

*Kleine Anfrage der Fraktion der FDP vom 22. April 2008**Auswirkungen des Gesundheitsfonds auf das Land Bremen*

Das Finanzierungsmodell der gesetzlichen Krankenversicherung wird zum 1. Januar 2009 neu geregelt. Beim Bundesversicherungsamt wird der Gesundheitsfonds gebildet, der künftig die per Rechtsverordnung festzulegenden einheitlichen Beiträge der Arbeitgeber und der Arbeitnehmer, der anderen Sozialversicherungsträger und der Mitglieder der Krankenkassen sowie die Bundesmittel nach § 221 SGB V bündelt. Die Krankenkassen erhalten aus dem Fonds Zuweisungen zur Deckung ihrer Ausgaben. Der Gesundheitsfonds wird als Sondervermögen geführt. Die Krankenkassen verlieren durch den Fonds weitgehend ihre Finanzautonomie. Das von der Koalition aus CDU/CSU und SPD auf Bundesebene verfolgte Modell des Gesundheitsfonds ist aus verschiedenen Gründen politisch umstritten. Insbesondere ist zu kritisieren, dass weiterhin keine Vorsorge im Hinblick auf die Auswirkungen der demografischen Entwicklung und der damit einhergehenden Gefahr massiv steigender Beitragssätze getroffen wird. Es steht zu befürchten, dass mit der Implementierung des Gesundheitsfonds ein erheblicher bürokratischer Aufwand einhergeht.

Kassenindividuelle Beitragssätze und deren Wettbewerbswirkung werden zugunsten eines staatlich festgesetzten, bundesweit einheitlichen Beitragssatzes aufgegeben. In einer Studie des Münchener Gesundheitsinstitutes IfG wird darauf hingewiesen, dass bereits 2009 mit einer Steigerung des Beitragssatzes zu rechnen sei, sofern dieser für jede Kasse zur Deckung der anfallenden Ausgaben ausreichen soll. Die Verteilung der Beitragseinnahmen auf die einzelnen Krankenkassen soll auf der Grundlage des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs erfolgen, obwohl sich daraus eine äußerst zweifelhafte Mittelverteilung zwischen den Kassen ergibt. Auf dieses Problem weist auch ein Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs hin. Weiterhin bietet der Gesundheitsfonds keinen ausreichenden Spielraum für die Berücksichtigung regionaler Unterschiede. Der Bundesgesetzgeber hat in § 272 SGB V eine Konvergenzphase vorgesehen, in der unterschiedliche Be- und Entlastungen infolge der Verteilungswirkungen des Gesundheitsfonds in jährlichen Schritten von maximal 100 Millionen € bezogen auf alle im Bereich eines Landes tätigen Kassen angeglichen werden.

Wir fragen den Senat:

1. Mit welchen Be- und Entlastungen, infolge der Verteilungswirkung, die sich aus der Einführung des Gesundheitsfonds in der gesetzlichen Krankenversicherung ergibt, rechnet der Senat bezogen auf die im Land Bremen tätigen Kassen?
2. Wie wird sich die Einführung des Gesundheitsfonds auf die Versorgung der Versicherten im Land Bremen auswirken?
3. Welche Auswirkungen ergeben sich dabei auf die Vergütungen, sowohl für die ambulant tätigen Bereiche als auch für die Krankenhäuser im Land Bremen?
4. Wie hat sich der Senat bisher bundespolitisch zur Einführung des Gesundheitsfonds positioniert, und wie wird sich der Senat künftig verhalten?

Dr. Oliver Möllenstädt, Mark Ella,  
Uwe Woltemath und Fraktion der FDP

D a z u

## *Antwort des Senats vom 13. Mai 2008*

1. Mit welchen Be- und Entlastungen, infolge der Verteilungswirkung, die sich aus der Einführung des Gesundheitsfonds in der gesetzlichen Krankenversicherung ergibt, rechnet der Senat bezogen auf die im Land Bremen tätigen Kassen?

Ob und gegebenenfalls in welchem Umfang die im Land Bremen tätigen Krankenkassen durch die Einführung des Gesundheitsfonds zum 1. Januar 2009 be- oder entlastet werden, lässt sich zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch nicht abschätzen. Die Auswirkungen des Gesundheitsfonds im Vergleich zum aktuellen Recht hängen von einer Vielzahl derzeit noch unbekannter Faktoren ab.

Zu diesen Faktoren zählen unter anderen

- die Höhe des bis zum 1. November 2008 von der Bundesregierung durch Rechtsverordnung festzusetzenden, ab 1. Januar 2009 gültigen bundeseinheitlichen Beitragssatzes,
- die tatsächliche Ausgestaltung des Klassifikationsmodells für die Morbiditätsgruppen des Risikostrukturausgleichs,
- die Ausgestaltung der Zuweisungen für Leistungsausgaben und für Verwaltungskosten an die Krankenkassen,
- die Ausgestaltung der Übergangsregelungen zur Einführung des Gesundheitsfonds nach § 272 SGB V sowie
- mittelbar die Höhe der bis zum 31. August 2008 erstmals festzusetzenden bundeseinheitlichen Punktwerte als Orientierungswert zur Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen, einschließlich der Indikatoren zur Messung der regionalen Besonderheiten bei der Kosten- und Versorgungsstruktur.

Eine weitergehende Antwort ist dem Senat derzeit nicht möglich.

2. Wie wird sich die Einführung des Gesundheitsfonds auf die Versorgung der Versicherten im Land Bremen auswirken?

Im Gegensatz zum bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Recht werden die einzelnen Krankenkassen die Beitragseinnahmen nicht länger in eigener Verantwortung verwalten, sondern sie an den Gesundheitsfonds abführen. Im Gegenzug erhalten sie aus dem Gesundheitsfonds Zuweisungen – in Form von Grundpauschalen sowie alters-, geschlechts- und risikoadjustierten Zu- und Abschlägen zum Ausgleich der unterschiedlichen Risikostrukturen – zur Deckung der standardisierten Leistungsausgaben und Zuweisungen für sonstige Ausgaben. Der Gesundheitsfonds organisiert somit lediglich die Verteilung der für die gesetzliche Krankenversicherung zur Verfügung stehenden Finanzmittel neu. Direkte Auswirkungen auf die Versorgung der Versicherten im Land Bremen sind daher durch die Einführung des Gesundheitsfonds nicht zu erwarten.

Zeitgleich, aber unabhängig von der Einführung des Gesundheitsfonds, wird der bisherige Risikostrukturausgleich zu einem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich fortentwickelt. Die Entscheidung für diese Fortentwicklung war jedoch bereits vor dem Beschluss zur Einführung des Gesundheitsfonds gefallen.

Ebenfalls zeitgleich, aber unabhängig von der Einführung des Gesundheitsfonds, wird die Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen auf ein System aus bundeseinheitlichen Orientierungswerten, regionalen Euro-Gebührenordnungen, morbiditätsbedingter Gesamtvergütung und vereinbarten Behandlungsbedarfen der Versicherten umgestellt.

Diese zeitgleich erfolgenden Änderungen werden sich auf die Finanzausstattung der Krankenkassen auswirken. Einerseits bezieht der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich stärker als bisher den Gesundheitszustand jedes und jeder Versicherten in den Finanzausgleich ein. Andererseits verlagert die Umstellung der Vergütungssystematik für vertragsärztliche Leistungen das Morbiditätsrisiko von den Ärzten auf die Krankenkassen und kann – durch die Orientierung an bundeseinheitlichen Orientierungswerten – zusätzlich zu Veränderungen der bisher vereinbarten Punktwerte führen.

Diese Veränderungen werden sich auch auf die Höhe der an die Ärzte zu zahlenden Gesamtvergütung und damit mittelbar auf die Versorgung der Versicherten auswirken. Diese Auswirkungen stehen jedoch in keinem ursächlichen, sondern lediglich in einem zeitlichen Zusammenhang mit der Einführung des Gesundheitsfonds.

Wie diese Auswirkungen aussehen werden, lässt sich derzeit noch nicht mit der für eine sachdienliche Antwort erforderlichen Bestimmtheit vorhersagen, da die entscheidenden Parameter zurzeit noch nicht bekannt sind.

3. Welche Auswirkungen ergeben sich dabei auf die Vergütungen, sowohl für die ambulant tätigen Bereiche als auch für die Krankenhäuser im Land Bremen?

Auf die Antworten zu den Fragen 1. und 2. wird verwiesen.

4. Wie hat sich der Senat bisher bundespolitisch zur Einführung des Gesundheitsfonds positioniert, und wie wird sich der Senat künftig verhalten?

Der Senat hat im Gesetzgebungsverfahren das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz und damit auch die Einführung des Gesundheitsfonds unterstützt. Er sieht derzeit keine Veranlassung, von seiner damaligen Position abzuweichen.