

Auszug aus Hauptgutachten XVIII (2008/2009)

Kapitel VI

Perspektiven für mehr Wettbewerb und Effizienz in der gesetzlichen Krankenversicherung

1. Einführung
 2. Das Solidarprinzip in der gesetzlichen Krankenversicherung
 3. Wettbewerbsfelder im deutschen Gesundheitswesen
 4. Die Leistungsseite der gesetzlichen Krankenversicherung im Bereich der ärztlichen Versorgung
 5. Die Preisseite der gesetzlichen Krankenversicherung
 6. Zulässigkeit von Wettbewerbsbeschränkungen durch die gesetzlichen Krankenkassen
 7. Das Konzept der Monopolkommission für eine solidarische Wettbewerbsordnung auf dem Krankenversicherungsmarkt
-

Inhaltsverzeichnis

Kapitel VI: Perspektiven für mehr Wettbewerb und Effizienz in der gesetzlichen Krankenversicherung	359
1. Einführung	359
1.1 Finanzierungsprobleme im deutschen Gesundheitswesen	359
1.2 Systemvergleiche und Unwirtschaftlichkeit	360
1.3 Nachhaltigkeitsproblematik bei der Finanzierung der Gesundheitsleistungen	362
2. Das Solidarprinzip in der gesetzlichen Krankenversicherung	364
3. Wettbewerbsfelder im deutschen Gesundheitswesen	365
3.1 Akteure und Märkte	365
3.2 Das Verhältnis zwischen Wettbewerb und Regulierung	366
4. Die Leistungsseite der gesetzlichen Krankenversicherung im Bereich der ärztlichen Versorgung	366
4.1 Ökonomische Anforderungen an die Steuerung des Leistungsangebots	367
4.1.1 Das Steuerungsproblem in der Versorgung	367
4.1.2 Mögliche Effizienzprobleme durch angebotsinduzierte Nachfrage	368
4.1.3 Effizienzeffekte von Vergütungsmechanismen	368
4.2 Normative Anforderungen an die Steuerung des Leistungsangebots	369
4.2.1 Vorgabe des einheitlichen Leistungskatalogs	369
4.2.2 Beitragssatzstabilität	369
4.3 Steuerung durch kollektive Versorgungsverträge	370
4.3.1 Kollektive Vertragsbeziehungen in der gesetzlichen Krankenversicherung	370
4.3.2 Kollektivvertragliches Vergütungssystem im ambulanten Sektor	370
4.3.2.1 Früheres System der Budgetierung	370
4.3.2.2 Morbiditätsorientierte Gesamtvergütung seit 2009	370
4.3.2.3 Honorarverteilungsregeln und Regelleistungsvolumen	372
4.3.2.4 Anreiz- und Effizienzwirkungen des neuen Vergütungssystems	372
4.3.2.5 Durch die institutionelle Ausgestaltung des Abrechnungssystems bedingte Informationsdefizite	374
4.3.3 Kollektivvertragliches Vergütungssystem im stationären Sektor	375
4.3.4 Geringe Kooperationsanreize im kollektivvertraglichen Bereich	375
4.4 Steuerung durch selektive Versorgungsverträge	376
4.4.1 Mehr Wettbewerb durch selektivvertragliches Kontrahieren	376
4.4.2 Selektivvertragliche Leistungsbereiche nach Sozialgesetzbuch V	377
4.4.3 Integrationsvertrag als Archetyp des Selektivvertrags	378
4.4.4 Dualität von Kollektiv- und Selektivverträgen in der ärztlichen Versorgung durch Wahltarife	379
4.4.5 Budgetbereinigung als zentrale Wettbewerbshürde	380
4.4.5.1 Problem der Budgetbereinigung	381
4.4.5.2 Optionen für die Budgetbereinigung	381
4.4.5.3 Problematik bestehender Bereinigungsregeln	382
4.4.6 Bestandsaufnahme des Selektivvertrags am Beispiel der integrierten Versorgung	383

5. Die Preisseite der gesetzlichen Krankenversicherung.....	387
5.1 Preiswettbewerb auf dem Versicherungsmarkt.....	387
5.1.1 Preiswettbewerb zwischen 1996 und 2008.....	387
5.1.2 Beitragsatzvereinheitlichung durch den Gesundheitsfonds und Preiswettbewerb durch Zusatzbeiträge.....	387
5.1.3 Beitragsdifferenzierung durch Wahltarife.....	388
5.2 Risikostrukturausgleich.....	389
5.2.1 Relevanz eines Ausgleichsmechanismus.....	389
5.2.2 Anwendung im deutschen Gesundheitssystem.....	390
5.3 Preispolitische Diskussionsfelder.....	391
5.3.1 Preiswettbewerb versus Qualitätswettbewerb.....	391
5.3.2 Einkommensunabhängige Pauschalbeiträge.....	392
6. Zulässigkeit von Wettbewerbsbeschränkungen durch die gesetzlichen Krankenkassen.....	394
6.1 Erfordernis einer kartellrechtlichen Kontrolle der gesetzlichen Krankenkassen.....	394
6.2 Hindernisse beim Schutz vor Wettbewerbsbeschränkungen.....	395
6.2.1 Einschränkung aufgrund der Auslegung des Unternehmensbegriffs im deutschen und europäischen Kartellrecht.....	396
6.2.2 Einschränkung der Anwendbarkeit des deutschen Kartellrechts durch § 69 SGB V	397
6.2.3 Unklarheit über Zuständigkeit und Rechtsweg bei der Kartellrechtsanwendung.....	399
6.3 Rechtliche Hürden für wettbewerbles Handeln der Krankenkassen.....	400
7. Das Konzept der Monopolkommission für eine solidarische Wettbewerbsordnung auf dem Krankenversicherungsmarkt.....	400
7.1 Vertragswettbewerb auf dem Leistungsmarkt der GKV.....	401
7.2 Preis- und Tarifwettbewerb auf dem Versicherungsmarkt der gesetzlichen Krankenversicherung.....	403
7.3 Kartellrechtliche Kontrolle des Kassenwettbewerbs.....	404
7.4 Weitere Anpassungen zur Effizienzverbesserung.....	405

Kapitel VI

Perspektiven für mehr Wettbewerb und Effizienz in der gesetzlichen Krankenversicherung

1. Einführung

1034. Im Mittelpunkt der Diskussion um die Finanzierung des deutschen Gesundheitswesens steht die Organisation der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Die GKV ist Bestandteil des Sozialversicherungssystems und durch die Regelungen des Sozialgesetzbuchs V (SGB V) mit der Aufgabe betraut, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern. Sie stellt für einen Großteil der Arbeitnehmer die Pflichtversicherung dar. In der GKV waren 2007 insgesamt 70 Millionen Menschen in Deutschland versichert, was etwa 85 Prozent der deutschen Bevölkerung entspricht.¹ Etwa 30 Millionen Menschen waren zu diesem Zeitpunkt Pflichtmitglieder. Bei ihnen handelt es sich zu einem wesentlichen Teil um abhängig Beschäftigte, deren Einkommen unterhalb der Versicherungspflichtgrenze liegt.² Weitere 4,4 Millionen Mitglieder waren freiwillig versichert. Zusammen stellt diese Gruppe derzeit ungefähr die Hälfte der Versicherten. Darüber hinaus umfasst das Versichertenkollektiv der GKV insbesondere mitversicherte Familienangehörige und Rentner.

1035. Die Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung werden von den Krankenkassen wahrgenommen. 1996 hat der Gesetzgeber gemäß § 175 SGB V den Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung die Wahl einer Krankenkasse freigestellt. Seit diesem Zeitpunkt stehen die Kassen zueinander in einem Wettbewerbsverhältnis um Versicherte. Jenseits der freien Kassenwahl und einer eingeschränkten Zahl individueller Handlungsspielräume werden die Leistungsprozesse der GKV jedoch von kooperativen Planungs- und Koordinationsmechanismen dominiert, die an ein dichtes Netz normativer Vorgaben angelehnt sind. Durch eine Vielzahl neuer Gesundheitsreformen wurde in den vergangenen Jahrzehnten mehrmals eine Verfeinerung dieser bestehenden Steuerungsmechanismen vorgenommen. Die letzte umfassende Reformierung der die GKV betreffenden Sozialgesetzgebung erfolgte im Jahr 2007 durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz³. Zuletzt haben damit zunehmend wettbewerbliche Elemente Einzug in die GKV gefunden. Es verbleibt jedoch ein erheblicher Reformbe-

darf, um die Effizienzpotenziale im System der GKV konsequent zu nutzen.

1036. Nach Auffassung der Monopolkommission besteht auch vor dem Hintergrund des Solidarprinzips viel Potenzial für effizienzverbessernde Strukturreformen des GKV-Systems. Durch eine deutlich konsequentere Nutzung von Markt und Wettbewerb als alternative Steuerungsinstrumente lassen sich auch im Rahmen einer solidarischen Wettbewerbsordnung umfangreiche Effizienzverbesserungen erzielen. Die Monopolkommission wird dazu nachfolgend die bestehenden Probleme untersuchen und ein umfassendes Konzept vorstellen.

1.1 Finanzierungsprobleme im deutschen Gesundheitswesen

1037. Die Notwendigkeit, den Gesundheitssektor umfassend neu zu ordnen und dabei konsequenter auf eine solidarische Wettbewerbsordnung zu setzen, zeigt sich insbesondere an den Finanzierungsproblemen der gesetzlichen Krankenversicherung. Der stetige Reformdruck der vergangenen Jahrzehnte hatte seine Ursache vor allem in der Entwicklung des Verhältnisses von Beiträgen und Ausgaben, das eine ungünstige Dynamik aufweist. Mit Blick auf das Ziel der Beitragssatzstabilität des § 71 SGB V hat die Politik in der Vergangenheit mehrfach versucht, dem Problem der Ausgabensteigerungen mit umfangreichen Kostendämpfungsmaßnahmen zu begegnen. Dennoch wurden die Versicherten im gesetzlichen System stetig mit Steigerungen des Versicherungsbeitrags konfrontiert. Zwischen 1991 und 2008 erhöhte sich der durchschnittliche Beitragssatz der gesetzlichen Krankenversicherungen von 12,53 Prozent auf 14,6 Prozent des beitragspflichtigen Einkommens.⁴ Nach der einheitlichen Festlegung des einkommensabhängigen Beitragssatzes im Jahre 2009 beträgt dieser gegenwärtig 14,9 Prozent vom Bruttoeinkommen. Im Jahre 2010 haben verschiedene Kassen angekündigt, aufgrund der anhaltenden Finanzierungsprobleme einen kassenindividuellen Zusatzbeitrag von den Versicherten zu erheben.

1038. Mögliche Ursachen der Finanzierungsprobleme der gesetzlichen Krankenversicherung lassen sich nach Ansicht der Monopolkommission in zwei unterschiedliche Gruppen ordnen. Auf der einen Seite stehen mögliche Ineffizienzen, die in der heutigen Organisation des Krankenversicherungssystems zu beobachten sind. In diesem Zusammenhang wird häufig von einer „Über-, Unter- und

¹ Vgl. für diese und folgende Angaben Bundesministerium für Gesundheit, Daten des Gesundheitswesens 2009, 30. September 2009, Abschnitt 8.1.

² Die Höhe der Versicherungspflichtgrenze wird gemäß § 6 Absatz 6 SGB V durch die Bundesregierung in einer Rechtsverordnung festgelegt. 2010 beträgt die allgemeine Jahresversicherungspflichtgrenze 49 950 Euro.

³ Vgl. Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 26. März 2007, BGBl. I S. 378.

⁴ Vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Abteilung Bedarfsplanung, Bundesarztregister und Datenaustausch, Grunddaten 2008/2009 zur vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland, V Gesetzliche Krankenversicherung, Stand: 31. Dezember 2008, S. 78, <http://daris.kbv.de/daris/link.asp?ID=1003760173>

Fehlversorgung“ gesprochen, welche sich mittelbar auf Beiträge und Versorgungsqualität auswirkt. Diese Überlegungen betreffen die Prozesse, nach denen sämtliche Leistungen des deutschen Gesundheitswesens produziert und an die Patienten verteilt werden. Ursächlich für deren Effizienz sind die institutionellen Grundbedingungen, von denen Verhaltensanreize für alle Akteure im deutschen Gesundheitswesen ausgehen. Auf der anderen Seite ist die Entwicklung der Leistungsausgaben von langfristigen strukturellen Veränderungen, wie z. B. der demografischen Entwicklung und dem technischen Fortschritt in der medizinischen Versorgung, betroffen.

1.2 Systemvergleiche und Unwirtschaftlichkeit

1039. Sowohl Ineffizienzen in der Leistungserstellung als auch Mängel in der bedarfsgerechten Verteilung der Gesundheitsleistungen im deutschen Gesundheitssystem sind empirisch nur schwierig zu untersuchen und damit kaum eindeutig zu belegen. Um dennoch Anhaltspunkte über die Effizienz des Gesundheitssystems zu sammeln, wird häufig auf Systemvergleiche mit anderen Gesundheitssystemen auf der Basis von OECD-Daten zurückgegriffen.⁵ Weil diese Daten zum Teil unterschiedlich abgegrenzt und damit anders erfasst werden, sind die Indikatoren für Ländervergleiche nur unter großer Vorsicht zu interpretieren. Nach Auffassung der Monopolkommission ist es dennoch sinnvoll, einige wesentliche Ergebnisse dieser Statistiken zur Ausgabenentwicklung, zur Inanspruchnahme und zum Gesundheitszustand darzustellen.

1040. Eine wichtige Größe in der Diskussion um die Reformen im Gesundheitssektor ist die Entwicklung der Ausgaben für das deutsche Gesundheitssystem. Tabelle VI.1 gibt einen Überblick über die Ausgabenentwicklung der letzten Jahre. Zwischen 1998 und 2007 sind die jährlichen Gesamtausgaben von rund 201 Mrd. Euro auf fast 253 Mrd. Euro gestiegen. Dies entspricht einer durchschnittlichen Steigerung von 5,6 Mrd. Euro oder 2,6 Prozent pro Jahr. Die Gesundheitsausgaben in Deutschland stiegen zudem stärker als die Wirtschaftsleistung: Während im Jahr 1970 lediglich 6 Prozent des Bruttoinlandsprodukts für Gesundheitsleistungen aufgewendet wurden, stieg dieser Anteil auf 8,3 Prozent in 1990 und auf 10,4 Prozent in 2007. In den letzten zehn Jahren blieb allerdings die Entwicklung des Ausgabenanteils am Sozialprodukt weitgehend konstant, was möglicherweise auf Reformmaßnahmen zur Effizienzverbesserung oder zur Kostendämpfung zurückgeführt werden kann. Gemessen an den Gesundheitsausgaben in Relation zum Bruttoinlandsprodukt war das deutsche Gesundheitswesen unter den OECD-Ländern das viertteuerste: Rang 1 belegten im Jahr 2007 die USA mit einem Ausgabenanteil von

16 Prozent, gefolgt von Frankreich mit 11 Prozent und der Schweiz mit 10,8 Prozent. Die Steigerung der Gesundheitsausgaben lässt sich auch für viele andere OECD-Länder feststellen: Während diese im Jahr 2000 noch durchschnittlich 7,9 Prozent ihres Bruttoinlandsprodukts für das Gesundheitssystem ausgaben, lag die Quote in 2007 bereits bei 9,0 Prozent.⁶ Für internationale Vergleiche sind auch die Pro-Kopf-Ausgaben aufschlussreich. Hier lag Deutschland mit kaufkraftbereinigten 3 588 US-Dollar pro Kopf im Jahr 2007 auf Rang 10 unter den OECD-Ländern. Dieser Betrag entspricht einer Zunahme von 34,3 Prozent gegenüber dem Jahr 2000. Eine Sonderstellung bei den Pro-Kopf-Ausgaben nahmen erneut die USA mit 7 290 US-Dollar (+55 Prozent) ein, gefolgt von Norwegen mit 4 763 US-Dollar (+56,7 Prozent) und der Schweiz mit 4 417 US-Dollar (+37,3 Prozent). Der OECD-Durchschnitt im Jahr 2007 betrug 3 065 US-Dollar.

1041. Im Hinblick auf die OECD-Daten ist es zumindest technisch möglich, Ländervergleiche des Ressourceneinsatzes und der medizinischen Ergebnisse anzustellen, auch wenn diese mit den bereits genannten Problemen behaftet sind. Als Indikatoren für die Ergebnisqualität, kann z. B. auf die Angaben zur Lebenserwartung und Kindersterblichkeit zurückgegriffen werden. In Abbildung VI.1 wird ein solcher Vergleich für die OECD-Länder mit Bezug auf die Lebenserwartung dargestellt. Deutschland liegt mit einer Lebenserwartung von 80 Jahren eines im Jahr 2007 Neugeborenen leicht über dem OECD-Durchschnitt (79,1 Jahre). Die Kindersterblichkeit liegt mit 3,9 Todesfällen auf 1 000 Lebendgeburten rund ein Fünftel unter dem OECD-Durchschnitt (4,9 Todesfälle). Es ist festzustellen, dass die Bevölkerung zahlreicher Länder bei niedrigeren Pro-Kopf-Ausgaben höhere Lebenserwartungen aufweisen. Deutlich zeigt sich auch, dass die Kindersterblichkeit in vielen Ländern – bei ähnlichem oder niedrigerem Ressourceneinsatz – niedriger ist als in Deutschland.

1042. Hinweise ergeben sich auch aus der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. So zählte Deutschland im Durchschnitt 7,5 Arztbesuche pro Kopf im Jahr 2007, nach 7,3 Arztbesuchen in 2000 und 7,5 in 2005. Dieser Wert liegt 10,3 Prozent über dem OECD-Durchschnitt für 2007 (6,8 Arztbesuche). Am häufigsten konsultierten Patienten einen Arzt in Japan (13,6), in Tschechien (12,6) und der Slowakei (11,2), am seltensten in Schweden (2,8), in den USA (3,8) und der Schweiz (4). Die Anzahl der sog. Akutbetten in deutschen Krankenhäusern ist im Zeitraum von 2000 und 2007 von 6,4 auf 5,7 Betten pro 1 000 Einwohner (-10,9 Prozent) gesunken. Diese Zahl liegt dennoch 50 Prozent über dem OECD-Durchschnitt für 2007 (3,8). Die wenigsten Akutbetten pro 1 000 Ein-

⁵ Basis ist die Datenbank „Health Data“ der OECD, die zahlreiche Indikatoren hinsichtlich Finanzierung und Ausgaben, Ressourcen und Inanspruchnahme, Medikamenten, Gesundheitszustand sowie der demografischen und wirtschaftlichen Entwicklung für die 30 Mitgliedsländer enthält. Vgl. OECD Health Data 2009, Statistiken und Indikatoren für 30 Länder, Stand: November 2009.

⁶ Bei diesem Vergleich ist zu beachten, dass es sich um einen Quotienten handelt. Wenn die Gesundheitsausgaben im betreffenden Jahr steigen, das Bruttoinlandsprodukt aber stagniert oder sinkt, wird der Prozentanteil größer – und umgekehrt. Wegen der aktuellen Wirtschaftskrise mit geringerem Wirtschaftswachstum oder auch Abnahme des Bruttoinlandsprodukts und unterschiedlichen Ausgabenentwicklungen können sich für die Jahre 2008 und 2009 größere Änderungen auch in den Rangfolgen ergeben.

Tabelle VI.1

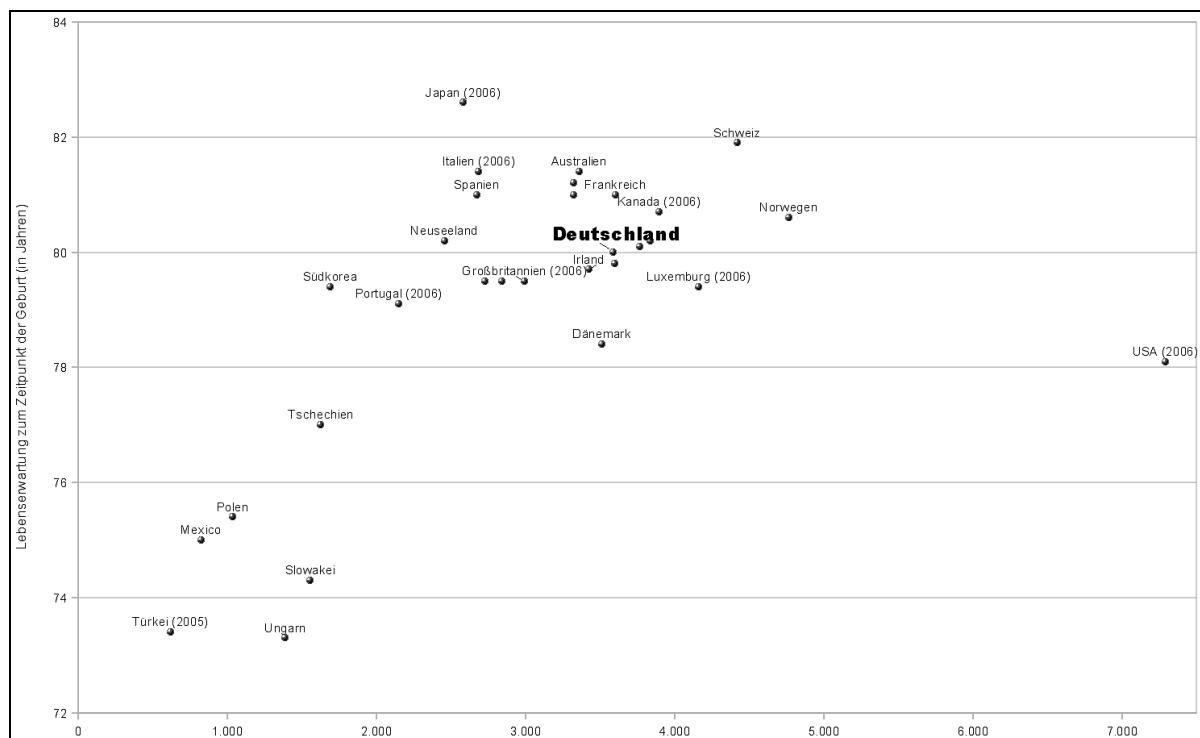
**Gesundheitsausgaben in Deutschland
1998 bis 2007**

Jahr	Gesamtausgaben (Mio. Euro)	Zunahme (Mio. Euro)	Zunahme (%)	Anteil der Gesamt- ausgaben am Bruttoinlands- produkt (%)
1998	201.180	5.261	2,7	10,2
1999	207.305	6.125	3,0	10,3
2000	212.435	5.130	2,5	10,3
2001	220.704	8.269	3,9	10,4
2002	228.095	7.391	3,3	10,6
2003	233.778	5.683	2,5	10,8
2004	233.543	-235	-0,1	10,6
2005	239.361	5.818	2,5	10,7
2006	244.917	5.556	2,3	10,5
2007	252.751	7.834	3,2	10,4
Durchschnitt		5.683	2,6	

Quelle: OECD Health Data 2009, Statistiken und Indikatoren für 30 Länder, Stand: November 2009.

Abbildung VI.1

**Beziehung zwischen Gesundheitsausgaben und Lebenserwartung
in OECD-Ländern¹**



¹ Soweit nicht anders angegeben, beziehen sich die Daten auf das Jahr 2007. Um die Lesbarkeit der Abbildung zu erhalten, wurden einzelne Beschriftungen entfernt.

Quelle: OECD Health Data 2009, Statistiken und Indikatoren für 30 Länder, Stand: November 2009

wohner waren in Mexiko (1), Schweden (2,1) und Großbritannien (2,6) vorhanden, die meisten in Japan (8,2), Südkorea (7,1) und Österreich (6,1). Die Auslastung der Akutbetten in Deutschland ist zwischen den Jahren 2000 und 2007 von 81,1 auf 76 Prozent der Tage gesunken; der OECD-Durchschnitt für 2007 lag bei 76,5 Prozent. Die deutsche Bevölkerung kam damit auf durchschnittlich 1,6 Krankenhaustage in Akutbetten pro Kopf im Jahr 2007, während der OECD-Durchschnitt der 21 Länder, für die jüngere Daten verfügbar sind, bei nur 1,06 Tagen lag. Hinsichtlich der Verfügbarkeit moderner medizinischer Geräte schneidet Deutschland relativ schlecht ab (vgl. Tabelle VI.2). Gemessen an der Dichte pro Million Einwohner im Jahr 2007 lag Deutschland bei Computertomografen 13,8 Prozent, bei Magnetresonanztomografen 17,2 Prozent und bei Strahlentherapiegeräten sogar 37,3 Prozent unter dem OECD-Durchschnitt. Nur die Ausstattung mit Lithotriptern war überdurchschnittlich hoch.

1043. Der Monopolkommission sind die Probleme bewusst, auf der Grundlage weniger Indikatoren eine Aussage über die Effizienz eines Gesundheitssystems zu treffen. Die referierten Daten deuten aber zumindest darauf hin, dass Deutschland mit überdurchschnittlich hohen Ausgaben für das Gesundheitssystem, überdurchschnittlich vielen Arztbesuchen und überdurchschnittlich vielen Krankenhaustagen keine in gleicher Weise überdurchschnittliche Ergebnisqualität aufweist. Auch zeigt sich nicht, dass Deutschland bei der Verfügbarkeit moderner medizintechnischer Geräte eine führende Rolle unter den OECD-Ländern einnimmt (vgl. Tabelle VI.2). Allerdings ist festzustellen, dass zumindest im Hinblick auf einzelne Indikatoren Deutschland seine internationale Position in den vergangenen Jahren verbessern konnte.

1.3 Nachhaltigkeitsproblematik bei der Finanzierung der Gesundheitsleistungen

1044. In einer dynamischen Betrachtung wird die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung insbesondere durch die medizinisch-technologische Entwicklung und den demografischen Wandel stark beeinflusst.

Letztere Entwicklung zeigt sich in einer zunehmenden Alterung der Bevölkerung. Ursächlich sind einerseits die sog. Alterung „von unten“ und andererseits die Alterung „von oben“. Damit werden zwei voneinander abzugrenzende Effekte der Bevölkerungsentwicklung bezeichnet, die dazu führen, dass sich das Medianalter der Deutschen – also das Alter, das die Deutschen in zwei gleich große Hälften jüngerer und älterer Menschen teilt – stetig nach oben verschiebt. Die Alterung „von unten“ kennzeichnet in diesem Zusammenhang die seit Ende der 1960er Jahre stark sinkende Geburtenrate in Deutschland.⁷ Seit 1971 übersteigt die Zahl der Verstorbenen in jedem Jahr die Zahl der Neugeborenen, wodurch sich der Anteil älterer Menschen kontinuierlich erhöht. Diese Verschiebung des Medianalters wird durch die steigende Lebenserwartung verstärkt, die auch als Alterung „von oben“ bezeichnet wird.

1045. Die gesetzliche Krankenversicherung ist sowohl auf der Einnahmen- als auch auf der Ausgabenseite von dieser Entwicklung betroffen. Zum einen führt der Finanzierungseffekt möglicherweise zu ungünstigen Veränderungen der Beitragseinnahmen. Sofern die Alterung der Bevölkerung einen steigenden Rentnerquotienten oder ein sinkendes Rentenniveau zur Folge hat, sinken auch die durchschnittlichen Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung, da das Einkommen in der Rentenphase unterhalb des Einkommens in der Erwerbsphase liegt. In Hinblick auf Verschiebungen der Altersstruktur, die auf eine sinkende Geburtenrate zurückzuführen sind, relativiert sich dieser Effekt allerdings durch die geringere Zahl beitragsfrei versicherter Kinder.

1046. Neben dem Risiko sinkender Beitragseinnahmen besteht weiterhin die Gefahr von Ausgabensteigerungen. Diese sind darauf zurückzuführen, dass mit zunehmendem Alter die Morbidität der Bevölkerung zunimmt und ein steigendes Medianalter somit auch einen steigenden

⁷ Vgl. Statistisches Bundesamt, <http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Statistiken/Zeitreihen/Lange-Reihen/Bevoelkerung/Content100/lrbev04a,templateId=renderPrint.psm>.

Tabelle VI.2

Medizintechnische Geräte pro Million Einwohner, 2007

	Computer- tomografen	Magnetresonanztomografen	Strahlentherapie- geräte	Lithotripter ¹
Deutschland	16,3	8,2	4,7	3,9
OECD-Durchschnitt	18,9	9,9	7,5	3,1
Abweichung	-13,8 %	-17,2 %	-37,3 %	25,8 %
OECD-Rangnummer	12	13	13	5

¹ Lithotripter dienen zur Nieren- und Gallensteinzertrümmerung.

Quelle: Kocher, G., Schweiz: dritthöchste Gesundheitsausgaben im neuesten OECD-Vergleich, Schweizerische Ärztezeitung 46/2009, S. 1811, Tabelle 8

Versorgungsaufwand impliziert. Ist die Veränderung der Altersstruktur auf eine längere Lebenserwartung zurückzuführen, kann dieser Effekt auch überschätzt werden, da die Steigerung der Gesundheitsausgaben für einen Menschen auch in Abhängigkeit zu dessen Todeszeitpunkt stark ansteigt, sich dieser Zeitraum höherer Ausgaben durch eine längere Lebenserwartung aber nicht zwangsläufig mitverlängert.

1047. Verschiedene Aspekte sprechen dafür, dass sich der Wandel der Altersstruktur zunehmend problematisch auf das Verhältnis von Beiträgen und Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung auswirkt. Die genauen Auswirkungen der demografischen Veränderungen auf den Beitragssatz hängen von den verschiedenen dargestellten und teils gegenläufigen Faktoren ab und sind a priori nur sehr grob abzuschätzen. Sie stehen zudem in einem Zusammenhang mit einem weiteren Kostentreiber, der die Nachhaltigkeit des gesetzlichen Versicherungssystems beeinträchtigt: Den medizinisch-technologischen Fortschritt erfährt das Gesundheitssystem in erster Linie in Form von Produktinnovationen. Die Aufnahme neuer Produkte in den Leistungskatalog, z. B. die Untersuchung durch leistungsfähigere bildgebende Anlagen, führt bereits ohne den demografischen Effekt zu Ausgabensteigerungen, die sich im Wachstum der altersspezifischen Ausgabenprofile widerspiegeln.⁸ Ergänzend ist zu berücksichtigen, dass der technologische Fortschritt auch lebensverlängernd wirken und somit demografische Ausgabeneffekte verstärken kann.

1048. Anknüpfend an die beschriebenen Kosten- und Einnahmeneffekte existieren eine Reihe von Studien, die die weitere Beitragsentwicklung in der GKV simulieren. Eine sehr aktuelle Berechnung zeigt die mögliche Entwicklung des Beitragssatzes der GKV bis zum Jahr

⁸ Vgl. Buchner, F., Wasem, J., Verteilung der alters- und geschlechtsspezifischen Ausgabenprofile von Krankenversicherern, Zeitschrift für die gesamte Versicherungswirtschaft 89, 2000, S. 357–392.

2050.⁹ Die Darstellung erfolgt für drei Szenarien, die sich in der Annahme unterscheiden, wie weit der medizinisch-technische Fortschritt die Ausgabenentwicklung beeinflusst. Nach diesen Berechnungen müsste der jahresdurchschnittliche Beitragssatz der GKV im Status-quo-Szenario bis zum Jahr 2050 auf 30,9 Prozent ansteigen. Im Best-Case-Szenario liegt der Beitragssatz bei 26,9 Prozent, während er im Worst-Case-Szenario auf 34,9 Prozent klettert. (vgl. Tabelle VI.3). Das heißt, eine gegenüber dem Status-quo-Szenario um 0,3 Prozentpunkte niedriger bzw. höher zugrunde gelegte Ausgabenwirkung des medizinisch-technischen Fortschritts verändert den prognostizierten Beitragssatz der GKV um jeweils +/- vier Prozentpunkte bis zum Jahr 2050.

1049. Die Monopolkommission stellt fest, dass die dargelegte Nachhaltigkeitsproblematik tendenziell erodierend auf die Finanzierbarkeit des deutschen Gesundheitswesens in seiner heutigen Ordnung wirkt. Um den Herausforderungen, die sich aus dieser Struktur ergeben, zu begegnen, werden zweierlei Teilprobleme diskutiert.

Zum einen betrifft dies die asymmetrische Lastenverteilung, die sich aus den beschriebenen Kostenentwicklungen ergibt. Kostensteigerungen treffen verschiedene Generationen in unterschiedlichem Maße. Zur Lösung dieses Problems werden für die Umverteilung der demografisch bedingten Lasten teilweise Kapitaldeckungsverfahren für die gesetzliche Krankenversicherung vorgeschlagen. Diese sollen eine Glättung der intergenerativen Finanzierungseffekte bewirken.¹⁰ Die Bewertung solcher

⁹ Vgl. Postler, A., Nachhaltige Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung, Berlin 2010 (erscheint demnächst).

¹⁰ Einen Vorschlag zur Einführung einer Teilkapitaldeckung im Gesundheitswesen machte 2003 die Rürup-Kommission, zu unterschiedlichen Ergebnissen kam der Sachverständigenrat im Jahr 2004. Vgl. Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme, Bericht der (Rürup-)Kommission, Berlin, August 2003, S. 183, sowie Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, Erfolge im Ausland – Herausforderungen im Inland, Jahresgutachten 2004/05, Wiesbaden 2004, S. 421.

Tabelle VI.3

**Prognostizierte Entwicklung des Beitragssatzes zur gesetzlichen Krankenversicherung
im Zeitraum von 2006 bis 2050¹**

Jahr	Best-Case-Szenario: Beitragssatz (%)	Status-quo-Szenario: Beitragssatz (%)	Worst-Case-Szenario: Beitragssatz (%)
2006	14,2	14,2	14,2
2010	15,0	15,2	15,3
2020	17,5	18,3	19,0
2030	20,9	22,5	24,1
2040	24,1	26,9	29,5
2050	26,9	30,9	34,9

¹ Unterstellte Ausgabenwirkungen des medizinisch-technischen Fortschritts: 1,0 Prozent im Best-Case-Szenario, 1,3 Prozent im Status-quo-Szenario und 1,6 Prozent im Worst-Case-Szenario.

Quelle: Postler, A., Nachhaltige Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung, Berlin 2010 (erscheint demnächst), Tabelle D-20

Instrumente ist jedoch nicht Bestandteil dieser Untersuchung.

Zum anderen muss die Struktur des Gesundheitssystems darauf ausgerichtet sein, sich künftigen Entwicklungen anzupassen und technologisch bedingte Leistungsausweitungen effizient zu koordinieren. Dabei sollten Effizienzreserven ausgeschöpft werden, bevor Leistungseinschränkungen gewählt werden. In diesem Zusammenhang wird die Monopolkommission die effizienzverbessernden Effekte einer solidarischen Wettbewerbsordnung für die GKV insbesondere mit Blick auf die Versorgungsseite untersuchen.

2. Das Solidarprinzip in der gesetzlichen Krankenversicherung

1050. Der Begriff des Solidarprinzips kennzeichnet verschiedene abstrakte Gerechtigkeitsziele einer Gemeinschaft, die durch das Entstehen ihrer Mitglieder füreinander erreicht werden sollen. In der Solidargemeinschaft eines Staates betreffen diese Ziele insbesondere die Frage, wie der Staat darauf wirken sollte, die Zustände benachteiligter Gruppen zu verbessern. Eine wesentliche Bedeutung kommt dem Solidarprinzip in der Gesundheitspolitik zu, da hier die normativen Anforderungen, die an den Staat gestellt werden, besonders ausgeprägt sind. Dies betrifft vor allem den Aspekt der Bedarfsgerechtigkeit, da ein breiter gesellschaftlicher Konsens darüber besteht, dass allen Mitgliedern der Gesellschaft eine ausreichende Versorgung mit Gesundheitsleistungen ermöglicht werden soll. Das Solidarprinzip stellt deshalb einen ganz grundsätzlichen Handlungsrahmen für die Gestaltung der gesetzlichen Krankenversicherung dar, der allerdings im Hinblick auf den konkreten Umfang der Leistungen nicht sehr genau bestimmt ist.

1051. Um die wesentlichen, mit dem Solidarprinzip verbundenen Anforderungen an das deutsche Gesundheitssystem zu kennzeichnen, lassen sich die Verteilungswirkungen heranziehen, die sich aus dem heutigen System der GKV ergeben. Ein ganz grundsätzliches Merkmal der GKV ist die Umverteilung, die durch das Versicherungssystem zwischen Gesunden und Kranken ex post eintritt, weil die Gesundheit jedes einzelnen Versicherten einem Krankheitsrisiko ausgesetzt ist und daher nur zu einer bestimmten Wahrscheinlichkeit bestimmte Kosten verursacht werden. Diese Umverteilung existiert auch in der privaten Krankenversicherung und hat sich am Markt durchgesetzt. Sie ist an das Prinzip der Individualäquivalenz angelehnt, weil ein Versicherter mit seinem Versicherungsbeitrag zwar nicht die tatsächlich für ihn anfallenden Kosten, dafür aber seine individuellen Erwartungskosten finanziert. Diese Form der Umverteilung in der GKV ist sowohl mit dem Solidarprinzip als auch mit den Anforderungen ökonomischer Effizienz vereinbar.

1052. Eng mit dem Solidarprinzip verknüpft sind weitere Umverteilungsmerkmale der GKV, die jedoch vom Prinzip der Individualäquivalenz abweichen. So werden heute in der GKV substanziell einkommensproportionale Beiträge erhoben, sodass besser verdienende Mitglieder

schlechter verdienende Mitglieder der Solidargemeinschaft mitfinanzieren. Teil des heutigen Systems der GKV ist zudem ein Ausgleich zwischen Generationen und Geschlechtern, da die Erwartungskosten für Gesundheitsleistungen zwischen Versicherten nach Alter und Geschlecht zwar differieren, aber im System der GKV nicht zu Beitragsunterschieden führen. Im Rahmen des Familienlastenausgleichs kommen Kinderlose zudem für die Versicherung von Familien mit Kindern auf. Vorerkrankungen führen zwar zu tendenziell höheren Kosten, haben aber keinen Einfluss auf die Beitragshöhe, da die Beiträge unabhängig von der Morbidität der zu Versichernden erhoben werden. All diese Verteilungsaspekte sind Ausdruck des Kerngedankens des solidarischen Krankenversicherungssystems, wonach bei der Leistungsanspruchnahme zwar eine Form der Bedarfsgerechtigkeit hergestellt werden soll – ein Erkrankter also stets Leistungen erhalten soll –, er dafür aber nur in Höhe seiner wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit aufzukommen hat.

1053. Solidarisch bedingte Verteilungswirkungen, die nicht mit dem Prinzip der Individualäquivalenz vereinbar sind, stehen auf den ersten Blick im Widerspruch zu bekannten Mechanismen von Effizienz und Wettbewerb in anderen Märkten. So stellen die Krankenkassen der GKV jeweils eigene Versichertenkollektive dar, die einerseits die diskutierten Verteilungsmechanismen umzusetzen haben, andererseits aber miteinander im Wettbewerb um Versicherte stehen sollen. Unter dieser Voraussetzung ist festzustellen, dass vor allem das Versichertenkollektiv Wettbewerbsvorteile haben wird, das wenige Menschen versichert, die soziale Unterstützung aus dem Kollektiv benötigen. Wettbewerb zwischen Krankenkassen ist deshalb nicht unmittelbar mit den bestehenden Anforderungen aus dem Solidarprinzip kompatibel. Eine Kompatibilität kann nur hergestellt werden, indem über die genannten Verteilungswirkungen hinaus verschiedene Voraussetzungen für einen unverzerrten Leistungswettbewerb hergestellt werden. In diesem Zusammenhang sind Aspekte der Gesundheitspolitik wie „Kontrahierungszwang“, „einheitlicher Leistungskatalog“ und „Risikostrukturausgleich“ ebenso notwendige Bedingung wie der „Schutz vor Wettbewerbsbeschränkungen“ sowie Handlungsspielräume der Kassen im Preis- und Leistungsreich.

1054. Sofern die sich aus dem Solidarprinzip ergebenden Anforderungen an das Gesundheitswesen voraussetzen sind, ist es nach Auffassung der Monopolkommission geboten, konsequent die notwendigen Maßnahmen zu ergreifen, um in diesem Rahmen eine wettbewerbliche Ordnung der GKV herzustellen. Die Monopolkommission weist in diesem Zusammenhang auf die herausragende Bedeutung des Wettbewerbs im Gesundheitswesen hin. Wettbewerb zwingt die Akteure zu einer qualitativ hochwertigen Versorgung, zum effizienten Einsatz von Produktionsmitteln und ist Garant für medizinische, technische und administrative Innovationen. Er ist eine wesentliche Voraussetzung für ein effizientes und hochwertiges Gesundheitssystem, das den zukünftigen Herausforderungen an Finanzierbarkeit und Qualität gerecht

werden soll. Die Monopolkommission wird in dieser Untersuchung analysieren, inwieweit auf der Basis des Solidarprinzips heute adäquate wettbewerbliche Elemente im System der GKV vorliegen bzw. wie diese ausgebaut werden können.

3. Wettbewerbsfelder im deutschen Gesundheitswesen

3.1 Akteure und Märkte

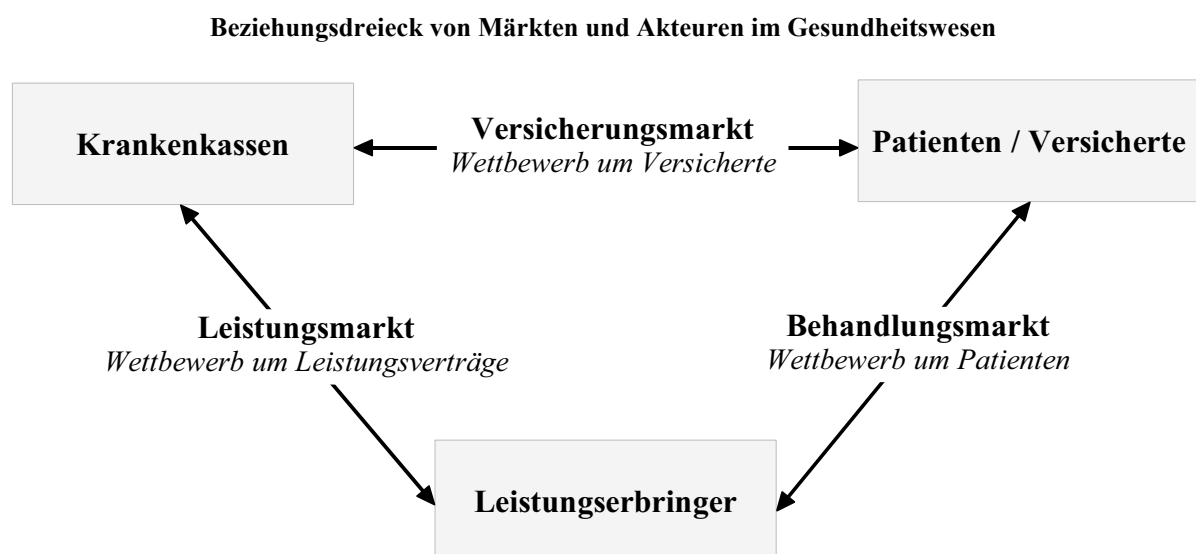
1055. Wettbewerbs- und Effizienzüberlegungen im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherungen setzen oft bei den Wettbewerbsparametern an, die den Krankenkassen zur Verfügung stehen, um den Versicherten ein Angebot über eine Versicherungsleistung zu machen. Dabei handelt es sich auf der einen Seite um den Preis für die Versicherungsleistung, der im System der GKV aufgrund der traditionellen Abhängigkeit vom Einkommen auch unter dem Begriff „Beitragssatz“ bekannt ist. Auf der anderen Seite bieten die Krankenkassen für den verlangten Beitrag ein Leistungsangebot an, das den Versicherten insbesondere im Krankheitsfall zur Verfügung steht. Beide Wettbewerbsparameter sind eng miteinander verknüpft, denn der Wettbewerb soll den Kassen Anreize setzen, ihr Leistungsangebot so effizient wie möglich zu gestalten, sodass sich attraktive Preis-Leistungskombinationen ergeben.

1056. Die Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung werden nach Maßgabe des SGB V von den Kassen wahrgenommen. Unmittelbaren Einfluss auf Qualität und Kosten haben die Kassen hinsichtlich der Organisation der direkt von ihnen erbrachten Leistungen, insbesondere

auf Verwaltungskosten und die Betreuung der Versicherten. Der wesentlich größere Anteil an den Gesamtkosten des Gesundheitswesens wird – neben dem Krankengeld – von den (versicherten) Gesundheitsleistungen verursacht, die der Versicherte als Patient im Krankheitsfall in Anspruch nimmt. Diese Leistungen werden durch niedergelassene Ärzte, Krankenhäuser, Pharmaunternehmen, Apotheken und weitere Akteure im deutschen Gesundheitswesen erbracht, die mit den Krankenkassen in einer Vertragsbeziehung stehen. Die Leistung dieser Akteure ist primärer Bestandteil des Leistungsangebots der Krankenkassen. Im Bezug auf die Leistungserbringung wird sich die Monopolkommission in dieser Untersuchung auf die Leistungen in der ambulanten und stationären Versorgung fokussieren, die durch niedergelassene Ärzte und Krankenhäuser erbracht werden.

1057. Versicherte bzw. Patienten, Kassen und Leistungserbringer bilden ein Beziehungsdreieck, das für die Effizienz des Gesamtsystems von zentraler Bedeutung ist. Von daher kennzeichnen sich die für die GKV relevanten Märkte und möglichen Wettbewerbsfelder, wie in Abbildung VI.2 dargestellt. Im Gegensatz zu den Leistungen, die direkt von der Krankenkasse erbracht werden, handelt es sich bei der Versorgungsleistung im Krankheitsfall um eine indirekte Wettbewerbsrelation von Krankenkassen und gesetzlich Versicherten. Die Leistungserbringer handeln im Rahmen ihrer Vertragsbeziehungen im Auftrag der Krankenkassen. Sie agieren somit auf verschiedenen Märkten, da sie ihre Leistungen einerseits den Versicherten auf dem Behandlungsmarkt anbieten, Umfang und Vergütung aber auf dem Leistungsmarkt durch die Krankenkassen erfolgen.

Abbildung VI.2



Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Cassel, D., Jacobs, K., Reformoption Vertragswettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung, Wirtschaftsdienst 86, 2006, S. 285

3.2 Das Verhältnis zwischen Wettbewerb und Regulierung

1058. Durch die Berücksichtigung der Beziehungen von Kassen, Patienten und Leistungserbringern ergeben sich mit dem Versicherungs-, Behandlungs- und Leistungsmarkt drei relevante Wettbewerbsfelder im System der GKV. Um die Effizienz dieser Märkte zu bewerten, kann eine Referenzperspektive hilfreich sein, bei der sich die Wettbewerbsprozesse auf allen Märkten auf die Leistungsbeziehungen auf dem Versicherungsmarkt zurückführen lassen: Steht es den Krankenkassen frei, auf dem Leistungsmarkt individuell ausgehandelte Verträge mit Ärzten und Krankenhäusern zu schließen, dann hat eine Kasse die Möglichkeit, mit den entsprechend ausgehandelten Konditionen auf dem Versicherungsmarkt in Preis und Leistung individuelle Versicherungsangebote zu machen. Durch die Wahl des Versicherungsangebots einer Kasse steuert der Patient auf diese Weise die Leistungsverträge indirekt, da die Kassen einen Anreiz haben, solche Konditionen zu erzielen, mit denen sie auf dem Versicherungsmarkt Versicherte attrahieren können. Aufseiten der Leistungserbringer besteht der Anreiz, dem Patienten auf dem Behandlungsmarkt eine hochwertige Versorgung zukommen zu lassen, da sie dies im Wettbewerb um lukrative Verträge auf dem Leistungsmarkt für sich nutzen können. Effizienzanreize der Kassen aus dem Wettbewerb um Versicherte und Effizienzanreize der Versicherten bei der Wahl einer Krankenversicherung übertragen sich auf diese Weise auf den Leistungs- und Behandlungsmarkt und führen beide Märkte auf dem Versicherungsmarkt zusammen.

1059. Von dieser theoretischen Konstellation einer umfassenden Wettbewerbssteuerung der GKV, ausgehend vom Kassenwettbewerb, ist das heutige Gesundheitswesen jedoch weit entfernt. Individuelles Handeln im Wettbewerb der Akteure wird im deutschen Gesundheitssektor vielfach durch sog. korporatistische Elemente oder normative Vereinheitlichungen ersetzt. Die korporatistische Steuerung bezeichnet ein prägendes Merkmal des deutschen Gesundheitswesens. Der Staat hat dabei die unmittelbare Gestaltung und administrative Steuerung an selbstverwaltete Körperschaften und deren Verbände delegiert. Der Korporatismus im Gesundheitswesen ist historisch entstanden und lässt sich bis in die Anfänge der GKV im Deutschen Reich zurückverfolgen. Er wurde in der Vergangenheit als eine adäquate Möglichkeit gesehen, um den hoheitlichen Organisationsaufgaben einer GKV entsprechend nachkommen zu können.

1060. Effizienzdefizite des korporatistischen Handelns treten insbesondere dadurch auf, dass dieses eine kartellähnliche Wirkung entfaltet. Gemeinsames Handeln der Krankenkassen schränkt den individuellen Handlungsspielraum jeder einzelnen Kasse stark ein. Dies induziert fehlende Differenzierungsmöglichkeiten, sodass die Kassen auf dem Versicherungsmarkt mit einem weitgehend ähnlichen Angebot in Leistungsumfang und Qualität auftreten und den Versicherten die Chance genommen wird, sich für das preislich und qualitativ präferierte Angebot zu entscheiden.

1061. Nach Auffassung der Monopolkommission sind korporatistische Steuerungsmechanismen aus den vorstehenden Gründen grundsätzlich nicht geeignet, um das Versorgungsangebot effizient zu steuern. Sie sind jedoch vor allem dort von hoher Bedeutung, wo Markt und Wettbewerb nicht zur Koordination des Versicherungsprinzips infrage kommen. Gesundheitspolitisch ist dies insbesondere dann der Fall, wenn Verteilungsfragen – etwa im Hinblick auf das Solidarprinzip – die Steuerung durch Wettbewerbsmechanismen überlagern.

1062. Durch die Wahlmöglichkeit einer Krankenkasse hat der Versicherte heute zwar die Freiheit, auf dem Versicherungsmarkt über das Angebot der zur Wahl stehenden Krankenkassen zu entscheiden. Aus den dreiseitigen Marktbeziehungen im Gesundheitswesen wird jedoch deutlich, dass der Wettbewerb der Kassen auf dem Versicherungsmarkt, isoliert betrachtet, nur geringe Auswirkungen auf die Effizienz des Gesamtsystems haben kann. Vielmehr sind die Interdependenzen zwischen den Märkten zu beachten. Nur soweit die Kassen auch das Leistungsangebot selbstständig kontrollieren, können sich Anreize, die vom Wettbewerb um Patienten ausgehen, auf die Effizienz der Leistungserbringung übertragen. Lässt der gesetzliche Rahmen den Kassen hingegen nur die individuelle Kontrolle über originäre Verwaltungs- und Serviceleistungen, kann nicht von Wettbewerb und Effizienz bei der Leistungserbringung gesprochen werden.

1063. Hierin zeigt sich nach Auffassung der Monopolkommission die grundsätzliche Problematik von Wettbewerb und Regulierung im Gesundheitssektor. Je stärker der individuelle Handlungsspielraum der Krankenkassen beschränkt bleibt und kollektive bzw. korporatistische Mechanismen individuelle Handlungsspielräume ersetzen, desto begrenzter sind auch Effizienzanreize, die sich aus dem Wettbewerb der Kassen auf dem Versicherungsmarkt ableiten. Dieses Verhältnis zwischen Wettbewerb und Regulierung beeinflusst in entscheidender Weise die Effizienz in der gesetzlichen Krankenversicherung. Es bleibt deshalb genau zu untersuchen, an welcher Stelle normative und korporatistische Steuerungsmechanismen notwendig sind und wo Spielräume für mehr Wettbewerb und kassenindividuelles Handeln in der gesetzlichen Krankenversicherung verbleiben.

4. Die Leistungsseite der gesetzlichen Krankenversicherung im Bereich der ärztlichen Versorgung

1064. Auf der Leistungsseite der GKV sind die Krankenkassen gefordert, das Angebot für ihre Versicherten zu definieren. Der Wettbewerb auf dem Versicherungsmarkt kann die Kassen dazu anreizen, eine möglichst effiziente Leistungserstellung und Verteilung durch Ärzte und Krankenhäuser zu erwirken. Allerdings sind die Krankenkassen in ihrer Handlungsfreiheit durch eine Reihe normativer Vorgaben eingeschränkt, die den Versicherungsumfang und die Art der Kontrakte regeln, die sie mit den Leistungserbringern abschließen. Von den dabei wirkenden Vorgaben gehen grundlegende Effekte auf die möglichen Wettbewerbswirkungen des Kassenangebots aus.

1065. Gegenstand der Analyse in diesem Abschnitt ist das gegenwärtige System zur Organisation der in der GKV versicherten Versorgungsleistungen. Zunächst sollen die wichtigsten Anforderungen an dieses System erläutert werden. Neben den wesentlichen ökonomischen Problemen bei der Organisation der Krankenversicherung sind hier insbesondere auch normative Vorgaben zu beachten, die sich aus den Vorschriften des SGB V ableiten. Die Monopolkommission wird sich an dieser Stelle auf die Darstellung einzelner Normen mit herausgehobener Bedeutung für die nachfolgende Untersuchung konzentrieren. Dazu gehören die Vorgabe des einheitlichen Leistungskatalogs und der Grundsatz der Beitragssatzstabilität. Im Anschluss an diese grundlegende Darstellung wird die Monopolkommission das bestehende System zur Organisation der Leistungsseite und die damit verbundenen Anreize der beteiligten Akteure kritisch untersuchen, um den möglichen Reformbedarf festzustellen.

4.1 Ökonomische Anforderungen an die Steuerung des Leistungsangebots

4.1.1 Das Steuerungsproblem in der Versorgung

1066. Ein Kernproblem der effizienten Versorgung von GKV-Patienten ist die wirtschaftliche Steuerung von Angebot und Nachfrage der auf dem Behandlungsmarkt erbrachten Leistungen. Ein grundsätzliches Problem eines jeden Krankenversicherungssystems liegt in der Schwierigkeit, die „notwendigen“ oder „richtigen“ Leistungen zur Linderung oder Heilung einer Krankheit eindeutig zu bestimmen. Der durch die GKV versicherte Gesundheitsschaden ist im Vergleich zu anderen Versicherungsmärkten nur eingeschränkt monetär messbar, woraus sich grundsätzliche Probleme für die Erstellung und Verteilung von Versorgungsleistungen ergeben.

1067. In einer aggregierten Betrachtung aller Versorgungsfälle der GKV ist die mögliche Leistungsmenge zur Erhaltung, Verbesserung oder Wiederherstellung der Gesundheit der Versicherten nach oben nahezu unbegrenzt. An dieser Stelle bedarf es eines Koordinationsverfahrens, um die Gesamtheit der erbrachten Leistungen auf ein gesellschaftlich angemessenes Maß zu beschränken. Dazu müssen medizinisch besonders „dringende“ Behandlungen von weniger „dringenden“ unterschieden werden, was auch deshalb notwendig ist, um die Gesamtheit der erbrachten Versorgungsleistungen effizient auf die Versorgungsbedürfnisse der Patienten zu verteilen. Zudem müssen den Leistungserbringern Anreize gegeben werden, die Versorgungsaufgaben so effizient wie möglich durchzuführen.

1068. Versorgungsleistungen werden im Arzt-Patienten-Verhältnis auf dem Behandlungsmarkt erbracht. Zwar können Versicherte der GKV gemäß § 76 SGB V im Krankheitsfall ihren behandelnden Arzt frei wählen, so dass die Voraussetzungen für Wettbewerb hier gegeben sind. Dennoch kann der durch die Wahlfreiheit induzierte Wettbewerb um Patienten zwischen niedergelassenen Ärzten oder Krankenhäusern das Leistungsangebot und die Leistungsnachfrage gegenwärtig nicht effizient steu-

ern. Im System der GKV sind Marktmechanismen auf dem Behandlungsmarkt außer Kraft gesetzt, da der Patient gegenwärtig für die Behandlung im Rahmen des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung kein Entgelt entrichten muss.¹¹ Somit existieren für die Nachfrage nach Versorgungsleistungen keine Preissignale. Der Arzt sieht sich deshalb keiner Preis-Absatzbeziehung gegenüber, welche die unterschiedlichen Präferenzen der Patienten für unterschiedliche Leistungen durch Zahlungsbereitschaften offenbaren könnte. Durch die Ausschaltung von Preissignalen auf dem Behandlungsmarkt entfällt insbesondere die Steuerungsfunktion des Wettbewerbs für die Verteilung der ärztlichen Leistungen auf die Versicherten.

1069. Da für eine Behandlung aus Sicht des Patienten keine Preisunterschiede existieren, hat er die Möglichkeit, das Angebot ausschließlich nach Qualitätsaspekten auszuwählen. Der Wettbewerb auf dem Behandlungsmarkt kann deshalb theoretisch Qualitätsanreize auf die Leistungen von Ärzten und Krankenhäusern ausüben. Leistungserbringer, die eine schlechte Qualität abliefern, müssen damit rechnen, Patienten zu verlieren und vice versa. Hinsichtlich der qualitätsinduzierenden Wirkung muss jedoch auf Einschränkungen hingewiesen werden. Die Monopolkommission verweist hier auf die geringe Qualitätstransparenz, die es dem Kunden erschwert, eine effektivere Behandlung von einer weniger effektiven zu unterscheiden. Im Hinblick auf den stationären Sektor hat die Monopolkommission solche Transparenzhürden in ihrem Siebzehnten Hauptgutachten ausführlich erläutert und Vorschläge zur Abschwächung dieses Problems gemacht.¹²

Es bleibt weiterhin festzustellen, dass im Rahmen des Qualitätswettbewerbs keine Steuerung von Leistungsmenge, Leistungsproduktion und Leistungsverteilung erfolgt. Wichtige Marktmechanismen auf dem Behandlungsmarkt bleiben bei bloßer Nutzung des Qualitätswettbewerbs somit heute ausgeschaltet.

1070. Von großer Bedeutung für die Steuerung der Versorgung ist deshalb der Leistungsmarkt. Hier definieren sich die Regeln für die Leistungsbeziehungen zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen. Durch sie werden wesentliche Anreizmechanismen für Umfang und Effizienz der im Rahmen der GKV erbrachten Leistungen wirksam. Auf der einen Seite sind hier die gesetzlichen Vorgaben zu berücksichtigen, durch die den Akteuren wesentliche Pflichten auferlegt werden. Auf der anderen Seite ergeben sich Regelungen über Leistungsumfang und Leistungsvergütung aus den Verträgen, die von Leistungserbringern und Krankenkassen auf dem Leistungsmarkt geschlossen werden. Derzeit dominieren hier sog. Kollektivverträge, die für alle Kassen einheitliche Bedingungen vorgeben, während innerhalb von im Wettbewerb

¹¹ Die 2008 eingeführte und vom Patienten einmalig pro Quartal beim Arzt zu bezahlende Praxisgebühr sei aufgrund ihrer geringen Steuerungswirkung von dieser Überlegung ausgenommen.

¹² Vgl. Monopolkommission, Weniger Staat, mehr Wettbewerb, Hauptgutachten 2006/2007, Baden-Baden 2008, Tz. 819 ff.

verhandelten selektiven Verträgen individuelle Konditionen zu erwarten sind. Die Effizienz der hier geltenden Regulierung soll von der Monopolkommission in diesem Abschnitt genauer untersucht werden.

4.1.2 Mögliche Effizienzprobleme durch angebotsinduzierte Nachfrage

1071. Auf dem Leistungsmarkt liegt es im Interesse der Krankenkassen, das Angebot der Leistungserbringer so zu definieren, dass diese ihren vertraglichen Pflichten möglichst effizient nachkommen. Weil die effiziente Durchführung der Versorgungsaufgaben jedoch nur bedingt vertraglich zu regeln ist, entstehen automatisch Kontrollprobleme. Ein besonders intensiv diskutiertes Problem ist das der angebotsinduzierten Nachfrage.¹³ Da auf dem Behandlungsmarkt die sonst üblichen Markt/Preismechanismen außer Kraft gesetzt sind, können vom System der Vergütung ärztlicher Leistungen auch Fehlanreize für das Angebot der Leistungserbringer ausgehen. Sofern die Versorgungsleistungen ohne Einschränkung durch die Kasse finanziert werden, haben Ärzte und Krankenhäuser nur schwache Anreize, ihr Angebot auf ein medizinisch vertretbares Maß einzuschränken. Vielmehr deuten die ökonomischen Anreize darauf hin, dass der Arzt so lange zusätzliche Leistungen erbringen wird, wie ihm dies innerhalb seines Zeitbudgets möglich ist bzw. wie die zusätzlichen Erlöse seine Zeitkosten übersteigen.

1072. Während auf regulären Märkten die Zahlungsbereitschaft des Nachfragers als Korrektiv zu einer ineffizienten Leistungsausweitung wirken kann, ist dies in der Arzt-Patienten-Beziehung aufgrund des fehlenden Preismechanismus nicht möglich. Zwar ist davon auszugehen, dass der durchschnittliche Patient kein Interesse hat, mehr Leistungen als notwendig zu erhalten, da ihm trotz der Ausschaltung von Preissignalen mehr oder weniger persönliche Kosten bzw. Transaktionskosten entstehen, wenn er durch einen Arzt bzw. im Krankenhaus behandelt wird. Bei der Entscheidung über die Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen kommt jedoch der Informationsvorsprung des Arztes zum Tragen. Da der Patient den Arzt wegen seiner fachlichen Expertise aufsucht, wird er sich auf dessen Einschätzung über notwendige Behandlungen in vielen Fällen verlassen. Er ist deshalb auf die Behandlungsempfehlung des Arztes angewiesen, da ihm keine besseren Informationen zur Verfügung stehen.

1073. Es zeigt sich, dass ein Gesundheitssystem berücksichtigen muss, dass die Leistungserbringung in der Versorgung stets entsprechend dem individuellen Nutzen der behandelnden Ärzte und Krankenhäuser optimiert wird. Dies ist nicht automatisch gleichbedeutend mit der

Effizienz des Gesundheitssystems, sondern insbesondere abhängig von dem Anreizsystem, das aus den Vergütungsregeln resultiert. Diese Regeln ergeben sich auf dem Leistungsmarkt einerseits aus den Versorgungsverträgen und korporatistischen Mechanismen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern, andererseits durch gesetzliche Vorgaben.

4.1.3 Effizienzeffekte von Vergütungsmechanismen

1074. Das Vergütungssystem für ärztliche Leistungen ist von wesentlicher Bedeutung, um adäquate Leistungsanreize für die in der Versorgung tätigen Akteure zu gewährleisten. International existiert eine Vielzahl von Vergütungsregeln für Gesundheitsleistungen. Voneinander abzugrenzen sind insbesondere Regeln zur Vergütung von Einzelleistungen und solche für eine pauschale Vergütung.

1075. Erhält ein Arzt für jede erbrachte Leistung eine Vergütung, so entspricht dies einem für den Patienten adäquaten Vergütungssystem. Der Arzt hat auf diese Weise keinen Anreiz, dem Patienten eine Leistung vorzuenthalten. Damit verstärkt sich jedoch gleichfalls das Problem der angebotsinduzierten Nachfrage, da der Arzt womöglich dem Anreiz unterliegt, auch medizinisch nicht notwendige Leistungen zu erbringen, da er sich dadurch besserstellen kann.

1076. Dem entgegen steht das Konzept einer Pauschalprämie zur Vergütung der Leistungen von Ärzten und Krankenhäusern, die auch unter dem Begriff Capitation bekannt ist. Bei diesen Vergütungssystemen erhält der Leistungserbringer eine Vergütung, die vom Behandlungsaufwand für den Patienten unabhängig ist. Ein Teil des Risikos über den Umfang des Behandlungsaufwands und die individuelle Morbidität der Patienten geht im Rahmen von Capitation-Regelungen auf den Leistungserbringer über.

Durch eine Pauschalprämie entfällt jeder Anreiz für einen Arzt, zusätzliche Leistungen zu erbringen, da er sich durch weitere Leistungen bei einem Patienten nicht mehr besserstellen kann. Dies kann sich auf die Effizienz eines Gesundheitssystems positiv auswirken, wenn auf diese Weise angebotsinduzierte Nachfrage vermieden wird. Gleichfalls kann es zu Problemen kommen, wenn der Arzt zu wenige Leistungen erbringt, weil sein Anstrengungsniveau nicht perfekt überprüfbar ist. Der negative Effekt einer Pauschalprämie kann theoretisch damit abgefedert werden, dass der Arzt die Kosten einer Unterversorgung selbst zu tragen hat, er also etwa die aufgrund einer Unterversorgung notwendigen Nachbehandlungen selbst ohne zusätzliche Vergütung vornehmen muss. In diesem Fall liegt es in seinem individuellen Interesse, den Patienten nicht mehr und nicht weniger als notwendig zu behandeln. Muss der Arzt die Nachbehandlungskosten nicht selbst übernehmen, so können beispielsweise Abschlüsse im Falle einer besonders kurzen Behandlung Fehlanreize reduzieren.¹⁴

¹³ Ob und in welcher Dimension eine angebotsinduzierte Nachfrage im deutschen Gesundheitssystem vorliegt, ist in der Literatur umstritten und empirisch nicht eindeutig geklärt. Das Phänomen hängt zudem stark von den institutionellen Rahmenbedingungen ab, die im Zeitablauf häufigen Veränderungen ausgesetzt sind. Die Darstellung an dieser Stelle zielt darauf ab zu erläutern, welchen theoretischen Anreizen die Leistungserbringer unterliegen können.

¹⁴ So werden z. B. im Rahmen der Pauschalvergütung von Krankenhausleistungen in Deutschland Abschlüsse für zu kurze Liegezeiten vorgenommen.

1077. Auch Mischformen zwischen pauschalen Vergütungen und solchen nach Einzelleistungen sind möglich. Diese können z. B. zu einer Teilung der risikobedingten Fallkosten zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern führen. Welches Vergütungssystem im Einzelfall optimal ist, hängt sehr stark davon ab, für welchen Arzt oder welche Gruppe von Ärzten oder Krankenhäusern die Regeln zur Anwendung kommen sollen und wie diese institutionell ausgestaltet sind.

4.2 Normative Anforderungen an die Steuerung des Leistungsangebots

4.2.1 Vorgabe des einheitlichen Leistungskatalogs

1078. Der einheitliche Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung ist ein normatives Instrument, um den Umfang des von allen Kassen versicherten ärztlichen Angebots festzulegen. Er schränkt den Handlungsspielraum der Krankenkassen ein, da die gesetzlich festgelegten Leistungen von allen gesetzlichen Krankenkassen einheitlich zu erbringen sind.

1079. Die einheitlichen Leistungen aller Krankenkassen sind im dritten Kapitel des SGB V geregelt; die relevanten Leistungsarten werden in § 11 SGB V aufgezählt. Eine besondere Rolle bei der Definition des Leistungskatalogs nimmt zudem der Gemeinsame Bundesausschuss als oberstes Gremium der Selbstverwaltung im deutschen Gesundheitswesen ein. Der Ausschuss wird von den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Leistungserbringer gemeinsam gestellt. § 92 SGB V ermächtigt das Gremium, für die ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten verbindliche Richtlinien aufzustellen. Das Gremium hat die Möglichkeit, durch seine Richtlinien die Leistungsvorgaben zu konkretisieren. Es kann dabei die Erbringung und Verordnung von Leistungen einschließlich Arzneimitteln oder Maßnahmen einschränken oder ausschließen, wenn nach allgemein anerkanntem Stand der medizinischen Erkenntnisse der diagnostische oder therapeutische Nutzen, die medizinische Notwendigkeit oder die Wirtschaftlichkeit nicht nachgewiesen ist.

1080. Dem einheitlichen Leistungskatalog liegt ein Umverteilungsmotiv zugrunde, das sich aus dem Solidarprinzip herleitet. Durch die grundsätzliche Ausgestaltung der gesetzlichen Krankenversicherung als Vollversicherung soll eine Herauslösung bestimmter Risiken aus dem solidarischen Versicherungsschutz im Vorhinein ausgeschlossen werden. Versicherte mit geringerem Krankheitsrisiko sollen somit auch für die Versorgung von Patienten mit hohem Krankheitsrisiko, z. B. chronisch Erkrankte, aufkommen müssen. Der Leistungskatalog verhindert in diesem Zusammenhang, dass einzelne Krankenkassen Wettbewerbsvorteile erzielen können, indem bestimmte Risiken nicht versichert werden. Die Monopolkommission unterstützt diesen auf das Solidarprinzip zurückgehenden Gedanken des einheitlichen Leistungskatalogs. Sie weist aber darauf hin, dass die Risikoneigung auch durch andere Faktoren, z. B. durch Extremsport, erhöht sein kann. In diesem Zusammenhang

muss infrage gestellt werden, ob auch diese Form der Risikoerhöhung durch die Versicherungsgemeinschaft getragen werden sollte.

1081. Der Leistungskatalog ist weiterhin als ein Instrument der Angebotssteuerung im Gesundheitswesen zu bewerten. Von besonderer Bedeutung ist in diesem Zusammenhang die Konkretisierung der durch die gesetzliche Krankenversicherung versicherten Leistungen und Behandlungsmethoden durch die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses. Die genaue Vorgabe der Leistungen auf dem Leistungsmarkt ist das wichtigste Instrument, um die Gesamtmenge der erbrachten Leistungen einzugrenzen. Durch eine Einschränkung des Leistungsumfangs kann auch ein zunehmender Kostendruck auf die Versicherungsträger abgefedert werden. Auch solche Kostensteigerungen, die auf den medizinisch-technischen Fortschritt zurückzuführen sind, können zumindest begrenzt durch die Einschränkung des Leistungsumfangs aufgefangen und damit faktisch aus dem Versicherungsumfang herausgehalten werden. Solche Eingrenzungen sind bereits heute durch das Wirtschaftlichkeitsgebot des § 12 SGB V gedeckt, wonach die Sachleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung nicht unwirtschaftlich sein dürfen. Dahinter steht eine schwierige Kosten-Nutzen-Abwägung, die im Einzelfall durch den Gemeinsamen Bundesausschuss vorzunehmen ist.

1082. Eine Einschränkung des Leistungskatalogs als Reaktion auf Kostensteigerungen wäre gleichbedeutend mit einer zunehmenden Privatisierung von Krankheitsrisiken, da auf diese Weise nach und nach auch evidenzbasiert nutzenstiftende Behandlungen oder Therapien nicht mehr durch den Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung gedeckt wären. Mit einer Begrenzung der Pflichtleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung werden deshalb ganz grundsätzliche ethische und moralische Fragen der Gesellschaft berührt. Insofern der technische Fortschritt zu Ausgabensteigerungen führt, die eine soziale Kostendeckung nicht sinnvoll ermöglichen, ist die Begrenzung der Leistungen jedoch unausweichlich. Die Monopolkommission sieht es jedoch für wichtig an, am Prinzip der Vollversicherung im Grundsatz festzuhalten und die Konzentration zunächst auf die Ausschöpfung anderer Effizienzreserven zu lenken.

4.2.2 Beitragssatzstabilität

1083. Während die Gesamtproduktion eines Gutes auf normalen Märkten aus den Produktionskosten und Zahlungsbereitschaften der Nachfrager folgt, bestimmt sich die Leistungsmenge im System der GKV aus dem gesetzlichen Leistungskatalog und dem Leistungsbedarf der Versicherten. Die gesetzliche Vorgabe des Leistungskatalogs hat zur Folge, dass sich eine veränderte Morbidität der Versicherten, veränderte Behandlungsbedürfnisse, differierende Versichertenzahlen oder die Erweiterung oder Kürzung des Leistungskatalogs in sich stetig verändernden Beitragssätzen widerspiegeln müssten. Auch eine Veränderung von Effizienz bzw. Ineffizienz auf der Versorgungsseite müsste sich direkt im Beitragssatz niederschlagen.

1084. Gravierende Veränderungen des Beitragssatzes zur GKV sind jedoch vom Gesetzgeber nicht gewollt. Gemäß § 71 Absatz 1 SGB V haben die Vertragspartner aufseiten der Krankenkassen und der Leistungserbringer die Vereinbarungen über die Vergütung so zu gestalten, dass Beitragserhöhungen ausgeschlossen werden, es sei denn, die notwendige medizinische Versorgung ist auch nach Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven nicht zu gewährleisten. Gemäß § 220 Absatz 1 und 2 SGB V sollen die Ausgaben der Krankenkassen durch Beitrags- und sonstige Einnahmen gedeckt werden, sodass die Aufnahme von Darlehen durch die Krankenkassen im Regelfall nicht möglich ist.

1085. Die Zwänge, die sich aus dem Gebot der Beitragssatzstabilität ergeben, spielen insbesondere in den Verhandlungen über die Vergütung der Leistungserbringer eine wesentliche Rolle. Um Ausgabensteigerungen und Ausgabenschwankungen entgegenzuwirken, hat der Gesetzgeber verschiedene Verfahren zur Ausgabenbeschränkung in die bestehenden Regelungen implementiert. Eine besondere Rolle spielt das Verfahren der Budgetierung innerhalb der kollektiven Versorgungsverträge.

4.3 Steuerung durch kollektive Versorgungsverträge

4.3.1 Kollektive Vertragsbeziehungen in der gesetzlichen Krankenversicherung

1086. Ein erheblicher Anteil der Versorgungsleistungen wird im Wege der korporatistischen Steuerung durch kollektives Handeln der Kassen auf dem Leistungsmarkt beschafft. Kollektivverträge bezeichnen daher Gesamtverträge, durch die einheitliche Kontrakte zwischen sämtlichen Kassen und zugelassenen Ärzten und Krankenhäusern entstehen. Art und Umfang der Leistungen sind den Kassen durch den einheitlichen Leistungskatalog normativ vorgegeben. Als Kollektivvertragspartner in der Regelversorgung hat der Gesetzgeber die Spitzenverbände von Krankenkassen und Leistungserbringern vorgesehen. Beide Parteien verhandeln somit über Leistung und Vergütung auf einem bilateralen Monopolmarkt. Das Verfahren unterscheidet zwischen Regelungen, die speziell die ambulante und solchen, die die stationäre Versorgung betreffen.

1087. Im Falle der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung ist dazu der § 83 SGB V einschlägig, der die kassenärztlichen Vereinigungen und die für ihren Bezirk zuständigen Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen als Vertragspartner sog. Gesamtverträge vorsieht. Gemäß § 87 Absatz 1 SGB V verhandeln dabei die Bundesverbände, die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen über den sog. Bundesmanteltarifvertrag. Im Rahmen der Gesamtverträge werden gemäß § 82 Absatz 2 bzw. den Regelungen in § 87a SGB V auch die Vergütungen der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Einrichtungen geregelt. Letztere Regelungen werden auf Landesebene zwischen den örtlichen Verbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen und den kassenärztlichen Vereinigungen verhandelt. Gemeinsam und

einheitlich wird gemäß § 87a SGB V dabei eine morbiditätsorientierte Gesamtvergütung beschlossen.

1088. In der stationären Versorgung gilt die Aufnahme eines Krankenhauses in den Krankenhausplan des jeweiligen Bundeslandes gemäß § 109 Satz 2 SGB V als Abschluss eines Versorgungsvertrags. Ein Versorgungsvertrag besteht weiterhin mit landesrechtlich anerkannten Hochschulkliniken. Die Krankenhausplanung wird durch landeseigene Krankenhausgesetze bestimmt, in denen in der Regel auch eine Bedarfsplanung vorgenommen wird. Ein Recht zur Aufnahme in den Krankenhausplan für neue Krankenhäuser besteht gemäß § 8 Absatz 2 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) nicht. Darüber hinaus können auch Krankenhausträger solcher Häuser, die nicht Plankrankenhäuser oder Hochschulkliniken sind, mit den Landesverbänden der Kassen einen Versorgungsvertrag abschließen. Alle Krankenhäuser, die in einer der genannten Vertragsbeziehungen zu den Krankenkassen stehen, können gemäß § 108 SGB V abrechnungsfähige Leistungen erbringen.

4.3.2 Kollektivvertragliches Vergütungssystem im ambulanten Sektor

4.3.2.1 Früheres System der Budgetierung

1089. Aus den gesetzlichen Vorgaben über die Beitragssatzstabilität ergeben sich verschiedene Implikationen für die ökonomische Gestaltung des kollektiven Vergütungssystems. Die strikte Orientierung an stabilen Beiträgen zur GKV erfordert für die Kassen eine hohe Planungssicherheit auf der Ausgabenseite. Der Gesetzgeber hat deshalb das Instrument der Budgetierung geschaffen, welches auch in der kollektiven Versorgung Einzug gefunden hat.

1090. In der ambulanten ärztlichen Versorgung wurden seit 1993 verschiedene Budgetmechanismen eingesetzt, welche die Gesamtvergütung deckelten.¹⁵ Durch die Budgetierung wurden die Gesamtausgaben nach oben begrenzt. Durch diese Deckelung der Gesamtausgaben wurde insbesondere das Morbiditätsrisiko auf die Leistungserbringer verlagert. Erhöhte sich die durchschnittliche Morbidität der Bevölkerung, sodass zusätzliche Behandlungen nötig wurden, dann erhöhte sich auf diese Weise nicht automatisch auch die von den Kassen zu finanzierende Gesamtvergütung, sodass die Ärzte die zusätzlichen Behandlungen de facto kostenlos durchführen mussten.

4.3.2.2 Morbiditätsorientierte Gesamtvergütung seit 2009

1091. Die Berechnung der Gesamtvergütung hat sich 2009 geändert, sodass die budgetierte Gesamtvergütung einer morbiditätsorientierten Gesamtvergütung gewichen

¹⁵ Zuletzt regelte bis 2008 der § 85 SGB V die Verhandlungen über die Gesamtvergütung auf dem Leistungsmarkt. Gemäß § 71 Absatz 3 SGB V veröffentlicht das Bundesministerium für Gesundheit jährlich die durchschnittliche Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder der Krankenkassen je Mitglied. Die jährliche Erhöhung der Gesamtvergütung durfte die Erhöhung dieser sog. Grundlohnsumme gemäß § 85 Absatz 3 SGB V nur unter besonderen Umständen überschreiten.

ist, die nachfolgend in ihren Grundzügen dargestellt wird (vgl. zur Veranschaulichung auch Abbildung VI.3).¹⁶ Grundlage der neuen Gesamtvergütung ist der auf ein Punktzahlvolumen vereinheitlichte Jahresbehandlungsbedarf einerseits und der Euro-Preis für einzelne Behandlungspunkte andererseits. Der Jahresbehandlungsbedarf des Folgejahres wird gemäß § 87a Absatz 3 SGB V auf Landesebene durch die regionalen kassenärztlichen Vereinigungen und durch die Landesverbände der Krankenkassen bestimmt. Die Anpassungen des Behandlungsbedarfs sollen sich gemäß § 87a Absatz 4 SGB V insbesondere an Veränderungen der Versichertenzahl und deren Morbiditätsstruktur, des Leistungsumfangs oder an Effizienzverbesserungen orientieren. Der vereinbarte morbiditätsorientierte Behandlungsbedarf gilt gemäß § 87a Absatz 3 Satz 2 Halbsatz 2 SGB V als notwendige medizinische Versorgung im Sinne des Grundsatzes der Beitragsstabilität, sodass Vergütungsausweitungen, die auf einen steigenden Behandlungsbedarf zurückzuführen

sind, auch die Anforderungen des § 71 SGB V (Grundsatz der Beitragsatzstabilität) erfüllen.

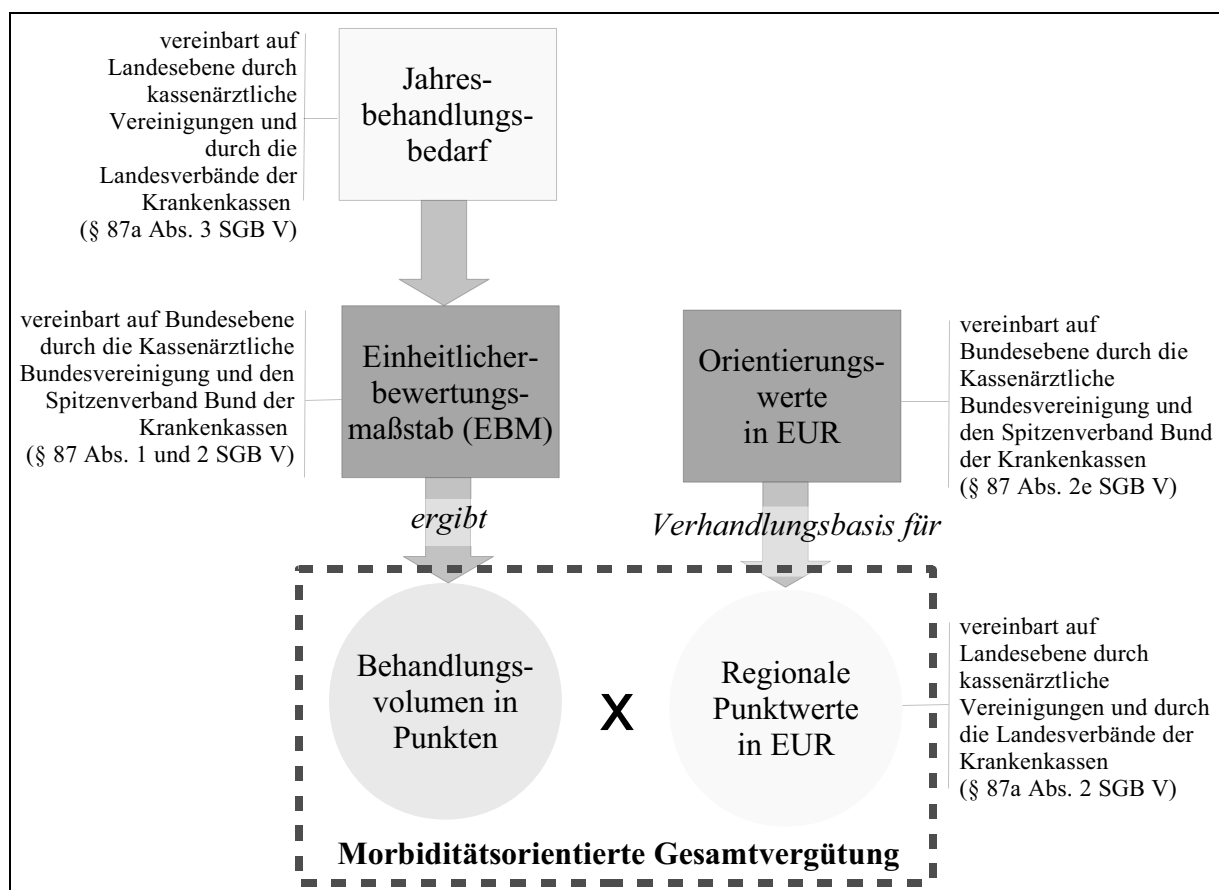
1092. Die Bewertung des Behandlungsbedarfs zur Ermittlung der Gesamtvergütung erfolgt, indem die voraussichtlichen Behandlungsleistungen zur Versorgung der Versicherten in ihrem Verhältnis zueinander bewertet und addiert werden. Die Ermittlung des Wertverhältnisses wird nach Maßgabe des einheitlichen Bewertungsmaßstabs vorgenommen. Im einheitlichen Bewertungsmaßstab legen die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen gemäß § 87 Absatz 1 und 2 SGB V Punktwerte für einzelne Behandlungsleistungen fest, um ihren relativen Wert im Verhältnis zueinander auszudrücken. In der Summe aller vorhersehbaren Behandlungsleistungen ergibt sich das Leistungsvolumen in Punkten, das sog. Punktzahlvolumen.

1093. Zur Festlegung eines Gesamtbudgets muss das festgestellte Punktzahlvolumen weiterhin in Euro bewertet werden. Dazu werden zunächst gemäß § 87 Absatz 2e SGB V auf Bundesebene im einheitlichen Bewertungsmaßstab sog. Orientierungswerte festgelegt, die nach Versorgungslage differenziert werden, um in unterver-

¹⁶ Die neuen Regelungen treten vollständig erst ab dem Jahr 2011 in Kraft, da für die Jahre 2009 und 2010 in § 87c SGB V zum Teil Übergangsregelungen getroffen wurden.

Abbildung VI.3

Ermittlung der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung seit 2009



Quelle: Eigene Darstellung

sorgten Regionen Anreize zur Niederlassung zu setzen. Die Orientierungswerte sind Ausgangspunkt für weitere Verhandlungen auf Landesebene, durch die der dort regional geltende Punktwert gemäß § 87a Absatz 2 SGB V durch Zu- oder Abschläge noch angepasst werden kann.

1094. Aus den regional festgelegten Punktwerten und dem entsprechenden, in Punkten bewerteten Behandlungsbedarf ergibt sich gemäß § 87a Absatz 3 Satz 2 SGB V die morbiditätsorientierte Gesamtvergütung. Sie wird individuell entsprechend der Versichertenzahl und dem morbiditätsbedingten Behandlungsbedarf den einzelnen Kassen zugeordnet.

4.3.2.3 Honorarverteilungsregeln und Regelleistungsvolumen

1095. Mit der neuen Form der Berechnung des jährlichen Gesamtvergütungsvolumens für ambulante ärztliche Leistungen wurden auch die Regelungen zur Vergütungsverteilung angepasst. Dazu wurden eine Euro-Gebührenordnung und ein arzt- bzw. praxisbezogenes Budget in Form des sog. Regelleistungsvolumens eingeführt. Allerdings bleiben die kassenärztlichen Vereinigungen weiterhin für die Budgetverteilung zuständig.

1096. Bis zur Änderung der Vergütungsverteilung konnten Kassenärzte ihre im Quartal erbrachten Leistungen nicht wertmäßig nach Euro-Beträgen bei der entsprechenden kassenärztlichen Vereinigung abrechnen. Vielmehr sah die Gebührenordnung zur Abrechnung Punkte entsprechend den nach Leistungen differenzierten Punktwerten des einheitlichen Bewertungsmaßstabs vor. Im Anschluss an die Abrechnungsperiode wurde das zur Verfügung stehende Budget durch das Volumen aller abgerechneten Punkte dividiert, sodass das Ergebnis dem jeweiligen Punktwert in Euro entsprach. Nahm die Anzahl der insgesamt erbrachten Leistungen zu, dann sank der Wert des einzelnen Leistungspunktes. Eine Punktzahl-obergrenze je Arzt pro Quartal sollte außerdem verhindern, dass die Ärzte ihren Behandlungsaufwand über das erforderliche Maß ausdehnen.

1097. 2009 wurde auch die Abrechnung von Punktwerten durch die Abrechnung nach einer regionalen Euro-Gebührenordnung ersetzt. Diese regelt das Honorar für einen wesentlichen Teil des vertraglich erbrachten Behandlungsvolumens. Jährlich wird die Honorarordnung neu berechnet. Gemäß § 87a Absatz 2 Satz 6 SGB V sind dazu die regional verhandelten Punktwerte mit den im einheitlichen Bewertungsmaßstab festgelegten Leistungsgewichten zu multiplizieren. Auf diese Weise wird die regional zur Verfügung stehende Gesamtvergütung einer Periode auf die geplanten Leistungen aufgeteilt. Es bestehen jedoch weitere Anforderungen an das Verteilsystem. Zum einen bedarf es einer Regelung für das Problem, dass durch einen ungeplanten Anstieg der Behandlungsfälle das Budget innerhalb der Abrechnungsperiode überschritten werden kann. Zum anderen soll das Vergütungssystem Anreize für die Ärzte setzen soll, eine übermäßige Ausdehnung der ihrer Leistungen zu verhindern.

1098. Diese Zwecke soll gemäß § 87b Absatz 2 Satz 1 SGB V das Instrument des Regelleistungsvolumens erfüllen. Das Regelleistungsvolumen begrenzt als arzt spezifisches Budget die abrechnungsfähigen Regelleistungen eines Vertragsarztes in einem Quartal.¹⁷ Es berechnet sich aus dem Produkt des arztgruppenspezifischen Fallwertes in Euro und der Fallzahl des Arztes bzw. der Praxis im Vorjahresquartal. Da die Höhe des Regelleistungsvolumens auf diese Weise stark von der Patientenzahl abhängig ist, wird das Ergebnis mit einem Altersfaktor des Patientenstamms gewichtet, um eine höhere oder geringere Morbidität des Patientenstamms einzelner Ärzte berücksichtigen zu können. Fallzahlen oberhalb der 1,5-fachen Durchschnittsfallzahl gehen zudem nur mit einem abgestaffelten Fallwert in das Regelleistungsvolumen ein. Die Staffe lung endet mit der doppelten Durchschnittsfallzahl, ab der nur noch 25 Prozent des normalen Fallwertes berechnet werden. Überschreitet der Arzt durch die von ihm im Quartal abgerechneten Leistungen sein Regelleistungsvolumen, werden diese Leistungen nicht oder nur begrenzt berücksichtigt. Morbiditätsbedingte Erhöhungen der Gesamtfallzahlen aller Ärzte werden allerdings bei der nächsten Berechnung der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung berücksichtigt.

4.3.2.4 Anreiz- und Effizienzwirkungen des neuen Vergütungssystems

1099. Systematisch hat das neue Vergütungssystem insbesondere zu einer Verlagerung von Risiken geführt. Vor 2009 lag das Risiko morbiditätsbedingter Leistungsveränderungen bei den Vertragsärzten, da Vergütungsänderungen nicht an die Zahl der Behandlungsfälle gekoppelt waren. Dies hat sich nun grundlegend geändert, sodass heute bei der Neuverhandlung des Jahresbudgets der Behandlungsbedarf berücksichtigt wird und die Kassen so für zusätzliche Leistungen aufkommen müssen. Steigt demnach die Zahl der Behandlungsfälle an, so erhöht sich nach dem neuen System zur Berechnung der Gesamtvergütung auch der Behandlungsbedarf. Die jährlich berechnete morbiditätsbedingte Gesamtvergütung schwankt somit mit dem Leistungsaufkommen. Damit und durch die Einführung der Euro-Gebührenordnung wurde einer nachdrücklichen Forderung vonseiten der Ärzteschaft entsprochen.

1100. Die Ansetzung des Morbiditätsrisikos im Leistungsbereich der gesetzlichen Krankenversicherung stellt ein ganz grundsätzliches ökonomisches Problem dar. Einerseits sprechen grundsätzliche Überlegungen für die heutige Regelung. Auf einem gewöhnlichen Markt muss die Finanzierung zusätzlicher Nachfrage durch die Nachfrager selbst erfolgen. Die Nachfrageausweitung im Gesundheitssystem entsteht durch den Behandlungsbedarf der Patienten und wird auf dem Leistungsmarkt über die dortige Vergütung durch die Krankenkassen vermittelt. Zusätzliche Nachfrage nach Leistungen durch die Patienten sollte demnach auch durch die Patienten mittels stei-

¹⁷ Einzelheiten zur Berechnung werden nach § 87b Absatz 4 SGB V durch den Bewertungsausschuss festgelegt.

gender Kassenbeiträge finanziert werden. Demnach ist das Risiko von Veränderungen der Leistungsmenge bei den Kassen anzusiedeln, wie es durch die neue Berechnung der Gesamtvergütung geschehen ist.

1101. Gegen eine vollständige Verlagerung des Morbiditätsrisikos auf die Krankenkassen spricht jedoch, dass auch Ineffizienzen die Entstehung eines zusätzlichen Behandlungsbedarfs auslösen können. Hier sind die grundsätzlichen Allokationsprobleme im Krankenversicherungsmarkt von Bedeutung, die in Abschnitt 4.1 ausführlich dargestellt wurden. Demnach muss die Ausweitung der Nachfrage nicht grundsätzlich auf selbstverantwortlichen Effizienzerwägungen der Patienten beruhen. Nachfrage nach Gesundheitsleistungen kann auch dann entstehen, wenn der Nutzen der ärztlichen Leistung geringer ist als die durch die Inanspruchnahme des Arztes tatsächlich abgerechneten Kosten. In diesen Fällen ist es nicht effizient, der Nachfrage nachzukommen. Ineffiziente Nachfrage kann auf dem Behandlungsmarkt einerseits durch den Patienten selbst ausgelöst sein, der aufgrund der fehlenden Behandlungspreise nur geringe Anreize besitzt, auf zusätzliche, medizinisch nicht notwendige Behandlungen zu verzichten. Andererseits kann der Arzt seinen Wissensvorsprung ausnutzen, zusätzliche Behandlungen über ein medizinisch vertretbares Maß hinaus durchzuführen, wenn dies seinen persönlichen Ertrag steigert. Behandlungsleistungen, die beispielsweise auf letzteren Aspekt einer angebotsinduzierten Nachfrage zurückgehen, sind deshalb ineffizient. Ineffizienzkosten sollten jedoch durch den Verursacher getragen werden, um ihm Anreize zur Reduktion der Ineffizienz zu geben. Mit der Verlagerung des morbiditätsbedingten Risikos tragen alleine die Kassen jede Form von Ineffizienz.

1102. Ob durch angebotsinduzierte Nachfrage ausgelöste Behandlungseffizienzen vorliegen können, ist anhand der Anreize zu untersuchen, die sich aus den Regelungen zur Vergütungsverteilung ergeben. Vor 2009 verhinderte eine facharztspezifische Abrechnungsobergrenze für die nach Punkten abgerechneten Behandlungsleistungen, dass der Arzt pro Quartal mehr als eine bestimmte Leistungsmenge abrechnen konnte. Kam der Arzt über die Quartalsgrenze, dann fielen sämtliche monetären Anreize weg, zusätzliche Patienten zu behandeln. Dieser Mechanismus war nur teilweise wirksam, um ineffiziente Leistungsausweitungen einzugrenzen, da nur Anreize bei solchen Ärzten wegfielen, die auch die Grenze überschritten. Solche Ärzte, die die Grenze bisher nicht erreicht hatten, behielten hingegen Anreize, ihre Behandlungen auszuweiten. Zudem bestand invers auch ein Qualitätsproblem, da die Ärzte ihren Vertragspflichten zur Behandlung von Patienten nach Erreichung der Grenze de facto ohne Bezahlung nachkommen mussten.

Durch die Einführung der Euro-Gebührenordnung konnte die nach Punkten ermittelte bestehende Abrechnungsgrenze nicht beibehalten werden. Eine gewöhnliche Abrechnungsgrenze in Euro hatte jedoch den Nachteil, dass die ex post erbrachten, kumuliert abgerechneten Leistungen so nicht zwangsläufig mit der ex ante verhandelten

Gesamtvergütung übereinstimmen mussten. Mit der Einführung des Regelleistungsvolumens wird dieses Problem umgangen, indem das Budget der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung bereits ex ante auf die Vertragsärzte aufgeteilt wird. Überschreiten die Ärzte diese Grenze, so bestehen zunächst keine unmittelbaren Vergütungsanreize, weitere Patienten zu behandeln. Mittelbar jedoch erhöhen zusätzliche Patienten das Regelleistungsvolumen des Arztes im Folgejahr, sodass weiterhin Anreize erhalten bleiben, auch über das Regelleistungsvolumen hinaus Behandlungsleistungen zu erbringen. Dies ist auch notwendig, um die Möglichkeit, Vergütungsunterschiede auf dem Behandlungsmarkt zu generieren, beizubehalten und den Ärzten somit Qualitätsanreize im Wettbewerb um Patienten zu geben. Das Regelleistungsvolumen führt deshalb de facto zu einer Verlagerung der Anreize des Arztes hin zu einer Ausweitung seines Patientenstammes. Dies ist der einzige transparente Parameter, durch den er sein Regelleistungsvolumen mittelfristig erhöhen kann. Somit verbleiben für den Arzt stets Anreize, einen zusätzlichen Patienten aufzunehmen, auch wenn er sein Regelleistungsvolumen bereits überschritten hat. Allerdings bleiben keinerlei Anreize, einen Patienten, den er bereits in einem Quartal behandelt hat, nach Erreichen des Regelleistungsvolumens nochmals zu sehen.

1103. Das Problem angebotsinduzierter Nachfrage wird durch das Regelleistungsvolumen auf zwei verbleibende Probleme reduziert. Zum einen hat der Arzt nun ein gesteigertes Interesse, seine Patienten jedes Quartal erneut zu behandeln. Es bleibt an dieser Stelle ein empirisches Problem zu prüfen, ob das Regelleistungsvolumen zu einer Erhöhung der durchschnittlichen Behandlungsfälle pro Quartal führt. Die Monopolkommission gibt zu bedenken, dass das Quartal möglicherweise ein zu kurzes Intervall für die periodische Erneuerung des Regelleistungsvolumens darstellen könnte.

Zum anderen hat der Arzt einen Anreiz, seinen Leistungsumfang auszuweiten, solange er das Regelleistungsvolumen noch nicht ausgeschöpft hat. Wie sehr dieses Problem zum Tragen kommt, hängt auch von der Art der Abrechnung ärztlicher Leistungen ab. Werden einzelne Leistungen separat vergütet, so bestehen für den Arzt mehr Möglichkeiten, sein Budget durch die Erbringung medizinisch verzichtbarer Leistungen zu optimieren als im Rahmen einer Pauschalvergütung mehrerer Leistungen. Im ambulanten Sektor wurde der für die Abrechnungstiefe maßgebliche einheitliche Bewertungsmaßstab in den vergangenen Jahren mehrmals so verändert, dass eine zunehmend pauschale Abrechnung mehrerer Einzelleistungen vorgesehen wurde. Dennoch stellt der einheitliche Bewertungsmaßstab keine Form der Abrechnung entsprechend Fallpauschalen dar, wie es etwa im Bereich der stationären Versorgung der Fall ist.

1104. Zusammenfassend ist festzustellen, dass empirisch nicht eindeutig geklärt ist, wie umfangreich die Möglichkeiten sind, die zur ineffizienten Ausweitung der Nachfrage im neuen Vergütungssystem verbleiben. Die Monopolkommission weist deshalb darauf hin, dass das Vergütungssystem in seiner heutigen Form vor allem da-

raufhin überprüft werden muss, ob der quartalsweise Zeitraum für die Festsetzung des Regelleistungsvolumens zu einer Erhöhung der Behandlungsfälle führt. Sofern Kostensteigerungen auf angebotsinduzierte Nachfrage durch die Anreize des neuen Vergütungssystems zurückzuführen sind, müssen diese im neuen Vergütungssystem allein durch die Kassen getragen werden, sodass höhere Beiträge die Folge sind.

4.3.2.5 Durch die institutionelle Ausgestaltung des Abrechnungssystems bedingte Informationsdefizite

1105. Im kollektiven Vergütungssystem erfolgt die vertragsärztliche Abrechnung ambulant erbrachter Leistungen nicht bei den Krankenkassen, sondern bei den zwischengeschalteten kassenärztlichen Vereinigungen, die für die Verteilung der Gesamtvergütung verantwortlich sind. Aufgrund dieser Organisation der Ärztevergütung haben die Krankenkassen keinerlei direkte Information über die abgerechneten Leistungen. Gleiches gilt für den Patienten, der – zumindest obligatorisch – keine Information über die durch den behandelnden Arzt für ihn abgerechneten Leistungen erhält.

1106. Gesetzlich wurde die Prüfung der Arztabrechnung im Wesentlichen nicht den Krankenkassen zugeordnet. Aufgrund ihrer Zuständigkeit für die Verteilung der Gesamtvergütung obliegt den kassenärztlichen Vereinigungen auch die Durchführung der Prüfung auf sachlich-rechnerische Richtigkeit und die darauf bezogene Plausibilitätsprüfung der abgerechneten Leistungen gemäß § 106a Absatz 2 SGB V. Den Krankenkassen bleiben lediglich bestimmte grobe Prüfungsmöglichkeiten gemäß § 106a Absatz 3 SGB V, die in der Praxis jedoch kaum eine Rolle spielen;¹⁸ sie können allerdings gemäß § 106a Absatz 4 SGB V die kassenärztlichen Vereinigungen zu gezielten Prüfungen auffordern.

1107. Um eine möglichst effiziente Ausgestaltung der Vertragsbeziehungen im Gesundheitssektor zu erreichen, ist es notwendig, die Informationsasymmetrien auf den entsprechenden Märkten so gering wie wirtschaftlich möglich zu halten. Die Information über die von den Vertragsärzten abgerechneten Behandlungsleistungen ist hier von erheblicher Bedeutung. Entsprechende Leistungsanreize vorausgesetzt, können Krankenkassen diese Daten nutzen, um Rückschlüsse darüber zu ziehen, wie das Verhalten der Versicherten z. B. durch Vergütungsanreize geeignet gesteuert werden kann. Krankenkassen können die Abrechnungsdaten weiterhin nutzen, um die Vertragsbeziehungen zu Ärzten und Krankenhäusern (auch durch selektive Verträge) geeignet zu gestalten und dabei Abrechnungsbetrug vorzubeugen. Dabei sind die sich aus dem Datenschutz ergebenden Anforderungen zu beachten. Auch im Hinblick auf die Patienten bestehen verschiedene Ziele, die mit einer Information über die abgerechneten Leistungen verknüpft sind. Die Kenntnis über die durch den Arzt abgerechneten Leistungen kann zum Ziel

haben, das Bewusstsein der Patienten über die Kosten einer Behandlung zu verbessern. Vor allem aber kann durch das Wissen des Patienten über die abgerechneten Leistungen dem Abrechnungsbetrug effektiv vorbeugt werden.

1108. Aus der mangelnden Kenntnis der Krankenkassen über die kollektivvertraglich abgerechneten Arztleistungen lassen sich sehr direkt Kontrollprobleme ableiten. Die Krankenkasse hat ein Interesse, die Einhaltung der Vertragspflichten zu überwachen. Neben der Schwierigkeit, die Leistungen des einzelnen Arztes auf ein effizientes Maß zu begrenzen, besteht im Hinblick auf die Abrechnungsdaten ein besonderes Problem darin, die sachliche Richtigkeit der Arztabrechnungen sicherzustellen. Auch ohne dass Erkenntnisse darüber vorliegen, ob einzelne Ärzte unrechtmäßig Leistungen abrechnen, ist eine wirkungsvolle Kontrolle vorzusehen, um Betrugsmöglichkeiten vorzubeugen. Die Kontrollaufgabe ist geeigneterweise demjenigen Akteur zu übertragen, der auch den Schaden einer falschen oder fehlerhaften Abrechnung zu tragen hat. Innerhalb des heutigen Vergütungssystems liegen deshalb die Kontrollanreize bei den Krankenkassen, die für unrechtmäßige Abrechnungsvolumina auf dem Wege einer steigenden Gesamtvergütung aufkommen müssen. Die Krankenkassen treten wiederum als Sachwalter der Versicherten auf, die durch ihre Beiträge auch unrechtmäßige Arztabrechnungen finanzieren.

1109. Es ist weiterhin davon auszugehen, dass die abrechnungsbezogenen Plausibilitätsprüfungen nur bedingt in der Lage sind, Falsch- oder Fehlabbrechnungen feststellbar zu machen. Einem Arzt, der gewillt ist, unrechtmäßig Leistungen abzurechnen, bleiben dazu weitreichende Spielräume erhalten. So verfügt er gegenüber Kontrolleuren stets über einen Wissensvorsprung hinsichtlich der tatsächlich erbrachten Leistungen und deren Abrechnungsmöglichkeiten. Es ist davon auszugehen, dass am ehesten der Patient Informationen besitzt, welche Behandlungsleistungen an ihm erbracht wurden. Abrechnungsbetrug kann demnach am besten vermieden werden, wenn das Wissen des Patienten nutzbar gemacht wird, in dem dieser über die bei ihm abgerechneten Leistungen informiert wird.

1110. Im deutschen Gesundheitswesen besteht nach Auffassung der Monopolkommission auch keine hinreichende Information des Patienten über die für ihn abgerechneten Leistungen. Der Patient hat zwar gemäß § 305 SGB V Auskunftsrechte über die vom Arzt an ihm erbrachten und für ihn abgerechneten Leistungen sowohl gegenüber der Krankenkasse als auch gegenüber dem behandelnden Arzt (Patientenquittung). Diese Informationen sind jedoch nicht obligatorisch, sondern werden „auf Antrag“ bzw. „auf Verlangen“ des Patienten erbracht und sind teilweise sogar mit – wenn auch geringen – Kosten für den Patienten verbunden. Da die Kontrolle der Abrechnungsdaten für den Patienten keinen direkten Nutzen stiftet, soweit er die Behandlung nicht selbst zu vergüten hat, ist keine hohe Bereitschaft der Patienten zu erwarten, für die Einsicht in die abgerechneten Leistungen Kosten bzw. Transaktionskosten in Kauf zu nehmen. Dies zeigen auch bisherige Modellversuche, die mit der Patientenquitt-

¹⁸ Vgl. Clemens, in: Juris Praxiskommentar, § 106a Rn. 143.

tung durchgeführt wurden.¹⁹ Eine obligatorische oder durch die Kassen initiierte Information des Patienten über die für seine Behandlung abgerechneten Leistungen könnte jedoch in jedem Fall dem Problem möglichen Abrechnungsbetrugs wirksam vorbeugen. Hier ist zu erwarten, dass bereits die nicht vorhersehbare Kontrolle der Abrechnung durch wenige Patienten ausreichen würde, um eine hinreichende Abschreckungswirkung zu erzielen.

4.3.3 Kollektivvertragliches Vergütungssystem im stationären Sektor

1111. Die Monopolkommission hat sich bereits in ihrem Siebzehnten Hauptgutachten ausführlich mit dem Krankenhaussektor befasst und ist dabei auf die Wirkungen und den Reformbedarf des dortigen Vergütungssystems eingegangen.²⁰

1112. Das Vergütungssystem im deutschen Krankenhaussektor unterscheidet sich grundsätzlich von der Vergütung für ambulante Leistungen. Hauptbestandteil der Vergütung stationärer Leistungen durch die gesetzlichen Krankenkassen ist die Abrechnung zu landeseinheitlichen Fallpauschalen (German Diagnostic Related Groups, G-DRG). Diagnoseabhängig wird jeder Behandlungsfall einer Fallgruppe zugeordnet und pauschal vergütet. Die Fallgruppen unterscheiden sich nach Erkrankung, Behandlung und Schweregrad.

1113. Das pauschale Abrechnungssystem über G-DRG-Fallgruppen wurde 2003 in Deutschland eingeführt. Die Höhe der Pauschalen bestimmt sich zentral aus dem sog. Basisfallwert, der den Preis für einen durchschnittlichen Behandlungsfall wiedergibt. Seit dem Abschluss einer Übergangsphase, die im Jahr 2008 endete, sind die Basisfallwerte eines Bundeslandes einheitlich.²¹ Gemäß § 10 Absatz 8 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) werden die unterschiedlichen Basisfallwerte der Länder nun an einen Bundes-Basisfallwert angeglichen. Jährliche Veränderungen des Basisfallwertes werden gemäß § 10 KHEntgG durch die Sozialpartner auf Landesebene verhandelt. § 10 Absatz 3 KHEntgG nennt hier die zu berücksichtigenden Kriterien, wie Kostenerhebungen und Entwicklungen.

¹⁹ In einem einjährigen Modellversuch, der zwischen dem 1. April 2002 und dem 31. März 2003 in Rheinhessen durchgeführt wurde, waren keine Änderungen des Nachfrageverhaltens spürbar. Das Interesse an der Patientenquittung ist dort zudem mit der Dauer des Modellversuches kontinuierlich abgeflaut. Daten über die Entwicklung der pro Patient durchschnittlich abgerechneten Leistungen sind jedoch nicht bekannt. Über die nach Auffassung der Monopolkommission wichtige Funktion der Patientenquittung als stichprobenhafte Abrechnungskontrolle können aus dem Modellversuch somit keine Schlussfolgerungen gezogen werden. Vgl. Meye, M. R., Koch, H., Modellversuch in Rheinhessen: „Patientenquittung“ zeigt, was Ärzte leisten, Deutsches Ärzteblatt 2003; 100(27): A-1846/B-1535/C-1443, <http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?src=heft&id=37572>.

²⁰ Vgl. Monopolkommission, Hauptgutachten 2006/2007, a. a. O., Tz. 794 ff.

²¹ Für eine ausführliche Darstellung vgl. ebenda, Tz. 831 ff.

1114. Durch die Pauschalierung des fallspezifischen Abrechnungsbetrags sind die Anreize für die Krankenhäuser reduziert worden, mehr Leistungen als medizinisch notwendig zu erbringen, da zusätzliche Leistungen – insbesondere längere Liegezeiten – den abrechnungsfähigen Betrag in vielen Fällen nicht weiter erhöhen können.²² Der Hauptanreiz der Krankenhäuser liegt heute in einer Reduzierung der Kosten. Der Kostendruck durch die Einführung der G-DRG hat deshalb dazu beigetragen, dass Krankenhausbetten und durchschnittliche Verweildauer der Patienten stark reduziert wurden.²³ Um unerwünschte Wirkungen des Kostendrucks auf die Behandlungsqualität zu vermeiden, wurden Mindestliegezeiten festgelegt, bei deren Unterschreiten Abschläge auf den Abrechnungsbetrag fällig werden.

1115. Auch im stationären Sektor hat der Gesetzgeber verschiedene krankenhausspezifische Erlöslimitierungen vorgegeben, die in ihrer Funktionsweise dem Regelleistungsvolumen im ambulanten Sektor ähneln. Die Ausgabenregulierung des einzelnen Krankenhauses erfolgt durch ein Erlösbudget, das der Krankenhausträger mit den Sozialleistungsträgern gemäß § 11 KHEntgG aufstellen muss. Gemäß § 4 Absatz 2 KHEntgG wird das Erlösbudget ermittelt, indem für die voraussichtlich zu erbringenden stationären und teilstationären Leistungen Art und Menge der Entgelte mit der jeweils maßgeblichen Entgelthöhe multipliziert werden. Die erforderliche Bedarfsplanung kann sich z. B. auch an Werten orientieren, die durch die Krankenhausplanung festgelegt wurden. Erzielt das Krankenhaus nun mehr oder weniger Erlöse als im Erlösbudget vorgesehen, so werden diese zum Teil durch die Mehr- und Mindererlösausgleichsregeln des § 4 Absatz 3 KHEntgG ausgeglichen.

1116. Das Erlösbudget wirkt sich reduzierend auf die Anreize der Krankenhäuser aus, wettbewerbliche Vorstöße zu wagen, durch die zusätzliche Patienten attrahiert werden können. Überschreitet das Krankenhaus das Erlösbudget, muss es wesentliche Teile der Entgelte für zu viel erbrachte Leistungen wieder abgeben, was sich mindernd auf die Wettbewerbsaktivität auswirkt. Im Vergleich zum ambulanten Sektor scheint das Erlösbudget hier auch deshalb entbehrlich, da die Fallpauschalen die Anreize zu einer ineffizienten, angebotsinduzierten Nachfrage weitgehend ausschließen. Die Monopolkommission hat deshalb bereits in ihrem Siebzehnten Hauptgutachten für die Abschaffung der Erlösbudgets plädiert.²⁴

4.3.4 Geringe Kooperationsanreize im kollektivvertraglichen Bereich

1117. Zur wohlfahrtsfördernden Optimierung der Versorgungsleistungen ist in vielen Fällen eine Kooperation

²² Eine Ausnahme bilden psychiatrische Behandlungen, die weiterhin auf der Basis von Tagessätzen abgerechnet werden.

²³ Allerdings setzte der Trend zur Verkürzung der Verweildauer bereits vor der Einführung der Fallpauschalen ein. Vgl. Augurzky, B. u. a., Krankenhaus Rating Report 2008 Essen 2008, S. 51 ff.

²⁴ Vgl. Monopolkommission, Hauptgutachten 2006/2007, a. a. O., Tz. 836.

der Leistungserbringer erforderlich. Kooperation kann dabei einerseits dem Zweck der Auslastung der zur Verfügung stehenden Untersuchungsgeräte dienen. Andererseits kann durch eine enge Kooperation auch die Versorgung qualitativ verbessert und je Versorgungsfall durch geringeren Ressourceneinsatz organisiert werden. Für eine effiziente Kooperation von Versorgungsträgern sind jedoch Regeln und geeignete Anreizstrukturen erforderlich, die in den bestehenden kollektiven Versorgungsstrukturen nur bedingt vorliegen.

1118. Im Hinblick auf die betriebswirtschaftlich günstige Nutzung von Anlagengütern wie Praxisausstattung, medizinischen Geräten und Verwaltungspersonal besteht bereits unter dem gegebenen Vergütungssystem die Möglichkeit, starke Kooperationsanreize zu setzen. Im ambulanten Sektor sind hier die Vorgaben des Bewertungsausschusses von besonderer Bedeutung, der gemäß § 87b Absatz 4 SGB V darüber entscheidet, ob die Regelleistungsvolumina arzt- oder praxisbezogen zugeordnet werden, und der auch weitere Regelungen zur Förderung von Gemeinschaftspraxen treffen kann. Es zeigt sich, dass der Bewertungsausschuss dabei die konsequente Förderung von Gemeinschaftspraxen und medizinischen Versorgungszentren im Blick hat, deren Regelleistungsvolumina sich im Prinzip addieren.²⁵ Somit entstehen starke Kooperationsanreize, da der Arzt durch die Kooperation seine Kapitalkosten senken kann, ohne dadurch Honorarverluste hinnehmen zu müssen. Gleiche Anreize bestehen bei der Kooperation von Krankenhäusern.

1119. Im Hinblick auf die möglichst effiziente Behandlung eines Patienten liegen innerhalb des kollektiven Vertragssystems nur geringe Kooperationsanreize zwischen verschiedenen Versorgungsstufen vor. Die Versorgung durch verschiedene Leistungserbringer erfolgt nicht fließend, sondern erfordert das Zusammenwirken verschiedener Akteure. Dabei ist aufgrund unterschiedlicher ärztlicher Spezialisierung insbesondere im ambulanten Sektor ein Übergang von einem Haus- oder Facharzt auf einen anderen Arzt möglich und nötig. Gleiches gilt für die Abstimmung zwischen den Ärzten des ambulanten Sektors mit Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen. Durch Kooperation können Fehl- und Doppeluntersuchungen, eventuell auch sich widersprechende Therapien, vermieden und die Informationsverteilung innerhalb der Versorgungskette verbessert werden. Im SGB V werden Kooperationen insbesondere durch den Abschluss dreiseitiger Verträge gemäß § 115 eingefordert. Die Regelung konzentriert sich allerdings auf die Optimierung der Versorgungsabläufe im Hinblick auf Kooperationen bei der ärztlichen Weiterbildung, beim Ent-

lassungsmanagement, bei der Versorgungsforschung und Optimierung der zeitnahen und gegenseitigen Information über geplante Vorhaben. Vergütungsanreize, die eine effiziente Kooperation zwischen den Leistungsbereichen fördern, sieht der kollektivvertragliche Bereich hingegen nicht vor. Dies lässt sich am Beispiel von Doppeluntersuchungen zeigen. Im gegenwärtigen Vergütungssystem bestehen kaum monetäre Anreize, solche Ineffizienzen bei der Behandlung durch mehrere Ärzte zu vermeiden. Eine Kooperation der Leistungserbringer, bei der die doppelte Untersuchung ausgeschlossen wird, führt automatisch zu einer Erlösminderung durch den anderen Leistungserbringer. Es ist deshalb davon auszugehen, dass durch mangelnde Kooperationsanreize im kollektivvertraglichen System ein erhebliches Synergiepotenzial ungenutzt bleibt. Nach Auffassung der Monopolkommission lassen sich durch geeignetere Anreizstrukturen erhebliche Effizienzverbesserungen erzielen.

4.4 Steuerung durch selektive Versorgungsverträge

4.4.1 Mehr Wettbewerb durch selektivvertragliches Kontrahieren

1120. Selektivverträge bezeichnen in der Gesundheitspolitik eine Art von Versorgungsverträgen, bei der Krankenkassen einzeln und damit selektiv mit bestimmten ausgesuchten Leistungserbringern, z. B. Ärzten, kontrahieren. Die damit verbundene Möglichkeit der Kassen, Leistungen zu individuell ausgehandelten Konditionen zu beschaffen, steht im direkten Gegensatz zum kollektivvertraglichen Kontrahieren, bei dem die Spitzenverbände von Kassen und Leistungserbringern einen für beide Seiten allgemeingültigen Vertrag über die Versorgungsbedingungen schließen.

1121. Während wesentliche Leistungs- und Vergütungsparameter in Kollektivverträgen einheitlich geregelt sind, implizieren Selektivverträge, dass es zu einer Heterogenität in den Beschaffungskonditionen zwischen unterschiedlichen Vertragspartnern kommen kann. Das Konzept, wonach die Leistungserbringer durch die Kassen selektiv unter Vertrag zu nehmen sind, ist somit ein Ansatz, um auch den Leistungsmarkt in der GKV wettbewerblicher zu organisieren, indem die Akteure dort um möglichst hochwertige Verträge konkurrieren. Eine solche Wettbewerbsordnung zielt darauf, Leistungsanreize bei Kassen- und Leistungserbringern zu aktivieren.

1122. Die Vorteile äußern sich zum einen in zusätzlichen Möglichkeiten der Krankenkassen im Leistungs- und Vertragsbereich, präferenzorientierte Angebote zu setzen, die vor allem, wenn sich das medizinische Angebotsspektrum tendenziell ausdifferenziert, zunehmend an Bedeutung gewinnen. Ausgehend vom Wettbewerb um Versicherte, haben die Kassen einen Anreiz, eine möglichst attraktive Kombination aus Versicherungsbeitrag und Versorgungsleistung anzubieten. Während die Kassen im Rahmen der kollektivvertraglichen Beschaffung kaum die Möglichkeit haben, durch den geschickten Einkauf von Leistungen Vorteile im Wettbewerb um Versicherte zu erzielen, stellen selektive Verträge eben solche

²⁵ Strittig ist, ob bei der Berechnung des Regelleistungsvolumens in Gemeinschaftspraxen der Arztfall oder der Behandlungsfall herangezogen wird. Erhält ein Patient in einer Gemeinschaftspraxis Leistungen von zwei oder mehr Ärzten innerhalb eines Quartals, so handelt es sich um einen Behandlungsfall, aber mehrere Arztfälle. Seit dem dritten Quartal 2009 hat der Bewertungsausschuss auf die Berücksichtigung von Behandlungsfällen umgestellt. Da auf diese Weise Anreize zu ineffizienten Kooperationen vermieden werden, ist diese Regelung zu begrüßen. Gemeinschaftspraxen erhalten zum Ausgleich einen Zuschlag zum Regelleistungsvolumen.

Differenzierungspotenziale zur Verfügung. Durch Selektivverträge haben die Kassen ein Instrument, um im Wettbewerb zueinander neue, effizientere und qualitativ bessere Versorgungsstrukturen zu etablieren. Sie können dabei solche Leistungserbringer unter Vertrag nehmen, die nach ihrer Auffassung geeignet sind, die angestrebten Versorgungsstrukturen effizient umzusetzen. Durch ihren individuellen Weg, die durch das SGB V geforderte Versorgung zu organisieren, stehen die Kassen in einem besonderen Preis- und Innovationswettbewerb.

1123. Selektivverträge erhöhen gleichfalls individuelle Leistungsanreize aufseiten der Leistungserbringer. Ärzte und Krankenhäuser, die den Kassen innovative Versorgungsangebote machen, haben im Wettbewerb um lukrative Verträge einen Vorteil. Der Anreiz, durch eigene individuelle Leistungen Vorteile im Vertragswettbewerb zu generieren, wird deshalb umso größer, je wichtiger die kollektiven Verträge für die Einnahmenbeschaffung des einzelnen Arztes werden und je geringer die Möglichkeiten der Ärzte sind, ihr Einkommen aus dem einheitlichen Kollektivsystem zu finanzieren. Mit der Auswahl von Vertragspartnern wird dem Problem des Kollektivsystems entgegengewirkt, in dessen Rahmen die Bedarfsplanung heute weitgehend unabhängig von Qualitäts- und Preiskriterien der Leistungserbringer erfolgt. So sind bisher alle ambulanten Ärzte im Kollektivvertragssystem unabhängig von ihrer individuellen Leistung gleichermaßen kontrahiert und obliegen auch dem gleichen Vergütungssystem. Durch dieses Kontrahierungsprinzip wird die in einer Marktwirtschaft relevante Gefahr des potenziellen Marktaustritts bei Schlechtleistung weitgehend außer Kraft gesetzt.

1124. Die Monopolkommission sieht in dem Konzept selektiver Verträge auf dem Leistungsmarkt eine wichtige Chance, um Effizienzpotenziale im deutschen Gesundheitssystem nachhaltig auszuschöpfen. Dies erfordert jedoch den konsequenten Ausbau einer Wettbewerbsordnung für die selektivvertragliche Versorgung. Nachfolgend setzt sich die Monopolkommission mit den gegebenen Bedingungen für eine selektivvertragliche Steuerung im System der GKV kritisch auseinander.

4.4.2 Selektivvertragliche Leistungsbereiche nach Sozialgesetzbuch V

1125. Bisher dominiert im deutschen Gesundheitswesen die Versorgung der Patienten durch kollektivvertraglich kontrahierte Leistungen. Durch die Gesundheitsreformen der vergangenen Jahre wurde den Krankenkassen allerdings das selektive Kontrahieren in verschiedenen Bereichen zunehmend ermöglicht. Derzeit sieht das SGB V insbesondere in folgenden Leistungsbereichen die Möglichkeit des Abschlusses selektiver Verträge vor:

- Außerhalb der Regelversorgung können Krankenkassen und ihre Verbände gemäß § 63 in Verbindung mit § 64 SGB V Verträge im Rahmen von Modellvorhaben zur Verbesserung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit der Versorgung und zur Weiterentwicklung der Verfahrens-, Organisations-, Finanzierungs- und Vergütungsformen der Leistungserbringung schließen.

Vertragspartner sind gemäß § 64 SGB V die in der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassenen Leistungserbringer oder deren Gruppen.

- Ein weiterer Bereich ist die „hausarztzentrierte Versorgung“ gemäß § 73b SGB V, bei der die Kassen Hausärzte unter Vertrag nehmen können, um ihren Mitgliedern Wahltarife mit Hausarztbindung anzubieten. Verträge über die hausarztzentrierte Versorgung können von Krankenkassen allein oder in Kooperation mit anderen Krankenkassen mit Gemeinschaften von Hausärzten geschlossen werden. Im Regelfall nach § 73b Absatz 4 Satz 1 SGB V sollen diese Gemeinschaften allerdings mindestens die Hälfte der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Allgemeinärzte des Bezirks der kassenärztlichen Vereinigung vertreten.
- Durch die „besondere ambulante ärztliche Versorgung“ nach § 73c SGB V wird den Krankenkassen die Möglichkeit gegeben, allein oder in Kooperation mit anderen Krankenkassen, Einzelverträge mit vertragsärztlichen Leistungserbringern, deren Gemeinschaften, Einrichtungen oder kassenärztlichen Vereinigungen zu schließen. Der Leistungsumfang darf im Rahmen der Bedingungen des § 73c Absatz 4 SGB V gegenüber den Vorgaben im dritten Kapitel des Gesetzes abweichen. Die Teilnahme für Versicherte ist stets freiwillig.
- Selektive Verträge sind notwendige Bedingung für das Konzept der „integrierten Versorgung“ nach § 140a bis d SGB V. Ziel ist hier eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende Versorgung der Versicherten bzw. eine interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung. Gemäß § 140b Absatz 1 SGB V können die Krankenkassen dazu Verträge mit zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Ärzten, Krankenhäusern und weiteren Leistungserbringern bzw. deren Gemeinschaften schließen.
- Jenseits der ärztlichen Versorgung sind Selektivverträge zudem im Bereich der „Heil- und Hilfsmittelversorgung“ gemäß § 125 Absatz 2 Satz 1 SGB V und § 127 Absatz 2 SGB V möglich. Diese Vorschriften erlauben auch kollektivvertragliche Lösungen durch den Kontrakt auf Verbandsebene. Leistungserbringer haben bei der Heilmittelversorgung ein Beitrittsrecht zu bestehenden Verträgen gemäß § 127 Absatz 2a SGB V.
- Um Selektivverträge handelt es sich auch bei den sog. „Arzneimittel-Rabattverträgen“ gemäß § 130a Absatz 8 SGB V. Krankenkassen oder ihre Verbände können danach mit Pharmaunternehmen für bestimmte Arzneimittel Rabatte aushandeln und sich im Gegenzug zur Abgabe von Präparaten des Unternehmens verpflichten.

1126. Ob die mit dem Konzept des Selektivvertrags verbundenen Ziele erreicht werden können, wird entscheidend durch den institutionellen Rahmen bestimmt, den das SGB V für die jeweiligen Gruppen von Selektivverträgen vorsieht. Effizienzvorteile kann das Konzept

der Selektivverträge nur dann ausspielen, wenn die Verträge Wettbewerb sowohl zwischen Krankenkassen als auch zwischen Leistungserbringern zulassen. Die Marktstruktur auf dem Markt für Verträge mit Leistungserbringern muss somit den Anforderungen eines Wettbewerbsmarktes entsprechen. Dies ist vor allem dann nicht gegeben, wenn die Normen eine unregelte, wettbewerbsbeschränkende Vermachtung durch den Zusammenschluss von Kassen oder Leistungserbringern ausdrücklich erlauben.

1127. Die Monopolkommission weist darauf hin, dass die selektivvertraglichen Möglichkeiten, die das SGB V heute vorsieht, zum weit überwiegenden Teil nicht wettbewerbsadäquat sind, da sie in vielen Fällen eine gemeinschaftliche Kooperation der Vertragspartner auf beiden Seiten ausdrücklich zulassen oder sogar vorsehen. Beispielsweise sind als Vertragspartner der Kassen in der hausarztzentrierten Versorgung vom Gesetz aus Hausarztorganisationen vorgegeben, die über 50 Prozent der Hausärzte in ihrem Bezirk vertreten. Vertragspartner der Kassen sind deshalb bis heute fast ausschließlich Ärzteorganisationen bzw. die regionalen Hausärzteverbände. Auch den Kassen ist eine Kooperation ausdrücklich gestattet. Wettbewerbliche Effizienzvorteile sind im Rahmen der hausarztzentrierten Versorgung deshalb nicht zu erwarten, da die kollektiven Strukturen der Regelversorgung lediglich durch andere kollektivvertragliche Strukturen ersetzt wurden.

1128. Ähnlich kritisch bewertet die Monopolkommission die übrigen Versorgungsbereiche, die selektives Kontrahieren nur optional zulassen. Im Zusammenhang der besonderen ambulanten Versorgung und der Kontrakte im Rahmen von Modellvorhaben sieht das SGB V ausdrücklich vor, dass mehrere Kassen diese Verträge gemeinsam schließen und damit ihre Marktmacht bündeln können. Gleiches gilt auch für die Marktgegenseite. Als problematisch sind auch solche Zusatzregelungen zu sehen, die ein wettbewerbliches Kontrahieren erschweren. Hierzu gehört das Beitrittsrecht zu bestehenden Verträgen, dass Leistungserbringern gemäß § 127 Absatz 2a SGB V in der Heilmittelversorgung gewährt wird.

1129. Nach Auffassung der Monopolkommission sind die bestehenden selektivvertraglichen Handlungsbereiche des SGB V zu einem überwiegenden Teil nicht effizient konzipiert. Wettbewerbsökonomische Vorteile, die sich durch selektivvertragliches Kontrahieren eröffnen, werden immer dann unterlaufen, wenn der Gesetzgeber einer oder beiden Marktseiten jeweils den gemeinsamen Vertragsschluss und damit das Ausspielen von Marktmacht zubilligt. Beschränkungen, die den Wettbewerb durch Selektivverträge vor kollektiven marktbeherrschenden Stellungen schützen etwa nach den Maßstäben des § 19 GWB hat der Gesetzgeber in den selektivvertraglichen Regelungen des SGB V in den meisten Fällen nicht ausdrücklich verankert. Neben den bestehenden Hindernissen einer kartellrechtlichen Kontrolle der Vertragsbeziehungen, auf die in Abschnitt 6 ausführlich eingegangen wird, wird so eine zusätzliche Hürde für den Effi-

zienzwettbewerb um Verträge aufgebaut. Die Monopolkommission sieht hier dringenden Nachbesserungsbedarf.

4.4.3 Integrationsvertrag als Archetyp des Selektivvertrags

1130. In der deutschen Gesundheitspolitik wird vor allem im Konzept der integrierten Versorgung im Sinne der §§ 140a bis d SGB V ein besonders vielversprechendes Substitut zur kollektiv organisierten Regelversorgung gesehen. Der diesem Konzept zugrunde liegende Integrationsvertrag gilt entsprechend als Musterbegriff eines Selektivvertrags. Die integrierte Versorgung kann als ganzheitliche, schnittstellenübergreifende Gesundheitsversorgung verstanden werden. Im Idealfall werden in integrierten Versorgungsstrukturen alle Etappen einer Patientenbehandlung über verschiedene Fachdisziplinen und Sektoren hinweg berücksichtigt. In Deutschland dominieren heute zwei Formen integrierter Versorgungsverträge. Zum einen existieren solche Integrationsverträge, die sich auf die Versorgung von Patienten mit einzelnen d. h. einer oder wenigen Indikationen beziehen (indikationsbezogene integrierte Versorgung); auf der anderen Seite gibt es Verträge, die prinzipiell für alle oder fast alle Indikationen einer definierten Population gelten (populationsbezogene integrierte Versorgung).

1131. Mit dem Konzept der integrierten Versorgung werden zahlreiche Innovations- bzw. Effizienzvorteile gegenüber der Regelversorgung verbunden. Diese sind in erster Linie auf Wettbewerb und Kooperationsanreize zurückzuführen, die sich unter geeigneten Voraussetzungen in dieser Versorgungsform in Abgrenzung zur Regelversorgung einstellen können.²⁶

In der kollektivvertraglichen Regelversorgung liegen für das Zusammenwirken verschiedener Leistungserbringer innerhalb der Versorgungskette eines Patienten nur geringe oder sogar gegenläufige Anreize vor, sodass sich zwischen Hausärzten und Fachärzten, ambulantem und stationärem Sektor, ärztlichen und nichtärztlichen Leistungserbringern und weiteren Schnittstellen der Versorgungskette Strukturbrüche ergeben. Durch die Vielzahl der in der Leistungserbringung tätigen Akteure lässt sich Kooperation auch nicht sinnvoll vertraglich regeln, da Kontrollprobleme bei der Umsetzung zu einem Hierarchieversagen führen. Demgegenüber bietet der Integrationsvertrag die Möglichkeit, dass die kooperierenden Leistungserbringer einer Versorgungskette gemeinsam einen Integrationsvertrag mit der Krankenkasse abschließen, woraus vielfach direkte Kooperationsanreize der Beteiligten resultieren.

1132. Kooperationsanreize ergeben sich insbesondere aus der Organisations- und Vergütungsform in der integrierten Versorgung. Der Gestaltungsspielraum für die Wahl von Vertragspartnerkombinationen, Organisationsform und Vergütung ist groß, sodass auch auf vertragli-

²⁶ Vgl. Jasper, J., Sundmacher, T., Wettbewerb und Kooperation als Koordinationsverfahren für die Integrierte Versorgung, Sozialer Fortschritt 54, 2005, S. 53–62.

cher Seite Anreize zu Innovationen erhalten bleiben. Es dominiert aber die Vergütung durch Komplexpauschalen, bei denen die Krankenkassen den Vertragspartnern eine gemeinsame Pauschalvergütung für die Versorgung eines Patienten über mehrere Versorgungsstufen hinweg garantiert. Damit verlagert sich das Kostenrisiko von den Kassen auf die Vertragspartner im Integrationsvertrag, die auf diese Weise auch für Ineffizienzen beim Übergang zwischen mehreren Versorgungsstufen aufkommen müssen. Die Vertragspartner auf der Leistungsseite haben deshalb einen direkten Anreiz, eine Fehl-, Über- oder Unterversorgung zu vermeiden, sofern sie im Rahmen der Pauschalvergütung selbst für die Ineffizienzen einstehen müssen. Zulässige Vertragspartner der Krankenkassen sind in § 140b Absatz 1 SGB V aufgeführt. Die Regelung schließt unter anderem niedergelassene Ärzte, Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen sowie deren Gemeinschaften mit ein. Darüber hinaus kommen beispielsweise auch Managementgesellschaften als Vertragspartner infrage. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung wird hingegen nicht als möglicher Vertragspartner zugelassen.

1133. Inhaltlich können die Vertragsparteien flexibel über Rechte und Pflichten des integrierten Versorgungsvertrags entscheiden. Hinsichtlich des Vertragsgegenstands beschränkt lediglich eine ablehnende Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses den Gestaltungsspielraum. Integrierte Versorgungsverträge stehen explizit außerhalb des Sicherstellungsauftrags, die Vertragspartner müssen sich jedoch zu einer „qualitätsgeicherten, wirksamen, ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten verpflichten“. Auf diese Weise bieten die Verträge zur integrierten Versorgung ein weites Feld für Effizienzverbesserungen durch Produkt- und Prozessinnovationen. Damit verbunden sind Effizienz- und Qualitätspotenziale für die Patientenversorgung, die je nach Vertragsmodell sowohl kostensenkende (insbesondere im Falle von Effizienzverbesserungen durch Prozessinnovationen) als auch kostensteigernde (insbesondere im Falle von Qualitätsverbesserungen durch Produktinnovationen) Wirkungen auf die Krankenkassen entfalten können.

1134. Die Effizienz- und Qualitätspotenziale der integrierten Versorgung basieren auf Innovation und bedürfen zunehmender Erfahrung im Umgang mit dem neuen Versorgungskonzept. Der Wettbewerb um möglichst geeignete Versorgungsverträge stellt deshalb ein geeignetes Verfahren dar, um die Potenziale des Konzeptes zu erkunden und den Versicherten der GKV präferenzorientierte Angebote zu machen. Auch vor diesem Grund ist zu begrüßen, dass das SGB V als Vertragspartner für Integrationsverträge weder Kooperationen von Krankenkassen noch von kassenärztlichen Vereinigungen ausdrücklich zulässt und damit echtem Wettbewerb um Selektivverträge den Weg ebnet.

4.4.4 Dualität von Kollektiv- und Selektivverträgen in der ärztlichen Versorgung durch Wahltarife

1135. In der ärztlichen Versorgung gilt insbesondere der Integrationsvertrag als vielversprechender Schlüssel für eine effizientere, wettbewerbliche Steuerung der GKV. In

das SGB V hat der Integrationsvertrag bereits ab dem Jahr 2000 durch das Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung²⁷ Eingang gefunden. Selektivverträge, wie der Integrationsvertrag, waren bereits zu diesem Zeitpunkt als parallele Versorgungsform neben der durch Kollektivverträge organisierten Regelversorgung konzipiert. Sie sollten die kollektivvertragliche Versorgung ersetzen bzw. ergänzen. Versicherte sollten zu diesem Zweck wählen können, ob sie einen Tarif ihrer Krankenkasse in Anspruch nehmen wollen, bei dem insbesondere Versorgungsformen zum Einsatz kommen, bei denen die Leistungen von den Krankenkassen selektiv beschafft werden. Seit April 2007 haben die Krankenkassen nach § 53 Absatz 3 SGB V die Pflicht, spezielle Tarifmodelle für die integrierte Versorgung und andere besondere Versorgungsformen anzubieten.

1136. Die Dualität von kollektivvertraglicher Regelversorgung und besonderen Versorgungsformen steht im Gegensatz zu einem vollständigen Systemwechsel hin zu einer selektivvertraglichen Versorgung. Es stellt sich somit die Frage, ob ein vollständiger Systemwechsel zu Selektivverträgen unmittelbar zu begrüßen wäre. In diesem Zusammenhang sind neben den beschriebenen Effizienzvorteilen eines Wettbewerbs um Selektivverträge auch verschiedene Nachteile gegenüber der bisher dominierenden kollektivvertraglichen Regelversorgung zu berücksichtigen. Im Vergleich zum Kollektivsystem fallen bei der Versorgung durch Selektivverträge parallel zur Zunahme der notwendigen Leistungsverträge auch zusätzliche Transaktionskosten an, die bei der effizienten Ausgestaltung eines Selektivvertragssystems zu beachten sind.²⁸ Damit wird dem Umstand Rechnung getragen, dass durch Selektivverträge der Markt als Organisationsmechanismus zur Beschaffung von Versorgungsleistungen genutzt wird.

Zu beachten ist weiterhin, dass Selektivverträge immer dann scheitern müssen, wenn der gewünschte Leistungsumfang der GKV durch den Markt nicht ausreichend bereitgestellt wird, z. B. weil gewisse sozialpolitische Anforderungen bestehen. Dies ist beispielsweise im Hinblick auf die flächendeckende Versorgung und auch im Hinblick auf die Notfallversorgung der Fall, die ohne entsprechende Vorgaben im Rahmen eines selektivvertraglichen Kontrahierens der Leistungserbringer nicht selbstständig und im erwünschten Umfang sichergestellt wird.

1137. Im Hinblick auf die dargestellten Hindernisse einer ausschließlich selektivvertraglichen Steuerung des Gesundheitswesens sieht die Monopolkommission die

²⁷ Vgl. Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000) vom 22. Dezember 1999, BGBl. I S. 2626.

²⁸ Im Hinblick auf die Selektivverträge über ärztliche Versorgungsleistungen, speziell den Integrationsvertrag, wird die Effizienz des Wettbewerbs um Verträge insbesondere durch das Recht der freien Arztwahl nach § 76 Absatz 1 SGB V berührt. Wird die Leistungserbringung allein über Selektivverträge organisiert, so ist jede Kasse gezwungen, mit dem Leistungserbringer zu kontrahieren, um dem Versicherten unabhängig von der Wahl der Kasse die Möglichkeit zu geben, sämtliche zugelassenen Ärzte aufsuchen zu können. Durch den Kontrahierungszwang wird die Effizienz des Wettbewerbs um Verträge deutlich herabgesetzt.

Dualität von Kollektivvertragssystem und selektiven Verträgen zumindest vorläufig als geeignet an. Auf diese Weise können sozialpolitische Anforderungen der Notfallversorgung und flächendeckenden Versorgung durch das Kollektivvertragssystem gesichert bleiben, während Optionstarife für die Patienten die Tür zu Qualitäts- und Preisvorteilen durch im Wettbewerb stehende selektivvertragliche Versorgungsformen öffnen.

1138. In Anbetracht der diskutierten Aspekte hält es die Monopolkommission für geeignet, dem Versicherten die Wahl zu lassen, ob er an der Regelversorgung mit kollektivvertraglich kontrahierten Leistungen teilnehmen möchte oder ob er im Rahmen eines Wahltarifs ganz oder teilweise zu anderen Versorgungsformen wechselt, die auf selektiven Verträgen aufbauen. Dies steht im Einklang mit der im Grundsatz bereits bestehenden Konzeption des SGB V, die Inanspruchnahme der neuen Versorgungsformen durch sog. Wahltarife gemäß § 53 Absatz 3 SGB V zu öffnen.²⁹ Danach sind gesetzlich Versicherte so lange in der bisherigen Form der Regelversorgung versichert, wie sie sich nicht explizit für einen Wahltarif entscheiden. Dieser verpflichtet sie, sich im Rahmen der besonderen Versorgungsformen von zugewiesenen Leistungserbringern behandeln zu lassen. Im Gegenzug profitieren sie von den damit verbundenen Preis- und Qualitätsvorteilen. Durch dieses Konzept erscheint sichergestellt, dass nur dann ein Wechsel der Patienten zu selektivvertraglichen Versorgungsformen erfolgt, wenn diese eine effizientere Versorgung ermöglichen.

²⁹ Zu den Regelungen hinsichtlich Wahlтарifen vgl. auch Abschnitt 5.1.3.

1139. Faire Bedingungen vorausgesetzt, wird sich durch die Wahlentscheidung der Versicherten die effizienteste Versorgungsform schrittweise durchsetzen. Die Monopolkommission geht davon aus, dass unter dieser Voraussetzung der bisher nur geringe Anteil der selektiv kontrahierten Leistungen an der Versorgung deutlich steigen wird. Sofern das SGB V faire Bedingungen für die Dualität der Versorgungsbereiche vorsieht, werden Selektivverträge den Anteil an der Kollektivversorgung sukzessive zurückdrängen. Ärzte, Krankenhäuser und weitere Leistungserbringer stehen damit analog zu anderen Wirtschaftsbereichen erstmals unter einem individuellen Leistungsdruck, um sich durch Selektivverträge neue Ertragsquellen zu erschließen.

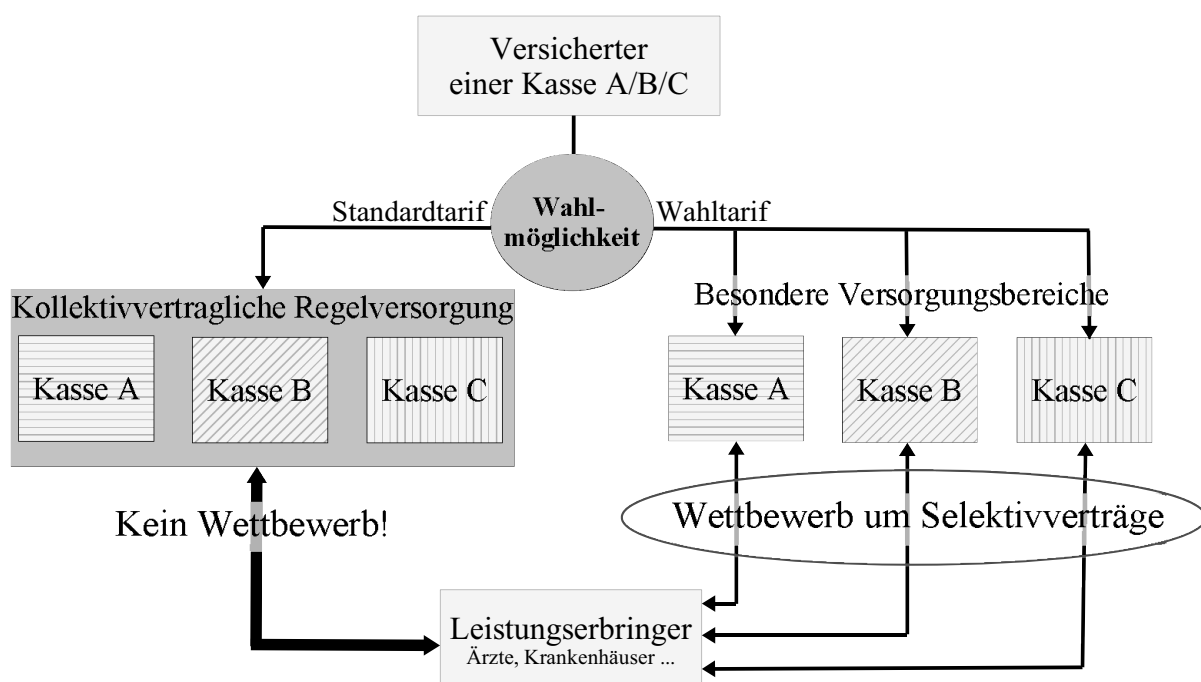
1140. Sofern die Kassen Tarife anbieten, die gegenüber der Regelversorgung Einschränkungen, etwa beim Angebot vertragsärztlicher Versorgung, vorsehen, ist sicherzustellen, dass eine umfassende Versorgung in der Fläche und im Rahmen der Notfallversorgung stets gewahrt bleibt. Die Monopolkommission hält es dazu für erforderlich, den Sicherstellungsauftrag auch im Rahmen von Bedingungen für das Angebot der Kassen bei den besonderen Versorgungsformen entsprechend umfassend zu regulieren.

4.4.5 Budgetbereinigung als zentrale Wettbewerbschürde

1141. Die Dualität von Versorgungsbereichen, deren Leistungen kollektiv bzw. selektiv kontrahiert werden, stellt ein Konzept für die GKV dar, durch das ein sukzessiver Übergang zu mehr Wettbewerb auf dem Leistungsmarkt erreicht werden kann (vgl. Abbildung VI.4). Eine

Abbildung VI.4

Wettbewerbskonzept mit Selektivverträgen: Dualität der Versorgungsbereiche



Quelle: Eigene Darstellung

notwendige Bedingung dieses Konzeptes sind neutrale Wettbewerbsbedingungen zwischen den Versorgungsalternativen. Eine zentrale Hürde stellt dabei das Problem des Budgetausgleichs beider Bereiche dar. Ein solcher Ausgleich ist aufbauend auf das bestehende System der Regelversorgung notwendig. Die hierzu geltenden Regelungen verhindern nach Auffassung der Monopolkommission derzeit einen fairen Wettbewerb, sodass sich effizientere Versorgungsformen bisher nicht entscheidend durchsetzen können.

4.4.5.1 Problem der Budgetbereinigung

1142. Ursache des Problems der Budgetbereinigung ist die Berechnung der Gesamtvergütung für die kollektivvertragliche Regelversorgung. Wie in Abschnitt 4.3.2 ausführlich dargestellt, zahlen die Krankenkassen den kassenärztlichen Vereinigungen gemäß § 87a Absatz 3 SGB V mit befreiender Wirkung eine morbiditätsbedingte Gesamtvergütung für die gesamte vertragsärztliche Versorgung der Versicherten mit Wohnort im Bezirk der kassenärztlichen Vereinigung im Folgejahr. Dieses Budget für die Regelversorgung deckt somit sämtliche vertragsärztlichen Leistungen ab, welche die Kassen zur Versorgung ihrer Mitglieder im kommenden Jahr leisten müssen und wird nach einem bestimmten, an die Leistungserbringung geknüpften Verfahren auf die Vertragsärzte verteilt. Eine anschließende Bereinigung des Budgets entsprechend den tatsächlich erbrachten Leistungen erfolgt nicht mehr. Vergleichbar mit der vertragsärztlichen Versorgung verhält es sich auch mit der Erlösplanung bei Krankenhäusern, die zumindest teilweise ähnliche Budgetwirkungen entfaltet.

1143. Das Ausgleichsproblem entsteht nun mit der Möglichkeit der Kassen, neben den kollektiv kontrahierten Leistungen auch selektiv Versorgungsverträge zu schließen z. B. durch Integrationsverträge und damit eigenständig und unabhängig von der kollektiven Regelversorgung für die gesamte Versorgung von Patienten oder für die Versorgung im Falle bestimmter Indikationen eigene Versorgungsstrukturen aufzubauen. Da die Kassen auch für die selektivvertraglich kontrahierten Leistungen eine Vergütung zahlen müssen, fällt diese Vergütung für die Kassen zusätzlich zur kollektiven Gesamtvergütung an. Im Gegenzug reduziert der zusätzliche Selektivvertrag aber die Inanspruchnahme von kollektivvertraglichen Regelleistungen, da bestimmte Leistungen am Patienten nicht mehr durch die Regelversorgung, sondern im Rahmen der selektiv kontrahierten Versorgungsbereiche erbracht werden.

1144. Entschließen sich die Kassen, die Versorgung zunehmend durch die neuen Versorgungsformen zu erbringen, dann wird die kollektivvertragliche Regelversorgung zunehmend um diese Leistungen entlastet, die von den Kassen individuell kontrahiert wurden. Ohne eine Bereinigung des Kollektivbudgets um diesen sinkenden Aufwand für die Leistungserbringung in der Regelversorgung entfällt jedoch faktisch jeder Anreiz für die Kassen, einen Selektivvertrag mit einzelnen Leistungserbringern zu schließen. Denn die dafür aufzuwendenden Kosten

müsste die jeweilige Kasse neben den Kosten für das Kollektivbudget zusätzlich tragen. Falls es durch den Integrationsvertrag zu Effizienzgewinnen kommt, hätte die Kasse keinen Nettoertrag, wenn sie parallel für die gleiche, weniger effiziente Leistung im Kollektivvertrag ebenfalls bezahlt hat. Deshalb bedarf es eines Budgetausgleichs, durch den das Kollektivbudget um die selektivvertraglich kontrahierten ärztlichen Leistungen bereinigt wird.

4.4.5.2 Optionen für die Budgetbereinigung

1145. Für die Budgetbereinigung in der GKV werden vor dem Hintergrund der dualistischen Versorgung im wesentlichen zwei grundlegende Varianten diskutiert:

- Eine Möglichkeit besteht darin, das Budget für die Regelversorgung im Rahmen der Budgetverhandlungen jährlich exakt zu bereinigen. Sofern die Krankenkassen den Anteil der Regelversorgung durch selektiv kontrahierte Versorgungsformen ergänzen, ist das Kollektivbudget um eben jene Beträge zu entlasten, die im kollektivvertraglichen System für die Versorgung der eingeschriebenen Versicherten angefallen wären.
- Demgegenüber ließe sich auch ein Gesamtbudget für sämtliche Versorgungsbereiche prospektiv in einen Teil zur Finanzierung der Regelversorgung und einen oder mehrere weitere Anteile zur Finanzierung anderer Versorgungsformen aufteilen. Auf diese Weise würde der Anteil der neuen Versorgungsformen nicht primär durch die Wahl des Patienten bestimmt, sondern wäre ex ante durch den Gesetzgeber oder einen Regulator festzulegen.

1146. Erstere Variante einer exakten Budgetbereinigung zwischen den verschiedenen Versorgungsbereichen im GKV-System stellt ein diffiziles ökonomisches Problem dar. Die Monopolkommission hat zu diesem Zweck ein Gutachten erstellen lassen.³⁰ Zur Bestimmung des optimalen Ausgleichsbetrags, der für die Herauslösung einer Leistung aus dem Kollektivvertrag für den Selektivvertrag angesetzt werden sollte, ist eine Vielzahl unterschiedlicher Faktoren zu berücksichtigen. Diese setzen eine vollständige Beobachtbarkeit der Nachfrager und insbesondere der Morbiditätsstruktur der auszugliedernden Leistungen voraus.³¹ Nur theoretisch lässt sich ein optimales Ausgleichsniveau für jede Form von Selektivvertrag festlegen. Die Effektivität einer exakten Budgetbereinigung ist zudem ganz unmittelbar an die institutionellen Voraussetzungen eines Gesundheitssystems

³⁰ Vgl. Zerth, J., Daum, S., Gestaltungsmöglichkeiten für einen Budgetausgleich zwischen Kollektiv- und Selektivvertrag, Gutachten im Auftrag der Monopolkommission, Bayreuth 2010.

³¹ Der optimale Ausgleich für den Selektivvertrag wäre einerseits an den Grenzkosten der Morbidität und andererseits an der Residualleistung (z. B. Notfallversorgung) des Kollektivvertrags zu bemessen. Sofern der Selektivvertrag nur ausgesuchte Leistungen herauslöst und weitgehende Bestandteile beim Kollektivvertrag lässt, müsste dies zulasten des Ausgleichsbetrags für Leistungen aus dem Selektivvertrag berücksichtigt werden. Vgl. Zerth, J., Daum, S., a. a. O., insbesondere S. 34.

geknüpft, in welchem die Budgetbereinigung durchgeführt werden soll.

1147. Demgegenüber stellt die Variante einer prospektiven Aufteilung des Gesamtbudgets eine vergleichsweise einfach durchzuführende Möglichkeit der Budgetbereinigung dar, da in diesem Fall der wertmäßige Ausgleichsbedarf nicht für jeden Selektivvertrag individuell berechnet werden muss. Diese Variante hat jedoch das grundlegende Problem, dass nicht nur der optimale Ausgleichsbetrag für unterschiedliche Formen von Selektivverträgen, sondern darüber hinaus auch die sich bei diesem ergebende Menge selektiv kontrahierter Leistungen von einem Regulator, der die Aufteilung vornimmt, korrekt eingeschätzt werden müssten. Es liegt nahe, dass aufgrund der Komplexität des Optimierungsproblems und der Vielzahl der ex ante zu bestimmenden Informationen eine geeignete prospektive Aufteilung eines gemeinsamen Budgets nicht sinnvoll zu ermitteln ist.

1148. Des Weiteren ist bei einer prospektiven Aufteilung zu erwarten, dass die Selektivverträge nur zur Qualitätsverbesserung, nicht aber zur Verbesserung der Kosteneffizienz eingesetzt werden und damit stets eine Verzerrung möglicher Effekte der Selektivverträge vorliegt. Da die Kasse die Entlastung des Kollektivsystems bei einer prospektiven Aufteilung der Gesamtvergütung nicht im Einzelnen nachweisen muss, hat sie auch keinen Anreiz, die kollektive Leistungserbringung durch eine möglichst kosteneffiziente Selektivversorgung zu ersetzen. Vielmehr kann die Kasse stets auf die Vollversorgung ihrer Versicherten im Rahmen der Regelversorgung zurückgreifen und wird den für die Selektivversorgung vorgesehenen Budgetanteil alleine für Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung nutzen.

4.4.5.3 Problematik bestehender Bereinigungsregeln

1149. Für den Bereich der integrierten Versorgung hat der Gesetzgeber gemäß § 140d Absatz 1 SGB V für den Zeitraum zwischen 2004 und 2008 erstmals eine prospektive Budgetbereinigung als Ausgleichsmechanismus vorgesehen.³² Für diesen Zeitraum wurde aus dem Kollektivbudget für die ambulante Versorgung maximal 1 Prozent herausgelöst und für den Abschluss von Selektivverträgen im Bereich der integrierten Versorgung zur Verfügung gestellt. Die prospektive Aufteilung des Gesamtbudgets wurde jedoch nur als Einstieg in die selektivvertragliche Versorgung gesehen. Der Charakter einer Übergangslösung wird auch daran deutlich, dass die zwischen 2004 und 2008 für den Bereich der integrierten Versorgung geltende Budgetaufteilung in § 140d SGB V den Titel „Anschubfinanzierung“ erhalten hat. Um eine parallele Bereinigung für die Erlösbudgets bei Krankenhäusern zu vermeiden, sah der § 140d Absatz 4 SGB V vor, dass Krankenhausbehandlungen nicht in der inte-

grierten Versorgung, sondern in der bisherigen Regelversorgung vergütet werden.

1150. Seit dem 1. Januar 2009 ist gemäß § 140d Absatz 2 Satz 2 SGB V ein exakter Budgetausgleich für Integrationsverträge vorgesehen.³³ Danach ist der Behandlungsbedarf, der zur Berechnung der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung ermittelt wird, entsprechend der Zahl und der Morbiditätsstruktur der an der integrierten Versorgung teilnehmenden Versicherten sowie dem im Integrationsvertrag vereinbarten Versorgungsbedarf zu bereinigen. Diese Regelung wurde insbesondere durch die seit diesem Zeitpunkt ebenfalls veränderte Berechnung der Gesamtvergütung in der ambulanten Versorgung möglich. Da für die Berechnung der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung der geplante Behandlungsbedarf zu kalkulieren ist, kann das Budget für die kollektivvertragliche Regelversorgung vereinfacht dadurch bereinigt werden, dass der Versorgungsumfang im Integrationsvertrag, der die ambulanten Versorgungsleistungen betrifft, entsprechend dem einheitlichen Bewertungsmaßstab bewertet und von der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung abgezogen wird.

1151. Mit der heute geltenden Regelung ist zwar formal der Einstieg in einen wertmäßigen Budgetausgleich für einzelne integrierte Versorgungsverträge bereitet, de facto verbleiben aber weiterhin gewichtige Hürden für das duale Versorgungssystem. Ein wesentliches Problem besteht in der Bewertung des Ausgleichsbedarfs für selektive Versorgungsverträge, da der selektivvertragliche Versorgungsumfang zunächst nach den Maßstäben des kollektivvertraglichen Systems zu bewerten ist. § 140d Absatz 2 SGB V sieht dazu vor, dass die Bereinigung von den Vertragspartnern des Kollektivvertragssystems vorzunehmen ist, die damit auch die Höhe des Ausgleichs bestimmen müssen. Den Krankenkassen, die Vertragspartner des Selektivvertrags sind, steht es frei, im Konfliktfall das Schiedsamt nach § 89 SGB V anzurufen. Ein solcher Konfliktfall ist aufgrund der gegenläufigen Interessen anzunehmen.³⁴ Es ist davon auszugehen, dass mit Ausnahme der vertragsschließenden Kasse die Partner des Kollektivvertragssystems ein Interesse haben, den Ausgleichsbetrag möglichst niedrig anzusetzen. Ein niedriger Bereinigungswert nutzt den nicht am zu bewertenden Selektivvertrag beteiligten Parteien, da die Kasse, die den Selektivvertrag schließt, so weniger oder keine Wettbewerbsvorteile erringen kann. Analog haben die Leis-

³² Der Zeitraum ist zunächst, beginnend 2004, auf zwei Jahre begrenzt und anschließend verlängert worden.

³³ Vergleichbare Budgetausgleichsregeln existieren auch für andere besondere Versorgungsformen. Die Monopolkommission konzentriert sich in ihrer Betrachtung jedoch nachfolgend auf den am weitesten entwickelten Bereich der integrierten Versorgung.

³⁴ Vordergründig ließe sich das Problem lösen, wenn es zu einer gemeinsamen Maximierung zwischen dem Selektivvertrag und dem Kollektivvertrag kommen würde. Dies setzt aber nicht nur eine Kooperationsbereitschaft zwischen den beteiligten Leistungserbringern und Kostenträgern voraus, sondern würde auch eine einheitliche Vorablösung zur Konsequenz haben. Es ist aber gerade Zielsetzung eines Wettbewerbs mit Selektivverträgen, dass Krankenversicherungen und Leistungserbringer sowohl im Inhalt als auch im Umfang und Zeitpunkt unterschiedliche Ausgestaltungsoptionen wählen, die Leistungsgestaltung zu organisieren.

tungserbringer, die nicht am Selektivvertrag beteiligt sind, ebenfalls einen Anreiz, den Ausgleichsbedarf nur gering zu bewerten, da dieser das Kollektivbudget schmälert, auf das sie selbst zugreifen. Auch die kassenärztlichen Vereinigungen als Vertragspartner in der Kollektivversorgung haben ein Interesse, einen möglichst geringen Ausgleich zu erwirken, da insbesondere der Ausbau der integrierten Versorgung in der sie nicht Vertragspartner sind ihren Einfluss verringert.

1152. Damit sich im Verhältnis der Versorgungsformen ein effizientes Gleichgewicht einstellen kann, soll die Kasse dann einen Selektivvertrag abschließen, wenn dessen Preis-Qualitätsrelation besser als bei der entsprechenden Versorgung im Kollektivsystem ist. Für einen effizienten Dualismus von kollektiv- und selektivvertraglicher ärztlicher Versorgung muss den Kassen vor Abschluss eines Selektivvertrags deshalb bekannt sein, welchen Preis der entsprechende Versorgungsumfang im Kollektivsystem hat. Der Preis des entsprechenden Versorgungsumfangs im Kollektivsystem entspricht auch dem effizienten Budgetausgleichsvolumen für einen Selektivvertrag. Müssen die Kassen damit rechnen, dass der Ausgleichsbedarf gegenüber dem Kollektivsystem systematisch unterschätzt wird, so ist davon auszugehen, dass sie ihre Abwägung unter Berücksichtigung des zu geringen Ausgleichsbetrags treffen. Unter der Annahme der Risikoaversion werden die Kassen zudem einen Risikoabschlag auf den erwarteten Ausgleichsbetrag kalkulieren, wenn über die Höhe des Betrags Unsicherheit besteht. Infolgedessen agieren die Kassen unter den heutigen Voraussetzungen beim Abschluss von Selektivverträgen sehr vorsichtig. Der Anteil selektivvertraglicher Versorgungsformen muss daher ineffizient niedrig bleiben.

1153. Ein anderes Problem eines exakten Budgetausgleichs betrifft die Anreize der Kassen, durch neue Versorgungsformen innovative Qualitätsverbesserungen umzusetzen. Chancen zur Qualitätsverbesserung durch neue Versorgungsformen können neben einer Kostensenkung auch zu einer Kostensteigerung führen. Um durch die neuen Versorgungsformen auch kostensteigernde Qualitätsverbesserungen umzusetzen, muss im Rahmen der Wahltarife eine Finanzierung durch die Versicherten erfolgen. Wahltarife, die mit kostensteigernden, innovativen Qualitätsverbesserungen verbunden sind, führen zunächst zu einem höheren Nettoversicherungsbetrag für den Versicherten.³⁵ Hieraus lassen sich zwei Probleme ableiten:

So könnte die Gefahr bestehen, dass Versicherte der Regelversorgung sukzessive von Versorgungsinnovationen abgekoppelt werden, die mit kostenpflichtigen Wahltarifen verbunden sind. Dem ist entgegenzuhalten, dass Inno-

vationen im Versorgungsbereich, die sich in den besonderen Versorgungsformen bewährt haben, auch mit zeitlicher Verzögerung in die Regelversorgung aufgenommen werden können. Dezentrale präferenzbasierte Wahlleistungen sind somit als Ausdruck des Wettbewerbs vorteilhaft und könnten gleichzeitig in einem Regulierungsrahmen mit einer Re-Evaluation des Leistungskatalogs verbunden werden.

Ein weiteres Problem besteht dann, wenn der Patient die Vorteile qualitätsverbessernder, aber teurerer Tarife unterschätzen sollte. Dies wäre der Fall, wenn beim Versicherten grundsätzlich eine systematische Unterbewertung des Gutes „Gesundheit“ vorliegen sollte. Dies könnte zu einer Verzerrung beim effizienten Abschluss von Versorgungsverträgen führen, indem die Kassen kostensenkende Verträge gegenüber qualitätsverbessernden Verträgen tendenziell bevorzugen. Eine exakte Einschätzung dieses potenziellen Problems ist jedoch erst möglich, wenn mehr Informationen darüber vorliegen, wie sich die neuen Versorgungsformen am Markt entwickelt haben.

1154. Die Monopolkommission ist der Auffassung, dass das Erfordernis einer Einigung über die Höhe des Budgetausgleichs heute den wichtigsten Hemmschuh für den Ausbau einer wettbewerblichen Versorgung im Rahmen von Selektivverträgen darstellt. Diese Hürde sollte der Gesetzgeber konsequent angehen, indem er den im Kollektivbudget anfallenden Ausgleich deutlich stärker standardisiert und den Krankenkassen auf diese Weise kalkulierbare Wettbewerbsbedingungen bietet. In einem zweiten Schritt ist zudem die Frage zu stellen, ob das Ausgleichssystem zu einem effizienten Verhältnis von kostensenkenden bzw. qualitätsverbessernden Selektivverträgen führt. Hier könnten zusätzliche Anreizsysteme notwendig werden, um die Investition der Versicherten in Gesundheitserhaltung zu fördern.

4.4.6 Bestandsaufnahme des Selektivvertrags am Beispiel der integrierten Versorgung

1155. Die integrierte Versorgung stellt gleichzeitig den fortgeschrittensten und den aussichtsreichsten Bereich selektiver Kontrakte in der ärztlichen Versorgung dar. Er eignet sich deshalb besonders, um die Entwicklung selektivvertraglicher Versorgungsstrukturen abzubilden. Exakte Zahlen zur Anzahl abgeschlossener Verträge sowie zum Vergütungsumfang und zur Anzahl teilnehmender Versicherter liegen bis heute jedoch nicht vor.³⁶ Aktuell verfügbar sind jedoch verschiedene Daten aus dem Bericht der gemeinsamen Registrierungsstelle zur Unterstützung der Umsetzung des § 140d SGB V, auf die nachfolgend zurückgegriffen wird.³⁷ Aufgrund von Erhe-

³⁵ Dieser Effekt wird auch dadurch verstärkt, dass sich die Krankenkassen die Vorteile aus Kostensenkungen durch die Erhaltung der Gesundheit ihrer Versicherten zum Teil nicht selbst aneignen können und damit keinen Anreiz haben, selbst in bessere Gesundheitserhaltung zu investieren. Vgl. dazu auch Abschnitt 5.2, insbesondere Tz. 1176.

³⁶ Vgl. Zerth, J., Daum, S., a. a. O., S. 17 f.

³⁷ Vgl. Grothaus, F., Entwicklung der integrierten Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland 2004 bis 2008. Bericht gemäß § 140d SGB V auf der Grundlage der Meldungen von Verträgen zur integrierten Versorgung/Gemeinsame Registrierungsstelle zur Unterstützung der Umsetzung des § 140d SGB V, 2009, – Forschungsbericht, zitiert nach: Zerth, J., Daum, S., a. a. O.

bungsunsicherheiten eignen sich diese Daten jedoch nur zu einer vorsichtigen Interpretation.³⁸

1156. Die vorliegenden Daten beziehen sich auf den Zeitraum zwischen 2004 und 2008. Dies entspricht dem ersten Zeitraum einer Budgetbereinigung in Form der Anschubfinanzierung, durch die 1 Prozent des Kollektivbudgets für den Abschluss von Selektivverträgen zur Verfügung gestellt wurde. Die ökonomischen Anreize, die sich aus der Anschubfinanzierung ableiten, lassen erwarten, dass die Kassen kurzfristig diesen Anteil für den Abschluss von Integrationsverträgen verwenden werden.³⁹ Abbildung VI.5 zeigt die Zahl der gemeldeten Verträge, die zum 31. Dezember des jeweiligen Jahres in Kraft waren. Diese kumulierte Zahl von Integrationsverträgen ist im Zeitablauf stetig gestiegen, von 1 477 Verträgen im Jahr 2004 auf 6 407 Verträge im Jahr 2008. In den Jahren 2004 bis 2008 gingen bei der Registrierungsstelle insgesamt 7 491 Vertragsmeldungen ein, wobei 1 084 Verträge vor dem 31. Dezember 2008 ausliefen. Der überwiegende Teil laut Angabe 73 Prozent der Verträge wird unbefristet abgeschlossen. Im Mittel liegt die Zahl der Neumeldungen bei 1 475 Verträgen. Ein Jahr nach Inkrafttreten des GKV-Modernisierungsgesetzes⁴⁰ im Jahr 2005 war die Zahl der neu gemeldeten Verträge mit 1 995 am höchsten. Im letzten Jahr der Gültigkeit der Anschubfinanzierung 2008 wurden hingegen nur noch 756 Neuabschlüsse gemeldet. Auch wenn für das Jahr 2009 noch keine Zahlen vorliegen, gibt die niedrige Zahl neu abgeschlossener Verträge 2008 einen Hinweis darauf, welche Bedeutung der Anschubfinanzierung und somit einer klaren Regelung der Finanzierung integrierter Versorgung zukommt. Da ab dem Jahr 2009 eine exakte Budgetbereinigung vorzunehmen ist, deuten die Zahlen darauf hin, dass die Kassen unter Unsicherheit über den erst nach

Vertragsschluss festzulegenden Bereinigungsbetrag das Risiko scheuen, weitere Verträge zu schließen.

1157. Dass von einem Vertragswettbewerb auf dem Versicherungsmarkt Konzentrationsanreize ausgehen, zeigen vorliegende Daten über die Vertragspartner. Etwa 60 Prozent der seit April 2007 an die Registrierungsstelle gemeldeten Verträge wurden von mehreren Krankenkassen gemeinsam, die verbleibenden 40 Prozent von einzelnen, zumeist großen, d. h. mitgliederstarken Krankenkassen abgeschlossen. Die Angaben des Berichts zu den Leistungserbringern integrierter Versorgungsverträge sind nur sehr ungenau. Der Registrierungsstelle liegen lediglich Angaben zu den jeweils ursprünglichen Vertragspartnern vor; wird die Leistungserbringung von den Vertragspartnern an Dritte delegiert oder treten weitere Leistungserbringer einem bestehenden Vertrag bei, so kann dies aus den existierenden Meldungen nicht ersehen werden. Die vorherrschende Gruppe der Leistungserbringer, die integrierte Versorgungsverträge mit begründen, sind niedergelassene Ärzte. Sie sind an 64 Prozent aller gemeldeten Integrationsverträge beteiligt. Krankenhäuser erreichen einen Anteil von 54 Prozent. Sie sind jedoch bedeutend seltener alleinige Leistungserbringer, nämlich nur in 16 Prozent der Fälle, verglichen mit 30 Prozent bei den niedergelassenen Ärzten. Obwohl seit Inkrafttreten des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes auch Pflegekassen und zugelassene Pflegeeinrichtungen in Integrationsverträgen als Leistungserbringer zugelassen sind, gibt es bisher nur wenige Meldungen über ihre Vertragsbeteiligung. Pflegeeinrichtungen wurden nur in 35 der 1 424 seit April 2007 gemeldeten Verträge als Vertragspartner genannt.

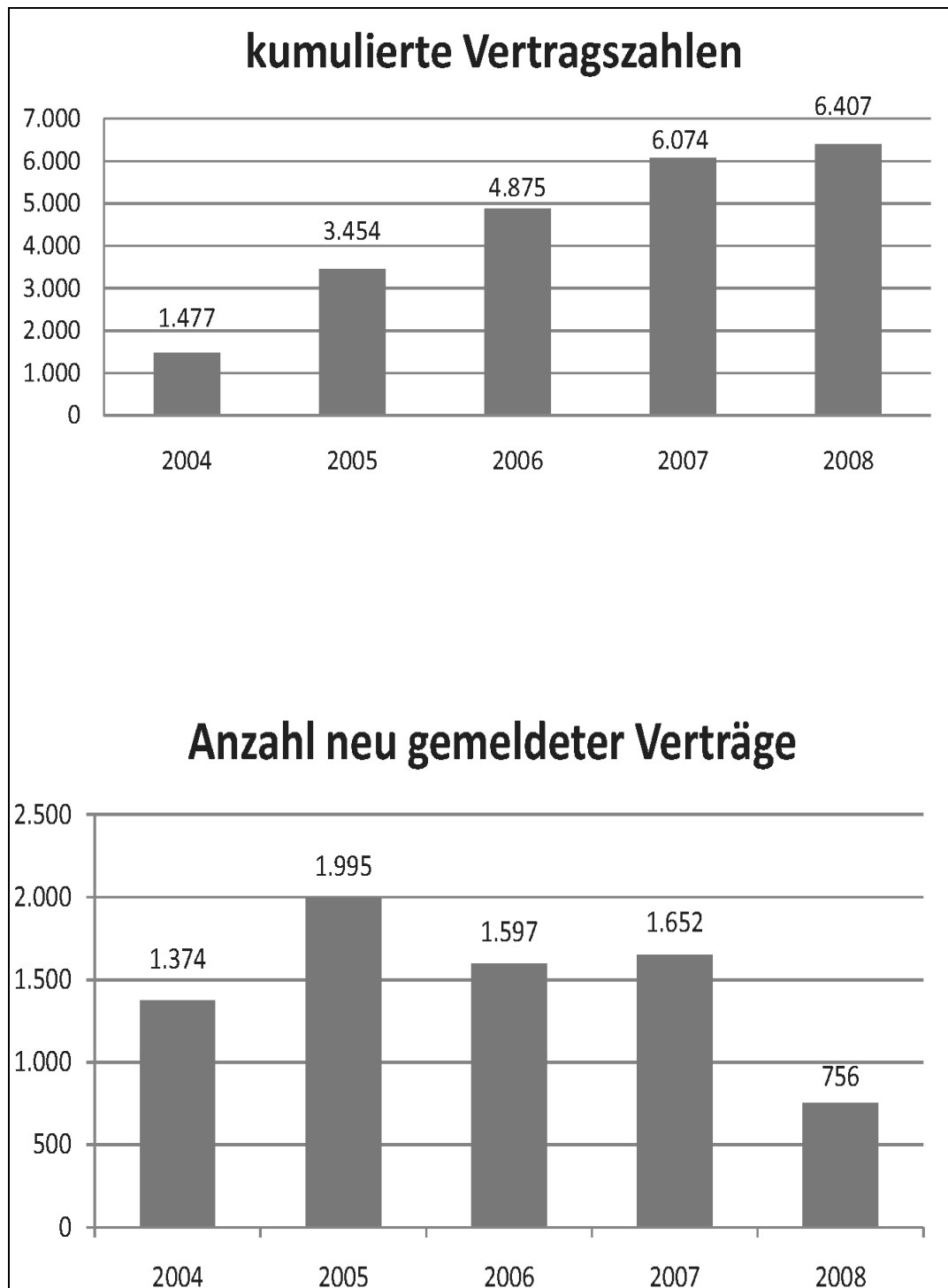
1158. Seit Inkrafttreten des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes wird bei der Meldung neu abgeschlossener Verträge die Zuordnung zu den Hauptdiagnosegruppen der MDC-Klassifikation des G-DRG-Systems sowie die Zuordnung zur Sonderkategorie „Vollversorgung“ abgefragt, wobei jeder Vertrag mehreren Kategorien zugeordnet werden kann. Daraus ergibt sich ein ungefähres Bild über die Verteilung der bisher geschlossenen Verträge zwischen indikations- und populationsbezogenen Integrationsverträgen (vgl. Tabelle VI.4). Es zeigt sich, dass der Anteil der Vollversorgung im Rahmen der Integrationsversorgung bisher noch relativ gering ist.

³⁸ Der Bericht stützt sich auf die von den Krankenkassen bei der Registrierungsstelle gemeldeten Integrationsverträge und die zugehörigen Angaben zur Mittelverwendung. Meldungen der Krankenkassen zu einzelnen Integrationsverträgen sind freiwillig und es kann zudem zu Mehrfachnennungen derselben Integrationsverträge kommen, wenn ein Integrationsvertrag zwischen mehreren Kassen abgeschlossen und von jeder Krankenkasse einzeln der Registrierungsstelle gemeldet wird.

³⁹ Vgl. Abschnitt 4.4.5.2.

⁴⁰ Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung vom 14. November 2003, BGBl. I S. 2190

Abbildung VI.5

Vertragsabschlüsse in der Integrationsversorgung zwischen 2004 und 2008

Quelle: Zerth, J., Daum, S., Gestaltungsmöglichkeiten für einen Budgetausgleich zwischen Kollektiv- und Selektivvertrag, Gutachten im Auftrag der Monopolkommission, Bayreuth 2010, S. 19, in Anlehnung an Grothaus, F., Entwicklung der integrierten Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland 2004–2008. Bericht gemäß § 140d SGB V auf der Grundlage der Meldungen von Verträgen zur integrierten Versorgung/ Gemeinsame Registrierungsstelle zur Unterstützung der Umsetzung des § 140d SGB V, 2009, Forschungsbericht.

Tabelle VI.4

Integrationsverträge nach Indikationen

MDC-Klassifikation		Meldungen mit Nennung	Geschätztes Vergütungs- volumen (Tsd. Euro)	Geschätzte Anzahl teilnehmender Versicherter
		Anzahl	Summe	Summe
1	Erkrankungen des Nervensystems	87	5.144	3.680
2	Erkrankungen der Augen	50	3.196	2.396
3	Erkrankungen im HNO-, Mund-/Kiefer-Bereich	59	4.148	5.177
4	Erkrankungen der Atemwege	29	761	2.897
5	Erkrankungen des Kreislaufsystems	116	14.517	55.264
6	Erkrankungen des Verdauungssystems	44	2.097	1.725
7	Erkrankungen von Leber, Gallenwegen und Pankreas	25	397	277
8	Erkrankungen von Muskeln, Skelett und Bindegewebe	289	35.340	34.843
9	Erkrankungen von Haut, subkutanem Gewebe und Brust	72	5.267	2.796
10	Hormonelle oder Stoffwechselkrankheiten	55	1.847	4.445
11	Erkrankungen von Niere und Harnwegen	35	2.000	944
12	Erkrankungen der männlichen Geschlechtsorgane	48	2.615	2.912
13	Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane	52	2.736	2.197
14	Schwangerschaft, Geburt	64	1.830	7.196
15	Erkrankungen von Neugeborenen	8	140	136
16	Erkrankungen der blutbildenden Organe	30	264	113
17	Myeloproliferative Erkrankungen	n < 4		
18A	HIV	6	41	57
18B	Infektionen und parasitäre Erkrankungen	16	604	197
19	Psychische Erkrankungen	80	4.581	1.837
20	Erkrankungen durch Alkohol und Drogen	13	197	78
21A	Polytraumatische Versorgungen	15	453	143
21B	Verletzungen, Vergiftungen (ohne Drogen)	22	1.786	2.234
22	Verbrennungen	22	2.810	840
	Sonstige, hier nicht aufgeführte Erkrankungen	266	13.674	73.433
	Vollversorgung	34	3.255	50.564
	Palliativversorgung	370	2.065	2.322
	Keine Angabe	131	17.160	19.553
	Gesamt ¹	2.038	128.926	278.256
	Vertrag einzeln gezählt	1.424	94.980	205.466

¹ Ohne myeloproliferative Erkrankungen

Quelle: Eigene Darstellung nach Zerth, J., Daum, S., Gestaltungsmöglichkeiten für einen Budgetausgleich zwischen Kollektiv- und Selektivvertrag, Gutachten im Auftrag der Monopolkommission, Bayreuth 2010, S. 24, in Anlehnung an Grothaus, F., Entwicklung der integrierten Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland 2004 bis 2008. Bericht gemäß § 140d SGB V auf der Grundlage der Meldungen von Verträgen zur integrierten Versorgung/Gemeinsame Registrierungsstelle zur Unterstützung der Umsetzung des § 140d SGB V, 2009, Forschungsbericht.

5. Die Preisseite der gesetzlichen Krankenversicherung

1159. Neben Umfang und Qualität der angebotenen Versicherungsleistung ist der Preis für die Mitgliedschaft in der GKV der zentrale Wettbewerbsparameter der Krankenkassen auf dem Versicherungsmarkt. Der Preis für die Leistungen der GKV entspricht im Wesentlichen dem monatlich an die Krankenkasse abzuführenden Versicherungsbeitrag und einem allgemeinen Steuerzuschuss. Die Gestaltung des Mitgliedsbeitrags, der durch die Krankenkassen erhoben wird, ist umfangreich reguliert und Gegenstand intensiver öffentlicher Diskussionen. Die Monopolkommission untersucht nachfolgend die heutige Regulierung des Beitrags und bewertet die Möglichkeiten des Faktors Preis als Wettbewerbsparameter.

5.1 Preiswettbewerb auf dem Versicherungsmarkt

5.1.1 Preiswettbewerb zwischen 1996 und 2008

1160. Bis zum Jahre 2008 legten die Krankenkassen ihren Beitragssatz selbstständig und individuell als prozentualen Anteil vom Bruttoarbeitsentgelt fest.⁴¹ Der Beitragssatz der Kassen diente seit der Freigabe der Kassenwahl 1996 bis zum Jahre 2008 als deren wichtigster Handlungsparameter im Wettbewerb. Dies folgte bereits daraus, dass den Kassen aufgrund des vorgegebenen Leistungskatalogs nur sehr bedingt individuelle Leistungsmöglichkeiten offenstanden und der Preis den erheblich transparenteren Wettbewerbsparameter darstellt.

1161. Beobachtbar waren in diesem Zeitraum die Auswirkungen des Wettbewerbsparameters „Preis“ auf das Geschehen auf dem Versicherungsmarkt. Aus Statistiken der Krankenkassen selbst stehen keinerlei Daten über die Quote der Versicherten zur Verfügung, die in der Phase kassenindividueller Beiträge einen Kassenwechsel vollzogen haben. Jedoch kann Befragungen abgeleitet werden, dass in den ersten zehn Jahren nach 1996 etwa jeder vierte bis fünfte Versicherte mindestens einmal die Krankenkasse gewechselt hat. Eindeutig erscheint dabei der Zusammenhang zum Wettbewerbsparameter Beitragssatz, da Mitgliederzuwächse und Rückläufe offenkundig negativ mit den Beitragssätzen korrelierten.⁴²

5.1.2 Beitragssatzvereinheitlichung durch den Gesundheitsfonds und Preiswettbewerb durch Zusatzbeiträge

1162. Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz hat der Gesetzgeber die kassenindividuellen Beitragssätze im Jahr 2009 durch einen einheitlichen Beitragssatz ersetzt.

Gemäß § 241 Absatz 1 SGB V wird der einheitliche Satz jährlich durch Rechtsverordnung von der Bundesregierung festgelegt. Besondere Beiträge gelten für Studenten, Rentner, Arbeitslosengeldempfänger und weitere Gruppen. Die allgemeinen Beiträge werden paritätisch von Arbeitnehmern und Arbeitgebern finanziert; die Arbeitnehmerseite trägt jedoch seit dem 1. Juli 2005 stets einen um 0,9 Prozentpunkte höheren Anteil.⁴³ Nach § 252 Absatz 2 SGB V sind sämtliche Beiträge direkt oder indirekt an den mit der Gesetzesänderung neu eingeführten Gesundheitsfonds zu übermitteln. Der Fonds agiert somit als eine Sammel- und Verteilstelle aller Beitragseinnahmen. Er wird gemäß § 271 Absatz 1 SGB V durch das Bundesversicherungsamt verwaltet. Die Einnahmen des Fonds werden dann im Anschluss den Kassen zugewiesen.

1163. Unter Außerachtlassung der Versichertenstruktur vereinheitlicht der allgemeine Beitragssatz zum Gesundheitsfonds die Beitragssätze zur GKV für alle Krankenkassen. Krankenkassen, die besondere freiwillige Leistungen – etwa bei der Betreuung der Versicherten oder durch ergänzende Satzungsleistungen – bereitstellen oder eine effizientere oder ineffizientere Kostenstruktur aufweisen, können diese Kostenunterschiede nicht mehr aus dem allgemeinen Beitragssatz finanzieren. Da die einheitliche Einnahmesituation somit nicht mehr dazu geeignet ist, Kostenunterschiede der Kassen auszugleichen, wurde den Kassen die Möglichkeit eingeräumt, verbleibende Überschüsse aus den Einnahmen durch den Gesundheitsfonds durch einkommensunabhängige Prämien auszusütten (§ 242 Absatz 2 SGB V) bzw. Mindereinnahmen durch pauschale Zusatzbeiträge (§ 242 Absatz 1 SGB V) auszugleichen.

1164. Zu Beginn des Jahres 2010 zeigte sich, dass zwischen den Optionen Prämie und Zusatzbeitrag der Trend heute eher in Richtung Zusatzbeiträge geht, da der einheitliche Beitragssatz zum Gesundheitsfonds von der Bundesregierung eher knapp bemessen wurde. Die Möglichkeit, Zusatzbeiträge zu erheben, wurde jedoch durch eine Überforderungsklausel gemäß § 242 Absatz 1 Satz 2 und 3 SGB V begrenzt. Übersteigt der Zusatzbeitrag 8 Euro pro Monat, dann darf die Kasse diesen Beitrag von einem einzelnen Mitglied nur dann erheben, wenn der Zusatzbeitrag 1 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen eines Mitglieds nicht überschreitet. Andernfalls wird der Zusatzbeitrag auf 1 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds begrenzt.

1165. Mit dem Wegfall des kassenindividuellen Beitragssatzes stellen heute die pauschalen Zusatzbeiträge bzw. Prämien den preislichen Wettbewerbsparameter für den Preiswettbewerb der Kassen außerhalb spezifischer

⁴¹ Bei freiwillig versicherten Selbstständigen gelten für die Beitragsbemessungsgrundlage abweichende Regelungen.

⁴² Ein Überblick zu den betreffenden Studien findet sich in Greß, S. u. a., Kassenwechsel als Mechanismus zur Durchsetzung von Versicherteninteressen, in: Braun, B. u. a. (Hrsg.), Einfluss nehmen oder aussteigen: Theorie und Praxis von Kassenwechsel und Selbstverwaltung in der Gesetzlichen Krankenversicherung, Berlin 2008, S. 22 ff.

⁴³ Der höhere Beitragssatz für Arbeitnehmer wurde 2005 zunächst als zusätzlicher Arbeitnehmerbeitrag eingeführt. Mit dem Start des Gesundheitsfonds wurde der Zusatzbeitrag gemäß § 249 Absatz 1 SGB V durch eine Reduzierung des Arbeitgeberanteils im allgemeinen Beitragssatz in gleicher Höhe ersetzt. Demzufolge erfasst der allgemeine Beitrag zum Gesundheitsfonds nun auch den Zusatzbeitrag und musste sich ceteris paribus gegenüber früheren Beitragssätzen nominal entsprechend erhöhen, auch wenn die individuellen Beitragsätze von Arbeitnehmern und Arbeitgebern unverändert geblieben wären.

Wahltarife dar. Dieser Wettbewerbsparameter ist nach Auffassung der Monopolkommission jedoch nicht effizient ausgestaltet, da das Preisspektrum zwischen Prämien und Zusatzbeiträgen die Preistransparenz reduziert und insbesondere die Überforderungsklausel keinen unverzerrten Preiswettbewerb zulässt. Aus ökonomischer Sicht stellt die Klausel einen Sprung innerhalb des preispolitischen Handlungsspielraums der Kassen dar. Muss eine Kasse einen Zusatzbeitrag erheben, der den Betrag von 8 Euro überschreitet, so entstehen ihr Verwaltungskosten durch die aufwendige Durchführung der Einkommensprüfung. Die Einkommensprüfung könnte weiterhin dazu führen, dass Geringverdiener weniger als 8 Euro Beitrag zahlen müssen, sodass der reale Durchschnittszusatzbeitrag bei einer nominellen Erhöhung über 8 Euro sogar sinken kann. Ist die Kasse darauf angewiesen, Zusatzbeiträge zu erheben, welche die 8-Euro-Grenze überschreiten, so müssen die zusätzlichen Einnahmen diese Einnahmenverluste bzw. Ausgaben überkompensieren. Es ist deshalb davon auszugehen, dass eine Kasse nur dann die 8-Euro-Grenze überschreiten wird, wenn der erhobene Zusatzbeitrag sehr deutlich über dieser Grenze liegen wird. Die Monopolkommission ist deshalb der Auffassung, dass die heutige Ausgestaltung der Überforderungsklausel den Preiswettbewerb ganz erheblich limitiert. Dieses Problem stellt sich umso gewichtiger dar, je mehr Kassen einen einheitlichen Beitrag am Rande der preispolitischen Sprungstelle von 8 Euro erheben.

5.1.3 Beitragsdifferenzierung durch Wahltarife

1166. Insbesondere durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz aus dem Jahr 2007 wurden die Regelungen des SGB V, die eine individuelle Beitragserhebung im Rahmen von Wahlтарifen zulassen, stark erweitert. Danach können die Krankenkassen ihren Versicherten gemäß § 53 SGB V verschiedene Tarifoptionen zur Wahl stellen, die zu Prämienzahlungen durch die Krankenkasse oder den Versicherten oder zu Zuzahlungsermäßigungen und damit faktisch zu einer Beitragsdifferenzierung führen.

1167. Ein Teil der Regelungen zielt darauf, den Kassen die Möglichkeit zu geben, mittels spezieller Tarifmodelle Verhaltensanreize ihrer Mitglieder zu aktivieren. Dazu können sie gemäß § 53 Absatz 1 SGB V mit einem Mitglied vereinbaren, dass dieses einen Teil der von der Krankenkasse jährlich zu tragenden Kosten selbst finanziert und im Ausgleich eine Prämie erhält. Ein solcher Tarif kann beispielsweise so ausgestaltet sein, dass für jeden Arztbesuch ein Abzug vom maximal erzielbaren Bonus erfolgt. Ab einer vorbestimmten Anzahl von Arztbesuchen wird das Mitglied bis zu einem bestimmten Betrag an den Kosten beteiligt. Ein ähnliches Konzept steht auch hinter einer Prämie, welche die Krankenkasse gemäß § 53 Absatz 2 SGB V an ein Mitglied ausschütten kann, wenn dieses Leistungen zulasten der Krankenkasse nicht in Anspruch genommen hat.

Durch § 53 Absatz 3 SGB V werden die Krankenkassen verpflichtet, spezielle Tarife für Versicherte vorzusehen, die sich verpflichten, an den besonderen Versorgungsfor-

men teilzunehmen. Durch die Vorschrift haben die Krankenkassen die Möglichkeit erhalten, ihren Beitrag für diese Versicherten zu differenzieren. Allerdings ist gegenüber dem regulären Versicherungsbeitrag nur eine Differenzierung nach unten durch Prämienzahlung oder Zuzahlungsermäßigungen möglich. Damit erhalten die Kassen die Möglichkeit, Einsparungen, die an selektivvertragliche Versorgungsmodelle geknüpft sind, an den Versicherten weiterzugeben. Besonders im Rahmen von Hausarztmodellen wurde dies von den Kassen verbreitet umgesetzt.

Schließlich wurden den Kassen weitere Tarifoptionen durch § 53 Absatz 4 bis 6 SGB V eröffnet. Danach haben sie die Möglichkeit, Tarife anzubieten, die ihren Mitgliedern besondere Erstattungsleistungen gegen Prämienzahlung ermöglichen oder die bestimmte Leistungen für Mitgliedergruppen berücksichtigen, für die der Anspruch gemäß SGB V gewöhnlich nur eingeschränkt gewährt wird.

1168. Allen Wahlтарифmodellen gemein ist das Verbot zur Quersubventionierung gemäß § 53 Absatz 9 SGB V. Jede Form von Beitragsreduzierung durch einen Wahlтариф muss danach aus den Einsparungen getragen werden, die sich aus dem Wahlтариф selbst ergeben. Gemäß § 53 Absatz 8 SGB V wurde zudem eine Höchstgrenze der pro Mitglied ausgeschütteten Prämien auf 20 bzw. 30 Prozent des individuellen jährlichen Beitrags festgelegt. Mit Ausnahme des Wahlтарifs für besondere Versorgungsformen müssen die Kassen zudem für die Teilnahme an einem Wahlтариф Bindungsfristen von mindestens drei Jahren festlegen, die sich auch auf die Möglichkeit des Kassenwechsels auswirken.⁴⁴

1169. Die Monopolkommission begrüßt preisliche Differenzierungsmöglichkeiten durch Wahlтарife. Allerdings ist deren Ausgestaltung im SGB V unterschiedlich zu beurteilen. Die Monopolkommission ist der Auffassung, dass insbesondere die Einführung von Wahlтарifen gemäß § 53 Absatz 3 SGB V für die Teilnahme an besonderen Versorgungsformen einen äußerst wichtigen Schritt darstellt, um dem Wettbewerb um Verträge auf dem Leistungsmarkt einen preislichen Reaktionskanal auf dem Versichertenmarkt zu ermöglichen. Da im Rahmen der besonderen Versorgungsformen sowohl Effizienz- als auch Qualitätspotenziale erschlossen werden können, erhalten die Krankenkassen mit den Wahlтарifen einen wettbewerblichen Anreiz, diese Prozesse zu fördern. Kassen, denen es gelingt, im Rahmen der selektiven Verträge für den Kunden ein preislich oder qualitativ besonders attraktives Versorgungsangebot bereitzustellen, haben die Möglichkeit, dies mit attraktiven Tarifangeboten für Versicherte zu verbinden. Kritisch ist jedoch zu sehen, dass die Tarifoptionen bisher allein solche Wahlтарife zulassen, die zu einer Kostensenkung für den Versicherten führen. Damit wird den Krankenkassen die Möglichkeit versagt, auch solche Wahlтарife anzubieten, die Qualitätsverbesser-

⁴⁴ Die reguläre Kündigungsfrist in der GKV beträgt gemäß § 175 Absatz 4 SGB V nur anderthalb Jahre.

rungen erzeugen, die mit einer Kostensteigerung verbunden sind.

1170. Hinsichtlich solcher Tarifoptionen, die faktisch eine Senkung des Beitragssatzes in den Fällen bewirken, in denen ein Patient die von der Kasse zu tragenden Leistungen nur selten in Anspruch nimmt, sind verschiedene Effekte zu berücksichtigen. Einerseits soll ein solcher Selbstbehalt Anreize setzen, dass der Versicherte mit der Inanspruchnahme ärztlicher Versorgung grundsätzlich besser haushaltet, indem er an den individuellen Kosten der Versorgung beteiligt wird. Andererseits kommt hier einschränkend zum Tragen, dass der Selbstbeteiligungstarif gemäß § 53 Absatz 1 SGB V nur eine Option für die Versicherten darstellt. Es ist deshalb davon auszugehen, dass vor allem solche Versicherten einen Tarif mit Selbstbehalt wählen, die bereits vorher eine geringere Neigung zu Arztbesuchen hatten und gleichzeitig eine geringe Morbidität aufweisen. Dadurch werden die ökonomisch vorteilhaften Steuerungswirkungen zu einem wesentlichen Teil aufgehoben.⁴⁵ Weiterhin bleibt zu bedenken, dass die im System der GKV bisher ausdrücklich gewollte Umverteilung von Gesunden zu Kranken geschwächt wird, da erstere im Rahmen von Wahlтарifen mit Selbstbehalt geringere Beiträge bezahlen. Die Monopolkommission sieht in dem Instrument des Selbstbezahls für die GKV das Potenzial einer Steuerungswirkung gegeben. Sie hält es wegen der genannten Einschränkungen aber nicht für sinnvoll, das gesundheitspolitische Instrument eines Selbstbezahls an nicht verpflichtende Wahlтарife zu knüpfen.

1171. Kritisch sieht die Monopolkommission die eingezogene Obergrenze für die Prämiengewährung, die das Preissystem sehr komplex werden lässt. Da diese Grenze an den Beitrag der Mitglieder und dieser an das Einkommen gekoppelt ist, müssen die Krankenkassen ihre Tarifoptionen nach dem Einkommen eines Mitglieds differenzieren. Die heute angebotenen Tarife sind deshalb für den Versicherten unübersichtlich und wenig transparent, weil Prämien und Zuzahlungsreduzierungen nicht für jedes Mitglied in gleicher Form angeboten werden können. Die Monopolkommission sieht in der Verknüpfung der Prämiengewährung mit dem individuellen Einkommen ein ganz wesentliches Hindernis für den Wettbewerb mit individualisierten Tarifmodellen. Zwar ist der Beitragssatz der Versicherten nach Einkommen differenziert; die erwarteten Einsparungen, die sich aus der Entscheidung des Mitglieds für ein Tarifmodell ergeben, sind vom Einkommen des Versicherten jedoch nicht unmittelbar abhängig. Wahlтарife, die das Ziel einer effizienten Steuerung der Versorgung verfolgen, sollten daher nicht die wichtige

Option der Kassen beschränken, die Prämien an den Kosten für den Versorgungsaufwand zu orientieren. Eine damit verbundene verhältnismäßig hohe Kompensation solcher Mitglieder, deren tatsächlicher Beitrag unterdurchschnittlich ist, ist dabei ökonomisch unschädlich und tangiert nicht das Ziel einer effizienten Versorgung.

5.2 Risikostrukturausgleich

5.2.1 Relevanz eines Ausgleichsmechanismus

1172. Der Risikostrukturausgleich im deutschen Gesundheitswesen ist ein Ausgleichsmechanismus auf der Finanzierungsseite der Krankenkassen. Die heutige Form der Beitragserhebung entspricht keiner marktkonformen Preissetzung für die Versicherungsleistung, da sich der Beitragssatz nicht entsprechend dem individuellen Risiko der Versicherten differenzieren darf. Kostenunterschiede der Kassen, die auf unterschiedliche Versicherungsrisiken zurückzuführen sind, werden deshalb im Rahmen des Risikostrukturausgleichs durch eine Umverteilung der Einnahmen zwischen diesen ausgeglichen. In der Vergangenheit kam zudem der Ausgleich von Beitragsunterschieden hinzu, die auf unterschiedlichen Durchschnittseinkommen der Versicherten beruhten. Der Risikostrukturausgleich hat somit die Aufgabe, die Beitragseinnahmen der Kassen einer marktkonformen Versicherungssituation gleichzustellen, um die Voraussetzungen für Wettbewerb im System der GKV zu schaffen.

1173. Auf einem unregulierten Krankenversicherungsmarkt wird der Beitragssatz eines Versicherten durch sein individuelles Krankheitsrisiko bestimmt, da dieses entscheidenden Einfluss auf die individuellen Erwartungskosten hat, die der Versicherung im Rahmen des Versicherungsschutzes entstehen werden. Die im Wettbewerb stehenden Versicherungen haben nun einen Anreiz, durch eine möglichst effiziente Organisation ihres Versorgungsangebots diese Erwartungskosten gering zu halten. Im Hinblick auf das Solidarprinzip wird in der GKV heute jedoch darauf verzichtet, Beiträge zu erheben, die dem individuellen Gesundheitsrisiko eines Versicherten entsprechen. Unter dieser Voraussetzung können die Kosten-senkungsanreize eines wettbewerblichen Krankenversicherungssystems jedoch unerwünschte Wirkungen erzielen. Die Kassen unterliegen in diesem Fall dem Anreiz, ihre Mitgliederstruktur so zu beeinflussen, dass sie gute Risiken mit geringer Morbidität und dementsprechend geringen Erwartungskosten versichern, um auf diese Weise ihre Durchschnittskosten zu reduzieren. Wettbewerb der Kassen setzt in diesem Fall dysfunktionale Anreize zur Risikoselektion und zur Attrahierung gesunder Versicherter. Die Kassen könnten so zum einen ihre Anstrengungen darauf konzentrieren, durch gezielte Anwerbestrategien gesunde Versicherte zu werben. Andererseits fehlen der Kasse Anreize, ihre Versorgungsstrukturen für morbidere Patienten zu optimieren, da sie auf diese Weise entsprechende Patienten anzieht, die ihre Durchschnittskosten erhöhen. Mit dem Risikostrukturausgleich wurde deshalb ein Mechanismus geschaffen, um die risikobedingten Unterschiede auf der Ausgaben-

⁴⁵ Empirische Studien zu Selbstbeteiligungen in der Krankenversicherung, die sich mit diesem Problem der Selbstbezahls beschäftigen, kommen zu unterschiedlichen Ergebnissen. Vgl. z. B. Schellhorn, M., Auswirkungen wählbarer Selbstbezahls in der Krankenversicherung: Lehren aus der Schweiz?, Vierteljahreshefte zur Wirtschaftsforschung 71, 2002, S. 411–426; Werblow, A., Alles nur Selektion? Der Einfluss von Selbstbezahls in der gesetzlichen Krankenversicherung, Vierteljahreshefte zur Wirtschaftsforschung 71, 2002, S. 427–436.

seite durch einen der Beitragserhebung nachgelagerten Ausgleichsmechanismus auf der Einnahmenseite zu egalisieren. Durch die Umverteilung der einheitlichen Beiträge sollen die Einnahmen der Kassen für jeden Patienten nach Möglichkeit seinen morbiditätsbezogenen Erwartungskosten entsprechen.

1174. Eine zweite Aufgabe des Risikostrukturausgleichs bestand früher darin, die Unterschiede in den Beitragseinnahmen auszugleichen, die auf die am Einkommen der Versicherten ausgerichtete, prozentuale Beitragsbemessung zurückzuführen sind. Ohne einen solchen Ausgleich hätten die Kassen einen Anreiz, sich verstärkt um solche Versicherte zu bemühen, deren sozialversicherungspflichtiges Einkommen über dem Durchschnitt liegt. Im Gegensatz zum Ausgleich der Risikostruktur ist der Einkommensausgleich einfacher durchzuführen, da die ihm zugrunde liegenden Ausgleichsfaktoren exakt zu bestimmen sind.

1175. Der Risikostrukturausgleich ist somit kein Umverteilungsmechanismus, der selbst soziale Aufgaben erfüllt. Er ist vielmehr ein notwendiges Instrument, um Fehlwirkungen zu korrigieren, die sich aus den sozial motivierten Eingriffen in die Beitragsgestaltung von im Wettbewerb stehenden Krankenversicherungen ergeben. Der Risikostrukturausgleich ermöglicht es deshalb – vollständiges Funktionieren vorausgesetzt –, die Einnahmenseite der Krankenkasse einer Marktsituation gleichzustellen.

1176. Ein grundsätzliches Problem an der Korrektur der Einnahmenseite durch den Risikostrukturausgleich ist darin zu sehen, dass durch das Instrument Anreize der Krankenkassen beseitigt werden, auch die Gesundheitserhaltung der Versicherten effizient zu fördern. Die Förderung der Gesundheitserhaltung entspricht aus ökonomischer Sicht einer Investition der Krankenkasse in den Versicherten, um sein Krankheitsrisiko und die damit verbundenen Erwartungskosten zu senken. Der Mechanismus gleicht jedoch stets das kollektive Risiko der Versicherten zwischen den Kassen aus. Er kann dabei nicht unterscheiden, ob die Veränderung des Versichertenrisikos einer Kasse auf Mitgliederfluktuation oder auf Präventionsmaßnahmen zurückzuführen ist. Auf diese Weise rentiert sich die Investition einer Kasse in Präventionsmaßnahmen nicht, da höhere Kosten für Gesundheitsleistungen bei fehlender Prävention stets durch höhere Zuweisungen aus dem Risikostrukturausgleich aufgefangen werden. Anreize der Kassen, in die Gesundheitserhaltung zu investieren, werden deshalb durch den Risikostrukturausgleich genommen. In einem solidarischen Wettbewerbsmodell, in dem risikoadjustierte Prämien ausgeschlossen sind, muss die Finanzierung von Präventionsmaßnahmen aus diesem Grund stets unabhängig vom Risikostrukturausgleich erfolgen.

5.2.2 Anwendung im deutschen Gesundheitssystem

1177. Ein Risikostrukturausgleich wurde erstmals 1996 mit der Freigabe der Kassenwahl eingeführt. In dieser ursprünglichen Variante erfolgte der Ausgleich des Risikos

zunächst nur nach wenigen Kriterien – darunter insbesondere Alter und Geschlecht der Versicherten. In der Folge erkannte man, dass diese Kriterien das Ausgabenrisiko unvollständig abbildeten, sodass die Krankenkassen ungewollt Anreize hatten, sich um eine günstige Risikostruktur zu bemühen. Nach einigen Modifikationen des Risikostrukturausgleichs im Jahr 2002 sollte dieser 2007 erstmals um verschiedene Parameter ergänzt werden, die gezielt Kostenunterschiede ausgleichen sollten, die über soziodemografische Faktoren hinausgehen und unmittelbar auf die Morbiditätsstruktur der Versicherten zurückzuführen sind.⁴⁶

1178. Durch die Einführung des Gesundheitsfonds als neue Ebene zwischen Einnahmeerhebung und Verteilung in der GKV sind die Aufgaben des Risikostrukturausgleichs auf diesen übergegangen. Der Einkommensausgleich erfolgt nun automatisch, da die Beiträge zum Gesundheitsfonds zwar weiterhin einkommensabhängig erhoben werden, die Ausschüttung an die Krankenkassen aber in jeder anderen Form, etwa einer Versichertenpauschale, erfolgen kann.⁴⁷ Ein solcher Pauschalbetrag wird dann im Anschluss um einen morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich korrigiert. Das genaue Verfahren regelt § 266 SGB V. Danach erhalten die Kassen aus dem Fonds neben Zuweisungen für bestimmte sonstige Ausgaben eine Grundpauschale und alters-, geschlechts- und risikoadjustierte Zu- und Abschläge. Letztere stellen den Kern des Risikostrukturausgleichs im Rahmen des Gesundheitsfondsmodells dar. Gemäß § 266 Absatz 5 SGB V ermittelt das Bundesversicherungsamt die Spezifikationen des Risikoausgleichs. Entsprechend einem Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs beim Bundesversicherungsamt wurde eine Kopplung an 80 Krankheiten vorgenommen, die besonders hohe Versorgungsaufwendungen induzieren.⁴⁸

1179. Die Monopolkommission hält den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich und seine stetige Weiterentwicklung für unabdingbar, um die Bedingungen für Effizienzwettbewerb auf dem Versicherungsmarkt unter den Voraussetzungen des Solidarprinzips im System der

⁴⁶ Zur Frage der Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs wurden zu diesem Zeitpunkt verschiedene Gutachten erstellt. Vgl. Jacobs, K. u. a., Zur Wirkung des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung. Eine Untersuchung im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Berlin 2001, <http://www.iges.de/publikationen/gutachten/rsagutachten/e5166/infoboxContent5178/RSA-Gutachten2001ger.pdf>; Lauterbach, K. W., Wille, E., Modell eines fairen Wettbewerbs durch den Risikostrukturausgleich, Gutachten im Auftrag des Verbandes der Angestellten-Krankenkassen e.V. (VdAK), des Arbeiter-Ersatzkassen-Verbandes e.V. (AEV), des AOK-Bundesverbandes (AOK-BV) und des IKK-Bundesverbandes (IKK-BV), Köln/Mannheim 2001, <http://www.medi-zin.uni-koeln.de/kai/igmg/endgutachtenrsa.pdf>.

⁴⁷ Nicht eingeschlossen werden allerdings die Zusatzbeiträge, die zwar einerseits pauschal und ohne Relation zum Einkommen erhoben werden, die aber andererseits einer einkommensabhängigen versichertenindividuellen Überforderungsgrenze unterliegen.

⁴⁸ Vgl. Pressemitteilung des Bundesministeriums für Gesundheit vom 10. Januar 2008, http://www.bmg.bund.de/cln_160/nn_1168258/SharedDocs/Pressemitteilungen/DE/2008/pm-10-01-08.html?__nnn=true.

GKV weiterhin zu erhalten. Es bleibt jedoch zu berücksichtigen, dass der Risikostrukturausgleich Anreize zur Risikoselektion niemals endgültig verhindern kann. Allerdings ist dies für einen Effizienzwettbewerb nach Auffassung der Monopolkommission möglicherweise gar nicht nötig. Es reicht vielmehr aus, wenn der Risikostrukturausgleich in der Lage ist, sich anzupassen und Unsicherheit über die Kostenwirkungen der Risikoselektion auszulösen. Durch die Unsicherheit reduziert sich der erwartete Nutzen von Maßnahmen zur Risikoselektion. In der Folge ist davon auszugehen, dass die Kassen starke Anreize haben, vorrangig Effizienz und Wirtschaftlichkeit zu optimieren, um verlässliche Kosteneffekte zu erzielen. Nur durch einen entsprechend ausgestalteten, morbiditätsorientierten und sich stetig weiterentwickelnden Risikostrukturausgleich liegt nach Auffassung der Monopolkommission eine notwendige Voraussetzung für einen effizienten Wettbewerb der Kassen vor.

5.3 Preispolitische Diskussionsfelder

5.3.1 Preiswettbewerb versus Qualitätswettbewerb

1180. Die Frage, ob den Kassen überhaupt Freiheitsgrade zur individuellen Beitragsgestaltung eingeräumt werden sollten, betrifft insbesondere die Perspektive des Kassenwettbewerbs. Auf gewöhnlichen Märkten beruhen Nachfrageentscheidungen darauf, dass die Preise von Gütern mit der dafür gebotenen Leistung verglichen werden. Im Gesundheitswesen werden Preise und Leistungen jedoch vor dem Hintergrund des Solidarprinzips zum Teil durch kollektivvertragliche Vereinbarungen geregelt oder administrativ vorgeschrieben. Dabei wird implizit angezweifelt, dass durch einen Wettbewerb der Kassen mittels Preis- und Leistungsparametern wünschenswerte Ergebnisse erzielt werden können. Wettbewerb im Gesundheitswesen wird deshalb häufig rein funktional als Preis- oder Qualitätswettbewerb gesehen, bei dem den Kassen nur ausgewählte Wettbewerbsparameter zur Verfügung gestellt werden.

1181. Die rechtliche Situation zwischen 1996 und 2008 kann dabei als Beispiel für einen Preiswettbewerb der Kassen gesehen werden. Sie war dadurch gekennzeichnet, dass die Kassen einerseits einen direkten Einfluss auf ihren Beitragssatz hatten, ihnen aber andererseits nur relativ wenige individuelle Handlungsoptionen auf der Leistungsseite gegenüberstanden. Der Versicherte konnte sich zudem stets darauf verlassen, dass alle Kassen die gesetzlichen Leistungsvorgaben im Rahmen der Kollektivverträge mit Leistungserbringern in gleicher Weise erfüllten. Der Wettbewerb konzentrierte sich in dieser Zeit in erster Linie auf den für den Versicherten sehr transparenten Wettbewerbsparameter „Beitragssatz“, sodass insbesondere Kostensenkungsanreize auf die Kassen wirkten. Kassen, die ihre Kosten gering halten konnten, hatten auch die Möglichkeit, einen vergleichsweise geringen Beitragssatz zu wählen. Problematisch war vor allem, dass die Kassen nur wenige individuelle Handlungsspielräume besaßen, durch die sie individuell Kostenvorteile bewirken konnten. Die Kostensenkungsanreize des Wett-

bewerbs betrafen somit lange Zeit in erster Linie die Verwaltungsausgaben. Beitragssatzunterschiede der Kassen lassen sich hingegen vor allem auf Ausgabenunterschiede und den damals noch nicht morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich zurückführen, während die Wirkung auf eine effiziente Prozessorganisation noch weniger deutlich spürbar war.

1182. Mit der stärkeren Vereinheitlichung des Beitragssatzes seit der Einführung des Gesundheitsfonds wurde seit 2009 eine andere Zielrichtung für den Kassenwettbewerb vorgegeben. Die Kassen sollten die (risikoadjustierten) einheitlichen Einnahmen pro Versicherten aus dem Fonds dazu einsetzen, den Versicherten eine möglichst hohe Qualität zu garantieren. Darauf aufsetzend sollten die Versicherten ihre Krankenkasse künftig verstärkt nach Qualitätsaspekten auswählen. Hinsichtlich dieser Konzeption eines Qualitätswettbewerbs ist allerdings kritisch anzumerken, dass die Kassen nur geringfügige Möglichkeiten besitzen, individuell in Versorgungsqualität zu investieren. Möglich sind insbesondere einzelne optionale Leistungen in einzelnen Leistungsbereichen, die entsprechend den Vorgaben des SGB V in der Satzung der Kassen festzulegen sind. Ebenfalls möglich sind Qualitätsverbesserungen der Versorgungswege durch Gestaltungsmöglichkeiten in der integrierten Versorgung und hinsichtlich von Betreuung und Service der Versicherten. Selbst unter der Annahme, dass den Kassen ausreichend Handlungsspielräume gewährt werden, erscheint plausibel, dass der Qualitätswettbewerb kein ausreichendes Potenzial besitzt, die Kassen und Leistungserbringer einem Wettbewerbsdruck auszusetzen, der diese stets zu einem effizienten Verhalten zwingt. Grund dafür ist, dass bestimmte Qualitätsvorteile in der Versorgung mit Gesundheitsleistungen dem Versicherten aufgrund nicht vollständig ausräumbarer Informationsdefizite nicht ausreichend transparent sind und aus ihnen nur eingeschränkte Wechselanreize hervorgehen können.

1183. Für einen potenziellen Konflikt von Preis- und Qualitätswettbewerb spricht hingegen das Risiko einer möglicherweise unsolidarischen Produktdifferenzierung. Unterscheiden sich Preis-Leistungsangebote der Kassen in der Hinsicht, dass im Wesentlichen eindimensional zwischen schlechten günstigen und guten teuren Versicherungsangeboten unterschieden werden kann, so folgert daraus eine ganz grundsätzliche Abkehr vom Solidarprinzip. Der Zugriff auf Qualität würde damit auch innerhalb des Systems der GKV primär vom Einkommen abhängig gemacht.

1184. Die Monopolkommission ist der Ansicht, dass die einseitige staatliche Lenkung des Wettbewerbsgeschehens auf die Parameter „Preis“ oder „Leistung“ nicht förderlich für die Entwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung ist. Individuelle Handlungsspielräume bei der Organisation des Versorgungsauftrags führen zu Qualitätswettbewerb und sind wichtig, um die Anreize für qualitätssteigernde Innovationen in der Versorgung zu erhalten. Stets ist jedoch auch der Preiswettbewerb als Gradmesser dafür erforderlich, ob der von der Kasse gewählte Leistungsumfang effizient organisiert wurde und

außerdem der Zahlungsbereitschaft der Mitglieder entspricht. Während im Preiswettbewerb, bei fixierter Leistung, die Präferenz der Kasse bei Kostensenkungsmöglichkeiten liegt, spielen diese im Qualitätswettbewerb eine zu geringe Rolle, da sie nur mittelbar die zusätzliche Ausweitung des Angebots begünstigen. Deshalb sollte nach Auffassung der Monopolkommission ein Effizienzwettbewerb angestrebt werden, bei der den Kassen sowohl Preis- als auch Leistungsparameter eröffnet werden. Der einheitliche Beitragssatz zum Gesundheitsfonds sollte deshalb durch stärkere kassenindividuelle Freiheiten bei der Bestimmung der Beiträge ersetzt oder ergänzt werden. Die Monopolkommission sieht den einheitlichen gesetzlichen Leistungskatalog dabei als Voraussetzung für den parallelen Zugriff der Kassen auf Preis- und zusätzliche Leistungsparameter an. Produktdifferenzierung, die dem Solidarprinzip unmittelbar entgegenläuft, wird nach Auffassung der Monopolkommission auf diese Weise hinreichend ausgeschlossen.

5.3.2 Einkommensunabhängige Pauschalbeiträge

1185. Eine breite Diskussion der vergangenen Jahre betraf die Form der Beitragserhebung zur gesetzlichen Krankenversicherung. Im Kern stand die kontrovers diskutierte Forderung, die Beiträge zur GKV nicht mehr einkommensabhängig, sondern pauschal zu erheben. Damit würde jeder Versicherte einer Krankenkasse – absolut betrachtet – den gleichen Versicherungsbeitrag zahlen. Über die Ausgestaltung eines solchen Pauschalbeitragskonzeptes und die notwendigen Folgeänderungen wurden in den vergangenen Jahren zahlreiche Vorschläge aus Wissenschaft, Politik und Politikberatung veröffentlicht.⁴⁹ Zuletzt wurde die Diskussion um die einkommensunabhängigen Pauschalbeiträge mit einer möglichen Abschaffung des Gesundheitsfonds verknüpft. Im aktuellen Koalitionsvertrag haben CDU, CSU und FDP die langfristige Veränderung des Beitragssystems zu einem System einkommensunabhängiger Arbeitnehmerbeiträge beschlossen, die sozial ausgeglichen werden. Dazu heißt es:⁵⁰

„Langfristig wird das bestehende Ausgleichssystem überführt in eine Ordnung mit mehr Beitragsautonomie, re-

gionalen Differenzierungsmöglichkeiten und einkommensunabhängigen Arbeitnehmerbeiträgen, die sozial ausgeglichen werden. Weil wir eine weitgehende Entkoppelung der Gesundheitskosten von den Lohnzusatzkosten wollen, bleibt der Arbeitgeberanteil fest. Zu Beginn der Legislaturperiode wird eine Regierungskommission eingesetzt, die die notwendigen Schritte dazu festlegt.“

1186. Aus theoretischer Sicht werden mit dem Konzept einer Pauschalprämie für alle Versicherten vor allem zwei Vorteile verbunden. Auf der einen Seite stehen Allokationsverbesserungen infolge einer ökonomisch richtigen Zuordnung verschiedener Zahlungsströme. Auf der anderen Seite sind mit einem Pauschalbeitrag Erwartungen an die Effizienz des Kassenwettbewerbs verbunden.

1187. Zur Veranschaulichung des ersteren Arguments für die Einführung von Pauschalbeiträgen sei die Reform des Konzeptes betrachtet, bei dem für alle Versicherten einer Kasse nur ein einheitlicher, pauschaler Beitragssatz entrichtet wird. Eine beitragsfreie Mitversicherung von Kindern und ein ermäßigter Beitragssatz für bestimmte Gruppen sind für die Bemessung der Pauschale nicht zu berücksichtigen.

Dieses Konzept sei mit dem heutigen System der Beitragserhebung verglichen, das eine ganze Reihe von Umverteilungselementen enthält, die durch Unterschiede im Versicherungsbeitrag induziert werden. In diesem Zusammenhang ist z. B. die Umverteilung von Einkommensstarken zu Einkommensschwachen, von Arbeitnehmern zu Studenten, von Kinderreichen zu Kinderlosen und weitere zu nennen.⁵¹ Diese Förderung bestimmter Gruppen der Gesellschaft durch die Krankenversicherung kann zwar gesellschaftspolitisch geboten sein; nicht effizient ist es jedoch, diesen Sozialtransfer ausschließlich aus den an das Erwerbseinkommen gekoppelten Beiträgen der Mitglieder der GKV zu finanzieren. Da die beschriebenen Umverteilungselemente gesamtgesellschaftlichen Zwecken dienen, ist die Finanzierung des Sozialtransfers auch gesamtgesellschaftlich durch alle Bürger und unabhängig von der Einkommensart zu tragen. Dies wird am geeignetsten durch einen Transfer aus allgemeinen Steuermitteln bzw. aus dem Bundeshaushalt erreicht, da auf diese Weise sämtliche Bürger – also auch solche, die außerhalb des gesetzlichen Krankenversicherungssystems stehen – mit ihrer individuellen Leistungsfähigkeit an einem Sozialausgleich beteiligt werden. Durch die Erhebung von Pauschalbeiträgen für alle Versicherten kann dies einfach und systematisch umgesetzt werden. Hierbei entfallen die sich aus dem Beitragssatz ableitenden Umverteilungselemente, sodass der Pauschalbeitrag den durchschnittlichen Erwartungskosten eines Versicherten entspricht.⁵² Sozialtransfers, die zu einer Reduzierung des realen Beitrags

⁴⁹ Vgl. etwa Breyer, F., Haufler, A., Health Care Reform: Separating Insurance from Income Redistribution, *International Tax and Public Finance* 7, 2000, S. 445–461; Breyer, F. u. a., Wirtschaftliche Aspekte der Märkte für Gesundheitsdienstleistungen, Gutachten im Auftrag des Bundesministeriums für Wirtschaft und Technologie, Berlin 2001; Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Gutachten 2003: Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität, Baden-Baden 2003; Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme, Bericht der (Rürup-)Kommission, Berlin, August 2003; Bericht der Kommission „Soziale Sicherheit“ (Herzog-Kommission) zur Reform der sozialen Sicherungssysteme, Berlin, 29. September 2003; Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, Erfolge im Ausland – Herausforderungen im Inland, Jahresgutachten 2004/05, Wiesbaden 2004; Wissenschaftlicher Beirat des Bundesministeriums für Wirtschaft und Technologie, Zur Reform der Gesetzlichen Krankenversicherung, Berlin, April 2010.

⁵⁰ Vgl. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und FDP, Wachstum, Bildung, Zusammenhalt., Berlin 2009 S. 86.

⁵¹ Vgl. auch Abschnitt 2.

⁵² Der Pauschalbeitrag wird aus wohlfahrtsökonomischer Perspektive deshalb zuweilen auch als eine Annäherung an eine First-Best-Lösung angesehen, bei der jedes Individuum durch den Versicherungsbeitrag seinen langfristigen Erwartungsschaden finanziert. Insbesondere, weil die diskutierten Pauschalbeiträge risikoneutral erhoben werden sollen, wird ein First-Best jedoch nicht erreicht.

bestimmter Versicherter führen, sind dabei nach Maßgabe der Pauschalbeiträge aus Steuermitteln zu finanzieren.

1188. Ein wettbewerbspolitisches Argument für Pauschalbeiträge ergibt sich aus der Wahrnehmung des Beitragssatzes durch die Versicherten. Befürworter einer Pauschalprämie gehen dabei davon aus, dass der Pauschalbeitrag kassenindividuell erhoben wird, es also gleichfalls zu einer Öffnung des Preiswettbewerbs der Krankenkassen kommen kann. Unter dieser Voraussetzung ist anzunehmen, dass die Wechselneigung der Versicherten höher ist, wenn sich der Versicherungsbeitrag in Euro statt in einkommensabhängigen Prozentpunkten unterscheidet. Die klaren Preissignale, die ein Pauschalbeitrag aussendet, sollen deshalb zu einer stärkeren Preisreaktion der Versicherten führen, als dies in der Vergangenheit der Fall war.⁵³ Dahinter steht die Annahme, dass Beitragsunterschiede, die in Euro abzulesen sind, zu einer besseren Transparenz derselben für die Versicherten beitragen.⁵⁴

1189. Ein wesentlicher Nachteil des Konzeptes der Pauschalbeiträge liegt in den komplexen Folgeänderungen, die zu ihrer Umsetzung notwendig sind. Der einheitliche Beitragssatz wird einerseits bei einkommensstarken Versicherten zu Entlastungen und bei einkommensschwachen Versicherten zu Belastungen gegenüber den heutigen Beiträgen führen. In den meisten Modellen zur Einführung einkommensunabhängiger Pauschalbeiträge ist deshalb die Einführung eines Sozialausgleichs aus Steuermitteln vorgesehen. Ohne eine Änderung des Steuersystems müsste der Sozialausgleich jedoch aus dem heutigen Bundeshaushalt finanziert werden. Sofern der Bundeshaushalt keinen Finanzierungsspielraum bietet, sind deshalb zunächst umfangreiche Anpassungen des Steuersystems notwendig.

1190. In den vorliegenden Modellen zur Einführung von Pauschalbeiträgen werden unterschiedliche Varianten diskutiert, die nicht grundsätzlich alle genannten Vor- und Nachteile aufweisen. Insbesondere solche Modelle, die einen einkommensabhängigen Beitragssatz mit einem Pauschalbeitrag kombinieren, lösen sich weitestgehend von den allokationstheoretischen Vorteilen einer vollständigen Beitragspauschalisierung. Dahingehend können auch die Vereinbarungen des Koalitionsvertrags interpretiert werden, sofern sich der einkommensunabhängige Beitrag nur auf den Arbeitnehmeranteil bezieht. Um davon unab-

hängig einen möglichen Transparenzvorteil der Pauschalbeiträge für den Kassenwettbewerb zu nutzen, ist es zudem notwendig, dass der Pauschalbeitrag kassenindividuell festgelegt werden kann.

Mischformen einkommensabhängiger und einkommensunabhängiger Beiträge zielen auch darauf ab, die genannten Schwierigkeiten einer vollständigen Pauschalprämie zu umgehen. Dazu könnte der wesentliche Ausgabenanteil der Kassen weiterhin über einkommensabhängige Beiträge finanziert werden; lediglich für den Anteil der Ausgaben, bei dem sich die Kassen unterscheiden, könnten hingegen einkommensunabhängige Zusatzpauschalen kassenindividuell erhoben werden. Auf diese Weise bleiben die wettbewerbsbelebenden Wirkungen erhalten, da sich Beitragsunterschiede innerhalb des pauschalen Beitragsanteils widerspiegeln. Gleichzeitig verliert der Sozialausgleich an Relevanz.

1191. Einer ähnlichen Konzeption unterliegen die heutigen Zusatzbeiträge, welche die Kassen für den Fall erheben dürfen, dass die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds ihre Ausgaben nicht mehr decken. Kostensteigerungen führen dazu, dass sukzessive zahlreiche Kassen einen Zusatzbeitrag erheben werden, der zu einem lebhafteren Preiswettbewerb beitragen könnte. Dem steht allerdings die Überforderungsgrenze entgegen, die ab einem Beitragssatz von 8 Euro pro Monat greift.⁵⁵ Bei einer einheitlichen Überschreitung der 8-Euro-Grenze durch mehrere Kassen führt die Überforderungsklausel zudem zu einer dysfunktionalen Wettbewerbswirkung, da sie den Zusatzbeitrag indirekt weiterhin an das Einkommen koppelt. Da für die individuellen Zusatzbeiträge bisher kein Einkommensausgleich durch den Gesundheitsfonds stattfindet, haben insbesondere solche Krankenkassen Finanzierungsnachteile, deren Mitglieder eine unterdurchschnittliche Einkommensstruktur aufweisen und die deshalb geringere Zuweisungen erhalten.

1192. Die Monopolkommission ist der Auffassung, dass sich aus der Einführung einkommensunabhängiger Pauschalbeiträge positive Wirkungen auf die Finanzierungsstruktur und die Transparenz des Beitragssatzes der GKV ergeben. Deshalb ist die Einführung von Pauschalbeiträgen im Grundsatz begrüßenswert, sofern soziale Verzerrungen durch einen entsprechenden Sozialausgleich aufgelöst werden. Die Monopolkommission weist jedoch darauf hin, dass die wettbewerbsökonomischen Vorteile einer vollständig pauschalen Erhebung des Beitragssatzes auch nicht überschätzt werden sollten. Zudem sind die praktischen Probleme bei der Umsetzung eines Systems weitgehend pauschalierter Beiträge zu berücksichtigen. Bei einer wettbewerbsbelebenden Umgestaltung des deutschen Gesundheitswesens sollte nach Auffassung der Monopolkommission die Konzentration daher nicht primär auf einer ganz bestimmten Form der Beitragserhebung liegen, solange einige grundsätzliche Wettbewerbsbedingungen erfüllt werden. Die Regulierung der Beitragssatzgestaltung sollte deshalb vor allem

⁵³ Analysen der Phase des Preiswettbewerbs mit einkommensabhängigen Beiträgen zeigen, dass das Wanderungspotenzial in der Vergangenheit überschätzt wurde. Eine Untersuchung der Preiselastizität mit einkommensabhängigen Beitragssätzen hat gezeigt, dass der zutreffende Wert etwa bei -1 liegt. Dies bedeutet, dass eine Veränderung des Beitragssatzes um 1 Prozent auch 1 Prozent der Mitglieder zu einem Kassenwechsel bewegt hat. Vgl. Greß, S. et al., Price Elasticities and Social Insurance Choice in Germany, RWI Discussion Paper 28, Essen 2006; Andersen, H. H. u. a., Beitragssatz, Kassenwettbewerb und Gesundheitsreform, eine empirische Analyse, Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik 227, 2007, S. 429–450.

⁵⁴ Das dahinter stehende Argument kann auch als rationale Ignoranz bezeichnet werden, da die Versicherten aufgrund der Kosten der Informationsbeschaffung darauf verzichten, ihr Einsparpotenzial beim Versicherungswechsel zu eruieren.

⁵⁵ Vgl. auch Abschnitt 5.1.2.

geeignet sein, individuelle Handlungsspielräume der Kassen bei der Organisation der Versorgungsleistungen zu ergänzen, indem sie einen möglichst unverzerrten preispolitischen Reaktionskanal ermöglicht, der den Mitgliedern die höchstmögliche Transparenz über die Beitragssätze gewährt.

6. Zulässigkeit von Wettbewerbsbeschränkungen durch die gesetzlichen Krankenkassen

6.1 Erfordernis einer kartellrechtlichen Kontrolle der gesetzlichen Krankenkassen

1193. Die Krankenkassen des GKV-Systems treten in verschiedenen Gesundheitsmärkten als wichtige Anbieter und Nachfrager von Waren und Dienstleistungen auf. Auf dem Leistungsmarkt kaufen Krankenkassen die Dienstleistungen von Ärzten, Produkte von Pharmafirmen und weitere Leistungen ein und nutzen diese für ihr eigenes Leistungsangebot, das sie auf dem Versicherungsmarkt den Versicherten unterbreiten. Die zunehmenden Möglichkeiten der Kassen, im Rahmen dieses Leistungsaustauschs individuell zu handeln, hat einen sich sukzessive verstärkenden Wettbewerbs- und Leistungsdruck zur Folge, durch den Effizienzpotenziale im Gesundheitswesen erschlossen werden sollen. Allerdings nimmt dabei auch der Anreiz für die Kassen zu, sich durch individuell oder kollektiv wettbewerbsbeschränkendes Verhalten Vorteile am Markt zu verschaffen. Wohlfahrtsökonomisch ist dieses Verhalten nachteilig und untergräbt die Effizienzziele, die mit dem Wettbewerb im Gesundheitswesen verbunden werden. Auf gewöhnlichen Märkten wird wettbewerbsbeschränkendes Verhalten aus diesem Grund durch das allgemeine Wettbewerbsrecht aufgegriffen. Durch die Kontrolle der deutschen und europäischen Kartellbehörden sollen Wettbewerbsbeschränkungen unterbunden und entsprechenden Anreizen soll bereits im Vorfeld entgegengewirkt werden.

1194. Die Anwendbarkeit des allgemeinen Wettbewerbsrechts auf deutsche Krankenkassen wird heute jedoch durch verschiedene rechtliche Schranken zum Teil gehemmt oder sogar aufgehoben. Diese Situation ist zumindest teilweise auf die historische Organisation der Kassen zurückzuführen. Lange Zeit waren nur Teilmärkte des deutschen Gesundheitswesens wettbewerblich organisiert, sodass die Anwendung des Wettbewerbsrechts in vielen Bereichen keine Bedeutung hatte. Auf dem Versicherungsmarkt herrschte vor der Einführung der freien Kassenwahl eine berufsständische Zuordnung der Versicherten zu einer Krankenkasse, sodass der hoheitliche Charakter der Krankenversicherung hier dominant blieb. Im Gegensatz dazu bestand auf der Einkaufsseite der Kassen – also auf dem Leistungsmarkt – zumindest hinsichtlich der Beschaffung von Heil- und Hilfsmitteln eine Marktbeziehung zu Lieferanten.

1195. Mit der sukzessiven Einführung von Wettbewerbs-elementen in das Gesundheitswesen hat sich das Erfordernis, gegen wettbewerbsbeschränkende Verhaltenswei-

sen vorzugehen, deutlich verschärft. Unstrittig ist, dass die Prozesse auf Wettbewerbsmärkten eines kartellrechtlichen Schutzes bedürfen, da es anderenfalls zu Fehlentwicklungen kommen kann, welche die effizienzsteigernden Wirkungen des Wettbewerbs konterkarieren können. Dieser Schutzbedarf betrifft sowohl die Rolle der Krankenkassen im Vertikalverhältnis zu ihren Mitgliedern auf dem Versicherungsmarkt als auch zu den Leistungserbringern auf dem Leistungsmarkt. Weiterhin ist das Verhältnis der Krankenkassen untereinander zu prüfen, da eine zunehmende Konzentration der Kassen ebenfalls den Wettbewerb stören kann.

1196. Auf dem Versicherungsmarkt sind Wettbewerbsbeschränkungen von Bedeutung, die den Wettbewerb um Versicherte behindern. So reduzieren sich beispielsweise die Anreize der Krankenkassen, ihre Kosten zu senken, wenn sie in Absprache ihren Beitrag erhöhen können und somit womöglich keine Mitgliederverluste durch die Beitragserhöhungen zu erwarten haben. Die Anfang Januar 2010 erfolgte gemeinsame Ankündigung neun verschiedener Kassen, einen Zusatzbeitrag einzuführen, entspricht möglicherweise einem solchen abgestimmten Verhalten. Aus diesem Grund hat das Bundeskartellamt am 17. Februar 2010 ein Kartellrechtsverfahren gegen diese Kassen eingeleitet.⁵⁶ Die Krankenkassen reagierten auf die ihnen zugegangenen Auskunftsbeschlüsse mit einer Klage vor den Landessozialgerichten.

1197. Weiterhin sind auf den vorgelagerten Einkaufsmärkten Wettbewerbsbeschränkungen möglich, die sich insbesondere in Form von Einkaufskartellen zeigen. Unter der bestehenden Rechtslage haben die Kassen die Möglichkeit, ihre Einkaufsmacht durch Einkaufsabsprachen gegenüber Leistungsanbietern zu bündeln. Dies betrifft im Moment vor allem die Möglichkeit, mit Herstellern wirkstoffgleicher Arzneimittel Rabattvereinbarungen zu erzielen. Darüber hinaus wurden die Möglichkeiten der Kassen, etwa im Rahmen der integrierten Versorgung Leistungen durch Verhandlungen individuell zu kontrahieren, sukzessive erweitert. Tendenziell führen hier Wettbewerbsbeschränkungen der Kassen zu Wohlfahrtsverlusten, da durch die zunehmende Marktmacht auf der Einkaufsseite die Leistungsmenge sinkt und die Anreize zu Innovation und Kostensenkung reduziert werden.

1198. Dass von den zunehmenden Wettbewerbselementen Anreize zur Konzentration ausgehen, lässt sich anhand der Entwicklung der Anzahl gesetzlicher Krankenkassen anschaulich machen. Durch Fusionen ist die Anzahl der Krankenkassen zwischen 1996 und 2010 von 642 auf 164 gesunken.⁵⁷ Dieser Konzentrationsgrad ist zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht besorgniserregend; die Monopolkommission weist jedoch darauf hin, dass die Zunahme wettbewerblicher Handlungsoptionen die Konzentrationsanreize weiter wachsen lassen wird. Da auf-

⁵⁶ Vgl. BKartA, Pressemitteilung vom 22. Februar 2010, http://www.bundeskartellamt.de/wDeutsch/download/pdf/Presse/2010/PM_100222_Zusatzbeitraege_Krankenkassen.pdf.

⁵⁷ Vgl. GKV-Spitzenverband, Stand: 1. April 2010, http://www.gkv-spitzenverband.de/Presse_Zahlen_und_Grafiken.gkvnet

grund der eingeschränkten Wirkung des Kartellrechts beispielsweise Einkaufskartelle der Kassen derzeit nicht untersagt sind, ist auch darauf hinzuweisen, dass sich die Anreize zu Zusammenschlüssen bisher noch nicht voll entfalten. Das Kartellrecht muss nach Auffassung der Monopolkommission deshalb umfassend gelten, um den betroffenen Akteuren keine Ausweichmöglichkeiten für wettbewerbsbeschränkendes Verhalten zu eröffnen.

6.2 Hindernisse beim Schutz vor Wettbewerbsbeschränkungen

1199. Hinsichtlich der Anwendbarkeit des deutschen und europäischen Wettbewerbsrechts sind eine ganze Reihe von Fragen ungeklärt. Zunächst ist nicht eindeutig, ob überhaupt von einer Anwendbarkeit des europäischen Wettbewerbsrechts auf gesetzliche Krankenkassen ausgegangen werden kann. Strittig ist insbesondere das Vorliegen der Unternehmenseigenschaft von Krankenkassen als Tatbestandsvoraussetzung der einschlägigen Normen zum Kartellverbot und zur Missbrauchsaufsicht gemäß Artikel 101 und 102 AEUV. Die europäische Fusionskontrollverordnung⁵⁸ stellt ebenfalls auf Unternehmen ab; aufgrund der Ausnahme in Artikel 1 Absatz 2 Halbsatz 2

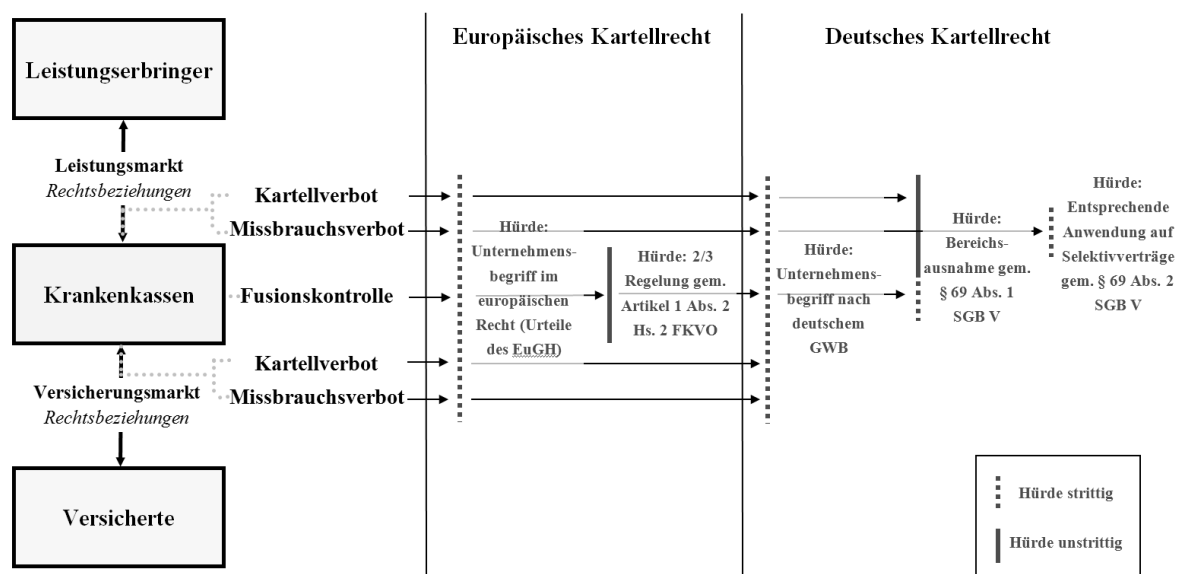
FKVO dürfen Zusammenschlüsse der deutschen Krankenkassen jedoch bereits aus diesem Grund nicht von ihr erfasst werden.⁵⁹ Fraglich bleibt, inwieweit das europäische Wettbewerbsrecht Raum zur Anwendung des deutschen GWB lässt. Zu klären ist, wie Einschränkungen, die aus der Auslegung des europäischen Wettbewerbsrechts folgen, auch auf die Anwendbarkeit der deutschen Kartellrechtsnormen wirken. Schließlich wird der Anwendungsbereich des deutschen Kartellrechts durch die Vorschrift des § 69 SGB V beschränkt. Danach regeln einzelne bezeichnete Teile des SGB V verschiedene Rechtsbeziehungen der Krankenkassen (und ihrer Verbände) zu den Leistungserbringern (und ihren Verbänden) abschließend, sodass die Anwendung des GWB in diesen Fällen versperrt bleibt. Mit diesen Fragen verbunden ist auch eine Diskussion darüber, bei welcher Behörde die Zuständigkeit für die Prüfung kartellrechtlicher Vorgaben liegt und welcher Rechtsweg zugewiesen wurde. Die Monopolkommission wird nachfolgend die Einschränkungen bei der Anwendbarkeit des Kartellrechts auf die deutschen Krankenkassen überprüfen und Lücken im Anwendungsbereich von Kartellverbot, Missbrauchsaufsicht und Fusionskontrolle aufzeigen.

⁵⁸ Verordnung (EG) Nr. 139/2004 des Rates vom 20. Januar 2004 über die Kontrolle von Unternehmenszusammenschlüssen („EG-Fusionskontrollverordnung“), ABl. EU Nr. L 24 vom 29. Januar 2004, S. 1.

⁵⁹ Die Ausnahme greift ein, wenn die beteiligten Unternehmen jeweils mehr als zwei Drittel ihres gemeinschaftsweiten Gesamtumsatzes in ein und demselben Mitgliedstaat erzielen.

Abbildung VI.6

Wichtige Hürden bei der Anwendung des deutschen und europäischen Kartellrechts auf die gesetzlichen Krankenkassen



Quelle: Eigene Darstellung

6.2.1 Einschränkung aufgrund der Auslegung des Unternehmensbegriffs im deutschen und europäischen Kartellrecht

1200. Sowohl das deutsche als auch das europäische Kartellverbot und ebenso die Missbrauchsaufsicht adressieren Unternehmen. Einer der wesentlichen Streitpunkte hinsichtlich der kartellrechtlichen Kontrolle der gesetzlichen Krankenkassen betrifft die Frage, ob es sich bei ihnen um Unternehmen im Sinne des Kartellrechts handelt. Im deutschen und im europäischen Wettbewerbsrecht gilt grundsätzlich der funktionale Unternehmensbegriff, der sämtliche, eine wirtschaftliche Tätigkeit ausübenden Einheiten umfasst. Bei der Unternehmensdefinition ist somit nicht auf das Unternehmen als solches, sondern auf das Handeln im geschäftlichen Verkehr abzustellen.⁶⁰

1201. Da die gesetzlichen Krankenkassen zumindest im Rahmen ihrer wirtschaftlichen Beschaffungstätigkeit am geschäftlichen Verkehr teilnahmen, wurde in der Vergangenheit die Unternehmenseigenschaft auf diesem Markt durch den Bundesgerichtshof für das deutsche Recht bejaht.⁶¹ Auf dem Versicherungsmarkt haben die Kassen hingegen frühestens seit der Einführung der freien Kassenwahl die Möglichkeit, Wettbewerbsparameter selbstständig zu kontrollieren, sodass die Frage nach der Unternehmenseigenschaft hier erst in den vergangenen 15 Jahren sukzessive an Bedeutung gewonnen hat. In einem deutschen Vorlageverfahren aus dem Jahr 2004 im Fall AOK Bundesverband u. a. gegen Ichthyol-Gesellschaft u. a. hatte der Europäische Gerichtshof unter anderem die Ansicht vertreten, dass die Krankenkassen auf dem Versicherungsmarkt in ihrem Geschäft mit Versicherungsnehmern nicht als Unternehmen handelten. Der Versicherungsmarkt könne somit nicht durch das europäische Kartellrecht kontrolliert werden.⁶² Eine überraschende Wendung vollzog die europäische Rechtsprechung zudem, als zunächst im Jahr 2003 das Gericht erster Instanz und 2006 dann auch der Europäische Gerichtshof im Verfahren FENIN diese Auffassung auch auf die Beschaffungstätigkeit der Krankenkassen auf dem Leistungsmarkt ausdehnte.⁶³ Die Gerichte begründen dieses damit, dass der Begriff der wirtschaftlichen Tätigkeit nicht durch die Einkaufsseite, sondern durch die Angebotsseite gekennzeichnet sei.⁶⁴ Die Einkaufstätigkeit von Waren und Dienstleistungen sei nicht von ihrer späteren Verwendung zu trennen. Infolge dieser Rechtsprechung entfiel die Anwendbarkeit des europäischen Wettbewerbsrechts auf Krankenkassen vollständig.

1202. Durch den Vorrang des europäischen Wettbewerbsrechts wurde auch die Anwendung der deutschen Kartellrechtsnormen teilweise eingeschränkt. Die deut-

sche Kartellaufsicht wird gemäß Artikel 3 Absatz 2 Satz 1 VO 1/2003⁶⁵ vom europäischen Kartellrecht verdrängt, sofern ein zwischenstaatlicher Bezug besteht. Dieser Bezug kann auch nur gering sein, da die entsprechende Zwischenstaatlichkeitsklausel sehr weit ausgelegt wird.⁶⁶ Eingeschränkt anwendbar ist das deutsche Kartellverbot nur bei rein innerstaatlich wirkenden Kartellen. Bei Erstreckung eines Kartells auf das gesamte Gebiet eines Mitgliedstaats geht die Rechtsprechung allerdings regelmäßig von der Eignung zur Beeinträchtigung des zwischenstaatlichen Handels aus. Ob damit auch bei einem Kartell der Krankenkassen auf dem Versicherungsmarkt – beispielsweise bei der Absprache von Zusatzbeiträgen – pauschal von einem zwischenstaatlichen Bezug auszugehen ist, ist bisher nicht eindeutig geklärt. Dagegen könnte nach Auffassung der Monopolkommission sprechen, dass die Mitgliederbasis der GKV ganz überwiegend in Deutschland lebt und auch die Leistungsanspruchnahme ganz überwiegend im Inland erfolgt. Auch unterliegt die Gründung einer Krankenkasse als Körperschaft öffentlichen Rechts strengen Voraussetzungen.

Gemäß Artikel 3 Absatz 2 Satz 2 VO 1/2003 ist es allerdings generell möglich, im Bereich der Missbrauchsaufsicht nach Artikel 102 AEUV strengeres nationales Recht anzuwenden, wodurch hier noch Raum für die Anwendung des deutschen Missbrauchsverbots verbleibt. Ebenfalls wird die deutsche Fusionskontrolle nicht vom europäischen Kartellrecht verdrängt, da aufgrund der Zweidrittel-Regel im Falle der Krankenkassen ein Vorrang gegenüber der europäischen Fusionskontrollverordnung besteht.⁶⁷

1203. Unklar bleibt jedoch bis heute, inwieweit durch die bezeichneten Urteile zur (fehlenden) Unternehmenseigenschaft der Krankenkassen nach europäischem Recht auch die Anwendung des deutschen Kartellrechts eingeschränkt worden ist. Auch die deutschen Kartellrechtsnormen setzen voraus, dass es sich bei den Krankenkassen um Unternehmen im Sinne des Kartellrechts handelt. Folgt die deutsche Auslegung des Unternehmensbegriffs den Vorgaben des Europäischen Gerichtshofs im europäischen Recht, so bleibt auch die Anwendung des GWB versperrt. In der rechtswissenschaftlichen Diskussion gehen die Meinungen in dieser Frage auseinander. Einerseits könnte die zunehmende Harmonisierung von deutschem und europäischem Recht für eine einheitliche Bewertung des Unternehmensbegriffs sprechen. Andererseits hat der Bundesgerichtshof in seiner Rechtsprechung

⁶⁰ Vgl. Zimmer, in: Immenga/Mestmäcker, GWB, 4. Aufl., München 2007, § 1 Rn. 32 ff.

⁶¹ Vgl. BGH, Urteil vom 26. Oktober 1961, KZR 1/61, WuW/E BGH 442 „Gummistrümpfe“.

⁶² Vgl. EuGH, Urteil vom 16. März 2004, C-264/01.

⁶³ Vgl. EuG, Urteil vom 4. März 2003, T-319/ 99; EuGH, Urteil vom 11. Juli 2006, C-205/03 P.

⁶⁴ Vgl. EuG, Urteil vom 4. März 2003, T-319/ 99, Rn. 36, und EuGH, Urteil vom 11. Juli 2006, C-205/03 P, Rn. 26.

⁶⁵ Verordnung (EG) Nr. 1/2003 des Rates vom 16. Dezember 2002 zur Durchführung der in den Artikeln 81 und 82 des Vertrags niedergelegten Wettbewerbsregeln, ABl. EG Nr. L 1 vom 4. Januar 2003, S. 1.

⁶⁶ Als Zwischenstaatlichkeitsklausel der Artikel 101 und 102 AEUV wird ein Tatbestandsmerkmal bezeichnet, das voraussetzt, dass das Verhalten geeignet ist „den Handel zwischen Mitgliedstaaten zu beeinträchtigen“. Dieses Tatbestandsmerkmal ist gleichzeitig Kollisionsnorm zum nationalen Kartellrecht. Die Zwischenstaatlichkeitsklausel ist weit zu verstehen. Sie greift immer schon dann, wenn die Beschränkung zur Errichtung von Handelsschranken beiträgt oder die gegenseitige Marktdurchdringung erschwert.

⁶⁷ Vgl. Tz. 1199.

die Unternehmenseigenschaft der Krankenkassen auf der Beschaffungsseite stets bejaht, sodass man abweichend vom europäischen Recht annehmen könnte, dass die Unternehmenseigenschaft nach deutschem Recht gegeben ist. Auch das Bundeskartellamt geht im Hinblick auf den Unternehmensbegriff von einer Anwendbarkeit des deutschen Kartellrechts auf die Krankenkassen aus.

1204. Die Monopolkommission schließt sich der letztgenannten Auffassung an. Sie spricht sich dafür aus, dass die Tätigkeit der Krankenkassen im Rahmen ihrer individuellen Handlungsoptionen auf sämtlichen Märkten als wirtschaftliche Tätigkeit im Sinne des Unternehmensbegriffs des GWB zu bewerten ist. So ist nach Ansicht der Monopolkommission auf dem Leistungsmarkt – in Einklang mit der langjährigen Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs – weiterhin von einem geschäftlichen Handeln der Krankenkassen auszugehen. Die Monopolkommission weist in diesem Zusammenhang auf den Schutzzweck des deutschen Kartellrechts hin, der alle Marktteilnehmer einbezieht. Keinesfalls werden dabei die Anbieter auf Vorleistungsmärkten ausgeschlossen, die im Gesundheitswesen durch das GWB einerseits gegen Kollusion, andererseits gegen Diskriminierung oder Verschluss des Marktzugangs durch marktbeherrschende bzw. marktmächtige Krankenkassen zu schützen sind.

Die Monopolkommission sieht es zudem als gerechtfertigt an, auch auf dem Versicherungsmarkt eine geschäftliche Tätigkeit der Krankenkassen anzunehmen und ihre Unternehmenseigenschaft zu bejahen. Dies folgt bereits aus dem Zweck der Reformmaßnahmen, die seit der Einführung der freien Kassenwahl erfolgt sind. Individuelle Handlungsmöglichkeiten der Kassen sollten dem Effizienzwettbewerb der Kassen dienen, der sich insbesondere in Qualität und Beitragssätzen ausdrückt. So können die Krankenkassen auf dem Versicherungsmarkt in Konkurrenz zueinander die Beitragssätze bzw. seit 2009 gemäß § 242 Absatz 1 und 2 SGB V Prämien und Zusatzbeiträge festlegen. Der mittlerweile um Morbiditätsfaktoren erweiterte Risikostrukturausgleich der Krankenkassen festigt diese Ansicht. Er ist kein sozialpolitisches Umverteilungselement innerhalb einer Solidargemeinschaft hoheitlicher Träger des GKV-Systems, sondern er ermöglicht es den Kassen erst, markt- und wettbewerbskonforme Einzahlungen pro Versicherten zu erhalten, um ihnen die Ausübung ihrer Tätigkeit im Wettbewerb zu ermöglichen.

1205. Auch im Hinblick auf die europäischen Kartellrechtsnormen ist in Betracht zu ziehen, dass die im Anschluss an die Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs erfolgten Reformen im deutschen GKV-System dafür sprechen könnten, dass mittlerweile auch hier von der Unternehmenseigenschaft der Krankenkassen auszugehen ist. 2006 hat der Gerichtshof im Fall *Fenin* die Unternehmenseigenschaft auf dem Leistungsmarkt an diejenige auf dem Versicherungsmarkt gekoppelt. Im Jahr 2004 hatte der Gerichtshof in seinem Vorlagebeschluss im Fall *AOK Bundesverband u. a. gegen Ichthyol-Gesellschaft u. a.* deutlich gemacht, dass die Krankenkassen auf dem Versicherungsmarkt vor allem

deshalb nicht als Unternehmen handelten, da sie im Wesentlichen gleiche Pflichtleistungen anbieten, die unabhängig von der Beitragshöhe sind.⁶⁸ Die Krankenkassen konkurrierten somit weder miteinander noch mit den privaten Einrichtungen hinsichtlich der Erbringung der im Bereich der Behandlung oder der Arzneimittel gesetzlich vorgeschriebenen Leistungen.⁶⁹ Dieser Sachverhalt hat sich jedoch im Zusammenhang mit der nach dem Beschluss erfolgten Reformierung der Sozialgesetzgebung verändert. Nachdem durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz Apotheken seit 1. April 2007 bei der Auswahl eines Medikamentes die zwischen Krankenkassen und Pharmaunternehmen abgeschlossenen Rabattverträge einer Krankenkasse beachten müssen,⁷⁰ sind die individuell abschließbaren Rabattverträge der Kassen ein wesentlicher Kosten- und Wettbewerbsparameter. Ebenfalls wurden Regelungen zum Abschluss selektiver Verträge mit Versorgungsträgern durch wesentliche Änderungen des bestehenden Rechts erweitert.⁷¹ Durch die Möglichkeit zu Beitragsrückerstattungen stehen den Krankenkassen zudem Möglichkeiten offen, bestimmte Einschränkungen auf der Leistungsseite individuell zu vergüten (z. B. Hausarzttarife). Auf diese Weise werden den gesetzlichen Krankenkassen verschiedene individuelle Handlungsspielräume eröffnet, die sich individuell in Preis und Qualität auf die Erbringung der Pflichtleistungen auf dem Versicherungsmarkt auswirken können. Es zeigt sich, dass die Kassen ihre neuen Möglichkeiten aktiv nutzen, um auf dem Versicherungsmarkt neue Mitglieder zu werben (vgl. Abbildung VI.7). Die Monopolkommission hält es deshalb für angebracht, heute von der gegebenen Unternehmenseigenschaft der gesetzlichen Krankenkassen nach europäischem Recht auszugehen.

6.2.2 Einschränkung der Anwendbarkeit des deutschen Kartellrechts durch § 69 SGB V

1206. Nur für die Anwendung des deutschen Kartellrechts auf die gesetzlichen Krankenkassen sind Einschränkungen und Ausnahmen zu berücksichtigen, die sich aus speziellerer deutscher Gesetzgebung ergeben. Eine wesentliche Einschränkung ergibt sich aus § 69 Absatz 1 Satz 1 und 2 SGB V, die in der heute geltenden Fassung wie folgt lauten:

„Dieses Kapitel sowie die §§ 63 und 64 regeln abschließend die Rechtsbeziehungen der Krankenkassen und ihrer Verbände zu Ärzten, Zahnärzten, Psychotherapeuten, Apotheken sowie sonstigen Leistungserbringern und ihren Verbänden, einschließlich der Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses und der Landesausschüsse nach den §§ 90 bis 94. Die Rechtsbeziehungen

⁶⁸ Vgl. EuGH, Urteil vom 16. März 2004 C-264/ 01, Rn. 52.

⁶⁹ Vgl. Ebenda, Rn. 54.

⁷⁰ Mit dem Beitragssatzsicherungsgesetz vom 23. Dezember 2002 ermöglichte der Gesetzgeber erstmals auch den Abschluss von Rabattverträgen zwischen einzelnen pharmazeutischen Unternehmen und Krankenkassen nach § 130a Absatz 8 SGB V. Die Regelung wurde jedoch erst durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz anwendbar.

⁷¹ Vgl. Abschnitt 4.4.

Abbildung VI.7

**Beispiel für den Wettbewerb der Kassen auf dem Versicherungsmarkt:
Plakat- und Online-Werbung der AOK im Frühjahr 2010**



Quelle: Webseite der AOK [April 2010]

der Krankenkassen und ihrer Verbände zu den Krankenhäusern und ihren Verbänden werden abschließend in diesem Kapitel, in den §§ 63, 64 und in dem Krankenhausfinanzierungsgesetz, dem Krankenhausentgeltgesetz sowie den hiernach erlassenen Rechtsverordnungen geregelt.“

Diese Vorschrift zielt auf die Rechtsbeziehungen von Krankenkassen und Leistungserbringern und somit auf den Leistungsmarkt, auf dem die bezeichneten Regelungen des SGB V ausschließlich gelten sollen. Zunächst blieb ungeklärt, ob durch die Vorgabe nur eine Rechtswegzuweisung zu den Sozialgerichten erreicht werden sollte oder ob die Vorgabe eine auch materiell-rechtlich wirkende Bereichsausnahme für die Anwendung anderer Normen darstellt. Insbesondere durch eine Entscheidung des Bundesgerichtshofs aus dem Jahr 2006 scheint diese Frage soweit geklärt zu sein, dass GWB und UWG auf die erfassten Bereiche gar keine Anwendung mehr finden.⁷²

1207. Es bleibt jedoch weiterhin offen, auf welche Fälle die Bereichsausnahme des § 69 SGB V zu begrenzen ist. Der Bundesgerichtshof vertrat in seinem Urteil die Auffassung, durch die Norm habe gerade sichergestellt werden sollen, dass Handlungen der gesetzlichen Krankenkassen und der für sie tätigen Leistungserbringer zur Erfüllung des Versorgungsauftrags gegenüber den Versicherten nur nach öffentlichem Recht beurteilt werden. Davon ausgehend ist anzunehmen, dass im Hinblick auf die Aktivitäten der Krankenkassen auf dem Leistungsmarkt der Weg für die Anwendung des deutschen Kartellrechts versperrt bleibt.

In Bezug auf die Missbrauchsaufsicht und das Vergaberecht wurde § 69 SGB V durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz mit Wirkung vom 1. April 2007 und das

Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung mit Wirkung vom 18. Dezember 2008 um weitere Regelungen ergänzt. In § 69 Absatz 2 Satz 1 SGB V wurde eine Ausnahme zu der zuvor diskutierten Bereichsausnahme hinzugefügt. Danach gelten die Vorschriften zur Missbrauchsaufsicht gemäß §§ 19 bis 21 GWB „entsprechend“ auch für die Rechtsbeziehungen auf dem Leistungsmarkt.⁷³ Ebenso wurde die Möglichkeit zur Anwendung des Vergaberechts eröffnet. Durch § 67 Absatz 2 Satz 2 SGB V besteht allerdings wiederum eine Ausnahme von der Ausnahme des Absatz 2 Satz 1, da bestimmte Verträge auf dem Leistungsmarkt – im Wesentlichen solche, die die kollektivvertragliche Beschäftigungstätigkeit betreffen – von der Anwendung der bezeichneten Vorschriften befreit werden.

1208. Streitig ist, ob damit auch die Anwendung der Fusionskontrolle auf die freiwillige Vereinigung gesetzlicher Krankenkassen ausgeschlossen wird.⁷⁴ Dass der Gesetzgeber die Fusionskontrolle für anwendbar hält, geht aus der Begründung des Gesetzentwurfs zu § 171a SGB V hervor, der seit dem 28. Mai 2007 die Zulassung kassenartenübergreifender Fusionen regelt. Auch das Bundeskartellamt vertritt in diesem Zusammenhang die Auffassung, dass die Regelungen des GWB zur Fusionskontrolle anwendbar sind, und prüft gegenwärtig Zusammenschlüsse gesetzlicher Krankenkassen.⁷⁵ Allerdings ist es bisher weder zu einer Untersagung durch das Amt

⁷² Vgl. BGH, Urteil vom 23. Februar 2006, I ZR 164/03, NZS 2006, S. 647. Bei dem Fall handelte es sich um einen UWG-Sachverhalt. Allerdings spricht die allgemein gehaltene Begründung des Gerichts dafür, von einer das gesamte Wettbewerbsrecht – unter Einschluss des GWB – betreffenden Entscheidung auszugehen.

⁷³ Der Gesetzesbegründung ist zu entnehmen, dass die Anordnung einer unmittelbaren Geltung ausschied, da der Gesetzgeber die Krankenkassen und ihre Verbände nicht als Unternehmen im Sinne des § 1 GWB beurteilt.

⁷⁴ Die Vorschriften über die freiwillige Vereinigung von Krankenkassen (§§ 144, 150, 160, 168a, 171a SGB V) sehen ein bestimmtes Verfahren vor. Der Zusammenschluss bedarf in allen Fällen der Genehmigung der vor der Vereinigung zuständigen Aufsichtsbehörden.

⁷⁵ Allerdings hält das Amt eine Klarstellung zur Anwendbarkeit der Fusionskontrolle in § 69 SGB V für wünschenswert. Vgl. BKartA, Stellungnahme zum Entwurf des GKV-WSG, Ausschuss für Gesundheit, Ausschussdrucksache 0129(131) vom 28. November 2006, S. 11.

noch zu einer gerichtlichen Klärung dieser Frage gekommen. Die Auffassung des Amtes stützend, sei auch auf eine entsprechende höchstrichterliche Klärung für die Frage nach der Kontrollpflicht bei Zusammenschlüssen von Krankenhäusern verwiesen – also für die andere Marktseite der Rechtsbeziehungen des von § 69 SGB V erfassten Leistungsmarktes.⁷⁶

Unklar bleibt jedoch weiterhin, ob das Bundeskartellamt in seiner materiell-rechtlichen Prüfung einer Fusion von Krankenkassen auch solche Märkte berücksichtigen darf, auf denen die entsprechenden Rechtsbeziehungen durch § 69 SGB V ausgenommen worden sind. Verneint man dies, könnte das Amt nur die Auswirkungen von Fusionen auf dem Versicherungsmarkt prüfen. Dem entgegen hält die Monopolkommission die vollumfängliche Anwendbarkeit der Regelungen zur Fusionskontrolle für möglich und notwendig.

1209. Zusammenfassend ist festzustellen, dass § 69 SGB V nach wie vor eine hohe Hürde für den Schutz des Wettbewerbs im System der GKV darstellt und dringend einer Korrektur bedarf. Nach Ansicht der Monopolkommission erstreckt sich der verbliebene Anwendungsbereich des deutschen Kartellverbots allein auf Handlungen, die den Versicherungsmarkt betreffen.⁷⁷ Die Missbrauchsaufsicht der §§ 19 bis 21 GWB gilt sowohl für den Versicherungsmarkt als auch für den Leistungsmarkt, auf Letzterem allerdings nicht für kollektivvertragliche Leistungen. Die Anwendbarkeit der Fusionskontrolle auf Zusammenschlüsse gesetzlicher Krankenkassen ist nach Auffassung der Monopolkommission gegeben, eine gesetzliche Klarstellung bleibt dennoch erforderlich.

6.2.3 Unklarheit über Zuständigkeit und Rechtsweg bei der Kartellrechtsanwendung

1210. Im Zusammenhang mit der komplexen Regulierung der gesetzlichen Krankenkassen ist außerdem strittig, welche Behörde für die Anwendung der Wettbewerbsregeln zuständig ist. Im Anwendungsbereich des europäischen Wettbewerbsrechts kann die Europäische Kommission tätig werden. Unklar ist hingegen, ob im Übrigen ein Tätigwerden des Bundeskartellamtes infrage kommt oder ob allein die Aufsichtsbehörde befugt ist, bei einem kartellrechtswidrigen Verhalten der Krankenkassen einzugreifen. Gemäß § 87 Absatz 1 SGB IV unterliegen Versicherungsträger wie die Krankenkassen staatlicher Aufsicht, die sich auf die Beachtung von Gesetz und sonstigem Recht erstreckt, das für die Versicherungsträger maßgebend ist. Verletzen die Krankenkassen Vorschriften, die sie zu beachten haben, so sind diese Verstöße gemäß § 89 Absatz 1 SGB IV durch aufsichtsrechtliche Maßnahmen zu ahnden. Neben der Frage der Zuständigkeit bei der Kartellrechtsanwendung bleibt

schließlich auch strittig, ob stets der Rechtsweg über die Sozialgerichte gewählt werden muss.

1211. Sofern die Unternehmenseigenschaft der Krankenkassen als gegeben angenommen wird, ist nach Auffassung der Monopolkommission davon auszugehen, dass der Tätigkeitsbereich der Krankenkassen, der nicht von § 69 SGB V betroffen ist, der kartellrechtlichen Zuständigkeit des Bundeskartellamtes obliegt. Zu klären bleibt indes, ob das Bundeskartellamt zur Verfolgung von Missbrauchsfällen auf dem Leistungsmarkt tätig werden kann, für den die Einschränkungen des § 69 SGB V zu berücksichtigen sind. Den Weg zur Anwendung des Missbrauchsverbots öffnet die Ausnahmeregelung des § 69 Absatz 2 Satz 1 SGB V, nach dem die bezeichneten Regelungen auf dem Leistungsmarkt zumindest „entsprechend“ gelten sollen.⁷⁸ Teilweise wird die Auffassung vertreten, aus der nur „entsprechenden“ Anwendbarkeit folge, dass die Zuständigkeit hier eben nicht bei den Kartellbehörden liegen soll. Hier ist jedoch einzuwenden, dass mit der Formulierung nur dem Umstand begegnet werden sollte, dass der Gesetzgeber nicht von der Unternehmenseigenschaft der Krankenkassen ausgegangen ist.⁷⁹ Allerdings werden in § 69 Absatz 2 Satz 1 SGB V dem Bundeskartellamt auch nicht explizit die Sanktionsbefugnisse gemäß §§ 32 ff. GWB eröffnet. Für die Zuständigkeit des Bundeskartellamtes sprechen hingegen seine Kompetenz im Hinblick auf die Ahndung von Kartellrechtsverstößen und die Möglichkeit für die Behörde, durch erhebliche Bußgelder einem wettbewerbsbeschränkenden Verhalten wirksam entgegenzutreten. Die sich aus aufsichtsrechtlichen Maßnahmen ergebenden Sanktionen sind vergleichsweise milde, sodass nach Auffassung der Monopolkommission mit ihnen kein ausreichender Schutz des Wettbewerbs gegeben ist. Es bleibt daher festzustellen, dass erhebliche Rechtsunsicherheit im Hinblick auf den kartellrechtlichen Schutz vor Missbrauch auf dem Leistungsmarkt besteht, da weder die Zuständigkeit noch wirksame Sanktionsbefugnisse in Bezug auf die Missbrauchskontrolle des § 69 Absatz 2 Satz 1 SGB V eindeutig definiert wurden.

1212. Umstritten ist weiterhin auch der einzuschlagende Rechtsweg. Die Sozialgerichte entscheiden gemäß § 51 Absatz 1 Nummer 2 Sozialgerichtsgesetz (SGG) über öffentlich-rechtliche Streitigkeiten in Angelegenheiten der gesetzlichen Krankenversicherung, ohne dass hier eine Ausnahme für die Anwendung des Wettbewerbsrechts vorgesehen wäre. Andererseits sieht das GWB gemäß § 87 Absatz 1 die ordentlichen Gerichte als Rechtsweginstanz vor, es sei denn, es handle sich um Rechtsstreitigkeiten aus den in § 69 SGB V genannten Rechtsbeziehungen, auch soweit hierdurch Rechte Dritter betroffen sind. Damit wurde zumindest der Leistungsmarkt dem öffentlichen Recht und damit eindeutig der Sozialgerichtsbarkeit zugeordnet. Zivilrechtlicher Rechtsschutz besteht dahingehend nicht.

⁷⁶ Vgl. BGH, Beschluss vom 16. Januar 2008, KVR 26/07 „Rhön-Klinikum AG/Kreiskrankenhäuser Bad Neustadt“.

⁷⁷ Eine mögliche Verdrängung durch europäisches Kartellrecht bleibt zu berücksichtigen.

⁷⁸ Vgl. auch Abschnitt 6.2.2.

⁷⁹ Vgl. oben Fn. 73.

6.3 Rechtliche Hürden für wettbewerbliches Handeln der Krankenkassen

1213. Ein funktionsfähiger Wettbewerb der gesetzlichen Krankenkassen auf dem Versicherungsmarkt erfordert, dass die Versicherten Kenntnis über die unterschiedlichen Konditionen haben, die ihnen die verschiedenen Kassen bieten. Außerdem darf der Kassenwechsel nicht durch andere Hürden erschwert werden, zum Beispiel durch hohe Transaktionskosten, die einem Versicherten aufgrund der Kündigung entstehen. Auf gewöhnlichen Märkten tragen Werbemaßnahmen und Kündigungshilfen der Anbieter unter anderem dazu bei, die Kunden über Leistungen zu informieren und ihnen die Kündigung zu erleichtern. Die genannten Maßnahmen sind dort Teil eines funktionsfähigen Wettbewerbsgeschehens.

1214. Einem wettbewerblichen Vorgehen der Kassen auf dem Versicherungsmarkt stehen im Gesundheitswesen jedoch verschiedene Pflichten der Sozialgesetzgebung entgegen, welche die Kassen zu erfüllen haben. Von Bedeutung sind vor allem spezielle Kooperationspflichten der Krankenkassen, die sich aus § 4 Absatz 3 SGB V ergeben. Die Norm verpflichtet die Krankenkassen, im Interesse der Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit eng miteinander zusammenzuarbeiten. Kooperationspflichten ergeben sich auch aus § 15 Absatz 3 SGB I, nach dem die Sozialversicherungsträger bei der Erfüllung ihrer gesetzlichen Auskunftspflichten zusammenzuarbeiten sollen. Weiterhin unterliegen die Sozialversicherungsträger gemäß den §§ 13 bis 15 SGB I besonderen Pflichten zur Aufklärung, Beratung und Information.

Nach Auffassung der Monopolkommission kollidieren diese Pflichten mit den durch die Einführung des Kassenwahlrechts angestrebten Wettbewerbszielen. In den oben genannten Vorschriften könnte in diesem Zusammenhang insbesondere eine Beschränkung des Rechts zur Mitgliederwerbung gesehen werden, deren Charakter oft von einem wettbewerblichen und damit gegenläufigen Verhältnis zueinander, etwa bei vergleichender Werbung, geprägt ist. Aus wettbewerblicher Sicht lässt sich die Vorschrift des § 4 Absatz 3 SGB V darüber hinaus sogar als wohlfahrtschädliche Aufforderung zur Kollusion interpretieren.

1215. Um dem Konflikt im Hinblick auf die Mitgliederwerbung zu begegnen, haben die Aufsichtsbehörden, die die Einhaltung der gesetzlichen Vorgaben durch die Krankenkassen und ihre Verbände überwachen, gemeinsame Wettbewerbsgrundsätze aufgestellt.⁸⁰ Diese haben den Rechtscharakter von Verwaltungsvorschriften und stellen die Rechtsauffassung der Aufsichtsbehörden in diesem Konflikt dar. Sie binden die Aufsichtsbehörden, entfalten aber keine bindende Wirkung für die Gerichte. Für den Wettbewerb um Mitglieder erkennen die Aufsichtsbehörden darin die allgemeinen Wertungsmaßstäbe des UWG an und stellen darüber hinausgehend weitere Regeln auf, die sie mit den besonderen Anforderungen an öffentlich-

rechtliche Krankenkassen begründen.⁸¹ Die Vorgaben der Aufsichtsbehörde lassen Mitgliederwerbung und Abwerbung zwischen Krankenkassen zu, soweit diese lauter und sachlich sind. So sind Vergleiche von Beiträgen oder Leistungen gestattet, negative Behauptungen über andere Krankenkassen sind jedoch zu unterlassen und Werbemaßnahmen dürfen keinen belästigenden Charakter haben.⁸²

Die Monopolkommission sieht eine erhebliche Wettbewerbsbeschränkung vor allem in dem Verbot für Krankenkassen, sich zur Abgabe von Kündigungserklärungen bevollmächtigen zu lassen.⁸³ Formalitäten eines Anbieterwechsels werden auf verschiedenen Märkten von den Kunden stets als eine wesentliche Wechselhürde wahrgenommen. Die Vorgabe der Aufsichtsbehörde führt dazu, dass diese Hürde auf dem Versicherungsmarkt der GKV nicht dadurch genommen werden kann, dass die neue Kasse bei der Kündigung behilflich ist.

1216. Die Bedenken der Monopolkommission gegen die Kooperations- und Informationspflichten der Krankenkassen können durch die Wettbewerbsgrundsätze der Aufsichtsbehörden nicht befriedigend im Sinne eines effizienten Wettbewerbsgeschehens gelöst werden. Insbesondere solche Pflichten, die sich aus § 4 Absatz 3 SGB V ergeben, sind deshalb als Hindernis für den Wettbewerb der gesetzlichen Krankenkassen zu sehen. Da die Vorschrift die wettbewerbliche Betätigung der Krankenkassen nicht von den Pflichten zur Zusammenarbeit ausnimmt, besteht eine permanente Unsicherheit über die vom Gesetzgeber geforderte Wettbewerbsintensität. Diese Unsicherheit bezieht sich insbesondere auf den Bereich der Mitgliederwerbung. Die Monopolkommission hält es deshalb für erforderlich, das SGB V an die Erfordernisse eines wettbewerblichen Krankenkassenmarktes anzupassen. Im Hinblick auf das wettbewerbliche Tätigkeitsfeld der Krankenkassen ist die Kooperationspflicht nach § 4 Absatz 3 SGB V zu streichen oder auf das notwendige Maß einzuschränken. Darüber hinaus empfiehlt die Monopolkommission, die grundsätzlichen Pflichten bei der Mitgliederwerbung im SGB V explizit zu regeln.

7. Das Konzept der Monopolkommission für eine solidarische Wettbewerbsordnung auf dem Krankenversicherungsmarkt

1217. Angesichts der vielfältigen Herausforderungen, denen sich das Gesundheitssystem in Deutschland gegenüberstellt, hält die Monopolkommission dessen effizienzorientierte Modernisierung für unabdingbar, um Qualität und Finanzierbarkeit langfristig sicherzustellen. Sie hat deshalb ein ganzheitliches Konzept für den Wettbewerb der Kassen mit dem Schwerpunkt der ärztlichen Versorgung entwickelt, das auf einer Wettbewerbsordnung basiert, durch die alle beteiligten Akteure Kassen, Leistungserbringer und Versicherte zukünftig mehr An-

⁸⁰ Vgl. Gemeinsame Wettbewerbsgrundsätze der Aufsichtsbehörden der gesetzlichen Krankenversicherung vom 19. März 1998 in der Fassung vom 9. November 2006.

⁸¹ Ebenda, Rn. 1–6.

⁸² Ebenda, Rn. 8–12.

⁸³ Ebenda, Rn. 40.

reize erhalten, sich so zu verhalten, dass Qualitäts- und Leistungsziele des Gesundheitssystems erreicht werden können.

1218. Das Konzept der Monopolkommission berücksichtigt dabei das GKV-spezifische Solidarprinzip als Grundlage eines Krankenversicherungssystems, das stets einen Ausgleich zwischen schwachen und starken Gruppen bzw. Individuen der Gesellschaft leisten soll. Auf der Basis dieses Ausgleichs ist der Monopolkommission jedoch kein Grund ersichtlich, warum die Ordnung der GKV nicht an den gleichen wettbewerblichen Leistungsprinzipien ausgerichtet sein sollte, wie dies bei anderen Wirtschaftssektoren der Fall ist. Vielmehr stellt die harmonische Verbindung von Solidarität und Wettbewerb die Grundlage dar, um eine hohe Versorgungsqualität in einem solidarischen deutschen Gesundheitswesen zu erreichen. Über die Anforderungen des Solidarprinzips hinaus sind nach Auffassung der Monopolkommission daher alle konstitutiven Elemente einer Wettbewerbsordnung für die GKV ohne Einschränkung herzustellen.

1219. Das Konzept der Monopolkommission für eine solidarische Wettbewerbsordnung⁸⁴ sieht vor, die teilweise bereits eingeschlagenen Pfade zur Stärkung kassenindividueller wettbewerblichen Verhaltens gegenüber Versicherten und Leistungserbringern konsequent fortzuführen. Dabei weist die Monopolkommission insbesondere auf die Bedeutung eines ganzheitlichen Ansatzes hin. Bereits im Rahmen der zuletzt erfolgten Reformen des Gesundheitswesens wurden verschiedene wettbewerbliche Elemente im System der GKV erprobt, die nach Auffassung der Monopolkommission vielfach ihre Wirkung nicht entfalten konnten. Ursächlich dafür ist, dass Spielräume für wettbewerbliches Verhalten in vielen Fällen weder konsequent noch ganzheitlich auf allen Wettbewerbsfeldern in der GKV umgesetzt wurden. Die Monopolkommission weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass Interdependenzen zwischen den Wettbewerbsparametern auf allen Märkten des Gesundheitswesens bestehen und die Ausnahme einzelner Segmente der GKV von wettbewerblichen Ordnungsprinzipien Effizienzverluste auf allen Märkten zur Folge haben kann. Die Monopolkommission zeigt deshalb, aufbauend auf die vorangegangene Analyse, wesentliche Handlungserfordernisse auf, durch die Wettbewerbshindernisse im System der GKV aufgelöst werden und ein ganzheitlich effizienteres System erreicht wird.

7.1 Vertragswettbewerb auf dem Leistungsmarkt der GKV

1220. Als Ergebnis der Analyse in diesem Gutachten sieht die Monopolkommission in der Organisation des

Leistungsmarktes einen ganz wesentlichen Hemmschuh für die wettbewerbliche Ausrichtung der GKV. Sie hat die Kontrakte untersucht, durch die die Kassen sich die Leistungen in der ärztlichen Versorgung beschaffen. Die dort dominierenden kollektiven Versorgungsverträge determinieren über den gemeinsamen Leistungskatalog hinweg einheitliche Versorgungs- und Vergütungsbedingungen und lassen so wenig Raum für effizienten und innovativen Leistungswettbewerb. Die Vereinheitlichung des Kassenhandelns vermindert die Chance auf qualitätssteigernde oder kostensenkende Innovationen und reduziert Effizianzanreize bei Kassen und Leistungserbringern, die Vollversorgung der Versicherten zu gewährleisten.

1221. Die Monopolkommission hält es deshalb für unbedingt erforderlich, konsequent die Bereiche auszubauen, in denen die Kassen individuell mit Leistungserbringern kontrahieren dürfen. Auf diese Weise wird der Leistungsmarkt zu einem Wettbewerbsmarkt, auf dem sich solche Leistungserbringer besserstellen, die ihr Versorgungsangebot besser auf die Präferenzen der Patienten ausrichten. Gleichzeitig dient der Wettbewerb für alle Beteiligten als wirksames Entdeckungsverfahren, durch das sich effiziente Problemlösungen zeigen und ineffiziente und unzureichende Versorgungsstrukturen aufspüren lassen. Um dieses Ziel zu erreichen, sollten die Kassen den Versicherten neben der kollektivvertraglichen Regelversorgung auch neue Versorgungsangebote machen können, für die sie die Leistungen individuell bei ausgewählten Leistungserbringern beschaffen. Einige konstituierende Voraussetzungen für diese dualistische Versorgungsstruktur sind bereits durch frühere Reformen des Gesundheitssystems im SGB V verwirklicht worden. Allerdings bestehen ganz erhebliche Mängel in den institutionellen Angebotsbedingungen für die neuen Versorgungsformen, sodass es bisher nicht zu einer erheblichen Ausbreitung der wettbewerblichen Versorgungsangebote kommen konnte.

1222. Neue Formen der ärztlichen Versorgung und weitere Leistungen des Gesundheitssystems sind Bereiche, in denen selektives Kontrahieren zwischen einzelnen Kassen und Leistungserbringern möglich ist. Dadurch ist eine wesentliche Voraussetzung für den Vertragswettbewerb auf dem Leistungsmarkt bereits gegeben. Allerdings sieht das SGB V heute für viele dieser Bereiche explizit vor, dass mehrere Krankenkassen auf der einen und große Gruppen von Leistungserbringern auf der anderen Seite jeweils gemeinsam einen Versorgungsvertrag schließen dürfen. Die Befugnis zum kollektiven Vertragsabschluss hat verheerende Wirkung auf die Effizienz des Vertragswettbewerbs, da den Akteuren auf diese Weise die Möglichkeit eröffnet wird, den Wettbewerb auf dem Leistungsmarkt kollusiv zu beschränken. Ist z. B. im Bereich der hausarztzentrierten Versorgung der Hausärzterverband ein möglicher Vertragspartner nach SGB V, so entfallen damit faktisch die Effizienzchancen eines Vertragswettbewerbs, da de facto nur eine andere Form der Kollektivversorgung erfolgt. Wettbewerb wird auf diese Weise hingegen ausgeschlossen. Die Monopolkommission fordert deshalb, insbesondere für die in Abschnitt 4.4.2 aufgeführten Bereiche die gesetzliche Möglichkeit

⁸⁴ Das Konzept der Monopolkommission ist angelehnt an einen Ausgleich von Wettbewerbszielen und Solidarität, wie er bereits in den 1990er Jahren von der Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen unter dem Schlagwort einer „solidarischen Wettbewerbsordnung“ formuliert wurde. Die Monopolkommission macht sich diesen Gedanken zu eigen. Vgl. Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen (Hrsg.), Solidarische Wettbewerbsordnung als Grundlage für eine zukunftsorientierte Gesetzliche Krankenversicherung, Bonn 1994.

einer Kooperation der Vertragspartner zu streichen und damit klarzustellen, dass wie in anderen Branchen jede Form der Kooperation von Vertragspartnern nur im Rahmen der geltenden kartellrechtlichen Regelungen zulässig ist. Auf diese Weise wird sichergestellt, dass nur solche Kooperationen von Kassen und Leistungserbringern ermöglicht werden, die aus Effizienzgründen und nicht vor dem Hintergrund einer ineffizienten Wettbewerbsbeschränkung entstehen.

1223. Ein ganz grundsätzliches Hindernis des Vertragswettbewerbs im dualistischen System betrifft das Problem des Budgetausgleichs. Sofern die Kassen den Behandlungsbedarf ihrer Versicherten durch individuell kontrahierte Leistungen decken, sinkt der Behandlungsbedarf in der Regelversorgung entsprechend und die Gesamtvergütung in der Regelversorgung muss angepasst werden. Die Monopolkommission hat in ihrer Untersuchung festgestellt, dass die Vorgaben zur Budgetbereinigung zwischen den besonderen Versorgungsformen und der kollektivvertraglichen Regelversorgung nicht effizient gestaltet sind. Sie hält es deshalb für notwendig, diesen Mangel zu beseitigen, indem standardisierte Abschläge vom Kollektivbudget vorgenommen werden, wenn ein bestimmter Behandlungsbedarf durch die kollektivvertragliche Regelversorgung gedeckt wird. Ein solches Konzept standardisierter Abschläge ist substanziell notwendig, um funktionsfähige Wettbewerbsvoraussetzungen für den Vertragswettbewerb in den besonderen Versorgungsbereichen überhaupt herzustellen.

1224. Am Beispiel des Versorgungsbereichs der integrierten Versorgung könnte eine solche Bereinigung um standardisierte Abschläge wie folgt aussehen: In der integrierten Versorgung werden sowohl populations- als auch indikationsbasierte Verträge geschlossen, die die Versorgung der Patienten durch ein Netzwerk von Leistungserbringern sicherstellen. Das heißt, einzelne Versicherte, die sich bei ihrer Kasse für einen Tarif integrierter Versorgung einschreiben, werden entweder vollumfänglich oder zur Behandlung bestimmter Indikationen durch das Versorgungsnetzwerk behandelt, das durch einen Integrationsvertrag von einer Kasse kontrahiert wurde. Unterschiedliche Integrationsverträge für verschiedene Indikationen bzw. zur Vollversorgung sind zunächst zu standardisieren. Für sie ist ein Mindestversorgungsumfang festzulegen. Für jede standardisierte Form des Integrationsvertrags ist morbiditätsdifferenziert von einer unabhängigen Stelle zu bestimmen, welcher in Punkten des einheitlichen Bewertungsmaßstabs gewichtete Behandlungsbedarf der ambulanten kollektiven Regelversorgung entfällt, wenn die Versorgung eines Patienten nicht mehr im Kollektivsystem durchgeführt wird. Um eben diese Punktwerte ist der Behandlungsbedarf in der ambulanten Regelversorgung zu bereinigen. Die unabhängige Stelle, welche die standardisierten Ausgleiche bestimmt, könnte z. B. – analog zur Berechnung des Risikostrukturausgleichs – beim Bundesversicherungsamt angesiedelt werden.

Da mit Abschluss eines Integrationsvertrags noch nicht feststeht, wie viele Versicherte mit welcher durchschnitt-

lichen Morbidität sich für die besondere Versorgungsvariante einschreiben werden, muss dieser Wert von den Kassen für die Bestimmung des Abschlags geschätzt werden. Die morbiditätsorientierte Gesamtvergütung wird somit ex ante stets um den geschätzten reduzierten Behandlungsbedarf bereinigt. Ex post werden die tatsächlichen Werte bestimmt und der saldierte Betrag mit einer zukünftigen Gesamtvergütung verrechnet.

1225. Auch im stationären Sektor existieren Mechanismen einer Erlösplanung, die budgetähnliche Eigenschaften hat. Hier ist vor allem die Erlösplanung gemäß § 4 KHEntG zu nennen. Ein standardisierter Budgetausgleich, wie von der Monopolkommission vorgeschlagen, könnte deshalb auch Vorgaben für den Ausgleichsbetrag der Krankenhausbudgets beinhalten. Die Monopolkommission schlägt jedoch stattdessen vor, die sehr komplizierten und bürokratisch aufwendigen Regeln zur Erlösplanung bei Krankenhäusern vollständig aufzugeben. Die Erlösplanung stellt, vereinfacht dargestellt, einen Rahmen für die in den vergangenen Jahren eingeführte Abrechnung nach G-DRG-Fallpauschalen dar. Bleibt ein Krankenhaus mit der Abrechnung von Fallpauschalen und anderen Entgelten über oder unter dem Planungsvolumen, so fallen gemäß § 4 Absatz 3 KHEntG Mehr- und Mindererlösausgleiche an, die die Abweichung vom Plansoll teilweise korrigieren. Die Erlösplanung bremst somit wettbewerbliche Vorstöße von Krankenhäusern, da durch sie Investitionen in Qualität und zusätzliche Patienten nicht vollständig vergütet werden. Gleichzeitig reduziert sie die Gefahr, dass weniger leistungsfähige Krankenhäuser aus dem Markt ausscheiden. Die Monopolkommission verweist in diesem Zusammenhang auf ihre kritische Haltung im Siebzehnten Hauptgutachten und fordert, auf die äußerst aufwendige und verwaltungsintensive Erlösplanung zu verzichten.⁸⁵ Für die Erhaltung von Krankenhäusern, die der Gewährleistung einer flächendeckenden Versorgung dienen, sind im Gegenzug effizientere Instrumente möglich, die den Wettbewerb im Gesundheitswesen weniger behindern.

1226. Durch eine standardisierte Budgetbereinigung erhalten die Kassen kalkulierbare Bedingungen für den Abschluss von Selektivverträgen. Zum Beispiel wird der wettbewerbliche Ausbau der integrierten Versorgung dann lohnend, wenn dadurch die Versorgung günstiger oder qualitativ besser organisiert werden kann. Auf diese Weise erhalten Integrationsverträge eine Chance, ihr großes Potenzial einer effizienten, ganzheitlich abgestimmten Versorgung der Versicherten zukünftig auszuschöpfen. Die Monopolkommission sieht in dieser Gestaltung der Budgetbereinigung erhebliche Möglichkeiten zur Kostensenkung und Qualitätssteigerung.

1227. Beim Ausbau alternativer Versorgungsformen sind die solidarischen normativen Anforderungen zu berücksichtigen, denen sich alle Versorgungsalternativen stellen müssen. Sie betreffen insbesondere die Sicherstellung einer Notfallversorgung und einer flächendeckenden

⁸⁵ Vgl. Monopolkommission, Hauptgutachten 2006/2007, a. a. O., Tz. 836.

Versorgung für alle Versicherten. Da alternative Versorgungsformen mitunter eine freiwillige Eingrenzung des Versicherten bei der Wahl von Arzt und Behandlungsform erfordern, kann dies dazu führen, dass diese Leistungen durch neue Versorgungsformen regional nicht oder unzureichend versichert werden können. Aus diesem Grunde hält die Monopolkommission vorläufig die Beibehaltung der Regelversorgung für notwendig, durch die zum einen den Patienten stets ein Verbleib im bestehenden System ermöglicht wird und durch die zum anderen bestimmte Notfallleistungen geregelt sind, die nicht im Rahmen der neuen Versorgungsformen erbracht werden können. Die Monopolkommission hält es zudem für notwendig, Mindestanforderungen für das Angebot neuer Versorgungsformen festzulegen, die beispielsweise die entfernungsabhängige Erreichbarkeit eines Arztes betreffen. Damit wird ausgeschlossen, dass neue Versorgungsformen grundsätzliche Ziele der flächendeckenden Versorgung überlagern.

1228. Langfristig sind mit dem Ausbau neuer Versorgungsformen auch neue Fragen der Finanzierung von Qualitätsverbesserungen verbunden, die sich immer dann stellen, wenn durch die neuen Versorgungsformen nicht die gleiche oder bessere Qualität zu gleichen oder günstigeren Preisen als in der Regelversorgung erbracht werden soll, sondern Qualitätssteigerungen z. B. in Form neuer kostensteigernder Therapieformen auch zu Kostensteigerungen führen. Der Wettbewerb durch das Angebot neuer Versorgungsformen kann hier Vorreiter sein, um den zusätzlichen Nutzen neuer Behandlungsformen zu erproben. Allerdings müssen kostensteigernde Qualitätsverbesserungen durch neue Versorgungsformen im Rahmen von Wahlтарifen vom Patienten mit höheren Beiträgen finanziert werden. Dabei ist dem Problem zu begegnen, dass der Patient den Wert von Gesundheitsleistungen möglicherweise unterschätzt, weil die Erträge mitunter erst einen verhältnismäßig langen Zeitraum nach der Investition anfallen. Deshalb könnte langfristig ein Anreizsystem erforderlich sein, das die Versicherten dazu bewegt, in ihre langfristige Gesundheitsvorsorge zu investieren. In Anlehnung an analoge Problemlösungen bei der Investition in Altersvorsorgemaßnahmen wird für den Ausbau von Qualität im Gesundheitswesen die Möglichkeit einer staatlichen Förderung unter dem Schlagwort „Gesundheits-Riester“ diskutiert. Dies entspräche einer nachfrageseitigen Kostenteilung, die somit auch der Fortentwicklung präferenzbasierter Wettbewerbsselemente im Gesundheitswesen Rechnung tragen könnte. Die Monopolkommission weist auf diese Möglichkeit hin, die den Vertragswettbewerb auf dem Leistungsmarkt, wie er von der Monopolkommission vorgeschlagen wird, langfristig ergänzen könnte.

7.2 Preis- und Tarifwettbewerb auf dem Versicherungsmarkt der gesetzlichen Krankenversicherung

1229. Ein unverzerrter Wettbewerb zwischen den Kassen setzt nach Auffassung der Monopolkommission voraus, dass die Mitglieder der GKV die relative Leistungsfähigkeit von Kassen und Versorgungstarifen auch am

Beitrag für den Versicherungsschutz erkennen können. Die Monopolkommission ist deshalb der Ansicht, dass der Preis ein unverzichtbarer Wettbewerbsparameter ist, der den Kassen für das Angebot ihrer Versicherungsleistung vollumfänglich zur Verfügung stehen muss. Möglichkeiten zur individuellen und transparenten Preissetzung der Krankenkassen für unterschiedliche Tarife sind deshalb eine notwendige Ergänzung zu individuellen Handlungsspielräumen bei der Organisation des Versorgungsauftrags. Mitglieder der Kassen müssen in die Lage versetzt werden, sowohl den Preis für verschiedene Kassen als auch den Preis für verschiedene Versorgungsalternativen auf einfache Weise miteinander zu vergleichen. An diesem Leitbild orientiert sich das Konzept der Monopolkommission für den Preiswettbewerb auf dem Versicherungsmarkt.

1230. Anknüpfend an dieses Leitbild stellt die Monopolkommission als Ergebnis dieser Untersuchung fest, dass heute kein hinreichender Preiswettbewerb zwischen Krankenkassen möglich ist. Derzeit wird der Preis für die GKV durch den einheitlichen einkommensabhängigen Beitragssatz nach § 241 Absatz 1 SGB V dominiert. Darüber hinaus haben die Krankenkassen zwar die Möglichkeit, einkommensunabhängige Zusatzprämien auszusütten bzw. Zusatzbeiträge zu erheben und in Wahlтарifen die Preissetzung zu differenzieren. Allerdings begrenzen verschiedene Regelungen den preispolitischen Handlungsspielraum der Kassen so weit, dass die heutige Preissetzung weder effizient noch für die Mitglieder transparent erfolgt.

1231. Die Monopolkommission schlägt vor, das heutige System kassenindividueller Zusatzbeiträge auszubauen. Der Zusatzbeitrag der Kassen wirkt preispolitisch wie eine Pauschalprämie. Aus wettbewerbsökonomischer Perspektive haben einkommensunabhängige Pauschalprämien gegenüber einkommensabhängigen Beitragssätzen den Vorteil, dass sie klare Preissignale für die Versicherten setzen, sodass die Mitglieder unterschiedliche Kassen und unterschiedliche Tarife einfach miteinander vergleichen können. Neue Handlungsspielräume, welche die Kassen nach Auffassung der Monopolkommission durch den Vertragswettbewerb auf dem Leistungsmarkt erhalten sollten, ergeben in Kombination mit Euro-Preisen ideale Wettbewerbsbedingungen. Pauschalprämien schaffen somit die Voraussetzungen für einen echten Effizienzwettbewerb der Kassen.

Im Zusammenhang mit der praktischen Umsetzung eines Prämienmodells weist die Monopolkommission darauf hin, dass die wettbewerbsökonomischen Vorteile der Pauschalprämien unabhängig sind von einer teilweisen oder vollständigen Umstellung auf einkommensunabhängige Pauschalbeiträge, sofern zumindest die relativen Beitragsunterschiede zwischen Krankenkassen in Euro-Beträgen ausgedrückt werden. Eine grundsätzliche Abkehr von einkommensabhängigen Beiträgen ist deshalb für die grundlegenden Wettbewerbsziele nicht erforderlich. Vielmehr erfüllt bereits die mit der gegenwärtigen Rechtslage gegebene Struktur, nach der ein wesentlicher Anteil des Beitragsaufkommens über einkommensabhängige Bei-

träge und die Beitragsunterschiede durch Prämien oder Zusatzbeiträge erhoben werden, im Ansatz die mit Pauschalprämien verbundenen Wettbewerbsziele. Die heutige Ausgestaltung dieses Ansatzes ist jedoch wettbewerbsökonomisch ungeeignet.

1232. Die Monopolkommission empfiehlt, die Form der Beitragserhebung wie folgt zu verändern: Der einheitliche Beitragssatz, der einkommensabhängig und paritätisch von Arbeitnehmern und Arbeitgebern finanziert wird, ist zunächst beizubehalten. Nach Auffassung der Monopolkommission sollte jedoch der zusätzliche Arbeitnehmeranteil von 0,9 Prozentpunkten entfallen, um auf diese Weise den Wettbewerb über Zusatzbeiträge anzukurbeln und die intransparente Preisdifferenzierung zwischen unterschiedlichen Prämien, Zusatzbeiträgen und fehlenden Prämien oder Beiträgen aufzulösen. Dazu ist der gemäß § 241 Absatz 1 SGB V durch Rechtsverordnung festgelegte, einheitliche Beitragssatz um 0,9 Prozentpunkte zu senken. Gleichzeitig ist § 249 Absatz 1 SGB V, soweit er die asymmetrische Finanzierung zwischen Arbeitnehmer und Arbeitgeber regelt, zu streichen. Auf diese Weise sinkt der Arbeitnehmerbeitrag zur Krankenversicherung faktisch um 0,9 Prozentpunkte. Die Krankenkassen erhalten so einheitlich verminderte Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds und sind daher gezwungen, die Mindereinnahmen durch Zusatzbeiträge zu finanzieren. Da jedoch weiterhin ein erheblicher Anteil des Gesundheitssystems über den einkommensabhängigen Beitragssatz finanziert wird, können die Zusatzbeiträge weitaus geringer ausfallen, als dies bei einer vollständigen Umstellung auf Pauschalbeiträge der Fall wäre.

1233. Die Überforderungsklausel, nach der ein Zusatzbeitrag über 8 Euro 1 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen eines Mitglieds nicht überschreiten darf, ist durch ein wettbewerbskonformes solidarisches Ausgleichssystem zu ersetzen. Voraussetzung dafür ist, dass der preispolitische Handlungsspielraum der Kassen nicht begrenzt wird und die Regelung keine wettbewerbsverzerrenden Wirkungen auslöst. Die Monopolkommission schlägt zu diesem Zweck vor, dass für einkommensschwache Mitglieder ein reduzierter Zusatzbeitrag erhoben wird. Dieser Zusatzbeitrag sollte ein gesetzlich festgelegter, relativer Anteil des jeweiligen Zusatzbeitrags einer Kasse sein, sodass auch für Mitglieder, die einen reduzierten Beitragssatz zahlen, die Anreizwirkung von Preissignalen erhalten bleibt. Für jedes Mitglied einer Kasse, dass zu dem reduzierten Beitrag versichert ist, sollte der Unterschiedsbetrag zum vollen Beitragssatz aus dem Bundeshaushalt aufgestockt werden. Auf diese Weise werden dysfunktionale Wirkungen von sozialpolitischen Begrenzungen des Beitrags aufgelöst. Der in diesem Modell der Monopolkommission notwendige Steueranteil und die damit verbundene Belastung des Bundeshaushalts fällt zudem, im Vergleich zu einer vollständigen Umstellung auf einkommensunabhängige Pauschalbeiträge, nur sehr gering aus.

1234. Die preispolitischen Restriktionen der Kassen beim Angebot von Wahlтарифen sind ebenfalls anzupassen. Derzeit lassen die Wahlтарифe Beitragsdifferenzierungen

in Form von Prämien und Zuzahlungsermäßigungen zu. Die Monopolkommission schlägt vor, die preispolitische Differenzierung bei Wahlтарифen an den Zusatzbeitrag nach § 242 SGB V zu koppeln. Für die freiwillige Teilnahme des Mitglieds einer Kasse an einem Wahlтариф nach § 53 Absatz 3 SGB V sollten die Kassen die Möglichkeit erhalten, abweichende Zusatzbeiträge zu verlangen. § 53 Absatz 8 Satz 3 SGB V, der die Höhe der Beitragsveränderung bei Wahlтарифen an die absolute Beitragshöhe eines Mitglieds koppelt, behindert den Wettbewerb, weil er zu intransparenten Preissystemen führt. Er ist nicht mit ökonomischen Effizienzerwägungen begründbar und sollte nach Auffassung der Monopolkommission vollständig entfallen.

1235. Die Vorschläge der Monopolkommission führen dazu, dass die Mitglieder der GKV bei der Wahl ihrer Krankenkasse und eines Versorgungstarifs nur noch einen einzigen Preisfaktor in Form des Zusatzbeitrags vergleichen müssen. Die wettbewerbschädliche und intransparente Aufschlüsselung in Zusatzbeiträge, Prämien sowie einkommensgewichtete Zuzahlungsermäßigungen bzw. zusätzliche Prämien von Kassen und Versicherten bei Wahlтарифen entfällt hingegen vollständig. Auf diese Weise werden unter Wahrung der Anforderungen der Solidarität günstige Voraussetzungen für den Wettbewerb der gesetzlichen Krankenkassen und Versorgungsstrukturen geschaffen.

7.3 Kartellrechtliche Kontrolle des Kassenwettbewerbs

1236. Einen grundlegenden und dringenden Bedarf zur Veränderung sieht die Monopolkommission im Bereich der kartellrechtlichen Kontrolle des Kassenwettbewerbs. Sie hat in dieser Untersuchung ganz erhebliche Defizite beim Schutz des Wettbewerbs in der GKV vor Wettbewerbsbeschränkungen festgestellt.

1237. Die Krankenkassen stehen auf dem Versicherungsmarkt mit ihrem Angebot im Preis- und Qualitätswettbewerb um Versicherte, in den selektivvertraglichen Bereichen auf dem Leistungsmarkt im Wettbewerb um Verträge mit den Leistungserbringern. Bereits heute haben diese Strukturen den Charakter eines wettbewerblchen Leistungsaustauschs, der allerdings durch ein dichtes Netz an Regulierungen stark eingeschränkt ist. Durch die von der Monopolkommission vorgeschlagenen zusätzlichen Handlungsspielräume im Preis- und Leistungsbereich wird sich der Wettbewerb der gesetzlichen Krankenkassen um Leistungsverträge und Versicherte weiter intensivieren. Soll der Wettbewerbsprozess jedoch zu den gewünschten gemeinwohlfördernden Ergebnissen führen, ist er analog zu anderen Märkten vor Konzentrationstendenzen und Beschränkungen zu schützen. Nach Auffassung der Monopolkommission kann die GKV deshalb umso weniger als wettbewerblcher Ausnahmehereich gesehen werden, je mehr sich der Ansatz einer solidarischen Wettbewerbsordnung für die GKV durchsetzt.

1238. Da die Akteure auf wettbewerblchen Märkten stets einen Anreiz haben, den Wettbewerb zu beschränken, muss der Staat durch ein funktionsfähiges Wettbe-

werbsrecht frühzeitig die Wettbewerbsbedingungen schützen. In anderen Branchen wird dies durch die Anwendung des allgemeinen Wettbewerbsrechts sichergestellt. Teile der GKV sind nach Ansicht der Monopolkommission jedoch vom Wettbewerbsrecht nicht oder nicht ausreichend geschützt. Als Beispiele seien mögliche Absprachen der Kassen bei der Beitragserhebung, die Koordination der Kassen auf den Beschaffungsmärkten, die Möglichkeit der Diskriminierung von Anbietern oder unkontrollierte Fusionen zum Aufbau von marktbeherrschenden Stellungen genannt, die entweder grundsätzlich vom Kartellrecht ausgenommen sind oder bei denen die heutige rechtliche Lage unklar ist.

1239. Die Monopolkommission hält es für notwendig, die Vorgaben über die Anwendung des Wettbewerbsrechts im Gesundheitswesen an ein eindeutiges und konsistenzgebendes Leitbild anzupassen. Zu diesem Zweck erscheint es angebracht, die Krankenkassen grundsätzlich dem Wettbewerbsrecht zu unterstellen, wenn sie wettbewerbsmäßig am Markt agieren sollen. Ausnahmen sind auf die Bereiche zu begrenzen, in denen die Kassen aufgrund ihres hoheitlichen Versorgungsauftrags zu kollektivem Handeln verpflichtet sind. Wettbewerbsmäßig sollen die Krankenkassen zum einen auf dem Versicherungsmarkt auftreten, zum anderen auf dem Leistungsmarkt, sofern selektivvertragliche Leistungsbereiche betroffen sind. Ausnahmen sich vornehmlich auf den Abschluss von Kollektivverträgen in der ambulanten und stationären ärztlichen Versorgung, zu denen die Krankenkassen rechtlich verpflichtet sind, zu beschränken.

1240. Als Ergebnis ihrer Untersuchung schlägt die Monopolkommission vor, die gesetzlichen Vorgaben wie folgt anzupassen: Um der Unsicherheit entgegenzuwirken, ob das Handeln der Krankenkassen unternehmerisches Handeln im Sinne des Kartellrechts ist, sollte nach Auffassung der Monopolkommission der Charakter dieses Handelns im Gesetz definiert werden. Da auf diese Weise gleichzeitig eine klare Trennung zwischen der Anwendung des GWB als Grundregel und den klar bezeichneten Ausnahmen zur Wahrung solidarischer Aufgaben festgelegt wird, kann auf die spezifische Definition des Anwendungsbereichs des Kartellrechts in § 69 SGB V vollständig verzichtet werden.

Die Monopolkommission hält es dazu für geeignet, in § 4 SGB V zwischen Absatz 1 und 2 einen neuen Absatz aufzunehmen, der wie folgt lauten könnte:

„Das Handeln der Krankenkassen ist unternehmerisches Handeln im Sinne des GWB. Ausnahmen sind solche Bereiche, in denen die Kassen zur Erfüllung ihres Versorgungsauftrags zu kollektivem Handeln verpflichtet sind. Dies gilt insbesondere für Verträge zwischen Krankenkassen oder deren Verbänden mit Leistungserbringern, zu deren Abschluss die Krankenkassen oder deren Verbände gesetzlich verpflichtet sind und bei deren Nichtzustandekommen eine Schiedsamsregelung gilt.“

Gleichzeitig sind § 69 SGB V und § 87 Absatz 1 Satz 3 GWB zu streichen.

1241. Der konsequente Schutz vor wettbewerbsbeschränkendem Verhalten ist dadurch zu ergänzen, dass auch Kooperationspflichten aus dem SGB V gestrichen werden, die nicht klar und eindeutig an sozialpolitische Notwendigkeiten des Versorgungsauftrags geknüpft werden können. Insbesondere betrifft dies die allgemeine Pflicht der Kassen zur engen Zusammenarbeit gemäß § 4 Absatz 3 SGB V. Diese entspricht nicht dem von der Monopolkommission vorgeschlagenen wettbewerbspolitischen Leitbild, wonach ein wettbewerbsliches Verhältnis der Kassen so lange die Regel ist, solange der besondere Versorgungsauftrag der Kassen keine spezifischen Ausnahmen gebietet. Die Monopolkommission empfiehlt deshalb, die allgemeine Kooperationspflicht nach § 4 Absatz 3 SGB V zu streichen. Sofern die Kassen besondere Kooperationserfordernisse im Zusammenhang mit besonderen Pflichten ihres Versorgungsauftrags geltend machen können, sind diese Ausnahmen im Einzelnen im SGB V zu regeln.

1242. Durch die vorgeschlagenen Änderungen wird das Handeln der Krankenkasse dem Handeln von Unternehmen auf anderen Märkten gleichgestellt. Der Wettbewerb wird damit im Sinne eines effizienten Handelns auf den betroffenen Gesundheitsmärkten geschützt. Eindeutig geregelt sind damit auch die Zuständigkeit des Bundeskartellamtes und der Rechtsweg über die ordentlichen Gerichte bei der Anwendung des allgemeinen Wettbewerbsrechts. Eine grundsätzliche Ausnahme bildet der kollektivvertragliche Leistungsbereich, der nach Auffassung der Monopolkommission auch zukünftig dazu dienen soll, besondere Aufgaben des Versorgungsauftrags der GKV gemeinsam zu erfüllen. Zu diesem Zweck ist eine Koordination beider Marktseiten teilweise erforderlich.

7.4 Weitere Anpassungen zur Effizienzverbesserung

1243. Über die Notwendigkeit zur Intensivierung des Wettbewerbs durch hinreichende Handlungsfreiheiten der Kassen und den umfassenden Schutz vor Wettbewerbsbeschränkungen hinaus sieht die Monopolkommission weiteren Handlungsbedarf, um den Wettbewerb zu stabilisieren und die Effizienz des Gesundheitssystems zu erhöhen.

1244. Die Monopolkommission hält die ständige Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs für eine Grundbedingung einer effizienten Wettbewerbsordnung im System der GKV. Durch die Anforderungen, die sich aus dem Solidarprinzip ergeben, erfolgt die Beitragserhebung in der GKV nicht risikoorientiert und somit nicht marktkonform. Der Risikostrukturausgleich hat den Zweck, die Einnahmeseite der GKV so zu korrigieren, dass die Kassen anstelle mitgliederproportionaler Beiträge marktkonforme Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds erhalten. Dazu sind diese Zuweisungen ausreichend nach der Morbidität des Versichertenkreises einer Kasse zu gewichten, um den Kassen Möglichkeiten zu versperren, den Effizienzdruck des Wettbewerbs durch ungewünschte Risikoselektion zu unterlaufen. Die Monopol-

kommission weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass der Ausbau kassenindividueller Handlungsfreiheiten auch das Potenzial zur systemschädlichen Risikoselektion vergrößern wird. Dies macht eine stetige Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs erforderlich, um auch in Zukunft die Effizienz der Wettbewerbsordnung zu gewährleisten. Die Monopolkommission empfiehlt in diesem Zusammenhang, den Risikostrukturausgleich, der heute an 80 Krankheiten geknüpft wird, stetig und entschlossen weiterzuentwickeln, um neuen Formen der Risikoselektion proaktiv vorzubeugen.

1245. Im Hinblick auf die kollektivvertragliche Versorgung hat die Monopolkommission sich in dieser Untersuchung insbesondere mit den Vergütungsstrukturen und den sich daraus ergebenden Anreizwirkungen beschäftigt. Das 2009 eingeführte neue Vergütungssystem für die ambulante Regelversorgung setzt dabei neue Anreize für die Leistungserbringer in der ambulanten Versorgung. Nach Auffassung der Monopolkommission ist das neue Vergütungssystem gegenüber früheren Systemen strukturell verbessert worden. Die Monopolkommission regt jedoch an, insbesondere den Gültigkeitszeitraum der arzt- bzw. praxisbezogenen Regelleistungsvolumina daraufhin zu prüfen, ob sich aus der gewählten Länge von derzeit einem Quartal neue Anreize zur angebotsinduzierten Patientensteuerung ergeben.

1246. Eine zentrale Neuerung des neuen Vergütungssystems betrifft die Verlagerung des Morbiditätsrisikos auf die gesetzlichen Krankenkassen. Dies zeigt sich darin, dass ein ansteigender Behandlungsbedarf der Bevölkerung seit 2009 Eingang in die jährliche Berechnung der Gesamtvergütung findet. Mit der Verlagerung des Morbiditätsrisikos ist jedoch auch die Frage der Verantwortung über die die Gesamtvergütung beeinflussenden Faktoren neu zu bewerten. Im heutigen System erfolgt die Abrechnung der Ärzte über die kassenärztlichen Vereinigungen, die auch primär über Informationen über die abgerechneten Leistungen verfügen. Steigt die Gesamtvergütung z. B. aufgrund fehlerhafter Abrechnungen an, so geht dies nicht mehr unmittelbar zulasten der Vereinigung der Kassenärzte. Durch das neue Vergütungssystem haben vielmehr die Krankenkassen nun ganz unmittelbare Anreize erhalten, den Behandlungsbedarf durch eine geeignete Vorsorge und durch sachlich richtige Abrechnungen korrekt zu bemessen.

In Anbetracht der neuen und richtigen Kostenverantwortung der Krankenkassen hält es die Monopolkommission für folgerichtig, dass auch die Abrechnung von Leistungen der Regelversorgung nicht mehr durch die kassenärztlichen Vereinigungen erfolgen sollte, sondern Ärzte ihre Leistungen zukünftig direkt bei den Kassen abrechnen. Die Kassen können zur Durchführung dieser Aufgabe einen Dritten beauftragen. Sie sollten jedoch selbst die Hoheit über die Durchführung der Abrechnung von an ihren Versicherten erbrachten Leistungen erhalten. Auf diese Weise kommen die Kassen zudem an ausreichende Informationen über die Morbiditätsstruktur ihrer Versicherten und können diese Information zur Verbesserung ihrer Versorgungsleistungen verwenden. Weiterhin ob-

liegt es den Kassen, auch die Korrektheit der Abrechnungen selbst zu prüfen. Da die Kassen mittelfristig den Schaden aus fehlerhaften Abrechnungen selbst zu tragen haben, ist ihnen auch die Kompetenz über die Abrechnung zu übertragen. Mit der Übernahme von Abrechnungsaufgaben sollten die Kassen auch solche Prüfungsrechte nach § 106a SGB V erhalten, die heute den kassenärztlichen Vereinigungen obliegen.

1247. Die Monopolkommission empfiehlt zudem, die Transparenz im deutschen Gesundheitssystem auch im Bereich der Patienteninformation zu verbessern. Ein wichtiger Ansatzpunkt ist die Information des Versicherten über die von ihm in Anspruch genommenen und vom Arzt abgerechneten Leistungen. Mit der Information des Patienten über abgerechnete Leistungen werden verschiedene Ziele verbunden. Die Monopolkommission weist jedoch darauf hin, dass insbesondere der wichtige Kontrolleffekt hinsichtlich der sachlichen Richtigkeit der Abrechnung von Ärzten und anderen Leistungserbringern bisher kaum untersucht wurde.

Bisher existieren nur optionale Möglichkeiten für den Zugriff des Patienten auf die für ihn abgerechneten Leistungen gemäß § 305 SGB V. Danach hat der Patient Auskunftsrechte über die vom Arzt an ihm erbrachten und abgerechneten Leistungen sowohl gegenüber der Krankenkasse als auch gegenüber dem behandelnden Arzt (Patientenquittung). Die Monopolkommission weist in diesem Zusammenhang jedoch darauf hin, dass die Ziele der Information des Patienten über abgerechnete Leistungen kostenrelevante Ziele sind und das Interesse an der Patienteninformation somit originär beim Kostenträger und damit bei den Kassen liegt. Die Monopolkommission empfiehlt deshalb, den Kassen im SGB V ausdrücklich das Recht einzuräumen, den Patienten regelmäßig z. B. nach Quartalsende über die abgerechneten Leistungen zu informieren. Die Monopolkommission geht davon aus, dass die Kassen diese Möglichkeit nutzen werden, da sie insbesondere die Richtigkeit der Abrechnung von Leistungen auf diese Weise verbessern können. Zeigt sich mittelfristig, dass die Konkurrenzbereitschaft der Krankenkassen noch nicht dazu führt, dass einzelne Kassen mit diesem Recht experimentieren, so empfiehlt die Monopolkommission, eine verpflichtende Patienteninformation durch die Kassen in das SGB V aufzunehmen.

1248. Die Monopolkommission hält es weiterhin für wünschenswert, das Gesundheitssystem um ein Element einer zwingenden Beteiligung von Patienten an den von ihnen verursachten Kosten zu ergänzen. Dies erscheint notwendig, um eine kostenorientierte marktkonforme Entscheidungsfindung bei den Patienten zu ermöglichen. Demgegenüber treffen Patienten heute ihre Entscheidungen über die Inanspruchnahme von Behandlungsleistungen weitgehend unabhängig von Kostenerwägungen. Die Wahltarife nach § 53 Absatz 1 und 2 SGB V, die darauf abzielen, durch die Einführung von Eigenbeteiligungen eine Steuerungswirkung im Bezug auf das Nachfrageverhalten der Patienten zu erreichen, sieht die Monopolkommission jedoch kritisch. Eigenbeteiligungen, die ausschließlich im Rahmen von Wahlтарifen erhoben werden,

haben eine Selbstselektionswirkung zur Folge, da insbesondere solche Patienten in diese Tarife optieren, deren Bedarf oder Neigung, die Leistungen der GKV in Anspruch zu nehmen, ohnehin gering ist. Eigenbeteiligungen, die nicht verpflichtend sind, führen deshalb wesentlich zu einer Differenzierung des Beitragssatzes zwischen Gesunden und Kranken, ohne dass dadurch auch eine wesentliche Steuerungswirkung auf das Nachfrageverhalten erreicht wird. Die Wahltarife gemäß § 53 Absatz 1 und 2 SGB V sind deshalb ungeeignet, sodass die Monopolkommission empfiehlt, diese Normen zu streichen.

Um eine geeignete Steuerungswirkung auf das Nachfrageverhalten der Patienten zu erzielen, könnten jedoch anstelle dieser Wahltarife allgemein verpflichtende Eigenbeteiligungen eingeführt werden. Die Monopolkommission empfiehlt, verpflichtende Eigenbeteiligungen nicht in Form einer Pauschale zu erheben, sondern als relativen Anteil an der Arztrechnung festzusetzen. Für die Rechnungsstellung sollten die Krankenkassen verantwortlich sein. Dies ließe sich mit der von der Monopolkommission vorgeschlagenen kassenseitigen Information des Patienten über die in Anspruch genommenen Leistungen verbinden.

1249. Die Monopolkommission weist ausdrücklich darauf hin, dass im Falle der Einführung von verpflichten-

den Eigenbeteiligungen auch soziale Ausgleichssysteme notwendig werden, die den Anforderungen des Solidarprinzips Rechnung tragen. Deshalb sind die Eigenbeteiligungen im Gesundheitswesen pro Behandlungsfall oder Abrechnungszeitraum auch in ihrer absoluten Höhe zu begrenzen. Zudem ist im Falle solcher Versicherter, die über ein unterdurchschnittliches Einkommen verfügen, festzulegen, dass ein substanzieller Anteil des Eigenbeitrags aus dem Steuer-Transfer-System gedeckt wird. Ein ausreichendes soziales Ausgleichssystem vorausgesetzt, sieht die Monopolkommission in der Einführung verpflichtender Eigenbeteiligungen eine Chance, auch aufseiten der Leistungsnachfrage der Patienten effiziente und mit dem Solidarprinzip vereinbare Bedingungen im deutschen GKV-System herzustellen.

Bonn, den 30. Juni 2010

Justus Haucap

Peter-Michael
Preusker

Christiane
zu Salm

Angelika
Westerwelle

Daniel
Zimmer

Bisherige Gutachten der Monopolkommission

Alle Veröffentlichungen sind im Nomos-Verlag, Baden-Baden, erschienen.

Hauptgutachten

Hauptgutachten I:	(1973/1975):	Mehr Wettbewerb ist möglich. 1976, 2. Aufl. 1977.
Hauptgutachten II:	(1976/1977):	Fortschreitende Konzentration bei Großunternehmen. 1978.
Hauptgutachten III:	(1978/1979):	Fusionskontrolle bleibt vorrangig. 1980.
Hauptgutachten IV:	(1980/1981):	Fortschritte bei der Konzentrationserfassung. 1982.
Hauptgutachten V:	(1982/1983):	Ökonomische Kriterien für die Rechtsanwendung. 1984.
Hauptgutachten VI:	(1984/1985):	Gesamtwirtschaftliche Chancen und Risiken wachsender Unternehmensgrößen. 1986.
Hauptgutachten VII:	(1986/1987):	Die Wettbewerbsordnung erweitern. 1988.
Hauptgutachten VIII:	(1988/1989):	Wettbewerbspolitik vor neuen Herausforderungen. 1990.
Hauptgutachten IX:	(1990/1991):	Wettbewerbspolitik oder Industriepolitik. 1992.
Hauptgutachten X:	(1992/1993):	Mehr Wettbewerb auf allen Märkten. 1994.
Hauptgutachten XI:	(1994/1995):	Wettbewerbspolitik in Zeiten des Umbruchs. 1996.
Hauptgutachten XII:	(1996/1997):	Marktöffnung umfassend verwirklichen. 1998.
Hauptgutachten XIII:	(1998/1999):	Wettbewerbspolitik in Netzstrukturen. 2000.
Hauptgutachten XIV:	(2000/2001):	Netzwettbewerb durch Regulierung. 2003.
Hauptgutachten XV:	(2002/2003):	Wettbewerbspolitik im Schatten „Nationaler Champions“. 2005.
Hauptgutachten XVI:	(2004/2005):	Mehr Wettbewerb auch im Dienstleistungssektor! 2006.
Hauptgutachten XVII:	(2006/2007):	Weniger Staat, mehr Wettbewerb. 2008.
Hauptgutachten XVIII:	(2008/2009):	Mehr Wettbewerb, wenig Ausnahmen. 2010.
Hauptgutachten XIX:	(2010/2011):	Stärkung des Wettbewerbs bei Handel und Dienstleistungen. 2012.

Sondergutachten

- Sondergutachten 1: Anwendung und Möglichkeiten der Mißbrauchsaufsicht über marktbeherrschende Unternehmen seit Inkrafttreten der Kartellgesetznovelle. 1975, 2. Aufl. 1977.
- Sondergutachten 2: Wettbewerbliche und strukturelle Aspekte einer Zusammenfassung von Unternehmen im Energiebereich (VEBA/Gelsenberg). 1975.
- Sondergutachten 3: Zusammenschlußvorhaben der Kaiser Aluminium & Chemical Corporation, der Preussag AG und der Vereinigte Industrie-Unternehmungen AG. 1975.
- Sondergutachten 4: Zusammenschluß der Deutsche Babcock AG mit der Artos-Gruppe. 1977.
- Sondergutachten 5: Zur Entwicklung der Fusionskontrolle. 1977.
- Sondergutachten 6: Zusammenschluß der Thyssen Industrie AG mit der Hüller Hille GmbH. 1977.
- Sondergutachten 7: Mißbräuche der Nachfragemacht und Möglichkeiten zu ihrer Kontrolle im Rahmen des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen. 1977.
- Sondergutachten 8: Zusammenschlußvorhaben der Deutschen BP AG und der VEBA AG. 1979.
- Sondergutachten 9: Die Rolle der Deutschen Bundespost im Fernmeldewesen. 1981.
- Sondergutachten 10: Zusammenschluß der IBH Holding AG mit der WIBAU AG. 1982.
- Sondergutachten 11: Wettbewerbsprobleme bei der Einführung von privatem Hörfunk und Fernsehen. 1981.
- Sondergutachten 12: Zusammenschluß der Burda Verwaltungs KG mit der Axel Springer GmbH/Axel Springer Gesellschaft für Publizistik GmbH & Co. 1982.
- Sondergutachten 13: Zur Neuordnung der Stahlindustrie. 1983.
- Sondergutachten 14: Die Konzentration im Lebensmittelhandel. 1985.
- Sondergutachten 15: Zusammenschluß der Klöckner-Werke AG mit der Seitz Enzinger Noll Maschinenbau AG. 1986.
- Sondergutachten 16: Zusammenschlußvorhaben der Vereinigte Elektrizitätswerke Westfalen AG mit der Société Sidéchar S.A. (Ruhrkohle AG). 1986.
- Sondergutachten 17: Konzeption einer europäischen Fusionskontrolle. 1989.
- Sondergutachten 18: Zusammenschlußvorhaben der Daimler-Benz AG mit der Messerschmitt-Bölkow-Blohm GmbH. 1989.
- Sondergutachten 19: Zusammenschlußvorhaben der MAN Aktiengesellschaft und der Gebrüder Sulzer Aktiengesellschaft. 1990.
- Sondergutachten 20: Zur Neuordnung der Telekommunikation. 1991.
- Sondergutachten 21: Die Mißbrauchsaufsicht über Gas- und Fernwärmeunternehmen. 1991.

- Sondergutachten 22: Zusammenschlußvorhaben der BayWa Aktiengesellschaft und der WLZ Raiffeisen Aktiengesellschaft. 1992.
- Sondergutachten 23: Marktstruktur und Wettbewerb im Handel. 1994.
- Sondergutachten 24: Die Telekommunikation im Wettbewerb. 1996.
- Sondergutachten 25: Zusammenschlußvorhaben der Potash Corporation of Saskatchewan Inc. und der Kali und Salz Beteiligungs Aktiengesellschaft. 1997.
- Sondergutachten 26: Ordnungspolitische Leitlinien für ein funktionsfähiges Finanzsystem. 1998.
- Sondergutachten 27: Systemwettbewerb. 1998.
- Sondergutachten 28: Kartellpolitische Wende in der Europäischen Union? 1999.
- Sondergutachten 29: Wettbewerb auf Telekommunikations- und Postmärkten? 2000.
- Sondergutachten 30: Wettbewerb als Leitbild für die Hochschulpolitik. 2000.
- Sondergutachten 31: Reform der Handwerksordnung. 2002.
- Sondergutachten 32: Folgeprobleme der europäischen Kartellverfahrensreform. 2002.
- Sondergutachten 33: Wettbewerbsentwicklung bei Telekommunikation und Post 2001: Unsicherheit und Stillstand. 2002
- Sondergutachten 34: Zusammenschlussvorhaben der E.ON AG mit der Gelsenberg AG und der E.ON AG mit der Bergemann GmbH. 2002.
- Sondergutachten 35: Zusammenschlussvorhaben der E.ON AG mit der Gelsenberg AG und der E.ON AG mit der Bergemann GmbH. Ergänzendes Sondergutachten. 2002.
- Sondergutachten 36: Zusammenschlussvorhaben der Georg von Holtzbrinck GmbH & Co. KG mit der Berliner Verlag GmbH & Co. KG. 2003.
- Sondergutachten 37: Wettbewerbsfragen der Kreislauf- und Abfallwirtschaft. 2003.
- Sondergutachten 38: Zusammenschlussvorhaben der Georg von Holtzbrinck GmbH & Co. KG mit der Berliner Verlag GmbH & Co. KG. Ergänzendes Sondergutachten. 2003.
- Sondergutachten 39: Telekommunikation und Post 2003: Wettbewerbsintensivierung in der Telekommunikation – Zementierung des Postmonopols. 2004.
- Sondergutachten 40: Zur Reform des Telekommunikationsgesetzes. 2004.
- Sondergutachten 41: Das allgemeine Wettbewerbsrecht in der Siebten GWB-Novelle. 2004.
- Sondergutachten 42: Die Pressefusionskontrolle in der Siebten GWB-Novelle. 2004.
- Sondergutachten 43: Wettbewerbsentwicklung bei der Telekommunikation 2005: Dynamik unter neuen Rahmenbedingungen. 2006.
- Sondergutachten 44: Wettbewerbsentwicklung bei der Post 2005: Beharren auf alten Privilegien. 2006.
- Sondergutachten 45: Zusammenschlussvorhaben der Rhön-Klinikum AG mit den Kreiskrankenhäusern des Landkreises Rhön-Grabfeld (Kreiskrankenhaus Bad Neustadt/Saale sowie Kreiskrankenhaus Mellrichstadt). 2006.

- Sondergutachten 46: Die Privatisierung der Deutschen Bahn AG. 2007.
- Sondergutachten 47: Preiskontrollen in Energiewirtschaft und Handel? Zur Novellierung des GWB. 2007.
- Sondergutachten 48: Wettbewerbs- und Regulierungsversuche im Eisenbahnverkehr. 2007.
- Sondergutachten 49: Strom und Gas 2007: Wettbewerbsdefizite und zögerliche Regulierung. 2008.
- Sondergutachten 50: Wettbewerbsentwicklung bei der Telekommunikation 2007: Wendepunkt der Regulierung. 2008.
- Sondergutachten 51: Wettbewerbsentwicklung bei der Post 2007: Monopolkampf mit allen Mitteln. 2008.
- Sondergutachten 52: Zusammenschlussvorhaben der Asklepios Kliniken Hamburg GmbH mit der Krankenhaus Mariahilf gGmbH. 2008.
- Sondergutachten 53: Zusammenschlussvorhaben des Universitätsklinikums Greifswald mit der Kreiskrankenhaus Wolgast gGmbH. 2008.
- Sondergutachten 54: Strom und Gas 2009: Energiemärkte im Spannungsfeld von Politik und Wettbewerb. 2009.
- Sondergutachten 55: Bahn 2009: Wettbewerb erfordert Weichenstellung. 2010.
- Sondergutachten 56: Telekommunikation 2009: Klaren Wettbewerbskurs halten. 2010.
- Sondergutachten 57: Post 2009: Auf Wettbewerbskurs gehen. 2010.
- Sondergutachten 58: Gestaltungsoptionen und Leistungsgrenzen einer kartellrechtlichen Unternehmensentflechtung. 2010.
- Sondergutachten 59: Energie 2011: Wettbewerbsentwicklung mit Licht und Schatten. 2012.
- Sondergutachten 60: Bahn 2011: Wettbewerbspolitik unter Zugzwang. 2011.
- Sondergutachten 61: Telekommunikation 2011: Investitionsanreize stärken, Wettbewerb sichern. 2012.
- Sondergutachten 62: Post 2011: Dem Wettbewerb Chancen eröffnen. 2012.
- Sondergutachten 63: Die 8. GWB-Novelle aus wettbewerbspolitischer Sicht. 2012.
- Sondergutachten 64: Bahn 2013: Reform zügig umsetzen. 2013.
- Sondergutachten 65: Energie 2013: Wettbewerb in Zeiten der Energiewende. 2014.
- Sondergutachten 66: Telekommunikation 2013: Vielfalt auf den Märkten erhalten. 2014.
- Sondergutachten 67: Post 2013: Wettbewerbsschutz effektivieren. 2014.