

## **Antrag**

**der Abg. Stefan Teufel u. a. CDU**

**und**

## **Stellungnahme**

**des Ministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie,  
Frauen und Senioren**

### **Auswirkungen des Morbiditätsorientierten Risikostruktur- ausgleichs (Morbi-RSA) auf Baden-Württemberg**

Antrag

Der Landtag wolle beschließen,  
die Landesregierung zu ersuchen  
zu berichten,

1. weshalb sie nicht an aktuellerem Datenmaterial zum Morbi-RSA und Gesundheitsfonds interessiert ist bzw. warum sie kein eigenes Gutachten dazu in Auftrag gegeben hat;
2. welche Zahlen und Erkenntnisse das bayerische Gutachten – an welchem Baden-Württemberg sich ursprünglich beteiligen wollte – nach ihrer Kenntnis hervorgebracht hat;
3. was das Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren konkret unternommen hat, um die in Drucksache 15/5994 (Antwort zu Frage 2) angesprochene belastende Übergangsregelung zum vorgesehenen Gesetz zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FQWG) zu entschärfen und ob sie konkret auf ein an das Bundesgesundheitsministerium gerichtetes Schreiben vom 5. Mai 2014 eine Antwort erhalten hat, respektive sich mit Nachdruck darum bemühte;
4. für wie wahrscheinlich sie es hält, dass das bis Ende 2015 erwartete Gutachten zum GKV-FQWG überhaupt ein hinreichend konkretes neues Berechnungsverfahren für die Krankengeldzuweisungen vorzuschlagen imstande ist;
5. ob sie sich weiterhin voll und ganz für eine Regionalisierung des Morbi-RSA ausspricht;
6. weshalb keine Zahlen zur Frage, welche Summe die Beitragszahler in Baden-Württemberg in den Morbi-RSA einzahlen, vorliegen und ob sie dies für die Weiterentwicklung des Morbi-RSA nicht für wichtig einschätzt;

Eingegangen: 28.01.2015/Ausgegeben: 20.02.2015

*Drucksachen und Plenarprotokolle sind im Internet  
abrufbar unter: [www.landtag-bw.de/Dokumente](http://www.landtag-bw.de/Dokumente)*

*Der Landtag druckt auf Recyclingpapier, ausgezeichnet mit dem Umweltzeichen „Der Blaue Engel“.*

7. wie sie die Position, das aktuelle Ausgleichsverfahren im Morbi-RSA bewerte die Morbidität über, blende die stark unterschiedlichen tatsächlichen Versorgungskosten aus und weise Verwaltungskosten sowie Ausgaben für Krankengeld systemfremd aus, aus ihrer Sicht beurteilt.

27. 01. 2015

Teufel, Klenk, Brunnemer, Dr. Engeser, Kunzmann, Raab CDU

#### Begründung

Der Morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich soll als optimaler Verteilungsschlüssel die Gelder dorthin fließen lassen, wo sie vonnöten sind. Der Antrag bezieht Antworten auf die Drucksache 15/5994 mit ein und soll der Wichtigkeit des Themas Nachdruck verleihen.

#### Stellungnahme

Mit Schreiben vom 12. Februar 2015 Nr. 52-0141.5/15/6413 nimmt das Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren zu dem Antrag wie folgt Stellung:

*Der Landtag wolle beschließen,  
die Landesregierung zu ersuchen  
zu berichten,*

1. *weshalb sie nicht an aktuellerem Datenmaterial zum Morbi-RSA und Gesundheitsfonds interessiert ist bzw. warum sie kein eigenes Gutachten dazu in Auftrag gegeben hat;*

Zu 1.:

Die Landesregierung hat von einem ursprünglich geplanten gemeinsamen Gutachten mit dem bayrischen Staatsministerium abgesehen, nachdem entgegen einer ursprünglichen Zusage des Bundesversicherungsamtes (BVA), die für den Gutachtenauftrag erforderlichen Daten (anonymisierte Leistungsdaten von Versicherten, die mit einer Regionalkennziffer – zumindest Landkreisebene – versehen sind) aufgrund einer Intervention des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) nicht zur Verfügung gestellt werden durften. Eine solide Datenbasis für ein aussagekräftiges Gutachten stand daher nicht zur Verfügung.

Hintergrund waren Änderungen der Verordnung über das Verfahren zum Risikostrukturausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung (RSAV), die der Erhebung von Regionaldaten die rechtliche Grundlage entzogen. Der Versuch der Landesregierung, im Herbst 2012 über den Bundesrat eine entsprechende Rechtsänderung herbeizuführen, die eine Weitererhebung von Regionaldaten ermöglicht hätte, ist letztlich an einer fehlenden Mehrheit gescheitert.

Im Übrigen war deshalb nicht zu erwarten, dass ein weiteres Gutachten auf dieser Basis – über das von der baden-württembergischen Landesregierung im Jahr 2007 an Professor Jürgen Wasem und Kollegen in Auftrag gegebene Gutachten „Die Regionaldimension in der gesetzlichen Krankenversicherung vor dem Hintergrund des GKV-WSG“ hinaus – wesentlich neue Erkenntnisse hervorbringen würde.

Das Absehen vom Gutachtenauftrag ändert aber nichts daran, dass weiterhin ein hohes fachliches und politisches Interesse an einer Analyse und an Datenmaterial zum Morbi-RSA und zum Gesundheitsfonds besteht.

2. welche Zahlen und Erkenntnisse das bayerische Gutachten – an welchem Baden-Württemberg sich ursprünglich beteiligen wollte – nach ihrer Kenntnis hervorgebracht hat;

Zu 2.:

Das bayerische Gutachten mit dem Titel: „Zur Berücksichtigung einer regionalen Komponente im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA)“ liegt der Landesregierung vor.

Bis zum Jahr 2010 bildeten die Routinedaten zur Durchführung des Risikostrukturausgleichs die Datengrundlage für RSA-bezogene Analysen. Aufgrund des Wegfalls der Regionalkennziffern musste zur Erstellung des bayrischen Gutachtens auf Daten der am Projekt beteiligten Krankenkassen auf Ebene der 71 Landkreise und 25 kreisfreien Städte zurückgegriffen werden. Die hierdurch aggregierten Daten bilden allerdings nur einen Teil der bisherigen Datengrundlage ab. Für die nicht auf Stadt- und Landkreisebene zur Verfügung stehenden Daten, wie z. B. regionalen Anteilen an Steuermitteln bzw. dem Bundeszuschuss, den Beiträgen für Rentner, BA-Leistungsbezieher (ALG I, ALG II), Minijobber sowie für die Daten der überregional tätigen Ersatzkassen musste mit Schätzungen und Vergleichen gearbeitet werden, was zwangsläufig Ungenauigkeiten der Ergebnisse zur Folge hat (zu Daten und Methodik siehe Ziffer 3.1. des Endberichts). Aus Sicht der Landesregierung sind die Ergebnisse daher nur von begrenzter Aussagekraft.

Auftrag des bayrischen Gutachtens war zum einen die Ermittlung der regionalen und landesweiten Deckungsquote. Diese erfolgt durch eine Gegenüberstellung der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds und den tatsächlichen Ausgaben der Krankenkassen und zeigt an, ob und in welchem Umfang in einer Region oder einem Bundesland die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds, die alle Krankenkassen für die Versicherten mit dortigem Wohnsitz erhalten, die Ausgaben für diese Versicherten über- oder unterschreiten. In Abhängigkeit von den unterschiedlichen regionalen Verhältnissen zeigte die Auswertung sowohl Unter- als auch Überdeckungen mit einer Bandbreite von 86,9 % bis 108,3 %. Auf die Ebene von Bayern aggregiert wiesen die Berechnungen für das Jahr 2011 eine Deckungsquote ohne Krankengeld von 99,0 % auf, was bedeutet, dass die Zuweisungen, die alle Krankenkassen in Summe für ihre Versicherten mit Wohnsitz in Bayern erhielten, die in diesem Jahr angefallenen Ausgaben nicht decken konnten. Der ermittelte Fehlbetrag belief sich für das Jahr 2011 auf 230 Mio. Euro. Eine Gesamtbetrachtung für die Jahre 2009, 2010 und 2011 ergab einen Fehlbetrag von fast 990 Mio. Euro.

Des Weiteren wurde untersucht, auf welchen Einflussfaktoren diese Deckungsquoten basieren. Neben nachfrageseitigen und angebotsseitigen Einflussfaktoren (z. B. Bevölkerungsdichte, Hausarzt-, Facharzttdichte) können überdurchschnittliche Gesundheitsausgaben auch auf entsprechende Differenzen im Preis- und Vergütungsniveau zurückgehen.

Im Ergebnis stellt das Gutachten fest, dass mit dem Morbi-RSA auf seiner Einnahmen- und Ausgabenseite nicht nur erhebliche Umverteilungseffekte zwischen den einzelnen Krankenkassen, sondern auch zwischen Regionen und Bundesländern einhergehen.

Soweit die Einflussfaktoren außerhalb des Gestaltungsspielraumes der Krankenkassen lägen (exogene Faktoren), wie dies bei nachfrageseitigen Einflussgrößen immer, bei angebotsseitigen Einflussfaktoren aber ebenfalls häufig der Fall sei, sprechen sich die Gutachter klar für eine regionale Komponente bei der Berechnung der Zuweisungen aus, wobei die Erfassung auf Ebene der Stadt- und Landkreise vorgeschlagen wird.

Diese Feststellung bestätigt in Vielem die Feststellungen des „Evaluationsberichts zum Jahresausgleich 2009 im Risikostrukturausgleich“, in welchem die Wirkungen des Gesundheitsfonds und des damit verbundenen neuen morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA) durch einen wissenschaftlichen Beirat analysiert wurden.

Der in der Fachwelt mit hohem Interesse erwartete Bericht wurde erst Ende September 2011 vom Auftraggeber BMG öffentlich gemacht. Er wurde unter Vorsitz von Prof. Wasem, Essen, und Mitwirkung von Prof. Wille u. a. erstellt und enthält auch einen Abschnitt, der sich mit regionalen Verteilungswirkungen befasst. Zusammengefasst wird Folgendes ausgeführt:

„Regionale Unterschiede spielen als Determinanten der Ausgaben und der Deckungsbeiträge auf Individual- und Kassenebene eine wesentliche Rolle. Insbesondere zeigt die Analyse des Wissenschaftlichen Beirats, dass es zu Unterdeckungen in Kernstädten und Überdeckungen im umliegenden Verdichtungsraum kommt. Diese Über- und Unterdeckungen konnten mit dem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich gegenüber dem alten Risikostrukturausgleich zwar reduziert, aber nicht beseitigt werden. Grundsätzlich sollten durch den RSA aus anreiztheoretischer Sicht nur Faktoren ausgeglichen werden, welche die Krankenkassen nicht steuern können. In der Praxis erweist sich aber eine entsprechende Trennung von steuerfähigen und nicht steuerfähigen Faktoren als schwierig bis unmöglich. Die regionalen Steuerungsmöglichkeiten für Kassen sind sektoral unterschiedlich und regional begrenzt. Die in der Analyse zugrunde gelegten regionalen Faktoren stellen nicht auf Ländergrenzen, sondern Kreise ab. Die Analyse zeigt, dass eine Einbeziehung von Regionalfaktoren im Risikostrukturausgleich, die auf Ländergrenzen abstellt, aus wissenschaftlicher Sicht zu kurz greifen würde. Außerdem stellt sich die Frage, ob der Risikostrukturausgleich das richtige Instrument für die Berücksichtigung regionaler Unterschiede ist.“

*3. was das Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren konkret unternommen hat, um die in Drucksache 15/5994 (Antwort zu Ziffer 2) angesprochene belastende Übergangsregelung zum vorgesehenen Gesetz zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FQWG) zu entschärfen und ob sie konkret auf ein an das Bundesgesundheitsministerium gerichtetes Schreiben vom 5. Mai 2014 eine Antwort erhalten hat, respektive sich mit Nachdruck darum bemühte;*

Zu 3.:

Wie bereits bei der Beantwortung des Antrags – Drucksache 15/5994 – aufgezeigt, sind aus Sicht der Landesregierung angesichts der seit Jahren stark steigenden Ausgabenentwicklung beim Krankengeld Anpassungen erforderlich, um bestehende Über- und Unterdeckungen einzelner Krankenkassen deutlich zu reduzieren und eine gerechte Verteilung der Zuweisungen zu erreichen.

Dies hat auch die Bundesregierung erkannt und mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FQWG) die Erstellung eines Gutachtens zu diesem Thema vorgesehen. Bis ein neues Modell vorliegt, ist durch das GKV-FQWG im Wege einer Übergangsregelung vorgesehen worden, die bestehenden Über- und Unterdeckungen einzelner Krankenkassen im Bereich Krankengeld zu halbieren.

Da sich im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens gezeigt hat, dass eine Mehrheit zur Entschärfung der Übergangsregelung durch die Implementierung einer Grundlohnkomponente nicht zu erreichen war, ist das Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie Frauen und Senioren an Herrn Bundesminister Gröhe MdB mit dem Ziel herangetreten, die baden-württembergischen Argumente im Gesetzgebungsverfahren zu berücksichtigen. Auf die Bitte, dem Ministerium detaillierte Berechnungen zu möglichen Modellen zukommen zu lassen, die der Gesetzesformulierung zugrunde liegen, steht eine Antwort des Bundesgesundheitsministers weiterhin aus.

*4. für wie wahrscheinlich sie es hält, dass das bis Ende 2015 erwartete Gutachten zum GKV-FQWG überhaupt ein hinreichend konkretes neues Berechnungsverfahren für die Krankengeldzuweisungen vorzuschlagen imstande ist;*

Zu 4.:

Wie bereits bei der Beantwortung des Antrags – Drucksache 15/5994 – ausgeführt, wurde durch das Gesetz zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FQWG) die Erstellung eines Gutachtens vorgesehen, welches voraussichtlich bis Ende des Jahres 2015 vorliegen soll.

Im „Evaluationsbericht zum Jahresausgleich 2009 im Risikostrukturausgleich“ konnten die im Rahmen der durchgeführten Analysen untersuchten Modelle in der Gesamtschau zwar nicht überzeugen, weshalb der Wissenschaftliche Beirat sich für die Beibehaltung des bisherigen Verfahrens ausgesprochen hat. Die noch offenen Fragen wurden jedoch wie folgt identifiziert: „Vor dem Hintergrund der noch immer offenen Fragen ist offenkundig, dass bezüglich der Möglichkeiten zur Standardisierung von Krankengeldbezugszeiten bzw. der damit verbundenen Ausgaben noch immer erheblicher Forschungsbedarf besteht. Konkret sollte dabei der Frage nachgegangen werden, ob bzw. inwieweit sich die Modelle durch die Aufnahme der bereits genannten, bislang nicht erhobenen Einflussgrößen (Tätigkeit des Mitglieds, Branche, Beschäftigungsgrad, Dauer der Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall, Höhe des individuellen beitragspflichtigen Einkommens) weiter verbessern lassen oder ob sich andere Größen identifizieren lassen, die darüber hinaus zur Erklärung von Krankengeldfällen, von Krankengeldzeiten bzw. von Krankengeldausgaben beitragen.“

Ob im vorgesehenen Forschungszeitraum ein konkretes neues Berechnungsverfahren für die Krankengeldzuweisungen entwickelt werden kann, bleibt abzuwarten. An Spekulationen, inwieweit das erwartete Gutachten zum GKV-FQWG überhaupt ein hinreichend konkretes neues Berechnungsverfahren für die Krankengeldzuweisungen vorzuschlagen imstande ist, beteiligt sich die Landesregierung nicht.

*5. ob sie sich weiterhin voll und ganz für eine Regionalisierung des Morbi-RSA ausspricht;*

Zu 5.:

Die Landesregierung wird sich auch zukünftig für die Berücksichtigung regionaler Faktoren beim Morbi-RSA einsetzen.

*6. weshalb keine Zahlen zur Frage, welche Summe die Beitragszahler in Baden-Württemberg in den Morbi-RSA einzahlen, vorliegen und ob sie dies für die Weiterentwicklung des Morbi-RSA nicht für wichtig einschätzt;*

Zu 6.:

Die Konvergenzklausel findet, wie bei der Beantwortung der Anfrage 15/5994 bereits dargelegt, kraft Gesetzes für die Zukunft keine Anwendung mehr. Daher ist auch die bis dato nach § 272 Abs. 1 S. 2 SGB V vorgesehene Verpflichtung des Bundesversicherungsamtes entfallen, für jedes Ausgleichsjahr und für jedes Land die Höhe der fortgeschriebenen Einnahmen der Krankenkassen für die in einem Land wohnhaften Versicherten den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds ohne Berücksichtigung der sich aus § 272 Abs. 2 SGB V ergebenden Zuweisungshöhen gegenüberzustellen. Eine Quantifizierung der regionalen Verteilungswirkungen findet seitdem nicht mehr statt. Im Übrigen wird auf die Beantwortung zu Ziffer 1. verwiesen.

*7. wie sie die Position, das aktuelle Ausgleichsverfahren im Morbi-RSA bewerte die Morbidität über, blende die stark unterschiedlichen tatsächlichen Versorgungskosten aus und weise Verwaltungskosten sowie Ausgaben für Krankengeld systemfremd aus, aus ihrer Sicht beurteilt.*

Zu 7.:

Aus Sicht der Landesregierung hat der Morbi-RSA durch die stärkere Berücksichtigung der Morbidität der Versicherten zwar eine deutliche Verbesserung der Ausgleichsmechanismen im Vergleich zum alten RSA in der GKV bewirkt. Nichtsdestotrotz sind zahlreiche Mängel erkennbar, die die Verteilungsgerechtigkeit auf Basis der derzeit zugrunde gelegten Parameter infrage stellen. Bereits durch die Feststellungen des Wissenschaftlichen Beirates im o. g. Evaluationsbericht wurden auch die regionalen Unterschiede als wesentliche Determinanten der Ausgaben und der Deckungsbeiträge sowohl auf Individual- als auch auf Kassenebene identifiziert, die bisher bei der Umverteilung der Mittel fast keine Rolle spielen. Hier besteht weiterhin Handlungsbedarf. Auch die auf Basis des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland kürzlich veröffentlichte Auswertung des Vergleichs der Jahresrechnungsergebnisse der Krankenkassen nach § 305 b SGB V weist große Unterschiede in der Höhe der Deckungsbeiträge pro Versichertem ausgewählter Krankenkassen auf. Während die AOK Sachsen-Anhalt einen Deckungsbeitrag i. H. v. 154 Euro je Versichertem erzielen konnte, liegt dieser bei anderen Krankenkassen hingegen im negativen Bereich.

Das dafür auch die derzeit bestehenden Mängel im Morbi-RSA mitursächlich sind, liegt nahe, muss jedoch mit Blick auf Lösungen, die nicht nur den in einzelnen Bundesländern festgestellten Besonderheiten, sondern der bestehenden bundesweiten Solidargemeinschaft gerecht werden, untersucht werden. Die Landesregierung wird sich dafür auch weiterhin einsetzen.

Altpeter

Ministerin für Arbeit und Sozialordnung,  
Familie, Frauen und Senioren