

11. September 2008

Fairer Wettbewerb braucht einen konsistenten Rahmen

Stellungnahme
des Verbraucherzentrale Bundesverbandes

zum Gesetzentwurf der Bundesregierung:

Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG)

(BT-Drs. 16/9559)

Verbraucherzentrale Bundesverband e.V. – vzbv
Fachbereich Gesundheit/Ernährung
Markgrafenstr. 66
10969 Berlin
gesundheit@vzbv.de
www.vzbv.de

Inhalte und Ziel des Gesetzentwurfs

Das Gesetzgebungsvorhaben ist formal ein Artikelgesetz, mit dem verschiedene Inhalte parallel geregelt werden. Neben dem Kernanliegen, die Insolvenzfähigkeit der gesetzlichen Krankenkassen zu vereinheitlichen, gibt es zwei weitere Neuregelungen, die das fünfte Sozialgesetzbuch betreffen.

Zum einen wird im Bereich der Gesundheitsprävention bestimmt, dass die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen mit den für die Kinder- und Gesundheitspflege zuständigen Stellen der Länder gemeinsame Rahmenvereinbarungen schließen. Auf diese Weise sollen Maßnahmen der Länder und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur Sicherung des Kindeswohls gebündelt und abgestimmt werden.

Eine zweite Neuregelung betrifft die Bedarfsplanung im Bereich der Psychotherapie. Die Vorgängerregelung wäre im Dezember 2008 ausgelaufen. Ein dort enthaltener Mindestversorgungsanteil von 40% aller Zulassungen für Ärzte, die überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätig sind, wird mit der neuen Regelung auf 20% reduziert. Die Bundesregierung reagiert auf den Missstand, dass durch die hohe Quote Niederlassungsmöglichkeiten für nicht ärztliche Psychotherapeuten gesperrt waren, ohne dass insgesamt genügend psychotherapeutische Leistungserbringer zur Verfügung standen. Eine bedarfsgerechte Versorgung war deshalb nicht mehr flächendeckend sicher gestellt. Gleichzeitig wird eine neue Quote von 10% der Zulassungsmöglichkeiten für Leistungserbringer eingeführt, die ausschließlich Kinder und Jugendliche psychotherapeutisch betreuen. Die neue Quotenregelung wird bis zum 31. Dezember 2013 befristet, um die Steuerungswirkung auf die Niederlassungen zeitnah überprüfen zu können.

<p>Der vzbv begrüßt diese Regelungen, mit denen die Gesundheitsversorgung und Krankheitsprävention für Kinder und Jugendliche gestärkt wird.</p>

Ein neuer Abschnitt, der in die Risikostrukturausgleichsverordnung eingefügt wird, betrifft den Gesundheitsfonds und die Zuweisungen, die die Krankenkassen für ihre Verwaltungsaufgaben künftig erhalten sollen. Die neuen Paragraphen machen Vorgaben zur Ermittlung und Offenlegung der Grundpauschale, zur Abgrenzung und zum Verfahren der Standardisierung der Verwaltungsausgaben und geben Kriterien vor für die Zuweisung der Mittel an die Krankenkassen.

Hauptanliegen des Gesetzentwurfs ist aber, alle Krankenkassen in Hinblick auf ihre Insolvenzfähigkeit gleichzustellen. Bislang galt das Insolvenzrecht nur für bundesunmittelbare Krankenkassen. Jetzt soll es auch auf landesunmittelbare Krankenkassen übertragen werden. Die Länder werden aus der Haftung für insolvente Kassen entlassen. Die Kosten für das Insolvenzrisiko verschieben sich damit vom Kollektiv der Steuerzahler auf das kleinere Kollektiv der Versicherten.

Die unterschiedliche Rechtslage ist finanziell relevant, weil die Insolvenzfähigkeit Umlagepflichten für das Insolvenzgeld auslöst. Im Rahmen der Insolvenzversicherung müssen außerdem Rücklagen für Ansprüche der Beschäftigten auf eine zugesagte betriebliche Altersversorgung gebildet werden. Da bei insolvenzunfähigen Krankenkassen in der Vergangenheit davon ausgegangen worden ist, dass die Verbindlichkeiten für die Altersversorgung der Angestellten im Umlagesystem aus laufenden Einnahmen bestritten werden können und zur Not die Einstandspflicht des

Landes bestand, ist eine Kapitalbildung für die Altersversorgung nicht erfolgt. Aber auch insolvenzfähige Krankenkassen waren hierzu bisher nicht gezwungen.

Einem funktionierendem Haftungsregime kommt deshalb große Bedeutung zu. Anders als bei Unternehmen der freien Wirtschaft, sieht das Recht der gesetzlichen Krankenversicherung ein besonderes Haftungssystem vor. Bei geschlossenen Betriebskrankenkassen haftet das Trägerunternehmen, bei den anderen Kassen ist eine Kollektivhaftung der anderen Kassen der Kassenart über die Verbände vorgesehen. Um Überforderungen zu vermeiden, beträgt der im Entwurf gesetzte zeitliche Rahmen, in dem ein ausreichender Kapitalstock für Pensionsverpflichtungen gebildet sein muss, 40 Jahre.

Laut Gesetzentwurf ergeben sich keine Auswirkungen auf die Verbraucherpreise, da die Reformmaßnahmen die Verwaltungsausgaben der Krankenkassen nur geringfügig erhöhen. Auch die Bildung eines ausreichenden Deckungskapitals werde keine Auswirkungen auf das Preisniveau von Gesundheitsleistungen haben.

Auch wenn für Versicherte keine unmittelbaren Konsequenzen des Gesetzes spürbar werden und die Veränderungen im Organisationsgefüge zunächst ebenfalls nicht unmittelbar sichtbar sind: Das Vorhaben, mit dem die in § 171b SGB V normierte Insolvenzfähigkeit von Krankenkassen umgesetzt wird, bedeutet einen gravierenden Einschnitt in die bestehenden Strukturen. Wie Wettbewerb und Solidarprinzip zusammenwirken sollen, lässt sich auf der Basis des Gesetzentwurfs und seiner Zielvorgaben allerdings kaum abschätzen.

Das zugrundeliegende Wettbewerbskonzept und die Schwierigkeiten der Übertragung wettbewerblicher und handelsrechtlicher Strukturen auf das System der Gesetzlichen Krankenversicherung werden in dem Gesetzentwurf nicht ausreichend dargestellt und problematisiert. Eine sachlich fundierte Abschätzung der Folgen für die historisch gewachsenen Strukturen der solidarischen Krankenversicherung und der Selbstverwaltung ist daher auf der Basis der zur Verfügung gestellten Informationen und Argumente kaum möglich.

I. Haftung und Insolvenz

Das Solidarprinzip der gesetzlichen Krankenversicherung, das in der Vergangenheit ein hohes Maß an verbindlichem Für-einander-Einstehen zwischen Gesunden und Kranken, Jungen und Alten, Reichen und Armen, Singles und Familien, Männern und Frauen gewährleistet hat, genießt in der Bevölkerung eine sehr hohe Akzeptanz und ist im Wertgefüge der Verbraucher nach wie vor fest verankert. Durch die Einführung von Elementen des Wettbewerbs und der Wahlfreiheit, die aus Verbrauchersicht zu begrüßen sind, darf die innere Kohärenz dieser Solidargemeinschaft nicht beschädigt werden.

Die Hauptstoßrichtung der in Fachmedien geäußerten Kritik am vorliegenden Gesetzentwurf geht aber in die entgegengesetzte Richtung: Der Gesetzentwurf wird als massiver Eingriff in den Wettbewerb und Instrument zur Herbeiführung einer Einheitsversicherung kritisiert. Die Zielrichtung sei eindeutig, den Druck auf die heutige GKV-Landschaft zu verstärkten Zusammenschlüssen zu erhöhen.

Den inhärenten Widerspruch spricht der Gesetzgeber selbst an: „Der Zusammenhalt innerhalb einer Kassenart wurde durch die grundlegenden organisationsrechtlichen

Änderungen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG) im Verbänderecht deutlich gelockert. Auch Krankenkassen einer Kassenart stehen zueinander im Wettbewerb, sodass die nach geltendem Haftungsrecht erforderliche Solidarität immer schwieriger eingefordert werden kann.“ Das GKV-OrgWG will deshalb auf der einen Seite gleiche Rahmenbedingungen für alle Krankenkassen schaffen, womit die Transparenz in Bezug auf die tatsächliche finanzielle Situation erhöht und eine stärkere Nachhaltigkeit erreicht werden soll, auf der anderen Seite haften bei Überschuldung einer Kasse zunächst die Kassen der gleichen Kassenart und wenn dies ihr Leistungsvermögen übersteigt, haften auch alle anderen Kassen.

Die einzige unmittelbare Veränderung des Organisationsrahmens betrifft die Rolle, die dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen zugedacht wird. Dieser soll einerseits die Funktion der als Körperschaften des öffentlichen Rechts weggefallenen Bundesverbände übernehmen und die Interessen aller gesetzlichen Krankenkassen vertreten, andererseits bekommt er im Rahmen der Insolvenzvermeidung eine mit Zwangsmitteln ausgestattete Gestaltungsfunktion und kann gemeinsam mit der Aufsichtsbehörde ein Fusionsverfahren auch gegen den Willen der beteiligten Krankenkassen betreiben. Dies geht theoretisch so weit, dass eine Fusion auch dann betrieben werden kann, wenn sie die Marktsituation der aufnehmenden Krankenkasse verschlechtert. Würde der Fusionsdruck in dieser Weise wirken, entspräche dies sicherlich nicht dem Wettbewerbsprinzip der freien Wirtschaft. Der Wunsch des Gesetzgebers, Fusionen, auch kassenartenübergreifend nicht nur zu erleichtern, sondern zu forcieren, ist nur insoweit legitim, wie auf der anderen Seite die Bildung von regionalen Monopolstrukturen auf der Kostenträgerseite verhindert werden. Allerdings lässt der Gesetzentwurf einen den Wettbewerb und die Wahlfreiheit der Verbraucher sichernden Ordnungsrahmen nicht erkennen.

Eine Abschiebung des Insolvenzrisikos, das sich möglicherweise auf Seiten der Leistungserbringer ergibt, auf die Patienten, muss jedoch unbedingt verhindert werden. Dass Ärzte oder Krankenhäuser bei Leistungen für Patienten, die in einer Insolvenzgefährdeten Krankenkasse versichert sind, mit einer vorsorglichen Privatabrechnung drohen, ist nicht hinnehmbar.

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bedient zukünftig alle Stellschrauben der GKV, seine Entscheidungen sind für die Landesverbände und alle Krankenkassen verbindlich, ohne das die Vorstände der einzelnen Kassen daran beteiligt wären. Diese wiederum unterliegen einer stärkeren Einflussmöglichkeit durch die staatliche Aufsicht des Spitzenverbandes. Im Ergebnis führt dies nicht zu einer Stärkung der Selbstverwaltung.

II. Verwaltungskosten

Auch die Diskussion zur Frage der Verwaltungskosten ist stark geprägt von den jeweiligen kassenartenspezifischen Interessenlagen. Die vom BMG veröffentlichten Statistiken der so genannten „Netto-Verwaltungskosten je Mitglied“ nach Kassenarten beleuchten, dass der GKV-Durchschnittswert der letzten fünf Jahre von um die 160 Euro je Mitglied von den LKKen, den AOKen und den Angestellten-Ersatzkassen übertroffen wurde, die Aufwendungen der restlichen fünf Kassenarten jedoch darunter lagen.

Nach dem Gesetzentwurf soll der Ausgleich standardisierter Verwaltungskosten zu 50 Prozent morbiditätsorientiert und zu 50 Prozent nach der Versichertenzahl bemessen werden. Einer Forderung des Bundesrates für eine 70-prozentige

Morbiditätsgewichtung hat die Bundesregierung eine Absage erteilt. Inwieweit die aktuell gewählte Quote den Zusammenhang von höherem Verwaltungsaufwand bei Morbidität angemessen beschreibt, soll zeitnah überprüft werden. Die Regelung ist auf zwei Jahre befristet. Maßgebend für die Höhe der Zuweisungen sind nicht die tatsächlich entstandenen Ausgaben, sondern die standardisierten Ausgaben. Auf diese Weise soll der Anreiz zur Wirtschaftlichkeit erhalten bleiben.

Aus dem Gesundheitsfonds erhalten die Krankenkassen ab dem Jahr 2009 zur Deckung ihrer standardisierten *Leistungsausgaben* folgende Zuweisungen: eine für alle Versicherten einheitliche Grundpauschale und alters-, geschlechts-, und risikoadjustierte Zu- und Abschläge. (Neuer § 36 Risikostrukturausgleichsverordnung). Sie erhalten außerdem Zuweisungen zur Deckung ihrer *Satzungs- und Mehrleistungen* sowie ihrer *Verwaltungskosten*. (Neuer § 37 RSAV). Die von den Krankenkassen angebotenen Wahltarife nach § 53 SGB V werden zwar in der Satzung geregelt, bei den Zuweisungen aber nicht berücksichtigt. Da sich die Wahltarife selbst tragen müssen, entstehen den Krankenkassen keine Aufwendungen, die über den einheitlichen Beitragssatz finanziert werden müssten. Ausgenommen von diesem Ausschluss sind Krankengeld-Satzungsleistungen der Krankenkassen für freiwillig Versicherte. Über das Standardisierungsverfahren soll jede Krankenkasse denselben Betrag je Versicherten zur Deckung ihrer standardisierten Aufwendungen für Satzungs- und Ermessensleistungen erhalten.

III. Wettbewerb um Versicherte und Risiken

Als Stellschrauben für einen künftigen Kosten- Wettbewerb stehen den Krankenkassen mit Einführung des Gesundheitsfonds nur noch die „Gewinne“ aus einer Unterschreitung der standardisierten Zuweisungen und der mögliche Zusatzbeitrag (pauschal oder einkommensbezogen), bzw. ein Prämienrückfluss an ihre Versicherten zur Verfügung. Mit einem pauschalen Zusatzbeitrag, der höher als acht Euro ausfällt, geht eine teure und datenaufwändige versichertenbezogene Kontoführung einher, weil eine Überforderungsklausel von ein Prozent des beitragspflichtigen Einkommens ab diesem Betrag eine individuelle Prüfung erforderlich macht. Die Krankenkassen werden den Einsatz dieses Instruments daher so lange wie irgend möglich vermeiden.

Mit dem Zusatzbeitrag, so er denn erhoben werden muss, verbinden sich zwei mögliche Effekte. Durch eine einkommensbezogene Erhebung, wie sie in der Logik des solidarischen Systems läge, würden gut verdienende Versicherte proportional stärker belastet und so möglicherweise zum Wechsel in eine andere Kasse veranlasst. Damit würde sich das Finanzproblem der betroffenen Krankenkasse verschärfen. Bei einem niedrigen pauschalen Zusatzbeitrag könnten vor allem Geringverdienende veranlasst werden, ihre Kassen zu wechseln. Liegt er höher würden aufgrund der Überforderungsklausel wiederum die gut Verdienenden stärker belastet und die Krankenkasse verlassen. Gegenwärtig lässt sich kaum abschätzen, wie stark die Wechselbewegungen sein werden und welche Verdienstgruppen besonders in Bewegung geraten werden.

Dadurch dass mit der Einführung des Gesundheitsfonds ein einheitlicher Beitragssatz gilt und jede Krankenkasse einen feststehenden Betrag pro Versichertem erhält, findet innerhalb der GKV künftig ein *hundertprozentiger Einkommensausgleich* statt. Im Grundsatz besteht daher für die Krankenkasse kein Anreiz mehr, sich um gut verdienende Versicherte zu bemühen. Dieser Effekt wird allerdings durch die aus sozialen Gründen notwendige Überforderungsregelung bei der Erhebung des Zusatzbeitrags

konterkariert, weil hier wiederum das Einkommen der Versicherten zur Festsetzung der Belastungshöchstgrenze herangezogen werden muss. Der *Anreiz zur ökonomischen Risikoselektion* bleibt daher grundsätzlich erhalten.

Ein Kernanliegen zugunsten des Erhalts einer solidarischen Krankenversicherung ist, dass der gesetzte Rahmen keinen Anreiz zur Risikoselektion der Krankenkassen in Hinblick auf teure Kranke entfaltet. Dies soll durch den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (RSA) vermieden werden. Die Auswahl von 80 relevanten Erkrankungen kann jedoch zu einer Verschiebung der Risikoselektion auf diejenigen chronischen Erkrankungen führen, die künftig nicht im RSA berücksichtigt werden. Die Wirkung dieser Regelung auf die Versorgung ist in jedem Fall zu überprüfen.

IV. Fazit und Forderungen

Insgesamt wird sich durch die Regelungen des GKV-WSG und die mit dem aktuellen Gesetzentwurf weiter vorangetriebene Reform der organisatorischen Strukturen ergeben, dass sowohl die Ausdifferenzierung der GKV in Kassenarten als auch das konkrete Versichertenkollektiv der einzelnen Kassen in Bewegung gerät. Ob die neuen Instrumente sich als hilfreich erweisen, um zu dem erwünschten Qualitäts-Wettbewerb um die Versorgung der Patientinnen und Patienten zu gelangen, lässt sich allerdings kaum absehen. Dazu fehlt die klare Zielorientierung, ein konsistentes Wettbewerbs-Konzept für die Gesetzliche Krankenversicherung und ein transparenter Umgang mit Zielen und Instrumenten.

Der Informations-, Beratungs- und Unterstützungsbedarf der Versicherten wird durch die Neuregelung in Kombination mit den schon etablierten zusätzlichen Wahloptionen für Versicherte weiter zunehmen. Diesen Orientierungskosten, die vom Gesetzgeber selbst verursacht sind, steht keine angemessene Finanzierung von unabhängiger Verbraucherberatung gegenüber. Auch diese Kosten dürfen nicht einfach auf den einzelnen Verbraucher abgeschoben werden.

Der Verbraucherzentrale Bundesverband fordert die Bundesregierung auf:

- ein konsistentes Wettbewerbs-Konzept für den Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung zu entwickeln,

- neue strittige Detailregelungen nicht ohne eine klare Zielorientierung für das Gesundheitswesen insgesamt vorzulegen und dabei die zugrundeliegenden ordnungspolitischen Intentionen transparent zu machen,

- die vorhandene Beratungsinfrastruktur für Verbraucherinnen und Verbraucher auszubauen und auf eine sichere finanzielle Grundlage zu stellen.