

Gesetzentwurf

der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P.

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Finanzgrundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung in den neuen Ländern (GKV-Finanzstärkungsgesetz – GKVFG)

A. Problem

Die gesetzliche Krankenversicherung in den neuen Ländern steht vor schwierigen Finanzproblemen. Die gesamtwirtschaftliche Entwicklung mit ihren Auswirkungen auf den Arbeitsmarkt, die Sozialeinkommen und das Lohn- und Gehaltsniveau der Beschäftigten führt zu Beitragsausfällen der Krankenkassen. Soweit Fehlentwicklungen auf der Ausgabenseite vorliegen, sind unverzüglich Eigenanstrengungen der Selbstverwaltungen, Vertragspartner und Landesregierungen erforderlich. Die gesamtwirtschaftlich bedingten Beitragsausfälle der Krankenkassen in den neuen Ländern können jedoch aus eigener Kraft alleine nicht ausgeglichen werden.

Aus wirtschafts- und beschäftigungspolitischen Gründen hätten weitere Beitragserhöhungen schwerwiegende Folgen für die ostdeutschen Länder. Sie würden die weiterhin notwendige Fortsetzung des Angleichungsprozesses in der Krankenversicherung nachhaltig beeinträchtigen und die Leistungsfähigkeit des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung insgesamt in Frage stellen.

B. Lösung

Mit diesem Gesetz wird die bisherige Trennung des Risikostrukturausgleichs zwischen den alten und neuen Ländern weitgehend aufgehoben. Dadurch werden die Unterschiede im Niveau der beitragspflichtigen Einnahmen zwischen den alten und neuen Ländern ausgeglichen. Die von den Beitragszahlern in den alten Ländern zugunsten der Beitragszahler in den neuen Ländern zu tragenden Ausgleichsleistungen werden auf den Grundlohnausgleich und im Jahre 1999 zusätzlich auf den Betrag von 1,2 Mrd. DM begrenzt. Eine zeitliche Befristung des gesamtdeutschen Finanzkraftausgleichs trägt den Prognoseunsicherheiten über die weitere Finanzentwicklung der Krankenkassen in den neuen Ländern Rechnung. Der Gesetzgeber wird dadurch zu einer zeitnahen Überprüfung der Neuregelung veranlaßt.

Da die Änderungen im Risikostrukturausgleich frühestens ab 1999 verwirklicht werden können, sieht das diesem Gesetz zugrundeliegende Konzept ein zeitlich abgestuftes Maßnahmenbündel vor von

- Sofortmaßnahmen, die unverzüglich bereits im Laufe des Gesetzgebungsverfahrens eingeleitet werden und auf die kurzfristige Vermeidung von Beitragssatzerhöhungen zielen,
- Selbsthilfemaßnahmen, die in der Zeit bis zur Umsetzung des gesamtdeutschen Risikostrukturausgleichs auf freiwilliger Basis innerhalb der jeweiligen Krankenkassen oder Kassenart über bereits bestehende Möglichkeiten hinaus erleichtert werden,
- Regelungen zur Aufhebung der Trennung im Risikostrukturausgleich ab 1999, mit finanzieller und zeitlicher Begrenzung der Ausgleichstransfers, die von den Beitragszahlern in den alten zugunsten der Beitragszahler in den neuen Ländern zu leisten sind.

C. Alternativen

Keine

D. Kosten

Die Haushalte von Bund, Ländern und Gemeinden werden nicht belastet.

E. Sonstige Kosten

Das Gesetz führt in den neuen Ländern zu finanzwirksamen Entlastungen der Krankenkassen. Dementsprechend entlastet es die Wirtschaft in den neuen Ländern im Bereich der Lohnnebenkosten. Bei den Krankenkassen in den alten Ländern entstehen als Folge der Angleichungen beim Risikostrukturausgleich entsprechende Belastungen, die jedoch nicht zu Beitragssatzerhöhungen führen müssen.

In der gesetzlichen Krankenversicherung ist insgesamt eine Stabilisierung der Beitragssätze der Krankenkassen und damit auch der Lohnnebenkosten der Wirtschaft zu erwarten.

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Finanzgrundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung in den neuen Ländern (GKV-Finanzstärkungsgesetz – GKVFG)

Der Bundestag hat mit Zustimmung des Bundesrates das folgende Gesetz beschlossen:

Artikel 1

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477), zuletzt geändert durch ..., wird wie folgt geändert:

1. § 222 wird wie folgt gefaßt:

„ § 222

Befristete Ausnahme vom Verbot der Finanzierung durch Aufnahme von Darlehen

(1) Abweichend von § 220 Abs. 2 können Krankenkassen bis zum 31. Dezember 1998 Beitragserhöhungen in dem in Artikel 1 Abs. 1 des Einigungsvertrages genannten Gebiet einschließlich des Landes Berlin dadurch vermeiden, daß sie zum Haushaltsausgleich Darlehen aufnehmen.

(2) Die Darlehensaufnahme bedarf der Genehmigung der Aufsichtsbehörde. Die Genehmigung darf nur erteilt werden, wenn die Krankenkasse nachweist, daß sie alle Wirtschaftlichkeitsreserven ausgeschöpft hat und nach Abstimmung mit ihrem Bundesverband nachprüfbar darlegt, wie die Gründe für die bisherige Verschuldung innerhalb von fünf Jahren beseitigt und die Darlehen innerhalb von längstens zehn Jahren zurückgezahlt werden. Die Aufsichtsbehörde hat die Geschäfts- und Rechnungsführung der Krankenkasse, der eine Darlehensaufnahme genehmigt worden ist, mindestens in jährlichen Abständen zu prüfen.

(3) Die Darlehen sollen vorrangig bei Krankenkassen oder deren Verbänden aufgenommen werden; § 220 Abs. 3 findet insoweit keine Anwendung. Mittel der Krankenkassen und der Verbände dürfen nur insoweit zur Gewährung von Darlehen verwendet werden, als dies nicht Beitragserhöhungen zur Folge hat.

(4) Krankenkassen in dem in Absatz 1 genannten Gebiet, die abweichend von § 220 vor Inkrafttreten des Gesetzes zur Stärkung der Finanzgrundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung in den neuen Ländern (BGBl. I S. ...) Darlehen zum Haushaltsausgleich aufgenommen haben, haben der Aufsichtsbehörde unverzüglich nachprüfbar darzulegen, wie die Gründe für die bisherige Verschuldung innerhalb von fünf Jahren beseitigt und die Darlehen innerhalb von längstens zehn Jahren zurückgezahlt werden. Die Krankenkasse hat sich

dabei mit ihrem Bundesverband abzustimmen. Das Konzept für die Beseitigung der Gründe der Verschuldung und für die Rückzahlung der Darlehen bedarf der Genehmigung der Aufsichtsbehörde. Wird das Konzept nicht genehmigt, sind die Darlehen unverzüglich zurückzuzahlen; § 220 Abs. 2 gilt; die Absätze 1 bis 3 finden keine Anwendung. In den Fällen der Sätze 3 oder 4 hat die Aufsichtsbehörde die Geschäfts- und Rechnungsführung dieser Krankenkassen mindestens in jährlichen Abständen zu prüfen.“

2. Dem § 265 wird folgender Satz angefügt:

„Die Hilfen können auch als Darlehen gewährt werden; Näheres über Voraussetzungen, Rückzahlung und Verzinsung regelt die Satzung des Verbandes.“

3. § 265 a wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift wird wie folgt gefaßt:

„Finanzielle Hilfen in besonderen Notlagen oder zur Erhaltung der Wettbewerbsfähigkeit“.

b) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden nach dem Wort „Kassenart“ die Worte „oder zur Erhaltung deren Wettbewerbsfähigkeit“ eingefügt.

bb) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

„Die Hilfen können auch als Darlehen gewährt werden.“

4. § 313 wird wie folgt geändert:

a) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz 1 a eingefügt:

„(1a) Krankenkassen, für die Absatz 1 Satz 1 und 2 Anwendung findet, können in ihrer Satzung bestimmen, daß Absatz 1 Satz 3 nicht angewendet wird.“

b) Absatz 10 Buchstabe a wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird wie folgt gefaßt:

„Der Risikostrukturausgleich nach § 266 und die Datenerhebungen nach § 267 sind für das Beitrittsgebiet getrennt durchzuführen.“

bb) In Satz 2 wird die Angabe „265 bis“ durch die Angabe „266 und“ ersetzt.

5. Nach § 313 wird folgender Paragraph eingefügt:

„ § 313 a

Risikostrukturausgleich

(1) Der Risikostrukturausgleich (§ 266) wird für die Kalenderjahre 1999 bis 2001 abweichend von

§ 313 Abs. 10 Buchstabe a und von Artikel 35 Abs. 9 des Gesundheitsstrukturgesetzes mit folgender Maßgabe durchgeführt:

1. Die Verhältniswerte und die standardisierten Leistungsausgaben (§ 266 Abs. 2 Satz 3) sowie der Beitragsbedarf (§ 266 Abs. 2 Satz 2) sind für Versicherte in dem in Artikel 1 Abs. 1 des Einigungsvertrages genannten Gebiet getrennt zu ermitteln.
2. Für die Ermittlung des Ausgleichsbedarfssatzes (§ 266 Abs. 3) sind die Beitragsbedarfssumme und die Summe der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder aller Krankenkassen im gesamten Bundesgebiet zugrunde zu legen.

(2) Krankenkassen, die ihre Zuständigkeit auf das in Absatz 1 Nr. 1 genannte Gebiet erstrecken, haben die Daten nach § 267 für die Versicherten in diesem Gebiet weiterhin getrennt zu erheben und den Rechnungsabschluß (§ 77 des Vierten Buches) sowie Geschäftsübersichten und Statistiken (§ 79 des Vierten Buches) für die Durchführung der Versicherung in diesem Gebiet weiterhin getrennt auszuweisen.

(3) Solange die Darlehen nach § 222 Abs. 2 und 4 nicht zurückgezahlt sind und das gesetzliche Betriebsmittel- und Rücklagensoll nicht aufgefüllt ist, dürfen die Veränderungen der Finanzkraft der Krankenkassen in dem in Absatz 1 Nr. 1 genannten Gebiet, die auf die Rechtsangleichung im Risikostrukturausgleich ab 1. Januar 1999 (Absatz 1) zurückzuführen sind, nicht den Vereinbarungen über Vergütungen oder Preise nach den Vorschriften des Vierten Kapitels und des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sowie den nach diesen Vorschriften getroffenen Regelungen zugrunde gelegt werden.

(4) Soweit die Veränderungen der Finanzkraft der Krankenkassen in dem in Absatz 1 Nr. 1 genannten Gebiet auf die Rechtsangleichung im Risikostrukturausgleich ab 1. Januar 1999 (Absatz 1) zurückzuführen sind, dürfen diese im Jahre 1999 insgesamt nicht mehr als 1,2 Milliarden Deutsche Mark betragen."

Artikel 2

Änderung des Sozialgerichtsgesetzes

§ 57a des Sozialgerichtsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 23. September 1975 (BGBl. I S. 2535), zuletzt geändert durch ... (BGBl. ...), wird wie folgt geändert:

1. Der bisherige Text wird Absatz 1.
2. Dem Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:
„In Angelegenheiten, die Anordnungen der Aufsichtsbehörden zu Beziehungen, Verträgen oder Entscheidungen nach § 51 Abs. 2 Satz 1 betreffen, gilt § 57 Abs. 1.“
3. Folgender Absatz wird angefügt:
„(2) In Angelegenheiten, die Maßnahmen des Bundesversicherungsamtes bei der Durchführung

des Risikostrukturausgleichs betreffen, ist das Sozialgericht Köln zuständig.“

Artikel 3

Änderung des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte

Das Zweite Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477, 2557), zuletzt geändert durch Artikel ... des Gesetzes vom ... (BGBl. I S. ...), wird wie folgt geändert:

1. In § 38 Abs. 1 wird Satz 3 wie folgt gefaßt:
„§ 220 Abs. 2 und 3 sowie § 222 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gelten entsprechend.“
2. In § 54 wird die Zahl „267“ durch die Angabe „265a“ ersetzt.

Artikel 4

Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung

Nach § 27 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung vom 3. Januar 1994 (BGBl. I S. 55), zuletzt geändert durch Artikel 1 der Verordnung vom ... (BGBl. I S. ...), wird folgender Paragraph eingefügt:

„§ 27 a

Finanzkraftausgleich 1999 bis 2001

(1) Für die Feststellung der Ausgleichsansprüche und -verpflichtungen für die Kalenderjahre 1999 bis 2001 ist abweichend von § 27 für alle Krankenkassen im gesamten Bundesgebiet ein einheitlicher Ausgleichsbedarfssatz (§ 11) auf der Grundlage der Summen der beitragspflichtigen Einnahmen (§ 8) und Beitragsbedarfe der Krankenkassen im gesamten Bundesgebiet zugrunde zu legen. Das Bundesversicherungsamt ermittelt für die Kalenderjahre 1999 bis 2001 die in § 19 Abs. 1 genannten Werte für die Krankenkassen und Versicherten in dem in Artikel 1 Abs. 1 des Einigungsvertrages genannten Gebiet getrennt. In den Ausgleichsbescheiden werden die Summen der Versicherungszeiten, der Beitragsbedarf, die Finanzkraft und die Höhe der Ausgleichsverpflichtung oder des Ausgleichsanspruchs für Krankenkassen, deren Zuständigkeit sich auf das Beitrittsgebiet erstreckt, getrennt ausgewiesen.

(2) Zur Feststellung der Veränderungen der Finanzkraft nach § 313a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ist für das in Absatz 1 Satz 2 genannte Gebiet ein getrennter Ausgleichsbedarfssatz auf der Grundlage der getrennt ermittelten Summen der beitragspflichtigen Einnahmen und Beitragsbedarfe zu errechnen. Die Differenz zwischen den nach Absatz 1 und nach Satz 1 für das in Absatz 1 Satz 2 genannte Gebiet ermittelten Summen der Finanzkraft darf 1999 1,2 Milliarden Deutsche Mark nicht übersteigen; soweit dieser Betrag überschritten wird, ist die Finanzkraft aller Krankenkassen in diesem Gebiet um einen dieser Differenz entsprechenden einheit-

lichen Faktor zu erhöhen. Die Finanzkraft der Krankenkassen im übrigen Bundesgebiet ist um einen dieser Differenz entsprechenden einheitlichen Faktor zu verringern.“

Artikel 5

Rückkehr zum einheitlichen Verordnungsrang

Die auf Artikel 4 beruhenden Teile der geänderten Rechtsverordnung können auf Grund der einschlägi-

gen Ermächtigung durch Rechtsverordnung geändert werden.

Artikel 6

Inkrafttreten

(1) Artikel 1 Nr. 5 sowie die Artikel 4 und 5 treten am 1. Januar 1999 in Kraft.

(2) Im übrigen tritt dieses Gesetz am Tage nach der Verkündung in Kraft.

Bonn, den 9. Dezember 1997

Dr. Wolfgang Schäuble, Michael Glos und Fraktion
Dr. Hermann Otto Solms und Fraktion

Begründung

A. Allgemeiner Teil

I. Handlungsbedarf

1. Stärkung der Finanzgrundlagen erforderlich

Ein vorrangiges Ziel der Gesundheitspolitik im vereinten Deutschland ist der Aufbau eines Gesundheitssystems in den neuen Ländern auf qualitativ hohem Niveau, das auf den Prinzipien der Freiheitlichkeit, Pluralität, Solidarität und Eigenverantwortung beruht. Hierbei wurden in den Jahren nach der Vereinigung entscheidende Fortschritte erzielt. Aufgrund vor allem der aktuellen gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, die sich besonders auf den Arbeitsmarkt in den neuen Ländern auswirkt, kann die weitere Fortsetzung der notwendigen Anpassungsprozesse in der Krankenversicherung nachhaltig beeinträchtigt werden. Alle größeren Kassenarten in den neuen Ländern stehen vor schwierigen Finanzproblemen, die im wesentlichen das Spiegelbild der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung mit ihren Auswirkungen auf den Arbeitsmarkt, die Sozialeinkommen und das Lohn- und Gehaltsniveau der Beschäftigten darstellen. Dementsprechend ist vor allem die Einnahmenseite der Krankenkassen betroffen. Allerdings liegen auch Fehlentwicklungen auf der Ausgabe Seite vor, die nur mit erheblichen Eigenanstrengungen der Selbstverwaltungen, Vertragspartner und Landesregierungen zu bewältigen sind.

Das erreichte Niveau der notwendigen medizinischen Leistungen und hochwertigen gesundheitlichen Versorgung darf in den neuen Ländern nicht gefährdet werden. Dies widerspräche der Zielsetzung des Einigungsvertrages und der seit der Vereinigung konsequent verfolgten Politik der wirtschaftlichen und sozialen Angleichung. Zur Lösung der Finanzprobleme sind auch Erhöhungen der Beiträge der Krankenkassen in den neuen Ländern nicht geeignet. Vielmehr hätten sie schwerwiegende Folgen für die ostdeutschen Länder. Aus wirtschafts- und beschäftigungspolitischen Gründen dürfen die Beitragssätze nicht weiter steigen. Eine Spirale von steigenden Beiträgen und Lohnnebenkosten, zunehmender Arbeitslosigkeit mit ihren negativen Rückwirkungen auf die Finanzierbarkeit der sozialen Sicherungssysteme insgesamt ist nicht hinnehmbar.

Die mit den Neuordnungsgesetzen eingeleiteten Maßnahmen helfen, vorhandene Wirtschaftlichkeitsreserven konsequent auszuschöpfen. Die durch die gesamtwirtschaftliche Entwicklung und die Belastungen des Arbeitsmarktes bedingten Beitragsausfälle der ostdeutschen Krankenkassen können jedoch aus eigener Kraft alleine nicht kompensiert werden. Um eine dramatische Zuspitzung der finanziellen Entwicklung bei den betroffenen Krankenkassen mit ihren weitreichenden Konsequenzen auch für die Existenzfähigkeit des Systems der gesetzlichen Kran-

kenversicherung insgesamt zu vermeiden, besteht ein dringender gesetzgeberischer Handlungsbedarf.

Zur Bewältigung dieser Probleme ist die schnellstmögliche Stärkung der Finanzgrundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung in den neuen Ländern erforderlich. Dies erfordert eine begrenzte Rechtsangleichung im Risikostrukturausgleich, der bislang in den alten und neuen Ländern getrennt durchgeführt wurde. Diese Trennung wird deshalb für eine Übergangszeit mit begrenzenden Sonderregelungen aufgehoben. Dadurch werden die Unterschiede im Niveau der beitragspflichtigen Einnahmen zwischen den alten und neuen Ländern ausgeglichen.

Die diesem Gesetz zugrundeliegenden Leitlinien orientieren sich an den Vorschlägen verschiedener wissenschaftlicher Experten, die eine Anpassung im Risikostrukturausgleich bereits vor Jahren gefordert hatten. Auch der Sachverständigenrat für die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen hat in seinem Sondergutachten 1995 hierzu u. a. ausgeführt: „Aus allokatons-, beschäftigungs- und regionalpolitischer Sicht hält der Rat die Konstanz oder Senkung der Beitragssätze im Osten wegen der Auswirkungen auf die Lohnkosten für wünschenswert. Aus all diesen Gründen erscheint eine möglichst umgehende Durchführung eines gemeinsamen Risikostrukturausgleichs für die gesamte GKV dringlich. Auch das Argument, daß damit von den westdeutschen Sozialversicherten noch mehr Lasten der Wiedervereinigung zu tragen wären, kann vor dem Grundgedanken des Ausgleichs nicht bestehen bleiben.“

2. Aktuelle Finanzentwicklung im einzelnen

Die schwierige Finanzsituation der gesetzlichen Krankenversicherung in den neuen Bundesländern ist insbesondere das Resultat hoher Defizite in den Jahren 1995 und 1996 sowie im 1. bis 3. Quartal 1997. Im Jahr 1995 mußten die Krankenkassen in den neuen Ländern ein Defizit von rd. 1,8 Mrd. DM verkraften. Im Jahr 1996 kam ein weiteres Defizit von 2,1 Mrd. DM hinzu. Die Defizitentwicklung hat dazu beigetragen, daß die zum Jahresende 1994 noch vorhandenen Finanzreserven in einer Größenordnung von 2,6 Mrd. DM völlig abgebaut wurden und zum Jahresende 1996 negative Betriebsmittel und Rücklagen in einer Größenordnung von rd. 1,1 Mrd. DM ausgewiesen wurden. Ein erneutes Defizit von rd. 0,9 Mrd. DM im 1. bis 3. Quartal 1997 hat dazu geführt, daß die gesetzliche Krankenversicherung im Beitrittsgebiet einschließlich der bis Ende 1996 aufgelaufenen „Altschulden“ eine Verschuldung von knapp 2,1 Mrd. DM aufzuweisen hatte.

Auch wenn sich die Defizitproblematik der GKV-Ost bis Ende 1995 zunächst auf die Allgemeinen Ortskrankenkassen konzentrierte, zeigt gerade die

neuere Entwicklung, daß von der schwierigen Finanzsituation mittlerweile alle größeren Kassenarten betroffen sind. Als Folge der defizitären Finanzentwicklung ist der durchschnittliche allgemeine Beitragssatz, der bis zum Frühjahr 1996 in den neuen Bundesländern noch unterhalb des Niveaus der alten Bundesländer verlief, mittlerweile erheblich angestiegen, und zwar von 12,8 % Anfang 1995 auf 14,0 % zum 1. Oktober 1997. Der durchschnittliche allgemeine Beitragssatz liegt damit um rd. 0,4 Prozentpunkte oberhalb des Niveaus in den alten Bundesländern.

Die Ursachen der defizitären Finanzentwicklung der GKV-Ost sind sowohl durch einnahme- als auch durch ausgabeseitige Faktoren bedingt:

Einnahmeseitig machen sich – im Vergleich zu den alten Bundesländern – insbesondere die hohe Arbeitslosigkeit, ein hoher Rentneranteil und ein geringerer Anteil freiwillig Versicherter negativ bemerkbar. Vor allem der Anstieg der Arbeitslosigkeit hat dazu beigetragen, daß im 1. bis 3. Quartal 1997 mit einer Veränderungsrate von –0,7 % je Mitglied sogar Rückgänge bei den beitragspflichtigen Einnahmen zu verzeichnen waren. Ausgabeseitig haben insbesondere die Leistungsbereiche, bei denen die Ausgaben je Versicherten das Niveau in den alten Ländern z. T. deutlich überschreiten, zur schwierigen Finanzsituation der GKV-Ost beigetragen. Dies gilt auf der Grundlage der „Ost-West-Quoten“ des 1. bis 3. Quartals 1997 vor allem für Fahrkosten und Arzneimittel sowie Verwaltungskosten. Darüber hinaus haben aktuell überproportionale Steigerungsraten wie z. B. beim Zahnersatz und bei der Krankenhausbehandlung die Defizitentwicklung verschärft.

Erste Einsparererfolge in den neuen Ländern sind seit Mitte des Jahres 1997 zu erkennen. So zeigt der erstmalige Rückgang der Leistungsausgaben in der GKV-Ost, der im isolierten 3. Quartal gegenüber dem Vorjahreszeitraum sogar höher ausgefallen ist als in der GKV-West, daß auch hier verstärkt Sparbemühungen eingesetzt haben. Das gilt insbesondere für den Arzneimittelbereich, wo Rückgänge von mehr als 20 v. H. in den Monaten Juli bis September bereits ein erster wichtiger Schritt zum Abbau der überproportionalen Medikamentenausgaben in Ostdeutschland sind. Auch bei den Verwaltungskosten ist der Ausgabenrückgang im 3. Quartal deutlich höher als in der GKV-West. Bei den Fahrkosten und bei der zahnärztlichen Versorgung sind diese Tendenzen noch nicht erkennbar. Insgesamt müssen die Krankenkassen und ihre Vertragspartner, aber auch die ostdeutschen Landesregierungen ihre Eigenanstrengungen zur Begrenzung der Ausgabenentwicklung noch verstärken.

Gleichwohl sind die Krankenkassen in den neuen Ländern vor dem Hintergrund der kritischen Einnahmentwicklung auch bei Ausschöpfung vorhandener Einsparpotentiale in den genannten Leistungsbereichen nicht in der Lage, aus eigener Kraft Defizite zu vermeiden und die aufgelaufene Verschuldung abzubauen.

So ist davon auszugehen, daß zwar in der GKV-West das Defizit des 1. bis 3. Quartals im weiteren Jahres-

verlauf 1997 zumindest ausgeglichen wird, während in der GKV-Ost für das gesamte Jahr 1997 nach wie vor mit einem Defizit von deutlich mehr als 0,5 Mrd. DM gerechnet werden muß. Um zu verhindern, daß das hohe Beitragssatzniveau in den neuen Ländern mit allen wirtschafts- und beschäftigungspolitischen Konsequenzen noch weiter ansteigt und sich damit auch der Abstand zum Beitragssatzniveau in den alten Bundesländern weiter vergrößert, ist dringender Handlungsbedarf für Selbstverwaltungen, Landesregierungen und Gesetzgeber geboten.

3. Das Konzept

Wegen der notwendigen parlamentarischen, administrativen und technischen Vorlaufzeiten kann ein gesamtdeutscher Risikostrukturausgleich frühestens ab 1999 verwirklicht werden. Das diesem Gesetz zugrundeliegende Konzept sieht deshalb ein zeitlich abgestuftes Bündel vor von

- Sofortmaßnahmen, die unverzüglich bereits im Laufe des Gesetzgebungsverfahrens eingeleitet werden und auf die kurzfristige Vermeidung von Beitragssatzerhöhungen zielen,
- Selbsthilfemaßnahmen, die in der Zeit bis zur Umsetzung des gesamtdeutschen Risikostrukturausgleichs auf freiwilliger Basis innerhalb der jeweiligen Krankenkassen oder Kassenart über bereits bestehende Möglichkeiten hinaus erleichtert werden,
- Regelungen zur Anpassung des Risikostrukturausgleichs mit Begrenzung der Ausgleichstransfers, die von den Beitragszahlern in den alten zugunsten der Beitragszahler in den neuen Ländern zu leisten sind.

Eine solche Stufenlösung ist nicht nur wegen der zeitlichen Zwänge, sondern auch sachlich gerechtfertigt. Mit der Einführung eines gesamtdeutschen Risikostrukturausgleichs wird die Solidarität der Beitragszahler in der gesetzlichen Krankenversicherung stärker als bisher gefordert. Ein derartiger kassenartenübergreifender Ausgleich setzt voraus, daß zugleich alle Möglichkeiten der Einsparungen im Wege von Eigenbeiträgen der Betroffenen und alle Lösungen im Wege der kasseninternen oder kassenarteninternen freiwilligen solidarischen Selbsthilfe ausgeschöpft werden. Der Gesetzgeber geht deshalb davon aus, daß im Rahmen von Sofortmaßnahmen durch Eigenbeiträge der Krankenkassen, Vertragspartner und Landesregierungen kurzfristige und nachhaltige Einsparungen in den neuen Ländern sichergestellt werden.

In allen Leistungsbereichen, in denen die Ausgaben je Versicherten die entsprechenden Werte in den alten Ländern überschreiten, müssen die Pro-Kopf-Ausgaben bis Ende 1998 durch wirksame Maßnahmen der Kassen, der Landesregierungen und der Selbstverwaltungspartner mindestens auf Westniveau zurückgeführt werden. Dies gilt auf der Grundlage der „Ost-West-Quoten“ des 1. bis 3. Quartals 1997 insbesondere für Fahrkosten, Arzneimittel und Verwaltungskosten.

Weiterhin ist erforderlich, aktuell überproportionale Veränderungsraten wie z.B. beim Zahnersatz und bei Krankenhausbehandlung kurzfristig auf durchschnittliche Zuwächse zu begrenzen. Die Vertragsverhandlungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern müssen dem Grundsatz der Beitragsstabilität folgen und dabei die Veränderungen der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder der GKV-Ost in vollem Umfang einbeziehen.

Dazu werden insbesondere folgende Maßnahmen erwartet:

– Von den Krankenkassen

- Durch verstärkte Vereinbarung von Bonusprogrammen sowie durch Qualitätssicherungs- und Beratungsmaßnahmen einschließlich gezielter Wirtschaftlichkeitsprüfungen werden die Arzneimittelausgaben bis Ende 1998 mindestens auf das Westniveau zurückgeführt;
- gezielte Prüfung der Einweisungsverordnungen und Verweildauer auch unter verstärkter Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung, Vereinbarung von Anreizen zur ambulanten anstelle der stationären Behandlung und qualitativ verbesserte Prüfung der Krankenhausabrechnungen,
- gezieltes Fallmanagement bei der Arbeitsunfähigkeit und beim Krankengeld,
- verstärkte Überprüfung der Notwendigkeit von Verordnungen von Krankenfahrten sowie wirtschaftlicherer Einsatz von Hilfsmitteln,
- sofortige verstärkte Überprüfung von Art und Umfang der Zahnersatzleistungen,
- weitere Personalanpassungsmaßnahmen zur Rückführung der Verwaltungskosten;

– von den Landesregierungen

- weiterer und verstärkter Abbau von Überkapazitäten in der stationären Versorgung u.a. durch Schließung bzw. Zusammenlegung ganzer Einheiten (Abteilungen, Krankenhäuser),
- Unterstützung von an dem Grundsatz der Beitragsstabilität orientierten Budgetverhandlungen im Krankenhausbereich,
- Unterstützung der Bemühungen zur besseren Verzahnung der ambulanten und der stationären Versorgung,
- Anpassung der Rettungsdienstgesetze mit dem Ziel, Kostentransparenz zu schaffen und leistungsgerechte Entgelte zunehmend zu ermöglichen,
- Veränderung der Genehmigungspraxis kommunaler Gebührensatzungen im Bereich des Krankentransports/Rettungsdienstes mit dem Ziel wirtschaftlicher Entgelte einschließlich Absenkung.

II. Schwerpunkte der Regelungen

1. Gesamtdeutscher Risikostrukturausgleich

Seit der Einführung des Risikostrukturausgleichs im Jahre 1994 wird dieser in den alten und neuen Ländern jeweils getrennt durchgeführt. Das bedeutet, daß die Beitragszahler in den alten Ländern nur für die Risikolasten in diesem Gebiet aufkommen und die Beitragszahler in den neuen Ländern ihre Risikobelastungen alleine zu tragen haben. Die Trennung sollte nach Artikel 35 Abs. 9 des Gesundheitsstrukturgesetzes nach Ablauf des Jahres aufgehoben werden, in dem die Bezugsgröße in den neuen Ländern erstmalig 90 Prozent der Bezugsgröße in den alten Ländern überschreitet. Angesichts der gegenwärtig noch bestehenden Unterschiede in der Wirtschaftskraft und den Einkommensniveaus ist dieser Vorhundertersatz in absehbarer Zeit nicht erreichbar. Wegen der besonderen aktuellen Finanzsituation der Krankenkassen in den neuen Ländern ist die Fortsetzung der regionalen Trennung im Risikostrukturausgleich nicht mehr sachgerecht. Schließlich handelt es sich bei den vor allem arbeitsmarktbedingten Beitragsausfällen um Versicherungsrisiken der Krankenkassen, für deren – auch interregionalen – Ausgleich der Risikostrukturausgleich seinerzeit konzipiert und eingeführt worden ist. Vergleichbare Grundlohnunterschiede der Krankenkassen liegen auch zwischen einzelnen westlichen Ländern vor und werden dort – zu Recht – interregional ausgeglichen.

Der Schwerpunkt der Regelungen liegt deshalb in der weitgehenden Aufhebung der noch bestehenden regionalen Beschränkungen im Risikostrukturausgleich. Dadurch gleicht der Risikostrukturausgleich künftig die Unterschiede in der Finanzkraft der Krankenkassen und in den Versichertenstrukturen auch zwischen den alten und neuen Ländern aus. Unter der Voraussetzung, daß die Beitragszahler in den alten Ländern im Durchschnitt nicht stärker als die Beitragszahler in den neuen Ländern belastet werden, ist der gesamtdeutsche Risikostrukturausgleich ein Gebot der Solidarität aller Versicherten und Beitragszahler in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Die Voraussetzung der gleichgewichtigen durchschnittlichen Beitragsbelastung der Versicherten und Arbeitgeber in den alten und neuen Ländern wird durch eine gezielte gesetzliche Begrenzung der interregionalen West-Ost-Transfers gewährleistet. Für eine Übergangszeit wird der rechtskreisübergreifende Risikostrukturausgleich deshalb zunächst auf den Ausgleich der Finanzkraftunterschiede aller Krankenkassen begrenzt. Die Beitragsbedarfe der Krankenkassen werden für diese Zeit weiterhin auf der Grundlage der getrennt erhobenen Versichertendaten und der getrennt ermittelten standardisierten Leistungsausgaben für die Versicherten in den alten und neuen Ländern ermittelt. Die Finanzkraft jedoch wird künftig auf der Grundlage aller beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder und eines gesamtdeutschen Ausgleichsbedarfssatzes ermittelt. Dadurch werden die Transfers von den alten in die neuen Länder, die ohne Begrenzung 4,7 Mrd. DM betragen würden, auf ca. 1,2 Mrd. DM verringert (ermittelt

auf der Datengrundlage 1996/97). Angesichts der bestehenden Prognoseunsicherheiten und zum Schutz der Beitragszahler in den alten Ländern werden die zugunsten der neuen Länder vorgesehenen Ausgleichsleistungen im Jahre 1999 zusätzlich auf den Höchstbetrag von 1,2 Mrd. DM begrenzt. Das entspricht rechnerisch einer Entlastung von rd. 0,4 Beitragssatzpunkten im Osten und einer Belastung von knapp 0,1 Beitragssatzpunkten im Westen (Datengrundlage 1996/97).

Sofern der Gesetzgeber nicht vorher Abweichendes bestimmt, sind die West-Ost-Transfers zunächst bis zum Ende des Jahres 2001 befristet. Damit wird den Prognoseunsicherheiten über die Einschätzung der mittel- und längerfristigen Finanzentwicklung der Krankenkassen in den neuen Ländern Rechnung getragen. Es ist davon auszugehen, daß der Gesetzgeber unter Berücksichtigung der dann aktuellen finanziellen und wettbewerblichen Entwicklungen in der gesetzlichen Krankenversicherung sowie der Erfahrungen mit dem Risikostrukturausgleich rechtzeitig über die Frage einer sachgerechten Fortsetzung des gesamtdeutschen Risikostrukturausgleichs – spätestens im Jahre 2001 – entscheiden wird.

Die von den alten in die neuen Länder transferierten Ausgleichsleistungen sollen zunächst ausschließlich zum Abbau von Schulden und Defiziten sowie zur Auffüllung der Mindestrücklage verwendet werden. Zur Flankierung des eingeleiteten Prozesses der finanziellen Konsolidierung und Stabilisierung der Krankenkassen ist deshalb erforderlich, erneuten Ausgabenimpulsen etwa im Vertragsbereich entgegenzuwirken. Es wird deshalb sichergestellt, daß die zusätzlichen ausgleichsbedingten Entlastungen der Krankenkassen in den neuen Ländern bei Abschlüssen über Vergütungen erst berücksichtigt werden dürfen, wenn die Schulden abgebaut und die Mindestrücklage aufgefüllt sind.

Die durch die regionale Ausweitung des Risikostrukturausgleichs bedingten finanziellen Belastungen der Krankenkassen in den alten Ländern, die aus heutiger Sicht rechnerisch einem Finanzvolumen von knapp 0,1 Beitragssatzpunkten entsprechen, dürften in der Regel auch vor dem Hintergrund der günstigeren Finanzentwicklung in der GKV-West und der großen Zahl der Krankenkassen ohne Beitragssatzerhöhungen finanzierbar sein.

Im übrigen bleiben die mit dem Einigungsvertrag beschlossenen Überleitungsregelungen zum versicherten Personenkreis, im Leistungsrecht, zu den Beziehungen der Krankenkassen zu den Leistungserbringern sowie zur Organisation und Finanzierung der Krankenkassen vorerst bestehen.

2. Erleichterungen der Selbsthilfe

Die Anpassung im Risikostrukturausgleich kann erst ab 1999 realisiert werden. In einem ersten Schritt werden deshalb bereits ab 1998 kurzfristig rechtskreisübergreifend auf freiwilliger Ebene solidarische Selbsthilfen ermöglicht, ohne den Druck auf Selbstverwaltungen, Vertragspartner und Landesregierungen zur Fortsetzung ihrer Wirtschaftlichkeitsanstrengungen zu mildern.

a) Für Erstreckungskassen wird die gesetzliche Verpflichtung zur getrennten Beitragssatzkalkulation und Mittelverwendung aufgehoben.

Dem Grundsatz der Subsidiarität folgend werden finanzielle Hilfen für Krankenkassen in den neuen Ländern zunächst auf der untersten Ebene – innerhalb der Krankenkasse – durch haushalts- und beitragsrechtliche Änderungen ermöglicht, bevor die Solidarität anderer Krankenkassen oder Kassenarten in Frage kommt: Für Ersatzkassen, die Bundesknappschaft, die See-Krankenkasse und Erstreckungskassen im Bereich der Betriebs- und Innungskrankenkassen wird eine rechtskreisübergreifende Verwendung von Beitragsmitteln als Option zugelassen, über die in der Satzung der jeweiligen Krankenkasse zu entscheiden ist.

b) Bestehende Möglichkeiten freiwilliger kassenarteninterner Finanzausgleiche und finanzieller Hilfen werden rechtskreisübergreifend erweitert.

Soweit alle kasseninternen Maßnahmen zur Beseitigung der finanziellen Notlage ausgeschöpft oder diese rechtskreisübergreifend nicht möglich sind, kommt zunächst die kassenarteninterne Solidarität in Frage:

- Die Rechtskreisbegrenzung des kassenarteninternen Finanzausgleichs für aufwendige Leistungsfälle und für andere aufwendige Belastungen (§ 265 SGB V) sowie der finanziellen Hilfen für Krankenkassen in besonderen Notlagen (§ 265 a SGB V) wird aufgehoben. Dadurch werden die bisherigen Hilfemöglichkeiten flexibler und zielgenauer nutzbar.
- In den §§ 265, 265 a SGB V wird klargestellt, daß die Ausgleiche und Hilfen auch in Form von Darlehen gewährt werden können.
- Die Möglichkeiten für finanzielle Hilfen der Spitzenverbände der Krankenkassen (§ 265 a SGB V) werden erweitert. Die Hilfen können künftig nicht nur in besonderen Notlagen einer Krankenkasse, sondern auch zur Erhaltung ihrer Wettbewerbsfähigkeit erfolgen.
- Zur wirtschaftlichkeitsorientierten Flankierung der finanziellen Hilfen kann die erforderliche Satzungsregelung bestimmen, daß die Hilfen ausschließlich zum Abbau bestehender Defizite und Schulden verwendet werden. Dadurch kann erneuten Ausgabenimpulsen z. B. im Vertragsbereich entgegengewirkt werden.

3. Eng begrenzter Kreditrahmen

Es besteht Einvernehmen zwischen allen am Gesundheitswesen Beteiligten, daß die Darlehensfinanzierung auch in Zukunft kein geeignetes Mittel zum Ausgleich von Defiziten sein kann. Sie gefährdet die im Kassenwettbewerb erforderliche Beitragstransparenz und erschwert notwendige Wirtschaftlichkeitsbemühungen. Die schwierige finanzielle Sondersituation der gesetzlichen Krankenversicherung in den neuen Ländern erfordert jedoch schnelle und pragmatische Ausnahmelösungen. Zur Vermeidung von Beitragssatzerhöhungen wird deshalb ein gesetzlicher Rahmen zur Darlehensfinanzierung geschaffen.

Um Wirtschaftlichkeitsbemühungen nicht zu gefährden und Wettbewerbsverzerrungen zu vermeiden, werden der Darlehensfinanzierung enge zeitliche und sachliche Grenzen gesetzt:

- Mit den Neuregelungen wird klargestellt, daß die Darlehensfinanzierung außerhalb der Ausnahmetatbestände als Mittel zur Finanzierung von Ausgaben oder zum Defizitausgleich grundsätzlich ausgeschlossen bleibt.
- Nettokreditaufnahmen zur Ausgleichung von Haushaltsdefiziten werden nur für die Übergangszeit bis zur Einführung des gesamtdeutschen Risikostrukturausgleichs – also bis Ende 1998 – ermöglicht. Voraussetzungen für die Aufnahme solcher Darlehen sind

- Genehmigung durch die Aufsichtsbehörde,
- Vorlage eines auf fünf Jahre befristeten Sanierungskonzepts,
- Vorlage eines auf längstens zehn Jahre befristeten Entschuldungskonzepts,

wobei die Sanierungs-/Entschuldungskonzepte mit dem jeweiligen Spitzenverband abzustimmen sind. Erforderliche Darlehensaufnahmen sollten vorrangig innerhalb des GKV-Systems erfolgen.

- Sie werden ausschließlich auf den Zweck begrenzt, bis einschließlich 1998 entstehende Defizite auszugleichen, sofern Rücklagen nicht vorhanden sind und die erforderliche Liquidität ansonsten nur durch Beitragssatzerhöhungen gewährleistet werden kann.

Der Gesetzgeber geht davon aus, daß die Aufsichtsbehörden bereits frühzeitig eine einheitliche Aufsichtspraxis unter Berücksichtigung der vorgesehenen Rechtsänderungen abstimmen.

B. Besonderer Teil

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 1 (§ 222)

Krankenkassen haben sich grundsätzlich durch Beiträge zu finanzieren. Das geltende Recht enthält keine Grundlage dafür, daß Krankenkassen Beitragserhöhungen durch Aufnahme von Darlehen vermeiden können. Vielmehr schreibt § 220 Abs. 2 SGB V zwingend vor, daß die Beiträge auch während eines Haushaltsjahres zu erhöhen sind, wenn die Finanzmittel der Krankenkasse zur Deckung der Ausgaben nicht ausreichen. Notwendige Beitragserhöhungen können ggf. auch von der Aufsichtsbehörde durchgesetzt werden.

Trotz dieser eindeutigen Rechtslage haben in den vergangenen Jahren Krankenkassen in den neuen Ländern notwendige Beitragserhöhungen dadurch umgangen, daß sie in großem Umfang Darlehen aufgenommen haben. Wenn diese Darlehen umgehend zurückgezahlt werden müßten, wären erhebliche Beitragserhöhungen die Folge. Um diese zu verhindern, wird eine Sonderregelung geschaffen, die einerseits diese besondere Situation der Krankenkassen

den Ost behebt, andererseits aber an den bewährten Grundlagen der Beitragsgestaltung der Krankenkassen keine Änderungen vornimmt.

Da diese Sonderregelung nur die Krankenkassen-Ost und nur Darlehen betrifft, die vor dem Inkrafttreten dieses Gesetzes aufgenommen wurden oder im Jahre 1998 aufgenommen werden, hat sie keine Auswirkungen auf Darlehen im Rahmen des Finanzausgleichs nach § 265 oder der Finanzhilfe nach § 265 a. Denn diese Vorschriften gelten nicht nur für die Krankenkassen-Ost, sondern für alle Krankenkassen im ganzen Bundesgebiet; und sie gelten auch über das Jahr 1998 hinaus. Im übrigen enthält § 222 – neu – nur Regelungen für Darlehen zur Vermeidung von Beitragssatzerhöhungen und ist auch deshalb auf solche, die in besonderen Notlagen oder zur Erhaltung der Wettbewerbsfähigkeit aufgenommen werden, nicht anwendbar. Voraussetzungen und Verfahren hierfür sind in der Satzung des darlehensgebenden Verbands zu regeln.

Die bisherige Fassung des § 222 machte Beitragserhöhungen von Betriebs- und Innungskrankenkassen ab einer Obergrenze von 12 v.H. von qualifizierten Voraussetzungen abhängig. Diese Vorschrift hatte in der Praxis keine Auswirkungen und ist daher entbehrlich.

Zu Absatz 1

Die Vorschrift schafft eine Rechtsgrundlage für die Aufnahme von Darlehen anstelle von Beitragserhöhungen zum Haushaltsausgleich. Die Regelung gilt nur bis Ende 1998, weil die Krankenkassen durch Einsparungen und durch Stärkung der Finanzgrundlagen im Rahmen des gesamtdeutschen Risikostrukturausgleichs dann keine Darlehensfinanzierung mehr benötigen.

Zu Absatz 2

Mit diesen Bestimmungen werden die Voraussetzungen für die Aufnahme von Darlehen näher geregelt. Voraussetzung ist in jedem Falle eine Genehmigung der Aufsichtsbehörde. Diese darf nur erteilt werden, wenn die Krankenkasse alle Wirtschaftlichkeitsreserven ausgeschöpft hat. Der hierfür erforderliche Nachweis bezieht alle Ausgabenbereiche der Krankenkasse ein, also auch Vergütungsregelungen und Verwaltungskosten. Wenn eine Krankenkasse den Nachweis nicht erbringen kann, kann sie sich zusätzliche Mittel nicht durch Darlehensaufnahme, sondern nur im Wege der Beitragserhöhung beschaffen. Die Krankenkasse muß ferner ein Sanierungskonzept vorlegen, das sie spätestens nach Ablauf von fünf Jahren in die Lage versetzt, ihre Aufgaben ordnungsgemäß zu erfüllen. Die Tilgung der Darlehen hat spätestens innerhalb einer Frist von zehn Jahren zu erfolgen. Gleichzeitig wird die Aufsichtsbehörde verpflichtet, die nach § 88 Abs. 1 SGB IV möglichen Aufsichtsprüfungen für die besonderen Fälle einer Darlehensaufnahme mindestens einmal jährlich durchzuführen. Dadurch, daß die Krankenkasse das Sanierungskonzept jeweils mit ihrem Bundesverband abzustimmen hat, wird sichergestellt, daß Erfahrungen

anderer Krankenkassen in diesem Bereich genutzt werden können.

Zu Absatz 3

Mit dieser Vorschrift wird eine Rechtsgrundlage dafür geschaffen, daß auch Krankenkassen und ihre Verbände anderen Krankenkassen ausnahmsweise Darlehen gewähren können. Zur Gewährung von Darlehen können grundsätzlich alle Mittel der Krankenkassen, also auch die Rücklage (§ 261 SGB V) im Rahmen des § 83 SGB IV verwendet werden.

Eine Darlehensgewährung darf nicht zu einer Beitragssatzerhöhung bei der darlehensgebenden Krankenkasse führen; dies wird durch Satz 3 ausgeschlossen. Damit auch Einnahmen, die die Ausgaben übersteigen, zur Darlehensgewährung verwendet werden können, wird auf die Anwendung des § 220 Abs. 3 SGB V, der für solche Fälle Beitragssenkungen vorschreibt, verzichtet.

Zu Absatz 4

Die Vorschrift überträgt das für neue Darlehen vorgesehene Verfahren auf die Abwicklung von Darlehen, die vor Inkrafttreten dieses Gesetzes aufgenommen worden waren. Das Konzept für die Abwicklung ist von der Aufsichtsbehörde zu genehmigen. Durch die jährlich durchzuführenden Geschäfts- und Rechnungsprüfungen wird sichergestellt, daß das Konzept auch eingehalten wird. Wenn die Krankenkasse kein genehmigungsfähiges Konzept vorlegt, muß sie die Darlehen umgehend zurückzahlen. Weil die Absätze 1 bis 3 in solchen Fällen nicht angewendet werden dürfen, können für diese Rückzahlungsverpflichtungen keine neuen Kredite aufgenommen werden. Der Hinweis auf § 220 Abs. 2 SGB V stellt klar, daß dann die Beiträge zu erhöhen sind und dies ggf. von der Aufsichtsbehörde durchzusetzen ist.

Zu Nummer 2 (§ 265)

Mit der Erweiterung des Finanzausgleichs auf die Form der Darlehensvergabe kann künftigen Veränderungen in der Finanzlage der beteiligten Krankenkassen flexibler als bisher Rechnung getragen werden.

Zu Nummer 3 (§ 265 a)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Buchstabe b, Doppelbuchstabe aa.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Die Spitzenverbände können Mitgliedskassen nicht nur wie bisher in Fällen einer besonderen Notlage einer Kasse unterstützen, sondern schon im Vorfeld, wenn Fördermaßnahmen zur Erhaltung der Wettbewerbsfähigkeit der jeweiligen Kasse erforderlich erscheinen. Sie können auf diese Weise strukturelle Anpassungs- und Sanierungsprozesse einer Kasse unterstützen, um deren Fortbestand im Wettbewerb zu sichern. Art, Umfang und Auflagen der Förder-

maßnahmen richten sich nach der Lage der jeweiligen Krankenkasse im Wettbewerb. Das gesamte Verfahren der Willensbildung im Spitzenverband bleibt unverändert. Insbesondere kann nach Absatz 2 weiterhin kein Mitglied des Spitzenverbandes gegen seinen eigenen Willen zur Finanzierung von Fördermaßnahmen herangezogen werden. Es wird davon ausgegangen, daß die Finanzhilfen auch vor dem Hintergrund der günstigeren Finanzentwicklung in der GKV-West nicht zu Beitragssatzerhöhungen führen.

Zu Doppelbuchstabe bb

Es handelt sich um eine Klarstellung des bisherigen Rechts.

Zu Nummer 4 (§ 313)

Zu Buchstabe a

Diese Vorschrift trägt der besonderen Situation von bundesweiten Krankenkassen dadurch Rechnung, daß sie eine kasseninterne Hilfe von West nach Ost ermöglicht. Dies ist in der Satzung mit Genehmigung der Aufsichtsbehörde zu regeln. Die Nutzung dieser Regelung muß nicht notwendigerweise zu einem einheitlichen Beitragssatz der Erstreckungskasse führen. Es wird davon ausgegangen, daß durch die kasseninterne Hilfe im Haushaltsbereich-West der Erstreckungskasse keine Beitragserhöhungen eintreten.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Ziel der Vorschrift ist, kassenarteninterne Finanzausgleiche und Finanzhilfen nach §§ 265 und 265 a bereits vor Inkrafttreten der Neuregelungen zum Risikostrukturausgleich rechtskreisübergreifend zu ermöglichen. Die Regelung trägt der finanziellen Lage der Krankenkassen in den neuen Ländern Rechnung.

Zu Doppelbuchstabe bb

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeregelung zu Doppelbuchstabe aa.

Zu Nummer 5 (§ 313 a – Risikostrukturausgleich)

Die Vorschrift enthält Sonderregelungen zur Einführung des gesamtdeutschen Risikostrukturausgleichs. Diese Einführung ab 1999 ist nur insoweit vertretbar, als die Beitragszahler in den alten Ländern im Durchschnitt nicht stärker als die Beitragszahler in den neuen Ländern belastet werden. Dies wird durch eine Begrenzung der Höhe der Ausgleichstransfers im Rahmen dieser Sonderregelung erreicht. Die Befristung der Transferdauer auf die Jahre 1999 bis 2001 trägt den Prognoseunsicherheiten über die Einschätzung der mittel- und längerfristigen Finanzentwicklung der Krankenkassen in den neuen Ländern Rechnung. Sofern der Gesetzgeber nicht vorher Abweichendes bestimmt, gilt ab dem Jahre 2002 wieder die strikte Trennung des Risikostrukturausgleichs nach § 313 Abs. 10 Buchstabe a in Verbindung mit

Artikel 35 Abs. 9 des Gesundheitsstrukturgesetzes. Allerdings ist davon auszugehen, daß der Gesetzgeber über die Frage einer sachgerechten Fortsetzung des gesamtdeutschen Risikostrukturausgleichs nach Auswertung der Erfahrungen mit dem Risikostrukturausgleich und unter Berücksichtigung der dann aktuellen finanziellen und wettbewerblichen Entwicklungen rechtzeitig – spätestens im Jahre 2001 – entscheiden wird.

Zu Absatz 1

Die Vorschrift begrenzt den gesamtdeutschen Risikostrukturausgleich für die Jahre 1999 bis 2001 auf den Ausgleich der Finanzkraft der Krankenkassen. Durch die weiterhin getrennte Ermittlung der Verhältniswerte und standardisierten Leistungsausgaben für die Versicherten in den alten und neuen Ländern wird die getrennte Berechnung der Beitragsbedarfe der Krankenkassen in Ost und West gewährleistet.

Zu Absatz 2

Es handelt sich um eine Folgeregelung zu Absatz 1. Die Beibehaltung getrennter Datenerhebungen und Statistiken innerhalb von Erstreckungskrankenkassen ist zur Durchführung des Risikostrukturausgleichs erforderlich. Erstreckungskassen im Sinne dieser Vorschrift sind unabhängig von ihrem Sitz alle Krankenkassen, deren Bezirk sich sowohl auf das bisherige Bundesgebiet einschließlich Berlin als auch darüber hinaus erstreckt.

Zu Absatz 3

Die Ausgleichstransfers haben den Zweck, die Krankenkassen im Beitrittsgebiet finanziell zu konsolidieren und zu stabilisieren. Den Vereinbarungen über Vergütungen oder Preise nach den Vorschriften des Vierten Kapitels und des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sowie den nach diesen Vorschriften getroffenen Regelungen dürfen sie, solange die Schulden und Defizite nicht abgebaut sind und das Rücklagen-soll nicht aufgefüllt ist, nicht zugrunde gelegt werden. Da die Finanzkraft durch die Neuregelung nach Absatz 1 bei allen Krankenkassen im Beitrittsgebiet verändert wird, gilt die Beschränkung der Verwendung dieser Mittel sowohl für Krankenkassen, deren Ausgleichsansprüche erhöht werden, als auch für solche, deren Ausgleichsverpflichtungen verringert werden.

Zu Absatz 4

Ziel der Vorschrift ist, die Höhe der von den Krankenkassen in den alten Ländern an die Krankenkassen in den neuen Ländern geleisteten Ausgleichstransfers im ersten Jahr der Rechtsangleichung auf eine Obergrenze in Höhe von 1,2 Mrd. DM zu beschränken. Damit wird den Unsicherheiten in der Einschätzung der künftigen Finanzentwicklung der Krankenkassen insbesondere im Beitrittsgebiet Rechnung getragen. Die durch diese Regelung verursachten Belastungen der Beitragszahler in den alten Ländern werden hierdurch auf höchstens 0,08 Beitragssatzpunkte (Datenbasis 1996/97) begrenzt. Dies gilt entsprechend auch für die Veränderung der interregionalen

Ausgleichsleistungen, die – bezogen auf die Grundlohnsumme jedes Landes – 0,08 % Mehrbelastung nicht übersteigt. Andererseits wird die Entlastung der Krankenkassen und Beitragszahler in den neuen Ländern auf höchstens 0,4 % der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder begrenzt.

Zu Artikel 2 (Änderung des Sozialgerichtsgesetzes)

Zu Nummer 1 und 2

§ 57 a begründet besondere Zuständigkeiten in Angelegenheiten des Kassenarztrechts und der übrigen in § 51 Abs. 2 Satz 1 genannten Angelegenheiten. Die Änderung stellt klar, daß es bei Streitigkeiten wegen hierzu ergangener Aufsichtsmaßnahmen bei den allgemeinen Zuständigkeitsregelungen des § 57 Abs. 1 Satz 1 verbleibt, nach denen das Gericht örtlich zuständig ist, in dessen Bezirk der Kläger seinen Sitz hat. Insbesondere in Verfahren wegen Beanstandungen von Vergütungsverträgen nach § 71 Abs. 2 SGB V ist es wegen divergierender Ansichten über die örtliche Zuständigkeit erforderlich, Rechtsklarheit herzustellen.

Zu Nummer 3

Für Rechtsstreitigkeiten gegen Maßnahmen des Bundesversicherungsamts bei der Durchführung des Risikostrukturausgleichs ist das Sozialgericht Köln örtlich zuständig, da das Bundesversicherungsamt nach § 94 Abs. 1 Satz 2 SGB IV in Bonn seinen Sitz hat. Zur Zeit sind über 100 Klageverfahren bei einer Vielzahl von Sozialgerichten anhängig, die sich insbesondere gegen die Ausgleichsbescheide des Bundesversicherungsamts im endgültigen Jahresausgleich 1994 und im Jahresausgleich 1995 richten. Davon haben mehr als die Hälfte der Krankenkassen die Gewährung einstweiligen Rechtsschutzes beantragt. Die Bearbeitung dieser Klageverfahren hat für das Bundesversicherungsamt – insbesondere wegen der großen Zahl einstweiliger Rechtsschutzverfahren und der Notwendigkeit, eine Vielzahl von Gerichts-terminen im ganzen Bundesgebiet wahrzunehmen – erhebliche Belastungen zur Folge. Ähnliches gilt für die angerufenen Sozialgerichte, die sich in kürzester Zeit in die neuen und zugleich sehr komplexen Rechtsfragen des Risikostrukturausgleichs einarbeiten müssen.

Es ist nicht auszuschließen, daß in jedem Jahr bei der Durchführung des Jahresausgleichs von wechselnden Krankenkassen Klageverfahren in vergleichbarer Zahl anhängig gemacht werden. Eine Musterstreitvereinbarung wäre daher nicht geeignet, die entstandenen Probleme dauerhaft zu lösen. Um die Durchführung des Risikostrukturausgleichs zu erleichtern und ein höheres Maß an Rechtssicherheit und Rechtseinheit zu ermöglichen, ist es daher erforderlich, die örtliche Zuständigkeit für alle sich aus der Durchführung des Risikostrukturausgleichs ergebenden Streitverfahren bei dem für den Sitz des Bundesversicherungsamts zuständigen Sozialgericht zu konzentrieren. Dies ermöglicht auch die Herausbildung einer besonderen Fachkompetenz für die mit dem Risikostrukturausgleich zusammenhängenden

Rechtsfragen bei einem Sozialgericht. Außerdem führt die Regelung zu einer kostengünstigeren Durchführung des Risikostrukturausgleichs, ohne daß die um Rechtsschutz nachsuchenden Krankenkassen unvertretbar belastet werden.

Zu Artikel 3 (Änderung des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte)

Zu Nummer 1

Die Vorschrift überträgt die befristete Ausnahme vom Verbot der Finanzierung durch Aufnahme von Darlehen (§ 222 SGB V) auf die landwirtschaftlichen Krankenkassen in den neuen Ländern und Berlin.

Zu Nummer 2

Die Vorschrift stellt klar, daß die Regelung über die finanziellen Hilfen nach § 265a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch auch in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung gilt.

Zu Artikel 4 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Es handelt sich um Folgeregelungen zu der für die Jahre 1999 bis 2001 vorgesehenen Änderung im Risikostrukturausgleich.

Zu Absatz 1

Die Einführung eines für alle Krankenkassen in allen Ländern einheitlichen Ausgleichsbedarfssatzes führt dazu, daß die Beitragsbedarfe der Krankenkassen in den neuen und alten Ländern aus dem gemeinsamen Grundlohnaufkommen aller Krankenkassen in allen Ländern solidarisch finanziert werden. Solange das Niveau der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder in den neuen Ländern niedriger als in den alten Ländern liegt, werden die Beitragszahler in den neuen Ländern durch diese Regelung zu Lasten der Beitragszahler in den alten Ländern entlastet. Durch die weiterhin getrennte Ermittlung der Verhältniswerte und der standardisierten Leistungsausgaben wird gewährleistet, daß die Beitragsbedarfe der Krankenkassen in den neuen Ländern weiterhin auf der Grundlage des niedrigeren Niveaus der Leistungsausgaben in den neuen Ländern ermittelt werden. Sofern der Gesetzgeber nicht vorher Abweichendes bestimmt, gilt vom Jahre 2002 an wieder § 27.

Zu Absatz 2

Mit der Vorschrift werden die Berechnungs- und Verfahrensvorgaben zur Umsetzung der interregionalen Transferbegrenzung in Artikel 1 Nr. 5 (§ 313a SGB V) geregelt. Zur Ermittlung der auf die Neuregelung entfallenden Veränderungen der interregionalen Transfers ist die Ermittlung der auf das Beitrittsgebiet entfallenden Finanzkraftsumme auf der Grundlage des neuen bundeseinheitlichen Ausgleichsbedarfssatzes und auf der Grundlage des für das Beitrittsgebiet getrennt ermittelten Ausgleichsbedarfssatzes er-

forderlich. Die Differenz ergibt die Höhe der auf die Neuregelung entfallenden Veränderung der Finanzkraft, die mit der Veränderung der Ausgleichsansprüche und -verpflichtungen identisch ist. Soweit die Differenz den Höchstbetrag überschreitet, hat das Bundesversicherungsamt durch Errechnung eines für alle Krankenkassen in den neuen Ländern einheitlichen Veränderungsfaktors die Finanzkraft auf die Höhe zu verändern, die zur Einhaltung der Obergrenze erforderlich ist. Entsprechendes gilt für den Veränderungsfaktor in den alten Ländern.

Zu Artikel 5 (Rückkehr zum einheitlichen Verordnungsrang)

Die Regelung ermöglicht, künftige Änderungen der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung, auch soweit Teile betroffen sind, die durch dieses Gesetz geändert wurden, einheitlich im Verordnungswege durchzuführen.

Zu Artikel 6 (Inkrafttreten)

Zu Absatz 1

Die Vorschrift berücksichtigt, daß die Änderungen im Risikostrukturausgleich wegen der erforderlichen administrativen und technischen Umstellungen frühestens ab 1999 umgesetzt werden können.

Zu Absatz 2

Die übrigen Regelungen sollen am Tage nach der Verkündung in Kraft treten, weil für die Krankenkassen in den neuen Ländern bereits kurzfristig Entlastungen erforderlich sind.

C. Finanzieller Teil

Die gesetzliche Krankenversicherung in den neuen Ländern hatte Ende 1996 negative Betriebsmittel und Rücklagen in einer Größenordnung von rd. 1,1 Mrd. DM aufzuweisen. Durch das Defizit des 1. bis 3. Quartals 1997 von rd. 0,9 Mrd. DM hat sich die Gesamtverschuldung bis Mitte 1997 auf knapp 2,1 Mrd. DM erhöht.

Durch die Maßnahmen dieses Gesetzes sowie durch flankierende kurzfristig wirksame Maßnahmen der Ausgabenbegrenzung der Selbstverwaltung und der Landesregierung wird die gesetzliche Krankenversicherung in den neuen Ländern finanzwirksam entlastet.

Ausgabenseitig sollen unabhängig von den Maßnahmen dieses Gesetzes durch Eigenanstrengungen der Beteiligten die Ausgabenniveaus je Versicherten in verschiedenen Leistungsbereichen – insbesondere bei Fahrkosten und Arzneimitteln – auf das Niveau der alten Länder zurückgeführt werden. Darüber hinaus können durch eine Reduzierung der überproportionalen Steigerungsraten bei Krankenhausbehandlung und Zahnersatz weitere Einsparungen erzielt werden.

Einnahmeseitig werden die Krankenkassen in den neuen Ländern durch die Einführung eines gesamtdeutschen Risikostrukturausgleichs ab 1. Januar 1999 auf der Datenbasis der Jahre 1996/97 in einer Größenordnung von rd. 1,2 Mrd. DM entlastet und die Krankenkassen in den alten Ländern entsprechend belastet. Dies entspricht rechnerisch einer Entlastung der Krankenkassen in den neuen Ländern von rd. 0,4 Beitragssatzpunkten und einer Belastung der Krankenkassen in den alten Ländern von knapp 0,1 Beitragssatzpunkten. Durch die gesetzliche Begrenzung der West-Ost-Transfers auf höchstens 1,2 Mrd. DM ist 1999 eine höhere Be- oder Entlastung ausgeschlossen. Zuverlässige Aussagen über die exakte Höhe des Transfervolumens für die Jahre 2000 und 2001 sind wegen der Prognoseunsicherheiten derzeit nicht möglich. Es kann jedoch davon ausgegangen werden, daß bei einer unterschiedlichen Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen in den alten und neuen Ländern jede Abweichung um einen Prozentpunkt die Transfersumme um rd. 300 Mio. DM verringert oder erhöht.

Neben den Transfers im Rahmen des gesamtdeutschen Risikostrukturausgleichs sind weitere kasseninterne und kassenarteninterne Finanzhilfen bereits ab 1998 möglich, deren Umfang jedoch von den Entscheidungen der zuständigen Selbstverwaltungsgremien abhängt.

Finanzielle Auswirkungen auf die Haushalte von Bund, Ländern und Gemeinden sind nicht zu erwarten.

D. Preiswirkung

Die mit den Maßnahmen dieses Gesetzes verbundenen Entlastungen der Krankenkassen in den neuen Ländern führen zu einer Stabilisierung des dortigen Beitragssatzniveaus, während die Belastungen der Krankenkassen in den alten Ländern nicht zu einer Anhebung des Beitragssatzniveaus führen müssen. Auswirkungen auf Einzelpreise und das Preisniveau, insbesondere das Verbraucherpreisniveau, sind damit nicht zu erwarten.

