

NEUE HAFTUNGSREGELN FÜR KRANKENKASSEN

Mit dem Omnibus zum Fonds

Vordergründig führt die Bundesregierung neue Haftungs- und Insolvenzregeln für Krankenkassen ein. Nebenbei soll das Parlament gleich noch über Hausarztverträge und Psychotherapeutenquoten entscheiden – weil die Zeit für vieles drängt.

Omnibusverfahren – so nennt man es im Rahmen der Gesetzgebung, wenn an das ursprüngliche Vorhaben noch diverse Punkte angehängt werden, die ganz anderen Inhalts sind. Das lateinische omnibus bedeutet „für alle“. Und nach diesem Prinzip finden sich in Omnibussen ja häufig tatsächlich höchst unterschiedliche Passagiere ein.

Das Ziel ist auf der Straße wie im Parlament identisch: Alle, die man an Bord genommen hat, sollen unbeschädigt ankommen. Ob das beim Verfahren rund um den Gesetzentwurf der Bundesregierung zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG) gelingen wird, ist noch offen. Denn dabei wird nicht nur über neue Haftungs- und Insolvenzregelungen für Krankenkassen entschieden. Es geht auch um so unterschiedliche Vorhaben wie die Aufhebung der Altersgrenze für Vertragsärzte (DÄ, Heft 38/2008), die künftigen Quoten für Psychotherapeuten oder eine Verschärfung der Regelungen für Hausarztverträge.

Deshalb gaben die Sachverständigen, die zur öffentlichen Anhörung am 24. September in den Bundestag gekommen waren, in ihren schriftlichen Stellungnahmen und mündlichen Ausführungen bunt gemischte Voten ab. An diesem Tag wollte der Gesundheitsausschuss des Bundestags Genaueres zum geplanten Gesetz und den sachfremden Anträgen wissen.

Im Kern geht es darum, Rechte und Pflichten der Krankenkassenarten kompatibel zum Gesundheits-

fonds zu gestalten, der sie ja vom nächsten Jahr an zwingt, mit demselben Beitragssatz in der gesetzlichen Krankenversicherung auszukommen. So sollen künftig alle Kassen, auch allgemeine Ortskrankenkassen, insolvent werden können. Dann würde von 2010 an für alle Kassenarten die Insolvenzordnung gelten.

Käme eine Kasse finanziell ins Straucheln, müsste sie von den Unternehmen der gleichen Kassenart aufgefangen werden; sobald diese überfordert sind, von der Gesamtheit der Kassen. Bislang waren nur Krankenkassen insolvenzfähig, über die der Bund die Aufsicht führte, also beispielsweise die Barmer oder die DAK.

Die geplanten Neuregelungen zur Insolvenzfähigkeit stießen während der Anhörung im Grundsatz auf Zustimmung, so von Dr.

Doris Pfeiffer, der Vorsitzenden des neuen GKV-Spitzenverbands Bund. Sie wies jedoch auf eine einjährige Haftungslücke hin, weil die

Neuregelungen erst von 2010 an greifen sollen, die Bundesländer aber schon zum Januar 2009 nicht mehr für Krankenkassen haften müssen.

Dass Kassen auf Dauer in finanzielle Engpässe geraten können, ist alles andere als abwegig. Das bestätigten mehrere Sachverständige mit Blick darauf, dass der Gesundheitsfonds mittelfristig nur 95 Prozent der GKV-Kosten decken soll, Zusatzeinnahmen durch Prämien der Versicherten aber bei den Krankenkassen verpönt und zudem in der Höhe begrenzt sind. Knut Lambertin vom Deutschen Gewerkschaftsbund kri-

tisierte generell, dass Krankenkassen pleitegehen können. Dies sei für Unternehmen die Strafe für falsches wirtschaftliches Handeln, betonte er, doch vergleichbare Freiräume hätten die Kassen gar nicht.

Kontroverse Meinungen zu den neuen Hausarztverträgen

Der Gesetzentwurf sieht noch eine Vielzahl anderer Vorschriften vor. So soll es beispielsweise Säumniszuschläge für solche Krankenkassen geben, die die Beiträge ihrer Mitglieder nicht rechtzeitig an den Gesundheitsfonds abführen. Aber auch Einzelheiten zur Liquiditätsreserve des Fonds und zur Umsetzung der sogenannten Konvergenzklausel sind enthalten. Letztere soll bekanntlich sicherstellen, dass kein Bundesland durch den Gesundheitsfonds und den neuen morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) zwischen den Krankenkassen mit mehr als 100 Millionen Euro pro Jahr zusätzlich belastet wird.

Schnell standen jedoch andere Themen im Mittelpunkt. Scharf kritisiert wurde bei der Anhörung die vorgesehene Neufassung der hausarztzentrierten Versorgung nach § 73 b SGB V. Sie ist ein typisches Element des Omnibusverfahrens. Geplant ist, dass die Krankenkassen spätestens bis zum 30. Juni 2009 Hausarztverträge vorrangig mit Gemeinschaften schließen, die mindestens die Hälfte der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Allgemeinärzte des Bezirks der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) vertreten. Dies bedeutet, dass dem Deutschen Hausärzterverband in vielen Regionen de facto eine Monopolstellung zukommen wird.

Dies lehnte unter anderem der Bundesverband Hausärztlicher In-



Foto: Fotolia

ternisten ab. Mit der bisherigen Regelung sei es bereits zu einer Fülle von Verträgen zur hausarztzentrierten Versorgung gekommen, betonte Dr. med. Ulrich Piltz, zweiter Vorsitzender des Verbandes. Um eine flächendeckende Umsetzung zu beschleunigen, sei es ausreichend, den verbindlichen Abschluss von Verträgen bis zum 30. Juni 2009 gesetzlich vorzuschreiben. Stattdessen wolle man eine Gefälligkeitsregelung einführen, die nur dem Hausärzterverband nütze. Dieser sei aber stark genug und brauche keine Hilfe des Gesetzgebers. Piltz wies darauf hin, dass an der hausärztlichen Versorgung neben zahlreichen Allgemeinmediziner (58 Prozent) auch Internisten (19 Prozent) sowie praktische Ärzte (13 Prozent) und Kinderärzte (zehn Prozent) beteiligt sind. Sie würden durch die Neuregelung diskriminiert.

„Straffaktion gegenüber den Krankenkassen“

Erwartungsgemäß beurteilte der Deutsche Hausärzterverband die Änderung positiv. In seiner Stellungnahme begrüßte er die Neuregelung. Die Weiterentwicklung von Qualität und Wirtschaftlichkeit sowie angemessene Bedingungen für die hausärztliche Tätigkeit könnten nur im Rahmen eines Vertragswettbewerbs gewährleistet werden. Das Kollektivvertragssystem zeige sich nicht in der Lage, die drängenden Probleme in der hausärztlichen Versorgung adäquat zu lösen. Mit der gesetzlichen Neuregelung würden die notwendigen Rahmenbedingungen geschaffen, um mit sinnvollen Versorgungs- und Vergütungskonzepten den Problemen zu begegnen.

Die Einzelsachverständige Ingeborg Simon warnte indes davor, eine „Hierarchisierung“ vorzunehmen. Simon, die zehn Jahre für die PDS im Berliner Abgeordnetenhaus saß, bezeichnete eine Verpflichtung der Kassen zum Abschluss von Hausarztverträgen als „Straffaktion gegenüber den Krankenkassen, die bisher noch keine Vereinbarungen unterzeichnet haben“.

Ähnlich bewertete der GKV-Spitzenverband das Vorhaben. Die Kassen würden zwar auch für Se-

lektivverträge eintreten, doch führe das Gesetz nicht zu mehr Vertragswettbewerb, so Johann-Magnus von Stackelberg, Vorstandsmitglied im GKV-Spitzenverband. Vielmehr würde das Monopol der KVen gegen ein Monopol des Hausärzterverbands ausgetauscht. „Wenn man Selektivverträge will, dann soll man sie auch ohne Zwang machen können“, forderte von Stackelberg. Die

und Jugendlichen an der Bevölkerung entspreche. Engpässe gebe es zudem nicht nur in den neuen Bundesländern, sondern auch generell in ländlichen Gegenden.

Darüber hinaus plädierte die Psychotherapeutenkammer dafür, die Quoten für Ärzte und Psychologen wie gesetzlich vorgesehen abzuschaffen. Sie verlängerten nur die heutige Unterversorgung. Die

„Wenn man Selektivverträge will, dann soll man sie auch ohne Zwang machen können.“

Johann-Magnus von Stackelberg, Vorstandsmitglied im GKV-Spitzenverband

Neuregelung komme einer Hausarzt-KV gleich.

Breiten Raum nahmen in der Anhörung auch die Interessen der Psychotherapeuten ein. Hier ging es um die Mindestquotenregelung in § 101 SGB V, die ärztlichen Psychotherapeuten einen Mindestanteil an der psychotherapeutischen Versorgung von 40 Prozent zusichert. Diese Regelung läuft zum Jahresende aus. Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) schlägt nun einen Kompromiss als Basis für die künftige Bedarfsplanungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses vor: Die Quote wird zwar weitergeführt, aber nur mit 20 Prozent. Zudem wird eine Quote von zehn Prozent für Psychotherapeuten vorgegeben, die ausschließlich Kinder und Jugendliche behandeln.

„Wir fordern 20 Prozent für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten“, betonte Prof. Dr. Rainer Richter, Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer. Mit der vorgeschlagenen Zehnprozentquote könne die Unterversorgung nicht aufgehoben werden. Diese Auffassung teilen auch die zahlreichen Verbände der Psychologen. Andrea Mrazek, die Präsidentin der ostdeutschen Psychotherapeutenkammer: „Wir könnten eine Quote von 20 Prozent ausfüllen“. Marion Schwarz vom Berufsverband der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und -therapeutinnen sah es ähnlich: 20 Prozent seien angemessen, zumal dies in etwa dem Anteil der Kinder

Kassenärztliche Bundesvereinigung schloss sich in ihrer Stellungnahme dagegen den beiden Quotenvorschlägen des BMG an. Die Bundesärztekammer hingegen befürwortet eine Zehnprozentquote speziell für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, ist jedoch gegen eine Absenkung der allgemeinen Quote für ärztliche Psychotherapeuten. Dr. med. Karin Bell vom Berufsverband der Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Deutschlands warnte, als Folge einer Quotenabsenkung von 40 auf 20 Prozent werde es bald keine psychotherapeutisch tätigen Ärzte mehr geben. Sie seien für die Versorgung wegen ihrer „Doppelqualifikation“ aber unverzichtbar.

Freie Plätze gäbe es – auf dem Papier

Ein sinnvoller Kompromiss wird durch die Bedarfsplanung erschwert. Sie bewirkt, dass die Psychologen von einer niedrigeren Quote für die Ärzte nicht in vollem Umfang profitieren würden. Dies verdeutlichte Kassenexperte Stackelberg. Er verwies darauf, dass Psychologische Psychotherapeuten sich in überversorgten Gebieten nicht niederlassen könnten, selbst wenn die Quote für ärztliche Kollegen gesenkt würde. Künftige freie Sitze für Psychologen gäbe es also vor allem auf dem Papier – in Planungsbezirken, in denen die Versorgung über 110 Prozent liegt, würden sie einfach wegfallen. ■

Samir Rabbata, Sabine Rieser