
Krankenkassen im Wettbewerb

Katja Matthias

Das Wort Wettbewerb ist in aller Munde – auch in der Krankenkassenwelt. Dabei gibt es Wettbewerb zwischen Krankenkassen noch nicht lange. Die Mitglieder der Krankenkassen erhielten erstmals Anfang der Neunzigerjahre das Recht, sich eine neue Krankenkasse zu suchen, unabhängig von der bisherigen Kassenzugehörigkeit, die zuvor durch den Beruf vorgegeben war. Damit wurde eine bewusste Weichenstellung zugunsten einer wettbewerblichen Orientierung in der gesetzlichen Krankenversicherung vollzogen. Diese individuelle Wahlfreiheit der Versicherten sollte auch zur Lösung der Finanzprobleme beitragen. Die Vorstellung war, Wettbewerb als Instrument für mehr Wirtschaftlichkeit nutzen zu können. Die bessere Steuerung der Inanspruchnahme von Leistungen, die schnelle Ermöglichung von Innovationen und die gerechte Verteilung der Leistungen zu günstigeren Preisen steckt aber noch immer in den Kinderschuhen: Wettbewerb bei den Krankenkassen fand und findet fast ausschließlich über den Beitragssatz statt und ist daher in aller Regel ein Wettbewerb um Gesunde und Junge. Dies ist verständlich, da gesetzliche Kassen, anders als die privaten Kassen, keine Risikoaufschläge für sog. schlechte Risiken erheben.

Jeder von uns weiß, was es heißt, krank zu sein, Patient zu sein und darauf vertrauen zu müssen, dass alle notwendigen Leistungen von der Krankenkasse auch bezahlt werden. Für unsere Versicherten setzen wir uns daher dafür ein, dass ein Wettbewerb nicht im eigentlichen Leistungsbereich stattfinden darf. Die soziale Krankenversicherung

muss allen Mitgliedern Schutz gegen die Risiken von Krankheit und Behinderung oder Pflegebedürftigkeit bieten. Ein gesetzlich geregelter Leistungskatalog für eine zweckmäßige medizinische Versorgung ist dazu unerlässlich. Die Strukturprinzipien der GKV haben sich bewährt und müssen bewahrt werden. Solidarität, die paritätische Beitragsfinanzierung durch Arbeitnehmer und Arbeitgeber, das Sachleistungsprinzip und die Wahlfreiheit der Versicherten sind Stärken des deutschen Systems. Die politische Diskussion um eine Aufteilung des Leistungskatalogs in Grund- und Wahlleistungen darf nicht zur Ausgrenzung medizinisch notwendiger Leistungen führen. Die AOK setzt auf einen vollwertigen Gesundheitsschutz für alle Versicherten.

Während durch die derzeitigen Anreize der Wettbewerb vorwiegend um Gesunde geführt wird, brauchen wir jedoch eine ganz andere Form von Wettbewerb: Einen Wettbewerb, in dem die Kasse gewinnt, die kranke Menschen gut versorgt, also eine Krankenkasse, die medizinische Fortschritte schnell in die Praxis einführt und die chronisch Kranken eine gute und effiziente Therapie bietet. Letztlich brauchen wir also einen Wettbewerb über die Erbringungsart und den -ort von Leistungen, die Organisation, die Qualität und den Preis. Dafür ist die weitgehende Liberalisierung der Vertragsgestaltung ein unverzichtbares Instrument. Einzelverträge mit allen Leistungserbringern müssen ermöglicht werden. Dazu zählen nicht nur Krankenhäuser und niedergelassene Ärzte, sondern auch Arzneimittel- und Hilfsmittelhersteller sowie Reha- und Pflegeeinrichtungen. Konkret bedeutet das, dass die Krankenkassen die Möglichkeit bekommen müssen, über die Preise, die Qualität und die Menge der Leistungen mit einzelnen Leistungserbringern oder Gruppen von ihnen zu verhandeln. Die ärztliche Vergütung sollte sich beispielsweise nicht mehr nur am Aufwand für erbrachte Leistun-

gen orientieren, sondern stärker am Erreichen von Versorgungszielen und Ergebnissen.

Die AOK hat inzwischen sehr viele praktische Erfahrungen gesammelt, wie sich beispielsweise durch Disease-Management-Programme (DMP) und durch eine hausarztzentrierte Versorgung die medizinische Versorgung unter Wettbewerbsbedingungen verbessern lässt. Bereits in den Neunzigerjahren hat die AOK den Aufbau sog. Arztnetzwerke wie z. B. des Praxisnetzes Nürnberg Nord unterstützt. Ziel ist es, die Behandlung eines Patienten beim Haus- und Facharzt besser zu koordinieren und so etwa Doppeluntersuchungen zu vermeiden. Aus diesen Erfahrungen wurden die heutigen Vertragsmodelle der Integrierten Versorgung entwickelt.

Die AOK wird die Chancen nutzen, die sich aus einer besseren Organisation der medizinischen Versorgung ergeben. Wir wollen für unsere Versicherten darüber hinaus Produkte und Dienstleistungen anbieten, die über den Leistungskatalog des SGB V hinausgehen. Patienten werden in einem mehr und mehr wettbewerblich geprägten Gesundheitswesen zunehmend zu Kunden, die wählen sollen zwischen Wahltarifen der Kassen, Selbstzahlerangeboten der Ärzte oder auch speziellen Versorgungsformen. Um die neuen Wahlentscheidungen sinnvoll nutzen zu können, brauchen die Patienten bessere Informationen und mehr Transparenz, insbesondere über die Qualität von Leistungserbringern wie beispielsweise Krankenhäuser, Ärzte, Pflegeheime. Und sie müssen auch darauf vertrauen können, dass die Qualität und die Sicherheit der Behandlung stimmen. Die AOK hat in den letzten Jahren eine Reihe von Produkten für ihre Versicherten entwickelt, die diesen Ansprüchen gerecht werden. Darunter sind der Krankenhausnavigator, der Pflegenavigator und der „IGeL“-Ratgeber (also der Ratgeber zu den Selbstzahlerleistungen) der AOK. Für die AOK steht ihre tägliche

Arbeit unter dem Anspruch der Kundenorientierung. Deshalb hat sie beispielsweise vor einigen Jahren ein erfolgreiches Modell der AOK Rheinland zum Behandlungsfehlermanagement auf ganz Deutschland ausgeweitet. Dabei verfolgen wir seit Jahren eine Doppelstrategie im Behandlungsfehlermanagement. Auf der einen Seite unterstützen wir die Versicherten im vermuteten Schadensfall. Gleichzeitig machen wir uns für Fehlerprävention und Patientensicherheit stark. Ein kluges Fehlermanagement nützt allen: Patienten, Ärzten, Pflegekräften, Kliniken und Krankenkassen. Die AOK unterstützt auch das „Aktionsbündnis Patientensicherheit“.

Wir brauchen keinen Pseudowettbewerb, der sich auf Risikoselektion, Marketing, Serviceaktivitäten und Randsortimente konzentriert. Damit echter Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung aber überhaupt möglich ist, benötigen wir den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich. Dieser ist Grundvoraussetzung für jede Reform. Wer Kassen mit vielen Kranken und vielen Menschen mit Anspruch auf Härtefallregelungen neue Ausgaben aufbürden will, muss dafür zunächst die nötige Finanzierung sicherstellen. Das kann nur ein morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich. Angekündigt ist für den 1. Januar 2009 ein Fonds, der künftig bei den Kassenmitgliedern einen bundeseinheitlichen Beitragssatz erheben und das Geld an die Krankenkassen verteilen wird. Kassen, die mit dem Geld nicht auskommen, dürfen einen Zusatzbeitrag erheben, der nicht mehr als ein Prozent des Einkommens des Mitglieds ausmachen darf. Dadurch wird der falsche Wettbewerb gestärkt. Das liegt an der Mechanik der Zusatzprämie. Diese zwingt die Kassen künftig, sich vor allem um gesunde, gut verdienende Mitglieder zu bemühen. Wer sich dagegen vor allem gut um Kranke kümmert, geht in Konkurs.

Nur ein echter morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich („Morbi-RSA“) ermöglicht einen sinnvollen Wett-

bewerb unter den Kassen und neutralisiert die finanziellen Anreize zur Ausgrenzung ungünstiger Versicherungsrisiken. Wenn niedergelassene Ärzte und Krankenhäuser bei allen Erkrankungen zukünftig morbiditätsabhängig bezahlt werden, passt dazu keine enge Beschränkung des Morbiditätsausgleichs auf bestimmte Krankheitsbilder, die einen Kostenschwellenwert überschreiten. Je mehr der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich begrenzt würde, um so mehr müssten die Versicherten alleine und außerhalb der paritätischen Finanzierung zuzahlen. Zum Start des Gesundheitsfonds ist daher die pünktliche Einführung dieses morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs unverzichtbar.

Die AOK sieht sich als Motor eines Wettbewerbs zum Wohle der Versicherten. Wettbewerb ist für die AOK kein Selbstzweck, sondern steht für eine bessere und effizientere medizinische Versorgung. Der Ordnungsrahmen und die gesetzlichen Regelungen zur Umsetzung des Vertragswettbewerbs müssen dafür so gestaltet werden, dass Anreize zur Verbesserung der Qualität der Versorgung gesetzt und gleichzeitig Wirtschaftlichkeitsreserven erschlossen werden.