

08.06.88

Antrag

der Freien Hansestadt Bremen

zum

Entwurf eines Gesetzes zur Strukturreform im Gesundheits-
wesen (Gesundheits-Reformgesetz - GRG)

Punkt 3 der 590. Sitzung des Bundesrates am 10. Juni 1988

Der Bundesrat möge beschließen:

Nach § 282 ist folgender neuer Dritter Titel einzu-
fügen:

"Dritter Titel

Kassenartenübergreifender Risikoausgleich
innerhalb eines Landes

§ 282 a

(1) In jedem Land, in dem ein Landesverband mit höchstens zwei Mitgliedskassen besteht, wird zur Erprobung ein Risikoausgleich zwischen den Krankenkassen durchgeführt. In den übrigen Ländern kann ein Risikoausgleich zwischen den Krankenkassen durchgeführt werden. Krankenkassen, deren Zuständigkeit sich über den Bereich eines Landes hinaus erstreckt, haben zu diesem Zweck Einnahmen und Ausgaben für den Bereich des Landes gesondert auszuweisen und die für den Ausgleich er-

...

forderlichen Daten gesondert zu ermitteln und der für die Durchführung des Ausgleichs zuständigen Stelle mitzuteilen. Zwischen den beteiligten Krankenkassen werden die Mehr- oder Minderbeträge ausgeglichen, die auf

1. den unterschiedlichen beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder ohne die in § 279 Satz 4 Nr. 1 genannten Beträge,
2. der unterschiedlichen Altersstruktur der Mitglieder ohne die nach § 5 Abs. 1 Nr. 11 oder 12 versicherungspflichtigen Rentner,
3. der unterschiedlichen Zahl der nach § 10 versicherten Angehörigen ohne die Angehörigen der nach § 5 Abs. 1 Nr. 11 oder 12 versicherungspflichtigen Rentner

im abgelaufenen Geschäftsjahr beruhen.

(2) Die Arbeitsgemeinschaft nach § 228 führt den Ausgleich durch. Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung regelt durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere über das Verfahren bei der Durchführung des Risikoausgleichs, die hierfür von den Krankenkassen mitzuteilenden Angaben, und welche weiteren Länder einbezogen werden.

(3) Die landwirtschaftlichen Krankenkassen nehmen am Risikoausgleich nicht teil."

Begründung

Die Beitragssätze innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung klaffen extrem auseinander. In Bremen betrug zum 1.1.1988 der niedrigste allgemeine Beitragssatz bei einer Betriebskrankenkasse 9,0 v.H. des Grundlohns, während der höchste Beitragssatz von der AOK Bremerhaven und Wesermünde mit 14,9 v.H. erhoben wird. Vergleichbare Beitragsspannen lassen sich für fast jede Region der Bundesrepublik Deutschland nachweisen.

Diese Beitragsspannen sind weder mit dem Gerechtigkeitsgebot noch mit dem Sozialstaatsgebot des Grundgesetzes zu vereinbaren. Es ist sozialpolitisch nicht vertretbar, daß bei einem weitgehend gesetzlich vereinheitlichten Leistungsangebot die besserverdienenden Arbeitnehmer prozentual und vielfach sogar absolut weniger für ihre Krankenversicherung ausgeben müssen als die geringerverdienenden Arbeitnehmer.

Diese Beitragssituation hat folgende Auswirkungen:

- Sozialpolitisch hat sie zu einer Entsolidarisierung geführt,
- wirtschaftspolitisch schwächt sie Betriebe und Regionen durch erhöhte Sozialabgaben,
- darüber hinaus gefährdet sie in hohem Maße die Leistungsfähigkeit der Ortskrankenkassen als Primärkassen.

Verfassungsrechtlich geboten ist es, innerhalb einer Region einen angenäherten Beitragssatz zu haben, der für jedes Mitglied in der gesetzlichen Krankenversicherung gilt, egal bei welcher Kasse es versichert ist. Dieser regionale Bezug basiert darauf, daß das Leistungsangebot innerhalb einer Region (Ärzte, Krankenhäuser und sonstige Heilbehandler) unabhängig von der Kassenzugehörigkeit zugänglich ist und andererseits auch das Gefährdungspotential für die Gesundheit (Umweltsituation, Arbeitsplatzsituation und sonstige regionale Besonderheiten) vergleichbar ist. Zum anderen ist die Annäherung der finanziellen Leistungskraft der Krankenkassen in einer Region Voraussetzung für eine koordinierte Gesundheitspolitik und für die geforderte enge Zusammenarbeit der Kassen (§ 4 Abs. 3), insbesondere auf dem Gebiet der Prävention (§§ 20 ff.). Ferner entspricht der Ausgleich der unterschiedlichen Risikostrukturen der Kassen dem Charakter der Krankenversicherung als Solidargemeinschaft (§ 1). Er mindert zudem die starken Wettbewerbsverzerrungen zwischen den Kassen.

Die Beitragssatzunterschiede zwischen den einzelnen Krankenkassen und Kassenarten werden durch unterschiedliche Risikostrukturen verursacht. Diese wiederum beruhen auf einem ständigen Prozeß der Entsolidarisierung. Die unterschiedliche Risikostruktur wirkt sich in der gesetzlichen Krankenversicherung sowohl auf der Seite der Einnahmen als auch auf der Seite der Ausgaben aus. Auf der Seite der Einnahmen sind die beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder der entscheidende Faktor. Auf der Seite der Ausgaben sind dies die unterschiedlichen Gesundheitsrisiken der Versicherten, die Alters- und Erwerbsstruktur und die Anzahl der beitragsfrei versicherten Familienangehörigen. Diese Risikounterschiede können von den einzelnen Krankenkassen nicht beeinflußt werden.

Die nach dem Gesetzentwurf vorgesehenen Regelungen zur Angleichung der Beitragssatzunterschiede sind völlig unzureichend, insbesondere in den Stadtstaaten sowie dem Saarland besteht keine Regelung, die zur dauerhaften Beseitigung der ungleichen Beitragsbelastungen für Versicherte und Arbeitgeber beitragen kann. Für diese Regionen ist daher die Möglichkeit eines Risikoausgleichs zu schaffen, der alle Versicherten - unabhängig von der Kassenzugehörigkeit - umfaßt. Weitere Länder (Regionen) sollten die Möglichkeit erhalten, für ihren Bereich in den Risikoausgleich einbezogen zu werden.

Der Ausgleich soll nicht ausgabenorientiert sein, wie etwa der Finanzausgleich in der Krankenversicherung der Rentner, sondern einnahmeorientiert, indem die unterschiedlichen Risiken ausgeglichen werden. Dadurch werden für alle Kassenarten in der Region gleiche Ausgangsbedingungen geschaffen. Eine Annäherung der Beitragssätze - keine vollständige Angleichung - in der Region wäre gewährleistet. Als Indikatoren für das Ausgleichssystem sollen

- die beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder (Grundlohn),
- die Altersstruktur der Mitglieder,
- der Anteil der beitragsfrei versicherten Angehörigen der Mitglieder,

herangezogen werden.

Aufgrund des neuen Angleichungskonzepts ist zunächst die Erprobung in einzelnen Regionen vorgesehen, um alsbald die Auswirkungen eines Risikoausgleichs festzustellen und zu dauerhaften Organisationslösungen zu kommen.

Zu Abs. 1

Die Regelung legt die maßgeblichen Risikofaktoren fest und schafft die Grundlage für eine auf die Bundesländer bezogene Datenstrukturierung durch die Ersatzkassen sowie andere Krankenkassen, die länderübergreifend organisiert sind. Damit werden die für den Risikoausgleich notwendigen statistischen Grundlagen geschaffen. Der Finanzausgleich in der KVdR bleibt durch den Risikoausgleich unberührt. Der Ausgleich soll erstmals 1990 auf der Basis der Werte des Geschäftsjahres 1989 durchgeführt werden.

Zu Abs. 2

Der Ausgleich wird aufgrund einer Rechtsverordnung des BMA durch eine Arbeitsgemeinschaft durchgeführt, an der alle Kassenverbände beteiligt sind.

Zu Abs. 3

Die landwirtschaftlichen Krankenkassen nehmen am Ausgleich nicht teil, weil es sich dabei um agrarsoziale Sondereinrichtungen handelt.