



Franz Knieps,
Vorstand des BKK
Dachverbandes, Berlin

Wer darf eigentlich was im deutschen Gesundheitswesen?

Die Rolle der Aufsicht in einem wettbewerblich orientierten Krankenversicherungssystem

Das unkoordinierte Nebeneinander von Administration, Selbstverwaltung und Wettbewerb – Die ordnungspolitische Grundausrichtung des GKV-Systems

Die Steuerung des deutschen Gesundheitswesens unterscheidet sich stark von der klassischen Dichotomie in staatlich-administrative und marktlich-wettbewerbliche Ansätze. Vielmehr spielt die (gemeinsame) Selbstverwaltung als intermediäre Steuerungsform eine herausragende Rolle. Zwar hat sich keine dieser Steuerungsformen in Reinkultur durchsetzen können, doch hat im Laufe der Geschichte die Selbstverwaltung eine gewisse Dominanz über alternative Steuerungsansätze erlangen können. Speziell der Ausbau der wettbewerblichen Steuerung seit Einführung der Kassenwahlfreiheit zum 1. Januar 1996 hat allerdings auch Fragen aufgeworfen, wie denn das Nebeneinander von staatlicher Letztverantwortung für die Daseinsvorsorge, historisch

„Die schärfsten Kritiker der Elche waren früher selber welche!“, ein Reim des Satirikers und Zeichners F. W. Bernstein stand Pate für ein Geschenk der Kinder des Verfassers anlässlich des Wechsels vom AOK-Bundesverband ins Bundesministerium für Gesundheit. Wie die moderne Sozialwissenschaft weiß, ändern sich Betrachtungsweisen und das betrachtete Objekt selbst je nach Standpunkt des Betrachters. Der folgende Beitrag beleuchtet die konkrete Praxis der Steuerung des Gesundheitswesens im ordnungspolitischen Spannungsfeld von Staat, Korporatismus und Markt aus unterschiedlichen Perspektiven und stellt den Fokus auf die Spannungen zwischen wettbewerblich ausgerichteten Krankenkassen und restriktiv agierenden Aufsichtsbehörden. Der Beitrag stützt sich auf die Äußerungen des Verfassers auf der SBK-Tagung „Feigenblatt Selbstverwaltung?“ am 11. Februar 2014 in Berlin. Er gibt die persönliche Auffassung des Verfassers wieder.

gewachsener Entscheidungsprärogative für die Selbstverwaltung und autonomer unternehmerischer Gestaltung im Wettbewerb zu organisieren ist. Zur Beantwortung dieser Frage reicht der reflexhafte Rückgriff auf den bloßen Wortlaut der tradierten Vorschriften des Sozialgesetzbuchs, speziell des Vierten und Fünften Buches, nicht aus. Vielmehr haben die Rechtsanwendung und da vor allem die Auslegung unbestimmter Rechtsbegriffe im Kontext der ordnungspolitischen Ausrichtung zu erfolgen, die der Gesetzgeber nach der Grundentscheidung in Lahnstein für Kassenwahlfreiheit und Wettbewerb immer wieder bekräftigt hat.

Die restriktiven Aufsichtspraktiken – Es wird alles verboten, was nicht ausdrücklich erlaubt ist

Zumindest rechtspolitisch ist zu hinterfragen, ob der allgemeine Erlaubnisvorbehalt des § 30 SGB IV in einem wettbewerblich geprägten Krankenversicherungssystem noch zeitgemäß ist. Mit der Keule dieses Vorbehalts lässt sich nahezu jede Innovation unterdrücken und jede wettbewerbliche Differenzierung einebnen. Viele Praxisbeispiele illustrieren diese Kritik. Diese reichen von abgelehnten Satzungsleistungen – beispielsweise bei Sehhilfen oder der künstlichen Befruchtung – über die Kal-

kulation von Wahlтарifen bis zur Beanstandung von Selektivverträgen, die bei anderen Krankenkassen bereits genehmigt wurden. Weiter werden satzungrechtliche Besonderheiten, die über Jahrzehnte gängige Praxis sind, beanstandet, ohne dass hierzu ein besonderer Anlass bestünde. Selektivverträge werden daraufhin untersucht, ob sie bereits im Jahre ihres Abschlusses messbare Effizienzgewinne gewährleisten. Ein weiteres Einfallstor für ein restriktives Aufsichtshandeln ist die in an verschiedenen Stellen im Sozialgesetzbuch verankerte Verpflichtung zu Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit der Mittelverwendung – exemplarisch beispielsweise in § 12 SGB V. Diese Verpflichtung soll die Aufsichtsbehörden legitimieren, jedes Kassenhandeln zu überprüfen und eigene Überlegungen anstelle von Selbstverwaltung und Kassenmanagement zu setzen. Nicht selten wird primär auf den Wortlaut und weniger auf den Sinn des Gesetzes abgestellt. Sehr schnell ist gerade bei der Auslegung unbestimmter Rechtsbegriffe die von Gesetzgebung unscharf gezogene und von der Rechtsprechung immer wieder konkretisierte Grenze zwischen Rechts- und Fachaufsicht überschritten. Auch der von der Sozialgerichtsbarkeit entwickelte Grundsatz der maßvollen Aufsichtsführung wird aus Sicht der Krankenkassen schnell zur Farce, wenn sich Aufsichtsbehörden liebevoller Detailarbeit widmen.

Mängel der rechtlichen Rahmenbedingungen – Ergebnisse der Gesetzgebung auf dem Flur

Zugunsten der Aufsichtsbehörden ist dabei zu berücksichtigen, dass manche gesetzlichen Regelungen, die wettbewerbliche Freiräume für die Kassen eröffnen sollen, unscharf formuliert und rechtssystematisch nicht aufeinander abgestimmt sind. Viele der wettbewerblichen Anreize sind das Ergebnis politischer Kompromisse, die oft in letzter Minute des Gesetzgebungsverfahrens erzielt worden sind – der Verfasser hat dies als „Gesetzgebung auf dem Flur“ bezeichnet – und an unterschiedlichen Stellen des SGB V eingefügt wurden. So fehlt es nicht nur an einem konzisen Selektivvertragsrecht, das dem über Jahrzehnte gewachsenen Kollektivvertragsrecht gewachsen wäre, sondern auch an klaren, den Besonderheiten des Gesundheitswesens gerecht

werdenden Regeln für das Wettbewerbs- und Kartellrecht. Daher ist vielfach unklar, wie das politisch erwünschte Wettbewerbshandeln im Satzungs- und Vertragsrecht gegenüber dem gewachsenen Leistungs-, Beitrags- und Kollektivvertragsrecht auszugestalten ist.

Aufsicht im Wettbewerb um die härteste Linie – Die Illusion von der Einheit der Rechtsordnung

Hinzu tritt schließlich die Konkurrenz von Aufsichtsbehörden, die sich nicht nur in einem bei allen Krankenkassen spürbaren erhöhten Prüfaufwand niederschlägt, sondern auch zu einer divergierenden Aufsichtspraxis führt. Versicherungsämter und Rechnungshöfe überbieten sich in einem verschärften Aufsichtswettbewerb und bezichtigen sich gegenseitig der Nachlässigkeit und – zwischen den Zeilen – wohl auch der Inkompetenz. Bizarri wird es, wenn Aufsichtsbehörden eine Eigenwahrnehmung als Unternehmensberater entwickeln. In dieser ungenießbaren Suppe rühren dann auch noch Wettbewerbs- und Kartellbehörden mit, ohne bisher eine ausreichende Kenntnis von den Spezifika des Gesundheitswesens erlangt zu haben. Das Bild komplettieren die unterschiedlichen Auslegungspraktiken in Bund und den Ländern, die nicht einfach als Preis des Föderalismus quasi gottgegeben sind. Dazu passen dann auch sarkastische Vergleiche mit der Heiligen Inquisition oder mit absolutistischen Herrschern, der sich manche Aufsichtsführenden rühmen („Was Wettbewerb im Gesundheitswesen ist, bestimme ich!“).

Vorfahrt für Vielfalt – Vorschläge zur Neuordnung der rechtlichen Rahmenbedingungen

All dies rechtfertigt die gegenwärtigen Auswüchse im Aufsichtshandeln nicht. Vielmehr ist eine umfassende Reform angezeigt, die sowohl die rechtlichen Grundlagen als auch das tatsächliche Verwaltungshandeln umfasst. Die politisch gewünschte Wettbewerbsorientierung muss in wettbewerbsfreundliche gesetzliche Rahmenbedingungen übertragen werden. Dabei ist der Einschätzungsprärogative der Selbstverwaltung wieder der Vorrang vor administrativen Korrekturen einzuräumen. Die Begrenzung der aufsichtsrechtlichen Eingriffe auf die Rechts-

aufsicht – auch bei der Auslegung von unbestimmten Rechtsbegriffen – sollte ebenso deutlich im SGB verankert werden wie der Grundsatz der maßvollen Aufsichtsführung. Darüber hinaus bietet es sich an, bei der geplanten Vereinheitlichung der gesetzlichen Regelungen für besondere Versorgungsformen und die integrierte Versorgung ein gesondertes Kapitel für Selektivverträge im Vertragsrecht des SGB V zu schaffen. Auch die satzungrechtlichen Spielräume im Leistungs- und Beitragsrecht sollten überprüft und klar herausgestellt werden. Schließlich könnten auch die Wettbewerbsregeln für Krankenkassen und Leistungserbringer modernisiert und kodifiziert werden. Schließlich sollten auch Koordinierungsregeln für die Aufsichtsbehörden aus Bund und Ländern einschließlich der Rechnungshöfe geschaffen werden, die die bisher zweimal jährlich stattfindenden Aufsichtsbehördentagungen mit rechtlicher Verbindlichkeit ausstatten. Dazu gehört im Übrigen auch die Herstellung von Transparenz über das Aufsichtshandeln einschließlich der dadurch verursachten Kosten.

Wider den Populismus – Transparenz und Nutzerorientierung an den eigenen Ansprüchen messen lassen

Last but not least muss sich das selbstverwaltete, wettbewerblich ausgerichtete Krankenversicherungssystem an den eigenen Ansprüchen messen lassen. So bedarf es dringend einer weiteren Öffnung gegenüber den Belangen der Nutzer des Gesundheitswesens. Vorschläge und Best-Practice-Beispiele für mehr Partizipation der Betroffenen und für das Empowerment von Versicherten und Patienten gibt es zuhauf. Vor allem aber muss die Transparenz über das Handeln der Kassen verbessert werden, um populistischen Ansätzen und Neiddebatten, wie beispielsweise bei der Regulierung von Vorstandsbezügen, den Nährboden zu entziehen.

Siehe auch: Knieps, Zur Rolle von Staat und Selbstverwaltung – Staatliche Institutionen zwischen Daseinsvorsorge, Systemsteuerung, Verbraucherschutz und Aufsicht, in: Jacobs/Schulze (Hrsg.), Die Krankenversicherung der Zukunft – Anforderungen an ein leistungsfähiges System, WIdO-Reihe im Kompart Verlag, Berlin 2013, S. 225 ff. mit weiteren Nachweisen. ■