

Stellungnahme des Deutschen Gewerkschaftsbundes zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit

Entwurf eines Gesetzes für eine Faire Kassenwahl in der gesetzlichen Krankenversicherung (Faire-Kassenwahl-Gesetz) 15.04.2019

1. Übersicht

Der Deutsche Gewerkschaftsbund (DGB) und seine Mitgliedsgewerkschaften vertreten die Interessen der abhängig Beschäftigten und ihrer Angehörigen in Deutschland. Er nimmt in der vorliegenden Positionierung Stellung zu einem Referentenentwurf des Bundesgesundheitsministeriums, der im Wesentlichen zwei Vorhaben folgt: einerseits sollen umfassende Eingriffe in das Organisationsrecht der gesetzlichen Krankenkassen vorgenommen werden, andererseits soll der morbiditätsorientierte Finanzierungsausgleich zwischen den gesetzlichen Krankenkassen reformiert werden. Beide Vorhaben betreffen wesentliche Grundlagen der Gesundheitsversorgung der Beschäftigten sowie der Ausgestaltung des Sozialstaatsprinzips und sind deshalb in ihrer Tragweite und Bedeutung nicht zu unterschätzen.

Die Beschäftigten in Deutschland sowie ihre Angehörigen sind zum weit überwiegenden Teil¹ im System der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert, womit die gesetzlichen Krankenkassen die mit Abstand wichtigsten Institutionen zur sozialen Absicherung der Bevölkerung im Kontext der Gesundheitsversorgung darstellen. Wesentliches Merkmal der GKV ist das Solidaritätsprinzip, nach dem die Beitragsbemessung der Versicherten nicht durch das individuelle Krankheitsrisiko, sondern durch das persönliche Einkommen des Versicherten und den dadurch festgelegten Beitragssatz definiert wird. Dadurch werden sowohl eine wettbewerbsorientierte Selektion zwischen „guten“ und „schlechten“ Risikoträgern als auch eine unangemessene Belastung einkommensschwacher, bspw. prekär beschäftigter oder durch hohe Krankheitsausgaben besonders belasteter Bürgerinnen und Bürger vermieden. Somit sorgt das GKV-System für eine gesundheitliche Daseinsvorsorge der Versicherten auf Grundlage gerechter Beitragsbelastungen sowie gleicher Leistungszugänge für alle gesetzlich Versicherten.

Ausschlaggebend für die Umsetzung der Prinzipien der Beitragsgerechtigkeit und Leistungsgleichheit ist die Möglichkeit der Versicherten, selbst an grundlegenden

Deutscher Gewerkschaftsbund
Bundesvorstand
Abteilung Sozialpolitik

Knut Lambertin
Referatsleiter Gesundheitspolitik
Grundsatzfragen

knut.lambertin@dgb.de

Telefon: +49 30 - 24060-706
Telefax: +49 30 - 24060-226
Mobil: +49 160 - 90772957

Henriette-Herz-Platz 2
D - 10178 Berlin
www.dgb.de

Robert Spiller
Referatsleiter Gesundheitspolitik
Europäische Arbeitsmarkt- und
Sozialpolitik

robert.spiller@dgb.de

Telefon: +49 30 - 24060-311
Telefax: +49 30 - 24060-226
Mobil: +49 151 542 73 992

Henriette-Herz-Platz 2
D - 10178 Berlin
www.dgb.de

¹ 2018 waren laut BMG 72.8 Mio. Bürgerinnen und Bürger im System der GKV versichert. Vgl.: http://www.sozialpolitik-aktuell.de/tl_files/sozialpolitik-aktuell/_Politikfelder/Gesundheitswesen/Datensammlung/PDF-Dateien/abbVI6.pdf



Weichenstellungen in der Gesundheitsversorgung und an 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 DGB und seine Mitgliedsgewerkschaften erachten den Erhalt und die Stärkung der Selbstverwaltungsorgane mitsamt der ihnen übertragenen Funktionen und Kompetenzen als entscheidend für ein effizientes und gerechtes Wirken des Sozialstaats. Da der DGB die Interessen der Beschäftigten auch in ihrer Rolle als Krankenversicherte sowie als Patientinnen und Patienten vertritt, setzt er sich entschieden dafür ein, deren Mitwirkung am Sozialstaatsprinzip in der oben genannten Form auch künftig sicherzustellen. Schließlich ist eine leistungsfähige Selbstverwaltung untrennbar mit der Umsetzung des Sozialpartnerprinzips verbunden. Angesichts dessen sind die Inhalte des vorliegenden Gesetzesentwurfs nicht nur als eine offene Missachtung der bisherigen sozialpolitischen Interesseneinbindung der Versicherten, sondern als Aufkündigung einer wesentlichen Grundlage des Sozialstaatsprinzips zu verstehen. Statt einer Stärkung selbstverwalterischen Handelns in den gesetzlichen Krankenversicherungen wird die Entmachtung der Versicherten zugunsten einer wettbewerbsorientierten „Professionalisierung“ des GKV-Spitzenverbandes angestrebt. Diese Entwertung ist als hochproblematischer Bestandteil einer Reihe von Angriffen des Bundesgesundheitsministeriums gegen die Selbstverwaltungsorgane der Sozialversicherungsträger einzuordnen.

Darüber hinaus soll der vorliegende Gesetzesentwurf offensichtlich einer weiteren Stärkung des Preiswettbewerbs innerhalb der GKV und damit der fortgesetzten Schwächung des Prinzips der Solidargemeinschaft dienen. Neben der geplanten bundesweiten Öffnung der meisten gesetzlichen Krankenkassen werden bestehende Wettbewerbsregeln konkretisiert und Klagerechte ausgeweitet, mit denen dem entfesselten Preiskampf der Krankenkassen untereinander um alle Versicherten offenbar das Feld bereitet werden soll. In diesem Zusammenhang ist auch eine Zuweisung aller wettbewerbsrechtlichen Streitigkeiten nach dem neuen § 4a Absatz 7 SGB V an die Zivilgerichtsbarkeit vorgesehen. Im Ergebnis wäre nicht nur die Aufsicht über bisher regional begrenzte Kassen künftig beim Bundesversicherungsamt angesiedelt, sondern eine umfassende Beseitigung bisher regional gegliederter Versorgungsangebote zugunsten größerer, zentralistischer Strukturen zu erwarten.



Zudem will der Gesetzesentwurf die lange erwartete Reform des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (mRSA) angehen. Dazu gehören bspw. sowohl die Einführung eines Vollmodells als auch einer regionalen Komponente. Nach der Veröffentlichung des Gutachtens des wissenschaftlichen Beirats zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs im Juni 2018² wird damit ein Reformansatz vorgelegt, der einerseits zahlreiche notwendige Reformschritte aufgreift und eine potentiell zielgenauere Anwendung des Finanzausgleichs zwischen den Krankenkassen in Aussicht stellt. Andererseits werden darin jedoch auch Empfehlungen des Beirats, wie etwa dessen ablehnende Haltung gegenüber einer Streichung des Kriteriums Erwerbsminderung, ignoriert. Begleitende Maßnahmen wie eine regelmäßige Evaluation des Weiterentwicklungsbedarfs des mRSA und eine Stärkung der Manipulationsresistenz im Zusammenhang mit Kodierung bestimmter Diagnosen sollen die Reform des mRSA auch in der Zukunft wirksam halten.

Der DGB lehnt Eingriffe in das Organisationsrecht der Krankenkassen strikt ab und warnt eindringlich vor einer weiteren Ausweitung des Wettbewerbsprinzips. Gleichzeitig begrüßt er die Mehrzahl der vorgelegten Ansätze zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs und fordert das Bundesgesundheitsministerium auf, mit einer notwendigen Überarbeitung für Finanzierungsgerechtigkeit zwischen den Krankenkassen zu sorgen.

2. Inhalte des Gesetzesentwurfs

2.1 Geplante Änderungen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs

Künftig soll es eine umfassende Berücksichtigung des gesamten Krankheitsspektrums (sog. Vollmodell) anstelle der bisherigen Begrenzung der berücksichtigungsfähigen Krankheiten auf 50-80 innerhalb des mRSA geben. Damit soll eine Vereinfachung des bisherigen Ausgleichsverfahrens erreicht werden, da bei einer vollumfänglichen Berücksichtigung die jährliche Krankheitsauswahl entfallen würde. Das Verhältnis zwischen jüngeren und älteren Versicherten soll durch die Einführung von Altersinteraktionstermen künftig dahingehend geändert werden, dass der Einfluss altersbezogener Faktoren auf Krankheitsverläufe und auf die damit zusammenhängenden Behandlungskosten berücksichtigt wird. Dies ist bisher beispielsweise der Fall bei jüngeren Versicherten mit hohem Morbiditätsrisiko und zu niedrigen Zuweisungen.

Die Erweiterung des RSA um eine regionale Komponente zur Berücksichtigung statistisch relevanter Variablen wie etwa der Anteil der ambulant Pflegebedürftigen, die zur Erklärung regionaler Deckungsbeitragsunterschiede dienen, soll künftig etwaigen

² Verfügbar unter <https://www.bundesversicherungsamt.de/risikostrukturausgleich/wissenschaftlicher-beirat.html>



Marktkonzentrationsprozessen vorbeugen und zum Abbau von Wettbewerbsverzerrungen beitragen. Angebotsbezogene, regionale Variablen wie etwa die Arztdichte oder stationäre Kapazitäten in Krankenhäusern soll nicht Teil des Finanzierungsausgleichs sein. Durch Einführung eines den RSA ergänzenden Risikopools sollen hohe finanzielle Belastungen für einzelne Kassen durch Hochkostenfälle in Fällen besonders hochpreisiger Arzneimittel abgemildert werden. Dazu werden den Kassen für jeden versicherten 80 Prozent der Leistungsausgaben ab einer Grenze von 100.000€ pro Jahr erstattet. Zugleich wird eine systematische Prüfung der dem Pool zugrunde gelegten Leistungsdaten eingeführt.

Um möglichen Manipulationen bei der Kodierung von Diagnosen (*upcoding*) künftig einen Riegel vorzuschieben, will das BMG bei der Berechnung der Risikozuschläge im Jahresausgleich sog. hierarchisierte Morbiditätsgruppen, die GKV-weit eine bestimmte Diagnosesteigerungsrate übersteigen, ausschließen. Alle Krankenkassen sollen in der Folge keine Zuweisungen für diese HMGs mehr erhalten. Zudem soll auch die eventuelle Einführung von HMGs speziell für Hausärzte geprüft werden, um im Falle von identischen Diagnosen durch Haus- und Fachärzte den allgemein niedrigeren Ausgaben bei der hausärztlichen Versorgung entsprechen zu können. Hierdurch will das BMG die Möglichkeit der Verbreitung von Verträgen zur Beeinflussung der hausärztlichen Kodierung einschränken und die Manipulationsanfälligkeit des RSA senken.

Zur stärkeren Berücksichtigung von krankenkassenseitigen Präventionsbemühungen sollen diese künftig für jeden Versicherten eine Vorsorge-Pauschale erhalten, sobald eine Maßnahme aus den Bereichen Mutterschaftsvorsorge, Gesundheits- und Früh-erkenntnisuntersuchungen oder Schutzimpfungen durch die Versicherten in Anspruch genommen wird.

Entfallen sollen künftig sowohl die Berücksichtigung des Kriteriums Erwerbsminderung als Risikomerkmale sowie die Gewährung einer Kostenpauschale für die strukturierte Durchführung von Disease- Management- Programmen (DMPs). Auch können bisher berücksichtigungsfähige Arzneimittelrabatte künftig nicht mehr je Krankenkasse angerechnet werden, da diese in Zukunft individualisiert auf die Versicherten berechnet werden sollen.

2.2 Änderungen im Bereich des Organisationsrechts der Krankenkassen

Das BMG beabsichtigt einen tiefgehenden Eingriff in das Organisationsrecht der Krankenkassen, nachdem künftig eine bundesweite Öffnung aller Krankenkassen der Regelfall sein soll. Mit der Streichung der gesetzlichen regionalen Begrenzungen der Allgemeinen Ortskrankenkassen und der umfassenden Öffnung der BKKen und IKKen



soll im Ergebnis sowohl eine bundesweit einheitlichen Rechtsaufsicht durch das BVA installiert als auch mögliche Wettbewerbsverzerrungen durch bundesweit einheitliche Zuweisungen bei regional unterschiedlichen Ausgabenstrukturen sowie durch unterschiedliches Handeln der Landesaufsichtsbehörden beseitigt werden. Ausgenommen von der bundesweiten Öffnung der Krankenkassen sollen lediglich Betriebskrankenkassen sein, die durch einen starken Bezug zu Trägerunternehmen geprägt sind und dadurch einen spezifischen Versorgungsauftrag erfüllen.

Das bisherige Haftungssystem im Sinne der vorrangigen Haftungsverpflichtung von Krankenkassen derselben Krankenkassenart soll nach dem Willen des BMG abgeschafft werden, um eine wettbewerbsneutrale Neuordnung der Haftung zu ermöglichen. Entstehende Kosten aus der Schließung, Auflösung oder Insolvenz einer Krankenkasse sollen künftig von allen Kassen auf Basis eines einheitlichen Verteilungsschlüssels über den GKV Spitzenverband getragen werden

Im Bereich des Wettbewerbsrechts und der Klagerechte der Krankenkassen untereinander soll es ebenfalls eine Neuregelung bzw. Ausweitung geben: mit dem Gesetz gegen unlauteren Wettbewerb (UWG) wird ein Mindeststandard im Wettbewerb der Krankenkassen untereinander für verbindlich erklärt. Maßnahmen der Risikoselektion sollen untersagt werden. Krankenkassen können künftig auf Eigeninitiative und ohne vorheriges Einschreiten der zuständigen Aufsichtsbehörde künftig selbst aktiv werden, wenn sie sich durch einen vermuteten Rechtsverstoß eines Konkurrenten insbesondere bei Angebot unzulässiger Satzungsleistungen oder bei Verdacht auf RSA-Manipulationen benachteiligt sehen. Für Klagen wird der Rechtsweg zu Zivilgerichten, die mit der Anwendung des UWG vertraut sind, eröffnet. Begründet wird dies damit, eine Rechtswegspaltung zu vermeiden und eine größere Sachnähe zu wettbewerbsrechtlichen Fragestellungen zu gewährleisten.

Ebenfalls sollen weitreichende Eingriffe zur Neuordnung der Strukturen des GKV – Spitzenverbandes erfolgen. Der Verwaltungsrat soll in Zukunft aus den Vorstandsmitgliedern der Mitglieds-kassen konstituiert werden und sich somit nicht mehr aus den gewählten ehrenamtlichen Vertreterinnen und Vertretern der Verwaltungsräte der Krankenkassen zusammensetzen.

Die Zusammensetzung des hierdurch in seiner mehr als halbierten hauptamtlichen Verwaltungsrates soll zudem zu 50% durch Frauen erfolgen.

2.3 Sonstige Änderungen

Ergänzend zur Einführung der HMGs und der damit verbundenen Vermeidung manipulierter Kodierungen von Diagnosen im ambulanten Versorgungsbereich ist eine Zertifizierung der hierfür zu verwendenden Praxisverwaltungssoftware vorgesehen.



Dies ist bereits gemeinsam mit der Einführung von Vergabe- und Übermittlungsregeln der Diagnose- und Prozedurenschlüssel im TSVG angelegt. Dies soll durch eine Entkopplung der Vergütung für Selektivverträge von Diagnosen bis zum Inkrafttreten der Regelung zur Vergabe und Übermittlung der Diagnose- und Prozedurenschlüssel und der Zertifizierung der Praxissoftware flankiert werden.

Das Bundesversicherungsamt als RSA- Durchführungsbehörde erhält zudem ein anlassbezogenes Prüfrecht für Selektivverträge im Hinblick auf mögliche RSA- relevante Verstöße. In diesen Fällen soll eine Beweislastumkehr zur Aufklärung von Rechtsverstößen und erheblichen Auffälligkeiten in den RSA-Daten gelten.

Ebenfalls vorgesehen ist das künftige Verbot der Wirtschaftlichkeitsberatung von Vertragsärzten durch Krankenkassen.

3. Bewertung der Änderungen

3.1. Reform des MorbiRSA

In der Frage der Reform des Morbi RSA scheinen einerseits sinnvolle Ansätze aufgegriffen worden zu sein. So ist insbesondere die Erweiterung der möglichen Krankheitsberücksichtigungen über die bisher höchstens 80 zu berücksichtigenden Krankheitsformen hinaus zu begrüßen. Die Einführung eines Risikopools zur Entlastung der Krankenkassen von Hochkostenfällen bei besonders hochpreisigen Behandlungsformen dient ebenfalls der Entzerrung vorhandener übermäßiger finanzieller Belastungen. Ob mit der Einführung einer Regionalkomponente mehr Gerechtigkeit in der Kostendeckung erreicht werden kann, ist allerdings mit Blick auf die durch den Referentenentwurf vorgesehenen Schritte nicht vorherzusagen.

Den Entfall des Erwerbsminderungskriteriums im RSA lehnt der DGB ab. Auch das Gutachten des wissenschaftlichen Beirats kommt zu dem Schluss, dass eine Streichung dieses Kriteriums die Zielgenauigkeit des Finanzausgleichs deutlich reduzieren und eine erhebliche Unterdeckung zur Folge haben würde. Grundlegend wird die beabsichtigte Streichung wird dem erwiesenen Umstand nicht gerecht, dass geminderte und eingeschränkte Erwerbsverläufe, eine höhere Armutsgefährdung und die grundsätzliche Gefahr ökonomischer wie sozialer Deprivation, die mit Erwerbsminderungsformen einhergehen können, auch eine größere gesundheitliche und lebensqualitätbezogene Belastung der Betroffenen begünstigen. Um diesen Effekten wirksam entgegenzuwirken, muss auch eine angemessene Berücksichtigung dieses Kriteriums im Finanzausgleich vorgesehen sein. Andernfalls überantwortet der Gesetzgeber die gesundheitliche Daseinsvorsorge erwerbsgeminderter Menschen den gesetzlichen Krankenkassen, ohne die regional und demografisch heterogene Verteilung dieser Versicherten zu berücksichtigen.



Abzulehnen ist aus Sicht des DGB auch die Streichung der Programmkostenpauschalen für Disease-Management-Programme. Flächendeckende und langfristig strukturierte Programme zur effektiven Zurückdrängung von Volkskrankheiten und können durch die Krankenkassen nur umgesetzt werden, wenn auch eine entsprechend langfristig planbare Komponente in den Finanzierungsausgleich mit einfließt.

Eine Streichung widerspricht zudem der Absicht der Großen Koalition, Disease-Management-Programme zu stärken. Auch die Empfehlung des Beirats lehnt eine solche Streichung ab. Eine verbesserte Zielgenauigkeit auf Ebene der Krankenkassen darf nicht ausschlaggebend für eine Reformmaßnahme sein. Maßgeblich für die Bewertung der Zuweisungsgenauigkeit hinsichtlich des Ziels der Vermeidung von Risikoselektion ist die Betrachtung auf Versichertenebene.

Zudem stellt sich das Bundesgesundheitsministerium damit quer zu bereits begonnenen, wirkungsvollen konzeptuellen Erweiterungen zur Durchführung von DMPs: neben der sinnvollen Vorauswahlfunktion neuer DMPs durch den GBA wurde auch im Rahmen der regionalen sowie sektorübergreifenden Bereitstellung von Versorgungsmanagement –Programmen als Ergänzung zu DMPs eine weitere Möglichkeit der einzelnen Krankenkasse, den Versicherten vor Ort maßgeschneiderte Angebote zur flankierenden Bekämpfung von Volkskrankheiten anzubieten, aufgelegt. Insgesamt wachsende DMP-Teilnahmezahlen sowie das drängende Erfordernis, auf neue Herausforderungen im Bereich chronischer Erkrankungen und wachsender psychischer Gesundheitsbelastungen der Versicherten angemessen zu reagieren, machen eine Streichung der Programmkostenpauschale für DMPs aus langfristig angelegter, gesundheitspolitischer Betrachtung heraus keinen Sinn.

Zur Frage der Verhinderung von Manipulationsanreizen im Kontext von organisiertem *upcoding* stellt der DGB klar, dass den Krankenkassen keinesfalls die alleinige Schuld für bestehende Defizite in diesem Zusammenhang zugewiesen werden darf. *Up-coding* ist als missbräuchliche Anreizstruktur auf der Seite der daran teilnehmenden Ärzte präsent, da sie maßgeblich davon profitieren. Daher ist auch eine Einbeziehung der Ärzte bzw. ihrer Verbände und Strukturen in die Pflicht, geeignete Maßnahmen zur Verhinderung von *Up-coding* umzusetzen und zu verantworten, unumgänglich.

3.2 Änderung des Organisationsrechts der Krankenkassen

Die durch den angekündigten Gesetzesentwurf absehbaren Änderungen im Organisationsrecht der Krankenkassen sind sowohl brandgefährlich als auch aus gewerkschaftlicher Sicht unannehmbar. Einerseits wird das Wettbewerbsprinzip durch die vorgelegten Vorschläge auf die Spitze getrieben –so wird durch die Neuformulierung der Klagerechte der Krankenkassen untereinander klar, dass einem entfesselten



Markt mit aller Härte der Weg geebnet werden soll. Durch die Öffnung der Krankenkassen werden Preiskampf und Wettbewerbsdruck maximiert, gleichzeitig ist die absehbare Haftungsfrage bei Verdrängungs- bzw. Fusionsprozessen auf den GKV- Spitzenverband übertragen worden. Einer Selbstkannibalisierung der Kassen soll damit offenbar noch im Endstadium entsprochen werden. In der Gesamtwirkung dürfte eine Individualisierung von Leistungen, Tarifen und Angeboten und damit ein weiter verschärfter Kampf um die Versicherten die Folge sein. Trotz anderslautender Ankündigung würde sich das System der öffentlichen Gesundheitsversorgung somit maßgeblich von den Prinzipien der Solidarität und Fairness entfernen und eine einseitige Ausrichtung auf Privatisierung und Wettbewerb nehmen.

Mit der Absicht, den Verwaltungsrat des GKV- Spitzenverbandes künftig durch Vorstandsmitglieder der Krankenkassen zu besetzen, missachtet das BMG sowohl das Prinzip ehrenamtlichen Engagements als auch seine systemische Konkretisierung durch die soziale Selbstverwaltung in beispiellosem Ausmaß. Damit sind alle Bekundungen hinsichtlich eines Nichtantastens der bisherigen Selbstverwaltungsstrukturen offensichtlich obsolet; eine Zerschlagung der bestehenden Selbstverwaltungsstrukturen- und Kompetenzen in der gesetzlichen Krankenversicherung ist das erklärte Ziel des Bundesgesundheitsministers.

Offenbar ist das durchscheinende Motiv im Handeln des Bundesgesundheitsministeriums der Wunsch nach mehr Zentralisierung und Wettbewerbsorientierung, wodurch eine klare Konzentration von Machtressourcen und Entscheidungsstrukturen auf den politischen Entscheidungsträgern leicht zugänglichen Ebenen erreicht werden soll. Die angestrebte weitgehende Beseitigung des regionalen Versorgungsprinzips durch lokale und regionale Krankenkassen, die Unterordnung der dadurch zu schaffenden bundeseinheitlichen Kassenstrukturen unter die Gesamtaufsicht des BVA wie auch die Besetzung der GKV-Verwaltungsratsmandate durch hauptamtliche Kassenfunktionäre dienen ein und demselben Ziel: die Durchgriffsrechte des Staates sollen gestärkt und gebündelt werden, während missliebige Strukturen, die im föderal und regional gegliederten GKV-System wie auch in der Verfasstheit der Selbstverwaltungsorgane liegen, als störend erachtet werden. Diese Prioritätensetzung durch das BMG wurde im Laufe der vergangenen Jahre durch wieder verschiedenste Ansätze deutlich, die alle demselben Ziel dienen: sowohl die Mehrheitseigentümerrolle des Bundes über die bisher selbstverwaltete Gematik als auch der Versuch, den Entscheidungen des GBA per ministerialer Fristsetzung eine inhaltliche Einmischung durch das Gesundheitsministerium aufzuoktrojieren, sprechen dieselbe Sprache. Diese Sprache ist aber nicht die des DGB, und sie steht diametral im Widerspruch zur den Prinzipien der Solidargemeinschaft, zum regionalen und an den Versicherten orientierten Handeln der gesetzlichen Krankenkassen sowie zu den Grundlagen Mitwirkung der Selbstverwaltungsorgane am Sozialstaat. In der Konsequenz wird durch



diesen Vorschlag sowohl die soziale Mitbestimmung aufgekündigt als auch die Verfasstheit der Sozialversicherungen insgesamt in Frage gestellt. Dies impliziert einen einzuleitenden Systemwechsel, der staatliche und privatwirtschaftliche Lenkungsansprüche an die Stelle des Interessenausgleichs bewährter Mitbestimmungsstrukturen in den Sozialversicherungssystemen setzt.

Die wiederholte Betonung des Wettbewerbsprinzips und der Rekurs auf die Lahnsteiner Beschlüsse durch den Referentenentwurf ignoriert den Grundsatz, dass es in der gesundheitlichen Daseinsvorsorge nicht um einen Wettbewerb um niedrige Kosten oder Versichertenmitgliedschaft, sondern um die bestmögliche Versorgungsqualität gehen muss. So, wie das Gesundheitsministerium mit diesen Vorschlägen jedoch agiert, wird klar, dass ein entgrenzter Preiskampf und Wettbewerb auf Basis individualisierter Leistungsangebote und gnadenloser Verdrängung das Ziel dieser Reform sind. Deshalb kann diese in der vorliegenden Form nur zwei Konsequenzen haben: die umfassende Privatisierung der Gesundheitsversorgung und die Zerschlagung der bestehenden demokratisch und föderal organisierten gesundheitsbezogenen Versorgungsstrukturen. Diese Konsequenzen und die ihnen zugrunde gelegten Entscheidungen und Motive werden vom DGB und seinen Mitgliedsgewerkschaften aufs schärfste zurück gewiesen.

3.3 Änderung der zuständigen Gerichtsbarkeit

Auch die weitreichenden Konsequenzen für die Sozialgerichtsbarkeit sind beispiellos. Es ist die Sozialgerichtsbarkeit, die die Sachkunde auch durch die gesetzlich geregelten Besonderheiten zur zwingend sachkundigen Beteiligung der ehrenamtlichen Richterinnen und Richter gewährleistet. Als Teil des Sozialversicherungssystems stellt das System der GKV ein komplexes Gesamtregelungswerk der Sozialgesetzbücher mit einer Vielzahl an Verflechtungen dar. Von Anfang an wurde in Abgrenzung zum Zivilrecht die Konfliktregelung der Sozialgerichtsbarkeit zugewiesen. Der hohe Grad an Spezialisierung im Zusammenhang mit dem komplexen Rechtssystem sowie die hohe Sachkunde stehen durch den vorliegenden Regelungsvorschlag zur Disposition.

In der Entwurfsbegründung heißt es zur geplanten Änderung einer Zuweisung an die Zivilgerichtsbarkeit unter anderem, dass so der Gefahr entgegengewirkt wird, dass Wettbewerbsstreitigkeiten, die im Ergebnis die gleichen Themenkomplexe betreffen, vor unterschiedlichen Gerichtsbarkeiten ausgetragen werden und es möglicherweise zu Auslegungsdivergenzen kommt, die erst im Wege der Befassung des Gemeinsamen Senats der obersten Gerichtshöfe des Bundes ausgeräumt werden könnten. Das Gegenteil ist der Fall. Der Gemeinsame Senat der obersten Gerichtshöfe des Bundes hat mit seinem Beschluss vom 10.7.1989 (GmS – OGB 1/88) die durch langjährige höchstrichterliche Rechtsprechung entwickelte klare Zuordnung zur Abgrenzung der



Rechtswegzuständigkeiten einvernehmlich festgelegt. Der Zivilgerichtsweg ist danach nur unter bestimmten Voraussetzungen eröffnet. Der Schwerpunkt auf wettbewerbsrechtliche Regelungen des UWG wird aber in vielen Fragen durch die wesentlichen höheren Anforderungen des Sozialgesetzbuches überlagert. Die Regelungen und Zusammenhänge der Sozialgesetzbücher müssen daher in Streitigkeiten, die zum Beispiel auch Leistungsfragen oder die Rechtmäßigkeit von Satzungsregelungen betreffen in den Händen der Sozialgerichtsbarkeit verbleiben.

3.4. Verschlechterung der Rechte der Beschäftigten

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.³ 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.

Der DGB lehnt diese massive Verschlechterung des Beschäftigtenschutzes und der Rechte der Beschäftigten strikt ab. Jegliche beabsichtigte Änderung bestehender Gesetzestexte 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.

³ Vgl.: BAG- Urteil zu AZR 474/12 vom 21.11.2013