



Deutscher Bundestag
Petitionsausschuss
Die Vorsitzende

Herrn
Jörg Mitzlaff
Am Friedrichshain 34
10407 Berlin

Berlin, 10. Oktober 2024
Bezug: Ihre Eingabe vom
6. April 2022; Pet 2-20-15-8201-
006552
Anlagen: 1

Sehr geehrter Herr Mitzlaff,

der Deutsche Bundestag hat Ihre Petition beraten und am
26. September 2024 beschlossen:

Das Petitionsverfahren abzuschließen.

Er folgt damit der Beschlussempfehlung des Petitionsausschusses
(BT-Drucksache 20/12848), dessen Begründung beigelegt ist.

Mit dem Beschluss des Deutschen Bundestages ist das
Petitionsverfahren beendet.

Mit freundlichen Grüßen

Martina Stamm-Fibich

Martina Stamm-Fibich, MdB
Platz der Republik 1
11011 Berlin
Telefon: +49 30 227-35257
vorzimmer.peta@bundestag.de



Pet 2-20-15-8201

Organisation der Sozialversicherung

Beschlussempfehlung

Das Petitionsverfahren abzuschließen.

Begründung

Mit der Petition wird gefordert, mit einer Auflösung der Kassenzärztlichen Vereinigungen und einer Reduzierung der Anzahl der Krankenkassen auf eine pro Bundesland die Kosten für die entsprechenden Verwaltungsapparate zu senken.

Begründet wird dies im Wesentlichen mit unnötigen Verwaltungskosten, zu hohen Krankenkassenbeiträgen und einer zu geringen bzw. zu gering möglichen Kontrolle des Abrechnungsverhaltens von Ärzten. Die frei werdenden Mittel könnten zur Stärkung des Gesundheitswesens und zur Finanzierung von Pflegekräften eingesetzt werden.

Zu den Einzelheiten wird auf die Petition verwiesen, die auf der Internetseite des Deutschen Bundestages veröffentlicht wurde. Es gingen 130 Mitzeichnungen sowie 14 Diskussionsbeiträge ein.

Zu diesem Thema liegen dem Petitionsausschuss weitere Eingaben mit verwandter Zielsetzung vor, die wegen des Sachzusammenhangs in die parlamentarische Prüfung einbezogen werden. Der Ausschuss bittet in diesem Zusammenhang um Verständnis dafür, dass nicht auf alle vorgelegten Gesichtspunkte eingegangen werden kann.

Das Ergebnis der parlamentarischen Prüfung stellt sich auf Grundlage mehrerer Stellungnahmen des Bundesministeriums für Gesundheit wie folgt dar:

Der Petitionsausschuss weist zunächst darauf hin, dass die freie Krankenkassenwahl und der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen um Versicherte wesentliche Steuerungsinstrumente in der gesetzlichen Krankenversicherung sind.



noch Pet 2-20-15-8201

Der Wettbewerb setzt bei den Krankenkassen die maßgeblichen Anreize, um die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung zu verbessern und Versicherte hierüber an sich zu binden.

Ein funktionierender Wettbewerb setzt allerdings voraus, dass die Versicherten eine ausreichende Auswahl zwischen verschiedenen Krankenkassen haben. Eine Einheitskasse pro Bundesland böle keinen ausreichenden Anreiz mehr, sich um eine wirtschaftliche und versicherterorientierte Leistungserbringung und Verwaltung zu bemühen, da die Krankenkasse nicht befürchten müsste, Versicherte an die konkurrierenden Krankenkassen zu verlieren.

Seit 1992 hat sich die Anzahl der gesetzlichen Krankenkassen bereits deutlich von 1.223 auf derzeit 97 verringert. Das Gesundheitsstrukturgesetz von 1992 hat es den Krankenkassen erleichtert, sich zu größeren Organisationen zusammenzuschließen. Auch der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen, der mit der Einführung der Kassenwahlrechte 1996/1997 erheblich verstärkt worden ist, hat hierzu beigetragen. Dieser Prozess ist noch nicht abgeschlossen. Seit dem 1. April 2007 können Krankenkassen auch kassenartenübergreifend fusionieren. So können sich zum Beispiel Betriebskrankenkassen oder Ortskrankenkassen mit Ersatzkassen zusammenschließen. Dadurch ist auch in Zukunft eine weitere Verringerung der Zahl der Krankenkassen zu erwarten. Erst zum 1. Januar 2022 sind zehn bislang eigenständige kleinere Krankenkassen zu nunmehr fünf Krankenkassen fusioniert.

Die als Argument für die Reduzierung der Anzahl an Krankenkassen angeführten Verwaltungskosten machen nur einen geringen Anteil der Ausgaben einer Krankenkasse aus. So liegt der Anteil der Verwaltungskosten an den Gesamtausgaben der Krankenkassen bei rund fünf Prozent, im Jahr 2021 sogar nur bei 4,2 Prozent. Mit dem Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung wurde festgelegt, dass die Krankenkassen ab dem 1. Januar 2009 zur Finanzierung ihrer Ausgaben Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds erhalten. Hierzu gehören auch Zuweisungen für den Bereich der Verwaltungsausgaben. Da die Zuweisungen des Gesundheitsfonds lediglich standardisierte Verwaltungsausgaben abdecken, die auf der Grundlage von Durchschnittswerten aller Krankenkassen ermittelt werden, besteht für die Krankenkassen ein starker Anreiz, auch im Bereich der Verwaltungsausgaben sparsam und wirtschaftlich mit den ihnen zur Verfügung stehenden Mitteln umzugehen.



noch Pet 2-20-15-8-201

Ferner ist darauf hinzuweisen, dass der aktuelle "Entwurf eines Gesetzes zur finanziellen Stabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung" vorsieht, dass sich die sächlichen **Verwaltungskosten der Krankenkassen** (zum Beispiel Kosten für Gegenstände der beweglichen **Einrichtung, Post- und Fernmeldegebühren oder Aufklärungs- und Werbemaßnahmen**) im Jahr 2023 um nicht mehr als drei Prozent gegenüber dem Vorjahr erhöhen dürfen. Dadurch wird ein angemessener Beitrag zur Begrenzung des Ausgabenanstiegs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) geleistet. Zur Umsetzung dieser Regelung soll das Zuweisungsvolumen aus dem Gesundheitsfonds an die Krankenkassen im Jahr 2023 um 25 Mio. Euro gemindert werden. Dies wird durch den Ausschuss aufmerksam beobachtet.

Soweit vertreten wird, die Kassenz ärztlichen Vereinigungen (KVn) seien als "Zwischen-ebene" nicht mehr erforderlich, und eine gesetzliche Regelung dahingehend angeregt wird, dass die Abrechnung der Vertragsärzte direkt mit den Krankenkassen unter Beteiligung der Patienten erfolgen solle, merkt der Petitionsausschuss Folgendes an:

Die KVn haben als Körperschaften des öffentlichen Rechts im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung zahlreiche Aufgaben zu erfüllen. Dazu gehört neben der Abrechnungsprüfung und der Honorarverteilung insbesondere die Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung der gesetzlich Versicherten einschließlich der Sicherstellung außerhalb der üblichen Sprechstundenzeiten (Notdienst). Ferner obliegen den KVn Aufgaben, bei deren Wahrnehmung sie als Sachverwalter der Interessen der Vertragsärzte gerade gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen bzw. deren Verbänden auftreten. Hierzu zählen der Abschluss **von Kollektivverträgen über die Leistungserbringung und die Vertretung der Interessen der Vertragsärzte im Allgemeinen. Diese Aufgaben** müssten bei Abschaffung der KVn von einer anderen Institution wahrgenommen werden mit der Folge, dass die entsprechenden Kosten dort anfallen. **Hinzu kommt, dass die KVn bei der Erfüllung ihrer Aufgaben an den Grundsatz der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit gebunden sind.** Das bedeutet, dass sie ihre Aufgäben mit dem geringstmöglichen Mitteleinsatz erfüllen müssen. Es ist Aufgabe der jeweils zuständigen Aufsichtsbehörden, die Einhaltung dieses Grundsatzes zu kontrollieren.

Im Übrigen wird mit der Petition darauf aufmerksam gemacht, dass das Abrechnungsverhalten der Ärzte bei einer unmittelbaren Beteiligung der Patienten bei den Leistungsabrechnungsprozessen einer stärkeren Kontrolle unterläge. Um für die Versicherten eine größere Transparenz über die abgerechneten Leistungen und die damit verbundenen Kosten herzustellen, sind Ärzte mit der Einführung der sog. Patientengültigkeit seit dem 1. Januar 2004 ge-



noch Pet 2-20-15-8201

setzlich verpflichtet, unmittelbar nach der Behandlung oder einmal im Quartal die Versicherten auf deren Verlangen über die in Anspruch genommenen Leistungen und deren Kosten in verständlicher Form zu unterrichten (§ 305 Abs. 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch – SGB V). Die Patienten können im Zusammenhang mit ihrem Auskunftsrecht gegenüber den Krankenkassen nach § 305 Abs. 1 SGB V (Versichertenatskunft) die tatsächliche Abrechnung der ärztlichen Leistungen mit den erhaltenen Patientengutheiten abgleichen und nachvollziehen.

Vor dem Hintergrund des Dargelegten kann der Petitionsausschuss die Forderung nach einer Auflösung der KVen und einer Reduzierung der Anzahl der Krankenkassen auf eine pro Bundesland nicht unterstützen.

Hinsichtlich der Zahlung von Boni an Vorstandsmglieder gesetzlicher Krankenkassen weist der Ausschuss auf Folgendes hin:

Krankenkassen sind bei der Erfüllung ihrer Aufgaben und insbesondere auch in ihren Verwaltungsmangelegenheiten an den Grundsatz der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit gebunden (§ 4 Abs. 4 SGB V und § 69 Abs. 2 Viertes Buch Sozialgesetzbuch – SGB IV). Es dürfen nur Aufwendungen getätigt werden, die zur ordnungsgemäßen Erfüllung der Verwaltungsaufgaben erforderlich sind. Das bedeutet zudem, dass sie ihre Aufgaben mit dem geringstmöglichen Mitteleinsatz erfüllen müssen.

Bei den Vorstandsvergütungen bedeutet dieser Grundsatz, dass Mittel nur insoweit verwendet werden dürfen, wie sie in Bezug auf die Vorstandstätigkeit für Art und Umfang des Erfolgs, also zur kompetenten und erfolgreichen Bewältigung der Vorstandsaufgaben, zwingend unumvermeidlich und unvermeidbar sind. Deshalb darf der Verwaltungsrat nur ein Gehalt in notwendiger Höhe anbieten. Notwendig ist das Gehalt, welches nach den Bedingungen des Marktes gezahlt werden muss, um qualifiziertes Personal zu gewinnen und zu halten.

Zudem müssen Vorstandsvergütungen in angemessenem Verhältnis zum Aufgabenbereich, zur Größe und zur Bedeutung der Körperschaft stehen. Dabei ist insbesondere die Zahl der Mitglieder der Krankenkasse zu berücksichtigen.

Vorstandsdienstverträge bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der vorherigen Zustimmung der zuständigen Aufsichtsbehörde (§ 35a Abs. 6a SGB IV). Es ist also Aufgabe der Aufsichtsbehörden zu prüfen, ob der Grundsatz der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit beachtet wurde, in Einzelfällen unwirtschaftliche Vereinbarungen auszuschließen und damit im Allgemeinen



noch Pet 2-20-15-8201

einen unangemessenen Anstieg des Vergütungsniveaus zu verhindern. Ohne Zustimmung der Aufsichtsbehörden werden die Verträge nicht wirksam.

Um eine möglichst einheitliche Aufsichtspraxis in Bezug auf Vorstandsdienstverträge zu erreichen, haben die Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder eine "Allgemeine Verwaltungsvorschrift für Vorstandsdienstverträge im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung gemäß § 35a Abs. 6 und 6a Viertes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IV)" erarbeitet. Zu den angesprochenen Boni führt diese Verwaltungsvorschrift unter anderem aus, dass die Aufsichtsbehörden "variable Zahlungen grundsätzlich für zulässig" erachten. Die Prämien "müssen in die höchstzulässige Gesamtvergütung, die alle Vereinbarungen mit finanziellen Auswirkungen umfasst, einbezogen werden". Die Voraussetzung für die Zahlung einer Prämie ist, dass "Ihr sachgerechte und messbare, d.h. objektivierbare Zielvereinbarungen zugrunde liegen und der Grad der Erreichung auch nachgewiesen ist". "Ob die abgeschlossenen Zielvereinbarungen diese Voraussetzungen erfüllen, kann von den Aufsichtsbehörden überprüft werden", so die Verwaltungsvorschrift weiter. Ergänzt wird die Allgemeine Verwaltungsvorschrift durch die in den Anlagen 1 a bis c enthaltenen Trendlinien, die einen Anhaltspunkt geben, welche Gesamtvergütung marktüblich ist und den Vergleichsmaßstab für die Ermessensentscheidung der Aufsichtsbehörde über die Angemessenheit der Vergütung darstellen. Der vollständige Text steht bei Bedarf auf der Internetseite des Bundesamtes für Soziale Sicherung zum Download zur Verfügung.

Um dem Informationsbedürfnis der Beitragszahlenden und der Öffentlichkeit Rechnung zu tragen, müssen zudem jährlich zum 1. März sowohl die Höhe der Vorstandsvergütungen einschließlich Nebenleistungen als auch die Versorgungsregelungen für die Vorstände in der GKV im Bundesanzeiger veröffentlicht werden. Neben der Veröffentlichung im Bundesanzeiger hat gleichzeitig eine nach Krankenkassenarten getrennte Veröffentlichung in den Mitteilungszeitschriften der Krankenkassen zu erfolgen. Auf diese Weise erhalten die Versicherten die Möglichkeit, das Vergütungsniveau der Vorstände der Krankenkassen miteinander zu vergleichen.

Im Übrigen hat jeder Versicherte in der GKV die Möglichkeit, über die Selbstverwaltungsgrößen seiner Krankenkasse Einfluss auf die Entwicklung in der Krankenkasse zu nehmen. Zusammenfassend stellt der Ausschuss fest, dass die Höhe der Vorstandsgelälter (inklusive variabler Zahlungen) nach geltendem Recht gesetzlich begrenzt wird und einer effektiven



Petitionsausschuss

noch Pet 2-20-15-8201

präventiven Kontrolle unterliegt, die insbesondere sicherstellt, dass der Grundsatz der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit beachtet wird. Nicht nachvollziehbare Erhöhungen der Vorstandsvergütungen oder ein intransparentes Zustandekommen der Vorstandsdienstverträge werden verhindert und finanzielle Schäden der Krankenkassen vermieden.

Der Ausschuss vermag daher ein weiteres Tätigwerden nicht in Aussicht zu stellen und empfiehlt, das Petitionsverfahren abzuschließen, weil dem Anliegen nicht entsprochen werden konnte.