Bundeskartellamt

Dr. Bernhard Heitzer

Präsident des Bundeskartellamtes

Wettbewerbskontrolle auf den Märkten der gesetzlichen Krankenversicherung

Studienkreis Regulierung Europäischer Gesundheitsmärkte

29. Juni 2009 in Königswinter (Petersberg)

Es gilt das gesprochene Wort!

I. Überblick allgemein wettbewerbliche Entwicklung Gesundheitswesen

Mein Vortrag heute über den Wettbewerb im Gesundheitswesen steht ganz im Zeichen eines geflügelten Wortes des deutschen Schriftstellers Erhard Bellermann: *„Wer Gesundheit meint, spricht von Krankheiten“.*

Ich bin kein Arzt sondern Volkswirt, wie Sie – vermutlich - wissen. Daher geht es mir heute weniger um die Krankheiten des menschlichen Köpers - auch wenn ich natürlich hoffe, dass Sie sich bester Gesundheit erfreuen.

Nein, ich möchte von den Krankheiten der sozialen Marktwirtschaft im Gesundheitssystem sprechen.

Zwar hat die Gesundheits- und Sozialpolitik in den letzten Jahren immer mehr wettbewerbliche Elemente in die Gesundheitswirtschaft integriert. Beispielsweise die freie Kassenwahl und erweiterte Spielräume für selektive Verträge der Krankenkassen. Oder die Einführung des Fallpauschalensystems, womit sie eine Grundlage für mehr Wettewerb zwischen den Krankenhäusern geschaffen hat.

Aber mir scheint, dass die Politik die soziale Marktwirtschaft hier eher wie ein Kartenspiel benutzt. Und die Politik ist ein unfairer Spieler: Sie zieht nur diejenigen Karten aus dem Stapel, von denen sie sich eine Kostendämpfung im Gesundheitswesen verspricht. Alle anderen Karten lässt sie unter den Tisch fallen.

Vor allem setzt sie den Joker „Wettbewerb“ nicht ein! Im Gesundheitswesen vertraut die Politik dem Wettbewerb nicht als grundlegendes Ordnungsprinzip. Wir sprechen von einem Sektor, in dem rund 10 % des Bruttoinlandsprodukts erwirtschaftet werden! 4 Mio. Beschäftigte arbeiten in und um die Gesundheit.

Und wir haben in diesem Sektor mächtige Marktteilnehmer:

Die Krankenhäuser verbuchen unter den Leistungserbringern mit fast 65 Mrd. Euro den größten Kostenblock.

Im letzten Jahr wollte das Bundesgesundheitsministerium hier – aus unserer Sicht - ein Ass aus dem Ärmel schütteln: Das Finanzierungssystem sollte graduell geändert werden. Man wollte die unternehmerische Verantwortung stärker auf die

Krankenhäuser und weniger auf die Krankenhausplanungsbehörden übertragen. Außerdem sollten selektive Verträge zugelassen werden.

Beide Vorhaben sind am politischen Widerstand der Bundesländer gescheitert. Hier ist eine große Chance vergeben worden, für mehr Wettbewerb zum Wohle der Versicherten zu sorgen!

Die Krankenhäuser und Pharmahersteller als Leistungserbringer stehen nur dann unter ausreichendem Wettbewerbsdruck, wenn auch die Krankenkassen miteinander konkurrieren. Die gesetzlichen Krankenkassen sind für rund 60% unserer Gesundheitsausgaben verantwortlich.

Doch sie haben kaum Gelegenheit, untereinander wesentlich in Wettbewerb zu treten. Die Politik hat ihnen lediglich die Qualität als Wettbewerbsparameter überlassen. Über Preise können die Krankenkassen nicht konkurrieren – dafür haben unsere Gesundheitspolitiker endgültig mit dem Gesundheitsfonds gesorgt.

Daran wird offenbar, dass das Vertrauen der Gesundheitspolitik in die Wirkkräfte der Marktwirtschaft nur schwach ausgeprägt ist. Warum hat sich die Politik sonst entschieden, dem Gesundheitswesen ein solches planwirtschaftliches Implantat einzusetzen? Sie hätte besser mehr Wettbewerb verordnen sollen!

I. Gesundheitsfonds

Der Gesetzgeber hat den Gesundheitsfonds zum Januar 2009 im Zuge der Gesundheitsreform 2006 eingeführt. Ziel der Gesundheitsreform 2006 war es, mehr Wettbewerb im Gesundheitssektor zu schaffen.

Deswegen hieß das neue Gesetz wohl auch „Wettbewerbsstärkungsgesetz“ (kurz: GKV-WSG).

Leider ist der Name hier aber nicht Programm. Im Gegenteil: Das Wettbewerbsstärkungsgesetz enthält nämlich zahlreiche Elemente, die den Wettbewerb beschränken und schwächen.

Beitrags- und Steuergelder fließen zentral an den Gesundheitsfonds. Dieser leitet sie nach einem einheitlichen Zuteilungssystem an die gesetzlichen Krankenkassen weiter.

Das Problem ist: Der Beitragssatz für die gesetzliche Krankenversicherung wird nicht mehr von Krankenkassen individuell bestimmt, sondern zentral und einheitlich durch die Bundesregierung.

Und alle Beitragszahler zahlen künftig den gleichen Beitragssatz. Die Krankenkassen können ihrerseits einen Zusatzbeitrag erheben, wenn zugeteilte Beträge nicht ausreichen.

Sie können auch Prämien an ihre Versicherten zurückzahlen, wenn sie besser wirtschaften können. Dieses Potential für Restwettbewerb ist aber nach unserer Einschätzung gering. Die Konsequenz: Die Politik hat die wettbewerblichen Spielräume der Kassen erheblich eingeschränkt.

Mit Schrecken habe ich letzte Woche der Presse entnommen, dass die gesetzliche Krankenversicherung aufgrund der Wirtschaftskrise bereits für 2010 ein Milliardenloch im Gesundheitsfonds erwartet. Möglicherweise kommt eine Welle von Beitragserhöhungen auf die Versicherten zu.

Bereits im laufenden Jahr rechnet der Schätzerkreis für die gesetzliche Krankenversicherung mit Mindereinnahmen der Kassen von 2,9 Mrd. Euro. [Artikel vom 25.6.09, Die Welt]

Der Gesundheitsfonds ist erst ein halbes Jahr in Kraft. Da möchte ich mir nicht vorstellen, wie diese Entwicklung weitergeht!

Scheinbar versuchen viele Kassen derzeit, einen Zusatzbeitrag zu vermeiden, indem sie fusionieren. Krankenkassenfusionen haben jedenfalls zugenommen.

Die Fusionskontrolle des Bundeskartellamts greift erst, wenn durch einen Zusammenschluss die Entstehung oder Verstärkung einer marktbeherrschenden Stellung droht. Bis zu diesem Punkt können die Marktteilnehmer selbst entscheiden, welche Unternehmensgröße sie für ihr Unternehmen als sinnvoll ansehen.
Die Marktstellung der einzelnen Kassen ist bundesweit derzeit aus unserer Sicht noch nicht besorgniserregend.

Die Konzentration im Krankenkassensektor führt aber zwangsläufig dazu, dass die Krankenkassen als Nachfrager gegenüber den Leistungserbringern als Anbieter an Einfluss gewinnen.

Solange hiermit keine marktbeherrschende Nachfragemacht verbunden ist, haben wir auch da grundsätzlich nichts dagegen.

Richtig ist ja, das die Krankenkassen in der Vergangenheit durch die sozialrechtlichen Rahmenbedingungen auch eher gefesselte Riesen waren. Insoweit ist aus Sicht des Bundeskartellamtes gegen eine Stärkung der Nachfragerstellung der Krankenkassen grundsätzlich nichts einzuwenden. Im Interesse ihrer Versicherten ist das eher zu begrüßen.

Differenzierter sehen wir das bei Zusammenschlüssen zwischen den regional oft sehr marktstarken Allgemeinen Ortskrankenkassen, den AOKs, mit regionalen oder bundesweit tätigen Kassen einer anderen Kassenart. Das könnte zu einer wettbewerblich bedenklichen Konzentration insbesondere auf regionalen Nachfragemärkten führen.

Einen solchen Fall mussten wir allerdings bisher noch nicht prüfen.

II. § 69 SGB V – Sonderstellung der gesetzlichen Krankenkassen

Um im Bild des Kartenspiels zu bleiben: Die Gesundheitsreform hat uns im Hinblick auf den Krankenkassensektor auch einen schwarzen Peter zugeschoben:

Der Gesetzgeber hat nämlich für die Rechtsbeziehungen zwischen gesetzlichen Krankenkassen mit Herstellern und Lieferanten von Arznei- und Hilfsmitteln im Sozialgesetzbuch vom Kartellrecht abweichende Regelungen festgelegt.

Diese sind im Ergebnis so beschaffen, dass sie für weniger statt mehr Wettbewerb sorgen.

Die angesprochene Norm ist § 69 Sozialgesetzbuch (*SGB V).* Dadurch kommen die gesetzlichen Krankenkassen in den Genuss einer Sonderstellung:

Das deutsche Kartellverbot nach § 1 GWB gilt für die Beziehung zwischen den Krankenkassen und Leistungserbringern wie zum Beispiel Arznei- oder Hilfsmittelherstellern nicht. Die gesetzlichen Regelungen im SGB V schließen das aus.

Und die Anwendung des europäischen Kartellverbots in Artikel 81 EG-Vertrag auf diese gemeinsamen Beschaffungen scheitert jedenfalls im Grundsatz nach gängiger Auslegung durch den Europäischen Gerichtshof – ich komme darauf noch zu sprechen – an dem eingeschränkten kartellrechtlichen Unternehmensbegriff des europäischen Kartellrechts.

Diese Rechtslage eröffnet den gesetzlichen Krankenkassen eine ungebremste Nachfragemacht. Zu einem Problem wird diese Situation dann, wenn sich gesetzliche Krankenkassen zusammentun und die zur Versorgung benötigten Leistungen und Mittel gemeinsam beschaffen.

Wenn das Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen gilt, dürfen Unternehmen im Sinne des Kartellrechts nur bis zu einem gemeinsamen Marktanteil von 15% gemeinsam einkaufen.

Die AOKs haben sogar einen gemeinsamen Marktanteil von ca. 40%. Sie dürfen aber gemeinsam Arzneimittel einkaufen – mangels Anwendungsmöglichkeiten des deutschen Kartellverbots in § 1 GWB.

Würden „normale“ Unternehmen ihre Einkaufsmacht in diesem Umfang bündeln, würde das zu einem Kartellverfahren und möglicherweise hohen Bußgeldern führen.

Bei der kartellrechtlichen Missbrauchsaufsicht sieht die Rechtslage zwar etwas anders aus, ohne dass damit aber im Ergebnis etwas für die effektive Kartellrechtsrechtdurchsetzung gewonnen wäre.

Nach § 69 SGB V gelten die kartellrechtliche Missbrauchsvorschriften der §§ 19 bis 21 GWB lediglich „entsprechend“.

Allein die Fusionskontrolle ist von § 69 SGB V nicht berührt. Sie ist unter unseren kartellrechtlichen Instrumenten unverändert anwendbar.

Das heißt: Fusionen gesetzlicher Krankenkassen unterliegen der Prüfung durch das Bundeskartellamt. Hierzu komme ich aber noch.

Die Folge des § 69 SGB V ist also insgesamt, dass die Spielregeln des Wettbewerbs für gesetzliche Krankenkassen nur zu einem geringen Teil gelten!

Die Folge ist auch, dass auf diese Weise die Ziele der Gesundheitsreform konterkariert werden.

Die Politik wollte den gesetzlichen Krankenkassen über die Gesundheitsreform grundsätzlich einen stärkeren individuellen Handlungsspielraum gegenüber den Leistungserbringern in bestimmten Bereichen einräumen. Das heißt: Krankenkassen sollten mehr Individualverträge mit pharmazeutischen Unternehmen abschließen.

Es gibt sehr gute Gründe dafür, dass die Krankenkassen durch die Möglichkeit selektiver Verträge von den Fesseln der einheitlichen und gemeinsamen Vertragsgestaltung – ich möchte fast sagen endlich – befreit wurden.

Dies gilt insbesondere auch für den Einkauf von Arznei- und Hilfsmitteln.

Denn hierdurch kann der Markt von einer eher angebotsorientierten Steuerung über die Pharmareferenten der Arzneimittelhersteller auf eine nachfrageorientierte Steuerung durch die gesetzlichen Krankenkassen umgestellt werden.

Insoweit ist es auch das gute Recht der Krankenkassen, beim Einkauf ihrer Leistungen einen möglichst guten Preis zu erzielen. Es ist sogar ihre Pflicht! Sie vertreten ja die Interessen ihrer Beitragszahler.

Daher ist es weder überraschend noch wettbewerbsrechtlich verwerflich, wenn gesetzliche Krankenkassen versuchen, über Einzelverträge günstigere Konditionen auszuhandeln als sie ihnen über die Kollektivverträge geboten werden.

Der Gesetzgeber ist aber ein ganzes Stück über das Ziel hinausgeschossen, indem er die gesetzlichen Krankenkassen lediglich einer „entsprechenden“ Missbrauchsaufsicht, aber nicht dem Kartellverbot nach § 1 GWB unterworfen hat!

Wir beobachten jetzt in der Praxis, dass Krankenkassen gerade nicht individuell einkaufen. Dank der Befreiung vom Kartellverbot schließen sie stattdessen kollektiv – also gemeinsam mit anderen gesetzlichen Krankenkassen – Verträge mit pharmazeutischen Unternehmen ab.

Bis jetzt haben beispielsweise die AOKs insgesamt 275 Einzelverträge mit 21 Pharmafirmen unterzeichnet, was zu vielfältigen Klagen und Rechtsbeschwerden von Herstellern gegen die Rabattrunden geführt hat.

Letzte Woche war in der Presse zu lesen, dass die AOK bereits eine neue Preisrunde angekündigt hat: Bis zu 94 Wirkstoffe und Wirkstoffkombinationen sollen ausgeschrieben werden. Geschätzter Umsatz: Jährlich rund 1,5 Mrd. Euro. [Die Welt, Artikel vom 25.6.2009].

Damit wird deutlich, wir reden hier nicht über Kleinigkeiten!

Fest steht jedenfalls, dass die Kassen ungehindert marktbeherrschende Nachfragekartelle schaffen können. Und dagegen können wir wegen der Regelungen im § 69 SGB V nicht vorgehen.

Offen bleibt aber die Frage, was bei den Versicherten ankommt.

Kurzfristig kann sich ein kostendämpfender Effekt ergeben, wenn die Krankenkassen kollektiv beschaffen. Aber mittel- und langfristig wird sich das Blatt wenden: Wir erwarten steigende Kosten, da sich die Marktstrukturen zum Nachteil des Wettbewerbs verändern:

Die Wettbewerbsposition kleinerer Kassen verschlechtert sich. Und wahrscheinlich werden auch sie Einkaufskartelle bilden.

Es ist zu erwarten, dass sich aufgrund kollektiver Nachfragemacht der Krankenkassen auch die Marktstrukturen auf der Anbieterseite verändern werden.

Viele kleinere Anbieter könnten zum Marktaustritt gezwungen werden, wenn sie nicht mehr zum Zuge kommen.

Dies könnte bei den derzeit mittelständisch geprägten Generikaherstellern oligopolistische Tendenzen begünstigen. Mittelfristig könnte dadurch der Anbieterwettbewerb nachlassen.

Es wäre daher aus wettbewerbspolitischer Sicht unbedingt notwendig, dass wir das Kartellverbot des § 1 GWB auf diese Sachverhalte anwenden können!

Gesetzliche Krankenkassen müssen zwar schlagkräftig sein. Sie dürfen im Interesse des Wettbewerbs aber nicht allmächtig sein!

Das Bundeskartellamt hatte sich wegen der wettbewerbsschädlichen Wirkung von § 69 SGB V bereits im Gesetzgebungsverfahren dafür eingesetzt, diese Norm komplett zu streichen – leider erfolglos.

Es ist zwar immerhin ein Teilerfolg, dass der § 69 SGB V in seiner derzeitigen Fassung vorsieht, dass die kartellrechtlichen Missbrauchsvorschriften der §§ 19 - 21 GWB „entsprechende“ Anwendung finden.

Auf der anderen Seite ist die lediglich „entsprechende“ Anwendbarkeit der §§ 19 - 21 GWB aber ein wettbewerbsrechtliches und -politisches Problem. Erstens ist unklar, ob das Bundeskartellamt für die Durchsetzung zuständig ist oder ob nur der Weg über die Sozial- bzw. Zivilgerichte beschritten werden kann. Zweitens besteht Unsicherheit, was „entsprechend“ genau bedeutet, also wie weit die kartellrechtliche Missbrauchsaufsicht durch die Formulierung „entsprechend“ eingeschränkt wird.

Auch nach EU-Recht ist die Rechtslage im Krankenkassensektor schwierig.
Der Europäische Gerichtshof hat nämlich in zwei Entscheidungen, die das Beschaffungsverhalten staatlicher Gesundheitseinrichtungen bzw. Krankenkassen betrafen, die Unternehmenseigenschaft von Krankenkassen nach europäischem Kartellrecht verneint.

Dies betraf die Verfahren in Sachen Fenin sowie AOK-Bundesverband.

Als tragende Begründung hat der Europäische Gerichtshof ausgeführt, gesetzliche Krankenkassen seien beim Einkauf von Hilfsmitteln zu Versorgungszwecken nur Nachfrager und nicht auf der Absatzseite tätig.

Mit dieser Argumentation wird dem reinen Beschaffungsverhalten der gesetzlichen Krankenkassen der unternehmerisch-wirtschaftliche Charakter abgesprochen.

Diese Rechtsprechung widerspricht als solche dem Unternehmensbegriff des deutschen Kartellrechts, wie er auch in der bisherigen Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs und des Europäischen Gerichtshofs ausgeprägt worden ist.

Unsere Auffassung ist unverändert: Nach deutschem Kartellrecht sind die gesetzlichen Krankenkassen unternehmerisch tätig. Deshalb sollten sie uneingeschränkt dem deutschen Kartellrecht unterliegen. Nur § 69 SGB V macht uns eben bei der Anwendung von Kartell- und Missbrauchsverbot einen Strich durch die Rechnung.

III. Gesetzliche Krankenkassen und Vergaberecht

Gesetzliche Krankenkassen sind inzwischen als öffentliche Auftraggeber anerkannt. Das Vergaberecht gilt für Einzelverträge der gesetzlichen Krankenkassen. Rabattverträge müssen europaweit ausgeschrieben werden. Der Europäische Gerichtshof hat dies Anfang Juni ausdrücklich bestätigt.

Der Gesetzgeber hatte schon zum 18. Dezember 2008 mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung eine Klarstellung vorgenommen. Mit dem Gesetz wurden weitere vergabe- und kartellrechtliche Besonderheiten eingeführt.

Zum einen hat sich der Beschwerde-Rechtsweg im vergaberechtlichen Nachprüfungsverfahren geändert. Bisher waren die spezialisierten Senate des Oberlandesgerichts Düsseldorf zuständig. Nunmehr sind es die Landessozialgerichte.

Diese Rechtswegspaltung ist alles andere als förderlich für eine einheitliche Vergaberechtsprechung.

Wie hier ein effektiver Vergaberechtsschutz sichergestellt sein soll, ist mir schleierhaft.

Im Gegensatz zu den spezialisierten Vergabesenaten der Oberlandesgerichte ist die Sozialgerichtsbarkeit bekanntermaßen mit einer Fülle sozialrechtlicher Fragen befasst – das lässt eine schnelle Entscheidung vergaberechtlicher Streitigkeiten eher unwahrscheinlich werden.

Außerdem stellen sich Sachverhalte unterschiedlich dar, je nachdem ob sie durch die sozialrechtliche Brille oder aus rein wettbewerblicher Perspektive betrachtet werden. Jedenfalls kann das zu abweichenden Auffassungen über vergaberechtliche Fragestellungen führen. Diese können wiederum eine aufwendige Koordinierung der unterschiedlichen Gerichtsbarkeiten erfordern.

Zum anderen müssen das Bundeskartellamt und die Vergabekammern des Bundes nunmehr den Versorgungsauftrag der gesetzlichen Krankenkassen besonders berücksichtigen, wenn sie die kartellrechtliche Missbrauchsaufsicht bzw. das Vergaberecht anwenden.

Wir halten das für nicht vereinbar mit der ordnungspolitischen Konzeption des GWB. Zudem kennen die vergaberechtlichen EU-Richtlinien nur Transparenz, Nichtdiskriminierung und Gleichbehandlung als vergaberechtliche Kriterien.

Die von § 69 SGB V eingefügte Maßgabe, dass der Versorgungsauftrag der gesetzlichen Krankenkassen bei der Anwendung von Kartell- und Vergaberecht besonders zu berücksichtigen ist, wirkt hier wir ein die Grundprinzipien des Vergaberechts einengendes Kriterium. Es steht daher der marktöffnenden Tendenz des Vergaberechts entgegen.

Außerdem gibt es branchenspezifische Besonderheiten in vielen Wirtschaftsbereichen. Da könnte jeder Ausnahmeregelungen fordern. Es ist jedoch nicht sinnvoll, das Kartellrecht zu segmentieren. Das haben wir zum Glück hinter uns.

IV. Krankenhausfusionen

Die Geschichte der Krankenhausfusionen ist sehr bewegt. Früher wurde bestritten, dass Krankenhäuser überhaupt der Fusionskontrolle unterliegen.

Nachdem das höchstrichterlich geklärt war, wurden Forderungen nach Ausnahmeregelungen erhoben.

Und seit kurzem gibt es vermehrt Stimmen, die eine „krankenhausspezifische Modifizierung“ der Fusionskontrolle im SGB V erreichen wollen.

So wird gefordert, die für die Krankenhausplanung zuständigen Behörden am Fusionskontrollverfahren“ zu beteiligen. Wir lehnen dies ab.

Vor allem widerspricht es der ordnungspolitischen Grundkonzeption des deutschen Kartellrechts, wettbewerbliche und gesundheitspolitische Erwägungen derart zu vermischen.

Das deutsche Kartellrecht ist davon geprägt, dass das Bundeskartellamt allein nach wettbewerbsrechtlichen Kriterien prüft. Auf diese Weise werden Interessenkonflikte und politische Druckausübung vermieden. Die Unabhängigkeit des Bundeskartellamts ist auf diese Weise gesichert. Die Unternehmen können auf eine sachkundige Beurteilung allein nach kartellrechtlichen Kritierien vertrauen.

Für nicht-wettbewerbliche gesundheitspolitische Erwägungen bietet dagegen das Instrument der Ministererlaubnis ein ausreichendes Ventil.

Der Krankenhausmarkt ist hoch reguliert und Preiswettbewerb findet weitgehend nicht statt. Gerade das ist aber ein Grund, Qualitätswettbewerb und Wahlmöglichkeiten für Patienten als einzige Garanten für eine hochwertige Versorgung zu sichern.

Die Ziele der Fusionskontrolle im Krankenhaussektor sind:

- die Patientenwahlfreiheit ermöglichen,
- den Wettbewerb auf der Qualitäts- und der Investitionsebene zwischen den Krankenhäusern gewährleisten
- und wettbewerbliche Strukturen auf dem Krankenhausmarkt sichern.

Der Bundesgerichtshof (BGH) hat die Anwendung der Fusionskontrolle auf Krankenhäuser durch das Bundeskartellamt im Januar 2008 bestätigt.

Der BGH führte aus, dass kein Zielkonflikt zwischen der Gesundheitspolitik und der Fusionskontrolle im Krankenhaussektor besteht.

So sei die flächendeckende Versorgung mit bzw. die ausreichende Qualität von Krankenhausleistungen durch die Regelungen des Sozialrechts gewährleistet. Eine wettbewerblich organisierte Marktstruktur ermögliche – genauso wie auch in anderen Märkten – einen ständigen Anreiz zu Qualitätsverbesserungen.

Aufgrund dessen bestehe Zielkongruenz zwischen der Fusionskontrolle und der Gesundheitspolitik. Dies werde auch dadurch unterstrichen, dass die Reformen des Gesundheitssystems einen erheblichen Rationalisierungsdruck auf die Krankenhäuser ausüben.

Wir wundern uns nicht wenig über das große Interesse an Ausnahmeregelungen, denn allein die Zahlen sprechen eine andere Sprache.

Das Bundeskartellamt hat von 2004 bis heute über 100 Fusionen im Krankenhaussektor geprüft. Davon wurde die weit überwiegende Anzahl innerhalb der Vorprüfphase freigegeben.

Nur vier Vorhaben mussten wir untersagen:

> [Zum Hintergrund: Rhön-Klinikum/Kreiskrankenhäuser LKR Rhön-Grabfeld; Rhön-Klinikum/Städtisches Krankenhaus Eisenhüttenstadt; Universitätsklinikum Greifswald/Kreiskrankenhaus Wolgast; Landesbetrieb Krankenhäuser (LBK) Hamburg/Mariahilf]

Drei Fusionen haben wir mit Nebenbestimmungen freigegeben.

> [Zum Hintergrund: Altonaer Kinderkrankenhaus/Verein Altonaer Kinderkrankenhäuser; Asklepios/ LBK Hamburg; Klinikum Region Hannover/Landeskrankenhaus Wunstorf]

V. Ausblick/Fazit

Meine Ausführungen sollten deutlich gemacht haben:

Im Gesundheitswesen muss dringend mehr Wettbewerb stattfinden. Dabei darf es nicht nur um kurzfristige Kostensenkungen gehen. Unser Ziel muss eine effiziente, leistungsfähige und innovative Gesundheitswirtschaft sein.

Wir müssen uns neu orientieren – weg vom jetzigen planwirtschaftlich-kooperatistischen System, hin zur Marktwirtschaft.

Eine solche Hundertachtzig-Grad-Drehung kann nicht übers Knie gebrochen werden. Dazu brauchen wir Zeit. Man kann jetzt anfangen, klare Ziele zu formulieren. Das gibt den Marktteilnehmern ausreichend Zeit, sukzessive in diesen Wettbewerb hineinzuwachsen. Ein gutes Beispiel ist hier die angedachte schrittweise Einführung selektiver Verträge bei Krankenhäusern für sogenannte elektive Leistungen. Das ist eine geeignete Möglichkeit, mit Augenmaß aber auch konsequent mehr Wettbewerb im Krankenhausmarkt einzuführen.

Dagegen haben zentralistische Elemente wie der Gesundheitsfonds in einem zukunftsfähigen Gesundheitswesen nichts zu suchen! Denn auch das hoch regulierte Gesundheitswesen kann gegenüber Einflüssen aus der dynamischen und international vernetzten Weltwirtschaft nicht abgeschottet werden.

Nicht überraschend ruft nach den Großunternehmen nun auch der GKV-Spitzenverband nach dem Staat: Der Bund soll die Einnahmeeinbrüche in 2010 mit einem Steuerzuschuss ausgleichen [Die Welt, 25.6.2009].

Mir scheint fast, als hätte Walter Scheel diese Situation vorhergesehen als er sagte: *„Wer sich in schlechten Zeiten den Staat ins Boot holt, wird ihn in guten Zeiten kaum mehr vom Steuer verdrängen können“.*

Gesetzliche Krankenkassen, Krankenhäuser, Ärzte, die Pharma-Industrie und last but not least die Apotheken brauchen nicht mehr Staat. Sie brauchen stattdessen mehr Entscheidungsfreiheit, um externe Einflüsse besser zu bewältigen – jedenfalls besser als durch „staatliche Vorsehung“!

Der Staat muss sich aus dem unmittelbaren Marktprozess heraushalten. Er soll sorgfältige Rahmenbedingungen festlegen. Dann können marktliche Mechanismen innerhalb gesundheitspolitischer Leitplanken zu effizienten Lösungen führen.