

**Gesundheitsökonomische Analyse des Gutachtens
„Umsetzung und empirische Abschätzung der
Übergangsregelungen zur Einführung des
Gesundheitsfonds (§ 272 SGB V)“ von Wasem,
Buchner und Wille vom 10.04.2008**

Gutachterliche Stellungnahme

**Prof. Günter Neubauer
Dipl.-Volksw. Florian Pfister**



**INSTITUT FÜR GESUNDHEITSÖKONOMIK
München**

Mai 2008

Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse

Zielsetzung der vorgelegten gutachterlichen Stellungnahme ist es, das vom Gesetzgeber in § 272 Abs. 4 S. 3 SGB V vorgelegte Gutachten „Umsetzung und empirische Abschätzung der Übergangsregelungen zur Einführung des Gesundheitsfonds (§ 272 SGB V)“ der Wissenschaftler Wasem, Buchner, Wille zu analysieren.

Hierzu werden im Kapitel 2 die Datenbasis und die daraus abgeleiteten Be- und Entlastungen der Bundesländer von uns kommentiert. Danach werden die Vorschläge zur Ausgestaltung der Konvergenzklausel nicht nur kritisch hinterfragt, sondern auch ein eigener Vorschlag eingebracht.

Über die formale Sichtweise des vorgelegten Gutachtens hinaus beziehen wir auch die Ausgabenseite mit unterschiedlichen regionalen Kosten- und Versorgungsstrukturen mit ein. Abschließend fügen wir eine ordnungspolitische Betrachtung des Gesundheitsfonds als Ganzem sowie mehrere Lösungsvorschläge an.

Die Datenlage wird von den Gutachtern Wasem, Buchner, Wille als kritisch eingeschätzt. Diese Einschätzung teilen wir voll und ganz. So stammen die meisten Daten aus dem Jahr 2006, obwohl zur Quantifizierung der regionalen Fondswirkungen Daten aus dem Jahr 2008 bzw. sogar aus dem Jahr 2009 gefordert sind.

Mit Sensitivitätsanalysen versuchen die Gutachter dieses Datendefizit zu beheben, was aus unserer Sicht nur bedingt gelingt. Nach unserer Ansicht gebietet die Datenlage eine Verschiebung des Fonds. Insbesondere wirkt sich die unbefriedigende Datenlage beim Morbi-RSA aus. Vor diesem Hintergrund ist die von den Gutachtern geschätzte Belastung für Bayern mit 176 Mio. Euro mit Skepsis zu betrachten.

Neben der unbefriedigenden Datenlage ist auch der Algorithmus zur Ermittlung der jährlichen regionalen Be- und Entlastungen im Laufe der Konvergenz nach unserer Meinung gemäß § 272 SGB V anders zu interpretieren. So ist der Wille des Gesetzgebers aus § 272 Abs. 2 S. 2 SGB V klar herauszulesen, insbesondere wenn man sich die Entstehungsgeschichte der

**Gesundheitsökonomische Untersuchung der Konvergenzphase
zur Einführung des Gesundheitsfonds**

Konvergenzklausel in Erinnerung ruft. Mit Hilfe der Quotelung lässt sich ein einfacher zweistufiger Algorithmus entwickeln.

Für einen schwerwiegenden Konstruktionsmangel des Gesundheitsfonds mit weit tragenden Folgen halten wir die Begrenzung der Betrachtungsweise auf die Finanzierungsseite ohne deren Rückwirkungen auf die Leistungserbringer- und Versorgungsseite zu berücksichtigen. Da der Abfluss von Finanzmitteln sowohl bei den Krankenkassen wie bei den Leistungserbringern betriebswirtschaftliche Anpassungszwänge auslöst, ist gerade hierfür eine sozialverträgliche Konvergenz unverzichtbar.

Aus gesundheitsökonomischer Perspektive stellt sich die grundsätzliche Frage, wie einheitlich und gleich die Finanzierung (Einnahmenseite) und Versorgung (Ausgabenseite) gestaltet werden soll. Unabhängig wie die Antwort auf diese Frage ausfällt, ist eine Umstellung, wie sie durch den Fonds eingeleitet wird, mit einer entsprechenden Anpassungszeit für die Betroffenen zu versehen. Deshalb halten wir eine Konvergenzphase für unverzichtbar.

Jedoch erlaubt die gegebene Datenlage keine statistisch ausreichend genaue Quantifizierung der regionalen Be- und Entlastungen bei Fondseinführung zum 01.01.2009. Daher halten wir eine Verschiebung der Einführung für sachlich geboten (Lösungsvorschlag 5.1). Die Verschiebung sollte kombiniert werden mit einer virtuellen Erprobung des Fonds nach Lösungsvorschlag 5.2 wie auch schon bei der Einführung von Fallpauschalen (DRGs) im Krankenhausbereich.

Ist eine Verschiebung politisch nicht durchsetzbar, so ist eine Konvergenzphase mit entsprechender Quotelung nach Lösungsvorschlag 5.3 umso wichtiger. Dieser Vorschlag lässt sich gesetzestechnisch am einfachsten durchführen. Vorschlag 5.4 ist demgegenüber inferior, da die höhere Planungssicherheit für die Kassen und Leistungserbringer durch eine Beschränkung der jährlichen Maximalbelastung pro Bundesland größere Bedeutung hat. Wir treten in jedem Fall für eine Konvergenzphase mit der im Gesetz in § 272 Abs. 2 S. 2 SGB V vorgesehen Quotelung ein, unabhängig ob weitere Gesetzesänderungen durchgeführt werden oder nicht.

Inhaltsverzeichnis

<i>Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse</i>	1
<i>Inhaltsverzeichnis</i>	3
1. Ausgangslage und Zielsetzung	4
2. Einschätzung des vorgelegten Gutachtens	9
2.1. Quantifizierung der regionalen Be- und Entlastungen als gesetzliche Voraussetzung für die Einführung des Gesundheitsfonds	10
2.2. Zur konkreten Ausgestaltung der Konvergenzklausel (Quotelung)	19
3. Regionale Determinanten der Ausgaben: etablierte Kostenstrukturen und Versorgungsniveaus	27
3.1. Allgemeine Betrachtung	27
3.2. Vertragsärzte.....	29
3.3. Weitere Leistungsbereiche	30
4. Ordnungspolitischer Diskurs	31
5. Lösungsvorschläge für die Konvergenz bei Einführung des Gesundheitsfonds	33
5.1. Verschiebung des Einführungsdatums	33
5.2. Virtuelle Fondseinführung	33
5.3. Verlängerung der Konvergenzphase durch Begrenzung der maximalen Belastung... ..	35
5.4. Verlängerung der Konvergenzphase durch Begrenzung der maximalen Dauer	35
5.5. Kompensierung der Belastungen auf der Ausgabenseite durch Steuermittel.....	35
5.6. Kompensierung der Belastungen auf der Ausgabenseite durch Einbeziehung einer regionalen RSA-Komponente	36
5.7. Beurteilung der Lösungsvorschläge aus gesundheitsökonomischer Perspektive.....	36

1. Ausgangslage und Zielsetzung

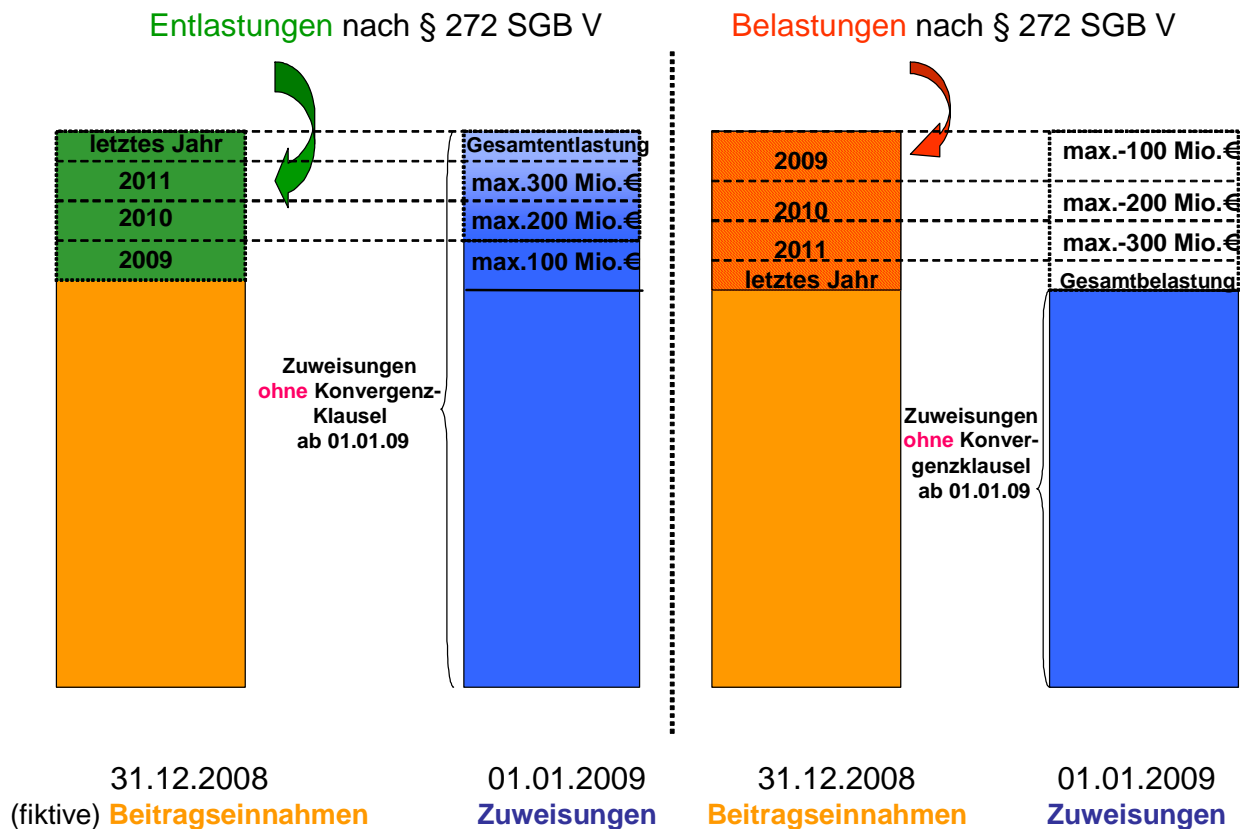
Der § 272 SGB V regelt die **Konvergenz**, die der Gesetzgeber für die Einführung des Gesundheitsfonds ab 01.01.2009 vorgesehen hat. Damit sollen die **Belastungen**, die mit der Einführung des Fonds verbunden sind, für die einzelnen Bundesländer **zeitlich abgedeckt** werden. Letzten Endes geht es darum, die für **Beitragszahler wie Leistungserbringer** mit dem **Gesundheitsfonds verbundenen Umverteilungseffekte betriebswirtschaftlich planbar und sozial verträglich zu gestalten**.

Mehrbelastung durch den Gesundheitsfonds heißt, dass die **Krankenkassen eines Bundeslandes** im Vergleich zu ihren Einnahmen im Status Quo (Situation ohne Fonds) ab dem Jahr 2009 **weniger Geld aus dem Fonds** zugewiesen bekommen werden. Dabei werden die **heute regional variierenden Ausgaben je GKV-Versicherten im GKV-WSG kaum berücksichtigt**. Mit anderen Worten spielen regional derzeit beträchtlich differierende Kostenstrukturen und Versorgungsniveaus im Rahmen der gesetzlichen Neuregelungen keine Rolle. Es geht bei der Konvergenzklausel nach § 272 SGB V also im Wesentlichen um die Einnahmenseite der gesetzlichen Krankenkassen.

Die beschriebenen Zusammenhänge und Termini werden zur besseren Verständlichkeit in der folgenden Abbildung 1 verdeutlicht.

Gesundheitsökonomische Untersuchung der Konvergenzphase
zur Einführung des Gesundheitsfonds

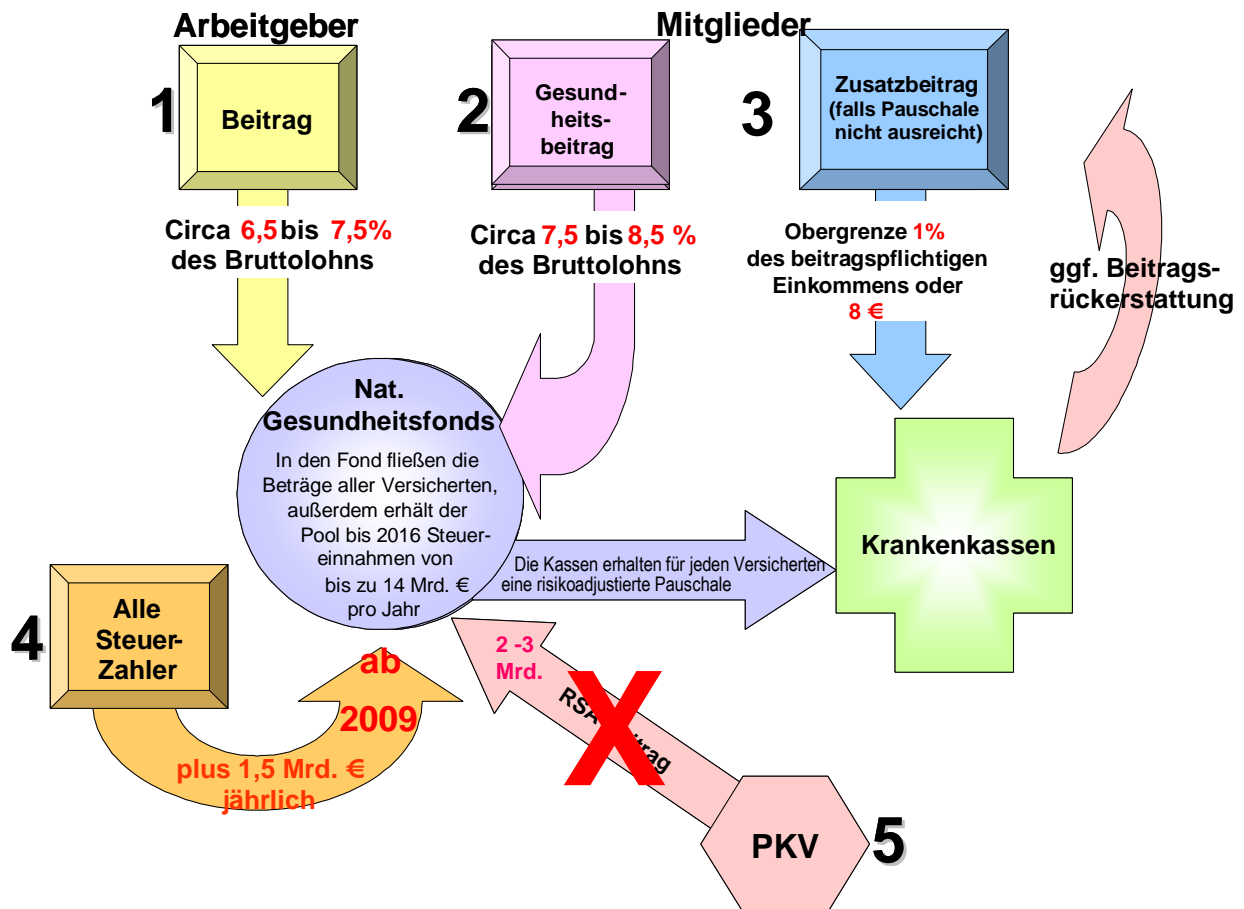
Abbildung 1: Überblick Zusammenhänge und Termini § 272 SGB V



Der **Mechanismus des Gesundheitsfonds** ist wie folgt: Mit Einführung des **Gesundheitsfonds** gilt ab 01.01.2009 für jedes Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung der gleiche **einheitliche Beitragssatz**. Die Arbeitnehmer-Beiträge fließen zusammen mit den Arbeitgeber-Beiträgen und einem Steuerzuschuss, geplant v. a. zur Abgeltung versicherungsfremder Leistungen und für die Versicherung der Kinder, in den Gesundheitsfonds. Aus diesem erhält jede Krankenkasse eine Grundpauschale je Versicherten plus alters-, geschlechts- und risikoadjustierte Zu- und Abschläge sowie weitgehend standardisierte Zuweisungen für sonstige Ausgaben. In einer **zweiten Stufe** müssen **Zusatzbeiträge** von einzelnen Krankenkassen im Bedarfsfall erhoben werden bzw. können eine **Rückvergütung** von Beiträgen an ihre Mitglieder auszahlen. Auch hier soll eine Abbildung dem besseren Verständnis dienen.

Gesundheitsökonomische Untersuchung der Konvergenzphase
zur Einführung des Gesundheitsfonds

Abbildung 2: Mechanismus des Gesundheitsfonds



Mitglieder mit hohem beitragspflichtigem Einkommen zahlen absolut mehr von ihrem Arbeitseinkommen als Geringverdiener. Weiter ist zu bedenken, dass bereits im Jahr 2006 der bisherige RSA-Ausgleich inklusive Risikopool mit 17,2 Mrd. Euro ca. das 2,5-fache vom eigentlichen Länderfinanzausgleich in Höhe von 7,3 Mrd. Euro betrug. Dabei ist nicht die interne Umverteilung überregionaler Kassen eingeschlossen. **Bereits im Jahr 2005 flossen auf Grund des RSA jeweils mehr als 1 Mrd. Euro aus Bayern und Baden-Württemberg ab und ca. 1,4 Mrd. Euro Sachsen zu.**¹ Eine Art erweiterter Länderfinanzausgleich auf Grund bundeslandabhängiger deutlich differierender beitragspflichtiger Einkommen ist die Folge.

Wegen der zu erwartenden fondsbedingten beträchtlichen Veränderungen der regionalen finanziellen Situation der in einem Land tätigen Krankenkassen wurde **gesetzlich geregelt**, dass ein **Dreivierteljahr vor Start des Fonds die Be- und Entlastungen quantifiziert**

¹ Siehe Rürup B. und E. Wille (2007), „Finanzielle Effekte des vorgesehenen Gesundheitsfonds auf die Bundesländer“, Gutachten im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, S. 35.

**Gesundheitsökonomische Untersuchung der Konvergenzphase
zur Einführung des Gesundheitsfonds**

werden. Die **Quantifizierung der Be- und Entlastungen durch den Gesundheitsfonds je Bundesland** sollte in einem **Gutachten bis zum 31.03.2008** erfolgen. Dies ist im § 272 Abs. 4 S. 2 und 3 SGB V in Verbindung mit der 16. RSA-ÄndV vom 09.11.2007 sowie in der Anlage 22 der 840. Sitzung des Bundesrates vom 20.12.2007 festgelegt. In der 16. RSA-ÄndV ist **außerdem** festgelegt, dass die Gutachter **konkrete Verfahrensvorschläge zur Durchführung der Konvergenzklausel** zu machen haben.

Vor diesem Hintergrund hat der **Freistaat Bayern**, vertreten durch das Bayerische Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen, das **Institut für Gesundheitsökonomik München**, vertreten durch den Direktor, Herrn Univ.-Prof. Dr. Günter Neubauer, **beauftragt**, das gesetzlich geforderte **Gutachten** „Umsetzung und empirische Abschätzung der Übergangsregelungen zur Einführung des Gesundheitsfonds (§ 272 SGB V)“ der Professoren Dr. Jürgen Wasem und Dr. Eberhard Wille sowie von Herrn Dr. Florian Buchner vom 10.04.2008 zu **analysieren**.

Im Einzelnen sollen vom Institut für Gesundheitsökonomik München folgende Auftragsarbeiten ausgeführt werden:

- Gesamtanalyse der Ausführungen im Gutachten,
- Analyse der Gutachtenergebnisse bezogen auf Bayern,
- Bewertung, inwiefern die gesetzlichen Vorgaben von den Gutachtern im Sinne der Intention des Gesetzgebers umgesetzt wurden,
- Erarbeitung alternativer Algorithmen zur Umsetzung der Konvergenz sowie
- Berechnung der Auswirkungen auf Bayern bei Anwendung der alternativen Algorithmen.

Dementsprechend ergibt sich der **Aufbau** unserer **gutachterlichen Stellungnahme**. In **Kapitel 2** analysieren wir im **ersten Abschnitt** die dem Gutachten zu Grunde liegende **Datenbasis** zur Bestimmung der regionalen Be- und Entlastung der Bundesländer. Besonderes Augenmerk liegt dabei auf den beitragspflichtigen Einkommen und den Zuweisungen über den Morbi-RSA bei eingeführtem Gesundheitsfonds. Im **zweiten Abschnitt** geht es um Vorschläge zur **Ausgestaltung der Konvergenzklausel**. Der gutachterliche Vorschlag wird darin kritisch hinterfragt. Des Weiteren erarbeiten wir einen

**Gesundheitsökonomische Untersuchung der Konvergenzphase
zur Einführung des Gesundheitsfonds**

eigenen Algorithmus, der dem Willen des Gesetzgebers entspricht und darüber hinaus einfach umzusetzen ist.

In **Kapitel 3** gehen wir auf die **Determinanten bestehender regionaler Unterschiede** in den Kostenstrukturen und Versorgungsniveaus ein. Die Ausgabenseite wird generell bei der Diskussion um die Konvergenzklausel ausgeblendet, obwohl sie die tiefer gehende Begründung für die Einführung von Mechanismen zur Abfederung der fondsbedingten Umverteilungen ist.

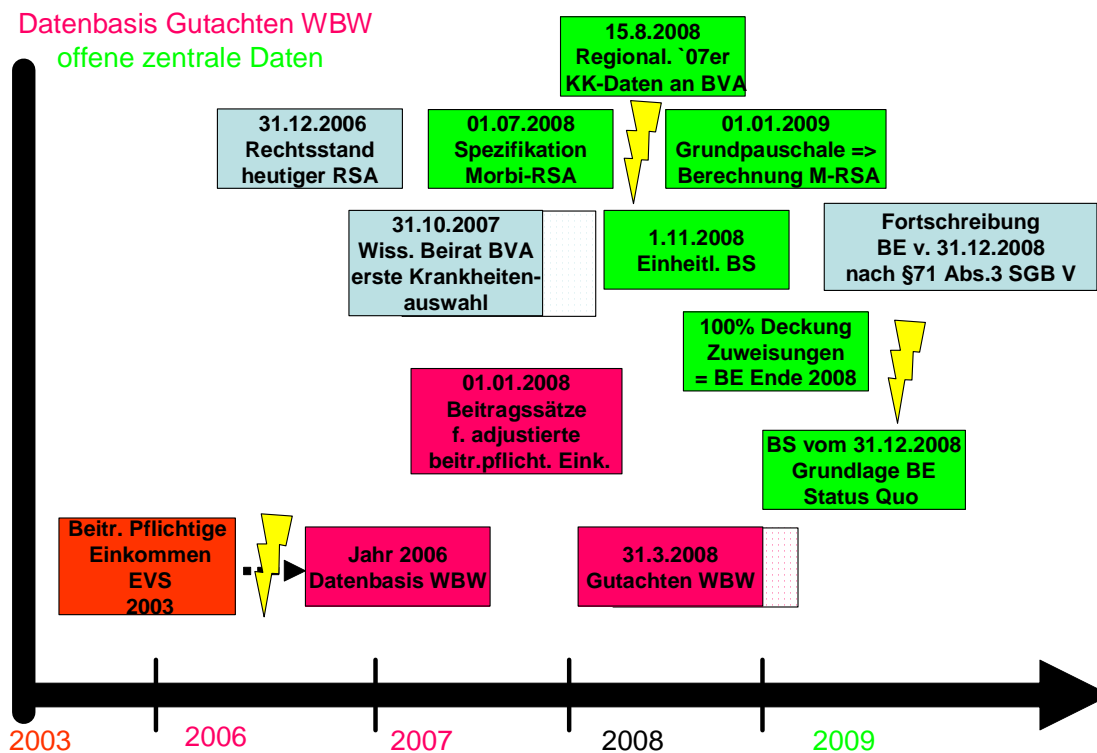
Mit dem anschließenden **Kapitel 4** fügen wir eine **ordnungspolitische Betrachtung des Gesundheitsfonds als Ganzem** ein, bevor wir in **Kapitel 5** mehrere **Lösungsvorschläge für die Konvergenz bei Einführung des Gesundheitsfonds** diskutieren.

2. Einschätzung des vorgelegten Gutachtens

Gesetzliche Vorgabe des Gutachtens ist es, die Auswirkungen der Einführung des Gesundheitsfonds auf die in einem Land tätigen Krankenkassen zu quantifizieren. Zusätzlich sollten die Gutachter Vorschläge zur konkreten Ausgestaltung der Konvergenzklausel vorlegen.

Im Abschnitt 2.1 prüfen wir die generelle Qualität der von den Gutachtern zu Grunde gelegten Daten. Dabei liegt ein Schwerpunkt auf den Beitragseinnahmen im Status Quo sowie den zu erwartenden Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds ab dem 01.01.2009. Die Höhe der Zuweisungen wird ganz wesentlich von der Ausgestaltung des Morbi-RSA bestimmt. Um den Überblick über die verwendete Datenbasis der Gutachter sowie die noch ausstehenden Daten zu behalten, geben wir im nachstehenden Zeitpfeil einen graphischen Überblick.

Abbildung 3: Datenübersicht



Im Abschnitt 2.2 werden wir die vorgeschlagene Ausgestaltung der Konvergenzklausel vor dem Hintergrund des § 272 SGB V diskutieren, ein 4-Länder Beispiel eines unserer Meinung

**Gesundheitsökonomische Untersuchung der Konvergenzphase
zur Einführung des Gesundheitsfonds**

vom Gesetzgeber beabsichtigten, einfachen Algorithmus anführen, und mit den von Wasem, Buchner und Wille errechneten Werten für die Be- und Entlastungen Unterschiede zwischen dem Algorithmus der Gutachter und dem nach unserer Meinung anzuwendendem Algorithmus darstellen.

**2.1. Quantifizierung der regionalen Be- und Entlastungen als gesetzliche
Voraussetzung für die Einführung des Gesundheitsfonds**

Bevor der Gesundheitsfonds eingeführt wird – und damit die wohl bislang **größte Reform auf der Finanzierungsseite der GKV** wirksam wird, ist es ein Gebot der Vernunft unter anderem die **regionalen Be- und Entlastungen** in ihrer Höhe möglichst genau zu ermitteln. **Andernfalls** läge eine Black Box vor, bei der sich im Falle zusätzlicher und spürbarer Be- und Entlastungen der Krankenkassen **beträchtliche Auswirkungen** auf die einzelnen **Akteure im gesamten Gesundheitswesen** ergäben. Insbesondere die Anpassungsprozesse, bei den Krankenkassen wie bei den Leistungserbringern, verlangen eine angemessene Anpassungszeit. Der Gesetzgeber versucht dem durch den § 272 SGB V Rechnung zu tragen.

2.1.1. Bewertung der Datenbasis des vorgelegten Gutachtens

Die in § 272 Abs. 4 S. 3 geforderte **Quantifizierung** der Be- und Entlastungen durch den Gesundheitsfonds je Bundesland inklusive Vorschläge zur konkreten Ausgestaltung der Konvergenzklausel war **bis zum 31.03.2008 vorgesehen**. Ein **Entwurf** wurde am **01.04.2008** vorgelegt, das eigentliche **Gutachten** wurde am **10.04.2008** veröffentlicht. In der Anlage 22 der 840. Sitzung des Bundesrates werden die **Gutachter** weiter dazu **verpflichtet**, bei bis zum 31.03.2008 fehlenden „Echtdaten“ **begründete angemessene alternative Berechnungsmöglichkeiten** ins Gutachten **inzubeziehen**.

Eine Ergänzungsrechnung zu den **länderübergreifenden Transfers überregionaler Krankenkassen** ist von den Gutachtern **angekündigt** und ist **unabdingbar** für eine **genaue Bestimmung der regionalen Verteilungswirkungen**. Die Transferzahlungen innerhalb der

**Gesundheitsökonomische Untersuchung der Konvergenzphase
zur Einführung des Gesundheitsfonds**

überregionalen Krankenkassen sind Teil des gesetzlichen Gutachterauftrages, festgelegt in Anlage 22 der 840. Sitzung des Bundesrates.²

Von **überregionalen Krankenkassen** werden bereits heute tendenziell finanzielle Mittel von „wohlhabenderen“ Landesverbänden in „ärmere“ Landesverbände intern umverteilt. Das RSA-Volumen von 17,2 Mrd. Euro aus dem Jahr 2006 spiegelt die heutige Umverteilungsrealität also nicht in vollem Ausmaß wider. Hier liegt eine Unsicherheit bezüglich der regionalen Be- und Entlastungswirkungen durch die Einführung des Fonds vor.

Wir sind in **zweifacher Hinsicht diesbezüglich skeptisch**: Zum einen glauben wir nicht, dass die Berechnungen bald fertig gestellt werden können, zum anderen **zweifeln** wir **grundsätzlich** bei gegebener Rechtslage an der **Möglichkeit einer belastbaren Quantifizierung** sowohl der **derzeitigen** als auch der **zukünftigen Finanzströme** innerhalb **überregionaler Krankenkassen**. Es ist anzunehmen, dass gerade **große überregionale Krankenkassen** einen **Wettbewerbsvorteil durch den Fonds** erhalten. Müsste zum **Beispiel** bei einer überregionalen Kasse für die Versicherten in einem Bundesland ein Zusatzbeitrag erhoben werden, könnte dies ausgeglichen werden über Überschüsse aus den Zuweisungen durch den Fonds für Versicherte in den anderen Bundesländern. Die heutige kasseninterne Umverteilung wird durch den Gesundheitsfonds sichtbar gemacht. Wir erwarten **erhebliche Auswirkungen** auf die **regionalen Be- und Entlastungen** durch die **Inkludierung der internen Umverteilungen überregionaler Krankenkassen** und befürworten deshalb eine Verschiebung und/oder Simulation des Gesundheitsfonds.

Der beschriebene gesetzliche Auftrag kann sinnvoll erst Ende 2009 erfüllt werden. Erst dann kann man die in § 272 Abs. 1 SGB V benannten Zuweisungen am 01.01.2009 den fiktiven Beitragseinnahmen vom 31.12.2008 gegenüberstellen.

Jedoch stammen die **meisten im Gutachten verwendeten Daten aus dem Jahr 2006**. Die **einzigen verwendeten Zahlen aus dem Jahr 2008** waren die zum **01.01.2008** in Deutschland **vorherrschenden Beitragssätze** der gesetzlichen Krankenkassen.

² Im Gutachten vom 10.4.2008 geben die Gutachter an, dass der Nachtrag „in Kürze“ erscheinen soll. Bis heute, den 16.5.2008, liegt der Nachtrag noch nicht vor.

Gesundheitsökonomische Untersuchung der Konvergenzphase
zur Einführung des Gesundheitsfonds

Um eine weitestgehend zeitlich homogene Datenbasis zu haben, **simulierten die Gutachter ihre Berechnungen für das Jahr 2006**. Dabei werden die für das Jahr 2006 verwendeten **beitragspflichtigen Einkommen** aus einer **Hochrechnung** und **Adjustierung** der Daten aus der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe vom **Jahr 2003** abgeleitet. Damit sind alle Ergebnisse aus dem Jahr 2006 (wenn auch eingeschränkt) und genügen so nicht dem geforderten Stand von 2008.

Ein **Schluss** von den **Ergebnissen** des Jahres **2006** auf das Jahr **2008** wird **nicht explizit vorgenommen**. Für **Ende 2008** werden für die **GKV Einnahmen** in Höhe von **bis zu 160 Mrd. Euro** prognostiziert. Im Betrachtungsjahr **2006** des Gutachtens betragen die Einnahmen **137,5 Mrd. Euro**. Die erwartete Einnahmensteigerung um mehr als 16 % bedeutet **tendenziell einen Anstieg der regionalen Be- und Entlastungen** in gleicher Höhe.

Alle im Gutachten verwendeten Daten wie die beitragspflichtigen Einkommen liegen **derzeit nicht in regionaler Abgrenzung vor**. Diese regional abgegrenzten Daten liegen voraussichtlich im **Herbst 2008** vor, da die Krankenkassen je Versicherten die Postleitzahl erst zum 15.08.2008 an das BVA weiterleiten. Das BVA hat darauf hin die regionalisierten Daten erstmals auszuwerten, Probleme bei der Auswertung sind wahrscheinlich. **Nur mit den regionalisierten Daten ließe sich die Quantifizierung der regionalen Be- und Entlastungen durchführen**.

Auf Grund der fehlenden aktuellen Daten bestehen **erhebliche statistische Unsicherheiten bei der Quantifizierung fondsinduzierter regionaler Be- und Entlastungen**. **Zentrale Daten** werden bis, ja sogar noch nach der geplanten, Einführung des Gesundheitsfonds **fehlen**. Wir **plädieren** daher bereits an dieser Stelle für eine **Verschiebung und/oder virtuelle Einführung des Gesundheitsfonds**.

Die **Gutachter** versuchen dem **Datenmangel mittels Sensitivitätsanalysen** Rechnung zu tragen. Hierfür entwickelten sie mehrere Szenarien, in denen für die beitragspflichtigen Einkommen sowie für die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds jeweils um 20 % höhere Streuungen (Szenario 1) und 20 % niedrigere Streuungen (Szenario 2) gegenüber den 2006er Werten angenommen wurden. Dies kann nur als **wenig befriedigender Ausgleich** angesehen werden **und reale Daten nicht ersetzen**, zumal die Gutachter die Auswahl der um 20 % höheren bzw. geringeren Streuung nicht begründen.

Gesundheitsökonomische Untersuchung der Konvergenzphase
zur Einführung des Gesundheitsfonds

Wir gehen davon aus, dass die **tatsächliche Streuung** in den Jahren ab 2008 unter anderem auf Grund eines im Zeitverlauf zunehmenden RSA-Ausgleichsvolumens und durch die Einführung des Morbi-RSA **ansteigt**. Eine **symmetrische** Erhöhung und **Senkung der Streuung** ist **nicht wahrscheinlich**. Die **Gutachter** wollen **per Simulation** auf Seite der Zuweisungen den **Morbi-RSA abbilden**. Aus **unserer Sicht** wird das **Risiko** der Zuweisungen angesichts der derzeit noch beträchtlichen Unwägbarkeiten beim Morbi-RSA durch die von den Gutachtern gewählten Szenarien **unterschätzt**.

Die Gutachter schreiben auf S. 24 oben: „Die Ergebnisse der Modellrechnung sind daher von den gemachten Annahmen in hohem Umfang abhängig und vergleichsweise kleine Änderungen der Annahmen haben erhebliche Auswirkungen auf die Ergebnisse.“

Die Ergebnisse würden durch eine zeitnähere Simulation wesentlich besser. Wir nehmen auch das als einen Grund, eine **mindestens einjährige Verschiebung und/oder virtuelle Einführung des Gesundheitsfonds** vorzuschlagen.

Zusammenfassend gibt es bisher **keine zeitnahen Daten** auf der **Finanzierungsseite**. Die Datenlage gebietet zumindest eine vorsichtige, schrittweise Einführung des Gesundheitsfonds. **Alleine** auf Grund der **Datenlage** sind die von den Gutachtern ermittelten **regionalen Be- und Entlastungen** wie z. B. die 176 Mio. Belastung von Bayern vom Betrag her als unsicher und wahrscheinlich **zu gering** einzustufen. Im Besonderen lassen die im Jahr 2008 gegenüber 2006 höheren Einnahmen der Krankenkassen/des Fonds und die Black Box Morbi-RSA weit höhere Be- und Entlastungsvolumina der Bundesländer erwarten.

2.1.2. Detailbetrachtung der Ermittlung der Beitragseinnahmen im Status Quo (ohne Fonds)

Um die regionalen Be- und Entlastungen zu bestimmen, werden die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds mit den fiktiven Beitragseinnahmen am 31.12.2008 im heutigen System verglichen. Die **Konvergenzklausel** ist also in erster Linie eine **einnahmenseitige Abmilderung belasteter Bundesländer durch die Einführung des Gesundheitsfonds ohne besonderer Berücksichtigung der heutigen regionalen Kostenstrukturen und**

Gesundheitsökonomische Untersuchung der Konvergenzphase
zur Einführung des Gesundheitsfonds

Versorgungsniveaus. Bei der Ermittlung der Be- und Entlastung hatten die Gutachter zunächst die fiktiven Beitragseinnahmen im derzeitigen System zu quantifizieren.

Zur **Berechnung der fiktiven Beitragseinnahmen** (Vergleichsfall ohne Gesundheitsfonds) sind nach § 272 Abs. 1 S. 3 die **Einnahmen** auf der Grundlage der am **31.12.2008 geltenden Beitragssätze bereinigt um Ausgleichsansprüche und –verpflichtungen auf Grund des Risikostrukturausgleiches und des Risikopools in der bis zum 31.12.2006 geltenden Fassung und fortgeschrieben entsprechend der Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 SGB V** herzunehmen. Hierbei tritt eine weitere Unsicherheit der künftigen Be- und Entlastungen auf, da die nach § 272 Abs. 1 S. 3 SGB V ermittelten fiktiven Beitragseinnahmen **durch Fortschreibung an Präzision verlieren.**

Die Gutachter schreiben auf S. 51, dass „**Veränderungen der Streuung der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied und Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds je Versicherten (...) erhebliche Auswirkungen** auf die **zu erwartenden Kürzungen oder Erhöhungen von Zuweisungen** bei Anwendung der Übergangsregelung des § 272 SGB V haben.“

Die **Beitragssätze am 31.12.2008 könnten** von den Kassen **strategisch gesetzt** werden. Die Gutachter machen auf Seite 24 dazu folgendes Beispiel: „Würde die AOK plus [...] am **31.12.2008** [...] ihren Beitragssatz um 0,5 Beitragssatzpunkte erhöhen, würden die aus der Anwendung der Übergangsregelung 2009 erwachsenden Kürzungen der Zuweisungen [...] in Sachsen um 72 Mio. Euro geringer [...] Erhöhung der Zuweisungen für Versicherte in Bayern um 25 Mio. Euro [...] geringer ausfallen [Anmerkung der Verfasser: nach Algorithmus Wasem, Wille, Buchner]“. Hier herrscht in Bezug auf die zu quantifizierenden **Verteilungswirkungen erhebliche Unsicherheit.**

Geht man davon aus, dass Beitragssätze nur zum Monatsersten erhöht werden dürfen, sind strategische Beitragssetzungen etwas weniger wahrscheinlich. Dem ungeachtet ist eine Feststellung der Beitragssätze zum 31.12.2008 **endgültig erst zum 01.01.2009** möglich. Dies bedeutet, dass die **Ermittlung der fiktiven Beitragseinnahmen nicht vor Januar 2009** abschließend erfolgen kann.

**Gesundheitsökonomische Untersuchung der Konvergenzphase
zur Einführung des Gesundheitsfonds**

Um die fiktiven Beitragseinnahmen am 31.12.2008 berechnen zu können, benötigt man weiterhin die **Veränderungsraten** bis einschließlich 2008. Diese werden **laut § 71 Abs. 3 SGB V bis zum 15.09.2008** vom Bundesministerium für Gesundheit ermittelt. Erst ab diesem Zeitpunkt steht damit ein für die Ermittlung der fiktiven Beitragseinnahmen wesentlicher Bestandteil fest, vorher ist damit die Konvergenzklausel mit weiterer Unsicherheit behaftet.

Generell ist anzumerken, dass **regionalisierte Versichertendaten** - ob derzeitiger RSA oder Morbi-RSA - für die Ermittlung der fiktiven Beitragseinnahmen je Bundesland, und damit der regionalen Be- und Entlastungen, notwendig sind. Die Lieferung der regionalisierten Versichertendaten von den Krankenkassen an das BVA ist **für den 15.08.2008 vorgesehen** und bezieht sich folglich auf das Jahr 2007. Es ist davon auszugehen, dass die erstmalige Auswertung durch das BVA eher länger als die sonst üblichen zwei bis drei Monate dauert. Mit anderen Worten kann man die **fiktiven Beitragseinnahmen mit „Echtdaten“** komplett **erst retrospektiv Ende 2009** für das Jahr 2008 berechnen.

Unabhängig vom temporalen Problem ist bei der Ermittlung der fiktiven Beitragseinnahmen zu klären, welche Teile des Beitragssatzes zur Anwendung kommen. Die **Gutachter monieren** auf S. 16: „Der Gesetzestext lässt **offen, welche Beitragssätze** bei der Ermittlung der Einnahmen zur Anwendung kommen sollen. Damit bleibt unklar wie [...] in den Beitragssätzen vorhandene Entschuldung [...] Berücksichtigung finden“. Eine **Klarstellung durch den Gesetzgeber** ist **notwendig**, da je nach Beitragssatzdefinition bestimmte Kassenarten Vor- oder Nachteile haben, die sich schließlich auch auf die regional zu ermittelnden Be- und Entlastungen auswirken werden.

Klärungsbedürftig sind laut den Gutachtern auf S. 17 **ferner die Nichtregelungen** bezüglich des Umgangs mit den **Bundeszuschüssen**, der Einbeziehung von **Versicherten mit Wohnort im Ausland**, der Einnahmen aus **geringfügiger Beschäftigung** und der **Umwandlung von Satzungs- und Ermessensleistungen in Pflichtleistungen**: „Es bleibt im Gesetzestext unklar, wie [...] Bundeszuschüsse [...] Umwandlung von Satzungs- und Ermessensleistungen in Pflichtleistungen [...] zu berücksichtigen sind. Ferner fehlen [...] Einbeziehung von Versicherten mit einem Wohnort im Ausland. Auch [...] Umgang mit Einnahmen der GKV aus geringfügiger Beschäftigung nicht geregelt.“

**Gesundheitsökonomische Untersuchung der Konvergenzphase
zur Einführung des Gesundheitsfonds**

Auch die Betrachtung der (fortgeschriebenen) fiktiven Beitragseinnahmen lässt eine Verschiebung und/oder virtuelle Einführung des Gesundheitsfonds sinnvoll erscheinen.

2.1.3. Ermittlung der Zuweisungen – Die Bedeutung des Morbi-RSA

Die Zuweisungen beruhen auf **zwei Säulen**: Zum einen wird das **Gesamtvolumen** durch den einheitlichen Beitragssatz inklusive des Bundeszuschusses limitiert. Zum anderen wird die Verteilung dieses Volumens durch die **Grundpauschale** je Versicherten **sowie** die nach dem **Morbiditätsrisiko** standardisierten Zuweisungen bestimmt. Der für das Zuweisungsvolumen entscheidende **einheitliche Beitragssatz wird erst am 01.11.2008** festgelegt. Die **einzelnen Kassen** erhalten dann aus dem Gesamtopf je nach Versichertenzusammensetzung Zuweisungen. Der **Morbi-RSA** dürfte bei der Bestimmung der fondsbedingten Be- und Entlastungen eine zentrale, für **viele Kassen** vermutlich sogar die **wichtigste Bestimmungsgröße sein**.

Das **vollständige spezifizierte ökonometrische Rechenmodell des Morbi-RSA** soll am 01.07.2008 vom Bundesversicherungsamt (BVA) vorgestellt werden. Die **Berechnung der finanziellen Zuweisungen** je Versicherten auf Grund des ökonometrischen Rechenmodells ausgewählter Krankheit soll schließlich im **November 2008** erfolgen. Vorher ist dies nicht möglich, da erst mit der Festlegung des einheitlichen Beitragssatzes bis zum 01.11.2008 die insgesamt dem Gesundheitsfonds zur Verfügung stehenden pekuniären Mittel bekannt sind. Die bisherigen Erfahrungen mit der Entwicklung des Morbi-RSA lassen vermuten, dass eine **Verzögerung über die beiden Stichtage hinaus wahrscheinlich** ist. Im **Idealfall** sollten die **Grundpauschale sowie die alters-, geschlechts- und risikobedingten Zu- und Abschläge vor der Berechnung der finanziellen Zuweisungen** je Versicherten bekannt sein.³

³ Am 13.5.2008 legte das BVA die im Morbi-RSA zu berücksichtigenden Krankheiten fest. Die weiteren Schritte zur Ermittlung der direkt risikobasierten Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds sind die Festlegung der ausgleichenden Morbiditätsgruppen, des Algorithmus für die Zuordnung der Versicherten zu den Morbiditätsgruppen, des Regressionsverfahrens zur Ermittlung der Gewichtungsfaktoren und des Berechnungsverfahren zur Ermittlung der Risikozuschläge.

**Gesundheitsökonomische Untersuchung der Konvergenzphase
zur Einführung des Gesundheitsfonds**

Die **Festlegung der Grundpauschale** soll für das Jahr 2009 **bis zum 01.01.2009** durch das BVA erfolgen; der Bundesrat hat dabei der Höhe der Grundpauschale zuzustimmen.⁴ Damit sind das ökonometrische Modell und damit verbunden die regionalen Be- und Entlastungen durch den Gesundheitsfonds nicht vor Einführung eindeutig bestimmbar. Eine hohe Grundpauschale und damit korrespondierend geringere Morbiditätszuweisungen dürften tendenziell Länder mit gesünderen Patienten entlasten, wohingegen eine niedrigere Grundpauschale „kränkeren“ Bundesländern entgegen käme. Die Höhe der Grundpauschale hat in jedem Fall große Auswirkungen auf die regionalen Be- und Entlastungen der einzelnen Bundesländer. Damit der Gesundheitsfonds zum 01.01.2009 starten kann, sollte die **Höhe der Grundpauschale sobald wie möglich** auf Grund der **beträchtlichen zu erwartenden Auswirkungen** bekannt gegeben werden.

Zur Auswahl und Anpassung des ökonometrischen Modells hatte der vom **BMG** auf Vorschlag des BVA berufene **wissenschaftliche Beirat** bis zum 31. Oktober 2007 ein **Gutachten** vorzulegen, in dem 50 – 80 für das ökonometrische Modell potenziell ausgleichsfähige Krankheiten zu bestimmen waren. Dieses Gutachten erschien **mehr als 2 Monate verspätet**. Mittlerweile ist der **wissenschaftliche Beirat** beim BVA **zurückgetreten**. Die eher restriktive Definition der für einen Risikozuschlag in Frage kommenden Krankheiten ist nach dem Rücktritt des Wissenschaftlichen Beirates verlassen worden. Die Folge dürfte eine geringere Grundpauschale mit den oben angesprochenen Konsequenzen sein.

Nach heutigem Kenntnisstand sind bei der Auswahl der zu berücksichtigenden Krankheiten **Arzneimittel** als Bestimmungsgröße **nicht einbezogen, obwohl** dies nach den §§ 29 Nr. 1 und 31 Abs. 2 S. 3 RSAV **gesetzlich vorgeschrieben** ist. Ob die Arzneimittel noch rechtzeitig ins Schätzmodell eingebunden werden können, bleibt abzuwarten. Erneut wird eine **gesetzlich verankerte Voraussetzung** für die **Einführung des Gesundheitsfonds nicht erfüllt**.

⁴ Siehe S. 13 Referentenentwurf des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung – Stand 23.04.2008 15:39 Uhr.

**2.1.4. Konsequenzen unzureichender finanzieller Zuweisungen aus dem Fonds
(Unterdeckung nach § 220 Abs. 1 S. 2 SGB V)**

Im ersten Jahr sollen gemäß § 220 Abs. 1 S. 2 SGB V die **Ausgaben über alle Krankenkassen zu 100 %** über den Bundeszuschuss und die Beitragseinnahmen von den Arbeitgebern und Arbeitnehmern finanziert werden. In den folgenden Jahren ist eine Unterdeckung des Gesundheitsfonds möglich, erst bei in zwei aufeinander folgenden Jahren mit einer Unterdeckung um mehr als 5 % muss nach § 220 Abs. 2 S. 1 SGB V der einheitliche Beitragssatz erhöht werden.

Schreibt man die Einnahmen wie in § 272 Abs. 1 Satz 3 SGB V mit der gemäß § 71 Abs. 3 bestimmten Veränderungsrate fort, so ist eine **Unterdeckung des Fonds bereits 2009 abzusehen**. Die **Gutachter** führen auf S. 17 unter c) **folgende Gründe** an: „Vor dem Hintergrund der Umwandlung von Satzungs- und Ermessensleistungen in Pflichtleistungen, höherer Vergütungen für die ambulante ärztliche Behandlung und erheblicher Steigerungen der ärztlichen Vergütungen im Krankenhaus dürfte unbeschadet aller Rationalisierungsbemühungen und verbesserter gesamtwirtschaftlicher Bedingungen die Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen [sic!] kaum ausreichen, um die gestiegenen Ausgaben zu 100 % zu decken.“

Gemäß den in der **Anlage 22 der 840. Sitzung des Bundesrates** von den **Gutachtern verlangten Berechnungen** für den Fall der **Unterdeckung von 97 % und 95 %** ergeben sich **beträchtliche finanzielle Belastungen unabhängig vom Sitz der Krankenkasse**. Deutlich abzulesen ist dies in den Tabellen 5 und 6 des Gutachtens. Die zu **erwartenden regionalen Be- und Entlastungen werden bei Unterdeckung noch weniger abschätzbar** als dies bisher bereits beschrieben wurde.

Die **Gutachter** schlagen die Einführung eines **Korrekturfaktors** vor, mit dem den regionalen Deckungslücken zwischen den fiktiven Beitragseinnahmen und den zu geringen Zuweisungen begegnet werden soll. Die **Methodik** zur Ermittlung der gekürzten Zuweisungen je Bundesland in den Tabellen 5 und 6 ist **kursorisch** dargestellt. Dabei **droht** die vom **Gesetzgeber intendierte Umsetzung der Konvergenzklausel konterkariert** zu werden.

**Gesundheitsökonomische Untersuchung der Konvergenzphase
zur Einführung des Gesundheitsfonds**

Wir betonen bereits an dieser Stelle, dass laut § 272 Abs. 1 S. 1 Be- und Entlastungen 100 Mio. Euro im ersten Jahr und dann schrittweise um 100 Mio. Euro erhöht nicht überschreiten dürfen.

Reicht das Beitragsaufkommen auf Grund eines **zu niedrigen Beitragssatzes** für eine 100 %ige Finanzierung des Gesundheitsfonds nicht aus, **nimmt** die bereits **erhebliche Unsicherheit hinsichtlich der Be-/ und Entlastungen noch zu.**

2.2. Zur konkreten Ausgestaltung der Konvergenzklausel (Quotelung)

Im Unterabschnitt 2.2.1 soll zunächst der Wille des Gesetzgebers im Zusammenspiel von Quellenforschung und Gesetzestext erforscht werden. Daraus ergibt sich ein einfacher Algorithmus der anhand eines Rechenbeispiels mit vier Bundesländern mit frei gegriffenen Zahlen erläutert wird.

Anschließend stellen wir in Unterabschnitt 2.2.2 graphisch die regionalen Be- und Entlastungen der Bundesländer vor. Dabei werden die regionalen Be- und Entlastungen des von den Gutachtern gebildeten Algorithmus mit dem unsrigen verglichen und schließlich mit unserem Algorithmus die gesamte Konvergenzphase berechnet. Dabei werden die Daten von Wasem, Wille und Buchner verwendet, die die tatsächlichen regionalen Be- und Entlastungen aus den genannten Gründen vermutlich merklich zu niedrig widerspiegeln.

2.2.1. Theoretische Überlegungen

Die Quantifizierung der Be- und Entlastungen ist eine erste Voraussetzung einer durchdachten Einführung des Gesundheitsfonds. Im folgerichtig nächsten Schritt geht es um einen **stufenweisen Aufbau der Belastungen**. Im Gesetz sind die **Stufen abhängig von der betragsmäßig höchsten Be- oder Entlastung**, daraus ergibt sich **indirekt die Dauer der Konvergenzphase**.

In § 272 Abs. 2 SGB V zusammen mit § 272 Abs. 1 SGB V ist festgesetzt, dass die **höchste Belastung der Kassen eines Bundeslandes** auf Grund des Fonds, d. h. die **fondsbedingten**

Gesundheitsökonomische Untersuchung der Konvergenzphase
zur Einführung des Gesundheitsfonds

Mittelabflüsse des am stärksten belasteten Bundeslandes, im ersten Jahr 100 Millionen Euro nicht überschreiten dürfen. Da der hinter der Konvergenzklausel stehende **politische Wille eine Abschwächung bzw. zeitliche Verteilung der fondsgeschuldeten Mehrbelastung einzelner Bundesländer** beinhaltet, **kann das Gesetz nur so interpretiert werden.**⁵ Dies steht im direkten Gegensatz zur Feststellung der Gutachter auf S. 21: „**Krankenkassen [dürfen] in keinem Bundesland** durch die Kürzung der Zuweisungen auf **weniger als 100 Mio. Euro „Entlastung“** reduziert werden.“

Daraus ergibt sich eine **Quotierung**, die sich **direkt im § 272 Abs. 2. S. 1 SGB V** findet: Das **am stärksten belastete Land ist das Referenzland**, die Belastung wird gleich 1,0 gesetzt. Diese 1,0 entsprechen in Verbindung mit § 272 Abs. 1 S. 1 SGB V 100 Mio. Euro. Die **Be- und Entlastungen der anderen Bundesländer sind im Verhältnis dazu** zu bestimmen.

Im Hinblick auf die **Verteilung der Entlastungen** der durch den **Fonds begünstigten Länder** wird **bis auf § 272 Abs. 1 S. 1 SGB V** mit der **Obergrenze von 100 Mio. Euro im ersten Jahr** und dann kumulativ 100 Mio. Euro jährlich **nichts gesagt**. Im **Sinne des Gesetzgebers**, dem es um einen über die Zeit zunehmenden Aufbau der Belastungen geht, kann dies **sinnvollerweise nur heißen**, dass der für die Quotierung zur Orientierung dienende **Ausgangsfaktor 1,0 dem höchsten absoluten Betrag entspricht**. **Dadurch** wird die **Belastung der Bundesländer bei Vorliegen eines höheren maximalen Entlastungsbetrages als maximalen Belastungsbetrages vermindert**.

Rechenbeispiel mit Quotelung anhand von vier Bundesländern:

Ausgangslage ohne Konvergenzklausel

Begünstigt: Sachsen mit 600 Mio. Euro, Thüringen mit 200 Mio. Euro

Belastet: Bayern mit 500 Mio. Euro, Hessen mit 300 Mio. Euro

1. Schritt: Bestimmung des höchsten Betrages von Be- und Entlastung

Meistbelastet durch den Gesundheitsfonds wäre Bayern mit 500 Mio. Euro

⁵ Der damalige Ministerpräsident von Bayern, Dr. Edmund Stoiber, erklärte auf der Pressekonferenz zur Gesundheitsreform vom 05.10.2006: "wir haben [...] vereinbart, dass letzten Endes es eine Konvergenzphase gibt [...] das Land, das den [...] den größten Ausfall hat [...] ist sozusagen unser Maßstab."

Gesundheitsökonomische Untersuchung der Konvergenzphase
zur Einführung des Gesundheitsfonds

Meistbegünstigt wäre Sachsen mit 600 Mio. Euro

2. Schritt: Quotelung

- ⇒ 600 Mio. Euro entspricht dem Ausgangsfaktor von 1,0. **Sachsen** erhält im **ersten Jahr** mit Gesundheitsfonds 100 Mio. Euro mehr an Zuweisungen verglichen mit den Einnahmen in der Situation ohne Fonds, mit anderen Worten wird Sachsen gegenüber dem Status Quo um **100 Mio. Euro entlastet** = gesetzlich maximal erlaubte Be- und Entlastungshöhe.
- ⇒ Die Quote Thüringens beträgt $200/600 = 1/3$. **Thüringen** wird im ersten Jahr demzufolge mit **33,3 Mio. Euro entlastet**.
- ⇒ Die Quote Bayerns beträgt $500/600 = 5/6$. **Bayern** wird im ersten Jahr mit **83,3 Mio. Euro belastet**.
- ⇒ Die Quote Hessens beträgt $300/600 = 1/2$. **Hessen** wird im ersten Jahr mit **50 Mio. Euro belastet**.

Im **zweiten Jahr** würde im Beispiel bei der **neuen maximalen Be- oder Entlastung** in Höhe von **200 Mio. Euro** Sachsen um 200 Mio. Euro und Thüringen um 66,7 Mio. Euro entlastet. Bayern würde mit 166,7 Mio. Euro und Hessen mit 100 Mio. Euro belastet.

Das **letzte Ausgleichsjahr** wäre **das sechste Jahr** nach der Einführung des Gesundheitsfonds. In diesem Jahr erhält Sachsen die vollen 600 Mio. Euro, Thüringen 200 Mio. Euro; Bayern trägt 500 Mio. Euro und Hessen die restlichen 300 Mio. Euro.

Dieser **zweistufige Algorithmus ist unkompliziert** und **erfüllt sowohl die Intention des Gesetzgebers als auch den Wortlaut des Gesetzes**. Damit können wir eine **Antwort auf die Feststellung der Gutachter geben**, wenn sie auf S. 18 Absatz f) schreiben: „Ferner macht der Gesetzestext keine Aussagen darüber, wie die Berechnungen erfolgen sollen, wenn die „Belastungen“ von Krankenkassen in mehreren Ländern einer Begrenzung bedürfen oder sogar gleichzeitig Begrenzungen sowohl von „Belastungen“ als auch von „Entlastungen“ erforderlich werden.“

Bei **Anwendung des einfachen zweistufigen Algorithmus** kann auch der Fall einer **Entlastung über 100 Mio. Euro nicht eintreten**, da eben der höchste Betrag von Be- oder Entlastung auf 100 Mio. Euro normiert wird. Die Summe der Belastungen entspricht der

**Gesundheitsökonomische Untersuchung der Konvergenzphase
zur Einführung des Gesundheitsfonds**

Summe der Entlastungen, so dass über die Länder hinweg Be- und Entlastungen sich ausgleichen.

Nach § 272 Abs. 4 S. 1 SGB V ist per Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates weiterhin **zu klären**, wie die durch den Algorithmus ermittelten **Be- und Entlastungen je Bundesland auf die dort tätigen Krankenkassen zugeordnet** werden. Hier gibt es mehrere Optionen, die hier nicht zu erörtern sind.

Im Falle der **Unterdeckung** des Gesundheitsfonds gleichen sich die über die Länder akkumulierten Be- und Entlastungen nicht mehr aus: Die **Belastungen** durch den Gesundheitsfonds sind **größer**, der in § 272 Abs. 2 S. 2 SGB V vorgegebene und von uns konkretisierte Algorithmus kann hier keinen vollen Ausgleich schaffen.

Für diesen Fall schlagen wir vor, dass die Konvergenzklausel weiterhin von einer fiktiven 100 %igen Ausgabendeckung ausgeht, und entsprechend dem von uns konkretisierten Algorithmus Be- und Entlastungen berechnet werden. Die darüber hinaus gehenden durch die **Unterdeckung verursachten Fehlbeträge** in den einzelnen Ländern sind als **politisches Risiko** des Fonds von allen Ländern voll zu tragen. Die Finanzierung der Fehlbeträge muss dann über Zusatzbeiträge durchgeführt werden.

Damit wäre einerseits zwar § 272 Abs. 1 S. 1 SGB V verletzt, andererseits könnte man so die durch den Fonds belasteten Länder nach dem Willen des Gesetzgebers entlasten. Der **Sonderfall der Unterdeckung**, die ab 2010 durchaus gesetzlich möglich ist, und die damit verbundenen Risiken, lassen sich durch eine **Verschiebung und/oder virtuelle Einführung des Gesundheitsfonds** ungleich besser einschätzen.

Anders als die Gutachter **halten wir** den **§ 272 Abs. 2 S. 2 SGB V einer sinnvollen Interpretation zugänglich**. Wie es zu dem Gutachtervorschlag zur Berechnung der Be- und Entlastungen lässt sich nur aus der Perspektive der Gutachter erschließen.

Ein Auszug aus dem Gutachten lässt auf die Perspektive der Gutachter schließen. Die **Gutachter räumen** auf S. 23 oben selbst **ein**, dass es der **erkennbare Wille des Gesetzgebers** ist, „in erster Linie sogenannte [sic!] **„Belastungen“ in Ländern mit überdurchschnittlichem Ausgabeniveau“ zu begrenzen.**“ Daraus jedoch abzuleiten, dass

**Gesundheitsökonomische Untersuchung der Konvergenzphase
zur Einführung des Gesundheitsfonds**

der Mechanismus und damit die Konvergenzklausel auszusetzen wäre, sobald „Belastungen“ eines Bundeslandes 100 Mio. Euro nicht überschreiten, ist für uns nicht nachvollziehbar, da es in § 272 Abs. 1 S. 1 SGB V ausdrücklich heißt, dass sich Entlastungen eines Bundeslandes pro Jahr mit 100 Mio. Euro maximal aufbauen dürfen.

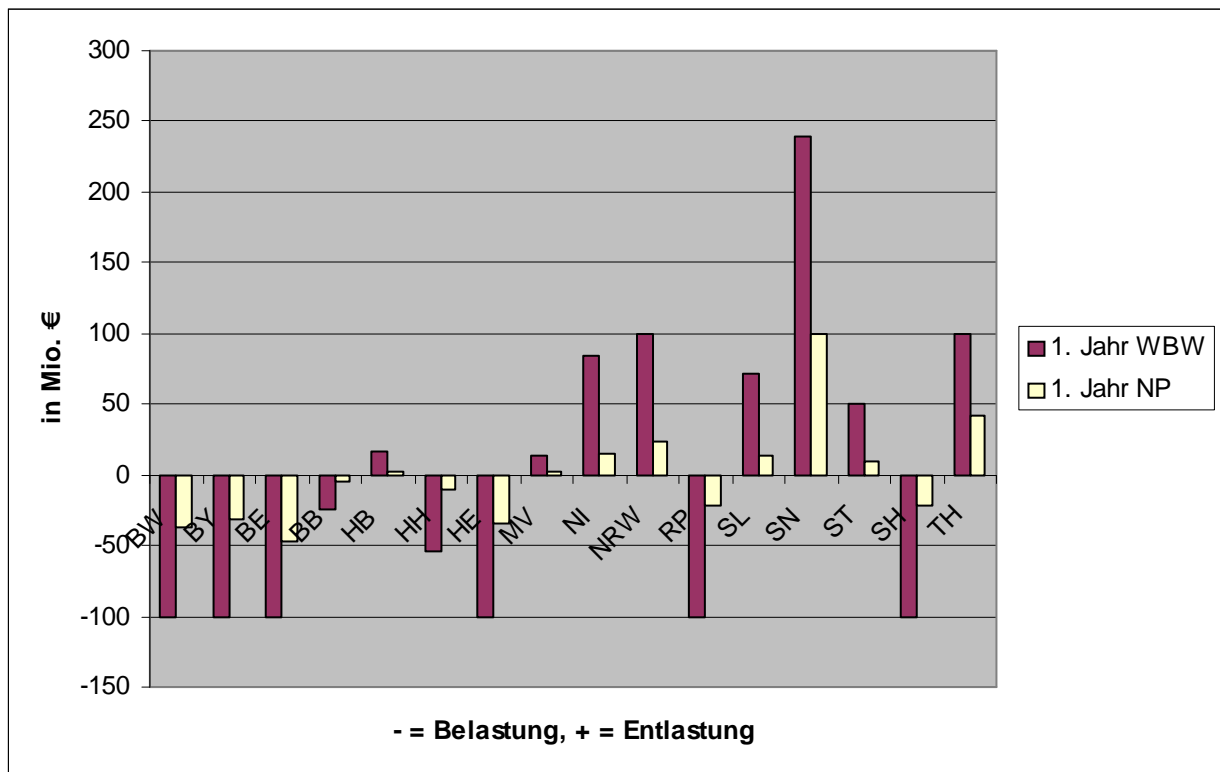
Aus dieser Perspektive heraus entwickeln die **Gutachter ihren Konvergenzalgorithmus**, der zum einen unnötig kompliziert ist und zum anderen nicht dem Willen des Gesetzgebers entspricht. **Bestes Beispiel** für die **produzierte Komplexität** ist die Unterteilung der Bundesländer in **3 Ländertypen**, die nicht vom Gesetzesauftrag erfasst ist.

Gesundheitsökonomische Untersuchung der Konvergenzphase
zur Einführung des Gesundheitsfonds

2.2.2. Rechenbeispiele der regionalen Be- und Entlastungen auf der Datenbasis von Wasem, Buchner, Wille (WBW)

In den ersten beiden Diagrammen **vergleichen** wir die **regionalen Be- und Entlastungen im ersten Jahr** bei Anwendung der **beiden Algorithmen**. Der Unterschied in den Abbildungen ist, dass zunächst wie im Gutachten Wasem, Buchner, Wille die **regionale Gesamtbelastung und –entlastung** dargestellt wird, bevor in der zweiten Abbildung die regionale Pro-Kopf Be- und Entlastung illustriert wird.

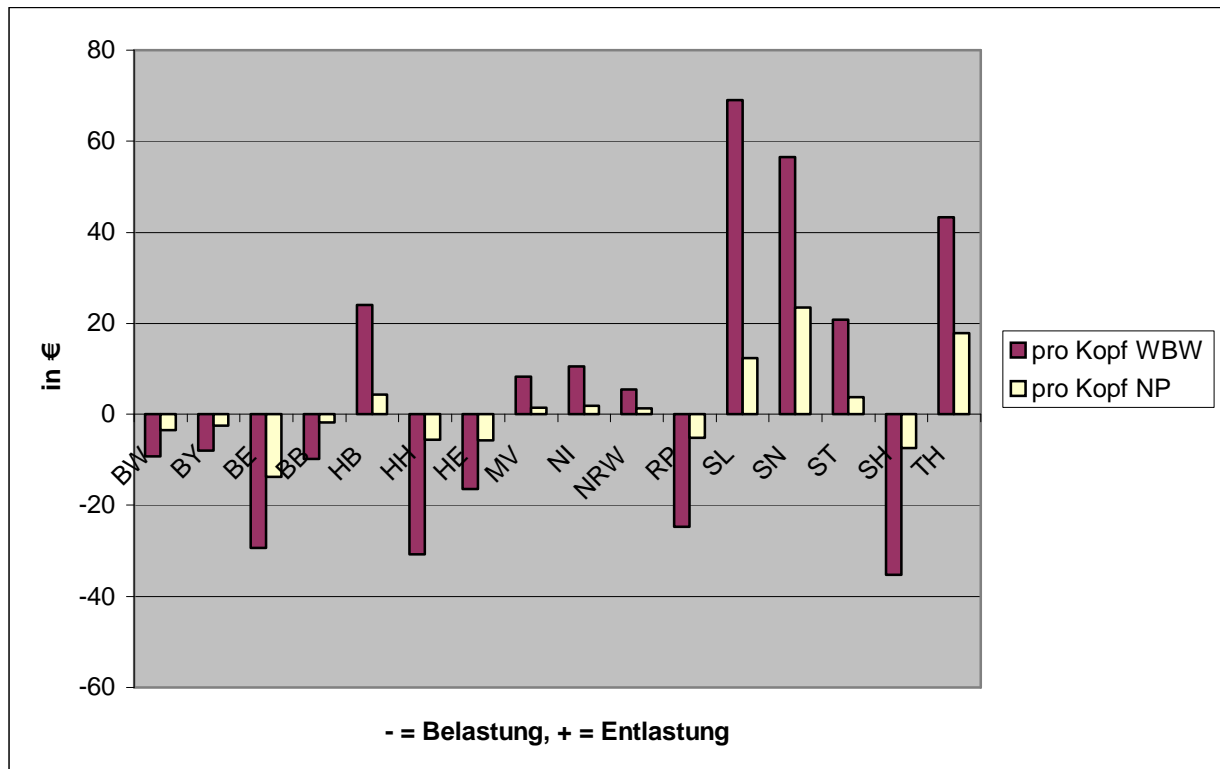
Abbildung 4: Regionale Gesamtbelastung und -entlastung



Man sieht deutlich, dass der „Wille des Gesetzgebers“ die **belasteten Länder weitaus weniger trifft** als es die nach dem Algorithmus von Wasem, Buchner, Wille errechneten Werte erfordern würden. Ebenfalls **deutlich** wird die **starke Überschreitung der 100 Mio. Euro Maximalbelastung oder –entlastung** durch Anwendung des **Algorithmus der Gutachter**. Interessanter und **aussagekräftiger** ist jedoch die **Pro-Kopf-Betrachtung** in der folgenden Übersicht.

Gesundheitsökonomische Untersuchung der Konvergenzphase
zur Einführung des Gesundheitsfonds

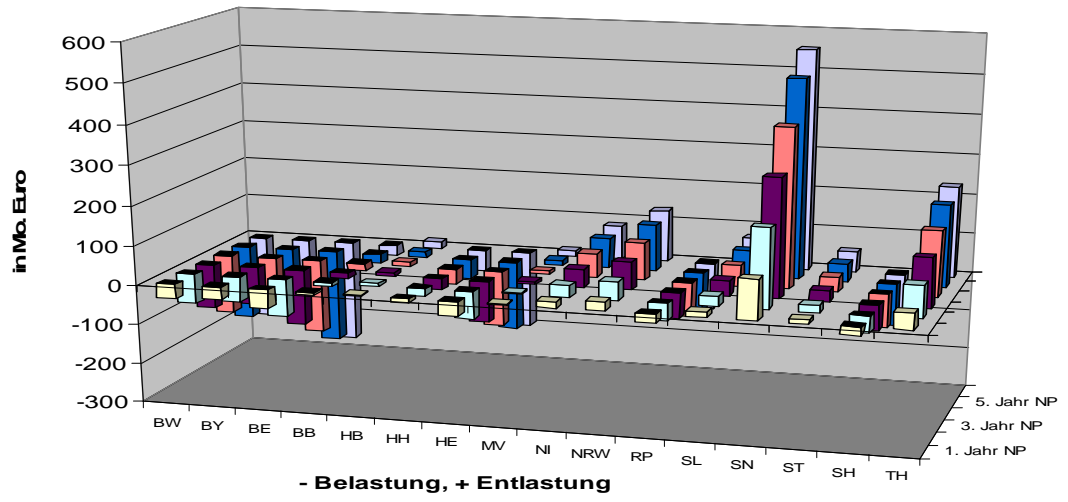
Abbildung 5: Regionale Pro-Kopf Be- und Entlastung



Man sieht in der Grafik ebenfalls deutlich, dass **Pro-Kopf Berlin, Hamburg, Hessen, Rheinland-Pfalz und Schleswig-Holstein** deutlich stärker als Bayern und Baden-Württemberg belastet werden. Hier wirkt sich der **Algorithmus von Wasem, Wille und Buchner** gerade für diese Länder **dramatisch** aus. Last not least folgt eine Darstellung der **gesamten Konvergenzphase** für **alle Bundesländer** mit dem **Algorithmus Neubauer/Pfister**.

Gesundheitsökonomische Untersuchung der Konvergenzphase
zur Einführung des Gesundheitsfonds

Abbildung 6: Regionale Be- und Entlastungen im Zeitablauf



3. Regionale Determinanten der Ausgaben: etablierte Kostenstrukturen und Versorgungsniveaus

Wenn die **Gutachter** davon ausgehen, dass **heutige überdurchschnittliche Ausgabenniveaus** durch eine die belasteten Länder übervorteilende Ausgestaltung der **Konvergenzklausel unnötig lange geschont** würden, **unterschätzen** sie die **regionale Bindung der Ausgaben** an die **Kosten- und Versorgungsstrukturen**. Der mit einer Reduzierung der Finanzvolumina einhergehende betriebswirtschaftliche Anpassungsprozess bei Krankenkassen wie Leistungserbringern bedarf einer sozialen Abfederung. Das dadurch den Ländern mit heute unterdurchschnittlichen Ausgabenniveaus fehlende Geld führt dazu, dass unter Fondsbedingungen die Kassen in jenen Ländern Zusatzprämien erheben müssten.

Das heutige **GKV-System** ist **über viele Jahre gewachsen**. Die **Strukturen und Akteure** bewegen sich darin in einem **komplexen Netz gegenseitiger Abhängigkeiten**. Insbesondere gibt es eine Vielzahl an (vertraglichen) Beziehungen zwischen einzelnen Krankenkassen und Leistungserbringern. Parallel bestehen Beziehungen zwischen Verbänden von Kassen und Verbänden von Leistungserbringern sowie einzelnen Kassen und Leistungserbringern mit Verbänden.

Die **Einnahmen der Krankenkassen entsprechen** zum größten Teil den **Vergütungen der Leistungserbringer** und werden wie diese durch die Einführung des Fonds indirekt mitverändert. Dies hat direkte Auswirkungen auf die in der Regel lokal gebundenen Leistungserbringer. Auf Grund der **engen Verbindung von Finanzierung und Leistung** kann **keine Seite isoliert** betrachtet oder reformiert werden. Bei Mittelabflüssen muss mit dem **Verlust von Arbeitsplätzen** im regionalen Gesundheitssektor gerechnet werden.

3.1. Allgemeine Betrachtung

Versorgungsunterschiede gibt es zwischen und auch innerhalb einzelner Bundesländer. Eine gewisse, allmähliche Angleichung der Versorgung ist politisch da gewollt, wo die Unterschiede Ineffizienzen bedeuten. In der Regel jedoch sind **bessere**

Gesundheitsökonomische Untersuchung der Konvergenzphase
zur Einführung des Gesundheitsfonds

Versorgungsstrukturen und damit eine **qualitativ höherwertige Versorgung der Patienten** als Benchmark per se zu befürworten, ja sogar für mehr Effizienz im GKV-System notwendig.

Im **Gesamtpaket Gesundheitsfonds** und auch bei der Ausgestaltung der **Konvergenzklausel nach § 272 SGB V** wird den **regionalen Kostenstrukturen und regional variierenden Versorgungsniveaus weder ausreichend noch sachgerecht Rechnung** getragen. Die dort rein einnahmeseitige Betrachtung birgt die **Gefahr**, dass sowohl die **Versorgungssicherheit** als auch die **qualitative Behandlung** des Patienten in den **Hintergrund** tritt.

Die **regionalen Versorgungsstrukturen** sind **Folge einer langjährigen Entwicklung**. **Höhere Vergütungen** für Leistungserbringer sind **hauptsächlich** damit zu **begründen**, dass die **Kosten der Leistungserbringung auf Grund lokaler Parameter höher** als in anderen Ländern sind. Hier zu nivellieren wäre unangemessen, ja falsch. Als wenig beeinflussbare Parameter seien genannt: unterschiedliche lokale Mietaufwendungen für Praxisräume, regionale Unterschiede im Lohnniveau sowie in den Lebenshaltungskosten.

Aus **Rücksicht auf die von Kürzungen betroffenen Leistungserbringer** sowie **auf einen hohen Versorgungsstandard für Patienten** ist eine **Konvergenzphase wichtig**. Wünschenswert wäre eine **direkte Berücksichtigung regionaler Besonderheiten** im RSA, damit auch nach Ablauf der Konvergenzphase regional berechnete Disparitäten weiterhin bestehen können. Nur so kann für Leistungserbringer eine **sozialverträgliche Anpassung** der **personellen** und **sachlichen Infrastruktur** erfolgen. **Leistungserbringer** aber auch **Krankenkassen** können ihre **derzeitigen Angebote und Kapazitäten nicht von heute auf morgen umstellen**, eine Übergangsphase ist unabdingbar. Der **politische Wille** der zeitlichen Verteilung fondsgeschuldeter Mehrbelastungen einzelner Bundesländer gründete sich ursprünglich auf die **Anpassungsnotwendigkeit für Leistungserbringer und Krankenkassen**.⁶

⁶ Dr. Edmund Stoiber erklärte auf der Pressekonferenz zur Gesundheitsreform vom 05.10.2006 auch: "wir haben [...] vereinbart [...] eine Konvergenzphase [...] weil wir damit letzten Endes das ärztliche Niveau in den jeweiligen Ländern [...] halten."

Gesundheitsökonomische Untersuchung der Konvergenzphase
zur Einführung des Gesundheitsfonds

Kommt es zu regionalen Zuschlägen nach § 87 Abs. 2f S. 1 SGB V, dann sind regional bedingte Zusatzbeiträge vorprogrammiert: Es ist **mathematisch logisch**, dass, ceteris paribus, **regionale Zuschläge zu Zusatzbeiträgen der regionalen Kassen** führen.

3.2. Vertragsärzte

Im Gesetz ist wie gerade angeführt im § 87 Abs. 2f S. 1 SGB V die Möglichkeit **regionaler Zu- und Abschläge auf einen bis zum 31.08.2008 nach § 87 Abs. 2e S. 1 SGB V festzulegenden bundeseinheitlichen Orientierungswert** bei der Vergütung der Vertragsärzte vorgesehen. Durch diese Korrekturen soll regional unterschiedlichen Kosten- und Versorgungsstrukturen Rechnung getragen werden. Regionale Zu- und Abschläge **können** vereinbart werden, eine **Verpflichtung** dazu **besteht jedoch nicht**.

Nach unserer Einschätzung ist die Möglichkeit regionaler Vergütungszuschläge und -abschläge nach § 87a Abs. 2f S. 1 SGB V **eng begrenzt**, da die **Zuweisungen** aus dem **Gesundheitsfonds keinen regionalen Mehrbedarf anerkennen**. Regionale Honoraraufschläge müssten durch regionale Zusatzbeiträge finanziert werden. Der **Gesundheitsfonds** kann in **seiner derzeitigen Ausgestaltung** eigentlich **nur** dann **funktionieren**, wenn die **Zuweisungen aus dem Fonds bundeseinheitlich** vorgenommen werden, ohne Rücksicht auf regionale Kosten- und Versorgungsunterschiede. **Regionale Zuschläge** können aus Wettbewerbsgründen (Stichwort Zusatzbeiträge) die Kassen nur finanzieren, wenn auch **Geld aus dem Fonds zugewiesen wird**.

Da dies nicht der Fall ist, müssen **Ärzte** in Ländern, die im Sinne des Fonds **Verlierer** sind, ebenfalls auf der Verliererseite stehen. Will man Einbußen der Ärzte in Verliererländern nicht hinnehmen, dann müssen die **Beitragszahler** in Form von **Zusatzbeiträgen** an ihre Krankenkassen die Finanzierung von höherer Vergütung übernehmen. Dient die höhere Vergütung der Aufrechterhaltung **höherer Versorgungsqualität** ist dies zu **akzeptieren**, dient es zur Kompensation für **höhere Praxiskosten**, ist dies eine **ungerechtfertigte Benachteiligung**.

3.3. Weitere Leistungsbereiche

Analog wie bei den Vertragsärzten ergeben sich für die Vertragszahnärzte erhebliche Einbußen der Vergütung. Nach einer Modellrechnung der KZVB fließen aus Bayern 280 Mio. Euro an Honoraren ab.

Für den **Krankenhausbereich** ist im Gesetz die Einführung eines bundeseinheitlichen Basisfallwertes vorgesehen. Nach Schätzungen des VdAK würde dies einen Mittelabfluss aus Bayern von ca. 50 Mio. Euro bedeuten. **Wir gehen davon aus**, dass die durch das **Fondssystem bedingte Vereinheitlichung** von den **Bundesländern nicht akzeptiert** wird. Anders als der vertragsärztliche und –zahnärztliche Bereich ist die **Krankenhausplanung und die Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser Domäne der Bundesländer**. Im **Krankenhaussektor** kann man von einer **fondsverursachten Dauerbruchstelle** ausgehen.

4. Ordnungspolitischer Diskurs

Der **Gesundheitsfonds** stellt eine **Abkehr** von dem Leitbild einer **pluralistischen Krankenkassenstruktur** dar. Mit der Vereinheitlichung des Versicherungsbeitrages und der zentralen Sammlung der Beiträge aller Beitragszahler **nähert** sich die Gesetzliche Krankenversicherung auf der Finanzierungsseite der Struktur der **Gesetzlichen Rentenversicherung an**. Die Finanzierung begrenzt gleichzeitig das Leistungsniveau, das in der GRV fast ausschließlich aus Geldleistungen besteht. Für den Bereich der **Gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung hingegen** ist entscheidend, dass in beiden Bereichen ein **Wertschöpfungsprozess** stattfindet, der sich in den vielfältigen Dienstleistungen ausdrückt. Von daher ist auch die **Neuordnung der Finanzierung in der Gesetzlichen Krankenversicherung nicht losgelöst** von der **Leistungsseite** zu sehen.

Mit dem **Gesundheitsfonds übernimmt der Staat quasi die Verantwortung** für die **Sicherstellung der Finanzierung und das Versorgungsniveau**. Ziel ist eine bundeseinheitliche Finanzierung und Versorgung, für **innovativen Wettbewerb bleibt kaum mehr Platz**.

Dieser Prozess führt zu **erheblichen Umverteilungen zwischen den Bundesländern**. Wobei diese Umverteilung vor allen Dingen die regionalen Krankenkassen und damit deren Beitragszahler und Vertragspartner trifft. Die Vereinheitlichung des Beitragssatzes hat u. a. zur logischen Konsequenz eine Vereinheitlichung der Vergütungsstruktur für die Leistungserbringer. Die **Konvergenzklausel** soll die erforderlichen Anpassungsprozesse bei den Krankenkassen, den Beitragszahlern sowie den Leistungserbringern betriebswirtschaftlich und sozial erträglicher machen, aber **kann den ordnungspolitischen Kurs nicht ändern**.

Letztlich wird mit dem Gesundheitsfonds der politische Wille klar, dass die Gesundheitsversorgung über ganz Deutschland nicht nur einheitliche Lasten, sondern auch **einheitliche Nutzungsmöglichkeiten** verbürgen soll. Das Ziel der Einheitlichkeit, muss aber **aus gesundheitsökonomischer Perspektive kritisch** gesehen werden. Schließlich birgt Einheitlichkeit immer die Gefahr in sich, dass **dynamische Veränderungen**, die sich ja vor allem durch Unterschiedlichkeit zum Herkömmlichen auszeichnen, **reduziert bzw. finanziell**

Gesundheitsökonomische Untersuchung der Konvergenzphase
zur Einführung des Gesundheitsfonds

kaum mehr von einer Kasse wahrgenommen werden können. Zugleich ist aber mit der Einheitlichkeit auch das **Lernen von Besseren kaum mehr möglich.** Wir gehen damit aus theoretischer Sicht in die **Falle der Gleichheit**, die ideale Gleichheit verspricht, aber reale Dynamik und Vielfalt als Motivation zum Besserwerden unterdrückt bzw. erschwert. Wir wissen aus der empirischen Beobachtung, dass **Unterschiedlichkeiten** sehr viel mehr kreative Lösungen hervorbringen als Einheitlichkeit. Schließlich liegen **hierin** auch die **Vorteile des Föderalismus im Vergleich zum Zentralstaat.**

Mit dem GKV-WSG wird damit auch ein Stück **Länderverantwortung** für die Gesundheitsversorgung **auf den Bund übertragen.**

5. Lösungsvorschläge für die Konvergenz bei Einführung des Gesundheitsfonds

Die **Konvergenzklausel** ist eine **ex-ante-Regel**, **keine ex-post-Regel**: Die Konvergenzklausel ist **also vor Einführung des Gesundheitsfonds** abschließend zu formulieren und materiell-rechtlich und ökonomisch auszufüllen. Erfolgt dies nicht rechtzeitig, so ist das Gesetz nicht erfüllt. Angesichts der dargestellten **vielen verbleibenden Unklarheiten und Unsicherheiten** sowie **offenen Fragen** gilt es grundsätzlich, **optionale Wege** für die **Einführung des Gesundheitsfonds** zu finden. **Unabhängig** von der Einführung des Gesundheitsfonds ließe sich der **Morbi-RSA realisieren**.

5.1. Verschiebung des Einführungsdatums

Wie vorne dargelegt lässt sich nach derzeitiger Datenlage **keine rechtzeitige, ausreichend genaue Abschätzung der regionalen Be- und Entlastungswirkungen** des geplanten Gesundheitsfonds auf der Finanzierungs- wie auch der Ausgabenseite ermitteln. Von daher halten wir es für geboten, den **Gesundheitsfonds um mindestens ein Jahr zu verschieben**.

Damit ließen sich die finanziellen Auswirkungen des Fonds wesentlich genauer ermitteln und so für die Krankenkassen aber gerade auch die Leistungserbringer ausreichend **Planungssicherheit** gewährleisten. **Notwendige Modifikationen** könnte man dann **rechtzeitig und zeitgerecht** vornehmen.

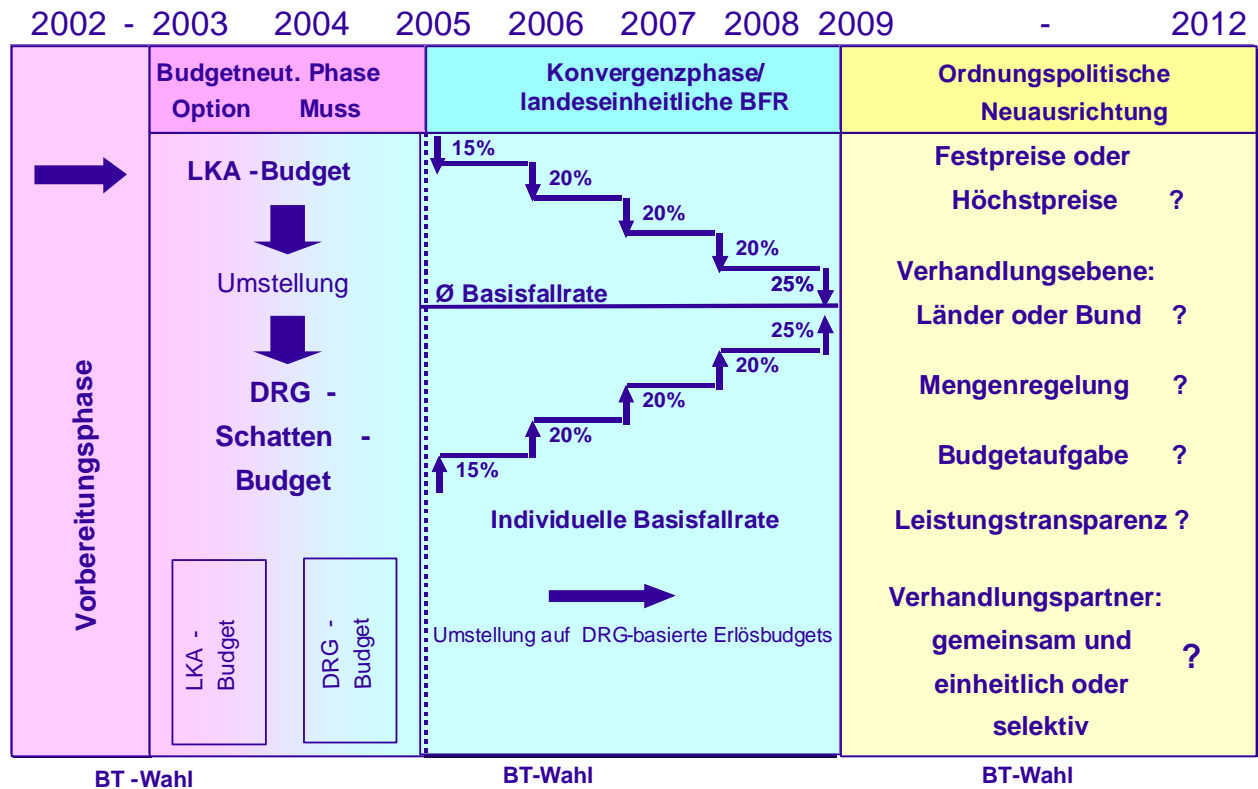
5.2. Virtuelle Fondseinführung

Die letzte große Reform auf der Finanzierungsseite vor Einführung des Gesundheitsfonds war und ist die **DRG-Einführung**. Im Unterschied zum Gesundheitsfonds betrifft die DRG-Einführung **nur ein Drittel der Einnahmen** der gesetzlichen Krankenversicherung. Außerdem sieht die derzeitige Reformagenda der Finanzierung im Stationären Bereich bundeslandspezifische Vergütungen vor, so genannte **Landesbasisfallwerte**, mit denen

Gesundheitsökonomische Untersuchung der Konvergenzphase
zur Einführung des Gesundheitsfonds

anders als durch den Fonds **regional etablierten Kostenstrukturen und Vergütungsniveaus Rechnung getragen** wird. In der Abbildung ist der DRG-Einführungsprozess illustriert.

Abbildung 7: DRG-Konvergenzprozess



Einer Vorbereitungsphase folgte eine **zweijährige budgetneutrale Simulationsphase**, an der sich eine **fünfjährige Konvergenzphase** anschloss (der Prozess wird Ende 2008 abgeschlossen). Dabei wurden für Verliererkrankenhäuser zusätzlich Kappungsgrenzen des Verlustes gegenüber dem System ohne DRGs eingeführt.

In Anlehnung an die **Einführung von DRGs** plädieren wir im Rahmen der Einführung des Gesundheitsfonds dafür, eine **wenigstens einjährige Simulationsphase** vorzusehen. In dieser Zeit ist eine virtuelle Fondsabrechnung neben der faktischen Abrechnung im heutigen System anzustellen. Daraus ließen sich mit relativ wenig Aufwand die regionalen Be- und Entlastungen des Fonds quantifizieren. Der **budgetneutralen Phase** sollte dann in Anlehnung an die DRG-Einführung eine **mehrjährige Konvergenzphase folgen**. Vorteilhaft an einer virtuellen Einführung ist ferner der **geringe Aufwand der Parallelrechnung**, wie Erfahrungen bei den DRGs zeigen.

5.3. Verlängerung der Konvergenzphase durch Begrenzung der maximalen Belastung

Kommt der **Gesundheitsfonds** wie geplant am **01.01.2009** und gibt es **keinen ausgabenseitigen Ausgleich**, sollte man über eine **Begrenzung der sich pro Jahr aufbauenden maximalen Be- und Entlastung** auf **weniger als 100 Mio. Euro** nachdenken. Der Übergang würde so abgemildert, **löst aber nicht nachhaltig** das **Problem regional unterschiedlicher Ausgabenniveaus**. Dies **entspricht** dem Prinzip des **§ 272 SGB V** und könnte **gesetzestechisch einfach** bewerkstelligt werden. Ein weiterer Vorteil niedriger Be- und Entlastungen ist die **einfachere Durchführung von ex-post Korrekturen** am Fonds, da Fehlentwicklungen nicht so starke Auswirkungen auf die Bundesländer hätten.

5.4. Verlängerung der Konvergenzphase durch Begrenzung der maximalen Dauer

Im Unterschied zum Vorschlag 5.3 wird hier nicht die Höhe der Belastung, sondern die **Dauer der Konvergenz** vorgegeben. Entsprechend der Anpassungsdauer sind die **jährlichen Anpassungsvolumina** festzulegen. Weiterhin ergänzt Vorschlag 5.4 Vorschlag 5.2; im Prinzip stellt die Kombination aus 5.2 und 5.4 ein Analogon zur DRG-Einführung dar. Eine Bestimmung der Dauer der Konvergenzphase hätte den **Vorteil**, dass Leistungserbringer und Krankenkassen dadurch **größere zeitliche Planungssicherheit** gewinnen.

5.5. Kompensierung der Belastungen auf der Ausgabenseite durch Steuermittel

Trotz Konvergenzklausel ist abzusehen, dass die **finanziellen Mittel** für **viele Leistungserbringer mit regional notwendigen überdurchschnittlichen Kostenstrukturen nicht ausreichen** werden. Mit dem pro Jahr um bis zu 100 Mio. Euro steigenden Mittelabfluss wird dieser **Effekt im Zeitverlauf verschärft**.

Nach **§ 221 Abs. 1 S. 1 SGB V** dient der **Bundeszuschuss** unter anderem zur **Finanzierung versicherungsfremder Leistungen**. Mangels Legaldefinition könnte man bereits mit dem heute gültigen Gesetz **regional geschuldete Ausgabendisparitäten durch Steuermittel** ausgleichen. Dies ließe sich per **Verordnung gemäß § 221 Abs. 2 SGB V** regeln.

**Gesundheitsökonomische Untersuchung der Konvergenzphase
zur Einführung des Gesundheitsfonds**

Problematisch an dem Vorschlag zur steuerlichen Abfederung regionaler Belastungen ist, dass **Beitragsmittel und Bundeszuweisungen in einen Topf** fließen und daraus den Kassen finanzielle Mittel zur Ausgabendeckung zugewiesen werden. Somit **löst** der **Steuervorschlag** das **Finanzierungsproblem effizienter regionaler Disparitäten** nicht.

5.6. Kompensierung der Belastungen auf der Ausgabenseite durch Einbeziehung einer regionalen RSA-Komponente

Ein **geeigneter Ansatzpunkt** für die Finanzierung „guter“ regionaler Strukturen wäre eine **regionale Komponente der Zuweisungen im Rahmen des RSA** zusätzlich zu den bisherigen Zuweisungskomponenten. Anders als in § 87 Abs. 2f S. 1 SGB V, der zwar regionalen Besonderheiten Rechnung trägt, jedoch die dafür notwendige Finanzierung nicht klärt, kann eine regionale Strukturkomponente im Rahmen des Morbi-RSA hier Abhilfe schaffen.

Die regionale Komponente kann sowohl **kompensatorisch (Kostenstrukturen)** wie auch **normativ (Versorgungsstrukturen)** eingesetzt werden. Der wichtigste Vorteil dieser Lösung ist die **zielgenaue, transparente Mittelzuweisung**. **Technisch** ist die Bestimmung der Höhe der regionalen Komponente **machbar**.⁷

5.7. Beurteilung der Lösungsvorschläge aus gesundheitsökonomischer Perspektive

Aus gesundheitsökonomischer Perspektive stellt sich die grundsätzliche Frage wie einheitlich und gleich die Finanzierung (Einnahmenseite) und Versorgung (Ausgabenseite) gestaltet werden soll. Unabhängig wie die Antwort auf diese Frage ausfällt, ist eine Umstellung wie sie durch den Fonds eingeleitet wird mit einer entsprechenden Anpassungszeit für die Betroffenen zu versehen. Deshalb halten wir eine **Konvergenzphase** für **unverzichtbar**.

Jedoch erlaubt die gegebene Datenlage keine statistisch ausreichend genaue Quantifizierung der regionalen Be- und Entlastungen bei Fondseinführung zum 01.01.2009. Daher halten wir

⁷ Im ökonometrischen Schätzmodell ließe sich analog zur Grundpauschale eine regional bezogene Konstante, e.g. über Dummies einbauen. Geradeso ließen sich Qualitätsparameter einbauen, die langfristig eine größere Rolle im Gesundheitssystem spielen werden (Stichwort P4P).

**Gesundheitsökonomische Untersuchung der Konvergenzphase
zur Einführung des Gesundheitsfonds**

eine **Verschiebung** der Einführung für **sachlich geboten** (Lösungsvorschlag 5.1). Die Verschiebung sollte **kombiniert werden** mit einer **virtuellen Erprobung** des Fonds nach Lösungsvorschlag 5.2. wie auch schon bei der Einführung von Fallpauschalen (DRGs) im Krankenhausbereich.

Ist eine **Verschiebung politisch nicht durchsetzbar**, so ist eine **Konvergenzphase** mit entsprechender Quotelung nach Lösungsvorschlag 5.3 **umso wichtiger**. Dieser Vorschlag lässt sich **gesetzestechisch am einfachsten** durchführen. Vorschlag 5.4 ist demgegenüber inferior, da die höhere Planungssicherheit für die Kassen und Leistungserbringer durch eine Beschränkung der jährlichen Maximalbelastung pro Bundesland größere Bedeutung hat. Wir treten **in jedem Fall** für eine **Konvergenzphase** mit der **im Gesetz in § 272 Abs. 2 S. 2 SGB V vorgesehen Quotelung** ein, **unabhängig** ob **weitere Gesetzesänderungen** durchgeführt werden oder nicht.

Aus **gesundheitsökonomischer Sicht die gesamte Fondseinführung** betreffend sowie aus **bayerischer Sicht** dürfte der **Lösungsvorschlag 5.6** mit regionaler Risikostrukturkomponente ein **Optimum** darstellen. Der **Nachteil** der beiden Vorschläge 5.5 und 5.6 ist der **erhebliche Änderungsbedarf** an den derzeitigen gültigen und mit dem Fonds in Kraft tretenden **Gesetzen**.