

29.11.01**Antrag****der Länder Baden-Württemberg, Bayern, Hessen**

Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung

Punkt 13 der 770. Sitzung des Bundesrates am 30. November 2001

Der Bundesrat möge beschließen:

„Der Bundesrat stimmt dem vom Deutschen Bundestag am 9. November 2001 beschlossenen Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung gemäß Artikel 84 Abs. 1 des Grundgesetzes nicht zu.“

Begründung:

1. Mit dem Gesetz sollen die Qualität der medizinischen Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung insbesondere bei chronisch Kranken verbessert und die Folgen einer zunehmenden Risikoentmischung kurzfristig abgemildert werden. Langfristig sollen Anreize zur Risikoselektion durch eine direkte Erfassung der unterschiedlichen Morbidität der Versicherten vermieden werden.
Statt auf einen konsequenten Ausbau der Wettbewerbsordnung zu setzen, der mehr Wettbewerb zwischen Versicherern und Leistungserbringern zulassen würde, beinhaltet das vorliegende Gesetz aber bürokratische, wettbewerbsbehindernde und ausgabensteigernde Maßnahmen, die den Weg zu einer Einheitsversicherung ebnen.
Eine Qualitätsverbesserung in der gesetzlichen Krankenversicherung ist zweifellos notwendig. Strukturierte Gesundheitsprogramme müssen jedoch außerhalb des Risikostrukturausgleichs erfolgen, denn die Verknüpfung von Disease-Management-Programmen mit einem Finanzausgleich ist mit der bisherigen Systematik des RSA nicht zu vereinbaren. Zudem muss mit Blick auf mögliche Ausgleichszahlungen befürchtet werden, dass entweder Druck auf die Versicherten ausgeübt wird, oder dass ihnen unerlaubte Anreize gegeben werden, damit sie an diesen Programmen teilnehmen. Darüber hinaus besteht die Gefahr, dass bei der Erarbeitung entsprechender Versorgungsformen nicht eine bessere Versorgung von chronisch Kranken, sondern finanzielle Interessen im Vordergrund stehen werden. Auch ist mit steigenden Leistungsausgaben zu rechnen, da für Versicherte, die in Disease-Management-Programme eingeschrieben sind, insgesamt höhere Durchschnittsausgaben beim Risikostrukturausgleich berücksichtigt werden. Dieser mehr ausgabenorientierte Ausgleich verringert die An-

Ausgeliefert am 29. NOV. 2001

reize für eine wirtschaftliche Leistungserbringung, führt zu einem höheren Transfervolumen im Finanzausgleich und gefährdet zusätzlich zu den sonstigen die gesetzliche Krankenversicherung belastenden Maßnahmen der Bundesregierung die Beitragssatzstabilität.

Die Einführung des Risikopools ist nach den Erfahrungen mit dem Finanzausgleich in der Krankenversicherung der Rentner trotz Schwellenwert und Selbstbehalt verantwortungslos. Da Ausgabenausgleiche unwirtschaftliches Handeln fördern und eine kostentreibende Wirkung haben, wird durch den Risikopool ein weiterer Druck auf die Beitragssätze ausgehen. Im Übrigen verdeutlicht das nur partielle zeitliche Vorziehen des Risikopools, dass noch nicht alle Datengrundlagen in erforderlichem Umfang vorhanden sind. Trotz gegenteiliger Bekundungen dürften auch Zweifel an der Validität der ab 1.1.2002 benötigten Daten berechtigt sein, so dass mit mangelnder Akzeptanz des Verfahrens und mit einer Vielzahl von Rechtsstreiten zu rechnen ist.

Empirische Erkenntnisse über die Folgen der ab dem Jahr 2007 vorgesehenen direkten Morbiditätsorientierung im Risikostrukturausgleich werden frühestens Ende 2003 vorliegen. Es lässt sich aber jetzt schon absehen, dass auch diese Maßnahme für sich betrachtet ebenso wie Disease-Management-Programme und Risikopool zu einer erheblichen Umverteilung von Beitragsgeldern und zu einer Vereinheitlichung der Beitragssätze führen wird.

Mit dem vorliegenden Gesetz wird die Chance für eine Aufrechterhaltung und sinnvolle Weiterentwicklung der bestehenden Wettbewerbsordnung in der gesetzlichen Krankenversicherung verspielt. Dringend erforderlich ist eine umfassende Strukturreform im Gesundheitswesen, die auch das Vertrags- und Leistungsgeschehen sowie eine grundlegende Überarbeitung des Risikostrukturausgleichs mit einbeziehen muss.

2. Die Festlegung und Anerkennung strukturierter Behandlungsprogramme ist überreglementiert. Es ist ein vielstufiges Verfahren erforderlich, bevor zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern über die Einführung eines ausgleichsfähigen Behandlungsprogramms verhandelt werden kann. Es wäre völlig ausreichend, wenn der Koordinierungsausschuss, in dem Vertragsärzte und Krankenkassen vertreten sind, eine Empfehlung hinsichtlich der Krankheiten sowie der Anforderungen an die Ausgestaltung der Programme abgeben und danach das Bundesministerium für Gesundheit in der Rechtsverordnung die Krankheiten sowie die Anforderungen an die Zulassung dieser Programme festlegen würde. Für ein aufwändiges kostenpflichtiges Zulassungsverfahren sind einleuchtende Gründe nicht erkennbar. Es kann von Krankenkassen als öffentlichen Körperschaften erwartet werden, dass sie in der Lage sind, die Vorgaben der Rechtsverordnung in einem Behandlungsprogramm umzusetzen. Das vorgesehene aufwändige Verfahren ist geeignet, die an sich sinnvolle Einführung von Disease-Management-Programmen zu erschweren.
3. Die Ausweitung der Kompetenzen des Bundesversicherungsamts gegenüber landesunmittelbaren Krankenkassen und Verbänden ist sachlich nicht erforderlich und läuft föderalistischen Grundsätzen zuwider. Die von landesunmittelbaren Krankenkassen und Verbänden entwickelten Behandlungsprogramme sollen der Zulassung durch das Bundesversicherungsamt bedürfen. Damit werden einer Bundesbehörde entscheidende Einflussmöglichkeiten auf landesunmittelbare Sozialversicherungsträger und deren regionale Gestaltungsmöglichkeiten im Gesundheitswesen eingeräumt. Es besteht die Gefahr, dass durch bundeseinheitliche Anforderungen im Rahmen des Zulassungsverfahrens regionalen Besonderheiten nicht Rechnung getragen werden kann oder am regionalen Versorgungs-

bedarf orientierten Behandlungsprogrammen die Ausgleichsfähigkeit nicht zuerkannt wird.

Nach der geplanten Regelung des § 137g Abs. 1 Satz 1 SGB V ist die Zulassung zu erteilen, wenn die Anforderungen der Rechtsverordnung erfüllt sind. Die zulassende Behörde hat demnach keinen Ermessensspielraum, sondern übt reine Rechtskontrolle aus. Es ist nicht erkennbar, weshalb die Rechtskontrolle gegenüber landesunmittelbaren Krankenkassen und Verbänden einer Bundesbehörde übertragen werden soll. Die Übereinstimmung der Programme mit den Vorgaben des Gesetzes und der Rechtsverordnung zu überprüfen, sollte den Aufsichtsbehörden der Länder überlassen werden.

4. Für den Erlass einer Rechtsverordnung, mit der die Anforderungen an Disease-Management-Programme festgelegt werden, ist die Zustimmung des Bundesrates unverzichtbar. Die Festlegung der Krankheiten und der Anforderungen an Disease-Management-Programme ist für die landesunmittelbaren Krankenkassen – auch unter finanziellen Gesichtspunkten – von erheblicher Bedeutung. Die zur Einschränkung der Mitwirkung des Bundesrats aufgeführten zeitlichen Aspekte sind kein ausreichender Grund, die Beteiligungsrechte des Bundesrates derart einzuschränken. Die Entwicklung und Umsetzung strukturierter Behandlungsprogramme dürfte ohnehin längere Zeit in Anspruch nehmen und das Zustimmungsverfahren deren Einführung kaum nennenswert verzögern, zumal die Krankenkassen nicht gehindert sind, während dieser Zeit Vorbereitungen zu treffen oder bereits jetzt anlaufende Modellvorhaben weiterzuführen bzw. auszuwerten.