

Stand und Perspektiven des Wettbewerbs im deutschen Krankenversicherungssystem

Sondergutachten 75 – Kurzfassung

Sondergutachten der Monopolkommission
gemäß § 44 Abs. 1 Satz 4 GWB

2017

Kurzfassung

K1. Das deutsche Gesundheitssystem ist aus historischen Gründen in die von Grund auf unterschiedlich organisierten Segmente der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der privaten Krankenversicherung (PKV) aufgeteilt. Beide Bereiche bilden zusammen das deutsche Krankenversicherungssystem, welches die Monopolkommission in diesem Gutachten im Hinblick auf Stand und Perspektiven des Wettbewerbs untersucht hat. Die Monopolkommission hat im Rahmen ihrer Untersuchung festgestellt, dass das Krankenversicherungssystem in Deutschland eine Vielzahl von ungenutzten wettbewerblichen Potenzialen aufweist. Wenn diese Potenziale gehoben werden, kann die Zukunftsfähigkeit des Krankenversicherungssystems erheblich verbessert werden.

K2. Die Verbesserung zentraler wettbewerblicher Mechanismen innerhalb des gesetzlichen und privaten Krankenversicherungssystems wird in der gesundheitspolitischen Diskussion nicht selten von der übergeordneten Frage nach konstitutiven Systemveränderungen überlagert. Alle in diesem Zusammenhang diskutierten Vorschläge haben gemein, dass bei ihrer Verwirklichung sehr umfangreiche und in ihren Wirkungen nur bedingt überschaubare Veränderungen von Normenkomplexen und gewachsenen Organisations- sowie Finanzierungsformen erforderlich würden. Deshalb sind mit diesen Modellvorschlägen auch nicht unerhebliche Risiken verbunden. Die Monopolkommission spricht sich daher dafür aus, zunächst die vielfältigen Wettbewerbsprobleme innerhalb des bestehenden privaten und gesetzlichen Krankenversicherungssystems anzugehen. Sie weist darauf hin, dass die Empfehlungen aus diesem Gutachten auch im Fall einer politischen Entscheidung für eine Systemveränderung nicht an Aktualität und Relevanz verlieren.

GKV: Marktstruktur und Kartellrechtsanwendung

K3. In der GKV ist bereits seit Jahrzehnten ein stetig zunehmender Konzentrationsprozess zu beobachten, der sich mit Einführung des Kassenwahlrechts 1996 beschleunigt hat. Gegenwärtig gibt es noch 117 Krankenkassen in Deutschland. Davon sind 92 Betriebs- und 11 Ortskrankenkassen. Zudem gibt es je sechs Innungs- und Ersatzkrankenkassen sowie eine landwirtschaftliche Krankenkasse und eine Knappschaft. Im Jahr 2016 war mit 72 Mio. Menschen der Großteil der Bevölkerung in Deutschland in der GKV versichert, davon 55,8 Mio. als Mitglieder. Mit derzeit 7,3 Mio. Mitgliedern ist die Techniker Krankenkasse die mitgliederstärkste gesetzliche Krankenkasse in Deutschland. Sie hat rund 600.000 Mitglieder mehr als die zweitgrößte Krankenkasse, die Barmer GEK. Marktaustritte in der GKV finden insbesondere in Form von Fusionen und Schließungen statt. Diese können nicht nur betriebs- sondern auch gesamtwirtschaftlich sinnvoll sein, wenn es gelingt, durch die Erzielung von Größen- und Verbundvorteilen eine effizientere Anbieterstruktur zu erreichen.

K4. Im Zuge des Konsolidierungsprozesses in der GKV sind Markteintritte ausgeblieben. Auch auf absehbare Zeit erscheint es wenig wahrscheinlich, dass es zu Markteintritten kommt. Aus Sicht der Monopolkommission sind die Möglichkeiten, im Bereich der GKV in den Markt einzutreten, angesichts der engen gesetzlichen Vorgaben übermäßig restriktiv. Dies betrifft Markteintritte sowohl im Bereich der Orts- und Ersatzkassen, in dem gesetzliche Regelungen gänzlich fehlen, als auch im Bereich der Betriebs- und Innungskrankenkassen. Im Grundsatz sollte es innovativen Anbietern, die einen Markteintritt im Bereich der GKV wagen möchten, möglich sein, die Art von Krankenkasse zu gründen, die ihrem Geschäftsmodell am besten entspricht. Freiwillige Vereinigungen von Krankenkassen können aufsichtsrechtlich und hinsichtlich ihrer wettbewerblichen Auswirkungen auch fusionskontrollrechtlich überprüft werden, um Nachteile für die Gesundheitsversorgung auszuschließen.

K5. Nicht nur im Bezug auf Fusionen von Krankenkassen ist die Anwendung des Kartellrechts im Bereich der GKV von erheblicher wettbewerblicher Bedeutung. Die deutschen und europäischen Wettbewerbsregeln sind im Bereich der GKV nur mit Einschränkungen anwendbar. Diese Einschränkungen folgen daraus, dass die GKV im Sozialgesetzbuch (SGB V) als Solidarsystem ausgestaltet ist. Deutsches Kartellrecht gilt im Bereich der GKV aufgrund gesetzlicher Anordnung entsprechend für bestimmte Rechtsbeziehungen der Krankenkassen und ihrer Verbände zu Leistungserbringern und ihren Verbänden. In diesem Verhältnis dürften Wettbewerbsbeschränkungen relativ häufig durch Effizienzen aufgewogen werden. Dagegen bleiben Wettbewerbsbeschränkungen im Horizontalverhältnis zwischen den Kassen (z. B. Absprachen über Beiträge) nach der gegenwärtigen deutschen Rechtslage von einer Überprüfung ausgenommen, obwohl solche Beschränkungen sich relativ häufig zulasten der Versicherten auswirken dürften. Ebenso sind Wettbewerbsbeschränkungen im vertikalen Verhältnis der Krankenkassen zu den Versicherten nicht wettbewerbsrechtlich überprüf-

bar. Das EU- Wettbewerbsrecht findet innerhalb der GKV nach denselben Grundsätzen wie im Verhältnis der GKV zur PKV Anwendung. Kritisch ist auch weiterhin die Rechtswegzersplitterung im wettbewerblichen Verfahrensrecht zu sehen.

K6. Die Krankenkassen sollten klarstellend für den Regelfall als Unternehmen im Sinne des Kartellrechts definiert werden, außer dort, wo sie im Bereich von Kollektivvereinbarungen aufgrund gesetzlich zwingender Pflichten tätig sind (= Umkehrung des gesetzlichen Regel-Ausnahme-Verhältnisses).

GKV: Wirksamkeit des Risikostrukturausgleichs

K7. Eine grundlegende Voraussetzung für Effizienzwettbewerb in einem solidarischen Krankenversicherungsmarkt ist ein funktionierender Risikostrukturausgleich (RSA). Ein Bedarf für einen finanziellen Ausgleich zwischen den Krankenkassen besteht aufgrund der vom Gesetzgeber vorbestimmten Form der Beitragserhebung. Diese hat zur Folge, dass eine Krankenkasse die Kosten der Versicherungsleistung, die aufgrund von Eigenschaften der Versicherten individuell vorbestimmt sind, nicht im Beitragssatz berücksichtigen kann. Vor diesem Hintergrund zielt der RSA darauf ab, die Beitragseinnahmen der GKV so zu verteilen, dass dadurch ein Effizienzwettbewerb zwischen Krankenkassen möglich wird. Der RSA wurde seit seiner Einführung im Jahr 1994/1995 mehrmals weiterentwickelt. Insbesondere wird seit 2009 auch die Morbidität der Versicherten der Kassen im Ausgleich direkt berücksichtigt (morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich – Morbi-RSA). Allerdings bestehen auch heute noch mehrere Probleme in der Ausgestaltung des RSA, deren Lösung dessen Wirksamkeit und Effizienz beeinflussen können.

K8. Das zentrale wettbewerbliche Problem des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs ist, dass keine Anreize für Kassen bestehen, in präventive Versorgung zu investieren. Der Morbi-RSA ist notwendig, um eine Risikoselektion im Wettbewerb der Kassen zu vermeiden. In der aktuellen Ausgestaltung gleicht der Morbi-RSA die kollektiven Morbiditätsunterschiede zwischen den Kassen aus, indem höhere Zahlungen aus dem Morbi-RSA erfolgen. Auf diese Weise werden auch solche Morbiditätsunterschiede vergütet, die dadurch entstehen, dass sich die Morbidität von Bestandsversicherten verschlechtert hat. Je besser der gewünschte Effekt, die Risikoselektion zu verhindern, durch einen wirksam ausgestalteten Morbi-RSA erreicht wird, desto stärker werden den Kassen gleichzeitig erwünschte Anreize genommen, effizient in die Versorgung zur Erhaltung der Gesundheit ihrer Versicherten zu investieren.

K9. Ein zentraler Baustein für eine effizienzfördernde Weiterentwicklung des Morbi-RSA könnte in einer zweistufigen Berechnung der Morbiditätszuschläge liegen. Dazu würden in einem ersten Schritt die auf die Kassen insgesamt entfallenden Morbiditätszuschläge – wie im bisherigen Morbi-RSA – anhand von Kostendaten standardisiert kalkuliert. In einem zweiten Schritt könnte dann die Auszahlung der berechneten Zuschläge um die Wirksamkeit von Präventionsmaßnahmen der Kassen korrigiert werden. Diese Korrektur könnte auf Basis der Häufigkeit von Neuerkrankungen bzw. Morbiditätsverschlechterungen (Inzidenzrate) erfolgen. Ungeeignet erscheint dagegen, solche Krankheiten, für die besonders wirksame Sekundärpräventionsmaßnahmen erfolgen können, vom Morbi-RSA auszunehmen. Dies würde sofort auch eine systematische Unterdeckung für Versicherte mit diesen Krankheiten hervorrufen. Von dieser und anderen Maßnahmen, die eine faktische Reduzierung der Wirksamkeit des Morbi-RSA auslösen, ist grundsätzlich abzuraten, da sie Selektionsanreize bewirken und praktisch die Situation vor der Einführung des Morbi-RSA wieder herstellen würden.

K10. Ein weiteres Problem im RSA betrifft die Adjustierung des Morbiditätsausgleichs und mögliche mit dem Ausgleichsmechanismus in Verbindung stehende Missbrauchspotenziale. Hierbei geht es um die Frage, nach welchem Verfahren Krankheiten in den Morbi-RSA aufzunehmen sind und wie die Diagnosefeststellung für eine Auslösung des Verteilmechanismus erfolgen soll. Der aktuell wirksame Morbi-RSA sieht gemäß § 31 Abs. 1 Risikostrukturausgleichsverordnung (RSAV) einen Ausgleich der Kosten bei 50 bis 80 Krankheiten vor, die vom Bundesversicherungsamt nach einem vorbestimmten Verfahren ausgewählt werden. In die Auswahlentscheidung gehen insbesondere die durch die Erkrankung ausgelösten zusätzlichen Versicherungskosten ein, die mit der Krankheitshäufigkeit (Prävalenz) gewichtet werden. Damit die Krankenkassen einen Ausgleich für ihre Versicherten erhalten, bei denen die ausgewählten Krankheiten auftreten, müssen zudem verschiedene Kriterien für die Dokumentation der Erkrankung erfüllt sein. Durch die Kriterien zur Diagnosefeststellung kann es aber zu Fehlern kommen, etwa wenn Ärzte auf die Codierung einer Krankheit verzichten. Die Kassen haben die Möglichkeit erkannt, durch Verträge im Rahmen der besonderen Versor-

gungsformen eine striktere Dokumentation von Krankheiten bzw. eine berichtigende Korrektur von Diagnosen (sogenannt „Rightcoding“) zu erwirken. Allerdings besteht hierbei die Möglichkeit, dass das eigentliche Ziel des Abschlusses von Verträgen für besondere Versorgungsformen – eine bessere Versorgung zu schaffen – gegenüber einer reinen zusätzlichen Vergütung von Dokumentationspflichten in den Hintergrund gerät. Die Kassen setzen in diesem Fall Ressourcen dazu ein, um einen größeren Anteil der Mittel aus dem Gesundheitsfonds zu erlangen, ohne dass dem erkennbar ein ökonomischer Vorteil in der Leistungserstellung gegenüberstünde. Um Manipulationsmöglichkeiten der Krankenkassen am Risikostrukturausgleich einzuschränken und einem ineffizienten Wettbewerb vorzubeugen, sollten Verträge mit dem Zweck, eine sorgfältige Codierung anzureizen, sowie jede Form der Codierberatung, als ausschließlich kollektivvertragliche Instrumente ermöglicht werden.

K11. Aufgrund regional unterschiedlicher Ausgabenniveaus kommt es zu systematischen Unterdeckungen in ausgabenintensiven Regionen und Überdeckungen in ausgabengünstigen Gebieten. Diese können insbesondere dann problematisch sein, wenn sie zu einer Verzerrung des Wettbewerbs führen und somit eine effiziente Bereitstellung von Gesundheitsleistungen erschweren. Vor diesem Hintergrund spricht sich die Monopolkommission dafür aus, regionale Faktoren beim RSA zu berücksichtigen. Grundsätzlich sollten für einen regionalen Ausgleich solche Faktoren herangezogen werden, die aus Sicht der Krankenkassen weitgehend exogen, d. h., nicht beeinflussbar sind. Anders ist es bei Faktoren, die Krankenkassen direkt oder indirekt beeinflussen können. Ein Ausgleich solcher Faktoren könnte den Krankenkassen Anreize für ein effizientes Wirtschaften nehmen und wäre in diesem Fall kontraproduktiv. Hinsichtlich der geographischen Abgrenzung sollten Regionen unterhalb der Ebene der Bundesländer definiert werden, da regionale Variationen auch innerhalb der Bundesländer auftreten und ein Ausgleich zwischen Bundesländern zu kurz greifen würde.

K12. Eine Alternative könnten regional differenzierte (Zusatz-)Beiträge sein. Diese würden es überregional aktiven Krankenkassen ermöglichen, von der bisher praktizierten Mischkalkulation abzuweichen und ihre Beitragssätze den regional unterschiedlichen Ausgabenniveaus anzupassen. Sowohl der Einführung einer Regionalkomponente im RSA als auch regional differenzierte (Zusatz-)Beiträge sind verfassungsrechtlich unbedenklich. Welche dieser Optionen den sozialen Ausgleich und die Verwirklichung des Solidarprinzips am besten erzielen würde, ist vom Gesetzgeber zu entscheiden.

GKV: Effektivierung des Leistungswettbewerbs durch selektivvertragliche Wahltarife

K13. Neben dem RSA, sollte sich das wettbewerbspolitische Augenmerk in der GKV auf die Ausgestaltung der qualitativen Wettbewerbsparameter richten. Im Mittelpunkt steht hierbei vor allem das zentrale Ziel, den Leistungsmarkt wettbewerbslich auszugestalten. Zwar ist auf dem Versicherungsmarkt durch den Zusatzbeitrag ein klarer Wettbewerbsparameter vorhanden. Dem Wettbewerb um den Zusatzbeitrag stehen jedoch noch keine ausreichenden Wettbewerbsparameter bei der Leistungsqualität gegenüber. Solche Differenzierungsmerkmale können durch eine wettbewerbsliche Ausgestaltung des Leistungsmarktes geschaffen werden. Allgemein sollten die Kassen vor diesem Hintergrund mehr Freiheiten erhalten, um Qualitätsparameter individuell umzusetzen. Individuelle Vorgehensweisen der Kassen sollten deshalb gegenüber zentralen Regelungen priorisiert werden. Im Fall von Neuerungen im Gesundheitswesen, etwa im Bereich der Digitalisierung, sollte stets geprüft werden, ob der Innovationsprozess zumindest ab einer bestimmten Standardisierung den Kassen und damit dem Wettbewerb überlassen werden kann.

K14. Zur näheren Analyse lassen sich die zentralen Bereiche, in denen die Kassen über Handlungsspielräume verfügen, in vier Gruppen aufgliedern: (1) die Organisation der Versicherungsleistung und Servicequalität; (2) das Angebot von Selbstbehalt-, Beitragserstattungs- und Kostenerstattungsstarifen; (3) das Angebot individueller Satzungsleistungen und (4) die selektivvertragliche Versorgungssteuerung. Ein vom Versicherten wahrnehmbarer Wettbewerb besteht bisher insbesondere im Bereich der Satzungsleistungen. Hierbei handelt es sich um bestimmte Leistungen nach § 20 Abs. 1 und § 11 Abs. 6 SGB V, die eine Kasse ihren Versicherten optional anbieten kann, wenn sie dies in ihrer Satzung festgelegt hat. Satzungsleistungen erweitern allerdings lediglich in geringem Maße den Umfang des Leistungskataloges, während auf der Beschaffungsseite einheitliche und wettbewerbslose Vergütungs- und Versorgungsstrukturen erhalten bleiben. Ein allein auf das Angebot derartiger Leistungen abzielender Wettbewerb ist jedoch kritisch zu sehen, da sich aus ihm nur geringe Effizienzwirkungen ableiten lassen.

K15. Derweil lassen sich Effizienzpotenziale im Bereich der Versorgungsstrukturen insbesondere dann heben, wenn die Kassen Leistungen vermehrt selektivvertraglich (und nicht gemeinsam) beschaffen und effektiver anbieten. Ein solches selektivvertragliches Leistungsangebot steht im engen Zusammenhang mit der Idee eines wettbewerblich gesteuerten Gesundheitswesens. Die Kassen planen möglichst effiziente Versorgungsprozesse und verhandeln Vergütungssätze. Sie besitzen ein wettbewerbliches Interesse, ihre fachlichen Kompetenzen auszubauen, um über die Qualität ihrer Leistungen zu entscheiden, indem sie hochwertige Versorgungsverträge für ihre Versicherten abschließen. Die Versicherten ihrerseits können eine Kasse wählen, die ihnen ein passendes Versorgungsangebot bietet. Möglichkeiten, ein solches Versorgungsangebot im Wettbewerb darzustellen, bestehen im Rahmen der in verschiedenen Vorschriften geregelten besonderen Versorgungsformen. Zu diesen zählen etwa die sektorenübergreifende, sog. integrierte Versorgung oder die hausarztzentrierte Versorgung. Krankenkassen können danach Verträge mit den Leistungserbringern schließen und diese in Wahlтарifen nach § 53 Abs. 3 SGB V den Versicherten anbieten. Allerdings sind die bestehenden Regelungen zu den besonderen Versorgungsformen und ihrem Angebot gegenüber den Versicherten in Wahlтарifen bisher ohne Durchschlagskraft geblieben. Trotz sukzessiver Anpassungen des Rechtsrahmens und umfangreicher Finanzierungshilfen besitzen die besonderen Versorgungsformen gemessen an der gesamten Versorgung heute nur eine deutlich untergeordnete Bedeutung.

K16. Aus Sicht der Monopolkommission hat sich der Selektivvertrag bisher in der Versorgungssteuerung noch nicht durchsetzen können, weil die selektive Versorgungssteuerung für alle Vertragspartner als Ausstiegsoption zur parallel bestehenden kollektiven Versorgungssteuerung konzipiert ist. Damit es unter dieser Voraussetzung zu einem Vertragsabschluss kommt, müssen sich beide Seiten durch den Selektivvertrag gegenüber der Regelversorgung besser stellen, wofür jedoch relativ hohe Hürden bestehen. Letztere liegen auch im institutionellen Rahmen zur Gestaltung und Vermarktung der Selektivverträge begründet.

K17. Die Monopolkommission hält es vor diesem Hintergrund für notwendig, die Organisationsfreiheiten im wettbewerblichen Versorgungsmanagement zu stärken. Dazu sollte jedem GKV-Versicherten sämtliche Tarife als Wahlтарife diskriminierungsfrei angeboten werden. Zu diesen Wahlтарifen sollten ein verpflichtend anzubietender Standardtarif für die Regelversorgung sowie optional kassenindividuelle und gegebenenfalls regionale Tarife über besondere Versorgungsformen gehören. Die Regulierung der Wahlтарife sollte so angepasst werden, dass für diese ein tarifindividueller Zusatzbeitrag erhoben werden darf. Die Zusatzbeiträge für andere Tarife als dem Standardtarif sollten gegenüber dem Standardtarif (Regelversorgung) allerdings nur nach unten abweichen dürfen. Wahlтарife, die eine Versorgung des Versicherten durch bestimmte Leistungserbringer vorsehen, sollten durch entsprechende Möglichkeiten, die Versicherten zu diesen Leistungserbringern zu lenken, gestärkt werden. Dazu sollten die Kassen Tarifbedingungen setzen können, nach denen beispielsweise eine pauschale Praxisgebühr erhoben werden kann, wenn der Versicherte Leistungserbringer wählt, die im Standardtarif, aber nicht im gewählten Wahlтарif enthalten sind. Bei der hausarztzentrierten Versorgung sollte die in § 73b Abs. 4 SGB V geregelte Pflicht aufgehoben werden, nach welcher der Abschluss von Verträgen mit Gemeinschaften von Hausärzten erfolgen muss, die zumindest 50 Prozent der Hausärzte im Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung vertreten. Das Wettbewerbspotenzial im stationären Sektor sollte im Bereich der Qualitätsverträge nach § 110a SGB V effektiviert werden. Dazu sollte den Kassen die Möglichkeit gegeben werden, zusätzliche Wahlтарife anzubieten, durch welche die Krankenhauswahl für selektive Behandlungen auf Krankenhäuser beschränkt wird, mit denen ein Qualitätsvertrag verhandelt wurde.

GKV: Level-Playing-Field in der Versicherungsaufsicht

K18. Um den Wettbewerb zu stärken, sollten Krankenkassen gleiche Handlungsvoraussetzungen erhalten. Dadurch, dass die Zuständigkeiten bei der Beaufsichtigung der Krankenkassen geteilt sind und dass die Behörden relevante Vorschriften unterschiedlich auslegen, sind gleiche Rahmenbedingungen jedoch nicht in allen Bereichen sichergestellt.

K19. Zurzeit führt das Bundesversicherungsamt die Aufsicht über die bundesweit tätigen Krankenkassen, während die Landesaufsichtsbehörden die regional tätigen Kassen beaufsichtigen. Aus der Doppelstruktur in der Aufsicht ergeben sich Wettbewerbsverzerrungen für die Tätigkeit der jeweiligen Krankenkassen, da die Aufsichtsbehörden den ihnen unterstehenden Kassen unterschiedliche Freiräume in Bezug auf bestimmte satzungsmäßige Leistungen einräumen.

K20. Um gleichwertige Wettbewerbsbedingungen (Level Playing Field) sicherzustellen, müssen alle Anbieter spezifischer (Teil-)Märkte die gleichen wirtschaftlichen und finanziellen Möglichkeiten erhalten. Dazu ist es notwendig, die Aufsichtsstandards in Bund und Ländern zu vereinheitlichen. Gleiche Wettbewerbsbedingungen dürften sich auf der Ebene der Aufsicht praktisch nur dadurch herstellen lassen, dass die Aufsicht in Bund und Ländern über die Ausgestaltung satzungsmäßiger Leistungen der Krankenkassen entweder gleichermaßen restriktiv durchgeführt wird oder dass die Aufsicht sowohl im Bund als auch in den Ländern angehalten wird, die wettbewerblichen Folgen ihres Eingreifens mit zu berücksichtigen. Das beinhaltet, dass die Regulierung laufend zu überprüfen ist und bei Bedarf Anpassungen durchzuführen sind, um eine einheitliche und den Wettbewerb möglichst wenig beeinträchtigende Aufsichtspraxis herbeizuführen.

K21. Ein Teilgebiet, in welchem gleich mehrere durch unterschiedliche Aufsichtspraktiken bewirkte Verzerrungen existieren, sind die Wahltarife gemäß § 53 SGB V und im Speziellen die variablen Kostenerstattungstarife gemäß § 53 Abs. 4 SGB V. Bei diesen Tarifen haben einzelne Landesaufsichtsbehörden andere Auffassungen hinsichtlich des möglichen Leistungsumfangs dieser Tarife als das Bundesversicherungsamt. Einige regional tätige Kassen haben hierdurch bessere Möglichkeiten, solche Tarife anzubieten, als ihre Konkurrenten. Diese wettbewerbliche Verzerrung wird dadurch erhöht, dass für Wahltarife alle drei Jahre eine Wirtschaftlichkeitsprüfung bei der Aufsichtsbehörde stattzufinden hat. Für diese Prüfung haben Krankenkassen ein wirtschaftsmathematisches Gutachten vorzulegen. Für Krankenkassen, deren Aufsichtsbehörden kulanter hinsichtlich der Tarife agieren, stellt die Prüfung geringere Anforderungen als bei den übrigen Kassen. Aus Sicht der Monopolkommission sollten die Standards der aufsichtsrechtlichen Wirtschaftlichkeitsprüfung herabgesetzt werden, auch da grundsätzlich anzunehmen ist, dass Krankenkassen ein Eigeninteresse daran haben, nur solche Tarife anzubieten, die sich für sie wirtschaftlich rentieren. Eine weitere Verzerrung bezüglich der Kostenerstattungstarife ergibt sich gegenüber den privaten Zusatzversicherungen. Kostenerstattungstarife sind mit spezifischen Zusatzversicherungen vergleichbar. Mit diesen Tarifen steht die GKV im Wettbewerb mit der PKV. Da die Rahmenbedingungen, insbesondere die kalkulatorischen und versicherungsmathematischen Anforderungen an die Tarife in der GKV und PKV, grundlegend verschieden sind, fehlt es an einem Level Playing Field. Die Monopolkommission empfiehlt deshalb, variable Kostenerstattungstarife, die im Wettbewerb zu den privaten Zusatzversicherungen stehen, abzuschaffen.

PKV: Marktstruktur und Kartellrechtsanwendung

K22. Es gibt derzeit 49 private Krankenversicherungsunternehmen in Deutschland, darunter 18 Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit und 31 Aktiengesellschaften. Private Krankenversicherungsunternehmen konkurrieren um Versicherte und bieten in diesem Zuge unterschiedlich ausdifferenzierte Versicherungsverträge an. Allerdings können nur spezifische Personengruppen einen privaten Krankenversicherungsvertrag abschließen. Hierzu zählen vor allem Beihilfeberechtigte, Arbeiter und Angestellte mit einem Einkommen oberhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze sowie Selbstständige. Im Jahr 2015 waren insgesamt 8,8 Mio. Personen bei einer privaten Krankenversicherung vollversichert. Damit waren 10,8 Prozent der in Deutschland lebenden Personen privat vollversichert.

K23. Das PKV-System weist im Vergleich mit der nach den Vorgaben des SGB (SGB IV und V) ausgestalteten GKV eine Reihe von Besonderheiten auf. Dazu sind vor allem versicherungsrechtliche Aspekte wie der nahezu fehlende Kontrahierungszwang und die Gesundheitsprüfung zu zählen, welche von den Versicherten zu Beginn eines Versicherungsverhältnisses verlangt wird, um Risikozuschläge zu kalkulieren. Ferner gilt in der PKV das Kostenerstattungsprinzip, nach welchem die privat Versicherten sich die in Anspruch genommenen Leistungen entsprechend der Rechnungen bei ihrer Krankenversicherung erstatten lassen. Im Jahr 2015 betragen die Ausgaben für Gesundheitsleistungen in der PKV EUR 22,2 Mrd.

K24. In den letzten Jahren ist es in der PKV weder zu einer hohen Anzahl an Zusammenschlüssen gekommen noch zu Markteintritten. Markteintritte in die GKV werden von der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) auf Grundlage der §§ 8 bis 11 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) überprüft. Die Vorschriften des VAG sollen hierbei gewährleisten, dass das Unternehmen dauerhaft das Versicherungsgeschäft ausführen kann. Möchte sich ein Versicherungsunternehmen aus dem Krankenversicherungsbereich zurückziehen, kann es die Versicherungsverträge auslaufen lassen, ohne neue Kunden aufzunehmen. Alternativ kann es sich mit einem Konkurrenten zusammenschließen, wodurch sein Bestand an das andere Versicherungsunternehmen übergeht. Das Mittel zur Übertragung von Versicherungsverträ-

gen sind Bestandsübertragungen nach § 13 VAG. Gemäß den Vorschriften ergeben sich allerdings nur eingeschränkte Vorteile aus Zusammenschlüssen bei privaten Krankenversicherungen. Um Hindernisse für dynamische Prozesse zu vermindern, sollten daher im Zuge von Bestandsübertragungen auch Tarifzusammenführungen für Tarife ermöglicht werden. Zusammenführungen sollten möglich sein, sofern Tarife gleichartig und in gleicher Weise geschlechtsabhängig oder -unabhängig sind, die Leistungen in den Tarifen gleichwertig sind und bei der Tarifüberführung die Belange der Versicherten gewahrt werden.

K25. Im Bereich der PKV gilt deutsches Kartellrecht ohne Einschränkungen. Der Umstand, dass die Unternehmen der PKV üblicherweise bundesweit tätig sind, spricht dafür, dass auch der für eine Anwendung des EU-Wettbewerbsrechts nötige Binnenmarktbezug in der Regel vorliegen dürfte.

PKV: Wettbewerb auf dem Leistungsmarkt

K26. Interaktionen wie z. B. Verhandlungen zwischen Leistungserbringern und Krankenversicherungen sind in der PKV nur in einigen Leistungsbereichen möglich. Ein Grund für die eingeschränkten Möglichkeiten ist unter anderem das Kostenerstattungsprinzip. Insbesondere bei großen Kostenbestandteilen wie ambulanten Behandlungen ist nicht vorgesehen, dass Kostensteller oder Kostenerstatter wechseln. In Bezug auf den Leistungsmarkt haben private Krankenversicherungsunternehmen daher nur geringe Möglichkeiten, durch wettbewerbliche Maßnahmen Kosteneinsparungen durchzusetzen sowie die Qualität der Leistungen sicherzustellen. Um ein höheres Maß an Wettbewerb und Effizienz zu erzeugen, wären Eingriffe in die Vergütung von Leistungen, z. B. in die Gebührenordnungen, notwendig.

K27. Eine stärkere wettbewerbliche Ausrichtung des Leistungsmarktes könnte durch eine anreizkompatible Preisgestaltung auf dem Leistungsmarkt erreicht werden. Insbesondere könnten solche Kosten eingeschränkt werden, die durch das bestehende Informationsgefälle im Gesundheitsmarkt entstehen. Eine Kostengröße, bei welcher Verhandlungen zu besonders spürbaren Vorteilen in Form von Einsparungen führen könnten, sind ambulante Behandlungen inklusive zahnärztlicher Behandlungen. In den betroffenen Leistungsbereichen sehen die Gebührenordnungen für Ärzte und Zahnärzte bisher keinen Preiswettbewerb vor. Öffnungsklauseln in den Gebührenordnungen, welche den Beteiligten die Möglichkeit einräumen, von den im Allgemeinen gültigen Gebührensätzen oder auch Leistungspositionen abzuweichen, würden die Wettbewerbssituation verbessern.

PKV: Wettbewerb auf dem Versicherungsmarkt

K28. Es gibt gute Gründe anzunehmen, dass ein Wettbewerb, in dem private Krankenversicherungsunternehmen um Versicherte konkurrieren, zu einer höheren Effizienz des Versicherungssystems führt. So werden die Präferenzen der Versicherten bei der Bildung von Versicherungsprodukten und dem Serviceangebot maßgeblich berücksichtigt. Als Wettbewerber sind private Versicherungsunternehmen im Allgemeinen darauf bedacht, Kosten einzusparen. Dies kann durch eine effiziente Ausgestaltung der Verwaltung oder auch durch Einsparungen bei Gesundheitskosten, z. B. durch Präventionsmaßnahmen, erfolgen. Durch Konkurrenz ergeben sich in diesem Sinne Anreize, ein effizientes Management zu verfolgen. Ohne Wettbewerb würden diese Anreize weitestgehend fehlen.

K29. Während Preiswettbewerb im Bereich der Neukunden möglich ist, ist der Bestandskundenwettbewerb nahezu inexistent. Kunden, die bereits mehrere Jahre in einer privaten Krankenversicherung versichert sind, haben zwar prinzipiell die Möglichkeit, ihren Vertrag zu kündigen und die Krankenversicherung zu wechseln. Allerdings ist dies häufig mit hohen Kosten verbunden, da sie nur einen geringen Anteil ihrer Alterungsrückstellungen mitnehmen können. Dies hat zur Folge, dass ein Wechsel der Versicherung für Bestandskunden in aller Regel unattraktiv ist, weil sie in der neuen Versicherung ohne die Mitnahme ihrer Rückstellungen zukünftig mit erheblich höheren Prämien rechnen müssen.

K30. Um einen funktionsfähigen Wettbewerb um Bestandskunden zu erreichen, müssten die Versicherungsunternehmen den Kunden im Fall eines Wechsels einen höheren Anteil an Alterungsrückstellungen mitgeben. Eine gesetzlich veranlasste einfache Erhöhung der mitnehmbaren Alterungsrückstellungen würde jedoch Selektionsprobleme nach sich ziehen. Tendenziell würden eher Menschen mit guter Gesundheit das Versicherungsunternehmen wechseln. Eine Risikoermischung und die damit verbundenen Prämienanpassungen wären versicherungstechnisch und ökonomisch nicht wünschenswert und sollten folglich vermieden werden. Die vorzugswürdige Lösung, um einen Bestandskundenwechsel

zu ermöglichen, besteht in der Mitgabe einer prospektiven individualisierten Alterungsrückstellung. Unter diesem Wert versteht man eine Rückstellung, welche die zukünftig zu erwartenden (prospektiven) Gesundheitskosten für den einzelnen Versicherten individuell berücksichtigt. Dieser individuelle Wert kann als Barwert der erwarteten Gesundheitskosten eines Versicherten abzüglich des Barwertes der erwarteten Prämienzahlungen definiert werden.

K31. In der politischen und ökonomischen Diskussion finden sich mit dem Risikoklassenmodell, der Summenregel und der Verhandlungslösung unterschiedliche Modelle für die Umsetzung einer Mitgabe individualisierter Alterungsrückstellungen. Alle diese Modelle haben Vor- und Nachteile hinsichtlich der Möglichkeit ihrer Umsetzung und ihrer Operabilität. Trotz der damit einhergehender Schwierigkeiten würde jedoch die Umsetzung eines der genannten Portabilitätsmodelle die aktuelle wettbewerbliche Situation auf dem privaten Krankenversicherungsmarkt verbessern. Ein vergleichsweise effizientes Übertragungsverfahren ist das Modell der Summenregel. Die Monopolkommission empfiehlt, mindestens einem überwiegenden Anteil der Versicherten die Wechselmöglichkeit zu eröffnen. Diese sollte einmal jährlich gegeben sein. Darüber hinaus sollte Versicherten, die nicht zu dem Mindestanteil zählen, zumindest nach Abgabe einer Gesundheitsprüfung der Versicherungswechsel ermöglicht werden.

Verhältnis GKV/PKV bei der Anwendung des Wettbewerbsrechts

K32. Im Verhältnis zwischen der GKV und der PKV ist zu beachten, dass die europäischen Wettbewerbsregeln keine Anwendung finden, soweit die Krankenkassen nur die Gesetze anwenden und keine Möglichkeit haben, auf die Höhe der Beiträge, die Verwendung der Mittel und die Bestimmung des Leistungsumfangs Einfluss zu nehmen. Daran ändert es nichts, wenn der Gesetzgeber den Krankenkassen die Möglichkeit zu einem gewissen Wettbewerb auf der Beitragsseite einräumt, um ihre Kosteneffizienz nach Wirtschaftlichkeitsgrundsätzen zu steigern. Auch Beschaffungsvorgänge unterliegen nicht den europäischen Wettbewerbsregeln, wenn die Einkaufstätigkeit der Kassen lediglich dazu dient, dass sie die Erbringung gesetzlich verbindlich vorgegebener Leistungen gewährleisten können.

K33. Der Anwendungsbereich der EU-Wettbewerbsregeln ist indessen eröffnet, wenn die Krankenkassen über den gesetzlich verbindlichen Rahmen hinaus am Markt tätig werden. Eine solche unternehmerische Tätigkeit ist zum Einen hinsichtlich des gesamten Leistungsumfangs der GKV anzunehmen, soweit Krankenkassen Leistungen an freiwillig Versicherte erbringen. Sie liegt zum Anderen nahe, wo die Krankenkassen bei der Erbringung oder Nachfrage von Leistungen bzw. im Rahmen der Kostenerstattung nicht lediglich aufgrund verbindlicher gesetzlicher Vorgaben tätig sind und aufgrund ihrer Tätigkeit Kunden akquirieren, denen gegenüber die PKV aus Nachfragersicht vergleichbare Angebote macht.

K34. Etwaige wettbewerbsbeschränkende Elemente der Verträge und Maßnahmen auf den genannten zwei Ebenen unternehmerischen Verhaltens unterliegen den EU-Wettbewerbsregeln, soweit hierdurch nicht die Erbringung von Dienstleistungen von allgemeinem wirtschaftlichen Interesse durch die Krankenkassen verhindert wird und soweit der Handelsverkehr in der EU hinreichend berührt ist. Dies ist eine Frage des Einzelfalls. In dem Umfang, in dem die Krankenkassen unternehmerisch tätig sind, wäre eine Finanzierung solcher Tätigkeiten über Krankenkassenbeiträge und Bundeszuschüsse beihilferechtlich relevant. Dass eine solche Quersubventionierung stattfindet, kann nicht ausgeschlossen werden. Die Monopolkommission sieht hier Klärungsbedarf.

K35. Bei der wettbewerbspolitischen Würdigung des beschriebenen Rechtszustands ergibt sich ein gemischtes Bild. Die europäische Rechtsprechung kommt der Ausgestaltung der GKV als Solidarsystem durch den nationalen Gesetzgeber zwar nicht unerheblich entgegen. Die zum Teil weitgehenden Freistellungen von den Wettbewerbsregeln können jedoch ökonomisch hinterfragt werden. Das komplexe Regelungsgefüge dürfte zudem wesentlich dazu beitragen, dass eine Durchsetzung der Wettbewerbsregeln und damit ein effektiver Wettbewerbsschutz in der Praxis kaum vorkommt.

K36. Diese Durchsetzungsdefizite dürften im Übrigen aber auch darauf zurückzuführen sein, dass die zuständigen öffentlichen Stellen, abgesehen vom Bundeskartellamt und eventuell den Landeskartellbehörden, dem Schutz des Wettbewerbs in ihrer Tätigkeit nur eine unzureichende Bedeutung beimessen. So findet bis heute insbesondere der – nicht zuletzt nach europäischem Recht gebotene – zwischenbehördliche Austausch, um eine Durchsetzung der Wettbewerbsregeln überhaupt erst zu ermöglichen, kaum statt.

K37. In Bezug auf die gerichtliche Durchsetzung der EU-Wettbewerbsregeln stellt sich das Problem, dass viele hier relevante Rechts- und Abgrenzungsfragen im Einzelfall ungeklärt sind. Aus diesem Grunde kommt der gerichtlichen Vorlage zum Europäischen Gerichtshof eine herausragende Bedeutung zu, um die offenen Fragen zum Wettbewerbsschutz in der Krankenversicherung klären zu lassen.