

Kleine Anfrage

der Abgeordneten Dr. Achim Kessler, Susanne Ferschl, Sylvia Gabelmann, Matthias W. Birkwald, Katja Kipping, Harald Weinberg, Pia Zimmermann und der Fraktion DIE LINKE.

Sonderbericht des Bundesversicherungsamtes zum Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung

Der vom Bundesversicherungsamt (BVA) im April 2018 veröffentlichte Sonderbericht zum Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gibt ein widersprüchliches Bild der Situation der sogenannten solidarischen Wettbewerbsordnung: Auf der einen Seite verkündete BVA-Präsident Frank Plate, die 1992 begonnene Ausrichtung auf mehr Wettbewerb in der GKV habe sich „im Wesentlichen bewährt“. Auf der anderen Seite sei die Versorgung der Versicherten häufig gegenüber der „Marktbehauptung“ der Kassen in den Hintergrund getreten (vgl. www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/krankenkassen/article/961025/bva-zwiespaeltige-bilanz-des-kassen-wettbewerbs.html). Der Sonderbericht gliedert sich in neun Untersuchungsfelder, zu denen das BVA Empfehlungen für mögliche Änderungen der gesetzlichen Rahmenbedingungen ausspricht. An vielen Stellen wird deutlich, dass viele Krankenkassen einen Wandel zu wettbewerbsgesteuerten Unternehmen durchlaufen haben. Besonders eklatant sind in diesem Zusammenhang die Steigerung der Werbeausgaben um circa 26 Prozent zwischen 2012 (136 Mio. Euro) und 2016 (172 Mio. Euro) oder die Ausgabensteigerung für sogenannte Satzungsleistungen um circa 568 Prozent auf 340,5 Mio. Euro seit 2012. Bei den außerhalb der Regelversorgung liegenden Zusatzleistungen handelt es sich laut BVA größtenteils um Angebote zur „Bindung und Akquise von Versicherten mit guten Risiken“, wohingegen ältere und sozial benachteiligte Personen häufig keine ihren Bedürfnissen entsprechenden Angebote, zum Beispiel im Bereich Rehabilitation, finden. Der bestehende Zielkonflikt zwischen maximaler Kostenersparnis und Wettbewerbsvorteilen auf der einen und der Erfüllung des gesetzlichen Versorgungsauftrags der Krankenkassen auf der anderen Seite hat sich aus Sicht der Fragestellenden also inzwischen zum Wettbewerbspol hin entschieden.

Wir fragen die Bundesregierung:

1. Inwiefern sieht die Bundesregierung den Anstieg der Ausgaben für Satzungsleistungen als problematisch an?

Stimmt sie der Einschätzung des BVA zu, dass diese auf evidenzbasierte Angebote beschränkt oder ganz abgeschafft werden sollten?

2. Gibt es hier laut Kenntnis der Bundesregierung eine einheitliche Genehmigungspraxis von Bundes- und Landesaufsicht?

Wenn ja, kann die Bundesregierung ihre Auffassung damit untermauern, dass einer einheitlichen Genehmigungspraxis auch ein ähnliches Vorkommen von Satzungsleistungen bei bundes- und landesunmittelbaren Krankenkassen in den verschiedenen Leistungsbereichen (für bundesunmittelbare Kassen: Medizinische Vorsorge und Rehabilitation: 32 Prozent; Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft: 55 Prozent; Künstliche Befruchtung: 51 Prozent; Zahnärztliche Behandlung: 36 Prozent; Versorgung mit nicht verschreibungspflichtigen apothekenpflichtigen Arzneimitteln: 42 Prozent; Heilmittel: 48 Prozent; Hilfsmittel: 20 Prozent; Häusliche Krankenpflege: 2 Prozent; Haushaltshilfe: 2 Prozent; Leistungen von nicht zugelassenen Leistungserbringern: 46 Prozent) folgt (vgl. Sonderbericht, S. 31)?

3. Sieht es die Bundesregierung als eine Folge des Wettbewerbs kritisch, wenn zwar durch Leistungen rund um Schwangerschaft und Mutterschaft gerade junge und vermutlich weitgehend gesunde Versicherte gebunden werden sollen, aber die Bereiche häusliche Krankenpflege sowie Haushaltshilfe, von denen eher ältere Versicherte angesprochen werden dürften, so gut wie gar nicht in den Satzungsleistungen vertreten sind?

4. Wie viele Satzungsleistungen für den Bereich Rehabilitation (ohne Medizinische Vorsorge) gibt es?

Wie ist dies nach Ansicht der Bundesregierung mit Blick auf den Kassenswettbewerb zu begründen?

5. Weshalb ist es gestattet, gesundheitliche Leistungen ohne jede Evidenz als Satzungsleistungen anzubieten, während die Versorgung mit ganz klar nützlichen gesundheitlichen Maßnahmen, wie zum Beispiel Sehhilfen oder höhere Erstattung beim Zahnersatz, als Satzungsleistung nicht zulässig ist?

Beabsichtigt die Bundesregierung hier eine Änderung der rechtlichen Situation?

6. Wird die Bundesregierung der Empfehlung des BVA folgen, „im Gesetz präzise Vorgaben für die Leistungen zu machen, die als Zusatzleistung in den Satzungen der Krankenkassen angeboten werden dürfen und diese Möglichkeit auf evidenzbasierte Leistungen zu beschränken“ (Sonderbericht, S. 144)?

7. Wie steht die Bundesregierung zu der Feststellung, der Zusatzbeitrag entfalte durch die Regelung, Mitglieder einer Kasse bei Überschreitung des durchschnittlichen Zusatzbeitrages über Wechseloptionen zu informieren, eine stärkere wettbewerbsrelevante Signalwirkung als eigentlich gerechtfertigt (Sonderbericht, S. 22 f.), zumal dabei lediglich der Preis, nicht aber die Leistungen abgebildet werden?

8. Stimmt die Bundesregierung der These zu, dass für einen nicht nur auf einen Preis, sondern auch auf die Qualität abzielenden Wettbewerb eine Information nicht nur bei überdurchschnittlichem Zusatzbeitrag, sondern auch bei unterdurchschnittlicher Leistung erfolgen müsste (zum Beispiel Ablehnungsquoten von Leistungsanträgen)?

9. Wie steht die Bundesregierung zu den vom BVA kritisierten Verletzungen gesetzlicher Vorgaben bei Selektivverträgen?

Inwiefern wird sie die Empfehlung des BVA umsetzen, die Anzeigepflicht für diese Verträge wieder einzuführen und alle Selektivverträge zu prüfen, „um rechtswidrige Vertragsgestaltungen – insbesondere Verträge zur Einflussnahme auf die RSA relevanten Diagnosen – wirksam beseitigen zu können“ (Sonderbericht, S. 145, Absatz 2) (bitte begründen)?

10. Wie steht die Bundesregierung zu der Forderung, eine Evaluationspflicht für selektivvertragliche Gestaltungen einzuführen und eine Verpflichtung der Kassen einzuführen, für positiv evaluierte Leistungen „einen Antrag beim G-BA zur Prüfung der Überführung der Leistung in die Regelversorgung zu stellen“ (Sonderbericht, S. 145, Absatz 3)?
11. Sollten Krankenkassen nach Ansicht der Bundesregierung zum Beispiel bei selektivvertraglichen Angeboten zu schwerwiegenden Erkrankungen das Recht erhalten, „nach einer gewissen Vertragslaufzeit den Selektivverträgen anderer Krankenkassen beizutreten“ (Sonderbericht, S. 145, Absatz 3)?
12. Wie steht die Bundesregierung zu dem Vorschlag einer umfassenden wissenschaftlichen Evaluation der Hausarztverträge (bitte begründen)?
13. Sieht es die Bundesregierung – wie das BVA – als ein Problem, dass Bonusprogramme in aller Regel dazu genutzt werden, junge, gesunde und sportliche Mitglieder zu werben oder zu binden, dass der Nutzen der Bonusprogramme nicht hinreichend qualitätsgesichert ist, die gesetzlichen Anforderungen an diese Angebote zu niedrig sind, der Verwaltungsaufwand der Krankenkassen erheblich ist, Regelungen für die Evaluierung zu unbestimmt sind und dass im Ergebnis vorzuschlagen ist, „über den Fortbestand der gesetzlichen Regelungen zur Entwicklung von Bonusprogrammen nachzudenken“ (Sonderbericht, S. 147)?
14. Welche Konsequenzen zieht die Bundesregierung aus der Kritik des BVA an der geltenden Gesetzeslage, dass die „Genehmigungspraxis zeigt, dass eine Genehmigungsbehörde im Falle einer plausiblen ersten finanziellen Einschätzung bezüglich eines Wahltarifs zunächst keine Möglichkeit hat, eine Satzungsgenehmigung zu versagen“ (Sonderbericht, S. 61), sondern erst abwarten muss, bis der Tarif tatsächlich finanzielle Defizite aufweist, bevor sie regulierend eingreifen kann?
15. Welche Folgen für den Wettbewerb von bundesunmittelbaren und landesunmittelbaren Krankenkassen hat die vom BVA kritisierte unterschiedliche Genehmigungspraxis bezüglich Wahltarifen „zur Kostenerstattung für einzelne Leistungen“, und welche Konsequenzen zieht die Bundesregierung (Sonderbericht, S. 65)?
16. Wie kann es den Prüfbehörden nach Ansicht der Bundesregierung gelingen, zu überprüfen, ob Wahltarife sich, wie gesetzlich verlangt, wirtschaftlich selbst tragen, zumal unwirtschaftliche Wahltarife die gesamte Versichertengemeinschaft treffen und laut BVA „die Wirtschaftlichkeitskontrolle in effizienter Weise kaum durchführbar ist“ (Sonderbericht, S. 146)?
Wird die Bundesregierung der Empfehlung des BVA folgen und den Fortbestand der Wahltarife in der GKV grundsätzlich überdenken?
17. Welche Krankenkassen nutzen nach Kenntnis der Bundesregierung wie viel ihrer nach den Gemeinsamen Wettbewerbsgrundsätzen zulässigen Werbemittel aus (bitte relativ und absolut angeben und, falls Aufgliederung nach einzelnen Krankenkassen nicht möglich, bitte nach Kassenarten aufschlüsseln)?
18. Wie haben sich nach Kenntnis der Bundesregierung die Werbeausgaben der Krankenkassen in den 25 Jahren seit Inkrafttreten des Gesundheitsstrukturgesetzes entwickelt (bitte nach Jahr, Sachzweck der Werbeausgaben, externen und internen Dienstleistern und Kassenart aufschlüsseln)?
19. Wie viele Krankenkassen mit insgesamt wie vielen Mitgliedern unterstehen heute und unterstanden 2007 der Aufsicht des BVA und der einzelnen Landesbehörden (bitte Zahlen für jede Aufsichtsbehörde angeben)?

20. Sind Landesbehörden, die nur noch wenige Krankenkassen mit wenigen Mitarbeitern beaufsichtigen, nach Ansicht der Bundesregierung in der Lage, dieselbe Aufsichtsqualität zu gewährleisten, wie das recht ausdifferenzierte Aufsichtssystem des BVA?

Sieht es die Bundesregierung als sinnvoll an, der Forderung nach einer einheitlichen Aufsichtsbehörde nachzukommen, und falls nein, sieht sie davon aus inhaltlichen Gründen ab oder aufgrund des zu erwartenden Widerstandes der Länder an der dafür notwendigen Änderung des Grundgesetzes?

21. Wie viele und welche der bundesunmittelbaren Krankenkassen haben nach Kenntnis der Bundesregierung wie viele
- a) Bonusprogramme,
 - b) Selektivverträge nach § 140a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
 - c) Wahltarife,
 - d) Satzungsleistungen, und
 - e) Zusammenarbeiten mit privaten Versicherungsunternehmen?
22. Welche Konsequenzen zieht die Bundesregierung aus der Kritik des BVA, dass die Krankenkassen in der Umsetzung des Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetzes nicht in ausreichendem Maße das gesetzgeberische Ziel einer Steigerung der Qualität in der Hilfsmittelversorgung beachten (Sonderbericht, S. 112)?
23. Unterstützt neben dem BVA auch die Bundesregierung den Vorschlag der Patientenbeauftragten und der Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen, den Versicherten einen direkten Zugang zum Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) einzuräumen, um insbesondere die Qualität in der Hilfsmittelversorgung zu verbessern (Sonderbericht, S. 150)?
24. Wie steht die Bundesregierung zu dem Vorschlag, „die Widerspruchszahlen der Krankenkassen zu veröffentlichen“, um den Versicherten bei ihrer Krankenkassenwahl neben dem Preis ein wichtiges Auswahlkriterium an die Hand zu geben (Sonderbericht, S. 150)?

Berlin, den 12. Juni 2018

Dr. Sahra Wagenknecht, Dr. Dietmar Bartsch und Fraktion