

Prof. Dr. Volker Ulrich  
Prof. Dr. Eberhard Wille  
Prof. Dr. Gregor Thüsing

Bayreuth, Mannheim und Bonn, im Juni 2016

# **Die Notwendigkeit einer regionalen Komponente im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich unter wettbewerbsspolitischen und regionalen Aspekten**

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



Prof. Dr. Volker Ulrich  
Prof. Dr. Eberhard Wille  
Prof. Dr. Gregor Thüsing

Bayreuth, Mannheim und Bonn, im Juni 2016

# **Die Notwendigkeit einer regionalen Komponente im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich unter wettbewerbsspolitischen und regionalen Aspekten**

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

# Inhalt

## Teil 1:

*Die Notwendigkeit einer regionalen Komponente im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich unter wettbewerbsspolitischen und regionalen Aspekten* (Volker Ulrich, Eberhard Wille)

## Teil 2:

*Verfassungsrechtliche Vorgaben der Einbeziehung einer regionalen Komponente in den Morbi-RSA* (Gregor Thüsing)

## Teil 1:

<b>1. Der Morbi-RSA im Dienste einer effizienten und effektiven Gesundheitsversorgung</b>	6
1.1 Wettbewerbspolitische Ziele	6
1.2 Der Morbi-RSA als lernendes System	7
1.3 Inhalt und Aufbau des Gutachtens	8
<b>2. Gesundheitsversorgung und Morbi-RSA unter regionalen Aspekten</b>	10
<b>3. Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds und Leistungsausgaben im Freistaat Bayern</b>	15
3.1 Daten und Methodik	15
3.2 Deckungsquoten auf Kreisebene	18
3.3 Deckungsquoten und Deckungsbeträge auf Ebene des Bundeslandes	23
<b>4. Die regionale Komponente im Lichte einer effizienten und effektiven Gesundheitsversorgung</b>	24
4.1 Nachfrage- und angebotsseitige Einflussgrößen unterschiedlicher Deckungsquoten	24
4.2 Regionale Unterschiede in den Faktorkosten und den Konsumgüterpreisen	26
4.3 Regional unterschiedliche Versorgungsstrukturen	29
4.4 Zwischenfazit: Die Position Bayerns bei den Kosten- und Versorgungsstrukturen	36
<b>5. Die regionale Komponente und ihre Alternativen</b>	37
5.1 Regionale Unterschiede als exogene Faktoren	37
5.2 Alternativen zur regionalen Komponente	42
<b>6. Exkurs: Fiskalische Effekte des Morbi-RSA auf Bayern</b>	44

## Teil 2:

<b>7. Verfassungsrechtliche Vorgaben der Einbeziehung einer regionalen Komponente in den Morbi-RSA</b>	51
7.1 Prüfungsmaßstab: Grundrechtlich ausgedünnter Bereich wegen fehlender Grundrechtsfähigkeit der gesetzlichen Krankenkassen	52
7.2 Kein Verstoß gegen verfassungsrechtliche Gleichheitssätze	52
7.2.1 Grundrechtliches Gleichbehandlungsgebot gegenüber den Mitgliedern der gesetzlichen Krankenkassen	53
7.2.1.1 Ungleichbehandlung von wesentlich Gleichem	53
7.2.1.2 Rechtfertigung der Ungleichbehandlung bei Einbeziehung einer regionalen Komponente	54
7.2.1.2.1 Abgeschwächter Rechtfertigungsmaßstab	54
7.2.1.2.2 RSA mit regionaler Komponente hält sogar Verhältnismäßigkeitsprüfung stand	55
7.2.1.2.2.1 Legitime Zwecke	55
7.2.1.2.2.2 Geeignetheit	57
7.2.1.2.2.2.1 Gewährleistung eines Kassenwettbewerbs und Verwirklichung des Solidarprinzips	57
7.2.1.2.2.2.2 Subsidiarität	63
7.2.1.2.2.3 Erforderlichkeit und Angemessenheit	64
7.2.2 Grundrechtliches Gleichbehandlungsverbot gegenüber Mitgliedern der gesetzlichen Krankenkassen	64
7.2.3 Rechtsstaatliches Willkürverbot gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen	64
7.3 Summa	65
<b>8. Fazit und Ausblick</b>	66
<b>9. Literatur</b>	71

## Tabellenverzeichnis

<b>Tabelle 2:</b>	Deckungsbeiträge je Versicherten nach siedlungsstrukturellem Kreistyp im Jahre 2011	12
<b>Tabelle 1:</b>	Deckungsquote nach Kreistyp im Jahre 2009	12
<b>Tabelle 3:</b>	Deckungsbeiträge je Versicherten nach räumlicher Lage im Jahre 2011	13
<b>Tabelle 4:</b>	Deckungsquoten auf Ebene der Bundesländer im Jahre 2011	14
<b>Tabelle 5:</b>	Durchschnittliche Zusatzbeiträge nach Bundesländern im Jahre 2016	14
<b>Tabelle 6:</b>	Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) insgesamt in Deutschland nach Kassenarten, Marktanteilen und Bundesländern (1.7.2013)	16
<b>Tabelle 7:</b>	Deckungsquoten in Bayern nach Landkreisen und kreisfreien Städten	19
<b>Tabelle 8:</b>	Deckungsquote und Deckungsbetrag Bayern (2009–2014, ohne Krankengeld)	23
<b>Tabelle 9:</b>	Durchschnittliche Kaufwerte für baureifes Land im 3. Vierteljahr 2015 nach Bundesländern	27
<b>Tabelle 10:</b>	Ärztedichte in der vertragsärztlichen Versorgung nach Bundesländern im Jahre 2013	31
<b>Tabelle 11:</b>	Wartezeiten der Versicherten in den Bundesländern im Jahre 2014	31
<b>Tabelle 12:</b>	Betten, Auslastung und Verweildauer in Krankenhäusern nach Bundesländern im Jahre 2014	32
<b>Tabelle 13:</b>	Entwicklung der Arbeitsteilung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung von 2011 auf 2012	34
<b>Tabelle 14:</b>	ASK-Fälle je 100.000 Einwohner auf Basis eines Querschnitts aus dem Zeitraum 2009 bis 2011 nach Bundesländern	34
<b>Tabelle 15:</b>	Anteil der an Demenz erkrankten Patienten in einer sektorenübergreifenden Versorgung in den Jahren 2008 bis 2010 nach Bundesländern	34
<b>Tabelle 16:</b>	Anzahl und Verteilung der Belegärzte in Deutschland im Jahre 2013 nach Bundesländern	35
<b>Tabelle 17:</b>	Die regionalen Gesundheitsausgaben in Österreich im Jahre 2012	39
<b>Tabelle 18:</b>	Anteile Bayerns an den Zuschüssen aus dem Bundeshaushalt an den Gesundheitsfonds	45
<b>Tabelle 19:</b>	Geringfügig entlohnte Beschäftigte (Minijobber) 2011–2014	45
<b>Tabelle 20:</b>	Beiträge bayerischer Minijobber 2011–2014	46
<b>Tabelle 21:</b>	Beiträge bayerischer Rentner 2011–2014	46
<b>Tabelle 22:</b>	Beiträge bayerischer ALG I-Empfänger 2011–2014	47
<b>Tabelle 23:</b>	Beiträge bayerischer ALG II-Empfänger 2011–2014	47
<b>Tabelle 24:</b>	Berechnungsgrundlagen Nettoabfluss Bayern 2011–2014	49

## Abbildungsverzeichnis

<b>Abbildung 1:</b>	Ziele und Funktionen des Morbi-RSA	7
<b>Abbildung 2:</b>	RSA-Risikofaktor je Kreis im Jahre 2009	11
<b>Abbildung 3:</b>	Deckungsquoten (ohne Krankengeld) in Bayern nach Landkreisen und kreisfreien Städten (2011)	22
<b>Abbildung 4:</b>	Deckungsquoten (ohne Krankengeld) in Bayern nach Landkreisen und kreisfreien Städten (2013)	22
<b>Abbildung 5:</b>	Deckungsquoten (ohne Krankengeld) in Bayern nach Landkreisen und kreisfreien Städten (2014)	23
<b>Abbildung 6:</b>	Die durchschnittlichen Bruttostundenverdienste im Jahre 2014 nach Bundesländern (ohne Sonderzahlungen)	26
<b>Abbildung 7:</b>	Regionaler Preisindex für Deutschland im Jahre 2009	28
<b>Abbildung 8:</b>	Umlandversorgung in deutschen Großstädten im Jahre 2008	30
<b>Abbildung 9:</b>	Struktur der Leistungsausgaben je GKV-Versicherten in Bayern und Nordrhein-Westfalen im Jahre 2014	33
<b>Abbildung 10:</b>	Die Deckungsquoten der Krankenkassen im Jahresausgleich 2014	38
<b>Abbildung 11:</b>	Deckungsquoten und Nettoabfluss aus Bayern 2011–2014	50

# 1. Der Morbi-RSA im Dienste einer effizienten und effektiven Gesundheitsversorgung

## 1.1 Wettbewerbspolitische Ziele

Die Notwendigkeit eines Risikostrukturausgleiches (RSA) besteht im Hinblick auf eine effiziente und effektive Gesundheitsversorgung prinzipiell in jedem wettbewerblich organisierten Krankenversicherungssystem, das zum einen ein freies Krankenkassenwahlrecht der Versicherten mit Kontrahierungszwang und zum anderen risikounabhängige Beiträge aufweist. Da sich Versicherte mit hohen bzw. niedrigen beitragspflichtigen Einnahmen sowie guter Gesundheit oder hoher Morbidität nicht gleichmäßig auf die konkurrierenden Krankenkassen verteilen, besitzt der RSA die Aufgabe, den Krankenkassen möglichst gleiche wettbewerbliche Chancen einzuräumen. Ohne einen Ausgleich bei den Unterschieden in den beitragspflichtigen Einnahmen und dem Morbiditätsrisiko der jeweiligen Versicherten besitzen die Krankenkassen Anreize, sich weniger um eine gute Gesundheitsversorgung als vielmehr um die Attrahierung von gutverdienenden, jungen und gesunden Versicherten zu bemühen. Solche wettbewerblichen Aktivitäten verursachen aus Sicht des gesamten Systems der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) aber lediglich Kosten und leisten keinen Beitrag zum Nutzen von Versicherten und Patienten, d. h. sie reduzieren die Effizienz des Gesundheitssystems.

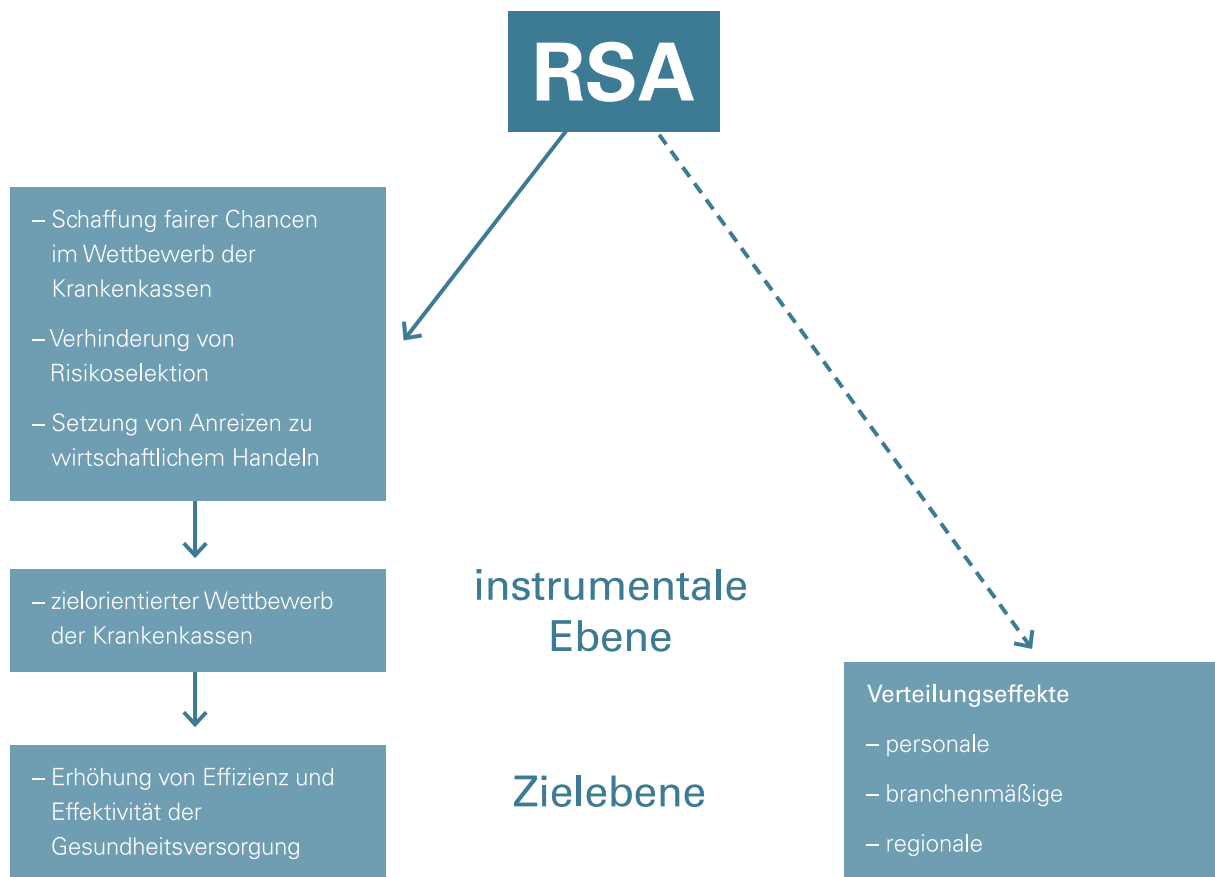
Die Notwendigkeit eines ex ante-Ausgleichs von Finanzkraft und Morbiditätsrisiken unter den Krankenkassen lässt sich auch durch einen Vergleich mit jenen Krankenversicherungssystemen verdeutlichen, in denen es unter Wettbewerbsaspekten keines morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA) bedarf. Dies trifft zunächst auf eine landesweite Einheitsversicherung wie den englischen National Health Service zu, der zwangsläufig keinen Krankenkassenwettbewerb kennt und in dem sich alle Einnahmen und Morbiditätsrisiken in personeller, branchenmäßiger und regionaler Hinsicht ausgleichen. Ähnlich verhält es sich im österreichischen Krankenversicherungssystem, in dem es in jeder Region im Wesentlichen nur eine Krankenkasse gibt, sodass die Versicherten keine Wahl- und Wechselmöglichkeiten besitzen und somit auch kein Krankenkassenwettbewerb stattfinden kann. Ein Morbi-RSA erübrigt sich schließlich auch in einem Krankenversicherungssystem mit risikoadjustierten Beiträgen bzw. Prämien wie in der privaten Krankenversicherung (PKV), denn hier entrichten die Versicherten bei höheren Morbiditäts-

risiken grundsätzlich auch entsprechend höhere Prämienzahlungen. Gegenüber unvorhersehbaren Risiken können sich die privaten Krankenversicherungen durch Rückversicherungsverträge absichern.

Der Morbi-RSA besitzt somit, wie Abbildung 1 veranschaulicht, die Aufgabe, über die Schaffung eines zielorientierten Wettbewerbs der Krankenkassen die Effizienz und Effektivität der Gesundheitsversorgung zu erhöhen. Dabei soll in normativer Hinsicht der Morbi-RSA zunächst eine wettbewerbspolitische Funktion erfüllen und in einer höheren hierarchischen Stufe der Wettbewerb unter den Krankenkassen die Gesundheitsversorgung der Versicherten verbessern (vgl. Wille, E., Ulrich, V. und Schneider, U. 2007, S.31; dieselben 2008, S.45). In diesem Kontext zielt der Morbi-RSA vornehmlich darauf ab, den konkurrierenden Krankenkassen gleiche bzw. faire wettbewerbliche Chancen bei der Gewinnung von Versicherten einzuräumen und Risikoselektion soweit als möglich zu verhindern (vgl. Resch, S., S. 42 ff., Greiner, W. 2007, S.35; Ulrich, V. und Wille, E. 2014, S.3). Dies bedeutet, dass der Morbi-RSA jede Krankenkasse hinsichtlich der Finanzkraft und der Risikostruktur ihrer Versicherten so stellen sollte, dass sie im Hinblick auf die Ausgleichsfaktoren dem Durchschnitt aller im Wettbewerb befindlichen Krankenkassen entspricht (vgl. Wille, E. 1999, S. 123; Ulrich, V. und Wille, E. 2014, S. 1). Der Morbi-RSA ermöglicht auf diese Weise in einem wettbewerblichen Krankenversicherungssystem Wahlfreiheiten der Versicherten unabhängig von deren Alter, Geschlecht und spezifischen Morbiditätsrisiken (ähnlich Rebscher, H. 2007, S.60).

Der Morbi-RSA unterscheidet sich als ein ex ante-Ausgleichssystem unter Wettbewerbsaspekten grundlegend von einem ex post-orientierten Finanzausgleich, der die Transfers an den jeweiligen Ist-Ausgaben der Empfänger ausrichtet. Im Rahmen des Morbi-RSA erhalten die Krankenkassen aus dem Gesundheitsfonds nicht ihre tatsächlichen Leistungsausgaben erstattet, sondern prospektiv bundesweit durchschnittliche bzw. standardisierte Zuweisungen anhand der indirekten und direkten Risikomerkmale ihrer Versicherten (vgl. Drösler, S. et al. 2013, S. 13 ff.). Unterschiedliche (Zusatz-)Beiträge oder Prämienauszahlungen können dann immer noch aus unterschiedlichen Leistungsangeboten oder wirtschaftlichen Effizienzgewinnen der einzelnen Krankenkassen resultieren (vgl. Jacobs, K. 2015b, S.25). Solche Differenzen in den Beiträgen bilden im Zuge einer dyna-

Abbildung 1: Ziele und Funktionen des Morbi-RSA



Quelle: Wille, Ulrich und Schneider 2007, S. 31 und 2008, S. 45.

mischen Wohlfahrtsentwicklung ein konstitutives Element effizienter wettbewerblicher Krankenversicherungssysteme (so auch Paquet, R. 2007, S. 69f.). Es geht somit nicht darum, dass der Morbi-RSA die Deckungsquoten, d. h. das Verhältnis der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds zu den tatsächlichen Leistungsausgaben, aller Krankenkassen einander völlig angleicht. Die im Wettbewerbsprozess der Krankenkassen entstehenden (Zusatz-)Beitragsdifferenzen sollten allerdings nicht aus einer erfolgreichen Risikoselektion und damit einhergehenden günstigeren Risikostrukturen, sondern aus Effizienz- und Effektivitätsgewinnen im Versorgungs- und Vertragsgeschehen erwachsen (vgl. Rebscher, H. 1998, S. 75; Wille, E. 1999, S. 123).

## 1.2 Der Morbi-RSA als lernendes System

Der RSA unterlag seit seiner Einführung im Jahre 1994 in seiner inhaltlichen Ausgestaltung zahlreichen Änderungen. Er beschränkte sich zunächst auf die

Komponenten Alter, Geschlecht und Bezug einer Rente wegen Erwerbsminderungen, die sich als indirekte Morbiditätsindikatoren interpretieren lassen. In den Jahren 2002 bis 2008 trat dann bei Einschreibung in ein zugelassenes strukturiertes Behandlungsprogramm (Disease Management Programm, DMP) die Berücksichtigung von chronisch Kranken und bei sehr ausgabenintensiven Patienten ein (Hoch-)Risikopool mit einem dynamisierten Schwellenwert hinzu. Das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) vom 26.03.2007 integrierte den RSA mit Wirkung zum 01.01.2009 in den neugeschaffenen Gesundheitsfonds. Diese Reform vervollständigte zum einen den Finanzkraftausgleich, d. h. er beseitigte die Unterschiede in den beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder zwischen den konkurrierenden Krankenkassen, und berücksichtigte zum anderen den über Alter, Geschlecht und Bezug von Erwerbsminderungsrenten hinausgehenden Versorgungsbedarf von Patienten mit kostenintensiven chronischen oder schwerwiegenden Krankheiten. Dieser Morbi-RSA umfasst derzeit bis zu 80 Krankheiten in Form von hierarchisierten Morbidi-

tätsgruppen (HMGs) auf der Grundlage von Diagnosen.

Der RSA blieb aber auch nach seiner morbiditätsorientierten Erweiterung um spezifische Krankheiten hinsichtlich seiner Zielgenauigkeit „als lernendes System“ (Jacobs, K. 2015 b, S. 23) im Zentrum kontroverser Diskussionen. So konstatierte der Wissenschaftliche Beirat beim Bundesversicherungsamt in seinem Evaluationsbericht zum Jahresausgleich 2009 im Risikostrukturausgleich (vgl. Drösler, S. et al. 2011, S. 142 ff.) einen Reformbedarf bei den Zuweisungen für im Ausgleichsjahr verstorbene Versicherte sowie für Krankengeld und Auslandsversicherte. Um die Zuschläge für Krankheiten mit einer überdurchschnittlichen Sterblichkeit zielgenauer zu ermitteln, erfolgt – auch im Sinne der Rechtsprechung (siehe Landesozialgericht NRW 2014) – seit dem Jahresausgleich 2013 eine Annualisierung der Ausgaben von verstorbenen Versicherten, d. h. die versicherungsmathematisch erforderliche Hochrechnung dieser Ausgaben auf das ganze Jahr.

Hinsichtlich der Zuweisungen für Krankengeld und Auslandsversicherte vergab mit dem GKV-Finanzstruktur-Qualitätsweiterentwicklungsgesetz (GKV-FQWG) vom 21.07.2014 das Bundesversicherungsamt (BVA) jeweils ein Gutachten mit dem Auftrag, Modelle für „eine zielgerichtete Ermittlung“ dieser Zuweisungen zu entwickeln (§ 269 Abs. 3 SGB V). Das Gutachten zu den Zuweisungen für Auslandsversicherte liegt inzwischen vor (siehe Wasem, J., Lux, G. und Schillo, S. 2016) und das Gutachten zu den Zuweisungen für Krankengeld dürfte im Juni 2016 erscheinen. Zudem kann beim Krankengeld im Rahmen einer Sonderregelung das bestehende Standardisierungsverfahren nach § 269 Abs. 1 SGB V um ein Verfahren ergänzt werden, „das die tatsächlichen Leistungsausgaben der einzelnen Krankenkassen für Krankengeld anteilig berücksichtigt“. Die hälftige Berücksichtigung der Ist-Ausgaben, die das BVA auch rückwirkend für den Jahresausgleich 2013 und 2014 durchführte, halbierte erwartungsgemäß die Über- und Unterdeckungen der einzelnen Krankenkassen beim Krankengeld (vgl. Wille, E. 2016, S. 6)<sup>1</sup>. Bei den Auslandsversicherten begrenzt § 269 Abs. 2 SGB V die Höhe der Zuweisungen zur Deckung der standardisierten Leistungsausgaben „auf die tatsächlichen Leistungsausgaben aller Krankenkassen für diese Versichertengruppen“.

Neben diesen bereits erfolgten Änderungen und Sonderregelungen im Bereich des Morbi-RSA stehen

derzeit u. a. noch folgende Reformvorschläge zur Diskussion:

- ▶ die Berücksichtigung einer regionalen Komponente (vgl. Ulrich, V. und Wille, E. 2014 und 2015),
- ▶ die Einbeziehung von Zuzahlungsbefreiungen als erweiterte Berücksichtigung sozialökonomischer Faktoren (vgl. Lux, G. et al. 2015),
- ▶ eine modifizierte Krankheitsauswahl (vgl. IGES Institut, Glaeske, G. und Greiner, W. 2015) sowie
- ▶ die Infragestellung von Erwerbsminderungsrenten als erforderliche Morbiditätsindikatoren im bestehenden Morbi-RSA (vgl. IGES Institut und Greiner, W. 2016).

Angesichts dieser zahlreichen in jüngster Zeit aufkommenden Vorschläge zur inhaltlichen Modifizierung des Morbi-RSA erteilte der Präsident des Bundesversicherungsamtes „Forderungen nach übereilten Reformen“ kürzlich „eine klare Absage“ (BVA 2016). Er wies in diesem Zusammenhang berechtigterweise auf die Notwendigkeit hin, „sauber zwischen Ausgabenrisiken, die die Krankenkassen selbst steuern können und solchen, die nicht beeinflussbar sind (zu) trennen“. Genau um diese Trennung zwischen den Einflussgrößen von Leistungsausgaben, die einzelne Krankenkassen gestaltend zu steuern vermögen, und von ihnen nicht beeinflussbaren bzw. exogenen Ausgabedeterminanten, geht es in diesem Gutachten. Es begründet mit explizitem und ausschließlichem Bezug zu den exogenen Einflussfaktoren der Leistungsausgaben einzelner Krankenkassen die Berechtigung bzw. Notwendigkeit einer regionalen Komponente im Morbi-RSA unter wettbewerbsspolitischen Aspekten. Sofern sich die Existenz und Relevanz bestimmter exogener Einflussfaktoren für die Ausgabenentwicklung einzelner Krankenkassen überzeugend aufzeigen lassen, erscheint es im Sinne eines funktionsfähigen Wettbewerbs zwingend, den Morbi-RSA als „lernendes System“ entsprechend zielorientiert weiter zu entwickeln.

### 1.3 Inhalt und Aufbau des Gutachtens

Bei dem vorliegenden Gutachten handelt es sich um eine empirische Fortschreibung und Erweiterung sowie um eine gesundheitspolitische Aktualisierung des Gutachtens von Ulrich, V. und Wille, E. „Zur Berücksichtigung einer regionalen Komponente im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA)“ vom September 2014. Zusätzlich erfolgt eine rechtliche Beurteilung einer regionalen Komponente im Morbi-RSA. Da das BVA mit Auslaufen der Konvergenzklausel nach § 272 Abs. 2 SGB V die regionalen Verteilungseffekte des Morbi-RSA ab dem Jahre 2010

<sup>1</sup> Nach dem Gesetzentwurf zum GKV-FQWG kann jedoch „sobald ein verbessertes Modell zur Standardisierung der Zuweisungen auf der Grundlage weiterer Forschung vorliegt ...“, zur bisherigen RSA-Systematik zurückgekehrt werden“ (Bundesregierung 2014, S. 48).



nicht mehr darzustellen vermag, generiert die Fortschreibung des empirischen Teils dieses Gutachtens die derzeit einzige Datenbasis, die eine Abschätzung der regionalen Effekte bzw. der mit ihnen einhergehenden Deckungsquoten erlaubt. Dies fördert zum einen die Transparenz über die regionalen Verteilungseffekte des Morbi-RSA, auch wenn sich die Analyse zwangsläufig nur auf die Effekte bzw. Deckungsquoten der bayerischen Gemeinden und kreisfreien Städte sowie aggregiert des Freistaates Bayern bezieht. Zudem ermöglicht die Fortschreibung des empirischen Teils neben der Darstellung der Entwicklung der Verteilungseffekte eine gewisse Überprüfung der Werte bzw. Größenordnungen des vorangegangenen Gutachtens.

Das folgende zweite Kapitel gibt einen kurssicheren Überblick über die Wirkungen des Morbi-RSA auf die Finanzierung der GKV und die Gesundheitsversorgung unter regionalen Aspekten. Das GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) vom 22.12.2011, das am 01.01.2012 in Kraft trat, schuf die gesetzliche Grundlage für eine stärkere Dezentralisierung und Flexibilisierung der Gesundheitsversorgung (vgl. die Beiträge in Wille, E. und Knabner, K. 2011). So können z. B. im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung nach § 87a Abs. 2 SGB V die Vereinbarungen über die morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen beim bundeseinheitlichen Punkt- bzw. Orientierungswert Zu- und Abschläge vorsehen, „um insbesondere regionale Besonderheiten bei der Kosten- und Versorgungsstruktur zu berücksichtigen“. Der Morbi-RSA führt, wie Abbildung 1 andeutet, in Verbindung mit dem Gesundheitsfonds auch zu regionalen Umverteilungseffekten, die wettbewerbsspolitische Relevanz besitzen können. Darauf weisen bereits die bisher ermittelten regionalen Deckungsquoten bzw. Beiträge je Versicherten nach Kreisen bzw. räumlichen Siedlungsstrukturen hin.

Im dritten Kapitel erfolgt auf einer gegenüber dem vorangegangenen Gutachten deutlich erweiterten Datenbasis nach einer kurzen Darstellung der angewandten Methodik die Ermittlung der Deckungsquoten, zunächst auf Kreisebene und anschließend mittels Aggregation auf Ebene des Freistaates Bayern. Für die von ihnen zu leistenden Ausgaben erhalten die Krankenkassen aus dem Gesundheitsfonds bundesweit alters-, geschlechts- und morbiditätsorientierte Zuweisungen. Eine Gegenüberstellung dieser Zuweisungen mit den tatsächlichen Leistungsausgaben ergibt, wie oben unter 1.1. erwähnt, die sog. Deckungsquote. Diese zeigt somit an, ob und in welchem Umfang in einer Region oder einem Bundesland die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds, die alle Krankenkassen für die Versicherten mit dortigem

Wohnsitz erhalten, die tatsächlichen Ausgaben für diese Versicherten über- oder unterschreiten. Bei dieser neuerlichen Berechnung der regionalen Deckungsquoten auf Kreis- und aggregiert auf Landesebene interessieren neben der zeitlichen Entwicklung dieser Werte vor allem die Einflussgrößen, die für die jeweiligen Unterschiede in den Deckungsquoten verantwortlich zeichnen. Sollte es sich dabei vorwiegend um für die einzelnen Krankenkassen nicht beeinflussbare, d. h. exogene, Faktoren handeln, dann bilden die Berechnungen die (mit-)entscheidende empirische Grundlage für die dann berechnete Forderung nach einer regionalen Komponente im Morbi-RSA.

Das vierte Kapitel erörtert die regionale Komponente im Licht einer effizienten und effektiven Gesundheitsversorgung. Dabei steht am Anfang die Frage nach den relevanten nachfrage- und angebotsseitigen Einflussgrößen regional unterschiedlicher Deckungsquoten. In diesem Kontext interessiert im Hinblick auf die Berechtigung bzw. Notwendigkeit einer regionalen Komponente im Morbi-RSA vor allem, ob und inwieweit es sich bei diesen Einflussgrößen um für die Krankenkassen steuerbare oder nicht beeinflussbare exogene Faktoren handelt. Dabei spielen im Rahmen der Gesundheitsversorgung sowohl regionale Unterschiede in den Kostenstrukturen der ambulanten und stationären Leistungserstellung sowie des Preisniveaus als auch regional unterschiedliche Versorgungsstrukturen eine entscheidende Rolle. Die Ausführungen beleuchten die regional unterschiedlichen Versorgungsstrukturen vor allem unter Effizienz- und Effektivitätsaspekten und in diesem Zusammenhang auch die Möglichkeiten des Morbi-RSA, hierzu einen Beitrag zu leisten. Die Darstellung der Unterschiede in den Kosten-, Preis- und Versorgungsstrukturen der Bundesländer konzentriert sich auf den Freistaat Bayern und seine jeweilige Position zum Durchschnitt der Bundesländer.

Das fünfte Kapitel thematisiert zunächst die Exogenität der Einflussfaktoren von Unterschieden in den regionalen Deckungsquoten und diskutiert, welche Gründe aus vornehmlich wettbewerbsspolitischer Sicht für und gegen die Einführung einer regionalen Komponente im Morbi-RSA sprechen. Es folgt ein Vergleich der komparativen Vor- und Nachteile der regionalen Komponente mit möglichen alternativen Reformen, die sich unter Wettbewerbsaspekten ebenfalls anbieten. Dabei handelt es sich zum einen um eine Erweiterung des Gestaltungsspielraumes der einzelnen Krankenkassen und zum anderen um eine stärker regional ausgerichtete Tarifierung der Beitragssätze. Schließlich stehen auch Kombinationen von Elementen einer regionalen Komponente im Morbi-RSA mit diesen alternativen Reformoptionen zur Diskussion.

Das sechste Kapitel ermittelt, in welcher Relation regionale Einnahmen und regionale Zuweisungen zueinander stehen und welche finanziellen Abflüsse an Finanzmitteln aus Bayern sich im Rahmen von Gesundheitsfonds und Morbi-RSA ergeben. Dieses Kapitel nimmt innerhalb dieses Gutachtens insofern die Rolle eines Exkurses ein, als das Resultat dieser Berechnungen zu den regionalen Deckungsquoten zwar in einer inhaltlichen Beziehung steht, aber keine notwendige Bedingung für die Berechtigung bzw. Notwendigkeit einer regionalen Komponente im Morbi-RSA darstellt. Es liegt nahe, dass prosperierende Regionen, in denen die Versicherten hohe (Solidar-) Beiträge zur Finanzierung der GKV entrichten, auch ein höheres Kostenniveau am Faktormarkt und ein höheres Preisniveau bei Konsumgütern aufweisen. Die Einbeziehung bzw. Forderung nach einer regionalen Komponente in den Morbi-RSA stellt, um allfälligen Missverständnissen vorzubeugen, die bestehende solidarische Finanzierung der GKV mit ihrem bundesweiten vollständigen Finanzkraftausgleich in keiner Weise in Frage. Entsprechende Einwände gehen an Intention und Inhalt dieses Gutachtens völlig vorbei<sup>2</sup>.

Das siebte Kapitel beinhaltet die Analyse einer regionalen Komponente im Morbi-RSA in verfassungsrechtlicher Hinsicht und problematisiert in diesem Zu-

sammenhang ebenfalls nicht die bundesweiten Solidarleistungen von Versicherten in Bayern, die insbesondere den Finanzkraftausgleich betreffen. Es geht hier somit wie in den vorangegangenen ökonomischen Ausführungen nicht um eine Regionalisierung des Morbi-RSA auf Ebene der Bundesländer, sondern primär um die Schaffung einer geeigneten Grundlage für einen fairen und funktionsfähigen Wettbewerb der Krankenkassen und die hierzu erforderliche Berücksichtigung von regional unterschiedlichen Kosten- und Versorgungsstrukturen. Die Behandlung der verfassungsrechtlichen Vorgaben der Einbeziehung einer regionalen Komponente in den Morbi-RSA widmet sich zunächst der Frage, ob diese zusätzlich einzuführende Komponente gegen verfassungsrechtliche Gleichheitssätze verstößt. Dem schließt sich vor diesem Hintergrund eine Betrachtung des grundrechtlichen Gleichbehandlungsverbotes gegenüber Mitgliedern der gesetzlichen Krankenkassen an. Die Ausführungen thematisieren nicht nur die rechtliche Zulässigkeit einer regionalen Komponente im Morbi-RSA auf der Grundlage der bisherigen Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG), sondern prüfen auch, ob und inwieweit eine solche Reform anlässlich der wettbewerbsrelevanten Änderungen durch das GKV-FQWG sogar geboten erscheint.

<sup>2</sup> Dies trifft weitgehend auf die kritischen Anmerkungen von Gaßner, W. (2015) zu unserem damaligen Gutachten zu.

## 2. Gesundheitsversorgung und Morbi-RSA unter regionalen Aspekten

Vom Morbi-RSA gehen, wie auch Abbildung 1 zeigt, personelle, branchenmäßige und regionale Verteilungseffekte aus, zwischen denen wiederum enge Wechselwirkungen bestehen. Diese Verteilungswirkungen schlagen sich vor allem auf der Einnahmenseite der GKV beim Finanzkraftausgleich nieder. Sie entstehen dadurch, dass in den einzelnen Regionen und Bundesländern die Versicherten unterschiedlich hohe Löhne beziehen bzw. beitragspflichtige Einnahmen aufweisen und dort auch unterschiedliche Arbeitslosenquoten existieren. Dadurch erzeugt der Einnahmenausgleich des Morbi-RSA in der GKV eine Umverteilung der Finanzmittel von wirtschaftlich prosperierenden in ökonomisch strukturschwache Gebiete. Dieser Finanzkraftausgleich auf der Ebene von Regionen und Bundesländern fand bereits in beträchtlichem Maße vor Einführung des Gesundheitsfonds und des Morbi-RSA statt, der Gesundheitsfonds

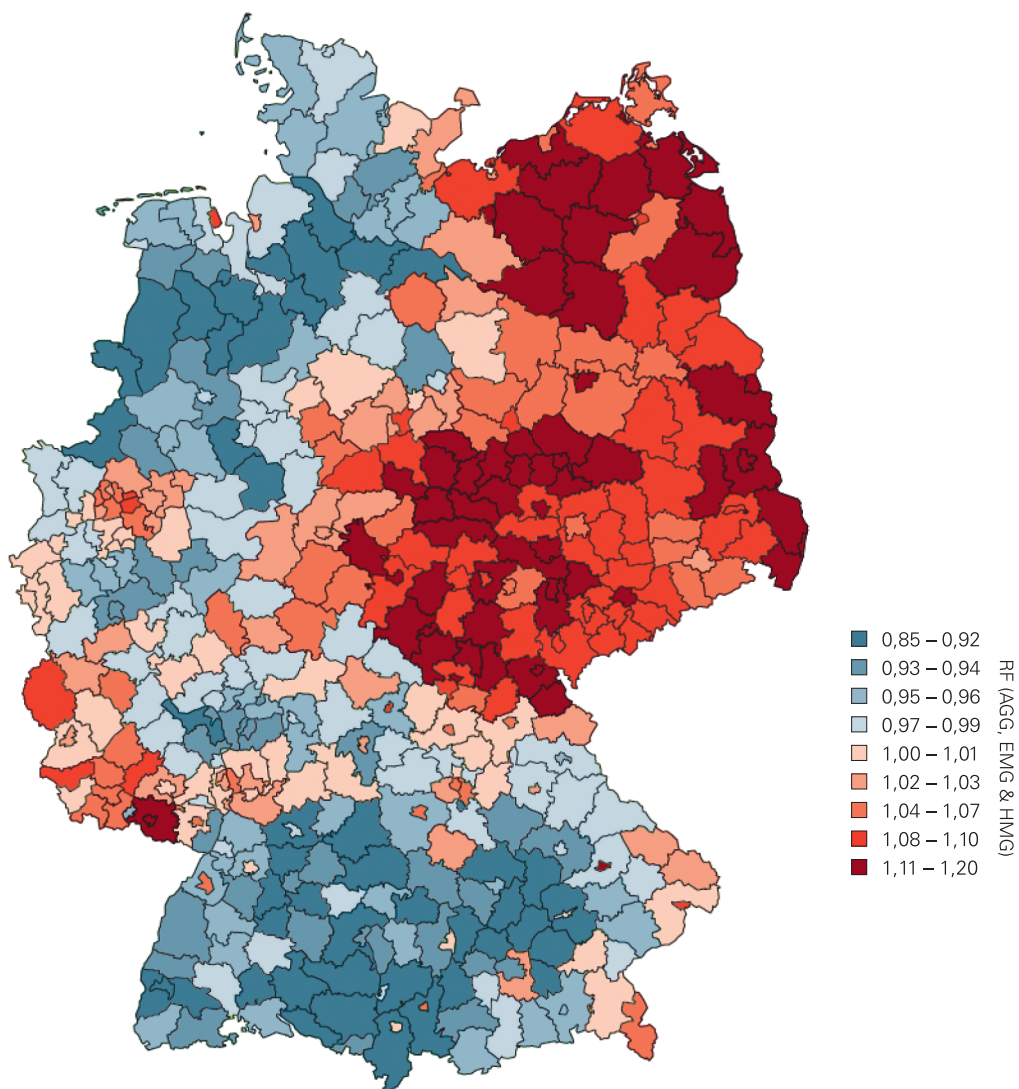
verstärkte jedoch mit seinem erweiterten bzw. vollständigen Finanzkraftausgleich diese regionalen Umverteilungseffekte. Dies bedeutet, dass der Gesundheitsfonds auf der Einnahmenseite der GKV sowohl Finanzmittel zwischen den Regionen eines Bundeslands als auch aus wirtschaftlich stärker prosperierenden Bundesländern, wie vornehmlich Baden-Württemberg, Bayern, Hamburg und Hessen, in solche mit unterdurchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen und höheren Arbeitslosenquoten, d. h. im Wesentlichen in die neuen Bundesländer, umverteilt (vgl. Rürup, B. und Wille, E. 2007, Wasem, J. et al. 2007).

Diese zusätzlichen Umverteilungseffekte, die der Gesundheitsfonds durch den erweiterten Finanzkraftausgleich zwischen den Bundesländern und ihren Regionen verursachte, beziehen sich allerdings weitgehend auf die Beitragsmittel von regional tätigen

bzw. tarifierenden Krankenkassen. Bundesweit aufgestellte Krankenkassen, wie z. B. die Ersatzkassen, verteilen bereits vor Einführung des Gesundheitsfonds ihre gesamten Einnahmen vollständig um, d. h. auch denjenigen Teil, den der damalige RSA nicht berücksichtigte. Bei bundesweit agierenden bzw. kalkulierenden Krankenkassen können solche Umverteilungen der Finanzmittel nur im Falle von Zusatzbeiträgen oder Beitragsrückerstattungen stattfinden (vgl. Göppfarth, D. 2006, S. 18; Rürup, B. und Wille, E. 2007 S. 43). Insgesamt führte die Vervollständigung des Finanzkraftausgleichs durch den Gesundheitsfonds nach mehreren Berechnungen in Gutachten und Forschungsvorhaben zu finanziellen Abflüssen in Bayern von etwa jährlich 60 Mio. Euro (vgl. Ulrich, V. und Wille, E. 2014, S. 5).

Zusätzlich zu diesen regionalen Verteilungseffekten im Rahmen des Finanzkraftausgleichs erzeugt der Morbi-RSA noch Umverteilungen zwischen Regionen und Bundesländern auf der Ausgaben- bzw. Leistungsseite. Diese regionalen Verteilungseffekte gehen auf Unterschiede in den jeweiligen Alters-, Geschlechts- und Morbiditätsstrukturen zurück. Schon vor Einführung des Gesundheitsfonds berücksichtigte der RSA die Alters- und Geschlechtsstrukturen, was insofern zu regionalen Verteilungseffekten führte, als ältere Versicherte häufiger erkranken und auch öfter an Multimorbidität leiden. Dies ent- bzw. belastet Regionen und Bundesländer mit einer ungünstigeren bzw. günstigeren Altersstruktur. Wie der Evaluationsbericht zum Jahresausgleich 2009 im Risikostrukturausgleich (vgl. Drösler, S. et al. 2011, S. 66) zeigt,

Abbildung 2: RSA-Risikofaktor je Kreis im Jahre 2009



Quelle: Drösler, S. et al. 2011, S. 65.

weisen vor allem die neuen Bundesländer eine ungünstigere Alters- und Geschlechtsstruktur auf, aber auch gewisse Landkreise in Bayern, Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz.

Mit Einführung des Gesundheitsfonds erfasst der Morbi-RSA über die indirekten Morbiditätsindikatoren Alter und Geschlecht hinaus, auch die spezifische Morbidität in Form von bis zu 80 Krankheiten, was mit weiteren Umverteilungswirkungen zwischen Regionen und Bundesländern einhergeht. Wie Abbildung 2 illustriert, verzeichnen alle neuen Bundesländer einschließlich Berlin eine überdurchschnittliche Morbidität, was aber auch für zahlreiche Regionen bzw. Kreise in den alten Bundesländern zutrifft, wie z. B. für Teile des Bayerischen Waldes, Nordhessen, Oberfranken, das westliche Rheinland-Pfalz, das Saarland und Südniedersachsen (vgl. Drösler, S. et al. 2011, S. 63 ff.). Die Versicherten in Bayern weisen auch alters- und geschlechtsbereinigt insgesamt eine im Vergleich zum Bundesdurchschnitt niedrigere Morbidität auf (siehe auch Rebschläger, U. 2011a, S. 182 ff. und 2011b). Hinsichtlich des RSA-Risikofaktors je Kreis belegt Bayern mit 0,9688 (Bund: 100,00 hinter Baden-Württemberg (0,9418) und Hamburg (0,9478) den drittletzten bzw. drittbesten Platz (vgl. Göppfarth 2013, S. 11 und 2015, S. 25).

Der Evaluationsbericht zum Jahresausgleich 2009 im Risikostrukturausgleich gibt bereits einen Einblick in die Deckungsquoten, d. h. das Verhältnis von Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds zu den tatsächlichen Leistungsausgaben der Regionen in Abhängigkeit von unterschiedlichen räumlichen Konzentrationen (vgl. Drösler, S. 2011, S. 71). Die Typisierung der Kreise und kreisfreien Städte erfolgte entsprechend den Kategorien des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) nach 9 Kreistypen. Dabei bleiben die Krankengeldausgaben, die als Lohnersatzleistungen nicht in die Gesundheitsversorgung fließen, unberücksichtigt. Tabelle 1 zeigt, dass Unterdeckungen vor allem in Kernstädten und, wenn auch nur geringfügig, in ländlichen Kreisen geringerer Dichte

**Tabelle 1: Deckungsquote nach Kreistyp im Jahre 2009**

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

Quelle: Drösler, S. et al. 2011, S. 71.

entstehen. Spürbar positive Deckungsquoten finden sich dagegen in verdichteten und in ländlichen Kreisen verstädterter Räume sowie im ländlichen Raum in ländlichen Kreisen höherer Dichte. Da es sich hier um alters-, geschlechts- und morbiditätsadjustierte Zuweisungen handelt, stellte sich eigentlich schon damals die Frage nach den Ursachen und den Wirkungen, insbesondere auf den Wettbewerb der Krankenkassen sowie den ordnungspolitischen Konsequenzen dieser unterschiedlichen Deckungsquoten (siehe auch den Hinweis bei Drösler, S. et al. 2011, S. 71 auf von Stillfried, D. und Czihal, T. 2011b).

Die Erhebung des Regionalmerkmals beschränkte sich im Rahmen der sog. Konvergenzklausel zwar auf die Jahre 2009 und 2010, das prospektive Modell des Morbi-RSA erlaubt es jedoch, die Daten des Jahres 2011 mit jenen des Jahres 2010 zu verknüpfen

**Tabelle 2: Deckungsbeiträge je Versicherten nach siedlungsstrukturellem Kreistyp im Jahre 2011**

	Alle	Ärzte	Arzneimittel	Krankenhaus
Kreisfreie Großstädte	-39,2 €	-28,5 €	5,8 €	-7,6 €
Städtische Kreise	4,0 €	0,4 €	-3,0 €	3,7 €
Ländliche Kreise mit Verdichtungsansatz	34,9 €	18,5 €	-1,0 €	10,0 €
Dünn besiedelte ländliche Kreise	21,2 €	30,0 €	-1,5 €	-7,3 €

Quelle: Göppfarth, D. 2013, S. 9 und 2015, S. 24.

und auf diese Weise die Deckungsquoten bzw. -beiträge je Versicherten in Abhängigkeit vom siedlungsstrukturellen Kreistyp bzw. von der räumlichen Lage (mit Einschränkungen) zu ermitteln. Die Klassifikation nach siedlungsstrukturellem Kreistyp in Tabelle 2 orientiert sich am Bevölkerungsanteil in Groß- und Mittelstädten und an der Einwohnerdichte der jeweiligen Kreise. Danach weisen kreisfreie Großstädte deutliche Unterdeckungen und ländliche Kreise mit Verdichtungsansatz Überdeckungen in einer ähnlichen Größenordnung auf. Im Unterschied zu den städtischen Kreisen verzeichnen auch dünn besiedelte ländliche Kreise spürbare Überdeckungen. Die jeweiligen Unter- und Überdeckungen gehen im Wesentlichen auf den vertragsärztlichen Bereich zurück, während es sich bei den Arzneimitteln tendenziell umgekehrt verhält. Beim Krankenhaussektor liegen die (negativen) Deckungsbeiträge in kreisfreien Großstädten und in dünn besiedelten ländlichen Kreisen interessanterweise auf dem gleichen Niveau.

Die Klassifikation nach räumlicher Lage basiert ebenfalls auf Kriterien und Kategorien des BBSR. Dabei stellt das Institut bei der räumlichen Lage auf die erreichbare Tagesbevölkerung ab. Tabelle 3 zeigt bei den sehr zentralen Lagen eine deutliche Unterdeckung, die aber, wenn auch in schwächerer Ausprägung, auch in sehr peripheren Lagen auftritt. Erhebliche Überdeckungen weisen periphere Lagen auf. Bei den sehr zentralen Lagen verursachen die ambulante vertragsärztliche Versorgung und in einem etwas geringeren Ausmaß der Krankenhausbereich die negativen Deckungsbeiträge je Versicherten. Für die hohen positiven Deckungsbeiträge in den peripheren Lagen zeichnet vornehmlich der vertragsärztliche Bereich verantwortlich. Dieser erzeugt in sehr peripheren Lagen zwar noch höhere positive Deckungsbeiträge, die hier jedoch durch die negativen Werte bei Arzneimitteln und im Krankenhausbereich überkompensiert werden.

**Tabelle 3: Deckungsbeiträge je Versicherten nach räumlicher Lage im Jahre 2011**

	Alle	Ärzte	Arzneimittel	Krankenhaus
Sehr zentral	-25,1 €	-17,8 €	3,3 €	-7,4 €
Zentral	12,0 €	3,0 €	-3,1 €	9,9 €
Peripher	37,9 €	26,5 €	-0,6 €	7,1 €
Sehr peripher	-9,7 €	54,2 €	-16,5 €	-38,5 €

Quelle: Göppfarth, D. 2013, S. 10 und 2015, S. 25.

Die Deckungsquoten schwanken, wie auch die Analyse auf Kreisebene in Bayern (siehe unten unter Punkt 3.2) zeigt, erheblich innerhalb der Bundesländer, spürbare Differenzen in den Deckungsquoten und -beiträgen existieren aber auch zwischen den Bundesländern. Wie Tabelle 4 ausweist, reichte im Jahre 2011 die Deckungsquote von 93,1 % in Hamburg bis 103,3 % in Thüringen mit entsprechenden Deckungsbeiträgen je Versicherten von -156,00 Euro bis 79,00 Euro. Während von den alten Bundesländern nur Bremen, Baden-Württemberg, Schleswig-Holstein und Niedersachsen positive Deckungsquoten bzw. -beiträge verzeichneten, trifft dies mit Ausnahme von Mecklenburg-Vorpommern auf alle neuen Bundesländer zu. Bei einer populationsgewichteten linearen Regression mit den Deckungsbeiträgen je Versicherten je Kreis als abhängige Variable und den Kreistypen und der Länderzugehörigkeit als unabhängige Variablen vermochten die Kreistypen 12 % bis 14 % und die Länderzugehörigkeit knapp 27 % der verbleibenden Variation zu erklären (vgl. Göppfarth, D. 2015, S. 26). Zusammen beläuft sich der Erklärungsgehalt von Kreistyp und Länderzugehörigkeit an der verbliebenen Varianz damit auf ca. 40 %.

Unter regionalen Aspekten bestehen interessante Unterschiede derzeit auch bei den durchschnittlichen Zusatzbeiträgen nach Bundesländern. Das zuständige Bundesministerium für Gesundheit legte die Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitrages für das Jahr 2016 auf 1,1 % fest. Da mehrere Krankenkassen noch über teilweise erhebliche Rücklagen verfügen, kann der tatsächliche durchschnittliche Zusatzbeitrag im Jahre 2016 auch spürbar hiervon abweichen. Nach den jeweiligen Beschlüssen der Verwaltungsräte lagen seit dem 01.01.2016 67 Krankenkassen mit ihrem Zusatzbeitrag unter 1,1 % und 24 Krankenkassen darüber (vgl. Dienst für Gesellschaftspolitik 2016, S. 6). Wie Tabelle 5 zeigt, reicht die Spanne der durchschnittlichen Zusatzbeiträge auf der Ebene der Bundesländer von 0,73 % in Sachsen bis 1,21 % in Nordrhein-Westfalen. Dabei existieren hier gewisse Parallelen zu den Deckungsquoten auf Ebene der Bundesländer im Jahre 2011 in Tabelle 4. In Nordrhein-Westfalen, Hamburg, dem Saarland und Rheinland-Pfalz finden sich sowohl überdurchschnittliche Zusatzbeiträge als auch negative Deckungsquoten und in den neuen Bundesländern mit Ausnahme von Mecklenburg-Vorpommern unterdurchschnittliche Zusatzbeiträge und positive Deckungsquoten.

## 2. Gesundheitsversorgung und Morbi-RSA unter regionalen Aspekten

**Tabelle 4: Deckungsquoten auf Ebene der Bundesländer im Jahre 2011**

Bundesland	Risikofaktor	Ausgaben	Deckungsquote	Deckungsbetrag
Schleswig-Holstein	0,9693	2.110 €	101,4 %	29 €
Hamburg	0,9478	2.248 €	93,1 %	-156 €
Niedersachsen	0,9810	2.152 €	100,6 %	13 €
Bremen	0,9798	2.121 €	102,0 %	41 €
Nordrhein-Westfalen	0,9883	2.201 €	99,1 %	-20 €
Hessen	0,9791	2.174 €	99,4 %	-13 €
Rheinland-Pfalz	0,9957	2.207 €	99,6 %	-9 €
Baden-Württemberg	0,9418	2.047 €	101,6 %	32 €
Bayern	0,9688	2.152 €	99,4 %	-14 €
Saarland	1,0566	2.344 €	99,5 %	-12 €
Berlin	1,0341	2.332 €	97,9 %	-49 €
Brandenburg	1,1101	2.432 €	100,8 %	19 €
Mecklenburg-Vorpommern	1,1105	2.494 €	98,3 %	-43 €
Sachsen	1,0876	2.344 €	102,4 %	57 €
Sachsen-Anhalt	1,1357	2.463 €	101,8 %	43 €
Thüringen	1,1283	2.411 €	103,3 %	79 €
Bund	1,0000	2.207 €	100,0 %	0 €

Quelle: Göppfarth, D. 2013, S. 11 und 2015, S. 25.

**Tabelle 5: Durchschnittliche Zusatzbeiträge nach Bundesländern im Jahre 2016**

Bundesland	durchschnittlicher Zusatzbeitrag in %
Nordrhein-Westfalen	1,21
Hamburg	1,18
Saarland	1,16
Rheinland-Pfalz	1,12
Schleswig-Holstein	1,12
Bremen	1,11
Hessen	1,11
Bayern	1,09
Baden-Württemberg	1,07
Berlin	1,07
Brandenburg	1,07
Mecklenburg-Vorpommern	1,06
Niedersachsen	0,99
Sachsen-Anhalt	0,87
Thüringen	0,79
Sachsen	0,73

Quelle. Dienst für Gesellschaftspolitik 2016, S. 7.

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

## 3.1 Daten und Methodik

Die regionalen Datengrundlagen zur Berechnung der Deckungsquoten (Zuweisungen minus Ausgaben) liefern, analog zum ersten Gutachten, die beteiligten Krankenkassen auf der Ebene der 71 Landkreise und 25 kreisfreien Städte in Bayern für die Jahre 2013 und 2014. Mit den Ergebnissen aus dem ersten Gutachten steht uns damit ein Analysezeitraum zwischen 2009 und 2014 zur Verfügung, um regionale Entwicklungen und Wirkungen des Morbi-RSA in Bayern abbilden zu können<sup>3</sup>. In Abschnitt 1.3 wurde erläutert, dass seit dem Jahr 2010 keine Regionalmerkmale mehr erhoben werden und lediglich für das Jahr 2011 noch regionale Effekte abgebildet werden konnten. Damit steht uns für die Analyse der regionalen Wirkungen ein Datensatz zur Verfügung, der deutlich über vorliegende Auswertungen des prospektiven BVA-Modells hinausgeht, die auf die Jahre zwischen 2009 und 2011 beschränkt bleiben. Die neuerliche Berechnung der regionalen Deckungsquoten auf Kreisebene und aggregiert auf Landesebene in Bayern gibt neben der Aktualität dieser Werte damit auch einen Einblick in deren zeitliche Entwicklung. Da auch in der Literatur beim gegebenen System kaum jemand hinsichtlich des Gestaltungsspielraums der Krankenkassen die Exogenität einer regionalen Komponente bestreitet, bilden die neuen Berechnungen für den Zeitraum seit 2009 die empirische Grundlage für die Forderung nach einer Regionalkomponente. In Verbindung mit den aktuellen Rechnungsergebnissen der Krankenkassen lassen sich zudem die Mechanismen des GKV-FQWG und dessen Effekte seit dem 1. Januar 2015 auf den Risikostrukturausgleich unter regionalen Aspekten skizzieren.

Im Vergleich zum ersten Gutachten verfügen wir über eine breitere Datenbasis, da weitere Krankenkassen Daten ihrer bayerischen Versicherten für die Analyse zur Verfügung gestellt haben und damit erreichen die von den beteiligten Krankenkassen für die Kreisebene aufbereiteten Daten auf der Landesebene einen Marktanteil in Höhe von knapp über 80 %. Dem

Gutachten stehen regionale Daten folgender Krankenkassen zur Verfügung:

- ▶ AOK Bayern
- ▶ BKK Landesverband Bayern für die teilnehmenden Betriebskrankenkassen
- ▶ Deutsche Angestellten Krankenkasse (DAK)
- ▶ IKK Südwest
- ▶ Techniker Krankenkasse (TK).

Um den bayerischen Gesamtmarkt abbilden zu können, arbeiten wir für die Ersatzkassen mit der Annahme, dass ihre Deckungsquote dem gewichteten Mittelwert der Deckungsquoten von DAK und TK entspricht, der auf den Marktanteil der Ersatzkassen in Höhe von 31 % in Bayern hochgerechnet wird (vgl. Tabelle 6), wobei Berücksichtigung findet, dass von den Versicherten, die in Bayern bei einer Ersatzkasse versichert sind, 54 % auf die DAK und die TK entfallen<sup>4</sup>.

Analog verwenden wir für die Innungskrankenkassen, die über einen Marktanteil in Höhe von 2,5 % in Bayern verfügen, die hochgerechnete Deckungsquote der IKK Südwest. Die Landwirtschaftliche Krankenkasse (LKK) führt die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) als Träger des der landwirtschaftlichen Sozialversicherung zugeordneten Zweigs „Krankenversicherung der Landwirte“ der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 166 SGB V). Aufgrund des gesetzlich definierten Personenkreises in der landwirtschaftlichen Sozialversicherung gibt es keinen direkten Wettbewerb mit anderen Krankenkassen, die SVLFG nimmt auch nicht am Morbi-RSA teil, weshalb die LKK bei der Analyse der Deckungsquoten nicht berücksichtigt wird. Mit Blick auf die regionalen Deckungsquoten erscheint diese Vorgehensweise unstrittig. Zu diskutieren wäre aber die Nichtberücksichtigung mit Blick auf die anschließende Berechnung des Mittelabflusses aus Bayern in Abschnitt 6.

Bei einem Gesamtvolumen der LKK von ca. 2,5 Mrd. Euro jährlich beträgt der Anteil der Bundesmittel über 50 %<sup>5</sup>. Bezüglich der regionalen Verteilung der Bundesmittel liegen keine Statistiken vor. In Bayern ist die bäuerliche Landwirtschaft deutschlandweit noch mit am weitesten verbreitet. Daher kann davon ausgegangen werden, dass die Bundesmittel Bayern über-

<sup>3</sup> Die Datenlieferungsvereinbarung betraf lediglich die beiden Jahre 2013 und 2014, so dass die beteiligten Krankenkassen für das Jahr 2012 keine Daten zur Verfügung gestellt haben. In diesem Jahr gab es bei den beteiligten Krankenkassen datentechnische Besonderheiten und Systemumstellungen. Des Weiteren gab es Änderungen bei der hausarztzentrierten Versorgung. Ab 2013 wirken zudem die Annualisierung der Ausgaben verstorbenen Versicherten und die gesetzliche Änderung der Berechnung von Krankengeld und im Ausland lebenden Versicherten (GKV-FQWG). Allerdings erlaubt die Bezugnahme auf die Jahre bis 2009 aus dem ersten Gutachten eine gewisse Längsschnittbetrachtung.

<sup>4</sup> Dieser Wert ergibt sich aus den Datenmeldungen der DAK und der TK in Relation zu den Werten für die Versicherten bei Ersatzkassen aus Tabelle 6 für Bayern.

<sup>5</sup> Diese Zahlen stammen aus einer Anfrage an das Bayerische Staatsministerium für Arbeit und Soziales, Familie und Integration.

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

proportional zufließen, wodurch die „wahre Nettobelastung“ (Gaßner 2015, S. 42) der von uns in Abschnitt 6 betrachteten fiskalischen Gesamteffekte gemindert wird. Sicherlich beeinflussen die genannten Positionen die fiskalische Situation Bayerns, sie besitzen aber keinen unmittelbaren Bezug zur Berechnung der Deckungsquoten und damit zu den Ausführungen über die Notwendigkeit einer Regionalkomponente auf der Ausgabenseite des Morbi-RSA, die im Mittelpunkt des Gutachtens stehen. Um diese Effekte abgrenzen zu können, halten wir es sogar für zielführend, die LKK bei der Berechnung der Deckungsquoten nicht weiter zu berücksichtigen. Die Knappschaft-Bahn-See (KBS) kommt mit der LKK in Bayern auf einen Versichertenanteil von 2,8 % (vgl. Tabelle 6). Für die Deckungsquote der KBS, für die wir keine vertieften Daten zur Verfügung haben, unterstellen wir, dass ihre Deckungsquote dem gewichteten Mittelwert der Deckungsquoten von AOK und BKK ent-

spricht, sodass wir den bayerischen Gesamtmarkt abbilden können. Angesichts des geringeren Versichertenanteils von LKK und KBS sind Verzerrungen der zentralen Aussagen des Gutachtens nicht zu erwarten.

Der für das Gutachten verwendete Datensatz enthält auf der Ebene der bayerischen Landkreise Informationen über die Versicherten, die Versichertenjahre, die Risikofaktoren, die Leistungsausgaben ohne Krankengeld (auch für ausländische Versicherte in Bayern), die regionalen Zuweisungen (Morbi-RSA, Krankengeld, Satzungs- und Ergänzungs-Leistungen, Verwaltungskosten und DMP-Programme) sowie die regionalen Einnahmen (Beiträge aus beitragspflichtigen Arbeitentgelten sowie Beiträge von freiwilligen Mitgliedern und Studenten, Beiträge von Selbstzahlern nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V, Beiträge für versicherungspflichtige Studenten und Praktikanten sowie hochgerechnete Beiträge für Rentner, ALG I- und ALG II-Bezieher).

**Tabelle 6: Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) insgesamt in Deutschland nach Kassenarten, Marktanteilen und Bundesländern (1.7.2013)**

Bundesland/Versicherte <sup>1</sup>	GKV		AOK <sup>2</sup>	BKK <sup>2</sup>	IKK <sup>2</sup>	LKK <sup>2</sup> und KBS <sup>2</sup>	Ersatzkassen
	absolut	%	Anteil in %				
Baden-Württemberg	8.912.462	100,0	42,4	16,6	7,9	1,4	31,6
<b>Bayern</b>	<b>10.514.104</b>	<b>100,0</b>	<b>41,0</b>	<b>22,8</b>	<b>2,5</b>	<b>2,8</b>	<b>30,9</b>
Berlin	2.871.131	100,0	26,1	17,3	4,3	0,7	51,6
Brandenburg	2.196.953	100,0	27,6	13,6	7,4	4,4	47,0
Bremen	565.739	100,0	34,2	16,3	5,6	1,4	42,5
Hamburg	1.469.808	100,0	21,4	18,3	4,5	1,3	54,6
Hessen	5.119.870	100,0	29,9	16,7	5,5	1,9	46,1
Mecklenburg-Vorpommern	1.451.476	100,0	31,1	14,5	9,1	2,0	43,3
Niedersachsen	6.806.667	100,0	35,3	20,3	2,7	3,5	38,2
Nordrhein-Westfalen	15.239.781	100,0	29,7	16,3	9,7	6,2	38,1
Rheinland-Pfalz	3.331.498	100,0	30,6	17,0	11,3	2,5	38,6
Saarland	850.695	100,0	23,9	7,7	16,7	12,2	39,6
Sachsen	3.716.229	100,0	49,5	6,0	16,2	4,1	24,2
Sachsen-Anhalt	2.097.109	100,0	33,6	8,6	20,1	5,2	32,4
Schleswig-Holstein	2.398.322	100,0	27,7	16,0	5,9	3,2	47,2
Thüringen	1.980.068	100,0	40,7	9,0	15,7	4,0	30,6
Wohnsitz im Ausland	333.010	100,0	52,0	14,6	6,9	3,0	23,4
<b>Deutschland</b>	<b>69.854.922</b>	<b>100,0</b>	<b>34,8</b>	<b>16,6</b>	<b>7,8</b>	<b>3,6</b>	<b>37,3</b>

1 Mitglieder (einschließlich Rentner) und mitversicherte Familienangehörige.

2 Allgemeine Orts-/Betriebs-/Innungskrankenkassen / Landwirtschaftliche Krankenkassen.

3 Krankenversicherung Knappschaft-Bahn-See.

Quelle: BMG 2014, KM 6-Statistik.



Für die regionale Analyse interessieren dabei insbesondere folgende Größen:

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

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

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

- ▶ **Saldo der regionalen Einnahmen und der regionalen RSA-Zuweisungen.** Dieser Saldo zeigt, in welchem Ausmaß die Beitragszahlungen der GKV-Mitglieder mit Wohnsitz in der Region die für sie und ihre mitversicherten Angehörigen aus dem RSA gezahlten Zuweisungen über- oder unterschreiten („regionale Nettozu- bzw. -abflüsse von Beitragsmitteln: NA“):

$$\text{▶ } NA_i = \text{regionale Einnahmen}_i - \text{regionale Zuweisungen}_i$$

$$\text{▶ } NA_{\text{Bayern}} = \sum_{(i=1)}^{96} NA_i$$

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

Unsere Vorgehensweise ist analog zur Vorgehensweise im ersten Gutachten. Damit soll auch die Vergleichbarkeit der Berechnungen im Zeitablauf gewährleistet werden. Die zur Verfügung stehenden regionalen Einnahmen (Beiträge aus beitragspflichtigen Arbeitsentgelten sowie Beiträge von freiwilligen Mitgliedern und Studenten, Beiträge von Selbstzahlern nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V, Beiträge für versicherungspflichtige Studenten und Praktikanten sowie hochgerechnete Beiträge für Rentner, ALG I- und ALG II-Bezieher) können wieder herangezogen werden, um über Nettozuflüsse bzw. -abflüsse aus einer Wertschöpfungsperspektive zu informieren.

Während die Höhe der hier nicht erfassten Einkommensbestandteile (Rentner, ALG I- und ALG II-Empfänger, Minijobber) von politischen Faktoren mitbestimmt wird, besteht bei den beitragspflichtigen Arbeitsentgelten ein unmittelbarer Bezug zur Wertschöpfung, da der Sozialaufwand letztlich aus der

Wertschöpfung eines Jahres zu leisten ist<sup>6</sup>. Da der Faktor Kapital, mit der Ausnahme von Selbstzahlern, gegenwärtig nicht zur Verbeitragung herangezogen wird, informieren Nettozu- und -abflüsse auf der Basis der Arbeitsentgelte über entsprechende Ent- und Belastungen des Produktionsfaktors Arbeit auf der Ebene von Landkreisen (Wohnorte der Arbeitnehmer) und für Bayern insgesamt.

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

<sup>6</sup> Nach der Mackenroth-These wird aller Sozialaufwand immer aus dem Volkseinkommen der laufenden Periode gedeckt, was für eine geschlossene Volkswirtschaft zunächst auch zutrifft. Umstritten ist die These mit Blick auf offene Volkswirtschaften und mit Blick auf die Annahme, dass die Bevölkerungszahlen konstant bleiben, was den demographischen Wandel unberücksichtigt lässt (vgl. Breyer 1990).

lichen Beitragseinnahmen zu arbeiten. Die Arbeitslosengeld II-Leistungen (Hartz IV) sind dagegen wiederum Pauschalbeiträge und können unmittelbar mit den entsprechenden Zahlen für Arbeitslosengeld II-Empfänger in Bayern multipliziert werden.

#### 3.2 Deckungsquoten auf Kreisebene

Die regionalen Deckungsquoten für die bayerischen Landkreise geben an, ob die Zuweisungen, die in der Summe über alle Krankenkassen für die Versicherten in den bayerischen Landkreisen aus dem Gesundheitsfonds ausgezahlt wurden, die Ausgaben für dieselben Versicherten überschreiten oder nicht. Überdeckungen entsprechen Werten über 100 % und Unterdeckungen bestehen bei Werten unter 100 %. Tabelle 7 enthält die Deckungsquoten für die Landkreise und kreisfreien Städte in Bayern und für Bayern insgesamt.

Für alle bayerischen Krankenkassen gemeinsam finden wir Deckungsquoten für die Jahre 2011, 2013 und 2014, die sich auf 99,00 %, 99,99 % und 99,12 % belaufen. Das entspricht einer *Unterdeckung in Bayern von knapp einem Prozentpunkt in 2011 und 2014 sowie einer nahezu vollständigen Deckung der Ausgaben durch die Zuweisungen für das Jahr 2013*. Je nach Landkreis bzw. kreisfreier Stadt schwanken die Deckungsquoten zwischen 86,9 % (Schwabach 2011) bis 113,4 % (Freyung-Grafenau 2014). In den vorliegenden drei Jahren verändern sich die Deckungsquoten nicht allzu stark, d. h. wer in 2011 untergedeckt war, ist es überwiegend auch in den Jahren 2013 und 2014 geblieben und vice versa. Es finden sich aber auch einige Gebiete, bei denen die Deckungsquoten das Vorzeichen ändern. So waren beispielsweise die ersten 4 Kreise (Aichach-Friedberg, Altötting, Amberg Stadt, Amberg-Sulzbach) in Tabelle 7 im Jahr 2011 untergedeckt, während sie für das Jahr 2014 eine Überdeckung aufweisen. Das Umgekehrte gilt beispielsweise für die Stadt Coburg, für Kelheim oder für das fränkische Kulmbach.

Eine deutliche stabile Überdeckung findet sich dagegen im Landkreis Bamberg, im Kreis Kitzingen, in Lichtenfels (ländlicher Kreis mit Verdichtungsansätzen), in Rottal-Inn (dünn besiedelter ländlicher Kreis) oder in Straubing-Bogen (dünn besiedelter ländlicher Kreis). Untergedeckt sind dagegen insbesondere die kreisfreien Großstädte sowie die städtischen Kreise in Bayern (z. B. Bayreuth, Dachau, Fürstenfeldbruck, Regensburg, München, Nürnberg). Untergedeckt sind somit vor allem die kreisfreien Großstädte sowie die städtischen Kreise. Überdeckungen zeigen sich insbesondere in den dünn besiedelten ländlichen Kreisen,

während die ländlichen Kreise mit Verdichtungsansätzen eher dazwischenliegen und nicht immer eindeutig zugeordnet werden können.

Die Abbildungen 3 bis 5 illustrieren die Deckungsquoten für die Jahre 2011, 2013 und 2014 auf der Ebene der bayerischen Landkreise und kreisfreien Städte anhand unterschiedlicher Einfärbungen. Die rote Farbe signalisiert eine Unterdeckung (Deckungsquote < 100 %) in dem betreffenden Landkreis bzw. der kreisfreien Stadt, die Farbe Blau zeigt dagegen eine Überdeckung an (Deckungsquote >100 %).

Über- und Unterdeckungen finden sich in Bayern in sehr heterogenen räumlichen Einheiten. Die empirische Analyse findet sowohl Regionen mit Überdeckungen als auch Regionen mit Unterdeckungen. Diese Über- und Unterdeckungen nach Morbi-RSA sind sicherlich das Ergebnis sehr unterschiedlicher regionaler bayerischer Verhältnisse in den Landkreisen und kreisfreien Städten.

Die niedrigsten Deckungsquoten, d. h. das ungünstigste Verhältnis von Leistungsausgaben in Relation zu den Zuweisungen finden sich für das Jahr 2014 in Weiden (87,1 % nach 89,64 % in 2011 und 92,43 % in 2013). Schwabach, das im Jahr 2011 über die niedrigste Deckungsquote (86,9 %) verfügte, erreicht dagegen im Jahr 2013 eine Deckungsquote in Höhe von 94,76 % und im Jahr 2014 sogar 100 %. Auch die Städte Augsburg, Coburg oder Weiden sind über den gesamten Zeitraum deutlich untergedeckt. In einigen dieser Verdichtungsräume ist es denkbar, dass Versicherte aus dem Umland Leistungen in der Stadt Weiden nachfragen, wodurch die Deckungsquote bei möglichen Fehlbuchungen in der Stadt zu niedrig und für das Umland zu hoch ausgewiesen wird. Solche Stadt-Umland-Aspekte sind bei den meisten Ballungsräumen zu beachten.

Weitere niedrige Deckungsquoten besitzen Dachau (91,1 %), München (Stadt 93,0 % und Kreis 91,5 %), Fürstenfeldbruck (92,7 %) und Garmisch-Partenkirchen (92,1 %). Dagegen findet sich die höchste Deckungsquote aller bayerischen Landkreise und kreisfreien Städte im Jahr 2011 in der Stadt Aschaffenburg (108,3 %) und in 2014 in Freyung-Grafenau (113,1 %). Hohe Deckungsquoten weisen zudem die Stadt Passau (108,0 %), die Landkreise Straubing-Bogen (107,0 %), Rottal-Inn (105,1 %) und Kitzingen (104,7 %) auf.

Unsere empirische Analyse bestätigt in der Tendenz die Ergebnisse des ersten Gutachtens sowie bisherige Ergebnisse regionaler Analysen (vgl. Göppfarth 2011, S. 36, Drösler et al. 2011, S. 62 ff., Ulrich und Wille 2014, S. 15 ff.): Unterdeckungen weisen insbesondere Krankenkassen auf, die ihre Versicherten überwiegend in Regionen mit einer höheren Sied-

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

Was bedeuten die Ergebnisse für die Fragestellung zur Berücksichtigung einer Regionalkomponente im Morbi-RSA? Unsere Analysen zeigen, dass es in

Bayern erhebliche Über- und Unterdeckungen auf der Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte gibt, die das bisherige Ausgleichsverfahren nicht berücksichtigt, da es die regionalen Kosten- und Versorgungsstrukturen ausklammert. Da Morbidität eine regionale Dimension besitzt, wurde mit Einführung des Morbi-RSA ein erster wichtiger Schritt zur Erfassung und zum Ausgleich regionaler Unterschiede gemacht.

**Tabelle 7: Deckungsquoten in Bayern nach Landkreisen und kreisfreien Städten**

NAME	KTYP_NAME	DQ Bayern 2011	DQ Bayern 2013	DQ Bayern 2014
Aichach-Friedberg	Ländliche Kreise mit Verdichtungsansätzen	99,9 %	99,78 %	101,66 %
Altötting	Städtische Kreise	98,1 %	101,30 %	98,24 %
Amberg, Stadt	Dünn besiedelte ländliche Kreise	96,7 %	102,60 %	100,70 %
Amberg-Weizsäckchen	Dünn besiedelte ländliche Kreise	98,9 %	99,83 %	104,15 %
Ansbach	Dünn besiedelte ländliche Kreise	103,0 %	102,81 %	102,43 %
Ansbach, Stadt	Dünn besiedelte ländliche Kreise	96,0 %	104,66 %	100,12 %
Aschaffenburg	Städtische Kreise	102,6 %	103,16 %	103,93 %
Aschaffenburg, Stadt	Städtische Kreise	108,3 %	104,72 %	104,65 %
Augsburg	Städtische Kreise	99,2 %	100,00 %	100,68 %
Augsburg, Stadt	Kreisfreie Großstädte	98,3 %	98,86 %	96,63 %
Bad Kissingen	Dünn besiedelte ländliche Kreise	98,7 %	99,86 %	98,74 %
Bad Tölz-Wolfratshausen	Dünn besiedelte ländliche Kreise	95,1 %	95,05 %	95,08 %
Bamberg	Ländliche Kreise mit Verdichtungsansätzen	104,7 %	106,26 %	107,32 %
Bamberg, Stadt	Ländliche Kreise mit Verdichtungsansätzen	98,0 %	98,20 %	102,50 %
Bayreuth	Dünn besiedelte ländliche Kreise	99,6 %	101,98 %	102,12 %
Bayreuth, Stadt	Dünn besiedelte ländliche Kreise	94,3 %	97,63 %	98,00 %
Berchtesgadener Land	Ländliche Kreise mit Verdichtungsansätzen	99,7 %	99,87 %	100,08 %
Cham	Dünn besiedelte ländliche Kreise	101,1 %	101,60 %	100,41 %
Coburg	Ländliche Kreise mit Verdichtungsansätzen	103,2 %	104,36 %	106,42 %
Coburg, Stadt	Ländliche Kreise mit Verdichtungsansätzen	100,7 %	103,25 %	99,47 %
Dachau	Städtische Kreise	91,1 %	94,11 %	96,82 %
Deggendorf	Dünn besiedelte ländliche Kreise	103,2 %	108,04 %	104,59 %
Dillingen a. d. Donau	Ländliche Kreise mit Verdichtungsansätzen	98,6 %	100,18 %	101,73 %
Dingolfing-Landau	Ländliche Kreise mit Verdichtungsansätzen	101,9 %	100,93 %	101,49 %
Donau-Ries	Ländliche Kreise mit Verdichtungsansätzen	99,0 %	104,03 %	104,03 %
Ebersberg	Städtische Kreise	92,9 %	93,96 %	92,82 %
Eichstätt	Ländliche Kreise mit Verdichtungsansätzen	101,9 %	102,22 %	101,95 %
Erding	Ländliche Kreise mit Verdichtungsansätzen	96,5 %	98,21 %	97,80 %
Erlangen, Stadt	Kreisfreie Großstädte	96,3 %	101,50 %	99,37 %
Erlangen-Höchstadt	Städtische Kreise	97,6 %	99,94 %	100,43 %

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

NAME	KTYP_NAME	DQ Bayern 2011	DQ Bayern 2013	DQ Bayern 2014
Forchheim	Ländliche Kreise mit Verdichtungsansätzen	99,9 %	100,05 %	100,70 %
Freising	Städtische Kreise	98,5 %	99,61 %	101,84 %
Freyung-Grafenau	Dünn besiedelte ländliche Kreise	104,1 %	107,59 %	113,14 %
Fürstenfeldbruck	Städtische Kreise	92,7 %	93,72 %	91,63 %
Fürth	Städtische Kreise	98,4 %	103,53 %	102,76 %
Fürth, Stadt	Kreisfreie Großstädte	101,1 %	101,30 %	103,45 %
Garmisch-Partenkirchen	Dünn besiedelte ländliche Kreise	92,1 %	93,42 %	95,11 %
Günzburg	Städtische Kreise	102,7 %	100,08 %	102,19 %
Haßberge	Dünn besiedelte ländliche Kreise	101,9 %	99,76 %	101,73 %
Hof	Ländliche Kreise mit Verdichtungsansätzen	103,9 %	107,19 %	103,36 %
Hof, Stadt	Ländliche Kreise mit Verdichtungsansätzen	103,2 %	109,82 %	104,29 %
Ingolstadt, Stadt	Kreisfreie Großstädte	97,1 %	98,93 %	102,20 %
Kaufbeuren, Stadt	Dünn besiedelte ländliche Kreise	97,3 %	102,59 %	100,95 %
Kelheim	Ländliche Kreise mit Verdichtungsansätzen	100,1 %	101,29 %	97,93 %
Kempten (Allgäu), Stadt	Dünn besiedelte ländliche Kreise	98,3 %	100,61 %	99,83 %
Kitzingen	Ländliche Kreise mit Verdichtungsansätzen	104,7 %	103,35 %	104,76 %
Kronach	Ländliche Kreise mit Verdichtungsansätzen	103,1 %	108,16 %	105,01 %
Kulmbach	Dünn besiedelte ländliche Kreise	101,6 %	101,76 %	99,75 %
Landsberg am Lech	Ländliche Kreise mit Verdichtungsansätzen	100,8 %	101,28 %	100,71 %
Landshut	Ländliche Kreise mit Verdichtungsansätzen	101,5 %	102,97 %	102,72 %
Landshut, Stadt	Ländliche Kreise mit Verdichtungsansätzen	95,6 %	100,00 %	102,83 %
Lichtenfels	Ländliche Kreise mit Verdichtungsansätzen	101,5 %	100,49 %	105,86 %
Lindau (Bodensee)	Städtische Kreise	101,7 %	102,07 %	99,86 %
Main-Spessart	Dünn besiedelte ländliche Kreise	99,9 %	102,86 %	101,69 %
Memmingen, Stadt	Ländliche Kreise mit Verdichtungsansätzen	100,3 %	102,23 %	102,94 %
Miesbach	Ländliche Kreise mit Verdichtungsansätzen	95,3 %	97,18 %	94,60 %
Miltenberg	Städtische Kreise	102,4 %	103,26 %	104,78 %
Mühdorf a. Inn	Ländliche Kreise mit Verdichtungsansätzen	99,8 %	99,84 %	99,50 %
München	Städtische Kreise	91,5 %	94,80 %	95,06 %
München, Stadt	Kreisfreie Großstädte	93,0 %	94,07 %	92,81 %
Neuburg-Schrobenhausen	Dünn besiedelte ländliche Kreise	100,5 %	105,72 %	98,44 %
Neumarkt i. d. OPf.	Dünn besiedelte ländliche Kreise	101,7 %	106,87 %	99,42 %
Neustadt a. d. Aisch-Bad Windsheim	Dünn besiedelte ländliche Kreise	102,7 %	102,83 %	100,73 %
Neustadt a.d.Waldnaab	Dünn besiedelte ländliche Kreise	93,8 %	93,76 %	97,14 %
Neu-Ulm	Städtische Kreise	96,4 %	99,03 %	99,61 %
Nürnberg, Stadt	Kreisfreie Großstädte	97,7 %	100,91 %	99,64 %
Nürnberger Land	Städtische Kreise	98,2 %	98,89 %	98,43 %
Oberallgäu	Dünn besiedelte ländliche Kreise	101,6 %	104,74 %	104,75 %
Ostallgäu	Dünn besiedelte ländliche Kreise	101,1 %	102,26 %	101,88 %
Passau	Ländliche Kreise mit Verdichtungsansätzen	101,9 %	102,48 %	102,12 %

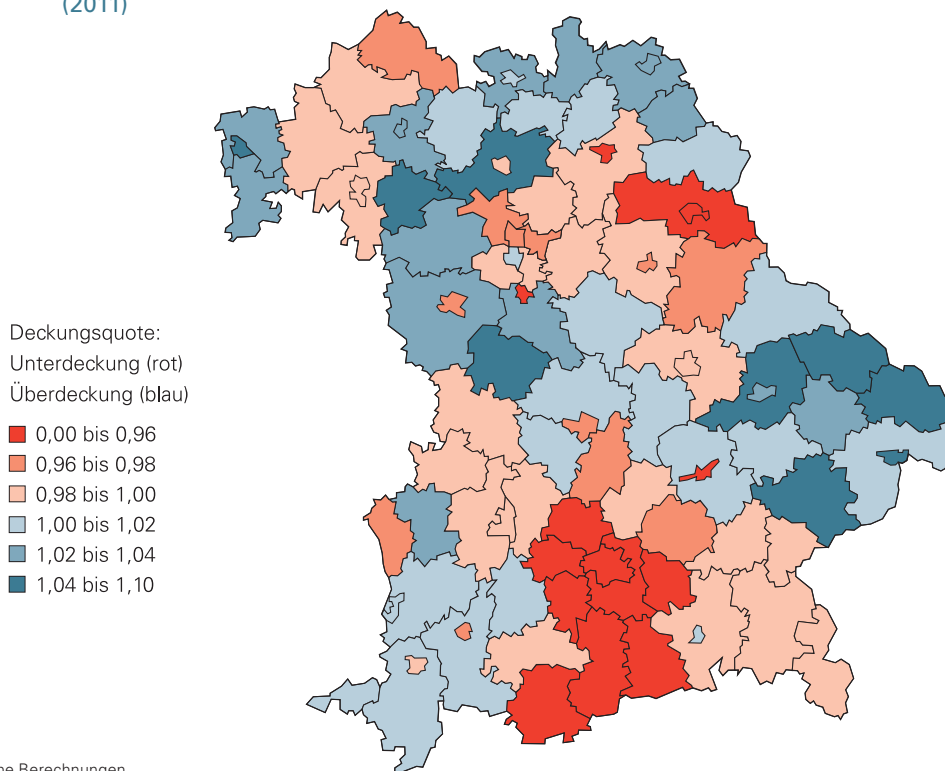
NAME	KTYP_NAME	DQ Bayern 2011	DQ Bayern 2013	DQ Bayern 2014
Passau, Stadt	Ländliche Kreise mit Verdichtungsansätzen	108,0 %	108,21 %	102,84 %
Pfaffenhofen a. d. Ilm	Ländliche Kreise mit Verdichtungsansätzen	97,1 %	99,68 %	97,99 %
Regen	Dünn besiedelte ländliche Kreise	106,9 %	107,48 %	104,15 %
Regensburg	Ländliche Kreise mit Verdichtungsansätzen	99,8 %	103,18 %	101,38 %
Regensburg, Stadt	Kreisfreie Großstädte	98,5 %	100,56 %	95,93 %
Rhön-Grabfeld	Dünn besiedelte ländliche Kreise	97,4 %	98,27 %	97,93 %
Rosenheim	Städtische Kreise	98,4 %	101,48 %	98,21 %
Rosenheim, Stadt	Städtische Kreise	100,3 %	104,88 %	97,58 %
Roth	Ländliche Kreise mit Verdichtungsansätzen	102,4 %	102,38 %	104,88 %
Rottal-Inn	Dünn besiedelte ländliche Kreise	105,1 %	104,98 %	104,82 %
Schwabach, Stadt	Ländliche Kreise mit Verdichtungsansätzen	86,9 %	94,76 %	99,01 %
Schwandorf	Dünn besiedelte ländliche Kreise	97,5 %	97,37 %	96,22 %
Schweinfurt	Ländliche Kreise mit Verdichtungsansätzen	103,5 %	106,01 %	105,27 %
Schweinfurt, Stadt	Ländliche Kreise mit Verdichtungsansätzen	102,5 %	100,95 %	98,92 %
Starnberg	Städtische Kreise	95,0 %	96,63 %	93,04 %
Straubing, Stadt	Dünn besiedelte ländliche Kreise	103,3 %	106,52 %	102,35 %
Straubing-Bogen	Dünn besiedelte ländliche Kreise	107,0 %	107,96 %	102,75 %
Tirschenreuth	Dünn besiedelte ländliche Kreise	100,2 %	97,72 %	100,40 %
Traunstein	Ländliche Kreise mit Verdichtungsansätzen	98,9 %	101,74 %	100,11 %
Unterallgäu	Ländliche Kreise mit Verdichtungsansätzen	101,3 %	101,74 %	101,78 %
Weiden i. d. OPf., Stadt	Dünn besiedelte ländliche Kreise	87,1 %	92,43 %	89,64 %
Weilheim-Schongau	Ländliche Kreise mit Verdichtungsansätzen	98,1 %	98,77 %	98,00 %
Weißenburg-Gunzenhausen	Dünn besiedelte ländliche Kreise	104,6 %	109,71 %	106,41 %
Wunsiedel i. Fichtelgebirge	Ländliche Kreise mit Verdichtungsansätzen	100,3 %	101,66 %	104,14 %
Würzburg	Städtische Kreise	98,4 %	101,81 %	101,59 %
Würzburg, Stadt	Kreisfreie Großstädte	101,6 %	97,55 %	97,53 %
<b>Bayern gesamt</b>	<b>Bundesland</b>	<b>99,00 %</b>	<b>99,99 %</b>	<b>99,12 %</b>

Quelle: Eigene Berechnungen.

Unsere Analyse zeigt, dass dies aber nicht ausreicht und auch nach der Standardisierung um Alter, Geschlecht und ausgewählter Morbidität weitere und partiell nicht unerhebliche Unterschiede in den risikoadjustierten Ausgaben auf der Ebene der bayerischen Landkreise bestehen. Die Ausgabenunterschiede in den Landkreisen können sehr verschiedene Ursachen besitzen, die wir mit den vorhandenen Daten nicht abschließend untersuchen können. Neben Unterschieden im regionalen medizinischen Bedarf, der über die erklärten Unterschiede hinsichtlich Alter, Geschlecht und Morbidität hinausgeht, werden diese Differenzen sicherlich auch angebotsbedingt sein, d. h. in den unterschiedlichen regionalen Kosten- und Versorgungsstrukturen liegen, worauf wir in den Abschnit-

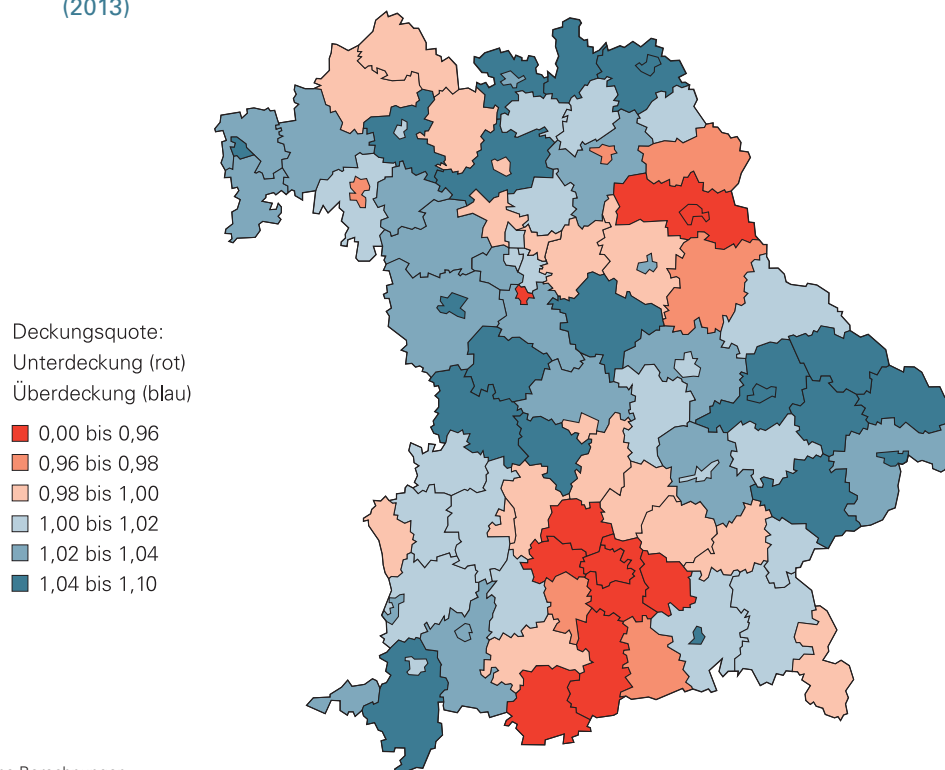
ten 4.2 und 4.3 noch näher eingehen. Soweit diese Faktoren für die Krankenkassen nicht beeinflusst werden können, trägt eine Regionalkomponente dazu bei, mögliche Wettbewerbsverzerrungen abzuschwächen oder zu vermeiden. Damit geht nicht automatisch eine optimale Versorgungsstruktur einher, das kann aber nicht die Aufgabe des Morbi-RSA sein, der auf die Vermeidung von Wettbewerbsverzerrungen zwischen Krankenkassen abzielt (vgl. hierzu auch Abschnitt 5.1) und mit zusätzlichen Aufgaben überfrachtet und auch überfordert wäre. Hierzu stehen der Gesundheitspolitik weitere Instrumente zur Verfügung, welche mit Blick auf eine Fehlversorgung korrigierend eingesetzt werden können.

Abbildung 3: Deckungsquoten (ohne Krankengeld) in Bayern nach Landkreisen und kreisfreien Städten (2011)



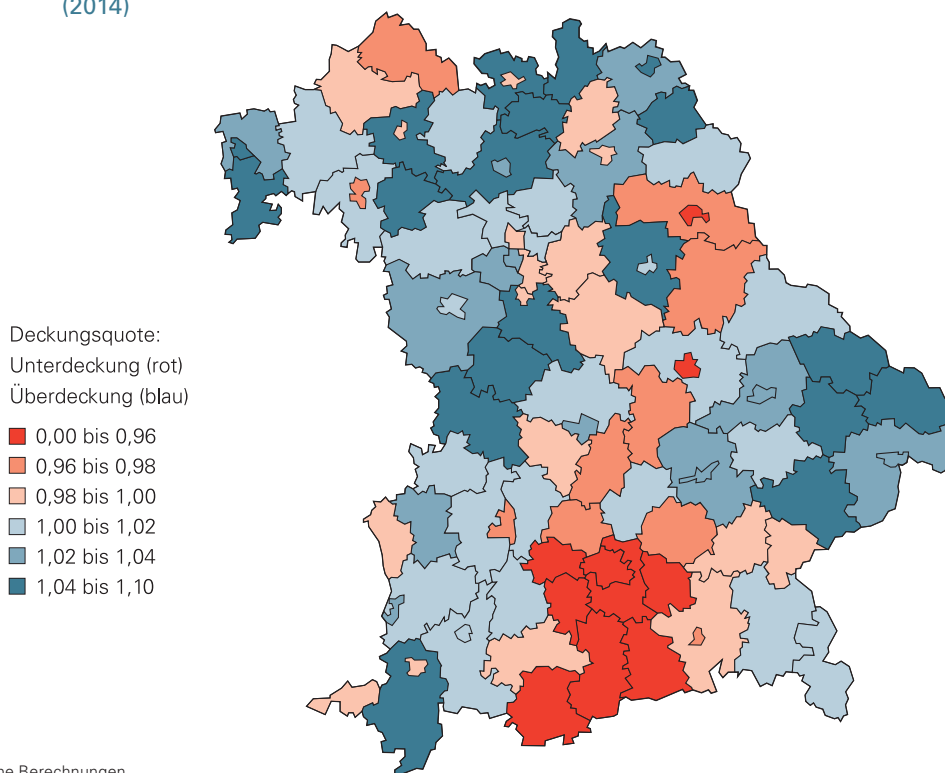
Quelle: Eigene Berechnungen.

Abbildung 4: Deckungsquoten (ohne Krankengeld) in Bayern nach Landkreisen und kreisfreien Städten (2013)



Quelle: Eigene Berechnungen.

Abbildung 5: Deckungsquoten (ohne Krankengeld) in Bayern nach Landkreisen und kreisfreien Städten (2014)



Quelle: Eigene Berechnungen.

### 3.3 Deckungsquoten und Deckungsbeträge auf Ebene des Bundeslandes

Für Bayern insgesamt ergeben unsere Berechnungen Deckungsquoten für die untersuchten Jahre ab 2009, die zwischen 98,3 % und 99,99 % liegen (vgl. Tabelle 8). Eine Deckungsquote kleiner als Eins bedeutet, dass die Zuweisungen für das entsprechende Jahr, die in der Summe über alle Krankenkassen für die Versicherten mit Wohnsitz in Bayern ausgezahlt wurden, die Ausgaben für diese Versicherten unterschritten haben, d. h. nicht decken konnten. Dies ist zwar zunächst nur eine Momentaufnahme für ein spezifisches Jahr, dennoch zeigen unsere Berechnungen, dass auch in den Jahren vor 2014 in der Tendenz eine Unterdeckung vorlag. Die einzige Ausnahme in dieser Zeitreihe bildet das Jahr 2013 mit einer Deckungsquote in Höhe von 99,99 %.

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

Deckungsquoten kleiner als Eins bedeuten für die betroffenen Krankenkassen Fehlbeträge bzw. negative Deckungsbeträge in Millionenhöhe. Die Höhe dieser negativen Deckungsbeträge kann ebenfalls Tabelle 8 entnommen werden.

Tabelle 8: Deckungsquote und Deckungsbetrag Bayern (2009–2014, ohne Krankengeld)

Deckungsquote und -betrag	2009	2010	2011	2013	2014
Deckungsquote Bayern insgesamt	98,60 %	98,30 %	99,00 %	99,99 %	99,12 %
Deckungsbetrag Bayern insgesamt	-335 Mio. €	-424 Mio. €	-230 Mio. €	-5 Mio. €	-188,3 Mio. €

Quelle: BVA, eigene Berechnungen.

## 4. Die regionale Komponente im Lichte einer effizienten und effektiven Gesundheitsversorgung

Ein negativer Deckungsbetrag in Bayern bedeutet, dass die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds, die in der Summe alle Krankenkassen für die Versicherten mit Wohnsitz in Bayern in dem betreffenden Jahr erhielten, die entsprechenden Leistungsausgaben nicht zu decken vermochten.

Da der Morbi-RSA bereits seit dem Jahr 2009 besteht, erzeugt er seitdem regionale Be- und Entlastungen. Es liegt daher nahe, die entsprechenden Effekte aus den Jahren 2009 und 2010 mit in die Betrachtung einzubeziehen. Tabelle 8 weist für die Jahre 2009 und 2010 die entsprechenden Deckungsquoten aus. Die Werte aus Tabelle 8 zeigen, dass die Deckungsquoten in den Jahren 2009 und 2010 noch spürbar unter denjenigen der Folgejahre lagen (siehe zu den Werten für die Jahre 2009 und 2010: Gaßner, Göppfarth und Wittmann 2011, S. 79; Göppfarth, Wittmann und Buchner 2012, S. 17). Der damit einhergehende Fehlbetrag beläuft sich zwischen 424 Mio. Euro im Jahr 2010 und 5 Mio. Euro im Jahr 2013<sup>7</sup>.

<sup>7</sup> Wir halten die Berechnung der Deckungsquoten und -beträge ohne Berücksichtigung des Krankengeldes weiterhin für die aussagefähigere Darstellung, da das Krankengeld nicht in die Versorgung des Patienten fließt, sondern für die versicherten Mitglieder der Krankenkassen eine Lohnersatzleistung darstellt (auf die gesundheitlichen Leistungsausgaben ohne Krankengeld beziehen sich ebenfalls Drösler et al. 2011, S. 62 ff.; Göppfarth 2011; Göppfarth, Wittmann und Buchner 2012).

Die obigen Fehlbeträge kumulieren sich in diesen fünf Jahren somit auf über eine Mrd. Euro, wobei das Jahr 2012 aufgrund datentechnischer Besonderheiten und Umstellungen ausgeklammert bleibt. Es gibt aber keine Hinweise, dass der Deckungsbetrag im Jahr 2012 einen Ausreißer aus der obigen Reihe dargestellt hätte, so dass der kumulierte Fehlbetrag für die Jahre 2009 bis 2014 in der Tendenz noch etwas höher ausgefallen sein dürfte.

Selbst wenn man die methodischen Unschärfen einer solchen Regressierung der Zuweisungen aus dem Morbi-RSA auf die einzelnen Regionen eines Bundeslandes in Rechnung stellt, dürfte dieser Fehlbetrag insgesamt zwischen 2009 und 2014 mindestens 1 Mrd. Euro erreichen<sup>8</sup>. Die Deckung dieser Fehlbeträge stellt für die betroffenen Krankenkassen – vor allem im Wettbewerb mit Konkurrenten, bei denen keine oder nur geringe Belastungen oder sogar Überdeckungen anfallen – eine erhebliche bzw. kaum zu bewältigende Herausforderung dar.

<sup>8</sup> Methodische Unschärfen können letztlich in beide Richtungen bestehen, d. h. dass die Fehlbeträge kumuliert auch über einer Mrd. Euro liegen können. Im Sinne des Ausweises einer Untergrenze nimmt das Gutachten lediglich einen Abschlag nach unten vor.

## 4. Die regionale Komponente im Lichte einer effizienten und effektiven Gesundheitsversorgung

### 4.1 Nachfrage- und angebotsseitige Einflussgrößen unterschiedlicher Deckungsquoten

Da der Gesundheitsfonds einen vollständigen Finanzausgleich bewirkt und der Morbi-RSA die Alters- und Geschlechtsstruktur der Versicherten sowie deren Morbiditätsstruktur in Form von bis zu 80 spezifischen Krankheiten berücksichtigt, können diese Faktoren für die unterschiedlichen Deckungsquoten der Krankenkassen nicht verantwortlich zeichnen. Gleichwohl existiert ein breites und vielschichtiges Spektrum von angebots- und nachfrageseitigen Einflussgrößen, auf das die festgestellten Unterschiede in den Deckungsquoten der Krankenkassen zurückgehen können. Bei den nachfrageseitigen Einflussgrößen, zwischen denen wiederum vielfältige und

enge Wechselwirkungen bestehen, handelt es sich um regionale Unterschiede in der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen, die vornehmlich in folgenden Faktoren wurzeln können (vgl. Ulrich V. und Wille, E. 2014, S. 24):

- ▶ die im Morbi-RSA nicht berücksichtigten Krankheiten,
- ▶ Haushaltseinkommen und Vermögen der Versicherten,
- ▶ Pflicht- oder freiwillig Versicherte,
- ▶ soziale Schicht, Beruf und Bildung, z. B. Schulabgänger mit und ohne Abschluss sowie Versicherte mit Hochschulreife,
- ▶ Arbeitslosenquote, Anzahl der Transferempfänger und der Zuzahlungsbefreiten (vgl. Lux, G. et al. 2015),
- ▶ Erwerbs- und Dienstleistungsquote,



- ▶ Branche und Betriebsgröße,
- ▶ ökologische bzw. Wohnumweltbedingungen, z. B. Wohnfläche, Mehrfamilienhäuser,
- ▶ Familienstand und Haushaltsgröße, insbesondere Alleinstehende und Einpersonenhaushalte,
- ▶ Bevölkerungsdichte,
- ▶ Zahl der Pflegebedürftigen,
- ▶ Wanderungsbewegungen sowie
- ▶ Anteil der Migranten mit abweichendem Nachfrageverhalten.

In Verbindung mit der im Morbi-RSA enthaltenen Alters-, Geschlechts- und Morbiditätsstruktur bestimmen diese nachfrageseitigen Einflussgrößen auch den regionalspezifischen Bedarf, an dem sich die Gesundheitsversorgung im Sinne des GKV-VStG stärker orientieren sollte (vgl. Rüger, A. et al. 2014, S. 7). Diese Forderung gilt unbeschadet der Einschränkung, dass es sich beim Versorgungsbedarf, soweit dessen Befriedigung der GKV obliegt, um einen unscharfen Begriff handelt, der in seiner konkreten Ausgestaltung im Sinn des jeweils geltenden Leistungskataloges der GKV auch einem zeitlichen Wandel unterliegt (vgl. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2002, Ziffer 17 ff.; Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2014, Ziffer 1 ff., Schmacke, N. 2013, S. 8). Die für die GKV maßgebliche „bedarfsgerechte Versorgung“ lässt sich im Sinne eines „objektivierte Bedarfs“<sup>9</sup> regional wie bundesweit nur mit Hilfe positiver und negativer Kriterien bzw. Eingrenzungen bestimmen.

Angesichts der zeitlich limitierten und mit Auslaufen der Konvergenzklausel nach § 272 Abs. 2 SGB V nicht mehr vorhandenen Datenbasis zu den regionalen Verteilungseffekten des Morbi-RSA überrascht es nicht, dass zu den Einflussgrößen der Unterschiede in den Deckungsquoten von Regionen bzw. Kreisen und Bundesländern kaum empirische Untersuchungen existieren. Nach einer Untersuchung von D. Göppfarth (2011, S. 8 ff.) beeinflussten von den nachfrageseitigen Einflussfaktoren insbesondere die Siedlungsdichte, die Wirtschaftskraft, der Dienstleistungsanteil und die Einpersonenhaushalte die Ausgabenunterschiede und verursachten damit negative regionale Deckungsquoten. Von der Arbeitslosenquote gingen keine entsprechenden Effekte aus und das Haushaltseinkommen sowie das Bildungsniveau zeigten keine eindeutigen Resultate. Demgegenüber gelangten D. von Stillfried und T. Czihal (2011b) auf der Basis von Daten der vertragsärztlichen Versorgung zu dem Ergebnis, dass

eine hohe Arbeitslosigkeit und ein niedriges Haushaltseinkommen mit einem niedrigeren Inanspruchnahmeniveau einherging und damit positive regionale Deckungsquoten erzeugte.

Neben den nachfrageseitigen Einflussgrößen können auch von angebotsseitigen Determinanten relevante Effekte auf die regionalen Deckungsquoten ausgehen. Dies gilt vor allem für (ähnlich Ulrich V. und Wille, E. 2014, S. 25):

- ▶ Die Haus- und Fachärztdichte, d. h. niedergelassene Ärzte insgesamt, davon Hausärzte, Internisten und Gebiets- bzw. Fachärzte insgesamt je 100.000 Einwohner,
- ▶ Krankenhaus- und Pflegebetten je 10.000 Einwohner,
- ▶ die Erreichbarkeit von Haus- und Fachärzten sowie Krankenhäusern,
- ▶ das Angebotsverhalten der Leistungserbringer in Verbindung mit dem Wettbewerb in den einzelnen Leistungsbereichen sowie
- ▶ das Kodierverhalten der niedergelassenen Ärzte (vgl. Betriebskrankenkassen 2015, S. 32).

Nach der Analyse von D. Göppfarth (2011, S. 12) erklären die Ärztedichte, in starkem Maße aber auch die entsprechenden Relationen von Hausärzten, Internisten und Krankenhäuser je 100.000 bzw. 10.000 Einwohnern, die Unterschiede in den regionalen Deckungsquoten. Es bestehen hier wohl Interdependenzen zu den nachfrageseitigen Einflussgrößen Bevölkerungsdichte, Wirtschaftskraft und Dienstleistungsanteil. Daneben können aber auch die Unterschiede in den jeweiligen regionalen Preisniveaus, d. h.

- ▶ der Faktorkosten von privatärztlichen Praxen und Krankenhäusern, d. h. Investitions-, Personal, Sach- und Mietkosten sowie
  - ▶ (mittelbar) der Konsumgüter
- für die regionalen Unterschiede in den Deckungsquoten eine relevante Rolle spielen.

Vor dem Hintergrund dieser zahlreichen nachfrage- und angebotsseitigen Einflussgrößen von regional unterschiedlichen Deckungsquoten stellt sich im Rahmen dieses Gutachtens vor allem die Frage, ob und inwieweit es sich hier um für einzelne Krankenkassen gestaltbare Prozesse oder um nicht beeinflussbare exogene Faktoren handelt. Dabei dürften alle nachfrageseitigen Einflussgrößen wohl unstrittig zu den exogenen Faktoren gehören, denn die einzelnen Krankenkassen vermögen diese Determinanten ähnlich wie Alter, Geschlecht und Morbidität ihrer Versicherten in keiner Weise zu steuern. Bei den angebotsseitigen Einflussgrößen gilt das im Wesentlichen auch für das Kodierverhalten, die Vorhaltung einer qualitativ hoch-

<sup>9</sup> Soweit dieser objektivierte Bedarf, an dem sich die GKV mit ihrem Leistungskatalog orientiert, nicht den subjektiven Bedarf des Versicherten deckt, kann dieser zusätzlich zur Selbstmedikation greifen.

wertigen Infrastruktur im ambulanten, stationären und im Pflegebereich sowie die regional unterschiedlichen Faktorkosten der medizinischen Leistungserstellung und das jeweilige Preisniveau der Konsumgüter (siehe hierzu ausführlicher unten unter 4.2). Die Krankenkassen verfügen lediglich im selektivvertraglichen Bereich über gewisse Gestaltungsspielräume, um die Mengen und Preise der Gesundheitsleistungen zu beeinflussen (vgl. Wille, E. et al. 2012, S. 70 ff.; Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2012, Ziffer 69 ff.). Der Anteil der Leistungsausgaben, den die einzelnen Krankenkassen nach eigenen Angaben selbst gestalten können, liegt im Mittelwert bei knapp 5 % und bei einer Gewichtung der Antworten mit der Zahl der Versicherten bei gut 6 % (vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2012, Ziffer 516). Da auch große Krankenkassen kaum Gestaltungsspielräume von über 10 % ihrer Leistungsausgaben erreichen, dürfte die Exogenität von unter-

schiedlichen regionalen Deckungsquoten derzeit bei gut 90 % liegen (ähnlich Betriebskrankenkassen 2015, S. 31 f.)

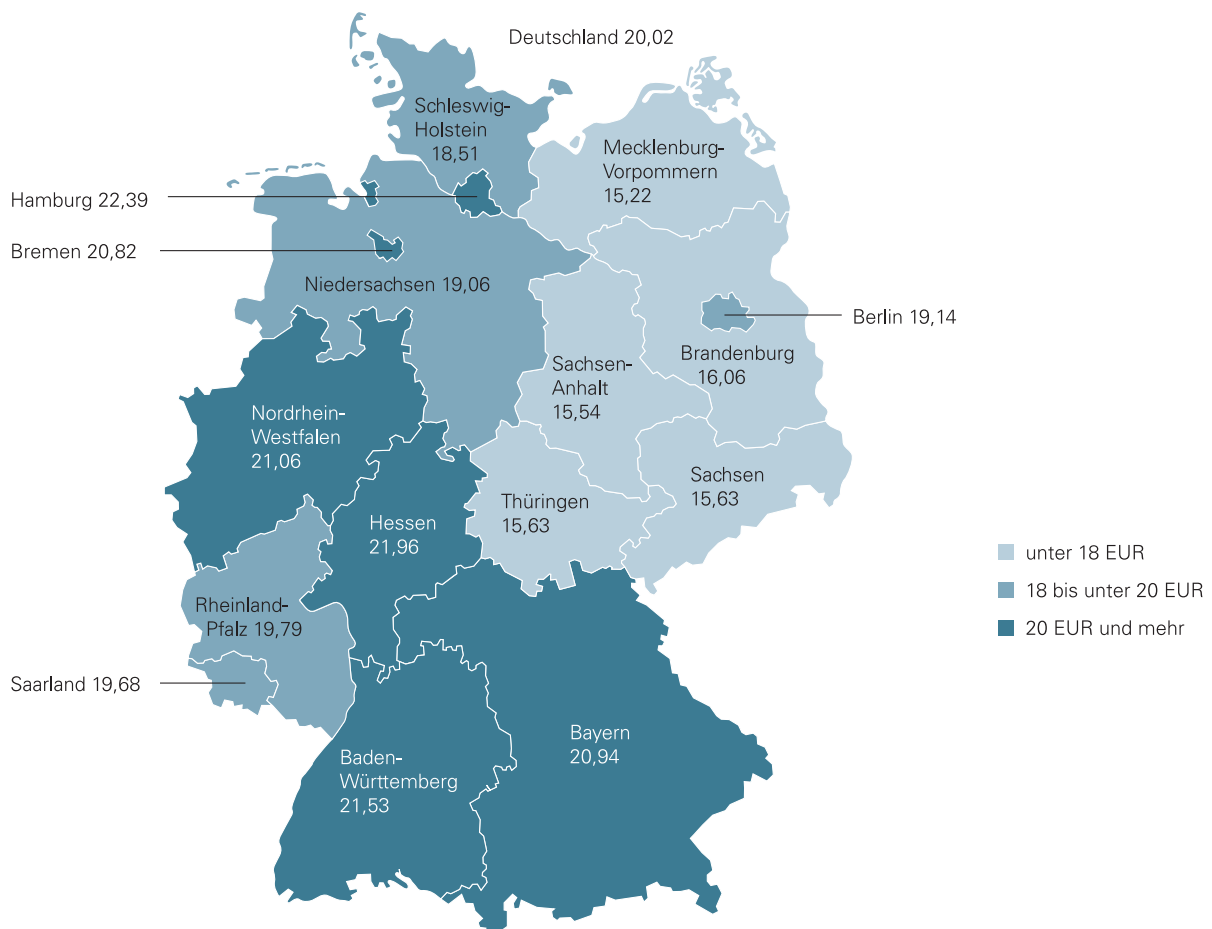
#### 4.2 Regionale Unterschiede in den Faktorkosten und den Konsumgüterpreisen

Regionale Unterschiede in den Kosten- und Preisstrukturen treten in Deutschland sowohl innerhalb von Bundesländern als auch zwischen diesen auf. Diese Differenzen dürften zwar innerhalb von Bundes- bzw. Flächenländern noch deutlicher ausfallen, sie bestehen aber auch in einem relevanten Umfang zwischen den Bundesländern<sup>10</sup>. Sie betreffen vor allem die Faktorkosten von ärztlichen Praxen und Krankenhäusern.

<sup>10</sup> Die derzeitigen Vergütungssysteme beziehen sich ebenfalls auf die Landes- bzw. KV-Ebene, so dass sich in dieser Hinsicht kaum Unterschiede auf der Ebene von Kreisen und kreisfreien Städten zeigen. Soweit es die Rahmenbedingungen zulassen, können die KV kleinräumigen, regionalen Besonderheiten lediglich im Rahmen der Honorarverteilung Rechnung tragen.

**Abbildung 6: Die durchschnittlichen Bruttostundenverdienste im Jahre 2014 nach Bundesländern (ohne Sonderzahlungen)**

Vollzeit- und teilzeitbeschäftigte Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer (einschl. Beamte) im Produzierenden Gewerbe und im Dienstleistungsbereich



Quelle: Statistisches Bundesamt, 2015a, S. 3.

Dies gilt vor allem für die durchschnittlichen Bruttostundenverdienste von voll- und teilzeitbeschäftigten Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern, insbesondere im Dienstleistungsbereich sowie für Grundstückspreise und Mieten. Zusätzlich zu diesen Unterschieden in den (Faktor-)Kosten spielen zumindest mittelbar auch regionale Differenzen im Preisniveau der Lebenshaltungskosten eine Rolle.

Die durchschnittlichen Bruttostundenverdienste von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern lagen im Produzierenden Gewerbe und im Dienstleistungsbereich, wie Abbildung 6 zeigt, im Jahre 2014 bei 20,02 Euro. Dabei reicht die Spanne von 15,22 Euro in Mecklenburg-Vorpommern bis 22,39 Euro in Hamburg. Überdurchschnittliche Bruttostundenverdienste verzeichnen nach Hamburg auch Hessen mit 21,96 Euro, Baden-Württemberg mit 21,53 Euro, Nordrhein-Westfalen mit 21,06 Euro und Bayern mit 20,94 Euro. Die Bruttostundenverdienste in Hamburg übertreffen jene in Mecklenburg-Vorpommern um 47,1 %. Die Bruttostundenverdienste in Bayern, das hier unter den Bundesländern an 5. Stelle rangiert, übersteigen jene in Mecklenburg-Vorpommern um 37,6 % und den Bundesdurchschnitt um immer noch 4,6 %.

Angesichts ihres hohen Personalkostenanteils besitzt die Kostenstruktur im Dienstleistungsbereich für die niedergelassenen Praxen und Krankenhäuser eine besondere Relevanz. Mecklenburg-Vorpommern weist hier wiederum mit 16,10 Euro den niedrigsten Bruttostundenverdienst auf und Hessen und Hamburg nehmen mit 24,10 Euro bzw. 23,92 Euro die Spitzenpositionen ein (vgl. Statistisches Bundesamt 2015a, S. 54). Die durchschnittlichen Bruttostundenverdienste dieser beiden Bundesländer lagen damit um 49,7 % bzw. 48,6 % über dem entsprechenden Verdienst in Mecklenburg-Vorpommern. Bayern belegt hier innerhalb der Bundesländer nach Hessen, Hamburg und Nordrhein-Westfalen mit 22,48 Euro den vierten Platz. Die Bruttostundenverdienste in Bayern übersteigen damit jene in Mecklenburg-Vorpommern um 37,0 % und den Bundesdurchschnitt von 20,98 Euro um 5,1 %.

Neben den durchschnittlichen Bruttostundenverdiensten im Produzierenden Gewerbe und insbesondere im Dienstleistungsbereich stellen vor allem die durchschnittlichen Kaufwerte für baureifes Land, die tendenziell auch das Niveau der Mieten anzeigen, für niedergelassene Praxen und Krankenhäuser bedeutsame Faktorkosten dar. Sie besitzen auch dann eine ökonomische Relevanz, wenn sich die entsprechenden Gebäude im Eigentum des niedergelassenen Arztes oder des Krankenhausträgers befinden. Da in diesen Fällen die Möglichkeit einer Vermietung

zwangsläufig unterbleibt, fallen für diese Leistungserbringer entsprechende Opportunitätskosten- bzw. kalkulatorische Kosten in entsprechender Höhe an. Dabei reicht, wie Tabelle 9 ausweist, bei einem bundesdeutschen Durchschnittswert von 149,14 Euro je m<sup>2</sup> die Spanne innerhalb der Bundesländer von 38,42 Euro in Sachsen-Anhalt bis 902,72 in Hamburg. Weit überdurchschnittliche Kaufwerte verzeichnen auch Berlin mit 410,63 Euro sowie die Flächenländer Hessen mit 248,36 Euro, Bayern mit 239,98 Euro und Baden-Württemberg mit 182,41 Euro. Bayern liegt hier somit innerhalb der Flächenländer an zweiter Position und übertrifft den Bundesdurchschnitt, der die beiden Stadtstaaten noch einschließt, um 60,9 %.

**Tabelle 9: Durchschnittliche Kaufwerte für baureifes Land im 3. Vierteljahr 2015 nach Bundesländern<sup>1</sup>**

Hamburg	902,72
Berlin	410,63
Hessen	248,36
Bayern	239,98
Baden-Württemberg	182,41
Nordrhein-Westfalen	140,56
Rheinland-Pfalz	120,64
Schleswig-Holstein	119,78
Saarland	79,77
Niedersachsen	79,27
Sachsen	67,17
Brandenburg	59,66
Mecklenburg-Vorpommern	51,16
Thüringen	47,16
Sachsen-Anhalt	38,42
Deutschland	149,14

<sup>1</sup> Euro/m<sup>2</sup>; ohne Bremen

Quelle: Statistisches Bundesamt 2015a, S. 7.

Dieser cursorische Überblick über durchschnittliche Bruttostundenverdienste und durchschnittliche Kaufwerte für baureifes Land belegt bereits, dass zwischen den einzelnen Bundesländern erhebliche Unterschiede hinsichtlich der Faktorkosten von niedergelassenen Praxen und Krankenhäusern bestehen. Bei diesen Differenzen handelt es sich auch nicht um die Effekte von ineffizienten Produktions- und Kostenstrukturen, denn die jeweiligen Leistungserbringer besitzen hinsichtlich ihrer überdurchschnittlichen Fak-

#### 4. Die regionale Komponente im Lichte einer effizienten und effektiven Gesundheitsversorgung

torkosten kaum Steuerungspotentiale. Diese Unterschiede in den Faktorkosten stellen auf der Ebene von Bundesländern wie auch von Kreisen sowohl für die niedergelassenen Ärzte und Krankenhäuser als auch für die konkurrierenden Krankenkassen nicht gestaltbare Einflussgrößen bzw. exogene Faktoren dar.

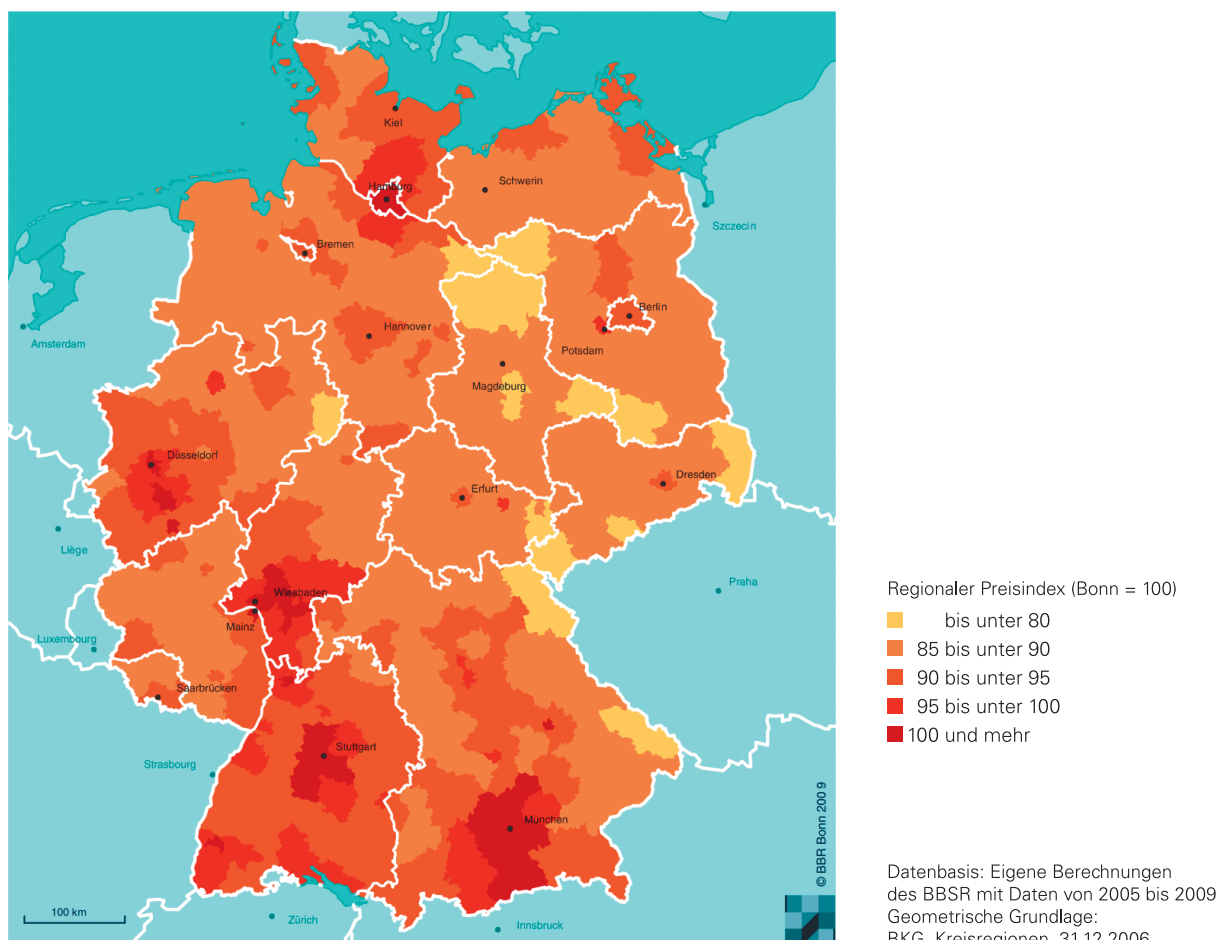
In Regionen mit überdurchschnittlichen Faktorkosten fallen auf Seiten der Einkommensverwendung auch höhere Lebenshaltungskosten an und die Beschäftigten im Gesundheitswesen besitzen hier wegen des allgemein höheren Verdienstniveaus ebenfalls eine entsprechend höhere Einkommenserwartung. Das Statistische Bundesamt (2016b, S. 230 ff.) publiziert im Rahmen der Verbraucherpreisindizes für Deutschland für die Jahre 1995 bis 2015 zur Basis 2010 auch entsprechende Werte für die Bundesländer<sup>11</sup>, unterhalb dieser räumlichen Ebene existiert

jedoch statistisch ein „weißer Fleck“, denn es gibt hier weder amtliche statistische Daten noch valide nicht amtliche Informationen (vgl. Möller, J., Hohmann, E. und Huschka, D. 2010, S. 5).

Obgleich es an einer aktuellen validen Datenbasis mangelt, vermag die Abbildung 7 vom Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung einen kurssorischen Einblick in den regionalen Preisindex der Lebenshaltungskosten im Jahre 2009 zu geben. Dabei handelt es sich um eine Pilotstudie mit explorativem Charakter, die auch nur einen Teil der Konsumausgaben einschließt. Sie zeigt, dass die Lebenshaltungskosten in Deutschland regional starken Schwankungen unterliegen. Preisgünstigen Regionen, insbesondere in den neuen Bundesländern, im bayerischen Wald oder im Westerwald, steht ein hoher Preisindex in den Großräumen um Hamburg, München oder Stuttgart gegenüber.

11 Danach belief sich der Preisindex in Bayern im Jahre 1995 auf 79,3 und im Jahre 2015 auf 107,2 bei entsprechenden Werten von 80,5 und 107,0 für das gesamte Bundesgebiet (vgl. Statistisches Bundesamt 2016b, S. 230 und 240).

Abbildung 7: Regionaler Preisindex für Deutschland im Jahre 2009



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

### 4.3 Regional unterschiedliche Versorgungsstrukturen

Die regionalen Versorgungsstrukturen sollten sich vor allem am jeweiligen Behandlungsbedarf, d. h. an der Morbiditätsstruktur der Bürger mit Wohnsitz in der Region, orientieren und darauf abzielen, die Gesundheitsversorgung in der Region zu verbessern (vgl. von Stillfried, D. und Czihal, T. 2015, S. 13). Vor diesem Hintergrund und angesichts des vielfältigen Wirkungsspektrums, das z. B. eine qualitativ hochwertige medizinische Infrastruktur erzeugen kann, bieten sich regionale Besonderheiten der Versorgungsstrukturen auch in normativer Hinsicht, d. h. im Sinne gesundheitspolitischer Ziele, an. Sie können u. a. dazu beitragen (vgl. Drösler, S. et al. 2016, S. 4 f.):

- ▶ eine medizinisch wünschenswerte und möglicherweise auch effizientere und effektivere Umlandversorgung zu gewährleisten,
- ▶ eine bessere Versorgungsqualität sicherzustellen,
- ▶ einen geringeren Ressourcenverbrauch in anderen Leistungsbereichen zu bewirken und hier insbesondere
- ▶ eine zielorientierte Substitution von stationären durch ambulante Leistungen an den Schnittstellen dieser beiden Sektoren fördern.

Im Rahmen der Umlandversorgung erbringen niedergelassene (Fach-)Ärzte und – überwiegend spezialisierte – Krankenhäuser Leistungen für Bürger bzw. Patienten, die in einer anderen Region bzw. einem anderen Kreis ihren Wohnsitz haben (vgl. Rüdiger, A. et al. 2014, S. 9). Diese Leistungen nehmen vornehmlich Personen aus angrenzenden, häufig ländlichen Regionen sowie Beschäftigte aus dem Umland, die in zentralen Orten arbeiten, in Anspruch (vgl. von der Schulenburg, M. 2014, S. 226). Diese Umlandversorgung erfordert neben einer spezialisierten und qualifizierten ambulanten und stationären Infrastruktur auch die Vorkhaltung entsprechender Kapazitäten. Für die Bürger bzw. Patienten aus dem Umland fallen wegen der längeren Wege zwar höhere Zeitkosten an, die in den zentralen Regionen stärker spezialisierte Versorgung kann aber auch – verglichen mit einer dezentralisierten in dünn besiedelten Regionen – mit einer besseren Behandlungsqualität einhergehen.

Welche Besonderheiten bzw. Unterschiede die Umlandversorgung selbst zwischen deutschen Großstädten aufweisen kann, zeigt Abbildung 8, auch wenn sie auf eine Datenbasis aus dem Jahre 2008 zurückgreift. Dabei lag der Anteil der fachärztlichen Leistungen, die in Deutschland im Durchschnitt für Einwohner anderer Landkreise erbracht wurden, bei 28 %. In Berlin beträgt er nur 9,8 %, während er in

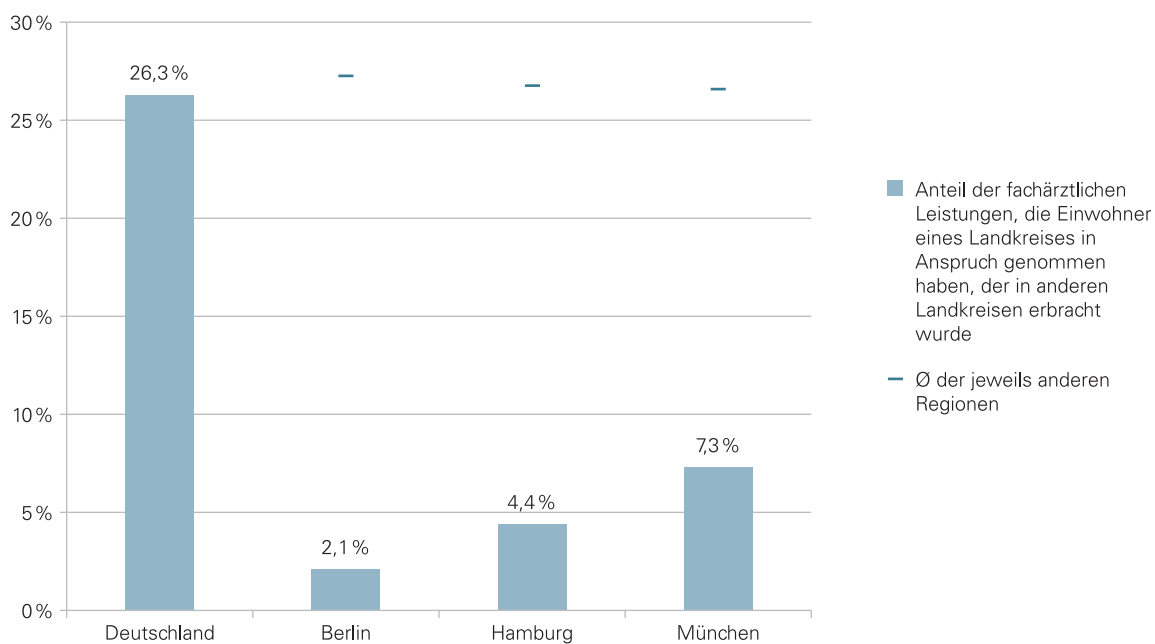
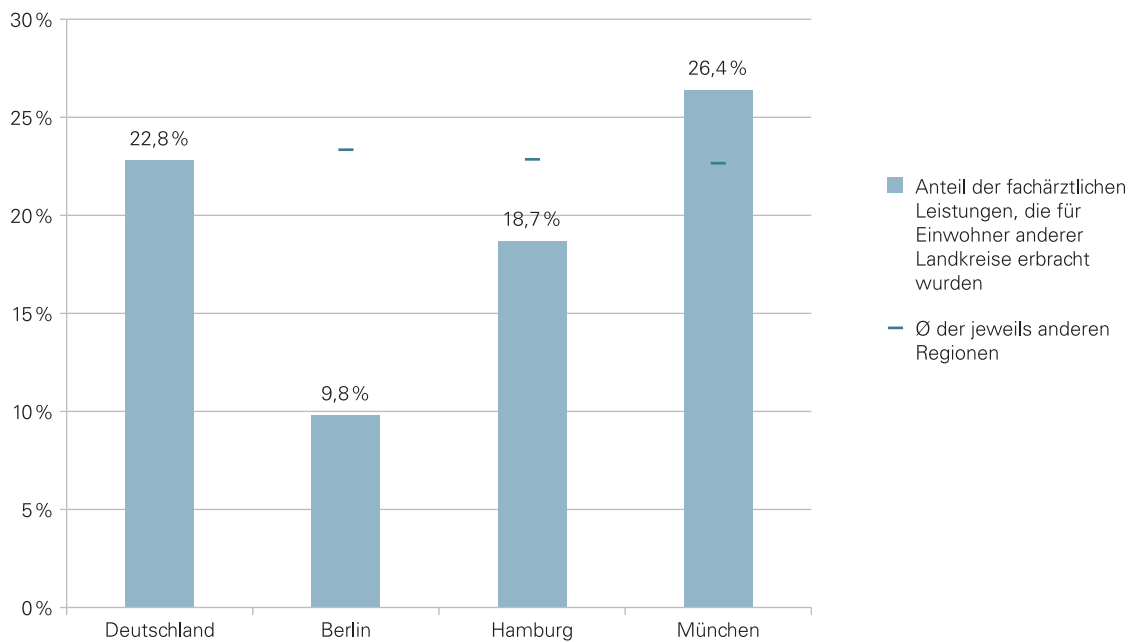
Hamburg 18,7 % und in München 26,4 % erreicht. Die Bewohner dieser drei Großstädte nahmen fachärztliche Leistungen in anderen Landkreisen erwartungsgemäß nur in unterdurchschnittlichem Maße in Anspruch, aber auch hier bestehen mit 2,1 % in Berlin, 4,4 % in Hamburg und 7,3 % in München deutliche Unterschiede.

Für einen ersten Einblick in die unterschiedlichen Versorgungsstrukturen innerhalb der Bundesländer bietet sich zunächst ein Vergleich der Ärztedichte in der vertragsärztlichen Versorgung an. Wie Tabelle 10 ausweist, reichte die Spanne im Jahre 2013 von 141,0 niedergelassenen Ärzten je 100.000 Einwohner in Brandenburg bis 242,5 in Bremen. Bayern lag hier mit 179,2 Ärzten hinter den Stadtstaaten an vierter Stelle, mit 4,7 % aber nicht erheblich über dem Bundesdurchschnitt von 171,1. Die Ärztedichte im niedergelassenen Bereich stellt zwar einen relevanten Indikator zur Beurteilung der ambulanten Versorgung dar, sie erlaubt bei isolierter Betrachtung aber noch keine Aussagen bzw. Schlüsse über die Effizienz und Effektivität der Gesundheitsversorgung in einer Region oder in einem Bundesland. Da eine unterschiedliche Ärztedichte in der vertragsärztlichen Versorgung zwischen Regionen und Bundesländern zum einen auf vielschichtige Ursachen zurückgehen kann und zum anderen auch unterschiedliche Effekte auf die Gesundheitsversorgung zu erzeugen vermag, gibt es per se keine „optimale Ärztedichte“<sup>12</sup>. Um sie im Kontext der gesamten Gesundheitsversorgung angemessen beurteilen zu können, bedarf es zusätzlicher Informationen, u. a. über das Morbiditätsniveau und seine Entwicklung, die Arzt-Patienten-Kontakte, die Fallzahlen, die Bevölkerungsdichte sowie die Aufgabenverteilung zwischen dem ambulanten und dem stationären Bereich. Zudem gilt es bei einer kritischen Würdigung dieser Kapazitäten vor allem noch die Auswirkungen auf die gesundheitlichen Outcomes der Patienten, d. h. auf deren Lebenserwartung und -qualität sowie Zufriedenheit, in Rechnung zu stellen.

Die Zufriedenheit der Patienten dürfte mit der Länge der Wartezeit auf einen Behandlungstermin in einem negativen Zusammenhang stehen. In dieser Hinsicht deutet die Gegenüberstellung der Ärztedichte in der vertragsärztlichen Versorgung in Tabelle 10 mit dem Anteil der Versicherten in der GKV, die länger als drei Wochen auf einen Behandlungstermin warten mussten, in Tabelle 11 einige interessante Zusammenhänge an. Dabei wiesen nach einer Versichertenbefragung im Jahre 2014 mit Ausnahme von Berlin alle Bundesländer mit einer vergleichsweise hohen Ärzte-

<sup>12</sup> Da die Ärztedichte nur auf die Anzahl der Ärzte abstellt, berücksichtigt sie nicht die jeweilige Arbeitszeit und das geleistete Arbeitsspektrum (vgl. IGES Institut 2014a, S. 25).

Abbildung 8: Umlandversorgung in deutschen Großstädten im Jahre 2008



Quelle: Wille, E. und IGES 2014, S. 90f.

dichte, d. h. Bremen, Hamburg, Bayern und das Saarland, bundesweit unterdurchschnittliche Wartezeiten auf. Demgegenüber lagen die sechs Bundesländer mit der niedrigsten Ärztedichte von Brandenburg bis Rheinland-Pfalz mit ihren Wartezeiten überwiegend über dem Bundesdurchschnitt. Eine Ausnahme machte hier lediglich Baden-Württemberg mit jeweils unterdurchschnittlichen Werten sowohl bei der Ärztedichte, als auch bei den Wartezeiten.

**Tabelle 10: Ärztedichte in der vertragsärztlichen Versorgung nach Bundesländern im Jahre 2013<sup>1</sup>**

Bremen	242,5
Berlin	241,5
Hamburg	234,8
Bayern	179,2
Saarland	177,2
Hessen	176,4
Sachsen	166,4
Schleswig-Holstein	166,1
Baden-Württemberg	164,4
Nordrhein-Westfalen	164,2
Thüringen	160,7
Rheinland-Pfalz	159,9
Mecklenburg-Vorpommern	159,0
Niedersachsen	157,8
Sachsen-Anhalt	150,1
Brandenburg	141,0
Bundesweit	171,1

<sup>1</sup> Vertragsärzte und -psychotherapeuten je 100.000 Einwohner

Quelle: ZI 2016a, Versorgungsatlas.

Die vertragsärztliche Versorgung und mit ihr die dort bestehende Ärztedichte lassen sich sowohl auf der Ebene von Kreisen als auch auf derjenigen von Bundesländern nicht ohne Einbeziehung der korrespondierenden stationären Kapazitäten und Leistungen angemessen erfassen und beurteilen. Die isolierte Betrachtungsweise des ambulanten oder des stationären Leistungsbereiches läuft zudem Gefahr, relevante Substitutionseffekte zwischen diesen beiden Sektoren auszublenden (vgl. AGENON 2014; IGES Institut 2014b, S. 14f. und 34). Um diese einseitige Sicht zu vermeiden, gibt Tabelle 12 einen Überblick über die in den Krankenhäusern im Jahre 2014 aufgestellten Betten, ihre Auslastung, die Verweildauer und die effektive Bettenanzahl nach Bundeslän-

dern. Bei den aufgestellten Betten je 100.000 Einwohner rangiert Bremen mit 779 an der Spitze und Niedersachsen mit 541 am Ende dieser Skala. Bayern liegt mit 600 Betten um 3 % unter dem Bundesdurchschnitt von 618. Die durchschnittliche Bettenauslastung schwankt innerhalb der Bundesländer von 73,4 % in Rheinland-Pfalz bis 84,4 % in Hamburg und die durchschnittliche Verweildauer zwischen 6,9 Tagen in Bremen und 7,8 in Brandenburg. Bayern befindet sich bei dem Auslastungsgrad mit 77,4 % genau auf dem durchschnittlichen bundesdeutschen Niveau und bei der Verweildauer mit 7,3 zu 7,4 Tagen geringfügig darunter. Gleiches gilt für die durchschnittliche effektive Bettenanzahl mit 464 in Bayern und 478 im Bundesdurchschnitt. Hier nimmt Bremen mit 607 den Spitzenplatz ein und Niedersachsen bildet mit 430 Betten das Schlusslicht.

**Tabelle 11: Wartezeiten der Versicherten in den Bundesländern im Jahre 2014**

	Anteil der Versicherten mit Wartezeit länger als 3 Wochen
Schleswig-Holstein	15 %
Hamburg	9 %
Bremen	8 %
Niedersachsen	13 %
Westfalen-Lippe	11 %
Nordrhein	11 %
Hessen	13 %
Rheinland-Pfalz	13 %
Baden-Württemberg	9 %
<b>Bayern</b>	<b>10 %</b>
Berlin	13 %
Saarland	10 %
Mecklenburg-Vorpommern	23 %
Brandenburg	15 %
Sachsen-Anhalt	17 %
Thüringen	21 %
Sachsen	18 %
Bund	12 %

Quelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung 2014.

Die Angaben zur Anzahl der Betten, der Auslastung und der Verweildauer im Krankenhausbereich in Tabelle 12 ermöglichen wie bei der Ärztedichte im vertragsärztlichen Bereich per se ebenfalls noch keine Beurteilung von Effizienz und Effektivität der Gesundheitsversorgung in den jeweiligen Bundesländern.

Tabelle 12: Betten, Auslastung und Verweildauer in Krankenhäusern nach Bundesländern im Jahre 2014

Bundesland	Aufgestellte Betten je 100.000 Einwohner	Bettenauslastung in Prozent	Verweildauer in Tagen	Effektive Bettenanzahl <sup>1</sup>
Baden-Württemberg	530	76,8	7,5	407
Bayern	600	77,4	7,3	464
Berlin	581	83,0	7,5	482
Brandenburg	623	78,9	7,8	491
Bremen	779	77,9	6,9	607
Hamburg	694	84,4	7,7	586
Hessen	595	77,7	7,5	462
Mecklenburg-Vorpommern	653	76,9	7,1	502
Niedersachsen	541	79,4	7,3	430
Nordrhein-Westfalen	683	76,1	7,4	520
Rheinland-Pfalz	635	73,4	7,2	466
Saarland	652	87,2	7,5	569
Sachsen	643	78,8	7,5	507
Sachsen-Anhalt	725	74,3	7,2	539
Schleswig-Holstein	572	76,4	7,6	437
Thüringen	749	75,8	7,7	568
Bundesweit	618	77,4	7,4	478

<sup>1</sup> Effektive Bettenanzahl = Bettenanzahl x Auslastungsgrad.

Quelle: Zusammengefasst und errechnet aus Statistisches Bundesamt 2015b, S. 11.

Gleichwohl vermögen sie auffällige Unterschiede in den Kostenstrukturen, d. h. in den Anteilen der Ausgaben für die jeweiligen Leistungsarten, aufzuzeigen. Dies verdeutlicht exemplarisch Abbildung 9 für den Bundesdurchschnitt und die beiden Bundesländer Bayern und Nordrhein-Westfalen. Bei fast gleich hohen Gesamtausgaben je Versicherten in der GKV weist Bayern mit 27,1 % einen deutlich höheren Anteil der Ausgaben für die vertragsärztliche Versorgung als Nordrhein-Westfalen mit 23,9 % und der Bund mit 25,4 % auf. Dagegen liegen die Ausgabenanteile für stationäre Behandlung mit 46,1 % und für Arzneimittel mit 26,8 % spürbar unter den entsprechenden Anteilen in Nordrhein-Westfalen mit 48,6 % und 27,4 %<sup>13</sup>. Diese Unterschiede zwischen den beiden Bundesländern korrespondieren mit den Differenzen in der Ärztedichte im vertragsärztlichen Bereich und der Bettendichte im Krankenhaussektor. Während Bayern mit einer Ärztedichte von 179,2 um 9,1 % über jener von Nordrhein-Westfalen mit 164,2 liegt, übersteigt die Anzahl der aufgestellten Betten in Nordrhein-Westfalen mit 683 diejenigen in Bayern mit 600 um 13,8 %.

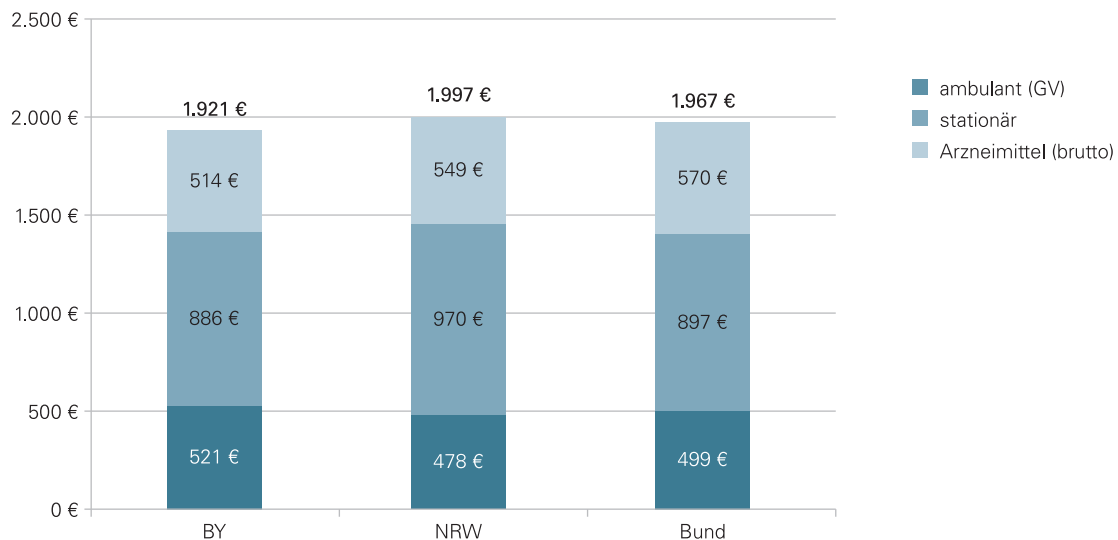
<sup>13</sup> Die nur geringfügig günstigere Altersstruktur Bayerns vermag diese deutlichen Unterschiede nicht zu erklären.

Bei der effektiven Bettenanzahl macht die entsprechende Differenz zwischen Nordrhein-Westfalen mit 520 und Bayern mit 464 12,1 % aus.

Im Rahmen der Gesundheitsversorgung bestehen zwischen dem ambulanten und dem stationären Bereich innerhalb gewisser Grenzen substitutive Beziehungen. Vor dem Hintergrund der demographischen Alterung mit einer Zunahme älterer multimorbider Patienten und dem damit einhergehenden hohen Behandlungsbedarf gewinnen diese Substitutionsprozesse zwischen ambulanten und stationären Leistungen zunehmend an Bedeutung. Bei einer Beurteilung dieser bestehenden oder noch möglichen Substitutionsprozesse bilden die Behandlungsqualität, die Präferenzen der Patienten und eventuelle Kostendifferenzen im Sinne von Effizienz und Effektivität der Gesundheitsversorgung die normativ entscheidenden Kriterien. Obgleich sich das momentane bzw. potentiell existierende Substitutionsvolumen zwischen ambulanten und stationären Leistungen exakt „nicht abschließend beziffern lässt“, sieht der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2012, Ziffer 291) dieses Potential auch im Vergleich zu ähnlich entwickelten Gesund-



Abbildung 9: Struktur der Leistungsausgaben je GKV-Versicherten in Bayern und Nordrhein-Westfalen im Jahre 2014



Quelle: Tauscher, M. 2016.

heitssystemen „derzeit bei weitem noch nicht ausgeschöpft“.

Auf die bisher schon erfolgten regionalen Kompensationseffekte zwischen den einzelnen Leistungsbereichen und auch zwischen der ambulanten und der stationären Behandlung deutet bereits auf globaler (Bundes-)Ebene die Regionalauswertung 2011 des RSA hin. Danach besteht bei den Ausgaben bzw. Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für vertragsärztliche Leistungen sowohl mit den Aufwendungen für den stationären Sektor ( $r = -0,15$ ) als auch mit den Arzneimittelausgaben ( $r = -0,20$ ) eine negative Korrelation (vgl. Göppfarth, D. 2013, S. 7). Einen ähnlichen Wert zeigt im Bundesdurchschnitt die Entwicklung der Arbeitsteilung zwischen der ambulanten und der stationären Versorgung von 2011 auf 2012 mit  $-1,4$  in Tabelle 13. Diese stellt die demographiebereinigte Entwicklung des stationären (vollstationäre Berechnungs- bzw. Belegungstage, BT) und des ambulanten Leistungsbedarfs (LB nach einheitlichem Bewertungsmaßstab) für ausgewählte ICD-Kapitel dar. Wie Tabelle 13 ausweist, erzielen Berlin mit  $-2,5$ , Mecklenburg-Vorpommern mit  $-2,2$  sowie Bayern und Baden-Württemberg mit je  $-2,1$  die höchsten Substitutionsraten in Richtung der ambulanten Versorgung. Dagegen verläuft diese Arbeitsteilung in Bremen, Schleswig-Holstein und Sachsen-Anhalt, wenn auch mit niedrigen Raten, in die umgekehrte Richtung. Es besteht hier jedoch keine erkennbare Beziehung zwischen diesen Leistungsverlagerungen und der Ärztedichte in der vertragsärztlichen Versorgung (siehe Tabelle 10). So verzeichnen einerseits Bundesländer wie Baden-Württemberg und Mecklenburg-Vorpommern

überdurchschnittliche Substitutionseffekte trotz unterdurchschnittlicher Ärztedichte und andererseits Bundesländer mit einer überdurchschnittlichen Ärztedichte wie Bremen, das Saarland und Hessen, keine oder unterdurchschnittliche Verlagerungen in Richtung der ambulanten Versorgung.

Substitutionsprozesse zwischen ambulanten und stationären Behandlungen können auch dazu beitragen, die ambulant-sensitiven Krankenhausfälle (ASK) bzw. potentiell vermeidbare Krankenhausaufenthalte zu verringern. Dabei handelt es sich um Hospitalisierungen, die bei effektiven Behandlungen im ambulanten Sektor unterbleiben könnten, was u.a. eine qualifizierte Versorgungsstruktur im vertragsärztlichen Bereich voraussetzt. So korreliert nach einer Studie auf Basis der 413 Kreise und kreisfreien Städte in einem mittleren Bereich der Versorgungsdichten, zu dem die Mehrheit dieser Regionen gehörte, ein Anstieg der standardisierten Anzahl ambulant tätiger Ärzte stark mit sinkenden ASK-Raten (vgl. Sundmacher, L. und Busse, R. 2012)<sup>14</sup>. Weitere neue Studien belegen diesen Zusammenhang zwischen der ambulanten Facharztdichte und der Häufigkeit von ASK (siehe Sundmacher, L. 2014; IGES Institut 2014b; Sundmacher, L. und Kopetsch, T. 2015). Dabei hängt diese Korrelation auch vom jeweiligen Niveau der ambulanten Leistungen ab, d. h. bei einem niedrigen Ausgangsniveau bestehen engere Bezüge zwischen einer Intensivierung der ambulanten Leistungen und einer Verringerung der ASK. Zudem fällt diese Korrelation zwischen ambulanter Ärztedichte und sinkenden

<sup>14</sup> Dieser Zusammenhang kehrt sich bei hoher Facharztdichte und bei einigen Facharztgruppen bei intensivem Wettbewerb um.

#### 4. Die regionale Komponente im Lichte einer effizienten und effektiven Gesundheitsversorgung

ASK-Raten bei Fachärzten stärker als bei Hausärzten aus.

Tabelle 14 zeigt die ASK-Fälle je 100.000 Einwohner auf Basis eines Querschnitts aus dem Zeitraum 2009 bis 2011 nach Bundesländern. Die ASK-Fälle variieren von 4.299,1 in Baden-Württemberg bis 6.659,2 in Sachsen-Anhalt. Bei einem Vergleich mit der Ärztedichte in Tabelle 10 fällt auf, dass die Stadtstaaten mit einer sehr hohen Ärztedichte deutlich unterdurchschnittliche ASK-Fälle aufweisen. Dagegen besitzen Bundesländer mit einer unterdurchschnittlichen Ärztedichte, wie Brandenburg, Sachsen-Anhalt, Rheinland-Pfalz, Thüringen und Nordrhein-Westfalen, tendenziell vergleichsweise hohe ASK-Fälle. Ausnahmen bilden einerseits das Saarland mit einer überdurchschnittlichen Ärztedichte und hohen ASK-Fällen und andererseits Baden-Württemberg, das mit einer unterdurchschnittlichen Ärztedichte die niedrigsten ASK-Fälle aufweist. Bayern, das bei der Ärztedichte über dem Durchschnitt liegt, nimmt bei den ASK-Fällen einen mittleren Platz ein.

Eine bessere Koordination an der Schnittstelle zwischen der ambulanten und der stationären Behandlung streben vor allem sektorenübergreifende integrierte Versorgungskonzepte an, denn die immer noch zu starke Abschottung der einzelnen Leistungs-

**Tabelle 14: ASK-Fälle je 100.000 Einwohner auf Basis eines Querschnitts aus dem Zeitraum 2009 bis 2011 nach Bundesländern**

Sachsen-Anhalt	6.659,2
Thüringen	6.446,1
Nordrhein-Westfalen	6.150,1
Mecklenburg-Vorpommern	6.048,9
Brandenburg	6.030,7
Saarland	6.009,4
Rheinland-Pfalz	5.990,2
Bayern	5.412,7
Niedersachsen	5.372,3
Sachsen	5.291,1
Hessen	5.280,3
Hamburg	4.880,3
Berlin	4.878,2
Schleswig-Holstein	4.778,7
Bremen	4.618,2
Baden-Württemberg	4.299,1

Quelle: ZI 2016b, Versorgungsatlas.

**Tabelle 13: Entwicklung der Arbeitsteilung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung von 2011 auf 2012**

Bremen	0,4
Schleswig-Holstein	0,3
Sachsen-Anhalt	0,1
Nordrhein-Westfalen	-0,4
Saarland	-0,7
Hessen	-0,9
Rheinland-Pfalz	-0,9
Thüringen	-1,1
Hamburg	-1,3
Westfalen-Lippe	-1,3
Niedersachsen	-1,6
Brandenburg	-1,8
Sachsen	-1,8
Baden-Württemberg	-2,1
Bayern	-2,1
Mecklenburg-Vorpommern	-2,2
Berlin	-2,5
Bundesweit	-1,4

Quelle: ZI 2016b, Versorgungsatlas.

**Tabelle 15: Anteil der an Demenz erkrankten Patienten in einer sektorenübergreifenden Versorgung in den Jahren 2008 bis 2010 nach Bundesländern**

Rheinland-Pfalz	7,3
Bayern	7,2
Baden-Württemberg	6,9
Niedersachsen	6,2
Bremen	5,9
Hessen	5,8
Nordrhein-Westfalen	5,4
Schleswig-Holstein	4,9
Hamburg	4,8
Saarland	4,4
Thüringen	3,6
Sachsen-Anhalt	3,5
Mecklenburg-Vorpommern	3,2
Sachsen	2,7
Brandenburg	2,4
Berlin	1,7
Bund	5,4

Quelle: ZI 2016b, Versorgungsatlas.

sektoren bildet einer der relevantesten Ursachen für die bestehenden Ineffizienzen und Ineffektivitäten im deutschen Gesundheitssystem (vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2010, Ziffer 858 ff. und 2012, Ziffer 207 ff.). Dies betrifft insbesondere Patienten, die unter Multimorbidität oder schweren Erkrankungen, wie z. B. der Demenz, leiden. Tabelle 15 zeigt exemplarisch den Anteil der an Demenz erkrankten Patienten, die in den Jahren 2008 bis 2010 an einer sektorenübergreifenden Versorgung teilnahmen, nach Bundesländern. Die ausgewiesenen Anteile basieren auf einer speziellen Aufbereitung aus einer patientenbezogenen Auswertung von Daten der BARMER GEK Krankenkasse durch das IGES Institut (2014c). Danach variierte der Anteil der an Demenz erkrankten Patienten mit einer sektorenübergreifenden Versorgung von 1,7 in Berlin bis 7,3 in Rheinland-Pfalz. Bei einem Bundesdurchschnitt von 5,4 belegt Bayern mit 7,2 innerhalb der Bundesländer den zweiten Rang.

Unter dem Aspekt einer sektorenübergreifenden, integrierten Versorgung verdient auch die in den letzten Jahren stark vernachlässigte belegärztliche Tätigkeit besondere Beachtung (vgl. Hailer, B. 2000, S. 151 ff.) Belegärzte behandeln ihre Patienten im Krankenhaus stationär oder teilstationär, wobei sie als Vertragsärzte die hierfür bereitgestellten Einrichtungen, Dienste und Mittel in Anspruch nehmen. Die Entwicklung des vergangenen Jahrzehnts zeigt einen Rückgang der Belegarztzahlen und vor allem eine starke Schrumpfung der Belegbetten (vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2012, Ziffer 377 ff.). Wie Tabelle 16 ausweist, verzeichnete Bayern im Jahre 2013 innerhalb der Bundesländer bzw. KVen mit 16 % den höchsten Anteil an Belegärzten, gefolgt von Baden-Württemberg mit 13 % und Nordrhein-Westfalen mit 12 %. Beim Anteil an allen in Deutschland tätigen Belegärzten erreichte Bayern 34 % und lag damit mit weitem Abstand an der Spitze aller Bundesländer.

**Tabelle 16: Anzahl und Verteilung der Belegärzte in Deutschland im Jahre 2013 nach Bundesländern**

Kassenärztliche Vereinigung	Belegärzte insgesamt <sup>1</sup>	Ärzte insgesamt <sup>2</sup>	Belegärzte Anteil <sup>1</sup>	Ärzte Anteil <sup>1</sup>
Schleswig-Holstein	351	4.205	6 %	3 %
Hamburg	95	3.472	2 %	3 %
Bremen	2	1.288	0 %	1 %
Niedersachsen	505	10.789	9 %	9 %
Westfalen-Lippe	384	10.791	7 %	9 %
Nordrhein	297	14.347	5 %	12 %
Hessen	643	9.000	12 %	7 %
Rheinland-Pfalz	249	5.622	5 %	5 %
Baden-Württemberg	567	15.419	10 %	13 %
<b>Bayern</b>	<b>1.881</b>	<b>19.933</b>	<b>34 %</b>	<b>16 %</b>
Berlin	257	6.715	5 %	6 %
Saarland	56	1.558	1 %	1 %
Mecklenburg-Vorpommern	22	2.428	0 %	2 %
Brandenburg	8	32.699	0 %	3 %
Sachsen-Anhalt	54	3.277	1 %	3 %
Thüringen	33	3.246	1 %	3 %
Sachsen	108	6.084	2 %	5 %
Gesamt	5.512	121.443	100 %	100 %

<sup>1</sup> Vertragsärzte und angestellte Ärzte in Einrichtungen. Die Partnerärzte und angestellte Ärzte in Praxen werden nicht berücksichtigt, weil oft die gleichen Bettenkontingente eingetragen sind, die der Seniorpartner bzw. der anstellende Arzt betreut.

<sup>2</sup> Vertragsärzte und angestellte Ärzte in Einrichtungen.

Quelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung 2015.

#### 4.4 Zwischenfazit: Die Position Bayerns bei den Kosten- und Versorgungsstrukturen

Verglichen mit den meisten anderen Bundesländern sehen sich die ärztlichen Praxen und Krankenhäuser in Bayern im Durchschnitt vor allem mit höheren Faktorkosten konfrontiert. Die durchschnittlichen Bruttostundenverdienste von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern liegen im Produzierenden Gewerbe und im Dienstleistungsbereich um ca. 5 % über dem Bundesdurchschnitt und die durchschnittlichen Kaufwerte für baureifes Land übersteigen den Bundesdurchschnitt sogar um 60,9 %. Hinzu treten im Rahmen der Lebenshaltung höhere Konsumgüterpreise, die ebenso wie die überdurchschnittlichen Faktorkosten letztlich auf die prosperierende Wirtschaftsentwicklung dieses Bundeslandes zurückgehen. Infolge dieser günstigen Wirtschaftsentwicklung leisten die Versicherten in Bayern mit ihren beitragspflichtigen Einnahmen einen deutlich überdurchschnittlichen (Solidar-)Beitrag zur Finanzierung der GKV. Da weder die niedergelassenen Praxen und die Krankenhäuser noch die im Wettbewerb stehenden einzelnen Krankenkassen die jeweiligen Faktorkosten und Konsumgüterpreise steuern können, handelt es sich hier nicht um Effekte von ineffizienten Produktions- und Kostenstrukturen, sondern um die Einflüsse von nicht beeinflussbaren exogenen Faktoren.

Bayern weist zwar innerhalb der Bundesländer eine etwas überdurchschnittliche Ärztedichte in der vertragsärztlichen Versorgung auf, aber diese erlaubt ohne Informationen über ihre Ursachen und finalen Effekte noch keine Schlüsse auf die Effizienz und Effektivität der jeweiligen Gesundheitsversorgung. Zunächst ging diese überdurchschnittliche Ärztedichte, wie auch in mehreren anderen Bundesländern, mit bundesweit unterdurchschnittlichen Wartezeiten der Versicherten einher. Zudem lässt sich die vertragsärztliche Versorgung sowohl auf der Ebene von Kreisen als auch auf derjenigen eines Bundeslandes nicht ohne Einbeziehung der teilweisen substitutiven stationären Leistungen angemessen beurteilen. Die aufgestellten Betten, ihre Auslastung und die Verweildauer im Krankenhaus lagen in Bayern fast genau auf bundesdurchschnittlichem Niveau, hinsichtlich der aufgestellten Betten und der effektiven Bettenanzahl im Jahre 2014 sogar leicht darunter. Bei der Entwicklung der Arbeitsteilung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung verzeichnete Bayern mit –2,1 % innerhalb der Bundesländer eine der höchsten Substitutionsraten, die den Bundesdurchschnitt von –1,4 % deutlich übertraf. Dagegen nahm Bayern bei den ambulant-sensitiven Krankenhausfällen (ASK) bzw. poten-

tiell vermeidbaren Krankenhausaufenthalten je 100.000 Einwohner einen mittleren Platz ein.

Eine bessere Koordination zwischen den im deutschen Gesundheitswesen immer noch zu abgeschotteten Leistungssektoren versprechen vor allem sektorenübergreifende, integrierte Versorgungskonzepte. Sie zielen schwergewichtig auf Patienten ab, die unter Multimorbidität oder schweren Erkrankungen, wie z. B. Demenz, leiden. Bezüglich des Anteils der an Demenz erkrankten Patienten, die in den Jahren 2008 bis 2010 an einer sektorenübergreifenden Versorgung teilnahmen, belegte Bayern bei einem Bundesdurchschnitt von 5,4 % mit 7,2 % innerhalb der Bundesländer den zweiten Platz. Eine sektorenübergreifende Behandlung findet in der Regel auch im Rahmen der belegärztlichen Patientenversorgung statt. Mit einem Anteil an Belegärzten von 16 % rangierte Bayern im Jahre 2013 an der Spitze aller Bundesländer und erreichte an allen in Deutschland tätigen Belegärzten mit einem Anteil von 34 % auch den mit Abstand höchsten Wert.

Niedergelassene Ärzte und Krankenhäuser besitzen ein unterschiedliches Spektrum an Handlungsmöglichkeiten, um sich an der Schnittstelle zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor im Wettbewerb zu positionieren. Zentrale Ansatzpunkte bilden hier ambulant durchführbare Operationen und sonstige stationärsersetzende Eingriffe nach § 115b SGB V sowie prä- und postoperative Leistungen. Dabei übertraf Bayern bei den vertragsärztlichen Gebührenordnungspositionen für ambulante Operationen, Anästhesien, prä- und postoperative sowie orthopädisch-chirurgische konservative Leistungen den Bundesdurchschnitt im Jahre 2011 um 12 % und belegte damit auch im alters- und geschlechtsgewichteten Verhältnis zum Bundesdurchschnitt den Spitzenplatz innerhalb der Bundesländer (vgl. Drösler, S. et al., S. 30 ff.).

Die bisherigen Ausführungen zur Position Bayerns bei den Kosten- und Versorgungsstrukturen zielten, um Missverständnissen vorzubeugen, nicht auf den Nachweis ab, dass Bayern innerhalb der Bundesländer die effizienteste und effektivste Gesundheitsversorgung und kaum mehr ein Rationalisierung- bzw. Verbesserungspotential besitzt. Die der vorhandenen Datenlage geschuldeten teilweise exemplarischen Vergleiche erlauben unter Effizienz- und Effektivitätsaspekten kein solches Ranking und es erscheint in dieser ambitionierten Weise für den ökonomischen Beleg der vor allem wettbewerbspolitischen Notwendigkeit einer regionalen Komponente im Morbi-RSA auch nicht erforderlich. Hierzu reicht letztlich bereits der Nachweis aus, dass es sich bei den regionalen und länderspezifischen Unterschieden

in den Faktorkosten der ärztlichen Praxen und Krankenhäuser und in den Konsumgüterpreisen für die einzelnen Krankenkassen um nicht beeinflussbare exogene Faktoren handelt. Darüber hinaus vermochte unsere Analyse darzulegen, dass etwaige negative Deckungsquoten von Krankenkassen in Bayern entgegen einer empirisch ungeschützten Behauptung des (damaligen) Präsidenten des Bundesversicherungs-

amtes<sup>15</sup> nicht auf Versorgungsstrukturen zurückgehen, die im Vergleich mit dem Durchschnitt der übrigen Bundesländer offensichtlich mit überdurchschnittlichen Ineffizienzen und Ineffektivitäten einhergehen.

---

<sup>15</sup> „Wenn einige bayerische Krankenkassen mit den Zuweisungen nicht auskommen, dann liegt das vorrangig daran, dass in Bayern einige Aufgaben nicht ordentlich erledigt wurden, angefangen vom Abbau überflüssiger Krankenhausbetten bis hin zur Beseitigung von Über- und Fehlversorgung im stationären und ambulanten Bereich. Das beweist auch der Vergleich mit anderen Ländern, wie zum Beispiel Sachsen, das sich bei der Konsolidierung seines Gesundheitssystems insbesondere im Krankenhausbereich mehr angestrengt hat und wo die Krankenkassen mit den gleichen Zuweisungen sehr gut auskommen“ (Bundesversicherungsamt 2014, S. 2). Angesichts der Tatsache, dass die Anzahl der aufgestellten Betten in Sachsen um 7,2 % höher als in Bayern lag und die effektive Bettenzahl in Sachsen jene in Bayern sogar um 9,3 % übertraf (siehe oben unter 4.3 Tabelle 12), muss eine solch pauschale These doch sehr verwundern.

## 5. Die regionale Komponente und ihre Alternativen

### 5.1 Regionale Unterschiede als exogene Faktoren

Wie die obigen Ausführungen unter 4.1 zeigten, stellen die nachfrageseitigen Einflussgrößen unterschiedlicher Deckungsquoten für die einzelnen Krankenkassen unstrittig ausnahmslos nicht beeinflussbare exogene Faktoren dar. Sie liegen völlig außerhalb des Gestaltungsspielraumes der Krankenkassen. Für die entsprechenden angebotsseitigen Determinanten gilt dies derzeit, d. h. bei gegebenem Verhältnis von kollektiv- zu selektivvertraglichen Regelungen, zumindest zu 90 % (ähnlich Jacobs, K. 2015a, S. 25). In diesem Kontext bestand schon bei Einführung des RSA in der Literatur ein Konsens darüber, dass alle Effekte von Einflussfaktoren, die sich dem Gestaltungsspielraum der einzelnen Krankenkassen entziehen, eines Ausgleichs bedürfen (siehe hierzu u.a. Meyers-Middendorf, J. 1993, S. 364; Pfaff, M. und Wassener, D. 1996, S. 1666 und 1998, S. 12). Andernfalls verfehlt der (Morbi-)RSA seine zentrale Aufgabe, den miteinander konkurrierenden Krankenkassen faire bzw. gleiche Wettbewerbschancen einzuräumen und Risikoselektion weit möglichst zu verhindern.

Die Einführung einer regionalen Komponente im Morbi-RSA zielt somit darauf ab, die Effekte von exo-

genen Einflussgrößen auf die Deckungsquoten der einzelnen Krankenkassen auszugleichen und auf diese Weise Wettbewerbsverzerrungen zu vermeiden bzw. zu vermindern (so auch A.-K. Klemm und König, W. 2014, S. 14 f.) Ohne eine weitgehende Bereinigung um die Effekte exogener Faktoren bleibt zwangsläufig offen, ob und inwieweit die in Abbildung 10 dargestellten Unterschiede in den Deckungsquoten der einzelnen Krankenkassen auf über- bzw. unterdurchschnittliche Effizienz und Effektivität zurückgehen. Diese Feststellung gilt unbeschadet der Tatsache, dass die Weiterentwicklung des (Morbi-)RSA in den letzten Jahren mit erheblichen Fortschritten hinsichtlich seiner Zielgenauigkeit einherging. Gleichwohl reichte die Spanne in den Deckungsquoten der einzelnen Krankenkassen, wie Abbildung 10 zeigt, im Jahresausgleich 2014 immer noch von knapp 95 % bis ca. 113 % und es stellt sich die Frage, ob diese Unterschiede nicht teilweise noch in exogenen Faktoren wurzeln und damit auf Wettbewerbsverzerrungen beruhen. Eine Krankenkasse mit einer dauerhaften Unterdeckung von gut 5 % ihrer Leistungsausgaben dürfte Gefahr laufen, zumindest mittelfristig aus dem Markt auszuschneiden. Dies bildet per se noch kein gesellschafts- oder sozialpolitisches Problem, sondern kann als notwendige Folge eines

## 5. Die regionale Komponente und ihre Alternativen

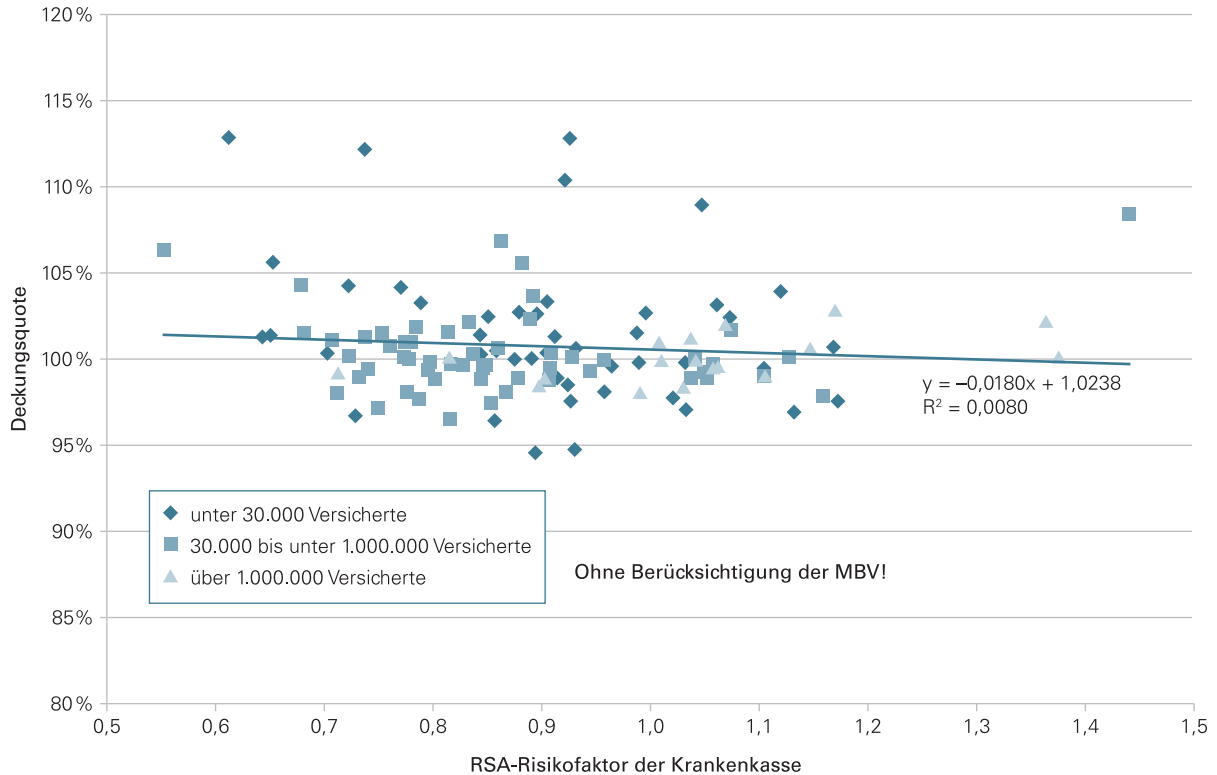
funktionsfähigen Wettbewerbs der Krankenkassen eintreten, was aber im Rahmen des Morbi-RSA die weitgehende Bereinigung um exogene Faktoren voraussetzt.

Krankenkassen, in deren Tätigkeitsbereich die exogenen nachfrage- und angebotsseitigen Einflussgrößen tendenziell in Richtung einer Unterdeckung wirken, besitzen somit gegenüber ihren Konkurrenten komparative Nachteile, die einem funktionsfähigen Wettbewerb widersprechen. Dies betrifft am stärksten Krankenkassen, die ihre Geschäftstätigkeit auf einer regionalen Ebene ausüben, die unterhalb jener der Bundesländer liegt. Dagegen können sich bei landesweit und vor allem bei bundesweit aufgestellten Krankenkassen regionale Unter- und Überdeckungen, die in exogenen Faktoren wurzeln, teilweise oder sogar weitgehend kompensieren. Dies zeigt in Tabelle 17 auch ein Vergleich der – hier nicht alters-, geschlechts- und morbiditätsbereinigten – regionalen Gesundheitsausgaben 2012 in Österreich. Die durchschnittlichen

jährlichen Gesundheitsausgaben je Einwohner lagen in Wien mit 3.465 Euro deutlich höher als im österreichischen Durchschnitt mit 2.491 Euro sowie in allen anderen Regionen. Dies gilt auch für das Land Salzburg mit 2.541 Euro, was aber nicht ausschließt, dass die Stadt Salzburg ein noch höheres Ausgabenniveau als Wien aufweist. Ähnliche Kompensationseffekte infolge des ländlichen Umfelds wie im Land Salzburg treten in Deutschland z. B. hinsichtlich der Ausgaben in den Städten Stuttgart und München in den Flächenländern Baden-Württemberg und Bayern auf, kaum aber in den Stadtstaaten Berlin und Hamburg. In diesem Kontext fällt der Einführung einer regionalen Komponente somit vornehmlich die Aufgabe zu, bestehende Wettbewerbsverzerrungen zwischen bundesweit, landesweit und regional agierenden Krankenkassen zu beseitigen.

Regionale Unterdeckungen, die auf exogene Einflussfaktoren zurückgehen, benachteiligen in erster Linie regional aufgestellte Krankenkassen gegenüber

Abbildung 10: Die Deckungsquoten der Krankenkassen im Jahresausgleich 2014<sup>1</sup>



<sup>1</sup> Standardisierte Leistungsausgaben; ohne Berücksichtigung der mitgliederbezogenen Veränderungen.

Quelle: Demme, S. 2015, S.14.

bundes- und landesweit agierenden, aber auch landesweit tätige Krankenkassen gegenüber bundesweit agierenden. Regionale Überdeckungen wirken entsprechend in die umgekehrte Richtung. Sofern der Geschäftsbereich einer Krankenkasse in einer oder mehreren Regionen mit einer spürbaren Unterdeckung liegt, die in exogenen Einflussgrößen wurzelt, kann sie auch dann aus dem Markt ausscheiden, wenn sie nicht ineffizienter oder ineffektiver als ihre Konkurrenten handelt. Infolge einer fehlenden regionalen Komponente im Morbi-RSA muss auch zwangsläufig offenbleiben, ob und inwieweit für die bisherige Insolvenz einer bestimmten Krankenkasse Ineffizienzen und Ineffektivitäten oder von dieser Krankenkasse nicht beeinflussbare exogene Einflussgrößen verantwortlich zeichneten. Zusätzlich zu diesen Wettbewerbsverzerrungen setzen durch exogene Faktoren verursachte regionale Über- und Unterdeckungen Anreize zur Risikoselektion, d. h. zu einem tendenziell stärkeren bzw. schwächeren Engagement in über- bzw. unterdeckten Regionen (vgl. Gaßner, M., Göpfarth, D. und Wittmann, R. 2011, S. 76). Diese Risikoselektion, für die es auch empirische Belege gibt (vgl. Bauhoff, S. 12), kann insofern nicht überraschen, als der Wohnort des Versicherten für die Krankenkassen ein vergleichsweise einfach zu ermittelndes Merkmal darstellt. Dies schließt nicht aus, dass sich die Krankenkassen auch in unterdeckten Regionen, insbesondere in Großstädten, um die Attrahierung von bestimmten, unterdurchschnittlich ausgabenintensiven Alters- und Berufsgruppen bemühen.

Die Einbeziehung einer regionalen Komponente in den Morbi-RSA gewinnt derzeit insofern deutlich an Bedeutung, als sich im Zuge der Einführung des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FQWG) der Wettbewerb der Krankenkassen um Versicherte wieder spürbar intensiviert. Das GKV-FQWG, das in wesentlichen Teilen am 01.01.2015 in Kraft trat, sieht die Erhebung von krankenkassenindividuellen Zusatzbeitragssätzen vor. Die zunehmend unterschiedlichen Zusatzbeiträge verstärken den Wettbewerb der Krankenkassen und führen damit auch zu einem Anstieg der Versicherten, die ihre Krankenkasse wechseln. Zuvor hatte die komfortable finanzielle Situation der GKV mit hohen Überschüssen im Gesundheitsfonds und zwar ungleich verteilten, aber insgesamt beachtlichen Rücklagen der Krankenkassen zu weitgehend einheitlichen Zusatzbeiträgen und damit zu einer deutlichen Abschwächung der Wettbewerbsintensität geführt. Die nun wieder zunehmenden Differenzen in den Zusatzbeiträgen der Krankenkassen verstärken aber auch die Effekte, die von Wettbewerbsverzerrungen ausgehen, und setzen vermehrt Anreize zur regionalen Risikoselektion.

Krankenkassen, die in den vergangenen Jahren aufgrund von regionalen Ausgabenunterschieden kontinuierlich in den Genuss positiver Deckungsquoten kamen, vermögen nun und wohl auch in absehbarer Zeit mit vergleichsweise niedrigen Zusatzbeiträgen um Versicherte zu werben. Im Gegensatz dazu sehen sich Krankenkassen, die in der Vergangenheit wegen

**Tabelle 17: Die regionalen Gesundheitsausgaben in Österreich im Jahre 2012<sup>1</sup>**

Region	Heilmittel <sup>1</sup>	niedergelassener Bereich <sup>1</sup>	Krankenanstalten	Ausgaben gesamt	Abweichung vom $\bar{\sigma}$
Burgenland	328 €	555 €	845 €	<b>1.729 €</b>	-31,3 %
Kärnten	324 €	548 €	1.457 €	<b>2.329 €</b>	-6,9 %
Niederösterreich	322 €	544 €	1.204 €	<b>2.069 €</b>	-20,1 %
Oberösterreich	319 €	539 €	1.463 €	<b>2.321 €</b>	-8,1 %
Salzburg	348 €	589 €	1.604 €	<b>2.541 €</b>	-2,2 %
Steiermark	329 €	555 €	1.374 €	<b>2.258 €</b>	-10,8 %
Tirol	327 €	556 €	1.524 €	<b>2.407 €</b>	-3,6 %
Voralberg	338 €	573 €	1.210 €	<b>2.120 €</b>	-15,5 %
Wien	459 €	820 €	2.186 €	<b>3.465 €</b>	-54,7 %
<b>Österreich</b>	<b>354 €</b>	<b>607 €</b>	<b>1.530 €</b>	<b>2.491 €</b>	

<sup>1</sup> Je Einwohner nach Versorgungssektor und Abweichungen vom Durchschnitt der jeweils anderen Regionen.

Quelle: Wille, E. und IGES Institut 2014, S. 22.

regionalen Ausgabenunterschieden zumeist negative Deckungsquoten in Kauf nehmen mussten, tendenziell gezwungen, ihre Zusatzbeiträge in überdurchschnittlichem Maße zu erhöhen. Diese diametralen Effekte dürften sich in den nächsten Jahren unter Status quo-Bedingungen fortsetzen, denn die Variation der regionalen Ausgaben zeigte, worauf auch die Ergebnisse unserer Analyse der regionalen Deckungsquoten (oben unter 3.2) hinweisen, bisher eine recht hohe Stabilität (vgl. Göppfarth, D. 2013, S. 7f.). Diese Aspekte sprechen nicht gegen den Wettbewerb um niedrige Zusatzbeitragssätze, sondern gegen Wettbewerbsverzerrungen, die auf (Zusatz-)Beitragssatzeffekte von Einflussgrößen zurückgehen, die als exogene Faktoren außerhalb des Einflussbereiches der einzelnen Krankenkassen liegen.

Kritische Einwände gegen die Einführung einer regionalen Komponente in den Morbi-RSA stellen weniger die Exogenität der nachfrage- und angebotsseitigen Einflussgrößen in Frage, sondern sehen eher die Gefahr, dass sie eine Überversorgung vor allem in Ballungsgebieten zementieren (vgl. Gaßner, M., Göppfarth, D. und Wittmann, R. 2011, S. 76). Im Sinne dieser Argumentation drohe sie zum einen in ausgabenintensiven Regionen den Zwang zur Kapazitätsanpassung und Kostenreduktion zu reduzieren und zum anderen in weniger ausgabenintensiven Regionen, die eine geringer intensive und spezialisierte medizinische Infrastruktur aufweisen, u.U. eine Unterversorgung zu prolongieren. Gegen diese Einwände bzw. Befürchtungen spricht zunächst der unstrittige Befund, dass die Vorhaltung einer kostenintensiveren, qualitativ hochwertigen medizinischen Infrastruktur auch den Bürgern aus den schwächer besiedelten Regionen des Umlandes zur Verfügung steht bzw. Nutzen stiftet. Sodann geht in regionaler Hinsicht eine spezialisierte ambulante und stationäre Infrastruktur nicht zwingend und auch nicht tendenziell mit einer angebotsinduzierten ineffizienten und ineffektiven Gesundheitsversorgung einher. Untersuchungen über regionale Unterschiede in der Versorgung deuten darauf hin, dass im internationalen Vergleich auffällig häufige und problembehaftete medizinische Eingriffe in Großstädten bzw. Ballungsgebieten vielfach nicht in überdurchschnittlichem Maße und teilweise sogar seltener auftreten (vgl. Nolting, H.-D. et al. 2011, S. 37 ff.; Christensen, B. und Müller, M. 2012). Ferner belegen, wie oben unter 4.3 ausgeführt, mehrere neuere Studien, dass z. B. eine überdurchschnittliche Haus- und insbesondere Facharztdichte zu vermehrten Substitutionen bzw. Verlagerungen vom stationären in den ambulanten Bereich sowie zu weniger vermeidbaren Krankenhausweisungen führt.

Der Hinweis auf eine mögliche Zementierung von ineffizienten und ineffektiven Versorgungsstrukturen und eine damit einhergehende Überversorgung überfordert schließlich die ordnungspolitische, insbesondere wettbewerbspolitische Funktion des Morbi-RSA. Dieses Argument weist dem Morbi-RSA im Rahmen der Gesundheitsversorgung Aufgaben zu, die er von seiner Zielsetzung und auch von seiner Konzeption her nicht zu erfüllen vermag (vgl. Ulrich, V. und Wille, E. 2014, S. 28f.; ähnlich Jacobs, K. 2015a, S. 25). Er kann im Rahmen des Wettbewerbs der Krankenkassen einer Risikoselektion hinsichtlich Alter, Geschlecht und Morbidität der Versicherten vorbeugen, aber darüber hinaus keinen Beitrag zu einer effizienten und effektiven Gesundheitsversorgung leisten. So berücksichtigt er in seinem Ausgleichsverfahren auch Über- und Fehlversorgung und sieht keine Instrumente gegen den Abbau von Unterversorgung vor. In ähnlicher Weise besteht seine Aufgabe nicht darin, in strukturschwachen ländlichen Regionen eine Gesundheitsversorgung auf einem hohen Niveau sicherzustellen. Um diese Ziele bzw. optimale Versorgungsstrukturen zu erreichen, bedarf es zusätzlich anderer Instrumente, wie z. B. entsprechende Richtlinien im Bereich der Arzneimitteltherapie und der Kodierung von Diagnosen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung, evidenzbasierte Leitlinien für den ambulanten und stationären Sektor, wirksame Maßnahmen zur Qualitätssicherung und anreizkompatible bzw. zielorientierte Vergütungssysteme.

Regionale Unter- und Überdeckungen können, wie oben unter 4.2 und 4.3 gezeigt, neben einer unterschiedlich umfangreichen und spezialisierten medizinischen Infrastruktur auch auf Differenzen im Preis- und Vergütungsniveau zurückgehen. Bei regional überdurchschnittlichen Faktorkosten und Preisen handelt es sich per se zunächst nur um rein monetäre Verteilungseffekte, die nicht mit allokativen Ineffizienzen und Ineffektivitäten einhergehen müssen. Dieses regional überdurchschnittliche Kosten- und Preisniveau erwächst aus einer besonders prosperierenden Wirtschaftsentwicklung, die wiederum auf der Einnahmenseite der GKV beitragspflichtige Einnahmen generiert, die über dem Bundesdurchschnitt liegen. Damit leisten die Versicherten dieser Regionen einen erheblichen Beitrag zur solidarischen Finanzierung der GKV. Wenn die GKV diese Unterschiede im Lohnniveau bei den beitragspflichtigen Einnahmen als bundesweiten Solidarbeitrag postuliert, erscheint es symmetrisch, sie auch ausgabenseitig bei den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds in Ansatz zu bringen. Neben den wettbewerbspolitischen Erwägungen spricht somit auch eine gleichzeitige Betrachtung bzw. Berücksichtigung von Einnahmen- und Ausga-



benseite der GKV für die Einführung einer regionalen Komponente im Morbi-RSA.

In mehreren Ländern mit wettbewerblichen, (unterschiedlich ausgeprägten) sozialen Gesundheitssystemen, wie in Belgien, den Niederlanden, Israel und der Schweiz enthält der RSA inzwischen eine regionale Komponente (siehe hierzu Gaßner, M., Göpfarth, D. und Wittmann, R. 2011, S. 64 ff.; von Stillfried, D. und Czihal, T. 2011a, S. 3 f.). Da sich der RSA in der Schweiz nur auf die kantonale Ebene bezieht, würde diese Regelung in der GKV dem bundesweit geltenden Solidarprinzip widersprechen. In Belgien und Israel (vgl. Shmueli, A. 2015, S. 273) berücksichtigt der RSA bei den Zuweisungen als regionale Komponente die Bevölkerungsdichte und Verstädterung in Form des Verhältnisses von Zentrum und Peripherie.

Der RSA in den Niederlanden weist das wohl am weitesten entwickelte Konzept einer regionalen Komponente auf, die in zehn verschiedenen, über die Gebietskörperschaften hinausgehenden Ausprägungen auftreten kann (vgl. Mateja 2011). Hierzu werden mit Hilfe von soziodemographischen Merkmalen sowie der medizinischen Infrastruktur die Postleitzahlbereiche zu zehn regionalen Risikogruppen zusammengefasst und die Krankenkassen erhalten für diese zehn verschiedenen Regionen unterschiedliche Zuschläge. Grundlage dieser zehn regionalen Kategorien bilden folgende soziodemographische und medizinische Faktoren:

- ▶ Urbanisierungsgrad,
- ▶ Anteil nicht-westlicher Immigranten,
- ▶ durchschnittliches Einkommen der Versicherten,
- ▶ Anteil der Einpersonenhaushalte,
- ▶ standardisierte Mortalitätsrate,
- ▶ Distanz zum nächsten Krankenhaus,
- ▶ Distanz zum nächsten Hausarzt sowie
- ▶ Anzahl der Pflegebetten pro 1.000 Einwohner im Umkreis von 25 km.

Die höchsten Mittelzuweisungen entfallen auf das Cluster bzw. die Kategorie mit einem hohen Urbanisierungsgrad, vielen nicht-westlichen Migranten, einer überdurchschnittlich hohen standardisierten Mortalitätsrate und niedrigem Durchschnittseinkommen.

Obwohl das österreichische soziale Krankenversicherungssystem keinen Wettbewerb der einzelnen (Gebiets-)Krankenkassen kennt, sieht es für Wien einen „Großstadtfaktor“ vor, der jenseits von wettbewerblichen Erwägungen eine zu starke finanzielle Belastung der dortigen Versicherten vermeiden soll (vgl. Wille, E. und IGES 2014). Für die deutsche GKV schlugen M. Gaßner, D. Göpfarth und R. Wittmann (2011, S. 77) vor, die regionalen Ausgabenunterschiede im Sinne einer „pragmatischen Lösung“ nicht

vollständig, aber zur Hälfte auf Landesebene auszugleichen. Zu den drei Ausgleichskomponenten Alters- und Geschlechtsgruppen, Erwerbsminderungsgruppen sowie hierarchisierte Morbiditätsgruppen (HMGs) treten dann in regionaler Hinsicht noch 16 Ländergruppen hinzu. Der für jede Ländergruppe ermittelte Zu- bzw. Abschlag berücksichtigt dann die jeweiligen Ausgabenunterschiede und geht im Morbi-RSA als vierte Komponente in die Berechnung der Zu- und Abschläge von der Grundpauschale ein. Nach diesem Vorschlag erhöht bzw. vermindert sich die Grundpauschale in einem Bundesland mit über- bzw. unterdurchschnittlichen regionalen Ausgaben über entsprechende Zu- und Abschläge. Bei Umsetzung dieses Vorschlags hätte Bayern nach Modellrechnungen im Jahre 2008 nach den Stadtstaaten den höchsten Zuschlag mit einem entsprechenden Ausgabenvolumen von 143 Mio. Euro erhalten. Da dieser Vorschlag nur die Hälfte der Ausgabenunterschiede in die regionale Komponente eingehen lässt, bedeutet dies, dass sich der Gesamtbetrag der regionalen Ausgabenunterschiede für das Bundesland Bayern im Jahre 2008 auf 286 Mio. Euro belief.

Im Vergleich zum geltenden System des Morbi-RSA weist der Reformvorschlag von M. Gaßner, D. Göpfarth und R. Wittmann (2011) zwar in die ordnungspolitisch anzustrebende Richtung, er bleibt aber unter Wettbewerbsaspekten in zweifacher Hinsicht ergänzungsbedürftig. Der Vorschlag setzt bei der Einführung einer regionalen Komponente im Morbi-RSA auf der Ebene der Bundesländer an und vernachlässigt damit zwangsläufig die regionalen Ausgabenunterschiede, die innerhalb der Bundesländer, z. B. zwischen den Landkreisen und kreisfreien Städten, existieren. Die derzeitigen Wettbewerbsverzerrungen zwischen den regional aufgestellten Krankenkassen einerseits und den landes- und bundesweit agierenden Krankenkassen andererseits bleiben damit bestehen. Eine wettbewerbskonforme regionale Komponente im Morbi-RSA muss somit auf einer Ebene erfolgen, die in jedem Fall unterhalb jener der Bundesländer liegt. Die dadurch auf ein Bundesland bezogenen Effekte ergeben sich dann durch Aggregation.

Die nur hälftige Berücksichtigung der Ausgabenunterschiede in der regionalen Komponente begründen die Autoren im Wesentlichen mit dem Argument, dass diese regionalen Differenzen auch auf Unterschiede im Versorgungsbedarf, d. h. im Falle von Unterdeckungen auf angebotsseitige Ineffizienzen und Ineffektivitäten, zurückgehen können. Zunächst bleibt in empirischer Hinsicht vielfach offen, ob und inwieweit diese regionalen Ausgabenunterschiede in ineffizienten und ineffektiven Versorgungsstrukturen oder neben einer qualitativ hochwertigen Umlandversor-

gung nur in reinen Differenzen im Kosten- und Preisniveau wurzeln (siehe auch oben unter 4.2 und 4.3). Sofern es sich tatsächlich um eine empirisch nachweisbare ineffiziente und ineffektive regionale Überversorgung handelt, stellen die Autoren selbst die in diesem Kontext relevante Frage, „ob oder wie sie von den Krankenkassen beeinflusst werden“ kann (Gaßner, M., Göppfarth, D. und Wittmann, R. 2011, S. 77). Da die einzelnen Krankenkassen nur über einen sehr geringen Gestaltungsspielraum verfügen, um auf die regionalen Versorgungsstrukturen in relevantem Umfang einzuwirken, bildet eine hälftige Veranschlagung der regionalen Ausgabenunterschiede das derzeit bestehende Verhältnis zwischen gestaltbaren Einflussgrößen und exogenen bzw. nicht beeinflussbaren Faktoren unzureichend ab. Die gegebenen Rahmenbedingungen sprechen dagegen für eine mindestens 80 %ige Berücksichtigung der Ausgabenunterschiede durch eine regionale Komponente im Morbi-RSA.

Da für die Jahre 2008 bis 2010 die erforderlichen Daten zur Berechnung der regionalen Deckungsquoten für neun Kreistypen vollständig vorlagen (siehe Tabelle 1 oben unter 2.), ließe sich auf einer entsprechend aktualisierten Datenbasis die regionale Komponente für die neun Kreistypen bzw. Kategorien des BBSR bestimmen. Auf der Grundlage noch detaillierter regionaler Analysen könnten geeignete sozioökonomische und medizinisch-infrastrukturelle Merkmale ähnlich wie beim RSA in den Niederlanden dazu dienen, die Postleitzahlbereiche in eine bestimmte Anzahl von in ihrer Ausgabenintensität weitgehend homogenen regionalen Risikogruppen zusammenzufassen. Diese regionalen Risikogruppen würden wie in den Niederlanden über die Grenzen der Bundesländer hinausgehen, d. h. eine regionale Risikogruppe würde z. B. die Städte bzw. Ballungsgebiete Hamburg, München und Stuttgart umfassen und eine andere bestimmte Region auf der Schwäbischen Alb, im Bayerischen Wald und in der Schorfheide. Bei den sozioökonomischen und medizinisch-infrastrukturellen Merkmalen könnte die Auswahl ebenfalls auf das niederländische Beispiel mit den oben aufgelisteten Kriterien, u.U. ergänzt um die Facharztdichte, die Wirtschaftskraft und den Dienstleistungsanteil der Region, zurückgreifen. Die bisherige Methodik des Morbi-RSA spricht dafür, die regionale Komponente ähnlich wie die drei bisherigen Komponenten standardisiert und prospektiv auszugestalten.

### 5.2 Alternativen zur regionalen Komponente

Um die regionalen Ausgabenunterschiede, die auf von den Krankenkassen nicht beeinflussbare exogene Einflussgrößen zurückgehen und damit die Deckungsquoten und den Wettbewerb der Krankenkassen verzerren, abzubauen oder zumindest zu vermindern, gibt es zur Einführung einer regionalen Komponente im Morbi-RSA im Wesentlichen nur die folgenden drei Alternativen:

- ▶ eine Erweiterung der Handlungsspielräume der einzelnen Krankenkassen mit den Möglichkeiten einer vermehrten selektiven Vertragsgestaltung,
- ▶ eine regionale (Zusatz-)Beitragsgestaltung oder
- ▶ eine Kombination von Elementen dieser beiden Reformkonzepte (vgl. Ulrich, V. und Wille, E., 2014, S. 63 und 2015, S. 174 ff.; Jacobs, K. 2015a, S. 27 ff.).

Dabei stellt die Erweiterung der Handlungsspielräume der einzelnen Krankenkassen in ordnungspolitischer Hinsicht zweifellos den „Königsweg“ unter allen Reformkonzepten dar. Diese ordnungspolitische Forderung besitzt auch jenseits der Berechtigung bzw. Notwendigkeit, eine regionale Komponente im Morbi-RSA einzuführen, ihre wettbewerbspolitische Bedeutung. In dem Maße, in dem die Krankenkassen mit Hilfe von selektiven Verträgen die Versorgungsstruktur, d. h. die Mengen und Preise von Gesundheitsleistungen ihrer Versicherten, zu steuern vermögen, verlieren die angebotsseitigen Einflussgrößen der Deckungsquoten ihren exogenen Charakter. Im Zuge einer solchen Entwicklung kann und sollte das Gewicht einer regionalen Komponente im Morbi-RSA abnehmen und damit auch der ausgleichende Anteil an den regionalen Ausgabendifferenzen. Sofern eine deutliche Zunahme der selektiven Vertragsmöglichkeiten die einzelnen Krankenkassen künftig befähigt, die Hälfte ihrer Leistungsausgaben autonom zu gestalten, reicht unter Wettbewerbsaspekten eine regionale Komponente von 0,5 aus.

Die Autoren haben im Kontext mit ihrer Forderung nach Einführung einer regionalen Komponente im Morbi-RSA in ihrem vorangegangenen Gutachten die Rolle der selektiven Vertragsgestaltung besonders betont (vgl. Ulrich, V. und Wille, E. 2014, S. 26 f.). Die Feststellung, dass die einzelnen Krankenkassen derzeit bestenfalls 10 % ihrer Leistungsausgaben beeinflussen können, trifft weiterhin zu. Die selektiven Verträge im Rahmen der besonderen Versorgung stagnieren weitgehend trotz eines modifizierten § 140a SGB V, der einige Hindernisse für die Umsetzung solcher Verträge, wie z. B. den präventiven Wirt-

schaftlichkeitsnachweis, beseitigte. Die schon von ihrer inhaltlichen Reichweite her bescheiden konzipierte ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V fristet seit ihrer Einführung ein stiefmütterliches Dasein (vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2012, Ziffer 302 ff.). Unsere Einschätzung, dass sich eine „ordnungspolitische überwiegend wünschenswerte Entwicklung“ in Richtung deutlich erweiterter Gestaltungsspielräume der einzelnen Krankenkassen derzeit nicht abzeichnet, (Ulrich, V. und Wille, E. 2014, S. 67), teilen auch Autoren, die der Einführung einer regionalen Komponente im Morbi-RSA kritisch gegenüberstehen (vgl. Jacobs, K. 2015a, S. 25). Vor diesem Hintergrund lässt unsere Forderung nach einer 80 %igen Berücksichtigung der Ausgabenunterschiede durch eine regionale Komponente im Morbi-RSA durchaus noch Spielraum für eine gewisse Steigerung der selektiven Vertragsgestaltung. Gleichwohl dürfte diese theoretische Option unter den geltenden Rahmenbedingungen und wohl auch auf absehbare Zeit keine faktisch ernsthafte Alternativen zur Einführung einer regionalen Komponente im Morbi-RSA darstellen.

Eine regionale (Zusatz-)Beitragsgestaltung existiert heute nur noch bei Betriebs- oder Innungskrankenkassen, deren Versicherte in der Mehrzahl in einer bestimmten Region wohnen. Vor dem Zusammenschluss der einzelnen damals regional aufgestellten AOKen auf Landesebene stellte sie innerhalb dieser Krankenkassenart sogar die Regel dar. Entsprechend schwankten die Beitragssätze z. B. in Baden-Württemberg zwischen den AOKen in Stuttgart, Mannheim oder Heidelberg und jenen in den ländlichen Gebieten dieses Bundeslandes. Zu einer regionalen (Zusatz-)Beitragsgestaltung könnten aber auch landes- und bundesweit agierende Krankenkassen übergehen, indem sie ähnlich wie die KFZ-Versicherungen dem jeweiligen Ausgabenrisiko entsprechende regional differenzierte (Zusatz-)Beiträge erheben. Diese würden dann z. B. in München und Stuttgart höher ausfallen als in Regionen des Bayerischen Waldes und der Schwäbischen Alb.

Für eine regionale (Zusatz-)Beitragsgestaltung mag zunächst in verteilungspolitischer Hinsicht das Prinzip der fiskalischen Äquivalenz sprechen (vgl. Ulrich, V. und Wille, E. 2015, S. 175). Dieses Prinzip postuliert, dass sich die Höhe der Beiträge am jeweiligen Niveau der medizinischen Infrastruktur bemisst, die den Versicherten einer bestimmten Region zur Nutzung zur Verfügung steht. Entsprechend diesem Prinzip sollen Versicherte in Kernstädten, die ein ausgabenintensives Angebot – zumindest als Optionskonsum – nutzen können, auch höhere Beiträge entrichten als Versicherte in strukturschwachen

ländlichen Regionen mit einem vergleichbar weniger ausgabenintensiven und deutlich geringeren Angebot an Gesundheitsleistungen. Im derzeit geltenden Beitragssystem transferieren Krankenkassen mit bundesweit einheitlichen (Zusatz-)Beitragssätzen, wie z. B. die Ersatzkassen, über alle Regionen und Bundesländer hinweg Überdeckungen aus unterdurchschnittlich ausgabenintensiven zumeist strukturschwachen Regionen in überdurchschnittlich ausgabenintensive in der Regel wirtschaftlich prosperierende Regionen. In ähnlicher Weise fließen bei den landesweit kalkulierenden Krankenkassen Überdeckungen z. B. aus Regionen des Bayerischen Waldes und der Schwäbischen Alb, in die Behandlungsgebiete um München und Stuttgart. Die Richtung dieser Transferströme läuft dem Prinzip der fiskalischen Äquivalenz zuwider und scheint die – u.U. verpflichtende – Einführung einer regionalen Beitragssatzgestaltung nahe zu legen.

Bei einer einseitigen Betrachtung der Ausgaben- und Leistungsströme in der GKV bildet die regionale Beitragsgestaltung im Sinne der fiskalischen Äquivalenz eine insbesondere verteilungspolitisch überzeugende Alternative zur Einführung einer regionalen Komponente im Morbi-RSA<sup>16</sup>. Diese Betrachtung und die mit ihr einhergehende Schlussfolgerung blenden aber die Einnahmenseite der GKV aus und berücksichtigen damit nicht, dass die Versicherten in ausgabenintensiveren in der Regel prosperierenden wirtschaftlichen Regionen infolge des inzwischen vollständigen Einnahmenausgleichs in der GKV einen erheblichen Solidarbeitrag zu deren Finanzierung leisten. Von einer solchen personellen Umverteilung innerhalb der Beitragsgestaltung – die hier nicht zur Diskussion steht – geht das Prinzip der fiskalischen Äquivalenz aber weder aus, noch passt sie zu diesem Postulat. Diese bundesweite Umverteilung durch den vollständigen Finanzkraftausgleich des Morbi-RSA existierte z. B. auch noch nicht, als seinerzeit innerhalb der Bundesländer eine Vielzahl von AOKen mit regional unterschiedlichen Beitragssätzen operierten. Zudem stellt sich bei der regionalen Beitragssatzgestaltung der Krankenkassen die Frage, ob und wie sie der Umlandversorgung, die qualifizierte und spezialisierte Einrichtungen in den Kernstädten und Ballungsgebieten für die Versicherten der umliegenden Regionen leisten, Rechnung tragen kann. Ohne eine Veranschlagung dieser Effekte würden die Versicherten aus dem Umland bei einer regionalen Beitragssatzgestaltung die entsprechenden Leistungen – ähnlich, wie dies derzeit vielfach im kulturellen Bereich geschieht –

<sup>16</sup> So empfahl z. B. auch der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen in seinem Sondergutachten 1995 (Ziffer 369) „regionale Beitragssätze mit einheitlichen Beitragsregionen für alle Krankenkassen einzuführen“.

ohne angemessenes Entgelt bzw. als „free-rider“ in Anspruch nehmen können.

In der Krankenkassenlandschaft geht der Trend seit mehreren Jahren nicht in Richtung einer Dezentralisierung oder Regionalisierung, sondern, wie die zahlreichen Fusionen bzw. Konzentrationsprozesse belegen, eindeutig in die umgekehrte Richtung. Diese Zusammenschlüsse zu größeren Einheiten auf Bundes- oder Landesebene schließen zwar konzeptionell keine regionale Beitragsgestaltung aus, aber diese steht seit geraumer Zeit als Alternative zur regionalen Komponente im Morbi-RSA gesundheitspolitisch nicht zur Diskussion. Dagegen befindet sich der Morbi-RSA, wie seine jüngsten Modifikationen und diverse weitere Reformvorschläge zeigen, als „lernendes

System“ immer noch in seiner (Weiter-)Entwicklung. Die Einführung einer regionalen Komponente in den Morbi-RSA scheint daher am ehesten die Chancen zu bieten, die Unter- und Überdeckungen, die aus regionalen Ausgabendifferenzen und sie verursachenden exogenen Einflussgrößen erwachsen, mit dem Ziel eines fairen und funktionsfähigen Wettbewerbs der Krankenkassen zu beseitigen. In diesem Kontext spricht nicht zuletzt für die Einführung einer regionalen Komponente in den Morbi-RSA, dass auch andere Länder mit wettbewerblichen Krankenversicherungssystemen, wie Belgien, Israel und vor allem die Niederlande, die hinsichtlich des RSA über die meiste Erfahrung verfügen dürften, diese Alternative offensichtlich bevorzugen.

## 6. Exkurs: Fiskalische Effekte des Morbi-RSA auf Bayern

Die Einbeziehung einer regionalen Komponente in den Morbi-RSA stellt die solidarische Finanzierung der GKV mit ihrem bundesweiten vollständigen Finanzkraftausgleich und ihrer Morbiditätsorientierung in keiner Weise in Frage und steht auch nicht im Widerspruch zu dem entsprechenden Urteil des Bundesverfassungsgerichts von 2005. Es besteht kein Dissens dahingehend, dass die Solidarität in der GKV „nicht an der Landesgrenze halt macht“ (Gaßner, W. 2015, S. 43).

Kontrovers diskutiert wurde im ersten Gutachten insbesondere der Ausweis der fiskalischen Gesamteffekte des Morbi-RSA auf Bayern, im Sinne des Ausweises der Bilanz einer „fiktiven Bayern-Kasse“ (vgl. Gaßner, W. 2015, S. 42). Klaus Jacobs weist in einem Beitrag darauf hin, dass die Ausführungen des Bundesverfassungsgerichts zum bundesweiten Solidarprinzip der Sozialversicherungen keine zwei Meinungen dulden und der Ausweis der fiskalische Position Bayerns letztlich eine abstrakte Rechenübung bleibt (Jacobs, K. 2015, S. 24). Daher soll an dieser Stelle noch einmal betont werden, dass das Ziel des Gutachtens in keiner Weise darin besteht, die solidarische Finanzierung der GKV zu problematisieren oder zu hinterfragen. Allerdings erfolgt auf der Ebene von Regionen und auch Bundesländern durch den vollständigen Finanzkraftausgleich eine vom System her intendierte Umverteilung des beitragspflichtigen Einkommens von Versicherten in wirtschaftlich prosperierenden Regionen zu solchen in ökonomisch struk-

turschwachen Gebieten. Die höheren Löhne der Versicherten in wirtschaftlich stärkeren Regionen, von denen die GKV auf der Einnahmenseite unstrittig profitiert, schlagen sich aber auf der Leistungsseite zumindest teilweise in höheren Kosten nieder, die im gegebenen System der GKV dann ebenfalls eines Ausgleichs im Sinne der Regionalkomponente bedürfen. In diesem Sinne bemühen wir uns um eine Gesamtschau der fiskalischen Effekte des Morbi-RSA auf Bayern.

Die fiskalischen Effekte bestehen in einem Vergleich der Summe der in Bayern generierten Beitragszahlungen, die in den Gesundheitsfonds fließen, mit den entsprechenden Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds. Dieser Saldo der regionalen Einnahmen und der regionalen Zuweisungen zeigt, in welchem Ausmaß die Beitragszahlungen der GKV-Mitglieder mit Wohnsitz in der Region die für sie und ihre mitversicherten Angehörigen aus dem RSA gezahlten Zuweisungen über- oder unterschreiten („regionale Nettozu- bzw. -abflüsse von Beitragsmitteln“):

Die regionalen Nettozuflüsse bzw. -abflüsse von Finanzmitteln werden aber auch durch regionale Anteile an den Steuermitteln bzw. dem Bundeszuschuss und den Beiträgen für Rentner, BA-Leistungsbezieher (ALG I, ALG II) und Minijobber beeinflusst. Die Normzuweisungen aus dem Gesundheitsfonds an die Krankenkassen werden auch aus diesen Mitteln gespeist. Dieser Teil der Einnahmen wird nicht auf Landkreisebene erhoben bzw. erfasst und liegt daher auf Ebene

der Landkreise im Datensatz nicht vor. Regionale Nettoabflüsse und auch das hypothetische Finanzergebnis lassen sich daher nicht auf der Ebene der bayerischen Landkreise ausweisen, sondern allenfalls auf Landesebene abschätzen.

Zunächst bedarf es dazu der Berechnung des Steuerfinanzierungsanteils der Bürger und Unternehmen in Bayern an den Gesundheitsfonds. Eine valide Zurechnung von Anteilen an den Bundessteuern und insbesondere an der Umsatzsteuer ist kaum möglich und in Teilen nur unter bestimmten restriktiven Annahmen möglich. Deshalb kann nur eine grobe Abschätzung des von Bürgern und Unternehmen in Bayern erbrachten Steuerfinanzierungsanteils an den Gesundheitsfonds vorgenommen werden. Diese erfolgt differenziert nach den einzelnen Gemeinschafts- und Bundessteuern durch Anteilssätze auf der Grundlage des Ist-Aufkommens der Finanzämter in Bayern bzw. auf der Basis der Daten der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen der Länder für das jeweilige Jahr. Die Daten wurden vom Bayerischen Staatsministerium der Finanzen, für Landesentwicklung und Heimat zur Verfügung gestellt.

Bei der Frage nach dem Anteil Bayerns am Aufkommen einer Steuer wird dabei auf die Ertragshoheit der jeweiligen Steuer abgestellt, d. h. ob es sich um eine Bundes-, Länder- oder Gemeinschaftsteuer handelt. Da der Anteil Bayerns an den Bundessteuern Null ist, wird zur Ermittlung des bayerischen Anteils zunächst die Steuerherkunft der in den Bundeshaushalt eingehenden Steuereinnahmen als Ausgangsgröße herangezogen<sup>17</sup>.

Für die Gemeinschaftssteuern (u. a. Lohn- und Einkommensteuer, Körperschaftsteuer), die von den Finanzbehörden der Länder verwaltet werden, liegen offizielle Statistiken vor, die erkennen lassen, welches Volumen die Bürger und Unternehmen eines Landes bei der jeweiligen Steuerart entrichten. Bei der Umsatzsteuer besteht keine Möglichkeit, aus den Steuerzahlungen der Unternehmen Rückschlüsse zu ziehen, in welchem Bundesland der erworbene Gegenstand genutzt wird bzw. die Dienstleistung erbracht wurde. Hier kann man nur über Schätzungen, die im ersten Gutachten näher erläutert wurden, zu Anteilssätzen kommen.

Bei den Bundessteuern (u. a. Energie-, Strom- und Tabaksteuer) existieren bislang keine Erkenntnisse über die regionale Verteilung der Steuerzahlungen. Die Bundessteuern werden von der Bundesfinanzverwaltung (Hauptzollämter) festgesetzt und erhoben. Als möglicher Schätzwert kommt hier lediglich das Verhältnis des bayerischen Bruttoinlandsprodukts zum

Bundesgebiet in Frage. Der sich so ergebende Durchschnittsanteil kann auf den Anteil des Zuschusses an den Gesundheitsfonds zu den Gesamtausgaben des Bundeshaushalts angewandt werden. Insgesamt liefern diese Schätzungen des Steuerfinanzierungsanteils der Bürger und Unternehmen in Bayern an den Gesundheitsfonds die Ergebnisse in Tabelle 18:

Auf dieser Basis resultieren in Tabelle 18 die aus-

**Tabelle 18: Anteile Bayerns an den Zuschüssen aus dem Bundeshaushalt an den Gesundheitsfonds**

Zuschüsse bzw. Anteile	2011	2013	2014
Zuschüsse aus dem Bundeshaushalt an den Gesundheitsfonds	15,3 Mrd. €	11,5 Mrd. €	10,5 Mrd. €
Steuerfinanzierungsanteil der Bürger und Unternehmen in Bayern	2,3 Mrd. €	1,8 Mrd. €	1,8 Mrd. €

Quelle: Bayerisches Staatsministerium der Finanzen, für Landesentwicklung und Heimat (2016) und eigene Berechnungen.

gewiesenen Anteile Bayerns an den Zuschüssen aus dem Bundeshaushalt an den Gesundheitsfonds. Für die Jahre 2013 und 2014 beläuft sich der bayerische Steuerfinanzierungsanteil auf jeweils 1,8 Mrd. Euro.

Obwohl der Zuschuss an den Gesundheitsfonds im Jahr 2014 um eine Mrd. Euro niedriger liegt als im Jahr 2013, beträgt der absolute anteilige Betrag der Bürger und Unternehmen in Bayern unverändert 1,8 Mrd. Euro. Hintergrund für diese Entwicklung ist der gestiegene Anteil Bayerns am Gesamtsteueraufkommen, das dem Bund zusteht.

### Beiträge Minijobber

In Bayern und in Deutschland insgesamt gab es jeweils zum 31.12. des Jahres die in Tabelle 19 ausgewiesene Zahl an geringfügig entlohnten Beschäftigten (sogenannte Minijobber). Im Jahr 2014 weist die Stati-

**Tabelle 19: Geringfügig entlohnte Beschäftigte (Minijobber) 2011–2014**

Jahr	Minijobber in Bayern	Minijobber in Deutschland
2011	1.248.199	7.507.417
2013	1.306.732	6.855.465
2014	1.328.767	6.851.103

Quelle: Bundesagentur für Arbeit 2011a, b–2016a, b, 2016c.

<sup>17</sup> Vgl. auch die Ausführungen hierzu im ersten Gutachten (Ulrich und Wille 2014, S.31 ff.).

stik 1,33 Mio. Minijobber in Bayern und 6,9 Mio. Minijobber in Deutschland aus.

Die vom Arbeitgeber zu tragenden pauschalen Abgaben für die GKV betragen nach wie vor 13 % bei Minijobs im gewerblichen Bereich und 5 % bei Minijobs in Privathaushalten. Bei kurzfristigen Minijobs fallen keine Abgaben an. Der Anteil der bayerischen Minijobber an den geringfügig Beschäftigten in Deutschland beläuft sich 2014 auf 19,39 %. Unterstellt man, dass dieser Anteil grosso modo auch dem Anteil der Beiträge der bayerischen Minijobber an den gesamten Beitragseinnahmen des Gesundheitsfonds für Minijobber in Höhe von 2,978 Mrd. Euro (2014) entspricht, resultieren rechnerische Beiträge der bayerischen Minijobber an den Gesundheitsfonds in Höhe von 446 Mio. Euro im Jahr 2014 (vgl. Tabelle 20 zu den Zahlenangaben, vgl. Bundesagentur für Arbeit 2011a, b–2016a, b, 2016c). Für die Jahre 2011 und 2013 wird analog verfahren.

**Tabelle 20: Beiträge bayerischer Minijobber 2011–2014**

Jahr	Beitrag (Mrd. Euro)
2011	2,684 Mrd. € x 0,1662 = 446,3 Mio. €
2013	2,833 Mrd. € x 0,1906 = 540,0 Mio. €
2014	2,978 Mrd. € x 0,1939 = 577,4 Mio. €

Quelle: Eigene Berechnung.

### Beiträge Rentner

Die Einnahmen des Gesundheitsfonds für bayerische Rentner werden über die Durchschnittsrente in Bayern, den Beitragssatz sowie die Anzahl der Rentner in Bayern berechnet<sup>18</sup>. Die Durchschnittsrente in Bayern beläuft sich für das Jahr 2014 auf 731 Euro (vgl. Deutsche Rentenversicherung 2015). Bei einem Beitragssatz in Höhe von 15,5 Prozent resultiert ein Monatsbeitrag zur Krankenversicherung in Höhe von 113,3 Euro. Bei 2,3 Mio. Rentnern in Bayern ergeben sich 260,59 Mio. Euro Beiträge pro Monat bzw. 3,13 Mrd. Euro Beiträge bayerischer Rentner im Jahr 2014 an den Gesundheitsfonds (vgl. Tabelle 21). Auch hier errechnen sich die Werte für die Jahre 2011 und 2013 auf analoge Weise.

<sup>18</sup> Alternativ lassen sich die Beiträge der bayerischen Rentner analog dem Vorgehen bei den Minijobbern abschätzen, d. h. mit Hilfe der ausgewiesenen Beiträge der Rentner an den Gesundheitsfonds und entsprechenden Durchschnittswerten auf Bundesebene, die dann mit der Zahl bayerischer Rentner multipliziert werden. Da die Einnahmen hier deutlich über denjenigen der ersten Variante liegen, fällt der Nettoabfluss aus Bayern ceteris paribus um diesen Betrag höher aus. Da unsere Berechnung auf den Ausweis einer Untergrenze abzielt, arbeiten wir im Folgenden mit der oben erläuterten Variante.

**Tabelle 21: Beiträge bayerischer Rentner 2011–2014**

Jahr	Durchschnittsrente Bayern in Euro	Zahl bayerischer Rentner	Beiträge bayerischer Rentner in Mrd. Euro
2011	679,00	2.315.520	2,93
2013	697,00	2.308.727	2,99
2014	731,00	2.304.289	3,13

Quelle: Deutsche Rentenversicherung 2015, Bundesministerium für Gesundheit 2014–2015.

### Beiträge Arbeitslosengeld I-Bezieher

Bei den Beiträgen für ALG I- und II-Bezieher kann auf Statistiken der Bundesagentur für Arbeit zurückgegriffen werden. Im Bundesdurchschnitt gab es im Jahr 2014 insgesamt 848.012 Empfänger von Arbeitslosengeld (Arbeitslosengeld bei Arbeitslosigkeit und bei Weiterbildung, vgl. Tabelle 22). Der entsprechende Wert für Bayern lautet 130.092. Dies entspricht einem Anteil Bayerns in Höhe von 15,3 Prozent<sup>19</sup>. Unter der Annahme, dass dieser Anteil auch für die Ermittlung des bayerischen Anteils an den Beitragseinnahmen für ALG I-Empfänger des Gesundheitsfonds herangezogen werden kann, ergibt sich Folgendes: Bezogen auf die 2,832 Mrd. Euro Abgaben an den Gesundheitsfonds für ALG I-Bezieher (vgl. Bundesversicherungsamt 2011–2014) resultieren Beitragseinnahmen für bayerische ALG I-Empfänger in Höhe von 433 Mio. Euro für das Jahr 2014.

### Beiträge Arbeitslosengeld II-Bezieher

Die Berechnungen für die Beiträge der ALG II-Empfänger können analog zu den ALG I-Empfängern erfolgen. Die Datengrundlagen stammen wiederum von der Bundesagentur für Arbeit (2013e–2015e) und dem Bundesversicherungsamt (2011–2014). Im Bundesdurchschnitt gab es im Jahr 2014 insgesamt 4.354.239 Empfänger von Arbeitslosengeld II, der Grundsicherungsleistung für erwerbsfähige Leistungsberechtigte nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II, vgl. Tabelle 23). Der entsprechende Wert für Bayern lautet 297.682. Dies entspricht einem Anteil Bayerns in Höhe von 6,84 %. Bezogen auf die 4,605 Mrd. Euro Abgaben an den Gesundheitsfonds für ALG II-Bezieher (vgl. Bundesversicherungsamt 2011–2014)

<sup>19</sup> Der Anteil Bayerns an den ALG I-Zahlungen dürfte jedoch höher liegen als der Anteil der Bezieher von ALG I. Das liegt daran, dass in Bayern höhere ALG I-Zahlungen als im Durchschnitt geleistet werden, da das Arbeitslosengeld von der Höhe des Einkommens abhängt. Damit dürften auch die ausgewiesenen Beitragseinnahmen für bayerische ALG I-Empfänger in der Tendenz zu niedrig ausgewiesen sein.

Tabelle 22: Beiträge bayerischer ALG I-Empfänger 2011–2014

	Arbeitslosengeldempfänger (ALG I) Deutschland	ALG I-Empfänger Bayern	Abgaben an den Gesundheits- fonds für ALG I-Bezieher in Mrd. Euro	Beitragseinnahmen für bayerische ALG I-Empfänger in Mio. Euro
2011	829.193	118.594	2,467	352,78
2013	885.849	129.660	2,822	412,01
2014	848.012	130.092	2,832	433,30

Quelle: Eigene Berechnungen nach Bundesagentur für Arbeit 2013c–2015c, 2012d–2015d, 2015f, Bundesversicherungsamt 2011–2014.

Tabelle 23: Beiträge bayerischer ALG II-Empfänger 2011–2014

	Arbeitslosengeld II- Empfänger Deutschland	Arbeitslosengeld II- Empfänger Bayern	Abgaben an den Gesundheits- fonds für ALG II-Bezieher in Mrd. Euro	Beitragseinnahmen für bayerische ALG II-Empfänger in Mio. Euro
2011	4.615.057	317.722	4,435	305,13
2013	4.389.820	294.092	4,527	303,31
2014	4.354.239	297.682	4,605	315,00

Quelle: Eigene Berechnungen nach Bundesagentur für Arbeit 2013e–2015e, Bundesversicherungsamt 2011–2014.

resultieren Beitragseinnahmen für bayerische ALG II-Empfänger im Jahr 2014 in Höhe von 315 Mio. Euro.

### Beitragseinnahmen und Zuweisungen

Die uns zur Verfügung stehenden regionalen Daten der Beitragseinnahmen der teilnehmenden Krankenkassen (AOK Bayern, BKK, DAK, IKK Südwest und TK) erlauben mit Hilfe zusätzlicher Annahmen eine Schätzung der Beitragseinnahmen für Gesamtbayern.

Die Beitragseinnahmen umfassen neben den Einnahmen aus den beitragspflichtigen Arbeitsentgelten auch die Beitragszahlungen der Selbstzahler (Beiträge freiwilliger Mitglieder, Studenten und Praktikanten sowie Versicherungspflichtiger nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V). Um die Beitragseinnahmen für die Krankenkassen, deren Ergebnisse nicht vollständig auf der Landesebene vorliegen (IKK, Ersatzkassen, KBS), auf Gesamtbayern hochrechnen zu können, verwenden wir, wie schon im ersten Gutachten, für die Untersuchungsjahre 2013 und 2014 einen Hochrechnungsfaktor aus den bundesweiten Rechnungsergebnissen über die Einnahmen insgesamt (vgl. Tabelle 24). Für die Jahre 2013 und 2014 beläuft sich dieser Hochrechnungsfaktor auf 0,9, d. h. die Beitragseinnahmen der teilnehmenden Krankenkassen decken 90 % der Beitragseinnahmen insgesamt ab. Da wir für das Jahr 2011 nur AOK- und BKK-Daten zur Verfügung hatten, fällt der Hochrechnungsfaktor mit 0,65 entsprechend

geringer aus. Bei der Berechnung wird weiterhin unterstellt, dass die (nicht landesweit) vorliegenden Beitragseinnahmen der Innungskrankenkassen und der Knappschaft-Bahn-See (keine Daten) den durchschnittlichen Beitragseinnahmen der teilnehmenden Krankenkassen entsprechen und analog hochgerechnet werden können.

Ein Hochrechnungsproblem ergibt sich auch für die regionalen Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds. Die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds umfassen zunächst die sogenannten RSA-Zuweisungen inklusive Krankengeld, Verwaltungskosten, Satzungs- und Ergänzungsleistungen, bLA-Anteil für die DMP-Pauschale<sup>20</sup>, Verwaltungskosten-Anteil DMP-Pauschale und die mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisungen. Wie schon im ersten Gutachten lassen sich Hochrechnungsfaktoren anhand der Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben auf Bundesebene gewinnen. Die Werte aus dem Jahresausgleich 2011–2014 für die Bundesebene deuten darauf hin, dass die gewählten Hochrechnungsfaktoren (60 % in 2011 und 90 % in 2013 und 2014) auch im Vergleich zur Marktanteilsbetrachtung in Bayern eine plausible Grenze darstellt. Ein höherer Wert würde die Zuweisungen insgesamt verringern bzw. den Nettoabfluss erhöhen und vice versa.

<sup>20</sup> bLA sind die berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben.

### Gesamtergebnis Nettoabfluss aus Bayern für das Jahr 2011–2014

Insgesamt erhält man für den Nettoabfluss aus Bayern für die Jahre 2011–2014 die in Tabelle 24 enthaltenen Ergebnisse, die Abbildung 11 graphisch veranschaulicht. Die Summe der durch die Wertschöpfung in Bayern generierten GKV-Einnahmen beläuft sich auf 26,3 Mrd. Euro in 2011, 29,8 Mrd. Euro in 2013 und 30,8 Mrd. Euro in 2014. Dem stehen Zuweisungen an Bayern in Höhe von 24,2 (2011), 28,9 (2013) und 29,1 (2014) Mrd. Euro entgegen. Daraus resultiert ein einnahmeseitig bedingter Nettoabfluss (Einnahmen minus Zuweisungen) aus Bayern im Jahr 2011 in Höhe von 2,1 Mrd. Euro, in 2013 in Höhe von 0,9 Mrd. Euro und in 2014 in Höhe von 1,7 Mrd. Euro.

Im Jahr 2011 lagen die Zuführungen in den Gesundheitsfonds aus Beitragszahlungen und Steuermitteln deutlich über der Entnahme. Ein Teil des Nettoabflusses aus Bayern wurde deshalb nicht benötigt und in der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds geparkt. Diese Mittel wurden 2013 und 2014 aktiviert, um den reduzierten Steuerzuschuss auszugleichen. Diese Maßnahme hat den Nettoabfluss in diesen beiden Jahren verringert.<sup>21</sup> Der starke Unterschied zwischen 2013 und 2014 ist ein weiterer Beleg für die außergewöhnliche Entwicklung Bayerns im Jahr 2014, die bereits bei der Bestimmung des Steuerfinanzierungsanteils diskutiert wurde. Kumuliert ergibt sich für die Jahre 2011 bis 2014 ein Nettoabfluss aus Bayern von über 5,5 Mrd. Euro, wenn man unterstellt, dass im Jahr 2012 mindestens der Wert des Jahres 2013 abgeflossen ist.<sup>22</sup>

<sup>21</sup> Man kann darüber diskutieren, in welchem Jahr die in der Liquiditätsreserve geparkten Mittel dem Nettoabfluss aus Bayern zugerechnet werden.

<sup>22</sup> Im Jahr 2013 wirkten mehrere Veränderungen, unter anderem die Abschaffung der Praxisgebühr, die den Mittelabfluss positiv beeinflusst haben. Somit stellt die Annahme in der Tendenz eine Unterschätzung dar.

Wie oben unter 3.1 erwähnt, haben wir die Landwirtschaftliche Krankenkasse (LKK), die nicht am Morbi-RSA teilnimmt, bei der Analyse der Deckungsquoten nicht berücksichtigt. Mit Blick auf die Berechnung des Mittelabflusses aus Bayern sollte dieser Punkt aber noch einmal Erwähnung finden.

Bei einem Gesamtvolumen der LKK von ca. 2,5 Mrd. Euro jährlich beträgt der Anteil der Bundesmittel über 50 %. Bezüglich der regionalen Verteilung der Bundesmittel liegen keine Statistiken vor. In Bayern ist die bäuerliche Landwirtschaft deutschlandweit noch mit am weitesten verbreitet. Daher kann davon ausgegangen werden, dass die Bundesmittel Bayern überproportional zufließen, wodurch die „wahre Nettobelastung“ (Gaßner 2015, S. 42) der von uns in Abschnitt 6 betrachteten fiskalischen Gesamteffekte gemindert wird. Gaßner schätzt die Größenordnung dieser „Zufüsse“ nach Bayern für das Jahr 2011 auf insgesamt etwa 240 Mio. Euro (Gaßner, M. 2015, S. 43), wobei berücksichtigt wird, dass der bayerische Steuerzahler sich natürlich auch wieder an der Finanzierung dieser Mittel beteiligt.<sup>23</sup>

Sicherlich beeinflussen die genannten Positionen die fiskalische Situation Bayerns, sie sind aber nicht geeignet, die Grundaussage eines überproportionalen Solidarbeitrages bayerischer Beitragszahler an der Einnahmenseite der GKV wesentlich zu verändern. Insbesondere besitzen sie keinen unmittelbaren Bezug zu den Ausführungen über die Berechtigung einer Regionalkomponente auf der Ausgabenseite des Morbi-RSA, die im Mittelpunkt des Gutachtens stehen. Abbildung 8 fasst die Ergebnisse hinsichtlich des Nettoabflusses (ohne LKK-Effekte) und die errechneten Deckungsquoten für Bayern in den Jahren 2011–2014 noch einmal grafisch zusammen.

<sup>23</sup> Es gibt sicherlich noch weitere regionale Verteilungseffekte, die wir aus Datengründen nicht explizit berücksichtigen können. Es trifft sicherlich zu, dass bundesweit tätige Krankenkassen Überdeckungen aus anderen Regionen nach Bayern transferieren müssen, um die dortigen Ausgaben zu decken (Gaßner 2015, S. 43). Die Kernthesen des Gutachtens bleiben davon aber unberührt.



**Tabelle 24: Berechnungsgrundlagen Nettoabfluss Bayern 2011–2014**

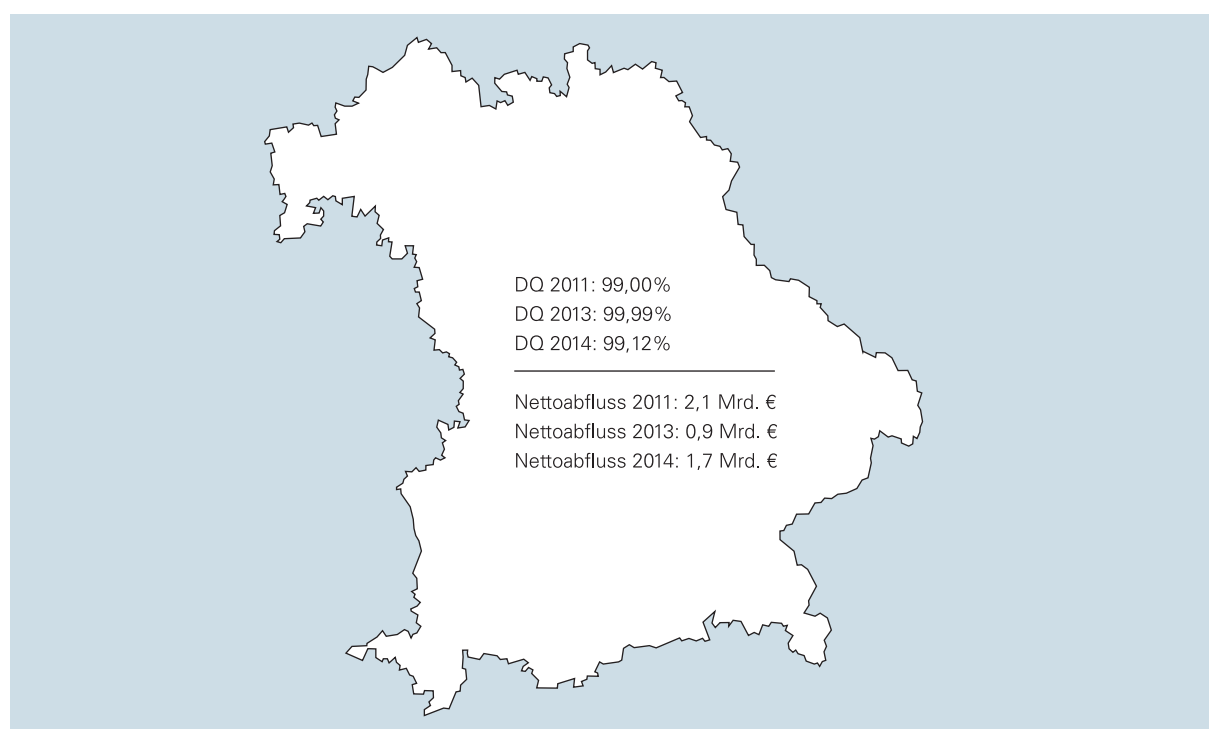
Komponente der regionalen Einnahmen	Betrag 2011	Betrag 2013	Betrag 2014	Quellen
<b>1. Steuern Gesundheitsfonds, Anteil Bayern</b>				
Steuerzuschuss Gesundheitsfonds aus Bayern in Mrd. €	<b>2,3</b>	<b>1,8</b>	<b>1,8</b>	Bayerisches Staatsministerium der Finanzen, für Landesentwicklung und Heimat 2016
<b>2. Beiträge Minijobber</b>				
Anzahl Beschäftigungsverhältnisse von Minijobzentrale	7.507.417	6.855.465	6.851.103	Bundesagentur für Arbeit 2011a, b–2016a, b, 2016c
Anzahl Beschäftigungsverhältnisse, Jahresdurchschnitt Bayern	1.248.199	1.306.732	1.328.767	
Anteil Bayern an Bund	16,63 %	19,06	19,39	
Abgaben an Gesundheitsfonds aus Minijobs laut BVA in Mrd. €	2,684	2,833	2,978	Bundesversicherungsamt 2011–2014
= Beiträge bay. Minijobber an GF in Mio. €	<b>446</b>	<b>540</b>	<b>577</b>	
<b>3. Beiträge Rentner</b>				
Durchschnittsrente Bayern laut Rentenversicherung in Zeitreihen, Stand Oktober 2015, Seite 173f.	678 Euro	697	731	Deutsche Rentenversicherung 2015, Bundesministerium für Gesundheit 2011–2015
* 15,5 % Beitragssatz				
ergibt Beitrag Rentner in Euro pro Monat	105,25	107,6	113,3	
*Anzahl Mitglieder GKV an Rentnern Bayern laut Mitgliederstatistik KM6 BMG	2.315.520	2.308.727	2.304.289	
= Beiträge in Mio. Euro pro Monat	243,70	248,42	261,08	
* 12 Monate				
= Beiträge bay. Rentner an GF in Mrd. Euro	<b>2,93</b>	<b>2,99</b>	<b>3,13</b>	
<b>4. Beiträge ALG I-Bezieher</b>				
ALG I-Empfänger Jahresdurchschnitt Bayern 2015 laut Bundesagentur für Arbeit	118.594	129.660	130.092	Bundesagentur für Arbeit 2013c–2015c, 2012d–2015d, 2015f
ALG I-Empfänger Jahresdurchschnitt Bund 2015 laut Bundesagentur für Arbeit	829.193	885.849	848.012	
Anteil Bayern am Bund in %	14,3	14,6	15,3	
Abgaben an Gesundheitsfonds für ALG I-Bezieher laut BVA in Mrd. €	2,467	2,822	2,832	Bundesversicherungsamt 2011–2014a
= Beiträge ALG I-Bezieher an GF in Mio. €	<b>352,78</b>	<b>412,01</b>	<b>433,30</b>	
<b>5. Beiträge ALG II-Bezieher</b>				
ALG II-Empfänger Jahresdurchschnitt Bayern 2011 laut Bundesagentur für Arbeit	317.722	294.092	297.682	Bundesagentur für Arbeit 2013e–2015e, 2016d
ALG II-Empfänger Jahresdurchschnitt Bund 2011 laut Bundesagentur für Arbeit	4.615.520	4.389.820	4.354.239	
Anteil Bayern an Bund in %	6,88	6,70	6,84	
Abgaben an Gesundheitsfonds für ALG II-Bezieher laut BVA in Mrd. €	4,435	4,527	4,605	Bundesversicherungsamt 2011–2014
= Beiträge ALG II-Bezieher an GF in Mio. €	<b>305,13</b>	<b>303,31</b>	<b>315,00</b>	
<b>6. Beitragseinnahmen</b>				
Beitragseinnahmen AOK, BKK, und ab 2013 IKK, VdEK in Mrd. €				

## 6. Exkurs: Fiskalische Effekte des Morbi-RSA auf Bayern

Hochrechnungsfaktoren aus den endgültigen Rechnungsergebnissen für die GKV der Jahre 2011, 2013, 2014 [Anteil AOK, BKK, bzw. VdEK am BPE insgesamt: 0,65 (2011), 0,90 (2013, 2014)]	<b>20,0</b>	<b>23,8</b>	<b>24,6</b>	Bundesministerium für Gesundheit 2011–2015
<b>7. Summe Einnahmen Bayern</b>				
Beitragseinnahmen (Mrd. Euro)	20,0	23,8	24,6	
Steuern Bayern Gesundheitsfonds (Mrd. Euro)	2,30	1,8	1,8	
Beiträge für Minijobber (Mrd. Euro)	0,45	0,5	0,6	
Beiträge bayerischer Rentner (Mrd. Euro)	2,93	3,0	3,1	
Beiträge ALG I-Empfänger (Mrd. Euro)	0,35	0,4	0,4	
Beiträge ALG II-Empfänger (Mrd. Euro)	0,31	0,3	0,3	
<b>Summe Einnahmen (in Mrd. Euro)</b>	<b>26,3</b>	<b>29,8</b>	<b>30,8</b>	
<b>8. Zuweisungen Bayern</b>				
Zuweisungen AOK, BKK, und ab 2013 IKK, VdEK in Mrd. €				
Hochrechnungsfaktoren aus den Zuweisungen aus dem GF im JA 2011, 2013, 2014 [Anteil AOK, BKK, bzw. VdEK an den Zuweisungen: 0,60 (2011), 0,9 (2013, 2014)]	<b>24,2</b>	<b>28,9</b>	<b>29,1</b>	Bundesversicherungsamt 2011–2014
<b>9. Nettoabflüsse (Einnahmen minus Zuweisungen)</b>				
Nettoabfluss aus fiktiver Bayernkasse in Mrd. Euro	<b>2,1</b>	<b>0,9</b>	<b>1,7</b>	

Quelle: Eigene Berechnungen.

### Abbildung 11: Deckungsquoten und Nettoabfluss aus Bayern 2011–2014



Nettoabflüsse errechnet ohne Zu- und Abflüsse der LKK.

Quelle: d-maps.com und eigene Berechnungen.

## 7. Verfassungsrechtliche Vorgaben der Einbeziehung einer regionalen Komponente in den Morbi-RSA

Seit ihrem Inkrafttreten im Jahr 1994 hat der Gesetzgeber die Regelungen des Risikostrukturausgleichs (RSA) immer wieder nachjustiert. Insbesondere wurden die ursprünglich ausgleichsrelevanten Merkmale Alter und Geschlecht ergänzt durch die Kriterien des Bezugs einer Erwerbsminderungsrente und der Morbidität.<sup>24</sup> Ein stufenweises Aggiornamento hin zu einer größeren Differenzierung ist dem RSA somit nicht wegensfremd. Der Gesetzgeber reagiert damit, um seine Verantwortung für die gesundheitliche Versorgung wissend, auch auf tatsächliche Entwicklungen, die die Finanzierung der Krankenkassen bedrohen könnten. Vor diesem Hintergrund wurde auch die Einbeziehung einer regionalen Komponente immer wieder thematisiert.<sup>25</sup>

Aus Warte des Verfassungsrechts beschäftigten sich Judikate<sup>26</sup> und Stellungnahmen<sup>27</sup> zur Einbeziehung einer regionalen Komponente in den RSA bisher allein mit der Frage, ob die Nichtberücksichtigung regionaler Aspekte die Verfassungswidrigkeit des RSA zu begründen vermag. Auch wenn das Bundesverfassungsgericht dies mit seinem Beschluss aus dem Jahr 2005 eindeutig verneint hat<sup>28</sup>, steht damit noch nicht fest, dass die Einführung einer regionalen Komponente mit der Verfassung schlechthin nicht zu vereinbaren wäre:

Als eindeutig geklärt gelten darf alleine, dass das Petitum, den RSA um eine regionale Komponente zu erweitern, weder in kompetenz- noch in finanzverfassungsrechtlicher Hinsicht bedenklich wäre.<sup>29</sup> Insbesondere einen Verstoß gegen den in Art. 104a Abs. 1 GG verbürgten Grundsatz gesonderter Ausgabentra-

gung widerlegte das Bundesverfassungsgericht zutreffend mit klarer Begründung:

„Der Risikostrukturausgleich verstößt auch nicht speziell gegen Art. 104a Abs. 1 GG. Der Grundsatz gesonderter Ausgabentragung wird nicht verletzt, wenn der Bundesgesetzgeber mit den Vorschriften über den Risikostrukturausgleich eine landesunmittelbare Krankenkasse zwingt, Zahlungen zugunsten einer Krankenkasse eines anderen Landes zu leisten oder wenn er „seine“ bundesunmittelbaren Krankenkassen als Zuwendungsgeber oder Zuwendungsempfänger von landesunmittelbaren Krankenkassen auftreten lässt. Trotz der Zuordnung zur mittelbaren Staatsverwaltung können die Krankenkassen und die von ihnen verwalteten Beitragsmittel finanzverfassungsrechtlich nicht als Teil eines Landes und als Teil der Landeshaushalte betrachtet werden.“<sup>30</sup>

Das gilt unverändert. Einer näheren Betrachtung bedarf aber weiterhin die Vereinbarkeit mit dem in Art. 3 Abs. 1 GG verankerten allgemeinen Gleichbehandlungsgrundsatz, dem das Bundesverfassungsgericht den Großteil seiner Ausführungen widmete: Denn zum einen erging die Entscheidung vor wesentlichen gesetzlichen Änderungen der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung, namentlich der Einführung des Gesundheitsfonds<sup>31</sup> sowie der Festlegung eines einheitlichen Beitragssatzes durch die Bundesregierung ab dem 1. Januar 2009.<sup>32</sup> Zum anderen kann eine Regelung mit dem Grundgesetz auch dann vereinbar sein, wenn sie nur eine unter mehreren verfassungsrechtlich zulässigen Möglichkeiten darstellt, nicht aber verfassungsrechtlich geboten, d. h. nicht zwingend durch Vorgaben der Verfassung vorgeschrieben ist.

Die offenbleibende Frage der Vereinbarkeit einer regionalen Komponente des RSA mit verfassungsrechtlichen Gleichbehandlungsgeboten soll im Folgenden beantwortet werden. Zunächst ist hierzu der Prüfungsmaßstab zu entwickeln, den der Gesetzgeber gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen bzw. deren Mitglieder anzulegen hat. Anschließend wird dargelegt, dass die Regelung weder aus Warte der

24 Vgl. zur Genese der Regelung des § 266 SGB V Krauskopf/Böttiger, 88. Erg.-Lfg. April 2015, § 266 SGB V Rn. 1.

25 Diskussionen um eine regionale Komponente wurden nicht nur in Bayern, sondern auch in anderen Bundesländern geführt. Bereits im Jahre 2013 hieß es in einer Stellungnahme des Ministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren des Landes Baden-Württembergs: „Die Landesregierung hält die Einführung einer Regionalkomponente im Morbi-RSA – neben weiteren notwendigen Anpassungen – für eine potenziell sinnvolle Option zur Weiterentwicklung des Morbi-RSA.“, Lt-Drs-BW 15/3598 v. 7.6.2013, abrufbar unter [http://www.landtag-bw.de/files/live/sites/LTBW/files/dokumente/WP15/Drucksachen/3000/15\\_3598\\_D.pdf](http://www.landtag-bw.de/files/live/sites/LTBW/files/dokumente/WP15/Drucksachen/3000/15_3598_D.pdf) S. 4. Die Forderung nach Regionalität fand auch im zwischen CDU, CSU und FDP geschlossenen Koalitionsvertrag der 17. Legislaturperiode Anklang: „Wir wollen, dass die Krankenversicherungen genügend Spielraum erhalten, um im Wettbewerb gute Verträge gestalten zu können und regionalen Besonderheiten gerecht zu werden.“, abrufbar unter [https://www.bmi.bund.de/SharedDocs/Downloads/DE/Ministerium/koalitionsvertrag.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.bmi.bund.de/SharedDocs/Downloads/DE/Ministerium/koalitionsvertrag.pdf?__blob=publicationFile), S. 85.

26 BVerfG, Beschl. v. 18.7.2005 – 2 BvF 2/01 – juris.

27 Vgl. nur Ramsauer, NJW 1998, 481, 485; Schneider/Vielß, NJW 1998, 2702, 2704; Spoerr, Winkelman, NZS 2004, 402, 407; Sodan/Gast, NZS 1999, 265, 270.

28 BVerfG, Beschl. v. 18.7.2005 – 2 BvF 2/01 – juris Rn. 201 ff.; BSG, Entscheidung vom 24.01.2003 – B 12 KR 16 01 R/20011204 - BeckRS 2003, 40960. 29 BVerfG, Beschl. v. 18.7.2005 – 2 BvF 2/01 – juris Rn. 82 ff.

30 BVerfG, Beschl. v. 18.7.2005 – 2 BvF 2/01 – juris Rn. 103.

31 Art. 1 Nr. 182 GKV-WSG v. 26.3.2007, BGBl. I 378.

32 Art. 1 Nr. 159 GKV-WSG v. 26.3.2007, BGBl. I 378.

Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen noch aus Warte der Krankenkassen selbst einen Verfassungsverstoß begründet. Im Zuge dessen soll eine Auseinandersetzung mit den bisher vorgeschlagenen Modellen zur Realisierung einer regionalen Komponente erfolgen.

### 7.1 Prüfungsmaßstab: Grundrechtlich ausgedünnter Bereich wegen fehlender Grundrechtsfähigkeit der gesetzlichen Krankenkassen

Der in Art. 3 Abs. 1 GG grundrechtlich verankerte allgemeine Gleichheitsgrundsatz gewinnt im Rahmen einer verfassungsrechtlichen Überprüfung einer regionalen Komponente des Morbi-RSA nur in begrenztem Maße Relevanz: Die gesetzlichen Krankenkassen selbst sind nicht grundrechtsfähig.<sup>33</sup> Denn auf rechtsfähige Körperschaften des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung sind Grundrechte ihrem Wesen nach nicht im Sinne des Art. 19 Abs. 3 GG anwendbar, wenn sie ein Akt öffentlicher Gewalt in ihrer Funktion betrifft, eine ihnen gesetzlich zugewiesene und geregelte öffentliche Aufgabe wahrzunehmen.<sup>34</sup> Der Staat kann nicht Grundrechtsberechtigter sein, wo er Grundrechtsverpflichteter ist. Wie das Bundesverfassungsgericht eindeutig klargestellt hat, stellen die Regelungen des RSA, deren Vollzug in die Hände der gesetzlichen Krankenkassen gelegt ist, Regelungen der Sozialgesetzgebung dar. Als solche dienen sie der Erfüllung der originär staatlichen Aufgabe, Schutz in den Fällen von Krankheiten sicherzustellen.<sup>35</sup> Auch eine Ergänzung des RSA um eine regionale Komponente würde die gesetzlichen Krankenkassen alleine in dieser ihnen gerade zugewiesenen Funktion staatlicher Aufgaben betreffen. Anders als Kirchen, Universitäten oder Rundfunkanstalten erfüllen gesetzliche Krankenkassen dabei auch keine Aufgabe in einem Bereich, der unmittelbar einem durch bestimmte Grundrechte geschützten Lebensbereich zugeordnet wäre und eine Grundrechtsfähigkeit ausnahmsweise begründen könnte.<sup>36</sup> Als taugliche Grundrechtsträger kommen deshalb alleine die Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung in Betracht.

Für juristische Personen des öffentlichen Rechts gilt jedoch – gleichsam als „ausgedünnter Grund-

rechtsschutz“ – das Willkürverbot als objektives Rechtsprinzip:

„Allerdings beansprucht der in dieser Norm [Art. 3 Abs. 1 GG; Anmerk. d. Verf.] zum Ausdruck gekommene Gleichheitssatz oder das Willkürverbot auch Geltung für die Beziehungen innerhalb des hoheitlichen Staatsaufbaues; jedoch handelt es sich insoweit um einen allgemeinen Rechtsgrundsatz, der schon aus dem Wesen des Rechtsstaates, dem Prinzip der allgemeinen Gerechtigkeit folgt: die Konstruktion eines Grundrechtes der betreffenden juristischen Person des öffentlichen Rechts als eines subjektiven öffentlichen Rechts ist hierfür nicht erforderlich.“<sup>37</sup>

Hinsichtlich der gesetzlichen Krankenversicherungen selbst muss sich die Einführung einer regionalen Komponente ausschließlich hieran messen lassen.<sup>38</sup>

### 7.2 Kein Verstoß gegen verfassungsrechtliche Gleichheitssätze

Da der anzulegende Prüfungsmaßstab somit abhängig davon ist, welcher personale Bezugspunkt gewählt wird, muss die Beantwortung der Frage, ob die Einführung einer regionalen Komponente in den RSA einen Verstoß gegen einen verfassungsrechtlich verbürgten Gleichheitssatz begründen würde, differenziert erfolgen. In Bezug auf die Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung ist ein Verstoß gegen den allgemeinen Gleichheitssatz zu prüfen. Der in Art. 3 Abs. 1 GG verbürgte allgemeine Gleichheitssatz gebietet dem Gesetzgeber, wesentlich Gleiches gleich und wesentlich Ungleiches ungleich zu behandeln.<sup>39</sup> Auch bei unterschiedlicher Wahl der Vergleichsgruppe zeigt sich, dass weder das Gleichbehandlungsgebot (7.2.1) noch das Gleichbehandlungsverbot (7.2.2) durch einen regionalen Ausgleichsfaktor verletzt würde. Auch das rechtsstaatliche Willkürverbot, das im Hinblick auf die gesetzlichen Krankenversicherungen als Körperschaften des öffentlichen Rechts gilt, wird gewahrt (7.2.3).

33 BVerfG, Beschl. v. 18.7.2005 – 2 BvF 2/01 – juris Rn. 157, Rn. 256; Gohla, Der Risikostrukturausgleich auf dem Prüfstand des Grundgesetzes, 209 ff.; Ramsauer, NZS 2006, 505 ff.; a.A. Sodan/Gast, NZS 1999, 265, 266 f.; dies., VSSR 5/2001, 311, 316 f.

34 BVerfG, Nichtannahmebeschl. vom 9.6.2004 – 2 BvR 1248/03, 2 BvR 1249/03, NZS 2005, 139, 140 f.

35 BVerfG, Nichtannahmebeschl. vom 9.6.2004 – 2 BvR 1248/03, 2 BvR 1249/03, NZS 2005, 139, 140.

36 BVerfG, Nichtannahmebeschl. vom 9.6.2004 – 2 BvR 1248/03, 2 BvR 1249/03, NZS 2005, 139, 142.

37 BVerfG, Beschl. vom 2.5.1967 – 1 BvR 578/63 –, BVerfGE 21, 362–378, Rn. 30.

38 BVerfG, Beschl. v. 18.7.2005 – 2 BvF 2/01 – juris Rn. 157, Rn. 253; Becker/Kingreen/Göpfahrt, 4. Aufl. 2014, § 266 SGB V, Rn. 41; Ramsauer, NZS 2006, 505, 509 f.; Schneider/Vieß, NJW 1998, 2702, 2704.

39 st. Rspr. des BVerfG; vgl. nur BVerfG, Beschl. vom 30. 9. 2002 – 2 BvR 562/02, NJW 2003, 961 m. w. N.

## 7.2.1 Grundrechtliches Gleichbehandlungsgebot gegenüber den Mitgliedern der gesetzlichen Krankenkassen

Eine Implementierung einer regionalen Komponente in den Morbi-RSA würde zwar zu einer Ungleichbehandlung im Verhältnis der Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung führen. Eine Verletzung des allgemeinen Gleichheitssatzes läge hierin allerdings nicht, da diese Ungleichbehandlung verfassungsrechtlich gerechtfertigt wäre.

### 7.2.1.1 Ungleichbehandlung von wesentlich Gleichem

Das Bundesverfassungsgericht bejahte eine Ungleichbehandlung der Versicherten verschiedener Krankenkassen durch den RSA mit folgender Begründung:

„Eine verfassungsrechtlich relevante Ungleichbehandlung liegt dann vor, wenn die Versicherten je nach Kassenzugehörigkeit mit unterschiedlich hohen Beitragssätzen belastet werden (vgl. BVerfGE 89, 365 <375f.>). Verfahrensrechtlich richtet sich der Risikostrukturausgleich zwar an die rechtsfähigen, aber nicht grundrechtsfähigen Krankenkassen (Beschluss der 3. Kammer des Zweiten Senats des Bundesverfassungsgerichts vom 9. Juni 2004 – 2 BvR 1248/03, 2 BvR 1249/03 –, NZS 2005, S. 139). Die von ihm begründeten Ausgleichspflichten und -ansprüche haben aber unmittelbare Relevanz für die von den Krankenkassen festzusetzenden Beitragssätze und beeinflussen somit mittelbar die Höhe der Beitragsbelastung der Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung. Aufgrund der Regelungen in §§ 266, 267 SGB V haben die Mitglieder ausgleichsverpflichteter Krankenkassen höhere, die Mitglieder ausgleichsberechtigter Krankenkassen niedrigere Beiträge zu zahlen, als sie ohne Risikostrukturausgleich zu entrichten hätten. Hiermit ist die vom Risikostrukturausgleich herbeigeführte Ungleichbehandlung allgemein beschrieben: Eine Mitgliedergruppe der gesetzlichen Krankenversicherung wird belastet, eine andere wird entlastet.“<sup>40</sup>

Diese Erwägungen beruhen noch auf dem vor Einführung des Gesundheitsfonds bestehenden Ausgleichsmodell, nach dem die Krankenkassen die Beitragssätze ihrer Mitglieder flexibel gestalten konnten und etwaige Ausgleichszahlungen zwischen den Kranken-

kassen selbst erfolgten. Eine unbefangene Übertragung auf das seit dem Jahr 2009 geltende Finanzierungsmodell der gesetzlichen Krankenversicherung ist nicht ohne weiteres möglich: Die Krankenkassen ziehen seither die ihrem Beitragssatz nach vereinheitlichten Beiträge ihrer Mitglieder lediglich ein und leiten sie unmittelbar an den Gesundheitsfonds weiter. Ihnen wird dann zur Deckung ihrer Ausgaben aus dem Gesundheitsfonds eine Grundpauschale zugewiesen, die sich je nach der Risikostruktur ihrer Versicherten erhöht oder verringert (vgl. § 266 Abs. 1 SGB V). Es findet somit kein direkter interner Ausgleich zwischen den Krankenkassen, sondern ein externer über den Gesundheitsfonds statt.<sup>41</sup> Deckt die Zuweisung aus dem Gesundheitsfonds den tatsächlichen Finanzbedarf einer Krankenkasse nicht, hat sie von ihren Mitgliedern einen einkommensabhängigen Zusatzbeitrag zu erheben (§ 242 Abs. 1 S. 1 SGB V).

Durch die zentrale Sammlung und Verteilung der Beiträge der Versicherten durch den Gesundheitsfonds begründet der Risikostrukturausgleich keine Ausgleichspflichten bzw. -ansprüche der Krankenkassen, die unmittelbar auf die Höhe der Beitragssätze durchschlagen könnten; dies ist zudem bereits grundsätzlich insofern ausgeschlossen, als die Höhe der Beitragssätze gerade nicht mehr ins Ermessen der Krankenversicherungen gestellt bleibt, sondern nivelliert worden ist.

Eine Ungleichbehandlung der Mitglieder unterschiedlicher Krankenversicherungen durch die Einführung einer regionalen Komponente des Morbi-RSA kann allenfalls dort ansetzen, wo den Krankenversicherungen bei der Erhebung der Beiträge weiterhin Spielräume verbleiben, ihre Einnahmen durch eine Mehrbelastung der Mitglieder zu erhöhen. Folglich kann sie alleine darin wurzeln, dass sie sich unmittelbar darauf auswirkt, ob und in welcher Höhe die jeweilige Krankenversicherung einen Zusatzbeitrag erhebt.

Dass das der Fall ist, leuchtet ein, führt man sich die Funktionsweise einer solchen regionalen Komponente vor Augen: Die Versicherten der Krankenversicherungen würden im Vorfeld gebildeten regionalen Gruppen zugeordnet, für die ebenso wie für die bisherigen Kriterien jeweils ein Zu- oder Abschlag von der Grundpauschale in Ansatz gebracht wird. Unterschiedlich beurteilt wird dabei, welcher geographische Bezugspunkt zu Grunde gelegt wird und in welcher Höhe regionale Ausgabenunterschiede relevant werden: Während Gaßner/Göpfarth/Wittmann<sup>42</sup> eine Grup-

<sup>41</sup> Becker/Kingreen/Göpfarth, 4. Aufl. 2014, § 266 SGB V, Rn. 4.

<sup>42</sup> Gaßner/Göpfarth/Wittmann, Spielräume für eine Dezentralisierung im Rahmen des Systems Gesundheitsfonds, in: Wille/Knabner (Hrsg.), Dezentralisierung und Flexibilisierung im Gesundheitswesen, 53, 77.

<sup>40</sup> BVerfGE, Beschl. v. 18.7.2005 – 2 BvF 2/01 – juris Rn. 157, Rn. 157.

penbildung auf Landesebene und einen hälftigen Ausgleich auf dieser Basis ermittelter regionaler Ausgabenunterschiede vorschlagen, wollen Ulrich/Wille<sup>43</sup> auf Landkreisebene ansetzen und den Weg eines nahezu vollständigen Ausgleichs gehen. In Abhängigkeit von dem jeweils veranschlagten Zu- bzw. Abschlag würde sich die nunmehr bestehende Zuweisung aus dem Gesundheitsfonds an die jeweilige Krankenkasse erhöhen oder reduzieren. Profitieren würden Krankenkassen mit einer überwiegenden Anzahl von Mitgliedern in solchen Regionen, für die Zuschläge vorgesehen wären. In der Folge würden sie ihre Zusatzbeiträge vermindert anheben, (stärker) senken oder gänzlich abschaffen, die zu erheben sie sich andernfalls zur Deckung der Ausgaben, die auf die regionale Kostenstruktur zurückzuführen sind, veranlasst sahen. Anders behandelt würden hingegen die Mitglieder derjenigen, regional anders strukturierten Krankenkassen, die sich weiterhin dazu genötigt sähen, Zusatzbeiträge zu erheben, weil ihre Ausgaben trotz der Berücksichtigung der regionalen Komponente die Zuweisung aus dem Gesundheitsfonds überstiegen. Die einen Kassen sind auf die Erhebung von Zusatzbeiträgen angewiesen, die anderen nicht, weil ihnen durch die Einführung einer regionalen Komponente finanziell geholfen wird.

Das Ausmaß der Ungleichbehandlung hängt von der Größe der Regionen ab, die als Vergleichsparameter der Ermittlung der regionalen Ausgabenunterschiede herangezogen werden. Je besser abgebildet werden kann, wo die Ausgabenlast aufgrund regionaler Besonderheiten besonders hoch ist, desto geringer wird die Zahl der Krankenkassen sein, die auf die Erhebung von Zusatzbeiträgen angewiesen ist. Werden die regionalen Ausgabenunterschiede etwa allein auf Ebene der Bundesländer ermittelt, ist denkbar, dass auf Ebene einzelner Landkreise eines Landes, für das in der Gesamtbilanz ein Abschlag veranschlagt worden ist, da im Landesmittel ein geringes Ausgabeniveau zu verzeichnen ist, tatsächlich ein hohes Ausgabeniveau besteht. Weist eine Krankenkasse nun überwiegend Mitglieder in diesem Landkreis auf, vermag der Zuweisungsbetrag aus dem Gesundheitsfonds die tatsächlichen regionalen Ausgaben nicht zu decken. Wie weitgehend die Ungleichbehandlung ist, hängt somit maßgeblich davon ab, welche geographische Einheit als Bezugspunkt gewählt wird. Eine treffsicherere, und damit dem Gleichheitsziel adäquatere Herleitung der regionalen Komponente läge somit vor, wenn mit Ulrich/Wille eine

Gruppenbildung auf Landkreisebene und nicht – wie es dem von Gaßner/Göpfarth/Wittmann vorgeschlagenen Modell entspricht – auf Landesebene erfolgen würde.

### 7.2.1.2 Rechtfertigung der Ungleichbehandlung bei Einbeziehung einer regionalen Komponente

Geht man nach dem Gesagten von einer Ungleichbehandlung aus, ist diese einer verfassungsrechtlichen Rechtfertigung zugänglich.

#### 7.2.1.2.1 Abgeschwächter Rechtfertigungsmaßstab

Aus dem allgemeinen Gleichheitssatz ergeben sich je nach Regelungsgegenstand und Differenzierungsmerkmalen unterschiedliche Grenzen für den Gesetzgeber, die vom bloßen Willkürverbot bis zu einer strengen Bindung an Verhältnismäßigkeitserfordernisse reichen. Das Bundesverfassungsgericht hat in der Vergangenheit betont, dass der Gesetzgeber „[d]a der Grundsatz, dass alle Menschen vor dem Gesetz gleich sind, in erster Linie eine ungerechtfertigte Verschiedenbehandlung von Personen verhindern soll, [...] bei einer Ungleichbehandlung von Personengruppen regelmäßig einer strengen Bindung [unterliegt]“<sup>44</sup>. Weitgehende Regelungsfreiheit hat es dem Gesetzgeber hingegen dann zugestanden, wenn die Ungleichbehandlung an Lebenssachverhalte oder das Verhalten einer Person anknüpft.<sup>45</sup> Bei der Beurteilung der Frage, ob eine Ungleichbehandlung durch unterschiedliche Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung gerechtfertigt ist, hat das Bundesverfassungsgericht vor diesem Hintergrund konsequent einen Maßstab im Zwischenbereich des strengen Maßstabs der Verhältnismäßigkeitsprüfung und einer bloßen Willkürkontrolle angelegt:

„Als Vergleichsgruppen sind hier die Versicherten zu betrachten, die verschiedenen Krankenkassen angehören und bei gleichem Einkommen und im Wesentlichen gleichen Leistungen der Kasse unterschiedlich hohe Beiträge zu erbringen haben. Danach ist weder eine strenge Prüfung der Verhältnismäßigkeit geboten noch eine bloße Willkürkontrolle ausreichend. Denn es geht um eine Ungleichbehandlung von Personengruppen, die nicht an personengebundene Merkmale anknüpft, sondern an den Sachverhalt der Zugehö-

<sup>43</sup> S. zu dieser Funktionsweise Ulrich/Wille, Zur Berücksichtigung einer regionalen Komponente im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA), S. 62f., abrufbar unter <https://www.stmmp.bayern.de/service/gesundheitsversorgung/aktuelle-themen/#morbi-rsa>.

<sup>44</sup> BVerfG, Beschl. v. 8.2.1994 – 1 BvR 1237/85 juris Rn. 37.  
<sup>45</sup> BVerfG, Beschl. v. 7.10.1980 – 1 BvL 50/79, 1 BvL 89/79, 1 BvR 240/79 – juris Rn. 49.

rigkeit zu einer bestimmten Krankenkasse. Deshalb kommt hier den Besonderheiten des geregelten Lebens- und Sachbereichs für die Frage, ob die Ungleichbehandlung gerechtfertigt ist, erhebliche Bedeutung zu (vgl. BVerfGE 62, 256 <274> m. w. N.).“<sup>46</sup>

Die Übertragbarkeit dieser Erwägungen auf eine Ungleichbehandlung durch die Einführung einer regionalen Komponente erscheint aber nur auf den ersten Blick zwingend, da sich eine weitere Abschwächung des Prüfungsmaßstabs aufdrängt. Denn eine gegenüber der strengen Verhältnismäßigkeitsprüfung reduzierte Prüfungsdichte ergibt sich nicht allein daraus, dass die Ungleichbehandlung mit der Zugehörigkeit zu einer bestimmten Krankenkasse nicht an ein personengebundenes Merkmal anknüpft. Darüber hinaus ist zu beachten, dass am 1.1.1996 das Prinzip der Kassenwahlfreiheit<sup>47</sup> eingeführt wurde, das im Zeitpunkt der Entscheidung zur unterschiedlichen Beitragshöhe noch nicht galt. Vor diesem Hintergrund wird den durch einen etwaigen Zusatzbeitrag belasteten Versicherten oftmals die Möglichkeit offenstehen, zu einer Kasse zu wechseln, in der sich die regionale Komponente des RSA beitragsbegünstigend auswirkt, d. h. den bestehenden Belastungen auszuweichen. Es entspricht der ständigen Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts, dass es, wenn er hierzu in der Lage ist, grundsätzlich Sache des Betroffenen ist, sich auf eine Regelung einzustellen und nachteiligen Auswirkungen durch eigenes Verhalten zu begegnen, und dass der Gestaltungsbefugnis des Gesetzgebers allein durch das Willkürverbot Grenzen gesetzt sind.<sup>48</sup>

In seiner Entscheidung zur Verfassungsmäßigkeit des RSA hat das Bundesverfassungsgericht die Maßstabsbestimmung der Entscheidung zu den unterschiedlichen Beitragssätzen aus dem Jahr 1994 zwar ausdrücklich erwähnt und Zweifel an ihrer Übertragbarkeit angesichts der Kassenwahlfreiheit der Versicherten angedeutet. Letztlich hat es aber dahinstehen lassen, welcher Maßstab der richtige ist und den strengeren Verhältnismäßigkeitsmaßstab im Sinne einer *a maiore ad minus*-Betrachtung angewandt.<sup>49</sup> Auch wenn eine reduzierte Prüfung ausschließlich nach Willkür Gesichtspunkten nach den bisherigen Ausführungen bedenkenlos erfolgen könnte, soll dieser Vorgehensweise gefolgt werden, um Zweifel

an der Verfassungsmäßigkeit einer etwaigen regionalen Komponente des Morbi-RSA möglichst umfassend auszuräumen.

#### 7.2.1.2.2 RSA mit regionaler Komponente hält sogar Verhältnismäßigkeitsprüfung stand

Die Einführung einer regionalen Komponente erfüllt selbst die strengen Anforderungen des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes.

##### 7.2.1.2.2.1 Legitime Zwecke

Eine regionale Komponente würde sich in das bestehende Konzept des Morbi-RSA einfügen und ebenso wie die übrigen Ausgleichsfaktoren der Gewährleistung eines Kassenwettbewerbs sowie der Verwirklichung des Solidarprinzips dienen. Darüber hinaus ist in der Förderung subsidiärer Aufgabenerfüllung ein legitimer Zweck zu erblicken.

► **Gewährleistung eines (gerechten) Kassenwettbewerbs:** Die Einführung einer regionalen Komponente in den RSA bezweckt, einen gerechten Wettbewerb zwischen den Krankenkassen sicherzustellen. Den Kassenwettbewerb hat das Bundesverfassungsgericht ausdrücklich als legitimes Ziel anerkannt:

„Die Funktion des Risikostrukturausgleichs, eine Wettbewerbsordnung zu flankieren, die auf der Basis des Solidarprinzips wirtschaftliches und effizientes Verhalten der Krankenkassen bei der gesundheitlichen Leistungserstellung fördern will, ist verfassungsrechtlich legitim. Denn der Gesetzgeber will mit dieser Maßnahme dazu beitragen, die finanzielle Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung sicherzustellen. Hierbei handelt es sich um einen wichtigen Gemeinwohlbelang (vgl. BVerfGE 103, 172 <184 f. >).“<sup>50</sup>

Ein (gerechter) Kassenwettbewerb setzt voraus, dass die Wirtschaftlichkeitsbemühungen aller Krankenkassen unter identische Vorzeichen gestellt sind. Dies wiederum schließt eine Ausgangssituation aus, in der die einen Krankenkassen *per se* finanziell bessergestellt sind als die anderen und diesen finanziellen Vorteil sodann als Wettbewerbsvorteil – insbesondere durch eine Absenkung eines etwaigen Zusatzbeitrags – ausnutzen können. Die regionale Komponente des RSA bezweckt, solchen Krankenkassen, deren Mit-

46 BVerfG, Beschluss vom 8.2.1994 – 1 BvR 1237/85 –, BVerfGE 89, 365–381 – juris Rn. 33.

47 Geregelt wurde das Prinzip der Kassenwahlfreiheit im Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung v. 21.12.1992, trat aber erst mit Wirkung zum 1.1.1996 in Kraft.

48 Vgl. nur BVerfG, Urt. v. 23.1.1990 – 1 BvL 44/86 und 48/87, NZA 1990, 161, 168 mwN.

49 BVerfG, Beschl. v. 18.7.2005 – 2 BvF 2/01 – juris Rn. 157, Rn. 166.

50 BVerfG, Beschl. v. 18.7.2005 – 2 BvF 2/01 – juris Rn. 157, Rn. 171.

glieder überwiegend oder ausschließlich in kostenintensiven Regionen wohnen, den Nachteil unvermeidbar hoher Ausgaben zu nehmen; sie bezweckt sogleich, solchen Krankenkassen, deren Mitglieder überwiegend oder ausschließlich in wenig kostenintensiven Regionen wohnen, den Vorteil von Zuweisungsüberschüssen aus dem Gesundheitsfonds und somit von „Gewinnen“ zu nehmen, die nicht Ergebnis eigener Wirtschaftlichkeitsbemühungen sind.<sup>51</sup> Beides sind legitime Ziele.

► **Verwirklichung des Solidarprinzips:** Auch die Verwirklichung eines sozialen Ausgleichs zwischen den Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung hat das Bundesverfassungsgericht mit klaren Worten für legitim erklärt:

„Nach ständiger Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts ist es ein legitimes Konzept des zur sozialpolitischen Gestaltung berufenen Gesetzgebers, die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung als ein besonders wichtiges Gemeinschaftsgut durch Errichtung eines sozialen Krankenversicherungssystems sicherzustellen und die hierfür erforderlichen finanziellen Mittel auf der Grundlage einer Pflichtversicherung von den Versicherten durch Erhebung von auf sozialen Ausgleich angelegten, einkommensbezogenen und damit nicht risikoäquivalenten Beiträgen selbst aufbringen zu lassen (vgl. BVerfGE 44, 70 <89>; 103, 172 <184f.>; 103, 197 <221>). Der Verfassungsgeber fand ein überkommenes mehrgliedriges Sozialversicherungssystem vor, für das die auf Umverteilung und sozialen Ausgleich angelegte einkommensbezogene Beitragsfinanzierung ein typisches Strukturmerkmal war (vgl. BVerfGE 63, 1 <35>; 75, 108 <146ff., 157>). Das Bundesverfassungsgericht hat daher die Neuerrichtung, die Existenz oder die Erweiterung von beitragsfinanzierten, auf dem Gedanken des sozialen Ausgleichs und der Umverteilung beruhenden Pflichtversicherungen jeweils gebilligt (vgl. BVerfGE 29, 221 <235ff.>; 44, 70 <89f.>; 76, 256 <300ff.>; 79, 223 <236f.>; 103, 172 <184f.>; 103, 197 <221>).“<sup>52</sup>

Dass der Gedanke des sozialen Ausgleichs auch eine regionale Komponente des RSA zu stützen vermag, wird deutlich, wenn man sich vor Augen führt, dass hierdurch lediglich Ausgleichsmechanismen kodifiziert

werden, derer sich überregional agierende Krankenkassen ohnehin bereits bedienen: Denn diese können dann, wenn sich die pro Kopf umgerechneten Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds angesichts einer hohen lokalen Ausgabenlast in bestimmten Regionen als zu niedrig erweisen, auf finanzielle Ressourcen zurückgreifen, die dadurch frei werden, dass andernorts die regionale Ausgabenlast geringer ist als der auf den einzelnen Versicherten umgerechnete Zuweisungsbetrag – mit der Folge, dass sich hohe regionale Ausgabenlasten in etwaigen Zusatzbeiträgen nicht niederschlagen müssen. Bei ausschließlich regional agierenden Krankenkassen ist ein Solidaritätsdefizit hingegen bereits insofern angelegt, als es an Mitgliedern fehlt, die sich solidarisch zueinander verhalten könnten. Mitglieder solcher Krankenversicherungen, die ihre Leistungen ausschließlich in Regionen mit niedrigen lokalen Ausgaben anbieten, werden einseitig dadurch begünstigt, dass die tatsächlichen Pro-Kopf-Ausgaben unter den durchschnittlichen Pro-Kopf-Zuweisungen liegen; Mitglieder solcher Krankenversicherungen, die ihre Leistungen ausschließlich in Regionen mit hohen lokalen Ausgaben anbieten, werden einseitig dadurch belastet, dass die tatsächlichen Pro-Kopf-Ausgaben über den durchschnittlichen Pro-Kopf-Zuweisungen liegen.

Eine regionale Komponente des RSA bezweckt, den von den überregionalen Krankenversicherungen bekannten Diffusionsmechanismus zwischen den Versicherten dieser beiden Gruppen sicherzustellen. Der Einwand des ehemaligen Präsidenten des Bundesversicherungsamts Maximilian Gaßner gegen die Einführung einer regionalen Komponente, „[d]ie Solidarität in der Gesetzlichen Krankenversicherung mach[e] nach dem Konzept des Grundgesetzes nicht an der Landesgrenze halt“<sup>53</sup>, überzeugt vor diesem Hintergrund gerade nicht. Das Konzept der Solidarität ist aus Warte der Versicherten regionaler Krankenversicherungen defizitär. Zuzustimmen ist Ulrich und Wille: „Die Einbeziehung einer regionalen Komponente in den Morbi-RSA stellt die solidarische Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) mit ihrem bundesweiten vollständigen Finanzkraftausgleich und ihrer Morbiditätsorientierung in keiner Weise in Frage.“<sup>54</sup> Sie bezweckt ganz im Gegenteil, dem Solidaritätsprinzip über die Landesgrenze hinweg zur Umsetzung zu verhelfen. Der gegenteilige Einwand ist sachlich falsch – und damit juristisch unerheblich.

51 In diese Richtung weisen die Ausführungen Ramsauers, NJW 1998, 481, 485 f. sowie Spoerr/Winkelmanns, NZS 2004, 402, 407, die durch die ursprüngliche Regelung des RSA eintretende Wettbewerbsverzerrungen rügen.

52 BVerfG, Beschl. v. 18.7.2005 – 2 BvF 2/01 – juris Rn. 157, Rn. 136.

53 Gaßner, *Bavaricus non calculat*, Welt der Krankenversicherung 2–3/2015, 42, 43.

54 Ulrich/Wille, Zur Berechtigung einer regionalen Komponente im RSA. Regionale Ausgabenunterschiede als exogener Faktor, Welt der Krankenversicherung 7–8/2015, 173, 174.



► **Subsidiarität:** Über diese beiden Ziele hinaus, die bereits mit der vor dem Bundesverfassungsgericht zur Überprüfung gestellten Regelung des RSA verfolgt worden sind, ist jedoch zudem die Intention zu erkennen, gerade den Krankenversicherungsschutz auf lokaler Ebene sicherzustellen. Dies entspricht dem Gedanken der Subsidiarität, nach dem die Aufgabenwahrnehmung insbesondere durch Organisationseinheiten auf unterster Ebene erfolgen soll. Dass „[m]an [...] viel besser die Bedürfnisse der eigenen Stadt als die der anderen Städte [kennt] und [...] besser über die Fähigkeit der Nachbarn als über die der sonstigen Staatsgenossen [urteilt]“<sup>55</sup>, ist seit jeher anerkannt und – wie etwa die Verteilung der Gesetzgebungskompetenzen zwischen Bund und Ländern erkennen lässt – tragendes Strukturprinzip des Verfassungsrechts.

Übertragen auf die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung lässt sich dieser Gedanke insoweit fruchtbar machen, als eine Leistungserbringung durch eine lediglich lokal tätige Krankenversicherung es eher vermag, den spezifischen Anforderungen ihrer jeweiligen Mitglieder zu begegnen, als eine bundesweit tätige Krankenversicherung. Der Bestand regional tätiger Krankenversicherungen ist jedoch bedroht, wenn sie sich dauerhaft mit regionalen, nicht zu vermeidenden Mehrausgaben gegenüber dem Zuweisungsbetrag aus dem Gesundheitsfonds konfrontiert sehen. Da eine regionale Komponente insbesondere diese lokal tätigen Krankenversicherungen adressiert, liegt ihr der legitime Zweck zu Grunde, subsidiäre Strukturen zu fördern.

#### 7.2.1.2.2.2 Geeignetheit

Wie es der ständigen Rechtsprechung entspricht, ist dem Gesetzgeber bei der Beurteilung der Geeignetheit eine nur begrenzt überprüfbare Prognoseentscheidung zuzugestehen.<sup>56</sup> Ein erweiterter Spielraum ist dem Gesetzgeber insbesondere bei der Regelung sozialrechtlicher Fragen eingeräumt:

„Auf dem Gebiet des Sozialrechts ist wegen der fortwährenden schnellen Veränderungen des Arbeits-, Wirtschafts- und Soziallebens dem Gesetzgeber eine besonders weite Gestaltungsfreiheit zuzugestehen. Diese unterliegt nur einer eingeschränkten verfassungsrechtlichen Kontrolle (vgl. BVerfGE 77, 84 (106 m. w. Nachw.)). Das

BVerfG kann insbesondere nicht prüfen, ob der Gesetzgeber im Einzelnen die zweckmäßigste, vernünftigste oder gerechteste Lösung gefunden hat (vgl. BVerfGE 71, 255 (271 m. w. Nachw.)).“<sup>57</sup>

Durch die Einführung einer regionalen Komponente würde der Gesetzgeber den ihm zuerkannten Prognosespielraum nicht überschreiten. Im Hinblick auf die herausgearbeiteten Zwecksetzungen, den Kassenwettbewerb zu gewährleisten und das Solidarprinzip kassenübergreifend zu verwirklichen, folgt dies aus einer Auseinandersetzung mit der verfassungsgerichtlichen Entscheidung zu der Altfassung des RSA. Auch erwies sich die Regelung einer regionalen Komponente als geeignet, das Subsidiaritätsprinzip zu fördern.

#### 7.2.1.2.2.1 Gewährleistung eines Kassenwettbewerbs und Verwirklichung des Solidarprinzips

Wie bereits dargelegt, stellen die Gewährleistung des Kassenwettbewerbs und die Verwirklichung des Solidarprinzips bereits Ziele der ursprünglichen Regelung des Risikostrukturausgleichs dar. Nach Ansicht des Bundesverfassungsgerichts scheiterte die Eignung des damaligen RSA, Kassenwettbewerb und Solidarprinzip zu realisieren, nicht daran, dass regional unterschiedliche Kostenstrukturen keine Berücksichtigung gefunden haben. Wie eine Analyse der Argumentation des Bundesverfassungsgerichts zeigt, wurde hierdurch jedoch nicht zugleich vorgezeichnet, dass die Einführung einer regionalen Komponente des RSA gegen die Verfassung verstößt. Soweit die Entscheidung Anhaltspunkte enthält, die in diese Richtung weisen, können sie entkräftet werden.

**Ausgangspunkt: Konkretisierung des Ermessensspielraums des Gesetzgebers durch das Bundesverfassungsgericht.** Als Ausgangspunkt der Auseinandersetzung mit den Argumenten des Bundesverfassungsgerichts sollen die Präzisierungen zum Prognosespielraum des Gesetzgebers dienen. Die Karlsruher Richter haben dargelegt, unter welchen Voraussetzungen der Gesetzgeber seinen Prognosespielraum bei der Schaffung einer Regelung, die zur Realisierung des Solidarprinzips und des Kassenwettbewerbs geeignet ist, jedenfalls nicht überschreitet.

Im Hinblick auf das Solidarprinzip stellt das Verfassungsgericht fest, dass jedenfalls solche Faktoren, die auf die Beitragshöhe in spürbarem Maße durchschlagen und zu Beitragsunterschieden zwischen den

<sup>55</sup> So bereits Montesquieu, Vom Geist der Gesetze, hrsg. und übersetzt von Forsthoft, Bd. I, 1951, S. 218f.

<sup>56</sup> BVerfG, Beschl. v. 18.7.2005 – 2 BvF 2/01 – juris Rn. 157, Rn. 136 mwN.

<sup>57</sup> Vgl. nur BVerfG, Urteil vom 23.01.1990 – 1 BvL 44/86 und 48/87, NZA 1990, 161, 169.

Krankenkassen führen, die Eignungsprognose zu tragen vermögen:

„Bei der konkreten Ausgestaltung des Risikostrukturausgleichs – Wahl der Ausgleichsfaktoren und der Ausgleichstechnik – durfte sich der Gesetzgeber im Ausgangspunkt von der Erkenntnis leiten lassen, dass letztlich unzählige Faktoren in unterschiedlichem Ausmaß Einfluss auf die Beitragssätze der Vielzahl von Krankenkassen haben. Eingedenk dessen war der Gesetzgeber berechtigt, lediglich solche Faktoren zu berücksichtigen, von denen prognostiziert werden konnte, dass sie eine quantitativ gewichtige Auswirkung auf den Beitragssatz haben (absolute quantitative Beitragssatzrelevanz). Er brauchte weiterhin nur solchen Faktoren Ausgleichsrelevanz beizumessen, die starke Unterschiede zwischen den Krankenkassen aufweisen (relative Beitragssatzrelevanz). Ein Faktor, von dem alle Krankenkassen in etwa gleich stark betroffen werden, hat keine Auswirkung auf die Beitragssatzrelation zwischen den Krankenkassen und muss daher zur Vermeidung gleichheitswidriger Belastungswirkungen zwischen einzelnen Mitgliedergruppen innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung nicht ausgeglichen werden.“<sup>58</sup>

Als prinzipiell geeignet eingestuft, einen Kassenwettbewerb zu gewährleisten, wurden solche Kriterien, die die einzelnen Krankenkassen nicht beeinflussen können:

„In der wettbewerbssichernden Perspektive des Risikostrukturausgleichs war der Gesetzgeber lediglich gehalten, solche – quantitativ bedeutsamen – Faktoren auszugleichen, die von den einzelnen Krankenkassen in keiner Weise beeinflussbar sind. Demnach konnten Faktoren, die bei typisierender Betrachtung von den Krankenkassen als den Akteuren des Kassenwettbewerbs grundsätzlich beeinflusst werden können, im Risikostrukturausgleich als nicht ausgleichsrelevant unberücksichtigt bleiben. Denn beeinflussbare Kosten kann die einzelne Kasse durch eigenes Verhalten senken, was der finanziellen Effizienz des gesamten Gesundheitssystems zugutekommt.“<sup>59</sup>

Als Anforderung, die für die Verwirklichung beider Zielsetzungen maßgeblich sein soll, hat das Bundes-

verfassungsgericht die Praktikabilität der Berücksichtigung des jeweiligen Ausgleichsfaktors hervorgehoben.

„Da schließlich Praktikabilität und Einfachheit des Rechts stets zu den notwendigen Voraussetzungen eines gleichheitsgerechten Gesetzesvollzugs gehören, war der Gesetzgeber befugt, generalisierende, typisierende und pauschalierende und auch pauschaliert quantifizierende Regelungen zu treffen (stRspr; vgl. BVerfGE 99, 280 <290>; 100, 138 <174>; 103, 392 <397>; 105, 73 <127>). Er war gleichheitsrechtlich somit nicht gehalten, ein geringes Mehr an Beitragssatzgleichheit – durch Einbeziehung weiterer Ausgleichsfaktoren – auf Kosten eines gravierenden Defizits an Praktikabilität zu erzielen. Der sachliche Gesichtspunkt der praktischen Machbarkeit eines Finanzausgleichs innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung rechtfertigte also gesetzliche Regelungen, die sicherstellen, dass ein solcher Finanzausgleich überhaupt mit vertretbarem Aufwand durchgeführt werden kann. Die ausgleichsrelevanten Daten müssen demnach überhaupt verfügbar sein oder mit vertretbarem Aufwand beschafft werden können.“<sup>60</sup>

#### **Sachgerechtigkeit der Nichtberücksichtigung ungleich Verfassungswidrigkeit der Berücksichtigung regionaler Komponente:**

Das Bundesverfassungsgericht stellt in der Folge fest, die Nichtberücksichtigung regional unterschiedlicher Kostenstrukturen sei bezüglich der wettbewerblichen Ziele „sachgerecht“<sup>61</sup>. Diese Feststellung im Hinblick auf die verfassungsrechtliche Zulässigkeit einer regionalen Komponente zu deuten, verlangt, sie dogmatisch einzuordnen. Das Erfordernis der Sachgerechtigkeit wurde als Kehrseite des weiten gesetzgeberischen Spielraums bei der Zwecksetzung sozialrechtlicher Regelungen etabliert:

„[...] [Es liegt] in der Konsequenz der berechtigten Zunahme an Sensibilität für die grundrechtlichen Implikationen des sozialen Gesundheitsrechts als auch von dessen wachsender eigener Freiheitlichkeit [...], in erhöhtem Maße grundrechtlichen Prinzipien zugunsten von Selbstbestimmung und Gleichbehandlung und somit einer stärkeren Betonung einer Prüfung von Geeignetheit, Erforderlichkeit und Angemessenheit auch von bloß mittelbar grundrechtsrelevanten Regelungen Raum zu geben. Dies führt in Anbetracht der Weite des

58 BVerfG, Beschl. v. 18.7.2005 – 2 BvF 2/01 – juris Rn. 157, Rn. 177.  
59 BVerfG, Beschl. v. 18.7.2005 – 2 BvF 2/01 – juris Rn. 157, Rn. 178.

60 BVerfG, Beschl. v. 18.7.2005 – 2 BvF 2/01 – juris Rn. 157, Rn. 179.  
61 BVerfG, Beschl. v. 18.7.2005 – 2 BvF 2/01 – juris Rn. 157, Rn. 201.

auf der Zielsetzungsebene bestehenden Spielraums im Wesentlichen zu Anforderungen an die Sachgerechtigkeit der gesetzgeberischen Einschätzungen, die sich insbes. an der Funktionsgerechtigkeit der getroffenen Regelungen sowie an deren inhaltlicher Kohärenz und Folgerichtigkeit erweisen muss, um die Rechtfertigung von Belastungsunterschieden durch stichhaltige Wertungen und belegbare Tatsachen zu ermöglichen. Funktionale und systematische Überlegungen sollten also für die Sozialgesetzgebung von wachsendem Gewicht sein.“<sup>62</sup>

Das Attribut der Sachgerechtigkeit besagt folglich allein, dass der Gesetzgeber mit der ursprünglichen Regelung des RSA folgerichtige Regelungen geschaffen hat, obwohl er regionale Kostenunterschiede nicht zum ausgleichsrelevanten Merkmal erhoben hat. Das Bundesverfassungsgericht hat entsprechend dem inzwischen in der Rechtsprechungspraxis etablierten Grundsatz der Folgerichtigkeit geprüft, ob die Nichtberücksichtigung der regionalen Komponente sich in das vom Gesetzgeber selbst gesetzte Regelungssystem einfügen lässt und ob bejahendenfalls zureichende Gründe für eine Systemwidrigkeit vorliegen.<sup>63</sup> Seine Aussage bedeutet somit allein, dass der Gesetzgeber eine regionale Komponente nicht zu berücksichtigen hatte, da sie entweder ohnehin bereits nicht den systembildenden Maßgaben oder, so sie dem gewählten Regelsystem entsprochen hätte, hinreichende sachliche Gründe dafür sprachen, das Kriterium nicht aufzunehmen.

Die Perspektive bei der Prüfung, ob eine regionale Komponente des RSA zur Verwirklichung genannter Zwecke geeignet ist, ist dagegen eine andere. Die Geeignetheitsprüfung fokussiert allein den prognostizierbaren Ursache-Wirkungs-Zusammenhang zwischen einer Maßnahme und der gewählten Zielvorgabe. Ob dann, wenn diese Prognose gelingt, Gründe vorliegen, die dafürsprechen mögen, das Kriterium nicht zu berücksichtigen, ist dagegen irrelevant.

Indem die Nichtberücksichtigung regionaler Kostenunterschiede als sachgerecht eingestuft wird, steht somit nur fest, dass der Gesetzgeber das Ausgleichsmerkmal der regionalen Kostenunterschiede nicht berücksichtigen musste, nicht aber, dass er es nicht berücksichtigen durfte. Die Geeignetheit wäre in Bezug auf die genannten Ziele möglicherweise nur dann zu verneinen, wenn die Gründe, derentwegen der Gesetzgeber eine regionale Kostenstruktur unberücksichtigt lassen durfte, zugleich solche wären, die dazu führen, dass die oben dargestellten Anforderun-

gen, die das Bundesverfassungsgericht für eine zweifelsfreie zweckzwecktaugliche Kriterienauswahl definiert hat, nicht erfüllt sind.

**Beitragssatzrelevanz:** Dass unterschiedliche regionale Kostenstrukturen sich auf die Höhe des jeweiligen Zusatzbeitrages auswirken und hierdurch Unterschiede in der Höhe des Zusatzbeitrages zwischen den Krankenkassen entstehen, wurde bereits im Zuge der Darstellung der Ungleichbehandlung gezeigt.<sup>64</sup>

**Nicht-Beeinflussbarkeit:** Den Ausführungen des Bundesverfassungsgerichts war zudem zu entnehmen, dass ein Ausgleichskriterium zur Förderung des Kassenwettbewerbs geeignet ist, wenn die Krankenkassen es nicht beeinflussen können. Es ist aber bereits zweifelhaft, ob damit gesagt ist, dass beeinflussbare Kriterien per se zur Förderung des Kassenwettbewerbs nicht geeignet sind. Denn das Verfassungsgericht hat die Worte gewählt, dass „[...] der Gesetzgeber lediglich gehalten [war], solche [...] Faktoren auszugleichen, die von den einzelnen Krankenkassen in keiner Weise beeinflussbar sind“. Damit ist allein gesagt, dass der Gesetzgeber Faktoren ausgleichen musste, die nicht zu beeinflussen sind – zugleich weist die Formulierung aber darauf hin, dass der Gesetzgeber sehr wohl auch andere, mithin beeinflussbare Faktoren ausgleichen könnte. Hätten die Karlsruher Richter sagen wollen, dass eine Nicht-Beeinflussbarkeit immer zu einer fehlenden Eignung führt, hätten sie klarere Worte gewählt. Auf der Hand gelegen hätte etwa die Formulierung, dass „[...] der Gesetzgeber gehalten [war], lediglich solche Faktoren auszugleichen, die von den einzelnen Krankenkassen in keiner Weise beeinflussbar sind“. Auf diese Weise hätten sie klargestellt, dass andere als in keiner Weise beeinflussbare Faktoren gerade nicht ausgeglichen werden dürfen.

Was das Bundesverfassungsgericht tatsächlich gemeint hat, kann aber dahinstehen, wenn regionale Kostenstrukturen ohnehin von den Krankenkassen nicht zu beeinflussen sind. Dies zu beurteilen, erfordert eine Analyse der Ursachen regional verschiedener Kostenstrukturen.

► **Einschätzung des Bundesverfassungsgerichts:**

Das Bundesverfassungsgericht identifiziert als mögliche Ursachen regionaler Ausgabenunterschiede regional unterschiedliche Krankheitshäu-

62 Sodan/Schmehl, 2. Aufl. 2014, § 39 Rn. 46.

63 S. hierzu m. w. N. Jarass/Pieroth/Jarass, 13. Aufl. 2014, Art. 3 Rn. 29.

64 S. bereits zur Beitragssatzrelevanz regionaler Kostenstrukturen vor Einführung des Gesundheitsfondsmodells Schneider/Vieß, NJW 1998, 2702, 2704 sowie Spoerr/Winkelmann, NZS 2004, 402, 407.

funken<sup>65</sup>, Unterschiede in Versorgungsdichte und -qualität<sup>66</sup>, regionale Wirtschaftlichkeits- und Effizienzunterschiede der Leistungserbringer<sup>67</sup> sowie ein unterschiedliches Nachfrageverhalten der Versicherten<sup>68</sup>. Als durch die Krankenkassen beeinflussbar stuft es dabei ausdrücklich allein das Nachfrageverhalten der Versicherten ein:

„Wenn es dagegen, wie angenommen wird (vgl. Schneider/Schawo, Der Einheit ein Stück näher, in: *Gesundheit und Gesellschaft*, 4/2000, S. 24 <29>), in den einzelnen Regionen ein unterschiedliches Verhalten der Versicherten bei der Nachfrage nach Kassenleistungen gibt und hieraus regional unterschiedliche Ausgabenbelastungen resultieren sollten, dann musste der Gesetzgeber diesem Umstand nicht im Risikostrukturausgleich Rechnung tragen. Auf die Höhe des Einkommens ihrer Mitglieder hat die Krankenkasse keinen Einfluss, wohl aber auf deren Anspruchsverhalten (vgl. Becker/Messemer/Nederegger/Wiedinger, a.a.O., S. 31 <44 ff.>). Beeinflussbare Faktoren können und sollen von den Krankenkassen zur Erhöhung von Effizienz und Wirtschaftlichkeit beeinflusst werden. Dies ist der Sinn des vom Gesetzgeber gewollten Kassenwettbewerbs. Beitragssatzfolgen aus unterschiedlich erfolgreichen Wirtschaftlichkeitsbemühungen einzelner Krankenkassen werden deshalb nicht ausgeglichen.“<sup>69</sup>

Die übrigen Faktoren hält das Bundesverfassungsgericht dagegen offensichtlich für nicht beeinflussbar. Denn dafür, dass sie nicht berücksichtigt worden sind, nennt es jeweils andere Sachgründe. Regional unterschiedliche Krankheitshäufungen müssen seiner Ansicht nach nicht durch eine regionale Komponente abgebildet werden, weil sie bereits durch die Einführung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs berücksichtigt werden<sup>70</sup>, Unterschiede in Versorgungsdichte und -qualität<sup>71</sup> nicht, weil es ein legitimes Anliegen ist, das Äquivalenzverhältnis zwischen Versorgungsdichte bzw. -qualität und Beitragshöhe zu bewahren<sup>72</sup>, regionale Wirtschaftlichkeits- und Effizienzunterschiede der Leistungserbringer nicht, weil ein berechtigtes Interesse besteht, dass sich regionale Unwirtschaftlichkeiten nicht perpetuieren.<sup>73</sup> Wäre das

Bundesverfassungsgericht hingegen davon ausgegangen, dass auch diese Faktoren beeinflussbar sind, hätte es für alle Ursachen regionaler Ausgabenunterschiede einheitlich argumentiert – die Nichtbeeinflussbarkeit wäre für alle Ursachen gleichermaßen das zentrale Argument gewesen. Der differenzierte Begründungsaufwand zeigt damit, dass es gerade nicht davon ausgeht, dass auch diese Ursachen der Beeinflussbarkeit der Krankenversicherung entzogen sind.

► **Das Nachfrageverhalten als problematisches**

**Kriterium:** Der Befund des Bundesverfassungsgerichts leuchtet zu großen Teilen unmittelbar ein: Für die Versorgungsdichte und -qualität sowie eine wirtschaftliche und effiziente Leistungserbringung sind nicht die Krankenversicherungen als Kostenträger, sondern die Leistungserbringer verantwortlich; auf Krankheitshäufungen vermögen dagegen in letzter Instanz – wenn überhaupt – die Versicherten selbst Einfluss zu nehmen.

Als vom Bundesverfassungsgericht identifizierte Ursache, die einer Eignungsprognose mangels Beeinflussbarkeit entgegenstehen könnte, sticht somit allein das Nachfrageverhalten der Versicherten hervor. Eine nähere Betrachtung zeigt allerdings, dass auch diese Ursache dem Zugriff der Krankenversicherungen weitgehend entzogen ist:

Zum einen ist an die Besonderheit des „Produktes“ der Gesundheitsleistungen zu erinnern: Die Beeinflussbarkeit des Nachfrageverhaltens der Versicherten tendiert insofern gegen Null, als gerade nicht jedes Mal, wenn eine Leistung in Anspruch genommen wird, eine Gegenleistung zu erbringen ist; vielmehr legitimiert der einmal entrichtete Beitrag dazu, auf sämtliche vom Versicherungsportfolio erfassten Leistungen zuzugreifen. Verhaltenssteuernde Anreize zu setzen, dasjenige nicht einzufordern, auf das ein Anspruch bereits entstanden ist, sind allenfalls sehr begrenzt möglich, da sie eine Verzichtleistung der Versicherten erfordern. Ebenso wenig, wie man von einer Beeinflussbarkeit der Morbiditätsquote durch das Angebot von Vorsorgemaßnahmen ausgehen kann, wird man vor diesem Hintergrund behaupten können, dass die Versicherten tatsächlich dahingehend beeinflusst werden können, von der Inanspruchnahme dessen, was ihnen zusteht, abzuweichen. Wenn das Bundesverfassungsgericht aber letztlich festgestellt hat, dass sich das Morbiditätskriterium in die Regelungssystematik der übrigen Kriterien einfügt, muss das, soweit das Kriterium der Beeinflussbarkeit entgegen stehen könnte, auch für den regionalen Kostenfaktor gelten, dessen Ursache

65 BVerfG, Beschl. v. 18.7.2005 – 2 BvF 2/01 – juris Rn. 157, Rn. 204.

66 BVerfG, Beschl. v. 18.7.2005 – 2 BvF 2/01 – juris Rn. 157, Rn. 206.

67 BVerfG, Beschl. v. 18.7.2005 – 2 BvF 2/01 – juris Rn. 157, Rn. 207.

68 BVerfG, Beschl. v. 18.7.2005 – 2 BvF 2/01 – juris Rn. 157, Rn. 205.

69 BVerfG, Beschl. v. 18.7.2005 – 2 BvF 2/01 – juris Rn. 157, Rn. 205.

70 BVerfG, Beschl. v. 18.7.2005 – 2 BvF 2/01 – juris Rn. 157, Rn. 204.

71 BVerfG, Beschl. v. 18.7.2005 – 2 BvF 2/01 – juris Rn. 157, Rn. 206.

72 BVerfG, Beschl. v. 18.7.2005 – 2 BvF 2/01 – juris Rn. 157, Rn. 206.

73 BVerfG, Beschl. v. 18.7.2005 – 2 BvF 2/01 – juris Rn. 157, Rn. 207.

in einem divergierenden Nachfrageverhalten gesehen wird.<sup>74</sup>

Zum anderen ist zu beachten, dass das Nachfrageverhalten der Versicherten offensichtlich mit nicht zu beeinflussenden Kriterien korreliert. Eine hohe Versorgungsdichte und -qualität, die von den Krankenversicherungen nicht zu steuern sind, werden zwangsläufig dazu führen, dass Gesundheitsleistungen eher in Anspruch genommen werden, als dies im Falle einer Unterversorgung der Fall wäre. Wie die Erkenntnisse Ulrichs und Willes zeigen, spielen als weitere Einflussgrößen auf das Nachfrageverhalten der Versicherten insbesondere das Einkommen, das Vermögen, die soziale Schicht der Versicherten, die regionale Arbeitslosen-, Erwerbs- und Dienstleistungsquote sowie die jeweilige Haushaltsgröße eine Rolle.<sup>75</sup> Dringt man also zum Kern der Ursache eines divergierenden Nachfrageverhaltens der Versicherten durch, gelangt man zu Faktoren, die der Einflussphäre der Krankenversicherungen gänzlich entzogen sind.

Auch Stimmen im Schrifttum teilen die Ansicht, dass sämtliche Ursachen in gleicher Weise dem Einflussbereich der Krankenkassen entzogen sind wie die übrigen bereits geregelten ausgleichsfähigen Faktoren. Entsprechend führt Böttiger aus:

„Der damit angestrebte *Anreiz zu wirtschaftlichem Verhalten* der KK und ihrer Versicherten (vgl. Begr. BT-Drs. 12/3608 S. 117) ist vom Ansatz her zu begrüßen und verhindert, dass durch den RSA unwirtschaftliche Verhaltensweisen gefördert oder provoziert werden. Damit bleiben allerdings überdurchschnittliche Belastungen durch ein regional hohes Leistungsangebot, durch nicht oder nur begrenzt beeinflussbares Verhalten der Leistungserbringer, aber auch ein objektiv höherer Leistungsbedarf infolge nicht ausgleichsfähiger Faktoren unberücksichtigt. Dies ist unbefriedigend, weil diese Belastungen von den einzelnen KK und ihren Mitgliedern letztlich ebenso wenig beeinflusst werden können wie die ausgleichsfähigen Faktoren.“<sup>76</sup>

Mit einer identischen Argumentation haben Spoerr/Winkelmann bereits im Vorfeld der besagten verfassungsgerichtlichen Entscheidung die Zweckeignung des RSA, Wettbewerbsverzerrung abzubauen, in seiner ursprünglichen Fassung in Frage gestellt:

74 BVerfG, Beschl. v. 18.7.2005 – 2 BvF 2/01 – juris Rn. 157 Rn. 186; ebenso BSG, Urt. v. 20.5.2014 – B 1 KR 5/14 R –, SozR 4–2500 § 268 Nr. 1, SozR 4–5415 § 31 Nr. 2 – juris Rn. 44ff.

75 Ulrich/Wille, Zur Berücksichtigung einer regionalen Komponente im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA), S. 59, abrufbar unter <https://www.stmgp.bayern.de/service/gesundheitsversorgung/aktuelle-themen/#morbi-rsa>

76 Krauskopf/Böttiger, 88. Erg.-Lfg. April 2015, § 266 SGB V, Rn. 9.

„Damit nimmt das BSG in Kauf, dass auch solche regionalen Strukturunterschiede unausgeglichen bleiben, die durch eigenes Verhalten der Kassen nicht zu beeinflussen sind. Gerade das gesteigerte Nachfrageverhalten in Ballungsräumen gehört dazu. Die Versicherten haben nach § 11 Abs. 1 SGB V einen Anspruch auf die Regelleistungen, auch wenn sie diese nach § 2 Abs. 4 SGB V nur im notwendigen Umfang in Anspruch nehmen „sollen“. Selbst Morbiditätsunterschiede bestehen. Auch das in den Ballungsgebieten überdurchschnittlich hohe Kostenniveau für die Leistungen können die Kassen nur in Teilbereichen überhaupt beeinflussen. Regionalspezifisches Nachfrageverhalten und Kostenstruktur sind damit ähnlich wie die Faktoren des § 266 Abs. 1 SGB V von den Kassen kaum zu steuern. [...] Auf Grund des RSA werden nun einerseits ihre über dem Bundesdurchschnitt liegenden Leistungsausgaben nicht mehr berücksichtigt und andererseits ihre überdurchschnittlichen Beitragseinnahmen abgeschöpft. Die Folge ist eine Wettbewerbsverzerrung, da die betroffenen Kassen ihre bislang bestehende Wettbewerbsfähigkeit verlieren oder sogar existentiell gefährdet sind. Gerade Wettbewerbsverzerrungen sollten durch den RSA nach dem Willen des Gesetzgebers aber abgebaut und nicht neu geschaffen werden.“<sup>77</sup>

Auch der vom Bundesverfassungsgericht zitierte Beitrag Beckers et. al., der die Beeinflussbarkeit des Nachfrageverhaltens belegen soll, behauptet nur apodiktisch, dass es sich beeinflussen lasse, schweigt aber darüber, auf welche Weise dies erfolgen soll.<sup>78</sup> Das Argument bleibt ohne Unterbau.

Gute Gründe sprechen somit dafür, dass die Ursachen regionaler Kostenunterschiede nicht hinreichend von den Krankenkassen zu steuern sind, so dass sie in gleichem Maße wie die übrigen Kriterien des RSA nicht zu beeinflussen sind.

Vor diesem Hintergrund bestehen verfassungsrechtliche Bedenken gegen den von Ulrich und Wille vertretenen Ansatz, regionale Ausgabenunterschiede vollständig auszugleichen<sup>79</sup>, nicht.

77 Spoerr/Winkelmann, NZS 2004, 402, 407.

78 Becker/Messemer/Nederregger/Wiedinger, Prügelknahe Risikostrukturausgleich – seine Funktion und seine Zukunft, in: Salfeld/Wettke (Hrsg.), Die Zukunft des deutschen Gesundheitswesens. Perspektiven und Konzepte, 31, 45.

79 Ulrich/Wille, Zur Berücksichtigung einer regionalen Komponente im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA), S. 62, abrufbar unter <https://www.stmgp.bayern.de/service/gesundheitsversorgung/aktuelle-themen/#morbi-rsa>. Die Beeinflussbarkeit durch die Krankenkassen zieht auch Jacobs in Zweifel; ders., Bayern lässt nicht locker – Zur Einführung eines Regionalfaktors im Risikostrukturausgleich, 2/2015, 23, 26.

► **Disputandi causa: Regionale Kostenunterschiede als Proxy oder nur partieller Ausgleich regionaler Unterschiede:** Wird die Nicht-Beeinflussbarkeit als notwendige Bedingung für die Zweckeignung einer regionalen Komponente, einen Kassenwettbewerb zu fördern, erachtet, und wird das Nachfrageverhalten der Versicherten trotz der dargelegten Argumente für beeinflussbar gehalten, ist damit noch nicht jede Ausgestaltung einer regionalen Komponente als ungeeignet anzusehen. Eine fehlende Eignung wäre nämlich nur insoweit anzunehmen, wie regionale Kostenunterschiede ausgeglichen würden, die tatsächlich auf ein divergierendes Nachfrageverhalten zurückzuführen sind. Wie die Ausführungen des Bundesverfassungsgerichts bereits anklagen lassen, ist eine derartige Monokausalität aber gerade nicht gegeben. Es ist insbesondere daran zu denken, dass auch unterschiedliche regionale Verdienst- und Preisniveaus ein regional unterschiedliches Ausgabenniveau der Krankenversicherung begründen.<sup>80</sup>

Den Zuweisungsbetrag aus dem Gesundheitsfonds nach Maßgabe dieser Ausgabendifferenzen zu bestimmen, wäre somit ohne weiteres zulässig. Im Einzelfall mag es sich als schwierig erweisen, zu ermitteln, auf welche Ursache die regionalen Kostenunterschiede zurückzuführen sind. Die Gesamtsumme kann dann als „Proxy“ herangezogen werden, d. h. als Differenzierungsgröße, die annäherungsweise die eigentlich zu erfassende Größe widerspiegelt, aber leichter zu erfassen ist. Auch wenn dadurch teilweise Ursachen miterfasst würden, die zu beseitigen in der Hand der Krankenversicherung läge, wäre diese Ungenauigkeit im Dienste der praktischen Umsetzbarkeit hinzunehmen. Auf ein Differenzierungsmerkmal abzustellen, das „ein leicht und zuverlässig erfassbares, manipulationsresistentes Näherungsmerkmal zu den eigentlich bestimmenden Merkmalen“<sup>81</sup> darstellt, entspricht einer gängigen Methode, um die mit einer Ungleichbehandlung verfolgten Ziele jedenfalls bestmöglich zu erreichen.<sup>82</sup>

Jedenfalls dann, wenn – im Sinne des bereits vorgeschlagenen 50 %-Modells Gaßners, Göppfarths und Wittmanns – durch die Berücksichtigung einer regionalen Komponente ein nur partieller Ausgleich regionaler Ausgabenunterschiede erfolgt, ist die Zweckeignung im Hinblick auf das Ziel, einen Kassenwettbewerb zu fördern, sichergestellt.

Denn dieses Modell trägt der Gefahr, unter Umständen beeinflussbare Unterschiede zu nivellieren, ganz sicher Rechnung.

**Praktikabilität:** Gegen die Zweckeignung im Hinblick auf die Förderung kassenübergreifender Solidarität und eines Wettbewerbs zwischen den Kassen kann auch nicht vorgebracht werden, die Berücksichtigung einer regionalen Komponente sei nicht praktikabel. Die Praktikabilität hat das Bundesverfassungsgericht zwar eindeutig als „notwendige [...] Voraussetzungen eines gleichheitsgerechten Gesetzesvollzugs“<sup>83</sup> deklariert. Auch hat es anklagen lassen, dass der Aufwand, regionale Normkostenunterschiede zu ermitteln, wesentlich größer ist als derjenige, der mit den übrigen Ausgleichsfaktoren verbunden ist, und gar in Zweifel gezogen, dass zum damaligen Zeitpunkt überhaupt eine tragfähige Lösung hätte gefunden werden können:

„Nicht zuletzt streitet der Gesichtspunkt der Praktikabilität für die Eignung der gesetzlichen Differenzierung. Regionale Normkostenunterschiede lassen sich nur mit einem erheblichen Verwaltungsaufwand feststellen. Der Umfang eines regional vom Bundesdurchschnitt abweichenden Kostenniveaus muss ermittelt und – zumindest im Schätzwege – quantifiziert werden. Das stellt den Gesetzgeber vor eine kaum lösbare Aufgabe. Lässt sich die Anzahl der Familienversicherten einer Krankenkasse relativ leicht feststellen, so setzt die Berücksichtigung regionaler Besonderheiten im Risikostrukturausgleich nicht nur eine sehr viel kompliziertere Datenerhebung voraus, sondern verlangt die Beantwortung sehr schwieriger Fragen, auf die auch die gesundheitsökonomische Wissenschaft wegen der vielfältigen und überaus komplexen Zusammenhänge noch keine allseits befriedigenden Antworten gefunden hat (vgl. etwa Wille/Schneider, Zur Regionalisierung in der gesetzlichen Krankenversicherung, in: RPG <Hrsg.>, Fairness, Effizienz und Qualität in der Gesundheitsversorgung, 1998, S. 23 ff.; Jacobs u. a., Gutachten, S. 147 ff.).“<sup>84</sup>

Diese Skepsis des Bundesverfassungsgerichts bedeutet aber nicht, dass regionale Kostenunterschieden aus Praktikabilitätsgründen schlichtweg nicht berücksichtigt werden können. Denn daraus, dass einige Ausgleichsfaktoren einfacher zu handhaben sind als andere und der Gesetzgeber sich gerade aus diesem Grund gegen kompliziertere Lösungen entscheidet

<sup>80</sup> Ulrich/Wille, Zur Berücksichtigung einer regionalen Komponente im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA), S. 62, abrufbar unter <https://www.stmgp.bayern.de/service/gesundheitsversorgung/aktuelle-themen/#morbi-rsa>.

<sup>81</sup> Armbrüster, VersR 2010, 1571, 1582.

<sup>82</sup> S. zu den Proxy-Merkmalen auch MüKo-BGB/Thüsing, 7. Aufl. 2015, § 20 AGG Rn. 15; Armbrüster, r + s 2013, 209, 213.

<sup>83</sup> BVerfG, Beschl. v. 18.7.2005 – 2 BvF 2/01 – juris Rn. 157, Rn. 179.

<sup>84</sup> BVerfG, Beschl. v. 18.7.2005 – 2 BvF 2/01 – juris Rn. 157, Rn. 208.

darf, ist nicht zu schließen, dass er von Verfassung wegen gehindert wäre, einen größeren Aufwand auf sich zu nehmen. Findet der Gesetzgeber eine Methode, regionale Ausgabenunterschiede abzubilden und bei der Zuweisung des jeweiligen Betrags aus dem Gesundheitsfonds zu berücksichtigen, ist ihm zunächst die Einschätzungsprärogative zuzubilligen, dass sie sich als tauglich erweist. Ausdrücklich hat auch das Bundesverfassungsgericht in derselben Entscheidung festgestellt, dass der Gesetzgeber Konzepte erproben darf und erst dann, wenn sie sich als Fehlprognose erweisen, nachbessern muss.<sup>85</sup> Weite Spielräume müssen ihm auch dahingehend eingeräumt bleiben, den Aufwand zu bestimmen, den zu betreiben er zur Realisierung des erstrebten Ziels bereit ist – er wird deshalb auch entscheiden können, ob er als Grundlage einer Gruppenbildung die Landesebene oder, was mit einem größeren Aufwand verbunden wäre, die Landkreisebene wählt. Dass es keine unlösbare Aufgabe darstellt, regionale Komponenten zu berücksichtigen, zeigt zudem ein Seitenblick auf entsprechende Regelungen der Sozialrechtsordnungen Belgiens, der Niederlande, Israels und der Schweiz.<sup>86</sup>

Berechnungsmethoden, um regionale Kostenunterschiede zu operationalisieren, wurden bereits entwickelt<sup>87</sup>, deren prinzipielle Tauglichkeit wegen der dargestellten Einschätzungsprärogative des Gesetzgebers zu unterstellen ist. Zweifel an der Praktikabilität dieser Methoden können alleine insofern bestehen bleiben, als die Ermittlung der erforderlichen Daten dadurch auf eine unsichere Grundlage gestellt sein könnte, dass sie die Mitwirkung der Krankenversicherungen erfordert. Das Bundessozialgericht hat im vergangenen Jahr vergleichbare Einwände gegen das Versichertenklassifikationsmodell nach Morbiditätsgruppen ausdrücklich ausgeräumt:

„Zudem durfte der Gesetzgeber berücksichtigen, dass § 268 SGB V in ein normatives Umfeld eingebettet ist, welches die Gleichheit auch hinsichtlich des tatsächlichen Erfolges der Datenerhebung im Verwaltungsvollzug prinzipiell gewährleistet. Er konnte sachgerecht in Rechnung stellen, dass KKn als öffentlich-rechtliche Körperschaften, die zudem der Rechtsaufsicht unterliegen, für eine rechtmäßige Datenerhebung Sorge tragen, soweit sie hiermit betraut sind.

85 BVerfG, Beschl. v. 18.7.2005 – 2 BvF 2/01 – juris Rn. 157, Rn. 175.

86 Gaßner/Göpffarth/Wittmann, Spielräume für eine Dezentralisierung im Rahmen des Systems Gesundheitsfonds, in: Wille/Knabner (Hrsg.), Dezentralisierung und Flexibilisierung im Gesundheitswesen, 53, 64 ff.

87 Vgl. hierzu Ulrich/Wille, Zur Berücksichtigung einer regionalen Komponente im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA), S. 13, abrufbar unter <https://www.stmgp.bayern.de/service/gesundheitsversorgung/aktuelle-themen/#morbi-rsa>.

Ebenso konnte er davon ausgehen, dass die Leistungserbringer unter Berücksichtigung ihrer sanktionsbewehrten Pflichten grundsätzlich zutreffende Daten zur Verfügung stellen und Fehler typischerweise nicht systematisch zum Nachteil einer einzelnen KK oder einer KK-Gruppe auftreten. Beispielsweise haben Vertragsärzte regelmäßig kein gesteigertes ökonomisches Interesse daran, unter Verletzung u. a. vertragsärztlicher Pflichten wissentlich falsche Diagnosen zu kodieren, obwohl sie sich damit strafbar machen können. Es wäre schlechthin absurd, dem Gesetzgeber die Unterstellung abzuverlangen, dass KKn als öffentlich-rechtliche Körperschaften rechtswidrig (vgl. dazu Göpffarth/Sichert, KrV 2009, 186, 189f.) systematisch versuchen, zunächst erhobene Diagnosedaten in ihrem Sinne nachträglich ändern zu lassen, um Vorteile im RSA zu erlangen (so auch Evaluationsbericht zum Jahresausgleich 2009 im Risikostrukturausgleich vom 22.6.2011 – Endfassung – <Evaluationsbericht> S. 173 unter Hinweis auf Glaeske/Göpffarth/Otto, Gesundheits- und Sozialpolitik 60 <5–6>, 59).“<sup>88</sup>

Da der Gesetzgeber sich folglich darauf verlassen darf, dass die Ermittlung regionaler Kostenunterschiede auf eine valide Datengrundlage gestellt ist (und das BVA sie für 2009 und 2010 ja tatsächlich auf Landkreisebene erfasst hat), ist von einer hinreichenden Praktikabilität auszugehen. Ganz deutlich spricht auch Jacobs davon, dass „die Kalkulation regional differenzierter (Zusatz-)Beitragssätze [...] angesichts der mittlerweile verfügbaren Datengrundlagen und informationstechnologischen Möglichkeiten keinen besonders großen Aufwand mehr bedeuten würde“<sup>89</sup>.

**Zwischenergebnis:** Eine regionale Komponente des Morbi-RSA erfüllt somit die Kriterien, nach deren Maßgabe das Bundesverfassungsgericht die Eignung, einen Kassenwettbewerb zu gewährleisten und das Solidarprinzip sicherzustellen, jedenfalls bejaht hat.

#### 7.2.1.2.2.2 Subsidiarität

Ebenso geeignet ist eine regionale Komponente des RSA, subsidiäre Strukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung zu fördern. Denn es ist vorherzusehen, dass insbesondere Krankenversicherungen, deren Mitglieder überwiegend in Regionen mit hohen

88 BSG, Urt. v. 20.5.2014 – B 1 KR 5/14 R –, SozR 4–2500 § 268 Nr 1, SozR 4–5415 § 31 Nr 2 – juris Rn. 46.

89 Jacobs, Bayern lässt nicht locker – Zur Einführung eines Regionalfaktors im Risikostrukturausgleich, 2/2015, 23, 27 f.

regionalen Ausgaben wohnen, von einer regionalen Komponente profitieren werden; hierbei handelt es sich zunächst um lokale Krankenversicherungen.

#### 7.2.1.2.2.3 Erforderlichkeit und Angemessenheit

Die Einführung einer regionalen Komponente muss auch erforderlich und angemessen sein: Es darf kein gleich geeignetes und zugleich milderes Mittel zur Verfügung stehen, um den erstrebten Zweck zu fördern. Zudem muss der erstrebte Zweck in einem angemessenen Verhältnis zum Grad der Ungleichbehandlung stehen. Dagegen bestehen keinerlei Bedenken. Insbesondere stellt die bereits erfolgte Einführung des Versichertenklassifikationsmodells nach Morbiditätsgruppen kein milderes Mittel dar. Denn die regionalen Ausgabenunterschiede sind gerade nicht ausschließlich auf eine regional divergierende Morbidität zurückzuführen. Allein die Einführung einer regionalen Komponente ist geeignet, auch auf die übrigen Ursachen zu reagieren.

#### 7.2.2 Grundrechtliches Gleichbehandlungsverbot gegenüber Mitgliedern der gesetzlichen Krankenkassen

Bleibt man bei der Vergleichsgruppe der Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung, kommt durch die Einführung des RSA die Verletzung des allgemeinen Gleichheitssatzes durch die Gleichbehandlung von wesentlich Ungleichem in Betracht. Auch insofern ist aber von einer verfassungsrechtlichen Rechtfertigung auszugehen.

Eine Gleichbehandlung von wesentlich Ungleichem offenbart sich zwar, vergleicht man die Situation derjenigen Versicherten, die in Gebieten mit einer guten Versorgungsdichte und -qualität leben, mit der Situation derjenigen Versicherten, die in Gebieten mit einer schlechten Versorgungsdichte und -qualität leben. Durch die Einführung eines RSA werden beide Gruppen im Ergebnis gleich belastet. Als wesentlich ungleich erscheinen diese Vergleichsgruppen dadurch, dass allein die erste tatsächlich von einer besseren Gesundheitsversorgung profitiert, das Verhältnis zwischen Beitragsleistung und angebotener Gesundheitsleistung somit deutlich besser ist als dasjenige der anderen Gruppe. Die benannten Rechtfertigungsgründe greifen aber auch hier durch. Einer Berücksichtigung des Umstands, dass derjenige, der in strukturschwachen Gegenden wohnt, im Durchschnitt regelmäßig auch weniger verdient – und so weniger Beiträge zahlt – bedarf es daher nicht.

#### 7.2.3 Rechtsstaatliches Willkürverbot gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen

Auch die Krankenkassen werden durch die Einführung einer regionalen Komponente ungleich behandelt: Während der Zuweisungsbetrag der einen Krankenkasse geschmälert wird, wächst derjenige anderer an. Die Hürden für eine Verletzung des Willkürverbots sind aber höher als die, die nach dem bisher angelegten Verhältnismäßigkeitsmaßstab angelegt worden sind:

„[...] [Das Willkürverbot] ist verletzt, wenn sich ein vernünftiger, sich aus der Natur der Sache ergebender oder sonstwie sachlich einleuchtender Grund für eine gesetzliche Differenzierung oder Gleichbehandlung nicht finden lässt (vgl. BVerfGE 1, 14 <52>; 83, 1 <23>; st. Rspr.). Willkür des Gesetzgebers kann nicht schon dann bejaht werden, wenn der Gesetzgeber unter mehreren möglichen Lösungen nicht die zweckmäßigste oder vernünftigste gewählt hat (vgl. BVerfGE 81, 156 <206>), vielmehr nur dann, wenn sich ein sachgerechter Grund für die gesetzliche Bestimmung nicht finden lässt. Was hierbei sachlich vertretbar oder sachfremd ist, lässt sich nicht abstrakt und allgemein feststellen, sondern stets nur in bezug auf die Eigenart des konkreten Sachverhalts, der geregelt werden soll (vgl. BVerfGE 17, 122 <133>; 75, 108 <157>). Ein Verstoß gegen das Willkürverbot kann nur festgestellt werden, wenn die Unsachlichkeit der Differenzierung evident ist (BVerfGE 55, 72 <90>; BVerfG, Beschluß vom 8. Juni 1993 – 1 BvL 20/85 –, WM 1993, S. 1732 <1734>).“<sup>90</sup>

Eine sachliche Differenzierung kann mit den gleichen Erwägungen begründet werden, die auch bereits die Rechtfertigung der Ungleichbehandlung der Mitglieder der Krankenkassen tragen. Auch ein Verstoß gegen das Willkürverbot liegt im Hinblick auf die gesetzlichen Krankenkassen nicht vor.

<sup>90</sup> BVerfG, Beschl. vom 5.10.1993 – 1 BvL 34/81 – juris Rn. 39.



### 7.3 Summa

Die Ergänzung des RSA um eine regionale Komponente ist verfassungskonform. Insbesondere verstößt sie nicht gegen verfassungsrechtliche Gleichheitssätze. Zu vereinbaren ist eine regionale Komponente mit dem allgemeinen Gleichheitssatz, auf den sich allein die Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen berufen können.

- ▶ Zwar können mit der Einführung einer regionalen Komponente auch nach Einführung des externen Ausgleichsystems über den Gesundheitsfonds und die Nivellierung der Beitragssätze sowohl Ungleichbehandlungen von wesentlich Gleichem als auch Gleichbehandlungen von wesentlich Ungleichem einhergehen.
  - Mitglieder von Krankenkassen, deren Zuweisung aus dem Gesundheitsfonds sich verringert, mögen gegenüber denjenigen benachteiligt werden, deren Zuweisung aus dem Gesundheitsfonds sich erhöht, da diese im Gegensatz zu jenen eher mit Zusatzbeiträgen belastet werden.
  - Versicherte, die in Gebieten mit einer guten Versorgungsdichte und -qualität leben, werden ebenso belastet wie diejenigen Versicherten, die in Gebieten mit einer schlechten Versorgungsdichte und -qualität leben, obwohl allein die erstgenannten von einer besseren Gesundheitsversorgung profitieren.
  
- ▶ Etwaige Ungleichbehandlungen von wesentlich Gleichem und Gleichbehandlungen von wesentlich Ungleichem sind aber verfassungsrechtlich selbst nach Maßgabe einer strengen Verhältnismäßigkeitsprüfung gerechtfertigt. Mit der Einführung einer regionalen Komponente werden legitime Zwecke verfolgt, nämlich einen gerechten Kassenwettbewerb und einen sozialen Ausgleich sicherzustellen sowie lokale Krankenversicherungsstrukturen im Sinne des Subsidiaritätsprinzips zu fördern. Der Leitentscheidung des Bundesverfassungsgerichts aus dem Jahr 2005 zur Verfassungsmäßigkeit des RSA ist nicht zu entnehmen, dass eine regionale Komponente nicht

berücksichtigt werden darf, sondern lediglich (nach damaliger Informationslage!), dass sie nicht berücksichtigt werden muss. Wie die Rezeption der Entscheidung auf Grundlage des derzeitigen empirischen Erkenntnisstands gezeigt hat, ist die Einführung einer regionalen Komponente zur Realisierung der genannten Ziele geeignet, erforderlich und angemessen. Mögen (nach den hiesigen Ausführungen nicht durchgreifende) Zweifel an der Zweckeignung eines vollständigen Ausgleichs ermittelter regionaler Unterschiede fortbestehen, weil das Nachfrageverhalten der Versicherten für von den Krankenkassen beeinflussbar gehalten wird, kann dem über einen nur partiellen Ausgleich begegnet werden.

Zu vereinbaren ist eine regionale Komponente des RSA auch mit dem rechtsstaatlichen Willkürverbot, das gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen anzuwenden ist – deren Ungleichbehandlung durch unterschiedlich hohe Zuweisungsbeträge ist auf die Sachgründe zu stützen, die auch einen Verstoß gegen den allgemeinen Gleichheitssatz gegenüber den Mitgliedern ausschließen.

## 8. Fazit und Ausblick

### Teil 1: Die Notwendigkeit einer regionalen Komponente im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich unter wettbewerbsspolitischen und regionalen Aspekten

In einem Krankenversicherungssystem, das sowohl ein freies Krankenkassenwahlrecht der Versicherten als auch risikounabhängige Beiträge aufweist, besteht zur Schaffung eines zielorientierten Wettbewerbs die Notwendigkeit, einen Risikostrukturausgleich (RSA) zu installieren. Dieser besitzt die Aufgabe, den Krankenkassen im Wettbewerb um Versicherte gleiche Chancen einzuräumen und Risikoselektion soweit als möglich zu verhindern. Dabei stellen weder der RSA noch der auf ihm aufbauende Wettbewerb Ziele an sich dar, sondern dienen der Realisierung einer effizienten und effektiven Gesundheitsversorgung.

Der derzeitige RSA umfasst seit dem 01.01.2009 als Teil des Gesundheitsfonds neben den indirekten Morbiditätsindikatoren Alter, Geschlecht und Bezug von Erwerbsminderungsrenten noch bis zu 80 spezifische Krankheiten in Form von hierarchisierten Morbiditätsgruppen (HMGs) auf der Grundlage von Diagnosen. Seit seiner Einführung erfuhrt dieser Morbi-RSA als „lernendes System“ bereits einige Änderungen und derzeit stehen weitere Reformoptionen im Zentrum kontroverser Diskussionen. Bei der wettbewerbsspolitischen Berechtigung dieser Vorschläge gilt es, wie der Präsident des Bundesversicherungsamtes unlängst betonte, sauber zu trennen zwischen Ausgabenrisiken, die in den Gestaltungsbereich der Krankenkassen fallen, und andererseits für die Krankenkassen nicht beeinflussbaren exogenen Ausgabeterminanten. Das Gutachten versucht darzulegen, dass gerade dieser wettbewerbliche Aspekt die Notwendigkeit der Einführung einer regionalen Komponente in den Morbi-RSA begründet.

Die bisherigen, angesichts der Datenlage spärlichen empirischen Studien zeigen bereits, dass die Deckungsquoten, d. h. das Verhältnis der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds zu den tatsächlichen Leistungsausgaben bei den jeweiligen Versicherten, von unterschiedlichen räumlichen Konzentrationen abhängen. Unterdeckungen treten vor allem in Kernstädten bzw. zentralen Ballungsräumen und deutlich schwächer in ländlichen Kreisen geringerer Dichte bzw. sehr peripheren Räumen auf. Dagegen finden sich Überdeckungen in verdichteten und ländlichen Kreisen verstädterter Räume sowie im ländlichen Raum in Kreisen höherer Dichte.

Für alle bayerischen Krankenkassen gemeinsam finden wir Deckungsquoten für die Jahre 2011, 2013 und 2014, die sich auf 99,00 %, 99,99 % und 99,12 % belaufen. Das entspricht einer Unterdeckung in Bayern von knapp einem Prozentpunkt in 2011 und 2014 sowie einer nahezu vollständigen Deckung der Ausgaben durch die Zuweisungen für das Jahr 2013. Je nach Landkreis bzw. kreisfreier Stadt schwanken die Deckungsquoten zwischen 86,9 % (Schwabach 2011) bis 113,4 % (Freyung-Grafenau 2014). In den vorliegenden drei Jahren verändern sich die Deckungsquoten nicht allzu stark, d. h. wer in 2011 untergedeckt war, ist es überwiegend auch in den Jahren 2013 und 2014 geblieben und vice versa. Es finden sich aber auch einige Gebiete, bei denen die Deckungsquoten das Vorzeichen ändern. So waren beispielsweise die ersten 4 Kreise (Aichach-Friedberg, Altötting, Amberg Stadt, Amberg-Sulzbach) in Tabelle 7 im Jahr 2011 untergedeckt, während sie für das Jahr 2014 eine Überdeckung aufweisen. Das Umgekehrte gilt beispielsweise für die Stadt Coburg, für Kelheim oder für das fränkische Kulmbach. Eine deutliche stabile Überdeckung findet sich dagegen im Landkreis Bamberg, im Kreis Kitzingen in Lichtenfels (ländlicher Kreis mit Verdichtungsansätzen) in Rottal-Inn (dünn besiedelter ländlicher Kreis) oder in Straubing-Bogen (dünn besiedelter ländlicher Kreis). Untergedeckt sind dagegen insbesondere die kreisfreien Großstädte sowie die städtischen Kreise in Bayern (z. B. Bayreuth, Dachau, Fürstenfeldbruck, Regensburg, München, Nürnberg).

Diese Unter- und Überdeckungen bzw. unterschiedlichen Deckungsquoten gehen auf ein vielschichtiges Spektrum von angebots- und nachfrageseitigen Einflussgrößen zurück. Hinsichtlich der Notwendigkeit einer regionalen Komponente im Morbi-RSA stellt sich hier die Frage, ob es sich bei diesen Einflussgrößen um Prozesse handelt, die einzelne Krankenkassen steuern können, oder um Effekte von für sie nicht beeinflussbaren Faktoren.

Bei den nachfrageseitigen Einflussgrößen unterschiedlicher regionaler Deckungsquoten, wie z. B. dem Einkommen der Versicherten, den Einpersonenhaushalten und dem Dienstleistungsanteil, handelt es sich unstrittig um exogene Faktoren, denn die einzelnen Krankenkassen vermögen diese Determinanten

ähnlich wie Alter, Geschlecht und Morbidität der Versicherten in keiner Weise zu steuern. Bei den angebotsseitigen Einflussgrößen gilt dies im Wesentlichen auch für die Vorhaltung einer qualitativ hochwertigen Infrastruktur im ambulanten, stationären und im Pflegebereich sowie für die regional unterschiedlichen Faktorkosten der medizinischen Leistungserstellung und das jeweilige Preisniveau der Konsumgüter. Die Krankenkassen verfügen lediglich im selektivvertraglichen Bereich über gewisse Gestaltungsspielräume, um die Mengen und Preise der von ihnen finanzierten Leistungen zu beeinflussen. Da aber auch große Krankenkassen im geltenden System kaum mehr als 10 % ihrer Leistungsausgaben gestalten können, dürften die Unterschiede in den regionalen Deckungsquoten derzeit zu gut 90 % in exogenen für die einzelnen Krankenkassen nicht beeinflussbaren Faktoren wurzeln.

Da der Morbi-RSA bereits seit dem Jahr 2009 besteht, erzeugt er seitdem regionale Be- und Entlastungen. Es liegt daher nahe, die entsprechenden Effekte aus den Jahren 2009 und 2010 mit in die Betrachtung einzubeziehen. Unsere Berechnungen zeigen, dass die Deckungsquoten in den Jahren 2009 und 2010 noch spürbar unter denjenigen der Folgejahre lagen. Die Fehlbeträge kumulieren sich seit 2009 auf über eine Mrd. Euro, wobei das Jahr 2012 aufgrund datentechnischer Besonderheiten und Umstellungen ausgeklammert bleibt. Es gibt aber keine Hinweise, dass der Deckungsbetrag im Jahr 2012 einen Ausreißer aus der obigen Reihe dargestellt hätte, so dass der kumulierte Fehlbetrag für die Jahre 2009 bis 2014 in der Tendenz noch etwas höher ausgefallen sein dürfte. Selbst wenn man die methodischen Unschärfen einer solchen Regressierung der Zuweisungen aus dem Morbi-RSA auf die einzelnen Regionen eines Bundeslandes in Rechnung stellt, dürfte dieser Fehlbetrag insgesamt zwischen 2009 und 2014 mindestens 1 Mrd. Euro erreichen. Die Deckung dieser Fehlbeträge stellt für die betroffenen Krankenkassen – vor allem im Wettbewerb mit Konkurrenten, bei denen keine oder nur geringe Belastungen oder sogar Überdeckungen anfallen – eine erhebliche bzw. kaum zu bewältigende Herausforderung dar.

Mit Blick auf die gesamten fiskalischen Effekte des Morbi-RSA auf Bayern resultiert ein einnahmeseitig bedingter Nettoabfluss (Einnahmen minus Zuweisungen) aus Bayern im Jahr 2011 in Höhe von 2,1 Mrd. Euro, in 2013 in Höhe von 0,9 Mrd. Euro und in 2014 in Höhe von 1,7 Mrd. Euro.

Im Jahr 2011 lagen die Zuführungen in den Gesundheitsfonds aus Beitragszahlungen und Steuermitteln deutlich über der Entnahme. Ein Teil des Nettoabflusses aus Bayern wurde deshalb nicht benötigt

und in der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds geparkt. Diese Mittel wurden 2013 und 2014 aktiviert, um den reduzierten Steuerzuschuss auszugleichen. Diese Maßnahme hat den Nettoabfluss in diesen beiden Jahren verringert. Der starke Unterschied zwischen 2013 und 2014 ist ein weiterer Beleg für die außergewöhnliche Entwicklung Bayerns im Jahr 2014, die bereits bei der Bestimmung des Steuerfinanzierungsanteils diskutiert wurde. Kumuliert ergibt sich für die Jahre 2011 bis 2014 ein Nettoabfluss aus Bayern von über 5,5 Mrd. Euro, wenn man unterstellt, dass im Jahr 2012 mindestens der Wert des Jahres 2013 abgeflossen ist.

Hierbei ist allerdings noch zu berücksichtigen, dass wir die Landwirtschaftliche Krankenkasse (LKK), die nicht am Morbi-RSA teilnimmt, nicht berücksichtigt haben. Bei der Berechnung der Deckungsquoten halten wir diese Vorgehensweise für sinnvoll. Da die bäuerliche Landwirtschaft in Bayern deutschlandweit noch mit am weitesten verbreitet ist, kann nicht ausgeschlossen werden, dass die Bundesmittel zur LKK Bayern überproportional zufließen, wodurch der ausgewiesene Nettoabfluss etwas verringert wird. Sicherlich beeinflussen die genannten Positionen die fiskalische Situation Bayerns, sie besitzen aber keinen unmittelbaren Bezug zu den Ausführungen über die Berechtigung einer Regionalkomponente auf der Ausgabenseite des Morbi-RSA, die im Mittelpunkt des Gutachtens stehen. Insgesamt ist mit 2,8 % der Versicherten in Bayern der Anteil der nicht an der Datenerhebung beteiligten Kassenarten (LKK und KBS) ohnehin sehr gering.

Eine exemplarische Darstellung der regionalen Unterschiede, die zwischen den einzelnen Bundesländern in den Faktorkosten und den Konsumgüterpreisen sowie den Versorgungsstrukturen bestehen, beleuchtet u. a. die jeweilige Position Bayerns. Diese Ausführungen streben, was die vorhandene Datenlage und die erforderlichen kausalen Analysen auch gar nicht erlauben, kein Ranking der Bundesländer hinsichtlich der Effizienz und Effektivität ihrer Gesundheitspolitik an. Diese Betrachtung deutet jedoch darauf hin, dass etwaige negative Deckungsquoten in Bayern entgegen manchen Vermutungen nicht auf Versorgungsstrukturen zurückgehen, die im Vergleich mit dem Durchschnitt der übrigen Bundesländer mit überdurchschnittlichen Ineffizienzen und Ineffektivitäten einhergehen. Unabhängig von den jeweiligen Gegebenheiten in Bayern oder den anderen Bundesländern reicht für die wettbewerbspolitische Notwendigkeit einer regionalen Komponente im Morbi-RSA der Nachweis aus, dass es sich bei diesen regionalen Unterschieden in den Faktorkosten der ärztlichen Praxen und Krankenhäuser sowie auch den Versor-

gungsstrukturen um für die einzelnen Krankenkassen nicht beeinflussbare exogene Faktoren handelt.

Ohne die Einführung einer regionalen Komponente in den Morbi-RSA bleibt offen, ob und inwieweit derzeitige Unterschiede in den Deckungsquoten der einzelnen Krankenkassen auf über- bzw. unterdurchschnittliche Effizienz und Effektivität oder auf nicht beeinflussbare exogene Faktoren zurückgehen. Regionale Unterdeckungen, die in exogenen Einflussgrößen wurzeln, benachteiligen vor allem regional aufgestellte Krankenkassen gegenüber bundes- und landesweit operierenden, aber auch landesweit tätige Krankenkassen gegenüber bundesweit agierenden. Bei regionalen Überdeckungen verhält es sich entsprechend umgekehrt. Diese Problematik gewinnt derzeit insofern wieder deutlich an Bedeutung, als sich im Zuge des GKV-FQWG seit dem 01.01.2015 mit zunehmend unterschiedlichen Zusatzbeiträgen der Wettbewerb der Krankenkassen um Versicherte wieder spürbar intensiviert. Damit nehmen auch die Wettbewerbsverzerrungen, die aus einer fehlenden regionalen Komponente resultieren, und ebenfalls die Anreize zur regionalen Risikoselektion zu.

Kritische Einwände gegen die Einführung einer regionalen Komponente in den Morbi-RSA weisen auf die Gefahr hin, dass sie eine Überversorgung in Ballungsgebieten und eine Unterversorgung in weniger ausgabenintensiven Regionen zementiere. Gegen diese Befürchtungen spricht zunächst, dass die Vorhaltung einer qualitativ hochwertigen medizinischen Infrastruktur auch den Versicherten aus den umliegenden Regionen zur Verfügung steht. Zudem geht, wie regionale Vergleiche belegen, eine spezialisierte stationäre und ambulante Versorgung nicht zwingend mit einer ineffizienten und ineffektiven Gesundheitsversorgung einher. Der Morbi-RSA besitzt eine wettbewerbspolitische Funktion, aber darüber hinaus müssen andere Instrumente für eine effiziente und effektive Behandlung sorgen. Ferner resultieren regionale Unter- und Überdeckungen auch aus Differenzen im Kosten- und Preisniveau. Hierbei handelt es sich nicht um allokativen Ineffizienzen, sondern um rein monetäre Verteilungseffekte, die aus einer regional unter-

schiedlich prosperierenden Wirtschaftsentwicklung erwachsen. Ein regional überdurchschnittliches Kosten- und Preisniveau generiert wiederum überdurchschnittliche beitragspflichtige Einnahmen und damit auch höhere Solidarbeiträge zur GKV. Insofern spricht neben wettbewerbspolitischen Gründen auch eine symmetrische Betrachtung von Ausgaben- und Einnahmenseite der GKV für die Einführung einer regionalen Komponente in den Morbi-RSA.

Da für die Jahre 2008 bis 2010 die erforderlichen Daten zur Berechnung regionaler Deckungsquoten für neun Kreistypen vorlagen, ließe sich auf einer aktualisierten Datenbasis die regionale Komponente entsprechend bestimmen. Darüber hinaus könnten in Anlehnung an den RSA in den Niederlanden geeignete sozioökonomische und medizinisch infrastrukturelle Merkmale dazu dienen, hinsichtlich ihrer Ausgabenintensität weitgehend homogene über die Bundesländer hinausgehende regionale Risikogruppen zu bilden. Diese Konzeption erlaubt dann auch wie bei den bisherigen drei Komponenten des Morbi-RSA eine standardisierte und prospektive Ausgestaltung der regionalen Komponente.

Neben einer regionalen Komponente wären andere, alternative Reformkonzepte möglich. Wettbewerblich stellt die Erweiterung der Handlungsspielräume der Krankenkassen zweifellos den „Königsweg“ dar, eine solche ordnungspolitisch wünschenswerte Entwicklung zeichnet sich aber derzeit nicht ab. Sollte eine deutliche Zunahme der selektiven Vertragsmöglichkeiten der Krankenkassen in absehbarer Zeit gleichwohl eintreten, kann das Gewicht der regionalen Komponente entsprechend abnehmen. Eine regionale (Zusatz-)Beitragsgestaltung als weitere Alternative sieht sich konzeptionell mit dem Problem der Umlandversorgung konfrontiert und steht momentan gesundheitspolitisch nicht zur Diskussion. Schließlich spricht für die Einführung einer regionalen Komponente in den Morbi-RSA, dass auch andere Länder mit wettbewerblichen Krankenversicherungssystemen, wie z. B. Belgien, Israel und die Niederlande, zur Vermeidung von regional bedingten Wettbewerbsverzerrungen diese Alternative wählten.

## Teil 2: Verfassungsrechtliche Vorgaben der Einbeziehung einer regionalen Komponente in den Morbi-RSA

Die Ergänzung des Risikostrukturausgleichs um eine regionale Komponente steht mit den Vorgaben der Verfassung in Einklang. Eindeutig geklärt ist bereits, dass weder kompetenz- noch finanzverfassungsrechtliche Hürden bestehen. Eine regionale Komponente wäre aber auch mit verfassungsrechtlichen Gleichbehandlungsgeboten vereinbar. Der Beschluss des Bundesverfassungsgerichts vom 18.7.2005 präjudiziert nichts Gegenteiliges, stellte er doch lediglich fest, dass eine regionale Komponente auf damaliger Tatsachengrundlage verfassungsrechtlich nicht zwingend *erforderlich* war. Selbst das könnte heute anders sein, liegen doch mehr Daten vor als ehemals.

Eine regionale Komponente verletzt nicht den allgemeinen Gleichheitssatz, auf den sich allein die Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen berufen können.

- ▶ Mit der Einführung einer regionalen Komponente können zwar auch nach Einführung des externen Ausgleichssystems über den Gesundheitsfonds und die Nivellierung der Beitragssätze sowohl Ungleichbehandlungen von wesentlich Gleichem als auch Gleichbehandlungen von wesentlich Ungleichem einhergehen. Denn die regionale Komponente wirkt sich unmittelbar darauf aus, ob und in welcher Höhe die jeweilige Krankenversicherung einen Zusatzbeitrag erhebt, und trägt damit dazu bei, dass die Mitglieder der Krankenkassen finanziell unterschiedlich stark belastet werden:
  - Mitglieder von Krankenkassen, deren Zuweisung aus dem Gesundheitsfonds sich verringert, mögen gegenüber denjenigen benachteiligt werden, deren Zuweisung aus dem Gesundheitsfonds sich erhöht, da diese im Gegensatz zu jenen eher mit Zusatzbeiträgen belastet werden.
  - Versicherte, die in Gebieten mit einer guten Versorgungsdichte und -qualität leben, werden ebenso belastet wie diejenigen Versicherten, die in Gebieten mit einer schlechten Versorgungsdichte und -qualität leben, obwohl allein die erstgenannten von einer besseren Gesundheitsversorgung profitieren.
- ▶ Die Rechtfertigung unterliegt einem abgeschwächten Prüfungsmaßstab: Die Versicherten sind wegen der Kassenwahlfreiheit in der Lage, nachtei-

ligen Auswirkungen durch eine (Un)gleichbehandlung zu entgehen. Deshalb sind der Gestaltungsbefugnis des Gesetzgebers allein durch das Willkürverbot Grenzen gesetzt. Etwaige Ungleichbehandlungen von wesentlich Gleichem und Gleichbehandlungen von wesentlich Ungleichem sind aber verfassungsrechtlich selbst nach Maßgabe einer strengen Verhältnismäßigkeitsprüfung gerechtfertigt. Mit der Einführung einer regionalen Komponente werden legitime Zwecke verfolgt:

- Sichert werden soll erstens ein gerechter Kassenwettbewerb: Krankenkassen, deren Mitglieder überwiegend oder ausschließlich in kostenintensiven Regionen wohnen, soll der Nachteil unvermeidbar hoher Ausgaben genommen werden; Krankenkassen, deren Mitglieder überwiegend oder ausschließlich in wenig kostenintensiven Regionen wohnen, soll der Vorteil von Zuweisungsüberschüssen aus dem Gesundheitsfonds und somit von „Gewinnen“ genommen werden, die nicht Ergebnis eigener Wirtschaftlichkeitsbemühungen sind.
- Sichert werden soll zweitens ein sozialer Ausgleich zwischen Versicherten, die in Regionen leben, in denen die tatsächlichen Pro-Kopf-Ausgaben über den durchschnittlichen Pro-Kopf-Zuweisungen liegen, und Versicherten, die in Regionen leben, in denen die tatsächlichen Pro-Kopf-Ausgaben unter den durchschnittlichen Pro-Kopf-Zuweisungen liegen.
- Sichert werden soll drittens, lokale Krankenversicherungsstrukturen im Sinne des Subsidiaritätsprinzips zu fördern.

Der Leitentscheidung des Bundesverfassungsgerichts aus dem Jahr 2005 zur Verfassungsmäßigkeit des RSA ist nicht zu entnehmen, dass eine regionale Komponente nicht berücksichtigt werden *darf*, sondern lediglich, dass sie nach damaligem Kenntnisstand nicht berücksichtigt werden musste. Wie die Rezeption der Entscheidung auf Grundlage des derzeitigen empirischen Erkenntnisstands gezeigt hat, ist die Einführung einer regionalen Komponente zur Realisierung der genannten Ziele geeignet, erforderlich und angemessen. Mögen Zweifel an der Zweckeignung eines vollständigen Ausgleichs ermittelter regionaler Unterschiede fortbestehen, weil das Nachfrageverhalten

## 8. Fazit und Ausblick

der Versicherten für von den Krankenkassen beeinflussbar gehalten wird, kann dem über einen nur partiellen Ausgleich begegnet werden.

Zu vereinbaren ist eine regionale Komponente des RSA auch mit dem rechtsstaatlichen Willkürverbot, das gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen anzuwenden ist – deren Ungleichbehandlung durch unterschiedlich hohe Zuweisungsbeträge ist auf die Sachgründe zu stützen, die auch einen Verstoß gegen den allgemeinen Gleichheitssatz gegenüber den Mitgliedern ausschließen.

Auch nach der Reform zur Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung im Jahre 2009, durch das unmittelbare Ausgleichzahlungen zwischen den Krankenkassen durch ein zentrales Zuweisungsmodell über den Gesundheitsfonds ersetzt wurde, bestehen damit keine verfassungsrechtlichen Bedenken gegen eine Ergänzung des RSA um eine regionale Komponente.

## 9. Literatur

### **AGENON-Gesellschaft für Unternehmensentwicklung im Gesundheitswesen mbH (2014):**

Quantifizierung von kleinräumigen Verlagerungseffekten mit Blick auf die Budgetverhandlungen mit einzelnen Krankenhäusern. Endbericht. Projekt im Auftrag des Zentralinstituts für die Kassenärztliche Versorgung (ZI) und der BARMER GEK, 31. Januar 2014.

**Armbrüster, C. (2010):** Anmerkung zu: Schlussanträge der Generalanwältin Juliane Kokott vom 30.9.2010 in der Rechtssache C-236/09 (Test-Achats) zur Frage der durch Art. 5 Abs. 2 der Richtlinie 2004/113/EG (Gender-Richtlinie) eröffneten Zulässigkeit geschlechtsbezogener Differenzierungen bei Versicherungsverträgen, VersR 2010, S. 1571–1582.

**Bauhoff, S. (2012):** Do health plans risk-select? An audit study on Germany's Social Health Insurance, in: Journal of Public Economics, Vol. 96, Nr. 9–10, S. 750–759.

**Bayerisches Staatsministerium der Finanzen, für Landesentwicklung und Heimat (2016):** Beitrag der Bürger und Unternehmen Bayerns zu den Einnahmen des Bundeshaushalts, München.

**Becker, U. und Kingreen, T. (Hrsg.) (2014):** SGB V, Gesetzliche Krankenversicherung, C.H. Beck, München.

**Breyer, F. (1990):** Ökonomische Theorie der Alterssicherung, Vahlen, München.

**Bundesagentur für Arbeit (2011a–2016a):** Arbeitsmarkt in Zahlen, Beschäftigungsstatistik, Länderreport Deutschland, verschiedene Jahrgänge, Nürnberg.

**Bundesagentur für Arbeit (2011b–2016b):** Arbeitsmarkt in Zahlen, Beschäftigungsstatistik, Länderreport Bayern, verschiedene Jahrgänge, Nürnberg.

**Bundesagentur für Arbeit (2012c–2015c):** Arbeitslosengeld nach dem SGB III, Deutschland, verschiedene Jahrgänge, Nürnberg.

**Bundesagentur für Arbeit (2012d–2015d):** Arbeitslosengeld nach dem SGB III, Bayern, verschiedene Jahrgänge, Nürnberg.

**Bundesagentur für Arbeit (2013e–2015e):** Arbeitsmarkt in Zahlen, Erwerbstätige ALG II-Bezieher, verschiedene Jahrgänge, Nürnberg.

**Bundesagentur für Arbeit (2015f):** Arbeitsmarkt in Zahlen, Arbeitslosigkeit und Grundsicherung für Arbeitssuchende, Deutschland, Januar 2015, Nürnberg.

**Bundesagentur für Arbeit (2016c):** Sozialversicherungspflichtig und geringfügig Beschäftigte nach ausgewählten Merkmalen, Bayern, Zeitreihe, Nürnberg.

**Bundesagentur für Arbeit (2016d):** Arbeitsmarkt in Zahlen, Statistik der Grundsicherung für Arbeitssuchende, Erwerbstätige, erwerbsfähige Leistungsbezieher, Dezember 2015, Nürnberg.

**Bundesministerium für Gesundheit (2011–2015):** KM6-Mitgliederstatistik, verschiedene Jahrgänge; Berlin.

**Betriebskrankenkassen (2015):** 20 Jahre Finanzausgleich. Geldverteilungsmaschine Risikostrukturausgleich, Sonderausgabe 1/2015, Berlin.

**Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (Hrsg.) (2009):** Regionaler Preisindex, Berichte, Bd. 30, Kapitel 5, Bonn.

**Bundesregierung (2014):** Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz – GKV-FQWG), BT-Drucksache 18/1307 vom 05.05.2014.

**Bundesversicherungsamt (2011–2014):** Ein- und Auszahlungen des Gesundheitsfonds nach Auszahlungsmonaten, Bonn.

**Bundesversicherungsamt – BVA (2014):** Gesundheitsfonds und Risikostrukturausgleich decken den Versorgungsbedarf in Bayern. Vergleich von Gesundheitsfonds und Länderfinanzausgleich ist abwegig. Pressemitteilung Nr. 5/2014 vom 02.10.2014.

**Bundesversicherungsamt – BVA (2016):** Präsident des Bundesversicherungsamtes erteilt Forderungen nach übereilten Reformen des Risikostrukturausgleichs eine klare Absage, Bonn, 08.03.2016.

**Christensen, B. und Müller, M. (2012):** Regionale Einflussfaktoren auf die regionale Verordnungsdichte von Antibiotika bei Kindern-Kurzstudie im Auftrag des Faktencheck Gesundheit der Bertelsmann-Stiftung Gütersloh.

**Demme, S. (2015):** Ergebnisse des Jahresausgleichs 2014 und aktueller Planungsstand zu den Ausgleichsjahren 2016 und 2017, 4. GKV Informationsveranstaltung „Gesundheitsfonds“, Berlin, 26. November 2015.

**Deutsche Rentenversicherung (2015):** Rentenversicherung in Zeitreihen, Ausgabe 2015, Oktober 2015, Berlin.

**Dienst für Gesellschaftspolitik (2016):** Zusatzbeiträge: Wohl dem GKV-Mitglied, das im „richtigen“ Bundesland lebt, Ausgabe vom 14. Januar 2016, S. 6–8.

**Drösler, S., Hasford, J., Kurth, B.-M., Schaefer, M., Wasem, J. und Wille, E. (2011):** Evaluationsbericht zum Jahresausgleich 2009 im Risikostrukturausgleich, online verfügbar, URL: [http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Gesundheit/Forschungsberichte/Evaluationsbericht\\_zum\\_Jahresausgleich.pdf](http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Gesundheit/Forschungsberichte/Evaluationsbericht_zum_Jahresausgleich.pdf) abgerufen am 15.09.2013.

**Drösler, S., Neukirch, B., Ulrich, V. und Wille, E. (2016):** Möglichkeiten der Berücksichtigung von Be-

sonderheiten der Versorgungsstrukturen als modifizierenden Faktor des riskoadjustierten Behandlungsbedarfs im Rahmen der vertragsärztlichen Vergütung. Gutachten im Auftrag der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB), Endfassung, Bayreuth, Krefeld, Mannheim, 18.02.2016.

**Gaßner, M., Göppfarth, D. und Wittmann, R. (2011):** Spielräume für eine Dezentralisierung im Rahmen des Systems Gesundheitsfonds, in: Wille, E. und Knabner, K. (Hrsg.), Dezentralisierung und Flexibilisierung im Gesundheitswesen, Frankfurt et al. Lang, S. 53–81.

**Gaßner, M. (2015):** Bavaricus non calculat, in: Welt der Krankenversicherung, 4. Jg., Ausgabe 2–3, S. 42–43.

**Gohla, D. (2002):** Der Risikostrukturausgleich auf dem Prüfstand des Grundgesetzes, Nomos, Baden-Baden.

**Göppfarth, D. (2006):** Regionale Verteilungswirkungen des Gesundheitsfonds, in: Gesundheits- und Sozialpolitik, Band 60, 11/12, S. 14–20.

**Göppfarth, D. (2013):** Regionalauswertungen 2011, Präsentation, Bonn, 28. November 2013.

**Göppfarth, D. (2015):** Regionale Versorgungsunterschiede – Was kann, was soll der Risikostrukturausgleich leisten? Erscheint in: Wille, E. (Hrsg.): Versorgungsdefizite im deutschen Gesundheitswesen?, Frankfurt, S. 15–32.

**Greiner, W. (2007):** Der Risikostrukturausgleich im Geflecht ökonomischer Finanzierungsüberlegungen zur künftigen GKV, in: Pitschas, R. (Hrsg.): Finanzreform in der gesetzlichen Krankenversicherung und Zukunft des Risiko-Strukturausgleichs, Frankfurt et al., S. 23–39.

**Hailer, B. (2000):** Das Belegarztsystem als Bestandteil integrierter Gesundheitsleistungen. Ziele, Erfolgsfaktoren, Alternativen und Perspektiven, Kulmbach.

**IGES Institut (2014a):** Zur Frage der Sachgerechtigkeit einer Basisanpassung der regionalen Gesamtvergütungen (Konvergenz der Vergütungen). Gutachten im Auftrag des GKV-Spitzenverbands. Berlin, 23. Juni 2014.

**IGES Institut (2014b):** Forschungsvorhaben zur Umsetzung des § 221b Absatz 2 SGB V. Evaluierung der Auswirkungen von Zuschlägen zur Förderung der vertragsärztlichen Versorgung in unterversorgten Gebieten (§ 87a Absatz 2 Satz 3 SGB V), Abschlussbericht, Berlin, 05. Juni 2014.

**IGES Institut (2014c):** Neurologische und psychiatrische Versorgung aus sektorenübergreifender Perspektive, Berlin.

**IGES Institut, Glaeske G. und Greiner, W. (2015):** Begleitforschung zum Morbi-RSA (Teil 1). Kriterien, Wirkungen und Alternativen, Berlin, Dezember 2015.

**IGES Institut und Glaeske, G. (2016):** Begleitforschung zum Morbi-RSA. Erwerbsminderungsrenten als Morbiditätsindikatoren? Berlin, Februar 2016.

**Jacobs, K. (2015a):** Bayern lässt nicht locker – Zur Einführung eines Regionalfaktors im Risikostrukturausgleich, in: Gesundheit und Gesellschaft, Jg. 15, Heft 2, S. 23–30.

**Jacobs, K. (2015b):** Aktuelle RSA-Debatte: Mehr Ordnung täte gut, in: Gesundheit und Gesellschaft, Jg. 15, Heft 4, S. 23–30.

**Jarass, H. und Pieroth, B. (2014):** Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland, C.H. Beck, München.

**Kassenärztliche Bundesvereinigung (2014):** KBV-Versichertenbefragung 2014, Berlin.

**Kassenärztliche Bundesvereinigung (2015):** Bundesarztregister zum 31.12.2013, Berlin.

**Klemm, A.-K. und König, W. (2014):** Reformvorhaben im Morbi-RSA, in: Betriebskrankenkassen 02/2014, S. 8–15.

**Krauskopf, D. als Hrsg. (2015):** Soziale Krankenversicherung, Pflegeversicherung, C.H. Beck, München.

**Landessozialgericht NRW (2014):** Urteil vom 13.02.2014, L 16 KR 747/13 KL.

**Lux, G., Schillo, S., van der Linde, K., Walendzik, A. und Wasem J. (2015):** Die Berücksichtigung von Zahlungsbefreiungen im RSA - Ausgestaltungsmöglichkeiten und Wirkungen einer erweiterten Berücksichtigung sozioökonomischer Faktoren, IBES-Diskussionsbeitrag, Duisburg-Essen, Januar 2015.

**Mateja, S. (2011):** Risk Adjustment – A Global Perspective, Vortrag am 25.10.2011 auf dem Jahrestreffen der International Actuarial Association.

**Möller, J., Hohmann, E. und Huschka, D. als Hrsg. (2010):** Der weiße Fleck – zur Konzeption und Machbarkeit regionaler Preisindizes, Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, Gutachten, Bielefeld 2010.

**Meyers-Middendorf, J. (1993):** Die Gestaltungsrelevanz marktwirtschaftlichen Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung – Sozioökonomische Analyse der Möglichkeiten und Grenzen eines Krankenkassenwettbewerbs, Köln.

**Nolting, H.-D et al. (2011):** Faktencheck Gesundheit. Regionale Unterschiede in der Gesundheitsversorgung, Bertelsmann Stiftung, Gütersloh.

**Paquet, R. (2007):** Die Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs und die Finanzreform der GKV, in: Pitschas, R. (Hrsg.): Finanzreform in der gesetzlichen Krankenversicherung und Zukunft des Risiko-Strukturausgleichs, Frankfurt et al., S. 69–84.

**Pfaff, M. und Wassener, D. (1996):** Risikoselektion dauerhaft vermeiden, in: Forum für Gesellschaftspolitik, Bonn, Juli 1996, S.166–188.



- Pfaff, M. und Wassener, D. (1998):** Bedeutung des Risikostrukturausgleichs für den Kassenwettbewerb und die solidarische Wettbewerbsordnung, in: Ehlers, A.P.F. (Hrsg.), *Fairness, Effizienz und Qualität in der Gesundheitsversorgung*, Springer, Berlin, S.9–21.
- Ramsauer, U. (1998):** Der Risikostrukturausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung – verfassungswidrig?, *NJW* 1998, S.481–487.
- Ramsauer, U. (2006):** Soziale Krankenversicherung zwischen Solidarprinzip und Wettbewerb, *NZS* 2006, S.505–511.
- Rebscher, H. (1998):** Risikostrukturausgleich als Voraussetzung des Wettbewerbs in der GKV? Was sind die Konsequenzen aus VdAK-Sicht?, in: *Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen* (Hrsg.), *Fairness, Effizienz und Qualität in der Gesundheitsversorgung. Was kann der Risikostrukturausgleich leisten?*, Springer, Berlin et al. S.71–89.
- Rebscher, H. (2007):** Die Reform des Risikostrukturausgleichs in der GKV, in: Pitschas, R. (Hrsg.): *Finanzreform in der gesetzlichen Krankenversicherung und Zukunft des Risiko-Strukturausgleichs*, Frankfurt et al., S.59–68.
- Repschläger, U. (2011a):** Die Verteilung von Morbidität in Deutschland. Ein Morbiditätsatlas zum Vergleich von Regionen auf Basis der 80 Krankheiten des Risikostrukturausgleichs, in: Repschläger, U., Schulte, C. und Osterkamp, N. (Hrsg.) (2011): *BARMER GEK Gesundheitswesen aktuell 2011, Beiträge und Analysen*, Düsseldorf, S.170–193.
- Repschläger, U. (2011b):** Regionale Versorgungsunterschiede. Morbidität in Deutschland und bedarfsgerechte Verteilung, Pressekonferenz, Berlin.
- Resch, S. (2004):** Risikoselektion im Mitgliederwettbewerb der gesetzlichen Krankenversicherung, Lang, Frankfurt.
- Rüger, A., Maier, W., Voigtländer, S. und Mielck, A. (2014):** Regionale Unterschiede in der Ärztedichte. Analyse zur ambulanten Versorgung in Bayern, in: *Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft*, Jg. 14, Heft 2, S.7–17.
- Rürup, B. und Wille, E. (2007):** Finanzielle Effekte des vorgesehenen Gesundheitsfonds auf die Bundesländer, Gutachten im Auftrage des Bundesministeriums für Gesundheit, Darmstadt und Mannheim, 3.Januar 2007.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1995):** Sondergutachten 1995. Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000. Mehr Ergebnisorientierung, mehr Qualität und mehr Wirtschaftlichkeit, Baden-Baden.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2002):** Gutachten 2000/2001. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Bd. III: Über-, Unter- und Fehlversorgung, Baden-Baden.
- Sachverständigenrat für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2012):** Sondergutachten 2012. Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung, Hans Huber, Bern.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2014):** Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche, Bonn/Berlin, im Juni 2014.
- Salfeld, R. und Wettke J. (Hrsg.) (2000):** Die Zukunft des deutschen Gesundheitswesens: Perspektiven und Konzepte, Springer, Berlin.
- Schmacke, N. (2013):** Wie viele und welche Ärzte braucht das Land?, in: *Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft*, 13. Jg., Heft 4, S.7–15.
- Schneider, M. und Vieß, G. (1998):** Der Risikostrukturausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung – verfassungsgemäß!, *NJW* 1998, S.2702–2708.
- Schulenburg, J.-M. Graf von der (2014):** Arztdichteunterschiede: Muss der Staat handeln?, in: Fink, Ulf, Kücking, Monika, Walzik, Eva und Zerth, Jürgen (Hrsg.): *Solidarität und Effizienzen im Gesundheitswesen – ein Suchprozess. Festschrift für Herbert Rebscher*, Heidelberg, S.221–229.
- Shmueli, A. (2015):** On the calculation of the Israeli risk adjustment rates, in: *The European Journal of Health Economics*, Vol. 16, Nr. 3, S.271–277.
- Sodan, H. (Hrsg.) (2014):** Handbuch des Krankenversicherungsrechts, 2. Auflage, C.H. Beck, München
- Sodan, H. und Gast, O. (1999):** Der Risikostrukturausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung als Verfassungsproblem, *NZS* 1999, S.265–276.
- Spoerr, W. und Winkelmann, J. (2004):** Rechtliche Koordinaten des Finanzausgleichs unter Krankenkassen, *NZS* 2004, S.402–409.
- Statistisches Bundesamt (2015a):** Verdienste und Arbeitskosten 2014, Arbeitnehmerverdienste, Fachserie 16, Reihe 2.3, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2015b):** Grunddaten der Krankenhäuser 2014, Fachserie 12, Reihe 6.1.1, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2016a):** Kaufwerte für Bauland, 3. Vierteljahr 2015, Fachserie 17, Reihe 5, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2016b):** Verbraucherpreisindizes für Deutschland. Jahresbericht 2015, Wiesbaden.
- Stillfried, D. Graf von und Czihal, T. (2011a):** Berücksichtigung regionaler Versorgungsbesonderheiten durch eine regionale Risikokomponente, Berlin 12.2.2011.

- Stillfried, D. Graf von und Czihal, T. (2011b):** Finanzierung der Versorgung noch nicht bedarfsgerecht, in: Die Krankenversicherung, Ausgabe 02/2011, S. 44–48.
- Stillfried, D. Graf von und Czihal, T. (2015):** Regionale Unterschiede in der vertragsärztlichen Vergütung – begründet oder unbegründet?, Zipaper, 5/2015, Berlin.
- Sundmacher, L. (2014):** Der Einfluss ambulanter Leistungen auf potentiell vermeidbare Krankenhausfälle. Referat im Rahmen der ZI-Fachtagung am 08. September 2014 in Berlin.
- Sundmacher, L. und Busse, R. (2012):** Der Einfluss der Ärztedichte auf ambulant-sensitive Krankenhausfälle, in: Klauber, Jürgen, Geraedts, Max, Friedrich, Jörg und Wasem, Jürgen (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2012. Schwerpunkt: Regionalität, Stuttgart, S. 183–202.
- Sundmacher, L. und Kopetsch, T. (2015):** The impact of office-based care on hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions, in: The European Journal of Health Economics, Vol 16, Nr. 4, S. 365–375.
- Tautscher, B. (2016):** Vergleich der Kosten je GKV-Versicherten 2014; ambulante Behandlung (GV), Krankenhaus und AM-Ausgaben (brutto), KVB, 23. Februar 2016.
- Thüsing, G. (2015):** Münchener Kommentar zum BGB, Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz, C.H. Beck, München.
- Ulrich, V. und Wille, E. (2014):** Zur Berücksichtigung einer regionalen Komponente im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA). Endbericht für das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (StMPG), Bayreuth und Mannheim, im September 2014.
- Ulrich, V. und Wille, E. (2015):** Zur Berechtigung einer regionalen Komponente im RSA. Regionale Ausgabenunterschiede als exogener Faktor, in: Welt der Krankenversicherung, 4. Jg., Ausgabe 7–8, S. 173–175.
- Wasem, J., Buchner, f., Lux, G. Manogovian, M. und Schillo, S. (2007):** Die Regionaldimension in der gesetzlichen Krankenversicherung vor dem Hintergrund des GKV-WSG. Gutachten für das Land Baden-Württemberg. Fachbereich Wirtschaftswissenschaften Universität Duisburg-Essen, Campus Essen. Diskussionspapier 153.
- Wasem, J., Lux, G. und Schillo, S. (2016):** Gutachten zu Zuweisungen für Auslandsversicherte nach § 269 Abs. 3 SGB V i. V. m. § 33 Abs. 4 RSAV. Endbericht, Duisburg-Essen, 25.01.2016.
- Wille, E. (1999):** Auswirkungen des Wettbewerbs auf die gesetzliche Krankenversicherung, in: Wille, E. (Hrsg.), Zur Rolle des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung. Gesundheitsversorgung zwischen staatlicher Administration, korporativer Koordination und marktwirtschaftlicher Steuerung, Baden-Baden: S. 95–156.
- Wille, E., Ulrich, V. und Schneider, U. (2007):** Die Weiterentwicklung des Krankenversicherungsmarktes: Wettbewerb und Risikostrukturausgleich, in: Wille, E., Ulrich, V. und Schneider, U. (Hrsg.), Wettbewerb und Risikostrukturausgleich im internationalen Vergleich, Baden-Baden 2007, S. 5–67.
- Wille, E., Ulrich, V. und Schneider, U. (2008):** Risk Adjustment Systems in Health Insurance Markets in the US, Germany, Netherlands and Switzerland, in: Journal for Institutional Comparisons, CESifo DICE Report, 6 (3), 37–49.
- Wille, E. und Knabner, K. (Hrsg.) (2011):** Dezentralisierung und Flexibilisierung im Gesundheitswesen, Frankfurt et al.
- Wille, E., Hamilton, G., Schulenburg, J.M. Graf von der und Thüsing, G. (2012):** Privatrechtliche Organisation der gesetzlichen Krankenkassen. Reformperspektiven für Deutschland, Erfahrungen aus den Niederlanden, Gutachten im Auftrag der Techniker Krankenkasse, Hamburg.
- Wille, E. und IGES Institut (2014):** Großstadtfaktor Wien. Aktualisierung der Analyse der spezifischen Ausprägung der Gesundheitsausgaben in Wien in Relation zu anderen Regionen. Ergebnisbericht. Berlin, 2. September 2014, unveröffentlicht.
- Wille, E. (2016):** Krankengeld als Problem in budgetärer Hinsicht und im Morbi-RSA, in: Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement, 21. Jahrgang, Februar 2016, S. 5–6.
- Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in Deutschland – ZI (2016a):** Vertragsärzte und -psychotherapeuten je 100.000 Einwohner nach Bedarfsplanungsfachgebieten und -regionen im Jahre 2013, Versorgungsatlas, letztes Update 19.03.2015.
- Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in Deutschland – ZI (2016b):** Arbeitsteilung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung (2011/2012), Versorgungsatlas, letztes Update 07.09.2014.
- Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in Deutschland – ZI (2016c):** Ein konsentrierter deutscher Katalog ambulant – sensitiver Diagnosen (Querschnitt aus dem Zeitraum 2009 bis 2011), Versorgungsatlas, letztes Update 27.10.2015.
- Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in Deutschland – ZI (2016d):** Demenzversorgung aus sektorübergreifender Sicht (2008–2010), Versorgungsatlas, letztes Update 23.04.2015.

## Autorendaten



Prof. Dr. Volker Ulrich

*Ordinarius für Volkswirtschaftslehre, insb. Finanzwissenschaft an der Universität Bayreuth, Rechts- und Wirtschaftswissenschaftliche Fakultät.*

Er ist Mitglied des Ausschusses für Gesundheitsökonomie der Gesellschaft für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften – Verein für Socialpolitik –, Mitglied im wissenschaftlichen Beirat des Bundesversicherungsamts zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs und Mitglied des wissenschaftlichen Beirats des Bundesverbands Managed Care (BMC). Im akademischen Turnus 2010/11 war er Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Gesundheitsökonomie (DGGÖ). Seit 2015 ist er Präsident der Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen (GRPG). In seinen gesundheitsökonomischen Veröffentlichungen und Gutachten befasst er sich u. a. mit Fragen der Finanzierung von Gesundheitssystemen, der Reform des Risikostrukturausgleichs und des Arzneimittelmarktes und der nachhaltigen Finanzierung der Systeme der sozialen Sicherung.



Prof. Dr. Gregor Thüsing

*Direktor des Instituts für Arbeitsrecht und Recht der sozialen Sicherheit der Universität Bonn.*

In den vergangenen zehn Jahren stand er mehr als zwanzig Mal als Sachverständiger bei Anhörungen verschiedener Ausschüsse des Bundestages zur Verfügung (Arbeit und Soziales, Gesundheit, Familie, Recht, Europa). 2002–2014 Mitglied der Ständigen Deputation des Deutschen Juristentags, 2010–2014 des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2010–2012 der Kommission zur Erarbeitung des 8. Familienberichts der Bundesregierung, des Vorstands der Gesellschaft für Datenschutz und Datensicherheit, des Kuratoriums der EBS Law School, Vorsitzender der Gesellschaft für Europäische Sozialpolitik, stellvertretender Vorsitzender des Kirchlichen Arbeitsgerichts Hamburg (2003–2016), stellvertretender Vorsitzender der Gesellschaft für Versicherungswissenschaft- und -gestaltung.



Prof. Dr. Eberhard Wille

*Emeritus für Volkswirtschaftslehre, insb. Finanzwissenschaft an der Universität Mannheim, Fakultät für Rechtswissenschaften und Volkswirtschaftslehre.*

Er ist Mitglied des Wissenschaftlichen Beirats beim Bundesministerium für Wirtschaft und Energie und stellvertretender Vorsitzender des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (dessen Vorsitzender von 2002 bis 2012). Er gehört ferner u. a. dem Finanzwissenschaftlichen und Gesundheitsökonomischen Ausschuss des Vereins für Socialpolitik, dem wissenschaftlichen Beirat des Bundesversicherungsamtes zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs, der Deutschen Gesellschaft für Gesundheitsökonomie (DGGÖ) und der Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen an. Er übernahm seit 1997 das Amt eines Vorsitzenden des Landesschiedsamtes für die vertragsärztliche Versorgung in Baden-Württemberg und zwischenzeitlich in mehreren anderen Bundesländern. In seinem gesundheitsökonomischen Schrifttum beschäftigte er sich vor allem mit der nachhaltigen Finanzierung von Gesundheitssystemen, dem Wettbewerb der Krankenkassen in Verbindung mit dem Risikostrukturausgleich, der Schnittstelle zwischen den Leistungssektoren, dem Arzneimittelmarkt und Kosten-Nutzen-Analysen von medizinischen Innovationen.

Herausgeber: Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege  
Haidenauplatz 1, 81667 München  
Tel.: (089) 54 02 33-0  
[www.stmgp.bayern.de](http://www.stmgp.bayern.de)

Redaktion: Prof. Dr. Volker Ulrich, Prof. Dr. Eberhard Wille, Prof. Dr. Gregor Thüsing

Gestaltung: CMS – Cross Media Solutions GmbH, Würzburg

Druck: Druckerei Schmerbeck, Tiefenbach

Stand: Juni 2016

Artikelnummer: stmgp\_gesund\_046

© Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege