

Antwort

der Bundesregierung

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Dr. Achim Kessler, Susanne Ferschl, Sylvia Gabelmann, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.
– Drucksache 19/2879 –**

Sonderbericht des Bundesversicherungsamtes zum Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung

Vorbemerkung der Fragesteller

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/kranken-kassen/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 Fragesteller also inzwischen zum Wettbewerbspol hin entschieden.

Vorbemerkung der Bundesregierung

Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) ist über mehrere Reformprozesse in ein weiterhin solidarisches, aber wettbewerblich ausgerichtetes Gesundheitswesen umgestaltet worden.

Dabei gilt: Wettbewerb wird funktional zur Förderung von Innovationen, zur Erhöhung der Effektivität von Versicherung und Versorgung sowie zur effizienteren Allokation der Ressourcen eingesetzt, und zwar innerhalb eines gegebenen ordnungspolitischen Rahmens. Dabei sollen sozialer Schutz und wettbewerbliche Steuerungsinstrumente ein schlüssiges Gesamtkonzept ergeben. Der ordnungspolitische Rahmen gibt die solidarische Ausrichtung, den Umfang der Versicherung auf Nachfrageseite und die Gestaltung des Leistungsangebots auf der Angebotsseite vor. Innerhalb dieses Rahmens sind individuelle Wahl- und Gestaltungsleistungen etabliert worden.

Der Wettbewerb zwischen den Anbietern medizinischer Leistungen, zwischen den Krankenkassen und im Verhältnis der Krankenkassen zu den Leistungserbringern – insbesondere zu Ärzten und Krankenhäusern – muss auch künftig fair ausgestaltet werden.

Damit die unterschiedliche Versichertenstruktur (Alter, Geschlecht, Morbidität, beitragspflichtige Einnahmen, Anzahl der beitragsfrei Mitversicherten) zwischen den verschiedenen Krankenkassen nicht zu Wettbewerbsnachteilen oder -vorteilen führt, gibt es einen finanziellen Ausgleich zwischen den Krankenkassen. Der Risikostrukturausgleich (RSA) sowie der Einkommensausgleich für die Zusatzbeiträge sorgen dafür, dass für die Krankenkassen gleiche Ausgangsbedingungen im Wettbewerb hergestellt werden.

Es ist wichtig, dass gleiche Rahmenbedingungen auch über eine einheitliche Aufsichtspraxis sichergestellt werden. In diesem Kontext ist der Bericht des Bundesverwaltungsamtes (BVA) zu sehen, der Sachverhalte in der Praxis untersucht hat. Die Bundesregierung wird sich auch künftig im Dialog mit den Ländern dafür einsetzen, Wettbewerbsverzerrungen durch divergierende Aufsichtsentscheidungen zu vermeiden.

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?

Krankenkassen können ihren Versicherten seit dem 1. Januar 2012 nach § 11 Absatz 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) zusätzliche Satzungsleistungen anbieten. Die Regelung wurde mit dem Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz) vom 11. Dezember 2011 (BGBl. I 2011, S. 2983) eingeführt.

Die Ausgabenentwicklung der Satzungsleistungen nach § 11 Absatz 6 SGB V stellt sich für den in der Vorbemerkung der Fragesteller genannten Zeitraum von 2012 bis 2016 nach der Statistik KJ 1 wie folgt dar:

Jahr	Betrag in €	Steigerungsrate im Vergleich zum Vorjahr
2012	59.912.229	
2013	203.210.274	239%
2014	321.962.029	58%
2015	338.357.932	5%
2016	341.196.384	1%

Hieraus wird deutlich, dass die größten Steigerungsraten im Jahr der Einführung der zusätzlichen Satzungsleistungen nach § 11 Absatz 6 SGB V bzw. im Folgejahr zu verzeichnen sind, was aus Sicht der Bundesregierung nicht als problematisch einzustufen ist. Zudem ist die Ausgabenhöhe der Satzungsleistungen in Relation zu den Gesamtausgaben der GKV als vernachlässigbar anzusehen (im Schnitt rund 0,1 Prozent der GKV-Ausgaben).

Mit der Möglichkeit, zusätzliche Satzungsleistungen nach § 11 Absatz 6 SGB V anzubieten, wurden die wettbewerblichen Handlungsmöglichkeiten der Krankenkassen auf der Leistungsseite gestärkt. Die Leistungen sind in der fachlich gebotenen Qualität zu erbringen, müssen den gesetzlich festgelegten Bereichen zugeordnet sein und dürfen vom Gemeinsamen Bundesausschuss nicht ausgeschlossen worden sein.

Im Hinblick auf den durch den Gesetzgeber bewusst eingeräumten weiten Gestaltungsspielraum zu den wettbewerblichen Handlungs- und Angebotsmöglichkeiten der Krankenkassen, die bereits in unmittelbarem Zusammenhang zum allgemeinen Leistungskatalog der GKV stehen und das Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 12 SGB V zu beachten haben, ist eine darüber hinausgehende Beschränkung aus Sicht der Bundesregierung nicht sachgerecht.

Im Übrigen hat die Bundesregierung zu den Auswirkungen der erweiterten Satzungsleistungen auf den Wettbewerb innerhalb der GKV und den Wettbewerb mit privaten Versicherungsanbietern ein Forschungsgutachten in Auftrag gegeben. Die Ergebnisse hieraus liegen noch nicht vor.

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)?

Die Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder stimmen ihre aufsichtsrechtlichen Einschätzungen und Vorgehensweisen in Angelegenheiten der GKV insbesondere in zweimal jährlich stattfindenden Arbeitstagen ab. Gegenstand dieser Arbeitstagen war wiederholt auch die Auslegung des § 11 Absatz 6 SGB V. Auf Grund der föderalen Zuständigkeitsverteilung ist allerdings eine Divergenz der Entscheidungen unterschiedlicher Behörden in unterschiedlicher Trägerschaft nicht vollständig auszuschließen.

Zum Vorkommen von Satzungsleistungen bei landesunmittelbaren Krankenkassen liegen der Bundesregierung keine Informationen vor.

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?

Der Gesetzgeber hat mit der Einführung des § 11 Absatz 6 SGB V den Krankenkassen bewusst einen weiten Gestaltungsspielraum in diesem Bereich eingeräumt. Zu berücksichtigen ist, dass die Krankenkassen Satzungsleistungen in den Bereichen häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe bereits aufgrund entsprechender Satzungsermächtigungen in den jeweiligen Leistungsvorschriften (§ 37 Absatz 2 Satz 4 und § 38 Absatz 2 SGB V) anbieten können.

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

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

Nach Auskunft des BVA bieten mittlerweile zwei Betriebskrankenkassen und eine Ersatzkasse zusätzliche Rehabilitationsleistungen über die §§ 40 Absatz 1 und 2 SGB V hinaus als Mehrleistungen im Rahmen einer Satzungsregelung nach § 11 Absatz 6 SGB V an. Wie in der Antwort zu Frage 3 ausgeführt, hat der Gesetzgeber mit der Einführung des § 11 Absatz 6 SGB V den Krankenkassen bewusst einen weiten Gestaltungsspielraum eingeräumt. Es obliegt grundsätzlich der Entscheidung der einzelnen Krankenkasse, ob und in welchen Bereichen sie diesen Gestaltungsspielraum nutzt.

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?

Leistungen, die von den Krankenkassen als zusätzliche Satzungsleistungen nach § 11 Absatz 6 SGB V erbracht werden, dürfen vom Gemeinsamen Bundesausschuss nicht ausgeschlossen worden sein. Sie sind überdies in der fachlich gebotenen Qualität zu erbringen. Zudem müssen sie nach dem Willen des Gesetzgebers in einem unmittelbaren Zusammenhang mit dem allgemeinen Leistungskatalog der GKV stehen. Dies ist bei Sehhilfen für volljährige Versicherte nicht der Fall. Versicherte nach Vollendung des 18. Lebensjahres haben nur bei Augenverletzungen oder Augenerkrankungen oder bei schweren Sehbeeinträchtigungen einen Leistungsanspruch. Ansonsten besteht für volljährige Versicherte diesbezüglich ein grundsätzlicher Leistungsausschluss. Dieser kann nicht von einer Krankenkasse durch eine Satzungsänderung umgangen werden. Den Zahnersatz hat der Gesetzgeber ausdrücklich von den Satzungsmöglichkeiten im Bereich der zahnärztlichen Versorgung ausgeschlossen. Die bewährte Systematik von Festzuschüssen sollte durch die Ausweitung von Satzungsleistungen nicht gefährdet werden. CDU, CSU und SPD haben unabhängig davon in ihrem Koalitionsvertrag vereinbart, die Festzuschüsse für die Versorgung mit Zahnersatz von 50 Prozent auf 60 Prozent der Kosten der Regelversorgung anzuheben.

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)?

Es wird auf die Antwort zu Frage 1 verwiesen. Im Hinblick auf den durch den Gesetzgeber bewusst eingeräumten weiten Gestaltungsspielraum zu den wettbewerblichen Handlungs- und Angebotsmöglichkeiten der Krankenkassen, die bereits in unmittelbarem Zusammenhang zum allgemeinen Leistungskatalog der GKV stehen und das Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 12 SGB V zu beachten haben, ist eine darüber hinausgehende Beschränkung aus Sicht der Bundesregierung nicht sachgerecht.

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?

Die Krankenkassen haben bei erstmaliger Erhebung oder Erhöhung des Zusatzbeitrages gegenüber dem einzelnen Mitglied durch ein gesondertes Anschreiben auf das Kündigungsrecht und auf die Übersicht des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (GKV-SV) zu den Zusatzbeitragssätzen der Krankenkassen hinzuweisen. Wird der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz überschritten, sind die Mitglieder ebenfalls auf die Möglichkeit hinzuweisen, in eine günstigere Krankenkasse wechseln zu können. Mit der Regelung wird sichergestellt, dass das Mitglied von der Vergleichsmöglichkeit beim GKV-SV Kenntnis erlangt und den Zusatzbeitragssatz vergleichen kann. In einem zweiten Schritt kann das Mitglied für sich und seine mitversicherten Angehörigen entscheiden, ob es bereit ist, für

die Leistungen seiner Krankenkasse den jeweiligen Zusatzbeitragssatz zu zahlen. Hintergrund der Regelung ist, die Preiskomponente transparenter zu machen, um den Wettbewerb zwischen den Krankenkassen zu erhöhen.

Die Befürchtung des BVA, dass von der Transparenz der Höhe der Zusatzbeitragssätze eine Signalwirkung ausgeht, welche die Wahlentscheidung des Mitglieds unsachgerecht beeinflusst, kann insbesondere mit Blick auf das tatsächliche Krankenkassenwechselverhalten der Mitglieder nicht nachvollzogen werden. Seit Einführung der Regelung mit dem GKV-Finanzstruktur- und Qualitätsweiterentwicklungsgesetz zum 1. Januar 2015 haben sich die Versichertenabgänge von Krankenkassen mit überproportionalen Zusatzbeiträgen erheblich verlangsamt.

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)?

Die gesetzlichen Krankenkassen sind verpflichtet, nach den gesetzlichen Vorgaben Leistungen zu erbringen. In diesem Zusammenhang sind sie auch verpflichtet, das Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen zu prüfen und Leistungsanträge abzuweisen, wenn die Voraussetzungen nicht gegeben sind. Eine Ablehnung von Leistungsanträgen lässt daher keinen Rückschluss auf die Qualität der Kasse zu.

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)?

Die Fragen 9, 10 und 11 werden wegen des Sachzusammenhangs zusammen beantwortet.

Das SGB V enthält klare gesetzliche Vorgaben für den Abschluss von Selektivverträgen. Es ist Aufgabe der Aufsichtsbehörden, auf die Einhaltung der gesetzlichen Vorgaben zu achten. Um diese Aufgabe sachgerecht durchführen zu können, wurden deren Befugnisse durch das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) im Jahre 2015 gestärkt. Bei erheblicher Rechtsverletzung können die Aufsichtsbehörden alle Anordnungen treffen, die für eine sofortige Behebung der Rechtsverletzung geeignet und erforderlich sind (§ 71 Absatz 6 SGB V).

Im Rahmen der gesetzlichen Regelungen entscheiden Krankenkassen beim Abschluss von Einzelverträgen mit Leistungserbringern autonom, welche konkreten Inhalte der besonderen Versorgungsverträge sie vereinbaren, die insbesondere darauf ausgerichtet sind, die Qualität, die Wirksamkeit und die Wirtschaftlichkeit der Versorgung zu verbessern und zu denen die Versicherten – in Konkurrenz mit anderen Krankenkassen – ihre freiwillige Teilnahme schriftlich erklären. Angebote, die diese Bedingungen nicht erfüllen, werden keine Chance auf Etablierung im Versorgungsgeschehen haben.

Besondere Impulse gehen dabei auch vom Innovationsfonds aus, indem Projekte zur sektorenübergreifenden Versorgung, die das Potenzial auch zu Verbesserungen der Regelversorgung haben, finanziell gefördert werden. Im Kontext der weiteren politischen Diskussionen um Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung wird die detaillierte Betrachtung der unterschiedlichen Wettbewerbsinstrumente und deren Weiterentwicklung ein wichtiges Thema bleiben. In diesem Zusammenhang werden auch die Vorschläge des BVA sorgfältig geprüft werden.

12. Wie steht die Bundesregierung zu dem Vorschlag einer umfassenden wissenschaftlichen Evaluation der Hausarztverträge (bitte begründen)?

Die gesetzliche Vorgabe des § 73b Absatz 9 SGB V, dass die Einhaltung der vereinbarten Wirtschaftlichkeitskriterien spätestens vier Jahre nach Wirksamwerden der hausarztzentrierten Versorgung (HzV)-Verträge gegenüber der Aufsichtsbehörde nachweisbar sein muss, ist aus Sicht der Bundesregierung ausreichend. Die Durchführung einer umfassenden und unabhängigen wissenschaftlichen Evaluation sämtlicher Verträge zur HzV wäre aufgrund der Fülle an Verträgen kaum praktikabel sowie zeit- und kostenintensiv.

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)?

Bonusprogramme nach § 65a SGB V sollen das gesundheitsbewusste Verhalten der Versicherten fördern. Versicherte sollen dadurch zur Inanspruchnahme von Leistungen zur Vermeidung und Früherkennung von Krankheiten gem. §§ 25, 26 SGB V, von Schutzimpfungen gem. § 20i SGB V und von Leistungen zur primären Prävention gem. § 20 SGB V bzw. vergleichbaren qualitätsgesicherten Leistungen motiviert werden. Boni können überdies bei Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung sowohl für den Arbeitgeber als auch den Arbeitnehmer vorgesehen werden.

Boni dürfen daher von den Krankenkassen nach dem Gesetzeswortlaut des § 65a SGB V nur vergeben werden, wenn sie an die Inanspruchnahme von Leistungen nach den Vorschriften des SGB V oder von vergleichbaren qualitätsgesicherten Leistungen anknüpfen. Dies stellt aus Sicht der Bundesregierung eine ausreichende gesetzliche Spezifizierung von Qualitätsanforderungen dar.

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 Satzungs genehmigung 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 Wahlтарifen „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 Wahlтарife sich, wie gesetzlich verlangt, wirtschaftlich selbst tragen, zumal unwirtschaftliche Wahlтарife die gesamte Versicherungsgemeinschaft 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 Wahlтарife in der GKV grundsätzlich überdenken?

Die Fragen 14 bis 16 werden im Zusammenhang beantwortet.

Durch die Regelung zum Angebot von Wahlтарifen nach § 53 SGB V hat der Gesetzgeber den Versicherten bewusst mehr Wahlfreiheit eingeräumt und den gesetzlichen Krankenkassen ein Wettbewerbsinstrument an die Hand gegeben. Aus Sicht der Bundesregierung haben sich die Wahlтарife in der Praxis bewährt. Sie werden flächendeckend von den Krankenkassen angeboten und schaffen mehr Transparenz für die Versicherten.

Die Aufwendungen für jeden Wahlтарif einer Krankenkasse müssen gem. § 53 Absatz 9 SGB V jeweils aus Einnahmen, Einsparungen und Effizienzsteigerungen aus diesem Wahlтарif auf Dauer finanziert werden. Sogenannte Halteeffekte, d. h. kalkulatorische Einnahmen, die allein durch das Halten oder die Neugewinnung von Mitgliedern erzielt werden, dürfen dabei nicht berücksichtigt werden. Über die Einhaltung dieser Vorgaben haben die Krankenkassen der zuständigen Aufsichtsbehörde mindestens alle drei Jahre ein versicherungsmathematisches Gutachten vorzulegen. Diese gesetzlichen Vorgaben erachtet die Bundesregierung als ausreichend.

Hinsichtlich der Genehmigungspraxis stimmen die Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder ihre aufsichtsrechtlichen Einschätzungen und Vorgehensweisen in Angelegenheiten der GKV insbesondere in zweimal jährlich stattfindenden Arbeitstagungen ab. Dies gilt auch für die Auslegung des § 53 SGB V. Auf Grund der föderalen Zuständigkeitsverteilung ist allerdings eine Divergenz der Entscheidungen unterschiedlicher Behörden in unterschiedlicher Trägerschaft nicht vollständig auszuschließen (siehe Antwort zu Frage 2 zu den Satzungsleistungen nach § 11 Absatz 6 SGB V).

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)?

Die Ausgaben gemäß den Gemeinsamen Wettbewerbsgrundsätzen nach Kassenarten absolut je Mitglied sowie die prozentuale Ausschöpfungsquote sind der nachfolgenden Tabelle zu entnehmen:

	je Mitglied 2016	Ausschöpfungsquote 2016
Budget gemäß Wettbewerbsgrundsätzen	4,36 €	
BUND	3,51 €	80%
AOK	4,06 €	93%
BKK	2,88 €	66%
KBS	3,53 €	81%
IKK	3,21 €	74%
Ersatzkassen	3,39 €	78%

Quelle: KJ 1 2016

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)?

Entsprechende Werte liegen ab 1995 vor. Eine Übersicht über die Summe der Werbeausgaben ist der nachfolgenden Tabelle zu entnehmen:

	1995	1996	1997	1998	1999	2000
BUND	60.627.651	92.767.105	84.037.616	101.460.214	112.072.996	116.021.687
AOK	16.688.591	36.309.636	35.205.784	41.586.920	47.577.767	48.803.445
BKK	2.326.774	10.314.112	10.370.758	10.711.085	13.049.019	16.882.912
KBS	35.429	31.840	36.149	27.477	25.956	41.058
IKK	5.557.724	7.998.809	8.511.769	8.942.474	9.751.257	9.250.977
Ersatzkassen	36.019.133	38.109.732	29.912.925	40.192.030	41.668.715	41.041.701
	2001	2002	2003	2004	2005	2006
BUND	111.930.915	114.836.906	113.063.531	107.613.170	119.197.069	127.874.027
AOK	47.370.010	46.672.602	44.365.082	40.482.703	43.503.833	46.772.427
BKK	16.658.602	22.539.926	24.298.495	23.011.843	26.210.734	26.402.535
KBS	35.993	76.134	110.532	13.330	154.717	15.228
IKK	9.242.926	8.662.116	9.134.326	10.584.815	12.303.259	15.144.682
Ersatzkassen	38.618.839	36.885.361	35.154.092	33.519.687	37.023.759	39.538.260
	2007	2008	2009	2010	2011	2012
BUND	151.442.357	155.236.160	160.256.542	164.408.156	142.229.470	156.343.366
AOK	54.830.081	57.073.414	60.757.146	60.477.671	58.794.481	66.928.114
BKK	31.825.133	31.717.250	26.528.571	30.408.719	25.016.729	23.845.464
KBS	210.743	0	4.034.403	4.313.053	3.728.776	4.096.456
IKK	17.472.714	15.170.912	12.989.118	16.933.062	14.602.513	15.300.486
Ersatzkassen	47.102.768	47.995.120	55.946.391	52.274.733	40.086.053	46.171.926
	2013	2014	2015	2016		
BUND	173.572.730	187.554.803	191.811.952	193.576.520		
AOK	69.504.113	76.173.672	78.988.475	79.526.396		

BKK	24.496.988	25.989.440	25.919.608	25.475.028
KBS	4.699.151	3.981.292	4.720.155	4.961.225
IKK	16.065.673	15.327.080	16.412.431	13.073.051
Ersatzkassen	58.806.805	66.083.323	65.771.284	70.540.819

Quelle: KJ 1

Weitere Einzelheiten können den auf der Internetseite des BMG veröffentlichten Finanzergebnissen der GKV entnommen werden (www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/zahlen-und-fakten-zur-krankenversicherung/finanzergebnisse.html).

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)?

Die aktuelle Zahl der Krankenkassen nach Aufsichtsbehörden und die dazugehörigen Mitglieder sind der nachfolgenden Tabelle zu entnehmen:

Aufsichtsbehörde	Anzahl Krankenkassen	Anzahl Mitglieder
BVA	65	34.713.316
Baden-Württemberg	9	3.484.713
Bayern	7	3.707.563
Berlin	0	0
Brandenburg	3	1.678.699
Bremen	1	192.665
Hamburg	0	0
Hessen	6	1.336.183
Mecklenburg-Vorpommern	0	0
Niedersachsen	3	2.086.478
Nordrhein-Westfalen	9	4.575.396
Rheinland-Pfalz	3	964.784
Saarland	1	468.821
Sachsen	1	2.637.641
Sachsen-Anhalt	1	654.276
Schleswig-Holstein	0	0
Thüringen	1	11.931
Gesamt	110	56.512.466

Quelle: KM1 zum Stichtag 01.05.2018

2007 gab es 242 Krankenkassen. Davon waren 133 Krankenkassen bundesunmittelbar und 109 Krankenkassen landesunmittelbar. Eine damalige Zuordnung zu den einzelnen Landesaufsichten sowie Mitgliedszahlen liegt nicht vor.

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?

Es obliegt der Verantwortung des jeweiligen Bundeslandes, für eine sachgerechte Ausstattung der Aufsichtsbehörden zu sorgen. Eine einheitliche Aufsichtspraxis ist aus Sicht der Bundesregierung wichtig, um gleiche Rahmenbedingungen für die im Wettbewerb stehenden Krankenkassen zu gewährleisten. Der regelmäßige Erfahrungsaustausch zwischen den Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder im Rahmen halbjährlicher Arbeitstagen, themenbezogener Arbeitsgruppen und punktueller Kontakte leistet hierzu einen wichtigen Beitrag. Die Bundesregierung wird sich auch künftig im Dialog mit den Ländern dafür einsetzen, Wettbewerbsverzerrungen durch divergierende Aufsichtsentscheidungen zu vermeiden.

21. Wie viele und welche der bundesunmittelbaren Krankenkassen haben nach Kenntnis der Bundesregierung wie viele
- Bonusprogramme,
 - Selektivverträge nach § 140a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
 - Wahltarife,
 - Satzungsleistungen, und
 - Zusammenarbeiten mit privaten Versicherungsunternehmen?

Für genauere Informationen zu Bonusprogrammen nach § 65a Absatz 1 SGB V, Wahlтарifen nach § 53 SGB V und Leistungen nach § 11 Absatz 6 SGB V wird auf die Satzungen der einzelnen Krankenkassen verwiesen. Diese sind nach § 34 Absatz 2 Satz 1 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch öffentlich bekanntzumachen und werden regelmäßig auf den Internetseiten der Krankenkassen zur Verfügung gestellt. Den Satzungen ist ebenfalls zu entnehmen, ob eine Krankenkasse den Abschluss privater Zusatzversicherungsverträge zwischen ihren Versicherten und privaten Krankenversicherungsunternehmen vermitteln kann (§ 194 Absatz 1a Satz 1 SGB V). Hieraus lassen sich allerdings keine Rückschlüsse auf den tatsächlichen Umfang oder die Anzahl der Kooperationen ziehen.

Dem BVA liegen nach Auswertung der Satzungsakten der bundesunmittelbaren Krankenkassen die folgenden Daten zu genehmigten Satzungsregelungen vor:

Kassenart	Anzahl an			
	Bonusprogrammen nach § 65a Absatz 1 SGB V	Wahlтарifen nach § 53 SGB V	Leistungsbereichen nach § 11 Absatz 6 SGB V	Zusammenarbeit mit privaten Versicherungsunternehmen
Betriebskrankenkassen	52	258	301	51
Ersatzkassen	6	36	43	6
Innungskrankenkassen	4	27	25	4
Sonstige Träger der GKV	2	10	12	2
Gesamt	64	331	381	63

Selektivverträge unterliegen seit der Änderung von § 71 SGB V durch das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz vom 16. Juli 2015 aus Gründen der Verfahrenvereinfachung nicht mehr der Pflicht zur Vorlage bei den zuständigen Aufsichtsbehörden. Auch die Einzelheiten der Vermittlung privater Zusatzversicherungsverträge sind nicht anzeigepflichtig.

Das BVA hat auf Bitte des BMG die Anzahl der jeweiligen Selektivverträge nach § 140a SGB V und der Kooperationen mit privaten Versicherungsunternehmen bei den bundesunmittelbaren Krankenkassen abgefragt. Die Krankenkassen, die auf die Abfrage geantwortet haben, verfügen insgesamt über 5394 Selektivverträge nach § 140a SGB V. Bei ihnen bestehen insgesamt 101 Kooperationen mit privaten Krankenversicherungen. Während einige wenige Krankenkassen ganz auf Kooperationen verzichten, kooperieren viele der bundesunmittelbaren Krankenkassen lediglich mit einem privaten Versicherungsunternehmen. Einige bundesunmittelbare Krankenkassen verfügen jedoch über zwei bis sieben Kooperationen mit privaten Krankenversicherern.

Weitere Angaben zu den einzelnen bundesunmittelbaren Krankenkassen können der Tabelle im Anhang entnommen werden.

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)?

Der Gesetzgeber hat mit dem am 11. April 2017 in Kraft getretenen Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (HHVG) in § 127 Absatz 1b SGB V geregelt, dass Krankenkassen bei Ausschreibungen im Hilfsmittelbereich neben dem Preis auch qualitative Anforderungen an die Produkte und die mit ihnen verbundenen Dienstleistungen beachten müssen, die über die Mindestanforderungen des Hilfsmittelverzeichnis hinausgehen. Die Krankenkassen können selbst entscheiden, ob sie die zusätzlichen Qualitätsanforderungen im Rahmen der Leistungsbeschreibung oder innerhalb der Zuschlagskriterien angemessen berücksichtigen.

Die Überprüfung, ob die nach Inkrafttreten des HHVG veröffentlichten Hilfsmittelausschreibungen von Krankenkassen die Vorgaben des § 127 Absatz 1b SGB V erfüllen, obliegt der zuständigen Aufsichtsbehörde der jeweiligen Krankenkasse. Das BVA hat damit, wie auch die Aufsichtsbehörden in den Ländern, eine

wichtige Aufgabe bei der Gewährleistung der Qualität der Hilfsmittelversorgung. Die Bundesregierung beobachtet die Umsetzung des Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetzes in der Praxis aufmerksam.

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)?

Der vom BVA unterstützte o. g. Vorschlag wird im Rahmen der Umsetzung des im Koalitionsvertrag für diese Legislaturperiode vereinbarten Auftrags geprüft, die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung zu stärken, deren Unabhängigkeit zu gewährleisten und für bundesweit einheitliche und verbindliche Regelungen bei ihrer Aufgabenwahrnehmung Sorge zu tragen.

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)?

Es wird auf die Antwort zu Frage 8 verwiesen.

Anhang: Tabelle zu Frage Nr. 21 (Ergebnisse einer Abfrage des BVA im Juni/Juli 2018)

Name der bundesunmittelbaren Krankenkasse	Anzahl der Selektivverträge nach § 140a SGB V	Anzahl der Kooperationen mit privaten Versicherungsunternehmen
actimonda BKK	120	1
Atlas BKK Ahlmann	55	1
Audi BKK	59	3
Bahn BKK	37	1
Bertelsmann BKK	29	1
BKK24	114	0
BKK B. Braun Melsungen	64	1
BKK der Deutschen Bank AG	117	1
BKK Diakonie	45	2
BKK exklusiv	56	1
BKK firmus	8	0
BKK Freudenberg	193	1
BKK Gildemeister Seidensticker	134	1
BKK Herford Minden Ravensburg	119	1
BKK Linde	173	1
BKK Melitta plus	105	1
BKK Miele	49	1
BKK Mobil Oil	52	1
BKK MTU Friedrichshafen	12	0

Name der bundesunmittelbaren Krankenkasse	Anzahl der Selektivverträge nach § 140a SGB V	Anzahl der Kooperationen mit privaten Versicherungsunternehmen
BKK Pfalz	243	2
BKK ProVita	15	3
BKK PwC	174	1
BKK RWE	3	2
BKK Salzgitter	139	2
BKK Technoform	66	1
BKK VBU	117	2
BKK VerbundPlus	122	1
BKK Wirtschaft & Finanzen	121	1
BKK Würth	136	1
BKK ZF & Partner	150	1
BMW BKK	28	1
Bosch BKK	33	1
Continental BKK	98	1
Daimler BKK	31	1
Debeka BKK	141	0
Die Schwenninger BKK	46	7
Energie BKK	4	4
Ernst&Young BKK	37	0
Heimat Krankenkasse	72	1
mhplus BKK	43	4
Novitas BKK	56	1
Pronova BKK	156	7
R+V BKK	167	1
Salus BKK	121	2
SBK	64	3
Securvita BKK	keine Angaben	keine Angaben
SIEMAG BKK	97	1
SKD BKK	9	1
Südzucker BKK	19	1
TUI BKK	141	1
VIACTIV BKK	81	6
Wieland BKK	17	1
WMF BKK	105	1
BundesInnungskrankenkasse Gesundheit (BIG direkt gesund)	10	3
IKK classic	32	1

Name der bundesunmittelbaren Krankenkasse	Anzahl der Selektivverträge nach § 140a SGB V	Anzahl der Kooperationen mit privaten Versicherungsunternehmen
IKK gesund plus	25	1
IKK Nord	10	2
BARMER Ersatzkasse	210	1
DAK-Gesundheit	187	1
HEK – Hanseatische Krankenkasse	75	1
Handelskrankenkasse (hkk)	39	1
Kaufmännische Krankenkasse (KKH)	88	2
Techniker Krankenkasse (TK)	199	1
Knappschaft	70	4
Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)	56	1
Gesamtzahl	5394	101

