

Referat 221
221-44422

Bonn, den 28. August 2002
Hausruf: 2210

Entwurf

Referatsleiter: MR Hensgen

1. Herrn Staatssekretär

über

Herrn Abteilungsleiter 2

Herrn Unterabteilungsleiter 22

im Hause

228 → 221
Vor Beantwortung der
Frage sollte die PK
von Frau Hensgen
und die neuesten
Berichtungen des
GKV - Institutes über
E-De der 1. Septemberbewerte
abgefordert
werden
Vorschlag:
Frühberatung
Ja Bezgl. //

Betr.: Finanzielle Lage der gesetzlichen Krankenversicherung

Bezug: Anforderung einer Stellungnahme

Vorgang: Schreiben der AOK Baden-Württemberg vom 5.8.2002

Anl.: - Vorgang -

Herrn PR - St: Frühberatung Ja Bezgl. //

Zu dem Schreiben der AOK Baden-Württemberg nehme ich wie folgt Stellung:

Re 30/8

Es empfiehlt sich zumindest zur Zeit nicht, die Forderung aufzugreifen, ein Beitragssatzsicherungsgesetz zu erlassen. Zwar mag richtig sein, dass die anstehende Gesundheitsreform anspruchsvoll sein wird, ihre angemessene Beratungszeit braucht und zur Vermeidung inhaltlicher wie aber auch rechtsförmlicher und redaktionell-technischer Fehler nicht übereilt durchgeführt werden sollte; auf frühere Erfahrungen wird insofern verwiesen. Gleichwohl besteht kein Anlass, bereits jetzt Sofortmaßnahmen vorzuziehen:

- 1. Momentan vorgeschlagene Sprachregelung zur finanziellen Situation der gesetzlichen Krankenversicherung ist:

In der gesetzlichen Krankenversicherung ist in diesem Jahr nach gegenwärtigem Erkenntnisstand von einem insgesamt ausgeglichenen Finanzergebnis auszugehen. Dies ergibt sich aus den aktuellen Eckwerten des gemeinsamen Schätzerkreises

von BVA und GK-Spitzenverbänden vom Juni 2002 zur Steigerung der Leistungsausgaben und der beitragspflichtigen Einnahmen der Krankenkassen sowie den Mehreinnahmen aus den Beitragssatzanhebungen im Jahr 2002.

Ein ausgeglichenes Finanzergebnis macht ein Beitragssatzsicherungsgesetz entbehrlich.

Zwar mag die Finanzlage der Krankenkassen angespannt sein. Ein Druck auf die Beitragssätze in dem von der AOK Baden-Württemberg befürchteten Ausmaß ist jedoch nicht auszumachen; zumindest beruht die Prognose nicht auf validen Daten.

Prioritär gegenüber dem Ruf nach einem Vorschaltgesetz müssen vielmehr Anstrengungen insbesondere der Selbstverwaltung selbst sein, Einsparpotentiale zu nutzen und vor allem im Arzneimittelbereich die Entlastungseffekte aus dem Sparpaket der Bundesregierung zu bewirken. Die Sparmöglichkeiten aus dem Arzneimittelausgabenbegrenzungsgesetz wie aber auch aus dem Arzneimittelbudgetablösungsgesetz sind noch nicht ausgeschöpft. Beispielsweise warten die Instrumente für eine arztbezogene Steuerung im Arzneimittelbereich noch auf ihre Bewährungsprobe. Auch verwerten die Krankenkassen ihre Chancen bei den Neu- und Anpassungsverhandlungen über Vergütungen (z.B. im Hilfsmittelbereich) noch zu wenig. Schließlich erfüllen die Krankenkassen ihre Managementaufgaben unterschiedlich gut; einige sollten sich andere verstärkt zum Vorbild nehmen. Z.B. heben sich die allgemeinen Ortskrankenkassen bei der Kontrolle und der Setzung von Anreizen beim Bezug von Krankengeld deutlich positiv von anderen Krankenkassen ab.

Aus alledem ergibt sich, dass die Ankündigung von verhältnismäßig großen Beitragssatzsprüngen nach oben vorschnell ist und keine sichere Berechnungsgrundlage hat. Die Notwendigkeit, eine „Not“ abzuwenden, ist nicht dargetan.

2. Die Erfahrungen mit dem Beitragsentlastungsgesetz 1996 raten eher davon ab, eine Neuauflage dieser Maßnahmen zu versuchen. Der gesetzlich verordneten Beitragssatzsenkung folgte damals unmittelbar ein Beitragssatzanstieg.
3. Ein Beitragssatzsicherungsgesetz würde die Konzentration auf die eigentliche Gesundheitsreform schwächen. Die zu erwartenden Auseinandersetzungen um Inhalt, Reichweite und Konsequenzen des Beitragssatzsicherungsgesetzes bringen die Gefahr mit sich, dass sie die Ziele der Gesundheitsreform überschatten, zumindest

000094

von diesen Zielen ablenken und zunächst einmal die Notwendigkeit einer in sich geschlossenen Gesamtreform in den Hintergrund drängen.

4. Vor allem aber hätte das Beitragssatzsicherungsgesetz all die Brüche, Verwerfungen und versteckten Rationierungen zur Folge - und zwar über die gesamte Brandbreite aller Leistungsbereiche der gesetzlichen Krankenversicherung hinweg -, die infolge der Arzneimittelbudgetierung und des an sie geknüpften Kollektivregresses auftraten und zur Abschaffung der Arzneimittelbudgetierung veranlassten. Der Festschreibung der Beitragssätze wäre - da sie auf einer grundsätzlich unveränderten sektorierten Versorgungslandschaft aufsetzen würde - all die Ungerechtigkeiten immanent, die mit zufällig sich ergebenden Basiswerten, einer Verkrustung der sektorbezogenen Vergütung bei davon unabhängig eintretendem Wandel und möglichen Innovationen in der Medizin und der Medizintechnik sowie dem unterschiedlichen Einfallsreichtum der Leistungserbringer, „an Geld ohne Leistung zu kommen“, verbunden sind. Die einseitig ökonomische Fokussierung allen Leistungsgeschehens erhielte wieder Auftrieb. Integrierte Versorgung und Disease-Management-Programme würden wieder fest in das Prokrustensbett sektorbezogener ökonomischer Vorgaben gezwängt und der Weg zu einer mehr medizinischen Orientierung abgeschnitten.

5. Schließlich taugen die von der AOK Baden-Württemberg vorgeschlagenen Maßnahmen überwiegend nicht dazu, die an das Beitragssatzsicherungsgesetz gerichteten Erwartungen zu erfüllen.

a) Zum Vorschlag über einen „Paradigmenwechsel in der Gesundheitspolitik“:

Die Notwendigkeit eines Paradigmenwechsels „weg vom Reparaturbetrieb hin zur Prävention“ ist unstrittig. Der Beschluss des „Runden Tisches“ zum Thema Prävention belegt dies eindrucksvoll. Die Prävention wird daher ein wesentliches Thema im Rahmen der anstehenden Gesundheitsreform sein.

Wenn präventive Maßnahmen jedoch beitragsatzsenkende oder zumindest beitragsatzstabilisierende Wirkung erzielen sollen, bedarf es hierfür einer längerfristigen detaillierten Planung und eines sorgfältig ausgearbeiteten, nachhaltig wirkenden Präventionskonzeptes. Gesetzliche Sofortmaßnahmen können dies nicht leisten. Ein nachhaltig wirkendes Präventionskonzept verlangt

000095

- den Aufbau einer Organisationsstruktur „Prävention“, die für eine zielgenaue kostensenkende Prävention in Abschichtung von einer kostentreibenden Prävention nach dem „Gießkannenprinzip“ eingesetzt werden kann,
- die Ausarbeitung von sach- und ressortübergreifenden Präventionsansätzen, die überdies den Verhaltens- und Verhältnisdimensionen von Prävention Rechnung tragen,
- die Aufarbeitung der Komplexität der Steuerungsansätze für eine praxistaugliche und umsetzbare Prävention, die zudem die langen Wirkungszyklen von Prävention mit einkalkuliert.

Alldem trägt der Vorschlag, den Krankenkassen zu ermöglichen, „ihre Aktivität in diesem Bereich zu intensivieren und flächendeckend sicherzustellen“ nicht Rechnung. Er vernachlässigt die Erfahrungen aus der Vergangenheit, die belegen, dass die Krankenkassen - zumindest auch - die Prävention zu Wettbewerbszwecken einsetzen. Um solchen „Missbrauch“ für die Zukunft auszuschließen, muss der Gesetzgeber die geeigneten Präventionsmaßnahmen definieren, inhaltlich eingrenzen und eine begleitende Kontrolle und Evaluation vorgeben. Die Entwicklung solcher auf Dauer angelegten Präventionskonzepte braucht Zeit.

- b) Zum Vorschlag, die Absenkung der Bemessungsgrundlage für den Krankenkassenbeitrag von Arbeitslosenhilfeempfängern rückgängig zu machen:

Das Haus hat ursprünglich dieser Maßnahme widersprochen. Es erscheint politisch aussichtslos, den „Einstieg in den Rückbau der „sozialpolitischen Verschiebebahnhöfe“ zu erreichen“.

- c) Zum Vorschlag eines „Beitragssatzstopps im Jahr 2003“:

Zwar kann der Gesetzgeber verhältnismäßig „einfach“ die Beitragssätze für eine gewisse Zeit festschreiben.

Die Auswirkungen eines solchen Beitragssatzstopps lassen sich jedoch nur schwer beherrschen. Der Stopp trifft „Gerechte und Ungerechte“ gleichermaßen; der Stopp trifft Krankenkassen, die sich bislang bereits wirtschaftlich verhielten, gleich denen, die sich „im Vorgriff“ auf den Stopp „Luft verschafft haben“. Zudem

000096

schließt der Vorschlag offenbar ein, Ansprüche auf Beträge aus dem Risikostrukturausgleich, die über dem Niveau der Vorjahre liegen, für ein Haushaltsjahr auszusetzen; diese Beträge fehlen dann den ausgleichsberechtigten Krankenkassen. Das Einfrieren der Verwaltungskosten ausschließlich tarifvertraglicher Steigerungen wird wenig bewirken. Überdies stellt sich die Frage, wie mit den tarifvertraglichen Steigerungen auf Seiten der Leistungserbringer (insbesondere der Krankenhäuser) umzugehen ist. Vor allem aber geht der Vorschlag nicht auf den Einwand ein, wie sich die mit dem Ausschluss von Beitragssatzanhebungen in der Regel verbundenen versteckten Rationierungen von Leistungen vermeiden lassen.

Alles in allem ist der gesetzliche Ausschluss von Beitragssatzanhebungen eine Maßnahme, die zwar den „Gordischen Knoten“ der Kostenspirale zumindest für eine gewisse Zeit durchschlägt, dabei jedoch auch sämtliche Bemühungen in Mitleidenschaft zieht, die sich einem gleichermaßen wirtschaftlichen wie zielgenauen Einsatz vorhandener Finanzmittel, einer hohen Qualität der zu erbringenden Leistungen und einer patientenorientierten Versorgung u.a. mit dem Ausschluss von Schnittstellenproblemen verschrieben haben.

d) Zum Vorschlag der „Flexibilisierung der Arzneimittelversorgung“:

Richtig ist sicherlich, dass die Kostenentwicklung auf dem Arzneimittelsektor problematisch verläuft. Nach den zweistelligen Zuwächsen seit dem 4. Quartal 2000 bis Ende 2001 ist das Wachstum bei den Arzneimittelausgaben im 1. Quartal 2002 jedoch deutlich abgeflacht. Die Absenkung der Festbeträge, die Anhebung des Apothekenrabatts und der von der pharmazeutischen Industrie gezahlte Solidarbeitrag von 0,2 Milliarden Euro haben Wirkung gezeigt. Gleichwohl ist die Selbstverwaltung gefordert, die Entlassungseffekte aus dem Sparpaket der Bundesregierung zu nutzen, um zu einer Trendwende hin zu einer wirtschaftlichen Arzneimittelversorgung zu kommen. Dies erscheint auch nicht ausgeschlossen. Die Notwendigkeit für ein Vorschaltgesetz begründet die Kostenentwicklung auf dem Arzneimittelsektor jedoch zur Zeit (noch) nicht.

Über die bereits beschlossenen gesetzlichen Maßnahmen hinaus wird zur Zeit die Lockerung des Versandhandelsverbots geprüft. Notfalls kommt in Betracht, eine neue Regelung zum Versandhandelsverbot unabhängig von der Reform vorzuziehen.

000097

Die vorgeschlagene „Änderung der Preisspannenverordnung“ ist problematisch, da der Vorschlag wiederum eine generelle Absenkung von Preisen ohne Rücksicht auf die Marktsituation für die einzelnen betroffenen Produkte vorsieht.

Der Vorschlag zur stichtagsbezogenen Preisabsenkung ist problematisch, da er keine Lösung für die Frage enthält, wie praktikabel und zur Vermeidung eines enormen Verwaltungsaufwandes die Arzneimittel, die überwiegend zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abgegeben werden, von den Arzneimitteln unterscheidbar gemacht werden, die überwiegend nicht zu Lasten der GKV abgegeben werden.

e) Zum Vorschlag einer „Flexibilisierung der Hilfsmittelversorgung“:

Richtig ist der Hinweis, dass sich die Preise für vergleichbare Produkte oft beträchtlich unterscheiden. Unerfindlich ist, warum dies so ist. Nach § 127 Abs. 2 Satz 2 SGB V schließen die Krankenkassen oder ihre Verbände mit Leistungserbringern oder Verbänden der Leistungserbringer Vereinbarungen über Preise für Hilfsmittel, für die ein Festbetrag nicht festgelegt ist. Wenn die AOK Baden-Württemberg der Auffassung ist, vereinbarte Preise seien zu hoch, sollte sie sich in die Pflicht nehmen, diese Preise nach unten zu verhandeln. Die AOK Baden-Württemberg kann sich auch nicht hinter dem Einwand verstecken, die von ihr landesweit vereinbarten Preise seien „Höchstpreise“ (§ 127 Abs. 2 Satz 4 SGB V). Auch „Höchstpreise“ können auf einem niedrigeren Niveau vereinbart werden. Der Vorschlag der AOK setzt sich jedenfalls nicht damit auseinander, dass unterhalb der von ihr vereinbarten Preise erhebliche Wirtschaftlichkeitsreserven vorhanden sind, die mit gesetzlicher Soforthilfe erschlossen werden könnten. M.E. ließe sich die Wirkung des Vorschlages, den Krankenkassen das Recht einzuräumen, zur Versorgung der Versicherten Leistungserbringer auszuwählen und Aufträge an preisgünstige Leistungserbringer zu vergeben, bereits weitgehend nach geltendem Recht dadurch erreichen, dass die Höchstpreise für die fraglichen Hilfsmittel nach unten verhandelt werden.

f) Zum Vorschlag, Zahlungsfristen zu „flexibilisieren“:

Gewollt ist mit dem Vorschlag offenbar keine „Flexibilisierung“, sondern die Einräumung eines 4-wöchigen zinslosen Kredits. Ob es sozial- und wirtschaftlichpoli-

000098

tisch einen Sinn macht, Krankenkassen generell für kreditbedürftig und Leistungserbringer generell für kreditpflichtig anzusehen, mag dahinstehen. Die rechtspolitische Begründung fällt schwer; der Vorschlag kann jedenfalls nicht unter Berufung auf vergleichbare Regelungen im BGB begründet werden.

Der rechtspolitische Gedanke schon des § 284 Abs. 3 BGB in der Fassung des von der AOK Baden-Württemberg in Bezug genommenen Gesetzes zur Beschleunigung fälliger Zahlungen war nicht in erster Linie eine Besserstellung des Schuldners. Vielmehr sollte eine in aller Regel überflüssige Mahnung des Gläubigers für den Eintritt des Verzuges nicht mehr erforderlich sein.

Hinzu kommt folgendes:

§ 284 Abs. 3 BGB (alt) ist zwischenzeitlich durch das Gesetz zur Modernisierung des Schuldrechts vom 26.11.2001, in Kraft treten am 1. Januar 2002, erneut geändert worden. Danach gilt künftig auch für Geldforderungen wieder das Mahnungssystem (§ 286 BGB - neu -). Die Begründung des Gesetzentwurfs führt hierzu aus:

„Die Änderung (durch das Schuldrechtsmodernisierungsgesetz) entspricht der Zahlungsverzugsrichtlinie mehr als das bisherige Recht. Die Richtlinie geht davon aus, dass die Parteien kürzere Fristen frei vereinbaren können. Das ist zwar auch nach dem geltenden Recht grundsätzlich möglich.... Mit der Neuregelung hat der Gläubiger die von der Richtlinie erwartete Sicherheit, dass er den Verzug wirklich früher herbeiführen kann....

Die Beibehaltung von § 284 Abs. 3 in seiner bisherigen Konstruktion würde dem Gläubiger die Durchsetzung seiner Rechte im Verzugsfall auch ansonsten erschweren. Der Schadensersatz statt der Leistung hängt sowohl nach geltendem als auch nach künftigen Recht davon ab, dass der Gläubiger den Schuldner zur Leistung auffordert und ihm eine angemessene Frist setzt. Hängt der Verzugseintritt bei Geldforderungen aber schon an sich von einer starren 30-Tages-Frist ab, führt das tendenziell dazu, dass das Gesetz den vertragsbrüchigen Schuldner begünstigt. Das kann aber nicht Ziel der Modernisierung sein.“

All dies ergibt, dass die Regelungen im Zivilrecht in der Fassung der Klarstellung durch das Schuldrechtsmodernisierungsgesetz, auf die sich die AOK bezieht, e-

000099

her das Interesse des Gläubigers berücksichtigen. Aus diesem Grund geht es nicht an, eine etwaige Verlängerung der Zahlungsfristen zugunsten der Schuldner im GKV-System unter Berufung auf die Modalitäten des zivilrechtlichen Zahlungsverzuges als „entsprechende Regelung“ zu fordern.

Abteilung 3 (Referat 310), Abteilung 1 (Referate 111, 113) und die Referate 223, 225, 226, 227, 228 wurden beteiligt.

z.U.Hensgen

2. Abteilung 3 (Referat 310²) - wegen Nummer 5 Buchstabe a -
Unterabteilung 11 (Referate 111, 113) - wegen Nummern 1, 5 Buchstabe d -
Referat 223
Referat 225
Referat 226
Referat 227 - wegen Nummer 5 Buchstabe e -
Referat 228

mit der Bitte mitzuzeichnen. Mit Rücksicht auf den Termin (29. August 2002) wäre ich für Ihre Mitzeichnung spätestens bis zum 2.09.2002, Dienstschluss dankbar. Sofern ich Ihre Mitzeichnung bis zu diesem Zeitpunkt nicht zurückerhalte, gehe ich davon aus, dass Sie keine Bemerkungen machen wollen.

3. z.d.A.

113.	111.	310	228	227	226	225	223	22
------	------	-----	-----	-----	-----	-----	-----	----

000100