



Stellungnahme zum Antrag

Ich begrüße ausdrücklich das Ziel, einen Qualitätswettbewerb zwischen den gesetzlichen Krankenkassen einzuführen, der den aktuellen Wettbewerb um den günstigsten (Zusatz-)beitrag ablöst und ersetzt. 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.

Neben einem umfassenden Kassenwahlrecht und -wechsellmöglichkeit von Versicherten in der GKV ist die Transparenz zu Qualität einer Krankenkasse eine wichtige Basis für einen Qualitätswettbewerb in der GKV. Dazu brauchen wir

- (1) eine verpflichtende und vergleichbare Transparenz zu kassenbezogenen Versichertenerfahrungen und
- (2) die Veröffentlichung von einheitlich definierten Qualitätsparametern.

In einer digital vernetzten Welt, reicht dazu eine digitale Veröffentlichungspflicht der Kassen im Rahmen Ihrer Webpräsenz. Diese Informationen könnte der GKV Spitzenverband im Rahmen des § 217f Abs. 4 SGB V auf einer zentralen Plattform zusammenführen. Allerdings ist auch denkbar, dass andere Plattformen diese Informationen nutzen und für Versicherte transparent machen. Eine wissenschaftliche Begleitung sollte darüber hinaus für folgende Eckpunkte beauftragt werden, zB durch den GKV Spitzenverband:

- eine qualitätsgesicherte, methodisch belastbare Versichertenbefragung,
- die Nutzung von Versichertenrückmeldung der verschiedenen unabhängigen Patientenorganisationen und
- die Weiterentwicklung der Qualitätsparameter und Statistiken.

Qualitätswettbewerb funktioniert nur, wenn die Rahmenbedingungen für die Krankenkassen so gestaltet sind, dass die Umsetzung von Qualität rechtlich möglich ist und sich finanziell zumindest nicht negativ für die Kassen auswirkt. Der Vorschlag, den Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen mit einem Gutachten zu Anreizen und Instrumenten zu einer Qualitätsorientierung für Kassen zu beauftragen, begrüße ich deshalb sehr. Ergänzend möchte ich eine Erweiterung des Gutachtauftrags anregen. Ergänzt werden sollte die Frage, welche systemischen Regelungen bisher Qualität im oben genannten Sinne behindern. Möglicherweise reicht es aus, Hindernisse zu beseitigen und auf spezifisch negative Anreize zu verzichten. Positive Anreize in Verbindung mit dem Finanzierungssystem der GKV (morbiRSA) sind aufgrund der komplexen Rückwirkungen nur schwer zielgerichtet einzusetzen. Diese Effekte müssten in jedem Fall in dem Gutachten mit betrachtet werden.

Zu dieser Grundpositionierung wird im Detail wie folgt erläutert

Aktuelle Kassenvergleiche fokussieren nur auf Preis und Umfang der Leistung

Der Kassenwettbewerb konzentriert sich aktuell primär auf eine Gegenüberstellung der Zusatzbeitragssätze. 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, aber auch Versorgungsverträge und Wahltarife) festgemacht. Dabei lässt die Zahl der Verträge bzw. das Vorhandensein eines Bonusprogramms allein noch keine Aussage darüber zu, ob und wie Versicherte tatsächlich davon profitieren. Bisher stellen nur einzelne Kassen (-arten) eigeninitiativ Qualitätstransparenz für ihre Einheiten her. Vergleichbarkeit für den Versicherten ist mangels verpflichtender Beteiligung und aufgrund der uneinheitlichen veröffentlichten Kennzahlen kaum gegeben.

Für die Qualität von Krankenkassen sind die tatsächlichen Versichertenerfahrungen zentral

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?

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.

Zentraler Hebel dafür ist 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)

Bestehende Daten und Statistiken für mehr Transparenz nutzen

Um Qualität in der GKV abbildbar machen zu können, sollte der Gesetzgeber als Sofortmaßnahme, bis dann zusätzlich Versichtenerfahrungen erhoben und bereit zur Veröffentlichung sind, auf bereits vorliegende Informationen zurückgreifen und diese kassenbezogen transparent machen. Dies sind zum Beispiel 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*)

Die Kennzahlen der amtlichen Statistiken liefern, wenn sie normiert nach einheitlichen Standards (Kassengröße, Antragsvolumen, sonst. Einflussfaktoren) betrachtet werden, Anhaltspunkte zur Qualitätsverbesserung¹. Wichtig hierbei ist, dass die Statistiken nur indirekt und im Kontext interpretationsbedürftige Qualitäten transparent machen. Vielfach beziehen sich die Statistiken auf Verwaltungshandeln und wenig auf die Dienstleistung insgesamt. Deshalb sollte durchaus auch überprüft werden, welche Statistiken überhaupt sinnvoll sind bzw. wie ihr Informationsgehalt verbessert werden kann.

¹ Zu nennen sind hier

SG 01: Eingegangene und abgeschlossene Widersprüche je Berichtsjahr; KG 2: Informationen zu Leistungsfällen und Tagen (relevant sind die unter Punkt 33 erfassten Fristüberschreitungen und Kostenerstattungen nach § 13 Abs. 3a SGB V), KG 5: Informationen zu Vorsorge- und Rehabilitationsanträgen (relevant sind die Ziffern 20 und 21, da sie „Bearbeitungsergebnisse“ der Anträge und Widersprüche aus diesem Bereich abbilden). Zudem enthalten sie Auskunft über unbearbeitete bzw. zu spät bearbeitete Anträge.

Sachverständigenrat einbinden

Die Einbindung des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen wird befürwortet, es wird jedoch eine Erweiterung der Perspektive empfohlen. Wie im Antrag beschrieben darf gute Versorgung nicht zum Wettbewerbsnachteil für Krankenkassen werden: Im Fokus des Gutachtens sollte vor allem die Frage stehen, an welchen Stellen das bestehende System Qualität heute hemmt oder gar bestraft. Hierzu sollte der Sachverständigenrat Lösungen entwickeln.

Anreizsysteme sollten nach meiner Auffassung jedoch nicht über die Systematik des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (RSA) gesetzt werden. Das würde die Komplexität des RSA weiter deutlich steigern und jüngst erzielte Erfolge im Kampf gegen die Manipulationsanfälligkeit des RSA möglicherweise konterkarieren. Vielmehr wäre es für eine Qualitätsorientierte Finanzierung sinnvoll, die Zuweisungen vom Vorliegen und Bestehen von Krankheiten zu entkoppeln, also das System zu „entmorbidisieren“.