

# Gutachten

zum Evaluationsbericht zum Jahresausgleich 2009 im Risikostrukturausgleich des  
Wissenschaftlichen Beirats beim Bundesversicherungsamt

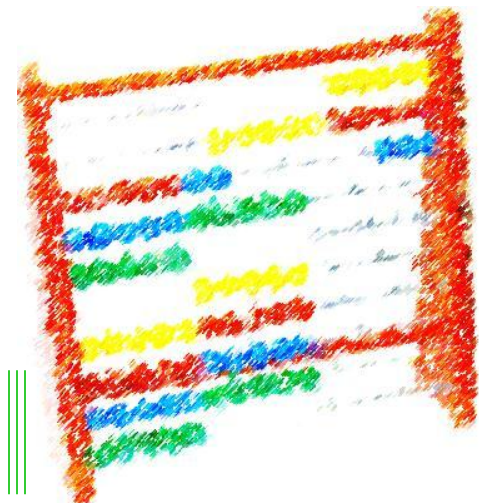


Dr. Thomas Drabinski  
Institut für Mikrodaten-Analyse (IfMDA)

22.09.2011

## Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis .....	1
Einleitung.....	2
Weg in die Einheitskasse .....	2
Empfehlungen (Teil 1) .....	3
Zwischenergebnis .....	4
Regionale Verwerfungen .....	5
Empfehlungen (Teil 2) .....	6
Schlussfolgerungen.....	7
Verfasser.....	9



## Einleitung

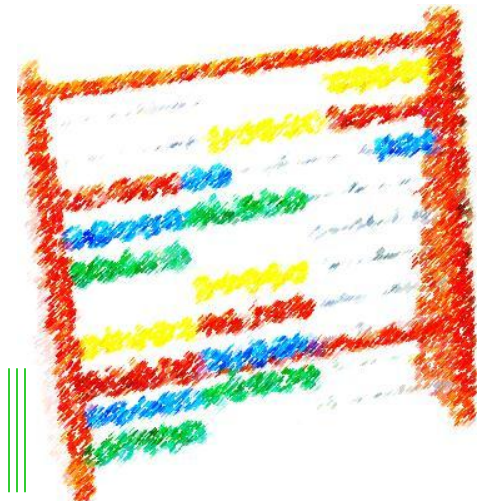
Im Jahr 2006 legte das IfMDA die Studie „Ökonomische Auswirkungen der Gesundheitsreform auf die Bundesländer“ vor (vgl. [www.ifmda.de/download/IfMDA\\_Band\\_10.pdf](http://www.ifmda.de/download/IfMDA_Band_10.pdf)). Seiner Zeit stieß die Studie auf heftigen politischen Widerstand, da die dort abgeleiteten Ergebnisse nicht zu den damaligen Plänen einer gesundheitspolitischen Zentralisierung und Vereinheitlichung des Gesundheitssystems passten.

Fünf Jahre später liegen nun die ersten umfassenden Berechnungen vor, wie sich die Einführung des Gesundheitsfonds auf die Krankenkassen und die regionale Finanzierung der Versorgungsstrukturen ausgewirkt hat. Unter der Überschrift „*Evaluationsbericht zum Jahresausgleich 2009 im Risikostrukturausgleich*“ hat der Wissenschaftliche Beirat beim Bundesversicherungsamt (BVA) ein Gutachten vorgelegt, in der zwar immer noch die für den politischen Entscheidungsprozess wichtigsten Statistiken versteckt bleiben, in der aber dennoch die Auswirkungen der Einführung von Gesundheitsfonds und BVA-Versichertenklassifikationsmodell zumindest grafisch ablesbar sind.

## Weg in die Einheitskasse

So zeigt der Evaluationsbericht, dass im Ergebnis der Gesundheitsfonds zu einer Einheitskasse führen wird: Mit den bereits zwangsfusionierten und insolventen Krankenkassen befanden und befinden sich etwas weniger als die Hälfte aller Krankenkassen in konkreter Insolvenzgefahr, da ihre Ausgaben nicht zuverlässig durch BVA-Zuweisungen gedeckt werden können, weder kurz-, noch mittel- und langfristig (vgl. Seite 80, Abbildung 80).

Zudem konnte vom Beirat ermittelt werden, dass „*wachsende Krankenkassen tendenziell Überdeckungen aufweisen, während schrumpfende Krankenkassen eher unterdeckt*“ sind (vgl. Seite 84). Die Erhebung eines Zusatzbeitrages, die mit Versichertenabwanderungen verbunden sind, erhöht damit die Insolvenzgefahr einer Krankenkasse signifikant.



Mit dem Evaluationsbericht wird in den einzelnen Kapiteln zu den Reformsätzen des Klassifikationsmodells zudem auch gezeigt, dass eine kontinuierliche Weiterentwicklung des BVA-Klassifikationsmodells die Situation der Krankenkassen nicht in Gänze verbessern kann.

Denn jede Neukalibrierung der Klassifikationskriterien wirkt sich so aus, dass simultan eine bestimmte Zahl von Krankenkassen aus der Insolvenzzone heraus- bzw. in die Insolvenzzone (Deckungsquote < 100 %) hineinfallen wird.

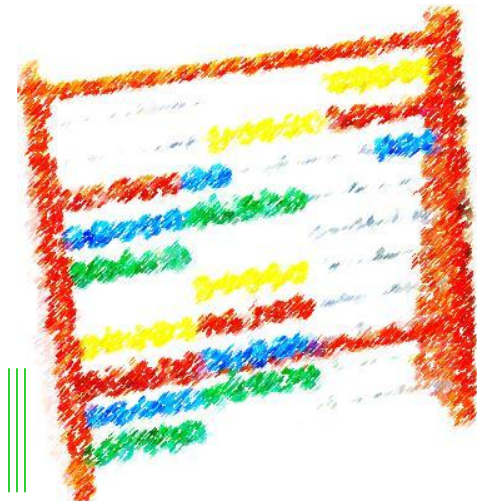
Eine sogenannte Pareto-optimale Verbesserung für alle Krankenkassen ist damit nicht möglich (außer der Gesundheitsfonds wird mit zusätzlichen Steuermitteln subventioniert). Die Fehlallokation der Zuweisungen ist damit systemimmanenter Bestandteil der BVA-Zuweisungslogik und unter den politisch vorgegebenen Kriterien irreversibel. Dies zeigt sich auch daran, dass die Fehlallokation zufällig über alle Kassenarten und Kassengrößenklassen verteilt ist (vgl. Seite 79).

## Empfehlungen (Teil 1)

Eine Korrektur kann nur durch zwei Maßnahmen erfolgen:

- 1) Der Gesundheitsfonds muss vom Volumen her deutlich zurückgebaut werden und im Gegenzug müssen die Krankenkassen ihre Beitragsautonomie wieder zurückerhalten. Dadurch kann die Fehlallokation auf ein Mindestmaß reduziert werden.
- 2) Ein methodisch stark verbesserter, von politischen Entscheidungen unabhängiger, neuspezifizierter und damit funktionstüchtiger Risikostrukturausgleich (mit Morbiditätskomponenten) sollte umgesetzt werden, um einen Krankenkassen-Wettbewerb zu initiieren.

Geschieht keine Korrektur im Sinne dieser zwei Maßnahmen, wird die Fehlallokation des BVA-Klassifikationsmodells dazu führen, dass immer



mehr Krankenkassen einen Zusatzbeitrag erheben und in einen ruinösen Prozess eintreten.

Während in der Zeit 2006/2007 Gesundheitsfonds und BVA-Klassifikationsmodell („Morbi-RSA“) gesundheitspolitisch noch als Wettbewerbsinstrumente betrachtet wurden, durch die die Krankenkassen auf der Ausgabenseite in einen echten Wettbewerb treten sollten, hat sich diese Einschätzung seit der Abwicklung der City BKK ins Gegenteil umgekehrt: Denn die Abwicklung hat gezeigt, dass das politische Zuweisungssystem Krankenkassen mit schlechter Morbiditätsstruktur nicht schützt, sondern finanziell bestrafen kann.

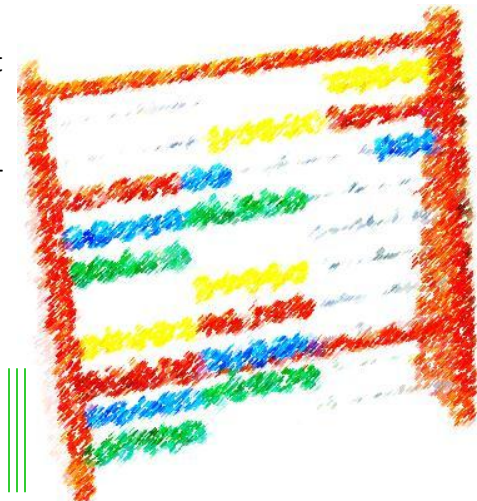
Zu dieser Schlussfolgerung kommt auch das BVA-Gutachten (vgl. Seite 81): *„Im Gegenteil zeichnet sich ab, dass Krankenkassen mit überdurchschnittlicher Morbidität tendenziell Unterdeckungen aufweisen, während Krankenkassen mit unterdurchschnittlicher Morbidität tendenziell Überdeckungen verzeichnen.“*

Dennoch gilt auch: Krankenkassen mit unterdurchschnittlicher Morbidität weisen ebenso Unterdeckungen auf, wie Krankenkassen mit überdurchschnittlicher Morbidität Überdeckungen.

Es gilt: Gesundheitsfonds, Morbi-RSA und BVA-Klassifikationsmodell sind damit nicht nur eine Black Box, sondern für die Krankenkassen ein Lotteriespiel.

## Zwischenergebnis

Die Ergebnisse des BVA-Gutachtens geben damit aus zwei Gründen der Gesundheitspolitik der letzten 5 Jahre ein negatives Zeugnis: Zum einen ist es durch das Zusammenwirken von Gesundheitsfonds und BVA-Zuweisungsalgorithmus zu einem politisch zu verantwortenden Zwangsberaumungsprozess im Krankenkassenmarkt gekommen, der nicht mit



Wettbewerbsgedanken, sondern ausschließlich mit politisch vorgegebenen Umsetzungsrichtlinien zu begründen ist.

Zum anderen ist auch der Versuch auch als gescheitert zu bewerten, durch zentrale Vorgaben über Gesundheitsfonds, bundesweit einheitlichen Beitragssatz und ein zentral formuliertes Zuweisungssystem die regionale Finanzierung der Versorgungsstrukturen sicherzustellen.

## Regionale Verwerfungen

Dass die regionale Finanzierung der Versorgungsstrukturen mit dem Gesundheitsfonds und aufgesetztem Zuweisungssystem nicht sichergestellt werden kann, war in den Jahren 2006/2007 der Grund dafür, die Konvergenzklausel nach § 272 SGB V zu formulieren.

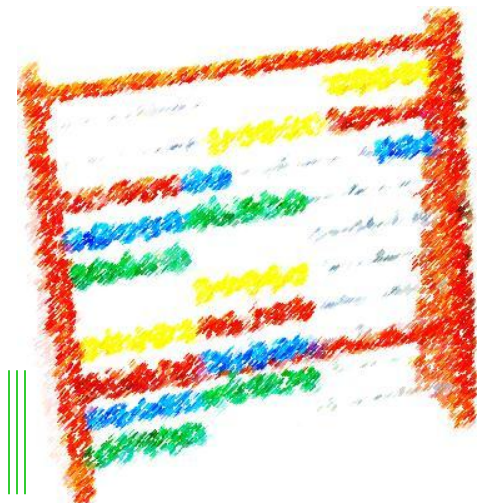
Wie sich heute zeigt, wurde die Konvergenzklausel damals falsch spezifiziert, da sie nur auf die bundeslandbezogene Finanzierungsseite und nicht auf die bundeslandbezogene Ausgabenseite bezogen war.<sup>1</sup>

Das BVA-Gutachten greift die regionalen Verwerfungen rein grafisch auf: Die Unter- und Überfinanzierung der Regionen wird in mehrfarbigen Abbildungen dargestellt (vgl. Seiten 68 ff.).

Auch für diesen Teil fehlt der Tabellenanhang zum Evaluationsbericht: Aus diesem würde hervorgehen (interpretiert man die Farben auf Kreisebene korrekt), dass einzelne KV-Versorgungsregionen wie die von Bayern, Nordrhein, Westfalen-Lippe, Hamburg und Berlin zu den Verlierern des BVA-Zuweisungssystems zählen.

---

<sup>1</sup> Die regionale Finanzierungsseite der Beiträge in den Gesundheitsfonds hinein wird im BVA-Gutachten nicht dargestellt.



Wäre dies nicht so, so wären die Statistiken im Gutachten vermutlich in Euro und Cent genannt worden. Das BVA-Gutachten kommt demnach zu dem Schluss (vgl. Seite 88): „*Regionale Unterschiede spielen als Determinanten der Ausgaben eine wesentliche Rolle.*“ Eine Berücksichtigung der regionalen Unterschiede findet im zentral vereinheitlichten BVA-Zuweisungssystem keine Rolle.

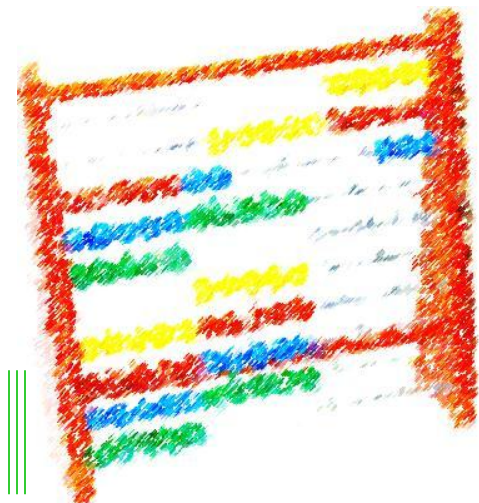
## Empfehlungen (Teil 2)

Daraus ergeben sich folgende Empfehlungen:

- 1) Die den Abbildungen zugrundeliegenden Daten sind in tabellarischer Form bereitzustellen, um dem Prinzip der Transparenz Genüge zu tun.
- 2) Bei Vorliegen der tatsächlichen Datenlage ist die Unter- und Überfinanzierung der Regionen und Bundesländer durch eine Neujustierung der Konvergenzklausel zu beseitigen und zwar für die Jahre 2009, 2010 und 2011 sowie für alle weiteren Jahre, für die eine Fehlallokation der Finanzmittel im bestehenden Zuweisungssystem umgesetzt werden soll.
- 3) Für die Neujustierung der Konvergenzklausel empfiehlt sich das Versorgungsstrukturgesetz. Denn mit dem Versorgungsstrukturgesetz wird das Ziel verfolgt, regionale Versorgungsstrukturen sicherzustellen, konsequenterweise auch auf der Zuweisungs- und Finanzierungsseite.<sup>2</sup>

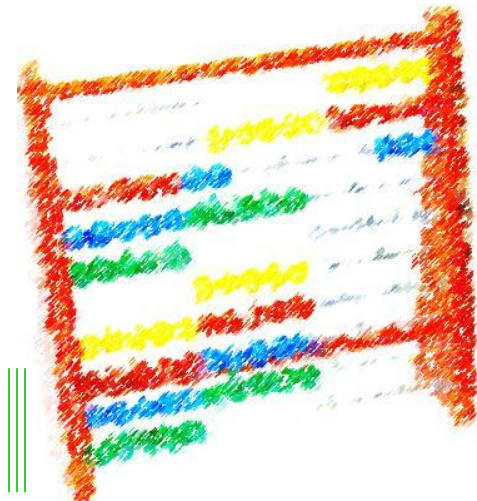
---

<sup>2</sup> Hinweis: Logisch konsequent ist in diesem Zusammenhang, dass das Versorgungsstrukturgesetz in seiner derzeit vorliegenden Form solange als ordnungspolitisch fraglich eingestuft werden muss, bis eine regionale Finanzierung der neuen Versorgungsstrukturen sichergestellt ist.



## Schlussfolgerungen

- 1) Die Einführung von Gesundheitsfonds und BVA-Zuweisungssystem hat keine fairen Chancen im Wettbewerb der Krankenkassen geschaffen. Denn über- und unterfinanzierte Krankenkassen können nicht in einen fairen Wettbewerb zueinander treten. Die Auswirkungen der Erhebung eines Zusatzbeitrages in Bezug auf die Versicherten-Abwanderungen dokumentieren den ruinösen Wettbewerbsprozess.
- 2) Risikoselektion von Versicherten wird nicht verhindert, sondern durch die BVA-Zuweisungslogik, insbesondere durch die Reduzierung der Versicherten auf Deckungsquoten und Deckungsbeiträge befördert. So werden bspw. Hochkostenfälle durch Errichtung von Zugangsbarrieren beim Wechsel der Krankenkasse behindert (wie bei der Insolvenz der City BKK zu beobachten war und bei zukünftigen Insolvenzen zu beobachten sein wird). Außerdem werden systematisch bestimmte Versichertentypen im BVA-Zuweisungssystem bevorzugt, andere systematisch benachteiligt. Dies führt automatisch zur Risikoselektion.
- 3) Ein zielorientierter Wettbewerb auf der Ausgabenseite ist damit ausgeschlossen, vor allem weil die Rahmenparameter des politischen Zuweisungssystem von Jahr zu Jahr, aber auch unterjährig geändert werden.
- 4) Daraus kann auch geschlussfolgert werden, dass keine Erhöhung der Effizienz und der Effektivität der Gesundheitsversorgung aus Gesundheitsfonds und BVA-Zuweisungssystem entstanden ist und entstehen kann. Denn die Ausgaben, Beitragssätze und Steuersubventionen sind seit Ende 2008 signifikant und in stärkeren Wachstumsraten als in den vorangegangenen Perioden gestiegen. Dies ist als Indiz zu deuten, dass Ineffizienz und Ineffektivität von Gesundheitsfonds und BVA-Zuweisungssystem in Form einer Finanzmittel-Verschwendung („finanzexpansive Gesundheitspolitik“) erkaufte worden ist.
- 5) **Sonderthema Krankengeld:** Eine robuste Lösung für die BVA-Fehlallokation beim Krankengeld wird im BVA-Gutachten nicht entwickelt.



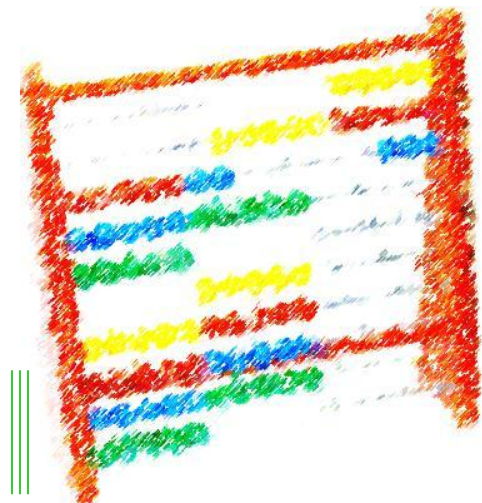
Lösungsoptionen zur Beseitigung der Fehlallokation werden in einem anderen Gutachten beschrieben (vgl.

[www.ifmda.de/download/IfMDA\\_Band\\_18.pdf](http://www.ifmda.de/download/IfMDA_Band_18.pdf)). Dennoch weist das BVA-Gutachten darauf hin (z.B. Seite 45), dass die derzeit umgesetzte Logik der Krankengeld-Zuweisungen die Gesamtgüte der Zuweisungen negativ beeinflusst, d.h. das BVA-Zuweisungsmodell generiert mit Krankengeld eine höhere Fehlallokation als ohne Krankengeld. Dies zeigt sich auch in den Deckungsquoten für das Krankengeld, die im Intervall von 56,5 % bis 152,6 % schwanken (vgl. Seite 194).

**Im Ergebnis kann festgehalten werden:** Die Einführung von Gesundheitsfonds und BVA-Versichertenklassifikationsmodell („Morbi-RSA“) hat aus politökonomischer sowie aus gesundheits- oder ordnungspolitischer Perspektive für den Markt der gesetzlichen Krankenkassen keine wettbewerblichen, d.h. allokationseffizienten Bedingungen bereitgestellt.

Im Gegenteil: Ein nahezu willkürliches Finanzmittel-Verteilungssystem wurde implementiert, das als Ziel die Einheitskasse und die Staatsmedizin in sich trägt.

Mittlerweile sind auch die Freiheitsgrade für Korrekturen im System verbraucht. Nur Korrekturen am System (vor allem Ausstieg aus dem Gesundheitsfonds) liefern die gewünschten Ergebnisse: Wettbewerb, Transparenz, Fairness und Solidarität.



## Verfasser

Dipl.-Volkswirt Dr. sc. pol. Thomas Drabinski studierte Volkswirtschaftslehre und Politik an den Universitäten Gießen, Wolverhampton/England und Kiel, unter anderem mit den Schwerpunkten Finanzwissenschaft, Sozialpolitik und Ökonometrie.



Dr. Drabinski leitet das Institut für Mikrodaten-Analyse (IfMDA).

Das IfMDA ist ein unabhängiges, frei finanziertes Institut. Lösungen des IfMDA verknüpfen Empirie und Analytik mit gesundheits-, steuer- und sozialpolitischer Expertise.

Neben der Institutsleitung des IfMDA hält Dr. Drabinski als Lehrbeauftragter kontinuierlich Vorlesungen und Seminare zur Gesundheitspolitik und -ökonomie an der Universität Kiel ab.

Dr. Drabinski engagiert sich in zahlreichen Vorträgen, Gesprächskreisen und Anhörungen für eine nachhaltige und effiziente Weiterentwicklung des deutschen Gesundheitssystems.

Aktuelle Forschungsprojekte beschäftigen sich u.a. mit den Umverteilungswirkungen des Gesundheitsfonds, mit Versorgungs-, Vergütungs- und Anreizmodellen, der GKV/PKV-Systemgrenze und der Gesundheitsprämie.

