

Stellungnahme des Sozialverbands VdK Deutschland e. V.  
zum Referentenentwurf eines Gesetzes für eine faire Kassenwahl  
in der gesetzlichen Krankenversicherung  
(Faire-Kassenwahl-Gesetz – GKV-FKG)

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

Telefon: 030 9210580-300  
Telefax: 030 9210580-310  
E-Mail: [sozialpolitik@vdk.de](mailto:sozialpolitik@vdk.de)

Berlin, den 16. April 2019

## 1. Zu den Zielen des Referentenentwurfs und den Maßnahmen ihrer Umsetzung

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

Das neue große Vorhaben dieses Gesetzentwurfs ist die bundesweite Öffnung aller Krankenkassen. Damit ständen insbesondere die AOKen bundesweit im Wettbewerb. Die Aufsicht ginge von den Ländern auf das Bundesversicherungsamt über. Die historisch gewachsenen Kassenarten werden aufgelöst. Innungskrankenkassen können nicht mehr errichtet werden. Die AOKen werden miteinander in den Wettbewerb gestellt. Der Haftungsverbund der Kassenarten wird aufgelöst. In Zukunft sollen alle Krankenkassen bei einer Insolvenz für die Schulden haften.

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

### **Bewertung des Sozialverbands VdK**

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

Eine echte faire Kassenwahl würde auch Beamten eine faire Wahl zwischen Gesetzlicher und Privater Krankenkasse ermöglichen.

Der Gesundheitsminister hat in Interviews bereits deutlich gemacht, dass er diesen Gesetzentwurf als „Einstieg in die Debatte“ versteht. Diese Debatte hat bereits mit viel Gegenwind aus den Bundesländern und von Seiten der AOK begonnen. Auf der einen Seite begrüßen wir eine breite gesellschaftliche Debatte über Gesetzesvorhaben. Auf der anderen Seite führte dieses Vorgehen beim TSVG dazu, dass keine Beteiligung der Patientenverbände am Gesetzgebungsverfahren mehr möglich war. Ganze Gesetze wurden per Änderungsantrag über den Bundestag eingebracht, ohne dass eine Stellungnahme möglich war. Andere wurden als Änderungsantrag gestreut und nach öffentlichem Gegenwind zurückgezogen. Wir möchten daher bereits jetzt darum bitten, die gesetzlichen Mitberatungsrechte der Patienten- und Behindertenverbände zu achten.

## 2. Zu den Regelungen im Einzelnen

Im Folgenden nimmt der Sozialverband VdK zu ausgewählten Punkten Stellung.

### 2.1. Bundesweite Öffnung (§ 173 SGB V)

Die AOKen und verbliebene regional geöffnete Betriebskrankenkassen werden bundesweit geöffnet. Dadurch sollen sich Unterschiede in den Zusatzbeiträgen, die auf unterschiedlichen regionalen Kostenstrukturen beruhen (niedrige Arzt und Krankenhausdichte) ausgleichen.

Durch die bundesweite Öffnung fallen diese Krankenkassen unter die einheitliche Rechtsaufsicht des Bundesversicherungsamts (BVA).

#### **Bewertung des Sozialverbands VdK**

Wir begrüßen die einheitliche Rechtsaufsicht durch das BVA. Wir haben in unserer Rechtsvertretung die Erfahrung gemacht, dass dort Verstöße gegen das SGB V konsequenter verfolgt werden als auf Landesebene. Nichtsdestotrotz sehen wir auch beim BVA politische Einflussnahme, gewisse Verstöße nicht zu verfolgen. Solange nicht davon ausgegangen werden kann, dass die Körperschaften öffentlichen Rechts, die Krankenkassen immer noch sind, allzeit rechtmäßig handeln, braucht es eine starke und unabhängige Rechtsaufsicht.

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

### 2.2. Wettbewerbsrecht (§ 4a SGB V)

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

#### **Bewertung des Sozialverbands VdK**

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

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

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

#### **Bewertung des Sozialverbands VdK**

Innerhalb der Solidarität in der GKV ist diese Regelung sachgerecht. Patienten dürfen bei einer Insolvenz nicht im Regen stehen gelassen werden. Der Zugang zu einer neuen Krankenkasse muss erleichtert werden. Bei der Insolvenz der City BKK haben wir erlebt, dass Krankenkassen die Aufnahme von älteren Versicherten oder Menschen mit komplexem Hilfsmittelbedarf zu verhindern versuchten.

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

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

#### **Bewertung des Sozialverbands VdK**

Der Charakter einer Sozialversicherung wird durch die paritätische Steuerung gewährleistet. Die Belange der Versicherten sollen durch die Versichertenvertreter durchgesetzt werden. Diesen Charakter haben die großen Krankenkassen schon lange nicht mehr. Nach der neuen Logik sollen die Versicherten ihre Interessen durch „Abstimmung mit den Füßen“ durchsetzen.

Chronisch Kranke und Menschen mit komplizierten Behinderungen können aber nicht einfach die Krankenkasse wechseln. Sie sind darauf angewiesen, dass Versichertenvertreter im Widerspruchsausschuss sich ihres Anliegens annehmen. Die Abschaffung der Versichertenvertreter im Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes darf nicht zum Präzedenzfall für die Verwaltungsräte der Krankenkassen werden.

### 2.5. Risikostrukturausgleich (RSA)

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

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

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

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

### **Bewertung des Sozialverbands VdK**

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

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

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

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

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

## **Bewertung des Sozialverbands VdK**

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

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

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

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

Der Beirat hatte sich für das Vollmodell ausgesprochen.

## **Bewertung des Sozialverbands VdK**

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

### **2.5.3. Risikopool für Hochkostenfälle (§ 268 SGB V)**

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

## **Bewertung des Sozialverbands VdK**

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

Bei der Kostengrenze für den Hochrisikopool plädiert der VdK dafür auch den wissenschaftlichen Empfehlungen zu folgen und diese bereits bei 25.000 Euro anzusetzen.

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

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

## **Bewertung des Sozialverbands VdK**

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

### **2.5.5. Streichung der DMP-Programmkostenpauschale (§ 270 SGB V a. F.)**

Die DMP-Programmkostenpauschale ist ein historisches Erbe der ersten Ansätze, die Krankheitskosten über den Risikostrukturausgleich auszugleichen. Durch immer bessere Daten zur genauen Krankheitslast wurde sie langsam verzichtbar.

## **Bewertung des Sozialverbands VdK**

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

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

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

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

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

### **Bewertung des Sozialverbands VdK**

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

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

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

### **2.5.7. Stärkung der Manipulationsresistenz des RSA**

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

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

### **Bewertung des Sozialverbands VdK**

Die Krankenkassen folgen nur den Anreizen, die ihnen in einem wettbewerblichen System gesetzt werden. Sie verhalten sich wie profitorientierte Unternehmen. Die Ressourcen, die in Kodierberatung und Manipulationskontrolle fließen stehen nicht für die Versorgung von Patienten zur Verfügung.

Wir fordern eine Rückkehr zu den Prinzipien der Sozialversicherung. Wettbewerbliche Unternehmen haben nie die Anreize in eine möglichst gute Versorgung der Patienten zu investieren, sondern in möglichst hohe Gewinne.