
Wettbewerb bringt auch im Gesundheitswesen die besseren Ergebnisse

Daniel Bahr

Was soll Wettbewerb bewirken?

Fast überall hört man mittlerweile, dass im Gesundheitswesen mehr Wettbewerb nötig sei. Sogar die Vertreter der SPD verkünden in ihren Reden immer wieder, wie wichtig es sei, diesen Wettbewerb zu stärken und ihn auszubauen. Was allerdings überhaupt nicht klar ist, ist, was die Einzelnen unter Wettbewerb verstehen. Viele reden von Wettbewerb und meinen die Einheitsversicherung. Man sollte sich zunächst darüber klar werden, was mit Wettbewerb bezweckt wird und unter welchen Voraussetzungen er funktionieren kann bzw. wann er unterstützt werden muss.

Wettbewerb ist ein Verfahren zur Verteilung knapper Mittel auf miteinander konkurrierende Zwecke. In unserem täglichen Leben, wo es um die Bereitstellung von Gütern geht, sieht man immer wieder, dass der Wettbewerb viel besser als planwirtschaftliche Steuerungen knappe Mittel am besten an den Bedürfnissen der Menschen ausrichtet. Nur im Wettbewerb werden sich die Anbieter aus Eigeninitiative an den Interessen der Gesellschaft orientieren, da dadurch die Effizienz gewahrt bleibt.

In den Wirtschaftswissenschaften unterscheidet man verschiedene Funktionen des Wettbewerbs:

1. Die *Steuerungsfunktion* betrifft die Bereitstellung von bedarfsgerechten, an den Konsumentenpräferenzen ausgerichteten Angeboten an Gütern zu möglichst niedrigen Preisen.

2. Die *Allokationsfunktion* richtet sich auf die bestmögliche Aufteilung der Produktionsfaktoren auf alternative Verwendungsmöglichkeiten und eine effiziente Faktorenkombination.
3. Die *Innovationsfunktion* zielt auf die Entdeckung neuer Produkte und neuer Verfahren und eine möglichst schnelle Verbreitung des technischen Fortschritts.
4. Die *soziale Funktion* des Wettbewerbs betrifft zum Ersten größtmögliche Wahlfreiheiten in den Austauschprozessen. Zum Zweiten beugt funktionierender Wettbewerb mit einer Vielzahl von Konkurrenten zu starken gesellschaftlichen und politischen Machtstellungen vor.
5. Last but not least kommt als fünfte Komponente die *schnelle Anpassungsfähigkeit* an eine sich ständig ändernde Datenlage hinzu.

Um das alles erreichen zu können, bedarf es einiger Bedingungen. So muss im Idealfall zum Beispiel

- eine atomistische Marktstruktur mit vielen kleinen Anbietern und Nachfragern mit jeweils kleinem Marktanteil gegeben sein, damit nicht ein einzelnes Unternehmen über zu viel Marktmacht verfügt,
- die Güter müssen homogen sein, also miteinander vergleichbar, und es dürfen keine sachlichen, räumlichen, zeitlichen und persönlichen Präferenzen der Kunden vorhanden sein,
- es muss freien Marktzutritt und Marktaustritt geben,
- und es muss vollständige Markttransparenz gegeben sein. Das bedeutet, dass sowohl Anbieter als auch Nachfrager über alle marktrelevanten Informationen verfügen.

Das Ideal der Wirtschaftswissenschaften geht von vollkommenen Märkten aus. Vielfach wird dem entgegen-

gehalten, dass im Gesundheitswesen viele Unterschiede und daher keine vollkommenen Märkte vorliegen. Der Wettbewerb könne deswegen im Gesundheitswesen keine Anwendung finden. Und selbstverständlich weist der Gesundheitsbereich erhebliche Unterschiede zu anderen Märkten auf. Allerdings gibt es auch sonst vollkommene Märkte nur in der Theorie. In der Realität sind alle Märkte unvollkommen. Und dennoch zeigt sich, dass Wettbewerb unter fairen Bedingungen und durch einen Ordnungsrahmen zu den besseren Ergebnissen führt. Das sollte auch im Gesundheitswesen die Maxime sein.

Der Gesundheitsmarkt – ein besonderer Markt

Wie passt das alles aber zu einem staatlicherseits geschaffenen sozialen Krankenversicherungssystem, das mehr oder wenig hälftig durch Arbeitnehmer und Arbeitgeber über Zwangsbeiträge finanziert wird, dessen Beiträge nur sehr bedingt als Preissignal wirken können, dessen Struktur weitgehend durch Körperschaften öffentlichen Rechts geprägt ist, die nur bedingt neu gegründet werden können, und dessen Leistungsangebot fast vollständig vorgegeben ist? Von einer atomistischen Marktstruktur kann im Hinblick auf die Größe z. B. der Ortskrankenkassen wohl kaum gesprochen werden. Zudem hat man mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz und der Ermöglichung kasernenartenübergreifender Fusionen ja gerade die Bedingungen dafür geschaffen, dass die Marktkonzentration noch deutlich stärker zunimmt. Ich weiß gar nicht, wo einige die Gewissheit hernehmen, dass ein System mit fünf oder zehn Krankenkassen besser geeignet sei, unsere Gesundheitsversorgung auf hohem Niveau zu bezahlbaren Preisen zu sichern, als es eine Vielzahl von Anbietern ist. Auch die Markttransparenz lässt deutlich zu wünschen übrig. Hinzu

kommt, dass sich das Gesundheitswesen auf zwei Ebenen dem üblichen Steuerungsprozess von Angebot und Nachfrage entzieht. Die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen ist nicht unmittelbar mit Ausgaben verbunden, man bezahlt nicht direkt für die Leistung. Ist der Krankenversicherungsbeitrag erst einmal bezahlt, ist fast alles „umsonst“. Die Gesundheitsleistungen sind aus der Sicht der Patienten quasi ein freies Gut. Für die medizinische Versorgung gilt aber (wie für andere Güter auch) der Grundsatz, dass zusätzliche Leistungen nur noch einen abnehmenden Grenznutzen stiften. Bei unserem heutigen System hat der Versicherte jedoch mit Ausnahme der Leistungen, für die er Zuzahlungen zu leisten hat, keinen Anreiz, durch Einschränkung der Nachfrage gestaltenden Einfluss auszuüben. Zum Zweiten liegen Angebot und Nachfrage mit Ausnahme des Erstkontaktes in der Regel in der Hand des Arztes. In den meisten Fällen bestimmt er wegen seines deutlichen Informationsvorsprungs gegenüber dem Patienten, welche konkreten Leistungen in Anspruch genommen und abgerechnet werden. Das erschwert das Ganze also noch weiter.

Damit stellt sich auch ganz konkret die Frage: Wettbewerb in der GKV – geht das überhaupt? Ich denke, es ist klar geworden, dass der Gesundheitsmarkt und insbesondere die gesetzliche Krankenversicherung kein Markt ist, der ohne besondere staatliche Vorgaben auskommt. Das bedeutet aber keineswegs, dass die Alternative in einem staatsregulierten System läge. In einem staatsregulierten System haben die Bürger nämlich keine Wahl- und Gestaltungsmöglichkeiten. Andere bestimmen für sie, was gut sein soll. Zentrale Entscheidungen sind schwerfällig und dauern zu lange. Staatliche Systeme leiden zudem unter chronischer Unterfinanzierung und führen häufig in eine Mangelverwaltung. Eine Rationierung mit Wartelisten, Kapazitätsengpässen, Altersgrenzen für bestimmte Behand-

lungen und das mehr oder weniger offene Verweigern von Leistungen sind die Folge. Die Entscheidung für ein staatliches System ist die Entscheidung gegen Effizienz. Beitrag und Leistung unterliegen obrigkeitsstaatlicher Willkür. Deshalb gilt es, die treibende Kraft des Wettbewerbs im Hinblick auf effiziente und bedarfsgerechte Lösungen so weit wie irgend möglich zu nutzen. Als liberaler Sozialpolitiker sage ich auch für den Bereich der Krankenversicherung: Vorfahrt für den Wettbewerb, Vorfahrt für die Entscheidungen des Einzelnen, wo immer das möglich ist. Pluralität ist ein ganz wesentliches Element für weitgehende Zufriedenheit. Staatsregulierte Systeme sind lange nicht so effizient und – was in meinen Augen fast noch wichtiger ist – sie gehen in vielem an den Bedürfnissen der Menschen vorbei. Die Suchprozesse des Marktes sind staatlichen Vorgaben vorzuziehen – auch wenn der eine oder andere Weg sich als Sackgasse erweisen kann. Nur hat das dann den Vorteil, dass nicht alle von diesem Fehler gleichermaßen betroffen sind, sondern nur einige und dass man einen solchen Fehler damit auch leichter wieder korrigieren kann – und in der Konkurrenz mit anderen auch schnell korrigieren wird. Es lohnt sich deshalb, an den Bedingungen zu arbeiten, unter denen Wettbewerb auch in der gesetzlichen Krankenversicherung stattfinden kann. Einiges hat der Gesetzgeber in den Jahren seit 1993 ja auch versucht. Ich bin mir allerdings nicht sicher, dass das ausreicht. Ich glaube, dass wir gut daran tun würden, noch einmal grundsätzlich über die Struktur der Krankenversicherung zu diskutieren, um die Ergebnisse zu optimieren. Zunächst möchte ich aber einen kurzen Rückblick über das geben, was bisher passiert ist.

Kurzer Rückblick zum Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung

In der gesetzlichen Krankenversicherung ist seit dem Gesundheitsstrukturgesetz, also seit dem 1. Januar 1993, einiges in Gang gekommen. Damals hatten die Beteiligten sich entschlossen, mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen zuzulassen. Die unterschiedliche Behandlung von Arbeitern und Angestellten war nicht mehr zeitgemäß. Das alte Zuteilungssystem, das Arbeiter automatisch der regionalen AOK zuordnete, wenn ihr Arbeitgeber nicht eine Betriebskrankenkasse (BKK) gegründet hatte oder einer Innung angehörte, die sich für eine Innungskrankenkasse (IKK) entschieden hatte, sollte so nicht mehr gelten. Angestellte durften auch bis dahin schon eine Ersatzkasse wählen. Nach dem 1.1.1993 durfte nun jeder Arbeitnehmer vom Grundsatz her eine gesetzliche Krankenkasse seiner Wahl bestimmen, bei der er sein Krankheitsrisiko versichern wollte. Allerdings durften nach wie vor nur die Arbeitnehmer zur privaten Krankenversicherung (PKV) wechseln, die über ein Einkommen verfügten, das oberhalb der Versicherungspflichtgrenze lag. Ausnahmen waren zudem nach wie vor Betriebskrankenkassen und Innungskrankenkassen, die beschlossen hatten, sich nicht für andere Mitglieder zu öffnen. Um – wie wir das damals glaubten – in der Anfangsphase dafür zu sorgen, dass die Beitragssätze insbesondere der AOK, die zum Zeitpunkt des Übergangs viele schlechte Risiken versicherte, derart stieg, dass sie nicht mehr wettbewerbsfähig gewesen wäre, ist der Risikostrukturausgleich eingeführt worden. Die FDP hat damals sehr vehement darauf gedrungen, keinesfalls über die vier Ausgleichsfaktoren Alter, Geschlecht, mitversicherte Familienangehörige und Einkommen hinauszugehen. Allerdings ist dann durch die Hintertür de facto doch noch ein weiteres Kriterium hinzugekommen:

der Bezug von Renten aus Mitteln der EU oder der betrieblichen Unfallversicherung (EU- bzw. BU-Renten).

Seit der Einführung der Wahlfreiheit hat sich auf dem Krankenversicherungsmarkt einiges ereignet. Die Zahl der Krankenkassen ist deutlich zurückgegangen. Die Ortskrankenkassen und die Innungskrankenkassen haben weitgehend nur noch landesweite Organisationen. Es hat sogar länderübergreifende Fusionen gegeben. Die Mitgliederzahlen haben sich ebenfalls deutlich verschoben. Allerdings – auch das muss man feststellen – sind bisher mehr junge, gesunde Menschen zu einem Wechsel bereit gewesen als Ältere und Kranke. Die meisten Betriebskrankenkassen und Innungskrankenkassen haben sich mittlerweile geöffnet in dem Sinne, dass dort auch andere Versicherte Mitglied werden können.

Diese Entwicklung ist begleitet worden durch ein Hin und Her bei den Möglichkeiten der Tarifgestaltung. Die Krankenkassenwahl macht ja nur dann Sinn, wenn sich das Angebot der einzelnen Krankenkassen nicht allein im Service unterscheidet. Dabei geht es nicht um eine Differenzierung der Kernleistungen, die im Krankheitsfall benötigt werden. Aber es geht darum, mehr Gestaltungsspielräume und mehr Flexibilität in den Tarifen und in den Versorgungsstrukturen zu ermöglichen. Das zweite GKV-Neuordnungsgesetz (GKV-NOG) von 1997 sah deshalb vor, dass die Versicherten eine Krankenkasse wählen konnten, die Selbstbehaltstarife mit entsprechend niedrigeren Beitragssätzen anbot oder die Beiträge zurück erstatten konnte, wenn keine oder nur geringe Leistungen in Anspruch genommen wurden. Die Versicherten konnten sich damals auch für eine Krankenkasse entscheiden, deren Leistungsangebot umfangreicher als das anderer Krankenkassen war und die z. B. umfassende Maßnahmen der Gesundheitsförderung und der Prävention anbot – was dann allerdings allein durch Beiträge des Versicherten zu finan-

zieren war, ohne die Beteiligung der Arbeitgeber. Die Krankenkassen konnten höhere als die im Gesetz vorgesehenen Zuzahlungen verlangen, um effizienter steuern zu können. Das hat die rot-grüne Bundesregierung direkt nach ihrer Wahl mit dem GKV-Solidaritätssicherungsgesetz weitgehend wieder rückgängig gemacht. Erst seit dem 1.4.2007 geht es hier wieder in eine freiheitlichere Richtung.

Auch in die Versorgungsstrukturen hat das 2. NOG den frischen Wind des Wettbewerbs hineingebracht. Die einzelnen Krankenkassen haben die Möglichkeit erhalten, mit denjenigen, die die Leistungen erbringen, neue Versorgungsformen zu vereinbaren. Dahinter stand die Überlegung, dass die Beteiligten vor Ort besser wissen als der Gesetzgeber, welche Maßnahmen im Einzelnen vernünftig und notwendig sind. Es gab die Möglichkeit, in Modellvorhaben zu testen, ob die Qualität und die Wirtschaftlichkeit der Versorgung durch neue Verfahren und Organisationsformen der Leistungserbringung oder durch neue Leistungen verbessert werden konnte.

Darüber hinaus sind damals die sogenannten Strukturverträge in das Gesetz aufgenommen worden. Damit wurde den Vertragsparteien die Möglichkeit gegeben, Versorgungs- und Vergütungsstrukturen zu vereinbaren, die dem vom Versicherten gewählten Hausarzt oder einem von ihm gewählten Verbund haus- und fachärztlich tätiger Vertragsärzte die Verantwortung für die Gewährleistung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung sowie der ärztlich verordneten oder veranlasseten Leistung übertrug.

Allerdings hat sich gezeigt, dass von den Modellvorhaben und den Strukturverträgen nur sehr begrenzt Gebrauch gemacht worden ist. Das mag zum einen daran liegen, dass solche Dinge Zeit brauchen – und die hat die Politik den Handelnden eher selten zugestanden, weil immer schon die nächste Kostenwelle bewältigt werden

musste. Zum Zweiten muss man feststellen, dass das gesetzlich vorgegebene sektorale Budget wohl mit der stärkste Hinderungsgrund für sektorübergreifende Ansätze gewesen ist. Werden Leistungen mit einem bestimmten Preis bezahlt, so ist es kein Problem, wenn diese Leistungen nun nicht mehr bei einem niedergelassenen Arzt, sondern z. B. bei einem Zusammenschluss bezahlt werden müssen. Es ist aber ein großes Problem, wenn prospektiv Annahmen darüber getroffen werden müssen, wie viele Leistungen voraussichtlich über einen Strukturvertrag abgewickelt werden, und wenn diese Leistungen mit floatenden Punktwerten bewertet werden und mühsam aus einem gesetzlich vorgegebenen Budget herausgerechnet werden müssen. Insofern ist es eigentlich gar nicht weiter verwunderlich, dass sich auf diesem Gebiet relativ wenig getan hat.

Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz wurde ein neuer Anlauf unternommen, in diesen Bereich mehr Bewegung hineinzubringen. Seitdem sind die Möglichkeiten für Modellvorhaben verbessert worden. Es dürfen Medizinische Versorgungszentren (MVZ) gegründet und Hausarztverträge geschlossen werden. Für die Integrierte Versorgung gibt es eine Anschubfinanzierung, die mit dem GKV-WSG noch einmal bis Ende 2008 verlängert worden ist. Damit ist ein Ausbrechen aus den sektoralen Vergütungskäfigen möglich geworden.

Vieles, was dort angelegt war, ist mit dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz ausgefüllt und erweitert worden. Es hat eine Liberalisierung des Vertragsarztrechts gegeben. Es ist jetzt möglich, dass Ärzte in selbstständigen Arztpraxen angestellt werden, dass sie eine Teilzulassung bekommen, dass sie überörtliche Praxisausübungsgemeinschaften bilden, dass sie gleichzeitig am Krankenhaus und in der Praxis oder einem MVZ arbeiten können – um nur einige der Hauptpunkte zu nennen.

Wie viel Wettbewerb bringt das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz?

Während des Gesetzgebungsverfahrens zum GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz ist kaum ein Tag vergangen, an dem die Verantwortlichen nicht das Wort Wettbewerb im Munde geführt hätten. Überall wurde gepriesen, dass dieses Gesetz den Wettbewerb deutlich stärke. In der Begründung zu dem Gesetzentwurf heißt es, dass insbesondere vorzusehen sei eine „Qualitäts- und Effizienzsteigerung durch Intensivierung des Wettbewerbs auf Kassenseite insbesondere durch mehr Vertragsfreiheit der Kassen mit Leistungserbringern, Reformen der Organisation wie z. B. die Ermöglichung kassenartenübergreifender Fusionen sowie den neuen Gestaltungsmöglichkeiten im Rahmen der Einführung des Gesundheitsfonds“. „Die Beziehungen zwischen Patienten und Ärzten, Versicherten und Kassen, Kassen und Leistungserbringern würden transparenter, flexibler und noch stärker wettbewerblich ausgestaltet. Mit der Errichtung eines Gesundheitsfonds würden der Wettbewerb zwischen den Kassen und die Anreize für die wirtschaftliche Verwendung der Einnahmen sowie für mehr innovative Angebote der Kassen erhöht.“ So viel zu dem, was der Gesetzgeber angeblich mit diesem Gesetz bezweckt hat.

Die Realität passt dazu aber nur bedingt. Man mag beispielsweise zur PKV stehen, wie man will, aber wenn sie einfach schrittweise abgeschafft und damit ohne Grundsatzdiskussion der Systemwettbewerb zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung beseitigt werden soll, dann gewinnt man nicht gerade den Eindruck, dass Pluralität dasjenige ist, was diese Regierung anstrebt. Der Wettbewerb, der angeblich gestärkt werden soll, wird auch bei den gesetzlichen Krankenkassen beschnitten, u. a. in dem entscheidenden Punkt der Beitragsgestaltung. Den Krankenkassen wird die Beitragsautonomie genommen und

stattdessen für alle gesetzlichen Krankenkassen ein einheitlicher Beitragssatz vorgegeben. Damit hat der Beitragssatz seine Funktion als Preissignal komplett verloren. Der Gesundheitsfonds, der zum 1.1.2009 installiert werden soll, wirkt im Prinzip wie eine Schleuse, die einen Strom einkommensabhängiger Beitragszahlungen in mehr oder weniger risikoäquivalente Zahlungen an die einzelnen Krankenkassen umwandelt. Ein direkter Bezug von Einnahmen und Ausgaben ist damit noch weniger gegeben als heute. Wettbewerb, so war immer wieder zu hören, soll über die Zusatzprämie erfolgen, die eine Krankenkasse erheben kann, wenn sie mit dem zugeteilten Geld nicht auskommt. Diese Prämie ist allerdings auf maximal ein Prozent des Haushaltseinkommens des jeweiligen Versicherten begrenzt worden. Das führt zu deutlichen Problemen insbesondere bei den Krankenkassen, deren Mitglieder nur über ein sehr geringes Einkommen verfügen. Von diesen Mitgliedern kommt nämlich wenig Geld in die Kasse. Und diejenigen, die mehr verdienen, werden sich bedanken, wenn ihnen klar und deutlich vor Augen geführt wird, dass sie die Zeche dafür zu zahlen haben.

Ich glaube schon, dass die Prämie merklicher ist als eine prozentuale Beitragssatzerhöhung. Insofern stimme ich mit Aussagen von CDU-Gesundheitspolitikern überein. Ich bin aber genauso davon überzeugt, dass das nicht den Wettbewerb verbessert, sondern die Krankenkassen zwingt, bei der Leistungsgewährung besonders vorsichtig zu werden. Es kommt ja nicht von ungefähr, dass die zunächst nur für den Mutter-Vater-Kind-Kurbereich und den geriatrischen Rehabilitationsbereich vorgesehene Umwandlung der Satzungsleistungen in Pflichtleistungen auf den gesamten Bereich der Rehabilitation übertragen worden ist. Hintergrund war die Befürchtung, dass die gesetzlichen Krankenkassen im Hinblick auf eine zu knappe Mittelausstattung und die drohende Gefahr, eine Prämie

erheben zu müssen, bei diesen Leistungen zu restriktiv vorgehen würden. Damit ist der Tag nicht fern, an dem unter dem Deckmantel des Wettbewerbs auch noch die letzte Satzungsleistung gestrichen wird.

Aber es ist nicht allein die Frage der Preisgestaltung im Prämienbereich, die mich glauben lässt, dass man von Wettbewerb redet, aber nicht verstanden hat, wie dieser wirklich funktioniert. Hinzu kommt der „Spitzenverband Bund“, der als Monopolist de facto alle wichtigen Aufgaben der bisherigen Spitzenverbände der Krankenkassen übernimmt und in weiten Bereichen klare Vorgaben macht, denen gefolgt werden muss. Das ist im Prinzip der Anfang vom Ende des gegliederten Krankenversicherungssystems. Damit stellt man die Weichen in Richtung einer einheitlichen Krankenversicherung. Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben völlig zu Recht darauf hingewiesen, dass die heutigen zum Teil unterschiedlichen inhaltlichen Positionen durch einen solchen Spitzenverband Bund nicht besser in Einklang gebracht werden können, sondern lediglich durch ein Zentralorgan nivelliert werden. Ich weiß, dass der eine oder andere im System durchaus Sympathie dafür hat, dass der eigene Bundesverband in seinen Kompetenzen beschnitten wird. Ich bin aber überzeugt davon, dass man merken wird, dass das nur der Anfang war. Bei der nächsten Reform wird man sich die Frage stellen, warum man eigentlich unterschiedliche Landesverbände braucht. Diesmal ist es sozusagen noch einmal gut gegangen. Wie das beim nächsten Mal aussieht, weiß man nicht. Ich finde es außerordentlich schade, dass man bei dieser Reform die Chance verpasst hat, sich darüber Gedanken zu machen, welche Aufgaben auf welcher Ebene erledigt werden müssen. Wer mehr Wettbewerb will, muss der einzelnen Krankenkasse mehr Gestaltungsmöglichkeiten geben, auch und gerade im Vertragsbereich. Man hätte gerade von der Vorstellung Abschied nehmen müssen, dass alles

einheitlich und gemeinsam sein müsse, wenn man es ernst gemeint hätte mit dem Wettbewerb.

Spielräume, das muss man konstatieren, sind allerdings im Bereich der Tarifgestaltung der gesetzlichen Krankenkassen geschaffen worden. Da gibt es auf der einen Seite die Wahltarife, die eine Krankenkasse anbieten muss. Dazu gehören u. a. spezielle Tarife für hausarztzentrierte Versorgung, für die Integrierte Versorgung, für Disease-Management-Programme und für besondere Versorgungsformen. Daneben gibt es spezielle Wahltarife, die eine Krankenkasse anbieten kann. Dazu gehören Tarife:

- mit Selbstbehalt,
- bei Wahl der Kostenerstattung,
- bei Nichtinanspruchnahme von Leistungen,
- für die Übernahme von Arzneimitteln der besonderen Therapierichtungen.

Die Teilnahme an den jeweiligen Wahltarifen ist freiwillig. Festgeschrieben ist, dass sich die Tarife jeweils selbst tragen müssen. Auf diese Art und Weise soll verhindert werden, dass es zu Quersubventionierungen aus dem Bereich des „Normaltarifs“ kommt. Inwiefern sich das tatsächlich realisieren und nachweisen lässt, wird die Zukunft zeigen. Das Bundesversicherungsamt ist zurzeit ja sehr intensiv dabei, die ihm vorgelegten Tarifvorschläge zu prüfen.

Ich selbst bin immer ein Anhänger des Vorschlags gewesen, der gesetzlichen Krankenversicherung mehr Gestaltungsspielräume in diesem Bereich zu ermöglichen. Die Umsetzung dieser Ideen verfolge ich deshalb auch mit ganz besonders großem Interesse. Was ich für problematisch halte, ist die Mindestbindungsfrist von drei Jahren, die für die von den Krankenkassen auf freiwilliger Basis angebotenen Tarife gilt. Ich kann verstehen, dass eine Krankenkasse das sehr begrüßt, weil sie einen besseren Planungshorizont hat. Ich hoffe nur, dass alle Versicherten

sich dieser Restriktion bewusst sind und dass die Tarife, die jetzt auf den Markt kommen, wirklich alle so gestrikt sind, dass es nicht unzumutbar wird, drei Jahre lang daran gebunden zu sein.

Was den Tarif für Arzneimittel der besonderen Therapie-richtungen anbelangt, habe ich nicht so ganz verstanden, warum man nicht einen Tarif für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel insgesamt ermöglicht hat. Denn hier liegen nach wie vor Probleme, die man auf diese Weise hätte lösen können.

Mit Sorge betrachte ich die Interpretation des Bundesversicherungsamtes im Hinblick darauf, wie weit solche Wahltarife gehen können. Das BVA vertritt die Auffassung, dass das Angebot eines Kostenerstattungstarifs sich auch auf die Chefarztbehandlung im Krankenhaus oder eine Versorgung im Zweibettzimmer beziehen darf, weil es sich nicht um eine Leistungsausweitung handele. Hält man an einer so weiten Interpretation fest, besteht die Gefahr, dass es europarechtliche Komplikationen im Hinblick auf die Unternehmenseigenschaft gesetzlicher Krankenkassen geben kann. Dieser Punkt ist äußerst sensibel und darf nicht vernachlässigt werden. Es kann ja sein, dass man zu der Auffassung kommt, dass die gesetzliche Krankenversicherung eine ganz andere Struktur braucht. Ich habe durchaus Sympathie dafür, aus gesetzlichen Krankenkassen private Unternehmen zu machen. Aber dann muss man das wissen, und man muss es bewusst tun und gestalten und darf es nicht darauf ankommen lassen, eventuell durch die europäische Rechtsprechung zu Korrekturen gezwungen zu werden, die dann gravierende Konsequenzen für die Versicherungslandschaft haben können.

Parallel zu der Möglichkeit, neue Tarife anzubieten, gibt es Restriktionen. Satzungsleistung der GKV, wie z. B. die Rehabilitationsleistungen, werden in Pflichtleistungen

umgewandelt. Damit werden bisherige Gestaltungsspielräume auf der Produktseite beseitigt.

Im Verhältnis zu den Leistungserbringern gibt es zukünftig ein Nebeneinander von althergebrachten Vertragsstrukturen und neuen Möglichkeiten der Vertragsgestaltung. Bei den Ärzten treten an die Seite kollektivvertraglicher Regelungen auf der Grundlage eines neuen Vergütungssystems verschiedene Optionen zu einzelvertraglichen Vereinbarungen. Die hausarztzentrierte Versorgung wird auf eine neue Grundlage gestellt. Es wird betont, dass die Krankenkassen – eventuell auch in Kooperation mit anderen Krankenkassen – ihren Versicherten eine solche hausarztzentrierte Versorgung flächendeckend zur Verfügung stellen müssen, damit jeder Versicherte jeder Krankenkasse in jeder Region die Möglichkeit hat, sich bei einem so eingebundenen Hausarzt einzuschreiben. Zudem werden inhaltliche Mindestanforderungen nunmehr gesetzlich fixiert und nicht mehr den Vertragspartnern überlassen. Das betrifft z. B. die Teilnahme an strukturierten Qualitätszirkeln zur Arzneimitteltherapie unter Leitung professioneller Moderatoren, die Behandlung nach Leitlinien, die Erfüllung der Fortbildungspflichten sowie die Einführung eines Qualitätsmanagements.

Die Verträge können auch mit Managementgesellschaften geschlossen werden, die sich verpflichten, die hausarztzentrierte Versorgung mit entsprechend qualifizierten Ärzten durchzuführen. Das konnten nach dem ersten Entwurf auch KV-getragene Dienstleistungsgesellschaften sein. Das ist nun dahingehend geändert worden, dass Verträge auch mit Kassenärztlichen Vereinigungen geschlossen werden können, wenn Hausärztegemeinschaften das wollen. Festgehalten wird ebenfalls, dass der Sicherstellungsauftrag für die hausärztliche Versorgung für an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmende Versicherte auf die Krankenkassen übergeht.

Das ist ein Einstieg in den Ausstieg der Hausärzte aus den Kassenärztlichen Vereinigungen – allerdings ohne dass man das deutlich sagen und die entsprechenden Strukturen schaffen würde. Man sieht an den detaillierten Anforderungen zudem, wie wenig diese Bundesregierung den Ärztinnen und Ärzten und den Krankenkassen im Vertragsgeschäft zutraut.

§ 73c SGB V greift die alte Idee, die schon im Zusammenhang mit dem GKV-Modernisierungsgesetz aufgekommen war, wieder auf, einzelvertragliche Lösungen vorzusehen. Den Krankenkassen ist der Abschluss von Selektivverträgen für die Sicherstellung der ambulanten (fach-)ärztlichen Versorgung – zunächst – nicht zwingend vorgeschrieben, sondern er liegt in ihrem Ermessen.

Dabei kann sowohl die gesamte ambulante ärztliche Versorgung in einer Region selektivvertraglich geregelt werden als auch einzelne Bereiche der ambulanten ärztlichen Versorgung. Für die Versicherten ist eine freiwillige Selbstbindung vorgesehen. Das heißt: Sie müssen ihrer Krankenkasse gegenüber erklären, nur noch (Fach-)Ärzte in Anspruch zu nehmen, mit denen ein gesonderter Vertrag geschlossen worden ist, und andere Ärzte lediglich auf Überweisung. Diese Verträge können die Krankenkassen oder Kooperationen von Krankenkassen mit einzelnen Ärzten oder mit Gemeinschaften von Ärzten oder, wenn Fachärztegemeinschaften das wollen, mit Kassenärztlichen Vereinigungen schließen. Einen Anspruch darauf, dass ein solcher Vertrag geschlossen wird, gibt es nicht. Es liegt in der Hand der Krankenkassen, ob und zu welchen Bedingungen sie Selektivverträge schließen und den Sicherstellungsauftrag übernehmen wollen.

Ich bin sehr gespannt, wie die einzelnen Krankenkassen mit diesen Möglichkeiten umgehen werden und ob damit der Übergang zu einem reinen System von Einzelverträgen eingeläutet wird.

Im Arzneimittelbereich hat man nicht den Mut gehabt, allein auf den Wettbewerb als effizienzsteigernde Struktur zu setzen. So ist ein Sammelsurium zum Teil nicht miteinander kompatibler Instrumente entstanden. Als neues Instrument hinzugekommen sind z. B. die Rabattverträge. Die Eröffnung solcher Verhandlungsmöglichkeiten macht aber ökonomisch nur dann wirklich Sinn, wenn der Markt nicht durch andere gesetzliche Regelungen so überreglementiert ist, dass keine ausreichenden Gestaltungsspielräume mehr bleiben. Die Vielzahl der heute vorhandenen, sich teilweise gegenseitig widersprechenden Instrumente muss durch einfache, transparente Regelungen ersetzt werden. Wer den Wettbewerb bejaht, kann nicht an Importquoten, GKV-Zwangsrabatten und gesetzlich vorgegebenen Fixzuschlägen festhalten. Festbeträge und Höchstbeträge müssen durch flexible Erstattungsmodelle ersetzt werden. Die Konsequenzen aus der auf internationalen Standards basierenden Kosten-Nutzen-Bewertung müssen die einzelnen Krankenkassen für ihre Tarife ziehen können und nicht der Gemeinsame Bundesausschuss, der sich immer mehr zu einer Oberbehörde des medizinischen Leistungsgeschehen entwickelt. Der Vorteil des Marktes ist ja gerade darin zu sehen, dass zahlreiche Suchprozesse in Gang gesetzt werden, bei denen sich gute Ergebnisse durchsetzen und schlechte wieder vom Markt verschwinden.

Das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz ist damit insgesamt kein konsequenter Schritt in Richtung Wettbewerb. Mit dieser Auffassung stehe ich nicht allein. Auch das Bundeskartellamt vertritt die Auffassung, dass der Wettbewerb zusätzlich beschränkt wird. Lassen sie mich einige Sätze aus der Stellungnahme des Bundeskartellamtes zum GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz zitieren:

„Bei der Umsetzung des Gesundheitsfonds in der derzeit beabsichtigten Form wird der Wettbewerb im ersten Jahr durch ein einheitliches Zuteilungssystem von Beiträgen

und Steuermitteln auf die Kassen nahezu völlig ausgeschaltet. In den folgenden Jahren wird der Wettbewerb im Hinblick auf die Zuzahlungen auf maximal 1 % des beitragspflichtigen Einkommens beschränkt. Die von den prosperierenden Kassen an ihre Versicherten auszuschüttenden Prämien werden nach Einschätzung des Bundeskartellamtes ebenfalls nur zu geringen Preisdifferenzierungsmöglichkeiten führen, die keinen funktionierenden Preiswettbewerb, sondern eher die bekannten Auswüchse in Nebenleistungswettbewerb nach sich ziehen werden. Das Erlahmen des Wettbewerbs zwischen den Kassen wird die Effizienz der Leistungserbringung mit der Folge höherer Kosten weiter absinken lassen.

Der derzeitige gesundheitspolitische Ansatz zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen beschränkt sich – von Einzelmaßnahmen abgesehen – im Grundsatz darauf, den Krankenkassen einen stärkeren individuellen Handlungsspielraum gegenüber ihren Leistungserbringern zu gewähren. Dieser Ansatz wird vom Bundeskartellamt begrüßt. Denn hierdurch könnten sich einzelne Krankenkassen Wettbewerbsvorsprünge gegenüber anderen Kassen verschaffen, die keine individuellen Anstrengungen zur Verbesserung ihrer Leistung erbringen, sondern sich mit den Rahmenvereinbarungen ihrer Spitzenverbände zufriedengeben.

Dieser gesetzliche Anlass wird jedoch nicht konsequent genug umgesetzt. Insgesamt führt das Maßnahmenpaket gerade nicht – wie angestrebt – zu einer Stärkung des Wettbewerbs, sondern zu einer Beschränkung des Wettbewerbs mit negativen Folgen für die Marktstrukturen im Gesundheitswesen. Hauptgrund hierfür ist, dass die Gesundheitsreform 2006 den bereits entstandenen Wettbewerb zwischen den Krankenkassen auf einen minimalen Restwettbewerb zurückführt. Hierdurch wird auch dem Anreiz der einzelnen Kasse, sich individuelle Wett-

bewerbsvorsprünge zu erarbeiten, substantiell entgegenwirkt. Denn individuelles Handeln macht nur Sinn, wenn der Handelnde hieraus auch individuelle Wettbewerbsvorsprünge gegenüber seinen Wettbewerbern erzielen kann. Es fehlt damit an einem relevanten Anreiz für die Krankenkassen, durch individuelle Verhandlungen mit ihren Leistungserbringern individuelle Wettbewerbsvorteile zu erzielen.

Zu erwarten ist aus Sicht des Bundeskartellamtes, dass im Zuge der Gesundheitsreform 2006 die Krankenkassen entgegen der Zielsetzung der Reform nicht verstärkt individuell, sondern gemeinsam handeln werden und damit der Wettbewerb geschwächt wird. Dies schließt nicht aus, dass hierdurch kurzfristig ein Beitrag zur Kostendämpfung erreicht werden kann. Allerdings werden die zu erzielenden Einsparungen in diesem Fall gar nicht mithilfe eines funktionierenden Wettbewerbs erbracht, sondern durch eine Bündelung der Nachfrage, die unter den allgemeinen wettbewerbsrechtlichen Rahmenbedingungen unter das Kartell- und ggf. auch unter das Missbrauchsverbot fallen und mit hohen Bußgeldern geahndet würden.

Das Bundeskartellamt plädiert daher für eine Erweiterung der individuellen Handlungsspielräume der Gesetzlichen Krankenkassen, und zwar sowohl im Hinblick auf den Angebotswettbewerb um Mitglieder als auch im Hinblick auf den Nachfragewettbewerb gegenüber ihren Leistungserbringern. Demgegenüber sollten die Möglichkeiten der Krankenkassen, gemeinsam zu handeln, auf das Maß beschränkt werden, das unbedingt notwendig ist, um die gesundheitspolitischen Ziele zu gewährleisten.“

Dem ist nicht viel hinzuzufügen.

Unverzichtbare Bedingungen für mehr Wettbewerb

Wer den Wettbewerb ernst meint, kann nicht den Hauptparameter jeden Wettbewerbs, den Preis, gesetzlich bundesweit für alle Anbieter festsetzen. Da hilft es auch nicht viel weiter, wenn man darüber hinaus eine zudem nach oben stark limitierte Prämie erheben darf. Das setzt die falschen Signale.

Wer den Wettbewerb ernst meint, darf einen Gesundheitsfonds nicht zulassen. Was ist das für eine Perversion, wenn alle Marktteilnehmer ihre nach bestimmten Kriterien erzielten Einnahmen erst einmal in einen Gemeinschaftstopf geben müssen, aus dem sie dann nach anderen Kriterien berechnete Mittel für ihre Ausgaben zurückerhalten? Dadurch wird den Krankenkassen jeder Anreiz genommen, kostendeckend zu arbeiten, sondern sie werden ihre ganze Energie darauf verwenden, durch entsprechende Ausgestaltungen möglichst viel aus dem Topf herauszuholen. Ein solcher Topf ist ja auch ungeheuer manipulationsanfällig. Es glaube doch niemand, dass die staatlichen Zuschüsse für die sogenannten versicherungsfremden Leistungen gesichert sind. Dazu haben wir in den letzten Jahren viel zu direkt miterlebt, wie von einem Tag auf den anderen Milliarden gestrichen oder auch wieder eine Milliarde zugestanden wurde. Ebenso bin ich davon überzeugt, dass die Lasten des gesetzlich geforderten Aufbaus von Altersrückstellungen für die Alterssicherung der DO-Angestellten im Endeffekt über den Fonds auf alle Krankenkassen umverteilt werden – auch wenn man sich bisher nur hinter vorgehaltener Hand traut, das zu diskutieren.

Wer Wettbewerb will, darf auch nicht einen einheitlichen und gemeinsamen Spitzenverband Bund mit einer ungeheuren Fülle von Aufgaben ins Leben rufen, sondern muss den Mut haben, die Entscheidungsmacht auf die

Ebene zu verlagern, die am nächsten am Geschehen ist – die der Krankenkassen. Es ist mir ein absolutes Rätsel, warum nicht zumindest die einzelne Krankenkasse die Preise für Ärzte, Zahnärzte, aber auch für Krankenhäuser aushandeln darf. Das ist nicht immer bequem und zwingt insbesondere kleinere Krankenkassen zu Kooperationen, aber das ist der einzig richtige Weg, Bewegung in die verkrusteten Strukturen zu bringen, ohne dass man damit eine flächendeckende und qualitativ gute Versorgung der Versicherten aufs Spiel setzt. Das setzt allerdings voraus, dass sich keine Krankenkasse wettbewerbspolitisch nicht zulässige Vorteile verschaffen, kann nur weil sie einem sozialen Krankenversicherungssystem angehört, in dem andere Regeln gelten als in der sonstigen freien Wirtschaft.

Wer den Wettbewerb wirklich ernst meint, kommt deshalb überhaupt nicht daran vorbei, einen sauberen wettbewerbsrechtlichen und kartellrechtlichen Rahmen zu schaffen. Wir brauchen eine kartellrechtlich abgesicherte Fusionskontrolle. Anderenfalls führen Fusionen, wie sie jetzt auch kassenartenübergreifend möglich sind, zu unkontrollierter Machtkonzentration. Eine funktionierende Missbrauchskontrolle ist unerlässlich. Es muss klar sein, wer was kontrollieren darf. Die Gesetze gegen Wettbewerbsbeschränkungen und unlauteren Wettbewerb müssen vollständig zur Anwendung kommen. Es reicht nicht, hier nur die §§ 19–21 des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen zu übernehmen. Sie sind zwar mit dem Verbot des Missbrauchs einer marktbeherrschenden Stellung, dem Diskriminierungsverbot, dem Verbot unbilliger Behinderung, dem Boykottverbot sowie dem Verbot sonstigen wettbewerbsbeschränkenden Verhaltens wichtig, aber nicht ausreichend. Zudem muss man feststellen, dass die Kollektivverträge von diesen Regelungen ausgenommen sind und damit der Großteil des Vertragsgeschehens. Das ist zwar verständlich, führt aber zu einer Ungleichheit

von Vertragsbedingungen, die sich zum Teil auf ein und denselben Sachverhalt beziehen können.

Wer wirklich Wettbewerb will, muss auch darüber nachdenken wie es mit dem Risikostrukturausgleich weitergehen soll. Als er mit dem Gesundheitsstrukturgesetz eingeführt worden ist, war er als Ausgleich für die historisch gewachsenen unterschiedlichen Ausgangsbedingungen der gesetzlichen Krankenkassen gedacht. Mittlerweile hat sich der RSA zu einer gigantischen Umverteilungsmaschinerie entwickelt. Über 15 Mrd. Euro werden jährlich auf diese Art und Weise umverteilt. Zukünftig wird es sogar noch mehr sein. Von der ursprünglichen Intention, allein nach bestimmten Kriterien bestimmte Ungleichgewichte auszugleichen, bleibt nicht mehr viel übrig. Wenn auch noch die Verwaltungsausgaben und die Satzungsleistungen mit einbezogen werden, wird es kaum noch Leistungen geben, die nicht ausgeglichen werden. Wenn man tatsächlich den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich umsetzt, wird auch das zu einer weiteren Angleichung führen. Wir nähern uns damit immer mehr einem vollständigen Ausgabenausgleich. Wenn man das aber wirklich will, dann soll man es auch ehrlich sagen und einen solchen Ausgabenausgleich ins Gesetz schreiben. Das hätte dann zumindest den Vorteil, dass man sich den ganzen ungeheuren Aufwand des Risikostrukturausgleichs mit seiner Berechnung der Morbiditäten usw. sparen könnte.

Perspektiven für die Zukunft

Das Gesundheitssystem braucht eine Ausrichtung auf Eigenverantwortung, Effizienz durch mehr Wettbewerb, Transparenz, Wahlfreiheit über freie Tarifgestaltungen, Planungssicherheit für die Wirtschaft und Nachhaltigkeit durch Altersrückstellungen.

Wir müssen dafür sorgen, dass die Menschen größtmögliche Wahlfreiheiten bekommen und zwar nicht nur im Hinblick auf ihren Versicherer, sondern auch im Hinblick auf die Tarifausgestaltung und auf die Leistungen, die sie absichern wollen. Nicht alles muss über die Solidargemeinschaft zwangsweise finanziert werden. Das, was wir den Menschen zwangsweise an Versicherungsschutz zumuten, muss auf das unbedingt notwendige Maß beschränkt werden. Alles andere sollte in ihrem eigenen Entscheidungsbereich liegen.

Ich bin zudem felsenfest davon überzeugt, dass man durch staatliche Vorgaben und Kontrollen nicht mehr weiterkommt. Wenn wir es nicht endlich schaffen, einen wohlverstandenen Wettbewerb im Gesundheitssystem zu implementieren, dann werden wir die noch vorhandenen Effizienzreserven nicht bergen können. Dabei hat der Wettbewerb für mich auf allen Ebenen stattzufinden, und er muss durch eine vernünftige Wettbewerbspolitik begleitet werden, damit es nicht dazu kommt, dass einzelne Marktteilnehmer eine marktbeherrschende Stellung gewinnen. Das Kartellrecht muss auch in diesem Bereich angewendet werden. Bereits heute haben einige Krankenkassen eine marktbeherrschende Stellung. Das darf aber so nicht bleiben. Wer Wettbewerb will, muss sich auch um faire Bedingungen kümmern.

Am besten wäre in meinen Augen der Umstieg auf nicht körperschaftliche Versicherer. Es wäre sehr wohl zu überlegen, die gesetzliche Krankenversicherung in diesem Sinne zu privatisieren, d. h. sie von dem Korsett zu befreien, das ihre Position als Körperschaften öffentlichen Rechts für sie bedeutet. In einem solchen System sollten die Versicherten ihren Versicherungsschutz auf der Grundlage einer Pflicht zur Versicherung frei wählen können. Sie wären dann verpflichtet, eine Basisabsicherung zu treffen. Alles darüber Hinausgehende läge in ihrem eigenen Er-

messen. Sie könnten damit den Umfang ihres Versicherungsschutzes den individuellen Bedürfnissen anpassen. Wahlmöglichkeiten und Selbstbehalte vom Basisschutz bis zum Spitzenschutz wären möglich. Hausarzttarife, Tarife mit eingeschränkter Arztwahl, Tarife, die – sofern vorhanden – nur Generika erstatten, Tarife, die nur einen Teil der entstandenen Kosten übernehmen usw. wären vorstellbar. Zwischen den Versicherern müsste freier Wettbewerb herrschen. Das bedeutet für mich auch, dass die Versicherten bei einem Wechsel ihres Versicherers keine Nachteile erleiden dürften. Sollen also Altersrückstellungen gebildet werden, so muss die Möglichkeit geschaffen werden, sie bei einem Versicherungswechsel in irgendeiner Form mitzunehmen. Selbstverständlich hätten die Versicherungsanbieter kein Kündigungsrecht, sodass jedem Bürger ein lebenslanger Versicherungsschutz garantiert wäre. Für den Bereich der Basisleistungen müsste zudem ein Kontrahierungszwang vorgesehen werden, damit niemand wegen einer schweren Erkrankung vom Versicherungsschutz ausgeschlossen wird. Zudem müsste jeder Bürger in die Lage versetzt werden, die Basisleistungen abzuschließen. Im Fall eines zu niedrigen Einkommens müsste dementsprechend der Staat aus Steuermitteln finanzielle Unterstützung leisten.

In einem solchen System entsteht Wettbewerb und Wahlfreiheit. Die Versicherten können unter einem privaten, im freien Wettbewerb sich entwickelnden Angebot frei wählen, und sie können ihren individuell gewünschten Versicherungsschutz selbst aussuchen. Um Anreize zur Effizienzsteigerung zu schaffen, sollte zudem vom Sachleistungsprinzip auf das Kostenerstattungsprinzip umgestellt werden. Kombiniert mit Selbstbehalten stärkt das das Interesse der Patienten an bewusster Nachfrage. Allein über die Beiträge spüren sie dies nicht unmittelbar in ihrem Portemonnaie Selbstverantwortung, Selbstbeteiligung und Kos-

tenerstattung gehören in einem freiheitlichen Wettbewerbssystem zusammen. Beide, sowohl die Anbieter als auch die Abnehmer von Leistungen, werden mit dem kostbaren Gut Gesundheit und dessen Erhaltung nur dann vernünftig umgehen, wenn es Transparenz und Anreize dafür gibt.

Der Wettbewerb darf aber nicht auf der Seite der Versicherer stehen bleiben. Eine verstärkte Konkurrenz unter den Krankenversicherern muss einhergehen mit einem Wettbewerb zwischen den Leistungsanbietern, damit auf diese Weise ohne bürokratischen Aufwand Effizienzreserven mobilisiert werden können. Wenn also nicht mehr einheitlich und gemeinsam verhandelt würde, wenn die Verhandlungen nicht mehr auf Verbandsebene, sondern auf Kassenebene stattfinden würden, dann würde das auch Konsequenzen bei den Ärzten, den Zahnärzten, den Krankenhäusern, den Rehabilitationseinrichtungen usw. haben. Ich bin mir nicht sicher, ob das, solange man die GKV beibehält, in jedem Fall bedeuten sollte, auf heute bewährte Strukturen ganz zu verzichten. Ich bin mir aber völlig sicher, dass sich diese Strukturen ändern müssen und dass wir mehr Spielräume für einzelvertragliche Lösungen brauchen. Wir müssen auf die Kreativität der Beteiligten setzen. Diese Kreativität darf nicht an den Schreibtischen und in Funktionärssitzungen ersticken, sondern es kommt darauf an, innovative Lösungen für die Patienten zu ermöglichen, die Anspruch auf eine optimale Gesundheitsversorgung und zwar zu finanzierbaren Preisen haben.

Mehr Wettbewerb, mehr Wahlmöglichkeiten, eine Entkoppelung von Gesundheitsausgaben und Löhnen, eventuell sogar ein leistungsgerecht kalkuliertes Prämiensystem, all das würde frischen Wind in unser Gesundheitswesen bringen. Ich bin überzeugt davon, dass das allen nutzen würde. Eine Stärkung der Eigenverantwortung anstelle einer kollektiven Rundumversorgung, ein wohlverstandener

Wettbewerb statt des Weges in die Einheitskasse, Wahlmöglichkeiten und Patientensouveränität anstelle von Einheitstarifen, Information und Transparenz anstelle von Bevormundung, leistungsgerechte Vergütungen anstelle von Budgetierungen, freie Arztwahl und Therapiefreiheit, das ist mit wenigen Worten umschrieben das, was ich mir vorstelle.

Kurzum: Wettbewerb in der GKV ist nicht nur möglich, sondern dringend geboten. An den Bedingungen, unter denen er stattfinden kann, muss aber noch intensiv gearbeitet werden.