

Wettbewerb allein um niedrige Zusatzbeiträge geht fehl, ökonomisches Handeln aber bleibt unverzichtbar

GUDRUN SCHAICH-WALCH, PARLAMENTARISCHE STAATSEKRETÄRIN A.D. / DR. JÜRGEN BAUSCH



Die Frage: „Wem nützt der Wettbewerb im Gesundheitswesen?“ ist weder einfach, noch in einem Satz zu beantworten. Das Frankfurter Forum für gesellschafts- und gesundheitspolitische Grundsatzfragen hat sich im vergangenen Jahr in zwei Veranstaltungen um Antworten bemüht, die im Diskursheft 12 sowie im vorliegenden Heft dokumentiert sind.

Sehr verkürzt lässt sich erkennen, dass der Wettbewerb der Krankenkassen um Mitglieder ökonomisch nur Sinn macht, wenn die „Neuankömmlinge“ einen guten Deckungsbeitrag für den Morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) mitbringen. Das tun junge und gesunde gutverdienende Beschäftigte. Wer sich als Krankenkasse um multimorbide Alte und Kranke bemüht, scheitert an den internen Finanzkontrolleuren, weil jede Haushaltsschieflage am Jahresende dazu zwingt, den Zusatzbeitrag anzuheben. In der Folge werden vor allem „gute Risiken“ ihre Kasse wechseln. Denn Kassenwahl und Beitragssatz sind zwei Seiten der gleichen Medaille.

Der Wettbewerb von Ärzten um Patienten durch guten Service und hohe Qualität der Versorgung stößt bei Überschreitung des Honorar-Regelleistungsvolumens an die Grenze der wirtschaftlichen Leistungserbringung. Das Ergebnis ist anstößig, denn der Privatpatient wird

bevorzugt, weil die bei ihm erbrachten Leistungen höher und frei von Begrenzungen vergütet werden.

Und dass sich Krankenhäuser – untereinander im Wettbewerb stehend – zieren, schwerkranke Risikopatienten zu versorgen, während „gute Risiken“ die Jahresbilanz stabilisieren, ist keine Überraschung. Risikoselektion ist ein Teil des wirtschaftlichen Überlebenskampfes. Gedacht war das alles anders: Die Qualität der Versorgung, die Erprobung neuer Versorgungsformen oder sinnvoller Vorsorge- und Präventionsangebote sowie die Servicequalität sollten das bestimmende Kriterium für die Krankenkasse sein, nicht der Beitragssatz. Das alles sollte der Wettbewerb leisten. Wie wir inzwischen wissen, hat dies nicht funktioniert. Nach wie vor ist der Beitragssatz das bestimmende Kriterium. Der Gesetzgeber hat mit der Einführung des Zusatzbeitrags, dem Sonderkündigungsrecht und der Festschreibung des allgemeinen Beitragssatzes den Wettbewerb noch verstärkt.

Die Grundsatzfrage, ob Versicherte und insbesondere Patienten Wettbewerbsakteure in einem kompliziert agierenden Gesundheitssystem sind oder sein können, ist bislang nicht überzeugend beantwortet worden. Denn es ist nicht einfach, die Qualität der angebotenen Versorgung beim niedergelassenen Arzt oder einem Krankenhaus zu beurteilen. Der kranke Mensch möchte

Hilfe, und er geht davon aus, dass die Akteure im Gesundheitswesen, zu denen er über die GKV Zugang hat, das für ihn Sinnvolle in Diagnostik und Therapie tun. Da Versicherungspflicht gilt und der Leistungskatalog für alle Kassen fast identisch ist, entscheiden sich Versicherte in der Regel nach der Höhe des Zusatzbeitrags.

Daraus folgt, dass wir auf allen Ebenen der Versorgung das Abgleiten in einen reinen Preiswettbewerb befürchten müssen. Das heißt nicht, dass ökonomisches Denken und Handeln fehl am Platz wären. Das ginge an der Realität vorbei. Wir geben für die Gesundheitsversorgung von 70,2 Millionen Versicherten in der GKV ca. 210 Milliarden Euro aus, und das mit steigender Tendenz. Nicht nur das Leistungsgeschehen bei Prävention, Vorsorge oder Versorgung im Krankheitsfall, sondern auch die Beitragshöhe bestimmen über die Akzeptanz des Solidarsystems der GKV durch die Bürger. Deren Belastbarkeit ist begrenzt, was bedeutet, dass die Ressourcen im Gesundheitswesen immer limitiert sein werden.

Medizinischer Fortschritt, demografische Entwicklung und Herausforderungen wie die Integration von Flüchtlingen machen es notwendig, dass wir nicht nur sozialpolitisch und medizinisch, sondern auch wirtschaftlich denken müssen. Ein jährlicher Ausgabenzuwachs zwischen vier und fünf Prozent will erwirtschaftet werden,

und die Gesamtsumme der Ausgaben muss beständig hinterfragt werden. Denn in Unternehmen, im Arzneimittelsektor, in Krankenhäusern, Arztpraxen und in anderen Berufsgruppen wird gutes Geld verdient.

Der Gesetzgeber hat in den letzten Jahren erkennen müssen, dass Wettbewerb nicht das erfüllt, was von ihm erwartet wurde und hat deswegen Entscheidungen beispielsweise zur Nutzenbewertung und zur Qualitätssicherung getroffen. Da insbesondere Krankenkassen als Kostenträger bei der Nutzenbewertung zusammen mit Ärzten und Patientenvertretern im G-BA im Verdacht stehen, einen finanziellen Interessenskonflikt zu haben, müssen sie für Entscheidungstransparenz sorgen. Und auf die Ärzte kommt die Aufgabe zu, gerade weil sie untereinander und mit den Kliniken im Wettbewerb stehen, die Erkenntnisse des AMNOG-Nutzenbewertungsprozesses als Qualitätsinstrument für ihr Handeln zu nutzen. Das verschafft Wettbewerbsvorteile und verhilft zu einer besseren Versorgungsqualität.

Kontakt:

**Dietmar Preding | Geschäftsstelle Frankfurter Forum e.V. |
Mozartstraße 5 | 63452 Hanau |
E-Mail: dp-healthcareralation@online.de
<http://frankfurterforum-diskurse.de>**