



Im Kassenwettbewerb geht es nicht um das Wohl der Patientinnen und Patienten

Nachricht von Achim Kessler, 26. Juli 2018

Das herrschende Krankenkassensystem hat zu einer gefährlichen Schieflage geführt. Die Krankenkassen sind offenbar wesentlich stärker an der Behauptung ihrer Marktposition interessiert als an einer Erfüllung des gesetzlichen Versorgungsauftrags. Das bestätigen die Antworten der Bundesregierung (PDF) auf eine Kleine Anfrage der Fraktion DIE LINKE. im Bundestag.

"Bei dem politisch angeheizten Kassenwettbewerb geht es nicht um das Wohl der Patientinnen und Patienten: Es ist doch absurd, dass die Krankenkassen immer mehr für Werbung und medizinisch umstrittene Satzungsleistungen ausgeben. Und zugleich wird ihnen verboten, für Brillen und Zahnersatz weitere Zuschüsse zu zahlen, die notwendig sind und für viele Menschen große finanzielle Belastungen bedeuten", kommentiert Achim Kessler, Sprecher für Gesundheitsökonomie der Fraktion und Obmann im Gesundheitsausschuss des Bundestags, die Ergebnisse.

Die Summe der Werbeausgaben hat sich seit 1995

bis 2016 verdreifacht (+320%) (Frage 18). Die Werbeausgaben betragen 2016 fast 200 Millionen Euro (193,6 Millionen Euro). Der verschärfte Kassenwettbewerb hat zu einer Versechsfachung der sogenannten "zusätzlichen Satzungsleistungen" zwischen 2012 und 2016 geführt (Frage 1).

Die Bundesregierung gibt zudem keine Auflistung darüber, welche Krankenkassen wie viele Bonusprogramme, Wahltarife, Satzungsleistungen und Selektivverträge haben (Frage 21). "Die Versicherten haben keine Möglichkeit, sich über Tausende von Einzelverträgen der Krankenkassen zu informieren", moniert Achim Kessler. Dabei sei zu bezweifeln, dass die Versicherten von den Verträgen überhaupt einen Vorteil haben. "Wirklich hilfreich für ihre Kassenwahl wäre dagegen Transparenz bei den Genehmigungen und Ablehnungen von Leistungsanträgen", fordert Kessler. Doch ausgerechnet das lehne die Bundesregierung ab.

Ergebnisse im Einzelnen:

- Die Ausgaben für Satzungsleistungen haben sich zwischen 2012 und 2016 fast versechsfacht (+568%) (Frage 1)
- Sehhilfen stehen lt. Bundesregierung „nicht im unmittelbaren Zusammenhang“ mit dem Leistungskatalog der GKV. Zahnersatz ist ausdrücklich von Satzungsleistungen ausgeschlossen, um die „bewährte Systematik von Festzuschüssen“ nicht zu gefährden (Frage 5) *Die „bewährte Systematik“ bewirkt eine erhebliche soziale Schieflage, da es bei den Eigenanteilen für zahnmedizinische Leistungen keine Berücksichtigung des Einkommens gibt (Ausnahme: Härtefälle)*
- Nachweise für den Nutzen zur Zulassung von

Satzungsleistungen sind für die Bundesregierung „nicht sachgerecht“ (Frage 6)

- Die Krankenkassen entscheiden autonom, welche Selektivverträge sie abschließen. Laut BReg konkurrieren die Krankenkassen untereinander um Versicherte mithilfe von Selektivverträgen (Frage 9, 10, 11). *Da Selektivverträge aber in der Regel nicht öffentlich einsehbar sind, kann es hier keinen Wettbewerb um Qualität geben.*
- Es ist laut BReg Aufgabe der Aufsichtsbehörden, bei Selektivverträgen auf die Einhaltung der gesetzlichen Vorgaben zu achten (Frage 12). Gleichzeitig wurde die Anzeigepflicht abgeschafft. *Es ist fraglich, ob so eine wirksame Überwachung gegeben ist* (s. Frage 21). Zumindest kann die Bundesregierung deswegen keine Angaben zum Vertragsgeschehen und der darauf beruhenden Versorgung machen (Frage 21).
- Evaluation von Hausarztverträgen wäre „aufgrund der Fülle an Verträgen kaum praktikabel sowie zeit- und kostenintensiv“ (Frage 12)
- Es bestehen erhebliche Unterschiede bei den Werbeausgaben der Kassenarten (BKK: 2,88 Euro pro Mitglied, AOK: 4,06 pro Mitglied) (Frage17)
- Die Summe der Werbeausgaben hat sich seit 1995 bis 2016 verdreifacht (+320%) (Frage 18). Die Werbeausgaben betragen 2016 fast 200 Millionen Euro (193,6 Millionen Euro).
- 41%der Kassen in Landesaufsicht, 59% in

Bundesaufsicht (Frage 19)

- Bundesregierung befürwortet, „Wettbewerbsverzerrungen durch divergierende Aufsichtsentscheidungen zu vermeiden“, trotzdem befürwortet sie keine einheitliche Aufsicht (Frage 20)
- Die BReg gibt keine Auflistung darüber, welche Krankenkassen wie viele Bonusprogramme, Wahltarife, Satzungsleistungen und Selektivverträge haben (Frage 21). Es gibt etwa 5400 Selektivverträge nach §140a SGB V (Die Spanne reicht von BKK Pfalz: 234 bis zu BKK RWE: 3), allein bei den 64 bundesunmittelbaren Krankenkassen. *Als „Wettbewerbsinstrument“ sind Selektivverträge nach 140a untauglich, da nicht nur ihre Zahl unüberschaubar ist, sondern die meisten nicht-öffentlich sind.*
- Die BReg lehnt es ab, die Genehmigungspolitik der Krankenkassen für die Versicherten öffentlich zu machen (Frage 8/24)