



**Positionspapier
der Betrieblichen Krankenversicherung
zu den Eckpunkten der Bundesregierung
für eine GKV-Finanzreform**

Einleitung

Die Betriebskrankenkassen begrüßen, dass sich die Bundesregierung noch vor der parlamentarischen Sommerpause am 6. Juli 2010 auf Eckpunkte für eine GKV-Finanzreform geeinigt hat. Die Regierung plant, die Einnahmeseite der GKV zu reformieren, indem der Zusatzbeitrag umgestaltet und begleitend ein neuer Sozialausgleich eingeführt wird. Zudem soll das im Jahr 2011 drohende GKV-Defizit durch eine einmalige Erhöhung des allgemeinen Beitragssatzes, einen zusätzlichen Steuerzuschuss von zwei Milliarden Euro sowie Sparmaßnahmen verhindert werden. Damit erhalten die Krankenkassen für das kommende Jahr die dringend notwendige finanzielle Planungssicherheit.

Eine umfassende Reform mit grundsätzlichen Strukturreformen ist hingegen nicht erkennbar. Damit bleibt die Regierungskoalition hinter den mit dem Koalitionsvertrag geweckten Erwartungen, ein Gesundheitswesen mit mehr Wettbewerb und dauerhafter finanzieller Stabilität zu schaffen, bedauerlicherweise weit zurück. Sie beharrt in dem System des wettbewerbsfeindlichen Gesundheitsfonds, mit dem den Krankenkassen ihre Beitragsautonomie entzogen und der Wettbewerb erschwert wurde.

Die Betriebskrankenkassen definieren sich durch Nähe zu ihren Trägerunternehmen und ihren Versicherten. Sie stehen für exzellente Versorgungskonzepte, beispielsweise im Bereich der Betrieblichen Gesundheitsförderung. Durch ihre Betriebsnähe ist ihnen aber auch ökonomisches Denken eine Selbstverständlichkeit. Nicht zuletzt deshalb sehen die Betriebskrankenkassen den Wettbewerb im Gesundheitswesen als wesentliches Instrument zur Aufrechterhaltung der Qualität der Gesundheitsversorgung ihrer Versicherten. Die Betriebskrankenkassen sind eine Kassenart, die sich vor allem durch ihre Vielfältigkeit auszeichnet. Allein mehr als zwei Drittel der gesetzlichen Krankenkassen sind Betriebskrankenkassen, darunter neben kleinen und mittleren Kassen mit eher regionalem Schwerpunkt auch viele große bundesweit geöffnete Kassen. Diese Pluralität gilt es als einen Garant für ein wettbewerbles und verbraucherfreundliches Gesundheitswesen zu erhalten.

Einnahmeseite

Neugestaltung des Zusatzbeitrages und Festschreibung des Beitragssatzes

Für das Jahr 2011 soll der allgemeine Beitragssatz letztmalig von 14,9 Prozent auf 15,5 Prozent angehoben werden. Dabei steigt der Arbeitnehmeranteil von 7,9 auf 8,2 Prozent und der Arbeitgeberanteil von 7,0 auf 7,3 Prozent. Künftige Kostensteigerungen sollen nach dem Konzept der Bundesregierung jedoch allein von den Versicherten durch den Zusatzbeitrag getragen werden. Die Betriebskrankenkassen sehen mit Sorge, wenn künftige Kostensteigerungen im Gesundheitswesen einzig zu Lasten der Arbeitnehmer gehen, da dann mittelfristig droht

- dass politische Bemühungen zur Ausgabenstabilisierung erlahmen, da mögliche Preissteigerungen im Gesundheitswesen keinen Effekt mehr auf die Lohnnebenkosten haben werden

- dass die Parität zwischen Arbeitnehmer- und Arbeitgebervertretern in den Selbstverwaltungsorganen nicht mehr gewährleistet wird.

Gerade in der Betrieblichen Krankenversicherung hat sich die lange Tradition wertvoller Erfahrung mit der aktiven Finanzverantwortung der Arbeitgeber bewährt. Insbesondere die Anreize zur Betrieblichen Gesundheitsförderung in den Unternehmen gilt es auch weiterhin zu erhalten und zu fördern.

Die Bundesregierung plant den Zusatzbeitrag neu zu gestalten. Dafür soll er künftig unabhängig vom Einkommen der Versicherten als fester Betrag erhoben und durch einen neuen Sozialausgleich abgedeckt werden. Mit dieser Neugestaltung des Zusatzbeitrages wird für die Krankenkassen eine kurzfristige Erleichterung ihrer Liquiditätssituation ermöglicht und damit ein Stückweit ihre Planungssicherheit erhöht. Eine **tatsächliche Beitragsautonomie** – wie in den Eckpunkten angekündigt – **wird mit dieser Neuregelung jedoch nicht erreicht!**

Für das Jahr 2014 rechnet die Bundesregierung mit einem durchschnittlichen monatlichen Zusatzbeitragsbedarf von 16 Euro je Mitglied, der rein rechnerisch zur Deckung der für 2014 prognostizierten Lücke im Gesundheitsfonds notwendig sein wird. Dieser durchschnittliche Zusatzbeitrag soll ausschließlich als Berechnungsgröße für einen möglichen Sozialausgleich fungieren und nicht als Orientierungswert für die individuelle Erhebung eines Zusatzbeitrags durch eine Krankenkasse. Hierfür sollen weiterhin die individuellen Einnahmen und Ausgaben einer Krankenkasse ausschlaggebend sein. Da somit der individuelle Zusatzbeitrag einer Krankenkasse völlig unabhängig vom durchschnittlichen Zusatzbeitrag erhoben werden kann, soll so ein Wettbewerb zwischen den Krankenkassen über den individuellen Zusatzbeitrag entstehen. Insbesondere unter wettbewerblichen Aspekten wird damit allerdings ein zentrales Problem der bestehenden Regelung des Zusatzbeitrags manifestiert: So bleibt zunächst der hohe Anreiz für die einzelne Krankenkasse bestehen, aus Sorge vor Wettbewerbsnachteilen die Erhebung eines Zusatzbeitrages trotz eines

erkennbaren Bedarfs zu lange hinauszögern. Für die gesamte Übergangsphase bis zu einer flächendeckenden Einführung der Zusatzbeiträge droht aber voraussichtlich ein **ruinöser Wettbewerb** um die Verhinderung von Zusatzbeiträgen, der die Gefahr von größeren finanziellen Schieflagen einzelner Kassen und letztlich des haftenden GKV-Systems birgt.

Ob und wie lange eine Krankenkasse ohne Zusatzbeitrag auskommt, hängt jedoch in den wenigsten Fällen von der tatsächlichen Wirtschaftlichkeit der einzelnen Krankenkasse ab. Da die Krankenkassen mit dem Gesundheitsfonds ihre Beitragsautonomie verloren haben, bestimmen auf der Einnahmenseite die Zuweisungen des Gesundheitsfonds über den Zusatzbeitragsbedarf der einzelnen Kasse. Die Höhe der Zuweisungen wird durch den Morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) bestimmt. Um den Krankenkassen wieder faire Ausgangschancen im Wettbewerb um die Zusatzbeiträge zu geben, müssen daher die bestehenden **Fehlanreize und Manipulationsrisiken** des **Morbi-RSA** schnellstmöglich **behooben werden**.

- Dringlichster Reformbedarf besteht hierbei bei den **Verwaltungskosten**, die wieder stärker in die finanzielle Verantwortung der Krankenkassen zurückgeführt werden sollten. Dies gilt umso mehr, da die politisch gewollte umfassende Einführung von Zusatzbeiträgen automatisch mit zusätzlichem Verwaltungsaufwand verbunden ist. Gerade diese Verwaltungskosten haben jedoch keinerlei Bezug zu der Morbidität der Versicherten.
- Zudem ist die **Wiedereinführung eines Hochrisikopools** als Rückversicherungssystem für besonders teure Leistungsfälle zu überprüfen. Denn: Hochkostenfälle können mit einem solchen Risikopool deutlich effizienter ausgeglichen werden als im derzeitigen prospektiven Ausgleichsmodell.
- Auch sollten entstehende Kosten, die nur bis zu einem gewissen Maß durch das Kassenmanagement zu beeinflussen sind und in überdurchschnittlicher Fallzahl bei Einzelkassen auftreten (wie z.B. Krankengeld und Schwangerschaft), zielgenauer im Morbi-RSA Berücksichtigung finden.

Die Erhebung von Zusatzbeiträgen bedeutet für die Krankenkassen einen erheblichen Verwaltungsaufwand. Dies haben erste Erfahrungen aus diesem Jahr gezeigt. Daher muss der gesetzliche Rahmen so gestaltet sein, dass der **Zusatzbeitragseinzug kassenindividuell** organisiert werden kann. Dies eröffnet den Krankenkassen auch wieder neue Wettbewerbsspielräume, beispielsweise in der Option eines **Quellenabzugs** im Einvernehmen zwischen Unternehmen und Krankenkasse.

Durch die steigende Relevanz der Zusatzbeiträge für die Gesamteinnahmen der GKV dürfen den Krankenkassen darüber hinaus **keine Liquiditätsrisiken** entstehen. Insbesondere das Risiko potentieller Nichtzahler muss für die Krankenkassen durch die Schaffung eines klaren rechtlichen Rahmens und durch Anreizverfahren **minimiert** werden.

Gestaltung des neuen Sozialausgleichs

Die Realisierung des Sozialausgleichs über die Arbeitgeber und Rentenversicherungsträger wird als eine Lösung begrüßt, die Chancen für ein **unbürokratisches und versichertenfreundliches Verfahren** birgt. Die Betriebskrankenkassen unterstützen, dass der Sozialausgleich im GKV-System stattfindet und die anspruchsberechtigten Bürger damit **nicht zu Bittstellern** bei den Finanzbehörden gemacht werden. Sie begrüßen ebenfalls, dass mit dem geplanten Modell eine möglichst staatsferne Methode gefunden wurde, durch die das selbstverwaltete Krankenversicherungssystem bewahrt bleibt.

Allerdings gilt es in der Umsetzung der Regelung im Gesetzgebungsverfahren noch, die Versichertengruppen, die nicht oder nicht einzig über einen Arbeitgeber zu erreichen sind, unbürokratisch in den Sozialausgleich einzubeziehen:

- Für viele **Rentner** wird der Sozialausgleich nicht ausschließlich über den Rentenversicherungsträger erfolgen können, da die meisten Rentner auch über weitere beitragspflichtige rentenähnliche Einnahmen verfügen, die z. B. von den Betrieben, Pensionskassen oder Versorgungsanstalten des Bundes und der Länder gezahlt werden. Hier bedarf es einer praktikablen Lösung, wer für den Sozialausgleich zuständig ist.
- Auch für **Arbeitnehmer, die eine zusätzliche Rente beziehen**, muss sichergestellt werden, dass sich die verschiedenen für den Sozialausgleich verantwortlichen Stellen auf ein effizientes gemeinsames Verfahren einigen können, welches das beitragspflichtige Gesamteinkommen des Mitglieds berücksichtigt.
- Geklärt werden muss zudem, wie der Sozialausgleich bei den **besonderen Personengruppen** – wie freiwillig versicherte **Selbstständige** oder **Studenten** – durchgeführt werden kann. Da bei diesem Personenkreis kein Arbeitgeber bzw. Rentenversicherungsträger für den Sozialausgleich vorhanden ist, könnte dieser auch über die Krankenkassen abgewickelt werden, indem beim Versicherten entsprechende Nachweise eingefordert würden.
- Für diejenigen Mitglieder, die an ihren Krankenversicherungsbeiträgen nicht beteiligt sind (z. B. **Bezieher von Arbeitslosengeld oder Arbeitslosengeld II**, Auszubildende mit einem Arbeitsentgelt von nicht mehr als 325,- €) muss ebenfalls geklärt werden, wie für sie ein Sozialausgleich geregelt und durchgeführt werden kann. Insbesondere dieser Personenkreis wird zukünftig stark zum Kassenwechsel motiviert werden, um vom Sozialausgleich zu profitieren. Grundsätzlich gilt es in diesem Zusammenhang endlich auch **kostendeckende allgemeine Krankenkassenbeiträge für ALG-II-Empfänger** zu schaffen.
- Letztlich bedarf es eines klaren rechtlichen Konstruktes für die Bearbeitung des Sozialausgleichs und damit auch eine klare Aufteilung der **Zuständigkeit für Widerspruchsangelegenheiten**. Bezüglich der Rente muss auch die Rentenversicherung Widerspruchsstelle sein.

Sichergestellt werden muss darüber hinaus, dass der Steuerausgleich für die durch den Sozialausgleich reduzierten Fondseinzahlungen unterjährig erfolgt und dem Fonds somit keine Unterdeckung droht.

Ausgabenseite

Die Betriebskrankenkassen begrüßen das Ziel der Bundesregierung, durch Einsparanstrengungen im Leistungsbereich den Anstieg der GKV-Ausgaben für das kommende Jahr zu senken. Kritisiert wird jedoch, dass einzelne Leistungserbringer, wie die Apotheker, von den Sparbemühungen völlig ausgenommen wurden. Auch sehen die Betriebskrankenkassen die vorgesehenen Sparmaßnahmen nicht als ausreichend an. Darüber hinausgehende Strukturreformen sind dringend notwendig, um die Belastungen für die Versicherten im Jahr 2011 – aber auch in den Jahren darauf – so gering wie möglich halten zu können. Anders als in dem Entwurf des Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetzes (AMNOG) fehlt es den Eckpunkten der Bundesregierung insgesamt an einem grundlegenden Konzept, wie die Gesundheitskosten in den weiteren Versorgungsbereichen langfristig stabil und für die Versicherten bezahlbar gestaltet werden sollen. Schon bei den kurzfristig angelegten Sparmaßnahmen der Eckpunkte ist zu befürchten, dass die tatsächlichen Einsparergebnisse in einigen Bereichen hinter den formulierten Zielen zurückbleiben können.

Ambulante Versorgung – Hausarztzentrierte Versorgung

Die Betriebskrankenkassen begrüßen ausdrücklich das vereinbarte Ziel der Bundesregierung, das **Vergütungsniveau der hausarztzentrierten Versorgung (HzV) zu begrenzen** und an die Regelversorgung anzupassen. Der vorgesehene Vertrauensschutz für schon geschlossene oder per Schiedsamt festgelegte HzV-Verträge ist jedoch aus Sicht der Betriebskrankenkassen inakzeptabel. Die Rechtsgültigkeit dieser Verträge muss auf den 31. Dezember 2010 begrenzt werden.

Grundsätzlich bleiben die Betriebskrankenkassen bei ihrer Haltung, dass innovative Versorgung im Rahmen der Selektivverträge nur durch freie Vertragspartnerwahl und echte Gestaltungsspielräume möglich ist. Der **Vertragszwang des § 73b** muss daher gänzlich **aufgehoben** werden.

Ambulante Versorgung – Vergütung der niedergelassenen Ärzte

In ihren Eckpunkten äußert sich die Bundesregierung nicht zu Einsparungen im Bereich der allgemeinen ärztlichen Vergütung. Gerade vor dem Hintergrund der hohen Honorarsteigerungen der jüngsten Vergangenheit (17 Prozent Zuwachs bzw. 4,7 Milliarden Euro mehr von 2007 auf 2010) muss jedoch ein ausgewogenes Sparpaket auch bei den niedergelassenen Ärzten **eine Nullrunde** vorsehen. Ankündigungen, die Vergütung

ärztlicher Leistungen, die ohne Mengenbegrenzung zum festen Preis vergütet werden, noch einmal zu verhandeln, begrüßen die Betriebskrankenkassen ausdrücklich, werden aber nicht als ausreichende Sparanstrengungen verstanden.

Um die ärztliche Versorgung bedarfsgerechter zu gestalten, setzen sich die Betriebskrankenkassen für eine **sinnvolle Honorarreform** ein, mit der eine stärkere Berücksichtigung regionaler Versorgungsstrukturen und Versorgungsanforderungen und deren Gestaltungsmöglichkeit durch die Gemeinsame Selbstverwaltung in den Ländern ermöglicht wird.

Für den **zahnärztlichen Bereich** sehen die Eckpunkte der Bundesregierung vor, dass die Ausgaben im kommenden Jahr nur in Höhe der halben Grundlohnsumme steigen dürfen. Dieses moderate Einsparziel wird durch die von der Politik ebenfalls für die nahe Zukunft angekündigte Angleichung der Honorare in Ost und West jedoch völlig konterkariert. Eine Nullrunde muss auch im zahnärztlichen Bereich erfolgen.

Stationäre Versorgung

Die Bundesregierung plant, die Preissteigerung der Krankenhäuser im kommenden Jahr auf die **Hälfte der Grundlohnsummensteigerung** zu begrenzen. Zudem soll ein **Effizienzabschlag** von 30 Prozent **auf Mehrleistungen** festgesetzt werden. Beide Ziele sind grundsätzlich begrüßenswert, gehen aber aus Sicht der Betriebskrankenkassen eindeutig nicht weit genug.

In den letzten Jahren hat es bei den Krankenkassen exorbitante Ausgabensteigerungen im Krankenhausbereich gegeben. Von den gesetzlichen Krankenkassen ist noch nie soviel Geld in den Krankenhausbereich geflossen wie in 2009. Und auch 2010 wird es wieder eine erhebliche Steigerung geben, die durch ein aktuelles Gesetzgebungsverfahren nicht mehr eingefangen werden kann. Die Betriebskrankenkassen fordern daher, dass die Koalition dafür Sorge trägt, dass die Ausgaben in 2011 nicht weiter steigen. Für eine solche **echte Nullrunde** ist es zwingend erforderlich, auf der Ebene der Landesbasisfallwerte für 2011 nicht nur die Preisentwicklung zu stabilisieren, sondern die Mengenentwicklung im Jahr 2010 in voller Höhe zu berücksichtigen. Nur dann ist die dringend erforderliche echte Ausgabenstabilität in 2011 im Krankenhausbereich realistisch.

Das Einsparziel ist also mit Blick auf den vorgeschlagenen Effizienzabschlag in Höhe von 30 Prozent auf Mehrleistungen für das Jahr 2011 sowie der Begrenzung der Preissteigerung auf die Hälfte der Grundlohnsumme aus Sicht der Betriebskrankenkassen nicht hinreichend. Der Effizienzabschlag könnte allenfalls bei der notwendigen Betrachtung von möglichen Einsparpotentialen für die Folgejahre hilfreich sein, sollte aber auch dann eindeutig höher angesetzt werden.

Verwaltungskosten der Krankenkassen

Die angestrebte Nullrunde bei der Steigerung der Verwaltungskosten akzeptieren die Betriebskrankenkassen als ihren Anteil an den Einsparbemühungen grundsätzlich. Die Betriebskrankenkassen haben in der Vergangenheit immer bewiesen, dass sie mit schlanken Strukturen eine effiziente Verwaltung ermöglichen konnten. Die Größe einer Krankenkasse ist hierfür im Übrigen nicht ausschlaggebend.

Allerdings ist der Gesetzgeber gefordert, den Krankenkassen **neue Spielräume für die Senkung ihrer Verwaltungskosten** zu schaffen, beruhen doch die Kostensteigerungen in diesem Bereich in den letzten Jahren vor allem auf vom Gesetzgeber eingeführte zusätzliche Aufgaben der Krankenkassen. Auch geplante Reformen, wie die Einführung von Mehrkostenregelungen bei rabattierten Arzneimitteln im Rahmen des AMNOG oder die umfassende Einführung von Zusatzbeiträgen erfordern einen erhöhten Verwaltungsaufwand. Über Ausnahmetatbestände muss den Krankenkassen darüber hinaus ermöglicht werden, weiterhin an innovativen Versorgungsstrukturen zu arbeiten und letztlich damit langfristig bei verbessertem Versorgungsangebot für die Versicherten Kosten zu sparen. Bei Investitionen in die Zukunft darf nicht gespart werden!

Die **Verwaltungskosten generell zu deckeln**, halten die Betriebskrankenkassen daher für den **falschen Weg**. Eine Deckelung der Verwaltungskosten heißt auch, an unwirtschaftlichen Kassenstrukturen und ungerechtfertigten Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds festhalten zu wollen.

Ein effektiver Weg, Verwaltungskosten der Krankenkassen auch langfristig niedrig zu halten, besteht aus Sicht der Betriebskrankenkassen hingegen darin, die **Verwaltungskosten wieder voll in die Finanzverantwortung der Krankenkassen zu überführen**. Hierzu müssten die Zuweisungen im Morbi-RSA neu geregelt werden. Nur so bleibt eine schlanke Verwaltung für die Krankenkassen auch wirklich attraktiv. Der Morbiditätsbezug muss entfallen!

Ergänzende Forderungen

Finanzausgleiche

Die Analyse und Entscheidung über die Gewährung von finanzieller Hilfe bei in Schwierigkeiten geratenen Krankenkassen liegt derzeit alleine beim Spitzenverband Bund der Krankenkassen. Diese Analysen und Entscheidungen erfolgen ohne Einschaltung und Kontrollmöglichkeit der Kassenart, die in der Folge die Kosten einer Fehlentscheidung zu tragen hat. Solche Entscheidungen können für die betroffene Kassenart systemrelevant werden. Deshalb fordern die Betriebskrankenkassen, dass bei der Analyse und Entscheidung nach § 265 a SGB V künftig zwingend die betroffene Kassenart in die Verfahren einzubinden ist. Überdies bedürfen zum Schutz der Krankenkassen die bisherigen Regelungen zur Haftungsprävention einer Überprüfung und Anpassung.

PKV-Wechsel

Mit der Absicht der Bundesregierung, GKV-Versicherten wieder nach einjähriger Überschreitung der Beitragsbemessungsgrenze den Wechsel in die PKV zu ermöglichen, schadet die Bundesregierung der GKV und mindert letztlich ihre Einnahmen. Dies konterkariert die Intention der Bundesregierung die Einnahmeseite der GKV zu stabilisieren und wird von den Betriebskrankenkassen abgelehnt.

Resümee

Die Betriebskrankenkassen sehen in den Eckpunkten eine Perspektive für eine finanzielle Planungssicherheit für das kommende Jahr. Das Ziel einer nachhaltigen Reform sehen sie hingegen nicht erreicht. Das Vorhaben, zukünftige Ausgabensteigerungen einzig über Zusatzbeiträge der Versicherten finanzieren zu wollen, sehen die Betriebskrankenkassen mit Sorge. Auch darf zukünftig nicht einzig über kurzfristige Kostendämpfungsmaßnahmen den Ausgabensteigerungen begegnet werden. Insbesondere mit Strukturreformen in der medizinischen Versorgung, Stärkung der Prävention und Förderung des Wettbewerbs muss indes langfristig angestrebt werden, der Kostensteigerung im Gesundheitswesen grundsätzlich zu begegnen.