

Gemeinsame Wettbewerbsgrundsätze

Gemeinsame Wettbewerbsgrundsätze der Aufsichtsbehörden der gesetzlichen Krankenversicherung vom 19. März 1998 – geändert am 9. November 2006 – in der Fassung vom 11. November 2015 (Wettbewerbsgrundsätze 2016)

Wettbewerbsgrundsätze

Wettbewerb in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) hat eine der Gesundheitsversorgung der Versicherten dienende Funktion. Durch Wettbewerb sollen die Leistungen und ihre Qualität verbessert sowie Wirtschaftlichkeit und Effizienz der Versorgung und ihrer Strukturen erzielt werden. Um die Rechtmäßigkeit des wettbewerblichen Handelns der Krankenkassen gleichmäßig sicherzustellen, haben sich die Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder am 19. März 1998 darauf verständigt, ihre Aufsichtspraxis an konkretisierten gemeinsamen Maßstäben („Wettbewerbsgrundsätzen“) auszurichten. Die zuletzt am 9. November 2006 geänderten Grundsätze treffen mittlerweile auf geänderte gesetzliche Rahmenbedingungen; das Wettbewerbsverhalten hat neue Formen angenommen. Daher haben sich die Aufsichtsbehörden unter Berücksichtigung ihrer regelmäßig ausgetauschten Erfahrungen (§ 90 Abs. 4 SGB IV) auf die „Gemeinsamen Wettbewerbsgrundsätze 2016“ neu verständigt.

I. Ausgangslage

In der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherte, Versicherungspflichtige oder Versicherungs-berechtigte können frei wählen, welcher Krankenkasse sie angehören wollen. Dies führt zu einem verstärkten Wettbewerb der Krankenkassen um Mitglieder. Der Wettbewerb der Krankenkassen ist jedoch nicht auf die Mitgliedergewinnung beschränkt. Wettbewerbsfelder der Krankenkassen sind insbesondere der (Zusatz) Beitragssatz und der Servicewettbewerb sowie der Vertragswettbewerb und der Wettbewerb um innovative Versorgungsformen und (Zusatz) Leistungen innerhalb des gesetzlich eröffneten Rahmens. Maßnahmen, die der Risikoselektion dienen oder diese fördern, sind unzulässig. Möglichkeiten zur Gestaltung und mithin wettbewerbliche Auswirkungen ergeben sich auf dem Gebiet der allgemeinen Aufklärung (§ 13 SGB I), auf dem Gebiet der Verträge (v.a. besondere Versorgung nach § 140a SGB V), der Modellvorhaben (§ 20g, §§ 63 65 SGB V), der Bonusregelung für gesundheitsbewusstes Verhalten (§ 65a SGB V), der strukturierten Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten (§ 137f SGB V) sowie durch Satzungsmehrleistungen. Den Krankenkassen steht einerseits grundsätzlich die Möglichkeit offen, sich und ihre Aktivitäten den potentiellen Versicherten darzustellen. Dabei haben sie die allgemeinen Wertungsmaßstäbe der §§ 1, 3 des Gesetzes gegen den unlauteren Wettbewerb (UWG) zu beachten, d. h. die Werbung der Krankenkassen darf nicht unlauter sein. Im Verhältnis zu ihren Versicherten (Verbrauchern) ist das Verhalten der Krankenkassen unmittelbar am UWG zu messen soweit diese die Richtlinie 2005/29/EG (UGPRL) über unlautere Geschäftspraktiken umsetzt. Im Verhältnis zu den Versicherten ist das UWG überdies für solche Beschränkungen geschäftlicher Handlungen heranzuziehen, die nicht auf der Umsetzung der UGPRL beruhen oder die der Umsetzung anderen EU-Sekundärrechts dienen (z.B. der DatenschutzRL 2002/58/EG für elektronische Kommunikation). Dies gilt vor allem für die Bestimmungen zum Schutz vor unverlangt auf elektronischem Weg zugesandter Werbung und vor unerbetenen telefonischen Anrufen (§ 7 UWG; s. Rz. 12, 26). Gleichzeitig sind die Krankenkassen als Körperschaften des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung im Wettbewerb untereinander besonderen Bedingungen unterworfen, die über jene des Gesetzes gegen den unlauteren Wettbewerb hinausgehen, da ihre Ausgaben durch Beiträge der Versicherten und Arbeitgeber finanziert werden, sie gesetzlich zu sparsamer und wirtschaftlicher Mittelverwendung verpflichtet sind, ihr Wettbewerb ihrem sozialen Auftrag angemessen sein muss.

Die wettbewerblichen Aktivitäten der Krankenkassen, ihrer Verbände und Arbeitsgemeinschaften haben sich daher nachfolgenden Grundsätzen zu richten:

II. Allgemeine Werbemaßnahmen

1. Definition

Maßnahmen, die auf Gewinnen und Halten von Mitgliedern gerichtet sind und die weder der Leistungserbringung noch der allgemeinen Aufklärung dienen, sind allgemeine Werbemaßnahmen. Ausgaben für Aufwandsentschädigungen an Laienwerber (Rz. 35) für die Mitgliederwerbung zählen zu allgemeinen Werbemaßnahmen. Ausgaben und Unterstützungsleistungen für Sportvereine und -veranstaltungen zählen ebenfalls zu den allgemeinen Werbemaßnahmen, soweit es sich nicht um Präventionsmaßnahmen handelt.

2. Inhalt und Art

Die Werbung kann die Besonderheiten der Versicherung bei der Krankenkasse herausstellen. Es ist jedoch darauf auf zu achten, dass nur durch eine sachliche Darstellung der eigenen Besonderheiten aufgeklärt wird. Vergleiche von Beiträgen oder Leistungen sind zulässig, sofern sie nicht in unlauterer Weise erfolgen, d. h. insbesondere nicht irreführend, herabsetzend oder verunglimpfend sind. Werden ausschließlich Beiträge verglichen, ist über Leistungsunterschiede aufzuklären. Negative Behauptungen über andere Krankenkassen sind zu unterlassen. Dies sind insbesondere negative Bemerkungen oder Vergleiche, die geeignet sind, die Verhältnisse bei anderen Kassen diskriminierend oder diffamierend darzustellen. Die Werbemaßnahmen dürfen keinen belästigenden Charakter haben (s. auch Rz. 4 bis 4c); Werbeanrufe (auch so genannte Rückhol- und Haltegespräche) ohne vorherige Einwilligung des Angerufenen und Anrufe mit unterdrückter Rufnummer sind unzulässig (s. auch Rz. 25). Hausbesuche bei potentiellen oder zu haltenden Mitgliedern sind zulässig, sofern sie vorher vereinbart oder unter Terminnennung schriftlich angekündigt werden.

3. Mittel und Ausgaben

Als Mittel allgemeiner Werbemaßnahmen kommen grundsätzlich alle zur Verfügung stehenden Medien in Betracht.

Folgende Einschränkungen sind jedoch zu beachten: Die Werbung hat in einer Form zu erfolgen, die einer öffentlich-rechtlichen Institution angemessen ist. Bei den Ausgaben für allgemeine Werbemaßnahmen ist das Gebot der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit zu beachten. In der Regel ist dieser Grundsatz gewahrt, solange die jährlichen Ausgaben der einzelnen Krankenkasse für allgemeine Werbemaßnahmen - einschließlich der entsprechend auszuweisenden Verbandsbeitragsanteile - 0,15 % der monatlichen Bezugsgröße gemäß § 18 SGB IV je Mitglied nicht überschreiten. Ausgaben für Aufwandsentschädigungen sind als allgemeine Werbemaßnahmen bei der Berechnung des Ausgabenbudgets für Werbemaßnahmen zu berücksichtigen. Davon ausgenommen sind Aufwandsentschädigungen für extern gewerblich vermittelnd tätige Dritte (vgl. Rz. 35a). Das Verteilen von Werbegeschenken ist in angemessenem Rahmen zulässig. Als angemessene Richtgröße wird insoweit ein Wert von rund 0,2 % der monatlichen Bezugsgröße gemäß § 18 SGB IV angesehen. Werbegeschenke müssen als Zuwendung der Krankenkasse erkennbar sein. Die Krankenkasse darf die Auslobung, Gewährung und Ausschüttung von Werbegeschenken nicht Dienstleistern übertragen, die zugleich mit der Mitgliederwerbung betraut sind. Im Übrigen gilt Rz. 35b. Preisausschreiben dürfen der Erfüllung des Aufgabenzwecks der gesetzlichen Krankenversicherung nicht entgegenstehen; die ausgelobten Preise müssen sich im Rahmen der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit halten. Im Fall einer

Drittfinanzierung von Gewinnspielen der Krankenkassen haben die Krankenkassen den Sponsor zu benennen. Sie müssen hierbei dem besonderen Status der gesetzlichen Krankversicherungsträger als Körperschaften des öffentlichen Rechts Rechnung tragen und dürfen nicht augenfällig (unter Einsatz ihrer Autorität als Krankenkasse) als Werbeträger für den Sponsor in Erscheinung treten. Diesen Grundsätzen widerspricht es beispielsweise, wenn der privatwirtschaftliche Kooperationspartner einer Krankenkasse deren Versicherten kassenfremde Rabatte (ohne Gesundheitsbezug) gewährt und die Krankenkasse dieses besondere Angebot bewirbt. Sach- und Dienstleistungen, die Krankenkassen zur Unterstützung ihrer Werbemaßnahmen erhalten, sind zu marktüblichen Preisen zu vergüten (Rz. 19 bleibt unberührt). Profitieren Krankenkassen von den zugleich in Angelegenheit ihres Kooperationspartners betriebenen Maßnahmen (z. B. gemeinsamer Postversand im Wege der Mitversendung von Werbebriefen), ist der damit verbundene Vorteil (anteilig) zu vergüten. Der der Vergütung entsprechende finanzielle Aufwand ist Bestandteil der budgetierten Ausgaben für allgemeine Werbemaßnahmen (Rz. 17). Prämien, die nur bei entsprechenden Erfolgen an den Sportverband/ Verein ausgezahlt werden, sind zulässig, wenn damit die Berechtigung des Verbandes/ der Krankenkasse verbunden ist, allgemeine Werbemaßnahmen (Trikotwerbung, Banden und Fußbodenwerbung) auf dieser prämierten Veranstaltung durchzuführen.

III. Aufklärung (§ 13 SGB I) und Beratung (§ 14 SGB I) in Abgrenzung zu Werbemaßnahmen

Die Krankenkassen sind verpflichtet, im Rahmen ihrer Zuständigkeit die Bevölkerung über Rechte und Pflichten nach dem Sozialgesetzbuch aufzuklären (vgl. § 13 SGB I). Zu fördern sind Maßnahmen, mit denen mehr Menschen in die Lage versetzt werden, Rechte und Pflichten aus dem Sozialgesetzbuch zu erkennen und wahrzunehmen. Den Krankenkassen ist es daher z. B. gestattet, über Mitgliedschafts- und Versicherungsrechte, Beitragspflichten und Zugangsmöglichkeiten zur Versicherung zu informieren. Die ausführliche Darstellung von Rechten und Pflichten aus anderen Sozialleistungsbereichen ist statthaft, soweit Schnittstellen mit der Krankenversicherung bestehen; die Verpflichtung zu weitergehenden Auskünften an den einzelnen Bürger nach § 15 SGB I bleibt unberührt. Aufklärung und Beratung haben andere Inhalte, unterliegen anderen Bedingungen und Maßstäben als Werbemaßnahmen. Sie sind daher von ihnen zu unterscheiden. Aufklärungsmaßnahmen können daher allenfalls als Nebeneffekt auch Werbecharakter für die Krankenkassen haben. Im Vordergrund muss jedoch eindeutig die Vermittlung einer Sachinformation stehen.

IV. Datenschutz/ Medieneinsatz

Bei allen Werbeaktivitäten haben die Krankenkassen die für sie jeweils geltenden datenschutzrechtlichen Bestimmungen strikt einzuhalten. Dies gilt auch bei Einschaltung Dritter. Im Falle der Auftragsdatenverarbeitung bleiben die Krankenkassen unmittelbar verantwortlich. Erfolgt die Aufgabenerledigung bzw. -durchführung durch Dritte, sind sie für die Auswahl eines zuverlässigen Dienstleisters sowie die (Organisations-) Kontrolle über diesen verantwortlich. Die Einschaltung Dritter ist nach den maßgeblichen Vorschriften in jedem Falle der Aufsichtsbehörde anzuzeigen. Werbung mit einem Telefonanruf ohne die gesonderte vorherige ausdrückliche Einwilligung des Versicherten bzw. des potentiell Interessierten ist unzulässig (Rz. 4b, 12; § 7 Abs. 2 UWG); die Einholung der Einwilligung zu Beginn des Telefonats ist ebenfalls unzulässig. Dies gilt insbesondere auch für die Teilnahme im Rahmen von Selektivverträgen sowie bei der Vermittlung privater Zusatzversicherungen. In gleicher Weise unzulässig ist es, unverlangt auf elektronischem Wege Werbung zuzusenden. Auch wenn eine Werbung per E-Mail, SMS oder Fax erfolgen soll, ist die Einwilligung dazu jeweils mittels einer gesonderten Erklärung zu erteilen („Opt in Erklärung“).

V. Werbung und (Zusatz) Beitrag / Beitragssatz

Mit Aussagen über den Verzicht auf die Erhebung eines Zusatzbeitrages oder über den Verzicht auf die Erhöhung des Zusatzbeitragssatzes darf nur für das laufende oder – soweit absehbar – das darauffolgende Haushaltsjahr geworben werden. Aussagen über den (Zusatz) Beitrag bzw. Beitragssatz dürfen nicht irreführend sein. Dies gilt vor allem für die Herausstellung oder Erwähnung des (Zusatz) Beitrags bzw. Beitragssatzes im Zusammenhang mit der Herausstellung oder Erwähnung von Versorgungs- und Serviceleistungen. Aussagen die dazu geeignet sind, irrige Vorstellungen über das Verhältnis von allgemeinem Beitragssatz und Zusatzbeitragssatz und das Verhältnis von Pflicht und Zusatzleistungen hervorzurufen, sind unzulässig und daher zu unterlassen. Soweit Krankenkassen gesetzlich verpflichtet sind, ihre Mitglieder mit einem gesonderten Schreiben auf Sonderkündigungs- und Wechselrechte hinzuweisen, ist der Hinweis schriftlich an jedes einzelne Mitglied zu richten. Den Anforderungen an ein gesondertes Schreiben entspricht es nicht, eine individualisierte schriftliche Information anderen Medien (etwa der Mitgliederzeitschrift) beizulegen (z. B. als „Einlieger“ oder innen angeheftetes Schreiben). Der Hinweis muss eindeutig, vollständig und verständlich sowie klar erkennbar sein. Er soll nicht mit Werbeaussagen verbunden werden; soweit ausnahmsweise gleichwohl eine Verbindung erfolgt, ist der Hinweis klar von Werbeaussagen abzugrenzen und muss erkennbar den wesentlichen Bestandteil des Schreibens ausmachen; er darf nicht in kleinerer Schriftgröße verfasst sein. Krankenkassen dürfen Mitgliedern, die von ihrem Sonderkündigungsrecht in Ansehung der Erhebung oder Erhöhung des Zusatzbeitrags oder Beitragssatzes Gebrauch machen wollen, keine Geldprämien für den Fall anbieten, dass sie von einem Krankenkassenwechsel Abstand nehmen; eine solche Koppelung von „Halteprämien“ und Zusatzbeiträgen bzw. Beitragssätzen ist unzulässig.

VI. Leistungsgewährung und Beitragseinstufung

Den Krankenkassen ist es auch aus Wettbewerbsgründen nicht gestattet, Leistungen zu gewähren oder Beitragseinstufungen vorzunehmen, die nicht dem gesetzlichen Rahmen oder der gesetzlichen Ermächtigung für satzungsgemäße Regelungen entsprechen.

VII. Verhalten der Krankenkassen im Rahmen der Mitgliederwerbung

Im Rahmen der Mitgliederwerbung ist insbesondere Folgendes zu beachten:

1. Verhalten gegenüber Mitarbeitern und Laienwerbern

Mitarbeitern der Krankenkassen, die hauptamtlich Mitglieder zu werben haben, darf kein über die Dienstbezüge/Vergütung sowie die Reisekostenvergütung hinausgehendes Entgelt gezahlt werden. Die jeweils geltenden dienst- und tarifrechtlichen Regelungen über Mehrarbeit/Überstunden bleiben unberührt. Mitarbeitern, die im Rahmen einer Nebentätigkeit außerhalb der Dienst oder Arbeitszeit Mitglieder werben, darf zusätzlich zu etwaigen Reisekostenvergütungen eine Aufwandsentschädigung gewährt werden, die 0,7 % der monatlichen Bezugsgröße (§ 18 SGB V) je aufgenommenes Mitglied, aufgerundet auf einen vollen durch fünf teilbaren Eurobetrag, nicht überschreitet. Die vorgenannten Beträge sind Höchstbeträge; darüberhinausgehende Zahlungen (z.B. Reise- und Verwaltungskostenpauschalen, Betreuungsprämien, Bestandspflegevergütungen o. ä.) dürfen nicht gewährt werden. Eine entsprechende Aufwandsentschädigung (Rz. 34, 34a) kann auch Versicherten oder nicht gewerblich tätigen Dritten gewährt werden, die neue Mitglieder werben (Laienwerber). Auch Versichertenälteste und Betreuungsbeauftragte (Betriebsmitarbeiter, die für die jeweilige Krankenkasse als Ansprechpartner zur Verfügung stehen), die Mitgliederwerbung betreiben, sind Laienwerber. Laienwerbern darf neben der Aufwandsentschädigung keine zusätzliche Reisekostenvergütung gezahlt werden.

2. Gewerblich vermittelnd tätige Dritte

Mitglieder dürfen auch durch externe gewerblich vermittelnd tätige Dritte (Finanzdienstleister) angeworben werden. Die gezahlte Aufwandsentschädigung darf 3 % der monatlichen Bezugsgröße je aufgenommenes Mitglied nicht überschreiten. Als Aufwandsentschädigung gilt auch der Vorteil, den PKV-Unternehmen, die für eine Krankenkasse kostenlos Mitglieder werben, dadurch erzielen, dass die Krankenkasse ihrerseits private Zusatzversicherungen für dieses PKV-Unternehmen vermittelt (Rz. 45 c), ohne dass dies vergütet wird. Die Grenzbeträge für die Aufwandsentschädigung sind Höchstgrenzen. Darüberhinausgehende Zahlungen (z. B. Reise- und Verwaltungskostenpauschalen, Betreuungsprämien, Bestandspflegevergütungen o. ä.) dürfen nicht gewährt werden. Externe gewerbliche Dritte im vorgenannten Sinne sind ausschließlich Finanzdienstleister und gewerbliche Vermittler, die über eine gewerberechtliche Erlaubnis zur Vermittlungstätigkeit verfügen. Im Übrigen gelten die Grundsätze zur Beauftragung Dritter (Rz. 45 ff.). Werden extern gewerblich vermittelnd tätige Dritte im Auftrag der beworbenen Krankenkasse tätig, darf die Krankenkasse eine Aufwandspauschale nur zahlen, wenn die Wettbewerbsgrundsätze in Anbetracht des Tätigwerdens des Dritten eingehalten werden. Die Regelungen zur Beauftragung (Rz. 45 ff.) gelten entsprechend.

3. Verhalten der Krankenkassen untereinander

Die Krankenkassen können auf die Möglichkeit einer Kündigung bzw. eines Austritts sowie auf die bei einer Kündigung bzw. einem Austritt aus einer anderen Krankenkasse einzuhaltende Frist und Form hinweisen. Kündigungshilfen, die nach den allgemeinen Grundsätzen des Gesetzes gegen den unlauteren Wettbewerb rechtswidrig sind, sind zu unterlassen. Eine solche unzulässige Kündigungshilfe liegt insbesondere vor, wenn die Kasse das zu werbende Mitglied irreführt, überrumpelt oder sonst unangemessen unsachlich in seiner Entscheidungsfreiheit beeinträchtigt. Die Krankenkassen dürfen sich nicht zur Abgabe von Kündigungserklärungen bevollmächtigen lassen.

4. Inanspruchnahme der Autorität Dritter

Die Autorität Dritter (Unternehmen, Behörden etc.) darf nicht zur Werbung eingesetzt werden. Damit soll sichergestellt werden, dass durch Dritte kein unzulässiger Druck auf potentielle Mitglieder bei der Kassenwahl ausgeübt wird. Unzulässiger Einsatz der Autorität Dritter liegt dann vor, wenn damit zugunsten einer bestimmten Krankenkasse missbräuchlich oder täuschend Einfluss genommen und insbesondere die freie Kassenwahl unterlaufen wird. Dagegen ist die Inanspruchnahme der Kompetenz Dritter zulässig, falls das potentielle Mitglied einen Informationsbedarf besitzt, den der Dritte sachlich korrekt und neutral befriedigen kann.

5. Beauftragung Dritter

Die Wettbewerbsgrundsätze sind unabhängig davon zu beachten, ob die Werbe- und Aufklärungsmaßnahmen unmittelbar durch die Krankenkassen durchgeführt werden oder ob die Kassen mit diesen Maßnahmen Dritte beauftragen. Ehrenamtlich tätige Versicherte gelten nicht als Dritte. Der Einsatz von Werbekolonnen ist nicht gestattet. Die Auftragnehmer sind vertraglich zur Einhaltung dieser Wettbewerbsgrundsätze zu verpflichten. Die Einhaltung dieser Verpflichtung haben die Kassen zu überwachen. Für den Fall des Zuwiderhandelns durch die beauftragten Dritten haben sich die Kassen das Recht zur sofortigen Kündigung vertraglich vorzubehalten. Krankenkassen dürfen nicht mit Auftragnehmern zusammenarbeiten, die (Wechsel) Prämien für das Neumitglied ausloben oder andere geldwerte Vorteile (Gutscheine o. ä.) oder „Werbebeschenke“ (Rz. 18, 18a) gewähren. Dies gilt unabhängig von der Höhe der Aufwandsentschädigung für den Beauftragten; die Weitergabe der Aufwandsentschädigung oder eines Teiles an die Neumitglieder in Form von Prämien,

„Werbegeschenken“ oder sonstiger geldwerter Vorteile ist unzulässig. So genannte Zielgruppenvereinbarungen für die Werbung neuer Mitglieder verstoßen gegen geltendes Recht; sie sind unzulässig.

VIII. Kooperation mit privaten Krankenversicherungen

§ 194 Abs. 1a SGB V erlaubt die Kooperation mit privaten Krankenversicherungsunternehmen (PKV Unternehmen), damit die bereits bei der Krankenkasse Versicherten Zusatzversicherungen über ihre Kasse abschließen können. Krankenkassen dürfen ihren Versicherten nur solche Zusatzversicherungen vermitteln, welche die Versorgung mit Gesundheitsleistungen der GKV ergänzen. Die Krankenkassen dürfen nicht den Eindruck erwecken, die Versorgung mit Leistungen der privaten Krankenversicherung sei eine Leistung der Krankenkasse. Der PKV-Kooperationspartner (private Zusatzversicherer) ist nach außen darzustellen. Die Krankenkassen dürfen die Zusatzversicherung nicht als eigene Leistung oder als gemeinsame Leistung oder gemeinsames Produkt von Krankenkasse und PKV-Unternehmen bewerben. Das Handeln und der Verantwortungsbereich der Krankenkasse müssen vom Handeln und dem Verantwortungsbereich des PKV-Unternehmens stets abgegrenzt und dies nach außen mit Unterscheidungskraft dargestellt werden.

IX. Buchung

Die Krankenkassen haben sicherzustellen, dass Werbemaßnahmen und Aufklärungsaktivitäten buchungsmäßig voneinander abgegrenzt und den Bestimmungen des Kontenrahmens entsprechend verbucht werden. Portokosten sowie Kosten für andere Kommunikationsformen im Rahmen der Werbung sind als Sachkosten der Werbung zu buchen.

X. Anwendung

Bei Verstößen gegen diese Wettbewerbsgrundsätze wird die Aufsichtsbehörde tätig; dies gilt auch für die Prüfdienste der Krankenversicherung. Sollte sich herausstellen, dass sich bei der Anwendung dieser Wettbewerbsgrundsätze eine unterschiedliche Aufsichtspraxis ergibt, wirken die Aufsichtsbehörden darauf hin, eine einheitliche Aufsichtspraxis zu gewährleisten. Beschließen die Aufsichtsbehörden einvernehmlich über eine einheitliche Anwendungspraxis der Wettbewerbsgrundsätze (vgl. Rz. 51) oder über zusätzliche Bestimmungen, welche die Grundsätze laut Beschlussfassung ergänzen, werden diese Beschlüsse den Wettbewerbsgrundsätzen als deren Bestandteil in fortlaufender Nummerierung und mit Beschlussdatum in Form einer Anlage beigefügt [„Ergänzungsbeschluss Nr. X vom TT.MM.JJJJ“]. Die Erstellung und Erweiterung der Anlage wird vom Bundesversicherungsamt redaktionell betreut. Die Krankenkassen werden von der für sie zuständigen Aufsichtsbehörde über neu gefasste Ergänzungsbeschlüsse informiert.

§ 4a Wettbewerb der Krankenkassen, Verordnungsermächtigung

(1) Der Wettbewerb der Krankenkassen dient dem Ziel, das Leistungsangebot und die Qualität der Leistungen zu verbessern sowie die Wirtschaftlichkeit der Versorgung zu erhöhen. Dieser Wettbewerb muss unter Berücksichtigung der Finanzierung der Krankenkassen durch Beiträge und des sozialen Auftrags der Krankenkassen angemessen sein. Maßnahmen, die der Risikoselektion dienen oder diese unmittelbar oder mittelbar fördern, sind unzulässig.

(2) Unlautere geschäftliche Handlungen der Krankenkassen sind unzulässig.

(3) Krankenkassen sind berechtigt, um Mitglieder und für ihre Leistungen zu werben. Bei Werbemaßnahmen der Krankenkassen muss die sachbezogene Information im Vordergrund stehen. Die Werbung hat in einer Form zu erfolgen, die mit der Eigenschaft der Krankenkassen als Körperschaften des öffentlichen Rechts unter Berücksichtigung ihrer Aufgaben vereinbar ist.

(4) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere über die Zulässigkeit von Werbemaßnahmen der Krankenkassen zu regeln im Hinblick auf

1. Inhalt und Art der Werbung,
2. Höchstgrenzen für Werbeausgaben einschließlich der Aufwandsentschädigungen für externe Dienstleister, die zu Werbezwecken beauftragt werden,
3. die Trennung der Werbung von der Erfüllung gesetzlicher Informationspflichten,
4. die Beauftragung und Vergütung von Mitarbeitern, Arbeitsgemeinschaften, Beteiligungsgesellschaften und Dritten zu Werbezwecken,
5. die Vermittlung privater Zusatzversicherungsverträge nach § 194 Absatz 1a.

Das Bundesministerium für Gesundheit kann die Ermächtigung nach Satz 1 durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates auf das Bundesamt für Soziale Sicherung übertragen.

(5) Beauftragen Krankenkassen Arbeitsgemeinschaften, Beteiligungsgesellschaften oder Dritte zu Zwecken des Wettbewerbs und insbesondere der Werbung, haben sie sicherzustellen, dass die Beauftragten die für entsprechende Maßnahmen der Krankenkassen geltenden Vorschriften einschließlich der Vorgaben der Absätze 1 bis 3 sowie der Rechtsverordnung nach Absatz 4 einhalten.

(6) In den Verwaltungsvorschriften nach § 78 Satz 1 des Vierten Buches und § 77 Absatz 1a des Vierten Buches ist sicherzustellen, dass Verwaltungsausgaben, die der Werbung neuer Mitglieder dienen, nach für alle Krankenkassen gleichen Grundsätzen gebucht werden.

(7) Krankenkassen können von anderen Krankenkassen die Beseitigung und Unterlassung unzulässiger Maßnahmen verlangen, die geeignet sind, ihre Interessen im Wettbewerb zu beeinträchtigen. 2Die zur Geltendmachung des Anspruchs berechnete Krankenkasse soll die Schuldnerin vor der Einleitung eines gerichtlichen Verfahrens abmahnen und ihr Gelegenheit geben, den Streit durch Abgabe einer mit einer angemessenen Vertragsstrafe bewehrten Unterlassungsverpflichtung beizulegen. 3Soweit die Abmahnung berechnete ist, kann die Abmahnende von der Abgemahnten Ersatz der erforderlichen Aufwendungen verlangen. Zur Sicherung der Ansprüche nach Satz 1 können einstweilige Anordnungen auch ohne die Darlegung und Glaubhaftmachung der in § 86b Absatz 2 Satz 1 und 2 des Sozialgerichtsgesetzes bezeichneten Voraussetzungen erlassen werden.

Ist auf Grund von Satz 1 Klage auf Unterlassung erhoben worden, so kann das Gericht der obsiegenden Partei die Befugnis zusprechen, das Urteil auf Kosten der unterliegenden Partei öffentlich bekannt zu

machen, wenn sie ein berechtigtes Interesse dardat. Art und Umfang der Bekanntmachung werden im Urteil bestimmt. Die Befugnis erlischt, wenn von ihr nicht innerhalb von drei Monaten nach Eintritt der Rechtskraft Gebrauch gemacht worden ist. Der Ausspruch nach Satz 5 ist nicht vorläufig vollstreckbar.