

Bernd Fritz

65239 Hochheim am Main

Gesetzliche Krankenversicherung

Der Deutsche Bundestag hat die Petition am 5. Juli 2007 abschließend beraten und beschlossen:

Das Petitionsverfahren abzuschließen, weil er dem Anliegen teilweise entsprechen konnte.

### Begründung

Der Petent ist der Auffassung, dass es zwischen sog. armen und reichen Krankenkassen keinen Finanzausgleich geben sollte.

Es handelt sich hierbei um eine öffentliche Petition, die von 158 Mitunterzeichnern unterstützt wird und die zu 12 Diskussionsbeiträgen geführt hat.

Im Einzelnen trägt der Petent vor, wenn Krankenkassen ihre Verwaltungen klein und damit den Beitrag niedrig halten, müssten diese für den "Größenwahn" anderer Krankenkassen noch einen Finanzausgleich leisten. Warum sollten diese Kassen sparen, wenn andere Kassen ihre sehr hohen Verwaltungskosten mitzahlen? Der Beitrag für eine sparsame Krankenkasse könnte um 5% niedriger sein, wenn es keinen Finanzausgleich gebe.

Zu den weiteren Einzelheiten des Vortrages wird auf den Inhalt der Akte Bezug genommen.

Das Ergebnis der parlamentarischen Prüfung lässt sich unter Berücksichtigung der Stellungnahme des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) wie folgt zusammenfassen:

Vorab ist klarzustellen, dass in dem vom Petenten angesprochenen Risikostrukturausgleich die am Ausgabendurchschnitt aller Krankenkassen orientierten Leistungsausgaben ohne Verwaltungskosten berücksichtigt werden.

Über den Risikostrukturausgleich werden vielmehr die finanziellen Auswirkungen ausgeglichen, die sich aus den von den Krankenkassen nicht beeinflussbaren Unterschieden ergeben. Diese Unterschiede liegen in der Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder (Grundlöhne), in der Zahl der beitragsfreien mitversicherten Familienangehörigen, im Geschlecht und im Alter der Versicherten.

Seit dem 1. Januar 2002 werden darüber hinaus im Rahmen eines Risikopools überdurchschnittlich hohe Aufwendungen der Krankenkasse für ihre Versicherten teilweise ausgeglichen. Berücksichtigt werden hierbei die Ausgaben für stationäre Versorgung, Arzneimittelversorgung, nichtärztliche Leistungen der ambulanten Dialyse sowie das Krankengeld. Sofern die Aufwendungen für einen Versicherten im Jahr einen bestimmten Schwellenwert überschreiten, trägt die Solidargemeinschaft der gesetzlich Krankenversicherten 60% des den Schwellenwert übersteigenden Betrages. Wettbewerbsnachteile für Krankenkassen, die eine Vielzahl überdurchschnittlich kostenintensiver Versicherter zu betreuen haben, werden dadurch abgebaut.

Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz wird das bisherige Verfahren des Risikostrukturausgleiches ab dem 1. Januar 2009 zielgerichteter ausgestaltet und darüber hinaus durch die gleichzeitige Einführung des Gesundheitsfonds wesentlich vereinfacht. Mit Einführung des Gesundheitsfonds zahlen alle Beitragszahler den gleichen Beitragssatz.

Durch die einheitliche Finanzierung aller Krankenkassen über den Gesundheitsfonds entfällt künftig eine Differenzierung in Zahler- und Empfängerkassen. Zur Versorgung ihrer Versicherten erhält eine Krankenkasse für jeden von ihnen aus dem Gesundheitsfonds eine Grundpauschale sowie Zu- und Abschläge zum Ausgleich des

nach Alter, Geschlecht und Krankheit unterschiedlichen Versorgungsbedarfs. Die zwischen den Krankenkassen unterschiedlich verteilte Krankheitsbelastung ihrer Versicherten wird hierüber gezielt ausgeglichen.

Dazu werden für 50 bis 80 schwerwiegende und kostenintensive chronische Krankheiten Morbiditätszuschläge ermittelt, bei denen die durchschnittlichen Leistungsausgaben je Versicherten die GKV-weiten durchschnittlichen Leistungsausgaben je Versicherten um mindestens 50% übersteigen. Krankenkassen mit einer hohen Zahl überdurchschnittlich kranker Versicherter haben daher künftig keine Nachteile im Wettbewerb mehr.

Neben den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds zur Deckung der gesundheitlichen Versorgung der Versicherten werden den Krankenkassen künftig auch Mittel für die Deckung durchschnittlicher Verwaltungsausgaben und durchschnittlicher Ausgaben für Satzungs- und Ermessensleistungen zur Verfügung gestellt. Hierdurch wird die unterschiedliche Finanzkraft der Kassen zu 100% ausgeglichen.

Nach alledem empfiehlt der Petitionsausschuss, das Petitionsverfahren abzuschließen, da dem Anliegen teilweise Rechnung getragen wird.