

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache

19(14)123(2)

gel. VB zur öAnh am 18.12.2019 -
GKV-FKG
6.12.2019

SOZIALVERBAND

VdK

DEUTSCHLAND



Stellungnahme des Sozialverbands VdK Deutschland e. V.
zum Entwurf eines Gesetzes für einen fairen Kassenwettbewerb
in der gesetzlichen Krankenversicherung
(Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz – GKV-FKG)

Sozialverband VdK Deutschland e. V.
Abteilung Sozialpolitik
Linienstraße 131
10115 Berlin

Telefon: 030 9210580-300
Telefax: 030 9210580-310
E-Mail: sozialpolitik@vdk.de

Berlin, den 05. Dezember 2019

1. Zu den Zielen des Kabinettsentwurfs und den Maßnahmen seiner Umsetzung

Das Gesetzesvorhaben setzt die im Koalitionsvertrag angekündigte Reform des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs um. Aufbauend auf den Empfehlungen des Wissenschaftlichen Beirats werden verschiedene Elemente eingeführt, die die finanziellen Ungleichgewichte zwischen den Krankenkassen verringern sollen. Neben Anpassungen in der Ausgleichsformel kommt auch eine sogenannte „Manipulationsbremse“.

Das große Vorhaben, die bundesweite Öffnung aller Krankenkassen, wird nun doch nicht verwirklicht. Dadurch bleiben die Landesaufsichten neben dem Bundesversicherungsamt im Bereich der GKV bestehen.

Der Haftungsverbund der Kassenarten wird aufgelöst. In Zukunft sollen alle Krankenkassen bei einer Insolvenz für die Schulden haften.

Insgesamt entwickelt das Gesetz die Krankenkassen weiter in die Richtung von wettbewerblichen Unternehmen.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Der VdK spricht sich klar gegen eine Unternehmenslogik in den Krankenkassen aus. Dieser Irrweg muss gestoppt werden. Patienten sind keine mündigen Kunden. Krankenkassen sind Teil der Sozialversicherung und keine profitorientierten Unternehmen. In einem Wettbewerb verlieren immer die Alten und Kranken. Selbst wenn die Pauschalen aus dem Gesundheitsfonds ausreichen, ist es attraktiv Menschen mit Behinderung mit billigen Hilfsmitteln zu versorgen und die Differenz einzubehalten. Patienten mit komplexem Hilfsmittelbedarf können nicht die Krankenkasse wechseln, weil sie in der Übergangsphase nicht versorgt sind. Gleichzeitig erleben wir aber auch, dass Krankenkassen, die finanziell gut aufgestellt sind, ein restriktives Krankengeldmanagement betreiben. Auch über 20 Jahre nach der Einführung gibt es keine Studien, die belegen, dass Wettbewerb zwischen den Krankenkassen zu einer besseren Versorgung der Patienten führt.

Im Folgenden nimmt der Sozialverband VdK zu ausgewählten Punkten Stellung.

2. Zu den Regelungen im Einzelnen

2.1. Keine bundesweite Öffnung

Anders als im Referentenentwurf vorgesehen, werden die AOKen und verbliebene regional geöffnete Betriebskrankenkassen doch nicht bundesweit geöffnet. Die Länderaufsicht bleibt daher neben der Aufsicht des Bundesversicherungsamts (BVA) bestehen.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Eine bundesweite Öffnung der AOKen hätte die Versorgung der Patienten nicht verbessert. Ein Wechsel in die AOK Sachsen-Anhalt wäre für einen Bayern nur aufgrund des Zusatzbeitrags attraktiv. Die besonderen regionalen Versorgungsverträge könnte er sowieso nicht nutzen. Das verdeutlicht wieder, dass der Wettbewerb nur für junge, gesunde Menschen nützlich ist.

Wir bedauern jedoch, dass es entgegen dem Referentenentwurf nicht zu einer einheitlichen Rechtsaufsicht durch das BVA kommt. Wir haben in unserer Rechtsvertretung die Erfahrung gemacht, dass dort Verstöße gegen das SGB V konsequenter verfolgt werden als auf Landesebene. Nichtsdestotrotz sehen wir auch beim BVA die Gefahr der politischen Einflussnahme, gewisse Verstöße nicht zu verfolgen. Die Krankenkassen sind Körperschaften öffentlichen Rechts, sie handeln jedoch nicht allzeit rechtmäßig. Je härter der Wettbewerb und das betriebswirtschaftliche Verhalten der Krankenkassen, desto dringender wird eine starke und unabhängige Rechtsaufsicht.

2.2. Wettbewerbsrecht (§ 4a SGB V)

Die gesetzlichen Krankenkassen erhalten ein Klagerecht untereinander, um gegen das wettbewerbswidrige Verhalten von Wettbewerbern auch bei Untätigkeit der Aufsichtsbehörden vorgehen zu können. Der Wettbewerb der Krankenkassen untereinander wird nach den Regelungen des Gesetzes gegen unlauteren Wettbewerb ausgestaltet. Streitigkeiten der Krankenkassen untereinander sollen folgerichtig nicht mehr von den Sozialgerichten verhandelt werden.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Die Verlagerung in das Zivilrecht ist der falsche Weg, um gegen diese Fehlentwicklungen vorzugehen. Die Krankenkassen dürfen sich nicht weiter zu profitorientierten Unternehmen entwickeln. Die Ressourcen, die für teure Anwälte eingesetzt werden, stehen nicht für die Versorgung von Patienten zur Verfügung. Besser wäre es, in einem ersten Schritt die Rechtsaufsicht soweit zu stärken, dass sie ihren Aufgaben nachkommen kann.

2.3. Haftung aller Krankenkassen (§ 166 ff. SGB V neu)

Bisher haften bei einer Insolvenz zunächst die Krankenkassen einer Kassenart. Dieser Haftungsverbund soll nun aufgelöst werden. Alle gesetzlichen Krankenkassen haften in Zukunft füreinander.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Innerhalb der Solidarität in der GKV ist diese Regelung sachgerecht. Wir sehen bei der bisherigen Haftungssystematik eine besondere Aufmerksamkeit der Kassen bezüglich drohenden finanziellen Schiefagen. In Haftungsverbänden mit vielen Mitgliedern bestehen jedoch

Schwierigkeiten bei der Aufteilung der Verantwortung. Es ist daher besonders wichtig, dass der GKV-Spitzenverband seiner Überwachungsfunktion bezüglich aller Kassen in Zukunft gerecht wird. Wir hoffen, dass dann alle Kassen in diesem großen Verband gut aufgehoben sind und ihnen im Notfall rechtzeitig geholfen wird.

Patienten dürfen bei einer Insolvenz nicht im Regen stehen gelassen werden. Auch der Zugang zu einer neuen Krankenkasse nach Insolvenz muss erleichtert werden. Bei der Insolvenz der City BKK haben wir erlebt, dass Krankenkassen die Aufnahme von älteren Versicherten oder Menschen mit komplexem Hilfsmittelbedarf zu verhindern versuchten.

2.4. Weiterentwicklung der Strukturen des GKV-Spitzenverbands (§ 217b ff. SGB V)

Der Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbands wird neu organisiert. Die bisherigen ehrenamtlichen Versichertenvertreter werden auf GKV-Ebene abgeschafft und durch Hauptamtliche ersetzt. Im Verwaltungsrat und im Vorstand wird eine Mindestquote sowohl für Frauen als auch für Männer festgelegt.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Der Charakter einer Sozialversicherung wird durch die paritätische Steuerung gewährleistet. Die Belange der Versicherten sollen dabei durch die Versichertenvertreter durchgesetzt werden. Diesen Charakter haben die großen Krankenkassen jedoch schon lange nicht mehr. Nach der neuen Logik sollen die Versicherten ihre Interessen durch „Abstimmung mit den Füßen“ durchsetzen. Dies mag auf junge, gesunde Menschen zutreffen.

Chronisch Kranke und Menschen mit Behinderungen können aber nicht einfach die Krankenkasse wechseln. Hilfsmittel, die leihweise überlassen wurden, müssen bei einem Wechsel zurückgegeben werden. Durch die Neubeantragung bei einer anderen Krankenkasse kommt es zu Versorgungslücken, die die Betroffenen nicht auffangen können. Sie sind im täglichen Leben auf ihre Hilfsmittel angewiesen und können nicht warten.

Sie sind darauf angewiesen, dass sich Versichertenvertreter im Widerspruchsausschuss ihres Anliegens annehmen. Die Abschaffung der Versichertenvertreter im Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes darf nicht zum Präzedenzfall für die Verwaltungsräte der Krankenkassen werden.

2.5. Risikostrukturausgleich (RSA)

Der Gesundheitsfonds gleicht die unterschiedlichen Beitragseinnahmen der verschiedenen Krankenkassen, die aus unterschiedlichen Gehältern resultieren, sowie die unterschiedlichen Ausgaben, die aus unterschiedlich gesunden Mitgliedschaften resultieren, aus. Dieser Risikostrukturausgleich, der vom Bundesversicherungsamt durchgeführt wird, ist das zentrale Element der Solidarität in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Um Anreize für eine günstige und effiziente Versorgung zu setzen, bekommen die Kassen nicht ihre Ausgaben erstat-

tet, sondern eine Pauschale pro Versichertem zugewiesen, die sich je nach Alter, Geschlecht und Erkrankungen unterscheidet.

Allerdings werden die Ausgaben der Krankenkassen unterschiedlich gut durch den RSA ausgeglichen. Während einige Kassen mehr zugewiesen bekommen als sie ausgeben, machen andere Minus. Das spiegelt sich in unterschiedlichen Zusatzbeiträgen und Rücklagen wieder. Für die unterschiedlichen Deckungsraten wurden einerseits unterschiedliche Kostenstrukturen in verschiedenen Regionen – Städter sind teurer – und andererseits Manipulationen verantwortlich gemacht.

Basierend auf dem Gutachten des wissenschaftlichen Beirats zur Evaluation des RSA sollen die Ausgleichsformel verbessert und Manipulationen erschwert werden. In Zukunft soll der Wissenschaftliche Beirat die Wirkung des RSA alle vier Jahre evaluieren, um möglichen Weiterentwicklungsbedarf zu ermitteln.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Wir begrüßen grundsätzlich die Solidarität und den Risikostrukturausgleich zwischen den Krankenkassen. Die regelmäßige Nachsteuerung auf Grundlage wissenschaftlicher Erkenntnisse ist sachgerecht. Seit der Einführung des RSA sind die Beitragssatzunterschiede für Arbeiter und Angestellte nahezu verschwunden. Konsequenter wäre nun die Einbeziehung auch der privaten Krankenkassen. Die Solidarität zwischen den Krankenkassen entspricht dem Prinzip der Sozialversicherung, so wie sie beispielsweise auch in der Rentenversicherung besteht. Die Notwendigkeit der Manipulationsbremse zeigt allerdings, dass sich Solidarität und Wettbewerbslogik nicht vertragen.

2.5.1. Regionalkomponente (§ 266 Abs. 2 i.V.m RSA-Verordnung)

Der RSA wird um eine Regionalkomponente erweitert. Dadurch sollen die Kostenunterschiede zwischen Krankenkassen, die nur in günstigen Regionen tätig sind (zum Beispiel Sachsen), und Krankenkassen, die einen hohen Anteil von Großstädtern versorgen, ausgeglichen werden. Dadurch soll auch verhindert werden, dass günstige regionale Krankenkassen eine marktbeherrschende Position erlangen.

Angebotsorientierte Faktoren (wie Arztdichte, Krankenhausbettenzahl) werden nicht in den Ausgleich einbezogen, um Fehlanreize im Hinblick auf Über- und Unterversorgung zu vermeiden.

Die Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung spezifiziert die Regionalmerkmale: die regionale Morbiditäts- und Mortalitätsstruktur, die Preisstruktur medizinischer Leistungen, die demografische Struktur, die Sozialstruktur, die Markt- und Wirtschaftsstruktur oder die Siedlungsstruktur am Wohnort des Versicherten.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Das Gutachten zu den regionalen Verteilungswirkungen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs kam zu dem Schluss, dass eine Regionalkomponente zwar ordnungspolitisch geboten erscheint, die Zuweisungsgenauigkeit des RSA aber nur geringfügig erhöht. Während Unterschiede in der Angebotsstruktur nicht ausgeglichen werden sollten, um bestehende Ungleichheiten nicht zu verfestigen, ist der Ausgleich der Preisstruktur der medizinischen Leistungen eine sachgerechte Lösung.

Der wissenschaftliche Beirat hatte festgestellt, dass die Unterschiede nicht auf Ebene der Bundesländer bestehen, wie in der politischen Debatte behauptet wird, sondern auf Ebene der Landkreise. Im Gesetzesentwurf wird daher „regional“ als Gemeindeebene definiert. Die Regionalkomponente darf nicht dazu führen, dass der Einkommensausgleich zwischen reichen und ärmeren Bundesländern abgeschwächt wird.

2.5.2. Vollmodell aller Krankheiten (§ 266 ff. SGB V)

Die Begrenzung des RSA auf 50 bis 80 Krankheiten wird abgeschafft und stattdessen das gesamte Krankheitsspektrum berücksichtigt. Dadurch werden für einen Großteil der Versicherten Über- und Unterdeckungen verringert, wodurch Anreize zur Risikoselektion, Differenzen zwischen den Deckungsbeiträgen der Krankenkassen und somit Wettbewerbsverzerrungen verringert werden sollen. Das RSA-Verfahren wird vereinfacht, da das aufwendige jährliche Verfahren der Krankheitsauswahl entfallen kann.

Der Beirat hatte sich für das Vollmodell ausgesprochen.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Wir begrüßen die Einführung des Vollmodells der Krankheiten. Dabei sollte auch die verstärkende Wirkung von Multimorbidität einbezogen werden. Die Ausgaben für einen depressiven Diabetiker sind höher als die addierten Kosten für die Versorgung von Diabetes und Depression. In einer älter werdenden Gesellschaft wird Multimorbidität immer häufiger. Es darf keine Anreize zur Risikoselektion gegen diese Patienten geben.

2.5.3. Risikopool für Hochkostenfälle (§ 268 SGB V)

Es wird ein Risikopool eingeführt, aus dem die Krankenkassen für jeden Leistungsfall 80 Prozent der Leistungsausgaben, die über 100.000 Euro pro Jahr hinausgehen, erhalten. Da nicht die gesamten Mehrkosten erstattet werden, soll ein Anreiz zu wirtschaftlichem Verhalten erhalten bleiben. Hochkostenfälle werden insbesondere aufgrund neuer hochpreisiger (Arzneimittel-)Therapien, die zu einer Genesung oder langjährigen Verzögerung der Krankheit führen, an Bedeutung gewinnen.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Die Einführung eines Hochrisikopools ist sachgerecht. Einzelne Versicherte mit sehr teuren Krankheiten oder Kombinationen von Krankheiten können kleinere Krankenkassen in den Ruin treiben. Die Krankenkassen haben daher einen sehr starken Anreiz zur Risikoselektion dieser Patienten.

Auch bei der Kostengrenze für den Hochrisikopool sollte den wissenschaftlichen Empfehlungen gefolgt werden. Der VdK plädiert daher diese bereits bei 25.000 Euro anzusetzen.

2.5.4. Streichung der Erwerbsminderungsgruppen (§ 267 SGB V a. F.)

Das Kriterium der Erwerbsminderungsrente wird im RSA nicht mehr als Risikomerkmale verwendet. Der Gesetzentwurf begründet dies damit, dass einige Personengruppen wie Rentner, Nichterwerbstätige und Selbstständige dieses Kriterium per se nicht erhalten können, selbst wenn ein identischer Schweregrad der Erkrankung vorliegt wie bei Erwerbsminderung.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Der Sozialverband VdK fordert auch weiterhin die Beibehaltung des Merkmals Erwerbsminderungsrente im RSA. Dies hatte auch der Beirat empfohlen. Erwerbsminderungsrentner sind eine besonders vulnerable Gruppe. Die Krankenkassen versuchen immer noch kranke Menschen am Ende des Krankengeldbezugs aus der Versicherung zu drängen. Diese Menschen sind aber nicht wieder gesund und erwerbstätig, sondern landen in der Erwerbsunfähigkeitsrente. Das Merkmal Erwerbsunfähigkeitsrente gleicht die ökonomischen Selektionsanreize wenigstens zum Teil aus.

2.5.5. Beibehaltung der DMP-Programmkostenpauschale

Anders als zunächst vorgesehen, soll die DMP-Programmkostenpauschale beibehalten werden.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Die Streichung der DMP-Programmkostenpauschale wäre eine sachgerechte Weiterentwicklung gewesen. Die DMPs sollten sich einerseits durch die gute Kodierung der Erkrankungen und andererseits durch die bessere Versorgung, die Folgeschäden verhindert, selbst tragen.

2.5.6. Vorsorge-Pauschale (§ 270 Abs. 3 SGB V)

Im Rahmen der Diskussion um die Finanzierung der Prävention argumentieren Gesundheitsökonominnen immer wieder, die Krankenkassen hätten keine Anreize in Prävention zu investieren, da sie sich nicht sicher sein könnten, die Einsparungen daraus zu ernten. Der

Versicherte könnte bis zum verhinderten Eintritt der Erkrankung bereits in eine andere Krankenkasse gewechselt sein.

Daher wird nun eine Vorsorgepauschale eingeführt. Die Krankenkassen erhalten für jede durchgeführte Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchung und jede Impfung ihrer Versicherten Geld.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Der Ausgleich der Kosten der Vorsorgeuntersuchungen ist in einem wettbewerblichen System sachgerecht, da die Krankenkassen nicht fest davon ausgehen können, von der Kostenvermeidung einer Früherkennung zu profitieren. In der Realität ist dies allerdings vernachlässigbar, da kaum Versicherte im Laufe ihres Lebens die Krankenkasse wechseln.

Allerdings löst diese Vorsorge-Pauschale nicht das Grundproblem der Prävention. Vorsorgeuntersuchungen sind keine primäre Prävention. Krankenkassen argumentieren immer wieder, sie würden nicht in Prävention investieren, weil sie nicht sicher sein können von den Folgen zu profitieren.

Nach Auffassung des VdK ist die Primärprävention eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die im Kassenwettbewerb falsch verortet ist. Die Kassen nutzen Yogakurse und Co. zur Mitgliederwerbung, nicht zur Gesundheitsförderung. Gerade Ältere und sozial Schwache werden von diesen Angeboten nicht erreicht.

2.5.7. Rechnungsaufschlag für Tarifsteigerungen im Pflegebereich (§ 8 Abs. 11 KHEntgG)

Im Jahr 2020 können Krankenhäuser bei Patienten, die zur voll- oder teilstationären Krankenhausbehandlung aufgenommen werden, einen Rechnungsaufschlag von 0,3 Prozent verlangen.

Mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) vom 11. Dezember 2018 wurden die Bedingungen für die Refinanzierung von Tarifsteigerungen im Bereich des Pflegepersonals in Krankenhäusern verbessert. Die zusätzlichen Mittel sollen dazu dienen, nicht refinanzierte Tarifsteigerungen im Pflegebereich abzudecken. Hierzu werden dem Gesundheitsfonds 225 Millionen Euro aus der Liquiditätsreserve zugeführt.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Die Einführung eines Rechnungsaufschlags für das Jahr 2020 ist zu pauschal und stellt nicht sicher, dass das Geld auch wirklich bei den Pflegenden ankommt. Zudem ist sie kein Ersatz für fehlende Investitionskosten der Länder. Auch der Vorschlag des Bundesrats, den Aufschlag zu erhöhen, wird dieses Problem nicht lösen.

2.5.8. Schaffung einer Transparenzstelle für Verträge (§ 293a SGB V)

Zur Sicherung der Datengrundlage für den RSA wird das BVA durch die Neuregelung beauftragt, eine Vertragstransparenzstelle einzurichten, die ein Verzeichnis für Verträge über eine hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b und Verträge über eine besondere Versorgung nach § 140a führt, regelmäßig aktualisiert und bekannt macht.

So soll das BVA durch die zukünftige mögliche Kennzeichnung der aus einem Versorgungsvertrag stammenden Diagnosen mit der Vertragsnummer einen direkten Zusammenhang zwischen statistischen Auffälligkeiten der RSA-Datenmeldungen und konkreten Verträgen der Krankenkassen herstellen, und dadurch sowohl die Darlegung einer Krankenkasse plausibilisieren als auch die Folgen eines rechtswidrigen Vertrages genauer bestimmen können.

Zugleich dient das zu veröffentlichende Verzeichnis der Schaffung von Transparenz für Aufsichtsbehörden, Landesbehörden und Versicherte.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Grundsätzlich begrüßen wir die Schaffung einer Transparenzstelle für Verträge. Das BVA hat derzeit über die Vertragsinformationen keinen Überblick, sodass eine echte Rechtsaufsicht nicht möglich ist. Die geplanten Vorgaben schaffen jedoch leider nicht mehr Transparenz für die Versicherten. Die zu erhebenden Daten über die Verträge betreffen nicht die Informationen, die für die Versicherten relevant wären.

2.5.9. Stärkung der Manipulationsresistenz des RSA

Der Risikostrukturausgleich basiert auf den Erkrankungen, die Ärzte kodiert haben. Die Krankenkassen haben folgerichtig versucht den Ärzten Anreize zu setzen, um mehr und schwere Erkrankungen zu kodieren. Dies soll in Zukunft verhindert werden.

Dazu erhält das Bundesversicherungsamt erweiterte Prüfbefugnisse. Krankheiten, die ungewöhnlich stark ansteigen, werden komplett aus dem RSA ausgenommen. Die Krankenkassen dürfen Ärzte nicht mehr zum wirtschaftlichen Verordnen beraten, da dies in der Vergangenheit zur Kodierberatung missbraucht wurde.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Die Krankenkassen folgen nur den Anreizen, die ihnen in einem wettbewerblichen System gesetzt werden. Sie verhalten sich wie profitorientierte Unternehmen. Die Ressourcen, die in Kodierberatung und Manipulationskontrolle fließen stehen dadurch nicht für die Versorgung von Patienten zur Verfügung. Gleichzeitig sehen wir jedoch auch die positiven Effekte, die beispielsweise die hausarztzentrierte Versorgung auf die Versorgung der Patienten hat.

Grundsätzlich fordern wir eine Rückkehr zu den Prinzipien der Sozialversicherung. Wettbewerbsorientierte Unternehmen haben nie den Anreiz in eine möglichst gute Versorgung der Patienten zu investieren, sondern in möglichst hohe Gewinne.