

**Gesundheitskongress des FDP Bürgerfonds**  
Am Mittwoch, 20. Februar in Berlin

**Wettbewerb bringt auch im Gesundheitswesen  
die besseren Ergebnisse**

*Redemanuskript von Daniel Bahr MdB  
Gesundheitspolitischer Sprecher der FDP-Bundestagsfraktion*

Es gilt das gesprochene Wort!

**Was soll Wettbewerb bewirken?**

Fast jeder redet mittlerweile davon, dass mehr Wettbewerb ins Gesundheitswesen hinein müsse. 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: Was verstehen die Einzelnen unter Wettbewerb? Viele reden von Wettbewerb und meinen die Einheitskasse. Das Ziel von Wettbewerb kann aber nicht die Vereinheitlichung sein. Wer Wettbewerb will, muss Unterschiede akzeptieren, sonst funktioniert Wettbewerb nicht. Gerade Wettbewerb garantiert Vielfalt, wenn er seine Funktionen erfüllen kann.

Man sollte sich zunächst klar sein, 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 genauer als planwirtschaftliche Steuerungen knappe Mittel an den Bedürfnissen der Menschen ausrichtet. Nur im Wettbewerb werden sich aus Eigeninitiative die Anbieter an den Interessen der Gesellschaft orientieren, da dadurch die Effizienz gewahrt bleibt.

Gerade vor dem Hintergrund der anstehenden Entwicklungen ist eine wettbewerbliche Ausrichtung die vielversprechendere. Die demografische Entwicklung und der medizinisch-technische Fortschritt werden dazu führen, dass die Gesundheitsausgaben gemessen am Bruttoinlandsprodukt deutlich steigen. Eine planwirtschaftliche,

d.h. staatliche und zentralistische Organisation des Gesundheitswesens würde die knapper werdenden Mittel nicht effizient einsetzen. Gerade staatliche Gesundheitswesen, das zeigen uns die Erfahrungen aus anderen Ländern, führen zu Mangelverwaltung, krasseren Unterschieden der 2-Klassen-Medizin und Rationierungen. Ein stärker wettbewerblich ausgerichtetes Gesundheitswesen bietet demgegenüber die Chance, die Möglichkeiten der Gesundheitswirtschaft durch steigende Nachfrage als Wachstumsmotor für wohnortnahe und personalintensive Arbeitsplätze zu nutzen. Verstehen wir die Alterung unserer Gesellschaft nicht immer als Last und Kostenfaktor! Bei einer Abkopplung der Finanzierung des Gesundheitswesens und einer wettbewerblichen Ausrichtung bieten sich der Gesundheitswirtschaft neue Chancen!

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. Wettbewerb könne deswegen keine Anwendung im Gesundheitswesen finden. Selbstverständlich liegen erhebliche Unterschiede vor. Allerdings gibt es auch 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 und insbesondere die gesetzliche Krankenversicherung ist kein Markt, der ohne besondere staatliche Vorgaben auskommt. Das bedeutet aber keineswegs, dass die Alternative in einem staatsregulierten System liegt. In einem staatsreguliertem 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. Rationierung mit Wartelisten, Kapazitätsengpässen, Altersgrenzen für bestimmte Behandlungen 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 obrigkeitstaatlicher Willkür. Deshalb gilt es, die treibende Kraft des Wettbewerbs im Hinblick auf effiziente und bedarfsgerechte Lösungen soweit wie irgend möglich zu nutzen. Es wird Sie nicht verwundern, dass ich als liberaler Sozialpolitiker auch im Bereich der Krankenversicherung sage: Vorfahrt für den Wettbewerb, Vorfahrt für die Entscheidungen des Einzelnen wo immer das mög-

lich ist. Pluralität ist ein ganz wesentliches Element für weitgehende Zufriedenheit. Staatsregulierende Systeme sind lange nicht so effizient und – was in meinen Augen fast noch wichtiger ist – sie gehen an einer Vielzahl von 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 sicher, dass das nicht ausreicht. Anderes nennt sich wie beim GKV-WSG Wettbewerb, in Wahrheit wird aber der Weg in Richtung Einheit und Staatsmedizin gegangen.

### **Wie viel Wettbewerb bringt das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz?**

In der Begründung zu dem Gesetzentwurf dazu 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 dazu was der Gesetzgeber angeblich mit dem bezweckt hat, was er beschlossen hat.

Nun zur Realität:

Pluralität ist nicht etwas, was diese Regierung anstrebt. Der Wettbewerb, der angeblich gestärkt werden soll, wird 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 in dieser Republik 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 stärker durchbrochen 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 1 Prozent des Haushaltseinkommens des jeweiligen Versicherten begrenzt worden. Das führt zu deutlichen Problemen insbesondere bei den Krankenkassen, deren Mitglieder nur über sehr geringe Einnahmen 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 sehr sehr vorsichtig zu werden. Es kommt doch nicht von ungefähr, dass die zunächst nur für den Mutter-Vater-Kind-Kurbereich und den geriatrischen Rehabilitationsbereich vorgesehene Umwandlungen 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.

Zur Funktion des Preissignals: Die Höhe des Zusatzbeitrages wird nicht davon bestimmt, wie gut eine Krankenkasse wirtschaftet. Der Zusatzbeitrag wird u.a. von der Risikostruktur, der Anzahl Geringverdiener und der Anzahl beitragsfrei mitversicherter Familienangehöriger beeinflusst. Der Zusatzbeitrag fällt damit als Preissignal komplett aus.

Aber es ist nicht allein die Frage der Fondsgestaltung, die mich glauben lässt, dass man von Wettbewerb redet, aber nicht verstanden hat wie dieser wirklich funktioniert. Hinzu kommt ein Spitzenverband Bund, der als Monopolist de facto alle wichtigen Aufgaben der heutigen 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 einheitlicher Krankenversicherung. Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben doch völlig zu Recht darauf hingewiesen, dass durch einen solchen Spitzenverband Bund die heutigen zum Teil unterschiedlichen inhaltlichen Positionen gar nicht besser in Einklang gebracht werden können, sondern durch ein Zentralorgan niedergemacht werden. Ich weiß, dass der eine oder andere im System durchaus Sympathie dafür hat, dass der eigene Bundesverband klein gemacht 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.

Ich finde es außerordentlich schade, dass man bei dieser Reform die Chance verpasst hat, sich darüber Gedanken zu machen, welche Aufgaben auf welchen Ebenen erledigt werden müssen. Wer mehr Wettbewerb will, muss der einzelnen Krankenkasse mehr Gestaltungsmöglichkeiten geben auch und gerade im Vertragsbereich. Man hätte gerade weggemusst von der Idee des einheitlichen und gemeinsamen, 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.

Mit Sorge betrachte ich die Interpretation des Bundesversicherungsamtes wie weit solche Wahltarife gehen können. Das BVA vertritt die Auffassung, dass das Angebot eines Kostenerstattungstarifes 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. Sie wissen, dass ich Sympathie dafür habe, aus gesetzlichen Krankenkassen private Unternehmen zu machen. Aber dann muss man das wissen und man muss es bewusst tun und gestalten und darf sich nicht durch die europäische Rechtsprechung überraschen lassen mit gravierenden Konsequenzen für die Versicherungslandschaft.

Im Verhältnis zu den Leistungserbringern gibt es zukünftig ein Nebeneinanderher von althergebrachten Vertragsstrukturen und neuen Möglichkeiten der Vertragsgestaltung. Bei den Ärzten treten an die Seite kollektivvertragliche 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.

Die Verträge können auch mit Managementgesellschaften geschlossen werden, die sich verpflichten, die Hausarztzentrierte Versorgung mit entsprechend qualifizierten Ärzten durchzuführen. Das konnten nach dem 1. 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 Sicher-

stellungsauftrag 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 ohne das deutlich zu sagen und die entsprechenden Strukturen zu schaffen. Man sieht an den detaillierten Anforderungen zudem wie wenig diese Bundesregierung den Ärztinnen und Ärzten und den Krankenkassen im Vertragsgeschäft zutraut. Soviel zum Thema Wettbewerb.

§ 73 c SGB V greift die alte Idee, die es beim GKV-Modernisierungsgesetz schon gegeben hat, 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 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, 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 KVen 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 Sicherheitsstellungsauftrag übernehmen wollen.

Im Arzneimittelbereich hat man nicht den Mut gehabt, allein auf den Wettbewerb als Effizienz steigernde 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 damit keine ausreichenden Gestaltungsspielräume mehr verbleiben. Die Vielzahl der heute vorhandenen, sich teilweise gegenseitig widersprechenden Instrumente muss durch einfache, transpa-

rente 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. Die Gesundheitsreform ebnet den Weg in Richtung eines staatlichen und zentralistischen Gesundheitswesens. Das was gemacht wird, hat nichts mit einer wettbewerblichen Ausrichtung zu tun. Hier wird unter dem Deckmantel des Wettbewerbs die Einheitsversicherung vorbereitet.

### **Unverzichtbare Bedingungen**

Wer 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 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 zurück erhalten? Da verliert man doch jeden Anreiz, kostendeckend zu arbeiten, sondern steckt die ganze Energie darein, durch entsprechende Ausgestaltungen möglichst viel aus dem Topf heraus zu holen. So ein Topf ist doch auch ungeheuer manipulationsanfällig. Es glaube doch niemand, dass die staatlichen Zuschüsse für die so genannten versicherungsfremden Leistungen gesichert sind. Dazu haben wir in den letzten Jahren doch viel zu hautnah miterleben dürfen wie von einem Tag auf den anderen Milliarden gestrichen oder auch eine Milliarde wieder zugestanden wurde.

Wer Wettbewerb will, darf auch nicht einen einheitlichen und gemeinsamen Spitzenverband Bund mit einer ungeheuren Fülle von Aufgaben ins Leben rufen, sondern der muss den Mut haben, die Entscheidungsmacht auf die Ebene zu verlagern, die am nächsten am Geschehen ist – die 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 Wettbewerb wirklich ernst meint, kommt deshalb überhaupt nicht daran vorbei, einen sauberen, wettbewerbsrechtlichen und kartellrechtlichen Rahmen zu hinterlegen. Wir brauchen eine kartellrechtliche 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 komplett zur Anwendung kommen. Es reicht nicht, hier nur die Paragraphen 19 bis 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 Wettbewerb wirklich 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 Krankenkasse gedacht. Mittlerweile

hat er sich zu einer gigantischen Umverteilungsmaschinerie entwickelt. Über 15 Mrd. Euro werden jährlich auf diese Art und Weise umverteilt. Zukünftig werden es im Fonds sogar 148 Mrd. Euro sein. Von der ursprünglichen Intention, allein bestimmte Kriterien auszugleichen, bleibt nicht mehr viel übrig. Wenn auch noch die Verwaltungsausgaben und die Satzungsleistungen miteinbezogen 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 an. 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.

### **Was bedeutet das 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 über Altersrückstellungen.

Wir müssen dafür sorgen, dass die Menschen größtmögliche Wahlfreiheiten bekommen und zwar nicht nur im Hinblick auf ihren Versicherer, sondern im Hinblick auf die Tarifausgestaltung und auch 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 zu marktbeherrschenden Stellungen einzelner Marktteilnehmer kommt. Das Kartellrecht darf nicht länger außen vor bleiben. Bereits heute haben einige Krankenkassen eine markt-

beherrschende Stellung. Das aber kann 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 der Körperschaften öffentlichen Rechts zu befreien. 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 Ermessen. 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. Sollten also Altersrückstellungen gebildet werden, so müssten diese in irgendeiner Form für den Basisschutz mitgebbar gemacht werden. Selbstverständlich hätten die Versicherungsanbieter kein Kündigungsrecht, um jedem Bürger einen lebenslangen Versicherungsschutz zu garantieren. 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 abzusichern. 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 Portmonee. Selbstverantwortung, Selbstbeteiligung und Kostenerstattung gehören in einem freiheitlichen Wettbewerbssystem zusammen. Beide, sowohl Anbieter als auch Abneh-

mer 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 der Krankenversicherung muss einhergehen mit einem Wettbewerb zwischen den Leistungsanbietern, um auf diese Weise Effizienzreserven ohne bürokratischen Aufwand mobilisieren zu können. Wenn also nicht mehr einheitlich und gemeinsam verhandelt würde, wenn die Verhandlungen nicht mehr auf Verbandsebene sondern auf Kassenebene stattfinden, dann muss 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.

Eine Kombination aus mehr Wettbewerb, mehr Wahlmöglichkeiten, eine Entkopplung 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 dem Weg 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.