

Betriebs
Kranken
Kassen

Magazin für Politik, Recht und
Gesundheit im Unternehmen

ONLINE
AUSZUG

Innovationsfonds II

■ **HALBZEIT**

7 Thesen zur Zukunft des
Innovationsfonds von
Professor Holger Pfaff.

■ **UNTERNEHMEN**

Der Kupferspezialist Wieland hat
die Gesundheit der Mitarbeiter
auf der Agenda.



BVA SONDERBERICHT

WIEVIEL WETTBEWERB DARF ES SEIN?

Von Anne-Kathrin Klemm, Leiterin Politik BKK Dachverband

Nichts weniger als eine Reform der Aufsicht fordert das Bundesversicherungsamt in seinem Sonderbericht zum Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung. Offiziell ist der Anlass ein Jubiläum. Vor 25 Jahren seien die gesetzlichen Krankenkassen mit der Einführung der freien Kassenwahl „in den Wettbewerb entlassen“ worden. Doch ein weiteres Motiv für diesen Bericht kann man auch in der öffentlich geführte Debatte um unterschiedliche Aufsichtspraxis des BVA und der Länderaufsichten vermuten. Den Finger tief in die Wunde hat die Diskussion um Manipulationen im Morbi-RSA gelegt. War dieser Bericht erforderlich, um den Eindruck der Bevorzugung von Kassen im nachsichtigen Regime der Länderaufsichten zu zerstreuen? Wir haben den Sonderbericht genauer unter die Lupe genommen.



Das Gesundheits-Strukturgesetz, das im Jahr 1992 den Weg zur Einführung von Wahlfreiheit für die GKV-Versicherten und damit des Wettbewerbs zwischen den Krankenkassen freimachte, fiel in eine Zeit mit massiven Beitragssatzunterschieden und dramatischen Kostenentwicklungen. Von der Abschaffung der „Mitgliederkreisbeschränkung“ der Krankenkassen zum 31. Dezember 1995 erhoffte man sich daher u. a. eine Reduktion der Beitragssatzunterschiede, die damals zwischen 8 und 16,8 % lagen. Der Wettbewerb unter den Kassen sollte auch zu einer Steigerung der Effizienz der Versorgung führen und gleichzeitig die

Prinzipien der Solidarität und Gerechtigkeit berücksichtigen. Die Veränderung der Organisationsstrukturen der Krankenkassen wurde zur „Sicherheit“ mit der Einführung eines Risikostrukturausgleichs zwischen den Kassen und einer Regulierung der Verwaltungskostensteigerungen der Kassen flankiert. Der Korporatismus als Planungs- und Entscheidungsinstrument wurde nicht in Frage gestellt. Der damals eingeführte solidarische Wettbewerb bewegte und bewegt sich auch heute in eng reglementierten Bahnen. In den vielen Nachfolge-Gesetzen der letzten 25 Jahre wurde er politisch-argumentativ sowie gesetzgeberisch

immer wieder ausgeweitet oder auch enger begrenzt. Kassen werden in Zyklen entweder eher als Zahler oder als Gestalter in die Pflicht genommen. Im jüngsten Koalitionsvertrag werden sie definitiv als Letztere gesehen. Aber auch Gesetzgebungsverfahren, in denen in einem Gesetz Wettbewerboptionen der Kassen gestärkt werden und in einem kurz darauffolgenden Gesetz Regularien enthalten sind, die das Gegenteil bewirken, sind keine Seltenheit. Als Beispiel möge das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz gelten, das die Möglichkeiten für die Vertragsschließung von Selektivverträgen gestärkt hat. Im GKV-Arzneimittelversorgungsstärkungsgesetz wurden hingegen die Optionen der Kassen zum Abschluss von Arzneimittelrabattverträgen eingeschränkt. Und so zieht der GKV-Wettbewerb mal die eine, mal in die andere Richtung. Etliche Regelungen widersprechen sich auch, denn eine stringente Wettbewerbsordnung wurde bisher nicht geschaffen. Daher liegt es auf der Hand, dass sich diverse Institutionen, inklusive dem Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, immer wieder mit der Fragestellung befassen, was der solidarische Wettbewerb bewirkt hat und wo er nicht funktioniert. Das 25-jährige Jubiläum des Kassenwettbewerbes hat bereits die Monopolkommission im vergangenen Jahr dazu genutzt, in einem Sondergutachten den „Stand und Perspektiven

des Wettbewerbs im deutschen Krankenversicherungssystem“ zu bewerten. Sie attestiert – stark verkürzt – Wettbewerbsverzerrungen im GKV-, aber auch PKV-System. Defizite im Wettbewerb der gesetzlichen Kassen würden vor allem durch die aktuelle Ausgestaltung des Morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA ohne Präventionsanreize), die organisationsrechtlichen Strukturen der Kassen (keine Unternehmen), unzureichende Organisationsfreiheiten im wettbewerblichen Versorgungsmanagement und durch die unterschiedlichen Aufsichtsstandards in Bund und Ländern generiert. Die Kommission fordert demnach vor allem ein Mehr an Wettbewerboptionen für die Krankenkassen und eine Reduktion der bestehenden Wettbewerbsverzerrungen. Bemerkenswerterweise hat auch das Bundesversicherungsamt (BVA) kürzlich ebenfalls aus der Sicht der Aufsichtsbehörde für die bundesunmittelbaren Krankenkassen ein Resümee des Kassenwettbewerbes gezogen. Das Motiv für diesen Bericht mag insbesondere darin vermutet werden, dass die jeweiligen Wettbewerbsregularien genug Spielraum lassen, um von den für die Krankenkassen zuständigen Aufsichten unterschiedlich interpretiert und durchgesetzt zu werden. Dieses unterschiedliche Aufsichtshandeln wird seit Jahren von den Kassen moniert, führt es doch zu Wettbewerbsverzerrungen. Seit Jahren

» Die Wettbewerbsregularien lassen Spielraum, um von den zuständigen Aufsichten unterschiedlich interpretiert und durchgesetzt zu werden. «

bewertet das BVA diese Behauptung als völlig haltlos. Sein Wettbewerbs-Resümee unternimmt daher vor allem den Versuch, diese Haltung substantiell zu untermauern. Bemerkenswert ist, dass im BVA-Bericht nun doch unterschiedliche Aufsichtsentscheidungen bzw. Gesetzesinterpretationen festgestellt bzw. zugegeben werden. Sie betreffen insbesondere die Möglichkeiten der Kassen, sich im Wettbewerb über Satzungsregelungen zu differenzieren. Als Ursache wird – sachlich richtig – die Interpretationshöhe der Länder angeführt, um gleich im Nachsatz diese Verzerrung als irrelevant für den Wettbewerb abzutun. Dies selbst dann, wenn in Einzelfällen zu den gleichen Sachverhalten über die Hälfte der Landesaufsichten andere, deutlich „kreativere“ Gesetzesauslegungen und damit Leistungsgenehmigungen bei Kassen vornehmen als das BVA. Es wird sogar angeführt, dass es sich bei den Einzelfällen zum Teil „nur“ um kleine Kassen handele und daher keine Wettbewerbsverzerrung entstünde. Dies ist schon eine sehr bemerkenswerte Sichtweise. Mitglieder kleiner Kassen nutzen also nicht die Option zum Kassenwechsel, wenn ihre Kasse die gewünschten Leistungen im Gegensatz zu anderen nicht anbietet? Ist also nur die Größe einer Kasse mit potenziellem Wechsler volumen entscheidend für die Wettbewerbsrelevanz von uneinheitlichem Aufsichtshandeln? Wohl kaum!

Anhand vieler Beispiele wird deutlich, dass das BVA für sich beansprucht, besser als andere zu wissen – und die Definitionshoheit zu haben –, was Wettbewerb ist, und was nicht. Die deutlich restriktivere Gesetzesauffassung des BVA zeigt sich in dem Bericht, der offensichtlich von den unterschiedlichsten Bereichen des BVA geschrieben wurde, schon an der Wortwahl in der Einleitung. Seine Autoren sehen sich von dem Wettbewerb, den sie zu kontrollieren haben, „konfrontiert“. Kassen, die ihre Versicherten als Kunden betrachten und unternehmerisch handeln, wird unterstellt, nur auf Kundenjagd auf die Spezies „jung und gesund“ zu sein. Dies gilt insbesondere für die Bonus- und Präventionsprogramme, mit denen in dem Bericht harsch ins Gericht gegangen wird. Mitnahmeeffekte derjenigen, die sich sowieso um ihre Gesundheit kümmern und eine zielgruppenspezifische Mitgliederhascherei wird angenommen. Ein Blick auf die Bonusprogramme der Kassen zeigt jedoch, dass sehr wohl nicht nur Junge, sondern auch Ältere angesprochen werden. Schutzimpfungen, Vorsorgeuntersuchungen, gute Ernährung und Bewegung werden belohnt. Und natürlich haben solche Leistungen eine Relevanz im Wettbewerb. Das BVA moniert sogar, dass es keine Beurteilung der Satzungsleistungen nach gesundheitlichem Nutzen der jeweiligen Leistung für die Versicherten durchführen könne. Gerne würde es auch prüfen, ob sich das

gesundheitsbewusstes Verhalten verändert. Man müsse sich (leider) auf die Prüfung der Rechtmäßigkeit beschränken. Man mag die Forderung nach einer fundierten Evaluation der Programme noch gelten lassen. Aber will das BVA wirklich nun auch die Nutzenbewertung von Leistungen übernehmen?

Sicherlich mag man sich bei dem ein oder anderen Wahltarif oder bei mancher Satzungsleistung fragen, ob sie tatsächlich die Versorgung des Versicherten verbessern. Daraus aber pauschal abzuleiten, solche Produkte müssten noch stärker ins einheitliche Korsett gezwungen oder abgeschafft werden, ist – mit Verlaub – nicht Aufgabe einer dem Bund nachgelagerten Behörde.

Wettbewerbsrelevanz haben für die Kassen auch die Selektivverträge, denen der Innovationsgehalt seitens des BVA zum Teil abgesprochen wird. Sicherlich ist auch hier zuzugeben, dass nicht immer das Ei des Kolumbus neu gefunden und vertraglich geregelt wird. Aber so traurig es auch klingen mag: Manchmal sind gerade die Verträge, in denen das geregelt wird, was eigentlich zum ärztlichen Alltag gehören sollte, der Grundstein dafür, dass Vernetzung und Kommunikation und damit eine bessere Versorgung starten.

Hingegen völlig zu Recht bemängelt das BVA, dass etliche Selektiv- und Hausarztverträge als Vehikel zur Optimierung einer Kasse im Morbi-RSA missbraucht werden und dies

aufsichtsrechtlich nicht einheitlich geahndet wird. Bei dieser Form des Wettbewerbes geht es in der Tat nicht mehr um den Kunden, sondern nur noch um eine unternehmerische Optimierung. Eine solche (betrügerische) Kreativität schadet jedoch dem solidarischen Wettbewerb. Daher ist die Forderung nach Aufsichtsvereinheitlichung und mehr Transparenz hinsichtlich der Bewilligung solcher Verträge völlig richtig.

Der Bericht ist auch an anderen Stellen nicht nur ein Testat eines „Wettbewerbschüters“, der diesen Wettbewerb am liebsten möglichst konform und ohne viel Spielraum sähe. Er enthält auch einige wichtige und richtige Aussagen, die es hervorzuheben lohnt:

So wird zum einen die Rolle des Morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleiches (Morbi-RSA) für den Wettbewerb zwischen den Krankenkassen deutlicher betont als im jüngsten Gutachten des Wissenschaftlichen Beirates. Präzise wird außerdem herausgearbeitet, dass nicht der Morbi-RSA die Versorgung in den Regionen beeinflusst und Über- oder Unterversorgung manifestiert. Eine Lanze bricht das BVA auch für die Vielfalt der Kassen und widerspricht der These, dass 30 bis 50 Krankenkassen ausreichend seien. Im Gegenteil wird aufgezeigt, dass insbesondere kleine Krankenkassen mit unterdurchschnittlichen Zusatzbeitragsätzen im Wettbewerb bestehen können. Ihr Verschwinden

würde also nicht zu Skaleneffekten führen. Diese Aussage stellt das BVA auch in den Zusammenhang der steigenden, regionalen Marktmacht. Bundesweit mag diese nach dem Herfindahl-Hirschmann-Index (HHI) kein Problem sein, in der regionalen Betrachtung aber sehr wohl: In Sachsen wird für die AOK ein HHI von 30 % und damit eine hohe Marktkonzentration erreicht. Und auch der gesetzlichen Vorgabe, dass Kassen mit überdurchschnittlichen Zusatzbeitragsätzen ihre Mitglieder auf günstigere Mitbewerber schriftlich hinweisen müssen, wird eine Absage erteilt. Die herausgehobene Wettbewerbsbedeutung des individuellen Zusatzbeitragsatzes unter den Krankenkassen wird ebenfalls vom BVA unterstrichen und gleichzeitig kritisiert.

Nichtsdestotrotz zielt der erste Gesetzesentwurf des neuen Gesundheitsministers Spahn genau auf dieses Wettbewerbs-element. Neben der Wiederherstellung der paritätischen Finanzierung soll die Abschmelzung von Vermögenspolstern bei Kassen für weitere Beitragssatzsenkungen sorgen. Politisch ist dies nachvollziehbar, da die Selbstverwaltung von einigen Kassen und einzelne Landesaufsichten schlicht die gesetzlich bereits bestehenden Obergrenzen ignorieren. Auch wenn die politische Debatte hierum gerade entbrannt ist und der Koalitionspartner sich gegen den Vorstoß stemmt: Dieser Warnschuss und tatsächlich auch das ein oder andere mahnende Wort des BVA sollte gehört werden. Wollen Kassen und will

die gemeinsame Selbstverwaltung Gestalter sein, müssen sich beide mehr anstrengen, den Wettbewerb für eine sinnvolle Verbesserung der Versorgung zu nutzen und gleichzeitig diese Versorgung vom Patienten/Kunden her zu denken. Voraussetzung dafür aber ist wieder rum ein Wettbewerbsrahmen, der einen fairen und chancengleichen Wettbewerb ermöglicht. Eine Reform des Morbi-RSA oder zumindest eine rasch wirkende Übergangslösung ist ein Muss zur Stabilisierung der GKV und des Wettbewerbes. Doch auch Rahmenbedingungen, die endlich die verkrusteten Strukturen in der Versorgung aufbrechen helfen, sind notwendig. Die gesetzliche Verankerung der digitalen Möglichkeiten ist hier genauso wichtig wie die erweiterte Nutzung des Beratungs-Know-hows der Kassen zur Unterstützung ihrer Versicherten. Letztlich sind aber die besten politisch intendierten Anstrengungen für mehr Wettbewerb und einen kreativen Suchprozess für eine gute Versorgung sinnlos, wenn die Interpretation der in gesetzliche Paragraphen gefassten Wünsche uneinheitlich oder den Wettbewerb beschränkend ausfallen kann. Eine Genehmigungspraxis des Ermöglichens statt Verhinderns ist notwendig, damit die GKV als Gestalter und nicht nur als Bezahler wahrgenommen werden kann. Geschieht zu diesen Punkten politisch nichts, wird sich die Frage, wieviel Wettbewerb es sein darf, bald nicht mehr stellen. ■

BETRIEBSKRANKENKASSEN

SIE HABEN INTERESSE AN DIESEM MAGAZIN?

Alle zwei Monate erscheint unser Magazin für Politik, Recht und Gesundheit im Unternehmen in gedruckter Form. Auf unserer Online Plattform www.bkk-dachverband.de finden Sie ausgewählte Artikel der einzelnen Ausgaben.

Sollten Sie Interesse an der vollständigen Printausgabe haben, können Sie diese kostenlos bei uns anfordern.



VOLLSTÄNDIGE AUSGABE KOSTENLOS ANFORDERN:

www.bkk-dachverband.de/bkkmagazinkontakt

Stefan Lummer
stefan.lummer@bkk-dv.de
+49 30 2700 406 303
