



STIFTUNG MÜNCH

## Think Camp der Stiftung Münch

„Kassenwettbewerb fair gestalten“  
20. – 22. September 2019 in Hamburg

### Gruppe Vision

Laura Kneip, Melina Ledeganck, Jacob Loring, Dominik Neuhäusler, Julia Wittrin

Unsere Gruppe „Vision“ hat ein Konzept entwickelt, wie der Wettbewerb zwischen den Krankenversicherungen vor dem Hintergrund der Patientenorientierung und den Ressourcen der Beitragszahler aussehen könnte. Unsere eingebrachten Ideen sind dabei nicht abschließend: Aus unserer Sicht wäre es sehr sinnvoll und lohnenswert, die genaue Ausgestaltung sowie die Hürden und Herausforderungen intensiver zu diskutieren und so das Konzept noch weiterzuentwickeln.

Hintergrund unserer Überlegungen sind primär folgende Herausforderungen, denen der Wettbewerb der Krankenversicherungen in Deutschland momentan gegenübersteht:

- Der **Wettbewerb ist vor allem preisgetrieben**, da der Zusatzbeitrag momentan das einzige „harte“ Kriterium ist, mit dem sich Krankenversicherungen vergleichen lassen. Der alleinige Vergleich von Zusatzbeiträgen lässt jedoch keine Rückschlüsse auf den Leistungsumfang, die Qualität oder die Effizienz einer Krankenkasse zu, da unter anderem die Schieflage im Finanzierungssystem des Morbi-RSA (morbiditybedingter Risikostrukturausgleich) zu der Ausbildung unterschiedlicher Zusatzbeiträge führt.
- **Leistungswettbewerb zwischen Krankenversicherungen spielt so gut wie keine Rolle**, da ca. 95% der Leistungen durch die Sozialgesetzgebung vorgeschrieben sind. Selektivverträge sind momentan nicht wettbewerbsentscheidend und die Entwicklung neuer innovativer Versorgungsformen verläuft schleppend.
- Da die Krankenversicherungen zum Teil **unterschiedlichen Aufsichten** unterliegen (Bundes-/Länderaufsicht) kommt es zu unterschiedlichen Rechtsauslegungen und Maßstäben zum Beispiel bei der Fragestellung, ob eine Krankenversicherung eine bestimmte Leistung in ihre Satzung aufnehmen darf oder nicht.
- Die Akteure haben keine dringende Notwendigkeit und **wenig Anreize, in Qualität von Leistungen und Service zu investieren**.
- Es gibt **keine Möglichkeit für Versicherte**, unabhängig und neutral die Leistungen und die Servicequalität verschiedener Krankenversicherungen **zu vergleichen**.

Unser Konzept beruht auf dem Anspruch bzw. der Voraussetzung, dass **alle Krankenversicherungen dieselben Startvoraussetzungen für den Wettbewerb** haben. Das Fundament des Systems besteht für uns daher aus den folgenden Bausteinen:

1. **Solidarprinzip:** Jeder wird versichert und die Versicherungsprämie bzw. der Beitrag ist unabhängig vom individuellen Risiko. Der Kontrahierungszwang zwischen Krankenversicherung und Versichertem bleibt bestehen.
2. **Freie Kassenwahl:** Jeder Versicherte kann seine Krankenversicherung frei wählen. Hürden im jetzigen Wechselprozess werden abgebaut (Beispiel: Sanktionen, wenn die Kündigungsbestätigung nicht ausgestellt wird). Der Wechsel muss für den Versicherten einfach umsetzbar sein.
3. **Grundversorgung:** Ein unabhängiges Gremium legt Grundleistungen fest, auf die jeder Versicherte Anspruch hat - unabhängig von der Krankenversicherung, bei der er versichert ist. Dies beinhaltet auch Qualitätsgrundkriterien, z.B. für Hilfsmittel. Das Gremium führt außerdem laufend eine Negativliste mit Leistungen, die nicht angeboten werden dürfen vor dem Hintergrund der Patientensicherheit.

4. **Gemeinsame Bundesaufsicht:** Alle Krankenversicherungen unterliegen denselben Aufsichtskriterien durch eine Bundesaufsicht. Außerdem fallen sie unter das Kartellrecht. Es gelten Wettbewerbsregelungen mit entsprechenden Sanktionen in Bezug auf Werbung (z.B. keine Werbung mit Leistungen der Grundversorgung).
5. **Einheitlicher und fairer Finanzausgleich:** Keine Versicherung darf systembedingte Vorteile hinsichtlich der Verteilung der Versichertengelder haben. Dafür müssen die Verteilungsmechanismen des Morbi-RSA angepasst werden. Hier sind für uns die Berücksichtigung einer Regionalkomponente sowie ein Präventionsanreiz (z.B. über die Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen oder die Inzidenzrate bestimmter beeinflussbarer Erkrankungen) besonders wichtig.
6. **Regelmäßige Evaluation:** Das ganze System wird regelmäßig auf den Prüfstand gestellt; sinnlose Bürokratie und ineffiziente Prozesse sind zu vermeiden/auszumerzen und Schieflagen sind zeitnah zu begradigen.

Von dieser Grundlage ausgehend haben wir intensiv die Ausgestaltung des Vertrags- und Versicherungswettbewerbs diskutiert:

### Vertragswettbewerb

Für den Vertragswettbewerb schlagen wir ein **reines Selektivvertragssystem** vor. Für die Sicherstellung der Grundversorgung wird der **Sicherstellungsauftrag**, der ebenfalls über Selektivverträge abgedeckt wird, **auf die Krankenversicherungen übertragen**. Hier ist vor dem Hintergrund der heutigen Herausforderungen (Überangebot an Leistungserbringung in Ballungsgebieten, (drohende) Unterversorgung an Leistungserbringung in ländlichen Räumen) Kreativität gefragt. Digitalisierung kann hier große Unterstützung bieten.

Über die Grundversorgung hinausgehend sind die Leistungserbringer und Krankenversicherungen in ihrer Vertragsgestaltung vollkommen frei, auch eine Kooperation in Verbänden ist möglich und sogar erwünscht. Dadurch werden Anreize für die Bildung von sektorenübergreifenden Leistungserbringerverbänden in Form von Netzwerken geschaffen. So können ganzheitliche, qualitätsgetriebene Versorgungskonzepte mit innovativen Vergütungsformen entwickelt werden – zum Beispiel können sich ein niedergelassener Orthopäde, ein orthopädisches Klinikum und Rehaeinrichtung zusammenschließen. Es entsteht ein echter Leistungswettbewerb sowohl zwischen den Leistungserbringern als auch zwischen Krankenversicherungen, der alle Akteure zu Innovationen antreibt.

Die **Kassenärztlichen Vereinigung werden in diesem System abgelöst**. Die künftige Zuständigkeit der Aufgaben, die von den Kassenärztlichen Vereinigungen momentan neben der Umsetzung der Kollektivverträge wahrgenommen werden, z.B. die Verantwortung für Arztausbildung, ist zu diskutieren. Eine Interessenvertretung erfolgt ja auch heute schon beispielsweise über die Ärztekammern.

### Versicherungswettbewerb

Auch auf dem Versicherungsmarkt haben Krankenversicherungen mehr Möglichkeiten, sich über Leistungen abzugrenzen als heute: Dafür bekommen sie Spielräume, **über die Grundversorgung hinausgehende Wahltarife anzubieten**. Beispielsweise könnte eine Krankenversicherung die freie Arztwahl einschränken, was eine Steuerung der Versicherten zu bestimmten Vertragspartnern erleichtert und damit eine bessere Steuerung der Versorgungsqualität ermöglicht. Denkbar wäre ergänzend das Angebot eines Wahltarifs mit freier Arztwahl gegen eine zusätzliche Prämie. Auch ließen sich über Wahltarife bestimmte Leistungen anbieten, wie z.B. Homöopathie. In der Ausgestaltung der Leistungen und Preise ihrer Wahltarife sind die Versicherungen frei. Als Regularien gelten lediglich die

Negativliste des unabhängigen Gremiums sowie das Prinzip, dass sich die Wahltarife selbst tragen müssen und so die Solidargemeinschaft nicht belasten.

Ein genereller kassenindividueller Zusatzbeitrag für alle Versicherten unabhängig von den Wahlтарifen wird bei mangelnder Effizienz und Wirtschaftlichkeit durch die Krankenversicherung erhoben, muss aber keine Schieflagen im Verteilungssystem ausgleichen. Auch denkbar ist, den Versicherungen regionale Zusatzbeiträge zu ermöglichen – beispielsweise bei Autoversicherungen sind regional unterschiedliche Beiträge schon heute gängige Praxis.

**Transparenz** ist ein wesentlicher Bestandteil im Versicherungswettbewerb. Es herrscht eine Berichtspflicht über die Finanzen, i.S.e. Jahresabschlusses, sowie über festgelegte risikoadjustierte Qualitätsparameter einer jeden Kasse. Darüber hinaus wird Transparenz geschaffen über alle Fakten, die Versorgungs-, Service- und Dienstleistungsqualität betreffend auf Einzelkassenebene (zum Beispiel zu Genehmigungs-, Widerspruchs- und Klagequoten; telefonische Erreichbarkeit, Wartezeit etc.). Damit ein neutraler, schneller und verständlicher Vergleich für jeden Versicherten möglich wird, bietet sich die Einrichtung einer Art „Transparenz-Plattform“ an. Diese beinhaltet u.a. eine Übersicht über alle Leistungen, Services und Tarife einer Krankenversicherung und zwar qualitativ und quantitativ. Außerdem geben Versicherte hier direkt Bewertungen ab und teilen Erfahrungen. Das Portal kann so auch durch das unabhängige Gremium für Meinungsbilder und Diskussionen genutzt werden.

Über das „**Transparenz-Portal**“ befähigen wir die Versicherten und Patienten, zu vergleichen und selbst zu entscheiden, welche Leistungen und Faktoren ihnen individuell wichtig sind und bieten ihnen eine Plattform, um Erfahrungen zu teilen und zu bewerten. Die Versicherten treffen eigenverantwortliche Entscheidungen, wenn es um Finanzen, Versicherungen, Privates und Berufliches geht – warum nicht auch bei ihrer Krankenversicherung?

So schaffen wir einen echten, patientenorientierten Wettbewerb unter den Krankenversicherungen, der weit über den heutigen eingeschränkten und verzerrten Wettbewerb hinausgeht. Dabei werden Anreize gesetzt, in Qualität und Innovationen für die Versicherten zu investieren und dabei die Beitragszahlungen der Versicherten wirtschaftlich und effizient einzusetzen.