

Kuckucksei



FKG lautet die Abkürzung für ein neues Gesetz, mit dem Gesundheitsminister Jens Spahn den Wettbewerb der Krankenkassen aufmischen will. Für ihn steht FKG für Faire-Kassenwahl-Gesetz. Doch es macht bereits eine andere Lesart die Runde: Falscher-Kassenwettbewerb-Gesetz. **Klaus Jacobs** erläutert, warum.

faire Kassenwahl

Es war im Koalitionsvertrag von CDU/CSU und SPD angekündigt: das Vorhaben der Bundesregierung, den morbiditätsorientierten Risikosturkturausgleich (RSA) unter Berücksichtigung der Gutachten des Expertenbeirats des Bundesversicherungsamtes (BVA) weiterzuentwickeln und vor Manipulationen zu schützen. Der RSA ist der zentrale Schlüssel zur Verteilung der Finanzmittel der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) an die Krankenkassen, 2019 geschätzte 244,4 Milliarden Euro. So sehr dieses Thema die Krankenkassen elektrisiert, so wenig eignet es sich für die breite Öffentlichkeit. Deshalb war man gespannt, wie der auf öffentliche Schlagzeilen bedachte Gesundheitsminister Jens Spahn dieses sperrige Thema „eintüten“ würde.

Kassenwahl in den Fokus genommen. Ende März war es soweit. Begleitet von einem Gastbeitrag im Handelsblatt, legte Spahn ohne vorherige Ankündigung auf einen Schlag nicht nur ein sieben-seitiges Eckpunktepapier, sondern auch gleich den 108 Seiten starken Referentenentwurf für ein Reformgesetz vor. Dem Namen nach soll es für faire Kassenwahl in der GKV sorgen. Das klingt schon mal gut. Im Zentrum der Vorstellung stand auch nicht der RSA, sondern die Krankenkassenwahl der GKV-Mitglieder. Deren Kassenwahloptionen hält Spahn nämlich für eingeschränkt – und damit zugleich auch den Wettbewerb zwischen den Kassen. Deshalb gelte es jetzt, „Lahnstein zu vollenden“. Der Begriff „Lahnstein“ steht für die Ende 1992 beschlossene weitreichende Strukturreform der GKV. In dem kleinen Ort am Rhein hatten sich die verantwortlichen Gesundheitspolitiker von Bund und Ländern darauf verständigt, die weithin unbeschränkte freie Kassenwahl in der GKV einzuführen und durch einen bundesweiten RSA zu flankieren. Dass Spahn jetzt explizit hieran anknüpft, passt zu ihm: Kleiner macht er es nun mal nicht. Vor diesem Hintergrund enthält der Entwurf des „Faire-Kassenwahl-Gesetzes“ (FKG) neben den angekündigten Maßnahmen zur Weiterentwicklung des RSA eine Reihe von Reformen im Organisationsrecht der Krankenkassen, durch die angeblich der Kassenwettbewerb gestärkt werden soll.

**Mehr Wahlfreiheit
bedeutet noch
keine bessere
Versorgung.**

So wie der RSA instrumentellen Charakter in Bezug auf die Ausrichtung des Kassenwettbewerbs hat, ist auch der Wettbewerb kein Selbstzweck. Vielmehr dient er übergeordneten gesundheitspolitischen Zielen, die mit dem FKG erstmals auch im Sozialgesetzbuch verankert werden sollen. Danach soll der Kassenwettbewerb die Leistungen und ihre Qualität verbessern sowie die Wirtschaftlichkeit der Versorgung erhöhen. Risiko-selektion wird ausdrücklich für unzulässig erklärt. Diese Ziele entsprechen der auch schon bislang vorherrschenden Sicht, wie

sie auch den Analysen des Wissenschaftlichen Beirats beim BVA zugrunde liegt. Dass diese Ziele explizit ins Gesetz aufgenommen werden, ist zu begrüßen.

Preiswettbewerb in den Mittelpunkt gestellt.

Allerdings spiegeln etliche der im FKG vorgesehenen Maßnahmen ein ganz anderes Wettbewerbsverständnis wider. Entgegen der Überschrift seines Handelsblatt-Beitrags „Für die beste Versorgung“ und der Zielformulierung im FKG-Entwurf steht bei Jens Spahn nämlich der Preis – spricht: Zusatzbeitrag – der Kassen im Mittelpunkt des Wettbewerbs. Das hat er in einem Interview mit dem Reutlinger General-Anzeiger Anfang April noch einmal betont: „Nicht alle Versicherten können derzeit Krankenkassen mit attraktiven Zusatzleistungen oder mit günstigen Beiträgen wählen.“ Deshalb sollen künftig alle Kassen, die sich bislang nur auf bestimmte Regionen erstrecken – darunter alle elf AOKs –, per Gesetz bundesweit geöffnet und überall gewählt werden können. Dass dies derzeit nicht der Fall ist, nennt Spahn einen Anachronismus, der vielleicht historisch, aber nicht sachlich begründet sei. Aber stimmt das überhaupt?

Schon jetzt viele Wahloptionen. Schauen wir exemplarisch einmal nach Baden-Württemberg. Dort gibt es aktuell 51 wählbare Krankenkassen: neben der AOK sechs bundesweite Ersatzkassen, die Knappschaft, drei bundesweite Innungskrankenkassen und 40 geöffnete Betriebskrankenkassen (BKKs), von denen 26 bundesweit, zwei ausschließlich in Baden-Württemberg und zwölf in Baden-Württemberg sowie zwischen drei und dreizehn weiteren Ländern tätig sind. Jens Spahn hält den Wettbewerb

Was beim RSA geplant ist

KRANKHEITS-VOLLMODELL UND ALTERSINTERAKTIONSTERME:

Künftig soll es für alle prospektiv ausgabenrelevanten Krankheiten Zuschläge geben, die zusätzlich nach dem Alter der Versicherten differenziert werden. Aktuell ist die Anzahl der berücksichtigten Krankheiten willkürlich auf maximal 80 beschränkt. Diese vom Wissenschaftlichen Beirat beim Bundesversicherungsamt empfohlene Maßnahme führt zu einer deutlichen Verbesserung der Zielgenauigkeit des RSA bei kranken und gesunden Versicherten.

ERWERBSMINDERUNGSGRUPPEN: Versicherte, die eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit beziehen, weisen auch nach Alters-, Geschlechts- und Krankheitsausgleich ein systematisch höheres Ausgabenrisiko auf als Versicherte ohne dieses Merkmal. Wegen ihrer leichten Identifizierbarkeit sind sie eine Zielgruppe für unerwünschte Risiko-selektion. Trotzdem soll die Berücksichtigung dieses Merkmals ersatzlos gestrichen werden – entgegen dem klaren Votum des Wissenschaftlichen Beirats.

DMP-PROGRAMMKOSTENPAUSCHALE: Für Versicherte, die sich in akkreditierte Behandlungsprogramme für chronisch Kranke einschreiben – auch Disease-Management-Programme (DMP) genannt – erhalten die Kassen eine Programmkostenpauschale von aktuell 12,11 Euro pro Monat. Dies soll künftig entfallen. Der Wissenschaftliche Beirat hatte die DMP-Programmkostenpauschale als kritisch bewertet.

REGIONALKOMPONENTE: Regionalvariablen mit einem hohen statistischen Erklärungsgehalt für regionale Deckungsbeitragsunterschiede sollen künftig in den RSA einbezogen werden, wie vom Wissenschaftlichen Beirat empfohlen. Damit sollen Wettbewerbsverzerrungen reduziert werden, die daraus resultieren, dass Kassen in Regionen mit besonders hohen beziehungsweise niedrigen Ausgaben-niveaus unterschiedlich stark vertreten sind. Welche Variablen in welcher konkreten Ausgestaltung berücksichtigt werden sollen, ist jedoch noch offen. Wegen der grundsätzlichen Gefahr einer Verfestigung unwirtschaftlicher Angebotsstrukturen sollen angebotsorientierte Faktoren wie Arztdichte oder Anzahl der Krankenhausbetten nicht berücksichtigt werden.

RISIKOPOOL: Zur Minderung der Belastungen der Kassen durch Hochkostenfälle soll ein Risikopool eingeführt werden, aus dem die Kassen für alle Versicherten mit Leistungsausgaben über 100.000 Euro pro Jahr eine 80-prozentige Erstattung der tatsächlichen Ausgaben oberhalb dieses Schwellenwerts erhalten. Ob dieses Instrument neben einem Krankheits-Vollmodell überhaupt notwendig erscheint, ist jedoch fraglich. Der Wissenschaftliche Beirat hatte noch weiteren Forschungsbedarf konstatiert. In jedem Fall birgt ein Ausgleich von Ist-Ausgaben Anreize zu Unwirtschaftlichkeit, die auch bei einem Eigenanteil von 20 Prozent nicht vollständig beseitigt werden. Erfahrungen mit dem 2002 bis 2008 praktizierten Risikopool verweisen zudem auf hohe Bürokratiekosten.

VORSORGE-PAUSCHALE (PRÄVENTION): Zur Stärkung der Präventionsorientierung des RSA sollen die Kassen für alle Versicherten eine Pauschale erhalten, die eine Mutterschaftsvorsorge-, Gesundheits- und Früherkennungsuntersuchung oder eine Schutzimpfung in Anspruch genommen haben. Der Wissenschaftliche Beirat hatte allerdings dafür plädiert, Präventionsanreize außerhalb des RSA zu verankern, weil sonst die Zuweisungen für kranke Versicherte vermindert werden.

zwischen diesen 51 Kassen jedoch für erheblich eingeschränkt, weil ein GKV-Mitglied in Baden-Württemberg nicht zum Beispiel auch Mitglied der AOK Sachsen-Anhalt, der Brandenburgischen BKK oder der IKK Südwest werden kann. Das soll sich künftig ändern. Dagegen sollen die aktuell 27 geschlossenen, also nur für Beschäftigte des Trägerbetriebs wählbaren BKKs ihre Sonderrolle behalten dürfen. Sie erfüllen „einen anderen, begrenzten Versorgungsauftrag“ – was immer das heißen soll.

Wettbewerb um Zusatzleistungen funktioniert. Was würde die erweiterte Kassenwahl substantiell bedeuten? Eine bessere Versorgung auf der Grundlage von Verträgen mit Leistungserbringern „im Ländle“ wohl kaum, denn darüber verfügen die außerhalb Baden-Württembergs tätigen Kassen nicht. Geschäftsstellen haben sie dort auch keine. Zusatzleistungen ohne Verträge mit Leistungserbringern, also bestimmte Satzungsleistungen oder Zusatzversicherungen, die die schon heute in Baden-Württemberg tätigen 51 Kassen nicht anbieten? Welche sollten das sein? Wenn solche Angebote attraktiv sind, werden sie schnell vom Großteil der Wettbewerber übernommen. Dieser Wettbewerb funktioniert mit 51 Kassen kein Stück schlechter als mit 20 oder 30 Kassen mehr. Zu glauben, Intensität und Qualität des Wettbewerbs ließen sich an der Anzahl von Wahloptionen ablesen, ist ökonomisch naiv.

Gute Versorgung spielt sich in den Regionen ab. Anders sieht es dagegen bei Versorgungsmodellen auf der Basis von Selektivverträgen aus, oft in Verbindung mit entsprechenden Wahl-tarifen. Solche Angebote lassen sich nicht einfach nachahmen oder übertragen. Speziell kleinere Kassen haben dafür gar nicht die notwendigen Voraussetzungen. Das betrifft ihre absolute Größe zur Vorhaltung von Know-how in Bezug auf Vorbereitung, Umsetzung und Begleitung innovativer Versorgungsverträge, aber auch ihre relative Größe vor Ort, ohne die sie für potenzielle Vertragspartner gar nicht interessant sind. Wenn der Kassenwettbewerb tatsächlich die Versorgung verbessern soll, darf dieser Aspekt nicht außer Acht gelassen werden.

Paradebeispiel für ein vertragswettbewerbliches Versorgungsmodell mit echtem Mehrwert für die eingeschriebenen Versicherten ist der Hausarztvertrag, den die AOK Baden-Württemberg zusammen mit der Bosch BKK auf Landesebene geschlossen und sukzessive um Facharztverträge ergänzt hat. Dass es so etwas in keiner anderen Region gibt, hat vielfältige Gründe, die sich nicht per Gesetz aushebeln lassen. Versorgung wird nun einmal in der Region gestaltet. Eine bessere sachliche Begründung für den Zusammenhang zwischen Wohnort und Kassenwahloption der Versicherten kann es gar nicht geben.

Mehr Preiswettbewerb ohne Substanz. Doch im Wettbewerbskonzept des FKG geht es gar nicht um die Versorgung vor Ort, sondern vor allem um den Preis. Der interessiert in erster Linie gesunde Versicherte. Auch für sie betrüge der maximale Einsparbetrag in Baden-Württemberg zurzeit maximal 2,04 Euro im Monat. Das ist bei einem Einkommen in Höhe der Beitragsbemessungsgrenze von monatlich 4.537,50 Euro die Differenz zwischen den Zusatzbeiträgen der hkk als derzeit günstigster

Kasse im Land (Zusatzbeitrag 0,39 Prozent) und der AOK Sachsen-Anhalt als günstigster Kasse außerhalb des Landes (Zusatzbeitrag 0,3 Prozent), abzüglich des seit Anfang 2019 auch beim Zusatzbeitrag gezahlten Arbeitgeberbeitrags.

Natürlich ist das nur ein Rechenexempel ohne große Aussagekraft, denn die Anzahl der Kassen und deren Zusatzbeiträge dürften sich im Gefolge des FKG mittel- und längerfristig spürbar verändern. Weil die bundesweite Öffnung bisheriger Regionalkassen nicht zu mehr service- und versorgungsrelevanten Wahloptionen führt, würde in jedem Fall ein klares Signal für mehr Preiswettbewerb gesetzt. Mit dem gesetzlich verankerten Wettbewerbsziel hat das nichts mehr zu tun.

Wichtige Rolle der Länder für die Versorgung. Die bundesweite Öffnung der Regionalkassen mit mehr Wettbewerb um die beste Versorgung zu begründen, ist somit eine Mogelpackung. Das soeben verabschiedete Terminservice- und Versorgungsgesetz enthält keine einzige Regelung zur Erweiterung der wettbewerblichen Handlungsoptionen der Kassen zur gezielten Versorgungsgestaltung. Aber auch die zweite Begründung – die durch die bundesweite Öffnung aller Kassen bewirkte einheitliche Aufsichtszuständigkeit beim BVA – kann nicht überzeugen. Laut Grundgesetz haben die Länder in Deutschland die Verantwortung für die allgemeine Daseinsvorsorge. Dazu zählt auch die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung. Deshalb erscheint es kaum darstellbar, dass Kassenwettbewerb um die beste Versorgung vollständig an den Ländern vorbeilaufen kann. Eher müsste ihre Aufsichtszuständigkeit für Versorgungsfragen erweitert werden, zumal sie hier im Vergleich zum BVA auch über mehr Sachkompetenz verfügen.

Vor dem Hintergrund der bundesweiten Öffnung der Regionalkassen und dem darin zum Ausdruck kommenden fragwürdigen Wettbewerbsverständnis treten andere Regelungen des FKG-Entwurfs zwangsläufig in den Hintergrund. Das gilt für die gleichsam im Handstreich erfolgende Abschaffung der sozialen Selbstverwaltung beim GKV-Spitzenverband und damit eines zentralen Strukturprinzips der GKV, das gilt aber auch für den RSA. Vielleicht dient die ganze Inszenierung ja auch dem Ziel zu verschleiern, dass die RSA-Reform überaus dürftig und widersprüchlich ausfällt (*siehe Kasten „Was beim RSA geplant ist“ auf Seite 28*). Widersprüche gibt es gleich in zweifacher Form: zwischen den vorgesehenen Anpassungen des RSA sowie gegenüber den formulierten Wettbewerbszielen im Gesetz.

Unwirtschaftlichkeit programmiert. Drei Beispiele sollen das fragwürdige Niveau der geplanten RSA-Anpassungen belegen. Der vorgesehene Risikopool ist in Wirklichkeit ein 80-prozentiger Ausgleich von Ist-Ausgaben, wenn die Leistungsausgaben eines Versicherten 100.000 Euro im Jahr übersteigen. Das setzt unmittelbar Anreize zu Unwirtschaftlichkeit, die sich auch durch die gegenteilige Behauptung in der Gesetzesbegründung nicht beseitigen lassen. Diese Maßnahme widerspricht somit dem Wettbewerbsziel, die Wirtschaftlichkeit der Versorgung zu erhöhen. Sie steht aber auch im Widerspruch zur geplanten Einführung eines Krankheits-Vollmodells; das sorgt nämlich dafür, dass künftig alle ausgabenintensiven Krankheiten mit Zuschlä-

gen bedacht werden. Wird dann überhaupt noch ein Risikopool benötigt? Bei der Verabschiedung des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes vor zwölf Jahren war der Gesetzgeber der Ansicht, dass nach der damals beschlossenen direkten Morbiditätsorientierung des RSA kein Risikopool benötigt würde. Deshalb wurde der Pool damals abgeschafft, obwohl der eingeführte „Morbi-RSA“ mit maximal 80 Krankheiten gar nicht das gesamte Krankheitsspektrum abdeckte. Diese willkürliche Einschränkung soll jetzt beseitigt werden – und gerade jetzt soll ein flankierender Risikopool plötzlich wieder nötig sein?

Das zweite Beispiel betrifft die Streichung des Merkmals Erwerbsminderung. Dies soll entgegen dem Votum des Wissenschaftlichen Beirats geschehen sowie mit einer Begründung jenseits der RSA-Logik. Denn beseitigt werden soll eine Ungleichbehandlung zwischen Versicherten mit und ohne Erwerbsminderungsrente. Die Aufgabe des RSA ist aber nicht die Gleichbehandlung von Versicherten, sondern die Verhinderung von Risikoselektion. Die kann sich aber nur gegen solche Versicherten richten, deren systematische Unterdeckung im RSA bekannt ist. Das wäre bei Erwerbsminderungsrentnern nach Streichung dieses Merkmals wieder der Fall. Vermeintlich ungleich behandelte Versicherte ohne dieses Merkmal können dagegen gar keine Zielgruppe von Risikoselektion sein.

Das dritte Beispiel betrifft vorerst nur eine Absicht, nämlich zu prüfen, ob Krankheitszuschläge auf der Basis hausärztlicher Diagnosen künftig niedriger ausfallen sollen als Zuschläge für dieselben Krankheiten auf der Grundlage von Diagnosen von Fachärzten. Allein schon dieser Gedanke muss alle erschüttern, die mit Funktion und Funktionsweise des RSA vertraut sind – Stichwort: Versorgungsneutralität – und das Wettbewerbsziel ernst nehmen, die Wirtschaftlichkeit der Versorgung zu erhöhen.

Ablehnung durch die Länder. Was Jens Spahn vorgelegt hat, ist vorerst nur ein Referentenentwurf. Allein schon die einhellige Ablehnung durch die Länder lässt noch auf substanzielle Änderungen hoffen. Zur Erinnerung: In Lahnstein waren die Länder von Anfang an mit dabei. Das Unbehagen aber wird bleiben über den handstreichartigen Politikstil in Bezug auf zentrale GKV-Strukturmerkmale und über das fragwürdige Wettbewerbsverständnis, das vor allem denen schaden würde, denen fruchtbarer Kassenwettbewerb nutzen soll: den Versicherten und Patienten. ■

Prof. Dr. Klaus Jacobs ist Geschäftsführer des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO). **Kontakt:** Klaus.Jacobs@wido.bv.aok.de

Lese- und Webtipps

- Sondergutachten des Wissenschaftlichen Beirats zu den Wirkungen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs: www.bundesversicherungsamt.de > Risikostrukturausgleich > Wissenschaftlicher Beirat
- Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats zu den regionalen Verteilungswirkungen des Risikostrukturausgleichs: www.bundesversicherungsamt.de > Risikostrukturausgleich > Wissenschaftlicher Beirat
- www.aok-bv.de > Hintergrund > Dossiers > Morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich