

Editorial – Thema der Woche**Montag, 26. Mai 2014**

Wettbewerb im Gesundheitswesen ist eine komplizierte Sache. Denn Regeln und Parameter, denen dieser Gesundheits-Wettbewerb zu gehorchen hat, sind gänzlich andere, gelegentlich sogar diametral entgegengesetzte, wie sie im „normalen“ marktwirtschaftlichen Wettbewerb ausgeprägt sind. Menge, beispielsweise, ist nicht unbedingt ein gutes Kriterium für die im solidarischen System gewünschten Erfolge. Und auch Preis ist nicht immer ein Parameter, der auf lange Sicht zur Verbesserung des Gesundheitssystems beiträgt.

Besonders schwierig und differenziert müssen aber beim Wettbewerb in Gesundheitssystemen die Anreiz und Ausgleichsstrukturen im Auge behalten werden. So ist es beispielsweise kontraproduktiv, erfolgreiche Krankenhäuser indirekt dafür zu bestrafen, dass sie schwerere und kompliziertere Fälle behandeln und vermutlich gerade deswegen höhere Mortalitätszahlen aufweisen. Hier mit einfacher Elle Maß nehmen zu wollen, wird dazu führen, dass eben diese Hochrisikopatienten von den Häusern tendenziell eher abgewiesen werden, weil die berechnete Befürchtung besteht, sich mit diesem schwierigen „Patientengut“ den Schnitt und damit ggf. Preise und Wettbewerbsvorteile zu verderben. Also: So ganz einfach ist es nicht, das Gesundheitssystem durch Wettbewerb verbessern und erneuern zu wollen.

Das lässt sich auch an den zahllosen Instrumenten verfolgen, die zum Ausgleich von Wettbewerbsnachteilen in der Krankenkassenlandschaft implementiert wurden. Ein Risikostrukturausgleich musste zunächst her, weil mit dem GKV-Strukturgesetz von 1994 Krankenkassen mit völlig unterschiedlicher Morbiditäts- und Risikostruktur gegeneinander in Wettbewerb geschickt wurden. Dann aber sollten sich Kassen berechtigter Weise mit Selektivverträgen auch noch um bestimmte, selbst identifizierte Versorgungsprobleme kümmern, und es ist klar, dass dies nur möglich ist, wenn die besser Behandlung einzelner in der Regel chronischer Erkrankungen nicht durch einen Zustrom entsprechender Patienten bestraft wird – schon war der Morbis-RSA geboren. Und jetzt? Inzwischen wissen wir, dass manche Regionen teurer, andere günstiger zu versorgen sind. Kassen, mit einem überwiegenden Anteil von Versicherten in diesen Regionen, werden bestraft, andere Kassen belohnt. Muss jetzt ein Regio-RSA her, um auch diesen Nachteil auszugleichen? Vielleicht, aber wie weit wollen wir's treiben? Wir werden damit leben müssen, dass sich Wettbewerbsverzerrungen im Gesundheitswesen nicht zu hundert Prozent werden ausgleichen lassen – auch wenn dies eventuell wünschenswert wäre.

Aber wie wäre es dann, wenn wir uns wenigstens mal Gedanken darüber machen würden, bis zu welchem Verzerrungsgrad Ungerechtigkeiten noch angepackt werden müssen, und ab wann nicht mehr? In der aktuellen Diskussion um die Berechnung von Krankengeld und Verstorbene im Risikostrukturausgleich ist bekannt, dass die derzeitigen Berechnungsgrundlagen fehlerhaft sind. Nur: Sie werden es immer sein, denn immer wird es irgendeine Kasse geben, die durch die aktuellen Wettbewerbsausgleichsmechanismen bevorzugt oder benachteiligt wird. Da wir also die Instrumente nicht immer weiter verfeinern können, wäre es vielleicht mal an der Zeit, von politischer Seite darüber nachzudenken, bis zu welchem Grad (in Prozent oder in Euro) überhaupt eine Feinsteuerung vorgenommen werden sollte. Aber: Wird diese Grenze überschritten, dann folgt daraus auch ein *zwingendes* Handeln für die Politik. So jedenfalls ist das Gezerre um die unterschiedlichen Berechnungsgrundlagen außerordentlich ermüdend (und übrigens auch teuer).

Wettbewerb im Gesundheitswesen kann nicht fehlerfrei sein, wir sollten uns aber endlich mal darüber verständigen, welche Fehlertoleranz wir eigentlich dulden sollten, und welche nicht. Diese Entscheidung scheint derzeit politisch eher ausgesessen zu werden (wenn sie denn überhaupt schon als notwendig erkannt worden ist).