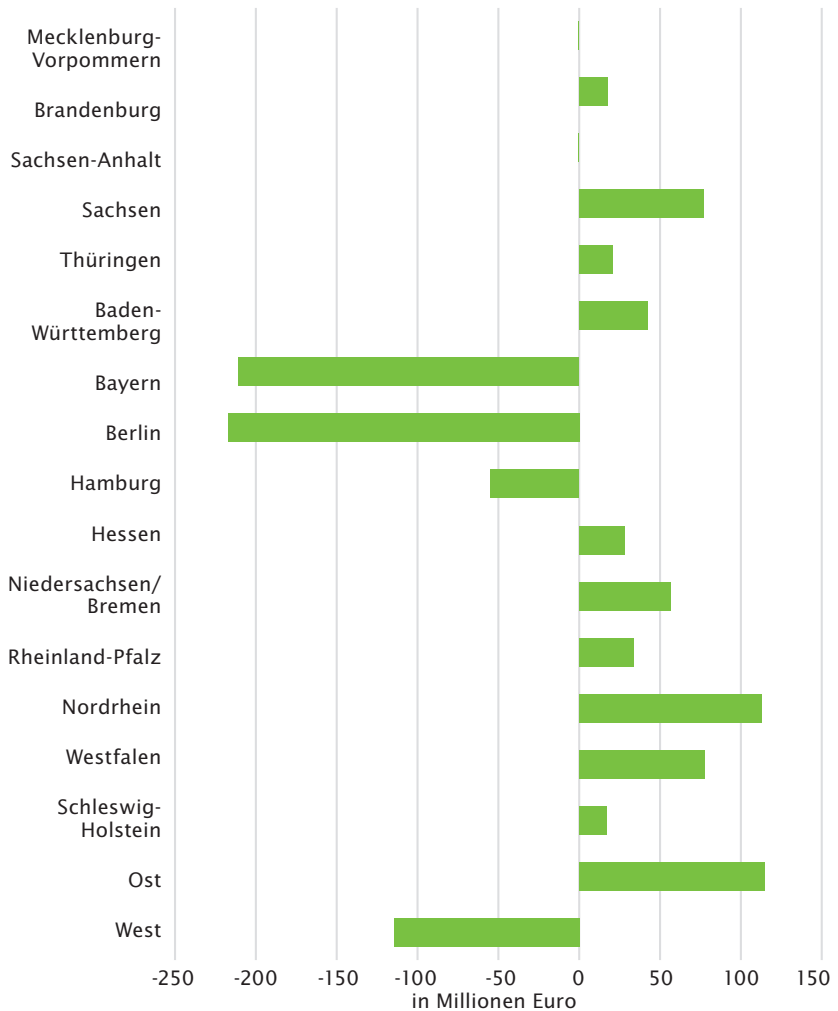
Zwar ist ein strukturierter Vergleich der Gutachterergebnisse aufgrund der unterschiedlichen Betrachtungsweisen und Analyseebenen nicht ohne weiteres möglich. Dennoch konnten hier bedeutende Defizite der in die Gutachten jeweils einbezogenen Datenbasis und ihre daraus resultierenden unterschiedlichen Ergebnisse aufgezeigt werden.

Transferleistungen bundesweit tätiger Krankenkassen

In den bisher genannten Gutachten fehlen die Transferleistungen, die durch unterschiedliche Kostenniveaus entstehen, da den Gutachtern die hierzu benötigten Daten nicht zur Verfügung standen. Bundesweit tätige Krankenkassen können die bei ihnen wegen Ausgabenunterschieden in den einzelnen Bundesländern zustande kommenden Wirkungen beziffern. Dazu müssen sie ihre Kosten auf Landesebene bestimmen. Anhand einer Gegenüberstellung von Zuweisungen aus dem RSA und den Leistungsausgaben lassen sich zunächst die regionalen Über- oder Unterdeckungen in den im Risikostrukturausgleich berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben ermitteln. Zusätzlich werden die Satzungsleistungen und Verwaltungskosten ermittelt, die von den Bundesländern zu tragen sind. Aus dem RSA-Deckungsbeitrag und den weiteren Kosten ergibt sich der Finanzbedarf, der aus den beitragspflichtigen Entgelten der Mitglieder zu decken wäre. Dadurch, dass bundesweit tätige Kassen wie beispielsweise die BARMER einen einheitlichen Beitragssatz erheben müssen, kann es zu Über- beziehungsweise Unterdeckungen in einzelnen Bundesländern kommen.

Bundesweit tätige Krankenkassen sind insbesondere die VdAK-Krankenkassen. Diese haben in den Bundesländern gleiche oder sehr ähnliche Verträge gemeinschaftlich abgeschlossen. Daher sind die Kostenstrukturen ebenfalls sehr ähnlich. Um also die Transferwirkung der Ersatzkassen abzuschätzen, wurden die BARMER-Ergebnisse gemäß der Versichertenanzahl des Verbandes der Angestelltenkrankenkassen (VdAK) in den jeweiligen Ländern hochgerechnet und damit ein großer Teil aller Transfers durch bundesweit tätige Kassen abgebildet.

Abbildung 1: Transferleistungen der VdAK-Krankenkassen aufgrund des bundeseinheitlichen Beitragssatzes (Hochrechnung auf Basis von BARMER-Daten und den jeweiligen Marktanteilen der VdAK-Krankenkassen)



Datenbasis: BARMER-Daten (Durchschnitt der Jahre 2004 bis 2007), VdAK-Verbandsstatistiken, KM7

Die hier berechneten Transferleistungen der bundesweit tätigen VdAK-Krankenkassen aufgrund unterschiedlicher Ausgabenhöhen müssten den in den Gutachten beschriebenen Transfers durch unterschiedliche Einkommenshöhen hinzugerechnet werden. Aufgrund der stark unterschiedlichen Gutachterergebnisse ist dies allerdings nicht möglich. Als Ergebnis ist hervorzuheben, dass die Bundesländer Hamburg, Berlin und auch Bayern von den Finanztransfers profitieren. Insbesondere wird deutlich, dass beispielsweise die Belastung Bayerns in den vorliegenden Gutachten überhöht dargestellt wurde, da der hier ermittelte Effekt der Wirkung auf der Einnahmenseite entgegengerichtet ist. Bemerkenswert ist außerdem, dass aus dem Rechtskreis Ost 114 Millionen Euro an den Rechtskreis West fließen. Damit wird der im Jahr 2001 eingeführte gesamtdeutsche RSA in Teilen wieder rückgängig gemacht. Durch diesen sollte ursprünglich ein Finanztransfer von West nach Ost stattfinden, um die Schulden der Ostkassen abzubauen. Mit dem einheitlichen Beitragssatz hatten die bundesweit tätigen Krankenkassen die Defizite schon immer intern ausgeglichen.

Diesem Thema widmet sich auch das am 3. Juni 2008 von Wasem et al. (2008) veröffentlichte Gutachten mit dem Titel: „Länderübergreifende Transfers durch die überregionale Beitragskalkulation bundesweit tätiger Krankenkassen“. In diesem Gutachten wurden erstmalig auch die unterschiedlichen Kostenniveaus der Länder als Auslöser für Transferleistungen zwischen den Bundesländern untersucht. Da den Gutachtern jedoch keine Kassendaten auf Bundeslandebene vorlagen, wurden die Kostenwirkungen lediglich geschätzt. Das Verfahren kann deshalb nur als Abschätzung der Transfers bezeichnet werden, weil der relative Kostenabstand der Krankenkassen zueinander in allen Bundesländern als immer identisch unterstellt wird. Vergleicht man die Ergebnisse mit den Berechnungen auf VdAK-Ebene, findet sich tendenziell eine Übereinstimmung. Unterschiede ergeben sich insbesondere in den Stadtstaaten, da ihnen Kosten für Leistungen für das Umland zugerechnet werden. Bei der Auswertung der BARMER-Daten wurden hingegen zutreffender die Kosten dem Wohnort des Versicherten zugeordnet.

Tabelle 1: Transferposition der Bundesländer bei überregionalen Krankenkassen

| Bundesland | Transferposition bei 43 überregionalen Krankenkassen (+: Zufluss; -:Abfluss) in Millionen Euro |
|------------------------|---|
| Baden-Württemberg | -337 |
| Bayern | 370 |
| Berlin | 498 |
| Brandenburg | -105 |
| Bremen | 96 |
| Hamburg | 364 |
| Hessen | -419 |
| Mecklenburg-Vorpommern | 207 |
| Niedersachsen | -510 |
| Nordrhein-Westfalen | -69 |
| Rheinland-Pfalz | 64 |
| Saarland | 157 |
| Sachsen | -195 |
| Sachsen-Anhalt | 164 |
| Schleswig-Holstein | -356 |
| Thüringen | 140 |

Quelle: Wasem et al. 2008

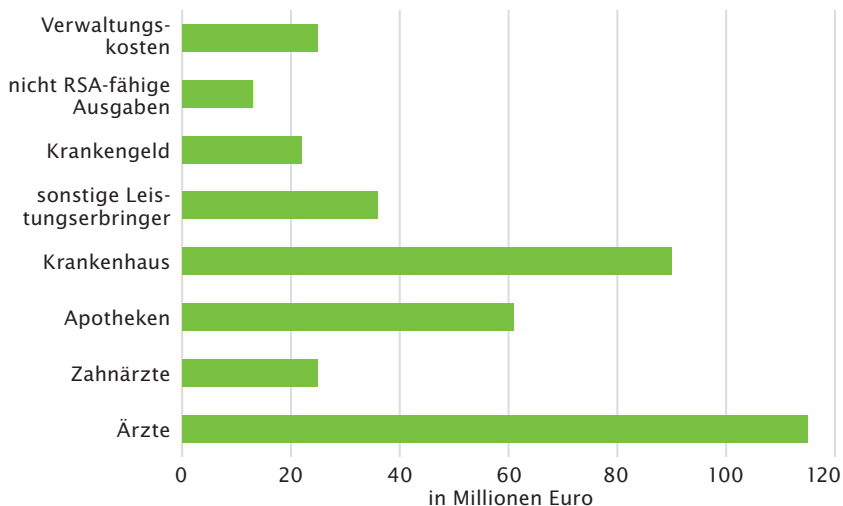
Insgesamt können die Umverteilungswirkungen zwischen Bundesländern bisher nicht valide beziffert werden, da bislang weder die Transfers durch unterschiedliche Einkommen noch die durch bundesweit tätige Kassen geleisteten Ausgleichs ohne Einschränkungen nachvollziehbar berechnet werden konnten.

Transferleistungen bundesweit tätiger Kassen nach Leistungsbereichen

Da der RSA die Beitragsbedarfe nach den Hauptleistungsbereichen Ärzte, Zahnärzte, Apotheken, Krankenhäuser, sonstige Leistungserbringer und

Krankengeld unterscheidet, ist es auch möglich abzuschätzen, aufgrund welchen Bereiches die Transferleistungen ausgelöst werden.

Abbildung 2: Transfervolumen nach Leistungsbereichen



Datenbasis: BARMER-Daten (Durchschnitt der Jahre 2004 bis 2007)

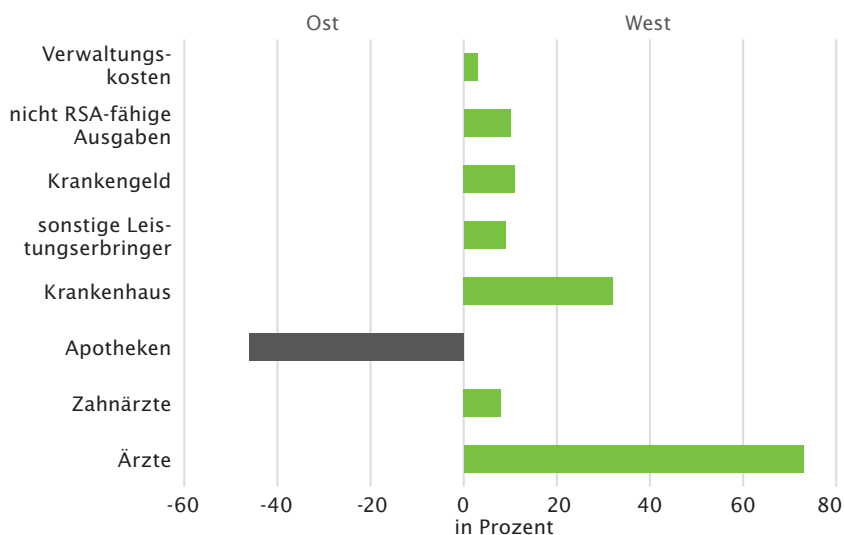
Wie in der Abbildung 2 zu sehen ist, werden die größten Transferleistungen durch die Hauptleistungsbereiche Ärzte, Apotheken und Krankenhaus ausgelöst. So erhalten allein beispielsweise im Bereich Ärzte die Empfängerländer insgesamt 115 Millionen Euro von den Zahlerländern. Hierbei bekommt der Rechtskreis West durch höhere Kosten im Bereich Ärzte und Krankenhaus einen Ausgleich aus dem Rechtskreis Ost, während Letzterer durch sehr hohe Arzneimittelkosten Transfers aus dem Rechtskreis West erhält.

Im Rechtskreis West sind es also in erster Linie höhere Preise, die den Transfer bewirken. Hier besteht die Chance, dass sich durch weitere Konvergenz bei den Landesbasisfallwerten des DRG-Systems und einer

neuen bundesweiten Vergütung im Arztbereich die Preise weiter angleichen. Für den Unterschied bei den Apotheken sind ausschließlich das Ordnungsverhalten der Ärzte und die Inanspruchnahme der Versicherten ursächlich, da hier keine Preisunterschiede bestehen.

Falls die grundlegenden Unterschiede zwischen Ost- und West-Preisen weiterhin bestehen bleiben sollten, sind dauerhaft kasseninterne Transfers zu leisten. Das führt zu einem erhöhten Beitragssatz oder zu einer erhöhten Zusatzprämie in eigentlich kostengünstigen Bundesländern. Regional tätige Kassen kennen diese Transfers nicht. Folglich können sie in den Bundesländern, in denen die Kosten niedrig sind, auch einen sehr günstigen Preis anbieten, während Kassen, die in Hochpreisregionen wie Berlin tätig sind, einen sehr hohen Preis erheben müssen.

Abbildung 3: Transferauslöser nach Rechtskreisen und Leistungsbereichen (Angaben in Prozent am Gesamttransfer von Ost nach West. Hochrechnung auf Basis von BARMER-Daten)



Datenbasis: BARMER-Daten (Durchschnitt der Jahre 2004 bis 2007)

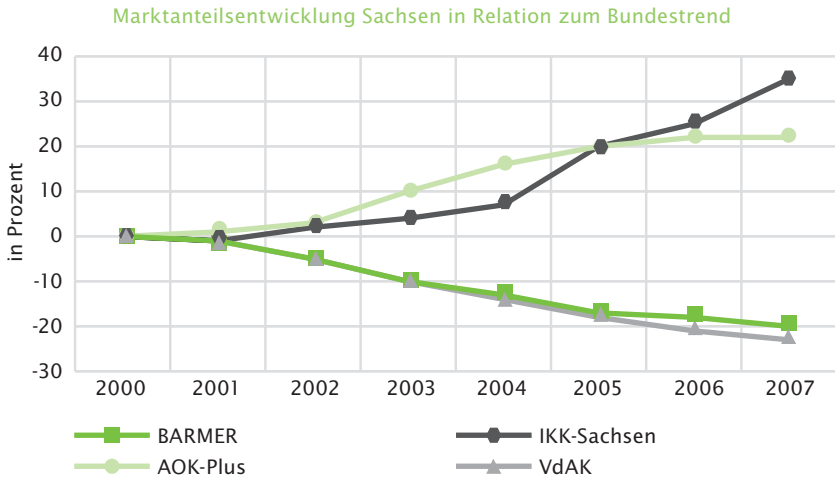
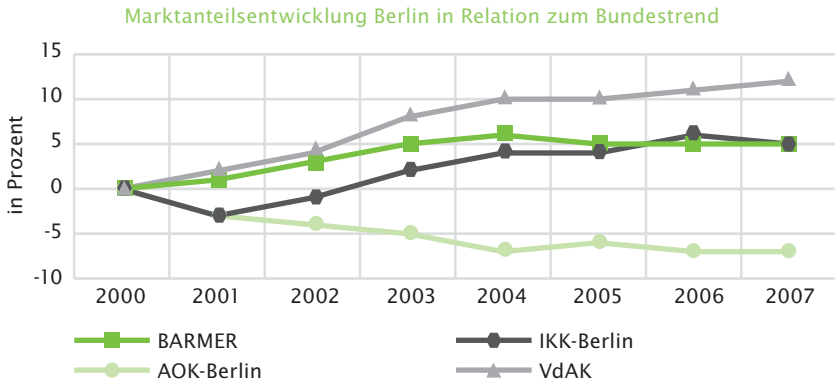
Diese unterschiedliche Preissituation von regional und überregional tätigen Kassen bleibt aufgrund der Kassenwahlfreiheit nicht ohne Folgen für den Versichertenbestand, worauf im Folgenden eingegangen wird.

Auswirkungen auf den Wettbewerb

Deutlich werden die Auswirkungen auf den Wettbewerb heute bereits bei der AOK Berlin (Beitragssatz: 15,8 Prozent) oder der City BKK (Beitragssatz: 16,5 Prozent), die aufgrund des extrem hohen Preisniveaus und einer sehr hohen Versorgungsdichte Beitragssätze weit über dem Bundesdurchschnitt erheben müssen. Wegen des bundesweit einheitlichen Beitragssatzes erfolgt bei der BARMER ein Transfer zugunsten Berlins (siehe dazu auch Abbildung 1). Der einheitliche Beitragssatz der BARMER spiegelt dabei nicht die Ausgaben in Berlin wider und liegt damit unterhalb des Beitragssatzes der Regionalkassen.

Das Gegenteil ist in Sachsen festzustellen. Die hier eher niedrigen Kosten führen dazu, dass Regionalkrankenkassen, wie die IKK Sachsen (Beitragssatz: 11,8 Prozent) und die AOK Plus (Beitragssatz: 12,9 Prozent), deutlich unterdurchschnittliche Beitragssätze erheben, während die bundesweit tätigen Kassen höhere, weil bundesdurchschnittliche Beitragssätze aufweisen. Diese Beitragssatzunterschiede haben Auswirkungen auf die Marktanteile der Krankenkassen in den Bundesländern. Tendenziell gewinnen die bundesweit tätigen Krankenkassen in Hochpreisregionen Marktanteile hinzu und verlieren eben diese in den preisgünstigen Ländern. Das wird sichtbar, wenn man die Marktanteilsentwicklung regionaler Krankenkassen beziehungsweise solcher mit regionalem Schwerpunkt mit der Entwicklung der bundesweit tätigen Kassen vergleicht.

Abbildung 4: Marktanteilsentwicklungen von 2000 bis 2007 von Krankenkassen und Krankenkassenarten in Berlin und Sachsen als Abweichungen vom Bundestrend



Schreibt man diese Entwicklung fort, so verschwinden langfristig bundesweit tätige Krankenkassen in den kostengünstigen Bundesländern und werden damit auch zu Kassen mit regionalen Schwerpunkten. Ein

Wettbewerb um wirtschaftliche Versorgung wird dadurch sehr stark eingeschränkt. Wegen des bundesweiten RSA mit einem Ausgleich von durchschnittlichen Ausgaben werden diese Wirkungen noch weiter verstärkt. Geld wird Bundesländern zur Verfügung gestellt, ohne dass dort Kosten in gleicher Höhe anfallen. Umgekehrt stehen den Hochpreisregionen keine kostendeckenden Mittel zur Verfügung. Damit geht die Beitragssatzschere noch weiter auseinander, und es wird eine Entwicklung in Gang gesetzt, die nicht von der Unwirtschaftlichkeit einzelner Kassen ausgelöst wird, sondern von dem regionalen beziehungsweise nicht regionalen Bezug ihrer Beitragssätze. Betrachtet man die Marktanteile des Jahres 2007, kann man deutlich erkennen, wie weit diese in Abbildung 4 gezeigte Entwicklung bereits fortgeschritten ist.

Tabelle 2: Marktanteile von Krankenkassen und Krankenkassenarten des Jahres 2007 (Angaben in Prozent)

| | Bund | Berlin | Sachsen |
|--------|------|--------|---------|
| BARMER | 10 | 12 | 9 |
| AOK | 35 | 27 | 51 |
| VdAK | 31 | 42 | 21 |
| IKK | 8 | 5 | 14 |

Quelle: KM6 7/2007

Die vorhandenen Kostenniveaus stammen meist aus der Zeit vor Kassenwahlfreiheit und RSA. Als es noch keine Wahlfreiheit gab, zahlten die Ersatzkassen aufgrund der höheren Einkommen ihrer Versicherten und der damit verbundenen höheren Beiträge der Angestellten auch höhere Preise. Aber gerade wegen der Vervollständigung des RSA um die Satzungsleistungen und die Verwaltungskosten im Gesundheitsfonds entfallen die bisherigen Finanzierungsvorteile aufgrund der besseren Einnahmesituation der Ersatzkassen ab 2009. Konnten bisher die deutlich höheren Zahlungen an Ärzte, Zahnärzte und für Heilmittel auf diese Weise finanziert werden, so ist das in Zukunft nicht mehr möglich.

Mit der gesetzlich geregelten Koppelung der Ausgabenentwicklung an die Löhne und Gehälter, die eine einheitliche, prozentuale Steigerung auf der Basis unterschiedlicher Ausgangsniveaus vorgibt, werden diese Preisunterschiede zwischen Krankenkassen und Bundesländern weiter verstärkt.

Alle Krankenkassen kennen diese finanziell spürbaren Effekte. Verändert man also Teile des bisherigen Systems, so werden zusätzlich Be- und Entlastungen wirksam, die den Wettbewerb verändern. Darauf werden die Kassen reagieren und ihre Wettbewerbsstrategien zwangsläufig anpassen.

Strategien der Krankenkassen

Die Krankenkassen haben verschiedene Möglichkeiten, zusätzliche Belastungen zu vermeiden oder anderweitig abzufangen. Führte der bisherige Wettbewerb zu einer Risikoselektion hinsichtlich „gesunder und gutverdienender“ Versicherter, so werden diese Kriterien durch die Einführung des morbiditätsorientierten RSA und des Gesundheitsfonds deutlich weniger lohnend. Alternativ bliebe die Möglichkeit, sich aus kostenträchtigen Bundesländern zurückzuziehen und die frei werdenden Ressourcen stärker auf die Bundesländer zu konzentrieren, die nicht mit überhöhten Kosten belastet sind.

Diese Möglichkeit ist für bundesweit tätige Kassen – wie oben beschrieben – jedoch nicht so einfach umzusetzen, treffen sie dort doch auf Wettbewerber, die günstiger sind. Trotzdem könnte eine solche Ressourcenverschiebung Erfolg haben. Voraussetzung ist, dass der zusätzliche Vertriebsaufwand mit den höheren Deckungsbeiträgen der neu gewonnenen Kunden gedeckt werden kann. Dieses Ziel wird eher nicht in den Bundesländern erreicht, die einen besonders großen Preisabstand haben. Dort steigen die Vertriebskosten zu stark, da mit steigendem Preisabstand zu den Wettbewerbern die Wettbewerbsintensität überproportional zunimmt. Möglichkeiten der Ressourcenverschiebung wären Verlagerungen von Geschäftsstellen und Personal, die Konzentration von

Werbeausgaben innerhalb dieser Region und nicht zuletzt der Aufbau attraktiver Service-Angebote für Versicherte in diesen Bundesländern.

Weitere Varianten wären, eine sehr restriktive Leistungsgewährung und Bewilligungsvorbehalte für bestimmte Leistungen in risikoreichen Bundesländern einzuführen oder verstärkt in Kostenmanagement zu investieren. Jegliches Kostenmanagement, bei dem sich die Kunden oder Leistungserbringer zu sehr eingeschränkt fühlen, birgt allerdings die Gefahr, in einer Selbstselektion der Versicherten in der Art zu münden, dass von Restriktionen Betroffene die Kasse wechseln. Leistungserbringer könnten diesen Kunden einen Kassenwechsel empfehlen.

Anforderung an den Gesetzgeber

Seit der Einführung von Kassenwahlfreiheit und Risikostrukturausgleich Mitte der 1990er Jahre wurden in regelmäßigen Abständen Gesetze mit der Forderung eingebracht, mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen einzuführen. Zudem sind gewisse dirigistische Eingriffe in den Gesundheitsmarkt erforderlich, da der Gesundheitsmarkt nicht mit anderen Märkten vergleichbar ist. Beispielsweise ist eine medizinische Unterversorgung ländlicher Gebiete mit Auswirkungen auf Lebenserwartung oder Lebensqualität nicht hinnehmbar, was unter bestimmten Umständen Eingriffe in Form einer höheren Vergütung von Ärzten in diesen Gebieten erfordert.

In diesem Spannungsfeld zwischen Markt und Dirigismus sollte ein sozialgesetzgeberischer Rahmen so gesteckt werden, dass sich ein Wettbewerb um Qualität und Wirtschaftlichkeit einstellt. Wenig sinnvoll erscheint hingegen eine Situation, in der die räumliche Ausbreitung einer Krankenkasse über ihre Konkurrenzfähigkeit entscheidet. Das oben beschriebene regionale Kostenproblem zu lösen, stellt einen wichtigen Meilenstein auf dem Weg zu einem fairen Wettbewerb dar.

Grundsätzlich bieten sich zwei unterschiedliche Lösungen an. Eine Option besteht darin, allen Kassen die Möglichkeit einzuräumen, eine

regionale Prämie zu erheben. Die zweite Option besteht in einer Regionalisierung des RSA (vergleiche dazu Wasem et al. 2007). Beide Varianten hätten zur Folge, dass die Schiefelage im Wettbewerb beseitigt wird. Dabei sind die Auswirkungen jedoch sehr unterschiedlich.

Gestattet man allen Kassen, regional differenzierte Prämien zu erheben, würden zu hohe Kosten unmittelbar in der Region ausgeglichen, während preisgünstige Bundesländer Gelder an die Mitglieder ausschütten könnten. Die wettbewerbliche Ungleichheit zwischen regional und bundesweit tätigen Kassen wäre damit aufgehoben. Bei einer Regionalisierung des RSA würden höhere Kosten einer Region ausgeglichen und müssten von allen Bundesländern getragen werden. Dadurch kämen für alle Krankenkassen (bundesweit oder regional orientiert) keine regionalen Kostenunterschiede mehr zum Tragen. Die Prämienhöhen würden sich also ausschließlich durch Wirtschaftlichkeit oder ein größeres Leistungsspektrum im Vergleich zu den anderen Kassen in der Region ergeben. Damit wäre den Ländern allerdings der Anreiz genommen, Unwirtschaftlichkeiten und Überversorgungen zu beseitigen und die Kosten zu senken. Dies ließe sich nur beheben, würde man zusätzlich einen regional gestaffelten Beitragssatz für den Gesundheitsfonds erheben. Damit müssten die höheren Kosten auch von dem jeweiligen Bundesland getragen werden.

Bei dieser Lösung ist problematisch, dass nicht zwischen Kostenunterschieden wegen mangelnder Wirtschaftlichkeit durch bessere Versorgung oder durch höhere Durchschnittseinkommen der Beschäftigten im Gesundheitswesen unterschieden werden kann. Die höheren Einkommen der Versicherten werden für den Finanzkraftausgleich abgeschöpft. Die Mehrkosten, die wegen höherer Einkommen auch im Gesundheitswesen entstehen, müssen aber von der Region selbst getragen werden. Die durchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen (bpE) der Beschäftigten könnten hier vielleicht eine Lösung bieten. Würde man einen Teil der Beitragsbedarfe, die unmittelbar auf regionale Lohnkosten zurückzuführen sind, um einen regionalen bpE-Index erhöhen oder absenken, dann wäre eine Berücksichtigung dieses Aspekts möglich.

Insgesamt bietet sich als Ausgleich der regionalen Kostenunterschiede die Kombination der verschiedenen Alternativen an. Mehrkosten aufgrund unterschiedlicher Einkommenshöhen im Gesundheitsbereich können durch regionalisierte Fondsausschüttung mittels Einkommensindex kompensiert werden, sodass sich alle Länder an diesen Kosten beteiligen. Unwirtschaftlichkeiten wären in den Bundesländern ebenso selbst zu finanzieren wie ein höheres Versorgungsniveau. Diese Kosten sollten über eine regionale Prämie je Bundesland ausgeglichen werden. Die Möglichkeit der Festsetzung einer regionalen Prämie müsste dafür allen Kassenarten erlaubt sein. Eine Regionalisierung des Beitrags für den Fonds wäre somit nicht mehr erforderlich.

Fazit

Für eine exakte Messung der Umverteilungswirkungen zwischen Bundesländern wurde bisher keine ausreichende Datenbasis geschaffen. Die Ergebnisse der vorgelegten Gutachten sind aufgrund ihrer Unvollständigkeit als Entscheidungsgrundlage ungeeignet, da der durch bundesweit tätige Krankenkassen geleistete Transfer zum Ausgleich unterschiedlicher Kostenniveaus nicht berücksichtigt wurde. Die auf diesem Weg geleisteten Transfers sind den Effekten des Finanzkraftausgleichs teilweise entgegengerichtet. Festzustellen ist, dass die Diskussion über den Transfer durch RSA und Gesundheitsfonds eine rein politisch geführte ist, die sich an regionalen Egoismen orientiert.

Der Aspekt des Kassenwettbewerbs ist auch aus der Perspektive der Bundesländer relevant. Aus den beschriebenen Wirkungen resultieren einerseits der durchschnittliche Beitragssatz beziehungsweise die durchschnittlich erhobene Prämie einer Region und andererseits eine regionale Betreuungs- und Versorgungsintensität durch die gesetzlichen Krankenversicherungen. Beide Resultate beeinflussen die Attraktivität als Wirtschaftsstandort.

Regionale Kostenunterschiede haben eine Vielzahl von Ursachen. Während Unwirtschaftlichkeit oder eine überdurchschnittliche Versorgung

durch die Region selbst finanziert werden sollte, sollte das Einkommensniveau im RSA berücksichtigt werden. Die Möglichkeit einer den regionalen Verhältnissen angepassten Prämie ist eine Voraussetzung für einen fairen Wettbewerb. Aus der Sicht der Versicherten erfordert ein funktionierender Wettbewerb, dass die Wahlfreiheit zwischen bundesweit tätigen und regionalen Kassen erhalten bleibt.

Literatur

- Drabinski, T. (2006): Ökonomische Auswirkungen der Gesundheitsreform auf die Bundesländer. 14. Dezember 2006. Institut für Mikrodaten-Analyse Kiel (IfMDA). Schriftenreihe Band 10. Kiel: Schmidt & Klaunig.
- Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung – RWI (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 E. Wille (2007): Finanzielle Effekte des vorgesehenen Gesundheitsfonds auf die Bundesländer. Gutachten im Auftrage des Bundesministeriums für Gesundheit. Darmstadt und Mannheim.
- Wasem, J., F. Buchner, G. Lux, M.-S. Manouguian und S. Schillo (2007): Die Regionaldimension in der gesetzlichen Krankenversicherung vor dem Hintergrund des GKV-WSG. Diskussionsbeitrag aus dem Fachbereich Wirtschaftswissenschaften Universität Duisburg-Essen, Campus Essen. Nr. 153. Essen.
- Wasem, J., F. Buchner, E. Wille, G. Lux und S. Schillo (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.