Offener Brief

Offener Brief
An Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe

Sehr geehrter Herr Bundesminister Gröhe,

wir möchten uns mit folgendem Anliegen an Sie wenden. Der Morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) wurde 2009 eingeführt, um im Sinne des Solidarprinzips krankheitsbedingte Unterschiede in der Versichertenstruktur der Krankenkassen auszugleichen und die Zuweisungen an die Krankenkassen zielgenauer berechnen zu können. Leitgedanke war und ist es bis heute, zwischen den gesetzlichen Krankenkassen einen angemessenen Ausgleichsmechanismus einzuführen. Fünf Jahre später ist es dringend geboten, diese Systematik auf den Prüfstand zu stellen. Hat sich die Methodik bewährt? Hat der Morbi-RSA die Erwartungen erfüllt, die vor Jahren an ihn gestellt wurden? Wo bedarf es Korrekturen, um die Gesundheitsversorgung in Deutschland zu verbessern und die Finanzierung langfristig auf stabilere Beine zu stellen?

Aus Sicht der SBK besteht hier Anpassungsbedarf, da der Morbi-RSA zu einer nicht in jeder Hinsicht sachgerechten Verteilung der Mittel zwischen den Kassenarten führt. Während die einen Kassen oft nicht genügend Zuweisungen zur Deckung ihrer Leistungsausgaben erhalten, erzielen andere Kassen Überschüsse, aus denen sie Vermögen aufbauen können. Eine faire Ausgangsposition für den Wettbewerb zwischen den Krankenkassen, der nicht zuletzt im Interesse der Versicherten eingeführt wurde, ist auf dieser Grundlage nicht in ausreichendem Maße gegeben. Die SBK stellt zudem fest, dass das System des Morbi-RSA für Versicherte und Bundestagsabgeordnete nicht hinreichend transparent ist.

Unser Ziel ist es, eine breite politische und wissenschaftliche Debatte mit allen Akteuren des Gesundheitssystems anzustoßen – bereits in der Vergangenheit hat die SBK hier aus ihrer Sicht erforderliche Änderungen angesprochen. Die öffentliche Reaktion des Bundesversicherungsamts vom 25.07.2014 auf unseren Geschäftsbericht 2013 hat uns vor diesem Hintergrund überrascht. Deshalb ist es uns ein besonderes Anliegen, mit diesem Schreiben noch einmal auf die wesentlichen Punkte hinzuweisen, bei denen wir Nachbesserungen für nötig erachten. In der Anlage haben wir diese als Fragen formuliert zusammengefasst. Wir werden diese Fragen ab September auch an die Abgeordneten im Gesundheitsausschuss und Medien adressieren und hoffen auf eine Diskussion, die für alle Beteiligten gewinnbringend ist. Ein angemessenes Ausgleichssystem auf der Basis des Solidarprinzips ist ein gemeinsames Ziel, dem wir uns verpflichtet sehen. Gerne stehen wir auch für ein persönliches Gespräch zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen,

gez. Hans Unterhuber
gez. Gertrud Demmler

Vorstand

gez. Bettina Muttelsee-Schön
gez. Bruno Wägner

Verwaltungsrat

Anlage: Fragen der SBK zu Morbi-RSA und Gesundheitsfonds

Zur Diskussion:

Fragen zu notwendigen Verbesserungen bei Gesundheitsfonds und Morbi-RSA

1. Der Gesundheitsfonds verteilt jedes Jahr rund 200 Mrd. Euro an die Krankenkassen. Das ist so viel, wie die Bundesministerien für Arbeit, Verteidigung, Verkehr, Bildung und Familie zusammen im Jahr 2013 ausgegeben haben. Der Deutsche Bundestag gibt den Bundeshaushalt frei und kontrolliert ihn. Im Gegensatz dazu obliegt die Mittelverwaltung des Gesundheitsfonds einer Behörde, dem Bundesversicherungsamt (BVA), die gleichzeitig Exekutive und Rechtsaufsicht ist und die seit 2009 die Beiträge der Versicherten zentral an die einzelnen Krankenkassen verteilt.

   Die Abgeordneten des Deutschen Bundestages treffen regelmäßig wegweisende Entscheidungen über die Finanzierung und Weiterentwicklung des Gesundheitswesens.

   - Wie oft und in welcher Form erhält der Deutsche Bundestag Rechenschaft über die Planungen des Gesundheitsfonds, die tatsächliche Entwicklung und die Auswirkungen auf die Gesundheitsversorgung in Deutschland?
   - Besteht ausreichend Transparenz zu der Frage, wie hoch das Beitragsaufkommen der Versicherten bundesweit bzw. regional ist?
   - Wird darüber informiert, wie hoch die Mittelzuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für die Versorgung der Versicherten sind – bundesweit und regional?
   - Gibt es Aussagen zu der Frage, wie hoch die Deckungsquote ist – bundesweit und regional?

2. Die Krankenkassen finanzieren sich seit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz maßgeblich über Zuweisungen auf Grundlage des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA). Wie sich die Zuweisungen genau zusammensetzen, berechnet das BVA auf Basis eines mathematischen Verfahrens und speziell definierter Daten aller Krankenkassen. Die Kassen können allerdings nicht nachprüfen, ob die Zuweisungen korrekt ermittelt wurden und ob alternative Verfahren oder Daten bedarfsgerechtere Ergebnisse liefern würden. Eine externe Kontrollinstanz gibt es nicht. Auf das Problem haben auch die Prüfer des Bundesrechnungshofs bereits aufmerksam gemacht. Sie kritisierten Ende vergangenen Jahres, dass kein unabhängiger externer Prüfer den Jahresabschluss zum Gesundheitsfonds prüft. Außerdem forderten sie das BVA dazu auf, den Jahresabschluss schneller vorzulegen und aussagekräftiger zu gestalten. Zugleich

mahnte der Bundesrechnungshof den Gesetzgeber an, die Rechtsgrundlage so zu ändern, dass mehr Transparenz geschaffen wird.

- Wird der anstehende Jahresabschluss 2013 zum Gesundheitsfonds von externen Prüfern testiert werden? Gibt es zwischenzeitlich gesetzgeberische Überlegungen hierzu?

3. Bestimmte Kassenarten erhalten im derzeitigen System mehr Zuweisungen, als sie für die Leistungsausgaben für ihre Versicherten brauchen, während andere Kassen systematisch weniger Zuweisungen bekommen. Die Folge: Die Kassen, die mehr Mittel erhalten als sie benötigen, bauen mit den solidarisch finanzierten Zuweisungen Vermögen auf. So belaufen sich die Solidarbeiträge von Betriebs- und Ersatzkassen auf geschätzt 15,1 Milliarden Euro pro Jahr. Ein solcher Transfer geht weit über das Solidarprinzip der Versichertengemeinschaft hinaus, weil damit nicht Unterdeckungen bei anderen Kassen ausgeglichen, sondern dort Überschüsse und Vermögen aufgebaut werden.

   - Wie kann korrigiert werden, dass manche Krankenkassen Überdeckungen erzielen, die nicht auf die eigene Leistung der Kasse, sondern auf eine Überkompensation aus Solidarbeiträgen zurückzuführen sind?

4. Der Morbi-RSA berücksichtigt die Faktoren Alter, Geschlecht, Erwerbsminderung und Morbidität. Diese Informationen erklären laut BVA 24,8% der Unterschiede in den Ausgaben der Krankenkassen[1]. Das bedeutet: Nimmt ein Versicherter Leistungen im Wert von 1.000 Euro in Anspruch, werden nur 248 Euro durch die genannten Faktoren erklärt und über den Morbi-RSA dem betroffenen Versicherten bzw. seiner Krankenkasse zugesprochen. Internationale Forschungsergebnisse zeigen, dass die Genauigkeit erhöht werden könnte, würde der Morbi-RSA auch weitere Faktoren berücksichtigen. Das bestätigen auch Erhebungen des BVA.

   - Warum wird auf die Einbeziehung weiterer Erklärungsfaktoren verzichtet und somit eine große Unschärfe in der Kalkulation bewusst in Kauf genommen? Wird eine Anpassung geprüft?

5. Mit der Einführung des Morbi-RSA sollten faire Wettbewerbsbedingungen für die Krankenkassen geschaffen werden, indem Risikoselektion zulasten einzelner Versichertengruppen verhindert wird. Mehrere Studien zeigen allerdings, dass die Versorgung in verschiedenen Regionen Deutschlands unterschiedlich teuer ist, ohne dass dafür Morbiditätsaspekte verantwortlich sind. Da dieser Aspekt im Morbi-RSA keine Berücksichtigung findet, ergeben sich regionale Verwerfungen, wie Ergebnisse aus dem Evaluationsbericht zeigen, die von einem Vertreter des BVA in mehreren Veröffentlichungen bestätigt werden. Beispielsweise bringt ein Versicherter aus dem

[1] Quelle: Erläuterungen zur Festlegung von Morbiditätsgruppen, Zuordnungsalgorithmus, Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren durch das Bundesversicherungsamt für das Jahr 2014.

Bayerischen Wald seiner Krankenkasse bis zu 200 Euro Überdeckung pro Jahr. Im Gegensatz dazu entsteht einer Kasse in Hamburg im Schnitt eine jährliche Unterdeckung von 100 bis 200 Euro pro Versicherten. Die Folge: Menschen in solchen Ballungsräumen zu versichern, birgt für Kassen ein nicht unerhebliches Risiko der Unterdeckung.

In den Niederlanden wird das Problem über einen Regionalfaktor gelöst, der bei der Berechnung der Zuweisungen berücksichtigt wird, in Österreich gibt es einen Ballungsraumfaktor für Wien. Auch für Deutschland hat das BVA festgestellt, dass die Berücksichtigung von regionalen Strukturen zu einer besseren Deckung der Leistungsausgaben auf Kassenebene führen würde.

- Wann wird ein solcher Ballungsraumfaktor eingeführt und wie könnte er ausgestaltet sein?

6. Fünf Jahre nach Einführung des Morbi-RSA ist weitgehend unbekannt, ob die Methode tatsächlich zu mehr Verteilungsgerechtigkeit innerhalb der GKV geführt hat. Bis heute wurde nur eine Evaluationsstudie durchgeführt, nämlich 2011 durch den Wissenschaftlichen Beirat des Bundesversicherungsamtes – auf Basis der Zahlen aus dem Abrechnungsjahr 2009. Die Erkenntnisse aus dieser Evaluationsstudie werden bis heute für Entscheidungen über Anpassungen im Morbi-RSA herangezogen. Das bedeutet: Entscheidungen über die Verteilung von rund 200 Mrd. Euro jährlich werden von einer Studie abhängig gemacht, die inzwischen fünf Jahre alte Daten verwendet und die tatsächlichen Auswirkungen des Morbi-RSA nicht berücksichtigt. Neuere Gutachten liegen nicht vor.

   - Wann wird eine aktuelle Evaluation der Auswirkungen des Morbi-RSA in Auftrag gegeben?

   - Welche Vorhaben gibt es, dieses wichtige Thema wissenschaftlich zu begleiten und von unterschiedlichen Forschungsinstitutionen aus verschiedenen Perspektiven zu beleuchten?