

RPG

Band 17 | Heft 1 | 2011

1 | 2011

RECHT UND POLITIK IM GESUNDHEITSWESEN

- **Verfassungsmäßige Stellung von Gesetzlicher Krankenversicherung und Privater Krankenversicherung**
- **Kartellrechtliche Schranken des Wettbewerbs in der GKV**
- **Privatrechtliche Rahmenbedingungen für die gesetzliche Krankenversicherung am Beispiel der Erstreckung des Kartellrechts**
- **Über 10 Jahre Kopfpauschale: Zum Stand der Finanzierungsdiskussion in der Schweiz**

HERAUSGEBER

A. P. F. Ehlers
E. Deutsch
P. Oberender
E. Wille
M. Feldmann
J. Stoschek (Schriftleitung)

MITHERAUSGEBER

B. Bender
B. Brennecke
R. von Esebeck
G. Fischer
M. Linz
H. Platzer
M. Richter-Reichhelm
U. A. Richter
G. Schneider
G. Schulte
N. Schulze-Solce
V. Ulrich
A. Widmann-Mauz
Chr. Will

AUTOREN DES HEFTES

Udo Steiner
Maximilian Gaßner
Helmut Platzer
Stefan Kaufmann



pmi Verlag e. K.

GRPG

GESELLSCHAFT FÜR RECHT UND POLITIK
IM GESUNDHEITSWESEN E. V.

Editorial

Die nächste Gesundheitsreform in dieser Legislaturperiode zielt vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung und eines erwarteten Ärztemangels in ländlichen Regionen auf eine Neustrukturierung der ambulanten und stationären Versorgung. Die Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen (GRPG) wird das Thema mit einem wissenschaftlichen Symposium am 8. April in Berlin aufgreifen. Eckpunkte des Bundesgesundheitsministeriums für ein GKV-Versorgungsgesetz werden dann wohl schon vorliegen.

Das Symposium findet am Vortag der ursprünglich im Januar geplanten Mitgliederversammlung mit Neuwahlen statt, die wegen einer viel zu geringen Teilnehmerzahl kurzfristig abgesagt werden musste. Um mögliche Gründe für die niedrige Zahl von Anmeldungen zu erfahren, hatte das Präsidium der GRPG eine Umfrage bei den Mitgliedern gestartet. Über das Ergebnis berichten wir in diesem Heft.

An der Umfrage hatten sich zahlreiche Mitglieder beteiligt und uns wertvolle Hinweise und Anregungen gegeben. Das Präsidium der GRPG hat diese aufgegriffen. Wir würden uns daher besonders freuen, Sie am 8. und 9. April in Berlin zum Symposium und zur Mitgliederversammlung begrüßen zu können.

Jürgen Stoschek
Josef-Jägerhuber-Straße 4
82319 Starnberg

Kooperation oder Konkurrenz?

Verfassungsmäßige Stellung von Gesetzlicher Krankenversicherung und Privater Krankenversicherung

Udo Steiner 3

Kooperation oder Konkurrenz?

Kartellrechtliche Schranken des Wettbewerbs in der GKV

Maximilian Gaßner 7

Kooperation oder Konkurrenz?

Privatrechtliche Rahmenbedingungen für die gesetzliche Krankenversicherung am Beispiel der Erstreckung des Kartellrechts

Helmut Platzer 12

Übersicht

Über 10 Jahre Kopfpauschale: Zum Stand der Finanzierungsdiskussion in der Schweiz

Stefan Kaufmann 18

Mitteilung der Gesellschaft

Neuer Termin für Symposium und Mitgliederversammlung

Jürgen Stoschek 22

Wissenschaftspreis im Gesundheitswesen

Die Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen (GRPG) hat sich die Förderung des interdisziplinären Austausches und der wissenschaftlichen Auseinandersetzung auf den verschiedenen Gebieten des Gesundheits- und Sozialrechtes aber auch im Bereich der Gesundheits- und Sozialpolitik zum Ziel gesetzt. Durch eine Vertiefung rechtlicher, volkswirtschaftlicher, ethischer und medizinischer Gesichtspunkte will die GRPG zu einer Verbesserung des gegenseitigen Verständnisses im Gesundheitswesen beitragen.

Zu diesem Zweck hat die GRPG einen Jahrespreis in Höhe von 2500 Euro für herausragende wissenschaftliche Arbeiten ausgeschrieben, der bevorzugt an Nachwuchswissenschaftler vergeben wird. Das Thema der Arbeit soll den Zielen der GRPG entsprechen. Die Annahme des Preises verpflichtet zur Erstpublikation der Arbeit oder deren Zusammenfassung in der Zeitschrift „Recht und Politik im Gesundheitswesen“. Sie darf in gleicher oder ähnlicher Form nicht bereits andernorts publiziert sein.

Die Arbeiten müssen beim Präsidium der Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen (GRPG), Widenmayerstraße 29, 80538 München, bis spätestens zum 31. Mai des laufenden Jahres eingegangen sein.

Recht und Politik im Gesundheitswesen

Organ der Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen (GRPG)

Herausgeber

Prof. Dr. med. Dr. iur.
Alexander P. F. Ehlers
Widenmayerstraße 29
80538 München

Prof. Dr. Dr. iur. h.c. Drs. med. h.c.
Erwin Deutsch
Universität Göttingen
Goßlerstraße 19
37073 Göttingen

Prof. Dr. Peter Oberender
Lehrstuhl VWL
Universität Bayreuth
Universitätsstraße 30
95447 Bayreuth

Prof. Dr. Eberhard Wille
Lehrstuhl VWL
Universität Mannheim, A5
68131 Mannheim

Dipl.-Betriebswirt Michael Feldmann
Säbener Straße 62
81547 München

Dipl.-Volkswirt Jürgen Stoschek
(Schriftleiter)
Josef-Jägerhuber-Straße 4
82319 Starnberg

Mitherausgeber

B. Bender
B. Brennecke
R. von Eisebeck
G. Fischer
M. Linz
H. Platzer
M. Richter-Reichhelm
U. A. Richter
G. Schneider
G. Schulte
N. Schulze-Solce
V. Ulrich
A. Widmann-Mauz
Chr. Will

Die Zeitschrift Recht und Politik im Gesundheitswesen (RPG) ist Publikationsorgan der Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen (GRPG).

Sie versteht sich als wissenschaftliches Forum, das der umfassenden und interdisziplinären Erörterung aller Fragen der Gesundheits- und Sozialpolitik sowie des Arzt-, Apotheken-, Arzneimittel-, Pharma- und Gesundheitsrecht und des Rechts der assistierenden Berufe dient.

Veröffentlicht werden Beiträge aus medizinischer, juristischer, ökonomischer, sozialwissenschaftlicher und ethischer Perspektive. Jenseits von Verbands- und Parteiinteressen werden theoretische und empirische Ergebnisse zu praxisnahen Lösungskonzepten verknüpft.

Die Notwendigkeit der GRPG ergibt sich aus dem Interesse, in das das Gesundheitswesen in den vergangenen Jahren durch die steigenden Kosten gerückt ist. Die dadurch ausgelösten Diskussionen krankten neben einer teilweise verständlichen Interessengebundenheit vornehmlich an mangelnder medizinischer Ergebnisorientierung sowie einer zeitlich kurzfristigen und fachlich isolierten Perspektive.

Die Zeitschrift Recht und Politik im Gesundheitswesen (RPG) will dazu beitragen, diese Einseitigkeiten zu überwinden, um zu besseren Lösungen zu kommen.

Die Zeitschrift erscheint vierteljährlich.

Bestellungen (ISSN 0948-3209) nimmt jede Buchhandlung oder der Verlag entgegen.

Bezugspreis: 2011 (4 Hefte) Euro 170,- zuzüglich Versandkosten. Für Mitglieder ist der Bezugspreis mit dem Mitgliedsbeitrag abgegolten worden.

Der Bezugspreis ist im voraus zahlbar. Bestellungen nehmen jede Buchhandlung oder der Verlag entgegen. Die Lieferung läuft weiter, wenn sie nicht bis zum 30.9. eines Jahres abbestellt wird.

Bei Adressenänderungen muss neben dem Titel der Zeitschrift die neue und alte Adresse angegeben werden. Adressenänderungen sollten mindestens 6 Wochen vor Gültigkeit gemeldet werden.

Hinweis gemäß § 4 Abs. 3 der Postdienst-Datenschutzverordnung: Bei Anschriftenänderung des Beziehers kann die Deutsche Bundespost POSTDIENST dem Verlag die neue Anschrift auch dann mitteilen, wenn kein Nachsendeantrag gestellt ist. Hiergegen kann der Bezieher innerhalb von 14 Tagen nach Erscheinen dieses Heftes bei unserer Frankfurter Verlagsanschrift widersprechen.

Verlag

pmi Verlag e.K. (Inh. Peter Hoffmann)
Bertha-Bagge-Straße 66
D-60438 Frankfurt
Telefon 069-5480000
Telefax 069-54800066
e-mail: pmiverlag@t-online.de

Bankverbindung: Volksbank Dreieich eG (BLZ 505 922 00) Konto-Nr. 8 501 319 • Gerichtsstand: Frankfurt/Main • Anzeigenpreisliste: Es gilt der Tarif Nr. 10 vom 01.01.2008 • Technische Gesamtherstellung: pagina media GmbH, 69502 Hemsbach.

Alle Rechte vorbehalten. Geschützte Warenzeichen werden nicht immer besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt. Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Mit Ausnahme der gesetzlich zugelassenen Fälle ist eine Verwertung ohne Einwilligung des Verlags strafbar. Weder Herausgeber noch Verlag haften für Inhalte, Informationen sowie die Richtigkeit der Aktenzeichen, die verlagsseitig mit aller Sorgfalt wiedergegeben wurden.

© 2011 pmi Verlag e.K. (Inh. Peter Hoffmann)
Printed in Germany

Artikel aus dieser Zeitschrift werden referiert und geindext in der Online-Datenbank HECLINET (Health Care Literature Information Network) und dem **Informationsdienst Krankenhauswesen**.

Udo Steiner

Verfassungsmäßige Stellung von Gesetzlicher Krankenversicherung und Privater Krankenversicherung

Zu den zentralen Sätzen der sozialrechtlichen Rechtsprechung des BVerfG gehört die Feststellung, der Schutz des Einzelnen im Fall von Krankheit sei in der sozialstaatlichen Ordnung des Grundgesetzes eine Grundaufgabe des Staates. Weiter ist zu lesen: Es sei dem Staat durch das Grundgesetz aufgegeben, jedermann ohne Rücksicht auf Alter und Einkommen den Zugang zur notwendigen medizinischen Versorgung zu gewähren.¹

I. Die institutionelle Frage

Vor diesem Hintergrund ist die Krankenversicherung für alle, wie sie der Gesetzgeber des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes von 2007 eingeführt hat, vielleicht der letzte noch fehlende Baustein im Sozialstaatsgebäude der Bundesrepublik Deutschland, sozusagen die Erfüllung eines sozialstaatlichen Großraumes. Es gibt keinen Weg zurück. Eine qualitativ tendenziell gleiche Gesundheitsversorgung der Bürger ist in Deutschland ein hohes Gut. An seiner Gewährleistung müssen sich alle politischen Kräfte messen lassen. Den zitierten verfassungsgerichtlichen Standardsätzen wird üblicherweise hinzugefügt: Wie der Gesetzgeber diesen verfassungsrechtlichen Vorgaben genügt, liegt in seinem Gestaltungsermessen. Das duale System von GKV und PKV ist eine mögliche, aber keine verfassungsnötige Antwort. Beide Systeme der Krankenversicherung bzw. der Krankheitskostenversicherung sind nicht insti-

tionell – also nicht als solche – durch das Grundgesetz garantiert. Die legislative Kompetenz des Bundes für die Sozialversicherung (Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG) gibt der GKV keinen Verfassungsstatus, ebenso wenig Art. 87 Abs. 2 GG.² Es ist das Gemeinwohlgewicht der GKV, das ihren Bestand nicht weniger für die Zukunft sichert als wäre sie eine Institution des Grundgesetzes wie die Bundesbank (Art. 88 GG) oder die Obersten Bundesgerichte (Art. 96 GG). Das BVerfG weist immer wieder darauf hin, dass der Staat seiner grundsätzlichen Verpflichtung zur Absicherung bei den Folgen von Krankheit vor allem durch das System der GKV wahrnehme.³ Die Erhaltung einer funktions- und leistungsfähigen GKV, insbesondere durch Sicherung ihrer finanziellen Stabilität, ist ein vom BVerfG anerkanntes hochgewichtiges Gemeinschaftsgut. In weit über dreißig Entscheidungen hat das BVerfG dies bei der Prüfung von gesetzgeberischen Aktivitäten im Anwendungsbereich des SGB V und dessen Vorgän-

ger (RVO) immer wieder bestätigt.⁴ Auch ich habe in meiner Zeit als Berichterstatter für das Sozialrecht im Ersten Senat von dieser Formel immer wieder und durchaus mit Überzeugung Gebrauch gemacht. Aber auch die PKV ist nicht institutionell durch das Grundgesetz abgesichert. Aber sie hat einen Grundrechtstatus (wie noch auszuführen sein wird), und sie steht nicht einfach zur politischen Disposition des Gesetzgebers.

II. Das sog. Basistarif-Urteil vom 10. Juni 2009

1. Zur Rechtsschutzsituation der PKV

Wer zur verfassungsmäßigen Stellung von GKV und PKV im Jahr 2010 vorzutragen hat, muss das Urteil des BVerfG vom 10. Juni 2009⁵ zur Gesundheitsreform 2007 in den Mittelpunkt rücken. Es gilt, dieses Urteil zu analysieren. Sieg und Niederlage in einem verfassungsgerichtlichen Verfahren lassen sich nicht immer am Tenor der Entscheidung allein bemessen. Für niemandem gilt, und es gilt auch nicht für die PKV, dass am Eingang zur Tür des BVerfG Dantes Satz von der Beschreibung des Hölleneingangs in einer Art Geisterschrift zu lesen ist: Lasst, die Ihr hier eingeht, alle Hoffnung fahren. Auch die Einschätzung der Tragweite von Entscheidungen des BVerfG setzt meist deren

¹ Siehe BVerfGE 115, 25, 43; 123, 186, 242 = NJW 2009, 2033, 2038. Zusammenfassend: Steiner, in: Spickhoff (Hrsg.), Kommentar zum Medizinrecht, 2010, 200 GG, Art. 20 Rn. 5.

² Siehe so statt vieler Sachs, in: Sachs (Hrsg.), Grundgesetz, Kommentar, 5. Aufl. 2009, Art. 87 Rn. 57.

³ BVerfGE 115, 25, 43.

⁴ Siehe dazu Schaks, Der Grundsatz der finanziellen Stabilität der Gesetzlichen Krankenversicherung, 2007, S. 165; Steiner (Fn. 1), Art. 12 Rn. 4.

⁵ BVerfGE 123, 186 = NJW 2009, 2033 = NZS 2009, 438.

KOOPERATION ODER KONKURRENZ?

Lektüre voraus. Deshalb bedarf die Entscheidung des Gerichts zu Basistarif und Versicherungspflichtgrenze einer sorgfältigen Analyse. Dies darf ich – im Einklang mit anderen Analysten⁶ – so formulieren, es fehlt natürlich auch mir die Deutungshoheit über die Entscheidung des Gerichts vom Juni 2009. Die Verfassungsbeschwerden der privaten Versicherungswirtschaft und auch einiger Versicherter waren erlaubt, versuchte Brandstiftung an Teilen der Reform von 2007. Ich habe schon Verfassungsbeschwerden gegen Gesetze von einigem ordnungspolitischen Gewicht gelesen, die weit weniger substantiiert waren. Solche Verfassungsbeschwerden hatten seinerzeit die Unternehmen der Privaten Krankenversicherung nicht erhoben gegen die 1994 neu eingeführte Pflegeversicherungspflicht, und gegen die Verpflichtung der Unternehmen auf das Angebot eines Versicherungsproduktes, das der öffentlich-rechtlichen sozialen Pflegeversicherung stark angenähert war. Im Falle der Pflegeversicherung hatte der Gesetzgeber damals den privaten Krankenversicherungsunternehmen ein neues Geschäftsfeld eröffnet. Dies erleichterte die Akzeptanz einer „publizierten“ privaten Pflegeversicherung. Im Falle der Gesundheitsreform 2007 war die Versicherungswirtschaft in Sorge um ihr überkommenes Kerngeschäft. Es konnte hier wohl nicht der Satz gelten, dass man manchmal mit einer ungeklärten Verfassungsrechtslage besser lebt als mit einer geklärten.

2. Die gesetzliche und judikative Vorgeschichte

Das Reformgesetz von 2007 und das Urteil von 2009 haben bekanntlich eine legislative und eine judikative Vorgeschichte. Mit Vorgeschichte meine ich hier

– wie schon erwähnt – die gesetzliche Einführung einer Pflegepflichtversicherung und deren verfassungsgerichtliche Überprüfung.⁷ Es ging um die Verfassungsmäßigkeit einer Versicherungspflicht für alle und die gesetzliche Festlegung der privaten Versicherungswirtschaft auf das Angebot eines privaten Pflegeversicherungsvertrages zu Bedingungen, die dem öffentlich-rechtlichen Konzept der sozialen Pflegeversicherung angepasst waren. Es gibt Unterschiede und es gibt Übereinstimmung zwischen damals und heute. Das Urteil von 2001 hat dem Ersten Senat des BVerfG von heute vorgegeben, die legislative Zuständigkeit des Bundes für die „Sozialimplantation“ des Basistarifs innerhalb der Bundeszuständigkeit für das privatrechtliche Versicherungswesen zu finden (Art. 74 Abs. 1 Nr. 11 GG) und nicht als Wahrnehmung der Kompetenz zur Regelung der Sozialversicherung (Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG)⁸. Bewirken die Regelungen des Bundes, dass das Produkt „Krankheitsvollversicherung“ strukturell nicht mehr ein Produkt der privaten Versicherungswirtschaft ist, fehlt dem Bund dazu die Zuständigkeit; er kann sie sich nicht bei Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG leihen. Anders formuliert: Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG vermittelt nicht dem Bundesgesetzgeber die unbegrenzte Kompetenz, der privaten Krankenversicherung das „soziale Öl“ der GKV beizumischen. Ein „Hybrid“-Konzept hat kompetenzrechtlich Grenzen. Dies erscheint mir ordnungspolitisch und vor allem verfassungsrechtlich wichtig. Andererseits hat der Erste Senat des BVerfG 2009 eine Formulierung des Ersten Senats von 2001⁹ modifiziert. Es war damals zwar schon formuliert worden, der Gesetzgeber könne sich auf Art. 74 Abs. 1 Nr. 11 GG auch dann berufen,

wenn er für einen von ihm neu geschaffenen Typ privatrechtlicher Versicherung Regelungen sozialen Ausgleichs vorsieht, die die das privatwirtschaftliche Versicherungswesen prägenden Merkmale nur begrenzt wirken lassen.¹⁰ In der Entscheidung von 2001 stand dazu noch „während einer Übergangszeit“.¹¹ Dieser Teil der Formel fehlt 2009.

3. Versuch einer Bilanz

Für die verfassungsrechtliche Stellung der PKV lassen sich aus dem Urteil einige Erkenntnisse entnehmen.

- a) Die Verpflichtung zum Angebot eines Basistarifs ist ein Eingriff in die Berufsausübungsfreiheit der Versicherungsunternehmen und nur solange kein Eingriff in die Freiheit der Berufswahl, wie von ihm nicht schwerwiegende Beeinträchtigungen des Geschäftsmodells der Privaten Krankenversicherung ausgehen. Wäre dies der Fall, müssten die Karten verfassungsrechtlich neu gemischt werden.¹² Der Basistarif steht deshalb unter verfassungsrechtlicher Beobachtung. Wörtlich sagt das BVerfG: Würde der Basistarif wegen eines attraktiven Preis-Leistungsverhältnisses einen Wechsel von den Normaltarifen in den Basistarif in großem Umfang auslösen, stellte sich die Frage nach der Vereinbarkeit mit den grundrechtlichen Freiheiten der privaten Versicherungsunternehmen erneut und auf anderer Faktengrundlage.
- b) Es ist schwer vorstellbar, dass unter den Bedingungen, unter denen ein Eingriff in die Freiheit der Berufswahl nach Art. 12 Abs. 1 GG verfassungsgemäß ist, das Geschäftsmodell der PKV zugunsten einer öffentlich-rechtlichen Einheits-

⁶ Dazu *Boetius*, Krankenversicherungsrecht, 2010, Einf. Rn. 166 ff.; *Butzer*, MedR 2010, 283; *Hufen*, NZS 2009, 649; *Kalis*, in: Sodan (Hrsg.), HdbdK-VersR, 2010, S. 1076 und *Sodan*, aaO, S. 1167 ff.

⁷ Siehe BVerfGE 103, 197, 216 f.; 123, 186, 235.

⁸ BVerfGE 103, 197, 215 ff.

⁹ BVerfGE 103, 197, 216 f.

¹⁰ BVerfGE 123, 186, 235.

¹¹ BVerfGE 103, 197, 217.

¹² Zur Statistik (Neuversicherung im Basistarif; Wechselfälle) mit dem Stand vom 1.7.2009 siehe *Schüffner/Franck*, in: Sodan (Fn. 6), S. 1104.

versicherung vom Gesetzgeber beseitigt werden kann. Der vom Gesetzgeber so geschätzte und vom BVerfG akzeptierte Topos „Erhaltung der Funktionsfähigkeit der Gesetzlichen Krankenversicherung“ genügt dazu schwerlich. Ihn lässt das BVerfG vor allem für die Rechtfertigung gesetzlicher Maßnahmen gelten, die der finanziellen Stabilität des Systems durch Beschränkungen der Rechte der Versicherten und der Leistungserbringer – also als Binnenmaßnahmen – dienen. Das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz schwächt durch die Einführung des Basistarifs das politisch gern bemühte Argument ab, das private Krankenversicherungssystem trage zu wenig zur Lösung der Solidaraufgaben im deutschen Gesundheitswesen bei. Nach der Einführung des Basistarifs ist es nicht allein Sache der öffentlich-rechtlichen Krankenversicherungssysteme, unerwünschte Risiken bezahlbar abzusichern.

c) Die Krankenversicherung für alle ist ein großer und richtiger Schritt in der Sozialgesetzgebung Deutschlands. Realisierbar war er – wollte man dessen Verwirklichung politisch akzeptabel ausgestalten – nicht ohne Konzessionen der privaten Krankenversicherungsunternehmen und vor allem deren Versicherungsnehmern. Das BVerfG wollte erkennbar in seiner Entscheidung vom Juni 2009 dem Gesetzgeber bei der Verwirklichung dieser großen sozialstaatlichen Aufgabe nicht in den Arm fallen. Es qualifiziert den Basistarif als sozialstaatliche Indienstnahme der privaten Krankenversicherer, nicht viel anders als bei anderen Sachverhalten der Sozialbindung in unserem Land. Es geht natürlich um eine gesetzlich aufgedrängte Entreichung der privaten Krankenversicherung, um einen zwar nicht unternehmensfremden Zweck, aber um systemwidrige Mittel,

gleichwohl aber insgesamt um eine Maßnahme, um deren Akzeptanz man durchaus werben darf. Aus übergeordneter ordnungspolitischer Sicht ist freilich die Verlustliste der Privatautonomie in Deutschland um ein Kapitel erweitert. Dies kann man kritisieren. Es muss nicht mehr werden. Immerhin gehörte Deutschland schon vor der Erfindung des Basistarifs zur Weltspitze der öffentlich-rechtlichen Assekuranz.

III. Die sog. Abgrenzungsfrage

1. Der Solidaritätsbedarf als Kriterium

Der aus der Sicht der privaten Krankenversicherer wohl gefährlichste Satz in der Rechtsprechung des BVerfG ist die Feststellung, der Gesetzgeber könne die Solidargemeinschaft in der GKV so gestalten, dass er dem Versicherungszwang nicht nur diejenigen unterwirft, die der Solidarität Anderer bedürfen, sondern auch diejenigen, die aufgrund ihrer wirtschaftlichen Leistungskraft zur Solidarität fähig sind.¹³ Kürzer gesagt: Es liegt in der Verantwortung des Gesetzgebers und in seiner Kompetenz, dafür zu sorgen, dass die Solidargemeinschaft leistungsfähig ist und leistungsfähig bleibt. Diese Sätze sind die Erlaubnis zur Herstellung und Nutzung eines Lassos, mit dessen Hilfe Bürger als gesetzlich Versicherte eingefangen werden können. Es ist aber klar, dass derjenige, der damit für die GKV eingefangen wird, nicht mehr oder nicht mehr sofort als Versicherungsnehmer einer PKV – jedenfalls nicht einer Krankheitskostenvollversicherung – zur Verfügung steht. Der deutsche Gesetzgeber neigt eben dazu, wenn seine Systeme der sozialen Sicherheit in Schwierigkeiten sind, für sie Menschen durch Versicherungszwang als Bei-

¹³ Siehe BVerfGE 102, 68, 89 ff. Siehe auch BVerfGE 103, 271, 288; 123, 186, 263.

tragszahler einzufangen.¹⁴ Dies gilt in der Alterssicherung der Land- und Forstwirte beispielsweise auch für deren Ehegatten, denen jeder praktische und auch emotionale Bezug zu den beruflichen Aktivitäten ihrer Partner fehlt.¹⁵

Auf den ersten Blick scheint dies den Gesetzgeber zu ermächtigen, die Abgrenzung zwischen dem Versichertenkreis der GKV und dem Kreis der Versicherungsnehmer in der PKV so vorzunehmen, wie er es im Interesse der Funktionsfähigkeit der GKV für erforderlich hält. Dies ist aber weder nach der Entscheidung der Zweiten Kammer des Ersten Senats vom 4. Februar 2004¹⁶ noch nach dem Urteil des BVerfG vom 10. Juni 2009 so eindeutig der Fall.

2. Die Grundrechtsfrage

Der Gesetzgeber, der den Wechsel von der GKV zur PKV erschwert – sei es durch Anhebung der Pflichtversicherungsgrenze, sei es durch wirkungsgleiche oder wirkungsähnliche Maßnahmen – muss sich vor den Freiheitsgrundrechten rechtfertigen. Dies gilt auch für die Berufsfreiheit der PKV (Art. 12 Abs. 1 GG). Das BVerfG lässt dabei den Bedarf der GKV an Versicherten mit höheren Beiträgen aufgrund höherer Einkommen – ganz auf der Linie der bisherigen Rechtsprechung – als Rechtfertigungsgrund gelten. Man kann der insoweit mit 5 : 3 Stimmen ergangenen Entscheidung aber entnehmen, dass das lebenswichtige Interesse der Versicherungsunternehmen an einem steten Zugang neuer Versicherter¹⁷ bei der Prüfung der Angemessenheit eines solchen Eingriffs eine zentrale Rolle spielt. Das BVerfG argumentiert in beiden Entscheidungen damit, dass das, was an personel-

¹⁴ Dazu Steiner, Versicherungsfreiheit und Versicherungszwang, Bitburger Gespräche Jahrbuch 2004/II, S. 139, 141 ff.

¹⁵ BVerfGE 109, 96.

¹⁶ BVerfGK 2, 283, 289 = NVwZ 2004, 455.

¹⁷ BVerfGK 2, 283, 289.

KOOPERATION ODER KONKURRENZ?

lem Substrat für die private Krankenversicherung trotz der eingreifenden Regelung bleibe, einen wirtschaftlich vernünftigen Geschäftsbetrieb mit einem versicherungsmathematisch tragfähigen Mitgliederbestand nicht ausschließt. Könnte die PKV nicht mehr wirtschaftlich funktionieren, wäre dies ein Eingriff in die Freiheit der Berufswahl. Die damit aufgestellten Hürden wären vom Gesetzgeber kaum zu nehmen.

IV. Perspektiven

Das Reformgesetz von 2007 und dessen grundsätzliche Bestätigung durch das BVerfG haben einen modus vivendi zwischen GKV und PKV geschaffen, der wohl politisch und verfassungsrechtlich stabil ist. Es gilt insoweit wahrscheinlich ausnahmsweise nicht der Satz, nach dem Gesundheitsreformgesetz ist vor dem Gesundheitsreformgesetz, und wohl auch nicht der Satz nach dem Urteil des BVerfG ist vor dem Urteil des BVerfG. Das BVerfG nimmt in seinem Urteil von 2009 ausdrücklich¹⁸ die Absicht des Ge-

¹⁸ BVerfGE 123, 186, 245.

Buchbesprechung

Arztstrafrecht in der Praxis Prof. Dr. Dr. Klaus Ulsenheimer, CF Müller Verlag, 4. neu bearbeitete und erweiterte Auflage, 2008, 724 Seiten, in Leinen ca. 72 Euro, ISBN 978-3-8114-3610-7

Der Klassiker des Arztstrafrechts erscheint in einer umfassenden Neuauflage. Das bewährte Handbuch umfasst alle wichtigen Aspekte dieser komplexen Materie und gibt vor allem auch wertvolle praktische Hinweise zur Verteidigung von Ärzten.

Die vielfältigen Möglichkeiten fahrlässigen ärztlichen Handelns, wie z. B. fahrlässige Tötung und fahrlässige Körperverletzung durch Behandlungsfehler, Aufklärungsfehler oder Organisationsfehler sowie wichtige Themen wie z. B. Sterbehilfe, unterlassene

setzgebers auf, er wolle durch seine Reformen die Versicherungssysteme von gesetzlichen und privaten Krankenversicherern dauerhaft voneinander abgrenzen. Der Gesetzgeber wolle – so zitiert und versteht ihn das Gericht – das duale Krankenversicherungssystem erhalten und stärken. Dies ist wohl vom BVerfG nicht nur in palliativer Absicht so aufgegriffen und wiedergegeben. Die partielle Anpassung der PKV beim Basistarif an das öffentlich-rechtliche Modell der Krankenversicherung hat das duale System eher stabilisiert als aktuell oder tendenziell aufgehoben. Sie ist friedenssichernder Natur. Es kann – in den gesetzlichen Grenzen, aber auch mit den gesetzlichen Erweiterungen – Wettbewerb zwischen den Systemen um Versicherungsnehmer geben. Es kann weiterhin Wettbewerb geben in Bezug auf die Frage, mit welchem finanziellen Aufwand die beiden Versicherungssysteme die Gesundheitsleistungen für ihre jeweiligen Versicherten und Versicherungsnehmer erbringen. Dieser Wettbewerb schließt Optionen der Kooperation nicht aus, vor allem bei der gemeinsamen Abwehr von Versuchen, GKV und PKV

Hilfeleistung, ärztliche Schweigepflicht, Organtransplantation, Schwangerschaftsabbruch, Sterilisation, Fortpflanzungsmedizin, strafbare Werbung, Abrechnungsbetrug und Industriesponsoring/Vorteilsnahme/Bestechlichkeit u.a. werden eingehend und praxisnah dargestellt. Neu aufgenommen wurden die Kapitel über strafbare Verhaltensweisen im Bereich der Fortpflanzungsmedizin und Gentechnologie sowie über die Tatbestände der Untreue des Vertragsarztes. Der Autor erschöpft sich dabei in gewohnter Weise nicht nur in der Darstellung der aktuellen Rechtsprechung, sondern nimmt kritisch zu den neuen Themen Stellung. In diesem Zusammenhang sei auch auf die ausführli-

che Darstellung zu der neuen, bisweilen nur in der Literatur geführten Diskussion über die Strafbarkeit von niedergelassenen Ärzten gemäß § 299 StGB im Verhältnis zur Industrie hingewiesen. *Ulsenheimer* lehnt richtigerweise die Anwendbarkeit ab, da der Vertragsarzt von den Kassen weder ange stellt noch in irgendeiner Weise geschäftlich beauftragt sei. Die Darstellung richtet sich nicht nur an Juristen, sondern auch an Mediziner und ist deshalb mit vielen Beispielen angereichert, die das Verständnis der rechtlichen Probleme erleichtern. In jedem Fall ist es ein Muss für jeden im Arztstrafrecht tätigen Verteidiger.

Autor:

Prof. Dr. Udo Steiner
Bundesverfassungsrichter a.D.
Juristische Fakultät
Universität Regensburg
93040 Regensburg

Prof. Dr. med. Dr. iur. Alexander P. F. Ehlers, München

Maximilian Gaßner

Kartellrechtliche Schranken des Wettbewerbs in der GKV

Dem Wettbewerb messen wir sehr viel Gutes zu: niedrigere Preise, bessere Qualität, Fortschritt und vieles mehr. Ob das alles so stimmt, wie wir uns das vorstellen, sei dahingestellt.

Was wir spätestens seit Karl Marx theoretisch wissen¹ und auch immer wieder–zuletzt im Zusammenhang mit der internationalen Finanzkrise–empirisch feststellen mussten, ist, dass sich ein Wettbewerb ohne heteronome Spielregeln infolge der ihm eigenen Dynamik meist selbst auflöst. Um diese suizidale Wirkung des Wettbewerbsgeschehens zu verhindern, hat der Gesetzgeber das Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen (GWB)² geschaffen, das wettbewerbsbeschränkende Vereinbarungen³ und sonstiges wettbewerbsbeschränkendes Verhalten von Unternehmen⁴ verbietet und Unternehmenszusammenschlüsse einer Anzeige- und Genehmigungspflicht⁵ unterwirft.

Ob der Werkzeugkasten des GWB, der bekanntlich in seiner Grundstruktur aus den 50er Jahren des letzten Jahrhunderts stammt, tauglich ist, die hochdifferenzierten Wettbewerbsbeziehungen eines globalisierten Marktes des 21. Jahrhunderts sinnvoll zu regeln, kann dahingestellt bleiben. Für einige Tatbestände trifft

das sicherlich zu.⁶ In anderen Fällen ist der Instrumentenkasten jedoch untauglich oder kontraproduktiv. Man denke an den aktuellen Fall der extrem hohen Abschlussvergütungen für Vermittler privater Krankenversicherungen.⁷ Aus Furcht vor Wettbewerbsnachteilen hatten hier Versicherer der *privaten* Krankenversicherung⁸ an die Strukturvertriebe bis zu 14 Monatsprämien und mehr zuzüglich diverse Zuschüsse für IT oder Marketing bezahlt. Die Branche selbst konnte das Problem mit einheitlichen Vereinbarungen wie einer Höchstgrenze für Provisionen nicht lösen, weil sie damit gerade gegen § 1 GWB verstoßen hätte. Letztlich ist das Problem im Bereich der privaten Krankenversicherung wohl aufsichtsrechtlich nicht zu lösen. Notwendig ist eine gesetzliche Regelung, die auch das Kartellrecht einschränkt.

⁶ z. B. §§ 35 ff. GWB

⁷ Financial Times Deutschland v. 10.12.2010 S. 17.

⁸ Nach den Wettbewerbsgrundsätzen der Aufsichtsbehörden von Bund und Länder dürfen die *gesetzlichen* Krankenkassen im Jahre 2010 höchstens 76,65 € für die Anwerbung eines neuen Mitglieds an einen externen Vermittler bezahlen. Die Einhaltung dieser vom Bundesgesundheitsministerium mitgetragenen Höchstgrenze wird vom Bundesversicherungsamt eingefordert und streng überwacht. Damit wird nicht nur ein übersteigertes Vermittlungsinteresse vermieden, sondern auch sichergestellt, dass die Krankenkassen Beitragsgelder statt für übertriebene Kundenakquise für die Versorgung der Versicherten einsetzen (Pressemitteilung des Bundesversicherungsamtes vom 28.10.2010).

Die Gesetzliche Krankenversicherung ist seit gut 16 Jahren als „solidarische Wettbewerbsordnung“ organisiert. Gesetzlich Versicherte können seit dem 1. Januar 1996 ihre Krankenkasse frei wählen.⁹ Die Krankenkassen konkurrieren seither folglich um Versicherte; sie sind also insoweit Wettbewerber. Der Gesetzgeber des Gesundheitsstrukturgesetzes entschied sich für einen das „Solidarprinzip wahren den Wettbewerb in der GKV“. Sowohl das Bundesverfassungsgericht¹⁰ als auch das Bundessozialgericht¹¹, haben diesen Weg der Weiterentwicklung der Gesetzlichen Krankenversicherung zu einer „solidarischen Wettbewerbsordnung“ ausdrücklich gebilligt und in diesem Zusammenhang auch die Eigenständigkeit dieses Wettbewerbsmodells betont, das dem in der gewerblichen Wirtschaft nicht entspreche. Die Anwendung von deutschem und europäischem Kartellrecht ist daher keine Selbstverständlichkeit.

Es kann dahingestellt bleiben, inwieweit Solidarität und Wettbewerb einen Widerspruch darstellen. Schließlich geht es hier nicht um eine volkswirtschaftliche, erkenntnistheoretische oder philosophische Fragestellung, sondern schlicht und einfach um die Frage der Anwendbarkeit des Kartellrechtes auf den GKV-Wettbewerb, der bislang im Wesentlichen im 5. Buch des Sozialgesetzbuches geregelt ist.

⁹ § 175 SGB V

¹⁰ BVerfG, Beschluss vom 18.07.2005, Az.: 2 BvF 2/01; BVerfGE 113, S. 167–273.

¹¹ BSG, Urteil vom 24.01.2003, Az.: B 12 KR 19/01 R, JURIS Rdn. 109.

¹ Allein deshalb muss man noch kein Marxist sein!

² GWB v. 27.7.1957 (BGBl. I S. 1081); vgl. zur Entstehungsgeschichte: Bunte in Langen/Bunte (Hrsg.), Kommentar zum deutschen und europäischen Kartellrecht, 10.A., München 2006, Einführung zum GWB.

³ §§ 1 ff. GWB

⁴ §§ 19 ff. GWB

⁵ §§ 35 ff. GWB

KOOPERATION ODER KONKURRENZ?

Bis zum Gesundheitsreformgesetz 2000 enthielt das SGB V zur Anwendung des Kartellrechts keine Regelung. Auch der durch das Gesundheitsreformgesetz 2000 eingeführte § 69 SGB V, über den im Folgenden zu reden sein wird, enthielt in seiner Ursprungsfassung keine ausdrückliche Regelung zur Anwendbarkeit des GWB. Mit seiner Einführung nahm sich der Gesetzgeber jedoch der Frage der Anwendbarkeit des GWB an und schloss diese für die Vertragsbeziehungen zu den Leistungserbringern aus, in dem er sie dem öffentlichen Recht zuordnete.¹²

Von dieser eindeutigen Regelung rückte der Gesetzgeber des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes jedoch wieder ab und erklärte in einem dem § 69 SGB V angefügten Absatz 2 die §§ 19 – 21 GWB, d. h. die Vorschriften zum einseitigen wettbewerbsbeschränkenden Verhalten durch Marktbeherrschung, für die Rechtsbeziehungen der Kassen zu den Leistungserbringern für entsprechend anwendbar.¹³ Ausgenommen hiervon waren Verträge, zu deren Abschluss die Krankenkassen verpflichtet sind und bei deren Nichtzustandekommen eine Schiedsamsregelung gilt. Ergänzt wurde die Regelung um den Hinweis, dass bei der Anwendung der §§ 19 – 21 GWB der gesetzliche Versorgungsauftrag der Krankenkassen besonders zu beachten sei.

Mit dem am 11. November 2010 vom Bundestag verabschiedeten Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG)¹⁴ geht der Gesetzgeber nun noch einen Schritt weiter. Zusätzlich zu den §§ 19 – 21 GWB gilt für die Rechtsbeziehungen

der Krankenkassen zu den Leistungserbringern künftig auch das in den §§ 1 – 3 GWB geregelte allgemeine Kartellverbot in entsprechender Anwendung. Dieses wird wiederum flankiert von einer nunmehr weitergehenden Ausnahmeregelung: Die §§ 1-3 und 19 – 21 GWB sollen nicht auf Verträge und sonstige Vereinbarungen der Krankenkassen und ihrer Verbände Anwendung finden, zu deren Abschluss sie verpflichtet sind. Entsprechendes gilt für den Gemeinsamen Bundesausschuss.¹⁵

Ein uneingeschränktes Bekenntnis zur Anwendung des Wettbewerbsrechtes sieht anders aus! Im Koalitionsvertrag zwischen CDU/CSU und FDP zur 17. Legislaturperiode¹⁶ hieß es noch euphorisch: „Wir wollen, dass das allgemeine Wettbewerbsrecht als Ordnungsrahmen grundsätzlich auch im Bereich der GKV Anwendung findet. Insbesondere bei Rabattverträgen, Fusionen von Krankenhäusern und Krankenkassen sehen wir Überprüfungsbedarf. Dazu gehört auch die Überprüfung des Rechtsweges.“

Zu erwähnen ist allerdings, nicht nur für den Präsidenten des Bundesversicherungsamtes, dass zusätzlich wesentliche Teile des Kartellverfahrensrechtes ebenfalls für entsprechend anwendbar erklärt werden, einschließlich der Begründung einer ausdrücklichen Zuständigkeit des Bundeskartellamtes bzw. der Kartellbehörden der Länder. Diese haben künftig die Einhaltung der entsprechend anwendbaren Bestimmungen des GWB durch die Krankenkassen, aber auch durch die Leis-

tungserbringer, zu kontrollieren und ihnen gegenüber auch durchzusetzen. Daraus entstehende Rechtsstreite fallen künftig in die Zuständigkeit der Zivilgerichte.¹⁷

Wir halten an dieser Stelle zunächst fest, dass die §§ 1 – 3 und §§ 19 – 21 GWB in den Leistungsbeziehungen der Krankenkassen zu den *Leistungserbringern* entsprechend Anwendung finden.

Die hiergegen erhobenen europarechtlichen Bedenken teile ich nicht. Nach der Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs findet europäisches Kartellrecht auf die gesetzlichen Krankenkassen keine Anwendung, weil sie keine Unternehmen i.S.d. Art. 101 f. AEUV sind.¹⁸ Dies hindert den deutschen Gesetzgeber jedoch nicht daran, sie, wie z. B. in § 69 Abs. 2 SGB V geschehen, dem deutschen Kartellrecht zu unterwerfen.¹⁹ Anders wäre es, wenn der EUGH Krankenkassen als Unternehmen i. S. d. Art 101 AEUV ansehen würde. In diesem Fall wäre § 69 SGB V sogar europarechtswidrig, da das GWB in diesem Fall direkt und nicht nur entsprechend anwendbar wäre.²⁰

Wie steht es hingegen um die Rechtsbeziehungen der miteinander im Wettbewerb stehenden Krankenkassen zueinander? Eine § 69 Abs. 2 SGB V vergleichbare Regelung existiert nicht. Daher bliebe nur eine direkte Anwendung des GWB, die zweierlei voraussetzt:

¹⁷ Art. 2 Nr. 3 AMNOG

¹⁸ EUGH, Rs. C-159/91, Slg. 1993, I-637 (Poucet und Pistre); EUGH, Rs. C-264/01, Slg. 2004, I-2493 (AOK Bundesverband); EUGH, Rs. C-205/03 P, Slg. 2006, I-6295 (Fenin).

¹⁹ So im Ergebnis auch: Natz, A&R 2010, S. 152ff. (156); Ehlermann/Kamann, Die unionsrechtliche Zulässigkeit einer Anwendung des Kartellverbots auf die Leistungsbeziehungen in der gesetzlichen Krankenversicherung, Rechtsgutachten im Auftrag des Bundesverbands der Pharmazeutischen Industrie e.V. (BPI), Kapitel C 2., S. 11 ff., abrufbar unter www.bpi.de/Stellungnahmen (2010–08-17 RGA BPI § 69 SGB V–Wilmer Hale-Prof. Ehlermann und Prof.Kamann).

²⁰ Im Ergebnis so auch: Becker/Kingreen in NZS 2010, S. 417ff. (421).

¹² GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 vom 22. Dezember 1999, BGBl. I 1999, 2626; BT-Drs. 14/1245, zu Nr. 29 (§ 69).

¹³ GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz vom 15.12.2008 (BGBl. I S. 2426); BT-Drs. 16/4247, zu Nummer 40 (§ 69), S. 35.

¹⁴ Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes in der gesetzlichen Krankenversicherung, BR-Drs. 763/10.

¹⁵ Art. I Nr. 9 AMNOG. Künftig entsprechend anwendbar sind die §§ 1,2,3 Abs. 1, §§ 19, 20, 21, 32 bis 43a, 48 bis 80, 81 Abs. 2 Nr. 1, 2a und 6, Abs. 4 bis 10 und §§ 82 bis 95 GWB; siehe hierzu Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit (BT-Drs. 17/3698, S. 23).

¹⁶ Wachstum. Bildung. Zusammenhalt. Der Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und FDP, 17. Legislaturperiode, III 9.1 Gesundheit, Vielfalt und Wettbewerb in der Versorgung.

- Die Wettbewerbsbeziehungen der Krankenkassen untereinander sind privatrechtlicher Natur und
- die Krankenkassen sind Unternehmen i.S.d. GWB, d. h. sie fallen unter den funktionalen Unternehmensbegriff. Ein Unternehmen ist danach jede selbständige, auf Dauer ausgerichtete Tätigkeit im Geschäftsverkehr ohne Rücksicht auf die Rechtsform. Eine Gewinnerzielungsabsicht ist nicht erforderlich.²¹

Hierzu zwei Anwendungsfragen aus der Praxis:

A) Gemeinsame Pressekonferenz zum Zusatzbeitrag

Verstößt eine von mehreren Krankenkassen gemeinsam abgehaltene Pressekonferenz zum Zusatzbeitrag gegen § 1 GWB, weil hierdurch womöglich im Wege eines abgestimmten Verhaltens der Preiswettbewerb im Bereich des Zusatzbeitrags beeinträchtigt wurde?

Ich verweise insoweit auf die gemeinsame Pressekonferenz verschiedener Krankenkassen zur Erhebung eines Zusatzbeitrags zu Beginn des Jahres 2010. Das Bundeskartellamt hat diesen Krankenkassen eine Auskunftsverfügung zugeschickt, um aufzuklären, ob die Abhaltung und Vorbereitung möglicherweise ein Verstoß gegen § 1 GWB ist.

Das Bundessozialgericht hatte sich bislang nur mit der Frage der gerichtlichen Zuständigkeit in dieser Sache zu befassen, denn die Krankenkassen haben gegen die Verfügung nicht beim normalerweise für Klagen gegen das Bundeskartellamt zuständigen OLG Düsseldorf, sondern bei verschiedenen Landessozialgerichten geklagt. Das BSG hat nun nicht nur die Zu-

ständigkeit der Sozialgerichtsbarkeit für den Fall klargestellt, sondern auch unter Bezugnahme auf seine und die Rechtsprechung des BGH hervorgehoben, dass die Wettbewerbsverhältnisse der gesetzlichen Krankenkassen zueinander öffentlich-rechtlicher Natur sind.²² Für die Anwendbarkeit von § 1 GWB bleibt danach kein Raum. Die Unternehmenseigenschaft von Krankenkassen lehnt das BSG ohnehin in ständiger Rechtsprechung ab.

Berücksichtigt man noch, dass die Preisbildung im Bereich des Zusatzbeitrags allein nach gesetzlichen Vorgaben, nämlich dem Finanzbedarf der Krankenkassen zusätzlich zu den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds, erfolgt, sind nicht nur geringfügige Zweifel an der Gerichtsfestigkeit der Auskunftsverfügung des Bundeskartellamts erlaubt.

B) Vereinigung von Krankenkassen

Unterfallen freiwillige Vereinigungen von gesetzlichen Krankenkassen der kartellrechtlichen Fusionskontrolle?

Auch ihre Anwendbarkeit setzt privatrechtliche Wettbewerbsbeziehungen der Krankenkassen untereinander voraus.

Ein weiterer, wesentlicher Aspekt kommt hinzu: Der Gesetzgeber hat sich anlässlich der Einführung der Möglichkeit kassenübergreifender Vereinigungen²³ durchaus mit der seit gut 5 Jahren durch das Bundeskartellamt bei Krankenversicherungsvereinigungen praktizierten Fusionskontrolle befasst, aber weder im GKV-WSG noch den nachfolgenden umfassenden Reformgesetzen eine an § 69 Abs. 2 SGB V orientierte gesetzliche Regelung bewirkt. Eine solche fordert im Übrigen auch die Monopolkommission in ihrem Gutachten.²⁴

Die erneute Nichtregelung der Fusions-thematik durch den Gesetzgeber des AM-NOG zwingt mich, von meiner früher geäußerten Auffassung²⁵ abzuweichen und die Gerichtsfestigkeit einer kartellrechtlichen Untersagung einer freiwilligen Vereinigung von Krankenkassen zu bezweifeln. Es ist daher festzuhalten: Wirklich sicher kann von einer Anwendbarkeit des GWB im GKV-Wettbewerb nur dort ausgegangen werden, **wo dies ausdrücklich gesetzlich geregelt ist**. Europäisches Kartellrecht findet keine Anwendung.

Wenden wir uns den konkreten Auswirkungen der Anwendbarkeit des GWB auf den GKV-Wettbewerb zu, bei dem ich mich auf Ausführungen zum aktuell verabschiedeten Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz beschränken möchte:

§ 1 GWB verbietet danach künftig wettbewerbsbeschränkende Vereinbarungen zwischen Krankenkassen, *soweit sie die Rechtsbeziehungen zu den Leistungserbringern betreffen*. Gilt damit künftig für diesen Bereich ein allgemeines Kooperationsverbot? Wie steht es in diesem Zusammenhang um die gesetzliche Pflicht der Krankenkassen zur engen Zusammenarbeit, die auch weiterhin in § 4 Abs. 3 SGB V geregelt ist?

Ich habe bereits auf die weitgefaste Ausnahmeregelung hingewiesen, die künftig in § 69 Abs. 2 Satz 2 SGB V enthalten sein wird und sämtliche verpflichtend abzuschließende Versorgungsverträge von der Geltung des Kartellrechts ausnimmt. Dieser weit gefasste Ausnahmereich wurde u.a. auf Anregung des GKV-Spitzenverbands während der Ausschussberatungen in den Gesetzentwurf aufgenommen.

Als Anwendungsbereich verbleibt damit der Bereich der Selektivverträge. Aber auch hier ist nicht von einem allgemeinen Kooperationsverbot auszugehen. Die

²¹ Lange in Lange (Hrsg.), Handbuch zum deutschen und europäischen Kartellrecht, 2.A. Frankfurt am Main, 2006, § 1 Rdn. 5.; Bunte in Langen/Bunte (Hrsg.), Kommentar zum deutschen und europäischen Kartellrecht, 10.A., München 2006, Einführung zum GWB § 1 Rdn. 20.

²² BSG, Beschluss vom 28.09.2010, Az.: B 1 SF 3/10 R, JURIS, Rdn. 18, 20.

²³ § 171 a SGB V

²⁴ Achtzehntes Monopolgutachten der Monopolkommission 2008/2009, BT-Drs. 17/2600

Ziffer 1208, 1209.

²⁵ Gaßner / Ahrens in SGB 2007, S. 528ff. (530f.).

KOOPERATION ODER KONKURRENZ?

entsprechend anwendbaren Bestimmungen des Kartellrechts bilden vielmehr eine Schranke für den vertraglichen Gestaltungsspielraum der Krankenkassen.²⁶ Konkret ausgedrückt: Der Gesetzgeber will auch weiterhin die Kooperation von Krankenkassen, z. B. bei der gemeinsamen Ausschreibung von Arzneimittelrabattverträgen, aber er will sie nicht um jeden Preis.

Die Kartellbehörden, die dies künftig zu überwachen haben, werden bei ihrer Prüfung den gesetzlichen Versorgungsauftrag der Krankenkassen zu beachten haben. Das Gesetz enthält zwar keinen eindeutigen Hinweis mehr hierauf, in der Begründung zu den vom Gesundheitsausschuss des Bundestages beschlossenen Ausnahmeregelungen wird dies jedoch klargelegt.²⁷

Lassen Sie uns einige konkrete Fallgestaltungen durchgehen:

a) Vertragsärztliche Versorgung²⁸

Der gesamte Bereich der kollektivvertraglich ausgestalteten Vertragärztlichen Versorgung bleibt auch weiterhin von der entsprechenden Anwendbarkeit des GWB ausgenommen.

b) Hausarztzentrierte Versorgung²⁹

Dies gilt auch (weiterhin) für die verpflichtend zu schließenden Verträge im Rahmen der hausarztzentrierten Versorgung. Eine politisch gewollte Ausnahme, die eigentlich ein Beispiel für wettbewerbsbeschränkendes Verhalten auf der Leistungserbringerseite darstellt! Es ist schon merkwürdig, dass der Gesetzgeber einer-

seits die Krankenkassen als Vertreter der Interessen der Versicherten dem Wettbewerbsrecht unterwirft, andererseits aber ein klassisches wirtschaftliches Syndikat, wie den Hausärzteverband, von kartellrechtlichen Restriktionen ausnimmt. Freilich gilt dies nur, soweit der Verband innerhalb der Schranken des § 73 b SGB V agiert. Außerhalb unterliegt er jedoch den allgemeinen Grundsätzen des Wettbewerbsrechts. Dies gilt insbesondere für Szenarien nach einem kollektiven Verzicht auf die Zulassung. Im Hinblick auf §§ 72 a Abs. 3 S.3, Abs. 4, 95 b Abs. 3 SGB V gibt es allerdings insoweit nur sehr begrenzte Handlungsmöglichkeiten.

c) Hilfsmittelverträge i.S.d. § 127 SGB V

Infolge des GKV-WSG kann Leistungserbringer für Hilfsmittel i.S.d. § 126 SGB V nur noch sein, wer mit einer Krankenkasse in vertraglichen Beziehungen steht. Dies legt eine starke Verhandlungsposition der Krankenkassen nahe, die kartellrechtliche Probleme erwarten lässt.

Nach § 127 Abs. 1 SGB V können Verträge im Wege der Ausschreibung geschlossen werden.

Kartellrechtliche Probleme sind in diesem Zusammenhang zumindest denkbar, wenn gemeinsam ausschreibende Krankenkassen in einem bestimmten Gebiet einen Versichertenanteil erreichen, der eine marktbeherrschende Stellung (§ 19 GWB) begründet. Dem BVA lagen bislang keine Anwendungsfälle vor. Die in regionalen Teilmärkten marktstarken AOKen unterstehen allerdings nicht seiner Aufsicht.

Krankenkassen haben aber auch die Möglichkeit, Verträge ohne Ausschreibung zu schließen.³⁰ Dies betrifft Fälle, wo Ausschreibungen nicht durchgeführt werden, z. B. wenn die Hilfsmittel gesondert für den einzelnen Versicherten hergestellt

werden müssen, man denke an orthopädische Schuhe. In diesem Bereich haben das Bundesversicherungsamt in der Vergangenheit Beschwerden erreicht, dass die Krankenkassen diesbezüglich wenig Verhandlungsbereitschaft zeigten und versuchen würden, ihre Vertragsvorstellungen einseitig durchzusetzen, z. B. durch den Abschluss bundesweiter Verträge. Das Bundesversicherungsamt hat dies aufsichtsrechtlich aufgegriffen.

d) Arzneimittelrabattverträge

Die Möglichkeit der Krankenkassen, mit pharmazeutischen Unternehmen Rabattverträge abzuschließen, haben bereits in der Gesetzesbegründung zu § 69 Abs. 2 SGB V Erwähnung gefunden und dürften den Hauptanwendungsfall der gesetzlichen Neufassung darstellen.³¹ Inwieweit diesbezüglich die in der kartellrechtlichen Praxis entwickelten Maßstäbe für nicht per se unzulässige Einkaufsgemeinschaften anwendbar sein werden, bleibt abzuwarten.

e) Arbeitsgemeinschaften

Die Zusammenarbeit von Krankenkassen in der Form von Arbeitsgemeinschaften bleibt grundsätzlich möglich, aber eben unter Berücksichtigung der kartellrechtlichen Schranken.

f) Vergaberechtliche Auswirkungen

Die gesetzliche Verpflichtung der Krankenkassen, Verträge nach den deutschen und europäischen Vorgaben auszuschreiben, wird durch die entsprechende Anwendbarkeit der §§ 1 – 3 und 19 – 21 GWB nicht berührt. Im Rahmen der gerichtlichen Überprüfung von Vergabeentscheidungen spielt Kartellrecht keine Rolle.³² Zu beachten ist es allerdings bei der Aus-

²⁶ BT-Drs. 17/2413, zu Nummer 9, Buchstabe a, 3. Absatz (§ 69).

²⁷ BT-Drs. 17 / 3698, Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit zum AMNOG, zu Nummer 9 (§ 69) S. 74.

²⁸ §§ 85 ff. SGB V

²⁹ § 73b SGB V

³⁰ § 127 Abs. 2 SGB V

³¹ BT-Drs. 17/2413, zu Nummer 9, Buchstabe a (§ 69), S. 26.

³² LSG Baden-Württemberg, Beschluss vom 23.01.2009, Az.: L 11 WB 5971/08.

gestaltung der Ausschreibung.³³ Das Bundeskartellamt hat in seiner Stellungnahme zum Gesetzentwurf des AMNOG darauf hingewiesen, dass die bislang praktizierte Aufteilung von Ausschreibungen mehrerer Krankenkassen in Gebietslose auch weiterhin dazu geeignet sein könnte, kartellrechtliche Probleme bei Ausschreibungen zu vermeiden.³⁴

Abschließend noch ein Wort zur neuen Zuständigkeit der Kartellbehörden:

Bereits jetzt sind eine ganze Reihe von Behörden mit der Prüfung der Arbeit der gesetzlichen Krankenkassen befasst, sodass dem AMNOG wohlmöglich eine vom Gesetzgeber gar nicht beabsichtigte wettbewerbsfördernde Wirkung zukommt:

³³ siehe Goodarzi/Jansen in NZS 2010, S. 427ff. (S. 435.)

³⁴ Stellungnahme des Bundeskartellamts zum AMNOG, Ausschussdrucksache 17(14)0066(13), abrufbar über www.bundestag.de (Ausschuss für Gesundheit).

Bislang mit der Arbeit der Krankenkassen befasst sind: Das Bundesversicherungsamt als Aufsichts- und Durchführungsbehörde für den Risikostrukturausgleich, die Landesaufsichten, die Prüfdienste des Bundes und der Länder, der Bundesrechnungshof, aber auch der GKV-Spitzenverband und z. B. die DRV Bund, soweit Krankenkasse als Einzugsstelle für den GSV-Beitrag fungieren.

Mit dem Bundeskartellamt kommt nun eine weitere Behörde mit umfassenden Prüf- und Sanktionsmöglichkeiten hinzu, deren Mittel z. B. im Bereich des Ordnungswidrigkeitenrechts und der Verwaltungsvollstreckung sogar weitreichender sind als die der eigentlichen Aufsichtsbehörden. *Dies ist kein zufriedenstellender Zustand.*

Ganz konkret besteht die Gefahr, dass Krankenkassen im Bereich der Selektivverträge künftig divergierenden Behördenentscheidungen ausgesetzt sind und diese

dennoch umsetzen müssen. Vor allem aber bedeutet die Zuständigkeit des Bundeskartellamts einen vermeidbaren Bürokratieaufwuchs, der vor allem bei den Krankenkassen Kräfte binden wird.

Vor diesem Hintergrund wäre es sachgerechter gewesen, die Kontrolle der erweiterten Geltung des Kartellrechts in der Zuständigkeit der Aufsichtsbehörden i.S.d. § 90 SGB IV zu belassen. Dies hätte zudem Anlass sein können, eine Erweiterung der aufsichtsbehördlichen Kompetenzen zu prüfen, die nicht immer eine schnelle und adäquate Reaktion gegenüber den Krankenkassen ermöglichen.

Autor:
Dr. Maximilian Gaßner
Präsident des Bundes-
versicherungsamtes
Friedrich-Ebert-Allee 38
53113 Bonn

Buchbesprechung

Management und Kommunikation

Erfolgsstrategien für die Klinik der Zukunft, Annamaria Sisignano, Gebundene Ausgabe, Mai 2008, CW Haarfeld, 49,90 Euro

Das Buch „Management und Kommunikation – Erfolgsstrategien für die Klinik der Zukunft“ hält für seine Leser ausführliche und breitgefächerte Informationen und praktische Vorgehensweise in Bezug auf alle relevanten Themenkreise wie „Marketing“, „Krisen-PR“, „Presse- und Öffentlichkeitsarbeit“, „Change Management“, „Corporate Identity“, „Human Relations“ und „Führungs- und Kommunikationskultur“ bereit. Es befasst sich schwerpunktmäßig mit den verschiedensten Facetten von Management-, Kommunikations- und Marketingstrategien für Kliniken und soziale Einrichtungen.

Die Verfasserin, Annamaria Sisignano,

Inhaberin der Agentur „Kommunikation Unikat“ bietet neben den vorgenannten Schwerpunkten auch einen generellen Überblick über den Gesundheitsmarkt und das Kommunikationskonzept an sich. Zudem wird das Buch mit einer erheblichen Anzahl an dienlichen Checklisten, Erfolgsfaktoren, einem Ideenpool, Schlüsselfragen, Tipps zur Vorgehensweise und der Darstellung der sinnvollen Vernetzung verschiedenster Kommunikationsinstrumente abgerundet. Es erweist sich somit nicht nur als grundsätzlich und allgemein-abstrakt, sondern in erheblichen Teilen als einzelfall- und detailorientiert, was dem Leser - der das Buch für die Entwicklung praktischer und konkreter Kommunikations- und Marketingkonzepte verwenden möchte - zugutekommt.

Das Buch erscheint in seiner 1. Auflage und hat einen Umfang von 253 Seiten. Das Buch

ist übersichtlich unterteilt in 10 Kapitel, zudem beinhaltet es sowohl ein Literaturverzeichnis als auch ein Stichwortverzeichnis. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die 20-jährige Beratungstätigkeit der Verfasserin für Krankenhäuser und Reha-Kliniken sowie soziale Einrichtungen merklich in dieses Buch Einzug gefunden hat. Es ist gut strukturiert und für die praktische Anwendung aufgebaut. So ist dieses Werk nicht nur für PR-Berater, für Mitarbeiter der Krankenhausverwaltung, Betriebswirte und Steuerberater, sondern durchaus auch für den wirtschaftlich-beratenden Rechtsanwalt im Fachgebiet Sozial- und Medizinrecht von Wert und Nutzen. Folglich kann es, speziell für die Entwicklung von Erfolgsstrategien für Kliniken, empfohlen werden.

Rechtsanwalt Thorsten Ebermann, Prof. Dr. iur. Dr. med. Alexander P.F. Ehlers

Helmut Platzer

Privatrechtliche Rahmenbedingungen für die gesetzliche Krankenversicherung am Beispiel der Erstreckung des Kartellrechts

Gesetzliche Krankenversicherungen sind Körperschaften des öffentlichen Rechts mit juristisch entsprechend eindimensionalem Ordnungsrahmen. Auch die Beziehungen sowohl zu Versicherten als auch zu Leistungserbringern sind öffentlich-rechtlicher Natur.

Zunächst einmal – könnte man also meinen – gibt es wenig Raum für eine Anwendung des Privatrechts auf die Rechtsbeziehungen einer gesetzlichen Krankenversicherung innerhalb ihres originären Aufgabenfeldes. Die Regelungsdichte für diese Rechtsbeziehungen ist enorm. Als Beispiel seien nur die zahlreichen gesetzlichen und auch untergesetzlichen Normen zum Verhältnis zwischen Krankenkassen und Vertragsärzten bzw. Kassenärztlichen Vereinigungen genannt, bis hin zu spezifischen Konfliktlösungsmechanismen („Schiedsämter“).

Dennoch sind in den letzten Jahren zunehmend privatrechtliche Elemente in das SGB V aufgenommen worden. So wurde durch das GKV-OrgWG eine partielle Angleichung des rechtlichen Rahmens für gesetzliche Krankenkassen an privatrechtliche Rahmenbedingungen vorgenommen. Seither sind Krankenkassen insolvenzfähig, für sie gilt, ebenso wie für Handelsunternehmen, die InsO. Dies hat beispielsweise zur Folge, dass eine Umlagepflicht für das Insolvenzgeld nach dem SGB III entsteht. Außerdem müssen Krankenkassen eine Jahresrechnung (Bilanz) erstellen,

die im Wesentlichen den handelsrechtlichen Bewertungsgrundsätzen des HGB genügen muss, um ein hinreichend transparentes Bild über die finanzielle Situation einer Kasse zu erhalten. Derartige Neuregelungen treffen aber auf kein rechtspolitisches Vakuum, sondern anderweitige, geschlossene Regelungskonzepte.

Zudem gelten beispielsweise mittlerweile auch die §§ 19 – 21 GWB, also das Verbot des Missbrauchs einer marktbeherrschenden Stellung, das Diskriminierungsverbot und das Boykottverbot bzw. das Verbot sonstigen wettbewerbsbeschränkenden Verhaltens für die Rechtsbeziehungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern entsprechend.

Mit diesen Maßnahmen setzte der Gesetzgeber seinen Willen um, den Wettbewerb zwischen Kassen zu verschärfen und an diesen Wettbewerb einen privatrechtlichen Maßstab anzulegen, und ignorierte dabei, dass Krankenkassen in ihren Handlungen eben nicht so frei sind wie private Handelsunternehmen, sondern dem Sozialrecht mit seiner enormen Regelungsdichte unterliegen und grundsätzlich zuallererst dem Sozialstaatsprinzip sowie dem Solidaritätsprinzip verpflichtet sind. So können sie seit

2009 nicht einmal mehr ihren Beitragsatz selbst festlegen. Außerdem handeln sie nie mit Gewinnerzielungsabsicht, sondern stets in Erfüllung einer öffentlichen Aufgabe der Daseinsfürsorge. Insofern stellt sich die Frage, wenn zukünftig die gesetzlichen Krankenkassen nach der gerade passenden politischen Lage dem Sozial- oder Privatrecht unterworfen werden, ob es angemessen sein kann, private und gesetzliche Krankenversicherungen demselben Ordnungsrahmen zu unterstellen. Aktuell ist der Gesetzgeber noch einen Schritt weitergegangen und hat mit seinem Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes in der gesetzlichen Krankenversicherung (AMNOG) dem hoheitlichen Handeln der Krankenkassen praktisch das gesamte Kartellrecht übergestülpt.

Angesichts der zunehmenden Implementierung privatrechtlicher Elemente im Sozialrecht stellt sich immer öfter die grundsätzliche Frage der Vereinbarkeit der beiden unterschiedlichen Rechtssysteme. Anders als privatwirtschaftliche Unternehmen erwirtschaftet eine gesetzliche Krankenkasse keine Gewinne, die an Aktionäre und Vorstände ausgezahlt werden. Sie hat vielmehr andere, „öffentliche“ Aufgaben: Die Erfüllung des Sozialstaatsprinzips aus Art. 20 Abs. 1 GG. Der Schutz vor Krankheit ist in der sozialstaatlichen Ordnung des Grundgesetzes eine der Grundaufgaben des Staates, die aus rechtsstaatlichen Gesichtspunkten zwingend also

institutionell garantiert zu erfüllen ist, wie auch das Bundesverfassungsgericht bestätigt hat. Die Finanzierung der gesetzlichen Krankenkassen wird in ständiger Rechtsprechung als überragend wichtiger Allgemeinwohlbelang bezeichnet. Diesem Allgemeinwohlbelang haben sich schon aus verfassungsrechtlicher Notwendigkeit alle Überlegungen zur Anwendbarkeit von Instrumenten des Wettbewerbsrechts auf gesetzliche Krankenkassen unterzuordnen. Sicherlich gibt es inzwischen auch im SGB V wettbewerbliche Elemente wie z. B. die Wahltarife. Aber der politisch gewollte Wettbewerb zwischen Krankenkassen ist kein Verdrängungswettbewerb i.S. herkömmlicher Märkte, er ist aufgrund des sozialstaatlichen Versorgungsauftrages und des Solidaritätsprinzips mit dem Wettbewerb in der gewerblichen Wirtschaft nicht vergleichbar. Auch das Bundesverfassungsgericht hat ausdrücklich entschieden, dass der Wettbewerb unter den Krankenkassen keine privatrechtlich geordneten Handlungsspielräume eröffnet, sondern eine dienende Funktion zur Erfüllung sozialstaatlicher Aufgaben hat. In der GKV führt zudem die Schließung oder Insolvenz einer Wettbewerberkassen nicht etwa zu zwangsläufigen Marktvorteilen – im Gegenteil –, da deren Verbindlichkeiten bzw. negativen Versicherungsrisiken über die gesetzlich angeordneten Haftungsverbände bzw. den gesetzlichen Kontrahierungszwang von den verbleibenden Wettbewerberkassen übernommen werden müssen.

Die Wettbewerbsregeln für die Kassen müssen also zum öffentlichen Auftrag der Kassen passen.

Im Folgenden soll dargestellt werden, welche Probleme und Verwerfungen auftreten, wenn privatrechtliche Normen auf gesetzliche Krankenkassen ausgeweitet werden, ohne dass der „öffentliche Auftrag“ berücksichtigt wird. Als Beispiel soll hier die geplante Anwendbarkeit des Kar-

tellrechts auf die Beziehungen der Krankenkassen zu den Leistungserbringern dienen, wobei die europarechtlichen Probleme, die sich in dem Zusammenhang stellen, hier nicht näher beleuchtet werden sollen. Interessant wäre diese Beobachtung allemal, ist aber hier zu aufwendig!

Zweifel an der Vereinbarkeit der beiden Normenkomplexe entstehen schon bei Betrachtung ganz grundsätzlicher Prinzipien sowohl des Kartell- als auch des Sozialrechts. Grundlage des Kartellrechts ist das Kartellverbot des § 1 GWB, nach dem Vereinbarungen zwischen Unternehmen, Beschlüsse von Unternehmensvereinigungen und aufeinander abgestimmte Verhaltensweisen, die eine Wettbewerbsbeschränkung bezwecken oder bewirken, verboten sind. Dem steht das Sozialrecht gegenüber: Hier imponieren vielfältige Kooperationsgebote. In § 4 Abs. 3 SGB V z. B. ist geregelt, dass die Krankenkassen und ihre Verbände sowohl innerhalb einer Kassenart als auch kassenartenübergreifend miteinander und mit allen anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens eng zusammenarbeiten. Dies geschieht im Interesse der Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit der gesetzlichen Krankenversicherung. Auch § 86 SGB X bestimmt nochmals, dass die Leistungsträger und ihre Verbände verpflichtet sind, bei der Erfüllung ihrer Aufgaben eng zusammenzuarbeiten. Die Ausgestaltung dieser Kooperationsgebote erfolgt dergestalt, dass etliche Verträge mit Leistungserbringern entweder zwingend kollektiv zu schließen sind oder fakultativ kollektiv geschlossen werden können. So sind z. B. Versorgungsverträge mit Krankenhäusern zwingend gemeinsam und einheitlich zu schließen, Verträge über die Versorgung mit Hilfsmitteln nach § 127 SGB V können von Krankenkassen, ihren Landesverbänden oder Arbeitsgemeinschaften gemeinsam geschlossen werden. Dies ist aus Gesichtspunkten des Wettbewerbs auch

sachgerecht, denn auch auf der Seite der Leistungserbringer sind Kooperationen vorgesehen: Als Vertragspartner für Verträge über die Versorgung mit Hilfsmitteln nach § 127 SGB V kommen einzelne Leistungserbringer, aber auch deren Verbände oder sonstige Zusammenschlüsse in Frage. Verträge werden mit Innungen, Berufsverbänden oder Krankenhausgesellschaften geschlossen. Dieses Vorgehen erzeugt ein einheitliches Leistungsniveau und nutzt Synergien, ist also für die Versorgung der Versicherten in jedem Fall ein Vorteil. Versorgungsqualität und -dichte geht über Konkurrentenschutz und Anbieterschutz.

Bei konsequenter Anwendung des Kartellverbotes wäre ein solches gemeinsames Aushandeln von Vergütungen und sonstigen Konditionen jedoch als Verletzung des sog. kartellrechtlichen Selbständigkeitspostulats anzusehen und als horizontale Wettbewerbsbeschränkung im Sinne des § 1 GWB kartellrechtswidrig. Ein solches abgestimmtes Marktverhalten potentieller Wettbewerber würde den Tatbestand des Nachfragekartells erfüllen. In diesem Sinne hatte etwa das OLG Düsseldorf – weil es das Sozialrecht nicht kannte oder nicht berücksichtigte – die Festbetragsfestsetzung nach § 35 SGB V durch die Spitzenverbände der Krankenkassen in der Vergangenheit als kartellrechtswidrig untersagt. Erst der EuGH setzte dieser Praxis deutscher Zivilgerichte ein Ende, indem er entschied, dass deutsche gesetzliche Krankenkassen und ihre Zusammenschlüsse keine Unternehmen i.S.d. Kartellrechts sind und das Kartellrecht damit auf sie keine Anwendung findet. Hintergrund war bekanntermaßen u. a. die Finanzierungsform und der konstitutionelle Auftrag.

Entsprechendes gilt auch für die kollektiven Strukturen auf der Anbieterseite, wie z. B. ein Vertrag über die Versorgung mit Hörhilfen, der nicht mit einzelnen Hörge-

KOOPERATION ODER KONKURRENZ?

räteakustikern, sondern mit deren Innung geschlossen wird. Auch hierin liegt eine Preisabsprache, die nicht mit § 1 GWB zu vereinbaren wäre. Als horizontales Anbieterkartell, das jeden Preis- und Leistungswettbewerb im relevanten Markt ausschließt, wäre eine solche Struktur nicht einmal einer Freistellung zugänglich. In einem kartellrechtskonformen Leistungssystem müsste jede Krankenkasse die fälligen Vergütungen und Konditionen selbstständig mit jedem Leistungserbringer, z. B. jedem Arzt und jedem Heilmittelerbringer, aushandeln. Ein solches System mag dem wettbewerbspolitischen Idealbild des perfekten Wettbewerbs entsprechen. Es gefährdet jedoch die sozialrechtlich erwünschte und verfassungsrechtlich gebotene Leistungseinheit in der GKV.

Dies zeigt beispielhaft, dass ein Normenkonflikt zwischen dem Sozial- und dem Kartellrecht entsteht, über dessen Lösung Juristen sich trefflich streiten können. Gestaltet ein Spezialgesetz Leistungsbeziehungen in einer Weise aus, die mit den Bestimmungen einer allgemeineren Norm kollidiert, muss im Wege der Auslegung ermittelt werden, welcher Normenkomplex vorgehen soll. Nach den allgemeinen Auslegungsgrundsätzen verdrängt dabei die spezialgesetzliche Norm die allgemeine. Wie wäre dieser Konflikt zu lösen? Insbesondere beim *fakultativen* kollektiven Handeln stellt sich diese Frage.

Die Folge werden jahrelange Gerichtsverfahren sein, erst nach etlichen Jahren werden – vielleicht – höchstrichterliche Entscheidungen Rechtsklarheit bringen. Über eine lange Zeit wird über die Wirksamkeit einer Vielzahl von Verträgen, die die Versorgung von Millionen Versicherten mit nicht aufschiebbaren, für die Gesundheitsversorgung unverzichtbaren Leistungen sicherstellen, Rechtsunsicherheit bestehen. Wie soll so eine gesundheitliche Versorgung eines Großteils der Bevölkerung auf-

rechterhalten werden? Wie soll auch nur annähernd ein sinnvoller Einsatz der vorhandenen finanziellen Mittel für die Versorgung ermöglicht werden? Wie sollen Kassen mit ihren fondsgespeisten Ressourcen planen? Diese vollkommen unnötige Rechtsunsicherheit wird zwangsläufig auf dem Rücken der Versicherten ausgetragen werden.

Streiten wird man sich aber nicht nur über die Wirksamkeit einer Unzahl von Verträgen. Krankenkassen, die sich nicht kartellrechtskonform verhalten, wären einem erheblichen Sanktionsrisiko ausgesetzt, was angesichts der beschriebenen Friktionen und der völlig ungeklärten Rechtslage besonders schwer wiegt. Derartige Forderungen oder Bußgelder würden einzelne Kassen und mittelbar das gesamte System der GKV und die Versicherten mit erheblichen Mehrkosten belasten. Das Kartellrecht eröffnet die Möglichkeit hoher Bußgelder und anderer Sanktionen durch das Bundeskartellamt. Dies entbehrt nicht der Logik, wenn durch kartellrechtswidriges Verhalten Gewinne produziert oder maximiert werden. Nach § 81 Abs. 4 GWB kann das Bundeskartellamt für Kartellrechtsverstöße Bußgelder in Höhe von maximal 10 % des Jahresumsatzes des betroffenen Unternehmens verhängen (Nicht erörtert werden soll an dieser Stelle die interessante Frage, ob es verfassungsrechtlich überhaupt erlaubt wäre, die nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts strikt zweckgebundenen Zwangsbeiträge der Beitragszahler für solche Bußgelder zu verwenden. Dies könnte eventuell den Rückgriff auf handelnde Verantwortliche nahe legen.).

Daneben bestehen im Bereich des Kartellrechts auch umfassende Möglichkeiten für private Schadensersatzklagen. Pharmaunternehmen, andere Leistungserbringer oder auch konkurrierende Krankenkassen, die sich durch einen Kartellrechtsverstoß einer Krankenkasse geschädigt

fühlen, könnten Schadensersatz fordern. Realistisch denkbar wäre dies etwa für den Fall, dass eine oder mehrere Krankenkassen mit – aus kartellrechtlicher Sicht – überlegener Marktmacht gegenüber den Leistungserbringern Kosteneinsparungen oder Rabatte realisieren, die aus Sicht der Kartellbehörden unangemessen sind. Die Leistungserbringer könnten dann den entgangenen Gewinn zurückfordern. Diese unkalkulierbaren wirtschaftlichen Risiken stehen im Widerspruch zu den grundsätzlichen Finanzvorschriften der GKV, wonach die Beiträge wirtschaftlich und sparsam einzusetzen sind und die Kassen keine Kredite aufnehmen dürfen. Somit können sich die Kassen nicht nur nicht kurzfristig gegen die beschriebenen finanziellen Risiken des Kartellrechts wappnen, vielmehr müssten sie vorausschauend Zusatzbeiträge erheben, um entsprechende Rücklagen zu bilden.

Kartellrechtliche Bedenken könnten auch der Gründung von Arbeitsgemeinschaften und sonstigen Kooperationen zwischen gesetzlichen Krankenkassen untereinander bzw. mit Dritten entgegenstehen. Als Beispiel sei hier ein gemeinsam betriebenes Rechenzentrum genannt, das IT-Leistungen wirtschaftlicher macht, indem es diese Leistungen für mehrere Krankenkassen gemeinsam zur Verfügung stellt. Solche Kooperationen, die als Mittel zur Steigerung der Verwaltungseffizienz und Leistungsfähigkeit ausdrücklich erwünscht sind (z. B. § 4 Abs. 3, § 219 SGB V, § 94 Abs. 1a SGB X), stünden als horizontale Kooperationen ebenfalls unter dem Vorbehalt des Kartellverbotes (und eventuell sogar der Zusammenschlusskontrolle). Von einer kartellrechtlichen Untersagung bedroht wären dabei insbesondere Kooperationen oder Gemeinschaftsunternehmen zwischen gesetzlichen Krankenkassen, die auf das Angebot konkreter Leistungen oder Dienstleistungen ausgelegt sind, oder Kooperationen zwischen gesetzli-

chen Krankenkassen und privaten Unternehmen.

Erhebliche Auswirkungen hätte eine uneingeschränkte Anwendung des Wettbewerbsrechts ggf. auch auf die Organisationsstrukturen in der GKV. Zwar ist die Mitgliedschaft rechtlich selbständiger Krankenkassen in einem oder mehreren Verbänden im Sinne von § 207 ff. SGB V (AOK-Bundesverband, Bundesverband der Betriebskrankenkassen, Verein der Innungskrankenkassen, Verband der Ersatzkassen, Spitzenverband Bund der Krankenkassen etc.) kartellrechtlich nicht zu beanstanden. Potentiell kartellrechtswidrig wäre jedoch jede Kooperation und Koordination bei der Geschäftstätigkeit (z. B. durch gemeinsame Rundschreiben) sowie über Preise oder Konditionen im Rahmen dieser Verbände. Aufgrund eines für alle Versicherten einheitlichen Leistungsnieveaus ist dieses Vorgehen jedoch gegenwärtig sozialrechtlich vorgeschrieben (vgl. nur § 4 Abs. 3 SGB V). Bereits der verbandsinterne Austausch von Kalkulationsgrundlagen und Details über Ausgaben- und Beitragsentwicklung könnte als Kartellrechtsverstoß geahndet werden. Betroffen sein könnten außerdem sämtliche Beschlüsse, Verhandlungen oder Konsultationen im Rahmen der Kassenverbände und auch des G-BA, die sich auf die Leistungen oder Vergütungen auswirken. Die Organisationsstruktur in der gesetzlichen Krankenversicherung müsste vollständig umgestaltet werden. Nur als knapper Hinweis: Gemeinsames Risikomanagement als ganz besondere Aufgabenstellung der Verbandsebene war ein wichtiges Weiterentwicklungselement in der letzten Stufe der Gesundheitsreform.

Die „Absurdität“ der Geltung des Kartellverbots für die Beziehungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringer wird klar, wenn man sich verdeutlicht, dass im Bereich der hausarztzentrierten Versorgung auf der Seite der Leistungserbringer

sogar gesetzlich vorgeschrieben ist: Die Krankenkassen sind nach § 73b Abs. 4 S. 1 SGB V verpflichtet, Verträge mit Gemeinschaften zu schließen, die mindestens die Hälfte der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Allgemeinärzte eines jeden KV-Bezirks vertreten. Zu einem Vertragsschluss mit einem solchen Kartell kann eine Krankenkasse sogar durch Einleitung eines Schiedsverfahrens gezwungen werden, wie vielfach geschehen! Wie diese Regelung mit dem Kartellrecht in Einklang gebracht werden soll, wird wohl ein ungelöstes Problem bleiben, es sei denn, man wendet den Grundsatz „lex posterior derogat legi priori“ an und hebt alle Hausarztverträge nach § 73b SGB V mit Inkrafttreten der kartellrechtlichen Regeln auf.

In der aktuellen politischen Diskussion wird das Kartellrecht oft im Zusammenhang mit den Rabattvertragsausschreibungen des AOK-Systems erwähnt. Die Notwendigkeit einer Anwendung des Kartellrechts wird damit begründet, dass die Anbieter, die pharmazeutischen Unternehmen, vor der überwältigenden Marktmacht des AOK-Systems mit einem Marktanteil von rund 40 % geschützt werden müssen. Immer wieder wird argumentiert, dass die AOK-Ausschreibungen die Existenz der mittelständischen Arzneimittelhersteller gefährdeten, so dass innerhalb absehbarer Zeit zu erwarten sei, dass auf dem Arzneimittelmarkt eine Monopolisierung eintritt. Die Zusammenarbeit aller AOK's wird als Benachteiligung der Anbieterseite dargestellt. Dass dies aber nicht zutrifft, soll im Folgenden ausgeführt werden.

Das GWB enthält nicht nur Verhaltensregeln für Unternehmen wie z. B. das Kartellverbot, sondern auch solche für öffentliche Auftraggeber wie die Allgemeinen Ortskrankenkassen. Seit dem GKV-OrgWG gilt für gesetzliche Krankenkassen nach § 69 SGB V auch das Kartellvergaberecht, also die §§ 97 bis 115 und 128

GWB. Das Kartellvergaberecht wird besonders geprägt von den Grundsätzen des Wettbewerbs, der Transparenz, der Gleichbehandlung und des Gebots der Berücksichtigung mittelständischer Interessen.

Diese Grundsätze sind in vielerlei einzelnen vergaberechtlichen Regelungen ausdifferenziert und beherrschen die Diskussion sowie auch die Rechtsprechung im Zusammenhang mit den Arzneimittelrabattverträgen. Mittelständische Interessen sind z. B. durch Teilung der Aufträge in Fach- und Teillose angemessen zu berücksichtigen – dementsprechend werden Arzneimittelrabattverträge des AOK-Systems sowohl in Fach- als auch in Teillosen vergeben. Dies zeigt auch die gewünschte Wirkung: So wurden in der letzten Rabattvertragsausschreibung 63 Wirkstoffe (Fachlose) in 5 Gebietslosen ausgeschrieben, insgesamt waren also 315 Lose zu vergeben, und ebenso viele verschiedene Bieter hätten Zuschläge erhalten können. Tatsächlich wurden schließlich 22 verschiedene Unternehmen unterschiedlicher Größe bezuschlagt. So wird effektiv verhindert, dass irgendwann nur noch wenige große Unternehmen existieren, was den Wettbewerb wieder einschränken würde. Zudem wird dafür gesorgt, dass auch mittelständische Unternehmen an der Ausschreibung teilnehmen können, da die Lose ausreichend klein sind, um auch kleinere Unternehmen nicht zu überfordern. Was noch wichtiger ist mit Blick auf die Erfahrungen der letzten Jahre: Es wirkt! In dieselbe Richtung zielt die Möglichkeit, dass mehrere kleinere Bieter sich zu Bietergemeinschaften zusammenschließen: So wird verhindert, dass große Bieter ihre Marktmacht dazu benutzen, kleinere Bieter zu verdrängen. Nach § 7 Nr. 1 Abs. 2 VOL/A sind Arbeitsgemeinschaften und andere gemeinschaftliche Bewerber Einzelbewerbern gleichzusetzen. Es ist mehreren Bietern also möglich, ihre Marktmacht zu bündeln. Schon aus die-

KOOPERATION ODER KONKURRENZ?

sem Grund kann nicht von einer einseitigen Marktmacht der Krankenkassen gesprochen werden, vor der die Bieter geschützt werden müssten.

Für die Anwendung wettbewerbs- und kartellrechtlicher Maßstäbe ist auch nach geltender Rechtslage gesorgt. Das LSG Baden-Württemberg hat dies sehr treffend formuliert: „Im Übrigen ist zu berücksichtigen, dass dem Missbrauch einer marktbeherrschenden Stellung bei einer Auftragsvergabe durch einen öffentlichen Auftraggeber gerade durch das Vergabeverfahren vorgebeugt werden soll. Der Missbrauch einer marktbeherrschenden Stellung kann zwar vorliegen, wenn eine marktbeherrschende Nachfragemacht besteht, dies aber nur, wenn gleichwohl keine Ausschreibung der nachgefragten Leistungen erfolgt. Die Ausschreibung der nachgefragten Leistungen stellt, sofern sie ohne Rechtsverstoß erfolgt – einen Ausgleich für eine gegebenenfalls vorhandene wettbewerbsbeschränkende Nachfragemacht dar und beugt dem Missbrauch vor.“ So lässt sich im Übrigen auch erklären, dass es öffentliche Auftraggeber gibt, die tatsächlich als einziger Nachfrager am Markt auftreten (z. B. die Bundeswehr), ohne dass dies auch nur ansatzweise als wettbewerbsbeschränkend empfunden wird.

An diesem Beispiel wird deutlich, weshalb zwar nach § 69 SGB V die §§ 19 bis 21 GWB entsprechend gelten, nicht jedoch § 1 GWB, wonach Vereinbarungen zwischen Unternehmen, Beschlüsse von Unternehmensvereinigungen und aufeinander abgestimmte Verhaltensweisen, die eine Verhinderung, Einschränkung oder Verfälschung des Wettbewerbs bezwecken oder bewirken, verboten sind. Gesetzliche Krankenkassen sind keine Unternehmen i.S.d. § 1 GWB, sondern öffentliche Auftraggeber wie der EuGH in seiner Entscheidung vom 11.06.2009 letztinstanzlich entschieden hat. Das kartellrelevante Nachfrageverhalten öffentli-

cher Auftraggeber wird bereits effektiv im Vergaberecht geregelt, das Vergaberecht ist insoweit spezieller. Der „Einkauf“ von Leistungen, die Leistungserbringer anbieten, ist nicht etwa ein Selbstzweck, sondern nur ein Mittel zum Zweck der Erfüllung des gesetzlichen Versorgungsauftrags, der so wirtschaftlich wie möglich zu erfüllen ist. Gesetzliche Krankenkassen sind nicht mit gewinnorientierten privaten Unternehmen zu vergleichen; die Anwendung des allgemeinen Kartellrechts wäre nicht sachgerecht. Das Kartellvergaberecht dagegen ist zugeschnitten auf die Beschaffung von Leistungen durch öffentliche Auftraggeber. Sollen nun beide Materien anders als in jedem anderen Wirtschaftszweig parallel zur Anwendung kommen – ungeachtet unterschiedlicher Regelungsziele? Dient doch Vergaberecht primär der Interessenwahrung von Anbietern, während Kartellrecht in erster Linie Konkurrentenschutz zum Ziel hat.

Allerdings wäre zu überlegen, das bestehende Vergaberecht an die besonderen Bedürfnisse der Versorgung der Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung anzupassen. So wären z. B. Instrumente zu entwickeln, mit denen auch eine engmaschige flächendeckende wohnortnahe Versorgung sichergestellt werden kann. Außerdem ist sicherzustellen, dass die Versorgung jederzeit gewährleistet werden kann, unabhängig vom Stand des Vergabeverfahrens. Es darf z. B. nicht passieren, dass es aufgrund einer Ausschreibung zu Versorgungsengpässen kommt.

Dieser Beitrag untersucht die Folgen einer Ausweitung privatrechtlicher Rahmenbedingungen auf die gesetzliche Krankenversicherung. Eine Rolle spielt hier auch die Frage, welcher Gerichtsbarkeit die entstehenden Streitigkeiten zugeordnet werden: der Sozial- oder der Zivilgerichtsbarkeit. Nach der geltenden Rechtslage sind sozialrechtliche Streitigkeiten der Sozialgerichtsbarkeit zugewiesen. Dies gilt auch

für Streitigkeiten im Zusammenhang mit Verträgen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern, auch wenn diese durch Ausschreibungen zustande kommen. Dies soll nun durch das AMNOG geändert werden: Die Zuständigkeit für kartell- und vergaberechtliche Streitigkeiten zwischen Kassen und Leistungserbringern soll auf die Zivilgerichtsbarkeit übertragen werden.

Es wird die Gefahr der Rechtswegzersplitterung gesehen, wenn kartell- und vergaberechtliche Sachverhalte von Landessozialgerichten beurteilt werden. Normen des GWB könnten von der Sozialgerichtsbarkeit anders ausgelegt werden als durch die Zivilgerichtsbarkeit. Die Kritik verkennt aber, dass, wenn man sozialrechtliche Sachverhalte – wie Selektivverträge – von Zivilgerichten aburteilen lässt, umgekehrt auch die (größere) Gefahr der Rechtswegzersplitterung besteht, weil dann sozialrechtliche Vorschriften des Leistungserbringerrechts von den Zivilgerichten anders ausgelegt werden könnten als von der Sozialgerichtsbarkeit. Daher sollten öffentlich-rechtliche (Selektiv-)Verträge des Leistungserbringerrechts in die Zuständigkeit der sachnäheren Gerichtsbarkeit fallen. Dabei müssen von der Sozialgerichtsbarkeit die geltenden vergabe- und zivilrechtlichen Aspekte selbstverständlich geprüft werden. Das Zivil- bzw. Vergaberecht bildet aber nur einen Teilaspekt des vom Gericht anzuwendenden Prüfungsmaßstabs und der zu berücksichtigenden Gesichtspunkte. Ebenso gewichtig sind die systematischen Zusammenhänge mit den Funktions- und Wirkungszusammenhängen des sehr komplexen Vertrags- und Leistungssystems der GKV. Dieses dient nämlich dazu, unmittelbar den gesetzlichen Auftrag der Krankenkassen zur Versorgung der Versicherten zu erfüllen. Das Leistungserbringungsrecht der GKV hat damit zentrale Bedeutung für die Funktions- und Steuerungsfähigkeit der GKV

und der Versorgung der Bevölkerung mit Gesundheitsleistungen. Das derzeit geltende Gesetz weist daher zutreffend das Leistungserbringungsrecht aus Gründen des Sachzusammenhangs und der Konzentration der jeweiligen – öffentlich-rechtlichen – Gerichtsbarkeit zu.

Auch bezüglich der fachlichen Kompetenz der Landessozialgerichte wurden Zweifel geäußert: Die spezialisierten Senate an den Oberlandesgerichten verfügten über einen Fundus an einschlägiger Erfahrung, die den Landessozialgerichten fehlen würde. In diesem Zusammenhang muss darauf hingewiesen werden, dass der Sozialgerichtsbarkeit die Auseinandersetzung mit zivilrechtlichen Regelungen nicht fremd ist. So entscheiden sie gem. § 51 Abs. 1 Nr. 2 SGG grundsätzlich in Angelegenheiten der gesetzlichen Krankenversicherung. Daneben entscheiden sie über privatrechtliche Streitigkeiten in Angelegenheiten der gesetzlichen Krankenversicherung, auch soweit durch diese Angelegenheiten Dritte betroffen werden (§ 51 Abs. 2 S. 1 SGG). Wird ein Anspruch auf mehrere Anspruchsgrundlagen gestützt, gilt nach § 202 SGG i.V.m. § 17 Abs. 2 S. 1 GVG: Das Gericht entscheidet über den Klageanspruch unter jedem rechtlichen Gesichtspunkt. Es muss über alle Anspruchsgrundlagen umfassend entscheiden.

Ein Beispiel soll verdeutlichen, dass bei den Zivilgerichten nicht immer sachgerechte Auseinandersetzung mit sozialrechtlichen Normen stattfindet: Das OLG Düsseldorf hat mit Urteil vom 01.09.2009 einem Arzt verboten, im Rahmen eines Integrationsversorgungsvertrages (IV) nach §§ 140a ff SGB V den teilnehmenden Patienten ein bestimmtes Krankenhaus zu empfehlen. Das Zivilgericht sah hierin, da der Arzt für die Überweisungen auch eine Vergütung erhielt, einen Verstoß gegen das ärztliche Berufsrecht und damit einen Ver-

stoß gegen das UWG. Das Gericht erkennt aber, dass die §§ 140a ff SGB V die berufsrechtlichen Vorschriften (die im übrigen nur Landesrecht sind) insoweit verdrängen. Zielüberweisungen an das teilnehmende Krankenhaus sind unabdingbar und gehören zwingend zum Wesen einer integrierten Versorgung. Ein Verstoß gegen die freie Arztwahl liegt nicht vor, weil die Freiwilligkeit des Versicherten gem. § 140a Abs. 2 S. 1 SGB V vorverlagert ist im Hinblick auf seine Teilnahme am IV-Vertrag. Die Einschränkung der freien Arztwahl mit der Teilnahme an einer integrierten Versorgung oder einer Hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V ist Wille des Gesetzgebers und im Gesetz unmissverständlich geregelt. Nur so kann die integrative Zusammenarbeit der Leistungserbringer gewährleistet werden. Mit den Argumenten des OLG könnte jeder IV-Vertrag in Frage gestellt werden. Unstrittig ist aber, dass der Gesetzgeber mit Einführung der Integrierten Versorgung die Qualität der Versorgung der Versicherten verbessern wollte, z. B. durch Vermeidung von Doppeluntersuchungen (weniger Strahlenbelastung), Vermeidung oder Verkürzung stationärer Aufenthalte oder Vermeidung von Wiederweisungen. Indem das OLG Düsseldorf seinen Fokus allein auf das UWG gerichtet und sozialrechtliche Regelung schlicht ignoriert hatte, missachtete es den Willen des Gesetzgebers.

Dass die Landessozialgerichte dagegen sehr wohl in der Lage sind, sich in vergabe- und wettbewerbliche Themen rasch einzuarbeiten, zeigt die Erfahrung mit den zahlreichen Entscheidungen zu den Rabattvertragsausschreibungen des AOK-Systems. Die Landessozialgerichte haben es verstanden, den gesetzlichen Versorgungsauftrag mit den Rechten der Bieter in Einklang zu bringen (und dabei

nicht immer so entschieden, wie es die Krankenkassen gerne gehabt hätten). Die Rechtswegzuweisung an die Landessozialgerichte hat sich also bewährt. Die Sozialgerichtsbarkeit hat überzeugend bewiesen, dass sie sich sachkundig und effektiv mit vergaberechtlichen Rechtsfragen auseinandersetzt.

Diese Auffassung wird übrigens nicht nur von Krankenkassen vertreten, sondern auch von zahlreichen mittelständischen Interessenvertretungen von Leistungserbringern. Gerade diese sollen ja vor einem vermeintlichen Missbrauch der Marktmacht von Krankenkassen geschützt werden! Bei der Anhörung des Bundestags-Gesundheitsausschusses zum AMNOG am 29.09.2010 sprachen sich mit Ausnahme der Vertreter der Pharmaindustrie alle Interessenvertretungen (z. B. der Bundesverband Medizintechnologie, die Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände oder der Bundesinnungsverband für Orthopädietechnik) ausdrücklich für die Beibehaltung des Sozialgerichtswegs aus. Hier drängt sich die Frage nach der Sinnhaftigkeit dieser gesetzgeberischen Maßnahme auf.

Wenn also (außer der Pharmaindustrie) eigentlich niemand eine Notwendigkeit für die Erstreckung Kartellrechts auf die gesetzliche Krankenversicherung sieht muss hinterfragt werden, weshalb die Bundesregierung – trotz der gegenteiligen Auffassung des Bundesrates – so vehement an diesem Schutzgesetz für ein bestimmtes Interessenkartell festhält.

Autor:
Dr. Helmut Platzer
Vorstandsvorsitzender AOK
Bayern
Carl-Wery-Str. 28
817339 München

Stefan Kaufmann

Über 10 Jahre Kopfpauschale: Zum Stand der Finanzierungs- diskussion in der Schweiz

In der Schweiz bestanden bereits vor Jahrhunderten gegenseitige Hilfsgesellschaften und andere Frühformen von Krankenkassen. Die schweizerische Gesetzgebung befasste sich aber erst seit den 1880er Jahren mit der Krankenversicherung. 1899 wollte das Parlament eine nach den neuesten Erkenntnissen konzipierte obligatorische Kranken- und Unfallversicherung für Arbeitnehmer einführen. Die Finanzierung wäre über Lohnabzüge erfolgt. Das Vorbild dieser „Lex Forrer“ war die von Bismarck in Deutschland eingeführte Gesetzgebung zur Kranken- und Unfallversicherung.

Das Stimmvolk lehnte das Gesetz im Jahr 1900 ab, nicht zuletzt wegen des Widerstandes der damals bereits in Form von freiwilligen Versicherungen tätigen Krankenkassen, die um ihre Autonomie fürchteten. In der Folge wurde eine an die Realitäten angepasste Variante ausgearbeitet. Am 4. Februar 1912 wurde schliesslich in einer Referendumsabstimmung das neue Kranken- und Unfallversicherungsgesetz (KUVG) knapp gutgeheissen. Nach dem Inkrafttreten Anfang 1914 bildete das KUVG während mehr als 80 Jahren die Grundlage für die Krankenversicherung in der Schweiz.

Bereits seit 1914 Kopfprämien in der Schweiz

Im KUVG wurde auf risikogerechte Prämien verzichtet. Die Versicherten bezahlten einkommensunabhängige Kopfprämien. Diese wurden auf der Basis von Gruppenrisiken, Geschlecht und Eintrittsalter sowie Kollektivversicherungen, berechnet. Der Nachteil dieses Systems lag darin, dass aufgrund der fehlenden Frei-

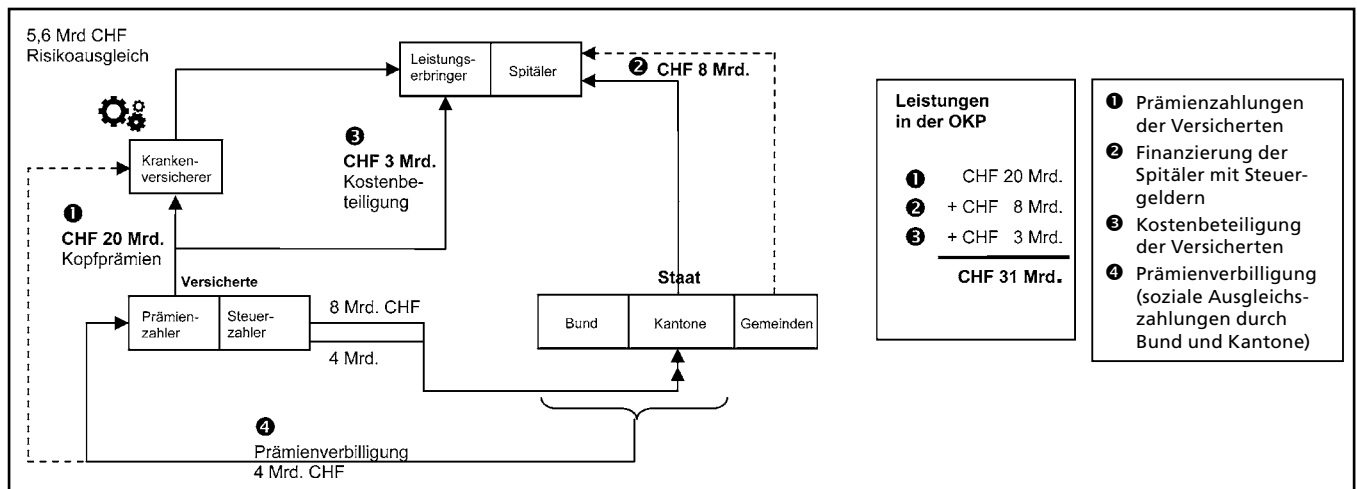
zügigkeit – die Altersrückstellungen konnten beim Versicherungswechsel nicht in die neue Versicherung übertragen werden – die Mobilität der Versicherten im Alter stark eingeschränkt war. Die finanzielle Belastung der Haushalte durch die Krankenversicherungsprämien wurde über direkte Subventionen an die Krankenversicherer abgedeckt. Diese Mittel kamen aber nicht gezielt den wirtschaftlich schwächeren, sondern allen Versicherten zugute. Als Grundsatz folgte die Finanzierung in der Krankenversicherung der Vorgabe, dass die Kopfprämien höher als der Staatsanteil sein sollten.

Das neue Krankenversicherungsgesetz von 1996

In den 80er- und 90er-Jahren des letzten Jahrhunderts zeigten sich immer stärker Mängel in der Krankenversicherung. Namentlich der Entsolidarisierung und den Kostensteigerungen sollte entgegengetreten und die Reformen mit einem grundlegend neu konzipierten Krankenversicherungsgesetz (KVG) angegangen werden. Die Volksabstimmung am 4. Dezember

1994 fiel äusserst knapp aus. 51,8% der Stimmbürger sagten Ja bei einer Stimmbeteiligung von 44%. Auffallend war das Gefälle in den Ja-Stimmen von den städtischen zu den Landkantonen und von der französisch- und italienischsprachigen Schweiz zur Deutschschweiz. Am 1. Januar 1996 trat schliesslich das Krankenversicherungsgesetz in Kraft. Es markierte mit der Versicherungspflicht für alle und der Solidarität zwischen Jung und Alt, gesund und krank einen grundlegenden Systemwechsel. Das KVG sollte weiter die Grundlage für ein qualitativ hoch stehendes und für alle bezahlbares Gesundheitssystem legen. Das KVG brachte die obligatorische Grundversicherung, geschlechtsneutrale und für kleine Einkommen subventionierte Prämien sowie den vom Gesundheitszustand unabhängigen Kassenwechsel. Als sozialer Ausgleich wurden Subventionen zur individuellen Prämienverbilligung eingeführt. Die Durchführung der Versicherung soll durch rechtlich selbständige Versicherer nach dem Grundsatz der Gegenseitigkeit erfolgen. Für die obligatorische Grundversicherung wurde ein umfassender Leistungskatalog festgelegt, welcher der ganzen Bevölkerung den Zugang zur medizinischen Versorgung garantiert. Die Krankenversicherer erhielten auf der anderen Seite das Recht, über den Leistungskatalog hinausgehende Zusatzversicherungen nach privatem Recht anzubieten. Bald zeigte sich, dass insbesondere das Sozialziel der Entlastung einkommensschwacher

Abbildung 1: Geldströme in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung OKP 2008 (gerundete Zahlen)



Quelle: BfS, BAG, eigene Darstellung

cher Prämienzahler nicht erreicht werden konnte. Eine Teilrevision des KVG im Jahr 2001 präziserte den Vollzug der Prämienverbilligungen. Die Prämienverbilligungen blieben demnach weiterhin Sache der Kantone, aber das KVG schrieb neu gewisse Standards vor. In der Praxis bedeutete dies, dass neu vom Bundesrecht eine minimale Höhe der kantonalen Verbilligungssummen vorgegeben war.

Steckbrief des Schweizer Gesundheitswesens

Einen nicht zu unterschätzenden Einfluss auf das Gesundheitswesen hat die föderalistische Gliederung der Schweiz. Der Bund als oberste Staatsebene bestimmt den gesetzlichen Rahmen in der Sozialversiche-

rung und damit auch in der Krankenversicherung. In zahlreichen Gesetzen regelt der Bund spezifische Fragen, zum Beispiel Gesundheitsförderung und Prävention, Impfstoffe und Medikamente, usw. Auf der anderen Seite haben die 26 Kantone eigene Kompetenzen im Gesundheitswesen. Jeder Kanton hat seine eigene Gesundheitspolitik und sein Gesundheitsgesetz. Überlagert wird dieses föderalistische Geflecht durch vier Sprachregionen mit beträchtlichen Mentalitätsunterschieden.

Die Schweiz hat – gemessen am BIP – nach den USA und Frankreich das drittbeste Gesundheitssystem von 30 OECD-Staaten. Bezüglich Pro-Kopf-Ausgaben lag die Schweiz 2007 nach den USA und Norwegen auf Rang 3. Im Jahr 2008 be-

lief sich das Gesamtvolumen der Ausgaben im Gesundheitswesen auf 58,5 Mrd. Franken, was einem Anteil am Bruttoinlandprodukt von 10,7 Prozent entspricht. Der prämiendifinanzierte Anteil in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung OKP belief sich 2008 auf 19,7 Mrd. Franken. Die Grundversicherung, offiziell als obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) bezeichnet, verzeichnete 2008 Bruttoleistungen pro versicherte Person in der Höhe von 3 041 Franken. Die OKP bezahlte pro versicherte Person Leistungen für 2 552 Franken und nahm 2 586 Franken Prämien ein. Insgesamt trägt die Grundversicherung damit über ein Drittel der Gesundheitskosten in der Schweiz. Die Finanzierung und die Ausgabenströme

Abbildung 2: OKP-Anteil an Gesundheitskosten steigt

	1996	2008	Veränderung
OKP-Anteil (Prämien und Kostenbeteiligung)	12,8	23,0	+ CHF 10,2 Mrd.
OKP-Anteil an Gesundheitskosten (Prämien und Kostenbeteiligung) steigend	34,1%	39,3%	+5,2 Prozentpunkte
Finanzierung Private Haushalte leicht rückläufig	31,5%	30,5%	-1,0 Prozentpunkte
Anteil freiwillige Versicherungen rückläufig	13,1%	8,9%	-4,2 Prozentpunkte
Direkte staatliche Finanzierung steigend	16,0%	18,3%	+2,3 Prozentpunkte
<hr/>			
+ Staatliche Prämienverbilligungen (in Mia. CHF)	1,4	3,4	+ CHF 2 Mia.

Quelle: BAG, BfS

ÜBERSICHT

laufen auf den drei Staatsebenen von Bund, Kantonen und Gemeinden. Ein vereinfachtes Schema stellt die Mechanismen dar, welche die Finanzierung durch Kopfprämien, Steuergelder und soziale Ausgleichszahlungen ausbalancieren (Abb. 1).

Die Auswertung der Geldströme seit Einführung des KVG im Jahr 1996 zeigen, dass sich der OKP-Anteil der Gesundheitskosten überproportional erhöht hat (Abb. 2).

Eine Erklärung für den Kostenanstieg besteht darin, dass sich der Versicherungsgedanke in der Grundversicherung verändert hat. Bei Inkrafttreten des KVG im Jahr 1996 stand das Verhindern wirtschaftlicher Not durch schwere Krankheiten im Vordergrund. Heute stehen diesem Ursprungsgedanken Erwartungen für einen weiter ausgebauten Leistungskatalog, eine höhere Anspruchsmoralität und der Wunsch nach Vollversorgung zum Nulltarif gegenüber. Angesichts dieser Erwartungshaltung ist es schwierig, wieder zum ursprünglichen Denken zurückzukommen, dass die OKP nur die medizinische Grundversorgung finanzieren soll, welche die Versicherten im Krankheitsfall nicht selber tragen können. Immerhin hat auch das Parlament erkannt, dass es Gegensteuern geben müsste. Die Geschäftsprüfungskommission des Nationalrates (die grosse Kammer) hat deshalb eine strengere Anwendung der im KVG verankerten Anforderungen nach einer wirksamen, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Leistungserbringung, den sogenannten WZW-Regeln, gefordert. Wiewohl diese Forderung berechtigt ist, stellt sich für die Umsetzung das Problem des gemischten Systems mit nicht vollständig abschließend umschriebenem Leistungskatalog mit Positivlisten und nicht gelisteten Leistungen.

Beschlossene Reformen

1. Verfeinerter Risikoausgleich

Mit dem heute geltenden Risikoausgleich werden in der OKP die Kriterien Alter,

Geschlecht und Wohnregion berücksichtigt. Von den rund 20 Milliarden Franken Prämieinnahmen werden über 5 Milliarden Franken umverteilt. Dass der geltende Risikoausgleich noch nicht ausreicht, hat sich daran gezeigt, dass die Krankenversicherer mit sogenannten „Billigkassen“ und damit einhergehendem Prämiendumping und Quersubventionierungen Jagd auf „günstige“ Risiken gemacht haben. Diese Entwicklung führte dazu, dass sich die finanziellen Reservenpolster von einigen der rund 90 Krankenversicherer gefährlich der gesetzlichen Mindestlimite näherten oder diese gar unterschritten. Verschärft wurde dieser Prozess durch die vom Bundesrat verordnete Reservesenkung. Gültig ab 2012 wird der Risikoausgleich mit dem Kriterium stationärer Aufenthalt im Spital oder Pflegeheim ab drei Tage verfeinert. Nach Auffassung der Krankenversicherer soll für die Berechnung des Risikoausgleichs neben Alter und Geschlecht sowie Spitalaufenthalt neu auch der Gesundheits- bzw. Krankheitszustand (Morbiditätsfaktor) mitberücksichtigt werden. Die Krankenversicherer unterstützen entsprechende Vorstöße im Parlament und schlagen vor, diese zusätzliche Verfeinerung des Risikoausgleichs auf Anfang 2014 einzuführen.

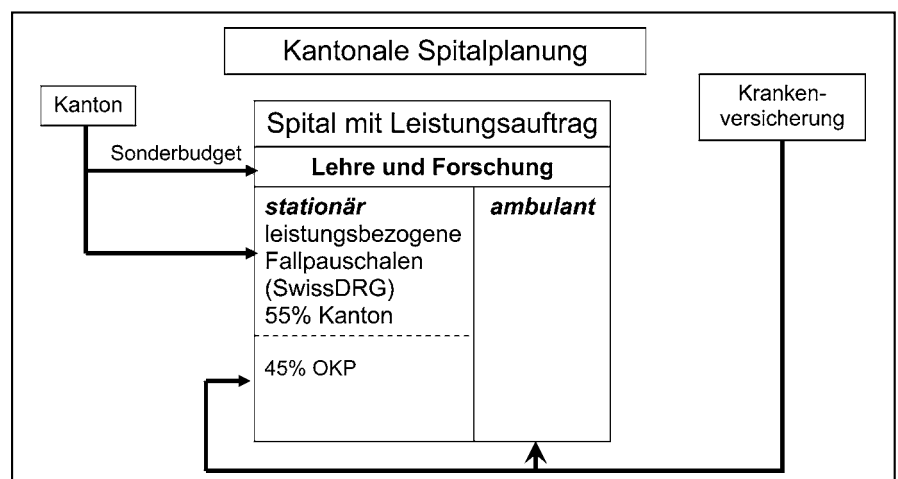
2. Optimierung der Auszahlung der individuellen Prämienverbilligung

Heute werden bei rund 2,25 Mio. Menschen die Krankenversicherungsprämien mit im Schnitt 1 511 Franken subventioniert. In einigen Kantonen wurden bisher die Beiträge direkt den Versicherten ausbezahlt. Das Parlament hat nun beschlossen, dass neu alle Kantone den Beitrag für die Prämienverbilligung direkt an die Versicherer auszahlen, bei denen diese Personen versichert sind. Damit wird sichergestellt, dass diese Gelder zweckgebunden für die Prämienverbilligung verwendet werden.

3. Dual-fixe Spitalfinanzierung, Subjekt-/Leistungsfinanzierung, flächendeckend DRG's

Mit der ab 2012 geltenden neuen Spitalfinanzierung werden wesentliche Punkte der im Jahr 2003 gescheiterten 2. Revision des KVG eingeführt. Die in Abbildung 3 dargestellte dual-fixe Finanzierung mit einem definierten Kostenteiler zwischen den Kantonen und den Krankenversicherern von 55 zu 45 Prozent und die Abgeltung auf der Basis von DRG-Fallpauschalen ermöglicht schweizweit die Abkehr von der Kosten-, bzw. Defizitde-

Abbildung 3: Neue Spitalfinanzierung ab 2012



ckung und auf die Leistungsfinanzierung überzugehen (Abb. 3).

4. Kostenbeteiligungen / Prämien

Im Rahmen der 2010 im Parlament angelaufenen Beratung der Managed Care-Vorlage (integrierte Versorgung) wird ein differenzierter Selbstbehalt diskutiert mit Anreiz- und Steuerungsfunktion. Versicherte, welche ein sogenanntes Managed-Care-Versicherungsmodell wählen, das zum Beispiel im Hausarztmodell verlangt, dass als erste Anlaufstelle zuerst der Hausarzt aufgesucht werden muss, müssten in diesem Fall einen tieferen Selbstbehalt (= Kostenbeteiligung) bezahlen.

Positives Fazit für die Kopfpauschale

Insgesamt überwiegen in der Schweiz die Vorteile die Nachteile der Kopfpauschale. Das System der Kopfpauschale verdeckt die Kostenproblematik nicht und legt dadurch offen, dass die Prämien immer die Kosten spiegeln. Dadurch wird der Druck auf die Politik aufrechterhalten, gegen die steigenden Prämien vorzugehen. Es ist offensichtlich, dass die Probleme in der OKP nicht auf die Art der Finanzierung zurückzuführen sind. Vielmehr sind die bisher nicht gebändigten Kostensteigerungen das Problem. Bloß als vermuteter Vorteil, da keine Zahlen dazu vorliegen, stellen die Kopfprämien einen internationalen Standortvorteil dar, welche den Arbeitsmarkt positiv beeinflussen.

Auf der negativen Seite ist festzustellen, dass der aufgrund politischer Überlegun-

gen eingeleitete Reservenabbau die Prämienengestaltung verpolitisiert hat und zu unnötigen Prämien sprüngen geführt hat. Als weiterer negativer Effekt der Kopfprämie fällt der wachsende Bedarf an individueller Prämienverbilligung bei den Versicherten auf. Es ist nicht von der Hand zu weisen, dass dadurch die Belastung des Mittelstandes weiter steigen wird.

Sechs Forderungen von santésuisse zur Weiterentwicklung des Systems

In der Diskussion um die Weiterentwicklung des bestehenden Systems der Grundversicherung sind nach Auffassung der Krankenversicherer folgende Punkte von Bedeutung:

Stärkung des Leistungswettbewerbs: Der Wettbewerb unter den Krankenversicherern soll sich vom Kampf um die guten Risiken verlagern zu einem verstärkten Leistungs- und Servicewettbewerb.

Fördern der integrierten Versorgung: Die integrierte Versorgung führt zu Qualität und Kosteneffizienz der medizinischen Leistungen.

Verfeinern des Risikoausgleichs: Der Risikoausgleich soll ab dem 1.1.2014 um ein weiteres Kriterium „erhebliches Krankheitsrisiko“ verfeinert werden. Damit wird es für die Krankenversicherer attraktiv, sich intensiver um die Kranken zu bemühen (vgl. Ziffer 1).

Sicherstellen der Transparenz: Es sollen für die Krankenversicherer keine Quersubventionen mehr möglich sein, die den Wettbewerb verzerren. Das Bundesamt für Gesundheit muss seiner Aufsichtspflicht

nachkommen und nur kostendeckende Prämien genehmigen.

Bremsen des Kostenwachstums: Die Politik kann durch richtig gesetzte Rahmenbedingungen die Voraussetzungen zu einer wirksamen Kostendämpfung schaffen. Dazu gehören zum Beispiel die Abschaffung des Zwangs, dass jeder Versicherer mit allen zugelassenen Leistungserbringern abrechnen muss oder die Einführung der Finanzierung aus einer Hand (Monismus) über alle Leistungen des Krankenversicherungsgesetzes KVG, mit der die Mehrfachrolle der Kantone als Leistungsersteller, Leistungsbesteller und Mitfinanzierer entflochten wird.

Abkürzungen:

BAG: Bundesamt für Gesundheit

BfS: Bundesamt für Statistik

KUVG: Kranken- und Unfallversicherungsgesetz

KVG: Krankenversicherungsgesetz

OKP: Obligatorische Krankenpflegeversicherung

DRG: Diagnosis Related Groups (Swiss-DRG = Tarifstruktur für die Schweizer Spitäler) sind fallbezogene Diagnosegruppen, mit denen im Spital stationär die am Patienten ausgeführten Behandlungen klassifiziert werden.

Autor:

Stefan Kaufmann

Direktor von santésuisse – Die Schweizer Krankenversicherer

Postfach 1561

4502 Solothurn

Buchbesprechung

Lehrbuch Versorgungsforschung, Systematik – Methodik – Anwendung. Mit Geleitworten von Peter C. Scriba, Bernhard Badura und Heiner Raspe

Holger Pfaff, Edmund A. M. Neugebauer, Gerd Glaeske, Matthias Schrappe, Gebundene Ausgabe, Neuauflage 2011, Schattauer GmbH, 432 Seiten, ca. 79 Euro

Die Alterung der Gesellschaft, der medizinische Fortschritt, die steigenden Ansprüche der Patienten und gesellschaftliche Veränderungen stellen das Versorgungssystem vor große Herausforderungen. Das System der medizinischen Versorgung ist überdies geprägt von zunehmender Komplexität, Unübersichtlichkeit und Konfliktrichtigkeit. Das Ziel der Versorgungsforschung ist es daher, Wissen zur Verbesserung der Kranken- und Gesundheitsversorgung zu liefern. Die Autoren des Lehrbuches sprechen der Versorgungsforschung besonders zwei wesentliche Aufgaben zu. In einem ersten Schritt sei den Entscheidungsträgern in Po-

litik und Gesundheitswirtschaft als auch den Patienten grundlegendes Wissen über den Ist-Zustand der Versorgung, deren Ursachen und Wirkungen zu vermitteln. Dieses Wissen wird als dringend notwendig angesehen, um zielgerichtet und wirkungsvoll in das Gesundheitssystem eingreifen zu können. Die zweite Aufgabe der Versorgungsforschung sei es sodann, Interventionen in das Gesundheitssystem empirisch testend vorzubereiten und abschließend zu evaluieren.

Da die hiervon berührten Wissensbereiche hochkomplex sind, sei inzwischen eine systematische Ausbildung für Versorgungsforscher erforderlich. Das vorliegende Lehrbuch soll hierfür einen Grundstein legen. Es kann als Basiswerk zur Vermittlung von grundlegendem Wissen auf dem Gebiet der Versorgungsforschung bezeichnet werden, insbesondere da es sich mit der Vielfältigkeit der historischen Quellen, der erforderlichen wissenschaftlichen Disziplinen sowie den Methoden und Möglichkeiten der

Versorgungsforschung befasst und die unterschiedlichen Adressaten und Praxisfelder aufzeigt.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass sich das Werk besonders durch das Zusammenwirken der zahlreichen namhaften Autoren aus diversen berührten Bereichen, wie der Medizin, der Gesundheitswissenschaft, der Soziologie und der Pharmazie, auszeichnet. In einer gut strukturierten und übersichtlichen Form gibt es einen weiten Überblick über das hochkomplexe und interdisziplinäre Thema der Versorgungsforschung, indem sowohl die Rolle der Patienten, der Ärzte, der Pfleger, der Heil- und Hilfsmittelerbringer, der Institutionen als auch die Rahmenbedingungen sowie die zentralen Forschungsmethoden behandelt werden.

Folglich kann das vorliegende Lehrbuch zur Vermittlung von Wissen auf dem Gebiet der Versorgungsforschung für alle involvierten Professionen empfohlen werden.

Buchbesprechung

Behrends, Behrend / Gerdelmann, Werner Krankenhaus-Rechtsprechung Teil III: Urteile ab 1.1.2004, Loseblattwerk, 26. bis 30. Lieferung / November 2008 bis Juni 2009, E. Schmidt Verlag

Die vorstehenden Ergänzungen zur Krankenhausrechtsprechung Teil III, herausgegeben von Dr. iur. Behrend Behrends und Dr. rer. pol. Werner Gerdelmann, beinhalten als Fortführung von Teil I und II alle wesentlichen gerichtlichen Entscheidungen bezüglich des gesamten Krankenhauswesens seit dem 01.01.2004.

Dies umfasst alle erdenklichen Aspekte aus verwaltungstechnischer, finanzieller, medizinischer und selbstverständlich rechtlicher Sicht. Beispielhaft lassen sich Urteile zu Patientenaufklärung, Abrechnungs- und Kostenerstattungsfragen, aber auch Verfassungsfragen sowie Personalverwaltungsrichtlinien anführen.

Im Rahmen der jeweiligen Urteile werden der Tatbestand und die Entscheidungsgründe in voller Länge wiedergegeben, was eine intensive Auseinandersetzung und Einsichtnahme der Begründungskette, die der Entscheidung zugrunde lag, ermöglicht. Zudem werden jeder Entscheidung entweder die amtlichen oder zumindest redaktionelle Leitsätze vorangestellt, wodurch zum einen durch diese Art der kurzen, aber prägnanten Schilderung auf den ersten Blick deutlich wird, was die folgenden Seiten ausführlich darstellen werden, aber zum anderen auch eine Abwägung, ob die nachfolgende Entscheidung überhaupt in der aktuellen persönlichen Rechtsrecherche relevant ist und überhaupt weiterhilft, deutlich erleichtert wird.

Dies ermöglicht ein strukturiertes Arbeiten und eine leichte Handhabung mit dem vorliegenden Werk.

Auch diese Lieferungen zu Teil III erscheinen wie gewohnt als Loseblattsammlung und bietet so den Vorteil, dass das Gesamtwerk stets erweitert und aktualisiert werden kann. Das bedeutet, dass alle weiteren erst in Zukunft gefertigten Entscheidungen zum breiten Themenkomplex des Krankenhauswesens in Form von Nachlieferungen bezogen und einsortiert werden können. So kann sich der Leser immer „up-to-date“ halten.

So sind diese Urteilssammlungen sicherlich für jeden, der sich mit den verschiedenen Aspekten des Krankenhauswesens befasst, eine Hilfe, sich schnell einen Überblick zu verschaffen, welche Rechtsfragen und Probleme bereits gerichtlich entschieden wurden und wie diese hier nach zu handhaben sind.

Rechtsanwalt Thorsten Ebermann, München

Neuer Termin für Symposion und Mitgliederversammlung

Nach der Absage des Symposions und der Mitgliederversammlung am 14. und 15. Januar in Wiesbaden wegen einer zu geringen Teilnehmerzahl hatte das Präsidium der GRPG eine internetbasierte Umfrage bei den Mitgliedern gestartet, um zu erfahren, welche Gründe möglicherweise ausschlaggebend waren für die viel zu niedrige Zahl an Anmeldungen zu den beiden Veranstaltungen. Um es gleich vorweg zu sagen: Ein wirklich eindeutiger Trend ist aus der Auswertung der 66 zurückgesandten Fragebögen und der von einigen Mitgliedern beigefügten Kommentare nicht erkennbar. Das Präsidium dankt den Teilnehmern der Umfrage - auch für die Hinweise und Anregungen.

Vor dem Hintergrund der Befragung hat das geschäftsführende Präsidium der GRPG inzwischen entschieden, am 8. und 9. April in Berlin ein wissenschaftliches Symposion im Zusammenhang mit der Mitgliederversammlung zu organisieren. Tagungsthema soll das 14-Punktepapier der CDU/CSU-Bundestagsfraktion für ein Versorgungsgesetz sein. Das Bundesgesundheitsministerium will vor-

aussichtlich Ende April erste Eckpunkte für das geplante Gesetz vorlegen. Details zum Tagungsprogramm werden baldmöglichst bekanntgegeben.

An der Umfrage des Präsidiums Anfang Januar hatten sich insgesamt 66 Mitglieder beteiligt. Gefragt wurde nach allen Aspekten, die möglicherweise bei der Entscheidung für oder gegen eine Teilnahme am Symposion eine Rolle gespielt haben. Aus allen Fragebögen wurden die Antworten von Mitgliedern, die häufig an unseren Veranstaltungen teilnehmen, dann noch einmal einer gesonderten Auswertung unterzogen. Dabei zeigt sowohl die „große“ wie auch die „kleine“ Auswertung, es lag weder am Thema noch an den Referenten, auch nicht am Tagungsort oder am Teilnahmebeitrag. Von einer etwas größeren Zahl der Mitglieder, die geantwortet haben, wurde allerdings der traditionelle Termin in der ersten Januarhälfte als ungünstig beurteilt.

Aus einzelnen Kommentaren lässt sich zudem ablesen, dass offenbar grundsätzlich aktuelle gesundheitspolitische Themen am verkehrstechnisch gut erreichbaren

Tagungsort Berlin bevorzugt werden. Andererseits gaben aber auch mehrere Mitglieder zu erkennen, dass das für Januar vorgesehene Thema „Kosten oder Nutzen – Was können wir uns noch leisten? Europäische Sozialsysteme nach der Wirtschaftskrise“ als interessant und die Absage daher als ausgesprochen bedauerlich empfunden wurde.

Mehrere Mitglieder gaben aber auch zu bedenken, dass die wechselhaften Witterungsverhältnisse im Dezember vielleicht den ein oder anderen haben zögern lassen, sich anzumelden. Zumindest dieser Faktor sollte für das Symposion und die Mitgliederversammlung im April in Berlin keine Rolle spielen.

Jürgen Stoschek
Josef-Jägerhuber-Str. 4
82319 Starnberg

Die GRPG begrüßt als neue Mitglieder

Ertelt, Johannes	Apothekenleiter, Bisingen
Frenzel, Raimund	Freier Berichterstatter, Taglaching
Dr. Gassen, Andreas	Vizepräsident, Berufsverband der Fachärzte für Orthopädie, BVOU, Berlin
Dipl.-Ing.Gerhards, Heinz	Geschäftsführer MMS Medicor Medical Supplies GmbH, Kerpen
Gobin, Wolf-Ingo	WALA-Heilmittel GmbH, Bad Boll
Dr. Scharmann, Thomas	Präsident Deutscher Facharztverband e.V., DFV-BNV, München
Dr. Tecklenburg, Andreas	Vorstand Med. Hochschule Hannover, Hannover

Recht und Politik im Gesundheitswesen

Hinweise für die Autoren

Mit der Annahme eines Beitrags überträgt der Autor der pmi Verlag AG das ausschließliche, räumlich und zeitlich uneingeschränkte Recht zur Vervielfältigung durch Druck, Nachdruck und beliebige sonstige Verfahren und das Recht zur Übersetzung für alle Sprachen und Länder.

Manuskripte werden auf Datenträger oder in zweifacher schriftlicher Ausfertigung an die Schriftleitung der Zeitschrift „Recht und Politik im Gesundheitswesen“, Postfach 1228, 82302 Starnberg, Tel. 08151/72232, Fax 08151/72435 erbeten.

Grundsätzlich werden nur Arbeiten angenommen, die weder vorher veröffentlicht wurden noch gleichzeitig anderen Zeitschriften zum Abdruck angeboten werden. Die Herausgeber haben das Recht auf Auswahl der Beiträge, alle Beiträge werden von mehreren Experten begutachtet.

Für den Inhalt der Beiträge zeichnen die Autoren verantwortlich.

Allgemeine Erläuterungen

Bei der Abfassung von Manuskripten sind die nachfolgenden Angaben zu berücksichtigen. Es können nur Beiträge angenommen werden, die den „Hinweisen für Autoren“ entsprechen.

Im Interesse kurzer Publikationsfristen sollen die Manuskripte (möglichst auch die Abbildungen) in zweifacher Ausführung eingereicht werden (davon ein Manuskript-Exemplar einseitig beschrieben, zusätzliches Exemplar bitte zweiseitig kopieren, um die Versandkosten niedrig zu halten).

Das Manuskript muss formal wie inhaltlich so durchgearbeitet sein, dass spätere Änderungen nicht notwendig werden. Nachträgliche, vom Manuskript abweichende Änderungen müssen dem Autor berechnet werden. Notwendige Zusätze können am Ende der Arbeit als „Nachtrag bei der Korrektur“ gebracht werden. Da die Beiträge sofort nach dem Satz auf Seitenformat umbrochen werden, sind die gewünschten Einschaltstellen für Abbildungen und Tabellen am Rand der Manuskriptblätter anzugeben.

Besonderer Wert ist auf die wichtigste Schlüsselliteratur zu legen.

Folgende Manuskriptumfänge sollten in der Regel nicht überschritten werden: Für Editorials 2 Schreibmaschinenseiten, für Übersichts- bzw. Originalarbeiten 20 Schreibmaschinenseiten, für Buchbesprechungen 2 Schreibmaschinenseiten, aus der Rechtsprechung 15 Schreibmaschinenseiten, für Leserzuschriften 2 Schreibmaschinenseiten.

Gliederung

Das Manuskript ist mit breitem Rand zu schreiben, die Manuskriptblätter sind, einschließlich Literaturverzeichnis und Legendens, durchnummerieren.

Das erste Manuskriptblatt soll enthalten:

1. Namen aller Autoren, 2. kurzen, klaren Titel der Arbeit, 3. Fußnoten zum Titel, 4. Autornamen mit vollständiger Adresse, 5. Korrekturadresse.

Jeder Arbeit ist eine Zusammenfassung in deutsch der wesentlichen Ergebnisse voranzustellen.

Die Tabellen sind unabhängig von den Abbildungen arabisch zu nummerieren und mit Überschriften zu versehen.

Auszeichnung für den Satz

Auszuzeichnende Wörter sind zu unterstreichen, sie werden im Satz durch Kursivschrift hervorgehoben. Kleindruck ist am linken Rand durch eine senkrechte Linie und „p“ (petit) zu kennzeichnen. Fußnoten, die nicht zum Beitragskopf gehören, sind durchnummerieren.

Abbildungen

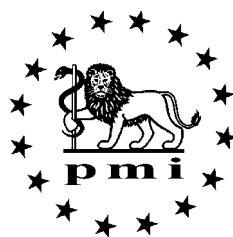
Alle Abbildungsvorlagen sind auf der Rückseite mit dem Autorennamen sowie mit „oben“ oder „unten“ zu bezeichnen. Wenn möglich, sollten die Abbildungen zu Tableaus zusammengestellt werden, wobei die Spaltenbreite von 5,6 cm oder der Satzspiegel von 18 x 21 cm einzuhalten ist.

Für Strichabbildungen sind gute scharfe Fotoabzüge in der gewünschten Endgröße mit klar lesbarer Beschriftung (2 mm Schrifthöhe) zu verwenden.

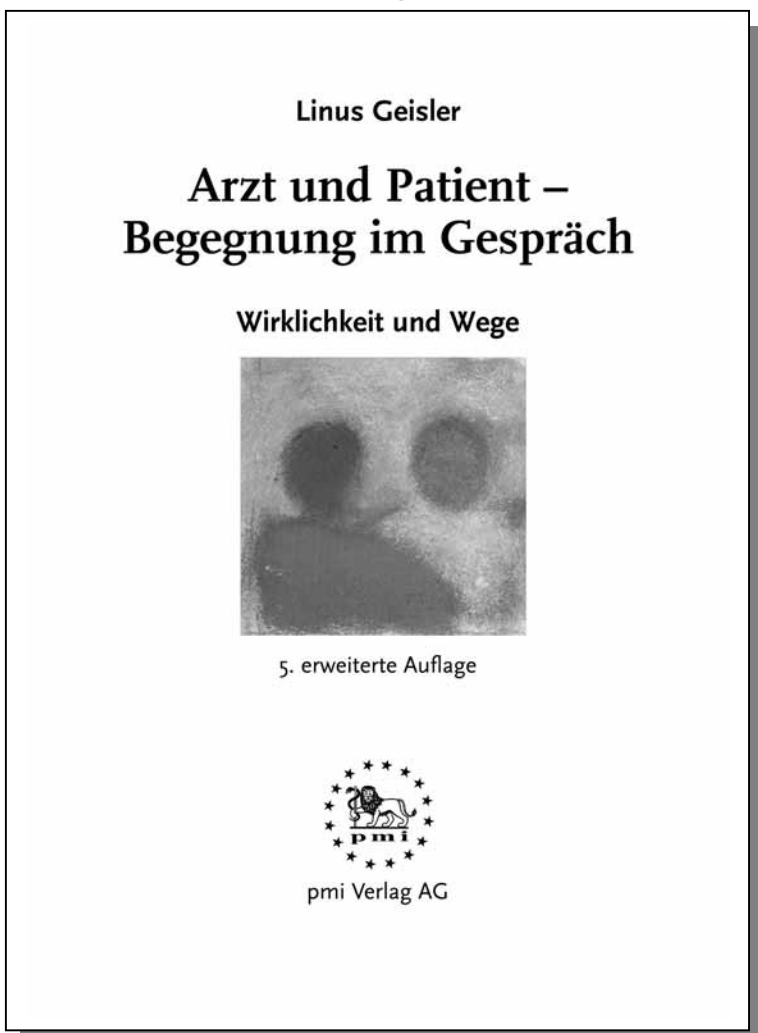
Für Halbtonabbildungen sind kontrastreiche, gute Fotoabzüge, rechtwinklig beschnitten, in der gewünschten Endgröße mit Beschriftung von 3 mm Schrifthöhe (Letraset) einzureichen.

Sonderdrucke

Sonderdrucke können bei Rücksendung der Korrekturabzüge gegen Berechnung bestellt werden.



Neu: 5. erweiterte Auflage



Die „sprechende Medizin“ ist als Gegengewicht zur High-Tech-Medizin ein Gebot der Zeit. Denn, so der Autor, „eine sprachlose Medizin ist letztlich eine inhumane Medizin“.

Das Buch *Arzt und Patient – Begegnung im Gespräch* baut auf der Erkenntnis auf, dass die Sprache das wichtigste Instrument des Arztes ist, er aber vielfach Schwierigkeiten im Umgang mit diesem Instrument hat.

Der Autor, Professor für innere Medizin, ist ein profunder Kenner der Materie. Er zeigt in seinem Buch konkrete Wege zur Lösung dieses Problems auf. Abgestimmt auf den ärztlichen Alltag des niedergelassenen und klinisch tätigen Arztes, gibt er zunächst eine Einführung in die Kommunikationspsychologie und ärztliche Gesprächstechnik. Der spezielle Teil des Buches enthält klare Konzepte für das Gespräch zwischen Arzt und Patient in den verschiedensten Situationen. Damit weist das Buch sowohl dem Arzt als auch dem Patienten Wege zum gegenseitigen Verstehen durch das Gespräch.

Bestellcoupon

Ich/Wir bestelle/n gegen Rechnung zum Preis von EUR 34,90 (zzgl. Versandkosten) das Buch

Arzt und Patient – Begegnung im Gespräch Wirklichkeit und Wege

Prof. Dr. Linus Geisler

Broschur, 332 Seiten
5. aktualisierte Neuauflage
Neuerscheinung 2008
ISBN 3-89786-076-7
EURO 34,90

Ex.

Unternehmen/Firma/Institution

Name, Vorname, Titel

Straße/Hausnummer

PLZ/Ort

Datum/Unterschrift

**Bestellcoupon bitte ausschneiden und
einsenden:**

**pmi Verlag AG
Oberfeldstraße 29
60439 Frankfurt**

**Telefon: 069/548000-0
Telefax: 069-548000-66
E-Mail: pmi-verlag.de
www.pmi-verlag.de**