

Antrag

der Fraktion der CDU

und

Stellungnahme

des Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Integration

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

Antrag

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

1. wie sich die Zahl der Versicherten in den gesetzlichen Krankenkassen in Baden-Württemberg in den vergangenen fünf Jahren entwickelt hat (aufgeschlüsselt nach Kassenarten);
2. wie sich die von den baden-württembergischen GKV-Mitgliedern erwirtschafteten Krankenkassenbeiträge im Vergleich zum nominalen Bruttoinlandsprodukt Baden-Württembergs in den letzten fünf Jahren entwickelt haben (bitte tabellarisch nach Jahren aufgeschlüsselt darstellen);
3. wie sich die aus Baden-Württemberg und – soweit bekannt – aus den anderen Ländern an den Gesundheitsfonds abgeführten Krankenkassenbeiträge im Vergleich zu den korrespondierenden Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds in den letzten fünf Jahren entwickelt haben (bitte tabellarisch nach Jahren und Ländern aufgeschlüsselt darstellen);
4. wie sie die finanzielle Situation der gesetzlichen Krankenkassen in Baden-Württemberg insgesamt bewertet (auch im Verhältnis zur finanziellen Situation der überregionalen Krankenkassen und der gesetzlichen Krankenkassen in anderen Ländern);
5. wie aus ihrer Sicht die massiven Spreizungen der Beitragssätze der gesetzlichen Krankenkassen in Baden-Württemberg zu erklären sind und welche Möglichkeiten sie sieht, einem weiteren Anstieg der Zusatzbeiträge entgegenzuwirken;

6. inwieweit die Länder bei der Gesamtevaluation des Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetzes (GKV-FKG) vom 22. März 2020 (BGBl. I Seite 604) durch den Wissenschaftlichen Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs beim Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS), welche bis Ende des Jahres 2024 vorliegen soll, eingebunden werden und wie sich die Landesregierung hier konkret einbringt;
7. welche Schlüsse ihres Erachtens aus dem „Forschungsgutachten zur Berechnung kostendeckender Beiträge für gesetzlich krankenversicherte Bezieher von Arbeitslosengeld II und Sozialgeld im SGB II“ der IGES Institut GmbH vom Mai 2024, wonach im Betrachtungszeitraum die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für Bürgergeldbezieher mit 9,2 Milliarden Euro höher als die für diese Gruppe gezahlten Beiträge liegen, zu ziehen sind;
8. ob sie im Hinblick auf die Auswirkungen auf die gesetzlichen Krankenkassen in Baden-Württemberg eine Notwendigkeit sieht, infolge der Gutachten zu den Wirkungen der regionalen Merkmale im Risikostrukturausgleich und zu den Wirkungen des Ausschlusses von Risikogruppen im Risikostrukturausgleich, jeweils erstellt durch den Wissenschaftlichen Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs beim BAS, ein Ausgleichsverfahren anzustrengen (vgl. § 266 Absatz 10 SGB V) bzw. andere Nachbesserungen einzufordern;
9. ob ihr eine Reaktion der Bundesregierung zu den vorgenannten Gutachten bekannt ist;
10. ob sie die Einschätzung aus dem Lager der Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK) teilt, dass es im Risikostrukturausgleich (weiterhin) Finanzierungs- und Gerechtigkeitslücken bei der Versorgung vulnerabler Gruppen gibt und welche das gegebenenfalls konkret sind;
11. welche konkreten Maßnahmen die Bundesregierung zur Umsetzung der Beschlüsse der Gesundheitsministerkonferenz vom 12./13. Juni 2024 zu TOP 5.4 „Überprüfung der Ausgewogenheit des Risikostrukturausgleichs“ nach ihrem Kenntnisstand ergriffen hat und bis wann sie mit diesbezüglichen Ergebnissen rechnet;
12. wie sich die Umverteilung durch Gesundheitsfonds und Morbi-RSA seit der Einführung des Gesundheitsfonds im Jahr 2009 (zum einen länderbezogen, zum anderen kassenartenbezogen) entwickelt hat;
13. wie sie generell die Einführung des Morbi-RSA im Hinblick auf die Auswirkungen auf Baden-Württemberg bewertet und welche Möglichkeiten sie sieht, den Morbi-RSA unter Berücksichtigung der Interessen der baden-württembergischen Beitragszahlerinnen und Beitragszahler weiterzuentwickeln;
14. welche darüber hinausgehenden Möglichkeiten sie sieht, um den Wettbewerb zwischen den gesetzlichen Krankenkassen fairer und wirksamer zu gestalten;
15. wie sie zu dem am 9. Januar 2024 vom Bundesministerium für Gesundheit veröffentlichte Maßnahmenpaket zur Stärkung der ambulanten ärztlichen Versorgung, welches eine jahresbezogene hausärztliche Versorgungspauschale für die Behandlung von Versicherten mit chronischer Erkrankung (mit kontinuierlichem Arzneimittelbedarf) vorsieht, steht.

4.10.2024

Hagel, Teufel
und Fraktion

Begründung

Aufgabe des Morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA) ist es, die Beitragseinnahmen der gesetzlichen Krankenkassen zielgerichtet dahin umzuverteilen, wo sie für die Versorgung tatsächlich vonnöten sind. Dabei muss vermieden werden, dass Versorgungsbedarfe überkompensiert, bestehende Fehlversorgung manifestiert und Belastungen aufgrund ineffizienter Strukturen sozialisiert werden. Der vorliegende Antrag erfragt aktuelle Zahlen und Daten hierzu und beleuchtet die Standpunkte und Maßnahmen der Landesregierung zur Weiterentwicklung des Morbi-RSA. Zudem nimmt er die Finanzsituation der baden-württembergischen Krankenkassen und mögliche Schlussfolgerungen daraus in den Blick.

Stellungnahme*)

Mit Schreiben vom 20. November 2024 Nr. SM61-0141.5-017/7528 nimmt das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration im Einvernehmen mit dem Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Tourismus zu dem Antrag wie folgt Stellung:

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

1. wie sich die Zahl der Versicherten in den gesetzlichen Krankenkassen in Baden-Württemberg in den vergangenen fünf Jahren entwickelt hat (aufgeschlüsselt nach Kassenarten);

Zu 1.:

Die Zahl der Versicherten in den gesetzlichen Krankenkassen hat sich in Baden-Württemberg in den vergangenen fünf Jahren mit Stichtag zum 1. Juli des jeweiligen Jahres – aufgeschlüsselt nach Kassenarten – wie folgt entwickelt:

Kassenart	2020	2021	2022	2023	2024
AOK	4 358 723	4 349 444	4 389 443	4 439 192	4 457 511
BKK	1 508 560	1 514 699	1 528 960	1 545 933	1 563 163
IKK	639 311	640 057	637 687	637 735	632 542
KBS	27 230	25 570	24 389	23 357	21 553
LKK	71 280	68 514	65 895	63 142	60 690
vdek	2 870 192	2 865 846	2 870 424	2 889 343	2 905 072
GKV insgesamt in BW	9 475 296	9 464 130	9 516 798	9 598 702	9 640 531

Quelle: Amtliche Statistik KM 6

*) Der Überschreitung der Drei-Wochen-Frist wurde zugestimmt.

2. wie sich die von den baden-württembergischen GKV-Mitgliedern erwirtschafteten Krankenkassenbeiträge im Vergleich zum nominalen Bruttoinlandsprodukt Baden-Württembergs in den letzten fünf Jahren entwickelt haben (bitte tabellarisch nach Jahren aufgeschlüsselt darstellen);

Zu 2.:

Zu Ziffer 2 liegen dem Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration keine Zahlen vor. Auch die Krankenkassen können keine konkreten Zahlen benennen, da unter anderem die Beiträge für Bürgergeldbezieherinnen und Bürgergeldbezieher sowie Rentnerinnen und Rentner direkt von den Jobcentern und der gesetzlichen Rentenversicherung an den Gesundheitsfonds abgeführt werden.

3. wie sich die aus Baden-Württemberg und – soweit bekannt – aus den anderen Ländern an den Gesundheitsfonds abgeführten Krankenkassenbeiträge im Vergleich zu den korrespondierenden Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds in den letzten fünf Jahren entwickelt haben (bitte tabellarisch nach Jahren und Ländern aufgeschlüsselt darstellen);

Zu 3.:

Das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS), dem die Verwaltung des Gesundheitsfonds und die Durchführung des Risikostrukturausgleichs (RSA) zwischen den Krankenkassen gesetzlich zugewiesen ist, hat mitgeteilt, dass ihm keine entsprechenden Auswertungen oder Statistiken bekannt seien. Der Finanzkraftausgleich zwischen den Krankenkassen im RSA werde entsprechend dem Verständnis der gesetzlichen Krankenversicherung als bundesweiter Solidarausgleich über das Konstrukt des Gesundheitsfonds bundesweit organisiert. Dementsprechend enthielten die Abrechnungunterlagen der Beitragszahlenden an den Gesundheitsfonds auch keine Aufteilung der abgeführten Beiträge nach Ländern. Ebenso wenig würden im Rahmen des RSA-Zuweisungsverfahrens Länderanteile an den vom BAS beschiedenen Zuweisungen ermittelt werden.

Daher verfügt das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration über keine Daten zur Frage, wie sich die aus Baden-Württemberg und aus den anderen Ländern an den Gesundheitsfonds abgeführten Krankenkassenbeiträge im Vergleich zu den korrespondierenden Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds in den letzten fünf Jahren entwickelt haben.

Zudem ist aufgrund der Aufhebung der sogenannten Konvergenzregelung im Jahr 2014 die Verpflichtung des BAS 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 gegenüberzustellen. Die Konvergenzregelung diene dazu, sicherzustellen, dass sich die für in einem Land tätigen Krankenkassen ergebenden Belastungen aufgrund der Einführung des Gesundheitsfonds in jährlichen Schritten von jeweils höchstens 100 Millionen Euro aufbauen. Die Konvergenzregelung wurde letztmalig für das Ausgleichsjahr 2010 angewandt und durch Gesetz vom 21. Juli 2014 (GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz) inzwischen aufgehoben.

Die AOK-Baden-Württemberg hat Kennzahlen zu den in der GKV versicherten Mitgliedern der AOK Baden-Württemberg vorgelegt, die jedoch keine Aussagen über alle GKV-Mitglieder in Baden-Württemberg treffen und nicht die Beiträge für Bürgergeldbezieherinnen und Bürgergeldbezieher sowie Rentnerinnen und Rentner, die direkt von den Jobcentern und der gesetzlichen Rentenversicherung an den Gesundheitsfonds abgeführt werden, beinhalten. In nachfolgender Tabelle ist die Entwicklung für die AOK Baden-Württemberg abgebildet. Sie zeigt, dass insbesondere in den letzten beiden Jahren eine signifikant höhere Steigerung bei der Abführung eingetreten ist, die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds dies aber nicht widerspiegeln.

Jährliche Steigerungen	2019	2020	2021	2022
der Abführung von Beiträgen der AOK BW an den Gesundheitsfonds	5,2 %	1,0 %	6,1 %	7,0 %
der Zuweisungen der AOK BW aus dem Gesundheitsfonds (nach Jahresausgleich)	4,6 %	4,2 %	4,3 %	4,2 %

Quelle: AOK Baden-Württemberg

Im Hinblick auf die Abführung von Beiträgen im Jahr 2020 gilt es zu berücksichtigen, dass die Bundesregierung vor dem Hintergrund der Coronapandemie im Jahr 2020 rückwirkend einen ungeplanten, zusätzlichen Steuerzuschuss an den Gesundheitsfonds geleistet hat, um diesen zu stabilisieren.

4. wie sie die finanzielle Situation der gesetzlichen Krankenkassen in Baden-Württemberg insgesamt bewertet (auch im Verhältnis zur finanziellen Situation der überregionalen Krankenkassen und der gesetzlichen Krankenkassen in anderen Ländern);
5. wie aus ihrer Sicht die massiven Spreizungen der Beitragssätze der gesetzlichen Krankenkassen in Baden-Württemberg zu erklären sind und welche Möglichkeiten sie sieht, einem weiteren Anstieg der Zusatzbeiträge entgegenzuwirken;

Zu 4. und 5.:

Die Ziffern 4 und 5 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Die gesetzliche Krankenversicherung steht seit Jahren vor finanziellen Herausforderungen aufgrund milliardenschwerer Defizite. Das Defizit der gesetzlichen Krankenkassen hat sich bundesweit im ersten Halbjahr 2024 auf über zwei Milliarden Euro ausgeweitet. Das Vermögen der Krankenkassen wurde durch vom Bundesgesetzgeber beschlossene Maßnahmen abgeschmolzen. Zudem schmilzt das Finanzpolster des Gesundheitsfonds, wodurch eine solide Finanzplanung durch die Krankenkassen erschwert wird. Im Jahr 2024 waren daher bundesweit unterjährige Erhöhungen der Zusatzbeitragssätze bei den Krankenkassen zu beobachten. Das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration bewertet die finanzielle Situation der gesetzlichen Krankenkassen in Baden-Württemberg insgesamt als äußerst angespannt.

Die Hauptursachen der negativen Finanzentwicklung sind neben der demografischen Entwicklung die steigenden Kosten in der medizinischen Versorgung, insbesondere die Entwicklung der Krankenhauskosten und der Ausgaben für Arzneimittel. Hinzukommen die in den vergangenen Jahren immer weiter abgeschmolzenen Finanzreserven der Krankenkassen aufgrund der Verpflichtung des Bundesgesetzgebers, diese an den Gesundheitsfonds abzuführen. Diese Abführungen der Rücklagen haben die Haushaltsautonomie der Krankenkassen stark eingeschränkt.

Die AOK Baden-Württemberg weist darauf hin, dass sie als größte regionale Krankenkasse im Land wie andere Krankenkassen auch dem Trend der abnehmenden Finanzreserven (Betriebsmittel, Rücklage, Geldmittel zur Anschaffung und Erneuerung von Verwaltungsvermögen) und der hohen Ausgabenzuwächse 2024 unterworfen ist (siehe Tabellen unten zur AOK BW und den Kassenarten bundesweit).

Kassenart	Entwicklung der Finanzreserven in Millionen Euro						Rechnungsergebnis in Millionen Euro
	2019	2020	2021	2022	2023	KV45 II/2024	KV45 II/2024
AOK BW	1 257,8	1 294,5	632,1	609,1	465,7	379,7	-91,9
AOK	9 394,8	8 232,9	3 559,5	3 307,4	3 212,0	2 454,0	-720,6
BKK	2 358,1	2 177,7	1 590,4	1 671,8	1 243,2	879,2	-365,9
EK	5 809,6	4 782,5	3 916,1	4 380,0	3 254,6	2 412,2	-859,3
IKK	1 252,5	978,7	420,5	322,1	290,2	135,0	-160,6
KBS	598,4	446,6	355,9	246,7	108,6	75,1	-42,9
GKV bundesweit (ohne SVLFG)	19 413,4	16 618,4	9 842,4	9 928,2	8 108,6	5 955,5	-2 149,4

Quelle: AOK Baden-Württemberg (Finanzreserven Konten 1901 + 1902 + 1904 – 0901 der KJ1 bzw. KV45 II/2024, Rechnungsergebnis Schlüsselnummer 9980 der KV45 II/2024)

Kasse/Kassenart	Entwicklung der Finanzreserven als Anteil an einer Monatsausgabe					
	2019	2020	2021	2022	2023	KV45II/2024
AOK BW	103 %	101 %	46 %	44 %	32 %	25 %
AOK	118 %	99 %	39 %	37 %	34 %	25 %
BKK	83 %	73 %	50 %	50 %	35 %	23 %
EK	73 %	57 %	44 %	47 %	33 %	23 %
IKK	89 %	67 %	26 %	30 %	17 %	7 %
KBS	97 %	70 %	54 %	38 %	16 %	11 %
GKV bundesweit (ohne SVLFG)	93 %	77 %	42 %	42 %	32 %	22 %

Quelle: AOK Baden-Württemberg (Finanzreserven Konten 1901 + 1902 + 1904 – 0901 der KJ1 bzw. KV45 II/2024, Monatsausgabe Schlüsselnummern 5999 + 6999 + 7999 der KJ1 bzw. KV45 II/2024)

Die Zahlen der KV 45 II/2024 beziehen sich auf den Stand 30. Juni 2024. Die finanzielle Situation der gesetzlichen Krankenkassen in Baden-Württemberg hat sich seitdem weiter angespannt. Dementsprechend sind weitere Erhöhungen von Zusatzbeitragssätzen erfolgt.

Die Unterschiede in der Höhe der Zusatzbeitragssätze lassen sich insbesondere durch das Abschmelzen der Finanzreserven der Krankenkassen sowie eine unterschiedliche Betroffenheit der Krankenkassen durch die Regionalkomponente im Morbi-RSA erklären. Dabei mussten für das Jahr 2024 viele kleinere Betriebskrankenkassen aufgrund der geringeren finanziellen Spielräume unterjährig teils deutliche Erhöhungen des Zusatzbeitragssatzes vornehmen, um Ausgabenschwankungen ausreichend abzusichern. Aufgrund der Systematik des Morbi-RSA, nach der kostenintensive Behandlungsfälle erst zum jeweiligen Schlussausgleich abgedeckt werden, können insbesondere für kleine betriebsbezogene Krankenkassen erhebliche Vorfinanzierungen fällig werden. Bereits wenige Hochkostenfälle können kleinere Betriebskrankenkassen finanziell erheblich belasten.

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat nach Vorlage der Ergebnisse des Schätzerkreises den durchschnittlichen Zusatzbeitrag zum 1. Januar 2025 von bisher 1,7 Prozent um 0,8 Punkte auf 2,5 Prozent angehoben. Aufgrund dieser Anhebung werden viele kassenindividuelle Anhebungen der Zusatzbeitragsätze zum Jahreswechsel erwartet.

Um die finanzielle Situation der gesetzlichen Krankenversicherung langfristig nachhaltig zu stabilisieren und einem weiteren Anstieg der Zusatzbeiträge entgegenzuwirken, sind aus Sicht des Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Integration sowohl auf Einnahmen- als auch auf Ausgabenseite dringend Reformen vonnöten. Hierzu gibt es eine Vielzahl von Vorschlägen. Baden-Württemberg hat sich an der Diskussion intensiv beteiligt. Allein die geforderte auskömmliche Finanzierung von Bürgergeldbezieherinnen und Bürgergeldbeziehern würde zu einer Entlastung um ca. 0,5 Beitragssatzpunkte führen.

6. inwieweit die Länder bei der Gesamtevaluation des Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetzes (GKV-FKG) vom 22. März 2020 (BGBl. I Seite 604) durch den Wissenschaftlichen Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs beim Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS), welche bis Ende des Jahres 2024 vorliegen soll, eingebunden werden und wie sich die Landesregierung hier konkret einbringt;

Zu 6.:

Die Evaluation des Morbi-RSA wird durch den Wissenschaftlichen Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs erarbeitet. Eine Beteiligung der Länder ist nach aktueller Rechtslage nicht vorgesehen.

7. welche Schlüsse ihres Erachtens aus dem „Forschungsgutachten zur Berechnung kostendeckender Beiträge für gesetzlich krankenversicherte Bezieher von Arbeitslosengeld II und Sozialgeld im SGB II“ der IGES Institut GmbH vom Mai 2024, wonach im Betrachtungszeitraum die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für Bürgergeldbezieher mit 9,2 Milliarden Euro höher als die für diese Gruppe gezahlten Beiträge liegen, zu ziehen sind;

Zu 7.:

Wie bereits in der Antwort zu Ziffer 5 ausgeführt, hat das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration den Bund wiederholt aufgefordert, Maßnahmen zur Stabilisierung der GKV-Finzen zu ergreifen und insbesondere eine auskömmliche Finanzierung der Beiträge von Bürgergeldbezieherinnen und Bürgergeldbeziehern sicherzustellen.

8. ob sie im Hinblick auf die Auswirkungen auf die gesetzlichen Krankenkassen in Baden-Württemberg eine Notwendigkeit sieht, infolge der Gutachten zu den Wirkungen der regionalen Merkmale im Risikostrukturausgleich und zu den Wirkungen des Ausschlusses von Risikogruppen im Risikostrukturausgleich, jeweils erstellt durch den Wissenschaftlichen Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs beim BAS, ein Ausgleichsverfahren anzustrengen (vgl. § 266 Absatz 10 SGB V) bzw. andere Nachbesserungen einzufordern;

Zu 8.:

Die Regionalkomponente in aktueller Ausgestaltung ist schwer berechenbar. Insbesondere Krankenkassen in Baden-Württemberg klagen über negative Auswirkungen. Eine transparente Ausgestaltung und Weiterentwicklung der Regionalkomponente hin zu einer stärkeren Fokussierung auf versichertenindividuelle Merkmale mit inhaltlicher Erklärungskraft sollte angestrebt werden, ebenfalls die Neutralisierung des aktuell über die Regionalkomponente stattfindenden Ausgleichs indirekter Angebotseffekte. Ein solcher Neutralisierungsansatz würde die Situation für Baden-Württemberg voraussichtlich verbessern.

Die 97. Gesundheitsministerkonferenz hat in ihrer Sitzung am 12. und 13. Juni 2024 unter maßgeblicher Beteiligung von Baden-Württemberg den Beschluss gefasst, wonach das BMG u. a. gebeten wird, auf der Grundlage des vorliegenden Gutachtens des Wissenschaftlichen Beirats zu den Wirkungen der regionalen Merkmale im Risikostrukturausgleich vom 29. Januar 2024 zu prüfen, wie der in diesem Gutachten festgestellte indirekte Ausgleich von Angebotseffekten durch die Regionalkomponente künftig neutralisiert werden kann (<https://www.gmkonline.de/Beschluesse.html?id=1574&jahr=2024>). Hintergrund ist, dass der Wissenschaftliche Beirat in seinem Gutachten zu den Wirkungen der regionalen Merkmale die Erkenntnis gewonnen hat, dass die Regionalkomponente in ihrer derzeitigen Form zumindest teilweise Ausgabenunterschiede ausgleicht, die mit räumlichen Unterschieden im medizinischen Versorgungsangebot einhergehen. Zur künftigen Verhinderung eines indirekten Ausgleichs dieser Angebotseffekte komme nach der Bewertung des Wissenschaftlichen Beirats eine Neutralisierung der Angebotsvariablen im Zuweisungsverfahren infrage. Ziel des Antrags der Gesundheitsministerkonferenz ist, dass der Bund in seiner Zuständigkeit für die Ausgestaltung des Morbi-RSA zu prüfen hat, ob der Vorschlag des Wissenschaftlichen Beirats aufgegriffen werden kann oder alternative Möglichkeiten zur Neutralisierung eines Ausgleichs von Angebotseffekten infrage kommen.

Darüber hinaus hat auf Antrag von Baden-Württemberg der Bundesrat im Rahmen einer Entschließung zum Bürokratieabbau in der gesetzlichen Krankenversicherung die Bundesregierung aufgefordert, die Prüfung von Datenmeldungen für den Risikostrukturausgleich für künftige Jahre mit Blick auf die grundsätzlichen Feststellungen im Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats zu den Wirkungen des Ausschlusses von Risikogruppen im Risikostrukturausgleich vom 29. Januar 2024 neu zu gestalten, zielgenauer auszurichten, zu entbürokratisieren und durch Einführung von Prüffristen deutlich zu beschleunigen ([https://www.bundesrat.de/SharedDocs/drucksachen/2024/0301-0400/331-24\(B\).pdf?__blob=publicationFile&v=1](https://www.bundesrat.de/SharedDocs/drucksachen/2024/0301-0400/331-24(B).pdf?__blob=publicationFile&v=1)).

9. ob ihr eine Reaktion der Bundesregierung zu den vorgenannten Gutachten bekannt ist;

Zu 9.:

Das BMG hat mitgeteilt, dass die Gutachten am 10. Mai 2024 auf den Internetseiten von BAS und BMG veröffentlicht worden seien und eine gesonderte Reaktion der Bundesregierung, etwa in Form einer Pressemitteilung, nicht erfolgt sei.

10. ob sie die Einschätzung aus dem Lager der Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK) teilt, dass es im Risikostrukturausgleich (weiterhin) Finanzierungs- und Gerechtigkeitslücken bei der Versorgung vulnerabler Gruppen gibt und welche das gegebenenfalls konkret sind;

Zu 10.:

Das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration teilt die Einschätzung der AOK. Die Aufnahme sozioökonomischer Merkmale in den Morbi-RSA würde dazu beitragen, besonders vulnerable Gruppen besser zu berücksichtigen. Dies könnte die Zielgenauigkeit des Morbi-RSA deutlich erhöhen. Auch der Wissenschaftliche Beirat des BAS kommt in einem Gutachten zu dem Ergebnis, dass zusätzliche versichertenbezogene Informationen wie zum Beispiel Arbeitslosigkeit, Altersarmut, Versichertenstatus, Zuzahlungsbefreiung, Krankenhausverweildauer oder Bildungsabschluss dazu geeignet wären, die Zielgenauigkeit des Morbi-RSA erheblich zu verbessern. Auch ein von der AOK beauftragtes Gutachten unter der Leitung des Gesundheitsökonomen Jürgen Wasem aus dem Jahr 2022 kommt zu dem Schluss, dass der Morbi-RSA bei der Berücksichtigung vulnerabler Versichertengruppen gravierende Mängel aufweist (https://www.wiwi.uni-due.de/fileadmin/fileupload/CONPRACT/Dokumente/IBES_Nr._235_final.pdf). Demnach erhalten Krankenkassen für Pflegebedürftige, Härtefälle, Langzeitarbeitslose und Erwerbsminderungsrentnerinnen und -rentnerinnen deutlich weniger Geld aus dem Ge-

sundheitsfonds, als sie für diese ausgeben. Um eine solche Weiterentwicklung des RSA empirisch zu prüfen, müssen im nächsten Schritt die gesetzlichen Regelungen für die Datenbereitstellung geschaffen werden.

Zudem hat die 97. Gesundheitsministerkonferenz in ihrer Sitzung am 12. und 13. Juni 2024 den in der Antwort zu Ziffer 8 bereits genannten Beschluss gefasst. Darin wird das BMG auch gebeten, die vorliegenden Gutachten beim Wissenschaftlichen Beirat zur Weiterentwicklung des RSA auszuwerten und die Auswirkungen der sozioökonomischen Merkmale Pflegebedürftigkeit, Bezug von Bürgergeld, Bezug einer Erwerbsminderungsrente und Zuzahlungsbefreiung nach § 62 SGB V im RSA sowie eine mögliche Weiterentwicklung des RSA unter Berücksichtigung dieser Faktoren näher zu analysieren (<https://www.gmkonline.de/Beschluesse.html?id=1574&jahr=2024>).

Ergänzend sei angemerkt, dass die Kassenarten hierzu unterschiedliche Positionen vertreten. Der vdek widerspricht pauschal der Einschätzung der AOK, dass im Morbi-RSA eine Finanzierungs- und Gerechtigkeitslücke bei der Versorgung vulnerabler Gruppen vorliege.

11. welche konkreten Maßnahmen die Bundesregierung zur Umsetzung der Beschlüsse der Gesundheitsministerkonferenz vom 12./13. Juni 2024 zu TOP 5.4 „Überprüfung der Ausgewogenheit des Risikostrukturausgleichs“ nach ihrem Kenntnisstand ergriffen hat und bis wann sie mit diesbezüglichen Ergebnissen rechnet;

Zu 11.:

Das BMG hat zu dem in den Antworten zu den Ziffern 8 und 10 angesprochenen Beschluss der Gesundheitsministerkonferenz vom 12./13. Juni 2024 zu TOP 5.4 „Überprüfung der Ausgewogenheit des Risikostrukturausgleichs“ mitgeteilt, dass im Zuge des aktuell in der Erstellung befindlichen ersten Evaluationsberichts nach § 266 Absatz 10 Satz 1 SGB V keine Untersuchung einer versichertenindividuellen Berücksichtigung sozioökonomischer Merkmale im RSA möglich sei, da das BAS nicht über die entsprechenden Datengrundlagen verfüge. Nach der Vorlage des Evaluationsberichts werde das BMG alle dann aus den verschiedenen Gutachten vorliegenden Empfehlungen des Wissenschaftlichen Beirats auch mit Blick auf ihre vielfältigen Wechselwirkungen prüfen und mögliche Ansätze für RSA-Anpassungen bewerten. Gegenstand dieser Bewertung werden – so das BMG – auch die im genannten Beschluss der Gesundheitsministerkonferenz angesprochene Schaffung einer gesetzlichen Grundlage für die Übermittlung versichertenbezogener sozioökonomischer Daten von den Krankenkassen an das BAS sowie die Neutralisierung indirekter Effekte von Angebotsvariablen im Rahmen der Regionalkomponente sein. Die Ergebnisse der Bewertung blieben abzuwarten.

12. wie sich die Umverteilung durch Gesundheitsfonds und Morbi-RSA seit der Einführung des Gesundheitsfonds im Jahr 2009 (zum einen länderbezogen, zum anderen kassenartenbezogen) entwickelt hat;

Zu 12.:

Zur Beantwortung der Ziffer 12 wird zunächst auf die Mitteilung des BAS in der Antwort zu Ziffer 3 verwiesen, wonach ihm hierzu keine entsprechenden Auswertungen oder Statistiken bekannt seien. Wie in der Antwort zu Ziffer 3 dargestellt, ist aufgrund der Aufhebung der sogenannten Konvergenzregelung die Verpflichtung des BAS 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 gegenüberzustellen. Daher verfügt die Landesregierung über keine Daten zur Frage, wie sich die Umverteilung durch Gesundheitsfonds und Morbi-RSA seit der Einführung des Gesundheitsfonds im Jahr 2009 entwickelt hat.

Nach Darstellung der AOK Baden-Württemberg könne zwar insgesamt keine länderbezogene Umverteilung durch den Gesundheitsfonds und den Morbi-RSA ermittelt werden. Darstellen lasse sich aber die Umverteilung durch die mit dem Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz vom 22. März 2020 eingeführte Regionalkomponente. Auf Ebene des AOK-Bundesverbandes hat eine Arbeitsgruppe die Effekte der eingeführten Regionalkomponente auf die Alters- und Geschlechtsgruppen (AGG) und die Regionalgruppen (RGG) analysiert. Die von dieser Arbeitsgruppe ermittelte Entwicklung der Umverteilung auf Länderebene über die Regionalkomponente ist in nachfolgender Tabelle dargestellt.

Effekte in Millionen Euro je Ausgleichsjahr				
Bundesland	2022	2023*	2024*	2025*
Baden-Württemberg	-879	-859	-863	-839
Bayern	554	433	599	439
Berlin	14	165	163	198
Brandenburg	-29	2	-43	52
Bremen	-62	-28	-31	-51
Hamburg	318	314	332	379
Hessen	-13	-34	-54	55
Mecklenburg-Vorpommern	-17	13	7	-32
Niedersachsen	-153	-274	-293	-359
Nordrhein-Westfalen	708	1 016	957	1 028
Rheinland-Pfalz	-108	-174	-218	-222
Saarland	-9	-47	-30	-51
Sachsen	-180	-272	-272	-251
Sachsen-Anhalt	-240	-285	-287	-265
Schleswig-Holstein	188	231	230	190
Thüringen	-226	-202	-195	-272

* Prognostizierte Werte

Quelle: AOK Baden-Württemberg

Anhand dieser Darstellung werde laut der AOK Baden-Württemberg deutlich, dass seit Einführung der Regionalkomponente jedes Jahr mehr als 800 Millionen Euro aus Baden-Württemberg in andere Bundesländer, z. B. nach Nordrhein-Westfalen, abfließen.

13. wie sie generell die Einführung des Morbi-RSA im Hinblick auf die Auswirkungen auf Baden-Württemberg bewertet und welche Möglichkeiten sie sieht, den Morbi-RSA unter Berücksichtigung der Interessen der baden-württembergischen Beitragszahlerinnen und Beitragszahler weiterzuentwickeln;

Zu 13.:

Mit Einführung des Gesundheitsfonds wurde der seit 1994 eingeführte Risikostrukturausgleich zu einem Ausgleichsmechanismus weiterentwickelt, der auch Krankheitsrisiken einbezieht (Morbi-RSA). Durch die Regelungen des Morbi-RSA sollen die Mittel des Gesundheitsfonds so an die Krankenkassen verteilt werden, dass sie da ankommen, wo sie zur Versorgung der Versicherten am dringendsten benötigt werden. Daher erhält jede Krankenkasse zunächst für alle Versicherten eine Grundpauschale in Höhe der durchschnittlichen Pro-Kopf-Ausgaben

in der GKV. Da für eine Krankenkasse mit vielen alten und kranken Versicherten dieser Betrag nicht ausreicht, während eine Krankenkasse mit vielen jungen und gesunden Versicherten zu viel Geld erhält, wird diese Grundpauschale durch Berücksichtigung der Krankheitslast der Versicherten durch Zu- und Abschläge modifiziert.

Nach dem Evaluationsbericht des Wissenschaftlichen Beirats zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleiches hat die Einführung des Morbi-RSA gegenüber dem bis zum Jahr 2008 geltenden RSA die Zielgenauigkeit der Zuweisungen zur Deckung der standardisierten Leistungsausgaben der Krankenkassen insgesamt erhöht. Die Einführung des Morbi-RSA wird vom Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration daher grundsätzlich als insgesamt positiv beurteilt. Der Morbi-RSA trägt der Sicherstellung des Solidarprinzips als tragendem Grundsatz der gesetzlichen Krankenversicherung Rechnung, indem er sicherstellt, dass etwaige Anreize der Krankenkassen für eine Selektion von Versicherten nach Risikomerkmale neutralisiert werden.

In verschiedenen Bereichen bestehen aus Sicht des Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Integration jedoch noch Defizite, die behoben werden müssen. Dies betrifft insbesondere die mit dem „Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz“ vom 22. März 2020 eingeführte sogenannte „Regionalkomponente“, mit der die regionale Morbiditäts- und Mortalitätsstruktur, die demografische Struktur, die Sozialstruktur, die Markt- und Wirtschaftsstruktur oder die Siedlungsstruktur am Wohnort der Versicherten abgebildet werden soll. Wie in der Antwort zu Ziffer 8 dargestellt, hat die Gesundheitsministerkonferenz das BMG gebeten, auf der Grundlage des vorliegenden Gutachtens des Wissenschaftlichen Beirats zu den Wirkungen der regionalen Merkmale im Risikostrukturausgleich vom 29. Januar 2024 zu prüfen, wie der in diesem Gutachten festgestellte indirekte Ausgleich von Angebotseffekten durch die Regionalkomponente künftig neutralisiert werden kann. Zudem hat der Bundesrat auf Antrag von Baden-Württemberg im Rahmen einer Entschließung zum Bürokratieabbau in der gesetzlichen Krankenversicherung die Bundesregierung aufgefordert, die Prüfung von Datenmeldungen für den Risikostrukturausgleich für künftige Jahre mit Blick auf die grundsätzlichen Feststellungen im Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats zu den Wirkungen des Ausschlusses von Risikogruppen im Risikostrukturausgleich vom 29. Januar 2024 neu zu gestalten, zielgenauer auszurichten, zu entbürokratisieren und durch Einführung von Prüffristen deutlich zu beschleunigen. Bisher ist weder zu dem GMK-Beschluss noch zu dem Entschließungsantrag des Bundesrats eine Reaktion vonseiten des Bundes erfolgt.

Darüber hinaus sind von dem angesprochenen Entschließungsantrag „Bürokratieabbau in der gesetzlichen Krankenversicherung“ weitere Verfahrenserleichterungen der Prüfung von Datenmeldungen für den Risikostrukturausgleich umfasst. Zudem strebt die Landesregierung eine inhaltliche Weiterentwicklung des Morbi-RSA auch vor dem Hintergrund der im Jahr 2020 eingeführten Regionalkomponente, die schon aus rechtlichen Gründen dringend reformbedürftig ist, an. Erforderlich ist, dass die Kriterien für den Morbi-RSA transparent und klar sind, um den Krankenkassen eine vernünftige Finanzplanung zu ermöglichen. Die Komplexität des Verfahrens, insbesondere die Vielzahl der über 500 Ausgleichsvariablen, erzeugt bei den Krankenkassen inzwischen eine erhebliche Instabilität der Zuweisungen. Gleiches gilt im Hinblick auf Änderungen in den Datengrundlagen (Leistungsausgaben, Morbidität), die durch vielfache Wechselwirkungen im Klassifikationsmodell zu Resonanzeffekten führen und erhebliche Zuweisungsschwankungen nach sich ziehen. Mit der von der Landesregierung als erforderlich angesehenen Weiterentwicklung des Morbi-RSA sollen diese Defizite des Verfahrens wirksam behoben werden.

14. welche darüber hinausgehenden Möglichkeiten sie sieht, um den Wettbewerb zwischen den gesetzlichen Krankenkassen fairer und wirksamer zu gestalten;

Zu 14.:

Eine zentrale Voraussetzung für einen fairen und wirksamen Wettbewerb zwischen den gesetzlichen Krankenkassen ist eine stabile Finanzsituation. Hierfür ist eine Ausgabenpolitik erforderlich, die sich konsequent an der Einnahme-Situation der gesetzlichen Krankenversicherung orientiert. Weitere Voraussetzungen sind verlässliche Rahmenbedingungen sowie Planungssicherheit. Krankenkassen, die ihren Schwerpunkt und den Großteil bzw. alle ihre Versicherten in Baden-Württemberg haben, werden, wie in der Antwort zu Ziffer 12 dargestellt, durch die Regionalkomponente innerhalb des Morbi-RSA in besonderer Weise belastet. Zudem können Krankenkassen aufgrund der Komplexität des Verfahrens des Morbi-RSA kaum kalkulieren, welche Zuweisungen mit dem RSA-Schlussausgleich auf sie zukommen. Dies führt teilweise zu einer Mehrbelastung für einen zurückliegenden Zeitraum, die unter Umständen über eine Anhebung des Zusatzbeitragsatzes kompensiert werden muss. Hier ist aus Sicht des Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Integration eine inhaltliche Weiterentwicklung des Morbi-RSA dringend geboten. Mit dem in der Antwort zu Ziffer 8 dargestellten, vom Land Baden-Württemberg initiierten Entschließungsantrag zum Bürokratieabbau in der gesetzlichen Krankenversicherung wird dementsprechend gefordert, dass die Prüfungen von Datenmeldungen für den Risikostrukturausgleich für die vergangenen Jahre in einem vereinfachten und beschleunigten Verfahren unter Berücksichtigung bereits erfolgter Vermögensabschöpfungen bei den Krankenkassen zum Abschluss gebracht werden sollten.

15. wie sie zu dem am 9. Januar 2024 vom Bundesministerium für Gesundheit veröffentlichte Maßnahmenpaket zur Stärkung der ambulanten ärztlichen Versorgung, welches eine jahresbezogene hausärztliche Versorgungspauschale für die Behandlung von Versicherten mit chronischer Erkrankung (mit kontinuierlichem Arzneimittelbedarf) vorsieht, steht.

Zu 15.:

Das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration sieht die geplante Regelung zur Einführung einer jahresbezogenen hausärztlichen Versorgungspauschale für die Behandlung von Versicherten mit chronischer Erkrankung (mit kontinuierlichem Arzneimittelbedarf) im Ergebnis kritisch. Sinn der Regelung ist es, die Ressource Arzt-Zeit effizienter zu nutzen. Arzt-/Praxis-Patientenkontakte, die medizinisch nicht nötig sind, sollen vermieden werden. Dadurch sollen Ärztinnen und Ärzte sowie das Praxispersonal entlastet werden. In Anbetracht der immer knapper werdenden zur Verfügung stehenden Arzt-Zeit und des Fachkräftemangels ist dieser Grundgedanke an sich zunächst zu befürworten. Jedoch ist die Umsetzung problematisch. Die Regelung birgt eine hohe Abrechnungskomplexität. Für viele Ärztinnen und Ärzte bietet sie zudem keine Kalkulations-sicherheit. Zu bedenken ist schließlich auch, dass viele chronisch Kranke begründeter Weise mehr als nur eine Hausärztin oder einen Hausarzt aufsuchen.

Lucha

Minister für Soziales,
Gesundheit und Integration