

POLICY BRIEF

AUF EINEN BLICK

- Der Entwurf des Faire-Kassenwettbewerb-Gesetz ist zu begrüßen und stärkt in mehreren Punkten die Wettbewerbsbedingungen in der gesetzlichen Krankenversicherung.
- Ein Wettbewerb um die beste Gesundheitsversorgung kann sich jedoch erst richtig entfalten, wenn im nächsten Schritt ein verbesserter gesetzlicher Rahmen für individuelle Leistungsangebote der Kassen geschaffen wird.
- Kassen, die in die Gesundheit ihrer Versicherten investieren, werden dafür derzeit nicht äquivalent vergütet. In dem bestehenden Gesetzentwurf sollte noch ein Evaluationsauftrag zur Berücksichtigung der Neuerkrankungsrate im Risikostrukturausgleich aufgenommen werden.

Faire-Kassenwettbewerb-Gesetz: Gut, aber unvollständig

Im März 2019 hat der Bundesgesundheitsminister einen Vorstoß unternommen, den Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung weiterzuentwickeln.¹ Zwischenzeitlich liegt dem Bundestag ein Gesetzentwurf vor. Er enthält eine Reihe von Verbesserungen der Voraussetzungen des Wettbewerbs zwischen den Krankenkassen. Um wirksamen Wettbewerb um die beste Ge-

sundheitsversorgung der Versicherten zu erreichen, sind weitere Schritte nötig.

Der Entwurf des Faire-Kassenwettbewerb-Gesetzes hat am 9. Oktober 2019 das Bundeskabinett passiert.² Die klare Fokussierung auf ein Gesetz zur Weiterentwicklung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung ist erfreulich. Der wettbewerbliche Ordnungsrahmen in der GKV befindet sich seit den 1990er Jahren in der Entwicklung. Während es in der letzten Zeit beispielsweise durch das Terminservice- und Versorgungsgesetz oder auch aktuell mit dem Digitale-Versorgung-Gesetz zu einer ganzen Reihe von Änderungen im Gesundheitswesen kam, liegen die letzten Änderungen mit klarer Ausrichtung auf die

Schaffung wirksamen Wettbewerbs im Gesundheitsmarkt bereits ein Jahrzehnt zurück. Zu nennen sind insbesondere das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz von 2007 und das Gesundheitsstrukturgesetz von 2009.



KASSENWETTBEWERB WOFÜR?

Seit 1996 können Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung ihre Krankenkasse frei wählen. Den Krankenkassen entstehen aus diesem Wettbewerb Anreize, sich untereinander hervorzuheben, um so Versicherte zu gewinnen. Diese Anreize sollen nutzbar gemacht werden, indem die Kassen eigenständig ihr jeweiliges Leistungsangebot qualitativ und wirtschaftlich verbessern. Obwohl das Wettbewerbskonzept nun seit vielen Jahren stetig verfolgt wird, sind die Möglichkeiten der Kassen, Leistungsverbesserungen im Wettbewerb zu schaffen, noch unterentwickelt. Sogenannte Regelleistungen, d. h. Leistungen, zu deren Finanzierung alle gesetzlichen Krankenkassen einheitlich rechtlich verpflichtet sind, machen rund 95 Prozent der Leistungsausgaben aus. Leistungsveränderungen werden meist zentral für alle Kassen geplant und bei einheitlicher Vergütung umgesetzt. Dadurch bleibt ein wesentliches Potenzial des Kassenwettbewerbs bisher ungenutzt. So hat z. B. jüngst das Digitale-Versorgung-Gesetz den Krankenkassen die Finanzierung von bestimmten Gesundheits-Apps vorgeschrieben. Eine Alternative zu einem „ganz oder gar-nicht“ ist die Öffnung bestimmter Leistungen und der Art ihrer Erbringung für den Wettbewerb.

Das Faire-Kassenwettbewerb-Gesetz folgt nun den Empfehlungen einer Reihe von Gutachten unabhängiger Beratungsgremien des Bundes, die in den letzten Jahren konkrete Weiterentwicklungen des Wettbewerbsrahmens im Krankenversicherungssystem angeregt haben. Eine Grundlage des vorliegenden Gesetzentwurfs sind unter anderem zwei Sondergutachten des vom Bundesgesundheitsminister eingesetzten wissenschaftlichen Beirats beim Bundesversicherungsamt (BVA), die sich auf das System des Risikostrukturausgleichs konzentrieren.³ Zuvor hatte die Monopol-

kommission in einem Sondergutachten aus dem Jahr 2017 in einer grundsätzlicheren Analyse die ordnungspolitischen Rahmenbedingungen des Wettbewerbs der Krankenkassen untersucht.⁴ Folgende Voraussetzungen sind demnach notwendig für einen wirksamen Kassenwettbewerb um die beste Gesundheitsversorgung:

- Erstens müssen die Rahmenbedingungen auf der Beitragsseite so gestaltet werden, dass die Kassen ihre Bemühungen darauf richten, die Versorgung ihrer Versicherten zu optimieren. Hierzu ist ein wirksam auf dieses Ziel ausgerichteter Risikostrukturausgleich notwendig.
- Zweitens darf keine Krankenkasse im Wettbewerb rechtlich bevorteilt oder benachteiligt werden (sog. Level-Playing-Field), z. B. weil die Aufsicht die Regeln unterschiedlich anwendet oder das Wettbewerbsrecht nicht umfassend gilt.
- Und schließlich bedarf es drittens neben gleichen Ausgangsbedingungen aufseiten der Kassen auch geeigneter Möglichkeiten, im Wettbewerb die Versorgung der Versicherten effizient zu gestalten.

Vor diesem Hintergrund ist das Faire-Kassenwettbewerb-Gesetz ein Schritt in die richtige Richtung. Weitere müssen folgen. Im Einzelnen gilt:

Fehlanreize im Risikostrukturausgleich werden reduziert

Wesentliche Anpassungen des Faire-Kassenwettbewerb-Gesetzes richten sich auf den Risikostrukturausgleich (RSA) und eine Neufassung der Risikostrukturausgleichsverordnung (RSAV). Die Umverteilung der Beitragseinnahmen nach dem Gesundheitszustand erfolgt bisher auf Basis von 80 Krankheiten, die bei den Kassen besonders hohe Kosten verursachen (auf Basis des bisherigen § 31 Abs. 1 RSAV). **Der Gesetzentwurf sieht nun vor, dass zukünftig alle erfassten Krankheiten berücksichtigt werden sollen (Krankheitsvollmodell).**⁵

Aus ordnungspolitischer Sicht steht bei der Bewertung des Krankheitsvollmodells die Frage im Mittelpunkt, ob die Änderung dazu führt, dass die Kassen ihre wettbewerbli-

chen Aktivitäten nun gezielter auf die Verbesserung der Versorgung richten. Bisher haben die Kassen erhebliche Ressourcen dafür aufgewendet, die durch den Gesetzgeber und das BVA vorgegebene Krankheitsauswahl politisch zu beeinflussen oder sich durch das Modell Vorteile zu verschaffen, die nicht der Verbesserung der Versorgung dienen. Ersteres dürfte nun weitgehend entfallen, da der Auswahlmechanismus selbst wegfällt. Allerdings könnte die Gefahr zunehmen, dass Kassen ihre Bemühungen im Wettbewerb darauf richten, z. B. durch die gesonderte Vergütung von Ärzten, eine möglichst umfassende Feststellung (sog. Codierung) von Krankheiten zu erreichen. Eine so ausgelöste scheinbar höhere Morbidität hätte zur Folge, dass eine Kasse höhere Zuweisungen aus dem Morbi-RSA erhalte.

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass bestimmte hohe Steigerungsraten der Morbidität nicht mehr zu höheren Zuweisungen führen und eine Codierbeeinflussung somit weniger attraktiv wird (§ 18 Abs. 1 RSAV-E). Zudem wird es im Rahmen der Regelungen individueller Verträge einzelner Krankenkassen mit Leistungserbringern nach SGB V (sog. Selektivverträge) nun explizit als unzulässig erklärt, Vereinbarungen zu treffen, die bestimmte Diagnosen als Voraussetzung für Vergütungen vorsehen. Vereinbarungen die die Codierung beeinflussen, z. B. auch berichtigen, werden so dem Wettbewerb entzogen und auf gemeinsame Verträge aller Kassen verlagert. Damit kommt der Gesetzentwurf einem Vorschlag nach, den die Monopolkommission in ihrem 75. Sondergutachten unterbreitet hatte. **Insgesamt ist das sog. Krankheitsvollmodell in Verbindung mit den weiteren Regelungen des Gesetzentwurfs positiv zu bewerten.**

Der Gesetzentwurf geht zudem mit der Einführung von Regionalfaktoren in den Risikostrukturausgleich ein wesentliches Problem in den Wettbewerbsbedingungen der Krankenkassen an (§ 2 Abs. 1 Satz 2 Nr. 4 RSAV-E). Dies betrifft messbare regionale Unterschiede in den Versorgungskosten, die nicht auf die regionale Morbidität oder andere bereits erfasste Ausgleichsfaktoren zurückzuführen sind. Solche Kostenunterschiede stellten zuletzt eine große Hürde im Wettbewerb dar, da aus Sicht der Kassen Versicherte aus manchen Regionen finanziell entweder weniger attraktiv (ihre Kosten werden durch die Beitragszuweisungen „unterdeckt“) oder besonders attraktiv (vice versa „überdeckt“) waren. Da die Über- oder Unterdeckung auch auf Ebene ganzer Bundesländer vorhanden war, zugleich aber

manche Krankenkassen nur regional und andere bundesweit auftreten, hat dies zur Folge, dass einzelne Kassen systematisch zu geringe oder zu hohe Kosten finanzieren müssen. Versicherte müssten beim Wechsel zu (oder beim Verbleib bei) bestimmten Kassen somit besonders viel oder wenig Zusatzbeitrag zahlen, was nicht auf die Leistung der Kasse zurückzuführen wäre und somit den Leistungswettbewerb beeinträchtigt. Die nun avisierte Umsetzung im Rahmen des Faire-Kassenwettbewerb-Gesetzes verbessert die Wettbewerbsbedingungen und ist somit ebenfalls zu begrüßen.



WAS IST DER MORBI-RSA?

Durch den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (kurz: Morbi-RSA) werden die Einnahmen der Krankenkassen aus Beiträgen ihrer Mitglieder korrigiert, indem zwischen den Kassen eine Umverteilung durchgeführt wird. Der Bedarf nach einem solchen Korrekturmechanismus besteht, weil die einkommensbasierte Beitragserhebung in der GKV unabhängig von den Kosten ist, die einer Krankenkasse für einen bestimmten Versicherten entstehen. Im Wettbewerb hätten Krankenkassen deshalb Anreize, sich um Versicherte zu bemühen, die ein hohes Einkommen haben, hohe Beiträge zahlen und deren Kosten aufgrund guter Gesundheit voraussichtlich gering sind. Ziel des Wettbewerbs ist aber, dass sich die Krankenkassen nicht durch die Auswahl der Versicherten, sondern durch das Angebot besserer und innovativerer Versicherungsleistungen Vorteile verschaffen. Vor diesem Hintergrund bringt der Morbi-RSA die solidarische Finanzierung der GKV durch einkommensabhängige Beiträge mit dem Wettbewerb in Einklang, indem die Beitragseinnahmen der Kassen – im Jahr ca. 216 Milliarden Euro (2017) – in Abhängigkeit vom Gesundheitszustand (Morbidität) und weiteren Merkmale der Versicherten korrigiert werden.

Als grundsätzlich richtig sind auch weitere Verbesserungen des Risikostrukturausgleichs zu bewerten. Hierzu gehören etwa die Einführung eines Hochrisikopools (um Risiken für kleine Kassen zu mindern) und die versichertenindividuelle

Berücksichtigung von Abschlägen und Rabatten für Arzneimittel im RSA.

Verbleibende Wettbewerbshürde: RSA und Prävention

Während durch den Gesetzentwurf eine Reihe wesentlicher Fehlanreize innerhalb des RSA in geeigneter Weise korrigiert wird, wurde zugleich eine zentrale Hürde für den Wettbewerb um die beste Versorgung nicht adressiert. **Zwar ist ein wirksamer morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) erforderlich, um zu verhindern, dass Krankenkassen statt um die besten Leistungen um gesunde Versicherte konkurrieren. In der bestehenden Form untergräbt der Morbi-RSA aber die Anreize der Kassen, die Versicherten langfristig optimal zu versorgen und somit Verschlechterungen des Gesundheitszustandes und Folgeerkrankungen vorzubeugen.** Dieser unerwünschte Effekt betrifft unter anderem Leistungen der Primärprävention, die verhindern sollen, dass eine Erkrankung überhaupt auftritt. Investiert eine Kasse nicht in solche Leistungen und kommt es deshalb zu einer Erkrankung, bekommt sie die gestiegenen Behandlungskosten aus dem Morbi-RSA zusätzlich vergütet. Daher besteht wenig Anreiz, Geld für Präventionsmaßnahmen aufzuwenden.

Relevant ist der Effekt aber vor allem auch bei der Versorgung bereits aufgetretener, insbesondere chronischer bzw. langfristiger Erkrankungen, die oftmals mit hohen Kosten einhergehen (auch Sekundär- und Tertiärprävention). Gelingt es einer Kasse, die Versicherten nach dem Auftreten einer Erkrankung durch bessere Leistungen besser zu versorgen und so ihren Gesundheitszustand zu stabilisieren, dann stellt sie sich zunächst auch selbst besser, wenn die weiteren Behandlungskosten dadurch geringer ausfallen. Im Folgejahr erhält sie in der Regel aus dem Morbi-RSA höhere Zuweisungen aufgrund des Auftretens der Erkrankung. In den folgenden Jahren kehrt sich dies jedoch um. Dann macht sich der vergleichsweise bessere Gesundheitszustand im RSA dadurch bemerkbar, dass die Zuweisungen geringer ausfallen, als wenn es zur Verschlechterung und zu Folgeerkrankungen gekommen wäre. Eine Kasse kann sich dann den Kostenvorteil eines besseren Gesundheitszustandes ihrer erkrankten Versicherten nicht mehr aneignen. Dies konterkariert das Ziel des Kassenwettbewerbs, wonach sich die Kassen auch mit zusätzlichen Aufwendungen und indivi-

duell kontrahierten Leistungen (Selektivverträgen) um die beste Versorgung bemühen sollen.

Vor diesem Hintergrund hat die Monopolkommission vorgeschlagen, die morbiditätsorientierten Faktoren in einem Ausgleichsmechanismus um die Häufigkeit von Neuerkrankungen bzw. Morbiditätsverschlechterungen (Inzidenzrate) einer Kasse zu korrigieren. Die Einführung eines solchen auf die Inzidenzrate bezogenen Ausgleichsfaktors hätte zur Folge, dass eine Kasse höhere (bzw. niedrigere) Zuweisungen aus dem Fonds erhält, wenn sich der Gesundheitszustand der eigenen Versicherten überdurchschnittlich positiv (bzw. negativ) entwickelt. Diese Anpassung würde solche Krankenkassen belohnen, die sich nachhaltig dafür einsetzen, das Auftreten neuer Erkrankungen durch bessere Versorgungsleistungen zu reduzieren. Sie könnte auch den Wettbewerb um krankenkassenindividuelle (Selektiv-)Verträge mit Leistungserbringern anstoßen und entspräche einer konsequenten, an den Zielen des Leistungswettbewerbs im GKV-System orientierten Ausrichtung des Mechanismus. Nach Auffassung der Monopolkommission wäre diese für den Wettbewerb von zentraler Bedeutung.⁶

Das Faire-Kassenwettbewerb-Gesetz sieht derweil pauschale Zuweisungen durch den RSA zur Förderung von Vorsorgeleistungen vor (§ 270 Abs. 4 SGB V-E). Diese sollen die Kassen erhalten, wenn ihre Versicherten Leistungen insbesondere der Primär-/Sekundärprävention (Vorsorgeuntersuchungen / Früherkennung) in Anspruch nehmen. Allerdings bestimmt hier der Gesetzgeber, welche Leistungen einheitlich gefördert werden und welchen Wert für die Versorgung sie besitzen. Die im Gesetzentwurf vorgesehene Präventionsförderung im Rahmen des Risikostrukturausgleichs führt somit nicht zu einer Stärkung des Wettbewerbs.

Die Monopolkommission schlägt deshalb vor, das Faire-Kassenwettbewerb-Gesetz um den Auftrag zur Prüfung einer wettbewerblichen Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs zu ergänzen. Dazu sollte geregelt werden, dass der Bundesgesundheitsminister den wissenschaftlichen Beirat beim BVA beauftragt, in einem Sondergutachten die Möglichkeit der Einführung eines Korrekturfaktors auf Basis der Inzidenzrate zu untersuchen und ggfs. Vorschläge für die Umsetzung zu unterbreiten.

Kassenwettbewerb wird gesetzlich verankert – Weg zu einheitlichen Wettbewerbskonditionen geebnet

Eine **Verbesserung des wettbewerblichen Ordnungsrahmens könnte sich durch den neu eingefügten § 4a SGB V-E ergeben**. Die geplante Vorschrift definiert erstmals den Kassenwettbewerb direkt im SGB V und hält als Wettbewerbsziel explizit fest, dass das Leistungsangebot und die Qualität der Leistungen verbessert sowie die Wirtschaftlichkeit erhöht werden sollen. Dies ist aus Sicht der Monopolkommission zu begrüßen, da der weiterhin bestehende § 4 SGB V als konstituierende Vorschrift für die Krankenkassen noch auf ein korporatistisches Kassensystem ohne Wettbewerbsprozesse ausgerichtet war. Die Vorgabe in § 4 Absatz 3 SGB V, nach der die Krankenkassen und ihre Verbände sowohl innerhalb einer Kassenart als auch kassenartenübergreifend miteinander und mit allen anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens eng zusammenarbeiten sollen, ist schwer mit Wettbewerb in Einklang zu bringen. Diese Regelung wird durch den neuen § 4a SGB V-E erstmals relativiert. Durch die Neuregelung könnte grundsätzlich auch die Anwendung des Wettbewerbsrechtes erleichtert werden.

Ein weiteres grundlegendes Problem, welches der Bundesgesundheitsminister mit dem Faire-Kassenwettbewerb-Gesetz lösen wollte, betrifft die Aufsicht über die Kassen. Die Krankenkassen unterliegen als Körperschaften des öffentlichen Rechts einer Aufsicht, welche die Anwendung der sozialrechtlichen Vorschriften prüft. Aus Art. 87 Abs. 2 GG ergibt sich, dass diese Aufsicht abhängig von den Zuständigkeitsbereichen entweder der Bund oder die Länder übernehmen. Sofern sich das Zuständigkeitsgebiet einer Krankenkasse über das Gebiet eines Bundeslandes hinaus erstreckt, ist das Bundesversicherungsamt die zuständige Aufsichtsbehörde. Beschränkt sich das Zuständigkeitsgebiet einer Krankenkasse hingegen auf ein Bundesland, so ist die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde dieses Landes für die Aufsicht der Krankenkasse zuständig (vgl. auch § 90 SGB IV). Die Bedeutung der Aufsicht für die Verhaltensmöglichkeiten der Kassen ist hoch, da typischerweise weitreichende Entscheidungen zu Finanz- und Versorgungsfragen in Bezug auf die Konformität zum Sozialrecht zu treffen sind. Fallen Entscheidungen der Behörden allerdings unterschiedlich aus, kann es zu Wettbewerbsverzerrungen kommen. Ein Beispiel aus der Vergangenheit sind die Wahltarife zur Kostenerstattung, die in

einigen Bundesländern von regionalen Kassen zeitweise für ein Angebot von Zusatzversicherungen genutzt wurden, für bundesweit anbietende Kassen dagegen verboten waren.

Die Teilung der Aufsicht in der Art, dass für konkurrierende Kassen unterschiedliche Aufsichtsbehörden zuständig sind, ist ein Anachronismus. Er stammt aus einer Zeit, in der Mitglieder ihre Krankenkasse nicht selbst auswählen konnten, sondern berufsständisch einer solchen zugewiesen wurden. **Im heutigen Kassenwettbewerb führen unterschiedliche Aufsichten hinsichtlich gleicher Prüfungsinhalte hingegen zu Wettbewerbsverzerrungen zwischen den unterschiedlichen Kassen.** Da eine für die Vereinheitlichung der Aufsicht notwendige Verfassungsänderung nicht einfach zu erreichen sein dürfte, hat die Monopolkommission in der Vergangenheit bereits ein vereinheitlichtes Vorgehen der unterschiedlichen Aufsichtsbehörden vorgeschlagen.⁷

Ein erster Vorschlag im Referentenentwurf sah die Öffnung aller Kassen (mit Ausnahme bestimmter geschlossener Betriebskrankenkassen) für bundesweit ansässige Mitglieder vor. Diese Regelung ist unter anderem bei den Ländern auf Widerstand gestoßen, sodass sie im Regierungsentwurf nicht mehr enthalten ist. Die dafür ersatzweise geschaffene Regelung schreibt eine intensivere Abstimmung der Aufsichtsbehörden vor, deren Austausch nun mindestens zwei Mal im Jahr stattfinden soll (§ 90 Abs. 4 SGB IV-E). Der Austausch betrifft demnach neben abgeschlossenen auch aktuelle Verfahren, zu denen die Länder mit Dreiviertelmehrheit unverbindliche Beschlüsse fassen können sollen. Diese Vorschrift kann zu einem einheitlicheren Vorgehen der Behörden beitragen. Aufgrund der Unverbindlichkeit der Regelung bleibt allerdings fraglich, ob das Wettbewerbsproblem hierdurch hinreichend begrenzt werden kann. Als hilfreich könnte sich insoweit der neu geschaffene § 4a SGB V-E Abs. 7 auswirken. Danach können Krankenkassen auch bei Nicht-Tätigwerden der Aufsichtsbehörden Ansprüche gegen andere Krankenkassen durchsetzen, wodurch ebenfalls einheitlichere Wettbewerbsbedingungen erwartet werden können.

Baustelle Leistungswettbewerb: Kein Teil des Gesetzentwurfs

Obwohl der Wettbewerb insbesondere bei den Versorgungsleistungen der Kassen zu Verbesserungen führen

könnte, trifft der Gesetzentwurf hier keine Regelungen. **Notwendig wäre, dass Krankenkassen mehr Möglichkeiten erhalten, ihr Leistungsangebot selbst zu gestalten, zu verbessern und Versorgungsinnovationen zu erproben.**

Üblich ist, dass die Konditionen bei der Behandlung von Versicherten durch Leistungserbringer im ambulanten und stationären Vergleich einheitlich für alle Krankenkassen in sog. Kollektivverträgen geregelt sind. Dieses System ist dem Wettbewerb unzugänglich. Ein Hebel dafür, den Kassenwettbewerb zu einem Innovationsmotor zu machen, sind Verträge der Kassen mit ausgewählten Leistungserbringern, die abweichende Vergütungs- und Versorgungsregeln beinhalten können. Diese speziellen Leistungen sollten die Krankenkassen ihren Versicherten im Rahmen sog. Wahltarife als Alternative zur Standardversorgung zu einem abweichenden Zusatzbeitrag diskriminierungsfrei anbieten. Dies ist nach § 53 SGB V bereits heute eingeschränkt möglich. Die Bedeutung der Wahltarife für den Wettbewerb ist jedoch bisher gering geblieben, weil der gesetzliche Rahmen noch zu viele Hürden aufweist.

So ist es den Krankenkassen bisher nicht umfassend möglich, den Versicherten Wahltarife anzubieten, bei denen das Leistungsangebot auf die Vertragspartner einer Kasse beschränkt, dafür aber qualitativ verbessert wird. Ein Beispiel für das Potenzial solcher Tarife ist der stationäre Sektor, der aufgrund der für Versicherte oft intransparenten Qualität in der Kritik steht. Damit der Wettbewerb zum Qualitätstreiber wird, sollten Krankenkassen die Möglichkeit erhalten Krankenhauswahltarife anzubieten. In diesen Tarifen würden sich die Versicherten verpflichten, Krankenhäuser zu nutzen, mit denen die Krankenkasse einen Qualitätsvertrag

nach § 110a SGB V mit individueller Vergütung abgeschlossen hat. Dadurch erhöhten sich Umsätze und Effizienz der besten Krankenhäuser. Verbesserungswürdig ist auch die hausarztzentrierte Versorgung, die in einen Wettbewerbsrahmen überführt werden sollte. Derzeit zwingt § 73b Abs. 4 SGB V die Kassen noch, Hausarztverträge mit dem größten Verband der Hausärzte als Monopolanbieter zu schließen.

Insgesamt begrüßt die Monopolkommission den Entwurf zum Faire-Kassenwettbewerb-Gesetz als Schritt in Richtung einer wettbewerblichen Marktstruktur.

¹ Entwurf eines Gesetzes für eine faire Kassenwahl in der gesetzlichen Krankenversicherung (Faire-Kassenwahl-Gesetz – GKV-FKG), Referentenentwurf, 25. März 2019.

² Entwurf eines Gesetzes für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung (Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz – GKV-FKG), Regierungsentwurf, 9. Oktober 2019.

³ Wissenschaftlicher Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs: Sondergutachten zu den Wirkungen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs, 27. November 2017; Wissenschaftlicher Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs: Gutachten zu regionalen Verteilungswirkungen, 29. Juni 2018.

⁴ Monopolkommission, Stand und Perspektiven des Wettbewerbs im deutschen Krankenversicherungssystem, 75. Sondergutachten, Baden-Baden 2017.

⁵ Die Indikation für einen verbesserten Ausgleich durch diese Änderung folgte aus einer Analyse in einem 2017 erschienenen Gutachten des wissenschaftlichen Beirats beim BVA. Wissenschaftlicher Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs: Sondergutachten zu den Wirkungen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs, a.a.O., Kapitel 6.2 (S. 279 ff).

⁶ Monopolkommission, Sondergutachten 75, a.a.O., Tz. 82.

⁷ Monopolkommission, ebenda, Tz. 201 ff.

Die Monopolkommission ist ein ständiges, unabhängiges Expertengremium, das die Bundesregierung und die gesetzgebenden Körperschaften auf den Gebieten der Wettbewerbspolitik, des Wettbewerbsrechts und der Regulierung berät. Die Monopolkommission besteht aus fünf Mitgliedern, die auf Vorschlag der Bundesregierung durch den Bundespräsidenten berufen werden. Vorsitzender der Monopolkommission ist Prof. Achim Wambach.

KONTAKT

Monopolkommission
Kurt-Schumacher-Str. 8 · 53113 Bonn
info@monopolkommission.bund.de
www.monopolkommission.de

➔ Abonnieren Sie den Policy Brief bequem über unseren Mail-Newsletter:
www.monopolkommission.de/newsletter