

Stellungnahme

Stellungnahme des Deutschen Gewerkschaftsbundes zum Gesetzesentwurf
„Entwurf eines Gesetzes für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung (Fairer Kassenwettbewerb-Gesetz - GKV-FKG)“

und

dem Antrag „Mehr Qualitätstransparenz für Versicherte, mehr Anreize für bessere Versorgung – Solidarische Wettbewerbsordnung in der gesetzlichen Krankenversicherung weiterentwickeln“ der Fraktion Bündnis 90 / Die Grünen – Bundestagsdrucksache 19/9596

Soziale Selbstverwaltung schützen, Solidargemeinschaft GKV statt Wettbewerb stärken, Finanzierungsausgleich reformieren

1. Einordnung

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 Gesetzesentwurf der Bundesregierung, der auf eine Ausweitung des Wettbewerbsprinzips im GKV-System in Verbindung mit Änderungen am Organisationsprinzip der sozialen Selbstverwaltung des GKV Spitzenverbandes (GKV SV) sowie einer grundlegenden Reformierung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (morbiRSA) zielt. Diese Vorhaben betreffen wesentliche Grundlagen der Gesundheitsversorgung der Beschäftigten sowie der Ausgestaltung des Sozialstaatsprinzips und sind deshalb in ihrer Tragweite und Bedeutung nicht zu unterschätzen. Mit dem Gesetzesentwurf soll ein hauptamtlich zu besetzender Lenkungs- und Koordinierungsausschuss im GKV SV neu eingerichtet werden, der „auf eine bessere organisatorische Verbindung von operativem Geschäft auf der Ebene der Mitgliedskassen und der Wahrnehmung der gesetzlichen Aufgaben des GKV-SV zielt.“ Mit dieser Struktur wird, anders als durch den Referentenentwurf vorgesehen, zwar nicht mehr die faktische Abschaffung des ehrenamtlichen Verwaltungsrates des GKV SV vorangetrieben.

Sie stellt als vorgeschaltete Entscheidungs- und Beratungsinstanz mit weitreichenden, zum Teil autonomen Zuständigkeiten in versorgungs- und leistungspolitischen Fragestellungen jedoch die Kompetenz und die gesetzlich festgelegten Befugnisse

05.12.2019

Deutscher Gewerkschaftsbund
Bundesvorstand
Abteilung Sozialpolitik

Robert Spiller
Referatsleiter Gesundheitspolitik
Europäische Arbeitsmarkt- und
Sozialpolitik

robert.spiller@dgb.de

Telefon: +49 30 - 24060-311
Telefax: +49 30 - 24060-226

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



der sozialen Selbstverwaltung innerhalb des GKV SV massiv in Frage. Der DGB und seine Mitgliedsgewerkschaften lehnen diesen Ansatz strikt ab.

Darüber hinaus dient der vorliegende Gesetzesentwurf einer Ausweitung und Konkretisierung von den Wettbewerb innerhalb der GKV betreffenden Bestimmungen. Auch ohne die noch im Referentenentwurf vorgesehene bundesweite Öffnung der meisten gesetzlichen Krankenkassen ist dies das erkennbare Ziel zahlreicher Ansätze wie etwa der Ausweitung der Klagerechte und Unterlassungsansprüche der Krankenkassen untereinander oder die Orientierung der wettbewerbsbezogenen Verhaltensregeln an den Maßstäben des Gesetzes gegen unlauteren Wettbewerb. Durch die Beseitigung der gegenwärtigen Haftungskaskade zugunsten eines GKV- weiten Haftungssystems werden künftig alle Kassenarten in die insolvenzbezogenen Auswirkungen eines verschärften Wettbewerbs einbezogen.

An wesentlichen wettbewerbsbezogenen Fragestellungen wirkt das BMG zudem künftig stärker mit, etwa mittels der Ermächtigung zur Setzung von wettbewerbsbezogenen Rechtsverordnungen über die Zulässigkeit und den Umfang von Werbemaßnahmen. Die staatliche Aufsicht durch Bund und Länder wird künftig durch einen verpflichtenden, mehrmals pro Jahr stattfindenden Meinungs- und Erfahrungsaustausch koordiniert.

Als zentralen Bestandteil setzt der Gesetzesentwurf die lange erwartete Reform des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (mRSA) um. Dazu gehören zum Beispiel sowohl die Einführung eines Vollmodells als auch einer regionalen Komponente. Nach der Veröffentlichung des Gutachtens des wissenschaftlichen Beirats zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs im Juni 2018¹ wird damit ein Reformansatz vorgelegt, der empfohlene Reformschritte aufgreift und eine potentiell zielgenauere Anwendung des Finanzausgleichs zwischen den Krankenkassen in Aussicht stellt. An der kontrovers diskutierten Streichung des Erwerbsminderungskriteriums hält der Gesetzesentwurf fest, von der Streichung der Disease-Management-Programmpauschale wird nun jedoch Abstand genommen. 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 begrüßt die Mehrzahl der vorgelegten Ansätze zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs. Eine zeitnahe Umsetzung der Reform in Verbindung mit einer Evaluation der zu verbessernden Zielgenauigkeit des morbi RSA sind angesichts des ausgeweiteten Wettbewerbs und der zahlreichen, die Kompetenz der sozialen

¹ Verfügbar unter <https://www.bundesversicherungsamt.de/risikostrukturausgleich/wissenschaftlicher-beirat.html>



Selbstverwaltungen verletzenden Eingriffe in die Rechte der Krankenkassen zur Rücklagenbildung unerlässlich.

2. Morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich

2.1 Reform des Morbi RSA

Künftig wird es eine umfassende Berücksichtigung des gesamten Krankheitsspektrums (sogenanntes 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 entfällt. 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 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 Euro 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 sogenannte hierarchisierte Morbiditätsgruppen (HMG), die GKVweit 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 Vorsorgepauschale erhalten, sobald eine durch den G-BA konkretisierte, als Leistung abrechnungsfähige Maßnahme aus den Bereichen Mutterschaftsvorsorge, Gesundheits- und Früherkennungsuntersuchungen oder Schutzimpfungen durch die Versicherten in Anspruch genommen wird. Entfallen soll künftig die Berücksichtigung des Kriteriums Erwerbsminderung als Risikomerkmale. Bisher berücksichtigungsfähige Arzneimittelrabatte dürfen künftig nicht mehr je Krankenkasse angerechnet werden, da diese in Zukunft individualisiert auf die Versicherten berechnet werden sollen.

In der Frage der Reform des Morbi RSA scheinen somit insgesamt 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 und Zielgenauigkeit erreicht werden kann, ist aufgrund kontroverser Untersuchungsergebnisse nicht eindeutig im Voraus zu beurteilen.

Der Entfall des Erwerbsminderungskriteriums im RSA ist differenziert zu bewerten. Der wissenschaftliche Beirat hatte davor gewarnt, dass bei einer ersatzlosen Streichung des Erwerbsminderungsmerkmals schwerwiegende Risikoselektionsanreize gegen Erwerbsminderungsrentner entstehen würden. In der Folge würde diese Gruppe im Schnitt ihrer Krankenkasse eine durchschnittliche vorhersagbare Unterdeckung von mehr als 1.100 Euro zufügen, die für jüngere und chronisch kranke Versicherte noch höher ausfallen könnte. Zugleich wies der Beirat jedoch darauf hin, dass heutige Abgrenzungen der Altersgruppen der Erwerbsminderungsgruppen (EMGs) nicht zufriedenstellend definiert sind, da sie zu einer Unterdeckung bei jungen Erwerbsminderungsrentnern führen. Zudem ist im jetzigen System eine Überdeckung bei Erwerbsminderungsrentnern ohne chronische Krankheiten evident. Aus diesem Grund hat sich der wissenschaftliche Beirat dafür ausgesprochen, Erwerbsminderung im Klassifikationssystem zukünftig als Kriterium zur Schweregraddifferenzierung innerhalb des Morbiditätsspektrums einzusetzen. Andererseits haben einige Krankenkassen darauf hingewiesen, dass eine Streichung des Erwerbsminderungskriteriums begründbar ist und zu einer verbesserten Zielgenauigkeit führen kann, da der Zuschlag durch das Kriterium der Erwerbsminderungsrente noch aus dem alten Risikostrukturausgleich stamme, der keine direkten Morbiditätsparameter aufwies. Das



EMG-Kriterium fungierte dort somit als Hilfsvariable zur Abbildung dieser Morbidität, was aber mit der direkten Berücksichtigung der Morbidität überflüssig wurde.

Für den DGB ausschlaggebend ist in diesem Verhältnis, dass eine Risikoselektion zwischen schlechten und guten Risiken und eine damit einhergehende, implizierte Gefahr der verschlechterten Versorgung von bestehenden EMG in jedem Fall unterbunden werden muss. Dort, wo bereits bestehende Unterdeckungen für diese Versichertengruppe durch die Streichung dieses Kriteriums bzw. der gesonderten Zuweisung in Zukunft potentiell verstärkt zu werden drohen, ist deshalb besonders genau zu evaluieren, ob die Einführung der Komponenten Vollmodell, Risikopool und Altersinteraktionsterm dieser Gefahr wirksam entgegenwirken. Sollte dies nicht der Fall sein, hat der Gesetzgeber umgehend geeignete Maßnahmen zu ergreifen, um einer Tendenz zur negativen Risikoselektion zulasten dieser Versichertengruppe einen Riegel vorzuschieben, beispielsweise über das vom wissenschaftlichen Beirat vorgeschlagene Vorgehen. Der DGB fordert angesichts dessen die Verankerung eines verbindlichen Verfahrens zur Evaluation sowie vorgeschriebene Zeiträume, innerhalb derer der Gesetzgeber bei durch die Evaluation nachgewiesenen Wirkungsdefiziten eine Korrektur der betreffenden Komponenten des morbi RSA durchführt. Abseits von die Zielgenauigkeit des morbi-RSA betreffenden Überlegungen ist in dieser Frage die persönliche Gesundheitsperspektive der Erwerbsgeminderten das eigentlich ausschlaggebende Kriterium, das unter keinen Umständen durch eine verschlechterte Versorgungssituation aufgrund kassenseitiger Finanzierungsungleichgewichte betroffen werden darf.

2.2. Geplante Maßnahmen zur Sicherstellung der Manipulationsresistenz des Morbi RSA

Anders als im Referentenentwurf vorgesehen, soll das Bundesversicherungsamt nun nicht mehr als RSA-Durchführungsbehörde das alleinige Prüfrecht auf mögliche RSA-relevante Verstöße erhalten. Stattdessen ist nun durch § 73b Abs. 5 Satz 7 vorgesehen, dass künftig Vereinbarungen, die bestimmte Diagnosen als Voraussetzungen für Vergütungen vorsehen, als unzulässig erklärt werden. Damit sollen Umgehungstatbestände eliminiert werden, die in der Vergangenheit den Verdacht von sogenannten up-coding- Absprachen für eine systematische Vergütung bestimmter Diagnosehäufigkeiten betrafen. Mit der nun vorgesehenen Regelung sei die bisher offene Frage geklärt, ob Vergütungen für Diagnosen oder ärztliche Leistungen gezahlt würden – beides sei mit der Konstruktion eines Verbots vergütungsvoraussetzender Diagnosen beantwortet.

Aus Sicht des DGB ist eine treuhänderische Verwaltung der Versichertenbeiträge durch die Krankenkassen maßgeblich. Dies betrifft selbstverständlich auch den



Grundsatz einer alleine aufgrund evidenzbasierter, medizinisch- wissenschaftlicher Kriterien zu stellenden Diagnose als auch der sich aus dieser Diagnose ergebenden sachgerechten Vergütung. Deshalb sind Maßnahmen, die geeignet sind, falsch gesetzte Diagnose- und Vergütungsanreize und damit in Verbindung stehende Möglichkeiten zur systematischen Ausnutzung solcher Anreizstrukturen zu beseitigen, zu begrüßen. Der DGB weist allerdings darauf hin, dass derartige Verdachtsfälle immer auch eine daran beteiligte, leistungserbringende Seite beinhalten. Insofern liegt es ebenfalls in der Verantwortung der diese Seite vertretenden kassenärztlichen Vereinigungen, gegenüber ihren Mitgliedern und Organen sicherzustellen, dass geeignete Maßnahmen zur Verhinderung von Upcoding- Fällen ergriffen werden. Vor diesem Hintergrund ist der Grundsatz der Beratung von Vertragsärzten durch kassenärztliche Vereinigungen und das Verbot von Wirtschaftlichkeitsberatung von Vertragsärzten durch Krankenkassen potentiell zielführend- sofern sichergestellt ist, dass es in diesem Beratungsrahmen nicht zu einer bloßen Übertragung von zu vermeidenden Wirtschaftlichkeitsberatungen auf andere Verbandsebenen kommt.

2.3 Einbezug der Gesamtkosten von Rehabilitationsmaßnahmen in den RSA

Bisher geltende Rechtslage nach § 266 Abs. 4 Satz 2 SGB V ist, dass nur die Kosten einer medizinischen Anschluss-Rehabilitationsleistungen als ausgleichsfähige Kosten in den Morbi- RSA einbezogen werden. Dies hat in der Praxis zu restriktiven kassen- seitigen Entscheidungen über andere Formen von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation geführt. Durch den Gesetzesentwurf ist nun vorgesehen, dass dieser Satz 2 gestrichen wird. Dies ist aus Sicht des DGB zu begrüßen, um künftig keine Selektionsgründe für die Gewährung oder den Ausschluss bestimmter Formen medizinischer Rehabilitationsleistungen mehr bestehen zu lassen.

3. Änderungen im Bereich des Organisationsrechts des GKV SV

Zwar hat der Gesetzesentwurf gegenüber dem Referentenentwurf nicht mehr das Ziel, den Verwaltungsrat des GKV SV künftig durch Vorstandsmitglieder der Krankenkassen zu besetzen. Dennoch wird durch die nun vorliegende Lösung sowohl das Prinzip des ehrenamtlichen Engagements als auch seine Konkretisierung durch die soziale Selbstverwaltung systematisch entwertet. Da die soziale Selbstverwaltung als sozialstaatliche Funktionsprinzipien die Interesseneinspeisung, Partizipationsorientierung und demokratische Fundierung sicherstellt, sind weder ihre „Professionalisierung“ durch hauptamtliche Substitute noch eine durch diesen Gesetzesentwurf nun angestrebte Parallelisierung durch hauptamtliche Ausschüsse für den DGB vertretbar.



Vorgesehen ist im Einzelnen, dass die Anzahl der ehrenamtlichen Mitglieder im Verwaltungsrat des GKV-SV von gegenwärtig 52 auf höchstens 40 beschränkt wird. Damit wird zunächst eine numerische Obergrenze festgelegt, für die der Gesetzesentwurf eine überzeugende Begründung schuldig bleibt. Die erklärten Ziele einer beabsichtigten Verbesserung des Informationsflusses oder der besseren organisatorischen Verbindung zwischen Krankenkassen und GKV SV wären auch in der bisherigen Größenordnung des ehrenamtlichen Verwaltungsrates zu verfolgen. Eine Verkleinerung dieser Ebene kann demnach nur als Ausdruck des Verständnisses verstanden, das Mitbestimmung und soziale Selbstverwaltung als überflüssiger Ballast gelten, von dessen Reduzierung die Handlungsfähigkeit des GKV SV profitieren würde.

Flankiert wird diese Maßnahme von der Einrichtung des erwähnten Lenkungs- und Koordinierungsausschusses, der aus je zwei (m/w) hauptamtlichen Vorstandsmitgliedern der Kassen gebildet wird. Er soll als neue zentrale Struktur im GKV-SV fungieren: versorgungsbezogene Entscheidungen des Vorstandes zu Verträgen sowie Richtlinien und Rahmenvorgaben benötigen künftig die Zustimmung dieses Gremiums. Bisher ist jedoch der Verwaltungsrat alleine durch Gesetz und Satzung dazu berechtigt, alle Grundsatzfragen der Versorgung, des Vertragswesens, der Technik etc. zu entscheiden. Mit der neuen Konstruktion wird das operative hauptamtliche Geschäft von der zu Grundsatzentscheidungen befugten und legitimierten Verwaltungsratsebene nun nicht nur entfernt, sondern auch klargestellt, dass ein Votum des Verwaltungsrates, das bindende Wirkung auf den Vorstand entfalten müsste, demnach im Zweifelsfall in Konflikt zum Lenkungs- und Koordinierungsausschuss stehen kann. In dieser Konstellation davon auszugehen, dass der Ausschuss eine Verwaltungsratsentscheidung blockiert oder zwingend abändert, hinterfragt den Stellenwert der sozialen Selbstverwaltung massiv. Selbst, wenn eine solche Situation jedoch nicht eintritt, ist der autonome Handlungsspielraum des Ausschusses gewaltig, da „der Lenkungs- und Koordinierungsausschuss im Einzelfall auf die Zustimmung (des Vorstandes) verzichten kann.“ Darüber hinaus kann der Ausschuss zu Entscheidungen des Vorstandes auch eigene Stellungnahmen abgeben. Damit ist eine regelhaften Unterbrechung der bisher bestehenden Verbindung von kontrollierendem und grundsätzlich entscheidenden Verwaltungsrat und operativ handelndem Vorstand künftig möglich.

Der Lenkungs- und Koordinierungsausschuss ist zudem berechtigt, an nichtöffentlichen Sitzungen des Verwaltungsrates teilnehmen. Er kann zu Themen, die in die Zuständigkeit des Verwaltungsrates fallen, vor dessen Beschlussfassung eigene Stellungnahmen abgeben und auf Anforderung des Verwaltungsrates mit der Mehrheit seiner Stimmen ebenfalls Stellungnahmen abgeben. Damit wird insbesondere durch die Möglichkeit zur Positionierung des Ausschusses vor der Beschlussfassung durch den Verwaltungsrat eine zur Einflussnahme fähige Ebene eingerichtet. Das bewährte Prinzip der Interesseneinspeisung der Versicherten und Arbeitgeber als zweiseitig



Beitragserbringende durch die für sie in den Verwaltungsrat gewählten Mitglieder wird an dieser Stelle durchbrochen, um der Bewertung von Sachverhalten durch hauptamtliche Ausschussmitglieder Spielraum einzuräumen.

Beide wesentliche Aufträge des Lenkungs- und Koordinierungsausschusses verletzen die Grundlagen der sozialen Selbstverwaltung als selbstverantwortliche, demokratische Mitwirkung der Bürgerinnen und Bürger an der Verwaltung des sozialen Rechtsstaats und Sozialstaatsmodells. Sie stehen nicht in Übereinstimmung mit §§ 29 ff. SGB IV, da sie die Verantwortungslogik zwischen Verwaltungsrat und Bürgern untergraben. Für den DGB und seine Mitgliedsgewerkschaften ist die Einrichtung des Lenkungs- und Koordinierungsausschusses in eine Reihe mit den seit Jahren stattfindenden Angriffen auf das Prinzip der sozialen Selbstverwaltung von Seiten des BMG insgesamt einzuordnen und wird deshalb strikt abgelehnt. Der DGB und seine Mitgliedsgewerkschaften erachten den Erhalt und die im Koalitionsvertrag verabredete 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 nicht anzutasten. Schließlich ist eine leistungsfähige Selbstverwaltung untrennbar mit der Umsetzung des Sozialpartnerprinzips verbunden. Der Gesetzgeber wird daher dringend aufgefordert, die geplante Schaffung einer nicht durch Sozialwahlen legitimierten und nicht der Entscheidungsfähigkeit des GKV SV im Sinne der Versicherten dienenden Zwischenebene nicht weiter zu verfolgen.

Die im Rahmen des Gesetzesvorhabens avisierte Einführung einer ausgewogenen Geschlechterrepräsentanz ist zu begrüßen. Es soll gelten, dass bei der Wahl jede Vorschlagsliste mindestens 40 Prozent weibliche und mindestens 40 Prozent männliche Bewerberinnen enthalten muss. Für die Umsetzung dieses Zieles müssen allerdings nicht nur rechtliche Untergrenzen definiert werden, sondern auch nötige Rahmenbedingungen geschaffen werden, die als Voraussetzung gleicher Partizipationschancen zu verstehen sind.

Zusammenfassend kann die Tatsache, dass der Gesetzesentwurf gegenüber dem Referentenentwurf nun nicht mehr auf eine hauptamtlichen Besetzung des Verwaltungsrates des GKV-SV zielt, nicht darüber hinwegtäuschen, dass hier ein weiterer Angriff auf ein elementares Prinzip des Sozialstaates vorgesehen ist. Nichts anderes stellt die geplante Einrichtung eines hauptamtlichen Lenkungs- und Koordinierungsausschusses innerhalb des GKV-SV dar. Mit diesem Schritt werden bestehende Kom-



petenzen der sozialen Selbstverwaltung beschnitten, unnötige zusätzliche Verfahrenswege geschaffen und zugleich die Zusammensetzung des ehrenamtlichen Verwaltungsrats begrenzt. Dieses Vorhaben ist für den DGB inakzeptabel.

4. Änderungen im Wettbewerb und Aufsichtshandeln

4.1. Wettbewerbsgrundsätze

Die vorgesehene Konkretisierung bestimmter Aspekte des Wettbewerbs zwischen den gesetzlichen Krankenkassen zielt aus gewerkschaftlicher Sicht sowohl auf die Erleichterung von Konkurrenz- und Verdrängungsprozessen im GKV-System als auch auf die Stärkung der Einflussmöglichkeiten seitens des BMG. Die Solidargemeinschaft GKV wird durch einen verschärften Wettbewerb um Versicherte und „gute“ Risiken somit weiter unter Druck gesetzt. Der DGB kritisiert diese Tendenz im grundsätzlichen.

Die in § 4a Abs. 7 SGB IV vorgesehene Neuformulierung der Klagerechte der Krankenkassen untereinander soll dazu führen, dass diese bei wettbewerbswidrigem Verhalten von Wettbewerbern auch bei Untätigkeit einer Aufsichtsbehörde aktiv werden. Dazu heißt unter anderem, dass vor Einleitung eines gerichtlichen Verfahrens zwischen zwei Krankenkassen eine Gelegenheit zur Abmahnung und Beilegung der Streitsache durch Abgabe einer mit einer angemessenen Vertragsstrafe bewehrten Unterlassungsverpflichtung eingeräumt werden soll. (...) Ist Klage auf Unterlassung erhoben worden, kann das Gericht der obsiegenden Partei die Befugnis zusprechen, das Urteil auf Kosten der unterliegenden Partei öffentlich bekannt zu machen, wenn sie ein berechtigtes Interesse dardat.

Aus Sicht des DGB sollte die Aufsichtspflicht der Länder und des Bundes ausschlaggebend für die Prüfung auf Einhaltung von Richtlinien und Bestimmungen hinsichtlich des Wettbewerbs zwischen den Krankenkassen. Ein proaktiver Ansatz von Krankenkassen, die im Wettbewerb mit anderen Krankenkassen eine mögliche Verletzung ihrer eigenen Interessen als Startmoment für ein Klageverfahren wahrnehmen, lässt die Frage aufkommen, wozu eine Aufsichtspflicht überhaupt verankert wurde. Entweder sorgt der Gesetzgeber dafür, dass ein zeitnahe und koordiniertes Prüfen der zuständigen Aufsichtsbehörde erfolgt, um den kassenseitigen Wettbewerb kontinuierlich auf Einhaltung regelkonformer Standards zu untersuchen. Hierfür legt er passenderweise im selben Gesetzesentwurf bereits einen Vorschlag zur Koordinierung der Aufsichtstätigkeiten vor. Oder er vereinfacht die technischen Bestimmungen zur Meldung möglicher Regelverletzungen seitens der Kassen mit dem Ziel einer schnelleren Responsivität der Aufsichtsbehörden. Der hier vorgeschlagene Ansatz, in Wild-West-Manier auch ohne Einschreiten der zuständigen Behörde wechselseitige Unterlassungsverfügungen und Klageandrohungen auf den Weg bringen zu wollen, führt



den Gedanken einer Wettbewerbsaufsicht ad absurdum. Dies allein schon deshalb, weil die subjektiv wahrgenommene Beeinträchtigung von Interessen im Wettbewerb ein grundsätzliches, wenn auch unerwünschtes Merkmal der Mehrzahl aller Wettbewerbssituationen darstellen dürfte. Daher sollte es weiterhin den Aufsichtsbehörden vorbehalten bleiben, vermeintliche von echten Interessensbeeinträchtigungen zu unterscheiden und gegen letztere wirksam vorzugehen.

4.2 UWG als Regelungsrahmen für Wettbewerb

Mit dem Bezug zum Gesetz gegen unlauteren Wettbewerb (UWG) wird ein Mindeststandard im Wettbewerb der Krankenkassen untereinander für verbindlich erklärt. Maßnahmen der Risikoselektion sollen demnach untersagt werden. Positiv zu bewerten ist, dass, anders als noch im Referentenentwurf vom 25.03.2019 vorgesehen, keine Änderung des § 51 Abs. 3 SGG, sondern stattdessen nun eine Änderung des § 29 Abs. 2 Ziff. 1 lit. b) SGG vorgesehen ist. Der DGB begrüßt, dass die neu geregelten Unterlassungsansprüche der Krankenkassen untereinander wegen wettbewerbswidrigen Verhaltens nach § 4a Abs. 7 SGB V ebenso so wie bisher die Ansprüche nach § 4 Abs. 3 S. 2 SGB V aufgrund des hohen Grads an Spezialisierung im Zusammenhang mit dem komplexen Rechtssystem sowie die hohe Sachkunde in die Rechtswegzuständigkeit der Sozialgerichtsbarkeit fallen.

4.3 Neuregelung von Haftungsfragen

Den Wettbewerb zwischen den Krankenkassen betrifft zudem die weitreichende Neugestaltung der Haftungsfrage im Insolvenzfall einer Krankenkasse nach § 167 SGB V. Bei Auflösung, Schließung oder Insolvenz einer gesetzlichen Krankenkasse soll künftig der GKV SV etwaige Fehlbeträge bei allen Krankenkassen geltend machen. Bisher ist geregelt, dass im kassenartbezogenen Haftungsverbund, der sogenannte Haftungskaskade, zuerst die Kassen einer Art für Haftungsfragen untereinander aufkommen. Für die Aufbringung der Mittel werden neben Mitgliederzahlen der Krankenkasse auch die zur Verfügung stehenden Finanzreserven gewichtet:

Der aufzuteilende Betrag wird durch die Summe der Mitglieder aller Krankenkassen geteilt; dieses Ergebnis wird mit der Zahl der Mitglieder jeder einzelnen Kasse vervielfacht. (...) Übersteigen die Verpflichtungen innerhalb eines Kalenderjahres einen Betrag von 350 Millionen Euro, sind zur Erfüllung der darüber hinausgehenden Beträge die Finanzreserven der Krankenkassen nach § 260 Abs. 2 S.1 heranzuziehen. (...) Der auf die einzelne Krankenkasse entfallende Betrag wird wie folgt berechnet: für jede Krankenkasse wird der Betrag an Finanzreserven ermittelt, der die Ober-



grenze überschreitet; übersteigt die Summe der Überschreibungsbeträge aller Krankenkassen die noch zu erfüllenden Verpflichtungen, werden diese durch die Summe der Überschreibungsbeträge geteilt. Der hieraus resultierende Faktor wird für jede Krankenkasse mit dem Betrag an Finanzreserven multipliziert. Übersteigen die noch zu erfüllenden Verpflichtungen weiterhin die Summe der ermittelten Beträge, sind für jede Krankenkasse weiterhin die Überschreibungsbeträge zugrunde zu legen.

Aus Sicht des DGB ist zunächst die Begründung für diese Konstruktion nicht überzeugend: der Gesetzesentwurf geht wörtlich davon aus, dass der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen auch zwischen den Kassen ein und derselben Kassenart stattfindet. Aus diesem Grund sei auch ein Haftungsverbund nicht mehr zeitgemäß und nicht zu rechtfertigen. Dies ignoriert allerdings die Tatsache, dass AOK, Knappschaft, Landwirtschaftliche Krankenversicherung und geschlossene Betriebskrankenkassen nicht im Wettbewerb miteinander stehen. Weiterhin folgt die bisher gültige Haftungskaskade dem Prinzip, die finanzielle Last durch Insolvenz für die Solidargemeinschaft GKV organisatorisch zu begrenzen und dadurch insgesamt klein zu halten. Die Haftungssummenzuordnung durch den GKV SV verteilt die Kosten hingegen proportional auf alle Kassen. Das bedeutet, dass 1.) im Haftungsfall Kassen mit einer großen Mitgliederzahl, aber tendenziell geringen Rücklagen dennoch für die Haftung in erheblichem Umfang mit aufkommen müssen. Im Fall mehrerer Insolvenzverfahren oder Schließungen steigt dadurch die Gefahr, dass die betreffende Kasse in eine eigene finanzielle Schieflage gerät. Zwar soll diese Bedrohung durch die Kopplung an die Rücklagehöhe vermieden werden – bei einer großen, „nur“ nahezu insolventen Kasse wäre dies jedoch nicht gänzlich gesichert, da auf deren Minimalrücklagen immer noch zugegriffen werden könnte. 2.) Wird durch diese Konstruktion erreicht, dass nicht im Wettbewerb untereinander stehende Kassenarten an Haftungsrisiken für jene Kassen, die bereits im vollständigen Wettbewerb zueinander stehen, beteiligt werden. 3.) Aufgrund der an die Reform des morbi-RSA gebundenen, erzwungenen Abschmelzung der Rücklagen der Krankenkassen, die mit der MDK-Reform noch einmal verschärft wurden – hier wurde die Anhebung des individuellen Zusatzbeitrages bei Überschreiten der Rücklagensumme von mehr als einer Monatsausgabe untersagt- ist die Kapazität der Krankenkassen zur Bildung von Finanzreserven, mit denen für Haftungssummen aus Insolvenzen aufgekommen werden kann, bereits stark eingeschränkt. Nach aktuellen Berechnungen des iGES- Instituts² wird es – unter den Vorzeichen einer gleichbleibenden Konjunktur und nicht weiter anwachsender Leistungsausgaben- spätestens ab 2023 jedoch zu einem weitgehenden Aufbrauchen

² https://www.iges.com/kunden/gesundheit/forschungsergebnisse/2019/gkv-finanzen/index_ger.html



der GKV-Reserven kommen, gefolgt von mehr Ausgaben als Einnahmen innerhalb der GKV ab 2026.

Aus Sicht des DGB verbietet sich angesichts dieser Rahmenbedingungen eine Reform der kasseninternen Haftungsverpflichtung. Der Gesetzgeber muss dem fiskalpolitischen Chaos, das er dem GKV-System durch erschwerte Rücklagenbildung und erzwungenes Reservenabschmelzen unnötig aufgebürdet hat, Rechnung tragen, indem er das bestehende System der Haftungskaskade nicht antastet. In der gegenwärtigen Regelung liegen systemische Vorteile zur Handhabung von Haftungsgefahren verankert, die durch die vorgeschlagene Reform jedoch beseitigt würden. Hierzu gehört die Existenz von Frühwarnsystemen innerhalb der kasseninternen Haftungsverbände sowie das Greifen weitreichender Hilfsmaßnahmen zur Vermeidung von Haftungsfällen, beispielsweise durch Aufsicht und Beratung durch finanziell stärkere Kassen oder die letzte Möglichkeit zur Fusion innerhalb einer Kassenart. Dieser Ordnungsfaktor würde durch einen Wegfall der kassenartbezogenen Primärhaftung beseitigt. Der DGB lehnt den Vorschlag des Gesetzesentwurfs zur Abschaffung der Haftungskaskade deshalb entschieden ab.

4.4 Handeln der Aufsichtsbehörden

Mittels der beabsichtigten Änderungen des § 90 Abs. 4 und 5 SGB IV wird das Handeln der Aufsichtsbehörden neu geregelt. Künftig treffen sich diese mindestens zweimal jährlich zum Erfahrungs- und Meinungsaustausch, bei dem unter anderem aufsichtsrechtliche Maßnahmen und Gerichtsentscheidungen sowie genehmigte leistungsbezogene Satzungsregelungen der Krankenkassen ausgetauscht werden. Damit wird auch deutlich, dass dieser Austausch nicht nur zur Nachbetrachtung, sondern auch zum Setzen von Themen und zur Bewertung offener kassenbezogener Fragen, insbesondere hinsichtlich Versorgungsleistungen aufgrund von Satzungsregelungen dienen soll.

Geändert werden soll in diesem Zusammenhang auch die Grundlage für das Zustandekommen gemeinsamer Beschlüsse von Aufsichtsbehörden. Statt wie bisher das Einstimmigkeitsprinzip als Grundlage für Beschlüsse zu verwenden und im abweichenden Falle bloß einen Erfahrungsaustausch zu konstatieren, dürfen nun bei Angelegenheiten, die ausschließlich die GKV oder die soziale Pflegeversicherung betreffen, auch bereits auf Basis einer Dreiviertelmehrheit Beschlüsse gefasst werden. Der zugrunde gelegte Stimmenschlüssel sieht einen Stimmenproporz nach Einwohnerzahl der Bundesländer vor, bei dem jedes Bundesland mindestens drei Stimmen bis hin zu sechs Stimmen für die bevölkerungsreichsten Bundesländer vorsieht. Dem Bundesversicherungsamt werden zwanzig Stimmen, dem BMG sechs Stimmen zugesprochen.



Hierzu sei einerseits festgestellt, dass eine derart umfassende Neugestaltung der Koordinierung der Aufsichtstätigkeiten in Verbindung mit der Möglichkeit, auch bei bloßen Mehrheitsmeinungen Aufsichtsbeschlüsse zu fassen, voraussichtlich enger und zeitnaher abgestimmte Aufsichtsentscheidungen erlaubt. Damit entfällt jedoch die Begründung für die oben erwähnte Einführung eines kassenseitigen Klagerechts untereinander bei Untätigkeit von Aufsichtsbehörden. Andererseits führt das überproportional große Stimmgewicht von Bundesversicherungsamt (BVA) und BMG quasi zu einer Verunmöglichung nicht zustande kommender Beschlüsse seitens der Aufsichtsbehörden der Länder. Der DGB bewertet diese passive Garantie für Beschlüsse durchaus kritisch, da eine gemeinsame Beschlussfassung der Aufsichtsbehörden zu Bewertungsfragen von Kassenverhalten und Satzungsleistungen damit im Wesentlichen durch das BVA und das BMG steuerbar ist. Auch ohne die Zentralisierung der Aufsichtsfunktion beim BVA, die noch im Referentenentwurf vorgesehen war, wird so der politische und ministerielle Einfluss auf Kassenentscheidungen erheblich ausgebaut. Der Ansatz einer verbesserten Koordinierung und eines regelmäßigen Austausches zwischen den Aufsichtsbehörden wird durch den DGB hingegen begrüßt.

5. 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 Schutz-

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



normen 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.

6. Antrag „Mehr Qualitätstransparenz für Versicherte, mehr Anreize für bessere Versorgung – Solidarische Wettbewerbsordnung in der gesetzlichen Krankenversicherung weiterentwickeln“

Der Antrag zielt unter 1.) auf die Etablierung eines unabhängigen und qualitätsgesicherten Monitorings von Versorgungsleistungen und Versorgungsqualität der Krankenkassen, wodurch den Versicherten über einen Portalzugang eine selbstständige Informationsmöglichkeit ermöglicht wird.

Der DGB erkennt im Ansatz, die Transparenz und Vergleichbarkeit von Leistungen und Qualität für Versicherte nachvollziehbar und zugänglich zu gestalten, zwar eine nachvollziehbare Motivation. Die Gewährleistung größter Versorgungsqualität und die Sicherstellung des Zugangs zu dieser seitens der Versicherten stellen begründete Kernanforderungen an die Solidargemeinschaft GKV dar. Allerdings sind wettbewerbszentrierte Vergleichsportale nicht geeignet, die Solidargemeinschaft GKV auf dem Weg zur Gewährleistung dieser Anforderungen zu unterstützen. Die Kernaussage der meisten, den Bürgerinnen und Bürgern bisher zugänglichen Vergleichsportale reduziert sich häufig auf die Verknappung von Fakten und Leistungen zu einem reinen Preiswettbewerb, bei dem oft genug die niedrigsten Kosten das Hauptselektionskriterium darstellen. Ein Preiswettbewerb um Mitgliedschaften und Versicherte ist jedoch ausdrücklich nicht das eigentlich Ziel des Ursprungsgedankens, den Wettbewerb ausschließlich um bestmögliche Versorgungsqualität zu führen. Der DGB befürwortet unter diesem Gesichtspunkt die Idee, den Versicherten einen besseren und vergleichbaren Zugang zu Informationen über Ergebnisse aus geprüften Indikatoren zur Versorgungsqualität seitens der Krankenkassen zugänglich zu machen. Davon zu unterscheiden ist jedoch das Vorhaben, auch Informationen zu Versorgungsleistungen bereitzustellen. Leistungsvergleiche prägen bereits gegenwärtig den Wettbewerb um Versicherte massiv, und ein Portal, mit dem den Versicherten eine Gegenüberstellung von Kassenleistungen eröffnet, hat zwar keinen Einfluss auf die Qualität der erbrachten Versorgungsleistungen, aber eine voraussichtlich erhebliche Wirkung



auf die künftige Entwicklung des der Solidargemeinschaft GKV als Ganzes nicht zu-träglichen Preiswettbewerbs. Diesem Ansatz kann der DGB deshalb nicht zustimmen.

Unter 2.) sieht der Antrag vor, den Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen damit zu beauftragen, ein Gutachten über Anreize und Instrumente, mit denen das besondere Engagement von Krankenkassen für Patientengruppen mit besonderem Handlungsbedarf belohnt wird oder Krankenkassen zum Abschluss von sektorübergreifenden Versorgungsverträgen bewegt werden, vorzulegen. Dabei wird davon ausgegangen, dass gute Versorgungsleistungen bestimmter Kassen im Kontext des Beitragsatzwettbewerbs bestraft werden, weshalb dieser Wettbewerbsnachteil bei guter Versorgung zu beseitigen sei. Auch hier erkennt der DGB eine gute Grundintention, hält die Zielformulierung allerdings für falsch. Das vorgeschlagene Gutachten über ein Instrumentarium, mit dem Krankenkassen belohnt beziehungsweise dazu bewegt werden, sich für eine qualitativ hochwertige Versorgung ihrer Versicherten einzusetzen, entspringt selbst einer reinen Wettbewerbslogik. Zuschläge an Kassen für Patienten, die bestimmte Zentren oder Netzwerke zur Behandlung aufsuchen oder die sektorübergreifende Versorgungsverträge abschließen, stellen nur eine andere Form der Erleichterung der Wettbewerbsbedingungen für bestimmte Kassen zulasten anderer Kassen dar. Der DGB sieht in diesem Ansatz keine zielführende Verbesserung der für den Antragsinhalt ausschlaggebenden Idee, die Versorgung und Versorgungsqualität der Versicherten zu verbessern. Stattdessen müssen durch den Gesetzgeber grundlegende Korrekturen erfolgen, die die im Antragstext richtig erkannten Gefahren des Preiswettbewerbs benennen und adressieren. Nur unter der Voraussetzung einer Stärkung der Solidargemeinschaft GKV gegen wettbewerbsorientierte Mechanismen, bei der Versorgungsqualität von allen Kassen gleichsam eingefordert und vorausgesetzt wird, lässt sich das beschriebene Problem sachgerecht angehen. Der DGB schlägt deshalb vor, die Zielrichtung und Forschungsfrage eines entsprechenden Gutachtens nicht an der Entwicklung von Instrumenten zur Belohnung von Kassen für bestimmte Versorgungsleistungen, sondern an rechtlichen Möglichkeiten zur Beseitigung wettbewerbsbedingter, kassenübergreifender Hindernisse für eine gleich verteilte und flächendeckend hohe Versorgungsqualität zu orientieren.