

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)123(24)
gel. VB zur öAnh am 18.12.2019 -
GKV-FKG
12.12.2019



Vereinte
Dienstleistungs-
gewerkschaft

Stellungnahme

der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft – ver.di

zum

Gesetzentwurf der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung (Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz – GKV-FKG)

BT-Drucksache 19/15662

Antrag der Fraktion der BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Mehr Qualitätstransparenz für Versicherte, mehr Anreize für bessere Versorgung – Solidarische Wettbewerbsordnung in der gesetzlichen Krankenversicherung weiterentwickeln

BT-Drucksache 19/9565

zur Öffentlichen Anhörung am 18. Dezember 2019

Berlin, 12. Dezember 2019

Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft – ver.di
Bundesvorstand – Bereich Gesundheitspolitik,
Paula-Thiede-Ufer 10, 10179 Berlin

Vorbemerkung

Mit dem Gesetzentwurf der Bundesregierung sind neben der im Koalitionsvertrag vereinbarten Reform des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (RSA) umfassende Änderungen des Organisationsrechts der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) vorgesehen. Insgesamt zielt der Gesetzentwurf auf die Ausweitung des Wettbewerbsprinzips im GKV-System. Die systematischen Änderungen berühren wesentliche Grundlagen der Gesundheitsversorgung sowie die Ausgestaltung des Sozialstaates. Sie betreffen damit die Beschäftigten in Deutschland sowie ihre Angehörigen, die zum weit überwiegenden Teil im System der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind. Damit stellen die gesetzlichen Krankenkassen die mit Abstand wichtigsten Institutionen zur sozialen Absicherung der Bevölkerung im Kontext der Gesundheitsversorgung dar. Gleichzeitig sind in der GKV und damit im ver.di-Organisationsbereich von ver.di rund 110.000 Menschen beschäftigt.

Soziale Selbstverwaltung stärken statt zusätzlicher Entscheidungsgremien

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass beim GKV-Spitzenverband einen Lenkungs- und Koordinierungsausschuss (LKA) einzurichten, der hauptamtlich besetzt und mit weitreichenden Beratungs- und Entscheidungsrechten ausgestattet sein soll. So sollen künftig versorgungsbezogene Entscheidungen des Vorstandes des GKV-Spitzenverbandes zu Verträgen sowie Richtlinien und Rahmenvorgaben oder vergleichbare Entscheidungen der Zustimmung des LKA bedürfen. Das zusätzliche Gremium würde damit jedoch in Konkurrenz mit den gesetzlich festgelegten Befugnissen der sozialen Selbstverwaltung gehen und die Sozialpartnerschaft als Grundprinzip der Kranken- und Pflegeversicherung gefährden. Es droht eine Beschädigung der sozialpartnerschaftlich bewährten Einbindung von Versicherten und Arbeitgebern in den Versorgungsalltag von Millionen Bürgerinnen und Bürgern. ver.di lehnt die Einrichtung des LKA daher strikt ab. Die Mitbestimmung von Arbeitgebern und Versicherten in der Sozialen Selbstverwaltung ist zu gewährleisten. Vorgeschaltete Entscheidungs- und Beratungsgremien würden das Prinzip der Selbstverwaltung ad absurdum führen. Die auf der Welt einmalige deutsche Krankenversicherung mit ihren Leistungsversprechen und solidarischer Finanzierung hat ihr Fundament in der Sozialen Selbstverwaltung. Im Koalitionsvertrag haben CDU, CSU und SPD deshalb die Stärkung der Sozialen Selbstverwaltung verabredet. Mit der vorgesehenen Maßnahme wird das politische Ziel jedoch konterkariert.

Finanzausgleich fair reformieren

Der RSA soll weiterentwickelt werden, um einen fairen Wettbewerb zu ermöglichen und ihn vor Manipulation zu schützen. Strukturelle Fehldeckungen auf regionaler Ebene sowie auf der Ebene einzelner Versichertengruppen sollen verhindert und zugleich Risikoselektionsanreize verringert werden. Dazu werden u. a. eine Regionalkomponente und ein Krankheits-Vollmodell eingeführt. Die Reform des RSA erfolgt unter Berücksichtigung des Sondergutachtens zu den Wirkungen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (2017) und des Gutachtens zu den regionalen Verteilungswirkungen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Juni 2018), die der Wissenschaftliche Beirat zur Weiterentwicklung des RSA beim Bundesversicherungsamt (BVA) vorgelegt hat. Er stellt eine potentiell zielgenauere Anwendung des Finanzausgleichs zwischen den Krankenkassen in Aussicht. Nachhaltig positive Wirkungen sollen über eine regelmäßige Evaluation sichergestellt sowie zur Stärkung der Manipulationsresistenz eine Manipulationsbremse im RSA-Jahresabschluss eingeführt werden. ver.di spricht sich für eine zeitnahe Umsetzung der RSA-Reform in Verbindung mit einer Evaluation aus. Angesichts des verstärkten Wettbewerbs und der zahlreichen, die Kompetenz der sozialen Selbstverwaltung verletzenden Eingriffe in die Rechte der Krankenkassen zur Rücklagenbildung ist die kurzfristige Umsetzung unerlässlich.

Zu den Regelungen im Einzelnen

Zu Artikel 5 – Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs (RSA)

In der Solidargemeinschaft der über 70 Millionen GKV-Versicherten speist sich die finanzielle Ausstattung einer Kasse aus dem gemeinsamen Topf der gesamten Beiträge aller gesetzlich Versicherten. Der RSA bildet hierbei das zentrale Element der Solidarität und übernimmt eine entscheidende Rolle im GKV-System. Er regelt die Verteilung der Finanzmittel aus dem Gesundheitsfonds an die Kassen und soll die Risikoselektion zu Lasten morbider und älterer Versicherter verhindern. Für Kassen mit unterschiedlichen Versichertenstrukturen im Hinblick auf Einkommen und Morbidität soll er eine der Voraussetzungen für einen fairen Wettbewerb um die beste Versorgung schaffen.

Einführung einer Regionalkomponente in den RSA (§ 266 Abs. 2 i. V. m. RSA-Verordnung)

Das Ausgleichsverfahren enthält künftig eine Regionalkomponente, die regionale kassenbezogene Über- und Unterdeckungen abbauen soll. Grundlage dafür sollen statistisch signifikante regionale Variablen, wie etwa der Anteil der ambulant Pflegebedürftigen, bilden, die regionale Deckungsbeitragsunterschiede erklären können. Angebotsorientierte Faktoren, wie Arztdichte und Krankenhausbettenzahl, werden nicht in den Ausgleich einbezogen, um Fehlanreize zu verhindern.

Einführung eines Krankheits-Vollmodells (3 266 ff. SGB V)

Zukünftig soll der Finanzierungsausgleich das gesamte Krankheitsspektrum berücksichtigen, indem die bisherige Begrenzung auf 50 bis 80 Krankheiten abgeschafft und ein Krankheits-Vollmodell eingeführt wird. Für einen Großteil der Versicherten sollen damit Über- und Unterdeckungen verringert werden, wodurch wiederum Anreize zur Risikoselektion, Differenzen zwischen den Deckungsbeiträgen der Krankenkassen und folglich Wettbewerbsverzerrungen reduziert werden sollen. Das RSA-Verfahren wird vereinfacht, da bei vollumfänglicher Berücksichtigung die jährliche Krankheitsauswahl entfällt.

Die Zuordnung der Versicherten zu den Risikogruppen im Ausgleichsverfahren erfolgt mittels eines vom Bundesversicherungsamt festgelegten Versichertenklassifikationsmodells, das auf Klassifikationsmodellen aufbaut, deren Einsatzfähigkeit in der gesetzlichen Krankenversicherung wissenschaftlich untersucht und bestätigt worden ist. Der Zuordnung der Versicherten zu Risikogruppen sind folgende Risikomerkmale zu Grunde zu legen:

1. das Alter und das Geschlecht der Versicherten,
2. die Morbidität der Versicherten auf der Grundlage von Diagnosen und Arzneimittelwirkstoffen,
3. das Vorliegen eines Anspruchs auf Krankengeld, differenziert nach Alter und Geschlecht,
4. regionale Merkmale, die insbesondere 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 abbilden.

Da Verhältnis zwischen jüngeren und älteren Versicherten soll durch die Einführung von Altersinteraktionstermen künftig dahingehend verändert werden, dass der Einfluss altersbezogener Faktoren auf Krankheitsverläufe und auf die damit zusammenhängenden Behandlungskosten berücksichtigt wird. So kommt es bisher beispielsweise zu Unterdeckungen bei jüngeren Versicherten mit hohem Morbiditätsrisiko.

Die Einführung von Altersinteraktionstermen darf nicht zu einer Altersdiskriminierung führen. Die Wirkungen müssen besonders beobachtet und ggfs. nachgesteuert werden.

Risikopool (§ 268 SGB V)

Ergänzend zum Risikostrukturausgleich werden die finanziellen Belastungen für aufwendige Leistungsfälle künftig teilweise über einen Risikopool ausgeglichen. Übersteigt die Summe der im Risikopool ausgleichsfähigen Leistungsausgaben eines Versicherten bei einer Krankenkasse innerhalb eines Ausgleichsjahres einen bestimmten Schwellenwert, werden 80 Prozent des den Schwellenwert übersteigenden Betrags über den Risikopool ausgeglichen. Der Schwellenwert beträgt 100.000 Euro und ist in den Folgejahren anhand der jährlichen Veränderungsrate der im Risikopool ausgleichsfähigen Leistungsausgaben je Versicherten anzupassen. Zugleich wird eine systematische Prüfung der dem Pool zugrunde gelegten Leistungsdaten eingeführt.

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

Die Streichung der Erwerbsminderungsgruppen als zuweisungsauslösendes Merkmal ist differenziert zu bewerten. Einerseits hatte der wissenschaftliche Beirat davor gewarnt, dass bei ersatzloser Streichung des Erwerbsminderungsmerkmals schwerwiegende Risikoselektionsanreize gegen Erwerbsminderungsrentner entstehen könnten. Zugleich hat der wissenschaftliche Beirat darauf hingewiesen, dass die jetzigen Abgrenzungen der Altersgruppen der Erwerbsminderungsgruppen (EMGs) nicht zufriedenstellend definiert seien. Zudem seien Überdeckungen im bestehenden System bei Erwerbsminderungsrentnern ohne chronische Krankheiten evident. Daher hatte der Beirat empfohlen, Erwerbsminderung zukünftig als Kriterium der Schweregraddifferenzierung innerhalb des Morbiditätsspektrums einzusetzen. Andererseits wird darauf hingewiesen, dass die Streichung der Erwerbsminderungsgruppen zu einer verbesserten Zielgenauigkeit führen kann, da der Zuschlag durch das Kriterium Erwerbsminderungsrente noch aus dem „alten“ System ohne Morbiditätsparameter stammt und hilfsweise zur Abbildung von Morbidität eingesetzt wurde. Mit einer umfassenden Berücksichtigung der Morbidität kann der Wegfall daher sachgerecht sein.

ver.di weist darauf hin, die Empfehlungen des wissenschaftlichen Beirats umfänglich zu berücksichtigen sind, um einer Risikoselektion zu Lasten einer besonders vulnerablen Gruppe entgegenzuwirken.

ver.di fordert ein verbindliches Verfahren zur Evaluation sowie Vorgaben, innerhalb derer nachgewiesene Wirkungsdefizite bei den betreffenden Komponenten des RSA durch den Gesetzgeber zu korrigieren sind.

Stärkung von Präventionsanreizen durch den RSA (§ 270 Abs. 3 SGB V)

Die Früherkennungs- und Präventionsmaßnahmen der gesetzlichen Krankenkassen sollen künftig durch eine „Vorsorge-Pauschale“ finanziell gefördert werden. Anknüpfungspunkt für eine Pauschalzahlung können nur vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) in Richtlinien konkretisierte und als Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung abrechnungsfähige Leistungen der Mutterschaftsvorsorge, Gesundheits- oder Früherkennungsuntersuchungen, zahnärztliche Individualprophylaxeleistungen sowie Schutzimpfungen sein.

Maßnahmen zur Sicherstellung der Manipulationsresistenz des RSA

Das Bundesversicherungsamt erhält erweiterte Prüfbefugnisse zur Stärkung der Manipulationsresistenz. Dazu soll es im Rahmen der Durchführung des RSA die Datenmeldungen der Krankenkassen auf ihre Rechtmäßigkeit prüfen. Die Daten werden auf auffällige Steigerungen im Hinblick auf die Häufigkeit und Schwere der übermittelten Diagnosen, die nicht auf demografische Veränderungen zurückzuführen sind, geprüft. Außerdem wird geprüft, ob Auffälligkeiten bei betroffenen Krankenkassen zu erheblich erhöhten Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds geführt haben kann.

Zukünftig sind vertragliche Regelungen unzulässig, in denen bestimmte Diagnosen als Voraussetzung für Vergütungen gesehen werden. Verboten ist sowohl eine Vergütung als Gegenleistung für die Vergabe, Dokumentation oder Übermittlung von bestimmten Diagnosen als auch eine Vergütung ärztlicher Leistungen, deren Zahlung oder deren konkrete Höhe an bestimmte Diagnosen beziehungsweise an deren Anzahl geknüpft ist. Kassenindividuelle oder kassenartenspezifische Vereinbarungen, die bestimmte Diagnosen als Voraussetzung für Vergütungen vorsehen, dürfen auch im Kollektivvertragssystem (Gesamtverträge) nicht getroffen werden. Um upcoding zu vermeiden, werden die Regelungen zu den Verträgen der Hausarztzentrierten Versorgung und zu den Verträgen nach § 140 a SGB V (Selektivverträge) verschärft.

Es ist wichtig, durch die Maßnahmen zur Sicherstellung der Manipulationsresistenz bewährte Versorgungsstrukturen nicht zu gefährden. Sichergestellt werden muss, dass allein aufgrund evidenzbasierter, medizinisch-wissenschaftlicher Kriterien Diagnosen gestellt und sachgerecht vergütet werden. ver.di begrüßt daher grundsätzlich Maßnahmen, die geeignet sind, Upcoding und sonstige Fehlanreize zu verhindern. Die Verantwortung hierfür liegt ebenso auf der Seite der Leistungserbringer. Deshalb ist es sachgerecht, Die Wirtschaftlichkeitsberatung von Vertragsärzten durch Krankenkassen komplett abzuschaffen, um einen Missbrauch zur Kodierberatung der Vertragsärzte zu verhindern.

Wettbewerbsrecht (§ 4 a SGB V)

Die Unterlassungsansprüche und Rechtsschutzmöglichkeiten der Krankenkassen untereinander bei wettbewerbswidrigem Verhalten werden ausgeweitet. Krankenkassen, die sich durch einen Rechtsverstoß eines Konkurrenten benachteiligt sehen, können unabhängig vom Einschreiten der

zuständigen Aufsichtsbehörde selbst aktiv werden. Dies gilt künftig etwa auch beim Angebot unzulässiger Satzungsleistungen oder bei RSA-Manipulationen.

Um die Rechtmäßigkeit des wettbewerblichen Handelns der Krankenkassen sicherzustellen, werden die anzuwendenden Verhaltensregeln unter Berücksichtigung des Gesetzes gegen unlauteren Wettbewerb und der gemeinsamen Wettbewerbsgrundsätze der Aufsichtsbehörden kodifiziert. Verfahren der Krankenkassen untereinander sollen demzufolge nicht mehr von den Sozialgerichten verhandelt werden.

Mit dieser und weiteren Regelungen bestimmter Aspekte des Wettbewerbs zwischen den gesetzlichen Krankenkassen wird die Konkurrenzsituation verschärft und Verdrängungsprozesse im GKV-System befördert. Die Solidargemeinschaft GKV wird durch einen Wettbewerb um Versicherte und „gute“ Risiken weiter unter Druck gesetzt. Diese Tendenz steht einem Wettbewerb um die beste Versorgung entgegen. Es sollte daher weiter den Aufsichtsbehörden vorbehalten bleiben, vermeintliche von echten Interessensbeeinträchtigungen zu unterscheiden und gegen letztere wirksam vorzugehen.

ver.di begrüßt, dass auch für die neu eingeführten Unterlassungs- und Beseitigungsansprüche der Krankenkassen untereinander die Sozialgerichtsbarkeit vorgesehen ist. Aufgrund des hohen Spezialisierungsgrades im komplexen Rechtssystem ist diese Zuständigkeit sachgerecht. Nicht nachzuvollziehen ist allerdings die Betrauung der Landessozialgerichte statt der originär zuständigen Sozialgerichte.

Änderungen im Bereich des Organisationsrechts des GKV-SV

Veränderungen der Strukturen des GKV-Spitzenverbandes (§ 217b ff. SGB V)

Durch die Schaffung eines neuen Gremiums beim GKV-SV, einen „Lenkungs- und Koordinierungsausschuss“ soll eine bessere organisatorische Verbindung von operativem Geschäft auf der Ebene der Mitgliedskassen und der Wahrnehmung der gesetzlichen Aufgaben des GKV-Spitzenverbandes erreicht werden. Der Lenkungs- und Koordinierungsausschuss soll sich zusammen aus je einem weiblichen und einem männlichen hauptamtlichen Vorstandsmitglied der Ortskrankenkassen, der Ersatzkassen, der Betriebskrankenkassen und der Innungskrankenkassen sowie je einem Mitglied der Geschäftsführung der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See und der landwirtschaftlichen Krankenkasse.

Er soll künftig eine zentrale Rolle im GKV-SV erhalten: Versorgungsbezogene Entscheidungen des Vorstandes zu Verträgen sowie Richtlinien und Rahmenvorgaben oder vergleichbare Entscheidungen bedürfen künftig der Zustimmung dieses Gremiums. Der Lenkungs- und Koordinierungsausschuss kann alleine keine verbindlichen Entscheidungen treffen. Er ist aber im Vorfeld von Entscheidungen im Vorstand des GKV-Spitzenverbandes zu den im Gesetz bezeichneten Themen zu beteiligen und muss diesen grundsätzlich zustimmen.

Die Mitglieder des Lenkungs- und Koordinierungsausschusses können an Sitzungen von Gremien, denen der Vorstand angehört, sowie auch an nicht-öffentlichen Sitzungen des Verwaltungsrates teilnehmen. Der Lenkungs- und Koordinierungsausschuss kann zu Themen, die in die Zuständigkeit des Verwaltungsrates des Spitzenverbandes Bund fallen, vor Beschlussfassungen Stellungnahmen abgeben. Fordert der Verwaltungsrat mit der Mehrheit seiner Stimmen eine Stellungnahme des Lenkungs- und Koordinierungsausschusses an, muss der Lenkungs- und Koordinierungsausschuss die angeforderte Stellungnahme abgeben.

Gegenüber dem Referentenentwurf wird im Gesetzentwurf nicht vorgesehen, den Verwaltungsrat des GKV-SV künftig durch Vorstandsmitglieder der Krankenkassen zu besetzen. Jedoch wird durch die nun vorliegende Regelung die soziale Selbstverwaltung entwertet. Es soll eine hauptamtliche Parallelstruktur eingerichtet werden, die den Verwaltungsrat als sozialpolitische Korrektiv in eine Aufgabenkonkurrenz mit den Kassenvorständen bringt. Der Auftrag des Lenkungs- und Koordinierungsausschusses verletzt die Grundlagen der sozialen Selbstverwaltung als selbstverantwortliche, demokratische Mitwirkung der Bürgerinnen und Bürger an der Verwaltung des sozialen Rechtsstaats und Sozialstaatsmodells. Die Errichtung des Lenkungs- und Koordinierungsausschusses ist in eine Reihe von Angriffen auf das Prinzip der sozialen Selbstverwaltung seitens des BMG einzuordnen und wird von ver.di strikt abgelehnt.

Ausschlaggebend für die Umsetzung der GKV-Prinzipien der Beitragsgerechtigkeit und Leistungsgleichheit ist die Möglichkeit der Versicherten, selbst an grundlegenden Weichenstellungen in der Gesundheitsversorgung und an die diese maßgeblich betreffenden, organisationsbezogenen Entscheidungen teilzuhaben. Diese Teilhabe wird garantiert durch den im Rahmen der Sozialwahlen vorgesehenen Auftrag an die Versicherten, innerhalb der Selbstverwaltungsorgane der Sozialversicherungsträger für die Durchsetzung von Versicherteninteressen Sorge zu tragen. Als demokratisches Element des Sozialstaates wird dadurch nicht nur der Interessenausgleich zwischen den Finanzierungsseiten der Sozialversicherung gewährleistet, sondern auch die Legitimation sozialpolitischer Entscheidungen und sozialversicherungsrechtlichen Handelns und Verwaltens gestärkt.

Der Erhalt und die Stärkung der Selbstverwaltungsorgane mitsamt der ihnen übertragenen Funktionen und Kompetenzen ist entscheidend für ein effizientes und gerechtes Wirken des Sozialstaats. ver.di setzt sich daher nachdrücklich dafür ein, dass die soziale Selbstverwaltung gestärkt wird – so wie es im Koalitionsvertrag vereinbart wurde.

Die Anzahl der Mitglieder im Verwaltungsrat soll von bisher 52 auf höchstens 40 Mitglieder beschränkt werden. Es mangelt an einer Begründung für diese Maßnahme. ver.di kritisiert die Reduzierung der Mitgliederzahl des Verwaltungsrates und ordnet die Maßnahme in die Reihe der Angriffe auf das Prinzip der sozialen Selbstverwaltung ein. Sie erscheint willkürlich und kann nur als Ausdruck des Verständnisses gedeutet werden, Mitbestimmung und soziale Selbstverwaltung seien überflüssiger Ballast. Tatsächlich gefährdet die Reduzierung eine Akzeptanz der Beschlüsse des Verwaltungsrates, da eine adäquate Abbildung der Interessen von 109 Mitgliedskassen nicht mehr gewährleistet ist.

ver.di begrüßt die Maßnahmen zur ausgewogenen Geschlechterrepräsentanz im Verwaltungsrat des GKV-SV.

Abschaffung des Haftungsverbundes (§ 166 ff. SGB V neu)

Mit dem GKV-FKG wird der bisherige kassenartenbezogene Haftungsverbund abgeschafft und durch ein, wie es in der Begründung heißt, „faires“ Haftungssystem ersetzt. 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. Die Begründung für die Abschaffung des Haftungsverbundes überzeugt nicht: „Zusätzliche Verwerfungen im Wettbewerb ergeben sich aus dem historisch gewachsenen Haftungssystem, nach dem im Fall der Auflösung, Schließung oder Insolvenz vorrangig Krankenkassen derselben Kassenart zur Erfüllung nicht gedeckter Verpflichtungen herangezogen werden. Seit Einführung des Wettbewerbs zwischen Krankenkassen im Jahr 1996 stehen auch die Krankenkassen einer Kassenart miteinander im Wettbewerb, so dass die vorrangig kassenarteninterne Haftung mit einer fairen Wettbewerbsordnung nicht mehr vereinbar ist.“ Zum einen stehen AOK, Knappschaft, Landwirtschaftliche Krankenversicherung und geschlossene Betriebskrankenkassen nicht im Wettbewerb miteinander. Noch entscheidender ist jedoch das mit der Haftungskaskade umgesetzte Prinzip, die finanzielle Belastung durch Insolvenz für die GKV-Solidargemeinschaft organisatorisch zu begrenzen. Die neue Haftungssummenzuordnung durch den GKV-Spitzenverband soll jedoch die Kosten proportional auf alle Kassen verteilen. Die Gefahr einer finanziellen Schieflage im Haftungsfall steigt.

ver.di lehnt angesichts der Rahmenbedingungen eine Reform der kasseninternen Haftungsverpflichtung. Angesichts der erschwerten Rücklagenbildung bei gleichzeitig erzwungenem Reservenabschmelzen muss die Haftungskaskade bestehen bleiben. Wir verweisen an dieser Stelle ausdrücklich auf die Stellungnahme des Deutschen Gewerkschaftsbundes und schließen uns dieser vollumfänglich an.

Rechte von Beschäftigten sichern (§ 168 SGB V)

Der Gesetzesentwurf ignoriert durch die beabsichtigte Änderung des § 168 SGB V völlig die Notwendigkeit, Beschäftigten im GKV-Kassensystem umfassende Schutzfunktionen im Falle der Schließung oder Fusion der sie beschäftigenden Kasse zu gewähren. Gerade für Beschäftigte in einem öffentlich-rechtlichen Beschäftigungsverhältnis ist eine solche Verschlechterung nicht hinnehmbar. Dies hatte bereits das Bundesarbeitsgericht im Zusammenhang mit der Schließung der City BKK festgestellt.¹ Demnach sind sowohl aktive Vermittlungen als auch verbindliche Umsetzungen von Vermittlungen für die betroffenen Beschäftigten in diesem Zusammenhang unverzichtbar; für unkündbare Beschäftigte haben echte Unterbringungsangebote statt bloßer Vermittlungsbemühungen zu erfolgen, während bei Kündbaren zumindest die übliche Kündigungsfrist greifen muss. Aus gewerkschaftlicher Sicht ist es, aufbauend auf dieser Klarstellung, unabdingbar, dass eine verbindliche Vermittlung aller Beschäftigten das Ziel eines jeden zugehörigen Reformansatzes sein muss.

Hingegen wird durch den Gesetzesentwurf keinerlei Bezug zu dieser BAG-Rechtsprechung hergestellt. Mit der vorgesehenen Neuregelung würden Beschäftigte folglich die gewerkschaftlich erstrittene Klarstellung bezüglich der ihnen zustehenden Schutznormen verlieren, was völlig inakzeptabel ist. Zudem würden auch für kündbare Beschäftigte der AOK und der IKK die für sie bisher geltenden Vermittlungsschutzregelungen gestrichen.

ver.di lehnt diese massive Verschlechterung des Beschäftigtenschutzes und der Rechte der Beschäftigten strikt ab. Jegliche beabsichtigte Änderung bestehender gesetzlicher Regelungen hierzu muss sowohl der erwähnten Rechtsprechung des Bundesarbeitsgerichtes als auch dem Grundsatz der Gleichbehandlung und damit der Klarstellung eines umfassenden Schutz- und Vermittlungsanspruchs aller Beschäftigten der Kassen im GKV-System Rechnung tragen.

¹ Vgl.: BAG- Urteil zu AZR 474/12 vom 21.11.2013

Zu Artikel 7 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Rechnungszuschlag für Krankenhäuser (§ 8 Abs. 11 KHEntgG)

Der Gesetzentwurf sieht einen pauschalen Ausgleich etwaiger nicht refinanzierter Tarifsteigerungen beim Pflegepersonal vor. Bei Patientinnen oder Patienten, die zur voll- oder teilstationären Krankenhausbehandlung in das Krankenhaus aufgenommen werden, ist im Zeitraum vom 1. Januar 2020 bis zum 31. Dezember 2020 ein Zuschlag in Höhe von 0,3 Prozent des Rechnungsbetrags zu berechnen und gesondert auf der Rechnung auszuweisen. Der Zuschlag wird bei der Ermittlung der Erlösausgleiche nicht berücksichtigt. Da insgesamt nicht ausgeschlossen werden könne, dass Tarifsteigerungen für Pflegepersonal für die Jahre 2018 und 2019 nicht in jedem Einzelfall aus den zusätzlichen Erlösen gedeckt werden können, wird mit einer gesetzlichen Regelung ein einjähriger Zuschlag für den nachträglichen pauschalen und abschließenden Ausgleich etwaiger nicht refinanzierter Tarifsteigerungen im Bereich des Pflegepersonals eingeführt. Die Regelung soll gewährleisten, dass die zusätzlichen Mittel in Höhe von rund 250 Millionen Euro den Krankenhäusern schnell und ohne relevanten zusätzlichen bürokratischen Aufwand zur Verfügung gestellt werden. Die Finanzierung erfolgt durch Beitragsmittel der gesetzlichen Krankenkassen aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds.

ver.di fordert seit langem die vollständige Finanzierung der Tarifsteigerungen. Personalabbau und noch mehr Druck auf die verbleibenden Beschäftigten waren in der Vergangenheit oft die Folge davon, dass Tarifierhöhungen nicht vollständig ausgeglichen wurden. Mit dem vorgesehenen pauschalen Ausgleich für Tarifsteigerungen beim Pflegepersonal profitieren nicht tarifgebundene Krankenhäuser. Die Tarifbindung der Krankenhäuser muss gestärkt werden, nicht tarifgebundene Träger dürfen nicht „belohnt“ werden, indem sie die Mittel nicht wie tarifgebundene Häuser über Tarifsteigerungen an das Pflegepersonal weitergeben müssen. Dieser Fehlanreiz wird ab 2020 mit dem Pflegebudget verhindert, indem eine vollständige Refinanzierung bis zur Höhe der tarifvertraglichen Vergütung erfolgt.

ver.di kritisiert die fehlende Zweckbindung des pauschalen Aufschlages. Es ist nicht sichergestellt, dass die Mittel tatsächlich zum Ausgleich etwaiger Lücken bei der Tarifrefinanzierung eingesetzt werden und schlägt daher folgende Änderung in Artikel 7, § 8 Absatz 11 KHEntgG (Änderung hervorgehoben) vor:

„(11) Bei Patientinnen oder Patienten, die zur voll- oder teilstationären Krankenhausbehandlung in das Krankenhaus aufgenommen werden, ist im Zeitraum vom

1. Januar 2020 bis zum 31. Dezember 2020 ein Zuschlag in Höhe von 0,3 Prozent des Rechnungsbetrags zu berechnen und gesondert auf der Rechnung auszuweisen. **Das Krankenhaus hat in den Budgetverhandlungen für den Pflegesatzzeitraum 2020 nachzuweisen, dass die durch die Fallpauschalen zugeflossenen Mittel der Jahre 2018 und 2019 die Pflegepersonalkosten nicht decken konnten. In den Fällen, in denen das Krankenhaus diesen Nachweis nicht erbringen kann, ist der Zuschlag nach Satz 1 über einen Abschlag in gleicher Höhe im nächstmöglichen Pflegesatzzeitraum zurückzuzahlen. Der Zuschlag nach Satz 1 bzw. Abschlag nach Satz 3 wird bei der Ermittlung der Erlösausgleiche nicht berücksichtigt.“**

Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Mehr Qualitätstransparenz für Versicherte, mehr Anreize für bessere Versorgung – Solidarische Wettbewerbsordnung in der gesetzlichen Krankenversicherung weiterentwickeln

BT-Drs. 19/9596

Im Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN wird die Bundesregierung aufgefordert, 1.) ein unabhängiges und qualitätsgesichertes Monitoring zu etablieren, das durch geeignete Kriterien eine Bewertung und den Vergleich der Versorgungsleistung und –qualität von Krankenkassen ermöglicht und diese den Versicherten in einem Portal zugänglich macht. Unter 2.) soll der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR Gesundheit) damit beauftragt werden, ein Gutachten über Anreize und Instrumente, mit denen beispielsweise das besondere Engagement etwa von Krankenkassen für Patientengruppen mit besonderem Behandlungsbedarf belohnt wird oder Krankenkassen zum Abschluss von sektorübergreifenden Versorgungsverträgen bewegt werden, vorzulegen.

Das Leistungsangebot der Kassen wird aufgrund von Selektivverträgen, Zusatzleistungen und Bonusprogrammen zunehmend unübersichtlich. In Zeitungen und im Internet kursieren Listen der „Besten Krankenkassen“. Diese bestehen jedoch im Wesentlichen aus Finanzdaten (Höhe der Zusatzbeiträge), Servicedaten, Wellnessangeboten oder wissenschaftlich umstrittenen Behandlungsmethoden wie der Homöopathie. Im Krankheitsfall interessieren die Leistungen der Krankenkasse. Bisher zugängliche Vergleichsportale reduzieren ihre Kernaussagen häufig auf einen reinen Preiswettbewerb. Dieser konterkariert jedoch das Ziel des Wettbewerbs um die beste Versorgung. Es kommt deshalb darauf an, dass Versicherten ein besserer und vergleichbarer Zugang zu Informationen über Ergebnisse aus geprüften Indikatoren zur Versorgungsqualität seitens der Krankenkassen ermöglicht wird. Instrumente, die einen Preiswettbewerb zu Lasten der Solidargemeinschaft im GKV-System befördern können, lehnt ver.di ab.

Im Übrigen verweist ver.di auf die weiteren Ausführungen in der Stellungnahme des DGB-Bundesvorstandes und schließen uns diesen an.