



Deutscher Bundestag
Petitionsausschuss

Herrn
Jörg Mitzlaff
Greifswalder Str. 4
10405 Berlin

Berlin, 29. Juli 2022
Bezug: Mein Schreiben vom
17. Mai 2022
Anlg.: 1

Pet 2-20-15-8200-006552 (Bitte bei allen Zuschriften angeben)

Sehr geehrter Herr Mitzlaff,

zur Unterrichtung über den gegenwärtigen Stand der Prüfung Ihrer Eingabe übersende ich Ihnen eine Mehrausfertigung des Berichtes des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) vom 07.07.2022 mit der Bitte um Kenntnisnahme.

Sie erhalten so bald wie möglich weitere Nachricht.

Mit freundlichen Grüßen

im Auftrag

B. Dziedziuch

Referat Pet 2
BMG, BMUV, BR, BT

Oberamtsrat B. Dziedziuch
Platz der Republik 1
11011 Berlin
Telefon: +49 30 227-32243
Fax: +49 30 227-36130
vorzimmer.pet2@bundestag.de

Deutscher Bundestag
- Petitionsausschuss -
Platz der Republik 1
11011 Berlin

Boris Velter
Ministerialdirektor

Leiter der Abteilung L
Leistungsabteilung

HAUSANSCHRIFT Rochusstraße 1, 53123 Bonn
Friedrichstraße 108, 10117 Berlin
POSTANSCHRIFT 53107 Bonn
11055 Berlin

REFERATSLEITUNG

BEARBEITET VON Karen Alnor
TEL +49 (0)30 18 441-4004
FAX +49 (0)30 18 441-0
E-MAIL karen.alnor@bmg.bund.de

AZ

Berlin, 6 Juli 2022

Eingabe des Jörg Mitzlaff vom 6. April 2022
Ihr Schreiben vom 17. Mai 2022
Pet.-Nr.: 2-20-15-8200-006552

Zu der o. a. Eingabe nehme ich wie folgt Stellung:

Der Petent fordert die Abschaffung des Krankenkassenwettbewerbs bzw. die Zusammenlegung aller Krankenkassen zu einer einzigen „solidarischen Bürgerkrankenversicherung“. Offen bleibt, ob der Petent unter diesem Begriff auch die Auflösung des bestehenden dualen Krankenversicherungssystems unter Zusammenführung bzw. stärkerer Integration der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung (GKV und PKV) versteht. Die Forderung begründet der Petent im Wesentlichen mit hohen Kosten, die durch eine Vielzahl an Krankenkassen mit jeweils eigener Verwaltungsstruktur verursacht würden. Durch Kosteneinsparungen seien bei einer Zusammenführung Beitragssenkungen für viele Versicherte und höhere Zahlungen an Gesundheitsfachkräfte und Leistungserbringer möglich.

Im Folgenden wird zunächst zum Krankenkassenwettbewerb innerhalb der GKV und anschließend zur Thematik einer Bürgerversicherung unter Einbezug von GKV und PKV Stellung genommen.

Der Anregung, eine Einheitskrankenkasse in der GKV zu schaffen, kann aus grundlegenden Erwägungen nicht entsprochen werden. Die Zahl der Krankenkassen hat sich seit 1992 bereits deutlich von 1.223 auf derzeit 97 verringert. Ursache hierfür ist eine Gesetzesänderung aus dem Jahre 1992, die es den Krankenkassen erleichtert, sich zu größeren Organisationen zusammenzuschließen. Auch der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen, der mit der Einführung der Kassenwahlrechte

von 4 1996/97 erheblich verstärkt worden ist, hat hierzu beigetragen. Dieser Prozess ist noch nicht abgeschlossen. Seit dem 1. April 2007 können Krankenkassen auch kassenartenübergreifend fusionieren, d.h., dass sich zum Beispiel Betriebskrankenkassen oder Ortskrankenkassen mit Ersatzkassen zusammenschließen können. Dadurch ist auch in Zukunft eine weitere Verringerung der Zahl der Krankenkassen zu erwarten.

Zum anderen sind freie Krankenkassenwahl und Wettbewerb zwischen den Krankenkassen wesentliche Steuerungsinstrumente in der GKV. 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. Denn ein qualitativ hochwertiges Service-, Beratungs- und Versorgungsangebot erhöht die Chancen für die Krankenkassen, dass sich die Bürgerinnen und Bürger für sie entscheiden oder bei ihnen verbleiben.

Ein funktionierender Wettbewerb setzt aber voraus, dass die Versicherten eine ausreichende Auswahl zwischen verschiedenen Krankenkassen haben. Denn die bestehende Bandbreite eröffnet für die Versicherten die Möglichkeit, zwischen den unterschiedlichen Krankenkassen diejenige auszuwählen, die am ehesten ihren Bedürfnissen und Anforderungen entspricht. Eine Einheitskasse hätte demgegenüber keine Veranlassung mehr, sich um eine wirtschaftliche und versichertenorientierte Leistungserbringung und Verwaltung zu bemühen, da sie nicht befürchten müsste, Versicherte an die konkurrierenden Krankenkassen zu verlieren.

Außerdem führt die wettbewerbliche Ausrichtung auch zu Innovationen in der Versorgung, von denen insbesondere die Patientinnen und Patienten profitieren. Denn es gibt zwar im Grundsatz einen gemeinsamen Leistungskatalog für alle gesetzlichen Krankenkassen, der alle medizinisch notwendigen Leistungen umfasst. Doch die Krankenkassen konkurrieren mit innovativen zusätzlichen, freiwilligen Versorgungsangeboten und beteiligen sich dafür beispielsweise an besonderen Versorgungsverträgen mit Leistungserbringern, durch die Versicherte zusätzliche Leistungen in Anspruch nehmen können oder von einer besonders koordinierten Versorgung profitieren können.

Soweit der Petent mit seiner Anregung auf eine Begrenzung der Verwaltungsausgaben der gesetzlichen Krankenkassen abzielt, ist Folgendes anzumerken: Verwaltungskosten machen nur einen geringen Anteil der Ausgaben der Krankenkasse aus. Lag dieser 2009 noch bei 5,2 Prozent, sank er 2021 bereits auf 4,1 Prozent. Somit kommt grundsätzlich ein immer höherer Anteil der Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen der Versorgung der Versicherten zu Gute.

Mit dem Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) wurde festgelegt, dass die Krankenkassen ab dem 1. Januar 2009 zur Finanzierung ihrer gesamten Ausgaben Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds erhalten. Hierzu gehören auch Zuweisungen für den Bereich der Verwaltungsausgaben. Die Zuweisungen des Gesundheitsfonds decken jedoch nicht die tatsächlichen Verwaltungsausgaben, sondern lediglich standardisierte Verwaltungsausgaben ab, die auf der Grundlage von Durchschnittswerten aller Krankenkassen ermittelt werden. Für die Krankenkassen besteht damit ein starker Anreiz, auch im Bereich der Verwaltungsausgaben sparsam und wirtschaftlich mit den ihnen zur Verfügung stehenden Mitteln umzugehen.

Die Krankenkassen sind zudem verpflichtet, jährlich zum 30. November die wesentlichen Ergebnisse ihrer Jahresrechnung im elektronischen Bundesanzeiger sowie auf der eigenen Internetpräsenz in einer für die Versicherten verständlichen Weise zu veröffentlichen. Unter anderem die Verwaltungsausgaben sind dabei gesondert auszuweisen. Das Nähere zu den zu veröffentlichenden Angaben wird vom Bundesministerium für Gesundheit geregelt. Zudem ist die Jahresrechnung der Krankenkassen von einem Wirtschaftsprüfer oder vereidigten Buchprüfer zu prüfen und zu testieren.

Zusammengefasst bringt das wettbewerblich ausgerichtete System innerhalb der GKV mit verschiedenen Krankenkassen erhebliche Vorteile mit sich. Die steigenden Gesundheitsausgaben sind hingegen auf andere Faktoren zurückzuführen, wie beispielsweise die demografische Entwicklung in Deutschland sowie den medizinisch-technischen Fortschritt.

Auch im internationalen Vergleich zeigen sich die Stärken des deutschen Gesundheitssystems. Im Vergleich zu vielen anderen Ländern besteht in Deutschland etwa ein sehr guter Zugang zur Gesundheitsversorgung mit einer umfassenden Versicherungsabdeckung und kurzen Wartezeiten auf medizinische Behandlungen und Operationen. Betrachtet man hingegen Gesundheitssysteme ohne wettbewerbliche Struktur konkurrierender Kostenträger, wird deutlich, dass ein einheitliches System nicht zwangsläufig zu Verbesserungen führt. Da die Finanzierung solcher Gesundheitssysteme nicht wie in Deutschland durch Sozialversicherungsbeiträge, sondern überwiegend aus Steuergeldern erfolgt, kommt es teilweise zu Finanzierungsschwierigkeiten und infolgedessen zu Problemen in der Versorgungsqualität der Bevölkerung inklusive längerer Wartezeiten.

Insoweit der Petent mit dem Begriff der „solidarischen Bürgerkrankenversicherung“ auch auf eine stärkere Integration von GKV und PKV abstellt, so ist dazu auf Folgendes hinzuweisen:

Das Ziel der Bundesregierung ist eine moderne Gesundheits- und Pflegepolitik, die weiterhin eine qualitativ hochwertige und flächendeckende Versorgung für alle Bürgerinnen und Bürger

4 von 4 gewährleistet und die durch eine auf lange Sicht stabile Finanzierung des Gesundheitswesens und der Pflege ermöglicht wird. Um dieses Ziel zu erreichen, sieht der Koalitionsvertrag von SPD, Bündnis 90/Die Grünen und FDP weitere Struktur- und Finanzierungsreformaßnahmen in dieser Legislaturperiode vor.

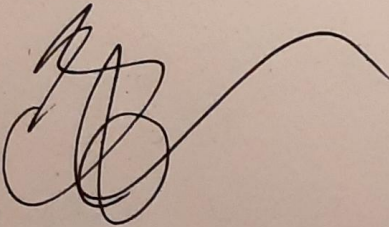
Auch die Anliegen einer hohen Service- und Versorgungsqualität von Krankenkassen sowie eines fairen Wettbewerbs zwischen ihnen verfolgt die Bundesregierung in dieser Legislaturperiode weiter. So ist Transparenz über das Leistungsgeschehen eine wichtige Voraussetzung für Versicherte, um die für sie passende Krankenkasse auszuwählen. Vor diesem Hintergrund haben die Koalitionspartner im Koalitionsvertrag vereinbart, dass die Krankenkassen ihre Service- und Versorgungsqualität zukünftig anhand von einheitlichen Mindestkriterien offenlegen sollen. Dies kann zusätzliche Anreize für die Krankenkassen setzen, ihre Servicequalität auf einem hohen Niveau zu halten sowie stetig zu verbessern. Die Einführung einer Bürgerversicherung ist im Koalitionsvertrag nicht vorgesehen.

Die Petition sowie eine Kopie dieses Schreibens sind beigelegt.

Mit freundlichen Grüßen

/ Die Petition sowie eine Kopie dieses Schreibens sind beigelegt.

Im Auftrag

A handwritten signature in black ink, consisting of several loops and a long horizontal stroke extending to the right.