

*Band*  
**4**

Christina Benita Wilke / Monika Wohlmann (Hrsg.)

*Gibt es in Deutschland zu viele  
Krankenkassen? Eine Analyse der  
Wettbewerbsintensität in der gesetzlichen  
Krankenversicherung Deutschlands*

~  
Luca Rebeggiani, Cirsten Roppel, Fabian Schrickel

KCV Schriftenreihe



**KCV Kompetenzzentrum**  
für angewandte Volkswirtschaftslehre  
der FOM Hochschule für Oekonomie & Management

**Luca Rebeggiani, Cirsten Roppel, Fabian Schrickel**

*Gibt es in Deutschland zu viele Krankenkassen? Eine Analyse der Wettbewerbsintensität in der gesetzlichen Krankenversicherung Deutschlands*

KCV Schriftenreihe der FOM, Band 4

Essen 2022

ISBN (Print) 978-3-89275-254-7    ISSN (Print) 2701-9403  
ISBN (eBook) 978-3-89275-255-4    ISSN (eBook) 2701-9411

Dieses Werk wird herausgegeben vom KCV KompetenzCentrum für angewandte Volkswirtschaftslehre der FOM Hochschule für Oekonomie & Management gGmbH

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliographie; detaillierte bibliographische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

© 2022 by



**Akademie  
Verlags- und Druck-  
Gesellschaft mbH**

MA Akademie Verlags-  
und Druck-Gesellschaft mbH  
Leimkugelstraße 6, 45141 Essen  
[info@mav-verlag.de](mailto:info@mav-verlag.de)

Das Werk einschließlich seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urhebergesetzes ist ohne Zustimmung der MA Akademie Verlags- und Druck-Gesellschaft mbH unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürfen. Oft handelt es sich um gesetzlich geschützte eingetragene Warenzeichen, auch wenn sie nicht als solche gekennzeichnet sind.

Christina Benita Wilke / Monika Wohlmann (Hrsg.)

***Gibt es in Deutschland zu viele gesetzliche  
Krankenkassen?***

Eine Analyse der Wettbewerbsintensität in der gesetzlichen  
Krankenversicherung Deutschlands

Luca Rebeggiani / Cirsten Roppel / Fabian Schrickel

**Autorenkontakt**

Luca Rebeggiani  
FOM Hochschule Bonn  
luca.rebeggiani@fom.de

Cirsten Roppel  
FOM Hochschule Bonn  
cirsten.ropfel@fom.de

Fabian Schrickel  
BARMER  
fabian.schricket@barmer.de

## Vorwort der Herausgeberinnen

Der **vierte** Band der Schriftenreihe des KCV KompetenzCentrum für angewandte Volkswirtschaftslehre der FOM Hochschule beschäftigt sich mit den zu beobachtenden Strukturveränderungen auf dem Markt der gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV).

Das KCV bündelt die Forschungsaktivitäten der an der FOM tätigen Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler auf dem Gebiet der Volkswirtschaftslehre und deckt daher ein breites Spektrum von der mikro- zur makroökonomischen Forschung sowie von der theoretischen zur empirischen Forschung ab. Neben ausgewählten Forschungsarbeiten der FOM-Professoren- und Dozentenschaft sowie unserer FOM-Studierenden beinhaltet die Schriftenreihe auch Beiträge zu aktuellen gesellschaftlichen Themen, die wir anhand volkswirtschaftlicher Theorien und Modelle allgemein verständlich für interessierte Lesende aus Politik, Wissenschaft und Praxis erklären (vgl. hierzu den ersten Band zu den volkswirtschaftlichen Auswirkungen der Corona-Pandemie). Diese Schriftenreihe soll außerdem ein Forum für Diskussionen bieten: Die Beiträge decken die Pluralität der Volkswirtschaftslehre als Wissenschaft ab. Jeder Beitrag stellt die Meinung der Autorin oder des Autors dar und spiegelt nicht grundsätzlich die Meinung der Herausgeberinnen oder der Hochschule.

Seit 1996 dürfen Versicherte ihre gesetzliche Krankenversicherung frei wählen – Deutschlands Krankenversicherungen stehen seitdem im unmittelbaren Wettbewerb zueinander. Wie hat sich dieser Wettbewerb auf die Marktstruktur der gesetzlichen Krankenversicherungen ausgewirkt? Das Autorenteam orientiert sich in diesem Beitrag an dem wettbewerbspolitischen Leitbild der Workable Competition und analysiert ausgewählte Marktstrukturindikatoren für den deutschen gesetzlichen Krankenversicherungsmarkt. Es zeigt sich, dass dieser Markt teilweise hoch konzentriert ist, eine niedrige Produktdifferenzierung aufweist und nach wie vor hohe Marktzutrittschranken zu beobachten sind. Im Anschluss folgt eine kurze Diskussion zu den Handlungsimplicationen, die sich hieraus für die weitere Wirtschaftspolitik ableiten lassen.

Essen im Februar 2022

Prof. Dr. Christina Benita Wilke

FOM Hochschule Bremen

Prof. Dr. Monika Wohlmann

FOM Hochschule Düsseldorf

## Zusammenfassung

Vor mittlerweile mehr als 25 Jahren wurde mit Einführung des freien Krankenkassenwahlrechts die deutsche gesetzliche Krankenversicherung (GKV) in eine marktwirtschaftliche Ordnung überführt, in welcher gesetzliche Krankenkassen zueinander im Wettbewerb stehen. In Folge dessen hat eine Marktberreinigung stattgefunden und die Anbieterzahl auf dem Markt der GKV ist stark zurückgegangen. Der vorliegende Artikel beleuchtet die aktuelle Anbieterstruktur um festzustellen, ob diese zu einem funktionsfähigen Wettbewerb beiträgt. Hierfür wurden die nach den Prämissen des wettbewerbspolitischen Leitbildes der Workable Competition bedeutsamsten Marktstrukturkriterien der Anbieterkonzentration, der Marktoffenheit sowie der Produktdifferenzierung untersucht und anhand von branchenübergreifend etablierten Normen eine Bewertung hinsichtlich der Funktionsfähigkeit der Marktstruktur vorgenommen. Im Ergebnis kann der GKV-Markt aktuell als mäßig bis teils hoch konzentriert mit einem niedrigen Produktdifferenzierungsgrad und hohen Marktzutrittsschranken beschrieben werden. Zudem unterliegt er nach wie vor einer weitreichenden staatlichen Regulierung. Während die vielfach geäußerte Forderung nach einer Reduktion der Krankenkassenanzahl sich in der Analyse als unbegründet erweist, ist aus wirtschaftspolitischer Sicht jedoch von anderen Effizienzreserven auszugehen, welche sich aus der aktuellen Marktstruktur ergeben und die es durch ordnungspolitische Maßnahmen weiter aufzulösen gilt.

**Abstract**

Now more than 25 years ago, with the introduction of the right to choose one's health insurance provider, the statutory health insurance (SHI) system was transformed into a market economy in which SHI providers compete with each other. As a result, a market shakeout has taken place and the number of providers in the SHI market has declined sharply. This article examines the current provider structure in order to determine whether it contributes to viable competition. For this purpose, the most important market structure criteria of provider concentration, market openness, and product differentiation were examined according to the premises of the competition policy model of workable competition, and an assessment of the market structure's ability to function was carried out on the basis of established cross-industry standards. As a result, the SHI market can currently be described as moderately to highly concentrated with a low degree of product differentiation and high barriers to market entry. In addition, it is still subject to extensive state regulation. While the frequently voiced call for a reduction in the number of health insurance funds proves to be unfounded in the analysis, from an economic policy perspective, however, it must be assumed that there are other efficiency reserves that result from the current market structure and that must be further resolved through regulatory measures.

**Inhalt**

Vorwort der Herausgeberinnen .....	II
Zusammenfassung .....	III
Abstract .....	IV
Abbildungsverzeichnis .....	VI
Tabellenverzeichnis .....	VI
Über die Herausgeberinnen .....	VIII
Über die Autoren .....	IX
1 Einleitung .....	1
2 Wettbewerb in der GKV .....	3
2.1 Die Rolle der GKV im deutschen Gesundheitssystem .....	3
2.2 Leitbild der Solidarischen Wettbewerbsordnung .....	6
2.3 Wettbewerbsfelder in der GKV .....	8
3 Analyse der Wettbewerbsintensität in der GKV .....	11
3.1 Methodik .....	11
3.2 Marktabgrenzung .....	12
3.3 Zahl und Größe der Anbieter .....	13
3.4 Marktkonzentration .....	16
3.5 Markteintritts- und Marktaustrittsbedingungen .....	21
3.5.1 Markteintritte .....	21
3.5.2 Marktaustritte .....	24
3.6 Produktdifferenzierung .....	26
3.7 Zusammenfassung, Problemfelder und Lösungsansätze .....	30
4 Diskussion und Ausblick .....	36
Anhang .....	38
Literaturverzeichnis .....	39

**Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1:	Versichertenanteile GKV/PKV in Prozent in Deutschland .....	3
Abbildung 2:	Märkte und Wettbewerbsfelder im GKV-System.....	9
Abbildung 3:	Anzahl der Krankenkassen im Zeitablauf .....	14
Abbildung 4:	Konzentrationskurven im Jahresvergleich 2012, 2018.....	20

**Tabellenverzeichnis**

Tabelle 1:	Entwicklung der Marktkonzentration in der GKV anhand des HHI .....	17
Tabelle 2:	Wirtschaftspolitische Interpretation der HHI-Werte im Vergleich (USA, EU).....	18
Tabelle 3:	Mitgliederzahlen und Marktanteile der größten Kranken- kassen .....	19
Tabelle 4:	Marktstrukturen in der GKV: Zusammenfassende Darstellung..	31



**Abkürzungsverzeichnis**

AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
AOK-BV	AOK Bundesverband
BAS	Bundesamt für Soziale Sicherung
BIP	Bruttoinlandsprodukt
BKK	Betriebskrankenkasse
CR	Konzentrationsrate
EU	Europäische Union
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-FKG	Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz
GKV-VStG	GKV-Versorgungsstrukturgesetz
GKV-WSG	GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz
GSG	Gesundheitsstrukturgesetz
GWB	Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen
HHI	Herfindahl-Hirschmann-Index
IKK	Innungskrankenkasse
KV	Kassenärztliche Vereinigung
MAS	Marktaustrittsschranken
Morbi-RSA	Morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich
MZS	Marktzutrittsschranken
PKV	Private Krankenversicherung
RSA	Risikostrukturausgleich

## Über die Herausgeberinnen

**Prof. Dr. Christina Benita Wilke** ist seit 2016 Professorin für Volkswirtschaftslehre an der FOM Hochschule für Oekonomie & Management, wissenschaftliche Gesamtstudienleiterin am Hochschulzentrum Bremen sowie wissenschaftliche Leiterin des KCV KompetenzCentrum für angewandte Volkswirtschaftslehre. Zuvor war sie als Forscherin und Geschäftsführerin am Mannheimer Forschungsinstitut Ökonomie und Demographischer Wandel (MEA) sowie als Leiterin der bremischen Niederlassung des Hamburgischen WeltWirtschaftsinstituts (HWWI) tätig. Ihre Forschungsschwerpunkte liegen im Bereich Demographischer Wandel, der Sozial- und Arbeitsmarktpolitik sowie der Gesundheitsökonomie.

**Prof. Dr. Monika Wohlmann** ist seit 2014 Professorin für Volkswirtschaftslehre an der FOM Hochschule für Oekonomie & Management in Düsseldorf und wissenschaftliche Leiterin des KCV KompetenzCentrum für angewandte Volkswirtschaftslehre. Nach dem Studium der Betriebswirtschaftslehre an der Universität Passau und Málaga promovierte sie im Fach Volkswirtschaftslehre am Ibero-Amerika-Institut der Universität Göttingen. Anschließend arbeitete sie mehrere Jahre als Volkswirtin bei einer deutschen Großbank. Ihre Forschungsschwerpunkte liegen in den Bereichen Geldpolitik und Finanzmärkte.

## Über die Autoren

**Prof. Dr. Luca Rebeggiani** ist seit 2015 Professor für Volkswirtschaftslehre an der FOM Hochschule für Oekonomie & Management in Bonn und Regionaler Forschungs koordin ator. Nach dem Studium der Wirtschaftswissenschaften, Geschichte und Romanistik und der Promotion in Volkswirtschaftslehre an der Leibniz Universität Hannover war er in verschiedenen Positionen in der amtlichen Statistik tätig. Zuletzt arbeitete er in der quantitativen Politikberatung im Bereich Öffentliche Finanzen und Sozialpolitik beim Fraunhofer FIT. Seine Forschungsschwerpunkte liegen im Bereich Sozialpolitik, öffentliche Finanzen sowie Sport- und Glücksspielökonomie.

**Prof. Dr. Cirsten Roppel** ist seit 2014 Professorin für Volkswirtschaftslehre an der FOM Hochschule für Oekonomie & Management in Bonn, wo sie seit 2018 zudem wissenschaftliche Gesamtstudienleiterin des Hochschulzentrums ist. Ihre Forschungsschwerpunkte liegen in den Feldern Soziale Sicherung, Versicherungstheorie und Gesundheitsökonomik.

**Fabian Schrickel, B.A.** ist seit 2012 in verschiedenen Funktionen für die BARMER tätig. Seit Dezember 2019 arbeitet er als Erster Kundenberater der BARMER in Bonn. Berufsbegleitend absolvierte er an der FOM Hochschule für Oekonomie & Management in Bonn ein Studium im Studiengang Business Administration, welches er im Januar 2021 mit einem Bachelor of Arts (B.A.) abschloss.

## 1 Einleitung

Am 01. Januar 1993 trat das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) in Kraft,<sup>1</sup> welches durch die Einführung eines freien Krankenkassenwahlrechts ab 1996 den Grundstein für eine wettbewerbliche Ausrichtung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in Deutschland legte. Diese im „Kompromiss von Lahnstein“ parteiübergreifend ausgehandelte Gesetzesreform gilt als Wendepunkt der ordnungspolitischen Gestaltung des zuvor administrativ-korporatistisch organisierten GKV-Systems.<sup>2</sup>

Die sogenannte Solidarische Wettbewerbsordnung auf dem GKV-Markt ist zwangsläufig in hohem Maße von staatlicher Regulierung geprägt. Ordnungspolitische Maßnahmen müssen zum einen das Spannungsfeld zwischen öffentlich-rechtlichem Versorgungs- und Verwaltungsauftrag und kassenindividuellen Marketingstrategien größtmöglich ausgleichen und zum anderen durch Mechanismen wie dem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) Chancengleichheit im Wettbewerb schaffen und Risikoselektion zu Lasten der Versicherten vermeiden.<sup>3</sup>

In Folge zahlreicher gesetzgeberischer Maßnahmen ist die Zahl der gesetzlichen Krankenkassen in 30 Jahren von 1147 (1990) auf 105 (2020) zurückgegangen.<sup>4</sup> Mit dem Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz (GKV-FKG) und dem MDK-Reformgesetz werden aktuell (2020) erneut die rechtlichen Rahmenbedingungen angepasst. Branchenvertreter rechnen kurzfristig mit einer weiteren Zunahme des Wettbewerbsdrucks auf die einzelnen Krankenkassen.<sup>5</sup> Vor diesem Hintergrund kann die Vermutung angestellt werden, dass die Bereinigung auf dem Krankenkassenmarkt im Sinne eines weiteren Konzentrationsprozesses in Form von Kassenfusionen fortschreiten wird.

In der öffentlichen Auseinandersetzung wird dementsprechend vielfach die Notwendigkeit einer weiterführenden Marktberreinigung in Form eines Rückgangs der Kassenzahl festgestellt, um Effizienzreserven zugunsten der gesamtwirtschaftlichen Wohlfahrt aufzulösen.<sup>6</sup> Weitgehend unbeantwortet bleibt jedoch die sich sinnvollerweise hieran anschließende Frage, welcher Konzentrationsgrad zu einem ökonomisch effizienten Wettbewerb im Sinne einer maxi-

---

<sup>1</sup> Wir danken zwei anonymen Gutachtern sowie den beiden Herausgeberinnen für wertvolle Hinweise zum Manuskript.

<sup>2</sup> Vgl. Cassel et al. (2014a), S. V.

<sup>3</sup> Vgl. Bundesamt für Soziale Sicherung (2018), S. 7.

<sup>4</sup> Vgl. GKV-Spitzenverband (2020), o.S.

<sup>5</sup> Vgl. Baumann (2019), S. 13 f.

<sup>6</sup> Vgl. Müller (2019), S. 511 ff.

malen gesamtwirtschaftlichen Wohlfahrt führt, also wie viele gesetzliche Krankenkassen Deutschland benötigt.

Die Tatsache, dass der Konzentrationsgrad das Marktergebnis beeinflusst, ist in einer Vielzahl von Studien empirisch belegt worden.<sup>7</sup> Die auffallend schnell fortschreitenden Konzentrationsprozesse im GKV-Sektor und wiederkehrende Forderungen nach einer weiteren Reduktion der Krankenkassenzahl leiten zu der Fragestellung, welcher Konzentrationsgrad in diesem konkreten Fall zu einem optimalen Marktergebnis führen würde. Der Wettbewerb in der GKV kann bereits bei oberflächlicher Betrachtung als vergleichsweise hoch reguliert beurteilt werden. Die Gesetzgebung nimmt also entscheidenden Einfluss auf das Anbieterverhalten und die Marktstruktur. Ein wettbewerbspolitisches Leitbild für die GKV sollte also sinnvollerweise annähernd festhalten, welche Marktstruktur zu einem funktionsfähigen Wettbewerb im Sinne einer möglichst hohen Gesamtwohlfahrt führt.

Dieser Beitrag verfolgt das Ziel, die aktuell bestehende Marktstruktur in der GKV wettbewerbsökonomisch zu untersuchen und eine fundierte Einschätzung bezüglich der medial mehrfach geforderten weiteren Reduktion der angeblich zu hohen Anzahl gesetzlicher Krankenkassen zu liefern. Eine optimale Wettbewerbsintensität soll dabei nicht als Selbstzweck angesehen werden, sondern dazu beitragen, die Qualität der Gesundheitsversorgung in Deutschland vor dem Hintergrund steigender Kosten (vor allem aufgrund des technologischen Fortschritts und des demographischen Wandels) zu verbessern.<sup>8</sup>

---

<sup>7</sup> Vgl. Böbel (1984), S. 150 ff.

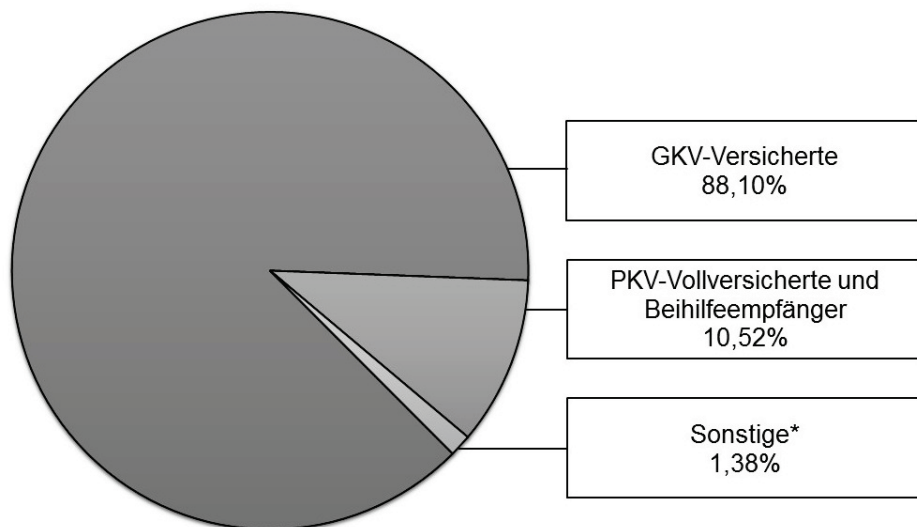
<sup>8</sup> Vgl. Greer / Wambach (2020), S. 19 ff.

## 2 Wettbewerb in der GKV

### 2.1 Die Rolle der GKV im deutschen Gesundheitssystem

Die soziale Absicherung für den Krankheitsfall erfolgt bekanntlich im sogenannten dualen Krankenversicherungssystem in Deutschland fast ausschließlich durch die gesetzliche und private Krankenversicherung (PKV). Die gesetzlichen Krankenkassen versichern hierbei mit 73 Millionen Versicherten (2020) den Großteil der deutschen Bevölkerung (Abbildung 1).<sup>9</sup>

**Abbildung 1:** Versichertenanteile GKV/PKV in Prozent in Deutschland (Angaben zum Stichtag 01.01.2018)



\*Gefangene, Grenzgänger, Berufssoldaten etc.

Quelle: In Anlehnung an GKV-Spitzenverband (2020a).

Neben den Versichertenzahlen zeigt sich die hohe gesamtwirtschaftliche Bedeutung der GKV daran, dass sie mit 57% den überwiegenden Anteil der Gesundheitsausgaben trägt, welche wiederum einen Anteil von 11,7% am Bruttoinlandprodukt (BIP) Deutschlands ausmachen.<sup>10</sup>

Träger der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland sind die Krankenkassen, welche als selbstverwaltete Körperschaften des öffentlichen Rechts der

<sup>9</sup> Vgl. GKV-Spitzenverband (2020), o.S.

<sup>10</sup> Vgl. Statistisches Bundesamt (2020), o.S.

mittelbaren Staatsverwaltung angehören und damit die Aufgabe haben, staatliches Sozialrecht auszuführen. Die gesetzlichen Krankenkassen sind somit keine Versicherungsunternehmen im üblichen Sinn. Eine Gewinnerzielungsabsicht ist ihnen ausdrücklich untersagt.<sup>11</sup>

Die Geschichte der GKV geht zurück auf das Jahr 1883, als unter Reichskanzler Otto von Bismarck die erste - damals für Industriearbeiter - obligatorische Sozialversicherung eingeführt wurde. Seitdem weist die GKV in Deutschland eine Reihe von Merkmalen und Strukturprinzipien auf, an denen sich wenig verändert hat:<sup>12</sup>

- *Versicherungspflicht*: Der Großteil der deutschen Bevölkerung unterliegt der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung (soziale Schutzbedürftigkeit). Nur bestimmten Personengruppen (z.B. Selbstständigen, Beamten und Arbeitnehmern mit einem Arbeitsentgelt oberhalb der Versicherungspflichtgrenze) wird die Wahlfreiheit zwischen GKV und PKV eingeräumt.
- *Mitversicherung von Familienangehörigen*: Der Beitrag eines einzigen Mitgliedes versichert die direkten Familienangehörigen mit (sog. „Familienversicherung“).
- *Solidaritätsprinzip*: Einkommensabhängige Beiträge bei gleichem Anspruch auf Gesundheitsversorgung führen zu einem Wohlstandstransfer zwischen arm und reich.
- *Prinzip der Selbstverwaltung*: Krankenkassen verwalten sich als öffentlich-rechtliche Körperschaften selbst und unterliegen der Aufsicht von Bund und Ländern.
- *Prinzip der Subsidiarität*: Ein Anspruch auf Sozialleistungen aus der GKV besteht nur, soweit die Leistung nicht der Eigenverantwortung der Versicherten zugerechnet werden kann.
- *Paritätische Finanzierung*: Arbeitnehmer und Arbeitgeber tragen die Krankenkassenbeiträge je zur Hälfte. Bei Sozialleistungs-/Rentenbezug zahlt der jeweilige Träger den Arbeitgeberanteil (z.B. Deutsche Rentenversicherung, Agentur für Arbeit, kommunale Sozialleistungsträger).

---

<sup>11</sup> Vgl. Simon (2017), S. 97 ff.

<sup>12</sup> Vgl. Porter / Guth (2012), S. 86 f.; Sauerland (2019), S. 740 f.

- *Kontrahierungszwang*: Krankenkassen müssen prinzipiell jeden Antragsteller, welcher über eine Versicherungsberechtigung verfügt, versichern.
- *Sachleistungsprinzip*: Versicherte nehmen Gesundheitsleistungen in Anspruch, ohne hierfür eine Rechnung zu erhalten. Leistungserbringer rechnen nach geltenden Vergütungsverträgen und Bewertungsmaßstäben direkt mit den Krankenkassen ab.
- *Wirtschaftlichkeitsgebot*: Die Leistungen der GKV müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein. Sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten.

Historisch gewachsen aus der unter Bismarck eingeführten korporatistischen Sozialversicherungsstruktur gibt es in Deutschland verschiedene Kassenarten. Wer jeweils Mitglied werden konnte, hing vorwiegend von der Berufs-, Betriebs- oder Ortszugehörigkeit ab. So wurden Versicherte überwiegend einer für sie zuständigen Primärkasse zugewiesen, während bestimmten Versicherten zudem die Möglichkeit eingeräumt wurde, als Ersatz für diese Pflichtzuweisung eine Ersatzkasse (früher: „Hilfskasse“) zu wählen. Die aktuell (2020) 105 existierenden Krankenkassen verteilen sich wie folgt auf die einzelnen Kassenarten:<sup>13</sup>

- 11 Allgemeine Ortskrankenkassen (AOK)
- 6 Ersatzkassen
- 80 Betriebskrankenkassen (BKK)
- 6 Innungskrankenkassen (IKK)
- 2 sonstige Kassen (Knappschaft, Landwirtschaftliche Krankenkasse)

Durch das 1996 eingeführte freie Krankenkassenwahlrecht hat die Unterscheidung zwischen Ersatz- und Primärkassen heute für die Versicherten keine Bedeutung mehr. Die Unterscheidung ist jedoch noch insofern von hoher Relevanz, als einzelne Kassenarten jeweils in Interessens- und Haftungsverbänden organisiert sind.<sup>14</sup> Die Haftungsverbände wurden jedoch durch die aktuelle Gesetzgebung (2020) abgeschafft, worauf wir im Folgenden noch eingehen werden.

---

<sup>13</sup> Vgl. Verband der Ersatzkassen vdek (2020a), o.S.

<sup>14</sup> Vgl. Illing (2017), S. 21.



Bei 65 dieser Krankenkassen handelt es sich um sog. bundesunmittelbare Krankenkassen, deren Rechtsaufsicht durch das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) durchgeführt wird. Insbesondere die Ersatzkassen und die überwiegende Anzahl der Betriebskrankenkassen sind bundesweit tätig. Krankenkassen, deren Zuständigkeit sich lediglich auf bis zu drei Bundesländer erstreckt, unterliegen dagegen der Landesaufsicht, wenn durch die beteiligten Länder ein aufsichtsführendes Land bestimmt wurde. Die Rechtsaufsicht über diese landesunmittelbaren Krankenkassen wird von den Gesundheits- bzw. Sozialministerien der Bundesländer wahrgenommen.<sup>15</sup>

## 2.2 Leitbild der Solidarischen Wettbewerbsordnung

Das deutsche GKV-System war bis Anfang der 1990er Jahre einem hochregulativen Ordnungsrahmen mit einer staatlich-administrativen und korporatistisch-kollektiven Steuerung unterworfen.<sup>16</sup> Wettbewerb zwischen den Krankenkassen fand nur bedingt statt und war als Steuerungsmechanismus praktisch bedeutungslos.<sup>17</sup> Die traditionelle einkommenorientierte Kostendämpfungspolitik durch Leistungsbegrenzung konnte den konstanten Ausgabensteigerungen und steigenden Beitragssätzen jedoch innerhalb des bestehenden Systems nicht mehr hinreichend entgegenwirken. Die Anreizstrukturen im Gesundheitssystem veranlassten die Akteure nicht dazu, aus eigenem finanziellem Interesse die Erbringung, Finanzierung oder Inanspruchnahme von Leistungen nachhaltig einzuschränken.<sup>18</sup> So forderte schon in den 1980er Jahren die Mehrheit der Gesundheitsökonominnen mehr Markt und Wettbewerb in der GKV. Der ordnungspolitische Handlungsdruck zu einem Systemwandel ergab sich jedoch weniger aus der Erkenntnis, dass eine stärkere wettbewerbliche Ausrichtung der GKV zu mehr Kosteneffizienz, Innovationsdynamik und Versorgungssicherheit führt. Vielmehr existierte der verfassungsrechtlich problematische Zustand, dass es durch fehlende Wahlfreiheit der Versicherten bei gleichzeitig stark kassenindividuell unterschiedlichen Beitragssätzen an Beitragsgerechtigkeit fehlte.<sup>19</sup>

Mit dem am 01.01.1993 in Kraft getretenen Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung (Gesundheitsstrukturgesetz – GSG) wurde auf dem Gebiet der Krankenkassenorganisation ein Paradigmenwechsel vollzogen. Kernelemente des Gesetzes waren eine fast unein-

<sup>15</sup> Vgl. Bundesgesundheitsministerium (2020a), o.S.

<sup>16</sup> Vgl. Cassel / Wasem (2014), S. 18.

<sup>17</sup> Vgl. Jacobs et al. (2002), S. 12.

<sup>18</sup> Vgl. Gerlinger (2002), S. 8 ff.

<sup>19</sup> Vgl. Cassel et al. (2014a), S. VI.

geschränkte Kassenwahlfreiheit für alle Versicherten ab dem 01.01.1996 und ein kassenübergreifender Risikostrukturausgleich (RSA), welcher in Vorbereitung auf den bevorstehenden Kassenwettbewerb bereits im Jahr 1994 eingeführt wurde. Der RSA bildet die technische Voraussetzung für fairen Wettbewerb zwischen den Krankenkassen.<sup>20</sup> Ohne diesen Finanzausgleich würden die Krankenkassen anstatt um Mitglieder um „gute Risiken“ werben (sog. „aktive Risikoselektion“). Kassen, welche aufgrund der zuvor geltenden Versichertenzuordnung eine risikogünstigere Versichertenstruktur aufweisen, hätten gegenüber der Konkurrenz einen Wettbewerbsvorteil. Die gewünschten Wettbewerbsergebnisse würden bei einer aktiven Risikoselektion in zweifacher Hinsicht gefährdet:<sup>21</sup>

- Der Wettbewerb um Gesunde und Besserverdienende widerspräche dem sozial-politischen Auftrag des Sozialversicherungszweiges GKV.
- Risikoselektion nimmt den Druck von den Kassen, verbesserte Qualität (dynamische Effizienz) und Wirtschaftlichkeit (statische Effizienz) der Gesundheitsversorgung zu fördern.

Darüber hinaus wäre der Wettbewerb selbst durch Monopolisierungstendenzen gefährdet, da die Risikostruktur die Marktmachtverhältnisse in hohem Maße beeinflussen würde. Aus den vorgenannten Gründen wäre ein unflankierter Wettbewerb auf dem Krankenkassenmarkt nicht funktionsfähig und würde zu Marktversagen führen. Es bedarf eines speziell auf die marktspezifischen Besonderheiten abgestimmten Ordnungsrahmens. Analog zur Konzeption der Sozialen Marktwirtschaft und den Ideen des Ordoliberalismus wurde für die GKV ein wettbewerbspolitisches Leitbild entwickelt, welches Solidarität und Wettbewerb funktional miteinander verbindet.<sup>22</sup> Als Bezeichnung für dieses Leitbild hat sich der Begriff der „Solidarischen Wettbewerbsordnung“ etabliert, welcher dem Titel eines im Diskussionsprozess um das GSG entwickelten Grundsatzpapiers der Spitzenverbände der Krankenkassen („Solidarische Wettbewerbsordnung als Grundlage für eine zukunftsorientierte Krankenversicherung“) entstammt.<sup>23</sup> Als elementare Institutionen der Solidarischen Wettbewerbsordnung gelten neben dem RSA und der Kassenwahlfreiheit zudem Selektivverträge, die es einer Krankenkasse ermöglichen, auch in der Rolle als

---

<sup>20</sup> Vgl. Rebscher / Walzig (2015), S. 4.

<sup>21</sup> Vgl. Jacobs (2002), S. 21.

<sup>22</sup> Vgl. Cassel et al. (2014a), S. VI; Boroeh (2019), S. 227.

<sup>23</sup> Vgl. Rebscher / Walzig (2015), S. 3.

Nachfrager auf dem Leistungsmarkt als einzelner Marktteilnehmer aufzutreten.<sup>24</sup>

Durch eine Vielzahl von gesundheitspolitischen Reformen wurden in der Folgezeit des GSG Anpassungen in den rechtlichen Rahmenbedingungen des Kassenwettbewerbs vorgenommen, um zutage getretenen Steuerungsdefiziten entgegenzuwirken. Insbesondere der RSA (seit 2009 „Morbi-RSA“) stand dabei häufig im Fokus der gesundheitspolitischen Maßnahmen, da dieser - vor dem Hintergrund des freien Kassenwahlrechts bei gleichzeitigem Kontrahierungszwang - die Grundvoraussetzung für fairen Wettbewerb darstellt.<sup>25</sup> Er wurde von Anfang an als „lernendes System“ betrachtet, welches regelmäßig zu bewerten und ggf. zu reformieren ist.<sup>26</sup> Der Morbi-RSA wird vom BAS durchgeführt und verteilt die gesamten Beitragseinnahmen der GKV, welche in den auch vom BAS verwalteten sog. Gesundheitsfonds fließen, unter den einzelnen Krankenkassen (sog. „Zuweisungen“).<sup>27</sup> Seit dem am 01.04.2020 in Kraft getretenen Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz (GKV-FKG) berücksichtigt der Morbi-RSA durch das sog. Krankheits-Vollmodell mit zusätzlichem Hochrisikopool und einer Regionalkomponente grundsätzlich in hohem Maße die risikostrukturspezifischen Unterschiede der einzelnen Krankenkassen.

### **2.3 Wettbewerbsfelder in der GKV**

Die Leistungsbereitstellung in der GKV erfolgt grundsätzlich nach dem Sachleistungsprinzip. Die daraus entstehende Konstellation aus Leistungsträgern (Krankenkassen), Leistungserbringern und Leistungsberechtigten (Versicherte, Patienten) wird auch als sozialrechtliches Dreiecksverhältnis bezeichnet. Wird den drei Akteuren des Gesundheitssystems ökonomisch gesehen die Rolle von Nachfragern und Anbietern zugeordnet, so ergeben sich die drei nachfolgend beschriebenen Märkte als Ort des Tausches und der Preisbildung, auf welchen Krankenkassen in verschiedener Weise als Marktteilnehmer auftreten (Abbildung 2).

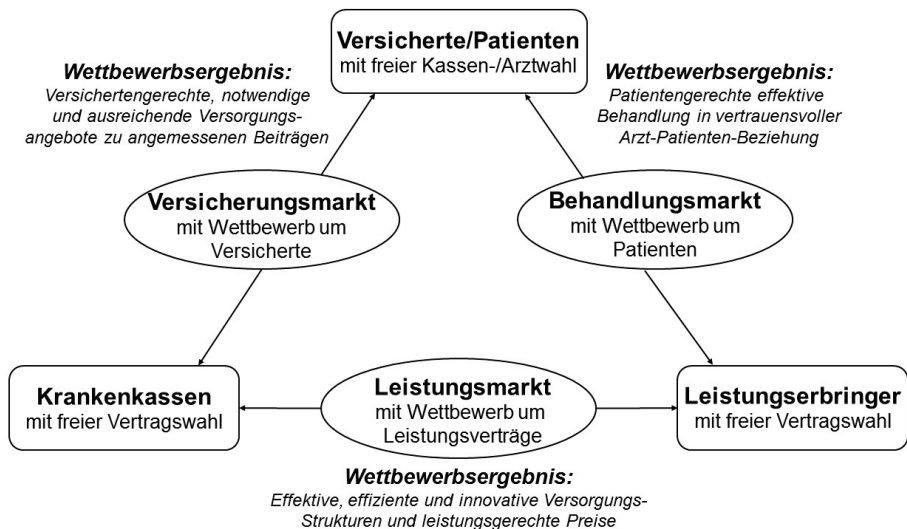
---

<sup>24</sup> Vgl. Cassel / Wasem (2014), S. 5.

<sup>25</sup> Vgl. Bundesgesundheitsministerium (2020b), o.S.

<sup>26</sup> Vgl. Bundesgesundheitsministerium (2019a), S. 2.

<sup>27</sup> Vgl. Bundesgesundheitsministerium (2020b), o.S.

**Abbildung 2:** Märkte und Wettbewerbsfelder im GKV-System

Quelle: In Anlehnung an Cassel / Wasem (2014), S. 25.

- „Behandlungsmarkt“: Auf ihm konkurrieren Leistungserbringer (z.B. niedergelassene Ärzte oder Krankenhäuser) mit Art und Qualität der von ihnen angebotenen Gesundheitsleistungen um Kassenpatienten. Aufgrund des Sachleistungsprinzips entstehen für sie daraus Vergütungsansprüche gegenüber den Krankenkassen.
- „Leistungsmarkt“: Auf ihm konkurrieren Krankenkassen als Nachfrager und Leistungserbringer als Anbieter um den Abschluss von Leistungs- und Versorgungsverträgen (sog. „Vertragswettbewerb“). Dies geschieht im deutschen Gesundheitssystem entweder auf Basis von für die Individualakteure verbindlichen Kollektivverträgen zwischen den Verbänden der Krankenkassen(-arten) und der Leistungserbringer oder in Form von individuellen Selektivverträgen. Seit der Stärkung einer wettbewerblichen Ausrichtung des deutschen Gesundheitswesens wurden die selektivvertraglichen Möglichkeiten sukzessive gestärkt, um den Individualakteuren mehr Optionen zu bieten, die Verträge an ihrer jeweiligen Wettbewerbsstrategie auszurichten. Gleichwohl wird der Großteil des Versorgungsgeschehens nach wie vor auf kollektivvertraglicher Ebene geregelt.
- „Versicherungsmarkt“: Auf ihm konkurrieren gesetzliche Krankenkassen mit den von ihnen angebotenen Produkten (z.B. Leistungsumfang, Kundenservice, Versorgungsmanagement) um Mitglieder bzw. Versi-

cherte. Aufgrund des gesetzlich zum großen Teil festgeschriebenen Leistungskatalogs, findet jedoch nach Einschätzung vieler Beobachter überwiegend ein Preis- bzw. Beitragswettbewerb unter den Krankenkassen statt. Des Weiteren stehen die gesetzlichen Krankenkassen in einem systemübergreifenden Wettbewerb mit der PKV.

Im Folgenden werden die Marktstrukturen und deren Einflüsse auf die Wettbewerbsintensität auf dem Versicherungsmarkt der GKV untersucht. Es wird ausschließlich der Wettbewerb unter gesetzlichen Krankenkassen untersucht. Der Systemwettbewerb mit der PKV ist nicht Gegenstand dieses Aufsatzes.

### 3 Analyse der Wettbewerbsintensität in der GKV

#### 3.1 Methodik

Der Forschungsfrage, ob die derzeitige Anbieterstruktur auf dem Versicherungsmarkt der GKV aus wohlfahrtsökonomischer Sicht als günstig zu erachten ist und/oder eine Reduktion der Krankenkassenzahl unter Effizienzgesichtspunkten erstrebenswert sei, wird mittels einer Untersuchung der bedeutsamsten Marktstrukturelemente nachgegangen.

Die theoretische Basis der Analyse bildet das bekannte Leitbild der *Workable Competition*. Im Fokus sollen dabei die Auswirkungen der Marktstrukturmerkmale auf Marktergebnisse stehen, während das Marktverhalten nur am Rande betrachtet wird.<sup>28</sup> Zur Merkmalsgruppe der Marktstruktur zählen relativ konstante Umstände des Wettbewerbsprozesses, auf welche die Marktteilnehmer kurzfristig keinen Einfluss ausüben können (sog. „conditioning factors“).<sup>29</sup> Im Mittelpunkt dieser Analyse sollen davon die Anbieterkonzentration, der Grad der Produktdifferenzierung sowie der Grad der Offenheit des Marktes (Existenz von Marktschranken) stehen. Um Aussagen über die Marktstruktur treffen zu können, muss zunächst der ökonomisch relevante Markt bestimmt werden. Die Marktdefinition erfolgt anhand der Fragen, welche Produkte zueinander im Wettbewerb stehen (Produktdimension), zu welcher Zeit diese angeboten werden (zeitliche Dimension) und wo diese angeboten werden (räumliche Dimension).<sup>30</sup>

Als zentrales Kriterium der Marktstruktur gilt die Marktkonzentration. Indizes der Anbieterkonzentration gelten oftmals als (inverse) Indikatoren der Wettbewerbsintensität. So basieren wettbewerbspolitische Regularien zur Verhinderung von Marktbeherrschung oft auf Marktanteilskriterien.<sup>31</sup> Zu dessen Bestimmung finden überwiegend zwei Konzentrationsmaße, der Marktanteil der  $m$  größten Unternehmen (auch Konzentrationsrate  $CR_m$ ) und der Herfindahl-Hirschman-Index (HHI), Verwendung.<sup>32</sup>

Ein weiteres zentrales Marktstrukturkriterium sind Marktschranken in Form von Marktzutrittsschranken (MZS) oder Marktaustrittsschranken (MAS). Sowohl

---

<sup>28</sup> Vgl. Bester (2017), S. 3; Knieps (2008), S. 53. Auch wenn der *Workable Competition*-Ansatz für weniger regulierte Märkte entwickelt wurde, lassen sich Fragestellungen, Analyseansatz und Beurteilung der Ergebnisse problemlos auf den deutschen GKV-Markt übertragen.

<sup>29</sup> Vgl. Bartling (1980), S. 21.

<sup>30</sup> Vgl. Knieps (2008), S. 48.

<sup>31</sup> Vgl. ebd., S. 50; Bester (2017), S. 155.

<sup>32</sup> Vgl. Schmidt / Haucap (2013), S. 175.

MZS als auch MAS stellen für potenzielle Wettbewerber Kosten dar, die deren Gewinnerwartungen im Hinblick auf einen möglichen Marktzutritt schmälern können. Demgegenüber können niedrige Marktschranken den Wettbewerbsdruck auf die etablierten Anbieter erhöhen, weil diese mit Markteintritten rechnen müssen (sog. „potenzieller Wettbewerb“). In der Wettbewerbstheorie wird der Grad der Marktoffenheit unter dem Schlagwort der „contestability“ (engl. „Bestreitbarkeit/Angreifbarkeit“) von Märkten behandelt.<sup>33</sup> Neben dem Grad der Anbieterkonzentration und dem Grad der Marktoffenheit wird innerhalb des Workable-Competition-Konzepts der Grad der Produktdifferenzierung (Homogenitätsgrad der Güter) als drittes zentrales Merkmal der Marktstruktur angesehen.

Bei der im Folgenden durchgeführten Untersuchung handelt es sich in methodologischer Hinsicht um eine Partialanalyse, d.h. weitere, neben diesen Strukturmerkmalen existierende Einflussfaktoren auf Marktergebnisse und Wettbewerbsintensität werden als gegeben vorausgesetzt. So wird im konkreten Beispiel der GKV davon ausgegangen, dass ein funktionsfähiger Risikostrukturausgleich existiert, der einen risikounabhängigen Wettbewerb um Versicherte ermöglicht. Darüber hinaus wird der Systemwettbewerb zwischen GKV und PKV nicht in die Analyse mit einbezogen. Die Methodik der Partialanalyse ermöglicht die inhaltliche Fokussierung auf die Ursachen-Wirkungs-Zusammenhänge bezüglich der zu untersuchenden Parameter der Marktstruktur.

### 3.2 Marktabgrenzung

Im Vorfeld einer Marktstrukturanalyse ist der relevante Markt zu bestimmen. Eine Marktabgrenzung muss hierbei grundsätzlich in sachlicher, zeitlicher und räumlicher Hinsicht erfolgen. Bei der sachlichen Marktabgrenzung geht es um die Substituierbarkeit, also die Gleichwertigkeit der angebotenen Produkte. Diese Feststellung kann beispielweise mittels der Bestimmung der Kreuzpreiselastizität (gegenseitige Preissensitivität von Substitutionsgütern, wie z.B. Butter und Margarine) erfolgen.<sup>34</sup> In der sachlichen Dimension ist die Definition des relevanten Marktes in der GKV jedoch vergleichsweise eindeutig. Es sind alle Anbieter zu berücksichtigen, die Krankenversicherungsschutz nach dem Fünften Sozialgesetzbuch (SGB V) bereitstellen.<sup>35</sup>

---

<sup>33</sup> Vgl. Herdzina (1999), S. 68 f.

<sup>34</sup> Vgl. Conrad (2020), S. 284.

<sup>35</sup> Vgl. Knoche / Thöni (2011), S. 553.

Auch hinsichtlich der zeitlichen Marktausprägung kann zu einer eindeutigen Feststellung gelangt werden. Krankenversicherungsleistungen werden ganzjährig nachgefragt. Es bedarf somit keiner zeitlichen Marktabgrenzung.

Die Eingrenzung des geographisch relevanten Marktes erfordert dagegen eine differenziertere Betrachtung. Von den aktuell (2020) 105 existierenden Krankenkassen sind 35 bundesweit geöffnet. 26 Betriebskrankenkassen haben in ihrer Satzung keine Öffnungsregelung getroffen und sind daher nur für Beschäftigte des jeweiligen Unternehmens wählbar und für 43 Krankenkassen erstreckt sich das Geschäftsgebiet auf 2-15 Bundesländer. Die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG, auch: Landwirtschaftliche Krankenkasse) nimmt eine Sonderstellung ein, da landwirtschaftliche Unternehmer grundsätzlich über kein freies Krankenkassenwahlrecht verfügen und in der SVLFG pflichtversichert sind.<sup>36</sup> Nach Berechnungen des BAS waren im Jahr 2018 im Durchschnitt 48 Krankenkassen in einem Bundesland wählbar.<sup>37</sup>

### **3.3 Zahl und Größe der Anbieter**

Seit der Einführung einer wettbewerblichen Ausrichtung der gesetzlichen Krankenversicherung ist ein kontinuierlicher Rückgang der Krankenkassenzahl zu beobachten. Gleichzeitig ist die Zahl der gesetzlich Versicherten in Deutschland in diesem Zeitraum von 71,9 Millionen im Jahr 1995 auf 73,4 Millionen im Jahr 2020 (von 50,8 auf 56,9 Millionen Mitglieder ohne Familienangehörige) gestiegen.<sup>38</sup>

---

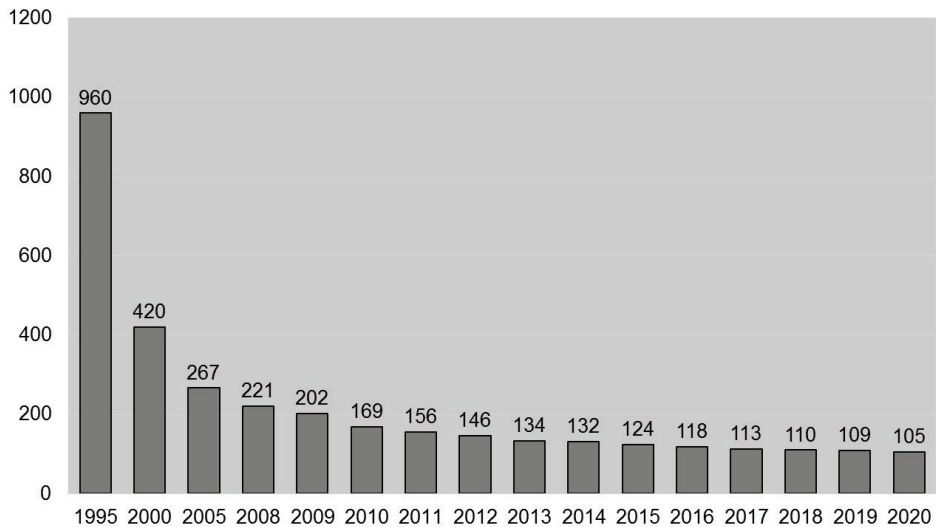
<sup>36</sup> Vgl. GKV-Spitzenverband (2020), o.S.

<sup>37</sup> Vgl. Bundesamt für Soziale Sicherung (2018), S. 19.

<sup>38</sup> Vgl. Bundesgesundheitsministerium (2020c), S. 3.



**Abbildung 3:** Anzahl der Krankenkassen im Zeitablauf (Angaben zum Stichtag 01.01.)



Quelle: In Anlehnung an GKV-Spitzenverband (2020b)

Wie im weiteren Verlauf genauer erläutert werden wird, vollzieht sich der Konzentrationsprozess hauptsächlich durch Krankenkassenfusionen.

Diese Entwicklung kann als Marktberreinigung und als Indiz für ein Funktionieren des Wettbewerbs im Hinblick auf seine Allokationsfunktion gewertet werden. So entfaltet der Wettbewerb offenbar eine Anreizwirkung auf die Anbieter, Größenvorteile zu nutzen und damit Produktionsfaktoren effizient einzusetzen. Größenabhängige Kostenvorteile setzen sich aus Skalenerträgen (economies of scale), Verbundvorteilen (economies of scope) sowie dem Erfahrungskurveneffekt zusammen. Skalenerträge entstehen durch eine bessere Ausnutzung nicht teilbarer Produktionsfaktoren bei steigender Betriebsgröße, während Verbundvorteile durch die Nutzung von Eigenschaften der Produktionsfaktoren entstehen, welche zuvor im Produktionsprozess in dieser Form nicht verwendet wurden. Der Erfahrungskurveneffekt bezeichnet erfahrungsbedingte Kostendegressionseffekte bei einer mengenmäßigen Ausweitung der Produktion.

Im Dienstleistungsbereich von Versicherungen konnten Größenvorteile insbesondere in Form von Skaleneffekten durch sinkende Verwaltungskosten sowie durch eine steigende Verhandlungsmacht bei zunehmender Betriebsgröße

nachgewiesen werden.<sup>39</sup> Des Weiteren stellt bei Versicherungen eine ausgewogene Risikostruktur einen entscheidenden Wettbewerbsfaktor dar. Eine ungünstige Risikoverteilung kann – sofern diese nicht durch den Morbi-RSA ausgeglichen wird – dementsprechend einen Wettbewerbsnachteil verursachen. Die Gefahr einer ungünstigen Risikostruktur nimmt mit steigender Versichertenzahl ab (sog. „Gesetz der großen Zahlen“).<sup>40</sup> Geht man jedoch von der Existenz eines effizienten RSA aus, ist die Größendegression der Risikokosten gering.<sup>41</sup>

Die Höhe der Verwaltungsausgaben (z.B. Personal-, Marketingausgaben) in der GKV wird in der öffentlichen Diskussion häufig als Argument für eine weiterhin notwendige Reduktion der Krankenkassenzahl oder sogar für die Einführung einer Einheitskasse zur Nutzung von Effizienzreserven angeführt.<sup>42</sup> Die Verwaltungsaufwendungen der GKV stellen mit einem Anteil von durchschnittlich 4,8% an den Einnahmen (2018) jedoch einen vergleichsweise marginalen Kostenpunkt dar.<sup>43</sup> Dies lässt sich auch anhand eines Branchenvergleichs mit der PKV, wo die Verwaltungskosten im Jahr 2018 einen Anteil von 8,6% an den Einnahmen ausmachten, verdeutlichen.<sup>44</sup> Trotz der Tatsache, dass es sich bei der GKV um eine der personalintensivsten Branchen handelt, ist die absolute Höhe der potenziellen größenabhängigen Einsparpotenziale auf diesem Gebiet also begrenzt.<sup>45</sup> Dennoch stellen Einsparpotenziale auf dem Gebiet der Verwaltungskosten ein Wachstumsmotiv für gesetzliche Krankenkassen dar. Kosteneinsparungen durch verbesserte Kapazitätsauslastung lassen sich beispielsweise bei Werbung erzielen. So können Fixkosten im Marketingbereich mit dem Ziel einer höheren Reichweite erhöht werden, ohne dass sich die Marketingkosten je Versicherten erhöhen (Fixkostendegressionseffekt).<sup>46</sup>

Ein weiteres Motiv für Fusionen ist die Stärkung der Verhandlungsmacht. Die Nachfragemacht großer Kassen gegenüber Leistungserbringern im Rahmen offener Ausschreibungsverfahren, wie beispielsweise Pharmaunternehmen, kann Kostenvorteile im Vergleich zu weniger nachfragemächtigen Kassen herbeiführen, was deren Marktstellung als Nachfrager auf dem Leistungsmarkt und als Anbieter auf dem Versicherungsmarkt stärkt.<sup>47</sup> Nach Einschätzung der Monopolkommission kommt die Anreizwirkung dieser Größenvorteile in der GKV

<sup>39</sup> Vgl. Resch (2003), S. 111.

<sup>40</sup> Vgl. Monopolkommission (2017), S. 24.

<sup>41</sup> Vgl. Klüver (2002), S. 70.

<sup>42</sup> Vgl. Müller (2019), S. 511 ff.

<sup>43</sup> Vgl. Verband der Ersatzkassen vdek (2020b), o.S.

<sup>44</sup> Vgl. ebd.

<sup>45</sup> Vgl. Universität Duisburg Essen (2020), o.S.; Resch (2003), S. 112.

<sup>46</sup> Vgl. Klüver (2002), S. 72.

<sup>47</sup> Vgl. Baake et al. (2010), S. 213 f.

jedoch nicht hinreichend zum Tragen. Sie begründet dies in einer systematischen Besonderheit, welche ihre Wurzeln in der traditionell korporatistischen Steuerung des deutschen Gesundheitssystems hat: Das SGB V ermöglicht es den Krankenkassen, Versorgungsverträge auf kollektivvertraglicher Ebene mit den Leistungserbringern zu schließen.<sup>48</sup> Dies bedeutet, dass die Verträge zwischen den Spitzenorganisationen der Kassen(-arten) (z.B. Verband der Ersatzkassen vdek, GKV-Spitzenverband) und der Leistungserbringer (z.B. Kassenärztliche Bundesvereinigung) verhandelt werden.<sup>49</sup> Nach Ansicht der Monopolkommission entfaltet sich hierdurch eine kartellähnliche Struktur mit negativen Auswirkungen auf Preis- oder Produktdifferenzierung.<sup>50</sup> Auf diese branchenspezifische Besonderheit wird im weiteren Verlauf bei der Analyse des Marktstrukturmerkmals „Produktdifferenzierungsgrad“ näher eingegangen.

### 3.4 Marktkonzentration

Der starke Rückgang der Anzahl der Krankenkassen bietet aus wettbewerbspolitischer Sicht Anlass für die Beobachtung der Anbieterstruktur auf dem Versicherungsmarkt im Hinblick auf möglicherweise entstehende Konzentrationstendenzen, die zu gemeinwohlschädigender Marktmacht einzelner Anbieter führen können.<sup>51</sup> In diesem Abschnitt soll daher der Frage nachgegangen werden, ob auf dem GKV-Markt ein kritischer Konzentrationsgrad vorliegt.

Die Messung von Anbieterkonzentration erfolgt auf Basis der Marktanteile der einzelnen Unternehmen. Somit ist eine Definition des relevanten Marktes für die Berechnung von Konzentrationsmaßen unerlässlich. Wie obenstehend beschrieben, ist die Marktabgrenzung in der GKV aufgrund der unterschiedlichen Öffnung der Krankenkassen problematisch. Um valide Ergebnisse zu erhalten, ist daher grundsätzlich eine regionale Erhebung durchzuführen.<sup>52</sup>

Die Konzentrationsmaße des Herfindahl-Hirschmann-Index (HHI) und der Konzentrationsrate (*CR<sub>m</sub>*), welche in der US-amerikanischen und europäischen Wettbewerbspolitik überwiegend Verwendung finden, sollen hier im Fokus ste-

---

<sup>48</sup> Vgl. Monopolkommission (2010), S. 366.

<sup>49</sup> Vgl. Bundeszentrale für politische Bildung (2012a), o.S.

<sup>50</sup> Vgl. Monopolkommission (2010), S. 366.

<sup>51</sup> Zwar ist der GKV-Markt stärker reguliert als herkömmliche Märkte, eine übermäßige Marktmacht einzelner Anbieter könnte dennoch zu Gemeinwohlschädigung führen, etwa durch nachlassende Serviceleistung, der Einschränkung von Zusatzleistungen oder der Erhöhung von Zusatzbeiträgen.

<sup>52</sup> Vgl. Götzte (2016), S. 717.

hen.<sup>53</sup> Als Bezugsgröße für die Berechnung der Marktanteile findet überwiegend der Umsatz des zu untersuchenden Unternehmens und der Gesamtumsatz des zu untersuchenden Marktes Verwendung.<sup>54</sup> Da die gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland keinen Umsatz machen, sondern deren Einnahmen aus den morbiditätsorientierten Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds bestehen, wird als Bezugsgröße für die Messung des Marktanteils die Mitgliederzahl herangezogen. Mitversicherte Familienangehörige bleiben unberücksichtigt, weil sie über kein eigenes Krankenkassenwahlrecht verfügen.<sup>55</sup>

Die aktuellste wissenschaftliche Untersuchung der Konzentration auf dem GKV-Markt liefert das Sondergutachten des Wissenschaftlichen Beirats des Bundesamts für Soziale Sicherung (früher Bundesversicherungsamt) zu den Wirkungen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (2017). Das Gutachten, welches die Entwicklung des HHI in der Zeit ab 2009 (Einführung des Gesundheitsfonds) bis einschließlich 2016 abbildet, ermittelt den Index sowohl auf Bundesebene als auch auf regionaler Ebene für die Bezirke der 17 kassenärztlichen Vereinigungen (KVen).<sup>56</sup> Tabelle 1 veranschaulicht die Studienergebnisse auf Bundesebene sowie beispielhaft für die jeweils zwei KV-Bezirke mit den niedrigsten bzw. höchsten Konzentrationsraten im Jahr 2016.

**Tabelle 1:** Entwicklung der Marktkonzentration in der GKV anhand des HHI

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Bund	462	534	551	593	599	606	610	601
Hamburg	975	1070	1169	1229	1255	1285	1320	1353
Saarland	1284	1368	1372	1393	1378	1363	1343	1353
Sachsen	2881	2898	2903	2897	2871	2865	2947	3254
Thüringen	1973	2106	2126	2150	2140	2136	2206	2487

Quelle: Drösler et. al. (2017), S. 18.

Der HHI-Wert ist jeweils in Basispunkten angegeben, wobei 100 Basispunkte einem Prozentpunkt entsprechen und 10.000 Basispunkte den Maximalwert (Angebotsmonopol) darstellen.<sup>57</sup> Bei der Interpretation der Werte des HHI weichen die Europäische Union (EU) und die Vereinigten Staaten (USA) in ihren wettbewerbspolitischen Leitlinien voneinander ab (Tabelle 2).

<sup>53</sup> Vgl. Schmidt / Haucap (2013), S. 177.

<sup>54</sup> Vgl. Knieps (2008), S. 51.

<sup>55</sup> Vgl. Götze (2016), S. 716.

<sup>56</sup> Vgl. Drösler et al. (2017), S. 17 f.

<sup>57</sup> Vgl. Götze (2016), S. 716.

**Tabelle 2:** Wirtschaftspolitische Interpretation der HHI-Werte im Vergleich (USA, EU)

EU	unkonzentrierter Markt	moderat konzentrierter Markt		hochkonzentrierter Markt	
<b>HHI</b>	<b>&lt; 1000</b>	<b>&lt; 1500</b>	<b>&lt; 2000</b>	<b>≥ 2000</b>	<b>≥ 2500</b>
USA	unkonzentrierter Markt		moderat konzentrierter Markt	hochkonzentrierter Markt	

Quelle: Europäische Kommission (2004), Nr. 17 ff; U.S. Department of Justice and the Federal Trade Commission (2010), S. 18 f.

Die Ergebnisse des Sondergutachtens zeigen auf, dass die Gesamtkonzentration auf dem Krankenkassenmarkt stetig zunimmt. Ungeachtet, ob bei der Interpretation der Ergebnisse die US-amerikanischen oder die (strengereren) europäischen Kriterien angesetzt werden, kann der Markt in 2 Bundesländern (Sachsen und Thüringen) schon als hochkonzentriert bezeichnet werden. Die HHI-Werte auf Bundesebene haben dagegen, aufgrund der oben beschriebenen regionalen Unterschiede in der Wählbarkeit der Krankenkassen, kaum Aussagekraft. Daher wird in diesem Beitrag mittels eigener Berechnungen zusätzlich auf das Konzentrationsmaß des Marktanteils der  $m$  größten Unternehmen ( $CR_m$ ) für die Konzentrationsmessung auf dem bundesweiten GKV-Markt zurückgegriffen.

Neben dem Marktanteil des größten Unternehmens  $CR_1$  werden im europäischen und US-amerikanischen Kontext meistens die Konzentrationsraten  $CR_4$  und  $CR_8$  verwendet.<sup>58</sup> Dafür wurden die Marktanteile der acht bundesweit mitgliederstärksten Krankenkassen in den Jahren 2012 und 2018 ausgewertet. Die ermittelten Mitgliederzahlen und Marktanteile werden in Tabelle 3 veranschaulicht:

<sup>58</sup> Vgl. Schmidt / Haucap (2013), S. 175.

**Tabelle 3:** Mitgliederzahlen und Marktanteile der größten Krankenkassen (im Jahresvergleich 2012, 2018)

	2012		2018	
	Mitglieder (in Mio.)	Marktanteil (in %)	Mitglieder (in Mio.)	Marktanteil (in %)
AOK-BV	18,24	35,41	20,57	36,66
BARMER	6,70	13,01	7,43	13,69
TK	5,82	11,31	7,68	13,24
DAK	5,03	9,76	4,67	8,31
IKK Classic	2,61	5,06	2,50	4,45
Knappschaft	1,43	2,79	1,34	2,43
KKH	1,34	2,60	1,37	2,38
SBK	0,72	1,40	0,80	1,42
GKV (ohne SVLFG)	51,50	100,00	56,11	100,00

Quelle: Bundesministerium für Justiz und für Verbraucherschutz (2020), o.S.; Bundesgesundheitsministerium (2013), S. 3; und (2019b), S. 3.

In beiden untersuchten Kalenderjahren hielten die bundesweit geöffneten Ersatzkassen Techniker Krankenkasse (TK), BARMER und DAK-Gesundheit (DAK) die größten Marktanteile. Gefolgt wurden diese jeweils von Allgemeinen Ortskrankenkassen, welche jedoch jeweils nur regional wählbar sind. Um der Tatsache Rechnung zu tragen, dass die einzelnen Ortskrankenkassen durch klar voneinander abgegrenzte Tätigkeitsregionen nicht zueinander im Wettbewerb stehen, sich gegenseitige Finanzhilfen leisten und im AOK-Bundesverband (AOK-BV) über eine gemeinsame Interessensvertretung verfügen, wurde für die Berechnung der Konzentrationsrate die AOK-Gemeinschaft als einzelner Marktteilnehmer gewertet. Diese Vorgehensweise deckt sich mit einer auch in dem o.g. Sondergutachten zitierten Studie der Universität Bremen und ermöglicht trotz der uneinheitlichen Kassenöffnung ein annähernd valides Ergebnis für den bundesweiten Markt.<sup>59</sup> Die Mitgliederzahlen wurden jeweils den im Bundesanzeiger veröffentlichten Rechnungslegungen der Krankenkassen zu den Geschäftsjahren 2013 und 2018, welche die Mitgliederstärke im Jahresdurchschnitt für das Geschäftsjahr sowie für das Vorjahr abbilden, entnommen. Die Mitgliederzahl der gesamten GKV entstammt der KM1/13-Statistik für die Jahre 2012 und 2018, welche regelmäßig vom Bundesgesundheitsministerium veröffentlicht wird und gleichermaßen Jahresdurchschnittswerte abbildet. Die Anzahl der Gesamtmitglieder wurde zudem um die Mitglieder der SVLFG

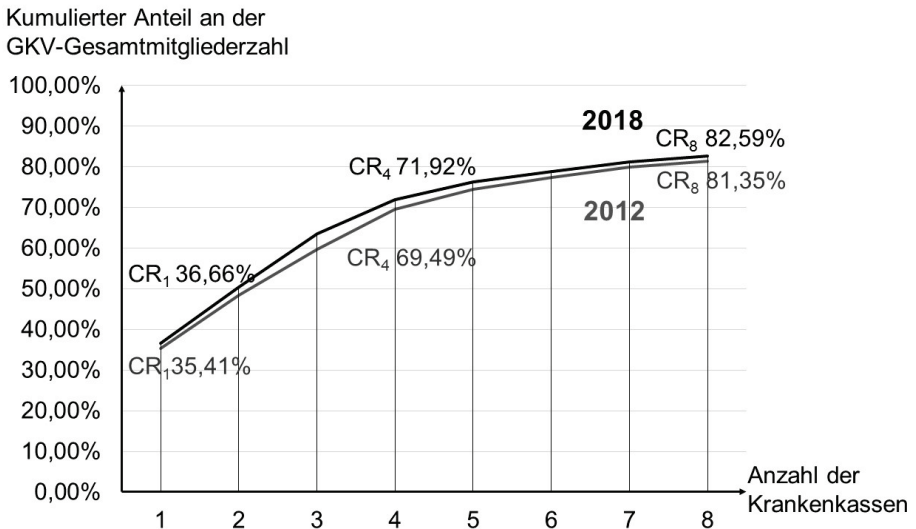
<sup>59</sup> Vgl. Götze (2016), S. 717; Drösler et al. (2017), S. 16.

reduziert, da diese überwiegend dort pflichtversichert sind und daher über kein eigenes Wahlrecht verfügen.

Im betrachteten Zeitraum konnten insbesondere die 3 größten Anbieter (AOK-BV, BARMER und TK) einen weiteren Zuwachs in ihrer relativen Mitgliederstärke verzeichnen, während die anderen Kassen (mit Ausnahme der SBK) einen leichten Rückgang verbuchten.

Auf Basis dieser Werte wurden die kumulierten Marktanteile  $CR_1$ - $CR_8$  ermittelt. Abbildung 4 veranschaulicht die ermittelten Konzentrationsraten im Jahresvergleich in sog. Konzentrationskurven.<sup>60</sup> Die den Ergebnissen zugrunde liegende Berechnung in Form einer Tabellenkalkulation befindet sich im Anhang.

**Abbildung 4:** Konzentrationskurven im Jahresvergleich 2012, 2018



Analog zum HHI werden auch bezüglich der Konzentrationsrate  $CR_m$  Schwellenwerte für das Erreichen einer marktbeherrschenden Stellung diskutiert. So sehen Schmidt und Haucap (2013) einen kritischen Konzentrationsgrad bei Werten für  $CR_1 \geq 35\%$ , für  $CR_4 \geq 50\%$  und für  $CR_8 \geq 70\%$ . Bei diesen Werten bestünde die Gefahr, dass einzelne Unternehmen eine marktbeherrschende Stellung einnehmen, das Marktverhalten nicht mehr kompetitiv und die Marktergebnisse nicht mehr wettbewerbsgerecht sind.<sup>61</sup> Werden diese Richtwerte auf den GKV-Markt angewendet, begründen alle berechneten Konzentrationsraten

<sup>60</sup> Vgl. Schmidt / Haucap (2013), S. 175.

<sup>61</sup> Vgl. ebd., S. 176.

bereits im Jahr 2012 einen entsprechenden Gefährdungstatbestand. Für das Jahr 2018 fällt dieser Befund noch eindeutiger aus.

Das BAS bezieht sich in seinem Sonderbericht Wettbewerb (2018) bei der bundesweiten Beurteilung der Anbieterkonzentration lediglich auf den HHI als Messgröße und die für die Bundesebene oben genannten HHI-Werte, um zu der Feststellung zu gelangen, dass der GKV-Markt bundesweit als unkonzentriert zu bezeichnen ist.<sup>62</sup> Die in dieser Arbeit vorgenommene Berechnung unter Zuhilfenahme des *CRm* führt zu der gegenteiligen Feststellung, dass der bundesweite GKV-Markt insgesamt fortgeschrittene und weiter fortschreitende Konzentrationstendenzen aufweist. Wie oben beschrieben ist – aufgrund der unterschiedlichen Geschäftsgebiete der einzelnen Krankenkassen – grundsätzlich zusätzlich eine regionale Erhebung der Konzentrationsrate sinnvoll. Hier zeigen die bundeslandbezogenen HHI-Werte große regionale Unterschiede auf. Eine regionale Erhebung der Anbieterkonzentration mithilfe des *CRm* wäre darüber hinaus wünschenswert. Für eine valide Berechnung fehlt derzeit jedoch eine verlässliche Datenbasis, da Mitgliederstatistiken von Krankenkassen nicht bundeslandbezogen veröffentlicht werden.

Auch wenn die Marktmorphologie (Anbieterzahl und -größe) eine von vielen Determinanten der Wettbewerbsintensität ist, kann Anbieterkonzentration die Funktionsfähigkeit des Wettbewerbs entscheidend beeinträchtigen. In der Wettbewerbstheorie wird wirksamer Wettbewerb mittels einer Kombination von Struktur- und Verhaltenskriterien definiert. Hierbei gilt der Marktanteil als bedeutsamstes Element der Marktstruktur. Das zentrale ordnungspolitische Instrument zur Kontrolle wirtschaftlicher Macht stellt daher die Fusionskontrolle dar.<sup>63</sup> Die Regelungen der Fusionskontrolle auf dem Markt der GKV werden im Folgenden näher erläutert.

### **3.5 Markteintritts- und Marktaustrittsbedingungen**

#### **3.5.1 Markteintritte**

Neben der Zahl und Größe der aktiven Marktteilnehmer stellt der sog. potenzielle Wettbewerb eine zentrale Marktstruktur determinante der Wettbewerbsintensität dar.<sup>64</sup> Der Grad der Offenheit eines Marktes wird dabei von den existieren-

---

<sup>62</sup> Vgl. Bundesamt für Soziale Sicherung (2018), S. 18 f.

<sup>63</sup> Vgl. Schmidt / Haucap (2013), S. 177.

<sup>64</sup> Vgl. Herdzina (1999), S. 68.



den Marktzutritts- oder Mark Austrittsschranken bestimmt, wie im Folgenden auch für die GKV analysiert werden soll.

Im Zuge des Konsolidierungsprozesses in der GKV sind Marktzutritte in Form von Neugründungen von Krankenkassen bislang ausgeblieben.<sup>65</sup> Das Thema rückte auch zunächst nicht in den Fokus der Beobachter, was unter anderem darin zu begründen ist, dass die Zahl der aktiven Anbieter auf dem Versicherungsmarkt der GKV seit Einführung des freien Krankenkassenwahlrechts aufgrund der Öffnung von Betriebs- und Innungskrankenkassen zunächst angestiegen ist. So waren im Jahr 1996 zunächst 112 Krankenkassen in mindestens einem Bundesland für alle Versicherten geöffnet. Insbesondere durch Satzungsänderungen von geschlossenen Betriebs- und Innungskrankenkassen stieg diese Anzahl bis in das Jahr 2001 zunächst auf 203 an.<sup>66</sup> Bis zu diesem Zeitpunkt existierte also ein potenzieller Wettbewerb, der von möglichen Kassenöffnungen ausging. Seitdem ist jedoch eine Trendwende zu verzeichnen und die Zahl der zumindest regional geöffneten Kassen ging bis in das Jahr 2020 auf 78 zurück.<sup>67</sup> Die seitdem bestehende Abwesenheit von potenziellem Wettbewerb auf dem Markt der GKV veranlasste auch die Monopolkommission in seinem Sondergutachten (2017) zu dem Vorschlag, Marktzutritte zu erleichtern.<sup>68</sup> Angesichts der im vorherigen Kapitel dieser Arbeit festgestellten Tendenzen von Anbieterkonzentration, von der potenziell eine Gefährdung der Wettbewerbsintensität ausgeht, erscheint diese Forderung folgerichtig.

Wie in Kapitel 3.1 beschrieben, können Marktzutrittsschranken (MZS) wirtschaftlicher Natur sein (private MZS) oder aufgrund gesetzlicher Vorgaben bestehen (staatliche MZS).

Aufgrund der restriktiven Vorgaben des SGB V für die Errichtung einer Krankenkasse sind die staatlichen MZS auf diesem Markt von vergleichsweise hoher Relevanz. Eine Möglichkeit des Marktzutritts gibt es dabei ausschließlich für Betriebskrankenkassen nach den Vorschriften der §§ 149 und 150 SGB V. Bis zum Inkrafttreten des GKV-FKG am 01.04.2020 gab es darüber hinaus die Möglichkeit zur Errichtung einer Innungskrankenkasse, welche jedoch aufgehoben wurde. In dem Referentenentwurf des Bundesgesundheitsministeriums heißt es hierzu zur Begründung: „Die Errichtung neuer Innungskrankenkassen entspricht nicht mehr dem Ziel, einen Wettbewerb der Krankenkassen mit leistungsfähigen Wettbewerbern zu ermöglichen, da dies eine gewisse Größe vo-

---

<sup>65</sup> Vgl. Monopolkommission (2017), S. 26.

<sup>66</sup> Vgl. Götze (2016), S. 718.

<sup>67</sup> Vgl. GKV-Spitzenverband (2020), o.S.

<sup>68</sup> Vgl. Monopolkommission (2017), S. 26.

raussetzt.<sup>69</sup> Diese aktuelle gesetzliche Begrenzung der Neugründung auf nur eine Kassenart steht im Gegensatz zu der Forderung der Monopolkommission, innovativen Anbietern, die einen Markteintritt im Bereich der GKV wagen möchten, zu ermöglichen, die Art von Krankenkasse zu gründen, die ihrem Geschäftsmodell am besten entspricht.<sup>70</sup>

Darüber hinaus wurde im Rahmen des GKV-FKG die Mindestgröße für den zu errichtenden Betrieb von regelmäßig 1000 versicherungspflichtig Beschäftigten auf 5000 (§ 149 Abs. 1 SGB V) sowie die Mindestgröße der Betriebskrankenkasse zum Errichtungszeitpunkt von 1000 auf 2500 Mitglieder (§ 150 Abs. 1 SGB V) erhöht.<sup>71</sup> Die Monopolkommission beurteilte jene Schwellenwerte bereits vor dieser rechtlichen Verschärfung als zu hoch und begründet dies damit, dass aufgrund des Wegfalls der Mitgliederzuweisung von der Anzahl der Beschäftigten nicht auf das Mitgliederpotenzial der Krankenkasse geschlossen werden könne. Zudem wäre auch denkbar, dass mehrere Betriebe für die Gründung einer gemeinsamen Betriebskrankenkasse kooperieren. Auch diese Möglichkeit sieht der geltende Rechtsrahmen durch den Wortlaut des Gesetzes nicht vor, nach welchem nur „der“ Arbeitgeber eine Krankenkasse gründen kann.<sup>72</sup>

Im Hinblick auf die staatlichen MZS auf dem GKV-Markt lässt sich somit feststellen, dass auch – oder insbesondere – vor dem Hintergrund des 2020 in Kraft getretenen GKV-FKG hohe rechtliche Hürden für den Eintritt neuer Wettbewerber bestehen. Durch den Abbau rechtlicher Restriktionen bestünde jedoch die Möglichkeit, MZS zu Gunsten des potenziellen Wettbewerbs und der Wettbewerbsintensität zu reduzieren (sog. „markt-schaffende Wettbewerbspolitik“).<sup>73</sup>

Neben den staatlichen MZS existieren auf dem GKV-Markt private MZS struktureller Natur, welche sich insbesondere in den oben erläuterten Betriebsgrößenvorteilen äußern. Der in diesem Zusammenhang besonders bedeutsame Größenvorteil der Verhandlungsmacht entfaltet jedoch durch die kollektivvertraglichen Möglichkeiten auf dem Leistungsmarkt nicht seine potenzielle Wirkung.

---

<sup>69</sup> Bundesgesundheitsministerium (2019a), S. 63.

<sup>70</sup> Vgl. Monopolkommission (2017), S. 26 f.

<sup>71</sup> Vgl. ebd.

<sup>72</sup> Vgl. ebd., S. 27.

<sup>73</sup> Vgl. Budzinski / Eckert (2018), S. 375 ff.

### 3.5.2 Marktaustritte

Wie in Kapitel 3.1 dargestellt, wird der potenzielle Wettbewerb auch von der Höhe der Marktaustrittsschranken (MAS) bestimmt. Die Kenntnis über MAS kann mögliche Konkurrenten trotz niedriger MZS vom Markt fernhalten, da hohe Hürden für den Marktaustritt ein Geschäftsrisiko darstellen.<sup>74</sup> Wenn Marktaustritte ohne zusätzliche Kosten und Zeitverlust möglich sind, ist dieses Risiko minimiert.<sup>75</sup> Marktaustritte können aufgrund wirtschaftlicher Schief lagen aus betriebswirtschaftlicher Sicht notwendig werden. Daneben können sie jedoch auch gesamtwirtschaftlich sinnvoll sein, wenn sie z.B. durch die Nutzung von Größenvorteilen zu einer effizienteren Anbieterstruktur beitragen.<sup>76</sup> In der GKV kann der Marktaustritt in Form von Kassenfusionen oder -schließungen erfolgen.

Wenn die Leistungsfähigkeit einer Krankenkasse nicht mehr auf Dauer gesichert ist, kann die zuständige Aufsichtsbehörde die Krankenkasse schließen (§ 159 SGB V) oder einen Antrag auf Eröffnung eines Insolvenzverfahrens stellen (§ 160 SGB V).<sup>77</sup> Die Krankenkassen sind jedoch zunächst durch § 163 SGB V dazu angehalten, Maßnahmen zur Abwendung einer Schließung oder eines Insolvenzverfahrens zu ergreifen. Ein klassischer Verdrängungswettbewerb, wie er auf offenen Märkten der Privatwirtschaft existiert, ist mit dem sozialpolitischen Auftrag der GKV nicht vereinbar und daher nach Möglichkeit zu vermeiden. Dennoch existieren die genannten Möglichkeiten des Marktaustritts für den Fall, dass eine wirtschaftliche Krise nicht abwendbar ist. Bislang sind derartige Marktaustritte mit Ausnahme der Schließungen der City BKK sowie der BKK für Heilberufe im Jahr 2011 zwar ausgeblieben und auch künftig aus sozialpolitischer Sicht nicht erstrebenswert. Aufgrund der einnahmeseitig starken Abhängigkeit der GKV von teilweise schwer vorhersagbaren konjunkturellen Krisen, stellt sie dennoch ein zu kalkulierendes Risiko für die Marktteilnehmer dar. Von hoher Relevanz sind in diesem Zusammenhang die Haftungsfragen, da grundsätzlich eine hundertprozentige Befriedigung der Gläubiger – insbesondere der Leistungserbringer, der Versicherten sowie der Beschäftigten der Krankenkasse – angestrebt wird, selbst wenn das Vermögen der zu schließenden Krankenkasse hierfür nicht ausreicht. In der Vergangenheit lag die primäre Haftung bei den Krankenkassen derselben Kassenart. Erst wenn die offenen Verpflichtungen durch diese nicht zu erfüllen waren, hafteten in nächster

<sup>74</sup> Vgl. Schmidt / Haucap (2013), S. 88.

<sup>75</sup> Vgl. Knieps (2008), S. 30.

<sup>76</sup> Vgl. Monopolkommission (2017), S. 24.

<sup>77</sup> Vgl. Bauchowitz / Kraft (2017), S. 425 ff.

Instanz auch die übrigen Krankenkassen.<sup>78</sup> Diese Haftungskaskade wurde im Jahr 2020 durch das GKV-FKG abgeschafft. Die Haftung liegt nun gemäß § 166 Abs. 1 SGB V beim GKV-Spitzenverband, welcher die entstehenden Kosten dann bei allen Krankenkassen geltend macht. Vor dem Hintergrund, dass Wettbewerb auch unter Krankenkassen derselben Kassenart stattfindet, entspricht diese Neuregelung den wettbewerbspolitischen Erfordernissen. So wird sichergestellt, dass sich Schließungen oder Insolvenzen von Krankenkassen wettbewerbsneutral auswirken.<sup>79</sup>

Wie in Kapitel 3.3 dargelegt, ist der Konzentrationsprozess in der GKV hauptsächlich auf Fusionen von Krankenkassen zurückzuführen. In der Zeit vom 01.01.2009 bis 01.01.2020 hat es insgesamt 89 Zusammenschlüsse gegeben.<sup>80</sup> Die gängige Form des Marktaustritts stellt somit die Fusion einzelner Krankenkassen dar. Fusionen zwischen Krankenkassen können in freiwillige Vereinigungen und Vereinigungen auf Antrag unterschieden werden.<sup>81</sup>

Freiwillige Fusionen werden in § 155 SGB V geregelt und sind seit Einführung des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG) im Jahr 2007 auch kassenarten-übergreifend möglich.<sup>82</sup> Zur Verhinderung einer marktbeherrschenden Stellung einzelner Unternehmen gilt in regulierten Marktwirtschaften grundsätzlich die Fusionskontrolle als das geeignete wettbewerbspolitische Instrument.<sup>83</sup> Die in Deutschland zuständige Behörde für die Überprüfung großer Unternehmenszusammenschlüsse ist das Bundeskartellamt nach den Vorschriften des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen (GWB). Ob die wettbewerbsrechtlichen Vorschriften des GWB auch auf die ansonsten dem Sozialrecht unterliegenden Krankenkassen anzuwenden sind und sich daraus eine Zuständigkeit des Bundeskartellamtes bei der Fusionskontrolle in der GKV ergibt, wurde lange Zeit kontrovers diskutiert und die Rechtsprechung hierzu war nicht einheitlich.<sup>84</sup> Strittig war in diesem Zusammenhang insbesondere, ob sich der Unternehmensbegriff des Wettbewerbsrechts auch auf Krankenkassen als öffentlich-rechtliche Körperschaften ohne Gewinnerzielungsabsicht erstreckt.<sup>85</sup> Eine bis heute gültige Rechtssicherheit wurde mit der am 30.06.2013 in Kraft getretenen 8. GWB-Novelle erzielt. So ist seitdem eine Regelung fusionskon-

<sup>78</sup> Vgl. Bauchowitz / Kraft (2017), S. 430.

<sup>79</sup> Vgl. Bundesgesundheitsministerium (2019a), S. 63.

<sup>80</sup> Vgl. Euro-Informationen (2020), o.S.

<sup>81</sup> Vgl. Monopolkommission (2017), S. 24.

<sup>82</sup> Vgl. Bundesgesundheitsministerium (2019a), S. 1.

<sup>83</sup> Vgl. Schmidt / Haucap (2013), S. 177.

<sup>84</sup> Vgl. Knoche / Thöni (2011), S. 543.

<sup>85</sup> Vgl. Monopolkommission (2010), S. 395.

trollrechtlicher Befugnisse des Bundeskartellamtes eigens in das Sozialgesetzbuch aufgenommen worden. Zuvor hatte das SGB V lediglich eine Genehmigung durch die zuständige(n) Aufsichtsbehörde(n) (BAS oder Landesaufsichtsbehörde) vorgesehen. Diese darf eine Genehmigung nun gemäß § 158 SGB V ausschließlich vornehmen, wenn das Bundeskartellamt die Fusion freigegeben hat oder sie – wegen Untätigkeit der Behörde – als freigegeben gilt.<sup>86</sup> Vor dem Hintergrund der in Kapitel 3.4 beschriebenen Konzentrationstendenzen auf dem Versicherungsmarkt der GKV bei einer bis heute geltenden uneinheitlichen Kassenaufsicht kann die Zuständigkeit des Bundeskartellamtes bei der Fusionskontrolle mit einem einheitlichen Kontrollmaßstab als erforderlich und zweckmäßig erachtet werden.

Neben den beschriebenen freiwilligen Vereinigungen kann es auch zu Vereinigungen auf Antrag nach den Vorschriften des § 163 Abs. 3 SGB V kommen. Stellt die zuständige Aufsichtsbehörde fest, dass die Leistungsfähigkeit einer von Zahlungsunfähigkeit bedrohten Krankenkasse durch eine Vereinigung mit einer anderen Krankenkasse verbessert werden kann, kann sie der betroffenen Kasse Vorschläge zu einer freiwilligen Vereinigung unterbreiten (sog. „Rettungsfusion“) oder bei Verstreichen einer von ihr gesetzten Frist eine Vereinigung beschließen (sog. „Zwangsfusion“).<sup>87</sup> Diese Regelung zielt darauf ab, Schließungen und Insolvenzen von Krankenkassen zu vermeiden.

Abschließend lässt sich feststellen, dass MAS auf dem GKV-Markt als niedrig einzustufen sind, da die Kosten einer Schließung von der gesamten Solidargemeinschaft der GKV getragen werden. Vor dem Hintergrund der aktuell (2020) vom Gesetzgeber eingeführten Ausweitung der Haftung auf die gesamte Branche wird darüber hinaus sichergestellt, dass sich die Abwicklung einer Krankenkasse wettbewerbsneutral auswirkt. In Anbetracht der seit Jahren fortschreitenden Anbieterkonzentration in der GKV kommt der wettbewerbsrechtlichen Zusammenschlusskontrolle eine besondere Bedeutung zu. Dass hier die fachspezifische Expertise des Bundeskartellamtes zur Anwendung kommt, ist demnach konsequent.

### 3.6 Produktdifferenzierung

Um die Marktstruktur in einer Branche zu beschreiben und aus den Feststellungen Schlüsse hinsichtlich der Wettbewerbsintensität zu ziehen, ist es notwen-

---

<sup>86</sup> Vgl. Schröder (2013), S. 149.

<sup>87</sup> Bundesgesundheitsministerium (2019a), S. 63.

dig, neben der Zahl der aktiven und potenziellen Anbieter auch die Zahl und relative Häufigkeit der angebotenen Güter bzw. Güterqualitäten, also den Grad der Produktdifferenzierung zu betrachten.<sup>88</sup> So wie die marktanteilsbegründete Marktmacht beispielsweise das Marktverhalten in Bezug auf Preis- oder Produktpolitik im Sinne eines monopolistischen Verhaltens negativ beeinflussen kann, kann auch der Grad der Produktdifferenzierung als Markstrukturelement Einfluss auf das Anbieterverhalten haben. Der Anreiz zu wettbewerbsbeschränkendem Verhalten wird bei homogenen Produkten für höher erachtet als bei differenzierten Gütern. Bei homogenen und damit leicht substituierbaren Gütern besteht bei Preiserhöhungen die Gefahr, dass sich die Nachfrage auf die Produkte der Wettbewerber verlagert. So kann unter Umständen die Bildung von Preiskartellen attraktiv sein. Im Falle einer ausgeprägten Produktdifferenzierung lassen sich Preiserhöhungen dagegen grundsätzlich auch unilateral durchsetzen.<sup>89</sup> Demgegenüber bewirkt ein steigender Homogenitätsgrad nach der Vollständige-Konkurrenz-Hypothese *ceteris paribus* grundsätzlich eine Intensivierung des Preiswettbewerbs und setzt damit Anreize zu einer kosteneffizienteren Produktion (Allokationsfunktion des Wettbewerbs).<sup>90</sup> Aus ökonomischer Sicht kann somit sowohl ein sehr hoher als auch ein sehr niedriger Differenzierungsgrad ein wettbewerbsgefährdendes Markstrukturelement darstellen. Neben den Einflüssen auf das Marktverhalten kann, wie in Kapitel 3.1 beschrieben, eine gewisse Produktvielfalt zudem aus Sicht der Nachfrager wünschenswert sein.

Für den Versicherungsmarkt der GKV kann bei oberflächlicher Betrachtung schnell zu der Einschätzung gelangt werden, dass der Produktdifferenzierungsgrad aufgrund der gesetzlichen Festlegung des Leistungskataloges niedrig ist. Rund 95% der Leistungsausgaben werden für Regelleistungen aufgebracht.<sup>91</sup> Neben der Festschreibung des quantitativen Leistungsumfangs hat der Gesetzgeber den Krankenkassen jedoch die Möglichkeit eingeräumt, sich hinsichtlich Versorgungs- und Servicequalität sowie durch über den gesetzlichen Rahmen hinausgehende Zusatzleistungen produktseitig voneinander zu unterscheiden. Um zu einer Beurteilung hinsichtlich der Produktdifferenzierung zu gelangen, ist daher eine genauere Betrachtung der nachfolgend aufgeführten produktpolitischen Entscheidungsparameter von Krankenkassen erforderlich.<sup>92</sup>

---

<sup>88</sup> Vgl. Herdzina (1999), S. 68.

<sup>89</sup> Vgl. Schmidt / Haucap (2013), S. 156.

<sup>90</sup> Vgl. Knieps (2008), S. 52.

<sup>91</sup> Vgl. Bundeszentrale für politische Bildung (2012b), o.S.

<sup>92</sup> Vgl. Krogull (2008), S. 64 ff.

- Satzungsmäßige Mehrleistungen
- Selektivvertragliche Versorgungssteuerung
- Servicepolitik

Satzungsleistungen sind Leistungen, die eine Krankenkasse zusätzlich zu den gesetzlich vorgeschriebenen Leistungen (Regelleistungen) in ihrer Satzung festschreiben kann, soweit diese nicht explizit durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) ausgeschlossen sind. Hierzu zählen beispielsweise die Kostenbeteiligungen für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel, zusätzliche Impfleistungen, Präventionsleistungen, digitale Gesundheitsanwendungen oder Boni für gesundheitsbewusstes Verhalten.<sup>93</sup> Die Möglichkeiten der Krankenkassen im Bereich der Satzungsleistungen wurde zuletzt im Jahr 2012 um das GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) erweitert, mit dem Ziel, den Leistungswettbewerb zu intensivieren.<sup>94</sup> Nach den Schlussfolgerungen eines Forschungsgutachtens im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums aus dem Jahr 2019 hat die gesetzliche Ausweitung dieser Angebotsmöglichkeiten allen Hinweisen zufolge zu einer Intensivierung des Wettbewerbs innerhalb der GKV geführt.<sup>95</sup> So konnte festgestellt werden, dass hohe Aufwendungen für Satzungsleistungen je Versicherten durchschnittlich mit einer positiven Entwicklung des Marktanteils der jeweiligen Krankenkasse korrelieren. Da jedoch hohe Satzungsleistungen auch mit einem geringeren kassenindividuellen Zusatzbeitrag einhergehen, konnte keine Kausalität zwischen Satzungsleistungsaufwand und Wettbewerbsposition hergestellt werden, da damit der Beitragssatz als Wettbewerbsfaktor nicht ausgeschlossen werden konnte.

Die Monopolkommission schätzt die Satzungsleistungen als das produktseitig wichtigste Marketinginstrument der Krankenkassen ein, da darüber hinaus keine für die Versicherten vergleichbar transparenten Leistungsparameter zur Verfügung stünden. Gleichzeitig stuft sie den Wettbewerb durch Satzungsleistungen jedoch als „Scheinwettbewerb“ ein, da es sich überwiegend um einerseits zwar sehr transparente und damit marketingwirksame Leistungen handele, die jedoch andererseits zum großen Teil keine Aussagen über Versorgungsqualität zulassen, da es sich oft um Leistungen handele, die nicht auf medizinischer Evidenz basieren und somit keinen echten Mehrwert für die Versicher-

---

<sup>93</sup> Vgl. Vauth / Greiner (2014), S. 213.

<sup>94</sup> Vgl. Deutscher Bundestag (2011), S. 53.

<sup>95</sup> Vgl. Prognos AG (2019), S. 65.

ten/Patienten darstellen.<sup>96</sup> Eine Finanzierung dieser Leistungen durch die Solidargemeinschaft wird daher oft als fragwürdig erachtet.

Auf dem Leistungsmarkt verhandeln Krankenkassen Versorgungsverträge für die Regelleistungen für ihre Versicherten nach wie vor überwiegend auf kollektivvertraglicher Ebene. Für einige Leistungsbereiche gibt es jedoch vermehrt selektivvertragliche Beschaffungsmöglichkeiten, wozu beispielsweise im Leistungsbereich der Arzneimittelversorgung die Versorgung mit Generika (durch sog. „Rabattverträge“) oder im Leistungsbereich der ambulanten ärztlichen Behandlung die hausarztzentrierte Versorgung oder die integrierte Versorgung zählen. Durch Selektivverträge werden den Krankenkassen individuelle Aufgaben der Versorgungssteuerung zugewiesen. Die Grundidee hierzu entstammt dabei dem in den USA entwickelten Modell des „Managed Care“ (engl. „gesteuerte Versorgung“). So soll es dem „Wettbewerb als Entdeckungsverfahren“ überlassen werden herauszufinden, welche Wege der Patientenversorgung nach dem jeweiligen Stand des medizinischen, technischen und organisatorischen Wissens jeweils am effektivsten und effizientesten sind und den Präferenzen der Patienten am meisten entsprechen.<sup>97</sup> Daraus abgeleitet kann diesem Produktbereich der besonderen Versorgungsformen durch Selektivverträge ein hohes Potenzial für die Erfüllung der Wettbewerbsfunktionen hinsichtlich statischer und dynamischer Effizienz bei der Erbringung von Gesundheitsleistungen beigemessen werden. Ein Problem im bestehenden Kassenwettbewerb ist, dass die angebotenen Versorgungsprogramme für die Versicherten nicht hinreichend transparent sind und im aktuellen Wettbewerb gegenüber anderen Parametern eine untergeordnete Bedeutung haben.<sup>98</sup>

Profilierungsmöglichkeiten können sich für gesetzliche Krankenkassen auch in der Organisation der Krankenkasse selbst im Hinblick auf Service und Schnelligkeit von Verwaltungsvorgängen ergeben.<sup>99</sup> Die Formen kassenspezifischer Serviceleistungen sind vielfältig. Trotz der für Sozialversicherungsträger gesetzlich vorgeschriebenen Pflicht zur Aufklärung, Auskunft und Beratung kann sich der Service hinsichtlich der Schnelligkeit, Zugänglichkeit und Qualität von Informationen unterscheiden.<sup>100</sup> So unterscheiden sich Krankenkassen beispielsweise hinsichtlich ihrer Geschäftsstellendichte und telefonischen sowie digitalen Serviceangeboten.

---

<sup>96</sup> Vgl. Monopolkommission (2017), S. 44.

<sup>97</sup> Vgl. Cassel / Wasem (2014), S. 20.

<sup>98</sup> Vgl. Schreyögg (2014), S. 167.

<sup>99</sup> Vgl. Monopolkommission (2017), S. 50.

<sup>100</sup> Vgl. Schmitz (2017), S. 282.



Als wichtigstes Entscheidungskriterium für die Wahl einer Krankenkasse wird von den gesetzlich Versicherten laut einer im Jahr 2018 durchgeführten Befragung im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums der Beitragssatz genannt. Nach absteigender Bedeutung folgen hierauf freiwillige Zusatzleistungen, guter Service und besondere Versorgungsmodelle.<sup>101</sup> Dies bestätigt den Befund, dass auf dem Versicherungsmarkt in der GKV zurzeit in erster Linie ein Preiswettbewerb stattfindet.<sup>102</sup> Die marketingwirksamen produktpolitischen Differenzierungsmöglichkeiten der Krankenkassen konzentrieren sich demgegenüber hauptsächlich auf das Angebot von zusätzlichen Satzungsleistungen. Trotz der über die Jahre gestiegenen Gestaltungsmöglichkeiten auf Ebene der Zusatzleistungen oder selektivvertraglichen Versorgungsangebote kann der Grad der Produktdifferenzierung auf dem Versicherungsmarkt der GKV daher als niedrig eingestuft werden.

Die Monopolkommission empfiehlt aufgrund der unzureichenden Leistungsdifferenzierung in ihrem Sondergutachten zum Wettbewerb im deutschen Gesundheitssystem, den Wettbewerb auf der Leistungsseite der GKV deutlich zu intensivieren. Sie schlägt in diesem Zusammenhang vor, den Krankenkassen zu ermöglichen, selektivvertragliche Leistungen in Wahlтарifen anzubieten, welche in Konkurrenz zu einem Standardтарif stehen.<sup>103</sup> So würden unterschiedliche Versorgungsmodelle aufgrund unterschiedlicher Bepreisung für die Versicherten transparenter und Krankenkassen hätten produktpolitische Optionen, um präferenzorientierte Angebote zu setzen, die vor allem, wenn sich das medizinische Angebotsspektrum tendenziell ausdifferenziert, zunehmend an Bedeutung gewinnen.<sup>104</sup>

### **3.7 Zusammenfassung, Problemfelder und Lösungsansätze**

Die Ergebnisse der in den vorherigen Kapiteln vorgenommenen Analyse der Marktstrukturmerkmale auf dem Versicherungsmarkt der GKV werden in Tabelle 4 zusammenfassend dargestellt.

---

<sup>101</sup> Vgl. Prognos AG (2019), S. 33.

<sup>102</sup> Vgl. Ulrich / Schmid (2014), S. 124.

<sup>103</sup> Vgl. Monopolkommission (2017), S. 51.

<sup>104</sup> Vgl. Monopolkommission (2010), S. 376.

**Tabelle 4:** Marktstrukturen in der GKV: Zusammenfassende Darstellung

<b>Strukturmerkmal</b>	<b>Analyseergebnis</b>	<b>Bewertung</b>
<b>Anbieterkonzentration</b>	<p><b>regionale (bundesland-bezogene) Betrachtung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-regionale Unterschiede mit HHI-Werten für das Jahr 2016 zwischen 1353 (unkonzentrierter bis moderat konzentrierter Markt) und 3254 (hochkonzentrierter Markt)</li> <li>-Konzentrations-tendenzen auf allen regionalen Märkten im Betrachtungszeitraum steigend</li> </ul> <p><b>bundesweite Betrachtung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-HHI-Wert liefert keine validen Ergebnisse</li> <li>-<math>CR_1 = 36,66\%</math>,</li> <li><math>CR_4 = 71,92\%</math>,</li> <li><math>CR_8 = 82,5\%</math> im Jahr 2018 und somit kritische Konzentrationsgrade bei Betrachtung der kumulierten Marktanteile</li> <li>-Steigende Konzentrations-tendenz im Betrachtungszeitraum</li> </ul>	Mäßig bis hoher Konzentrationsgrad mit steigender Tendenz
<b>Offenheit des Marktes</b>	<p><b>Markteintrittsbedingungen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Markteintritte in Form von Kassenneugründungen bleiben vollständig aus.</li> </ul>	MZS hoch; Potenzieller Wettbewerb durch Markteintritte fehlt

<p><b>Offenheit des Marktes</b></p>	<p>-Kassenöffnungen haben an Bedeutung für den potenziellen Wettbewerb verloren.</p> <p>-Hohe staatliche MZS mit aktuellem Ausbau der rechtlichen Hürden durch das GKV-FKG (2020)</p> <p>-Private MZS existieren in erster Linie aufgrund von Betriebsgrößenvorteilen.</p> <p><b>Marktaustrittsbedingungen:</b></p> <p>-Marktaustritte durch Schließungen/Insolvenzen im Ausnahmefall möglich (Retungsfusionen haben aufgrund der geringeren Auswirkungen auf die gesamte Solidargemeinschaft Vorrang). Haftungsfragen wurden durch das GKV-FKG zugunsten einer wettbewerbsneutralen Abwicklung von Krankenkassen geklärt.</p> <p>-Marktaustritte durch Fusionen stellen den Regelfall dar</p> <p>-Wettbewerbsrechtliche Fusionskontrolle ist analog zur Privatwirtschaft sichergestellt (Fusionskontrolle gemäß GWB greift auch bei gesetzlichen Krankenkassen)</p>	<p>MAS niedrig; Wettbewerbsgefährdung durch Marktaustritte wird durch geltenden Rechtsrahmen minimiert</p>
-------------------------------------	--	--

<b>Produktdifferenzierungsgrad</b>	-Rund 95% der Leistungsausgaben betreffen Regelleistungen, welche gesetzlich festgeschrieben sind -Satzungsleistungen, Versorgungsmanagement und Servicepolitik als produktpolitische Entscheidungsbereiche -Leistungswettbewerb hauptsächlich um Satzungsleistungen, selektivvertragliche Versorgungsprodukte spielen im Wettbewerb eine untergeordnete Rolle	niedriger Grad der Produktdifferenzierung
------------------------------------	--	---

Ausgehend von der in diesem Beitrag durchgeführten Analyse kann die Marktstruktur auf dem Versicherungsmarkt der GKV somit durch eine mäßig bis starke Anbieterkonzentration, hohe Markteintritts- und niedrige Marktaustrittsbarrieren bei einem niedrigen Grad der Produktdifferenzierung charakterisiert werden.

Das Verhalten von Marktteilnehmern wird nach den Erkenntnissen aus der Wettbewerbstheorie wesentlich von den Bedingungen der Marktstruktur beeinflusst. So werden die Möglichkeiten zu wettbewerbsbeschränkendem Kollektivverhalten – z.B. in Form von Preisabsprachen – als umso größer erachtet

- je höher der Grad der Anbieterkonzentration ist,
- je homogener die Güter und je ähnlicher die Produktions- und Kostenbedingungen sind,
- je ähnlicher die Zielsetzungen der Marktteilnehmer sind,
- je höher die Marktschranken sind.<sup>105</sup>

Hieraus ließe sich – angewendet auf den GKV-Markt – die Folgerung ableiten, dass eine potenziell wettbewerbsgefährdende Marktstruktur vorliegt. Anekdotische Evidenz hat in diesem Zusammenhang ein Ereignis aus dem Jahr 2010, an welches auch die Monopolkommission in ihrem Sondergutachten erinnert.

<sup>105</sup> Vgl. Herdzina (1999), S. 143.

Auf einer gemeinsamen Pressekonferenz von acht gesetzlichen Krankenkassen wurde die koordinierte Anhebung von Zusatzbeiträgen angekündigt, was das Bundeskartellamt zu einer Prüfung der Vorgänge bewog.<sup>106</sup> Das Bundeskartellamt hatte seine Prüfung jedoch eingestellt, nachdem das Landessozialgericht Hessen im September 2011 entschieden hatte, Krankenkassen seien keine „Unternehmen“ im Sinne des GWB. Die beschriebene Ausweitung der fusionskontrollrechtlichen Befugnisse des Bundeskartellamtes auf die gesetzlichen Krankenkassen kann als politische Reaktion auf diese Vorgänge angesehen werden.<sup>107</sup> Die Befugnisse beschränken sich jedoch nach derzeitigem Rechtsstand ausschließlich auf die Fusionskontrolle, während wettbewerbsbeschränkendes Marktverhalten wie koordinierte Preispolitik nicht in den Beobachtungsbereich des Kartellamtes fällt. Das Gleiche gilt für kartellähnliches Handeln der Krankenkassen in ihrer Rolle als Nachfrager auf dem Leistungsmarkt. Daraus kann die gesundheitspolitische Forderung abgeleitet werden, auch das Marktverhalten, wie z.B. selektivvertragliches Handeln, in die Zuständigkeit der Kartellbehörden und der Zivilgerichtsbarkeit zu überführen.<sup>108</sup>

Im Hinblick auf die fortschreitende Anbieterkonzentration sollte erwogen werden, den Markt durch den Abbau staatlicher MZS zu öffnen. Fraglich ist jedoch, ob selbst bei fehlenden MZS Anreize für den Markteintritt potenzieller Anbieter bestünden. Aufgrund der begrenzten produktpolitischen Differenzierungsmöglichkeiten der Krankenkassen kann die Vermutung angestellt werden, dass Markteintritte selbst bei einem Abbau der MZS ausbleiben würden und keine Auswirkungen auf die Wettbewerbsintensität im Sinne eines potenziellen Wettbewerbsdrucks zu erwarten wären. Daher kommt dem Marktstrukturelement des Produktdifferenzierungsgrades eine besondere Bedeutung zu.

Wie in Kapitel 3.6 beschrieben, kann in diesem Zusammenhang dem Wettbewerbsfeld der selektivvertraglichen Versorgungssteuerung ein besonders hohes Potenzial hinsichtlich einer Wettbewerbsintensivierung zugeschrieben werden. Durch die Stärkung von Managed-Care-Ansätzen in der GKV könnte so ein Qualitäts- und Innovationswettbewerb geschaffen werden, welcher den Zielen einer wettbewerblichen Ausrichtung des Gesundheitssystems im Hinblick auf Kosteneffizienz und Innovationsförderung dienen würde. Dies begründet gleichzeitig die politische Forderung nach einem Abbau von kollektivvertraglichen Bestimmungen. Selektivverträge ermöglichen es den Krankenkassen, produktpolitische Entscheidungen an ihrer jeweiligen Interessenslage aufgrund ihrer

---

<sup>106</sup> Vgl. Monopolkommission (2017), S. 117; Coenen / Haucap (2014), S. 268.

<sup>107</sup> Vgl. Handelsblatt (2012), o.S.

<sup>108</sup> Vgl. Coenen / Haucap (2014), S. 268.

individuellen Mitgliederstruktur oder Wettbewerbsstrategie auszurichten. So würden die strategischen Möglichkeiten im Wettbewerb um Versicherte (Preisführerschaft, Kostenführerschaft oder Nischenstrategie) erweitert.<sup>109</sup> Kollektivverträge stärken dagegen den Einfluss der Verbände und führen zu kartellähnlichen Strukturen auf dem Leistungs- und Versicherungsmarkt.<sup>110</sup> Nicht unerwähnt darf in diesem Zusammenhang jedoch die Tatsache bleiben, dass eine Erweiterung der kassenindividuellen Beschaffungsmöglichkeiten auf dem Leistungsmarkt den Einfluss größenabhängiger Kostenvorteile ausbaut. Denn wie in Kapitel 3.3 erläutert wurde, verfügen große Krankenkassen über eine höhere Verhandlungsmacht als Nachfrager. Private MZS durch Betriebsgrößenvorteile und Anreize auf Kassenfusionen könnten dadurch ansteigen, was wiederum Konzentrationseffekte herbeiführen könnte. Für die Wettbewerbspolitik ergibt sich so ein potenzieller Zielkonflikt.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die Potenziale des Wettbewerbs als Steuerungsmechanismus im Hinblick auf die Erfüllung seiner Funktionen durch die aktuell vorliegende Marktstruktur nicht optimal ausgeschöpft werden. Es konnte darüber hinaus gezeigt werden, dass die These, durch eine weitere Bereinigung der Anbieterstruktur im Sinne einer Reduktion der Krankenkassenzahl könnten Effizienzreserven aufgelöst werden, nicht begründet ist, da der Konzentrationsgrad bereits ein kritisches Maß erreicht hat und die Anbieterstruktur bereits potenziell schädliche Auswirkungen auf Marktverhalten und Marktergebnisse hat. Bei der gesetzgeberischen Einflussnahme auf das Marktstrukturelement der Produktdifferenzierung durch Selektivverträge ergibt sich aus der vorangegangenen Analyse jedoch ein wettbewerbspolitisches Dilemma, welches sich aus den existierenden Betriebsgrößenvorteilen ergibt. Eine Ausweitung der Wettbewerbsfreiheit durch den Ausbau kassenindividueller selektivvertraglicher Gestaltungsspielräume würde daher ein ausgeprägtes Vertrauen in die Selbststeuerungseigenschaften des Wettbewerbs voraussetzen.

---

<sup>109</sup> Vgl. Porter (2013), S. 73.

<sup>110</sup> Vgl. Coenen / Haucap (2014), S. 268.

#### 4 Diskussion und Ausblick

In diesem Beitrag haben wir den Zustand der Marktstruktur in der GKV mit Hilfe des Workable-Competition-Ansatzes näher analysiert und anhand branchenübergreifend etablierter Normen bewertet. Die vielfach vertretene These, dass die Anbieterstruktur – trotz des bereits erfolgten Rückgangs der Krankenkassenzahl – nach wie vor ineffizient ist und die daraus resultierende Forderung nach einer weiterführenden Marktberichtigung kann aufgrund der hier vorgenommenen Analyse als unbegründet eingestuft werden. Es konnte jedoch aufgezeigt werden, dass – auch fast 25 Jahre nach Einführung der freien Kassenauswahl und des Wettbewerbs in der GKV – ausgeprägte regulative Rahmenbedingungen bestehen, welche die Selbststeuerung des Wettbewerbs als freies Kräftefeld durch staatliche Steuerung ersetzen. Die Transformation des gesetzlichen Krankenversicherungssystems von einem staatlich-kollektiven System in ein Wettbewerbssystem mit möglichst freien Individualakteuren ist bis heute nicht vollständig erfolgt. So werden im Hinblick auf die Marktstruktur verschiedene ungenutzte wettbewerbliche Potenziale der GKV offenkundig.<sup>111</sup>

Es bestehen hohe staatliche Marktschranken, sodass Markteintritte und potenzieller Wettbewerb ausbleiben. Die marketingstrategischen Entscheidungsmöglichkeiten der Krankenkassen sind gering und eine Differenzierung im Wettbewerb ist daher nur begrenzt möglich, sodass in erster Linie ein Preiswettbewerb stattfindet. Darüber hinaus wird das Handeln der Individualakteure maßgeblich durch die Entscheidungen der Verbände bestimmt. Eine Stärkung der Wettbewerbsintensität kann aus ökonomischer Sicht durch eine Begrenzung der derzeit noch starken staatlichen Regulierung erreicht werden.

Die in diesem Aufsatz vorgenommene Analyse betrachtet die gesetzliche Krankenversicherung aus einer ökonomischen Perspektive analog zu einer Marktsituation in der Privatwirtschaft. Gesundheits- und sozialpolitische Überlegungen werden hierbei ausgeklammert. Der Gesundheitssektor stellt jedoch einen Ausnahmehereich innerhalb einer Marktwirtschaft dar, da ein soziales Gesundheitssystem in den Bereich der öffentlichen Daseinsvorsorge fällt und ohne ein bestimmtes Maß an staatlicher Steuerung nicht auskommt. So sind im Gesundheitswesen beispielsweise kartellrechtliche Wettbewerbsfragen – z.B. im Falle regionaler Marktmacht – mit regulativen Fragen, etwa der Gewährleistung (regionaler) Notfallversorgung zu verknüpfen.<sup>112</sup> Die Folgerung aus der vorliegenden Analyse, dass eine weiterführende Deregulierung die Funktionsfähigkeit

<sup>111</sup> Vgl. Greer / Wambach (2020), S. 19 ff.

<sup>112</sup> Vgl. Cassel et al. (2014b), S. 344.

des Wettbewerbs fördert, kann daher im Konflikt zu sozialpolitischen Zielsetzungen im Hinblick auf die öffentliche Daseinsvorsorge stehen.

Darüber hinaus wurden bei der in dieser Arbeit durchgeführten Partialanalyse bewusst bestimmte Einflüsse auf das betrachtete Marktgeschehen ausgeblendet. So kann beispielsweise mit Blick auf den Versicherungsmarkt der GKV die Notwendigkeit nach erweiterten selektivvertraglichen Möglichkeiten der Krankenkassen festgestellt werden. Die Umsetzbarkeit ist jedoch wiederum von der Anbieterstruktur auf dem Leistungsmarkt abhängig. Konkrete reformpolitische Handlungsempfehlungen bedürfen daher einer Gesamtbetrachtung aller möglichen Einflussfaktoren (Totalanalyse).

Abschließend kann festgestellt werden, dass die Frage nach der Ausgestaltung der Solidarischen Wettbewerbsordnung politisch aktuell bleibt. Die pauschale Forderung nach einer Reduktion der Krankenkassenzahl wird den Effizienzzielen des Wettbewerbs nicht gerecht. Vielmehr sollten die rechtlichen Rahmenbedingungen der Marktstruktur derart gestaltet werden, dass Wettbewerb in seiner Funktionalität die größtmögliche Wirkung entfalten kann.



## Anhang

## Berechnungstabelle zu Abbildung 4

Marktanteile der 8 größten Krankenkassen im Jahresvergleich 2012/2018							
2012				2018			
$i$	Krankenkasse	Mitglieder	Marktanteil $p_i$	$i$	Krankenkasse	Mitglieder	Marktanteil $p_i$
1	AOK-BV	18.236.262	35,41%	1	AOK-BV	20.573.749	36,66%
2	BARMER	6.698.674	13,01%	2	TK	7.681.839	13,69%
3	TK	5.824.687	11,31%	3	BARMER	7.430.570	13,24%
4	DAK	5.027.658	9,76%	4	DAK	4.665.089	8,31%
5	IKK Classic	2.606.848	5,06%	5	IKK Classic	2.497.737	4,45%
6	Knappschaft	1.434.774	2,79%	6	KKH	1.364.434	2,43%
7	KKH	1.340.649	2,60%	7	Knappschaft	1.336.247	2,38%
8	SBK	723.216	1,40%	8	SBK	795.982	1,42%
	GKV	52.048.830			GKV	56.598.562	
	abzgl. SVLFG	551.066			abzgl. SVLFG	485.470	
	GKV bereinigt	51.497.764	100%		GKV bereinigt	56.113.092	100%

Kumulierte Marktanteile der m größten Krankenkassen ( $CR_m = \sum_{i=1}^m p_i$ )		
$m$	$CR_m$ (2012)	$CR_m$ (2018)
1	35,41%	36,66%
2	48,42%	50,35%
3	59,73%	63,60%
4	69,49%	71,91%
5	74,55%	76,36%
6	77,34%	78,79%
7	79,94%	81,17%
8	81,35%	82,59%

## Literaturverzeichnis

- Baake, P. / Kuchinke, B. A. / Wey, C. (2010): Anwendung des Wettbewerbs- und Kartellrechts im Gesundheitssektor, in: Rürup, B. / Wille, E. (Hrsg.), Effizientere und leistungsfähigere Gesundheitsversorgung als Beitrag für eine tragfähige Finanzpolitik in Deutschland – Forschungsvorhaben für das Bundesministerium der Finanzen, Baden-Baden, Nomos, S. 184-227.
- Bartling, Hartwig (1980): Leitbilder der Wettbewerbspolitik, München, Vahlen.
- Bauchowitz, A. / Kraft, M. (2017): Analyse der Abwicklung von gesetzlichen Krankenkassen per sozialrechtlicher Schließung oder per Insolvenzverfahren, ZVersWiss, 106 (5), S. 425-445.
- Baumann, M. (2019): Finanzlage 2020 – Wettbewerbsdruck in der GKV verschärft sich, Ersatzkasse Magazin, 99 (6), S. 13-14.
- Bester, Helmut (2017): Theorie der Industrieökonomik, 7. Aufl., Berlin, Heidelberg, Springer Gabler.
- Böbel, I. (1984): Wettbewerb und Industriestruktur – Industrial Organization – Forschung im Überblick, Berlin / Heidelberg, Springer.
- Boroch, W. (2019): Konkurrierende Konzeptionen der Gesundheitspolitik, ZfWP, 68 (3), S. 222-250.
- Budzinski, O. / Eckert, S. (2018): Wettbewerb und Regulierung, in: Mause, K. / Müller, C. / Schubert, K. (Hrsg.), Politik und Wirtschaft – Ein integratives Kompendium, Berlin, Springer, S. 375-400.
- Bundesamt für Soziale Sicherung (2018): Sonderbericht zum Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung.  
<[https://www.bundesamtsozialesicherung.de/fileadmin/redaktion/allgemeine\\_dokumente/Taetigkeitsberichte/20180404Sonderbericht\\_web.pdf](https://www.bundesamtsozialesicherung.de/fileadmin/redaktion/allgemeine_dokumente/Taetigkeitsberichte/20180404Sonderbericht_web.pdf)> (04.04.2018) [Zugriff 09.09.2020].
- Bundesgesundheitsministerium (2013): Gesetzliche Krankenversicherung – Mitglieder, mitversicherte Angehörige und Krankenstand (Ergebnisse der GKV-Statistik KM1). <[https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/Statistiken/GKV/Mitglieder\\_Versicherte/KM1\\_JD\\_2012.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/GKV/Mitglieder_Versicherte/KM1_JD_2012.pdf)> (25.03.2013) [Zugriff 04.11.2020].

- Bundesgesundheitsministerium (2019a): Entwurf eines Gesetzes für eine faire Kassenwahl in der gesetzlichen Krankenversicherung.  
<[https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/Downloads/Gesetze\\_und\\_Verordnungen/GuV/G/RefE\\_Gesetz\\_fuer\\_eine\\_faire\\_Kassenwahl\\_in\\_der\\_GKV.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/G/RefE_Gesetz_fuer_eine_faire_Kassenwahl_in_der_GKV.pdf)> (25.02.2019) [Zugriff 08.11.2020].
- Bundesgesundheitsministerium (2019b): Gesetzliche Krankenversicherung – Mitglieder, mitversicherte Angehörige und Krankenstand (Ergebnisse der GKV-Statistik KM1). <[https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/Statistiken/GKV/Mitglieder\\_Versicherte/KM1\\_JD\\_2018.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/GKV/Mitglieder_Versicherte/KM1_JD_2018.pdf)> (18.03.2019) [Zugriff 04.11.2020].
- Bundesgesundheitsministerium (2020a): Aufsichtsbehörden der Krankenkassen. <<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/online-ratgeber-krankenversicherung/krankenversicherung/wahl-und-wechsel-der-krankenkasse/aufsichtsbehoerden-der-krankenkassen.html>> (29.04.2020) [Zugriff 01.11.2020].
- Bundesgesundheitsministerium (2020b): Risikostrukturausgleich (RSA). <<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/risikostrukturausgleich.html>> (30.11.2020) [Zugriff 01.11.2020].
- Bundesgesundheitsministerium (2020c): Gesetzliche Krankenversicherung – Mitglieder, mitversicherte Angehörige und Krankenstand (Ergebnisse der GKV-Statistik KM1). <[https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/Statistiken/GKV/Mitglieder\\_Versicherte/KM1\\_Januar\\_bis\\_September\\_2020.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/GKV/Mitglieder_Versicherte/KM1_Januar_bis_September_2020.pdf)> (30.09.2020) [Zugriff 03.11.2020].
- Bundesministerium für Justiz und für Verbraucherschutz (2020): Bundesanzeiger. <<https://www.bundesanzeiger.de/pub/de/start?6>> (2020) [Zugriff, 04.11.2020]
- Bundeszentrale für politische Bildung (2012a): Kollektivverträge. <<https://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/169793/kollektivvertraege>> (01.03.2012) [Zugriff 02.11.2020].
- Bundeszentrale für politische Bildung (2012b): Leistungskatalog. <<https://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/169802/leistungskatalog>> (01.03.2012) [Zugriff 29.11.2020].

- Cassel, D. / Jacobs, K. / Vauth, C. / Zerth, J. (2014b): Solidarische Wettbewerbsordnung: ein bleibender Reformtorso? Handlungsbedarf, Umsetzungsprobleme und Realisierungshemmnisse, in: Cassel, D. / Jacobs, K. / Vauth, C. / Zerth, J. (Hrsg.), Wettbewerbsordnung – Genese, Umsetzung und Perspektiven einer Konzeption zur wettbewerblichen Gestaltung der Gesetzlichen Krankenversicherung, Heidelberg, medhochzwei, S. 339-349.
- Cassel, D. / Jacobs, K. / Vauth, C. / Zerth, J. (Hrsg.) (2014a): Solidarische Wettbewerbsordnung – Genese, Umsetzung und Perspektiven einer Konzeption zur wettbewerblichen Gestaltung der Gesetzlichen Krankenversicherung, Heidelberg, medhochzwei.
- Cassel, D. / Wasem, J. (2014): Solidarität und Wettbewerb als Grundprinzipien eines sozialen Gesundheitswesens, in: Cassel, D. / Jacobs, K. / Vauth, C. / Zerth, J. (Hrsg.), Solidarische Wettbewerbsordnung – Genese, Umsetzung und Perspektiven einer Konzeption zur wettbewerblichen Gestaltung der Gesetzlichen Krankenversicherung, Heidelberg, medhochzwei, S. 3-44.
- Coenen, M. / Haucap, J. (2014): Krankenkassen und Leistungserbringer als Wettbewerbsakteure, in: Cassel, D. / Jacobs, K. / Vauth, C. / Zerth, J. (Hrsg.), Solidarische Wettbewerbsordnung – Genese, Umsetzung und Perspektiven einer Konzeption zur wettbewerblichen Gestaltung der Gesetzlichen Krankenversicherung, Heidelberg, medhochzwei, S. 259-282.
- Conrad, C. A. (2020): Wirtschaftspolitik – Eine praxisorientierte Einführung, 2. Aufl., Wiesbaden, Springer Fachmedien.
- Deutscher Bundestag (2011): Gesetzentwurf der Bundesregierung.  
<<https://dserver.bundestag.de/btd/17/069/1706906.pdf>> (05.09.2011) [Zugriff 11.02.2022].
- Drösler, S. / Garbe, E. / Hasford, J. / Schubert, I. / Ulrich, V. / van de Ven, W. / Wambach, A. / Wasem, J. / Wille, E. (2017): Sondergutachten zu den Wirkungen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs.  
<[https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5\\_Publikationen/Gesundheit/Berichte/Sondergutachten\\_Wirkung\\_RSA\\_2017.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Berichte/Sondergutachten_Wirkung_RSA_2017.pdf)> (27.11.2012) [Zugriff 03.11.2020].
- Euro-Informationen (2020): Krankenkassen-Fusionen: Fusionenkalender.  
<<https://www.krankenkassen.de/gesetzliche-krankenkassen/system-gesetzliche-krankenversicherung/fusionen>> (2020) [Zugriff 21.11.2020].

- Europäische Kommission (2004): Leitlinien zur Bewertung horizontaler Zusammenschlüsse gemäß der Ratsverordnung über die Kontrolle von Unternehmenszusammenschlüssen. <<https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2004:031:0005:0018:de:PDF>> (05.02.2004) [Zugriff 03.11.2020].
- Gerlinger, T. (2002): Zwischen Korporatismus und Wettbewerb: Gesundheitspolitische Steuerung im Wandel – WZB Discussion Paper, No. P 02-204. <<https://www.econstor.eu/bitstream/10419/47384/1/359591736.pdf>> (05.2020) [Zugriff 05.11.2020].
- GKV-Spitzenverband (2020a): Versicherte je System am 01.01.2018, <[https://www.gkv-spitzenverband.de/media/grafiken/gkv\\_kennzahlen/kennzahlen\\_gkv\\_2021\\_q1/300dpi\\_11/GKV-Kennzahlen\\_Versicherte\\_jeSystem\\_Prozent\\_300.jpg](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/grafiken/gkv_kennzahlen/kennzahlen_gkv_2021_q1/300dpi_11/GKV-Kennzahlen_Versicherte_jeSystem_Prozent_300.jpg)> (06.2020) [Zugriff 01.11.2020]
- GKV-Spitzenverband (2020b): Entwicklung der Krankenkassenzahl seit 1970. <[https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/kv\\_grundprinzipien/alle\\_gesetzlichen\\_krankenkassen/alle\\_gesetzlichen\\_krankenkassen.jsp](https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/kv_grundprinzipien/alle_gesetzlichen_krankenkassen/alle_gesetzlichen_krankenkassen.jsp)> (2020) [Zugriff 09.09.2020].
- Götze, R. (2016): Marktkonzentration in der Gesetzlichen Krankenversicherung seit Einführung der freien Kassenwahl, Gesundheitswesen, 78 (11), S. 715-720.
- Greer, K. / Wambach, A. (2020): In kleinen Schritten zu mehr Wettbewerb auf dem Krankenkassenmarkt, Perspektiven der Wirtschaftspolitik 21 (1), S. 19-24.
- Handelsblatt (2012): Krankenkassen und Fusionskontrolle – Entscheidung zugunsten des Wettbewerbs. <<https://blog.handelsblatt.com/rechtsboard/2012/06/26/4466/>> (26.06.2012) [Zugriff 29.11.2020].
- Herdzina, K. (1999): Wettbewerbspolitik, 5. Aufl., Stuttgart, Lucius und Lucius.
- Illing, F. (2017): Gesundheitspolitik in Deutschland – Eine Chronologie der Gesundheitsreformen der Bundesrepublik, Wiesbaden, Springer Fachmedien.
- Jacobs, K. / Reschke, P. / Cassel, D. / Wasem, J. (2002): Zur Wirkung des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung – Eine Untersuchung im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Baden-Baden, Nomos.

- Klüver, S. (2002): Konzentrationsursachen der europäischen Versicherungsmärkte – eine theoretische und empirische Untersuchung (Diss.-Schr. Univ. Passau 2002). <<https://opus4.kobv.de/opus4-uni-passau/frontdoor/index/index/year/2003/docId/23>> (18.06.2002) [Zugriff 15.11.2020].
- Knieps, G. (2008): Wettbewerbstheorie – Regulierungstheorie, Industrieökonomik, Wettbewerbspolitik, 3. Aufl., Berlin / Heidelberg, Springer.
- Knoche, F. / Thöni, M. (2011): Sozial- und wettbewerbsrechtliche Konflikte bei der Fusionenkontrolle in der Gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland – Ein Konfliktlösungsvorschlag auf Basis des Herfindahl-Hirschmann-Index, ZVersWiss, 100 (4), S. 539-560.
- Krogull, J. (2008): Wettbewerbsstrukturen im Selbstverwaltungssystem der gesetzlichen Krankenversicherung – verfassungs- und gemeinschaftsrechtliche Vorgaben (Diss.-Schr. Univ. Würzburg 2007), Baden-Baden, Nomos.
- Monopolkommission (2010): Mehr Wettbewerb, wenig Ausnahmen – Achtzehntes Hauptgutachten der Monopolkommission gemäß § 44 Abs. 1 Satz 1 GWB. <<https://monopolkommission.de/images/PDF/HG/HG18/1702600.pdf>> (22.07.2010) [Zugriff 03.11.2020].
- Monopolkommission (2017): Sondergutachten 75: Stand und Perspektiven des Wettbewerbs im deutschen Krankenversicherungssystem. <[https://www.monopolkommission.de/images/PDF/SG/s75\\_volltext.pdf](https://www.monopolkommission.de/images/PDF/SG/s75_volltext.pdf)> (07.03.2017) [Zugriff 13.09.2020].
- Müller, R. (2019): Einheitskrankenkasse – gangbarer Weg für die gesetzliche Krankenversicherung? Wirtschaftsdienst, 99 (7), Nr. 7, S. 511-515.
- Porter, M. E. (2013): Wettbewerbsstrategien: Methoden zur Analyse von Branchen und Konkurrenten, 12. Aufl., Frankfurt am Main, Campus.
- Porter, M. E., Guth, C. (2012): Chancen für das deutsche Gesundheitssystem, Berlin / Heidelberg, Springer Gabler.
- Prognos AG (2019): Auswirkungen der Satzungsleistungen nach § 11 Absatz 6 SGB V auf den Wettbewerb innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung und zur privaten Krankenversicherung – Forschungsgutachten im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. <[https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5\\_Pub](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Pub)

- [likationen/Gesundheit/Berichte/19-02-04\\_Prognos\\_Endbericht.pdf](#)> (02.2019) [Zugriff 23.11.2020].
- Rebscher, H. / Walzik, E. (2015): Solidarische Wettbewerbsordnung – Der Diskussionsprozess um ein Allokationsinstrument für die Gesundheitsversorgung, in: Rebscher, H. (Hrsg.), Update: Solidarische Wettbewerbsordnung, Heidelberg, medhochzwei, S. 1-13.
- Resch, S. (2003): Risikoselektion im Mitgliederwettbewerb der gesetzlichen Krankenversicherung, Frankfurt am Main, Peter Lang.
- Sauerland, D. (2019): Ziele, Akteure und Strukturen der Gesundheitspolitik in Deutschland, in: Haring, R. (Hrsg.), Gesundheitswissenschaften, Berlin, Springer, S. 737-747.
- Schmidt, I. / Haucap, J. (2013): Wettbewerbspolitik und Kartellrecht – Eine interdisziplinäre Einführung, 10. Aufl., München, Oldenbourg.
- Schmitz, H. (2017): Preis, Service oder Leistungen: Was beeinflusst besonders die Krankenkassenwahl von gesetzlich Versicherten? in: Adolph, T. / Everling, O. / Metzler, M. (Hrsg.), Krankenversicherung im Rating – Leistungsbewertung und Management als Schlüsselfaktoren, Wiesbaden, Springer Gabler, S. 279-296.
- Schreyögg, J. (2014): Kassenwettbewerb durch Versorgungsmanagement, in: Cassel, D. / Jacobs, K. / Vauth, C. / Zerth, J. (Hrsg.), Solidarische Wettbewerbsordnung – Genese, Umsetzung und Perspektiven einer Konzeption zur wettbewerblichen Gestaltung der Gesetzlichen Krankenversicherung, Heidelberg, medhochzwei, S. 145-170.
- Schröder, J. (2013): Die 8. GWB-Novelle und das Krankenversicherungsrecht. <<https://www.barmer.de/blob/38834/fb4a0f4a6e95040e9d66e1c9574aa8c9/data/gesundheitswesen-aktuell-2013-schroeder-kartellrecht.pdf>> (22.09.2012) [Zugriff 07.11.2020].
- Simon, M. (2017): Das Gesundheitssystem in Deutschland – Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise, 6. Aufl., Bern, Hogrefe.
- Statistisches Bundesamt (2020): Gesundheitsausgaben. <[https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Gesundheitsausgaben/\\_inhalt.html](https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Gesundheitsausgaben/_inhalt.html)> (2020) [Zugriff 01.11.2020].
- U.S. Department of Justice and the Federal Trade Commission (Guidelines, 2010): Horizontal Merger Guidelines.

<https://www.justice.gov/sites/default/files/atr/legacy/2010/08/19/hmg-2010.pdf> (19.08.2010) [Zugriff 03.11.2020].

Ulrich, V. / Schmid, A. (2014): Kassenwettbewerb durch Beitragsgestaltung, in: Cassel, D. / Jacobs, K. / Vauth, C. / Zerth, J. (Hrsg.), Solidarische Wettbewerbsordnung – Genese, Umsetzung und Perspektiven einer Konzeption zur wettbewerblichen Gestaltung der Gesetzlichen Krankenversicherung, Heidelberg, medhochzwei, S. 119-144.

Universität Duisburg Essen: Institut Arbeit und Qualifikation (2020): Verwaltungskosten: Gesetzliche Krankenversicherung und Private Krankenversicherung im Vergleich, 2009 – 2018. [http://www.sozialpolitik-aktuell.de/tl\\_files/sozialpolitikaktuell/Politikfelder/Gesundheitswesen/Datensammlung/PDF-Dateien/abbVI20.pdf](http://www.sozialpolitik-aktuell.de/tl_files/sozialpolitikaktuell/Politikfelder/Gesundheitswesen/Datensammlung/PDF-Dateien/abbVI20.pdf) (2020) [Zugriff 03.11.2020].

Vauth, C. / Greiner, W. (2014): Preis- und Leistungswettbewerb in der ambulanten, stationären und Integrierten Versorgung, in: Cassel, D. Jacobs, K. / Vauth, C. / Zerth, J. (Hrsg.), Solidarische Wettbewerbsordnung – Genese, Umsetzung und Perspektiven einer Konzeption zur wettbewerblichen Gestaltung der Gesetzlichen Krankenversicherung, Heidelberg, medhochzwei, S. 199-224.

Verband der Ersatzkassen vdek (2020a): GKV - Anzahl der gesetzlichen Krankenkassen. [https://www.vdek.com/presse/daten/b\\_versicherte.html](https://www.vdek.com/presse/daten/b_versicherte.html) (01.07.2020) [Zugriff 01.11.2020].

Verband der Ersatzkassen vdek (2020b): vdek-Basisdaten. [https://www.vdek.com/presse/daten/jcr\\_content/par/publicationelement\\_1479644990/file.res/vdek\\_basisdaten\\_2020.pdf](https://www.vdek.com/presse/daten/jcr_content/par/publicationelement_1479644990/file.res/vdek_basisdaten_2020.pdf) (06.07.2020) [Zugriff 03.11.2020].



**Folgende Bände sind bisher in dieser Reihe erschienen:**

**Band 1 (2020)**

P. an de Meulen / T. Christiaans / M. Drewes / S. Frohwerk / M. Göke /  
P. Hennecke / T. Holtfort / K. Obermann / L. Rebeggiani / A. Spermann /  
C. Thielscher / A.-K. Voit / C. B. Wilke / M. Wohlmann

Was kostet uns Corona? Volkswirtschaftliche Auswirkungen einer globalen  
Pandemie

ISBN (Print) 978-3-89275-168-7 ISSN (Print) 2701-9403

ISBN (eBook) 978-3-89275-169-4 ISSN (eBook) 2701-9411

**Band 2 (2021)**

A. M. Prasuhn / C. B. Wilke

Reformoption Bürgerversicherung? Eine Nutzwertanalyse vor dem Hintergrund  
aktueller und künftiger Herausforderungen des deutschen Krankenversiche-  
rungssystems

ISBN (Print) 978-3-89275-172-4 ISSN (Print) 2701-9403

ISBN (eBook) 978-3-89275-173-1 ISSN (eBook) 2701-9411

**Band 3 (2021)**

C. Fritsche

On Migration and Immigration Policy in Europe

ISBN (Print) 978-3-89275-220-2 ISSN (Print) 2701-9403

ISBN (eBook) 978-3-89275-221-9 ISSN (eBook) 2701-9411



Forschungsstark und praxisnah:

# Deutschlands Hochschule für Berufstätige

Raphaela Schmaltz studiert den  
berufsbegleitenden Master-Studiengang  
Taxation am FOM Hochschulzentrum Köln.

Die FOM ist Deutschlands Hochschule für Berufstätige. Sie bietet über 40 Bachelor- und Master-Studiengänge, die im Tages- oder Abendstudium berufsbegleitend absolviert werden können und Studierende auf aktuelle und künftige Anforderungen der Arbeitswelt vorbereiten.

In einem großen Forschungsbereich mit hochschuleigenen Instituten und KompetenzCentren forschen Lehrende – auch mit ihren Studierenden – in den unterschiedlichen Themenfeldern der Hochschule, wie zum Beispiel Wirtschaft & Management, Wirtschaftspsychologie, IT-Management oder Gesundheit & Soziales. Sie entwickeln im Rahmen nationaler und internationaler Projekte gemeinsam mit Partnern aus Wissenschaft und Wirtschaft Lösungen für Problemstellungen der betrieblichen Praxis.

Damit ist die FOM eine der forschungstärksten privaten Hochschulen Deutschlands. Mit ihren insgesamt über 2.000 Lehrenden bietet die FOM rund 57.000 Studierenden ein berufsbegleitendes Präsenzstudium im Hörsaal an einem der 36 FOM Hochschulzentren und ein digitales Live-Studium mit Vorlesungen aus den hochmodernen FOM Studios.

Alle Institute und KompetenzCentren unter  
[fom.de/forschung](https://www.fom.de/forschung)

Die Hochschule.  
Für Berufstätige.



ISBN (Print) 978-3-89275-254-7  
ISBN (eBook) 978-3-89275-255-4

ISSN (Print) 2701-9403  
ISSN (eBook) 2701-9411



KCV KompetenzCentrum  
für angewandte Volkswirtschaftslehre  
der FOM Hochschule für Oekonomie & Management

## FOM Hochschule

FOM – Deutschlands Hochschule für Berufstätige.

Mit über 57.000 Studierenden ist die FOM eine der größten Hochschulen Europas und führt seit 1993 Studiengänge für Berufstätige durch, die einen staatlich und international anerkannten Hochschulabschluss (Bachelor/Master) erlangen wollen.

Die FOM ist der anwendungsorientierten Forschung verpflichtet und verfolgt das Ziel, adaptionsfähige Lösungen für betriebliche bzw. wirtschaftsnahe oder gesellschaftliche Problemstellungen zu generieren. Dabei spielt die Verzahnung von Forschung und Lehre eine große Rolle: Kongruent zu den Masterprogrammen sind Institute und KompetenzCentren gegründet worden. Sie geben der Hochschule ein fachliches Profil und eröffnen sowohl Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern als auch engagierten Studierenden die Gelegenheit, sich aktiv in den Forschungsdiskurs einzubringen.

Weitere Informationen finden Sie unter [fom.de](http://fom.de)

## KCV

Das KCV KompetenzCentrum für angewandte Volkswirtschaftslehre deckt ein breites Spektrum von der mikro- zur makroökonomischen sowie von der theoretischen zur empirischen Forschung ab. Besondere inhaltliche Schwerpunkte liegen in den großen Herausforderungen unserer Zeit: dem demografischen Wandel, der Globalisierung, dem Klimawandel sowie der Digitalisierung.

Neben dieser inhaltlichen Ausrichtung übernimmt das KCV eine Querschnittsfunktion im Bereich der Methodik und Data Literacy an der FOM Hochschule, indem fächerübergreifend vernetztes, analytisches Denken gefördert und sowohl für die Forschung als auch für die Lehre nutzbar gemacht wird.

Weitere Informationen finden Sie unter [fom-kcv.de](http://fom-kcv.de)



Der Wissenschaftsblog der FOM Hochschule bietet Einblicke in die vielfältigen Themen, zu denen an der FOM geforscht wird: [fom-blog.de](http://fom-blog.de)