

Editorial – Thema der Woche**Dienstag, 10. Juni 2014**

Sorry, aber das aktuelle Wettbewerbsbild, das Politik und Justiz offensichtlich von der gesetzlichen Krankenversicherung haben, ist völlig verdreht. Nicht nur, dass die jüngste GKV-Finanzreform wieder ausschließlich den Preis der Krankenkasse in den Mittelpunkt rückt, sie wird dabei auch noch vom Landessozialgericht Hessen indirekt bestätigt, das dem Bundesversicherungsamt Recht gibt, wenn es eine (moderate) Ausweitung der Satzungsleistungen verbietet. Stattdessen soll der Patient bei seinem nächsten Krankenhausaufenthalt möglichst transparente Qualitätsberichte wälzen, um die für ihn geeignete stationäre Einrichtung auszuwählen. Ja, wo leben wir denn?

Darf an dieser Stelle und anlässlich dieser Verwirrungen vielleicht (mal wieder) klargestellt werden, wie die Kunden- und Wahlbeziehungen und die dafür gefundenen Parameter in der GKV eigentlich laufen? Also: Der Kunde von Ärzten und Krankenhäusern ist in der GKV nicht etwa der Patient (wie Bundesminister Herrmann Gröhe und zahlreiche andere Entscheider zu glauben scheinen), sondern die Krankenkasse. Sie „kauft“ für ihre Kunden (die Versicherten) treuhänderisch Leistungen, und deswegen sind es im wesentlichen auch die Krankenkassen, für die Qualitätsberichte geschrieben und veröffentlicht werden müssen. Versicherte und Patienten sollen hier natürlich nicht dumm gehalten werden, aber die Vorstellung, der 75-jährige Senior habe sich mit den jeweiligen Qualitätspublikationen der umliegenden Krankenhäuser zu befassen, um nach dieser erbaulichen Lektüre das Endoprothese-Team seiner Wahl auszusuchen, ist doch wirklich grotesk. Ich möchte mich vielmehr als Versicherter in die Hand einer Krankenkasse begeben, die ihre Leistungen mit den besten Ärzten und Krankenhäusern in abgestimmten Versorgungskonzepten treuhänderisch für mich zusammenstellt und die dann vielleicht auch noch die eine oder andere Satzungsleistung oben drauf legt, um mir als Versicherten zu signalisieren, dass ich gerade im Behandlungsfall von meiner Kasse und ihren Partnern optimal betreut und beraten werde. Und ganz sicher will ich mir nicht mein eigenes ambulantes und stationäres Team zur Betreuung meines Diabetes oder meiner KHK individuell selbst zusammenstellen müssen. Dürfen ja, wenn ich möchte. Aber nicht müssen. Da wird die vielgerühmte „freie Arztwahl“ zum Zynismus.

Wenn ich diese Teambildung aber von meiner Krankenkasse erwarten darf, dann wird der nächste Unsinn klar, der die Politik augenscheinlich zur Zeit (und seit Beginn der letzten Legislaturperiode) bestimmt: Der Wettbewerb der Krankenkassen läuft eben gerade *nicht* über den Preis, den der Versicherte zu zahlen hat. Er läuft über die *Qualität* des von der Kasse für ihr spezielles Versichertenkollektiv zusammengestellten Versorgungsangebotes. Nahezu erniedrigend ist es aber vor diesem Hintergrund, dass Kassen jetzt *postalisch* (was kostet das eigentlich?) darauf hinweisen müssen, dass sich die Versicherten ihrer Versicherungspflicht bei Konkurrenten eventuell kostengünstiger entledigen können. Aber von Qualität des Angebotes soll in diesem Brief vermutlich keine Rede sein. (Wir dürfen darauf wetten, dass das Bundesversicherungsamt konkrete Qualitätshinweise der Krankenkassen an dieser Stelle umgehend unterbindet.)

Sehen Sie, in welche idiotische Richtung das läuft: Den Operateur und das Behandlungsteam, dessen Leistungen ich im Zweifelsfall kaum adäquat beurteilen kann (und als Kranker vielleicht auch nicht beurteilen mag), soll ich mir nach komplexen qualitativen Entscheidungsparametern auswählen, aber bei meiner Kasse, die mir vielleicht das genau richtige Versorgungskonzept an die Seite stellen kann, werde ich nachdrücklich dazu gedrängt, nicht auf die Qualität, sondern auf die Kosten zu achten. Liebe Freunde, nach solchen Vorgaben kaufe ich allenfalls Autos beim „Gebrauchtwagenhändler meines Vertrauens“, aber sicher nicht lebensbestimmende Versorgungspakete für meine individuelle Gesundheit.