



Mitglied des Deutschen Bundestages
Frau Bärbel Bas
11011 Berlin

Daniel Bahr

Parlamentarischer Staatssekretär
Mitglied des Deutschen Bundestages

HAUSANSCHRIFT Friedrichstraße 108, 10117 Berlin
POSTANSCHRIFT 11055 Berlin

TEL +49 (0)30 18441-1070

FAX +49 (0)30 18441-1074

E-MAIL daniel.bahr@bmg.bund.de

Berlin, 6. Juli 2010

Schriftliche Frage im Juni 2010

Arbeitsnummer 6/331

Sehr geehrte Frau Kollegin,

liebe Frau Bas,

Ihre o. a. Frage beantworte ich wie folgt:

Frage Nr. 6/331:

Welche Beweggründe hatte die Bundesregierung, mit dem am 18. Juni 2010 vom Bundestag beschlossenen GKV-ÄG, das unter anderem die Erhöhung des gesetzlichen Zwangsrabatts und ein Preismoratorium für Arzneimittel enthält, zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen auf gesetzliche Maßnahmen zurückzugreifen, obwohl der Bundesgesundheitsminister Dr. Philipp Rösler in seiner Regierungserklärung vom 25. November 2009 noch erklärt hatte, die Bundesregierung bräuchte für die Kostendämpfung im Gesundheitswesen eben keine Gesetze, Verordnungen oder Vorschriften, sondern mündige Patienten und eigenverantwortliche Versicherte und wie sollen die beabsichtigten weiteren Reform- und Sparvorschläge in den kommenden Jahren ihre Wirkung entfalten, wenn nicht per Gesetz, Verordnung oder Vorschrift?

Antwort:

Mit dem GKV-Änderungsgesetz werden die Voraussetzungen für die Umorganisation des Arzneimittelmarktes geschaffen. Der Herstellerabschlag wird kurzfristig erhöht, um durch die erzielten Einsparungen mittelfristig den Raum für die im Entwurf des Gesetzes zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes in der gesetzlichen Krankenversicherung angelegten strukturellen Änderungen zu schaffen.

Ziel ist, die gesetzliche Preisregulierung zugunsten vertraglicher Elemente abzubauen. Dies stärkt die Eigenverantwortung der Selbstverwaltungspartner, unterstützt den Wettbewerb und eine kostengünstige Versorgung der Versicherten und führt mittelfristig die staatliche Regelungsdichte zurück.

Für eine Konsolidierung der Finanzen der GKV brauchen wir jedoch zusätzlich zu gesetzlichen Maßnahmen grundsätzlich mündige Patienten und eigenverantwortlich handelnde Versicherte.

Mit freundlichen Grüßen

A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'H. D. M.' with a stylized flourish at the end.



Mitglied des Deutschen Bundestages
Frau Bärbel Bas
11011 Berlin

Daniel Bahr

Parlamentarischer Staatssekretär
Mitglied des Deutschen Bundestages

HAUSANSCHRIFT Friedrichstraße 108, 10117 Berlin
POSTANSCHRIFT 11055 Berlin

TEL +49 (0)30 18441-1070

FAX +49 (0)30 18441-1074

E-MAIL daniel.bahr@bmg.bund.de

Berlin, 7. Juli 2010

Schriftliche Frage im Juni 2010

Arbeitsnummer 6/332

Sehr geehrte Frau Kollegin, *Lilke Traubas,*

Ihre o. a. Frage beantworte ich wie folgt:

Frage Nr. 6/332:

Ist die Bundesregierung weiterhin der Auffassung, dass sie ihre beabsichtigte Reform der Krankenversicherung ohne den Bundesrat und die darin vertretenen und mehrheitlich von anderen Parteien geführten Landesregierungen wird beschließen können und teilt sie damit die Auffassung von Bundesgesundheitsminister Rösler, nachzulesen in seiner Regierungserklärung vom 25. November 2009, nach der die Reform der Krankenversicherung in dieser Legislaturperiode nicht die einfachste Aufgabe sein würde, weshalb es die Koalition alleine machen müsste und nicht die anderen Parteien?

Antwort:

Es ist Aufgabe der Bundesregierung, eine nachhaltige und sozial ausgewogene Finanzierung des Gesundheitswesens sicherzustellen. Die Bundesregierung hat hierzu gemeinsam mit den Koalitionsfraktionen Eckpunkte erarbeitet. Diese werden in einen Gesetzentwurf einfließen. Entgegen der Frage werden Gesetze nicht ohne den Bundesrat beschlossen. Vielmehr sind nach dem Grundgesetz Gesetzesbeschlüsse des Deutschen Bundestages dem Bundesrat zur Beratung zuzuleiten. Dessen konkrete Mitwirkungsrechte hängen dann davon ab, ob es sich um ein Einspruchs- oder ein Zustimmungsgesetz handelt. Für die Zustimmungsbedürftigkeit eines Gesetzes kommt es darauf an, ob einer der im Grundgesetz enumerativ und abschließend aufgeführten Zustimmungstatbestände erfüllt ist. Ob dies der Fall ist, kann erst abschließend beurteilt werden, wenn die konkrete Ausgestaltung des Gesetzentwurfes feststeht.

Mit freundlichen Grüßen



Mitglied des Deutschen Bundestages
Frau Bärbel Bas
11011 Berlin

Daniel Bahr

Parlamentarischer Staatssekretär
Mitglied des Deutschen Bundestages

HAUSANSCHRIFT Friedrichstraße 108, 10117 Berlin
POSTANSCHRIFT 11055 Berlin

TEL +49 (0)30 18441-1070

FAX +49 (0)30 18441-1074

E-MAIL daniel.bahr@bmg.bund.de

Berlin, 7. Juli 2010

Schriftliche Fragen im Juni 2010
Arbeitsnummern 6/333 und 6/334

Sehr geehrte Frau Kollegin,

Nicke Bahr Bas,

Ihre o. a. Fragen beantworte ich wie folgt:

Frage Nr. 6/333:

Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung über Unregelmäßigkeiten oder Probleme bei der praktischen Abwicklung des Gesundheitsfonds durch das Bundesversicherungsamt einschließlich des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs und der vom Land Bayern durchgesetzten sogenannten Konvergenzklausel und wie viele Krankenkassen klagen mit welcher Begründung gegen Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds?

Antwort:

Der Gesundheitsfonds wurde vom Gesetzgeber mit dem Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG) vom 26. März 2007 eingeführt.

Das Bundesversicherungsamt (BVA) verwaltet infolgedessen gemäß § 271 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) seit dem 1. Januar 2009 als Sondervermögen (Gesundheitsfonds) die eingehenden Beträge aus den Beiträgen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und aus den Bundesmitteln. Aus dem Gesundheitsfonds erhalten die Krankenkassen dann die Zuweisungen. Zudem hat der Gesundheitsfonds eine Liquiditätsreserve aufzubauen. Die praktische Abwicklung des Gesundheitsfonds durch das Bundesversicherungsamt (BVA) umfasst also die Einnahme- und Ausgabenseite des Gesundheitsfonds.

Die technische Verwaltung des Gesundheitsfonds funktioniert seit seiner Errichtung im Prinzip reibungslos. Der Gesundheitsfonds schüttet nahezu arbeitstäglich die eingehenden Beiträge in Form von Zuweisungen an die Krankenkassen aus. Informationen über tiefgreifende Probleme oder Unregelmäßigkeiten auf der Einnahme- oder Ausgabenseite liegen der Bundesregierung nicht vor.

Technisch bedingte Anlaufprobleme gab es hinsichtlich der Abrechnung bestimmter an den Gesundheitsfonds weitergeleiteter Beiträge. Hier sind viele Krankenkassen nicht in der Lage, dem Gesundheitsfonds die vorgeschriebenen Nachweise fristgerecht in fehlerfreier Form vorzulegen. Für das Jahr 2009 betrifft dies knapp 3 Prozent der Beitragseinnahmen des Gesundheitsfonds. Dementsprechend konnte der Gesundheitsfonds bislang nicht seine Bücher für das Jahr 2009 abschließen.

Der Gesundheitsfonds verteilt seine Einnahmen nach Maßgabe der Regelungen in den §§ 266, 270 und 272 SGB V. Die Krankenkassen erhalten danach grundsätzlich vier verschiedene Arten von Zuweisungen: Zuweisungen zur Deckung der standardisierten Leistungsausgaben auf Grundlage des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA, § 266 SGB V), Zuweisungen zur Deckung der standardisierten Aufwendungen für satzungsgemäße Mehr- und Erprobungsleistungen, Zuweisungen zur Deckung der standardisierten Aufwendungen, welche auf Grund der Entwicklung und Durchführung von strukturierten Behandlungsprogrammen Programmen (DMP) entstehen, und Zuweisungen zur Deckung der standardisierten Verwaltungsausgaben (§ 270 SGB V). Im Rahmen einer Übergangsregelung erhalten Krankenkassen in bestimmten Bundesländern zusätzliche Mittel zum Ausgleich der Belastungen auf Grund der Einführung des Gesundheitsfonds, soweit sie den jährlichen Schwellenwert (2009: 100 Mio. Euro, 2010: 200 Mio. Euro) überschreiten (sog. Konvergenzregelung nach § 272 SGB V).

Soweit inhaltliche Fragen angesprochen sind, ist darauf hinzuweisen, dass es im Morbi-RSA wie bereits im Alt-RSA darum geht, die monatlichen Zuweisungen als Abschlagszahlungen möglichst zielgenau an das Ergebnis des Jahresausgleichs anzunähern. Hier wird das Verfahren auch unter Einbeziehung der Krankenkassen ständig weiterentwickelt und verbessert, zuletzt durch die 21. RSA-Änderungsverordnung.

Besondere Voraussetzungen liegen jedoch bei der Durchführung der Konvergenzregelung vor. Für die vorläufige Schätzung der Konvergenzbeträge des Jahres 2009 mussten im Herbst 2008 erstmals neue Regionaldaten von Krankenkassen, Rentenversicherungsträger und Bundesagentur für Arbeit erhoben und dem BVA übermittelt werden. Erfahrungswerte zur Prüfung der Plausibilität dieser Daten und zur zuverlässigen Schätzung der Konvergenzergebnisse lagen vorab nicht vor. Sie müssen vielmehr im laufenden Verfahren gewonnen

werden. Allen Verfahrensbeteiligten, auch den Krankenkassen, waren die damit verbundenen Unsicherheiten bekannt. Daher kann es hier zu größeren Abweichungen zwischen den monatlichen Zuweisungen und den im Jahresausgleich endgültig festzustellenden Konvergenzbeträgen kommen. Nach derzeitigem Erkenntnisstand kommt die Regelung ausschließlich im Jahr 2009 zur Anwendung.

Für das Jahr 2009 sind insgesamt neun Klagen anhängig, die die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds zum Gegenstand haben. Sieben Krankenkassen klagen wegen der Nichtberücksichtigung der Höhe der kassenindividuellen beitragspflichtigen Einnahmen bei der Ermittlung der Zuweisungshöhe für zur Deckung der standardisierten Krankengeldausgaben, eine Krankenkasse klagt wegen angeblicher Mängel in der Datengrundlage für die Durchführung des RSA und eine Krankenkasse wegen einer angeblichen Benachteiligung von Krankenkassen mit höherer Morbidität in ihrem Versichertenbestand. Für das Jahr 2010 haben elf Krankenkassen Klage erhoben, die sich gegen die Ermittlung der Zuweisungen richten. Eine Krankenkasse begründet – wie im Vorjahr – ihre Klage mit Mängeln in den Datengrundlagen. Die übrigen Krankenkassen haben ihre Klagen bislang nur fristwährend eingereicht, Begründungen liegen noch nicht vor.

Frage Nr. 6/334:

Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung über Unregelmäßigkeiten oder Probleme bei der Erhebung und Sicherung der Daten zur Durchführung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs und in welchem Umfang hat das Bundesversicherungsamt von seinem Überprüfungsrecht Gebrauch gemacht?

Antwort:

Unregelmäßigkeiten bei der Datenerhebung sind nicht bekannt. Anfängliche Probleme hat es bei der versichertenbezogenen Erfassung und Meldung von Ausgabendaten im Bereich der zahnärztlichen Versorgung und des Krankengeldes gegeben. Es ist davon auszugehen, dass auch diese Bereiche im Herbst 2010 vollständig von den Krankenkassen gemeldet werden. Alle eingehenden Daten werden vom Bundesversicherungsamt nach einem mit dem GKV-Spitzenverband abgestimmten Konzept auf Plausibilität geprüft. Entsprechende Hinweise auf Unplausibilität sind gering und stark rückläufig.

Nach Einführung des Morbi-RSA gab es vereinzelt Hinweise darauf, dass Krankenkassen nachträgliche Veränderungen an den abgerechneten Diagnosen vorzunehmen versucht haben. Das BVA hat in seinem Aufsichtsbereich alle bekannten Fälle aufgegriffen und aufsichtsrechtliche Mittel ergriffen, die zu einer Unterlassung dieser Aktivitäten geführt haben. Mit dem § 273 SGB V wurden dem BVA neue Kompetenzen zur Sicherung der Datengrundlagen eingeräumt.

Inzwischen hat das BVA im Einvernehmen mit dem GKV-Spitzenverband das Konzept für die Auffälligkeitsprüfungen nach § 273 SGB V beschlossen und die Prüfungen eingeleitet. Ergebnisse sind noch nicht zu berichten.

Mit freundlichen Grüßen

A handwritten signature in blue ink, consisting of stylized, cursive letters that appear to be 'W. D. M.' followed by a horizontal flourish.