



dbb
beamtenbund
und tarifunion

dbb beamtenbund und tarifunion Friedrichstraße 169 10117 Berlin

Per E-Mail: 222@bmg.bund.de
Bundesministerium für Gesundheit

Bundesleitung

Friedrichstraße 169
D-10117 Berlin
Telefon 030.4081-40
Telefax 030.4081-49 99
post@dbb.de
www.dbb.de

17. April 2019
GB 4
Durchwahl: 5302

Entwurf eines Gesetzes für eine faire Kassenwahl in der gesetzlichen Krankenversicherung
(Faire-Kassenwahl-Gesetz – GKV-FKG)
GZ: 222-21645-02

Sehr geehrte Damen und Herren,

der dbb beamtenbund und tarifunion übersendet Ihnen zum oben genannten Gesetzentwurf anliegende Stellungnahme mit der Bitte um Kenntnisnahme und Berücksichtigung.

Mit freundlichen Grüßen

Ulrich Silberbach
Bundesvorsitzender



dbb
beamtenbund
und tarifunion

Stellungnahme

des dbb beamtenbund und tarifunion

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

Berlin, 17. April 2019





Allgemeines

Der dbb begrüßt zwar grundsätzlich die mit dem Faire-Kassenwahl-Gesetz (GKV-FKG) verfolgte Intention, Wettbewerbsverzerrungen der Krankenkassen untereinander zu reduzieren. Wettbewerb ist jedoch kein Allheilmittel. In den vergangenen zehn Jahren ist die Zahl der Krankenkassen im System der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) vor allem wegen gesetzgeberischer Eingriffe deutlich zurückgegangen. Waren im Jahr 2005 noch 267 Krankenkassen am Markt, ist die Zahl im Jahr 2019 auf 109 gesunken. Tatsächlich fairer Wettbewerb darf nicht nur an Skaleneffekten, also Kosteneinsparungen durch schlichte Größe, festgemacht werden. Eingriffe in ein funktionierendes System mit dem Ziel, Verbesserungen für Versicherte und Beschäftigte zu erreichen, sind stets ein Balanceakt und dürften nicht im Hau-Ruck-Verfahren erfolgen.

Im Hinblick auf die derzeitige Ausgestaltung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA) sieht der dbb seit längerem Verbesserungsbedarf und hatte dies auch in einem Beschluss auf dem Gewerkschaftstag 2012 bekräftigt. Die Festlegung auf bis zu 80 Krankheiten und rund 200 hierarchisierte Morbiditätsgruppen (HMG), die Sonderzuweisungen auslösen, ist nicht mehr zeitgemäß. Die derzeitige starke Gewichtung der Prävalenz im Vergleich zu den durchschnittlich durch eine Erkrankung ausgelösten Kosten spiegelt aus Sicht des dbb nicht die medizinisch-technische Entwicklung wider. Der derzeitige Morbi-RSA berücksichtigt Volkskrankheiten, die verhältnismäßig häufig auftreten, allerdings nicht übermäßig hohe Kosten verursachen. Seltene, kostspielige Krankheiten werden hingegen nicht ausreichend abgebildet.

Aus diesem Grund begrüßt der dbb die vorgesehenen Änderungen am Risikostrukturausgleich, die sich größtenteils am Gutachten des wissenschaftlichen Beirates zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs orientieren.

Weiterentwicklung der Strukturen des GKV-Spitzenverbandes

Kritisch sieht der dbb die mit dem Entwurf geplante Aushöhlung der Selbstverwaltung. Hierfür besteht keine Notwendigkeit, schließlich haben sich die Strukturen der gemeinsamen Selbstverwaltung über Jahrzehnte bewährt. Ein Eingriff in die Strukturen mit dem Ziel der Professionalisierung durch Austausch der ehrenamtlichen Verwaltungsräte der Krankenkassen im Verwaltungsrat des Spitzenverbandes der Krankenkassen durch Vorstandsmitglieder der Krankenkassen steht der in Politik und Medien propagierten Förderung des Ehrenamtes ebenso entgegen wie es die Bedeutung der Sozialwahlen schwächt. Erinnerung sei an dieser Stelle an das Vorhaben im Koalitionsvertrag, die Selbstverwaltung zu stärken. Die Argumentation, das operative Geschäft der Krankenkassen könne durch Besetzung mit Vorstandsmitgliedern besser abgebildet werden, mag zutreffen. Allerdings ist frag-



lich, ob nicht gerade die stärkere Gewichtung von Faktoren des operativen Geschäfts der Krankenkassen den Wettbewerb eher behindert. Der dbb lehnt aus diesen Gründen die Regelung des § 217b SGB V strikt ab.

Reform des Morbi-RSA

Zunächst begrüßt der dbb den geplanten Übergang auf ein Krankheits-Vollmodell. Die Begrenzung auf bestimmte Grunderkrankungen ist nicht mehr zeitgemäß. Die nun vorgesehene Einbeziehung von voraussichtlich rund 350 Krankheiten macht das System der Zuweisungen deutlich komplexer und erhöht (isoliert betrachtet) zunächst die Manipulationsmöglichkeiten, denn mit steigender Zahl Zuweisungen auslösender Grunderkrankungen steigt auch die Zahl der hierarchisierten Morbiditätsgruppen stark an. Das lässt auch die Kontrollen komplexer werden.

Zum jetzigen Zeitpunkt ist unklar, wie ein derartiges Klassifikationsmodell konkret ausgestaltet werden soll. Der dbb begrüßt zwar den in § 2 Risikostruktur-Ausgleichsverordnung vorgegebenen Rahmen des durch das Bundesversicherungsamt auszugestaltenden Klassifikationsmodells sowie die wissenschaftliche Erprobung. Solange jedoch die konkrete Ausgestaltung unklar ist, kann eine abschließende Einschätzung nicht seriös getroffen werden. Auch der vorgesehene Zeitplan bleibt vage.

Unabhängig vom Übergang zu einem Krankheits-Vollmodell zielt der Gesetzentwurf darauf ab, den Morbi-RSA weniger wettbewerbsverzerrend auszugestalten. Die in diesem Zusammenhang in § 268 SGB V vorgesehene Einführung eines kassenartübergreifenden Risikopools zur solidarischen Finanzierung von Hochkostenfällen, die bisher insbesondere kleinere Krankenkassen in finanzielle Bedrängnis bringen konnten, wird vom dbb uneingeschränkt begrüßt. Dies gilt gleichfalls für die Deckelung auf 80 Prozent der den Schwellenwert von 100.000 Euro überschreitenden Kosten. Auf diese Weise bleiben Anreize zu wirtschaftlichem Handeln auch jenseits des Schwellenwertes erhalten. Die Koppelung des Schwellenwertes an die Bezugsgröße gemäß § 18 Abs. 1 SGB IV wird ebenfalls begrüßt, zumal davon auszugehen ist, dass die Arzneimittel- und Behandlungskosten im Bereich der Hochkostenfälle stärker ansteigen werden als das allgemeine Lohn- und Preissteigerungsniveau.

Selbstverständlich muss es im Wettbewerb fair und gesetzeskonform zugehen. Aus diesem Grund begrüßt der dbb ausdrücklich die im Referentenentwurf vorgesehenen Maßnahmen, die dazu dienen, Fehlanreize und Fehlverhalten auf ein Minimum zu reduzieren. Ein gutes Beispiel sind die in § 140a Abs. 2 Satz 7 SGB V vorgesehenen Regelungen, mit denen Vergütungen seitens der Krankenkassen für bestimmte, mit höheren Zuweisungen verbundene Diagnosen, unterbunden werden. Die auch als „up-coding“ bezeichneten, sachlich unbegründete Mehrzuweisungen aus dem Gesundheitsfonds an einzelne Krankenkassen übervorteilen nicht



nur diejenigen Krankenkassen, die sich an die Regeln halten, sondern gehen auch zu Lasten der Versichertengemeinschaft.

In eine ähnliche Richtung geht auch die Abschaffung der Wirtschaftlichkeitsberatung nach § 305a SGB V durch die kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassen. Das Ziel ist, Manipulationen durch Mangel an Gelegenheiten zu verhindern. Für den dbb stellt sich die Frage, warum die Beratung der Ärzte durch die Pharmaindustrie nicht ebenfalls zur Disposition gestellt wird.

Ausdrücklich begrüßt wird vom dbb die in § 270 Abs. 3 SGB V vorgesehene Verankerung von Präventionsanreizen in den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich. Die Formel, dass sich Investitionen in die Gesunderhaltung und Früherkennung langfristig mehr als auszahlen, wird mit der nun einzuführenden Vorsorgepauschale flankiert. Die Krankenkassen haben nun einen direkten finanziellen Anreiz, ihre Versicherten zur Inanspruchnahme von Präventionsleistungen zu bewegen. Die Pauschale ändert jedoch nichts an der Tatsache, dass Prävention aus Sicht des dbb immer noch einen viel zu geringen Stellenwert in den Ausgaben der Krankenkassen ausmacht. Langfristig ist Prävention und Früherkennung unter Kosten-Nutzen-Erwägungen die wirkungsvollste Antwort auf den demografischen Wandel.

Modernisierung des Organisationsrechts der Krankenkassen

Die Tendenz des Gesetzgebers, das Gesundheitssystem auf mehr Effizienz zu trimmen, ist nicht unumstritten. Mit der Einführung der diagnosebezogenen Fallpauschalen im stationären Bereich sollte der Wettbewerb der Krankenhäuser angeheizt werden. Die Abkehr von den Tagessätzen führte (politisch gewollt) zu sinkender Bettenauslastung der Krankenhäuser, da sich fortan ein Patient umso mehr rechnete, je kürzer seine Verweildauer ist. Die Effizienzgewinne durch das Fallpauschalen-System wurden und werden zu einem großen Teil auf dem Rücken von Patienten und Beschäftigten erwirtschaftet.

Auch im Bereich der Krankenkassen wurden im Hinblick auf den Wettbewerb der Krankenkassen untereinander die Daumenschrauben in den letzten Jahren deutlich angezogen. So hat sich im Zeitverlauf die Kassenlandschaft stark verändert: Die Fokussierung auf große Krankenkassen, die schlicht aufgrund ihrer Größe Kostenvorteile haben, ging und geht zu Lasten der regionalen Anbieter. Der dbb fürchtet, dass sich etwa der vorgesehene Zwang zur bundesweiten Öffnung regionaler Kassen negativ auf die Versorgung in strukturschwachen Regionen auswirken kann. Sicherlich zunächst klingt es für die Versicherten verführerisch: schließlich sind die bisher ausschließlich regional zugänglichen Krankenkassen in vielen Fällen günstiger. Das liegt an unterschiedlichen Faktoren. Sicherlich auch an den im Gesetzentwurf genannten geringeren Kosten, die etwa für die fachärztliche Versorgung in der Region im Vergleich zu den Ballungsgebieten anfallen.



Summa Summarum sieht der dbb die in § 143 SGB V vorgesehene bundesweite Öffnung bisher nur regional begrenzt zugänglicher Krankenkassen zwiegespalten. Denn mit der Neuregelung ist aus Sicht des dbb eine fatale Steuerungswirkung verbunden: Durch die klare Fokussierung auf den Preis werden gesetzlich Krankenversicherte dazu motiviert, in eine kostengünstigere, aber häufig wohnortferne Kasse zu wechseln. Spätestens mittel- bis langfristig wird dies dazu führen, dass betroffene Versicherte sich außerhalb des Wirkungsbereiches der Versorgungsverträge und Angebote der jeweiligen Krankenkasse aufhalten bzw. die wohnortferne Krankenkasse über die Distanz hinweg nicht die Verhandlungsmacht hat wie der Platzhirsch vor Ort. Somit könnte für die Betroffenen eine Inanspruchnahme im Krankheitsfall schwierig werden.

Bei einer Erstreckung auf eine bundesweite Versorgung besteht die Gefahr, dass die aufgebauten Versorgungsstrukturen vor Ort leiden, müssten doch die verfügbaren Ressourcen in den Aufbau von Strukturen in den bisher nicht abgedeckten Gebieten fließen. Die Gefahr der Konzentration auf Monopolregionen ist nicht von der Hand zu weisen. In den betreffenden Krankenkassen würde der Zwang zur Bildung einer Bundeskrankenkasse wachsen. In diesem Fall sind deutliche Arbeitsplatzverluste zu befürchten.

Die in § 266 SGB V in Verbindung mit § 2 Risikostruktur-Ausgleichsverordnung implementierte Regionalkomponente soll die Differenzen in den regionalen Kostenstrukturen im Risikostrukturausgleich berücksichtigen und weitestgehend ausgleichen, weist jedoch in die selbe Richtung. Es handelt sich aus Sicht des dbb um ein Förderprogramm für Krankenkassen in Ballungsgebieten, die sich zwar gegebenenfalls höheren Versorgungskosten stellen müssen, jedoch gleichzeitig von der räumlichen Zentralisierung profitieren.

Letztlich handelt es sich um ein „Danaer Geschenk“, denn die vorgesehene Berücksichtigung regionaler Faktoren bei den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds wird die regionalen Kassen stark belasten und könnte dazu führen, dass die über Jahrzehnte gewachsene Vernetzung in der Region nicht mehr aufrechterhalten werden kann. Der dbb sieht die Vielfalt der auf dem deutschen Krankenversicherungsmarkt wählbaren Angebote als ein großes Plus an, dass es schützen gilt.

Neu ist die in § 166 ff SGB V geregelte kassenartübergreifende Haftung für die Verpflichtungen einer aufgelösten oder geschlossenen Krankenkasse. Bisher bestand eine vorrangige Haftung für Kassen derselben Art. Mit der nun vorgesehenen Änderung wird das Risiko auf breitere Füße gestellt. Dies ist auch im Hinblick auf die Versorgungsansprüche der Dienstordnungsangestellten begrüßenswert. Die in § 167 Abs. 2 geregelte Inanspruchnahme der Finanzreserven der Krankenkassen bei einem Haftungsbetrag von insgesamt mehr als 350 Millionen Euro lehnt der dbb jedoch strikt ab. Auch wenn das Heranziehen der Finanzreserven gestaffelt ist und Härtefallregelungen beinhaltet, so ist es doch ein direkter und inakzeptabler Eingriff in die Finanzautonomie der Krankenkassen, der falsche Anreize setzt. Ähn-



lich wie beim Länderfinanzausgleich werden so Kassen für wirtschaftliches Handeln bestraft. Der dbb hatte bereits im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens zum Versichertenentlastungsgesetz scharfe Kritik an der Verpflichtung zum Abschmelzen der Finanzreserven geübt, denn nachhaltiges Wirtschaften wird auf diese

Weise nicht gefördert. Sollten überdurchschnittliche Finanzreserven einzelner Kassen(-arten) durch Fehlallokationen im Risikostrukturausgleich entstanden sein, werden die im vorliegenden Gesetzentwurf vorgesehenen Änderungen ohnehin zu einer mittelfristigen Angleichung führen.