

Entschließungsantrag

der Abgeordneten Daniel Bahr (Münster), Heinz Lanfermann, Dr. Konrad Schily, Dr. Heinrich L. Kolb, Detlef Parr, Michael Kauch, Jens Ackermann, Dr. Karl Addicks, Christian Ahrendt, Uwe Barth, Rainer Brüderle, Angelika Brunkhorst, Ernst Burgbacher, Patrick Döring, Mechthild Dyckmans, Jörg van Essen, Ulrike Flach, Otto Fricke, Paul K. Friedhoff, Dr. Edmund Peter Geisen, Hans-Michael Goldmann, Miriam Gruß, Joachim Günther (Plauen), Dr. Christel Happach-Kasan, Heinz-Peter Haustein, Elke Hoff, Birgit Homburger, Dr. Werner Hoyer, Hellmut Königshaus, Gudrun Kopp, Jürgen Koppelin, Sibylle Laurischk, Harald Leibrecht, Ina Lenke, Michael Link (Heilbronn), Markus Löning, Horst Meierhofer, Patrick Meinhardt, Jan Mücke, Burkhardt Müller-Sönksen, Dirk Niebel, Hans-Joachim Otto (Frankfurt), Cornelia Pieper, Gisela Piltz, Frank Schäffler, Marina Schuster, Carl-Ludwig Thiele, Florian Toncar, Christoph Waitz, Dr. Claudia Winterstein, Dr. Volker Wissing, Hartfrid Wolff (Rems-Murr), Dr. Guido Westerwelle und der Fraktion der FDP

**zu der dritten Beratung des Gesetzentwurfs der Bundesregierung
– Drucksachen 16/9559, 16/10609 –**

Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG)

Der Bundestag wolle beschließen:

Der Deutsche Bundestag stellt fest:

1. Das GKV-OrgWG beschreitet den mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) begonnenen Weg weiter, von Wettbewerb zu reden, aber durch die geschaffenen Regelungen stattdessen den Weg in ein zentralistisches Einheitssystem zu ebnen. Den gesetzlichen Krankenkassen wird die Beitragsautonomie genommen. Der bundesweit einheitliche Beitragssatz wird auf einem Niveau festgesetzt, das nach Aussagen derjenigen, die die Gesundheitsversorgung finanzieren, der gesetzlichen Krankenversicherung, nicht geeignet ist, die Gesundheitsausgaben zu 100 Prozent abzudecken. Eine Liquiditätsreserve ist zum jetzigen Zeitpunkt nicht vorhanden. Sie wird auch nur in reduziertem Maße schrittweise erfolgen können, weil die Finanzmittel zur Erfüllung der Konvergenzklausel, die einzelne Bundesländer in der Übergangszeit vor Überforderung schützen soll, aus diesen Mitteln für die Liquiditätsreserve bestritten werden sollen und nicht durch diejenigen, die von den Neuregelungen profitieren. Gerade auch im Hinblick auf die zu erwartende deutliche konjunkturelle Abschwächung führt das Nichtvorhandensein einer

ausreichenden Liquiditätsreserve zudem zu unkalkulierbaren Belastungen für den Bundeshaushalt. Für die gesetzlichen Krankenkassen wächst die Gefahr einer Schließung oder Insolvenz abhängig von dem Grad der Unterdeckung. Die Schließung oder Insolvenz einer Krankenkasse belastet über die kassenarteninternen und kassenartenübergreifenden Hilfen wiederum andere Krankenkassen, die hierfür keine Reserven haben. Das kann zu einem höchst gefährlichen Kaskadeneffekt führen, der die Leistungsfähigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung insgesamt in Frage stellt.

2. Funktionsfähiger Wettbewerb setzt einen soliden Rahmen voraus, der mit den allgemein anzuwendenden wettbewerbs- und kartellrechtlichen Regelungen vorhanden ist. Sie müssen deshalb komplett auch in der GKV zur Anwendung kommen und nicht nur einzelne Vorschriften. Das trifft ganz besonders auf die Verhinderung des Missbrauchs einer marktbeherrschenden Stellung zu. Je stärker die Tendenz zu Fusionen ist, umso wichtiger sind entsprechende Handlungsmöglichkeiten für das Bundeskartellamt.
3. § 69 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) wird gestrichen im Hinblick auf die Notwendigkeit, im Bereich der Beziehungen der Krankenkassen untereinander sowie zu den Anbietern von Gesundheitsleistungen einen tragfähigen wettbewerbs- und kartellrechtlichen Rahmen zu schaffen, der den Missbrauch einer marktbeherrschenden Stellung verhindert und damit unerwünschte Folgen für die Marktstrukturen. Die nur selektive Anwendung einzelner Regelungen des Wettbewerbs- und Kartellrechts, die z. B. die Anwendung des Kartellverbots nach § 1 des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen (GWB) nicht zur Anwendung kommen lässt, führt zu unkontrollierbaren Konzentrationsprozessen, die den Weg in eine Einheitsversicherung, nicht jedoch in einen funktionsfähigen Wettbewerb ebnen.
4. Um zu verhindern, dass die einheitliche Anwendung der Vergaberechtsnormen in allen Wirtschaftsbereichen durch unterschiedliche Instanzenzüge gefährdet wird und zu erheblicher Rechtsunsicherheit und Rechtszersplitterung führt, wird klargestellt, dass der Rechtsweg bei vergaberechtlichen Streitigkeiten, auch wenn sie die gesetzliche Krankenversicherung betreffen, in zweiter Instanz ausschließlich bei den Oberlandesgerichten liegt. Die vorgesehenen Empfehlungen zur Zweckmäßigkeit von Ausschreibungen sind ebenfalls nicht zielführend. Sie führen nicht zu mehr Rechtssicherheit. Die Ausschreibungspflicht wird durch die vorrangigen Vorschriften des EU-Vergaberechts sowie des nationalen Vergaberechts geregelt. Das systemfremde Kriterium, das bei Anwendung der, Angelegenheiten der GKV betreffenden, Vorschriften des GWB der Versorgungsauftrag der gesetzlichen Krankenkassen besonders zu berücksichtigen ist, sollte nicht zur Anwendung kommen. Es widerspricht der ordnungspolitischen Basis des deutschen Kartellrechts und führt zu Unklarheiten darüber, wie dieses Kriterium im Verhältnis zu den vergabe- und wettbewerbsrechtlichen Kriterien zu bewerten ist.
5. Klare insolvenzrechtliche Regelungen sind grundsätzlich zu begrüßen. Allerdings ist die Übertragung des Insolvenzrechts auf Körperschaften des öffentlichen Rechts, deren Handlungsspielraum weitgehend durch die Politik bestimmt wird und durch den Gesundheitsfonds mit seinen Implikationen noch einmal drastisch reduziert worden ist, problematisch. Die Regelungen der Insolvenzordnung lassen sich nicht einfach auf ein staatlich determiniertes System anwenden. Gerade auch das Kriterium der drohenden Zahlungsunfähigkeit ist nicht zielführend. Das Bundesversicherungsamt weist zu Recht daraufhin, dass die Prognose über eine drohende Zahlungsunfähigkeit im Wesentlichen von der Einschätzung der zukünftigen Höhe der Zuweisungen abhängt, die ihrerseits wieder von der Höhe des allgemeinen Beitragssatzes abhängt. Prognosen zur drohenden Zahlungsunfähigkeit sind damit maximal bis zum Jahresende möglich, da sich die Liquiditätssituation im darauf fol-

genden Jahr aufgrund einer Anpassung des Beitragssatzes und der Zuweisungen grundlegend ändern kann. Es müsste deshalb noch einmal eingehend geprüft werden, ob das Schließungsrecht des SGB V nicht der bessere Weg ist, nicht mehr wirtschaftlich arbeitende Krankenkassen vom Markt zu nehmen. Es soll aber bei der Verpflichtung der gesetzlichen Krankenkassen bleiben, über einen längeren Zeitraum gestreckt Deckungskapital für die Versorgungsverpflichtungen zu bilden. Es soll auch bei der Annäherung der für die Krankenkassen geltenden Rechnungslegungsvorschriften an die im Handelsgesetzbuch geltenden Grundsätze einer ordnungsgemäßen Buchführung und Bilanzierung bleiben, um Verlässlichkeit und Transparenz zu verbessern.

6. Um den gesetzlichen Krankenkassen den Handlungsspielraum zu verschaffen, der notwendig ist, um eine gute Gesundheitsversorgung im Wettbewerb organisieren zu können, wird ihnen die Beitragssatzautonomie zurückgegeben, das heißt: der bundesweit einheitliche, durch die Bundesregierung festgesetzte Beitragssatz in Kombination mit dem gedeckelten Zusatzbeitrag wird abgeschafft.
7. Die Änderung des § 73b SGB V, die die Krankenkassen zum Vertragsabschluss mit einer Gemeinschaft verpflichtet, die mindestens die Hälfte der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Allgemeinärzte in einem KV-Bezirk vertritt, wird rückgängig gemacht. Eine solche Regelung behindert den Wettbewerb, gefährdet die Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung und stößt auf gravierende rechtliche Bedenken.
8. Die Regelung zum Wegfall der Altersgrenze von 68 Jahren, bis zu der zurzeit Ärzte und Zahnärzte als Vertragsärzte tätig sein dürfen, wird begrüßt. Sie muss um eine erweiterte Übergangsregelung ergänzt werden, die es allen Ärzten unabhängig davon, in welchem Bezirk ihre Praxis liegt bzw. lag, ermöglicht, ihre Tätigkeit fortzuführen bzw. wieder aufzunehmen, die im Jahr 2008 das 68. Lebensjahr vollendet haben.
9. Solange die Bedarfsplanung existiert, ist eine Mindestquote für ärztliche Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sinnvoll und notwendig, um sicherzustellen, dass Patienten mit ihren spezifischen Erkrankungen einen entsprechend qualifizierten Behandler finden, der sie optimal versorgen kann. Ergänzend ist sicherzustellen, dass langfristig nicht besetzte Sitze aus den Mindestversorgungsanteilen bei der Ermittlung des Versorgungsgrads auch nicht berücksichtigt werden. Dadurch soll verhindert werden, dass Bezirke fälschlicherweise als überversorgt ausgewiesen werden, obwohl sie de facto unterversorgt sind.

Berlin, den 15. Oktober 2008

Dr. Guido Westerwelle und Fraktion

Begründung

Mit dem GKV-WSG ist den gesetzlichen Krankenkassen die Beitragsautonomie weitgehend genommen worden. Ab dem 1. Januar 2009 werden sie nicht mehr darüber bestimmen können, wie viel Geld sie für die Versorgung ihrer Versicherten einsetzen, sondern die Bundesregierung über den festgesetzten Beitragssatz und die Zuteilungen aus dem Gesundheitsfonds über das Bundesversicherungsamt. Die mögliche Erhebung eines Zusatzbeitrages ist eine zu vernachlässigende Größe zum einen wegen der Begrenzung auf 1 Prozent des beitragspflichtigen Einkommens der Mitglieder. Zum anderen aber auch, weil der Zusatzbeitrag

durch entsprechende Äußerungen führender Koalitionspolitiker zu einem Indikator für Unwirtschaftlichkeit erklärt worden ist. Das führt dazu, dass Krankenkassen die Erhebung eines solchen Zusatzbeitrages um jeden Preis verhindern müssen, damit Versicherte sie nicht wegen vermuteter Unwirtschaftlichkeit verlassen. Die Einnahmen der GKV sind damit politisch determiniert, ebenso wie fast der gesamte Bereich der Leistungsausgaben dem Grunde nach und durch politische Festlegungen z. B. im Hinblick auf die Vergütungen im ärztlichen Bereich und im Krankenhausbereich zunehmend auch der Höhe nach. Erschwerend kommen unterschiedliche Belastungen der einzelnen Krankenkassen aufgrund von Nichthandeln hinzu, so z. B. im Krankenhausbereich und im zahnärztlichen Bereich mit den unterschiedlichen Basisfallwerten bzw. den unterschiedlich hohen Kopfpauschalen, die bei der Mittelzuweisung aus dem Gesundheitsfonds keine Berücksichtigung finden.

Das Entstehen einer Insolvenz ist deshalb nach Einführung des Gesundheitsfonds mit all seinen Implikationen für die einzelne Krankenkasse so gut wie nicht beeinflussbar, sondern unterliegt politisch determinierten Vorgaben. Der Staat mit der Setzung der Rahmenbedingungen ist die Hauptursache für wirtschaftliche Probleme gesetzlicher Krankenkassen. Unter den Bedingungen des Gesundheitsfonds und des Festhaltens an Krankenkassen als Körperschaften des öffentlichen Rechts ist deshalb die Anwendung des Schließungsrechts der konsequentere Weg.

Die Neuregelung des Insolvenzrechts fällt in eine Zeit der massiven Unsicherheit für die Krankenkassen, wie viel Geld ihnen de facto für die Versorgung der Versicherten zur Verfügung steht. Sicher werden sie das erst Ende 2010 für das Jahr 2009 wissen. Die Verwerfungen aufgrund des neuen morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs und die Umstellung der ärztlichen Vergütung führen dazu, dass auf Vergangenheitswerte nicht mehr zurückgegriffen werden kann. Die Haushaltsplanung basiert vielmehr auf vorläufigen Erkenntnissen. Die Krankenkassen sind auf Vermutungen angewiesen, ob die Zuteilungen aus dem Gesundheitsfonds korrekt bemessen sind oder ob sie bei der Spitzabrechnung Geld zurückzahlen müssen. Die Erfahrungen bei Einführung des Risikostrukturausgleichs haben gezeigt, dass die dabei im Nachhinein verschobenen Finanzmittel einen erheblichen Umfang ausmachen können. Selbst wenn man Gesundheitsfonds und Insolvenz grundsätzlich bejaht, müsste zumindest in der Anfangsphase von zwei bis drei Jahren das Insolvenzrecht ausgesetzt werden.

Die isolierte Herausnahme der Bundesknappschaft aus den insolvenzrechtlichen Regelungen ist vor dem Hintergrund einer gewollten Gleichstellung der Krankenkassen überhaupt nicht zu rechtfertigen. Es handelt sich um eine für alle Versicherten wählbare Krankenkasse, die viel Geld aus dem Risikostrukturausgleich von anderen Krankenkassen erhält. Eine Sonderstellung führt zu einer nicht hinnehmbaren Wettbewerbsverzerrung, wie die Ankündigung der Bundesknappschaft, Prämien unter Fondsbedingungen ausschütten zu wollen, noch einmal deutlich gemacht hat.

Die Festsetzung des bundesweit einheitlichen Beitragssatzes in Kombination mit dem gedeckelten Zusatzbeitrag und den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds führt auch dazu, dass gesetzliche Krankenkassen überall dort, wo sie noch bescheidene Spielräume haben, die Versorgungssituation für ihre Versicherten zu verbessern, diese Aktivitäten zurückfahren wie das anhand der Kündigung der Onkologienachsorgevereinbarung und der Sozialpsychiatrievereinbarung deutlich geworden ist. Nur dann, wenn alle Krankenkassen hierfür gleich viel Geld einsetzen, ist die Finanzierung solcher Leistungen unter den vorgesehenen Bedingungen wettbewerbsneutral. Eventuelle langfristige Einsparpotenziale werden deshalb bei der Entscheidung der einzelnen Krankenkassen im Hinblick auf die Notwendigkeit, in der Zwischenzeit einen Zusatzbeitrag erheben zu müssen, keine Rolle spielen. Konsequenz ist entweder eine gesetzliche Verpflich-

tung, solche Leistungen anzubieten, wie es der Gesetzentwurf z. B. für die sozialmedizinischen Nachsorgemaßnahmen für chronisch kranke Kinder und Jugendliche vorsieht. Das führt jedoch zu einer immer stärker staatlich statt wettbewerblich geprägten Landschaft. Oder man belässt den Krankenkassen und damit der Selbstverwaltung die Möglichkeit, ihr Einnahmenvolumen in Konkurrenz mit den Wettbewerbern unter Einhaltung bestimmter Voraussetzungen selbst zu bestimmen und setzt damit auf Verbesserungen im Wettbewerb anstelle von Staatsdirigismus.

Im Vertragsbereich wird der Wettbewerb weiter eingeschränkt. Zunächst ist mit dem GKV-WSG die Verpflichtung für die Krankenkassen verankert worden, ihren Versicherten eine besondere hausärztliche Versorgung anzubieten. Nun wird durch eine Änderung des § 73b SGB V vorgeschrieben, dass die Krankenkassen allein oder in Kooperation mit anderen Krankenkassen spätestens bis 30. Juni 2009 Verträge mit Gemeinschaften schließen müssen, die mindestens die Hälfte der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Allgemeinärzte in einem KV-Bezirk vertreten. Die Krankenkassen werden gezwungen, mit einem privatrechtlich organisierten Verband ohne rechtliche und faktische Alleinvertretungsbefugnis im Binnenverhältnis Verträge unter Ausschluss einer Vielzahl im hausärztlichen Versorgungsbereich tätiger Vertragsärzte zu schließen. Der Zwang zum Vertragsabschluss gibt naturgemäß einem der beiden Partner eine besonders starke Stellung. Das ist aus wettbewerbsrechtlicher Sicht nicht unproblematisch. Man zwingt auch die Krankenkassen, die bereits heute flächendeckend Hausarztverträge abgeschlossen haben, neue Verträge mit dem im Gesetz vorgeschriebenen Vertragspartner zu machen. Darüber hinaus stößt eine solche Vorschrift jedoch auch auf grundsätzliche rechtliche Bedenken. Ein Kontrahierungszwang gegenüber einem Privaten muss zumindest von vernünftigen Erwägungen des Gemeinwohls getragen sein. Eine solche Begründung gibt es jedoch nicht, weil bisher eine flächendeckende hausärztliche Versorgung gewährleistet ist. Es ist zumindest fraglich, ob es sich im Hinblick auf die nicht organisierten Allgemeinärzte nicht um einen Verstoß gegen die negative Koalitionsfreiheit handelt, wenn sie sich aus Existenzsicherungsgründen in den Verband, der bei dem Vertrag zum Zuge kommt, begeben müssen, um an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmen zu können. Zudem ist die Vertragsfreiheit anderer potenzieller Vertragspartner mit der Verleihung eines Rechts auf eine Dienstleistungskonzeption bei selbst gewählter Inanspruchnahme tangiert. Das ist insbesondere bedenklich, weil zu den Hausärzten nicht nur die Allgemeinmediziner zählen, sondern auch hausärztlich tätige Internisten sowie Kinderärzte.

Die bei Festhalten an Gesundheitsfonds und gedecktem Beitragssatz notwendige Übergangsregelung für die Bundesländer, die hierdurch besonders stark negativ finanziell betroffen sind, die Konvergenzklausel, schafft zwar eine zeitweise Abmilderung der Folgen der Zentralisierung. Auf Dauer jedoch werden die Strukturen in den einzelnen Bundesländern mehr und mehr angeglichen. Eine regionale Vielfalt, die die Besonderheiten vor Ort berücksichtigen kann, wird es dann nicht mehr geben. Im Gesetzentwurf heißt es, dass sich die Belastungen aufgrund der Einführung des Gesundheitsfonds für die in einem Land tätigen Krankenkassen in jährlichen Schritten von jeweils höchstens 100 Mio. Euro aufbauen sollen. Wenn man das sicherstellen will, muss man die De-facto-Situation im Jahre 2008 der De-facto-Situation im Jahre 2009 gegenüberstellen. Das bedeutet aber, dass man Ausgleichsansprüche und -verpflichtungen aufgrund von Risikostrukturausgleich und Risikopool nicht ausklammern darf, weil sie Einfluss auf den Status einer Krankenkasse im Jahre 2008 haben. Es ist dann auch nicht gerechtfertigt, willkürlich die am 30. Juni 2008 geltenden Beitragssätze zu Grunde zu legen und nicht wie ursprünglich vorgesehen die zum 31. Dezember 2008 geltenden. Problematisch ist auch, dass für das Abmildern der zusätzlichen Belastungen einiger Bundesländer durch die Neuregelungen die Liquiditätsreserven des Gesundheitsfonds herangezogen werden sollen und

der Ausgleich nicht über Finanzmittel aus den Ländern erfolgt, die von dem Übergang auf das neue System profitieren. Insbesondere auch im Hinblick auf die sich abzeichnende wirtschaftliche Lage und im Hinblick darauf, dass der Gesundheitsfonds durch die Festsetzung des Beitragssatzes auf 15,5 Prozent vermutlich von Anfang an eine Unterdeckung aufweist, wäre der zügige Aufbau einer Liquiditätsreserve umso notwendiger.

Beim Wettbewerbs- und Kartellrecht bleibt es dabei, dass eine ausreichende Fusionskontrolle und im Falle des Entstehens marktbeherrschender Stellungen auch Untersagungen nicht in dem erforderlichen Maße möglich sind. Das stärkt die Gefahr, dass die marktbeherrschenden Stellungen missbraucht werden. Im Hinblick auf die bei den Krankenkassen zu erwartende Fusionswelle, die zu einem deutlichen Anstieg der Kassengrößen führen wird, ist eine Übertragung der entsprechenden kartellrechtlichen Regelungen unabdingbar.

Im Hinblick auf die vergaberechtlichen Regelungen ist es zweifelhaft, ob die vorgenommenen Sonderregelungen für die Vergabe im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung rechtlich haltbar sind. Sie führen dazu, dass die Einheitlichkeit der Anwendung der vergaberechtlichen Vorschriften unterminiert wird. Auch die Rechtswegzuweisung an die Sozialgerichte ist nicht zielführend. Der vergaberechtliche Rechtsschutz vor den Vergabekammern und Vergabesenaten der Oberlandesgerichte hat sich über Jahre bewährt. Da die vergaberechtlichen Nachprüfungsinstanzen seit jeher z. B. bei komplexen Dienstleistungsvergaben auch Rechtsfragen aus anderen Rechtsgebieten mit zu entscheiden hatten, besteht für die geplante Rechtswegaufspaltung kein sachlicher Grund. Im Gegenteil: Vielmehr steht zu befürchten, dass die Effektivität des Rechtsschutzes, die ein maßgeblicher Grund für die Einrichtung dieser Rechtsschutzinstanzen gewesen ist, durch die Zuweisung an die Landessozialgerichte konterkariert wird. Da die Sozialgerichte im Nachprüfungsverfahren vornehmlich vergaberechtliche Fragen zu klären haben, wird die bestehende Rechtsunsicherheit vertieft und eine einheitliche Rechtsprechung dauerhaft verhindert.

