



Vorsitzende des Ausschusses für
Gesundheit des Deutschen Bundestages
Frau Dr. Martina Bunge, MdB
11011 Berlin

Dr. Klaus Theo Schröder
Staatssekretär

HAUSANSCHRIFT Am Propstthof 78a, 53121 Bonn

POSTANSCHRIFT 53109 Bonn

TEL +49 (0)228 941-1030

FAX +49 (0)228 941-4903

E-MAIL poststelle@bmg.bund.de

Bonn, *19.* Dezember 2006

Ökonomische Auswirkungen des Gesundheitsfonds

Sehr geehrte Frau Vorsitzende,

die Studie "Ökonomische Auswirkungen der Gesundheitsreform auf die Bundesländer, des Kieler Instituts für Mikrodaten-Analyse (Autor Dr. Thomas Drabinski), die auf der Pressekonferenz der Initiative Neue Soziale Marktwirtschaft am 14. Dezember 2006 vorgestellt wurde, hat erheblichen politischen Wirbel ausgelöst. Die in der Studie genannten Zahlen entbehren nach Auffassung des Bundesversicherungsamtes (Anlage) jeder fachlichen Grundlage und führen damit zu falschen politischen Schlussfolgerungen. Dieser Auffassung schließe ich mich an. Die Studie versucht die ökonomischen Wirkungen des Gesundheitsfonds auf die einzelnen Bundesländer zu quantifizieren, stellt aber keinen Vergleich zwischen den bisherigen Finanzwirkungen unter einem eingeschränkten Risikostrukturausgleich und den neuen Finanzwirkungen unter dem Gesundheitsfonds mit vollständigem Finanzkraftausgleich und erweitertem morbiditätsorientiertem Risikostrukturausgleich an. Die Studie ermittelt also nicht die zusätzlichen Be- und Entlastungen, sondern versucht allenfalls, Auskunft über die Gesamtbelastungen der Bundesländer unter neuen Rahmenbedingungen zu geben. Der notwendige Vergleich mit den gegenwärtigen Finanzwirkungen, den allein das Bundesversicherungsamt (BVA) im Rahmen der Verhandlungen zur Gesundheitsreform angestellt hat, fehlt. Unternimmt man einen solchen Vergleich trotz der methodischen Bedenken, die an vielen Stellen gegenüber den Einzelschritten der Studie angebracht sind und die das BVA dezidiert aufgezeigt hat, kommt das BVA zum Ergebnis, dass sich die Belastungen für die einzelnen Bundesländer im vom Amt prognostizierten Rahmen halten.

Aber auch die innere Logik der Kieler Studie vermag nicht zu überzeugen. Bereits die Datengrundlagen zur Bestimmung der Ausgangsgrundlage entbehren jeder Plausibilität. So ist es nicht nachvollziehbar, dass Berlin das Land mit den höchsten Grundlöhnen darstellen soll, während Bayern die zweitniedrigsten Grundlöhne hätte. Wenn die Landwirtschaftlichen Krankenkassen, die nicht am Risikostrukturausgleich teilnehmen und damit auch nicht in den neuen Gesundheitsfonds einbezogen werden, in der Studie fälschlicherweise auf der Einnahmenseite berücksichtigt werden, auf der Ausgabenseite jedoch außer Acht gelassen werden, führt dies zu schweren Rechenfehlern. Gravierende methodische Mängel sind schließlich beim Vergleich der regionalen Vergütungsniveaus sichtbar.

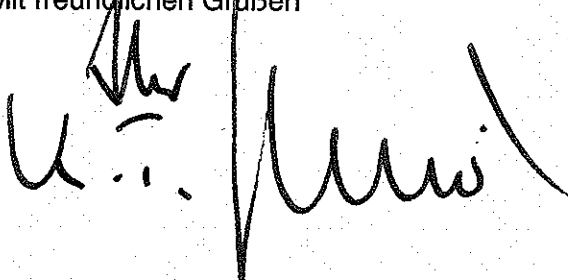
Insgesamt ist die Studie deshalb für die Ermittlung der ökonomischen Auswirkungen der Einführung eines Gesundheitsfonds auf die Bundesländer vollständig unbrauchbar. Das Bundesministerium für Gesundheit hält an seiner Auffassung fest, dass die Be- und Entlastungen für die einzelnen Bundesländer sich in dem Rahmen bewegen, den das BVA mit seinen Berechnungen für die Koalitionsverhandlungen über die Gesundheitsreform erstellt hat. Das Amt stützt sich dabei auf Daten, die für die vorbereitende Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Organisationsreform erarbeitet worden sind. Andere Simulationsrechnungen, die einer wissenschaftlichen Nachprüfung standhalten, existieren nicht.

Soweit die Studie einen Zusammenhang mit der Konvergenzklausel negiert, ist darauf hinzuweisen, dass diese Klausel auf Wunsch und nach Formulierung des bayerischen Ministerpräsidenten in den Gesetzentwurf Eingang gefunden hat. Soweit diese Klausel fachlich überarbeitet werden muss, steht das Bundesgesundheitsministerium entsprechenden Anregungen positiv gegenüber. Allerdings muss das vereinbarte politische Ziel, die Belastungen der Länder in vertretbaren Grenzen zu halten und schrittweise zu verändern, dabei unverändert bleiben, denn eigentlich sind dem Risikostrukturausgleich diese regionalen Differenzierungen fremd.

Abschließend weise ich darauf hin, dass das Bundesministerium für Gesundheit die Herren Professoren Rürup und Wille beauftragt hat, die in Rede stehende Studie zusätzlich extern zu überprüfen.

Ich würde mich freuen, wenn Sie mein Schreiben nebst Anlagen an die Mitglieder des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestags weiterleiten könnten.

Mit freundlichen Grüßen

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'U. Wille', with a stylized flourish extending to the right.



Bundesversicherungsamt

Der Präsident

Bundesversicherungsamt · Friedrich-Ebert-Allee 38 · 53113 Bonn

Bundesministerium für Gesundheit
Herrn Staatssekretär Dr. Schröder
Wilhelmstr. 49
10117 Berlin

HAUSANSCHRIFT Friedrich-Ebert-Allee 38
53113 Bonn

TEL +49 (0) 228 619 - 1808

FAX +49 (0) 228 619 - 1876

E-MAIL praesident@bva.de

INTERNET www.bundesversicherungsamt.de

BEARBEITER(IN) Dr. Göppfarth

DATUM 19. Dezember 2006

AZ VII 2 - 5580.0-2184/2006

(bei Antwort bitte angeben)

nachrichtlich

Bundeskanzleramt
Herrn MinDir Dr. Roppel
11012 Berlin

per E-Mail

Studie des IfMDA zu den Ökonomischen Auswirkungen der Gesundheitsreform auf die Bundesländer

Fachliche Bewertung des Bundesversicherungsamtes

Sehr geehrter Herr Staatssekretär,

gerne komme ich Ihrer Bitte nach, umfassend zum Gutachten des Instituts für Mikrodaten-Analyse zu den Auswirkungen der Gesundheitsreform auf die Bundesländer Stellung zu nehmen.

Das Bundesversicherungsamt hat die Studie in den letzten Tagen ausgewertet und mit anderen Datenquellen abgeglichen. Diese Arbeiten wurden durch die Tatsache erheblich erschwert, dass die Ausführungen in der Studie zu den Datenquellen und zum methodischen Vorgehen außerordentlich knapp und allgemein gehalten sind. Trotzdem mussten wir erhebliche methodische Mängel im Vorgehen und Unplausibilitäten in den verwendeten Datengrundlagen feststellen, die ich im Folgenden näher erläutern möchte.

Methodisches Vorgehen des Gutachters

Aus meiner Sicht besteht der gravierendste Mangel der Studie darin, dass nicht die zusätzlichen Be- und Entlastungen, die aufgrund der Gesundheitsreform entstehen, berechnet werden, sondern nur die Gesamtumverteilungen, die sich nach Einführung des Gesundheitsfonds einstellen werden. Die Umverteilungen, die es bereits heute im Gesundheitswesen durch den Risikostrukturausgleich, die Beitragssatzkalkulation überregionaler Krankenkassen und andere Regelungen gibt, werden an keiner Stelle spezifiziert. Die Tabellen und Grafiken in der Studie werden zwar fälschlicherweise mit den Überschriften „Gewinner und Verlierer der Gesundheitsreform“ versehen, bilden aber nur den Zustand nach der Gesundheitsreform und nicht die Änderung durch die Gesundheitsreform ab. Eine Aussage darüber, ob diese Be- und Entlastungen in einer länderbezogenen Betrachtung zu- oder abnehmen, enthält die Studie daher nicht.

Aber auch bei der Ermittlung der Gesamtumverteilungen ergeben sich für uns methodische Ungereimtheiten. Die IfMDA-Studie bringt neben der Aufbringung der Mittel (Einzahlungen in den Gesundheitsfonds) und den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds an die Krankenkassen eine dritte Umverteilungsebene, nämlich zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern, ins Spiel. Hier sind die Ausführungen in der Studie so knapp, dass sich nicht nachvollziehen lässt, wie hier gerechnet wurde. Die Spannweite der Ergebnisse in den drei hier berechneten Szenarien verdeutlicht die große Unsicherheit der Studie.

Aus unserer Sicht wäre hier eine differenzierte Betrachtungsweise notwendig. Eine regionale Krankenkasse verausgabt ihre Zuweisungen – mit Ausnahme von grenzüberschreitenden Inanspruchnahmen – in ihrem Tätigkeitsgebiet. Hier gibt es keinen Einfluss der Vergütungshöhe auf überregionale Transferströme. Überregionale Krankenkassen hingegen können Deckungsbeiträge aus günstigen Versorgungsregionen zur Quersubventionierung von teuren Versorgungsregionen verwenden. Die in der Studie neu eingeführten Einflüsse der regionalen Versorgungsniveaus decken sich damit weitgehend mit den Umverteilungen durch die überregionale Beitragssatzkalkulation.

Aus unserer Sicht ist fraglich, ob diese Effekte in der Studie berücksichtigt wurden. In den Erläuterungen werden sie nicht erwähnt; auch wird nicht erläutert, ob und wie die Auswirkungen der durch die Gesundheitsreform veränderten vertragsärztlichen Vergütung berücksichtigt wurde. Stattdessen wird auf drei Szenarien verwiesen, wobei das Bundesversicherungsamt als Datenquelle für das „Szenario 2“ angegeben wird. Daten des Bundesversicherungsamtes können herangezogen werden, um die Verteilungsebene Gesundheitsfonds zu den Krankenkassen zu simulieren, haben aber für die hier diskutierten Verteilungseffekte keine Aussagekraft. Das gilt auch für die zitierte Veröffentlichung.

Verwendete Datengrundlage

Wir haben versucht, die verwendete Datengrundlage der Studie mit anderen Datenquellen abzugleichen. Auch hier sind wir auf das Problem gestoßen, dass die verwendeten Daten in der Veröffentlichung nicht offengelegt werden. Wir haben aber nicht nur unplausible Abweichungen zu anderen Datenquellen festgestellt, sondern auch erhebliche Abweichungen zu den Datengrundlagen in der vor drei Wochen erschienenen Vorstudie desselben Instituts (Institut für Mikrodaten-Analyse: Auswirkungen einer aufkommensneutralen Umstellung der Beitragsbemessung im Gesundheitsfonds, November 2006).

Bei den Berechnungen in der Studie wurden die landwirtschaftlichen Krankenkassen auf der Einnahmenseite mit berücksichtigt, obwohl diese nicht am Gesundheitsfonds teilnehmen werden. Inkonsequenterweise werden die Versicherten der landwirtschaftlichen Krankenkassen aber bei den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nicht berücksichtigt. Die Summe der Zuweisungen entspricht nur zufällig der Summe der Einnahmen des Gesundheitsfonds. Rechnerisch müsste sich eine Differenz in Höhe der Ausgaben der landwirtschaftlichen Krankenkassen ergeben (2,0 Mrd. Euro). Die Rechnung geht nur zufällig auf, weil bei den Zuweisungen der Bundeszuschuss nicht berücksichtigt wurde (1,5 Mrd. Euro) und die RSA-Leistungsausgaben zu hoch ausgewiesen wurden (0,5 Mrd. Euro).

Beim Abgleich der verwendeten Daten ergaben sich folgende Auffälligkeiten:

- Die zu Grunde gelegten Versichertenzahlen weichen von den amtlichen Statistiken ab. Auf Ebene der einzelnen Bundesländer gibt es erhebliche Abweichungen, so wird die Zahl der Versicherten in Niedersachsen und Berlin erheblich überschätzt.
- Bei den Beitragseinnahmen ergeben sich gegenüber den amtlichen Statistiken – auch unter Berücksichtigung der Unterfinanzierung der Krankenkassen in Höhe von 3,44 Milliarden Euro im Jahr 2003 – eine Abweichung in Höhe von 1,85 Milliarden Euro. Hiervon lässt sich die Hälfte auf die fälschlicherweise berücksichtigten landwirtschaftlichen Krankenkassen zurückführen.
- Aus den in der Studie ausgewiesenen Beitragseinnahmen des Gesundheitsfonds lassen sich die beitragspflichtigen Einnahmen je Versicherten je Bundesland ausrechnen. Demnach wird in der Studie unterstellt, dass die einkommensstärksten Versicherten in Deutschland in Berlin wohnen (23.700 Euro), während die beitragspflichtigen Einnahmen je Versicherten in Bayern mit 18.500 Euro unterm Bundesdurch-

schnitt liegen. Diese Daten widersprechen allen Statistiken über regionale Wirtschaftskraft und regionale Einkommensstrukturen.

- Aus den in der Studie ausgewiesenen Beitragseinnahmen im Status quo lassen sich die zu Grunde gelegten Beitragssätze je Bundesland ermitteln. Dabei ergeben sich erhebliche Abweichungen zu den regionalen Beitragssätzen, die sich aus den amtlichen Statistiken ermitteln lassen. So wird in der Studie für Sachsen ein Beitragssatz unterstellt, der im Durchschnitt der neuen Bundesländer liegt. Nach den amtlichen Statistiken wird jedoch in Sachsen aufgrund der günstigen Beitragssätze der dort tätigen Regionalkassen ein erheblich unterdurchschnittlicher Beitragssatz erhoben.
- Die im Risikostrukturausgleich berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben des Jahres 2003 werden mit 126,35 Milliarden Euro angegeben. Tatsächlich betragen sie 125,89 Milliarden Euro.
- Die gesamte Aufteilung der Zuweisungen des Risikostrukturausgleichs auf die Bundesländer lässt sich mit unseren Zahlen nicht nachvollziehen. Unklar ist dabei auch, wie der Risikopool berücksichtigt wurde. Im Text der Studie wird angegeben, hierfür seien die „Ausgabenprofile des Risikopools“ angesetzt worden. Es gibt keine Ausgabenprofile des Risikopools. Der Risikopool beruht als partieller Ist-Ausgabenvergleich auf einer versichertenbezogenen Prüfung, ob die Leistungsausgaben einen Schwellenwert überschreiten. Eine solche Datengrundlage ist unseres Wissens länderbezogen nirgendwo vorhanden.

Auswirkungen der Konvergenzklausel

Die Studie beachtet auch nicht, dass im Rahmen der Gesundheitsreform beabsichtigt ist, die Mehrbelastungen der Bundesländer auf 100 Millionen Euro pro Jahr zu beschränken (Konvergenzklausel). Dies wird damit begründet, das Bundesversicherungsamt habe in der Anhörung des Gesundheitsausschusses des Deutschen Bundestages vorgetragen, die Konvergenzklausel sei nicht durchführbar. Dieses Zitat gibt den Inhalt der Stellungnahme des Bundesversicherungsamtes nicht vollständig wieder. Wir haben auf eine Vielzahl von Aspekten hingewiesen, die in der Summe dazu führen, dass die Regelung in der Fassung des Kabinettsentwurfs nicht durchführbar ist. Gleichzeitig haben wir aber auch mit ausformulierten Vorschlägen darauf hingewiesen, welche Änderungen an dieser Regelung notwendig sind, um sie durchführbar zu machen. Hierzu wird im Einzelnen auf die Anlage 1 verwiesen.

Wie in der Vergangenheit möchte ich auch an dieser Stelle darauf hinweisen, dass die mit dieser Regelung intendierte länderbezogene Betrachtungsweise mit der Grundkonstruktion

des Risikostrukturausgleich als bundesweitem Finanzausgleichsverfahren nicht kompatibel ist. Dies ist auch vom Bundesverfassungsgericht in seiner Entscheidung vom 18. Juli 2005 zum Risikostrukturausgleich bestätigt worden. Schließlich muss ich darauf hinweisen, dass eine solche Regelung mit erheblichem Verwaltungsaufwand verbunden ist. Gleichwohl kann nicht wie in der Studie der Schluss gezogen werden, eine Belastungsgrenze je Bundesland sei grundsätzlich nicht umsetzbar.

Fazit

Die Studie des Instituts für Mikrodaten-Analyse ist mit erheblichen methodischen und rechnerischen Mängeln behaftet. Die Ergebnisse der Studie dürfen auf keinen Fall als Auswirkungen der Gesundheitsreform interpretiert werden, da nur die Gesamtbelastung der Länder nach der Reform und nicht die Veränderung der Belastung durch die Reform ausgewiesen wird. Aber auch zur Bewertung der Gesamtbelastung halten wir die Ergebnisse der Studie aus den genannten Gründen für nicht aussagekräftig.

Aussagen zu den Umverteilungswirkungen zwischen Bundesländern krankten an der geringen Verfügbarkeit verlässlicher Daten. Insofern war es eine Ausnahmesituation, dass wir im Rahmen der „Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Überprüfung des Risikostrukturausgleichs und weiterer Fragen zum Organisationsrecht“ für das Jahr 2002 eine entsprechende Berechnung vornehmen konnten. Hierfür stand die Stichprobe zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs nach § 268 SGB V sowie eine Sonderauswertung des Sozioökonomischen Panels des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung zur Verfügung. Diese Ergebnisse halten wir nach wie vor für die verlässlichsten Aussagen zu den länderbezogenen Umverteilungen durch den Risikostrukturausgleich. Bis im Rahmen der Regelungen zur Konvergenzklausel eine neue und bessere Datengrundlage geschaffen wird, halten wir die auf der Untersuchung für das Jahr 2002 aufbauenden Modellrechnungen zu den Umverteilungen durch den Gesundheitsfonds für die solideste Entscheidungsgrundlage. Diese Ergebnisse sind die der nachfolgenden Tabelle zusammengefasst:

	Fondszuweisungen für...		Mehrzahlung an den Fonds für sonstige Ausgaben	Saldo (Zuweisungen abzüglich Mehrzahlung)
	Verwaltungs- ausgaben	Satzungs- und Mehrleistungen		
Bundesland	Mio. Euro	Mio. Euro	Mio. Euro	Mio. Euro
Schleswig-Holstein	267,2	92,5	347,4	12,3
Hamburg	148,9	53,4	247,3	-45,0
Niedersachsen	759,5	264,5	999,8	24,1
Bremen	67,9	21,8	84,4	5,4
Nordrhein-Westfalen	1.784,6	595,2	2.384,4	-4,6
Hessen	582,4	195,6	833,2	-55,2
Rheinland-Pfalz	365,4	131,7	493,3	3,8
Baden-Württemberg	1.022,1	344,9	1.423,3	-56,4
Bayern	1.177,5	400,7	1.614,7	-36,5
Saarland	107,1	34,5	141,8	-0,1
Berlin	327,1	104,2	426,7	4,6
Brandenburg	263,5	87,3	333,4	17,4
Mecklenburg-Vorpommern	181,3	59,6	233,7	7,2
Sachsen	465,4	149,2	540,3	74,2
Sachsen-Anhalt	268,8	87,8	334,1	22,5
Thüringen	254,4	82,0	310,1	26,2

Außerdem übersenden wir unsere Presseerklärung zur Studie vom gestrigen Tage zur Kenntnisnahme.

Mit freundlichen Grüßen
gez. Dr. Daubenbüchel

Artikel 1 Nr. 182 (§ 272 SGB V – Übergangsregelungen zur Einführung des Gesundheitsfonds, „Konvergenzklausel“)

Vorgesehene Regelung

Die Be- und Entlastungswirkungen auf Grund der Einführung des Gesundheitsfonds für die in einem Bundesland tätigen Krankenkassen sind auf jährlich höchstens 100 Millionen Euro zu begrenzen. Zur Ermittlung der Belastung werden für die in einem Bundesland wohnhaften Versicherten die fiktiven Einnahmen auf der Basis der am 31. Dezember 2008 geltenden Beitragssätze ermittelt. Diese fiktiven Einnahmen sind um die Be- bzw. Entlastung im Risikostrukturausgleich und Risikopool in der bis zum 31. Dezember 2006 geltenden Fassung zu bereinigen und im weiteren mit der jährlichen Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 SGB V fortzuschreiben. Das Ergebnis ist länderbezogen den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds gegenüberzustellen. Darüber hinaus wird festgelegt, dass bereits vor Inkrafttreten des Gesundheitsfonds die finanziellen Auswirkungen durch ein Gutachten festzustellen sind.

Stellungnahme

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

I. Durchführbarkeit

Die vorgesehene Regelung ist nur durchführbar, wenn die von ihr verursachten Umverteilungen auf Null aufgehen, d.h. die erhöhten Zuweisungen für Versicherte in belasteten Ländern müssen den gekürzten Zuweisungen in den übrigen Ländern entsprechen. Ansonsten müssten Bundesmittel zur Verfügung gestellt werden.

Im vorliegenden Entwurf existiert – im Gegensatz zur Regelung im Referentenentwurf – kein Mechanismus, der sicherstellt, dass das Verfahren wie beschrieben aufgeht. Es ist im Gegenteil aufgrund der unten aufgeführten methodischen Mängel sogar wahrscheinlich, dass alle Bundesländer als belastet ausgewiesen werden. Die Regelung würde dann für Versicherte in allen Bundesländer erhöhte Zuweisungen vorsehen, ohne eine Finanzierung dieser Erhöhung sicherzustellen.

II. Methodische Mängel des Verfahrens

1. Vergleich der fortgeschriebenen Einnahmen mit den Zuweisungen

a) Verfälschung durch Beitragsanteile für Betriebsmittel- und Rücklagenbildung bzw. Schuldenabbau

Die fortgeschriebenen Einnahmen werden anhand der zum 31. Dezember 2008 geltenden Beitragssätze ermittelt. Damit enthalten die fortgeschriebenen Einnahmen im Gegensatz zu den Zuweisungen Anteile für Betriebsmittel- und Rücklagenbildung bzw. Schuldenabbau.

Erwirtschaftet die GKV z.B. im Jahr 2008 zu den o.g. Zwecken einen Überschuss in Höhe von einer Milliarde Euro, so würde im Jahr 2009 in der Summe über alle Bundesländer eine Belastung in Höhe von dieser Milliarde Euro ausweisen.

b) Ausgabendeckungsgrad des Gesundheitsfonds

Während im Basisjahr 2008 die Gesetzliche Krankenversicherung durch Beitragssätze finanziert wird, erfolgt im Gesundheitsfonds eine Finanzierung sowohl durch den einheitlichen Beitragssatz als auch durch Zusatzbeiträge. Da aber nur die Einnahmen aus dem einheitlichen Beitragssatz in die Zuweisungen fließen, wird eine vollständige Einnahmehöhe im Basisjahr mit einer unvollständigen Einnahmehöhe in den Folgejahren verglichen. Bei einer Ausgabendeckung von 95 % müssten ca. 7 Milliarden Euro über Zusatzbeiträge finanziert werden. In der im Kabinettsentwurf vorgesehenen Vergleichsbetrachtung würden diese 7 Milliarden Euro als Gesamtbelastung der GKV ausgewiesen, mit einer entsprechenden Aufteilung auf die Versicherten in den einzelnen Bundesländern.

c) Auswirkung der überregional einheitlichen Beitragssatzgestaltung sowie kassenarteninterner Ausgleichssysteme bzw. Finanzhilfen

In die Ermittlung der Einnahmen für die in einem Land wohnhaften Versicherten gehen auch die Beitragssätze der überregionalen Krankenkassen ein, die eine Mischfinanzierung zwischen den Bundesländern darstellen. Im Gesundheitsfonds wird diese einheitliche Beitragssatzkalkulation durch eine einheitliche Kalkulation der Zusatzbeiträge der überregional tätigen Krankenkassen ersetzt. Die hierdurch bedingten Transfers sind jedoch in den Zuweisungen nicht enthalten, so dass der Vergleich von fortgeschriebenen Einnahmen und Zuweisungen in dieser Form zu verzerrten Ergebnissen führt. Ähnliches gilt für die Umverteilungen durch kassenarteninterne Ausgleichs- und Finanzhilfen. Allein aufgrund dieses methodischen Mangels kann es zu Verzerrungen in dreistelliger Millionenhöhe je Bundesland kommen.

2. Risikostrukturausgleich mit Rechtsstand 31. Dezember 2006

Die Regelung des Kabinettsentwurfs sieht vor, dass die fiktiven Beitragseinnahmen je Bundesland zum 31. Dezember 2008 um die Ausgleichsforderungen und -verpflichtungen des Risikostrukturausgleichs und des Risikopools in der bis zum 31. Dezember 2006 geltenden Fassung bereinigt werden sollen. Diese getrennten Bezugstermine machen sachlich keinen Sinn und führen zu unnötigem Verwaltungsaufwand.

Alle Rechtsänderungen im Risikostrukturausgleich und im Risikopool (z.B. die Veränderung des Schwellenwertes im Risikopool nach § 269 Abs. 1 Satz 3 SGB V) führen dazu, dass Ende 2008 der Risikostrukturausgleich und der Risikopool zweimal durchgeführt werden müssten: Einmal nach der aktuellen Rechtslage, und das andere Mal nach der am 31. Dezember 2006 geltenden Rechtslage.

3. Erstellung eines Gutachtens

Auf das vorgesehene Gutachten sollte verzichtet werden. Die Auswirkungen des Gesundheitsfonds werden maßgeblich von der Berechnung der Zuweisungen bestimmt. Für die Berechnung dieser Zuweisungen sind zunächst 50 bis 80 Krankheiten zu benennen und auf dieser Grundlage ein Klassifikationsmodell bis zum 1.7.2008 zu entwickeln. Die Datengrundlage, anhand derer die Verteilung der Morbidität bezogen auf die 50 bis 80 Krankheiten landesbezogen bestimmt werden kann, läuft am 15.8.2008 beim Bundesversicherungsamt zusammen. Ein aussagekräftiges Gutachten kann vor diesem Zeitpunkt nicht entstehen. Sobald die Datengrundlage beim Bundesversicherungsamt zusammenläuft, berechnet das Bundesversicherungsamt die tatsächliche Belastung je Bundesland. Parallel hierzu noch ein Gutachten zur Schätzung der Auswirkungen erstellen zu lassen, ist daher entbehrlich.

III. Verwaltungsaufwand

Bei den Krankenkassen entsteht ein erheblicher Aufwand für die regionale Erfassung der Einnahme- und Ausgabedaten. Auch beim Bundesversicherungsamt müssen die regionalen Vergleichsberechnungen zusätzlich durchgeführt und die Zuweisungen an die Krankenkassen gegebenenfalls nach Wohnsitz der Versicherten differenziert werden.

Wenn die Zuweisungen nach dem Wohnsitz des Versicherten differenziert werden, müssen die Zuordnungen der Versicherten zu den Bundesländern durch die Prüfdienste der Krankenkassen geprüft und finanzielle Sanktionen bei Fehlzuordnungen vorgesehen werden.

Lösungsvorschlag

Sollte an einer Konvergenzklausel festgehalten werden, sollte diese so ausgestaltet werden, dass zwei methodisch vergleichbare Größen gegenübergestellt werden. Darüber hinaus ist der Mechanismus so zu gestalten, dass die Be- und Entlastungen in der Summe über alle Bundesländer auf Null aufgehen.

§ 272 SGB V (Fassung Kabinettsentwurf) wäre wie folgt zu fassen (Änderungen sind unterstrichen):

„§ 272 Übergangsregelungen zur Einführung des Gesundheitsfonds

(1) Bei der Ermittlung der Höhe der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds ist sicherzustellen, dass sich die Belastungen auf Grund der Einführung des Gesundheitsfonds für die in einem Land tätigen Krankenkassen in jährlichen Schritten von jeweils höchstens 100 Millionen Euro aufbauen. Hierfür stellt das Bundesversicherungsamt für jedes Bundesland den Be- oder Entlastungsbetrag für das Jahr 2008 dem Be- oder Entlastungsbetrag im Gesundheitsfonds gegenüber. Die Be- und Entlastungsbeträge für das Jahr 2008 ergeben

sich, indem die beitragspflichtigen Einnahmen für die in einem Bundesland wohnhaften Mitglieder mit dem Ausgleichsbedarfssatz nach § 266 Abs. 3 Satz 2 für das Jahr 2008 multipliziert werden und hiervon der Beitragsbedarf nach § 266 Abs. 2 Satz 2 und die im Risikopool erstatteten Ausgaben nach § 269 Abs. 1 Satz 2, die für Versicherte mit Wohnsitz in dem Bundesland gezahlt wurden, abgezogen werden. Die Be- und Entlastungsbeträge im Gesundheitsfonds ergeben sich ab dem Jahr 2009, indem die beitragspflichtigen Einnahmen für die in einem Bundesland wohnhaften Mitglieder mit dem Beitragssatz nach § 241 abzüglich des Beitragssatzanteils zur Bildung der Liquiditätsreserve nach § 271 Abs. 2 multipliziert werden und hiervon die für die in einem Land wohnhaften Versicherten erhaltenen Zuweisungen nach § 270 ohne Berücksichtigung des § 272 abgezogen werden.

(2) Ergibt die Gegenüberstellung nach Absatz 1 Satz 2, dass die Belastungswirkungen in Bezug auf die in einem Land tätigen Krankenkassen den nach Absatz 1 Satz 1 jeweils maßgeblichen Betrag übersteigen, sind die Zuweisungen an die Krankenkassen für deren Versicherte mit Wohnsitz in dem Land, bei dem die höchste Überschreitung festgestellt worden ist, im Jahresausgleich für das jeweilige Ausgleichsjahr so zu verändern, dass dieser Betrag genau erreicht wird. Die Zuweisungen an die Krankenkassen für Versicherte in den übrigen belasteten Ländern sind so zu verändern, dass sich die Belastung in dem Verhältnis verändert, in dem der nach Absatz 1 Satz 1 maßgebliche Betrag zum Überschreibungsbetrag nach Satz 1 steht. Die Zuweisungen an die Krankenkassen für die Versicherte in den entlasteten Länder sind so zu verändern, dass sich die festgestellten Entlastungen proportional einheitlich reduzieren und der Betrag einbehalten wird, der für die Anpassung der Änderung der Zuweisungen nach Satz 2 und 3 erforderlich ist. In den Folgejahren nach 2009 ist der nach Absatz 1 Satz 1 maßgebliche Betrag um jährlich jeweils 100 Millionen Euro zu erhöhen.

(3) Die Regelungen der Absätze 1 und 2 finden letztmalig in dem Jahr Anwendung, in dem erstmalig in keinem Bundesland bei den dort tätigen Krankenkassen eine Überschreitung des nach Absatz 1 Satz 1 jeweils maßgeblichen Betrages festgestellt wurde.

(4) Das Nähere über die Datenerhebung zur Umsetzung der Vorgaben des Absatz 1 sowie die Festlegung von Abschlagszahlungen wird durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates geregelt.“



Presse- mitteilung

PRESSESPRECHER Theo Eberenz

HAUSANSCHRIFT Friedrich-Ebert-Allee 38
53113 Bonn

TEL +49 (0) 228 619 - 1860

FAX +49 (0) 228 619 - 1870

INTERNET www.bundesversicherungsamt.de

E-MAIL poststelle@bva.de

DATUM 18.12.2006

SEITEN 2

NUMMER 13/2006

SPERRFRIST keine

Studie des IfMDA zum Gesundheitsfonds kommt zu falschen Ergebnissen

„Die in der Studie genannten Zahlen, die die Debatte über die finanziellen Auswirkungen der Gesundheitsreform auf die Bundesländer neu entfacht haben, sind falsch“, erklärte der Präsident des Bundesversicherungsamtes, Dr. Rainer Daubenbüchel. „Es werden nicht zusätzliche Be- und Entlastungen ermittelt, sondern die Gesamtbelastung der Länder unter den Rahmenbedingungen des Gesundheitsfonds. Es fehlt der Vergleich, wie hoch die Belastungen der Länder im heutigen Risikostrukturausgleich bereits sind. Der sich daraus ergebende Saldo würde sich durchaus in der Größenordnung bewegen, die das Bundesversicherungsamt bisher geschätzt hat.“

Die Erläuterungen im Gutachten sind im Übrigen derart knapp und allgemein gehalten, dass sich das konkrete Vorgehen in der Studie nicht nachvollziehen lässt. Die Aussagen zu der Gesamtbelastung der Länder sind wegen einer unplausiblen Datengrundlage zudem äußerst fragwürdig. Z.B. wäre Berlin nach den vorgelegten Daten das „reichste“ Bundesland und Bayern das „zweitärmste“ der alten Bundesländer. Das widerspricht allen bekannten Wirtschaftsdaten. Außerdem weist das Gutachten rechnerische Fehler auf. So werden die landwirtschaftlichen Krankenkassen, die überhaupt nicht am Gesundheitsfonds teil-

nehmen, auf der Einnahmenseite mit berücksichtigt, inkonsequenterweise aber nicht auf der Ausgabenseite.

Die Kritik, das Bundesversicherungsamt habe keine Zahlen vorgelegt, wies Dr. Daubenbüchel als unangemessen zurück. „Dem Risikostrukturausgleich ist eine Regionalisierung völlig fremd. Bei unserer Modellrechnung haben wir auf die einzig verfügbaren Daten aus dem Jahr 2002 zurückgegriffen. Aus diesen Zahlen lässt sich jedoch herleiten, dass die zusätzlichen Belastungen in den einzelnen Bundesländern in einem zweistelligen Millionenbereich liegen werden, keinesfalls in der diskutierten Milliardenhöhe“.

Soweit das Bundesversicherungsamt in der Studie zitiert wird, die sogenannte Konvergenzklausel sei „weder zielführend noch durchführbar“, wird unterschlagen, dass das Bundesversicherungsamt bereits in den Anhörungen einen ausformulierten Gesetzesvorschlag zur technischen Umsetzung der Konvergenzphase vorgelegt hat.