

Der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen und das EU-Wettbewerbsrecht

von Prof. Dr. Eberhard Eichenhofer*

ABSTRACT

Wie gestaltet sich das Zusammenspiel von öffentlich-rechtlicher Ausformung und wettbewerblich-privatrechtlichem Handeln in der Krankenversicherung? Diese Frage ist im Rahmen des EU-Wettbewerbsrechts zu beantworten. Die Grenze verläuft zwischen der Ausgestaltung des Rahmens der Leistungserbringung durch Richtlinien und Festbeträge einerseits und den in Gesamtverträgen getroffenen Einzelregelungen andererseits. Es fragt sich: Tritt die Norm anstelle gesetzgeberischer Entscheidungen einerseits und der durch Gesamtverträge getroffenen Festlegungen von Preisen, Konditionen und Einzelanforderungen an Leistungen andererseits? Diese gestalten den Wettbewerb und unterliegen daher den in Artikel 81 ff. EG enthaltenen Wettbewerbsregeln; jene dagegen legen im wesentlichen den Umfang der Vorsorge und damit das Ausmaß sozialrechtlichen Schutzes fest. Sie berühren nicht unternehmerisches Handeln, sondern sind öffentlich-rechtlich zu qualifizieren, weil sie nicht den Wettbewerb beeinflussen, sondern die Voraussetzungen der Entfaltung des Wettbewerbs umgrenzen.

Schlüsselworte: Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen, EU-Wettbewerbsrecht, Richtlinien, Gesamtverträge, gemeinsame Selbstverwaltung

How can the interplay between public policy and competition within the German health insurance be delineated? This question, induced by EC competition law, is examined in this article. In the definition and determination of health care benefits – available for the covered persons under the legislation on health care – public policy targets prevail. Prices, conditions and requirements for specific benefits fixed in collective agreements contracted by both insurances and service providers can and should be tested under the provisions of the EC competition law. The formation of the institutional framework for medical services itself, however, does not fall within competition law, but creates the preconditions for making competition feasible.

Keywords: National Committee of SHI-Physicians and Health Insurance Funds, European Competition Law, directives, overall contracts on state level, joint self-government

1. Einführung

Welche Bedeutung hat das für das Funktionieren einer Privatwirtschaft geschaffene Wirtschaftsrecht – insbesondere das Wettbewerbsrecht – für die Sozialversicherung? In jüngster Zeit stellte sich diese Frage namentlich im Hinblick auf die von der Krankenkasse festgesetzten Festbeträge für Heil- und Hilfsmittel¹ sowie – damit zusammenhängend – für das Wirken des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen. Dieser hat den Anspruch des Versicherten auf die Vertragsleistung zu konkretisieren (§ 92 Sozialgesetzbuch V (SGB V)).² Die Fragestellung scheint für die wirtschaftsrechtlich orientierten Juris-

ten eindeutig zu beantworten zu sein: Die Krankenkassen treten als Inhaberinnen eines Monopols auf und diktieren den wirtschaftlich vereinzelt Leistungsanbietern die Bedingungen ihres Handelns. Dieser Vorwurf hinterlässt hingegen in der Zukunft der Sozialversicherungsrechtler weithin Sprach- und Ratlosigkeit. Denn warum soll plötzlich bedenklich sein, was seit eh und je in der Sozialversicherung galt? Im Folgenden soll versucht werden, auf diese Kontroverse eine Antwort zu geben. Dies verlangt nach einer Klärung der rechtlichen Grundlagen der krankenversicherungsrechtlichen Leistungserbringung. Denn sie zwingt zur Beantwortung der Frage: Sind Sozialversicherungsträger Unternehmen, nehmen sie am Wettbewerb teil

* Prof. Dr. Eberhard Eichenhofer,
Lehrstuhl für Sozialrecht und Bürgerliches Recht

Friedrich-Schiller-Universität, 07740 Jena · Tel.: (03641) 94 21 50 ·
Fax: (03641) 94 21 52 · E-Mail: ee@recht.uni-jena.de

und wie gestaltet sich das Zusammenspiel von öffentlichem Recht und Privatrecht? Diese Fragen sind nicht rein akademischer Natur, weil das europäische Recht ihre Beantwortung zwingend verlangt.

Nach Artikel 81 EG sind Vereinbarungen zwischen Unternehmen und Unternehmensverbänden und aufeinander abgestimmte Verhaltensweisen mit dem Gemeinsamen Markt unvereinbar, wenn sie den Handel zwischen den Mitgliedstaaten zu beeinträchtigen suchen. Art. 82 EG untersagt die missbräuchliche Ausnutzung einer beherrschenden Stellung auf dem Gemeinsamen Markt, welche dazu führen kann, den Handel zwischen den Mitgliedstaaten zu beeinträchtigen. Und schließlich folgt aus Art. 86 EG, dass diese Gebote auch für öffentliche Unternehmen sowie Monopole gelten. Sie gelten nur ausnahmsweise nicht für Unternehmen, die mit Dienstleistungen von allgemeinem wirtschaftlichen Interesse betraut sind, soweit die Anordnung „die Erfüllung der ihnen übertragenen besonderen Aufgabe rechtlich oder tatsächlich verhindert“ (Art. 86 II EG). Für die gesetzliche Krankenversicherung in Deutschland, die schon wegen des versicherten Personenkreises ein erhebliches Gewicht auf dem Binnenmarkt hat, fragt sich daher: Welche Bedeutung haben diese Regeln für sie? Sind sie von vornherein belanglos, weil Krankenkassen Körperschaften öffentlichen Rechts sind und deshalb dem öffentlichen Recht unterliegen und vom Wettbewerbsrecht völlig freigestellt sind (2.)? Oder gelten diese Regeln für die Krankenkassen im Hinblick darauf, dass diese auf die Möglichkeiten und Bedingungen wirtschaftlichen Handelns der Leistungserbringer Einfluss nehmen und im Hinblick darauf deren Wirken auf dem Markt vielfältig prägen (3.)? Und was folgt daraus für das EU-Wettbewerbsrecht und für das Wirken des Bundesausschusses (4.)?

■ 2. Die Richtlinien des Bundesausschusses

Weil das EU-Wettbewerbsrecht für sämtliche Unternehmen gilt, einerlei ob sie privat- oder öffentlich-rechtlich verfasst sind (Art. 86 EG), fragt sich, ob die gesetzliche Krankenversicherung als Unternehmen aufzufassen ist, soweit sie die Beziehungen zu den Leistungserbringern gestaltet. Der EuGH hat diese Frage bisher nicht beantwortet. Allerdings sind seiner Rechtsprechung einige Aussagen zur allgemeinen Anwendbarkeit des Wettbewerbsrechts auf Sozialleistungsträger zu entnehmen. So entschied der EuGH in der Rechtssache „Poucet“³, dass die Errichtung und Ausgestaltung einer Sozialversicherung nicht als unternehmerische Betätigung, sondern als Wahrnehmung einer hoheitlichen Aufgabe ausschließlich sozialen Charakters anzusehen sei.⁴ Dagegen befand der EuGH in der Rechtssache „Fédération Française de Sociétés d'Assurance“⁵, dass das Wettbewerbsrecht für eine freiwillige öffentlich-rechtliche Versicherung gelte, weil sie mit Lebensversicherungen im Wettbe-

werb stehe. Schließlich erkannte der EuGH in der Rechtssache „Hoefner und Elser“⁶, dass auch eine „öffentlich-rechtliche Anstalt für Arbeit“ dem Verbot missbräuchlicher Marktbeherrschung unterfalle.

Die Frage nach der Bedeutung des Wettbewerbsrechts für die Krankenversicherung ist also differenziert zu beantworten: Sie ist zu verneinen, soweit sie solidarische Vorsorge betreibt, indessen zu bejahen, soweit sie die Voraussetzungen für die Inanspruchnahme sozialer Dienstleistungen regelt.⁷ Ist also das Krankenversicherungsrecht nicht von vornherein dem EU-Wettbewerbsrecht entzogen, sondern hat dieses ganz ebenso wie nationales Wettbewerbsrecht⁸ für dessen Ausgestaltung Gewicht, so fragt sich weiter: Wie ist das den Anspruch des Versicherten auf Krankenbehandlung (§ 27 SGB V) konkretisierende Wirken des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen zu würdigen: Unterfällt es grundsätzlich dem Kartellverbot (Art. 81 EG)? Im Lichte der eingeführten Unterscheidung ist demgemäß zu prüfen, ob die vom Bundesausschuss erlassenen Richtlinien als Ausgestaltung der solidarischen Vorsorge und damit dem Wettbewerbsrecht als hoheitliche Maßnahme entzogen sind oder als Bestimmung der Voraussetzungen für die Inanspruchnahme sozialer, hier: medizinischer Leistungen eingeordnet werden müssen, weshalb auf solches unternehmerisches Handeln auch das Wettbewerbsrecht grundsätzlich anzuwenden wäre.

Die Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen haben eine doppelte Funktion: Soweit sie den Anspruch auf Krankenbehandlung konkretisieren und detaillieren, bestimmen sie die Reichweite der durch die Krankenversicherung vermittelten Vorsorge. Zugleich definieren sie, in welchem Umfang die Leistungserbringer für die Krankenversicherung tätig werden. Richtlinien haben somit zugleich eine sozialversicherungs- wie wirtschaftsrechtliche Dimension. Im Hinblick auf diese stellt sich die Frage, ob sie „als Vereinbarung zwischen Unternehmen, Beschlüsse von Unternehmensvereinigungen und aufeinander abgestimmte Verhaltensweisen“ anzusehen sind (Art. 81 EG). Ein verbotenes Kartell liegt vor, falls der Preisbildungsmechanismus des Marktes durch das Handeln der Wettbewerber selbst ausgeschlossen wird. Preisabsprachen, Marktzugangsschwierigkeiten oder Konditionenkartelle sind daher wesentlich Absprachen der Marktteilnehmer untereinander. Sie sind verboten, weil sie den Wettbewerb zum Nachteil des Kunden ausschließen. Denn die Marktteilnehmer stimmen sich untereinander ab und geben damit den Wettbewerb untereinander partiell auf. Ob sich im Krankenversicherungsrecht derartige wettbewerbsverzerrende Regelungen finden, ist je nach dem Gegenstand und Ausgestaltung unterschiedlich zu beantworten.

Der wirtschaftliche Verkehr – namentlich der Leistungsaustausch – zwischen Krankenversicherungen und den Leistungser-

bringern wird im wesentlichen durch die Gesamtverträge (§ 83 SGB V) zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen einerseits und den Verbänden der Krankenkassen andererseits geregelt. Ähnlich wie Tarifverträge sind diese Vereinbarungen als Normenverträge⁹ zu qualifizieren. Diese regeln Entgelte für die Leistungen, umreißen die Bedingungen, unter denen die Leistungen erbracht werden, und normieren damit auch die Bedingungen des Marktzugangs. Diese Verträge werden von Vertretern der die Leistungen erbringenden Privatrechtssubjekte einerseits und den Trägern der Krankenversicherung andererseits geschlossen. Hier wirkt die Krankenversicherung im Rahmen ihres Sicherstellungsauftrages. Durch diese Vereinbarungen wird der Wettbewerb auf dem Gebiet der Leistungserbringung prinzipiell ausgeschlossen. Ein Wettbewerb um die beste Leistung zum günstigsten Preis findet nicht statt, weil die Entgelte für die Leistungen kollektiv vereinbart und festgesetzt sind. Der Versicherte, der gegen seine Krankenversicherung einen Anspruch auf Heilbehandlung hat, sieht sich auf die Leistungserbringer verwiesen. Deren Leistungen vermag er zwar in Anspruch zu nehmen; die Konditionen und Preise für die Leistungen werden aber nicht individuell ausgehandelt, sondern sind kollektivvertraglich festgesetzt. Diese Form der Leistungserbringung schließt den Wettbewerb grundsätzlich aus, weil an die Stelle freier Preisbildung die öffentliche Tarifgestaltung tritt. Gesamtverträge sind wettbewerbsrechtlich daher nur statthaft, wenn der Ausschluss des Wettbewerbs durch die für Universaldienste statuierte Sonderregelung des Art. 86 II EG legitimiert wäre. Hierzu müsste der – hier nicht zu führende – Nachweis erbracht werden, dass nur die Abwesenheit von Wettbewerb der Krankenversicherung die Erfüllung der ihr übertragenen besonderen Aufgabe rechtlich und tatsächlich ermöglicht.

Von den Gesamtverträgen zu unterscheiden sind jedoch die vom Bundesausschuss gesetzten Richtlinien. Sie sind nicht Kollektivverträge, sondern stellen sich als untergesetzliche Normierungsakte der gemeinsamen Selbstverwaltung von Kassen und Ärzten dar.¹⁰ Sie treten damit rechtssystematisch an die Stelle der ansonsten möglichen Gesetzgebungsakte. Den Richtlinien fehlt also jedes vertragliche Element. Zwar sind die Richtlinien der Bundesausschüsse Bestandteile der Bundesmantelverträge sowie der Verträge nach § 83 Abs. 3, 4 SGB V.¹¹ Gegenstand der Richtlinie ist aber nicht der Inhalt der zu erbringenden Leistungen selbst. Denn im Gegensatz zu Gesamtverträgen regeln die Richtlinien weder Preise noch Geschäftsbedingungen der einzelnen Leistungserbringer. Richtlinien setzen – anders formuliert – den Versicherten und den Leistungserbringern Grenzen, indem sie normieren, was jene fordern und diese erbringen dürfen. Richtlinien beeinflussen das Marktgeschehen folglich nicht unmittelbar. Durch den Ein- oder Ausschluss von Leistungen bestimmen sie lediglich die Voraussetzungen der Abrechnungsfähigkeit von Leistungen. Deshalb liegt ihr Hauptakzent und auch ihre hauptsächliche Funktion in der Präzisierung des krankenversicherungsrechtlichen Anspruchs.

■ 3. Öffentlicher Auftrag der Krankenkassen

Dem Kartellverbot widerspricht jedoch nicht, dass Versicherungen ihr Leistungsprofil eigenständig definieren – und zwar auch dann nicht, wenn dadurch das Wirken von Gewerbetreibenden beeinflusst werden würde. Geschähe die Definition des Leistungsprofils einer Versicherung unmittelbar durch den Gesetzgeber selbst, so käme niemand auch nur auf die Idee, darin einen Verstoß gegen das Kartellverbot zu sehen. Konkretisierte die Versicherung ihren Leistungsinhalt selbständig, so wäre dieses Verhalten auch kartellrechtlich unbedenklich. Allenfalls könnte die versicherungsrechtliche Basis solcher Konkretisierung in Zweifel gezogen werden, weil die einseitige Leistungsbestimmung in einer vertraglich geregelten Beziehung eine Ausnahmeerscheinung darstellt (vgl. § 315 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB)) und nur im Rahmen von Treu und Glauben statthaft ist.

Nichts anderes kann gelten, wenn der Inhalt des Versicherungsschutzes durch Normsetzungsakte der gemeinsamen Selbstverwaltung bestimmt wird. Die im Rahmen solcher Normierungsakte agierenden Vertreter von Krankenkassen und Ärzten handeln nämlich nicht als Marktteilnehmer, weil sie weder ein einzelnes Unternehmen noch die Krankenversicherung als Ganzes repräsentieren. Sie treten vielmehr als Sachwalter allgemeiner Belange – der Versicherten einerseits, der Gesamtheit der Leistungserbringer andererseits – auf. Ferner entbehrt dieser Rechtsetzungsakt des Charakters einer Vereinbarung schon deshalb, weil der Normerlass nicht im Belieben des Ausschusses steht, sondern dem Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen vom Gesetz aufgegeben ist. Die Mitglieder des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen haben damit kraft staatlicher Ermächtigung an einer grundsätzlich dem Gesetzgeber vorbehaltenen Aufgabe teil.¹²

Die Ausgestaltung der Krankenversicherung durch die einzelnen Richtlinien zeitigt allerdings unmittelbare Auswirkungen für die Leistungserbringer. Je umfassender der Versicherungsschutz ausgestaltet ist, desto umfassender können die Leistungserbringer für die Versicherten wirken. Und weil daran Krankenkassen einseitig oder Einrichtungen der gemeinsamen Selbstverwaltung oder Kassenverbände und Ärzte in unterschiedlichen Rechtsformen tätig werden, erscheint es auf den ersten Blick folgerichtig, die Gesamtheit der die Leistungserbringer regelnden und betreffenden Vorgänge am Kartellrecht zu messen. Dies würde allerdings bedeuten, dass den Kassen jede Autonomie bei der Bestimmung ihres Leistungsumfanges schon aus kartellrechtlichen Gründen zu versagen wäre: Jeder Leistungserbringer wäre à tout prix für jegliche beliebige Leistungen zur Versorgung der Versicherten zuzulassen, weil den Krankenkassen bereits wegen ihrer schieren Marktgröße jede Versagung von Leistungen von vornherein als ein Missbrauch ihrer wirtschaftlichen Macht entgegengehalten werden könnte. Das Urteil des Oberlan-

desgerichts Düsseldorf¹³ zu den Festbeträgen gründet sich wesentlich auf dieses Argument. Dieser Ansatz beruht aber auf einer ganz und gar schiefen, weil ökonomisch verfehlten Sicht des Vorgangs krankenversicherungsrechtlicher Leistungserbringung. Er stützt sich wesentlich auf die Annahme, es seien die Krankenkassen, welche die Gesundheitsleistungen den Versicherten verschafften: Sie seien gar die „Einkäufer“ der Leistungen, die der Versicherte konsumiert. In diesem Denken ist die Krankenkasse im Vorgang der Leistungsbeschaffung der zentrale Marktteilnehmer, während der Versicherte am Vorgang der Leistungserbringung selbst gar nicht beteiligt ist. So liegt der Vorwurf nahe, alles Handeln der Kasse sei nichts anderes als die Folge des die Leistungserbringer überwältigenden Wirkens eines Nachfragekartells. Aber beschreibt diese Sicht den ökonomischen Tatbestand zutreffend?

Wäre die Krankenkasse aus vorgeblichen Gründen des Wettbewerbs verpflichtet, den Versicherten den Zugang zu sämtlichen Gesundheitsleistungen ohne Rücksicht auf den Preis zu gewähren, so verfehlte sie jedenfalls den Auftrag, für welchen sie als öffentlich-rechtliche Körperschaft entsteht – nämlich den Versicherten ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich zu sichern. Jede Beschränkung der Kassenleistungen auf das Ausreichende, Zweckmäßige und Wirtschaftliche ist daher gemäß § 12 SGB V durch den öffentlich-rechtlichen Auftrag der Krankenkassen gedeckt. Die Wahrnehmung dieses Auftrages ist im öffentlichen Recht vorgegeben und damit dem Wettbewerbsrecht von vornherein entzogen, weil die Krankenkasse in der Bestimmung ihres Leistungsumfanges ihren öffentlichen Auftrag konkretisiert. Soweit die Krankenversicherung also den Inhalt einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung bestimmt, wird sie nicht als Unternehmen, sondern als eine dem Wettbewerbsrecht grundsätzlich entzogene hoheitliche Einrichtung tätig. Dies wäre evident, wenn der Leistungsumfang durch Akte autonomer Rechtsetzung festgelegt werden würde. Dann bestimmte die Krankenkasse eigenständig ihr Leistungsprofil und damit ihren Versorgungsauftrag. Diese Bestimmung schaffte den Rahmen, innerhalb dessen Wettbewerb stattfinden kann. Die Bestimmung beeinflusste jedoch den Wettbewerb selbst nicht unmittelbar. Nichts anderes kann gelten, wenn diese Regeln durch Einrichtungen der gemeinsamen Selbstverwaltung gesetzt werden.

Außerdem und entscheidend findet die Inanspruchnahme einer Leistung der Krankenversicherung nicht in einer Initiative der Krankenkasse ihren Ausgang. Vielmehr erwirbt der Versicherte selbst ein Medikament oder Hörgerät, konsultiert einen Arzt oder erlangt eine Krankenhausbehandlung. Bei allen diesen Vorgängen ist der Versicherte der Vertragspartner des Leistungserbringers und nicht etwa die jeweilige Krankenkasse, als deren rechtsgeschäftlicher Vertreter der Versicherte bisweilen missverstanden wird.¹⁴ Das in § 76 SGB V eingeräumte Recht auf freie Arztwahl steht dem Versicherten und nicht der Krankenkasse zu – und deshalb schließt auch der den Arzt wählende Versicherte mit diesen einen privatrechtlichen Behand-

lungsvertrag ab, durch den der Arzt zur Behandlung des Versicherten gegenüber dem Versicherten selbst und nicht etwa gegenüber der Krankenkasse verpflichtet wird. Die einzige Besonderheit dieses Vertrages besteht darin, dass die übliche Vergütung (§ 612 BGB) statt vom Versicherten von dessen Krankenkasse getragen wird. Obgleich diese zahlt, beschafft sie jedoch die Leistung des Versicherten nicht selbst. Vielmehr wird der Versicherte auf der Basis des bürgerlichen Vertragsrechts tätig, weshalb auch der Leistungserbringer für eigene Versäumnisse aufgrund und nach Maßgabe des bürgerlichen Vertragsrechts haftet (§ 76 Abs. 4 SGB V).

Wenn aber die Krankenkassen dem Versicherten die diesem zustehenden Leistungen nicht „einkaufen“, sondern vielmehr der Versicherte sich die ihm von der Krankenkasse geschuldete Leistung von Leistungserbringern auf individualvertraglicher und privatrechtlicher Grundlage beschafft, dann ist die Gestaltung dieses Vorganges auch unmittelbar wettbewerbsrechtlich relevant, weil er einen letztlich privatrechtlichen Beschaffungsvorgang darstellt. Dagegen sind die Regelungen der Voraussetzungen, unter denen ein solcher Behandlungsanspruch entsteht, dem Wettbewerb vorgelagert und demgemäß den ihn regelnden Normen entzogen.

Die durch den Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen erlassenen Richtlinien schaffen somit den äußeren Rahmen, innerhalb dessen der Versicherte Beschaffungsakte mit Wirkung für die einzelnen Krankenkassen vorzunehmen vermag. Festbeträge bei Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln gestalten diesen Beschaffungsakt öffentlicher Versorgung für die Krankenversicherung¹⁵ ebenso wie die Richtlinien der Bundesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen. Dieser Rahmen ist dem Versicherten öffentlich-rechtlich und damit hoheitlich vorgegeben. Bei dessen Schaffung und Ausfüllung wird die Krankenkasse nicht wirtschaftlich, sondern hoheitlich tätig, weil sie die Gebote der ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung konkretisiert. Der hoheitliche Charakter der Tätigkeit wird weder durch die Beteiligung von Vertretern der Leistungserbringer noch durch die gesetzssystematische Integration der Entscheidungen des Bundesausschusses in die Regelungen des Gesamtvertrages beeinträchtigt. Denn die Abgrenzung zwischen hoheitlicher und wirtschaftlicher Tätigkeit ist im EU-Wettbewerbsrecht nicht auf dem Boden der jeweiligen nationalen gesetzlichen Systematik, sondern im Hinblick auf die jeweilige ökonomische Funktion der einzelnen Handlungsweise vorzunehmen.

■ 4. Fazit

Die vom Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen erlassenen Richtlinien verfälschen den Markt der Gesundheitsdienste nicht, sondern schaffen diesem einen äußeren Rahmen. Innerhalb dessen kann sich der Wettbewerb erst bewegen und entfalten. Das Wettbewerbsrecht ist daher für die Sozialversicherung weder von vorneherein bedeutungslos, noch kann ihm eine alles beherrschende Rolle zugemessen werden. Staat und Markt, Re-

gulation und Wettbewerb stehen sich nicht als zwei grundlegende Alternativen der Rechtsordnung gegenüber; sie sind vielmehr vielfältig miteinander verknüpft, bisweilen gar wechselseitig durchdrungen. Die Schwierigkeit liegt also nicht in der eindeutigen Zuordnung, sondern darin, die Strukturen dieses Wechselspiels aufzufinden – mit anderen Worten: In der genauen Identifikation der Mitte zwischen Staat und Markt, Regulierung und Wettbewerb, öffentlichem und Privatrecht. Und die Erkenntnis, dass Wettbewerb nur in einem rechtlich geordneten Rahmen stattfinden kann, ist dem Wettbewerbsrecht nicht fremd. Im Gegenteil, gerade in dieser Überlegung findet es seine gedankliche Grundlage und Rechtfertigung. Der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen widerspricht daher nicht dem Wettbewerbsrecht – sondern schafft ganz ebenso wie dieses – erst die Voraussetzungen für das Funktionieren eines rechtlichen geordneten Wettbewerbs. ♦

Fußnoten

- 1 OLG Düsseldorf, NZS 1999, 568; dazu Emmerich, JuS 1999, 1025; Hänlein/Kruse, NZS 2000, 165; Steinmeyer, Wettbewerbsrecht im Gesundheitswesen, 2000.
- 2 Schnapp in HS-KV, 1994, § 49 - 227 ff.; ders., in Festschrift für Krasney, 1997, 411 ff.; Ebsen, in Festschrift für Krasney 1997, 81 ff.; Noftz, VSSR 1997, 423 ff.; Ossenbühl, NZS 1997, 497; Schlenker, NZS 1998, 411.
- 3 EuGH - 17.2.1993 - Rs. C-159/91 = Slg. 1993, I-637.
- 4 Ebd., 668, Tz. 8 - 11.
- 5 EuGH - 16.11.1995 - Rs. C-244/94 = Slg. 1995, I-4013; vgl. auch EuGH - 12.9.2000 - Rs. C-180/98 = Slg. 2000, I-6451.
- 6 EuGH - 23.4.1991 - C-41/90 = Slg. 1991, I-1979.
- 7 Volker Emmerich, Staatliche Intervention, Arzneimittelmarkt und EWG-Vertrag, 1980, 53 ff.; Danny Pieters/Stefan Vanden Bogaert, The Consequences of European Competition Law for National Health Policies, 1997, 39 ff.
- 8 Vgl. BGHZ 114, 218; 69, 59; 64, 234; Beuthien, MedR 1994, 254; Schultz, NZS 1998, 269; vgl. auch Knispel, NZS 1998, 563.
- 9 Peter Axer, Normsetzung der Exekutive in der Sozialversicherung, 2000, 115 ff.
- 10 BSGE 78, 70; Ebsen, in Schulin, HS-KV, § 7 - 158 ff.; Kötter, LPK, SGB V, 1999, § 92 Rn. 3, 11 ff.
- 11 Axer, Fn. 9, 118 ff.; Ebsen, in Schulin, HS-KV, § 7 - 158 ff.
- 12 Vgl. Eichenhofer, NZS 2001, 1 ff.
- 13 NZS 1999, 568.
- 14 BSGE 59, 172, 177 ff.
- 15 Eichenhofer, NZS 2001, 1 ff.

Literatur

- Deutscher Sozialrechtsverband (Hrsg.),** Soziale Sicherheit und Wettbewerb, Wiesbaden 2001
- Ebsen, Ingwer,** Öffentlich-rechtliches Handeln von Krankenkassen als Gegenstand des Wettbewerbsrechts?, Zeitschrift für Sozialreform 2000, 298.
- Eichenhofer, Eberhard,** Richtlinien der Gesetzlichen Krankenversicherung im Gemeinschaftsrecht, Neue Zeitschrift für Sozialrecht 2001, 1.
- Emmerich, Volker,** Staatliche Interventionen, Arzneimittelmarkt und EWG-Vertrag, Baden-Baden 1980.
- Giesen, Richard,** Sozialversicherungsmonopol und EG-Recht, Baden-Baden 1995.
- Hänlein, Andreas/Kruse, Jürgen,** Einflüsse des Europäischen Wettbewerbsrechts auf die Leistungserbringung in der gesetzlichen Krankenversicherung, Neue Zeitschrift für Sozialrecht 2000, 165.
- Igl, Gerhard (Hrsg.),** Europäische Union und Gesetzliche Krankenversicherung, Wiesbaden 1999
- Knispel, Ulrich,** Krankenkassen als Adressaten des Kartellrechts, Neue Zeitschrift für Sozialrecht 1998, 563.
- Pieters, Danny/Vanden Bogaert, Stefan,** The Consequences of European Competition Law for National Health Policies, 1997.
- Steinmeyer, Heinz-Dietrich,** Wettbewerbsrecht im Gesundheitswesen – Kartellrechtliche Beschränkungen in der gesetzlichen Krankenversicherung, Berlin 2000.

Websites

- Zugang zu offiziellen Dokumenten der Europäischen Union
http://www.europa.eu.int/abc/off/index_de.htm
- Pressemitteilungen des Bundessozialgerichts
<http://www.bundessozialgericht.de>

DER AUTOR



Eberhard Eichenhofer,
geb. 1950, Professor für Sozialrecht und Bürgerliches Recht an der Friedrich-Schiller-Universität Jena.
Publikationen: Sozialrecht, Lehrbuch, 2000 (3. Auflage); Sozialrecht der Europäischen Union, 2001; Sozialrecht – Fälle und Lösungen, 2000 (3. Auflage); Franz Kafka und die Sozialversicherung, 1997.