

17.09.01**Empfehlungen**
der AusschüsseG - Inzu Punkt ... der 767. Sitzung des Bundesrates am 27. September 2001

Entwurf eines Gesetzes zur Reform des Risikostrukturausgleichs in
der gesetzlichen Krankenversicherung

A**Der federführende Gesundheitsausschuss**

empfiehlt dem Bundesrat, zu dem Gesetzentwurf gemäß Artikel 76 Abs. 2 des
Grundgesetzes wie folgt Stellung zu nehmen:

1. Zu Artikel 1 Nr. 1a - neu - (§ 255 Abs. 3a - neu - SGB V)

In Artikel 1 ist nach Nummer 1 folgende Nummer einzufügen:

'1a. In § 255 wird nach Absatz 3 folgender Absatz eingefügt:

"(3a) Die Beiträge nach den Absätzen 1 und 2 werden fällig, wenn und
soweit sie nach Absatz 3 Satz 2 verrechnet werden können. Soweit Beiträge
nicht verrechnet werden können, werden sie am fünften Arbeitstag nach
Zugang der Anforderung der Krankenkasse fällig; frühester Zugang einer
Anforderung ist der Erste des Monats, für den die Rente gezahlt wird. Die
den landwirtschaftlichen Krankenkassen zustehenden Beträge werden am
Ersten des Monats fällig, für den die Rente gezahlt wird." '

Ausgeliefert am 18. SEP. 2001

...

(noch Ziffer 1)

Begründung:

Die Änderung enthält eine Klarstellung zum Fälligkeitszeitpunkt der für versicherungspflichtige Rentner zu entrichtenden Krankenversicherungsbeiträge. Nach der geltenden Praxis führen die Rentenversicherungsträger die für diesen Personenkreis zu zahlenden Krankenversicherungsbeiträge zeitgleich mit der Auszahlung der Rente, d. h. am Ersten des Monats, für den die Rente gezahlt wird, an die Krankenkassen ab. Die Krankenkassen verrechnen sodann ihre Ansprüche auf Auszahlung dieser Beiträge mit dem Anspruch der Rentenversicherungsträger auf Weiterleitung des an sie abzuführenden Teils des Gesamtsozialversicherungsbeitrags sowie mit ihren Verpflichtungen im Risikostrukturausgleich. Dieses Verfahren wird in dieser Form seit Mitte der fünfziger Jahre, zunächst im Rahmen des Finanzausgleichs in der Krankenversicherung der Rentner, seit 1994 im Rahmen des Risikostrukturausgleichs, praktiziert.

Der Bundesrechnungshof hat beanstandet, dass sich aus den gesetzlichen Vorschriften über die Abführung bzw. Verrechnung der Krankenversicherungsbeiträge versicherungspflichtiger Rentner nicht ableiten lasse, dass diese Beiträge bereits zu Beginn des Monats, für den die Rente gezahlt wird, fällig seien. Er hält deshalb die Fälligkeitsregelung des § 23 Abs. 1 Satz 5 SGB IV für anwendbar und hat von den Rentenversicherungsträgern eine entsprechende Umstellung des Verfahrens verlangt. Danach wären diese Beiträge erst am 15. des Folgemonats von den Rentenversicherungsträgern an die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte abzuführen. Der Rechnungsprüfungsausschuss des Deutschen Bundestages hat sich der Auffassung des Bundesrechnungshofs angeschlossen und das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung aufgefordert, für eine eindeutige gesetzliche Regelung der Beitragsfälligkeit zu sorgen. Dabei solle es sich an der bestehenden allgemeinen Fälligkeitsregelung in § 23 Abs. 1 Satz 5 SGB IV orientieren und dem Ausschuss bis zum 30. November 2001 über das Veranlasste berichten.

Eine gesetzliche Regelung, die die Fälligkeit der Krankenversicherungsbeiträge versicherungspflichtiger Rentner an die Vorschrift des § 23 Abs. 1 Satz 5 SGB IV ausrichten würde, hätte zur Folge, dass die entsprechenden Beiträge den Krankenkassen erst sechs Wochen später als derzeit zur Verfügung stünden. Es handelt sich hierbei um einen Betrag von ca. 3,8 Mrd. DM (Summe der bundesweiten durchschnittlichen KVdR-Beiträge im ersten Halbjahr 2001) monatlich. Diese Deckungslücke könnte von einer Vielzahl von Krankenkassen voraussichtlich nur durch Beitragssatzanhebungen geschlossen werden. Selbst wenn einzelne Krankenkassen den späteren Mittelzufluss aus Rücklagen decken könnten, dürften auch bei diesen Krankenkassen mittelfristig Beitragssatzanhebungen zur Auffüllung der Finanzreserven erforderlich werden. Dies hätte wiederum auch zusätzliche Belastungen der Rentenversicherungsträger zur Folge, da diese einen entsprechend höheren

(noch Ziffer 1)

Trägeranteil zu den Krankenversicherungsbeiträgen versicherungspflichtiger Rentner abführen müssten. Da die Krankenkassen durch geringere Rücklagen bzw. durch zusätzliche Kredite und Zwischenfinanzierungen den Liquiditätsverlust finanzieren müssten, entstünden ihnen zusätzliche Zinsverluste bzw. -aufwendungen. Bei der Pflegeversicherung ergäbe sich durch die um 6 Wochen verzögerte Zahlung der Rentenversicherungsbeiträge ein Liquiditätsverlust von rd. 700 Mio. DM, verbunden mit einem entsprechenden dauerhaften Verlust an Zinseinnahmen. Angesichts vielfältiger aktueller Belastungen der Pflegeversicherung (z.B. Urteil des Bundesverfassungsgerichts zur Pflege, voraussichtliche Absenkung der Beiträge freiwillig versicherter Rentner) sowie insbesondere vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung sind die oben geschilderten Mindereinnahmen für die Pflegeversicherung nicht verkraftbar und drohen, die Beitragssatzstabilität zu gefährden.

Umgekehrt erscheint es zweifelhaft, ob die Umstellung der gegenwärtigen Praxis in dem vom Bundesrechnungshof gewünschten Sinn zu den von diesem erwarteten Zinsmehreinnahmen der Rentenversicherungsträger in Höhe von ca. 100 Mio. DM jährlich führen würde. Zwar hätte eine Verlagerung des Zahlungstermins der Krankenversicherungsbeiträge versicherungspflichtiger Rentner um sechs Wochen zur Folge, dass die Rentenversicherungsträger gegenüber dem Status quo über eine zusätzliche Liquidität in Höhe der monatlichen Zahlungen an die Krankenversicherung und die Pflegeversicherung verfügen würden, die zinswirksam angelegt werden könnte. Da jedoch die Erhöhung der den Rentenversicherungsträgern zur Verfügung stehenden Mittel nach den gesetzlichen Vorschriften bei der Überprüfung des Beitragssatzes im Folgejahr zu berücksichtigen wäre und gegebenenfalls zu einer Absenkung des Beitragssatzes führen würde, würde dieser Zinseffekt nur einmalig auftreten. Ein Zinseffekt für die Rentenversicherung würde sogar gänzlich entfallen, wenn die Zinserträge durch eine vorherige Berücksichtigung im Beitragssatz vorweggenommen würden. In jedem Fall würde ein sich jährlich wiederholender Zinseffekt für die Rentenversicherungsträger durch eine spätere Fälligkeit der Krankenversicherungsbeiträge versicherungspflichtiger Rentner nicht auftreten. Letztlich würde eine Änderung der gegenwärtigen Praxis daher nicht zu nachhaltigen Einsparungen führen.

Aus diesen Gründen soll die bisherige Praxis der Abführung und Verrechnung der Krankenversicherungsbeiträge versicherungspflichtiger Rentner beibehalten und auf eine ausdrückliche gesetzliche Grundlage gestellt werden. Das bisherige Verfahren wird nicht geändert.

2. Zu Artikel 1 Nr. 4 (§ 269 Abs. 1 und Abs. 4 Nr. 1 SGB V)

In Artikel 1 Nr. 4 ist § 269 wie folgt zu ändern:

a) Absatz 1 ist wie folgt zu fassen:

"(1) Ergänzend zum Risikostrukturausgleich (§ 266) werden die finanziellen Belastungen für aufwändige Leistungsfälle vom 1. Januar 2002 an zwischen den Krankenkassen teilweise ausgeglichen. Übersteigt die Summe der Leistungsausgaben einer Krankenkasse für Krankenhausbehandlung, Arznei- und Verbandmittel, Kranken- und Sterbegeld für einen Versicherten (ausgleichsfähige Leistungsausgaben) im Geschäftsjahr abzüglich der von Dritten erstatteten Ausgaben die Ausgabengrenze (Schwellenwert) nach Satz 4, werden 60 vom Hundert des übersteigenden Betrags aus dem gemeinsamen Risikopool aller Krankenkassen finanziert. Ab dem 1. Januar 2003 sind zusätzlich die Leistungsausgaben einer Krankenkasse für nichtärztliche Leistungen der ambulanten Dialyse in der Summe der ausgleichsfähigen Leistungsausgaben für einen Versicherten zu berücksichtigen. Der Schwellenwert beträgt in den Jahren 2002 und 2003 20.450 Euro und ist in den Folgejahren ab 2004 entsprechend der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 des Vierten Buches anzupassen. Der Risikopool wird aus der hierfür zu ermittelnden Finanzkraft aller Krankenkassen finanziert; dazu wird ein gesonderter Ausgleichsbedarfssatz ermittelt. § 266 Abs. 3 gilt entsprechend."

b) In Absatz 4 Nr. 1 sind nach dem Wort "Absatz 1" die Wörter "sowie das Nähere der Berücksichtigung von Erstattungen durch Dritte nach Absatz 1 Satz 2" einzufügen.

(noch Ziffer 2)

Begründung:

Zu Buchstabe a:

Um die erheblichen Wettbewerbsverzerrungen zwischen Krankenkassen mit hohen und geringen Anteilen an aufwändigen Leistungsfällen schnellstmöglich zu vermindern, wird die solidarische Finanzierung aufwändiger Leistungsfälle bereits zum 1. Januar 2002 eingeführt. Auch wegen der erheblichen Verschlechterung der finanziellen Situation insbesondere der Regionalkassen in Ballungsgebieten ist ein Vorziehen der geplanten Regelung notwendig. Eine versichertenbezogene Erhebung der Leistungsausgaben für nichtärztliche Leistungen der ambulanten Dialyse ist kurzfristig noch nicht möglich. Deshalb können diese erst ab dem 1. Januar 2003 als ausgleichsfähige Leistungsausgaben berücksichtigt werden. Aus Vereinfachungsgründen wird der Schwellenwert auch für das Jahr 2003 festgeschrieben.

Zu Buchstabe b:

Die Ergänzung des § 269 Abs. 4 Satz 1 Nr. 1 erweitert die Ermächtigungsnorm, in der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung auch das Nähere über die Erstattungen durch Dritte nach Absatz 2 in Verbindung mit § 266 Abs. 4 Satz 1 Nr. 1 zu regeln. Insbesondere im Jahr der Einführung des Risikopools bietet es sich aus Vereinfachungsgründen an, die Erstattungen zu pauschalisieren.

3. Zu Artikel 2 Nr. 4 (§ 28a Abs. 1 Satz 1a - neu -, Abs. 2 Satz 1 und Sätze 2 und 3 - neu -, Abs. 5 Sätze 2 und 3, Abs. 6 RSAV)

In Artikel 2 Nr. 4 ist § 28a wie folgt zu ändern:

- a) In Absatz 1 ist nach Satz 1 folgender neuer Satz einzufügen:

"Ab dem 1. Januar 2003 sind zusätzliche Aufwendungen für nichtärztliche Leistungen der ambulanten Dialyse nach § 85 Abs. 3a Satz 4 und § 126 Abs. 5 des Fünften Sozialgesetzbuches zu berücksichtigen."

(noch Ziffer 3)

b) Absatz 2 ist wie folgt zu ändern:

aa) Die Angabe "Satz 3" ist durch die Angabe "Satz 4" zu ersetzen.

bb) Folgende neue Sätze sind anzufügen:

"Für das Jahr 2002 bestimmen die Spitzenverbände der Krankenkassen bis zum 30. September 2002 in ihrer Vereinbarung nach § 267 Abs. 7 Nr. 1 und 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch die Höhe des pauschalierten Betrages für Erstattungen von Dritten. Kommt die Vereinbarung nach Satz 2 nicht zustande, bestimmt das Bundesministerium für Gesundheit bis zum 15. Dezember 2002 die Höhe der Erstattungspauschale."

c) Absatz 5 ist wie folgt zu ändern:

aa) In Satz 2 ist die Angabe "2005" durch die Angabe "2004" zu ersetzen.

bb) In Satz 3 ist die Angabe "2006" durch die Angabe "2005" zu ersetzen.

d) Absatz 6 ist wie folgt zu fassen:

"(6) Abweichend von Absatz 5 Satz 1 berechnet das Bundesversicherungsamt für die vorläufigen Ausgleichsansprüche oder –verpflichtungen jeder Krankenkasse für die Jahre 2002 und 2003 die Höhe der vorläufigen ausgleichsfähigen Leistungsausgaben nach Absatz 5 Satz 2. Grundlage hierfür sind die von den Krankenkassen bis 30. April des Ausgleichsjahres über ihre Spitzenverbände zu übermittelnden Leistungsausgaben nach Absatz 1 des Vorjahres, soweit diese den vom Bundesversicherungsamt bis zum 15. Dezember des Vorjahres festgelegten Schwellenwert überschreiten."

(noch Ziffer 3)

Das monatliche Verfahren wird erstmals ab August 2002 durchgeführt; die vorläufigen ausgleichsfähigen Leistungsausgaben und die vorläufige Finanzkraft des Ausgleichsjahres werden auf die verbleibenden Monate verteilt. Für das Jahr 2003 gilt Absatz 1 Satz 2. Soweit erforderlich, werden die Leistungsausgaben nach Absatz 1 Satz 2 vom Bundesversicherungsamt hochgerechnet."

Begründung:

Zu Buchstabe a:

Für die vorgezogene Einführung der solidarischen Finanzierung aufwändiger Leistungsfälle zum 1. Januar 2002 stehen die Leistungsausgaben für nichtärztliche Leistungen der ambulanten Dialyse noch nicht versichertenbezogen zur Verfügung. Deshalb können diese erst ab dem 1. Januar 2003 als ausgleichsfähige Leistungsausgaben berücksichtigt werden.

Zu Buchstabe b:

Von den ausgleichsfähigen Leistungsausgaben im Risikopool sind Erstattungen von Dritten abzuziehen. Diese Erstattungen werden zur Zeit überwiegend ohne Versichertenbezug erfasst. Für das Jahr der Einführung sind die ausgleichsfähigen Leistungsausgaben deshalb hilfsweise um einen einheitlichen Pauschalbetrag für Erstattungen zu vermindern. Die Festlegung des Pauschalbetrages soll einvernehmlich durch die Spitzenverbände der Krankenkassen erfolgen. Kommt eine Vereinbarung nicht zustande, legt das Bundesministerium für Gesundheit die Höhe des Erstattungsbetrages fest.

Zu Buchstabe c:

Mit der vorgezogenen Einführung des Risikopools sind die technischen Voraussetzungen geschaffen, dass die Durchführung des Regelverfahrens für die Ermittlung der vorläufigen Ausgleichsansprüche um ein Jahr vorgezogen werden kann.

Zu Buchstabe d:

Die ausgleichsfähigen Leistungsausgaben eines Versicherten werden mit einem Anteil von 60 vom Hundert solidarisch finanziert, soweit der Schwellenwert nach § 269 Abs. 1 SGB V überschritten wird. Die Überschreitung kann hierbei nur versicherten- und periodenbezogen ermittelt werden. Für das Jahr 2003 wird somit eine zusätzliche Datenerhebung zum monatlichen Abschlagsver-

(noch Ziffer 3)

fahren erforderlich, da in der Datenerhebung für das Jahr 2002 die Leistungsausgaben für nichtärztliche Leistungen der ambulanten Dialyse nicht enthalten sind. Die Termine für die Datenübermittlung und die Berücksichtigung im monatlichen Abschlagsverfahren sind einheitlich für beide Jahre gewählt und berücksichtigen die Erfordernisse bei der Erhebung der Dialysesachkosten durch die Kassenärztlichen Vereinigungen.

B

4. Der Ausschuss für Innere Angelegenheiten

empfiehlt dem Bundesrat, gegen den Gesetzentwurf gemäß Artikel 76 Abs. 2 des Grundgesetzes keine Einwendungen zu erheben.

*

20.09.01

Empfehlungen
der Ausschüsse

G - In

zu **Punkt 42** der 767. Sitzung des Bundesrates am 27. September 2001

Entwurf eines Gesetzes zur Reform des Risikostrukturausgleichs in
der gesetzlichen Krankenversicherung

Die Seite 5 der **Drucksache 577/1/01** ist durch folgende Seite zu ersetzen:

Ausgeliefert am **21. SEP. 2001**

...

(noch Ziffer 2)

Begründung:

Zu Buchstabe a:

Um die erheblichen Wettbewerbsverzerrungen zwischen Krankenkassen mit hohen und geringen Anteilen an aufwändigen Leistungsfällen schnellstmöglich zu vermindern, wird die solidarische Finanzierung aufwändiger Leistungsfälle bereits zum 1. Januar 2002 eingeführt. Auch wegen der erheblichen Verschlechterung der finanziellen Situation insbesondere der Regionalkassen in Ballungsgebieten ist ein Vorziehen der geplanten Regelung notwendig. Eine versichertenbezogene Erhebung der Leistungsausgaben für nichtärztliche Leistungen der ambulanten Dialyse ist kurzfristig noch nicht möglich. Deshalb können diese erst ab dem 1. Januar 2003 als ausgleichsfähige Leistungsausgaben berücksichtigt werden. Aus Vereinfachungsgründen wird der Schwellenwert auch für das Jahr 2003 festgeschrieben.

Zu Buchstabe b:

Die Ergänzung des § 269 Abs. 4 Satz 1 Nr. 1 erweitert die Ermächtigungsnorm, in der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung auch das Nähere über die Erstattungen durch Dritte nach Absatz 1 Satz 2 zu regeln. Insbesondere im Jahr der Einführung des Risikopools bietet es sich aus Vereinfachungsgründen an, die Erstattungen zu pauschalisieren.

3. Zu Artikel 2 Nr. 4 (§ 28a Abs. 1 Satz 1 Nr. 3, Satz 1a - neu -, Abs. 2 Satz 1 und Sätze 2 und 3 - neu -, Abs. 5 Sätze 2 und 3, Abs. 6 RSAV)

In Artikel 2 Nr. 4 ist § 28a wie folgt zu ändern:

a) Absatz 1 ist wie folgt zu ändern:

aa) In Satz 1 ist Nummer 3 zu streichen.

bb) Nach Satz 1 ist folgender neuer Satz einzufügen:

"Ab dem 1. Januar 2003 sind zusätzlich Aufwendungen für nichtärztliche Leistungen der ambulanten Dialyse nach § 85 Abs. 3a Satz 4 und § 126 Abs. 5 des Fünften Sozialgesetzbuches zu berücksichtigen."