

Bundesverband

Sozialverband Deutschland · Stralauer Straße 63 · 10179 Berlin



Abteilung Sozialpolitik

Bei Rückfragen:

Tel. 030 72 62 0

Fax 030 72 62 22-328

sozialpolitik@sovd.de

sovd.de

18. April 2019

Stellungnahme

zu dem Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit

Entwurf eines Gesetzes für eine faire Kassenwahl in der gesetzlichen Krankenversicherung (Faire – Kassenwahl – Gesetz, GKV – FKG)

1 Zusammenfassung des Referentenentwurfs

Der Gesetzentwurf für eine faire Kassenwahl in der gesetzlichen Krankenversicherung verfolgt zwei Ziele. Zum einen wird der Finanzausgleich zwischen den gesetzlichen Krankenkassen reformiert, der sogenannte morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA). Dabei stehen systematische Verbesserungen des RSA im Fokus, die insbesondere die Reduzierung struktureller Fehldeckungen auf der Ebene von einzelnen Versichertengruppen und im Hinblick auf die regionale Verteilung der Versicherten ermöglichen. Es sollen gleiche Wettbewerbsbedingungen geschaffen, Manipulationsresistenz gestärkt und Risikoselektionsanreize verringert werden. Vorgesehen sind u.a. folgende Maßnahmen:

- Einführung einer Regionalkomponente in den Morbi-RSA,
- Einführung eines Krankheiten-Vollmodells,
- Maßnahmen zur Stärkung der Manipulationsresistenz des Morbi-RSA,
- Einführung eines Risikopools und
- Regelmäßige Evaluation durch den Wissenschaftlichen Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichsaus.

Daneben sieht der Entwurf tiefgreifende Reformen des Organisationsrechts der gesetzlichen Krankenkassen vor, u.a.:

- Bundesweite Öffnung bislang regional begrenzter Krankenkassen,
- Abschaffung der sogenannten Haftungskaskade der Krankenkassen,
- Ausweitung der Unterlassungsansprüche und Rechtsschutzmöglichkeiten der Krankenkassen untereinander und
- Neuordnung der Strukturen des GKV-Spitzenverbandes.

Das Gesetz bedarf nicht der Zustimmung der Bundesländer und soll zum 1. Januar 2020 in Kraft treten.

2 Gesamtbewertung

Der Sozialverband Deutschland (SoVD) vertritt die Interessen u.a. der Patienten und gesetzlich Krankenversicherten sowie der pflegebedürftigen und behinderten Menschen und hat heute rund 580.000 Mitglieder. Seit 2004 vertritt er Patienteninteressen u. a. im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA). Vor diesem Hintergrund misst der SoVD alle Bemühungen und Maßnahmen im vorliegenden Referentenentwurf für eine faire Kassenwahl in der gesetzlichen Krankenversicherung daran, inwiefern sie geeignet sind, eine bedarfsgerechte, barrierefreie, erreichbare sowie qualitativ hochwertige Versorgung flächendeckend sicherzustellen. Dies ist gerade auch für chronisch kranke und multimorbide sowie pflegebedürftige und ältere Menschen auf dem Land und in strukturschwachen Gebieten von allergrößter Bedeutung.

a) Zu den Reformen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich

Mit der Umsetzung der Lahnsteiner Beschlüsse durch das Gesundheitsstrukturgesetz von 1992 hat sich der Gesetzgeber für ein auf Wettbewerb ausgeprägtes Versorgungssystem in der gesetzlichen Krankenversicherung entschieden und die freie Wahl der Krankenkasse für die Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung ermöglicht. Durch einen solidarischen Wettbewerb zwischen den Krankenkassen sollte die Gesundheitsversorgung auf einen Wettbewerb um Qualität und Wirtschaftlichkeit ausgerichtet werden. Nach Ansicht des SoVD wird dieses Ziel jedoch verfehlt. Statt einen Wettbewerb um mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit wird v.a. ein Preiswettbewerb geführt und der Zusatzbeitragssatz mittlerweile als entscheidender Wettbewerbsparameter angesehen. Bei einer restriktiven Bewilligungspraxis gerade auch im Hilfsmittel- und Rehabilitationsbereich geht dies besonders zulasten chronisch kranker Menschen. Um unter diesen Bedingungen die unterschiedlichen Risikostrukturen zwischen den Krankenkassen auszugleichen und einen auf Risikoselektion ausgerichteten Wettbewerb zulasten der Versicherten zu vermeiden, waren in den letzten Jahren fortlaufend Anpassungen und strukturelle Fehlerbehebungen bei der Organi-

sationsstruktur und der Verteilungssystematik erforderlich. Dennoch bestehen weiterhin Wettbewerbsverzerrungen. Hinzu kommen gravierende Fehlanreize in Form der systematischen Einflussnahme auf das ärztliche Kodierverhalten, um aufgrund entsprechender Diagnosen finanzielle Zuschläge aus dem Gesundheitsfonds zu erlangen. Schließlich ist der Risikostrukturausgleich prospektiv ausgestaltet, das heißt es werden keine akuten Behandlungskosten ausgeglichen, sondern die Folgekosten von Krankheiten.

Unter dem aktuell gewählten, wettbewerblich ausgeprägten Versorgungssystem sind die vorgesehenen Reformschritte des Morbi-RSA daher nachvollziehbar. Dabei entsprechen die Regelungen weitestgehend den Empfehlungen der Sondergutachten des Wissenschaftlichen Beirats zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs von November 2017 und Juni 2018.

Mit der Einführung einer **Regionalkomponente** sollen statistisch signifikante regionale Variablen in den RSA einbezogen werden. Damit wird das Ziel verfolgt, regionale kassenbezogene Über- und Unterdeckungen abzubauen und Marktkonzentrationsprozesse vorzubeugen, die sich in einigen Bundesländern abzeichnen. Dabei werden angebotsorientierte Faktoren wie Arztdichte oder Krankenhausbettenzahl nicht in den Ausgleich einbezogen, um Fehlanreize im Hinblick auf Über- und Unterversorgung zu vermeiden. Mit dem neuen Ausgleichsfaktor „regionale Merkmale“ wird den Empfehlungen des Wissenschaftlichen Beirats zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs beim Bundesversicherungsamt gefolgt, der eine Regionalkomponente als notwendig ansieht. Dem schließt sich der SoVD an. Im aktuellen Finanzausgleich ist das eine Möglichkeit, Strategien regionaler Risikoselektion entgegenzuwirken. Zwar gleicht das aktuelle System bereits regional unterschiedlich verteilte Morbidität in großen Teilen aus. Dennoch verbleiben laut dem Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats von 2018 nach Durchführung des RSA regionale Über- und Unterdeckungen, die zu Risikoselektionsanreizen und Wettbewerbsverzerrungen führen können.

Die Abschaffung der Begrenzung des RSA auf 50 bis 80 Krankheiten und die **Einführung eines Krankheits-Vollmodells** folgt ebenfalls den Empfehlungen des Wissenschaftlichen Beirats. Dieser hat in seinem Gutachten von 2017 gezeigt, dass durch die Berücksichtigung des gesamten Morbiditätsspektrums im RSA die Risikostruktur der Versicherten besser abgebildet werden kann als im derzeitigen Verfahren. Es werden damit alle Krankheiten im Morbi-RSA ausgleichsfähig. Gleichzeitig wird damit das RSA-Verfahren vereinfacht, wenn das aufwendige jährliche Verfahren der Krankheitsauswahl entfällt. Es bleibt jedoch die Sorge, dass die Manipulationsanfälligkeit damit auf eine breitere Basis gestellt wird, wenn künftig alle Krankheiten im Morbi-RSA ausgleichsfähig werden. Hier müssen Sicherheitsmechanismen greifen und Manipulationen streng sanktioniert werden. Nicht zuletzt vor diesem Hintergrund begrüßt der SoVD die im Entwurf vorgesehenen Maßnahmen zur gleichzeitigen **Stärkung der Manipulationsresistenz des RSA**. Mit einer Manipulationsbremse im RSA-Jahresausgleich sollen künftig Fehlentwicklungen in den Diagnosekodierungen (insbesondere hohe Steigerungsraten aufgrund möglicher Kodierbeeinflussung) sanktioniert werden, damit diese nicht zu einem finanziellen Vorteil für die entsprechenden Krankenkassen führen. Auch die weiteren Maßnahmen werden befürwortet, wie etwa die Streichung der Wirtschaftlichkeitsberatung von Vertragsärzten durch Krankenkassen nach § 305a SGB V sowie die Konkretisierung des Verbots der Diagnosevergütung.

Die Einführung eines sogenannten **Risikopools** für Hochkostenfälle, aus dem betroffene Krankenkassen für jeden Leistungsfall 80 Prozent der Leistungsausgaben, die über 100.000 Euro pro Jahr hinausgehen, kann aus SoVD-Sicht die finanziellen Belastungen für einzelne Krankenkassen reduzieren und das Kostenrisiko künftig durch die Solidargemeinschaft stärker abfedern. Eine Stärkung soll auch die **Präventionsorientierung** des RSA erhalten. Dazu soll eine Vorsorge-Pauschale in den RSA als Anreiz für die Krankenkassen eingeführt werden, um die Inanspruchnahme von Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen der Versicherten zu fördern.

Dies gilt für wissenschaftlich anerkannte Vorsorge- bzw. Früherkennungsuntersuchung und Schutzimpfungen als typische Bestandteile der sekundären Prävention. Der SoVD begrüßt den Förderungsgedanken. Wichtig ist jedoch auch die Förderung von Maßnahmen, die den Erhalt der Gesundheit und die Verhinderung der Entstehung von Krankheiten generell zum Ziel haben, die sogenannte Primärprävention.

b) Zu den Reformen des Organisationsrechts

Organisationsrechtlich ist zuvorderst die **bundesweite Öffnung regional begrenzter Krankenkassen** vorgesehen. Krankenkassen, die durch ihre regionale Begrenzung bisher Vorteile aus unterdurchschnittlichen regionalen Ausgabenstrukturen ziehen konnten und daher unterdurchschnittliche Zusatzbeitragssätze anbieten, werden für Mitglieder aus dem gesamten Bundesgebiet wählbar, so die Begründung des Gesetzentwurfs. Dadurch sollen sich Wettbewerbsvorteile, die sich derzeit aus unterdurchschnittlichen regionalen Ausgabenstrukturen ergeben, perspektivisch verringern. Lediglich nicht geöffnete Betriebskrankenkassen werden auf Grund ihres besonderen Bezugs zum Trägerunternehmen von einer Öffnung ausgenommen. Durch die bundesweite Öffnung werde im Ergebnis für einen Großteil der Krankenkassen eine einheitliche Rechtsaufsicht durch das BVA erreicht, die weitere Wettbewerbsverzerrungen durch Unterschiede im Aufsichtshandeln beseitige.

Der SoVD sieht die vorgenannten Beweggründe grundsätzlich positiv. Ein bundesweit gleicher Zugang zu allen Krankenkassen für jedes Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung bei gleichem Versicherungsstatus ist grundsätzlich zu befürworten. Auch eine **bundesweit einheitliche Rechtsaufsicht** aller Krankenkassen ist einschließlich umfassender Prüfrechte grundsätzlich geeignet, Wettbewerbsverzerrungen unter den Krankenkassen zu verringern. Zwar haben die Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder gemeinsame Wettbewerbsgrundsätze entwickelt, in denen eine einvernehmliche, gemeinschaftliche Interpretation der gesetzlichen Rahmenbedingungen durch alle Aufsichtsbehörden der gesetzlichen Krankenversiche-

rung formuliert wird. Aufgrund der föderalen Aufsichtszuständigkeit und der Interpretationsspielräume der Aufsichtsbehörden sei aber auch nach Auffassung des BVA¹ nicht zu vermeiden, dass es im Einzelfall zu unterschiedlichen Bewertungen von Sachverhalten komme. Der SoVD sieht aber auch die Notwendigkeit einer regional orientierten Gesundheitsplanung und –versorgung, die bei regionalen Krankenkassen immanent ist. Für Patienten und gesetzlich Krankenversicherten, v.a. aber für die chronisch kranken, pflegebedürftigen und behinderten Menschen unter ihnen, ist eine gut abgestimmte regionale Gesundheitsversorgung von besonderem Interesse. Erforderlich sind hierbei beispielsweise unmittelbare Ansprechpartner in Wohnortnähe durch ein entsprechendes Geschäftsstellennetz mit Entscheidungskompetenzen vor Ort. Belange regionaler Versorgungsbedarfe dürfen keinesfalls in den Hintergrund treten. Vielmehr fordert der SoVD generell eine stärkere Fokussierung auf die regionalen Versorgungsstrukturen aller Kassen. Dem steht jedenfalls die bundesweite Öffnung regionaler Kassen grundsätzlich nicht entgegen. Reine Internetkassen, die für Versicherte allein telefonisch oder digital erreichbar sind, lehnt der SoVD hingegen ab.

Die **Aufhebung des kassenartenbezogenen Haftungsverbands** ist plausibel. Im Falle der Schließung, Auflösung oder Insolvenz von Krankenkassen macht zukünftig der GKV-Spitzenverband etwaige Fehlbeträge bei allen Krankenkassen geltend. Bei der Aufbringung der Mittel ist neben den Mitgliederzahlen auch die Höhe der Finanzreserven zu berücksichtigen. Das neue Haftungssystem führt dazu, dass Haftungsfälle wettbewerbsneutral sind und sich die finanziellen Belastungen eines Haftungsfalls auf alle Krankenkassen fair verteilen. Damit wird bei einem Ausfall einer Krankenkasse die Solidargemeinschaft gleichermaßen belastet, anstatt lediglich eine bestimmte Kassenart.

Mit dem Entwurf sollen auch die **Unterlassungsansprüche und Rechtsschutzmöglichkeiten der Krankenkassen** untereinander bei wettbewerbswidrigem Verhalten

¹ Vgl. den Sonderbericht zum Wettbewerb in der Gesetzlichen Krankenversicherung des Bundesversicherungsamtes (BVA).

ausgeweitet werden. Krankenkassen, die sich durch einen Rechtsverstoß eines Konkurrenten benachteiligt sehen, können unabhängig vom Einschreiten der zuständigen Aufsichtsbehörde selbst aktiv werden. Dies soll künftig etwa auch beim Angebot unzulässiger Satzungsleistungen oder bei RSA-Manipulationen gelten. Für Klagen der Kassen untereinander soll der Rechtsweg zu den Zivilgerichten eröffnet werden, die mit der Anwendung des Gesetzes gegen den unlauteren Wettbewerb (UWG) vertraut sind. Dies sieht der SoVD insgesamt kritisch. Es wird befürchtet, dass damit eine erhebliche Zunahme an Rechtstreitigkeiten wettbewerbsrechtlicher Art unter den Krankenkassen einhergeht. Dies bindet personelle Kapazitäten und Beitragsgelder der Versicherungsgemeinschaft, anstatt zur Finanzierung der Gesundheitsversorgung der Versicherten verwendet zu werden. In Zeiten restriktiver Leistungsgewährung ist dies die falsche Entwicklung. Prozesse wettbewerbsrechtlicher Art der Kassen untereinander hält der SoVD daher insgesamt für fragwürdig. Bereits heute besteht ein erhebliches Spannungsfeld zwischen öffentlich-rechtlichem Versorgungs- und Verwaltungsauftrag und kassenindividuellen Marketingstrategien zur Positionierung im Wettbewerb, das nicht verstärkt werden sollte. Die Verantwortung liegt in erster Linie bei der Rechtsaufsicht, (gemeldete) Verstöße konsequent zu verfolgen, zu prüfen und gegebenenfalls zu sanktionieren. Soweit bei der angedachten Zuweisung des Rechtswegs an die Erfahrung der ordentlichen Gerichtsbarkeit mit dem UWG angeknüpft wird, ist dies grundsätzlich nachvollziehbar. Allerdings geht damit die Sorge um eine zunehmende Aushöhlung der Sozialgerichtsbarkeit einher.

Schließlich sieht der Entwurf auch für die **Strukturen des GKV-Spitzenverbandes** organisatorische Veränderungen vor. Er enthält strukturelle Vorgaben zur angemessenen Repräsentanz von Frauen und Männern in den Entscheidungsgremien des GKV-Spitzenverbandes. Künftig müssen dem mehrköpfigen Vorstand mindestens eine Frau und ein Mann angehören. Der Verwaltungsrat soll künftig auf vierzig Mitglieder reduziert werden, von denen mindestens zehn Sitze mit Frauen und zehn Sitze mit Männern zu besetzen sind. Mit dem Ziel, die Arbeit des Verwaltungsrates

weiter zu professionalisieren, soll sich der Verwaltungsrat anstelle der bisherigen ehrenamtlichen Vertreter der Selbstverwaltungsorgane der Krankenkassen fortan aus hauptamtlich tätigen Vorstandmitgliedern der Mitgliedskassen zusammensetzen, wobei die zwanzig größten Mitgliedskassen je ein Vorstandsmitglied in den Verwaltungsrat entsenden. Die übrigen zwanzig Mitglieder werden durch die Mitgliederversammlung gewählt. Die Einführung einer Frauenquote in den Entscheidungsgremien des GKV-Spitzenverbandes wird ausdrücklich begrüßt. Hingegen warnt der SoVD ausdrücklich vor einem künftigen Ausschluss von ehrenamtlichen Vertreterinnen und Vertretern der Selbstverwaltungsorgane der Krankenkassen aus dem Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes. Dies ist ein massiver Eingriff in die Strukturen der Sozialen Selbstverwaltung und bedeutet einen „Einstieg in die Abschaffung der sozialen Selbstverwaltung“. Das setzt ein falsches Signal für das bürgerschaftliche und ehrenamtliche Engagement insgesamt. Die Soziale Selbstverwaltung sichert die Mitbestimmung der Beitragszahlenden sowie die eigenverantwortliche Organisation der Sozialversicherungsträger durch die Sozialpartner. Sie ist damit unmittelbar Ausdruck gelebter Demokratie. Anstatt die Sozialpartner aus der Mitbestimmung und eigenen Verantwortung zu drängen, kann mehr Professionalisierung etwa durch eine stärkere Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie Unterstützung gelingen. Diese muss zugleich konsequent und regelmäßig wahrgenommen werden, um der Verantwortung der Aufgabe gerecht zu werden. Gleichzeitig muss aus Sicht des SoVD die Selbstverwaltung insgesamt gestärkt und die Sozialwahlen modernisiert werden. Das sieht auch der Koalitionsvertrag zwischen CD, CSU und SPD zur 19. Legislaturperiode des Deutschen Bundestages vor. Hierfür sind die grundlegenden Reformvorschläge der Schlussberichte über die vergangenen Sozialwahlen der Bundeswahlbeauftragten, Rita Pawelski und Klaus Wiese, sowie deren Vorgängerwahlbeauftragten, Gerald Weiß und Klaus Kirschner, heranzuziehen und konsequent umzusetzen.

3 Fazit

Der Entwurf will die unterschiedlichen Risikostrukturen zwischen den Krankenkassen stärker ausgleichen, um einen auf Risikoselektion ausgerichteten Wettbewerb zulasten der Versicherten zu vermeiden. Diese Zielsetzung ist richtig. Im Blickpunkt des Handelns der Krankenkassen muss an erster Stelle die Versorgung der Versicherten stehen, nicht der Wettbewerb untereinander. Der SoVD fordert generell eine stärkere Fokussierung aller Kassen auf die regionalen Versorgungsstrukturen. Reine „Inter-netkassen“ ohne Ansprechpartner vor Ort lehnt der SoVD ab. Prozesse wettbewerblicher Art der Kassen untereinander hält der SoVD insgesamt für fragwürdig.

Berlin, 18. April 2019

DER BUNDESVORSTAND
Abteilung Sozialpolitik