



Abschließender Bericht

an das Bundesministerium für Gesundheit

nach § 88 Abs. 2 BHO

über den Wettbewerb um Versicherte in der
gesetzlichen Krankenversicherung

hier: Werbung der Krankenkassen

Dieser Bericht enthält das vom Bundesrechnungshof abschließend im Sinne des § 96 Abs. 4 BHO festgestellte Prüfungsergebnis. Er ist auf der Internetseite des Bundesrechnungshofes veröffentlicht (www.bundesrechnungshof.de)

Gz.: IX 4 - 2016 - 1071

Potsdam, den 23. Juni 2020

Inhaltsverzeichnis

0	Zusammenfassung	3
1	Vorbemerkung	6
2	Ausgaben für allgemeine Werbung bei den Krankenkassen	8
3	Werbemaßnahmen der Krankenkassen	9
3.1	Marken- und Imagewerbung	9
3.2	Sponsoring und Spenden	11
4	Werbung um Versicherte	12
4.1	Aktivitäten der Krankenkassen	12
4.2	Aktivitäten Dritter	14
5	Vorläufige Würdigung	15
6	Vorläufige Empfehlung	19
7	Stellungnahme des Bundesministeriums für Gesundheit	19
8	Abschließende Würdigung	20

0 Zusammenfassung

Der Bundesrechnungshof hat sich in mehreren Prüfungen mit der Durchführung und den Ergebnissen des Wettbewerbs durch Werbemaßnahmen in der gesetzlichen Krankenversicherung (z. B. Marken- und Imagewerbung, Sponsoring und Spenden sowie die Beauftragung Dritter) befasst und dabei Folgendes festgestellt:

- 0.1 Der Gesetzgeber hat den Wettbewerb zwischen den Krankenkassen mit dem Ziel der Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung eingeführt. Tatsächlich hat sich der Wettbewerb der Krankenkassen untereinander zunehmend zu einem Wettbewerb um Versicherte entwickelt. Ein solcher Wettbewerb entspricht nicht mehr der Intention des Gesetzgebers (Tz. 5).
- 0.2 Die Ausgaben der Krankenkassen für allgemeine Werbemaßnahmen sind in den Jahren 2009 bis 2018 um knapp 38 Prozent auf rund 189 Mio. Euro gestiegen, während die Aufwendungen für Aufklärungs-, Beratungs- und Auskunftspflichten der Krankenkassen rückläufig sind (Tz. 2).
- 0.3 Die Krankenkassen nutzen die allgemeine Werbung insbesondere dafür, sich als Marke zu etablieren und das Image dieser Marke zu steigern. Inhaltliche Aussagen treffen sie mit Werbung kaum. Als Werbeplattform nutzen sie häufig Sportvereine und -veranstaltungen. Im Einzelfall betrug das Volumen bis zu einer Million Euro jährlich (Tz. 3.1).
- 0.4 Krankenkassen leisteten, vor allem an Sportler und Sportvereine, im Rahmen der Werbung Geldbeträge ohne vereinbarte Gegenleistung. Spenden sind keine Aufgabe einer Krankenkasse und damit nicht zulässig (Tz. 3.2).
- 0.5 Krankenkassen gewährten kündigungswilligen Versicherten Prämien oder andere Vergünstigungen bei Rücknahme der Kündigung und Verbleib in der Krankenkasse. Einzelne Krankenkassen wählten bei Kündigungen nach Kostengesichtspunkten die Versicherten aus, die sie zum Verbleib in der Krankenkasse bewegen wollten (Tz. 4.1).

- 0.6 Um zusätzliche Versicherte zu gewinnen, wenden Krankenkassen nicht unerhebliche Mittel für Aufwandsentschädigungen an gewerblich tätige oder sonstige Dritte auf, die für Krankenkassen Versicherte vermitteln. In einigen Fällen wandten die Vermittler unlautere, teilweise sogar kriminelle Methoden an, um hohe Vermittlungszahlen zu erreichen und dementsprechend hohe Aufwandsentschädigungen zu erhalten. Bei der Auswahl und Überwachung der Vermittler müssen die Krankenkassen mehr Sorgfalt aufwenden und sicherstellen, dass keine unlauteren Methoden angewandt werden (Tz. 4.2).
- 0.7 Der Bundesrechnungshof hat seine Feststellungen und Empfehlungen dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) in einem Berichtsentwurf nach § 88 Absatz 2 BHO mitgeteilt. Er empfahl, die Regelungen für den Wettbewerb der Krankenkassen zu überarbeiten und konkrete Vorgaben zu formulieren. Dies ist erforderlich, um ein weiteres Anwachsen der Ausgaben für Marken- und Imagewerbung einzugrenzen. Diese ist mit den ursprünglichen Intentionen des Gesetzgebers zum Wettbewerb zwischen den Krankenkassen nicht vereinbar (Tz. 6).
- 0.8 Das BMG hat in seiner Stellungnahme der Auffassung des Bundesrechnungshofes zugestimmt, dass es Ziel des Wettbewerbs zwischen den Krankenkassen sei, die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung zu verbessern. Bei der Werbung um Leistungen müsse die sachbezogene Information im Vordergrund stehen. Es dürften keine unlauteren Mittel eingesetzt werden. Aus diesem Grund werde das BMG in den Entwurf eines Gesetzes für eine faire Kassenwahl einen neuen § 4a SGB V einbringen. Diese Vorschrift werde wichtige Grundsätze für den Wettbewerb und für Werbemaßnahmen regeln, so z. B. ein Verbot der Risikoselektion, Verbot reiner Marken- und Imagewerbung, die Verantwortlichkeit der Krankenkassen bei Beauftragung Dritter sowie eine Ermächtigung zu einer Verordnung über die Festlegung von Einzelheiten zur Zulässigkeit von Werbung (Tz. 7).
- 0.9 Der vom BMG eingebrachte, vom Deutschen Bundestag am 13. Februar 2020 verabschiedete und am 1. April 2020 in Kraft getretene § 4a SGB V greift die Beanstandungen des Bundesrechnungshofes auf und setzt seine Empfehlungen um. Der Bundesrechnungshof hält die neuen Regelungen zum Wettbewerb der Krankenkassen untereinander sowie

die Ermächtigung zu einer Verordnung, mit der die bisher von den Aufsichtsbehörden geschaffenen Gemeinsamen Wettbewerbsgrundsätze eine stärkere rechtliche Stellung bekommen, für eine angemessene Regulierung des Wettbewerbs zwischen den Krankenkassen. Dies gilt insbesondere für Werbemaßnahmen und die Beauftragung von Dritten bei der Gewinnung von neuen Mitgliedern. Die neuen Regelungen stärken damit die mit dem Gesundheitsstrukturgesetz im Jahr 1992 beabsichtigte wettbewerbsorientierte Rahmenordnung der gesetzlichen Krankenversicherung (Tz. 8).

1 Vorbemerkung

Der Bundesrechnungshof hat sich in mehreren Prüfungen mit der Durchführung und den Ergebnissen des Wettbewerbs durch Werbemaßnahmen in der gesetzlichen Krankenversicherung befasst, z. B. Marken- und Imagewerbung, Sponsoring und Spenden sowie die Beauftragung Dritter. Er fasste seine vorläufigen Feststellungen und Empfehlungen im Entwurf eines Berichts nach § 88 Absatz 2 Bundeshaushaltsordnung (BHO) an das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) vom 16. Januar 2019 zusammen und bat dieses um Stellungnahme. Das BMG antwortete mit Stellungnahme vom 16. April 2019.

Der vorliegende Bericht berücksichtigt die Stellungnahme des BMG und stellt die Erkenntnisse des Bundesrechnungshofes abschließend im Sinne des § 96 Absatz 4 BHO fest.

Mit dem Gesundheitsstrukturgesetz¹ führte der Gesetzgeber eine weitgehende Freiheit für Mitglieder und Versicherte bei der Wahl der Krankenkasse in der gesetzlichen Krankenversicherung ein (§ 173 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch – SGB V). Das Mitglied kann grundsätzlich eine Krankenkasse frei auswählen, aber die Mitgliedschaft, auch durch eine Kündigung, frühestens nach 18 Monaten beenden. Vorzeitig kündigen darf das Mitglied lediglich bei einer erstmaligen Erhebung und bei einer Erhöhung des Zusatzbeitrages. Das Wahlrecht steht in einem engen Zusammenhang mit der Einführung des kassenartenübergreifenden Risikostrukturausgleichs (RSA).² Der Gesetzgeber verfolgte mit dem RSA das Ziel, unterschiedliche Risikostrukturen zwischen den Krankenkassen abzubauen und damit Wettbewerbsverzerrungen aufzulösen. So wollte er gleiche Wettbewerbsbedingungen herstellen. Sowohl das Wahlrecht als auch der mit dem RSA verbundene einnahmen- und ausgabenorientierte Ausgleich zwischen den einzelnen Krankenkassen bilden das Fundament für die gegenwärtige, wettbewerbsorientierte Rahmenordnung der gesetzlichen Krankenversicherung.³ Allerdings bestehen zwischen den Krankenkassen nur in begrenztem Maße Unterschiede, die werbewirksam hervorgehoben werden können: Beitrags- und Leistungsrecht sind überwiegend gesetzlich zwingend und einheitlich geregelt.⁴

¹ BGBl. I, Nr. 59 v. 29. Dezember 1992, Seite 2266.

² Vgl. *Blöcher* in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 3. Aufl. 2016, § 173 SGB V, Rn. 13.

³ Vgl. *Blöcher* in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 3. Aufl. 2016, § 173 SGB V, Rn. 7.

⁴ Vgl. *Peters* in: KassKomm-SGB, SGB V, § 4 Rn. 13.

Das Gesundheitsstrukturgesetz war ausweislich seiner Begründung auf eine gesteigerte Qualitätssicherung und die Erreichung von Effektivität und Effizienz in der medizinischen Versorgung ausgerichtet.⁵ Auch in späteren Begründungen zu Gesetzen, die den Wettbewerb zwischen den Krankenkassen regeln, bezog sich der Gesetzgeber auf „einen intensivierten und chancengleichen Wettbewerb zugunsten einer hochwertigen und effizienten gesundheitlichen Versorgung“.⁶ Der Gesetzgeber wollte danach erreichen, dass „der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen mit dem Ziel einer Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung stattfindet“. Stattdessen sei es zu einer ungewollten Dominanz des Preiswettbewerbs der Krankenkassen untereinander gekommen, und der Wettbewerb sei auf der Leistungsseite, insbesondere um mehr Qualität in der Versorgung, in den Hintergrund gerückt.⁷

Die Krankenkassen können sich und ihre Aktivitäten den potentiellen Versicherten darstellen. Grenzen des Wettbewerbs unter den Krankenkassen ergeben sich zunächst aus den Vorschriften des Sozialgesetzbuchs. Die Pflicht zur Zusammenarbeit unter den Krankenkassen sowie die Pflicht zur sachgerechten Information der Versicherten gemäß §§ 13 bis 15 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) engen die Handlungsmöglichkeiten⁸ auf diesem Gebiet ein.⁹

Das Gesetz gegen den unlauteren Wettbewerb (UWG) ist in diesem Zusammenhang weder unmittelbar noch analog anwendbar, weil die Rechtsbeziehungen zwischen Krankenkassen dem öffentlichen Recht angehören, das UWG aber dem Privatrecht zuzuordnen ist.

Das Sozialgesetzbuch enthält allerdings auch kein differenziertes Regelwerk, aus dem sich konkret ergibt, in welchen Fällen unredliches Verhalten im Kassenwettbewerb anzunehmen ist. Gleichzeitig sind die Krankenkassen als Körperschaften des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung im Wettbewerb untereinander besonderen Bedingungen unterworfen, die über jene des UWG hinausgehen, da

⁵ Begründung zum Gesundheitsstrukturgesetz, Bundestagsdrucksache 12/3608 vom 5. November 1992, Seite 69.

⁶ Begründung zum GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz, Bundestagsdrucksache 16/3100 vom 24. Oktober 2006, Seite 2.

⁷ Begründung zum GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz, Bundestagsdrucksache 18/1307 vom 5. Mai 2014, Seiten 3 und 24.

⁸ BSG v. 31. Januar 1998 – B 1 KR 9/95 R – BSGE 82, 78 ff. Rn. 12.

⁹ Vgl. G. Becker in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 3. Aufl. 2016, § 4 SGB V, Rn. 30.

- ihre Ausgaben durch Steuermittel und Beiträge der Mitglieder und Arbeitgeber finanziert werden,
- sie gesetzlich zu sparsamer und wirtschaftlicher Mittelverwendung verpflichtet sind¹⁰ und
- der Wettbewerb ihrem sozialen Auftrag angemessen sein muss.

2 Ausgaben für allgemeine Werbung bei den Krankenkassen

Die Krankenkassen haben nach den Bestimmungen des Kontenrahmens Aufwendungen, die im Zusammenhang mit Werbung entstehen, zulasten mehrerer Konten für Verwaltungs- und Verfahrenskosten (Kontenklasse 7) zu buchen. Dabei entfallen Aufwendungen für allgemeine Werbemaßnahmen und deren Portokosten (u. a. Veröffentlichungen in Funk, Fernsehen, Kino, Tagespresse sowie Werbeartikel, Merkblätter und Broschüren, einschließlich aller Kosten aus Aufträgen an Dritte, z. B. Werbeagenturen) auf das Konto 7108.

Die Ausgaben der Krankenkassen für allgemeine Werbemaßnahmen sind in den Jahren von 2009 bis 2018 laut der Statistik des Bundesministeriums für Gesundheit um knapp 38 % gestiegen. Im Vergleich dazu sind in diesem Zeitraum die Aufwendungen für die Aufklärungs-, Beratungs- und Auskunftspflicht der Krankenkassen nach §§ 13 bis 15 SGB I (Konto 7106)¹¹ rückläufig.

Die Zahlungen von Aufwandsentschädigungen für gewerblich vermittelnde Dienstleister (Konto 7004) haben sich im Zeitraum von 2011 bis 2018 nahezu verdoppelt. Die Aufwandsentschädigungen können nach Auffassung der Aufsichtsbehörden bis zu 3 Prozent der monatlichen Bezugsgröße je aufgenommenes Mitglied betragen.¹²

¹⁰ § 4 Absatz 4 Satz 1 SGB V i. V. m. § 69 Absatz 2 SGB IV.

¹¹ Nicht dazu gehören die Aufwendungen für soziale Dienste, Prävention und Selbsthilfe.

¹² Für das Jahr 2017 betrug die maximale Aufwandsentschädigung 89,25 Euro je geworbenes Mitglied.

Näheres zur Entwicklung der Ausgaben ergibt sich aus nachfolgender Tabelle:

Jahr	Ausgaben für allgemeine Werbemaßnahmen der gesamten GKV (Konto 7108) in Euro	Ausgaben für Aufklärungsmaßnahmen der gesamten GKV (Konto 7106) in Euro	Ausgaben für Aufwandsentschädigungen für externe Dienstleister (Konto 7004)¹³ in Euro
2009	136 873 354	133 133 001	-
2010	131 260 433	139 419 582	-
2011	122 410 214	125 459 670	9 492 104
2012	135 994 127	124 579 901	6 718 643
2013	154 539 192	130 987 521	8 385 531
2014	172 309 770	134 676 383	11 628 695
2015	177 867 259	120 687 994	15 389 914
2016	174 087 725	120 607 587	20 472 555
2017	185 608 092	116 070 641	18 479 928
2018	188 724 292	115 328 911	18 787 660

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit, Endgültige Rechenergebnisse der gesetzlichen Krankenversicherung

Die Aufsichtsbehörden prüfen, dass die jährlichen Ausgaben der einzelnen Krankenkassen für allgemeine Werbemaßnahmen 0,15 % der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Viertes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IV) je Mitglied nicht überschreiten. Aufwandsentschädigungen sind dabei nicht auf das jährliche Budget für allgemeine Werbemaßnahmen anzurechnen.

3 Werbemaßnahmen der Krankenkassen

Der Bundesrechnungshof hat bei mehreren Prüfungen der Haushalts- und Wirtschaftsführung von Krankenkassen deren Werbemaßnahmen untersucht. Dabei hat er festgestellt:

3.1 Marken- und Imagewerbung

Die Krankenkassen nutzen die allgemeine Werbung vornehmlich dafür, sich als Marke zu etablieren und das Image dieser Marke zu steigern.

¹³ Konto erst im Jahr 2011 eingefügt durch Erlass des BMG vom 13. Juli 2011.

- Mehrere Krankenkassen beauftragten externe Unternehmen, um sich als Marke einzuführen und aufzubauen oder neu zu positionieren. Eine Krankenkasse zahlte dafür jährlich 300 000 Euro. Die empfohlenen und realisierten Markenauftritte und Kampagnen kosteten jährlich 8,5 Mio. Euro.
- Die Rundfunk- und Fernsehspots einiger Krankenkassen waren mit Aufwendungen von mehreren zehntausend bis mehreren Millionen Euro verbunden.

Eine Vielzahl von Krankenkassen ist insbesondere im Sportbereich mit Werbung vertreten. Häufig werden dabei professionell betriebene oder auch risikoreiche, u. U. gesundheitsgefährdende Sportarten gefördert.

- Eine Krankenkasse schloss für rund eine halbe Million Euro mit einem professionellen Sportverein einen Vertrag über Bandenwerbung in einem Sportstadion ab. Der Vertrag sollte helfen, den neuen Namen der Krankenkasse bundesweit bekannt zu machen. Die Bandenwerbung bestand nur aus diesem Namen sowie dem Wort „Krankenkasse“. Mithilfe eines Meinungsforschungsinstituts ermittelte die Krankenkasse, dass der Bekanntheitsgrad der Krankenkasse innerhalb von vier Jahren um zwei Prozentpunkte gestiegen war.
- Eine Krankenkasse zahlte im Wesentlichen für Bandenwerbung in einem Sportstadion jährlich eine Million Euro. Auch hier ging es um einen professionellen Sport betreibenden Verein. Dabei sollte der Name der Krankenkasse auf einer rotierenden Werbebände im Stadion für garantiert sieben Minuten je Heimspiel im auch im Fernsehen sichtbaren Bereich eingeblendet werden. Die Krankenkasse erhebt seit Jahren einen überdurchschnittlich hohen Zusatzbeitrag.
- Eine Krankenkasse schloss mehr als fünfzig Verträge mit Sportvereinen und Veranstaltern von Sportereignissen in ihrem Verbreitungsgebiet ab. Diese Verträge hatten insgesamt ein finanzielles Volumen von mehr als zwei Millionen Euro. In der Regel stellte die Krankenkasse nur ihren Namen heraus und informierte nicht über ihre Leistungen. Nach ihren Angaben bezweckte sie mit der Werbung den Erhalt ihres hohen Bekanntheitsgrades.
- Eine Krankenkasse warb intensiv im Wintersport und insbesondere im Skispringen.

Krankenkassen beteiligten sich auch an Messen, um sich dort zu präsentieren, oder führten selbst Veranstaltungen durch.

- Eine Krankenkasse beschaffte hierfür eine „Fotobox“ für mehr als 20 000 Euro. Diese nutzte sie bei Messen oder Großveranstaltungen, um Leute anzusprechen („Möchten Sie ein lustiges Foto von sich?“) und damit auf die Krankenkasse aufmerksam zu machen. Sie evaluierte nicht, ob und welche Ziele sie mit dieser Anschaffung erreicht hatte. Auch ob sie damit neue Mitglieder gewinnen konnte, blieb ungeklärt.
- Eine Krankenkasse präsentierte sich auf Messen und Ausstellungen mit eigenen Ständen. Dadurch entstanden ihr Aufwendungen in Höhe einer sechsstelligen Summe pro Jahr. Darüber hinaus unterstützte sie mit fast 20 000 Euro eine „Miss und Mister“-Wahl. Die Wirkung ihrer Präsentationen evaluierte sie nicht.
- Eine Krankenkasse veranstaltete jährlich ein Fest, zu dem sie Vertreter aus Wirtschaft, Medien und Politik einlud. Es nahmen jeweils bis zu 700 Personen daran teil. Sie mietete dazu eine Lokalität und ließ das Fest von einem externen Dienstleister durchführen. Die Kosten dafür betrugen 200 000 Euro, die die Krankenkasse als Werbung verbuchte. Nach Angaben der Krankenkasse dienten die Feste dem Aufbau und der Pflege von Netzwerken zwischen der Krankenkasse und den geladenen Gästen.

Marken- und Imagewerbung war zudem mit internem Aufwand für die Krankenkassen verbunden. So schulte eine Krankenkasse ihre Beschäftigten speziell zum Thema „Marke“.¹⁴ Schwerpunkte der Schulung waren die Grundlagen und Erfolgsgeheimnisse einer Marke und die emotionale Darstellung der Markenpositionierung.

3.2 Sponsoring und Spenden

Viele Krankenkassen bildeten in den letzten Jahren mittels Sponsoring und Spenden, wiederum häufig im Sportbereich, lokale Kooperationen. Neben der Kinder- und Jugendarbeit im Breitensport sponserten sie vor allem den Leistungssport. Sie zahlten dafür Beträge zwischen 400 und 150 000 Euro pro Jahr oder Saison an die Partner.

¹⁴ Die dafür zulasten der Werbungsmaßnahmen verbuchten Aufwendungen betrugen 20 000 Euro.

Im Gegenzug verpflichteten sich die Sponsoringpartner, das Logo der Krankenkasse zum Beispiel auf Sportkleidung, Flyern oder Programmheften anzubringen.

Als weitere Gegenleistung erhielten manche Krankenkassen VIP- und Dauerkarten für Heimspiele geförderter Mannschaften, in einem Fall im Wert von insgesamt 175 000 Euro. Eine Mitarbeiterin dieser Krankenkasse koordinierte die Verteilung der VIP-Tickets und wendete hierfür einen Großteil ihrer Arbeitszeit auf.

Zu der Verwendung der Karten erklärten die Krankenkassen, diese zum Aufbau von „Netzwerken“ genutzt zu haben, konnten aber die Verwendung nur teilweise belegen. So gingen Beschäftigte einer Krankenkasse wiederholt zum Beispiel mit Vertretern einer Bank, Rechtsanwälten oder Steuerberatern zu Spielen. Bisweilen trugen die Beschäftigten der Krankenkassen und der Netzwerkpartner den gleichen Nachnamen. Beschäftigte der Krankenkasse nutzten mitunter selbst mehrere Karten für ein Spiel.

In mehreren Fällen zahlten Krankenkassen einen Geldbetrag ohne Gegenleistung (Spende). Die Spenden beliefen sich meistens auf Beträge zwischen 500 und 1 000 Euro. Wir stellten folgende Einzelfälle fest:

- Höhere Spenden („Prämien“), bis zu 8 000 Euro, zahlte eine Krankenkasse mehreren Sportlern, die erfolgreich an einer Europameisterschaft teilgenommen hatten. Die Krankenkasse erklärte, mit dem sportlichen Erfolg sei eine höhere Bekannt- und Beliebtheit des Sportlers verbunden. Dies übertrage sich auch auf die Krankenkasse, weil der Sportler für sie werbe oder Öffentlichkeitsarbeit leiste.
- Eine Krankenkasse zahlte Sportlerinnen monatlich Beträge bis zu 800 Euro. Die Namen der Empfängerinnen und die Höhe der Beträge setzte die Krankenkasse auf Vorschlag des Sportvereins fest. Eine vertragliche Regelung über die Zahlungen oder etwaige Gegenleistungen der Sportlerinnen, wie beispielsweise Auftritte mit der Krankenkasse oder Präsentation des Logos oder Namens der Krankenkasse, gab es nicht.

4 Werbung um Versicherte

4.1 Aktivitäten der Krankenkassen

Maßstab für ein wettbewerbskonformes Verhalten der Krankenkassen bei der Mitglieder(rück)gewinnung ist eine zutreffende und einflussfreie Information

über Kündigungsrechte. So dürfen Krankenkassen Mitgliedern, die von ihrem Sonderkündigungsrecht Gebrauch machen wollen, keine Geldprämie für den Fall anbieten, dass sie von einem Krankenkassenwechsel Abstand nehmen. Solche „Halteprämien“ sind unzulässig.¹⁵

Mehrere Krankenkassen boten wechselwilligen Mitgliedern bzw. Versicherten Geld- oder Sachprämien unter der Bedingung an, dass sie die Kündigung zurücknahmen und in der Krankenkasse verblieben. Einige lobten Halteprämien in Höhe von 100 Euro aus. Andere verbanden solche Prämien mit Bonusprogrammen oder Wahlтарifen, obwohl die Mitglieder bis zu diesem Zeitpunkt in keinem Programm oder Wahlтариф eingeschrieben waren und oftmals nicht die Voraussetzungen für eine Prämie erfüllten. Diese Form der Halteprämien belief sich auf Geldbeträge zwischen 100 und 300 Euro oder erfolgte als Sachprämie. Eine Krankenkasse unterbreitete wechselwilligen Mitgliedern das Angebot, bei einer Rücknahme der Kündigung an einer Marktforschungsstudie teilnehmen zu können und dafür 110 Euro zu erhalten. Diese Krankenkasse bot wechselwilligen Mitgliedern bei einem Verbleib in der Krankenkasse auch an, die Beitragsdifferenz zur neuen Krankenkasse zu übernehmen.

Krankenkassen versuchten auch über eine Kontaktaufnahme mit wechselwilligen Mitgliedern, den Verbleib sicherzustellen. So versandte eine Krankenkasse Kündigungsbestätigungen erst nach mehr als zwei Wochen. Damit überschritt sie die gesetzlich vorgeschriebene Frist, in der die Krankenkasse eine Kündigungsbestätigung zu erstellen hat. In der Folge, und von der Krankenkasse beabsichtigt, kontaktierten die Mitglieder in der Regel die Krankenkasse, um nach dem Verbleib der Kündigungsbestätigung zu fragen. Diesen Umstand nutzte die Krankenkasse, um auf die Mitglieder mit dem Ziel des Verbleibs in der Krankenkasse einzuwirken. So umging sie das von vielen Kündigenden mitgeteilte Verbot einer telefonischen Kontaktaufnahme von Seiten der Krankenkasse zur Rückgewinnung des Mitglieds.

Eine weitere Krankenkasse nahm bei Kündigungen ihrer Mitglieder telefonischen Kontakt mit ihnen auf. Dies beschränkte sie auf die Mitglieder, die in der Vergangenheit wenig Kosten für die Krankenkasse verursacht hatten. Sie versuchte, diese Mitglieder zur Rücknahme ihrer Kündigung zu bewegen. Sie verzichtete auf telefonische Rückgewinnungsversuche, wenn die Mitglieder in der

¹⁵ Nr. 31, Gemeinsame Wettbewerbsgrundsätze der Aufsichtsbehörden der gesetzlichen Krankenversicherung, i. d. F. vom 11. November 2015.

Vergangenheit „teuer“ waren. Dies betraf Mitglieder, die z. B. bereits mehrfach Krankengeld bezogen, Rehabilitationsmaßnahmen in Anspruch genommen oder bei freiwilliger Mitgliedschaft mit ihren Beiträgen in Rückstand geraten waren.

4.2 Aktivitäten Dritter

Krankenkassen können zur Gewinnung von Mitgliedern gewerblich tätige Dritte hinzuziehen oder beauftragen. In vielen Fällen handelt es sich dabei um Finanzdienstleister oder Versicherungsmakler. Bei erfolgreicher Vermittlung kann die Krankenkasse den Dritten eine Aufwandsentschädigung zahlen. In der Regel vereinbaren die Krankenkassen mit den Dritten die Modalitäten der Zusammenarbeit einschließlich der Höhe der Provision. Da die Dritten nur bei erfolgreicher Akquisition Geld von den Krankenkassen erhalten, sind sie an hohen Vermittlungszahlen interessiert. Sie streben häufig an, den Mitgliedern über die Krankenkassenmitgliedschaft hinaus noch weitere Produkte, insbesondere auch private Versicherungen, zu verkaufen. Wir stellten folgende Fallgestaltungen fest:

- In einem Fall nahm ein Dritter telefonisch Kontakt zu Personen im Namen einer Krankenkasse auf. Interessierten Personen wurde dann die Zusendung von Informationsmaterial der Krankenkasse angekündigt. Die Interessenten erhielten jedoch ein Kündigungsschreiben für die bisherige Krankenkasse. Sie sollten dann eine Unterschrift leisten, wobei sie davon ausgingen, dass sie mit der Unterschrift den Erhalt des Informationsmaterials bestätigten. Tatsächlich unterschrieben sie die Kündigung ihrer Krankenkassenmitgliedschaft.
- In einem anderen Fall fälschte ein Dritter Unterschriften jeweils für eine neue Mitgliedschaft in einer Krankenkasse, um damit die Aufwandsentschädigung von der Krankenkasse zu erhalten.
- In einem weiteren Fall betreute der Dritte vor allem ausländische Personen mit schlechten Deutschkenntnissen. Mit dem Versprechen, deren Versicherungs- und Finanzsituation zu „optimieren“, ließ sich der Dritte mit Unterschrift beauftragen. Die Unterschriften nutzte er, die Mitgliedschaft dieser Personen bei der Krankenkasse zu kündigen, ohne dass den Personen das bewusst war. Zugleich begründete der Dritte eine Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse und erhielt dafür die Aufwandsentschädigung. Die betroffenen Personen erfuhren erst durch die Kündigungsbestätigung der

früheren Krankenkasse von der Kündigung. Ein Großteil nahm danach die Kündigung zurück und verblieb bei der Krankenkasse.

Die Krankenkassen nutzten neben Finanzdienstleistern und Versicherungsmaklern auch Arbeitgeber, um Mitglieder zu gewinnen. Sie nutzten ferner Personen, die eine zentrale Stellung in einem Unternehmen oder im Umfeld von potentiellen Mitgliedern innehatten – sogenannte Vertrauenspersonen (z. B. Personalsachbearbeiter, Betriebsräte, Steuerberater, Vereinsvorsitzende, Kirchenvorstände, Klassenlehrer, Sportgruppenleiter) – oder Angehörige der zu umwerbenden Zielgruppen (z. B. Studierende, Abiturienten). Dritten, die ein Gewerbe angemeldet hatten, aber keine Finanzdienstleister oder Versicherungsmakler waren, zahlten die Krankenkassen teilweise den gleichen Betrag wie Finanzdienstleistern oder Versicherungsmaklern.

- Beispielsweise zahlte eine Krankenkasse einem Autohaus – als sogenannte Vertrauensperson – für den Krankenkassenwechsel von 20 Beschäftigten eine Aufwandsentschädigung von insgesamt 640 Euro.
- Eine Krankenkasse zahlte einem Arbeitgeber für aus dem Ausland – befristet – angeworbene Arbeitnehmer für die Begründung der Mitgliedschaft bei der Krankenkasse 20 Euro je Neumitglied. Der Arbeitgeber meldete die Mitglieder, die in der Regel keine Deutschkenntnisse hatten, eigenständig an.
- Eine Krankenkasse zahlte an Vertrauenspersonen unabhängig von einem Werbeerfolg eine monatliche Pauschale, um die Vertrauenspersonen zur Vermittlung von Mitgliedern für diese Krankenkasse zu motivieren.

5 Vorläufige Würdigung

In der festgestellten Ausrichtung auf Imagepflege und Mitgliederwerbung entspricht der Wettbewerb nicht mehr der Intention des Gesetzgebers. Danach sollte ein Konkurrenzverhältnis unter den Krankenkassen vornehmlich zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung dienen.

Der Wettbewerb der Krankenkassen untereinander hat sich dagegen im Verlauf der Zeit vornehmlich zu einem Wettbewerb um Versicherte entwickelt. Eine gute Position im Wettbewerb manifestiert sich vor allem an der Zahl der Versicherten und der damit verbundenen Marktmacht sowie an guten Risiken, also an positiven Deckungsbeiträgen (Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds im Verhältnis zu Ausgaben).

Krankenkassen agieren dabei vielfach wie Unternehmen, die in aufwendigen Werbekampagnen Marken- und Imagewerbung betreiben. Dabei geht es vor allem darum, den Namen der Krankenkasse bekannt zu machen oder bekannt zu halten. Inhaltliche Botschaften wie Satzungsleistungen, Bonusprogramme oder strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten werden nicht transportiert. Der Wettbewerb hat sich verschoben von einer Information über unterschiedliche Leistungen hin zu einer bloßen Werbekampagne, die möglichst viele Versicherte erreichen soll.

Dies führt dazu, dass die Krankenkassen für allgemeine Werbemaßnahmen immer mehr Geld aufwenden – für das Jahr 2018 fast 189 Millionen Euro. Dieses Geld steht für gesundheitliche Leistungen nicht zur Verfügung. Dazu kommen weitere hohe materielle und personelle Aufwände, die nicht separat durch die Krankenkassen ausgewiesen werden. Gleichzeitig nehmen die Ausgaben für allgemeine Aufklärungsmaßnahmen der Krankenkassen ab. Damit entfernt sich das Handeln der Krankenkassen immer weiter vom angestrebten Zustand.

Demgegenüber prüfen die Aufsichtsbehörden der Krankenkassen nur formal, ob die Krankenkassen das von den Aufsichten eingeräumte Jahresbudget nicht überschreiten. Die unterschiedliche Entwicklung der einzelnen Werbebereiche wird damit nicht problematisiert, obwohl dies erforderlich wäre.

Der Bundesrechnungshof hält die von Sachinformationen losgelöste Werbung der Krankenkassen für bedenklich. Durch reine Marken- und Imagewerbung lässt sich das Ziel des Gesetzgebers, die gesundheitliche Versorgung weiter zu verbessern und effizienter zu erbringen, nicht erreichen. Dadurch dient diese Werbeform nach Auffassung des Bundesrechnungshofes weder der Aufgabenerfüllung noch ist sie wirtschaftlich. Der Mitgliederwechsel innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung ist zudem, gemessen am gesamten Versichertenbestand, gering, sodass die zu diesem Zweck aufgewendeten Versicherten-gelder auch in dieser Hinsicht nicht effizient eingesetzt werden.

So nutzen Krankenkassen große Sportvereine oder -veranstaltungen als Werbeträger, häufig mit Banden- oder Trikotwerbung. Dabei beschränkt sich die Werbung weitgehend auf den Namen der Krankenkasse. Während eines Fußballspiels ist sie für die Zuschauer im Stadion in der Regel aber nur im einstelligen Minutenbereich sichtbar. Bei den meisten Fernsehzuschauern, die lediglich Zusammenfassungen der Spiele im öffentlich-rechtlichen Fernsehen ansehen, kommt die Werbung sogar nur im Sekundenbereich an. Soweit

Krankenkassen überhaupt die Werbewirkung untersuchen ließen, führte die Werbung nur zu einer marginalen Steigerung der Bekanntheit des Namens der Krankenkasse. Dabei ließen sich Krankenkassen diese Werbung bis zu einer Million Euro im Jahr kosten. Aufwand und Wirkung stehen somit in einem ungünstigen Verhältnis.

Die Krankenkassen haben im Gegensatz zu Gesellschaften des privaten Rechts wegen der gesetzlichen Versicherungspflicht der meisten in Deutschland lebenden Personen eine gesicherte Marktposition.

Darüber hinaus überschritten Krankenkassen ihren Aufgabenbereich, indem sie ohne konkrete Gegenleistungen Sportlerinnen und Sportler sowie Sportveranstaltungen unterstützten. Dies kommt einem Sponsoring bzw. einer Spende gleich. Spenden sind Krankenkassen nicht erlaubt. Sie sind keine Aufgabe im Sinne des § 30 SGB IV. Zudem ermittelten die Krankenkassen auch in diesen Fällen nicht, welche Wirkung sie durch das Sponsoring oder die Spenden erzielten. Daher sind solche Ausgaben in jedem Fall unwirtschaftlich.

Verträge mit Sportvereinen oder -veranstaltungen mit Leistung der Vereine in Form von VIP-Tickets für Veranstaltungen vertragen sich nicht mit dem Aufgabenbereich der Krankenkassen. Die Ausgaben der Krankenkassen werden aus allgemeinen Beitragsgeldern finanziert, die Tickets stehen aber in der Regel nur einem kleinen und exklusiven Empfängerkreis zur Verfügung. Es entsteht dadurch der Eindruck, dass Krankenkassen die Empfänger von VIP-Karten, insbesondere bei im Gesundheitsbereich tätigen Personen, unzulässig beeinflussen könnten. Ebenso wenig angebracht ist es, wenn eigene Beschäftigte der Krankenkassen dadurch Vergünstigungen erhalten. Solche Eindrücke sollte eine Krankenkasse als Körperschaft des öffentlichen Rechts unbedingt vermeiden.

Auch die finanzielle Förderung von Festen oder Veranstaltungen, die dem Aufbau und der Pflege von „Netzwerken“ dienen, ist keine Aufgabe von Krankenkassen. Da diesem Aufwand kein materieller Wert oder ein belegbarer Nutzen für die Krankenkasse gegenübersteht, verstoßen sie damit gegen den Grundsatz der Wirtschaftlichkeit nach § 69 SGB IV.

Eine besondere Art der Werbung um Mitglieder ist der Versuch der Krankenkassen, Mitglieder bei Kündigungen zum Verbleib in der Krankenkasse zu bewegen. Mit der Zahlung von Prämien für eine Rücknahme der Kündigung begehen die Krankenkassen einen eindeutigen Wettbewerbsverstoß.

Krankenkassen müssen die Versicherten zutreffend und einflussfrei über ihre Kündigungs- und Wahlrechte informieren. Nur so kann der Versicherte sein Wahlrecht ausüben. Dies ist bei der Auslobung sogenannter „Halteprämien“ im Zusammenhang mit Kündigungen nicht mehr gegeben. Auch mit der Zahlung von Prämien, die nach der Rücknahme einer Kündigung im Rahmen von Bonusprogrammen oder als Belohnung für die Teilnahme an Umfragen zugesagt werden, verstoßen die Krankenkassen gegen den Grundsatz der freien Ausübung des Wahlrechts und verhalten sich rechtswidrig.

Ein noch schwerwiegenderer Verstoß ist es, wenn Krankenkassen versuchen, gezielt Mitglieder bzw. Versicherte auszuwählen. Dies tun sie, wenn sie bei Kündigungen von Versicherten nur aus ihrer Sicht „kostengünstige“ Versicherte kontaktieren und zum Verbleib in der Krankenkasse zu überreden versuchen. Im Gegensatz zu den Versicherten, die ein Wahlrecht bei der Auswahl der Krankenkassen haben, hat der Gesetzgeber ein solches Wahlrecht für Krankenkassen nicht gewollt. Mit ihrem Verhalten verstoßen die Krankenkassen gegen die Ziele des Gesundheitsstrukturgesetzes.

Für bedenklich hält der Bundesrechnungshof auch die Praxis der Krankenkassen sich gegen Aufwandsentschädigung Dritter zu bedienen, um im Wettbewerb neue Versicherte zu akquirieren. Denn die Dritten sind weniger daran interessiert, objektiv über Leistungen und Qualität einer Krankenkasse zu informieren als möglichst hohe Aufwandsentschädigungen für neue Mitglieder einzunehmen. Bei der Vermittlung von Mitgliedschaften wendeten manche dieser Dritten auch rechtswidrige Praktiken bis hin zu Straftaten (Betrug/Fälschung von Unterschriften) an. Auch die Praxis, über Arbeitgeber oder sogenannte Vertrauenspersonen Mitglieder anzuwerben, erscheint zumindest, wenn es sich um geschäftlich unerfahrene oder in den sprachlichen Verständigungsmöglichkeiten eingeschränkte Personen handelt, für öffentlich-rechtliche Körperschaften nicht akzeptabel. Solche Praktiken können auch die Akzeptanz und das Ansehen der gesetzlichen Krankenversicherung beschädigen. Die Krankenkassen sollten bei dem Einsatz von Dritten daher äußerst vorsichtig sein und sicherstellen, dass keine unlauteren Methoden eingesetzt werden. Sie müssen sich bewusst sein, dass das Verhalten dieser Dritten ihnen zugerechnet wird.

6 Vorläufige Empfehlung

Der Bundesrechnungshof empfahl in seinem Berichtsentwurf nach § 88 Absatz 2 BHO vom 16. Januar 2019, die Regelungen für den Wettbewerb zu überarbeiten und konkretere Vorgaben zu formulieren. Es sei nach seinen Feststellungen nicht ausreichend, nur eine monatliche Bezugsgrenze je Mitglied als absolute Grenze für die Höhe des Werbebudgets festzulegen. Insbesondere das starke Anwachsen der Ausgaben für Marken- und Imagewerbung müsste dringend zurückgeführt werden, um den ursprünglichen Intentionen des Gesetzgebers gerecht zu werden. Auch die Anwerbung neuer Mitglieder müsste stärker reglementiert werden, um die Anwendung unlauterer Methoden nach Möglichkeit auszuschließen.

7 Stellungnahme des Bundesministeriums für Gesundheit

Das BMG hat in seiner Stellungnahme vom 16. April 2019 mitgeteilt, es teile die Auffassung des Bundesrechnungshofes. Ziel des Wettbewerbs unter Krankenkassen sei es, die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung zu verbessern. Für einen funktionalen Wettbewerb sei ein klarer, einheitlich angewandter ordnungspolitischer Rahmen erforderlich. Krankenkassen dürften für sich und ihre Leistungen werben, jedoch müsse stets die sachbezogene Information im Vordergrund stehen. Es dürften keine unlauteren Mittel eingesetzt werden.

Vor diesem Hintergrund halte das BMG es für angezeigt, die Wettbewerbsregeln für Krankenkassen stärker als bis dato gesetzlich zu verankern. Deshalb werde mit dem „Entwurf eines Gesetzes für eine faire Kassenwahl in der gesetzlichen Krankenversicherung“ vorgeschlagen, wichtige Grundsätze für den Wettbewerb und für Werbemaßnahmen in einem neuen § 4a SGB V zu regeln.

Dazu gehörten ein Verbot jeglicher Risikoselektion, eine reine Marken- und Imagewerbung werde untersagt. Darüber hinaus sollten insbesondere die Verhaltensregeln des Gesetzes gegen den unlauteren Wettbewerb für Krankenkassen als Mindeststandard für verbindlich erklärt werden. Weiterhin werde eine Verordnungsermächtigung geschaffen, um Einzelheiten zur Zulässigkeit von Werbung festzulegen, etwa Höchstgrenzen für Werbeausgaben unter Einschluss von Aufwandsentschädigungen. Schließlich werde die Verantwortlichkeit der Krankenkassen bei der Beauftragung von Dritten klargestellt werden.

8 Abschließende Würdigung

Das BMG hat mit der Schaffung des § 4a SGB V im Entwurf des Gesetzes für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung die Beanstandungen des Bundesrechnungshofes aufgegriffen und dessen Empfehlungen umgesetzt. Danach dient der Wettbewerb der Krankenkassen dem Ziel, das Leistungsangebot und die Qualität der Leistungen zu verbessern. Maßnahmen zur Risikoselektion sind unzulässig. Bei Werbemaßnahmen der Krankenkassen muss die sachbezogene Information im Vordergrund stehen, reine Marken- und Imagewerbung zur ausschließlichen Steigerung des Bekanntheitsgrades einer Krankenkasse ohne jegliche Information über Versorgungs- oder Serviceleistungen sind unzulässig. Das BMG erhält die Ermächtigung, mit einer Verordnung Details zur Zulässigkeit von Werbemaßnahmen der Krankenkassen zu regeln, insbesondere zu Inhalt und Art der Werbung, Höchstgrenzen für Werbeausgaben für externe Dienstleister und die Vergütung von Mitarbeitern und Arbeitsgemeinschaften, die zu Werbezwecken beauftragt werden. Das BMG kann die Ermächtigung zur Verordnung auf das Bundesamt für Soziale Sicherung übertragen. Weiterhin ist in § 4a SGB V nunmehr festgelegt, dass Krankenkassen, die Dritte zu Zwecken des Wettbewerbs und insbesondere der Werbung beauftragen, sicherzustellen haben, dass diese die für Krankenkassen geltenden Vorschriften zum Wettbewerb und zur Werbung einhalten. Der Deutsche Bundestag hat das Gesetz am 13. Februar 2020 verabschiedet. Es ist am 1. April 2020 in Kraft getreten.

Der Bundesrechnungshof hält die im neuen Paragraphen gebündelten Regelungen zum Wettbewerb der Krankenkassen untereinander sowie die Ermächtigung zu einer Verordnung, mit der die bisher von den Aufsichtsbehörden geschaffenen Gemeinsamen Wettbewerbsgrundsätze eine stärkere rechtliche Stellung bekommen, für eine angemessene Regulierung des Wettbewerbs der Krankenkassen untereinander. Dies gilt insbesondere für Werbemaßnahmen und die Beauftragung von Dritten bei der Gewinnung von neuen Mitgliedern. Die neuen Regelungen stärken damit die mit dem Gesundheitsstrukturgesetz im Jahr 1992 beabsichtigte wettbewerbsorientierte Rahmenordnung der gesetzlichen Krankenversicherung.

Dr. Weber

Beglaubigt

Angestellte



Wyrwoll