

Antwort

der Bundesregierung

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Dr. Achim Kessler, Susanne Ferschl, Sylvia Gabelmann, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.
– Drucksache 19/1552 –**

Sondergutachten zu den Wirkungen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs

Vorbemerkung der Fragesteller

Der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) ist das wesentliche Instrument, mit dem die Mittel des Gesundheitsfonds auf die einzelnen gesetzlichen Krankenkassen verteilt werden. Die Ausgaben der Krankenkassen, die im Jahr 2018 voraussichtlich über 236 Mrd. Euro betragen werden, werden durch diese Mittel im Wesentlichen finanziert (www.bundesversicherungsamt.de/fileadmin/redaktion/Risikostrukturausgleich/Schaetzerkreis/20171013_Schaetztaeu2018_BMG_BVA.pdf). Der Morbi-RSA hat die Aufgabe, Krankenkassen die von ihnen benötigten Mittel zur Verfügung zu stellen; Krankenkassen mit vielen Versicherten, die von einer oder mehreren der im Morbi-RSA einbezogenen Krankheiten betroffen sind, erhalten also höhere Zuweisungen als Krankenkassen mit wenigen zu versorgenden im Morbi-RSA einbezogenen Krankheiten. Der Ausgleichsmechanismus entscheidet also maßgeblich über die finanzielle Situation der Krankenkassen und damit auch mittelbar darüber, wie hoch der jeweils von den Krankenkassen zur Deckung ihrer Ausgaben von den Versicherten erhobene Zusatzbeitrag ausfällt. Auch den Versicherten können durch eine ungünstige Verteilung der Mittel aufgrund des Wettbewerbs unter den Krankenkassen negative Folgen erwachsen, sofern der Risikostrukturausgleich seiner angedachten Funktion der Vermeidung von Risikoselektion nicht genügen kann. So sind als Reaktion einer betroffenen Kasse z. B. Kostenbegrenzung, Diagnosebeeinflussung, eine restriktive Genehmigungspraxis und im schlimmsten Fall die Schließung der Kasse vorstellbar (www.sovd-sh.com/images/pdf/zeitung_2016_0708.pdf; www.aerzteblatt.de/nachrichten/76345/Studie-lae223t-Manipulationen-beim-Risiko%25ADstruk%25ADtur%25ADaus%25ADgleich-vermuten; www.tk.de/tk/pressemitteilungen/bundesweite-pressemitteilungen/965934).

Der Wissenschaftliche Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs beim Bundesversicherungsamt hat im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit im Herbst 2017 ein Sondergutachten erstellt (www.bundesversicherungsamt.de/fileadmin/redaktion/Risikostrukturausgleich/20180125

Sondergutachten_Wirkung_RSA_2017_korr.pdf). Hierin sollen Entwicklungsmöglichkeiten des Morbi-RSA analysiert, untersucht und Empfehlungen dazu gegeben werden.

Der Beirat hat verschiedene relevante Faktoren untersucht und einige Empfehlungen abgegeben. Mit dieser Kleinen Anfrage soll erfragt werden, wie die Bundesregierung zu den einzelnen Untersuchungen und Empfehlungen steht, welche sie umsetzen will und in welcher Weise sie gedenkt, dies zu tun.

Vorbemerkung der Bundesregierung

Der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) und der Gesundheitsfonds haben sich als zentrale Säulen des Finanzierungssystems der gesetzlichen Krankenversicherung bewährt. Der Morbi-RSA ist ein wesentliches Element der solidarischen Wettbewerbsordnungsordnung, um die beste Versorgung der Versicherten und zugleich die finanzielle Stabilität der GKV zu gewährleisten. Die zentrale Aufgabe des RSA ist in dieser solidarischen Wettbewerbsordnungsordnung die Vermeidung von Risikoselektion als Voraussetzungen für gleiche Wettbewerbsbedingungen. Dieses Ziel kann umso besser erreicht werden, je besser es gelingt, die systematischen Ausgabenrisiken der Versicherten auszugleichen. Je zielgenauer dabei die Zuweisungen je Versicherten an die Krankenkassen erfolgen, desto geringer sind die durch Über- und Unterdeckungen verursachten Anreize zur Risikoselektion und die daraus resultierenden Wettbewerbsverzerrungen.

Das aktuelle RSA-Verfahren ist eines der zielgenauesten seit Einführung eines Ausgleichssystems in Deutschland und überzeugt auch im internationalen Vergleich. Insbesondere konnte durch die Einführung der direkten Morbiditätsorientierung 2009 die Zielgenauigkeit des RSA stark verbessert werden. So hat sich seitdem unter anderem die Spreizung der Beitragssätze der Krankenkassen deutlich verringert. Unmittelbar vor Einführung des Morbi-RSA reichten diese noch von 12,2 bis 17,4 Prozent, was einer Spanne von über 5 Prozentpunkten entspricht. Aktuell liegen die Beitragssätze bei 14,6 bis 16,3 Prozent (Stand: März 2018). Die Spannbreite ist also mit 1,7 Prozentpunkten erheblich kleiner als vor Einführung des Morbi-RSA.

Allerdings ist auch ein gut funktionierendes System kontinuierlich zu überprüfen und weiterzuentwickeln. Der Gesetzgeber hat den RSA daher als „lernendes System“ ausgestaltet. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) beauftragte im Dezember 2016 den Wissenschaftlichen Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleiches beim Bundesversicherungsamt mit einem Sondergutachten zu den Wirkungen des Morbi-RSA und den Auswirkungen verschiedener Reformvorschläge. Zum 1. Oktober 2017 wurde der Wissenschaftliche Beirat zusätzlich mit einem Sondergutachten zur regionalen Verteilungswirkung des RSA beauftragt.

Der zwischen CDU, CSU und SPD für die 19. Wahlperiode geschlossene Koalitionsvertrag greift die Notwendigkeit der Weiterentwicklung des RSA auf, um diesen mit dem Ziel eines fairen Wettbewerbs fortzuentwickeln und ihn vor Manipulation zu schützen. Die oben genannten Sondergutachten sind dabei zu berücksichtigen. Darüber hinaus ist auch die Einführung einer gesetzlichen Verpflichtung zu einer regelmäßigen gutachterlichen Überprüfung vereinbart, um kontinuierlich den Weiterentwicklungsbedarf des RSA zu identifizieren.

Das Sondergutachten zu den Wirkungen des Morbi-RSA liegt dem BMG seit dem 28. November 2017 vor. Die Ergebnisse werden derzeit einer ausführlichen Be-

wertung unterzogen. Wie im Koalitionsvertrag gefordert werden dabei insbesondere Maßnahmen zur Stärkung der Manipulationsresistenz geprüft. Insgesamt werden die Auswirkungen der einzelnen Vorschläge auf die Anreize zur Risiko-selektion und auf die Gesamtheit der Wettbewerbsbedingungen im Blick behalten.

Aktuell erarbeitet der Wissenschaftliche Beirat das Sondergutachten zur regionalen Verteilungswirkung des RSA. Eine Berücksichtigung von Regionaldaten war im Rahmen des ersten Sondergutachtens noch nicht möglich, da erst mit dem Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (HHVG) eine gesetzliche Grundlage für die Erhebung des amtlichen Gemeindeschlüssels als Regional-kennzeichen geschaffen wurde. Die Ergebnisse des Sondergutachtens sollen im zweiten Quartal 2018 vorliegen. Die Ergebnisse beider Gutachten sind auf sich ergebende Wechselwirkungen zu prüfen.

Das BMG wird im Anschluss unter Berücksichtigung der Empfehlungen des Wissenschaftlichen Beirats zeitnah ein Gesamtkonzept zur Reform des Morbi-RSA erstellen.

1. Wird die Bundesregierung die Anzahl der in den Ausgleich einbezogenen Krankheiten, die derzeit gesetzlich auf 80 begrenzt ist, erhöhen bzw. den Morbi-RSA zu einem Vollmodell weiterentwickeln, wie es der Beirat empfiehlt?
Wenn nein, warum nicht?
2. Wird die Bundesregierung bei dem für die Auswahl der Krankheiten maßgeblichen Rückgriff auf die Wurzelfunktion bleiben?
7. Wird die Bundesregierung der Empfehlung folgen, auch zukünftig nicht auf die ambulanten Diagnosen zur Bestimmung der Morbidität zu verzichten?
8. Wird die Bundesregierung der Empfehlung folgen, zur Stärkung der Manipulationsresistenz des Klassifikationsmodells eine weitere konsequente Berücksichtigung von Arzneimitteln im Aufgreifalgorithmus und eine weitere systematische Pflege der sog. Aufgreifkriterien und des hierarchischen Ansatzes der Versichertenklassifikation, sowie eine Meldung der Operationen- und Prozedurschlüssel (OPS) für den ambulanten und stationären Sektor zu regeln?
9. Wird die Bundesregierung der Empfehlung folgen, eine vollständige Entkopplung der Vergütung für Selektivverträge von dokumentierten Diagnosen zu erreichen und stattdessen ausschließlich die im Vertrag dokumentierte konkrete Mehrleistung gegenüber der Regelversorgung zur Grundlage für die Vergütung der selektivvertraglichen Versorgung zu machen?
10. Wird die Bundesregierung den vom Beirat befürworteten Vorschlag von Transparency International aufgreifen, ein zentrales Register für Selektivverträge zu schaffen, und wenn nein, weshalb nicht?
11. Wird die Bundesregierung die Einführung ambulanter Kodierrichtlinien vorantreiben, und wenn nein, warum nicht?
12. Wird die Bundesregierung über die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die ihr obliegende Zertifizierung der Praxissoftware veranlassen, dass bundesweit gleich kodiert wird und eine Integration kassenindividueller Module zur Diagnosestellung unterbleibt?
13. Wird die Bundesregierung Änderungen bei den Pharmakostengruppen betreiben, und wenn ja, welche?

14. Wird die Bundesregierung den Status der Erwerbsminderung auch zukünftig beibehalten, wie es der Beirat empfiehlt?
Wird die Bundesregierung die Empfehlung umsetzen, wonach Erwerbsminderung im Klassifikationssystem zukünftig als vergleichsweise manipulations-sicheres Kriterium zur Schweregraddifferenzierung innerhalb des Morbiditätsspektrums eingesetzt wird, bzw. als ersten Schritt eine bessere Altersabgrenzung realisieren?
15. Wie steht die Bundesregierung zur strittigen Wiedereinführung eines Risikopools?
16. Wird die Bundesregierung einen Vorschlag zur Verbesserung des Zuweisungsalgorithmus bei Multimorbidität aufgreifen, und wenn ja, welchen (bitte begründen)?
17. Wird die Bundesregierung eine Maßnahme zur Regionalisierung des Morbi-RSA oder der Zusatzbeiträge ergreifen?
18. Wie wird die Bundesregierung auf den vom Beirat festgestellten Forschungsbedarf bezüglich der Wirkungen des Morbi-RSA auf Präventionsaktivitäten der Krankenkassen reagieren?
19. Will die Bundesregierung die DMP-spezifische Ausgestaltung (DMP = Disease-Management-Programme) der Zuweisungen auch auf andere populationsorientierte Modelle mit sektorenübergreifender Orientierung ausbauen, z. B. auf besondere Versorgungsformen nach § 140a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch?
20. Will die Bundesregierung an dem aktuellen Zuweisungsschlüssel für Verwaltungskosten festhalten?

Die Fragen 1 und 2 sowie 7 bis 20 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Die Ergebnisse des Sondergutachtens zu den Wirkungen des Morbi-RSA des Wissenschaftlichen Beirats werden derzeit noch geprüft. Das Sondergutachten zur regionalen Verteilungswirkung des RSA soll im zweiten Quartal 2018 vorliegen. Da beide Gutachten in engem Sachzusammenhang zueinander stehen, werden die Ergebnisse nach Vorlage des Sondergutachtens zur regionalen Verteilungswirkung auch auf mögliche Wechselwirkungen untersucht. Im Anschluss werden die Empfehlungen des Wissenschaftlichen Beirats bewertet und in einem Gesamtkonzept zur Reform des Morbi-RSA konkretisiert. Im Übrigen wird auf die Vorbemerkung der Bundesregierung verwiesen.

3. Teilt die Bundesregierung die Einschätzung, dass Wettbewerb kein Selbstzweck ist, sondern ein Instrument, um bessere Versorgung, höhere Lebenserwartung und Lebensqualität zu erreichen, und teilt sie die Einschätzung, dass der Kassenwettbewerb dies bislang nicht erreicht hat, sondern es sich dabei hauptsächlich um einen Wettbewerb um die Vermeidung von Zusatzbeiträgen handelt (vgl. S. XXVI f. des Sondergutachtens zum Risikostrukturausgleich)?

Die Bundesregierung teilt die Einschätzung, dass der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen ein Instrument darstellt, um die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung zu erhöhen. Der wettbewerbliche Rahmen setzt hierbei Anreize, dass sich die Krankenkassen um eine hohe Versorgungsqualität, innovative Versorgungsangebote und guten Service bemühen. Ein solidarischer

Wettbewerbsrahmen mit Morbi-RSA und Einkommensausgleich stellt hierbei sicher, dass sich der Wettbewerb an den Bedürfnissen und Interessen der Versicherten und Patienten orientiert.

Die Bundesregierung teilt die Einschätzung nicht, dass der Wettbewerb hauptsächlich ein Wettbewerb um die Vermeidung von Zusatzbeiträgen ist. Mit dem GKV-Finanzstruktur- und Qualitätsweiterentwicklungsgesetz hat die Bundesregierung zum 1. Januar 2015 mit der Absenkung des allgemeinen Beitragssatzes dafür gesorgt, dass seither nahezu alle Krankenkassen einen Zusatzbeitrag erheben und Zusatzbeiträge seither ein etabliertes Instrument der Finanzierung darstellen. Dadurch wurde eine bessere Ausgewogenheit zwischen Preis- und Qualitätswettbewerb erreicht. Die Bandbreite der Beitragssätze der Krankenkassen ist heute deutlich geringer als in der Zeit vor Einführung des Gesundheitsfonds.

Gleichwohl ist der Preiswettbewerb über Zusatzbeiträge ein wichtiger Baustein für eine nachhaltige Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung. Der Preiswettbewerb setzt Anreize, dass sich die Krankenkassen um eine wirtschaftliche und effiziente Ausgabenstruktur bemühen. Dies zeigt sich beispielsweise in einem sehr moderaten Anstieg der Verwaltungskosten der Krankenkassen über die letzten Jahre sowie einem erheblichen Anstieg der Einsparungen, die die Krankenkassen durch Verträge mit Leistungserbringern, wie zum Beispiel bei den Arzneimittelrabattverträgen, erzielen. Effizientes Wirtschaften ist angesichts steigender Ausgaben notwendige Voraussetzung für eine langfristig finanzierbare Gesundheitsversorgung auf qualitativ hohem Niveau.

4. Hat nach Auffassung der Bundesregierung die Einschätzung des Beirates, in einigen Bundesländern läge ein „hochkonzentrierter“ Krankenkassenmarkt vor, zur Folge, dass die Qualität der Versorgung sich zwischen einzelnen Bundesländern aufgrund der unterschiedlichen Marktkonzentration unterscheidet?

Die Qualität der Gesundheitsversorgung wird von einer Vielzahl an Faktoren und Aspekten beeinflusst. Untersuchungen über die unmittelbare Wirkung des Konzentrationsgrades des Krankenkassenmarktes auf die Versorgungsqualität sind der Bundesregierung nicht bekannt.

5. Stimmt die Bundesregierung der Aussage zu, dass die Regelungen aus dem Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz, die Beeinflussung der Diagnosen durch die Krankenkassen verhindern sollen, in einem einheitlichen Prüfverfahren durchgeführt werden sollen, egal ob es sich um Bundes- oder Landesaufsicht handelt?

Hat sich das Bundesversicherungsamt (BVA) mit den entsprechenden Behörden der Länder abgestimmt, dass diese auch eine ähnliche Prüfung der ihnen unterstehenden Krankenkassen durchführen, wie es das BVA mit den ihm unterstehenden 66 Krankenkassen betreibt (vgl. Dienst für Gesellschaftspolitik 37/38-17, S. 4)?

Finden diese Überprüfungen tatsächlich einheitlich statt?

Die Aufsichtsbehörden der Länder und des Bundes sind nach § 90 Absatz 4 SGB IV zu einem regelmäßigen Erfahrungsaustausch verpflichtet. In dem Rahmen dieser zweimal jährlich stattfindenden Aufsichtsbehördentagungen wurden mehrere Beschlüsse zur Umsetzung des Verbots der Vereinbarung von zusätzlichen Vergütungen für Diagnosen im Rahmen von Selektivverträgen beschlossen. Die Beschlüsse wurden einstimmig gefasst. Soweit es Unterschiede in der Auf-

sichtspraxis gibt, werden diese im Rahmen der Aufsichtsbehördentagung besprochen. Die Bundesregierung ist der Auffassung, dass es einer einheitlichen Prüfpraxis der Aufsichtsbehörden des BVA und der Länder bedarf, damit gleiche Wettbewerbsbedingungen bestehen.

6. Wird die Bundesregierung die Anregung aufgreifen, die im Wesentlichen seit dem GKV-Organisations-Weiterentwicklungsgesetz (GKV-OrgWG) geltenden Haftungskaskaden dahingehend zu ändern, dass die Primärhaftung für den Fall der Schließung, Auflösung oder Insolvenz einer Krankenkasse auf den GKV-Spitzenverband übergeht, da auch Krankenkassen derselben Kassenart miteinander im Wettbewerb stehen (Ausnahme AOK)?

Unter den Bedingungen des bestehenden Wettbewerbs der Krankenkassen und der Einführung der Möglichkeit kassenartenübergreifender Fusionen stellen sich Fragen zu dem nach Kassenarten gegliederten Haftungssystem. In dem bestehenden wettbewerbsorientierten System ist die Solidarität zwischen Krankenkassen einer Kassenart nicht mehr zwangsläufig gegeben. Allerdings sind auch mögliche Folgen der Abschaffung des bestehenden Haftungssystems hinsichtlich ihrer Wirkungen kritisch zu prüfen und zu berücksichtigen.

