

Stellungnahme zum Antrag

Die Forderung, den bisherigen Wettbewerb um den günstigsten Zusatzbeitrag abzulösen und ihn durch einen Qualitätswettbewerb zu ersetzen. Ziel des Qualitätswettbewerbs muss es sein, dass Krankenkassen aus Sicht der Versicherten besser werden – nicht nur in der Gestaltung von Versorgung, sondern auch in ihrer Leistungsbereitschaft, Beratung und Dienstleistung. Voraussetzung dafür ist, dass Versichertenerfahrungen künftig eine zentrale Rolle bei der Bewertung von Krankenkassen spielen. Ohne das positive Urteil der Versicherten kann nicht von guter Qualität gesprochen werden.

Qualitätswettbewerb benötigt zum einen Transparenz über kassenbezogene Versichertenerfahrung. Zum anderen ist die Veröffentlichung von definierten Qualitätsparametern und Statistiken erforderlich. Nur wenn vergleichbare Qualitätstransparenz herrscht, wird für die Kassen ein wichtiger Anreiz gesetzt, eigene Qualitätslücken oder -mängel zu erkennen und kontinuierlich an der Verbesserung ihrer Qualität zu arbeiten. Die Entwicklung eines transparenten Qualitäts-Benchmarkings ist laut § 217f Abs. 4 SGB V Aufgabe des GKV Spitzenverbandes. Es wäre deshalb begrüßenswert, wenn die gesetzlichen Krankenkassen durch ihren Spitzenverband an der eigenen Verbesserung im Sinne der Versicherten arbeiten.

Eines ist zudem klar: Qualitätswettbewerb wird nur funktionieren, wenn die Rahmenbedingungen für die Krankenkassen so gestaltet sind, dass die Umsetzung von Qualität in der Dienstleistung rechtlich möglich ist und sich finanziell nicht negativ für die Kassen auswirkt. Deshalb halten wir den Vorschlag, wissenschaftliche Expertise bei der Entwicklung eines Qualitätssystems mit einzubeziehen, für sinnvoll. Der Fokus sollte dabei auf der Frage liegen, welche systemischen Regelungen bisher Qualität im oben genannten Sinne behindern. Neben dieser systemischen Sicht wird eine wissenschaftliche Expertise aus den Bereichen Marktforschung und Customer Experience als wertvolle Ergänzung gesehen.

Zu dieser Grundpositionierung wird im Detail wie folgt erläutert

Aktuelle Kassenvergleiche fokussieren nur auf Preis und Umfang der Leistung

Mit dem Antragsteller besteht Übereinstimmung, dass sich der Kassenwettbewerb aktuell primär auf eine Gegenüberstellung der Zusatzbeitragssätze konzentriert. Sofern es bei Kassenvergleichen in Portalen oder Printmedien um Qualität geht, wird die Güte einer Kasse vorrangig am angebotenen Leistungs- und Serviceumfang (z.B. Satzungsleistungen, Bonusprogramme) festgemacht. Auch Versorgungsverträge und Wahltarife sind häufig Gegenstand von Kassenvergleichen. Dabei lässt die Zahl der Verträge bzw. das Vorhandensein eines Bonusprogramms allein noch keine Aussage darüber zu, ob und wie Versicherte tatsächlich davon profitieren. *(Beispiel: aktuelle Kassenvergleiche in Focus Money)*

Für die Qualität von Krankenkassen sind die tatsächlichen Versichertenerfahrungen zentral

Was bisher im Wettbewerb nicht berücksichtigt wird, ist die Qualität der Dienstleistung einer Krankenkasse. Dabei ist aus Versichertenperspektive das WIE der Dienstleistung einer Krankenkasse der entscheidende Faktor: Wie leistungsbereit ist eine Kasse im Ernstfall? Wurde das Leistungsversprechen im „Schadensfall“ vollständig erfüllt? Wie wurde die Dienstleistung erbracht? Fand eine vollständige und hilfreiche Beratung statt? Handelt es sich um eine an die Lebenssituation des Patienten angepasste Leistung oder ein qualitativ hochwertiges Hilfsmittel, welches der Versicherte erhielt? Hat der Patient von einem konkreten Versorgungsvertrag profitiert? *(Beispiel: Wie erleben die betroffenen Versicherten die Hilfsmittel-Versorgung in der Realität, zB. Bürokratie, Ablehnungsquoten, Bearbeitungsdauer, Beratung, wirtschaftliche Aufzählung etc.)*

Auch in der Medizin kommt den sogenannten „Patient Reported Outcomes“ eine immer größere Bedeutung zu. Das bedeutet: Neben den faktischen Körperwerten fließt auch das Erleben des Patienten in die medizinische Bewertung mit ein. Analog bedeutet das für die GKV: Ohne Einbezug der betroffenen Versicherten kann die Qualität einer Krankenkasse nicht bewertet werden. Ohne positive Erfahrung der Versicherten kann nicht von guter Qualität einer Krankenkasse gesprochen werden. Zudem: Ohne Rückmeldung der Versicherten kann eine Krankenkasse nicht besser werden. Um Missstände und Verbesserungsbedarfe vor allem bei Prozessen oder in der Beratung aufzudecken und eine versichertengerechte Lösung zu finden, braucht es zwingend die Rückmeldung der Betroffenen.

Bestehende Daten und Statistiken nutzen

Um Qualität in der GKV schnell abbildbar zu machen, sollte der Gesetzgeber in einem ersten Schritt auf bereits vorliegende Informationen zurückgreifen und diese kassenbezogen transparent machen. Dies sind zum Beispiel vorhandene Statistiken, soweit sie Hinweise auf Struktur- und Prozessqualität bieten. Zur Bewertung der Ergebnisqualität sind dies z.B. Eingaben und Beschwerden von Versicherten bei unabhängigen Anlaufstellen, wie Aufsichten (Landes- und Bundesaufsicht, BfDI und Landesdatenschutzbeauftragte etc.), der Patientenbeauftragten oder der UPD. Dadurch werden bestehende Rückmeldungen der Versicherten genutzt, um Transparenz zu schaffen und erste Anhaltspunkte für eine Verbesserung von System und Einzelkassen gegeben. (*Beispiel: themenbezogene Eingaben bei der Patientenbeauftragten je 1.000 Versicherte einer Krankenkasse*)

Zusätzlich Versichertenerfahrungen regelmäßig erheben

Zentraler Hebel ist aus unserer Sicht eine einheitliche und systematische Erhebung der Qualität aus Versichtersicht über alle Kassen hinweg. Denkbar wäre z.B. die Einrichtung eines neutralen, methodisch abgesicherten Online-Panels, das sich aus Versicherten aller Krankenkassen zusammensetzt. (Der GKV Spitzenverband Bund zieht von jeder Kasse eine repräsentative Stichprobe.) Dieses Online-Panel würde zwei Funktionen erfüllen:

- a. Regelmäßige Erhebung der Qualitätswahrnehmung und Erfahrungen der Versicherten mit der eigenen Krankenkasse, kassenbezogene Veröffentlichung der Ergebnisse
- b. Erhebungen nach Bedarf, um zu definierten Themen oder bei vermuteten Missständen eine zeitnahe Rückmeldung aus der Versorgungsrealität zu erhalten (auch angestoßen durch Dritte, wie z.B. BMG oder Bundestag)

Beispiel: Jährliche Erhebung: Wie habe ich die eigene Krankenkasse tatsächlich erlebt? Habe ich mich im letzten Jahr geärgert/beschwert? Wie nehme ich die Beratung durch meine Kasse wahr? Zusätzliche Adhoc-Erhebung: Wie zufrieden waren Sie mit der Hilfsmittel-Versorgung? Hat die Bearbeitungsdauer X Tage/Wochen überschritten? Mussten Sie eine Anzahlung leisten? Wurden Ihnen kostenfreie Alternativen angeboten?

GKV Spitzenverband Bund übernimmt eine zentrale Rolle bei der Verbesserung der GKV

Einen rechtlichen Ankerpunkt für die Umsetzung von Qualitätstransparenz liefern §217f Abs. 4 SGB V: Darin wird der Spitzenverband Bund der Krankenkassen zum Erlass von Rahmenrichtlinien für den Aufbau und die Durchführung eines zielorientierten Benchmarkings der Leistungs- und Qualitätsdaten verpflichtet. Dies ist bisher nicht geschehen. Der GKV Spitzenverband Bund sollte daher gemeinsam mit seinen Mitglieds-kassen ein ebensolches Konzept entwickeln und damit dazu beitragen, das System von innen heraus im Sinne der Versicherten zu verbessern. Er wird hier vor allem in der Rolle einer Plattform gesehen, die qualitative Versichertenerfahrungen erhebt und kassenbezogen für alle transparent macht.

Sachverständigenrat einbinden und weitere Experten hinzuziehen

Die Einbindung des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen wird befürwortet, es wird jedoch eine Erweiterung der Perspektive empfohlen. Im Fokus des Gutachtens sollte vor allem die Frage stehen, an welchen Stellen das bestehende System Qualität im beschriebenen Sinne

Seite 3 von 3

heute hemmt oder gar bestraft. Hierzu sollte der Sachverständigenrat Lösungen entwickeln (*Beispiel: Umfassende, qualitativ hochwertige Beratung ist nur mit umfassender Kenntnis der individuellen Situation des Betroffenen möglich. Die Kassen sind aufgrund von § 1 Satz 3 SGB V zu einer derartigen Beratung auch verpflichtet. Allerdings fehlt eine Ergänzung in § 284 SGB V, dass Kassen die dazu erforderlichen Daten (gerne auch erst nach vorheriger Einwilligung des Versicherten) erheben und verarbeiten dürfen.*)

Neben der systemischen Sicht durch die Experten des Sachverständigenrates wird die Einbindung weiterer Wissenschaftler, die Expertise rund um Methodik und Mechanismen von Patient Experience und Marktforschung bieten können, empfohlen.

Vertragswettbewerb allein ist noch kein Qualitätswettbewerb

Neben der zentralen Frage, wie Krankenkassen ihr Leistungs- und Beratungsversprechen im Alltag einlösen, geht es beim Qualitätswettbewerb auch darum, wie die Versorgung aus Sicht der Versicherten verbessert und dies durch Kassen stimuliert werden kann. Auch hier ist nicht die Kassen-Perspektive ausschlaggebend, sondern die Perspektive der betroffenen Versicherten. Wünschenswert ist ein Qualitätswettbewerb für den Versicherten, nicht einen Vertragswettbewerb zwischen Kassen und Leistungserbringern. Denn eines darf nicht passieren: Am Krankenbett und in der Arztpraxis darf es keinen Unterschied zwischen den Versicherten einzelner Kassen geben. Hier darf es nur um den Menschen und seine Gesundheit gehen. Verstehen wir Vertragswettbewerb als Ideen-Wettbewerb um die aus Versichertensicht beste Lösung, dann ist er ein zentraler Treiber guter und effizienter Versorgung für die Versicherten. Die SBK Siemens Betriebskrankenkasse beispielsweise hat mit den Qualitätsverträgen nach §110a SGB V konkrete Beispiele umgesetzt, die offen zum Beitritt einladen.

Hinzukommt, dass sich Vertragswettbewerb aus heutiger Sicht wenig an den tatsächlichen Bedürfnissen der Patienten orientiert. Zentraler Grund für (Selektiv- und Hausarzt-) Verträge ist sehr häufig die Möglichkeit, die Kodierung relevanter ICD-Schlüssel durch die Leistungserbringer sicherzustellen und damit eine maximale Zuweisung aus dem Morbi-RSA zu erzielen. Einen Vertragswettbewerb unter diesen Vorzeichen ist strikt abzulehnen.