

## Antwort

### der Bundesregierung

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Dr. Martina Bunge, Dr. Ilja Seifert, Kathrin Senger-Schäfer, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.  
– Drucksache 17/7294 –**

### Finanzausgleich zwischen Krankenkassen

#### Vorbemerkung der Fragesteller

Im Herbst 2010 hat das Bundesministerium für Gesundheit den „Wissenschaftlichen Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs“ beauftragt, den Jahresausgleich 2009 zu evaluieren. Der Bericht stellt erhebliche Mängel beim morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) fest, die zu finanziellen Benachteiligungen von Krankenkassen führen, die überdurchschnittlich viel ältere und kranke Versicherte versorgen. Krankenkassen mit vielen gesunden und jungen Versicherten werden hingegen bevorteilt.

Diese Schieflage belastet die Krankenkassen mit vielen älteren und kranken Versicherten und kann damit einen Beitrag zu finanziellen Schwierigkeiten dieser Kassen, zur Einführung von Zusatzbeiträgen oder sogar zu Insolvenzen führen. Entsprechend ist eine Risikoselektion, also der Versuch, ältere und kranke Versicherte zu vermeiden, immer noch lohnend für die Krankenkassen. Ein Beispiel für den Versuch der Krankenkassen auf diese Unterfinanzierung von älteren und kranken Versicherten zu reagieren, muss in dem Versuch der Kassen gesehen werden, die Mitglieder der City BKK nicht anzunehmen.

Der Bericht liegt seit Juni 2011 vor. Die Bundesregierung hat ihn jedoch erst auf Druck der Krankenkassen und aufgrund eines entsprechenden Berichtswunsches der Fraktion DIE LINKE. im Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages am 25. September 2011 veröffentlicht.

#### Vorbemerkung der Bundesregierung

Die Bundesregierung teilt nicht die Auffassung, dass der Wissenschaftliche Beirat erhebliche Mängel beim morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) festgestellt habe. In seinem Bericht kommt er vielmehr zu dem Ergebnis, dass der Morbi-RSA zielgerechter als der bis 2008 geltende Alt-RSA wirke und die Berücksichtigung der Morbidität der Versicherten zu einer deutlichen Verbesserung bei der Deckung der durchschnittlichen Leistungsausgaben auf Individual-, Gruppen- und Kassenebene führe.

Der Bericht ist dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) Ende Juni vorgelegt worden und wurde eingehend fachlich geprüft. Nach einer Diskussion der Ergebnisse am 19. September 2011 im Rahmen einer Sitzung der Koordinierungsgruppe der Koalitionsfraktionen der CDU/CSU und FDP wurde er am 23. September 2011 auf der Homepage des BMG veröffentlicht.

1. Wann genau hat die Bundesregierung den Bericht des Wissenschaftlichen Beirats zum Risikostrukturausgleich erhalten, und welche internen Schritte hat sie daraufhin eingeleitet?

Ein erster Entwurf des Endberichts wurde dem Bundesministerium am 6. Mai 2011 vorgelegt, der zweite Entwurf am 22. Juni 2011. Dieser Entwurf wurde der eingehenden Prüfung durch die Fachabteilung unterzogen.

2. Wurde der Bericht durch die Bundesregierung verändert?  
Falls ja, in welcher Weise?

Nein, der Bericht wurde durch die Bundesregierung nicht verändert.

3. Wann hat die Bundesregierung den Bericht zur Verwendung an das Bundesversicherungsamt (BVA), an die Krankenkassen und wann und welchen Bundestagsfraktionen gesendet?
4. Hat das BVA den Bericht so rechtzeitig erhalten, dass die Ergebnisse bei der Neuberechnung des Morbi-RSA noch berücksichtigt werden können?  
Falls nein, wann hätte das BVA den Bericht erhalten müssen, damit eine Berücksichtigung hätte erfolgen können?

Der Bericht wurde vom BMG am 23. September 2011 auf seiner Homepage veröffentlicht. Mit der Veröffentlichung stand der Bericht selbstverständlich den Krankenkassen, den Bundestagsfraktionen und auch dem BVA zur Verfügung. Allerdings ist die jährliche Festlegung im RSA durch das BVA nach § 31 Absatz 4 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) als Routineverfahren unabhängig vom Evaluationsverfahren weiterzuführen.

5. In wie vielen Ländern der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) existiert ein Risikostrukturausgleich zwischen Krankenkassen, und in wie vielen Ländern davon ist er morbiditätsorientiert?

In wie vielen Ländern der OECD es insgesamt einen Risikostrukturausgleich gibt, entzieht sich der Kenntnis der Bundesregierung. Risikostrukturausgleiche sind jedoch in Ländern üblich, die ein wettbewerbliches Krankenversicherungssystem mit einem Verbot risikoäquivalenter Prämien verbinden. Mit dem Risikostrukturausgleich in der deutschen GKV vergleichbare Systeme existieren in den Niederlanden, in der Schweiz, in Belgien, in Israel und – mit Einschränkungen – in den USA. Der Wissenschaftliche Beirat verweist hierauf in seinem Bericht.

6. Trifft es zu, dass es nach Aussagen des Wissenschaftlichen Beirats zu Unterdeckungen bei älteren, kranken Versicherten und zu Überdeckungen bei jüngeren, gesunden Versicherten kommt?

Insgesamt hat – so der Wissenschaftliche Beirat – die Einführung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs gegenüber dem bis zum Jahr 2008 bestehenden Risikostrukturausgleich einschließlich Risikopool die Zielgenauigkeit der Zuweisungen zur Deckung der standardisierten Leistungsausgaben erhöht. Die Berücksichtigung der Morbidität der Versicherten hat zu einer deutlichen Verbesserung bei der Deckung der durchschnittlichen Leistungsausgaben auf Individual-, Gruppen- und Kassenebene geführt (s. Bericht S. 2 f.). Sowohl die Überdeckung bei Versicherten, die keine der im RSA berücksichtigten Krankheiten haben, als auch die Unterdeckungen bei Multimorbiden sind gegenüber dem Alt-RSA erheblich reduziert worden (s. Bericht S. 57 Abbildung 8).

7. Wie positioniert sich die Bundesregierung zu Aussagen des AOK-Bundesverband GbR, nach denen mit dem jetzigen Morbi-RSA vor allem Krankenkassen mit überdurchschnittlich vielen älteren Menschen und Menschen mit Krebs benachteiligt werden?
11. Welche Auswirkungen hat eine Annualisierung der Versichertendaten?

In wie vielen europäischen Ländern mit morbiditätsorientiertem Risikostrukturausgleich werden die Versichertendaten annualisiert, und in wie vielen nicht annualisiert?

Die Bundesregierung hat aktuell keine Erkenntnisse, in wie vielen europäischen Ländern mit morbiditätsorientiertem Risikostrukturausgleich die Versichertendaten annualisiert werden. Wichtig für die Bewertung des Risikostrukturausgleichs ist eine gute Zielgenauigkeit der Gesamtzuweisungen an die Krankenkassen.

8. Was versteht die Bundesregierung darunter, den Morbi-RSA auf das notwendige Maß zu reduzieren?

Will die Bundesregierung weiter an diesem Ziel festhalten?

Wie bewertet die Bundesregierung in diesem Zusammenhang die Aussagen des Wissenschaftlichen Beirats: „Eine Reduzierung der Zahl der Krankheiten ist aus Sicht des Beirates abzulehnen“ bzw. die Aussage: „bewertet der Beirat auch eine Beschränkung auf maximal einen Morbiditätszuschlag je Versicherten kritisch“?

Die Bundesregierung kommt auf der Grundlage des Berichts des Wissenschaftlichen Beirats zu dem Ergebnis, dass die weitere Entwicklung zunächst abgewartet werden sollte, um die Diskussion um die Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs auf einer breiteren Datenbasis weiterzuführen.

9. Ist es richtig, dass der Wissenschaftliche Beirat in seinem Gutachten zum Ergebnis kommt, dass eine Erweiterung der bisherigen zugrunde gelegten Krankheiten um weitere 126 Krankheiten die Zielgenauigkeit des Morbi-RSA verbessern und die derzeitigen systematischen Über- und Unterdeckungen tendenziell abbauen würde?

Der Beirat hat die Frage einer Erweiterung der Zahl der berücksichtigungsfähigen Krankheiten untersucht, indem er weitere 286 Krankheiten einbezieht (s. Bericht S. 123 ff.). Er weist im Ergebnis darauf hin, dass die Wirkungs-

zusammenhänge komplex sind, im Status quo über die Berücksichtigung von 80 Krankheiten bereits ein Teil des Morbiditätsgeschehens außerhalb dieser Krankheiten über Komorbiditätseffekte berücksichtigt wird, die Auswertung einer Komplettierung der Zahl der berücksichtigten Krankheiten kein einheitliches Bild ergibt und insbesondere zuerst das Klassifikationsmodell für die bisher nicht berücksichtigten Krankheiten hätte entwickelt werden müssen, was aber im Rahmen der Evaluation nicht leistbar gewesen sei. Eine Empfehlung, die Zahl der berücksichtigungsfähigen Krankheiten zu erweitern, gibt der Wissenschaftliche Beirat nicht.

10. Wie steht die Bundesregierung zu den Ausführungen der Parlamentarischen Staatssekretärin beim Bundesminister für Gesundheit, Annette Widmann-Mauz, in der Fragestunde des Deutschen Bundestages vom 28. September 2011, dass es keinen Handlungsbedarf bezüglich des Morbi-RSA gäbe, weil die Passgenauigkeit gegenüber dem vorherigen RSA bereits verbessert sei?

Richtet sich der Handlungsbedarf nicht danach, ob umsetzbare Maßnahmen zu einer Verbesserung der Passgenauigkeit führen würden, wie die im Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats benannte Annualisierung der Versichertendaten?

Wie beurteilt die Bundesregierung in diesem Zusammenhang die Aussage des Wissenschaftlichen Beirats: „hält der Beirat es für geboten, die Ausgaben von allen Versicherten mit unvollständigen Versichertenepisoden zu annualisieren“?

Die Parlamentarische Staatssekretärin hat im Namen der Bundesregierung geantwortet. Es besteht keine Veranlassung für eine Korrektur ihrer Aussage.

12. Wie werden Auslandsversicherte in den Morbi-RSA einbezogen?

Wie bewertet die Bundesregierung die Aussagen des wissenschaftlichen Beirats „GKV-weit beträgt die Deckungsquote für Auslandsversicherte daher mindestens 172,9 Prozent“?

In welchem Ausmaß betrifft dies die Krankenkassen unterschiedlich, und welchen Handlungsbedarf sieht hier die Bundesregierung?

Der Beirat weist darauf hin, dass die Ausgaben für Auslandsversicherte vermutlich bisher nicht vollständig versichertenbezogen erfasst wurden, zumal es bei der Abrechnung der Ausgaben von Auslandsversicherten auch zu erheblichen zeitlichen Verzögerungen kommen kann und Deckungsquoten auf Gruppenebene insgesamt nicht aussagefähig sind (Bericht S. 85 f.). Im Zusammenhang mit den geänderten Buchungsvorschriften im Rahmen des Übergangs zu einer an den Prinzipien des Handelsgesetzbuchs orientierten Rechnungslegung ist denn auch tatsächlich in 2010 und 2011 ein starker Anstieg der Ausgaben zu verzeichnen. Entsprechend ist sowohl im Jahresausgleich 2010 als auch im Jahresausgleich 2011 nicht mit einer solchen Überdeckung zu rechnen. Auch hier ist daher die weitere Entwicklung der Ausgaben für Auslandsversicherte zunächst abzuwarten. Die Bundesregierung wird zudem den GKV-Spitzenverband auffordern, die Transparenz im Bereich der Abrechnungen für Auslandsversicherte deutlich zu verbessern, um die Qualität der Daten auch von dieser Seite her zu verbessern. Anzumerken ist, dass die Zuweisungen für Auslandsversicherte insgesamt knapp 0,4 Prozent der Gesamtzuweisungen betragen, so dass die Zielgerechtigkeit des Morbi-RSA insgesamt hiervon nicht wesentlich beeinflusst wird.

13. Mit welchen Auswirkungen wird in dem Bericht durch die Einführung eines Risikopools gerechnet?

Wie bewertet die Bundesregierung die Aussagen des Wissenschaftlichen Beirats: „Insbesondere kleine Krankenkassen können durch eine Kumulation von Hochkostenfällen in ihrer finanziellen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt werden.“?

Welchen Handlungsbedarf sieht die Bundesregierung?

Der Risikopool wurde ab 2009 abgeschafft, weil er einen hohen Verwaltungsaufwand verursacht hatte und seine Ausgleichswirkungen mit einem Umverteilungsvolumen von weniger als 1 Prozent der GKV-Ausgaben insgesamt nur gering waren. Der Streichung dieser Regelung entsprach auch Anregungen von Verbänden der Krankenkassen. Die Argumente, die für die Abschaffung des Risikopools ausschlaggebend waren, haben weiterhin Gewicht. Auch der Wissenschaftliche Beirat gibt den warnenden Hinweis, dass sich die Erstattungen aus dem Risikopool und die zugehörigen Kürzungen bei den standardisierten Leistungsausgaben auf Kassenebene weitestgehend neutralisieren und daher insbesondere bei großen Krankenkassen kaum Verteilungswirkung zeigen würden. Darüber hinaus würden kleinere Krankenkassen durch die Einführung des Risikopools im Durchschnitt sogar belastet. Auch konnte der Beirat in seinem Bericht nicht feststellen, dass die Belastung von Krankenkassen durch Hochkostenfälle ursächlich für entstandene Über- und Unterdeckungen im Jahresausgleich 2009 ist (s. Bericht S. 101). Vor diesem Hintergrund wäre es nicht sachgerecht, die Entscheidung über die Wiedereinführung dieses aufwändigen Verfahrens auf der Grundlage der Ergebnisse eines einzigen Ausgleichsjahres zu treffen. Auch hier ist zunächst eine breitere Datengrundlage erforderlich. Soweit kleine Krankenkassen aktuell im Einzelfall durch Hochkostenfälle belastet werden, hat der Gesetzgeber ihren Verbänden die Aufgabe zugewiesen, einen Finanzausgleich für aufwendige Leistungsfälle vorzusehen (siehe § 265 SGB V).

14. Welchen Veränderungsbedarf sieht die Bundesregierung bei der Stichprobengröße zur Entwicklung des Klassifikationsmodells?

Wie bewertet die Bundesregierung in diesem Zusammenhang die Aussage des Wissenschaftlichen Beirats: „Der Beirat plädiert aus diesem Grund dafür, zukünftig die berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben – wie bereits jetzt schon die Versichertenstammdaten und Morbiditätsinformationen – im Rahmen einer Vollerhebung zu melden.“?

Nach § 30 Absatz 1 Satz 3 RSAV kann der GKV-Spitzenverband im Einvernehmen mit dem Bundesversicherungsamt die Erhebung der berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben auf eine Stichprobe beschränken. Von dieser Regelung wurde zu Beginn des Verfahrens Gebrauch gemacht, da insbesondere Ausgaben sonstiger Leistungserbringer (Physiotherapeuten, Logopäden etc.) nicht vollständig versichertenbezogen bei den Krankenkassen erfasst wurden. Inzwischen hat sich die Situation hier geändert und der GKV-Spitzenverband beabsichtigt, auf eine Vollerhebung umzustellen.

15. Wie bewertet die Bundesregierung den Satz des Wissenschaftlichen Beirats „Die Anzahl der gemeldeten Diagnosen ist im Beobachtungszeitraum um 5 bis 8 Prozent pro Jahr angestiegen, dabei erklärt demographische Alterung etwa ein Viertel dieses Anstiegs.“?

Welche Auswirkungen hat eine zunehmende Diagnosestellung und damit scheinbar steigende Morbidität auf die Vergütung der Vertragsärztinnen und -ärzte nach dem neuen Versorgungsstrukturgesetz?

Der Bericht kommt zu dem Ergebnis, dass sich keine Belege finden, dass dieser Anstieg pauschal im Kontext mit dem Morbi-RSA steht. Vielmehr sei ein langfristiger Trend zu vermehrter Diagnostik, sorgfältigerem Kodieren und einer vollständigeren technischen Erfassung die wahrscheinlichste Erklärung für den Anstieg der Zahl der Diagnosen. Die Empfehlung des Beirats, das dem Bundesversicherungsamt eingeräumte Kontrollinstrumentarium weiter zu entwickeln, werden geprüft und Verbesserungsmöglichkeiten im Rahmen der Risikostruktur-Ausgleichsverordnungen umgesetzt.

In der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung erfolgt die Abrechnung nach Maßgabe der erbrachten Leistungen und nicht der Diagnosen.

Mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz ist beabsichtigt, dass die Vertragsparteien in den Regionen künftig den regionalen Behandlungsbedarf, welcher die Gesamtvergütung bestimmt, regelmäßig fortschreiben sollen. Wesentlicher Maßstab hierfür ist die regionale Entwicklung der Morbiditätsstruktur der Versicherten. Die Gesamtvergütungen sollen entsprechend dem tatsächlichen Beitrag der Vertragsärztinnen und -ärzte an der medizinischen Versorgung der Versicherten in den Regionen fortentwickelt werden. Auch auf Grundlage der amtlichen Klassifikationssysteme ist es Aufgabe der Selbstverwaltung zu gewährleisten, dass eventuelle mehrfache Diagnoseangaben nicht zu Verzerrungen bei der Ermittlung der Morbidität führen können.

16. Wie passgenau muss der Morbi-RSA nach Ansicht der Bundesregierung sein, damit finanzielle Belastungen einzelner Krankenkassen aufgrund der Versichertenstruktur vermieden werden?

Ist eine möglichst hohe Passgenauigkeit für die Bundesregierung erstrebenswert?

Welche Auswirkungen auf die Chancengleichheit der Krankenkassen hat ein nicht passgenauer Morbi-RSA?

Ein reiner Ausgabenausgleich hätte die höchste „Passgenauigkeit“ – mit der Folge, dass die Krankenkassen jeglichen Anreiz für einen wirtschaftlichen Umgang mit den Beiträgen der Versicherten verlieren würden. In seinem Bericht stellt der Beirat die Aufgabe des Risikostrukturausgleichs in einem wettbewerblichen Krankenversicherungssystem nochmals heraus: Der Risikostrukturausgleich soll das Auftreten von Risikoselektion verhindern, so dass sich der Wettbewerb der Krankenkassen insbesondere auf die Erhöhung der Effizienz und Effektivität der Gesundheitsversorgung ausrichtet (s. Bericht S. 10 ff.).

17. Welche Formen und welcher Umfang von Risikoselektion durch Krankenkassen unter dem derzeitigen Morbi-RSA sind der Bundesregierung bekannt?
18. Hat diese Risikoselektion Einfluss auf die Versorgungsqualität der Versicherten?  
Ist dieser Einfluss für die Bundesregierung akzeptabel, oder hat die Bundesregierung das Ziel, Risikoselektion auf praktisch null zu reduzieren?

Der derzeitige mobiditätsorientierte Risikostrukturausgleich hat das Ziel, Risikoselektionen möglichst weitgehend zu verhindern.

19. Aus welchen Gründen, war es für die Mitglieder der ehemaligen City BKK so schwer in eine neue Versicherung aufgenommen zu werden?  
Könnte ein Grund in der Befürchtung der Kassen gelegen haben, dass sie mit den vorwiegend älteren Versicherten der City BKK Versicherte aufnehmen, für die ein hohes Risiko besteht, dass ihre durchschnittlichen Behandlungskosten nicht ausreichend ausgeglichen werden?

Aktionen einzelner Krankenkassen, Mitgliedern der ehemaligen City-BKK eine Aufnahme zu erschweren, waren vor allem ein grober Verstoß gegen das geltende Recht. Andere Krankenkassen haben sich hieran nicht beteiligt und bereitwillig Mitglieder der City-BKK aufgenommen. Der Entwurf des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes sieht eine Reihe von Maßnahmen vor, die künftig einen reibungslosen Kassenwechsel von Versicherten im Fall einer Kassenschließung sicherstellen werden.

20. Wie viel Euro betrug die Unterdeckung der City BKK im Jahr 2009 aufgrund der Unterdeckung bei älteren, kränkeren Patienten?

Der Bundesregierung liegen keine Erkenntnisse zur Unterdeckung bei älteren, kränkeren Versicherten der City BKK vor.

21. Stimmt die Bundesregierung mit dem wissenschaftlichen Gutachten darin überein, dass sowohl die Einführung des Morbi-RSA, wie auch die Einführung der Zusatzbeiträge zur Verringerung der Ausgaben der Krankenkassen für Prävention geführt haben?  
Sieht die Bundesregierung hier eher die Ursache beim Morbi-RSA oder bei der Einführung der Zusatzbeiträge?  
Was wird die Bundesregierung wann dagegen unternehmen?

Die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für Leistungen der primären Prävention gemäß den gesetzlichen Vorschriften der §§ 20, 20a und 20b SGB V sind in den vergangenen Jahren deutlich gestiegen. Trotz des Rückgangs im Jahr 2010 liegen sie pro Versichertem mit 4,33 Euro immer noch deutlich oberhalb des gesetzlich vorgesehenen Sollwertes von 2,85 Euro.

Darüber hinaus wurden die Leistungsansprüche der Versicherten für Früherkennungsmaßnahmen und Schutzimpfungen im Rahmen verschiedener Reformgesetze kontinuierlich erweitert und zählen zu den Leistungsansprüchen gesetzlich Krankensicherter, die vollständig von Zuzahlungen befreit sind; ihre Inanspruchnahme wird von einigen Krankenkassen im Rahmen von Bonusprogrammen sogar gefördert. Bei Früherkennungsmaßnahmen sind die Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen zwischen 2006 und 2010 von rd. 0,9 auf rd. 1,4 Mrd. Euro gestiegen, bei Schutzimpfungen von 1 auf 1,4 Mrd. Euro. Insofern kann auch hier von einer rückläufigen Entwicklung keine Rede sein.

