

Gesetze und Projekte

• Reform des Risikostrukturausgleichs (RSA)

Der Bundesrat hat am 30. November 2001 dem vom Bundestag am 9. November gebilligten Gesetz zur Reform des Finanzausgleichs zwischen den Krankenkassen zugestimmt (Bundestags-Drucksache 14/6432). Inhalt/Ziel: Einführung eines morbiditätsorientierten RSA ab 1. Januar 2007. Bereits ab 1. Januar 2002 Bildung eines „Risikopools“ (ein Jahr früher als ursprünglich geplant). Aus ihm werden 60 Prozent der GKV-Ausgaben für Krankenhaus, Arzneimittel, Krankengeld und Sterbegeld, die oberhalb eines „Schwellenwertes“ von 20 450 € je Versicherten und Jahr liegen, aus dem RSA finanziert. Ab 1. Januar 2003 werden auch Ausgaben für ambulante Dialyse aus dem Risikopool gedeckt. Der Risikopool wird nach Einführung des morbiditätsbezogenen RSA ab 2007 in einen „Hochrisikopool“ für extrem teure Behandlungsfälle umgewandelt. Die Kassen können Disease-Management-Programme zur effizienteren Behandlung chronischer Erkrankungen anbieten. Teilnahme der Versicherten: freiwillig. Der neu gebildete Koordinierungsausschuss nach § 137 e SGB V legt einen Monat nach In-Kraft-Treten des Gesetzes zunächst bis zu sieben, mindestens jedoch vier geeignete chronische Krankheiten fest, für die die Programme entwickelt werden sollen.

• Neuregelung des Krankenkassenwahlrechts

Ab 1. Januar 2001 Vereinheitlichung des Kassenwahlrechts für Pflichtversicherte und freiwillig gesetzlich Versicherte. Jedes GKV-Mitglied kann während des ganzen Jahres mit einer Frist von zwei Kalendermonaten bis zum Monatsende kündigen. Ab 2002 ist der Versicherte nach einem Wechsel aber mindestens 18 Monate an die neue Krankenkasse gebunden. Bei Beitragserhöhungen wie bisher Sonderkündigungsrecht.

• Gesetz zur Begrenzung der Arzneimittelausgaben in der GKV (AABG)

Bundestags-Drucksache 14/7144. Inhalt/Ziele: Preismoratorium für die Pharma-Industrie; Änderung des Apothekenrabattes; Einführung einer Autidem-Regelung. Zweite und dritte Lesung am 14. Dezember, Bundesrat 1. Februar 2002. In-Kraft-Treten des Spargesetzes: frühestens 1. März.

• Arzneimittelbudget-Ablösegesetz

Inhalt: Abschaffung des Kollektivregresses gegenüber Vertragsärzten bei Budgetüberschreitungen seit 1999. Kassen und KVen sollen künftig qualitative und quantitative Zielvereinbarungen für die Versorgung mit Arzneimittel und Heilmitteln treffen und auf deren Basis das Ausgabenvolumen aushandeln. Ausgabenvolumen für Arzneimittel und Heilmittel werden künftig getrennt behandelt. In-Kraft-Treten: 1. Januar 2002.

• Datentransparenzgesetz

Geplant ist ein mit den Ländern und den Verbänden konsensfähiges, auf die



Schlussgalopp im Deutschen Bundestag: nur noch wenige gesundheitspolitische Gesetze bis zur Wahl

Foto: ddp

notwendigsten Regelungen beschränktes Gesetz zur Verbesserung der Datentransparenz und des -austauschs zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern. Voraussichtlich nicht mehr vor der Bundestagswahl zu verabschieden. Inzwischen hat das Bundesgesundheitsministerium ein drittes Eckpunktepapier entworfen – auf der Basis eines Konzepts des Sozial- und Gesundheitsministeriums NRW. Danach sollen die GKV-Spitzenverbände und die KBV

über eine gemeinsame Arbeitsgemeinschaft einen Datenpool betreiben. Gesammelt werden sollen die Daten in personell und räumlich getrennten Trustzentren bei den vorhandenen Annahmestellen der KVen und der Apotheken-Rechenzentren.

• Medizinproduktegesetz

In-Kraft-Treten der 2. Änderung des Medizinproduktegesetzes: 1. Januar 2002. Zwei EU-Richtlinien werden in nationales Recht umgesetzt. Damit werden In-vitro-Diagnostika und Medizinprodukte, die stabile Derivate aus menschlichem Blut und Blutplasma enthalten, in das Gesetz einbezogen.

• Pflege

Pflegeleistungs-Ergänzungs-Gesetz, In-Kraft-Treten: 1. April 2002. Das Gesetz sieht zusätzliche Leistungen der Pflegeversicherung für Altersverwirrte, geistig behinderte und psychisch kranke Pflegebedürftige vor. Jährlich stehen pro Person 460 € zusätzlich für Pflegeleistungen zur Verfügung. Das Gesetz sieht außerdem vor, dass ab 2005 die Kosten für Behandlungspflege in Heimen von der Pflege- in die Krankenversicherung verlagert werden. Kostenbelastung der GKV (prognostiziert): drei Milliarden DM jährlich. Das Gesetz wurde ergänzt um eine Regelung zugunsten der ambulanten Hospizdienste. Krankenkassen müssen künftig ambulante Hospizdienste fördern, die ehrenamtliche Sterbebegleitung leisten, die keiner Klinikbehandlung oder keiner stationären oder teilstationären Versorgung in einem Hospiz bedürfen.

• Reform des Medizinstudiums

Die Bundesregierung beziehungsweise das Bundesgesundheitsministerium verhandelt mit den Bundesländern zurzeit über die noch strittigen Punkte eines Entwurfs für eine 9. Novelle zur Änderung der Approbationsordnung (AppO) für Ärzte. Entwurf entspricht der Fassung, wie sie das Bundesratsplenum Ende 1988 abgelehnt hat. Ziele: Praxisgerechtere Gestaltung des Medizinstudiums und Verzahnung des vorklinischen mit dem klinischen Abschnitt des Studiums. Entrümpelung des Gegenstandskatalogs, Änderung der Prüfungsmodalitäten, Verringerung der Studentenzahlen und neue Schwerpunktsetzung. Konsensgespräche mit den Kulturressorts der Länder Anfang 2002. HC