

Antwort

der Bundesregierung

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Frank Spieth, Dr. Martina Bunge, Klaus Ernst, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.
– Drucksache 16/1095 –**

Zeitplan für den Morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich

Vorbemerkung der Fragesteller

Der in der gesetzlichen Krankenversicherung 1994 eingeführte Risikostrukturausgleich (RSA) ist eine unverzichtbare Voraussetzung für die Umsetzung des Versorgungsauftrags der Krankenkassen und für einen funktionsfähigen Kassenwettbewerb. Dies hat das Bundesverfassungsgericht in seinem Beschluss vom 18. Juli 2005 ausdrücklich bestätigt. Jedoch hat das Bundesverfassungsgericht auch festgestellt, dass „die unscharfe Abbildung des Gesundheitszustands der Versicherten im gegenwärtigen RSA ... die Erreichung der ... gesetzlichen Hauptziele (gefährdet) ... Dadurch werden ... Tendenzen zur Risikoselektion begünstigt“ (Rz. 188). Dabei scheint das Bundesverfassungsgericht offensichtlich davon ausgegangen zu sein, dass der RSA – wie vom Gesetzgeber festgelegt – ab dem Jahre 2007 „auf der Grundlage von Diagnosen, Diagnosegruppen, Indikatoren, Indikatorengruppen, medizinischen Leistungen oder Kombinationen dieser Merkmale“ die Morbidität unmittelbar berücksichtige (§ 268 Abs. 1 SGB V). Im § 268 Abs. 2 SGB V ist hierzu festgehalten: „Das Bundesministerium für Gesundheit regelt bis zum 30. Juni 2004 durch Rechtsverordnung nach § 266 Abs. 7 mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere zur Umsetzung der Vorgaben nach Absatz 1.“ In dem im Auftrag der Bundesregierung erstellten und der Bundesregierung seit 2004 vorliegenden wissenschaftlichen Gutachten „Klassifikationsmodelle für Versicherte im Risikostrukturausgleich“ werden Vorschläge zur Umsetzung des Morbi-RSA unterbreitet.

Im Koalitionsvertrag ist unter dem Punkt 7.2.2. vereinbart: „Zwingende Voraussetzung einer stärker wettbewerblichen Orientierung der Krankenversicherung ist die Vereinfachung und Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs, so dass die Zielgenauigkeit erhöht und die Morbiditätsrisiken besser abgebildet werden. Geeignete Kriterien dazu werden gemeinsam entwickelt. Hierzu ist eine ausreichende Datenbasis zu schaffen. Die bisher vorgelegten Vorschläge zur Berücksichtigung der Morbiditätsrisiken werden gemeinsam überprüft.“

Die Rechtsverordnung des Bundesministeriums für Gesundheit, die bis zum 30. Juni 2004 zu erlassen war, liegt bis heute nicht vor. Angesichts der vom Bundesverfassungsgericht hervorgehobenen Bedeutung des Risikostrukturausgleichs für einen funktionsfähigen Solidarausgleich zwischen Gesunden und Kranken und einen funktionsfähigen Wettbewerb zwischen den Krankenkassen ergeben sich zur Umsetzung des Gesetzes folgende Fragen:

1. Wie sieht der Zeitplan der Bundesregierung zur Einführung eines Morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA) aus?
2. Ab wann ist mit der nach dem Gesetz bis zum 30. Juni 2004 fälligen Rechtsverordnung zum Morbi-RSA zu rechnen?
3. Teilt die Bundesregierung die in Fachkreisen geäußerte Befürchtung, dass eine Umsetzung des Morbi-RSA selbst mit einjähriger Verzögerung zum 1. Januar 2008 nur dann möglich ist, wenn die Rechtsverordnung hierzu unverzüglich vorgelegt wird?

Die Fragen 1 bis 3 werden gemeinsam beantwortet.

Die Fertigstellung des Gutachtens nach § 268 Abs. 2 SGB V, das zur Vorbereitung der Einführung eines direkt morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (RSA) diene, hat sich aufgrund verspäteter Datenlieferungen der Krankenkassen und insbesondere der Kassenärztlichen Vereinigungen verzögert. Aus diesem Grund und wegen des zwischenzeitlichen Zeitablaufs kann die Einführung der direkten Morbiditätsorientierung in den RSA, die einen erheblichen zeitlichen Vorlauf voraussetzt, der sich aus der Notwendigkeit der Erhebung und Übermittlung der erforderlichen Daten und der Anpassung des Klassifikationsmodells an die Verhältnisse der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung ergibt, nicht mehr zu dem im § 268 Abs. 1 SGB V vorgesehenen Termin 1. Januar 2007 erfolgen.

Vor einer Vorlage der Rechtsverordnung werden die Koalitionsfraktionen entsprechend des Koalitionsvertrags eine Abstimmung über die Weiterentwicklung des RSA herbeiführen. Die entsprechende Klärung erfolgt zurzeit. Eine Festlegung des Einführungstermins ist erst im Anschluss hieran möglich.

4. Welche der in dem im oben erwähnten Gutachten genannten Kriterien und Klassifikationsmodelle beabsichtigt die Bundesregierung für den Morbi-RSA heranzuziehen?
5. Ist vorgesehen, in strukturierte Behandlungsprogramme (DMP) eingeschriebene Versicherte in einem Morbi-RSA weiterhin besonders zu berücksichtigen?
6. Für wie hoch hält die Bundesregierung den administrativen Aufwand für die Durchführung des Morbi-RSA?

Die Fragen 4 bis 6 werden gemeinsam beantwortet.

Gemäß § 268 SGB V sind die Versichertengruppen und Gewichtungsfaktoren im RSA zukünftig nach Klassifikationsmerkmalen zu bilden, die die Morbidität der Versicherten auf der Grundlage von Diagnosen, Diagnosegruppen, Indikationen, Indikationengruppen, medizinischen Leistungen oder Kombinationen dieser Merkmale unmittelbar berücksichtigen. Weitere Kriterien für die Auswahl des geeigneten Klassifikationsmodells sind danach die Verringerung der Anreize zur Risikoselektion, die Förderung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung sowie Praktikabilität und Kontrollierbarkeit.

Auch der Koalitionsvertrag von CDU, CSU und SPD sieht vor, den RSA zu vereinfachen und weiterzuentwickeln, so dass seine Zielgenauigkeit erhöht und die Morbiditätsrisiken besser abgebildet werden. Hierzu sollen geeignete Kriterien gemeinsam entwickelt und dafür eine ausreichende Datenbasis geschaffen werden. Die bisher vorgelegten Vorschläge zur Berücksichtigung der Morbiditätsrisiken sollen gemeinsam überprüft werden. Mit der Entscheidung über einen weiterentwickelten RSA soll auch die Verknüpfung der strukturierten Behandlungsprogramme mit dem RSA neu gestaltet werden.

Wie oben ausgeführt finden derzeit die Abstimmungen der Koalitionsfraktionen zur Umsetzung der Vereinbarung auch in dieser Frage statt. Aussagen zur weiteren Berücksichtigung von strukturierten Behandlungsprogrammen im RSA sowie zum erforderlichen administrativen Aufwand der Durchführung des morbiditätsorientierten RSA können im Einzelnen erst nach den entsprechenden Entscheidungen zur Weiterentwicklung des RSA getroffen werden. Auf die zu berücksichtigenden Ergebnisse des vom BMG in Auftrag gegebenen Gutachtens nach § 268 Abs. 2 SGB V hierzu wird hingewiesen.

Zur Frage der Verknüpfung strukturierter Behandlungsprogramme mit dem RSA führt das Gutachten aus, dass eine besondere Berücksichtigung eingeschriebener Versicherter nach Einführung eines direkt morbiditätsorientierten RSA verzichtbar sei, weil die untersuchten Klassifikationsmodelle die Ausgaben für chronisch Kranke gut prognostizierten. Stattdessen sollten die Programme künftig über eine Management-Pauschale gefördert werden. Im Hinblick auf den administrativen Aufwand für die Durchführung eines direkt morbiditätsorientierten RSA weisen die Gutachter darauf hin, dass die für die Anwendung des von ihnen empfohlenen Klassifikationsmodells notwendigen Daten den Krankenkassen grundsätzlich bereits heute vorliegen, so dass die Verwendung der Daten für den Zweck eines direkt morbiditätsorientierten RSA mit einem sehr begrenzten datentechnischen Aufwand realisierbar sei. Weitere administrative Entlastungen seien mit Übergang zu einem direkt morbiditätsorientierten RSA dadurch möglich, dass auch der Risikopool verzichtbar sei.

7. Wie wird sich der von der Bundesregierung vorgesehene Morbi-RSA auf den Wettbewerb zwischen den Kassen, vor allem auf die Anreize zu mehr Wirtschaftlichkeit und besserer Versorgungsqualität auswirken?

Die direkte Berücksichtigung der Morbidität der Versicherten im RSA führt dazu, dass Krankenkassen keine Beitragssatzvorteile im Wettbewerb mehr dadurch erzielen können, dass sie möglichst gesunde Versicherte an sich binden. Wettbewerbsvorteile müssen dann über eine Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung erzielt werden. Anders als bisher werden kranke Versicherte auch außerhalb von strukturierten Behandlungsprogrammen keine schlechten Risiken mehr sein. Für die Krankenkassen wird es sich vielmehr lohnen, sich besonders um die Verbesserung der Versorgung dieser Versicherten zu kümmern.

8. Wie wird sich der von der Bundesregierung vorgesehene Morbi-RSA auf die medizinische Versorgung der chronisch Kranken auswirken?

Wie zu den Fragen 5 und 7 ausgeführt, wird die Versicherung chronisch Kranker für die Krankenkassen nach Einführung eines direkt morbiditätsorientierten RSA kein finanzielles Risiko mehr darstellen und ein Engagement in der Versorgung chronisch Kranker zukünftig sogar eine Erfolg versprechende Strategie zur Erzielung von Wettbewerbsvorteilen sein. Insoweit ist davon auszugehen, dass

die Einführung eines direkt morbiditätsorientierten RSA zu einer Verbesserung der medizinischen Versorgung von chronisch Kranken führt.

9. Gibt es Überlegungen, die Private Krankenversicherung in den RSA oder einen ähnlichen Solidarausgleich mit einzubinden?

Im Koalitionsvertrag von CDU, CSU und SPD wurde vereinbart, dass im Laufe des Jahres 2006 ein Konzept für die zukünftige Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung gemeinsam entwickelt wird. Hierbei geht es insbesondere darum zu prüfen, inwieweit verschiedene denkbare Finanzierungskonzepte geeignet sind, ein leistungsfähiges, solidarisches und demographiefestes Gesundheitswesen dauerhaft zu sichern. In diesem Zusammenhang ist auch über das Verhältnis von gesetzlicher und privater Krankenversicherung zueinander und die Tragung der Solidarlasten zu diskutieren.

10. In welcher Form ist die gesetzliche Krankenversicherung in die Vorbereitungen des Morbi-RSA eingebunden?

Die gesetzlichen Krankenkassen sowie ihre Spitzenverbände waren eng in den Gutachtenprozess eingebunden. Sobald die Koalitionsfraktionen über die Weiterentwicklung des RSA entschieden haben, wird der Sachverstand der Krankenkassen über ihre Spitzenverbände auch bei der Umsetzung der Entscheidung eingebunden werden.