

Universität
Duisburg-Essen

Campus Essen, FB 5

Alfried Krupp von Bohlen und
Halbach-Stiftungslehrstuhl
für Medizinmanagement

Prof. Dr. Jürgen Wasem

Universität Duisburg-Essen · 45117 Essen

Ausschuss für Gesundheit

Deutscher Bundestag

Telefon: (0201) 183-4072

Telefax: (0201) 183-4073

E-Mail: office.medizin-management@uni-essen.de (Sekr.)
juergen.wasem@uni-essen.de

Essen, den 09.11.2006

Anhörung zum GKV-WSG u.a.

hier: Sachverständigenanhörung zum Themenbereich „I. Finanzierung“

Sehr geehrte Damen und Herren,

zum Themenbereich „Finanzierung“ gebe ich folgende Stellungnahme als Einzelsachverständiger ab:

A. Allgemeine Bemerkungen zur Finanzierungsreform der GKV

Die GKV weist eine strukturelle Einnahmeschwäche auf: Die beitragspflichtigen Einnahmen wachsen spätestens seit der Wiedervereinigung nahezu regelmäßig langsamer als das Bruttoinlandsprodukt, während die Ausgaben (auch infolge der wiederholten Gesundheitsreformen) in etwa im Gleichklang mit dem BIP wachsen. Die aus der Schere zwischen Einnahmenbasis und Ausgaben resultierenden Beitragssatzsteigerungen werden von zahlreichen Akteuren mit Blick auf die Wirkungen auf Lohnzusatzkosten der Unternehmen und Arbeitsanreize der privaten Haushalte als problematisch angesehen. Zugleich wird allgemeine angesichts der demographischen Entwicklung der Bedarf nach einer stärker nachhaltigen Finanzierung gesehen. Schließlich wird von vielen Akteuren eine zielgenauere distributive Wirkung der Finanzierung des Gesundheitssystems gefordert.

Vor diesem Hintergrund waren mit „Bürgerversicherung“ und „Pauschalprämie“ zwei Modelle diskutiert worden, die je für sich – wenn auch auf im einzelnen sehr unterschiedliche Weise – eine Antwort auf die skizzierten Herausforderungen geben wollten.

Demgegenüber wird der beschlossene Kompromiss der Aufgabe, Antworten auf die künftigen Herausforderungen zu geben, nicht gerecht. Weder wird die Finanzierungsgrundlage der GKV gestärkt, noch werden allokativ verbesserte Anreize gesetzt oder der Faktor Arbeit entlastet. Auch in distributiver Hinsicht bringt der Gesetzentwurf keine spürbaren Verbesserungen, birgt aber im Gegenteil diesbezügliche Risiken.

B. Zu einigen Themenkomplexen im Einzelnen:

1. Errichtung des Gesundheitsfonds (§ 271 ff. SGB V)

Die Errichtung eines Gesundheitsfonds ist nicht prinzipiell „gut“ oder „schlecht“. Vielmehr hängt eine Bewertung dieses Instrumentes in hohem Maße von seiner Ausgestaltung ab. So ist ein Gesundheitsfonds – anders als teilweise behauptet wird – auch nicht grundsätzlich ein Schritt zur Zentralisierung des Gesundheitssystems; dies kann man etwa daran erkennen, dass im Kontext eines Gesundheitsfonds in den Niederlanden der Krankenversicherungswettbewerb (startend von einem stärker zentral gesteuerten System) deutlich ausgebaut wurde. Ein Gesundheitsfonds kann m.E. folgende potentielle Vorteile mit sich bringen:

- a) Wenn beabsichtigt ist, zwar die Einkommensumverteilung zumindest teilweise über das GKV-System zu realisieren, jedoch auf der anderen Seite Preissignale im Kassenwettbewerb über Pauschalprämien zu bewirken, ist ein Gesundheitsfonds ein geeignetes Mittel, diese Mischung zu realisieren. Im Vergleich zu einem reinen Pauschalprämienmodell ergeben sich bei hinreichend konsistent ausgestalteten Finanzierungsströmen hinsichtlich der Preissignale keine Nachteile, während der explizite finanzielle Transferbedarf – der auch konsistent ausgestaltet sein müsste – an Geringverdiener gegenüber dem reinen Pauschalprämienmodell deutlich geringer ist.
- b) Wenn beabsichtigt ist, PKV-Versicherte über die implizit bestehende, allerdings hinsichtlich ihrer Konsistenz und allokativen Effizienz zu problematisierende Quersubventionierung bei der Leistungsanspruchnahme hinaus unter Aufrechterhaltung der Spezifika des PKV-Versicherungssystems stärker an der Finanzierung der Solidarlasten zu beteiligen, ist der Gesundheitsfonds ein geeignetes Mittel, bei dem auch PKV-Versicherte nach den gleichen Spielregeln wie GKV-Versicherte in den Fonds einzahlen würden und ihre Krankenversicherer Beitragsbedarfe aus dem Fonds erhalten würden – wobei die Zuweisung von Beitragsbedarf so ausgestaltet werden kann, dass der Besonderheit des Kapitaldeckungsverfahrens Rechnung getragen wird.¹
- c) Wenn beabsichtigt ist, Kapitaleinkünfte oder „alle sieben Einkunftsarten des Einkommensteurrechts“ in die Beitragspflicht einzubeziehen, ist der Gesundheitsfonds ein geeignetes Instrument mit dem dies erreicht werden kann, wenn etwa die Beitragsermittlung und -zahlung durch die Finanzämter realisiert wird.

¹ Die angesprochene bisherige Quersubventionierung müsste in einem solchen Modell entsprechend angepasst werden.

- d) Die heutige Ausgestaltung des Risikostrukturausgleichs führt zur Unterscheidung in Zahler- und Empfänger-Kassen. Dies erschwert die Weiterentwicklung des RSA, insbesondere
- die Vervollständigung des Finanzkraftausgleichs
 - die morbiditätsorientierte Weiterentwicklung.

Ein Gesundheitsfonds beseitigt die Unterscheidung zwischen Zahler- und Empfängerkassen und ermöglicht dadurch eine sachlichere Debatte über die Weiterentwicklung des RSA.

Für a) und b) ist ein Gesundheitsfonds m.E. zwingend, während die unter c) und d) genannten Ziele auch ohne Gesundheitsfonds erreicht werden könnten. Festzuhalten ist, dass b) und c) mit dem vorgesehenen Gesundheitsfonds nicht realisiert werden sollen. Dies ist keineswegs trivial; siehe oben „0. Allgemeine Bemerkungen zur Finanzierungsreform der GKV“: **der Gesundheitsfonds – als die zentrale Neuerung des GKV-WSG – leistet keinen Beitrag zur Stabilisierung und Erweiterung der Finanzbasis der GKV.**

Die Umsetzung der Zielsetzung zu a) ist in hohem Maße missglückt (vgl. dazu auch unten 3. Zusatzbeitrag). Ein mögliches Ziel der Reform, durch Elemente einer Pauschalprämie adäquate Preissignale für die Versicherten zu bewirken, wird damit nicht erreicht.

Nur Ziel d) wird in der Reform erreicht. Zugleich wird der Gesundheitsfonds eingebettet in ein System stärkerer Zentralisierung der GKV, das aus wettbewerblicher Perspektive abzulehnen ist.

Insgesamt ist der Gesundheitsfonds daher nicht hinreichend geeignet, zu einer zukunftssichernden Weiterentwicklung der GKV beizutragen und sollte daher nicht vom Deutschen Bundestag beschlossen werden.

3. Zusatzbeitrag (§ 242 SGB V)

Der Gesundheitsfonds würde ein sinnvolles System – wie etwa in den Niederlanden umgesetzt – mit einer einkommensabhängigen Beitragszahlung, durch die die Einkommensumverteilung im GKV-System realisiert wird, und einer Pauschalprämie, die adäquate Preissignale signalisiert, implementieren können, so dass Wettbewerb der Krankenkassen mit den Wettbewerbsparametern Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung und dem Preiswettbewerb über die Zusatzprämie möglich wäre.

Hierfür wäre es m.E. erforderlich, dass die Zusatzprämie auf jeden Fall im Durchschnitt deutlich von Null verschieden wäre. Dies ist aber im GKV-WSG nicht vorgesehen; hier soll die Zusatzprämie zunächst im Durchschnitt Null sein und auch anschließend maximal 5 v.H. der GKV-Ausgaben finanzieren. Damit wird die Zusatzprämie diskreditiert und es wird m.E. ein ruinöser Wettbewerb eingeleitet, bei dem jede Krankenkasse bemüht ist, um jeden Preis das Erheben der Zusatzprämie zu vermeiden. Wettbewerb um Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung hat damit kaum eine Chance.

Die Zusatzprämie soll durch eine Überforderungsklausel begrenzt werden. Dies ist grundsätzlich sachgerecht, weil eine nicht sozial abgefederte Zusatzprämie nicht den gesellschaftlichen Gerechtigkeitsvorstellungen entspricht.

Völlig verkehrt ist hingegen, dass die jeweilige Krankenkasse die durch die Überforderungsklausel fehlenden Mittel auf die Zusatzprämie umlegen soll. Nicht zufällig sind die im politischen und wissenschaftlichen Raum diskutierten Pauschalprämien-Modelle immer davon ausgegangen, dass die Krankenkasse die infolge der Überforderungsklausel nicht von den Betroffenen aufzubringenden Mittel von außerhalb erhält – entweder aus dem Steuersystem oder (so eine Variante bei Rürup/Wille 2004) durch einen einkommensabhängigen Beitrag. Durch den Ansatz des GKV-WSG, der einzelnen Krankenkasse aufzuerlegen, die durch die Anwendung der Überforderungsklausel fehlenden Mittel durch eine entsprechende Erhöhung der Zusatzprämie aufzubringen, **wird der Kassenwettbewerb erheblich verzerrt.**

Das gesamte Konstrukt des Zusatzbeitrages sollte in dieser Form daher nicht vom Deutschen Bundestag beschlossen werden.

4. Morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich

Die bereits 2001 vom Gesetzgeber beschlossene morbiditätsorientierte Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs ist bislang rechtswidrig von der Bundesregierung nicht umgesetzt worden. **Zu begrüßen ist daher, dass nunmehr offenbar ein ernsthafter Anlauf zur Einführung des morbiditätsorientierten RSA unternommen wird.** Die Einführung des morbiditätsorientierten RSA ist eine der wesentlichen Voraussetzungen für eine wettbewerbliche Weiterentwicklung des GKV-Systems – ohne M-RSA bestehen für die Kassen keine hinreichenden Anreize sich um die Weiterentwicklung der Versorgung Kranker zu kümmern, da erfolgreiches Handeln tendenziell über die Attrahierung schlechter Risiken die jeweilige eigene finanzielle Situation schwächt; demgegenüber lohnt es sich, auf die aktive und passive Selektion von Risiken zu setzen – was aus gesamtgesellschaftlicher Sicht aber Verschwendung von Ressourcen bedeutet.

Wenn auch die im Gesetzentwurf vorgesehene Begrenzung der Zahl der Krankheiten, die im M-RSA künftig berücksichtigt werden dürfen, auf 50-80 ebenso wie das Kriterium, dass die Leistungsausgaben der Versicherten mit zu berücksichtigenden Krankheiten mindestens 50 v.H. oberhalb der Durchschnittsausgaben liegen sollen, vergleichsweise willkürlich anmutet und eine Verringerung der Fähigkeit des RSA bedeutet, den Krankenkassen in standardisierter Form Beitragsbedarf nach Morbidität zuzuweisen, so **erscheint es doch nicht unrealistisch, dass mit diesen Vorgaben ein funktionsfähiges System des M-RSA etabliert werden kann.** Insbesondere ist zu berücksichtigen, dass bei einem prospektiven RSA – wie er 2004 von den Gutachtern IGES/Cassel/Wasem vorgeschlagen wurde – ohnehin nur chronische Erkrankungen erhebliche Relevanz haben werden, weil die Kostenwirkungen von Akuterkrankungen weitgehend über die Ausgleichsfaktoren Alter und Geschlecht in standardisierter Form berücksichtigt werden.

Erforderlich ist allerdings eine **Präzisierung des Krankheitsbegriffes.** Sinnvoll erscheint hier, auf die **Ebene der Gruppen in den Kapiteln des ICD-10 bzw. in einzelnen Konstellationen auf die Ebene der Kapitel abzustellen.**

Zwingend notwendig erscheint auch eine **Modifikation der Regelung des Kostenvergleichs mit dem 50-%-Schwellenwert:** Zum einen erscheint hier

eine altersadjustierte Betrachtung zwingend erforderlich, zum anderen sollte nicht auf *alle Versicherten*, sondern die Versicherten, die solche Erkrankungen *nicht aufweisen* abgestellt werden.

Unklar ist die Vorgabe des Gesetzentwurfes, dass durch die neue Klassifikation „keine Anreize zu medizinisch nicht gerechtfertigten Leistungsausweitungen gesetzt werden“ dürfen.

Die Konvergenzklausel (Lex Südstaaten) ist abzulehnen. Zwar kann – und sollte! – über die Regionaldimension der GKV-Wettbewerbsordnung noch vertiefend nachgedacht werden, weil die Kombination aus bundesweitem RSA und obligatorisch bundesweiten Prämien bundesweiter Kassen bei Wettbewerb zwischen Regionalkassen und bundesweit tätigen Kassen zu erheblichen Wettbewerbsproblemen führt,² jedoch stellt eine temporäre undifferenziert an Veränderungen von Transfervolumina anknüpfende Regelung keine tragfähige Lösung dar. Sie führt auch dazu, dass die Abschätzbarkeit der Finanzsituation für die einzelnen Krankenkassen deutlich erschwert wird. Im übrigen ist darauf hinzuweisen, dass die Datengrundlagen zur Ermittlung der Transferposition eines Bundeslandes ausgesprochen dünn sind, insbesondere weil die bundesweiten Krankenkassen nur sehr begrenzt Daten nach regionalen Gesichtspunkten erheben und auswerten.

Die Ausgestaltung des **RSA beim Krankengeld** muss spezifisch geregelt werden. Wie Untersuchungen in der Vergangenheit gezeigt haben, ist der RSA konzeptionell auf Sachleistungen ausgerichtet³; dies erfährt durch die Vervollständigung des Finanzkraftausgleichs bei Einführung des Gesundheitsfonds neue Relevanz. Auch passt ein prospektiver morbiditätsorientierter RSA offensichtlich nicht für den Bereich Krankengeld.⁴ Der Wissenschaftliche Beirat für den RSA sollte daher beauftragt werden, eine RSA-Modell für das Krankengeld zu spezifizieren.

Die Regelungen zur morbiditätsorientierten Weiterentwicklung des RSA sollten daher vom Deutschen Bundestag nur mit den hier vorgeschlagenen Modifikationen beschlossen werden.

5. Steuerfinanzierung (§ 221 SGB V)

Zur Lösung der strukturellen Einnahmeprobleme der GKV können Steuermittel einen sinnvollen Beitrag leisten. Die vorgesehene Regelung bedeutet zwar eine Verbesserung gegenüber dem Status quo, wie er infolge der Umsetzung der Koalitionsvereinbarung vom November 2005 beschlossen worden ist, fällt jedoch immer noch deutlich hinter die gesetzliche Regelung aus dem GMG

² Vgl. dazu ausführlich: Jacobs K, Reschke P, Wasem J: Zur funktionalen Abgrenzung von Beitragssatzregionen in der gesetzlichen Krankenversicherung. Nomos-Verlagsgesellschaft, Baden-Baden, 1998.

³ Vgl. Wasem J; Berücksichtigung des Krankengeldes beim Risikostrukturausgleich. In: Robert Paquet/ Wolfgang König (Hrsg.), Der Risikostrukturausgleich und die Konsequenzen für den Wettbewerb, Essen, 1993, 58-65. Siehe auch Jacobs K, Reschke P, Cassel D, Wasem J: Zur Wirkung des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung. Eine Untersuchung im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Nomos, Baden-Baden, 2002.

⁴ Vgl. IGES, Lauterbach K, Wasem J: Klassifikationsmodelle für Versicherte im Risikostrukturausgleich. Endbericht. Untersuchung zur Auswahl geeigneter Gruppenbildungen, Gewichtungsfaktoren und Klassifikationsmerkmale für einen direkt morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung. Bonn, 2005

von 2003 zurück. Auch ist völlig unabsehbar, wie die finanzielle Beteiligung in den Folgejahren ausgestaltet ist.

Zu fordern ist daher, dass mindestens der Zustand aus dem GMG wieder hergestellt wird. Wenn die strukturelle Einnahmeschwäche der GKV wirkungsvoll behoben werden soll, sind dauerhaft größere Steueranteile ein sinnvoller Schritt. Dies müsste jetzt adäquat festgeschrieben werden.

Die Regelung zur Steuerfinanzierung ist so unzureichend und sollte daher nur mit den genannten Modifikationen vom Deutschen Bundestag beschlossen werden.

7. Insolvenzfähigkeit von Krankenkassen (§§ 155, 164, 171, 171b SGBV)

Die Begründung der Einführung der Insolvenzfähigkeit für alle Krankenkassen nach § 171 b SGB V ist alles andere als überzeugend, wenn darauf hingewiesen wird, dass auf diese Weise eine Wettbewerbsgleichheit hinsichtlich der Beiträge zur Insolvenzversicherung erreicht werden soll. Hier wird eine durchaus schwerwiegende wirtschaftliche und rechtliche Folge also – nimmt man die Begründung ernst - nur deshalb angeordnet, um auch für die Kassen, die bisher nicht erfasst waren, eine gleiche Beitragsbelastung aus speziellen Sicherungssystemen zum Schutze von Arbeitnehmern in derartigen Krisensituationen zu erreichen. Wenn man also das Risiko nur deshalb eröffnet, um daraus die Gleichbehandlung bei den Beitragsbelastungen für diese Sicherungssysteme herzuleiten, so stellt man die Dinge wirklich auf den Kopf!

Bedenken hinsichtlich der Funktionsgewährleistung der Krankenkassen wird durch die auch zukünftigem Haftung für Ansprüche von Versicherten und Leistungserbringern Rechnung getragen (so zumindest interpretiere ich die Regelung in § 155 Abs. 5 Satz 1 Nr. 2). Das allerdings führt dann dazu, dass die Anordnung der Insolvenzfähigkeit an Sinnhaftigkeit verliert, da es gerade nicht mehr um die typischen Verpflichtungen einer Krankenkasse geht sondern nur noch um Forderungen der Banken sowie von diversen Lieferanten geht, die eher nicht das „klassische Geschäft“ der Krankenkassen betreffen. Dies wird dann aber erkauft mit erheblichen Verwerfungen, die sich aus der Anwendung der Insolvenzordnung ergeben.

Die Insolvenzordnung ist auf Insolvenzen in der Privatwirtschaft ausgerichtet. Für die Insolvenz einer Körperschaft des öffentlichen Rechts passen die Vorschriften nur begrenzt. Sehr viele offene Fragen ergeben sich deshalb bei der Anwendung der Insolvenzordnung:

- Muss eine Krankenkasse einen Insolvenzantrag stellen, wenn ein Insolvenzgrund gegeben ist, was das normale Verfahren nach der Insolvenzordnung wäre und durch die Insolvenzfähigkeit nach § 171 b SGB V eigentlich eingeführt wurde, oder kommt die Insolvenzordnung erst nach Schließung und Auflösung in Anwendung, was kaum noch Sinn machen würde. Der Gesetzentwurf gibt dazu nichts her.
- Muss der Vorstand einer Kasse einen Insolvenzantrag stellen oder muss er sich zunächst an die Aufsicht wenden. Der Insolvenzantrag ist mit Schadensersatzansprüchen gegen die Vorstände nach §§ 42 Abs. 2, 89 BGB sanktioniert!

- Welche Befugnisse haben die Aufsichtsbehörden und das Insolvenzgericht in Abgrenzung zueinander?
- Welche Befugnisse hat der Vorstand einer Krankenkasse gegenüber dem Insolvenzverwalter?
- Sollen die Vorschriften zum Gläubigerausschuss tatsächlich so gelten, wie das in der Insolvenzordnung vorgesehen ist?
- Bei der Überprüfung der Insolvenzgründe müsste vollständig anders bilanziert werden als in der bisherigen Rechnungslegung von Krankenkassen, um die tatsächliche Vermögenslage der Krankenkasse (z.B. auch inkl. der Pensions- und Versorgungsverpflichtungen) zu erkennen. Der **Einschluss der Pensions- und Versorgungsverpflichtungen**, aber auch andere Maßstäbe der Bilanzierung legen den Verdacht nahe, dass einige Krankenkassen im Sinne der Insolvenzordnung schon längst überschuldet sind.

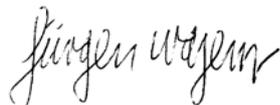
Insgesamt hat man den Eindruck, dass die Folgen der Anwendung des Insolvenzverfahrens nicht durchdacht sind. Erforderlich wäre neben einer grundsätzlichen Auseinandersetzung mit der Frage des Sinns oder Unsinns einer Anordnung der Insolvenzfähigkeit der Krankenkassen eine gründliche Erarbeitung eines speziellen Abschnitts zur Insolvenz von Krankenkassen und ggf. anderer Körperschaften des öffentlichen Rechts in der Insolvenzordnung. Dass man eine derartige Notwendigkeit bisher nicht gesehen hat, liegt wohl nur darin begründet, dass eine Insolvenz von Körperschaften des öffentlichen Rechts zwar theoretisch denkbar war aber bisher nicht praktisch geworden ist. Nunmehr aber kommt dies durchaus in den Bereich des Möglichen bzw. Wahrscheinlichen, da der Eröffnungsgrund der Überschuldung bei Anwendung der speziellen insolvenzrechtlichen Regeln zur Feststellung der Überschuldung nicht selten gegeben sein dürfte.

Die Regelungen zur Insolvenzfähigkeit von Krankenkassen sollten daher so nicht vom Deutschen Bundestag beschlossen werden.

C. Fazit

Insgesamt erweist sich die Finanzierungskonzeption des GKV-WSG als nicht ausgewogen. Sie sollte in dieser Form nicht Gesetz werden.

Mit freundlichen Grüßen



Univ.-Prof. Dr. Jürgen Wasem