



Stellungnahme
zum XVIII. Hauptgutachten der Monopolkommission gemäß § 44 Abs. 1 Satz 1 GWB
Mehr Wettbewerb, wenig Ausnahmen
(2008/2009)
14. September 2010

Der Verband der privaten Krankenversicherung e.V. begrüßt die Empfehlung der Monopolkommission, den Kostenträgern mit einzelvertraglichen Vereinbarungen mehr Spielraum im ambulanten Leistungsbereich zu geben. Dies muss dann aber auch für die privaten Krankenversicherungen gelten. Auch die PKV braucht Instrumentarien, die ein Einwirken auf Qualität, Preis und Menge in der ärztlichen Versorgung ermöglichen.

Die PKV teilt ausdrücklich die Einschätzung, dass Wahltarife und Zusatzversicherungen in der GKV sachfremd sind und entsolidarisierend wirken.

I. Zum Vertragswettbewerb auf dem Leistungsmarkt im Bereich der ärztlichen Versorgung

Im Bereich der ambulanten Versorgung dominieren nach wie vor kollektivvertragliche Vereinbarungen zwischen gesetzlichen Krankenkassen und Leistungserbringern. Seit einigen Jahren sind zwar einzelvertragliche Vereinbarungen möglich, die wie im Falle der integrierten Versorgung auch rege genutzt werden. Dennoch hat sich die Versorgungsstruktur nicht wesentlich geändert und ein Versorgungswettbewerb findet kaum statt. Die Monopolkommission beschäftigt sich deshalb in ihrem XVIII. Hauptgutachten ausführlich mit „Perspektiven für mehr Wettbewerb und Effizienz in der gesetzlichen Krankenversicherung“ (Kapitel VI).

Ein besonderes Augenmerk legt sie dabei auf die Ausgestaltung des Vertragswettbewerbs im ambulant ärztlichen Bereich.

Der Verband der privaten Krankenversicherung e.V. begrüßt hierbei ausdrücklich die Forderungen nach einer Intensivierung des Qualitätswettbewerbs. Dabei ist aber zu ergänzen, dass auch die privaten Krankenversicherungen entsprechende Instrumentarien benötigen. Die PKV verfügt derzeit über nur sehr eingeschränkte Vertragskompetenzen mit Leistungserbringern. Gänzlich verwehrt ist ihr sogar, abweichende Vereinbarungen von der gesetzlich vorgegebenen Gebührenordnung für Ärzte und Zahnärzte zu schließen. Dies widerspricht eklatant der sonst im freien Wirtschaftsverkehr üblichen freien Vertragsgestaltung, die eine Einflussnahme auf Qualität, Menge und Preise zulässt. Ein solcher Zustand kann auch nicht im Sinne der Monopolkommission sein, die Einflussmöglichkeiten auf die Vergütungsanreize als zentral für die Effizienz und Effektivität in der gesundheitlichen Versorgung sieht, und selber davor warnt, dass „die Leistungserbringung in der Versorgung stets entsprechend dem individuellen Nutzen der behandelnden Ärzte und Krankenhäuser optimiert wird.“ (S. 446). Wenn die PKV mehr Vertragskompetenzen fordert, gilt dabei wie in einem freiheitlichen Ordnungssystem üblich stets das Prinzip der Freiwilligkeit. Besondere Vereinbarungen gelten nur dann, wenn ihnen alle drei involvierten Parteien zustimmen: Kostenträger, Ärzte und Versicherte.

Aber auch aus einem anderen Aspekt ist die PKV bei der Diskussion um mehr Wettbewerb in der ambulanten Versorgung nicht auszuklammern. Denn neben dem beschriebenen Leistungsmarkt existiert im Gesundheitssystem ein Versichertenmarkt, in dem private Versicherungsunternehmen und gesetzliche Krankenkassen um freiwillig Versicherte konkurrieren. Diesen Aspekt verkennt die Monopolkommission vollständig, wenn sie den Versichertenmarkt der GKV untersucht. Werden nämlich nur einer Seite Handlungsvorteile gewährt, kommt es zwangsläufig zu Wettbewerbsverzerrungen. Die GKV könnte also ihre Wettbewerbsposition zulasten der PKV verbessern. Vorschläge der Monopolkommission in eine solche Richtung kann die PKV nicht gutheißen.

II. Zum Preiswettbewerb auf dem Versichertenmarkt

a) Neuregelung der GKV-Beiträge und steuerfinanzierter Sozialausgleich

Die Monopolkommission schlägt in ihrem Gutachten ähnliche Änderungen der Beitragsfinanzierung der GKV vor, wie sie derzeit die Bundesregierung mit dem GKV-Finanzierungsgesetz umzusetzen gedenkt. So spricht sich auch die Monopolkommission für eine höhere Beitragsautonomie der Krankenkassen zur Stärkung des Preiswettbewerbs aus, der vor al-

lem durch die Einführung einer lohnunabhängigen Pauschale erreicht werden soll. Ein Sozialausgleich, der eine finanzielle Überforderung verhindert, soll über das Steuersystem erfolgen.

Änderungen der Beitragsfinanzierung, die den Krankenkassen wieder einen Teil ihrer Beitragsautonomie, welche sie mit der Einführung des Gesundheitsfonds verloren hatten, zurück geben, sind zu begrüßen. Denn die Wiedergewinnung von Pluralität bei der GKV-Finanzierung führt zu Beitragsvielfalt, die mit entsprechenden Wahlmöglichkeiten für die Versicherten einhergeht. Gleichzeitig ist sie geeignet, dem Trend einer stärkeren Zentralisierung des Gesundheitswesens entgegenzuwirken.

Allerdings sind solche Reformvorschläge aus PKV-Sicht bedenklich, die zu einer Fortsetzung der Steuerfinanzierung auf hohem Niveau führen würden. Sie würden Privatversicherte weiterhin zur Subventionierung eines Versicherungssystems zwingen, dem gegenüber sie keine Ansprüche haben. Sie stellen eine wettbewerbpolitische Benachteiligung der PKV und ihrer Versicherten dar. Die Benachteiligung verstärkt sich, wenn der Sozialausgleich nicht individuell an den Versicherten, sondern pauschal als Steuerzuschuss an das System erbracht wird. Diese Art der Subvention bewirkt im Übrigen, dass der am allgemeinen Beitragssatz orientierte Arbeitgeberzuschuss sinkt und sich der monatliche Beitragsanteil für Angestellte in der PKV erhöht.

b) Beitragsdifferenzierung durch Wahltarife

Die Monopolkommission bewertet Wahltarife in der GKV uneinheitlich. Ausdrücklich zuzustimmen ist den Äußerungen im Gutachten, dass Selbstbehalt- und Beitragsrückerstattungs-Wahltarife in der GKV zu einer Entsolidarisierung führen und sachfremd in einer Sozialversicherung sind (S. 475 f.). Die PKV hat seit Einführung der Wahltarife 2007 mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz wiederholt auf diese Phänomene hingewiesen.

Nicht nachvollziehbar und ganz klar abzulehnen ist dagegen die Kritik der Monopolkommission, dass es an Möglichkeiten einer Preisdifferenzierung „nach oben“ bei Versorgungstarifen (im Rahmen der Selektivverträge) – quasi eine Prämienzahlung für eine bessere Versorgung – mangelt. Die Monopolkommission verweist nämlich kritisch auf den Umstand, dass derzeit bei den Wahlтарifen für besondere Versorgungstarife (§ 53 Abs. 3 SGB V) nur eine Preisdifferenzierung „nach unten“ möglich ist (S. 476). Zwar konkretisiert die Monopolkommission nicht weiter ihren Vorschlag, dennoch sprechen grundsätzlich mehrere Gründe gegen ein solches Anliegen. Im Wesentlichen sind dies:

1. Die GKV ist sozialrechtlich dazu gehalten, eine wirtschaftlich effiziente und das medizinisch Notwendige nicht überschreitende Versorgung anzubieten. Ein Wahltarif, der gegen zusätzliche Prämienzahlung besondere Versorgungsmöglichkeiten und -strukturen anbietet, wird zwangsläufig über dem medizinisch Notwendigen liegen. Ansonsten besteht für den Versicherten kein Anreiz, diesen nachzufragen.
2. Wahltarife können in der GKV ohne Risikoprüfung gewählt werden. Die freie Wahl zwischen Luxusversorgung bei Krankheit und Regelversorgung bei Gesundheit lädt geradezu zu einem individuellen Vorteilshopping ein. Eine Prämienkalkulation gestaltet sich schwierig und beinhaltet immer die Gefahr systematisch angelegter Unterfinanzierungen.
3. Eine Quersubventionierung von höherwertigen Versorgungstarifen durch die Regelversorgung kann nicht ausgeschlossen werden. Eine Quersubventionierung von Wahltarifen ist zwar heute verboten, sie kommt aber dennoch vor. Im Endeffekt käme es erst recht zu der von der Monopolkommission noch vorangehend kritisierten Entsolidarisierung bei Wahltarifen. Besserverdienende, die sich den zusätzlichen Versorgungsschutz einkaufen könnten, würden von Geringverdienern subventioniert, die aus finanziellen Gründen in der Regelversorgung verbleiben müssen.
4. Bereits heute führen Zusatzversicherungen (interpretiert als Wahltarife im Sinne des § 53 Abs. 4 SGB V) dazu, dass der Grundgedanke einer Sozialversicherung konterkariert wird. Sie sind system- und strukturwidrig. Zudem führen solche Tarife zu extremen Wettbewerbsverzerrungen, denn gesetzliche Krankenkassen unterliegen nicht den strengen privatrechtlichen Kalkulations- und Eigenkapitalvorschriften, zusätzlich sind sie steuerbefreit. Solche Tarife greifen ohne Not in klassische Geschäftsfelder der PKV ein. Ebenfalls bleibt der Verbraucherschutz auf der Strecke. Im Falle der angedachten höherwertigen Versorgungstarife kann ebenfalls nicht ausgeschlossen werden, dass die gebotenen Mehrleistungen in funktionierende Geschäftsfelder der PKV eingreifen und zu erheblichen Wettbewerbsverzerrungen führen würden.

Fazit

Die Monopolkommission unterbreitet in Kapitel VI Vorschläge zur Ausgestaltung der Rahmenbedingungen auf dem Markt der gesetzlichen Krankenversicherungen. Aus PKV-Sicht sind ausdrücklich solche Vorschläge zu begrüßen, die zu einer stärkeren wettbewerblichen Orientierung im Gesundheitswesen beitragen und gleichzeitig für ausgewogene Wettbe-

werbsbedingungen sorgen. Direkte wie indirekte Wettbewerbsverzerrungen zwischen den Systemen von GKV und PKV sind zu vermeiden.

Zudem sind ordnungspolitisch all jene Vorschläge der Monopolkommission nachdrücklich zu befürworten, deren Ziel eine stärkere Wettbewerbsorientierung anstelle einer stärkeren Zentralisierung des Gesundheitswesens ist. Ein ordnungspolitischer Wandel hin zu zentralistischeren Strukturen ist insbesondere im Hinblick der heutigen Herausforderungen an das Gesundheitswesen der falsche Lösungsansatz. Die PKV tritt von ihrem Selbstverständnis her immer für eine plurale Ordnungsstruktur ein.