

Aufbruch in eine erweiterte Wettbewerbsordnung: Krankenkassen im Wettbewerb um Gesundheitsergebnisse*

HELMUT HILDEBRANDT

Helmut Hildebrandt ist Vorstand der OptiMedis AG in Hamburg und Geschäftsführer von Gesundes Kinzigtal

Nicht zu viel Wettbewerb, sondern zu wenig Wettbewerb und vor allem ein fehlgeleiteter Wettbewerb um den Beitragssatz und die Einzelleistungskosten ist das Problem, mit dem wir es im Gesundheitssystem heute zu tun haben. Es ist Zeit, einen neuen Aufbruch zu wagen und den Wettbewerb um die Perspektive der Gesundheitsergebnisse zu erweitern. Was auf der Seite der Leistungserbringer eher schwierig ist, könnte angewandt auf den Vergleich von Krankenkassen untereinander einen neuen Hebel bieten, ein gesellschaftlich und volkswirtschaftlich zu wünschendes Ergebnis mit dem betriebswirtschaftlichen Interesse von Krankenkassen und Leistungserbringern und dem Interesse von Patienten und Versicherten zu verbinden.

Die Kritik an der „Ökonomisierung“ drückt ein berechtigtes Unbehagen an einer einseitigen Ausrichtung des Wettbewerbs im Gesundheitswesen aus, sie bleibt aber hilf- und perspektivlos, soweit sie versucht, wieder zurück zur Situation vor Einführung des Wettbewerbs bzw. zu einem stärker staatlich getriebenen System zu gelangen. Als unter dem Zeichen der „Kostenexplosion“ der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen in den 1990er Jahren primär auf einen Kosten- und Beitragssatzwettbewerb ausgerichtet wurde, war dies zu diesem Zeitpunkt durchaus folgerichtig, wenn auch bereits damals immer wieder Kritik geäußert wurde, dass dies zu einseitig sei. Insbesondere wurde damals kritisiert, dass den Krankenkassen keine Möglichkeiten gegeben

* Der vorliegende Artikel ist entstanden auf dem Hintergrund der Diskussionen in der Gesundheitspolitischen Kommission der Heinrich-Böll-Stiftung. Die Grundidee findet sich wieder in dem 2013 vorgelegten Bericht «Wie geht es uns morgen?» Wege zu mehr Effizienz, Qualität und Humanität in einem solidarischen Gesundheitswesen, vgl. (Heinrich-Böll-Stiftung 2013). Mein Dank richtet sich an die weiteren Mitglieder der Kommission: Andreas Brandhorst, Ulrike Hauffe, Dr. Bernd Köppl, Dr. Ilona Köster-Steinebach, Prof. Dr. Andrea Morgner-Miehlke, Manfred Rompf, Dr. Almut Satrapa-Schill, Prof. Dr. Jonas Schreyögg, Peter Sellin, Dr. Johannes Thormählen, Dr. Christina Tophoven, Prof. Dr. Jürgen Wasem. Außerdem nimmt der Beitrag die die Diskussion auf, die im Aufsichtsrat der OptiMedis AG in den letzten Sitzungen geführt wurde. Hierfür gebührt mein Dank Dr. Hans Jürgen Ahrens, Prof. Dr. Gerd Glaeske, Dr. Manfred Richter-Reichhelm, Dr. Hans-Nikolaus Schulze-Solce, Prof. Dr. Dr. Alf Trojan, Prof. Dr. Eberhard Wille.

wurden, sich im Leistungsbereich und in der Art der Versorgung voneinander zu unterscheiden (vgl. Cassel et al., 2008).

Mit dem GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 und zum Teil den folgenden Weiterentwicklungen wurden die Möglichkeiten der Differenzierung im Leistungsgeschehen erweitert, Krankenkassen können sich inzwischen in deutlich größerem Umfang über ihre Integrations- und auch Hausarztverträge (demnächst „Besondere Verträge“ genannt), aber auch über ihre eigenen Angebote wie Call Center, ihre Medien, ihre Internetauftritte, ihre Bonusverträge und APP-Unterstützungen unterscheiden. Das zur Verabschiedung anstehende GKV-Versorgungsstärkungsgesetz nimmt die zwischenzeitlich restriktiveren Genehmigungserfordernisse der Aufsichtsbehörden teilweise zurück, wengleich zu kritisieren bleibt, dass mit den immer noch vorhandenen Eingriffsbefugnissen ohne Not Innovationspotenzial verschenkt wird (Deh 2015:43).

1. Ergebnisqualität – seit 2000 auf der politischen Agenda

Parallel zu der Leistungsdifferenzierung auf Seiten der Krankenkassen hat sich in den letzten Jahren ein weiteres Thema auf der Agenda nach oben bewegt, und das ist das Thema „Ergebnisqualität“. In Reflektion der steigenden Qualitätsanforderungen an die Leistungserbringer und die Industrie und in Übereinstimmung mit den weiter entwickelten

Nicht der Wettbewerb an sich ist das Problem, sondern wie der Wettbewerb ausgerichtet wird.

Leistungsdifferenzierungsmöglichkeiten wäre zu erwägen, auch Krankenkassen unter dem Gesichtspunkt ihrer Gesundheitsergebnisse zu vergleichen. Für Leistungserbringer ist die Verpflichtung, „sich an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung zu beteiligen, die insbesondere das Ziel haben, die Ergebnisqualität zu verbessern“ bereits seit der Gesundheitsreform 2000 gesetzlich festgeschrieben (§ 135a Abs. 2 SGB V). Von Seiten der Leistungserbringer, aber auch aus der Wissenschaft wird dagegen unter anderem vorgebracht, dass die zum Teil zu

kleinen Fallzahlen, die Informationsasymmetrie, die Herausforderungen der adäquaten Risikoadjustierung und die Besonderheit, dass z.B. die Verweildauer im Krankenhaus in Relation zu der Zeit, die im ambulanten System beeinflusst werden kann, so gering ist, dass dem Krankenhaus kaum die Verantwortung für die Outcomequalität gegeben werden könne. (Schrappe, 2015:102)

Mit Ausnahme der (wenigen) Krankenkassen, die noch mit Versichertenzahlen von unter 100.000 Versicherten operieren, können diese Argumente für Krankenkassen nicht angebracht werden:

1. Die Fallzahlen von Krankenkassen sind bei einer Berücksichtigung aller Versicherten deutlich höher.
2. Krankenkassen kennen ihre eigenen Daten bzw. können diese kennen, d.h. eine Informationsasymmetrie tritt nicht auf, wenn man die BVA-Daten der Krankenkassen gegen einander vergleicht.
3. Die adäquate Risikoadjustierung ist deutlich einfacher und valider bei der Versichertenpopulation einer Krankenkasse als bei der eines Krankenhauses. Dies gilt erst recht, wenn die Versicherten einer Abteilung verglichen werden bzw. wenn diese auf einzelne Indikationen hin verglichen werden sollen.
4. Bzgl. der Verantwortung für die Outcomequalität stellen sich möglicherweise ähnliche Fragen. Auf der anderen Seite haben Krankenkassen weitgehende Möglichkeiten, durch adäquate Informationen, durch Bonusverträge, Integrations- und andere Selektivverträge sowie durch eigene oder fremd betriebene Call Center und evtl. Kooperationen ihre Versicherten zu unterstützen und für ein optimales Gesundheitsverhalten zu motivieren.

Wenn insofern Ergebnisqualität als ein Bestandteil des gewünschten Wettbewerbs durch den Gesetzgeber angereizt werden soll, dann läge es nahe, hier nach geeigneten Instrumenten zu suchen.

Einer Krankenkasse, die sich auch auf Ergebnisqualität als Differenzierungsmerkmal ausrichten will, stehen heute allerdings eine Reihe von Hürden im Weg. Sofern sie hierfür größere Investitionen tätigt, deren Return erst in

mehreren Jahren auftritt, produziert sie sich den Zwang zur Beitragssatz- bzw. Zusatzbeitragssteigerung mit der unerwünschten Folge der Abwanderung potentiell guter „Deckungsbeiträge“. Neben anderen Gründen ist dies auch einer der Faktoren für die politisch schon oft bedauerte relativ geringe Quote von Selektivverträgen nach dem Auslaufen der Anschubfinanzierung (vgl. auch Albrecht et al., 2015: 22).

Eine weitere Hürde sind die Anreize auf der Seite der Leistungserbringer. Weder diese noch die zuliefernde Industrie werden für Innovationen und Investitionen in Prozess- und Ergebnisverbesserungen im Sinne von Outcome bei den Patienten in einem wirtschaftlich attraktiven Maße „belohnt“, zumeist lassen sich durch Mengenausweitungen und/oder IGeL-Angebote noch höhere Ertragssteigerungen erzielen. Das generiert ein Disincentive, nach diesen Verbesserungen aktiv zu suchen. Erst wenn Ergebnisqualität insgesamt breiter diskutiert und durch entsprechende Auswertungen auch transparent wird, wird sich auch die Suche nach Verbesserungen verstärken.

Eine weitere Hürde kann schließlich sogar auch der Bürger sein. Wie soll dieser die Qualität und Eignung von Selektivverträgen bzw. anderen Angeboten seiner Krankenkasse oder von speziellen Providern beurteilen? Bisher stehen ihm dafür keine entsprechenden Informationen zur Verfügung.

Meine These:

Wenn sich der Wettbewerb unter den Krankenkassen um die besseren Gesundheitsergebnisse drehen soll (und nicht wie bisher primär um „Image“, „Angebotsvielfalt“, „Beitragssatz/Zusatzbeitrag“ etc.), dann muss der Bürger einen möglichst aggregierten und einfachen Indikator dafür erhalten.

Bisher wird in der Öffentlichkeit (und durch die Kassen selber) den Krankenkassen nur ein geringes Maß an Verantwortlichkeit für das Gesundheitsergebnis ihrer Versicherten unterstellt. Da die meisten Vereinbarungen „gemeinsam und einheitlich“ durch die Kassen (-verbände) getroffen werden, können sich nur in ausgewählten Feldern Differenzen ergeben. Diese Felder haben sich in den letzten Jahrzehnten allerdings deutlich vergrößert. Krankenkassen können sich in ihrer Ergebnisqualität für die Versicherten so z.B. in dem Ausmaß und der

Qualität unterscheiden, wie sie folgende Angebote unterhalten (vgl. auch SVR Gesundheit 2012: 65, Wille et al., 2012)

- Sie können eigene Call-Center betreiben, mit denen Versicherte bzgl. ihres Gesundheits- und ihres Krankheitsbewältigungsverhaltens bzw. ihrer Inanspruchnahme von Gesundheitsanbietern unterstützt werden;
- Sie können sich in ihren Genehmigungs- bzw. Ablehnungsstrategien unterscheiden;
- Fast alle Krankenkassen verfügen über eigene Informationsmedien, mit denen sie ihre Versicherten in ihrer „health literacy“, ihrer Gesundheitskompetenz, unterstützen können;
- Krankenkassen können die neuen sozialen Medien sowie die Vielzahl an modernen APP-Lösungen gezielt aussuchen und ihren Versicherten zur Verfügung stellen;
- Krankenkassen können sich durch die Komposition ihrer Bonusverträge differenzieren;
- Sie können Selektivverträge schließen und bewerben, die sie z.B. mit Anbietern abschließen, die höhere Qualität garantieren können bzw. sich an diesen wiederum ihrerseits messen lassen;
- Sie können ihren Versicherten Zweitmeinungsangebote unterbreiten;
- Sie können spezielle vertragliche Vereinbarungen mit ausgewählten Leistungserbringern zur Verbesserung der Versorgungsqualität schließen;
- Sie können Satzungsleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V vorsehen sowie Wahltarife;
- Das Angebot von privaten Zusatzversicherungsverträgen nach § 194 Abs. 1a SGB V kann variieren;
- Krankenkassen können durch Kooperationen mit Sportverbänden bzw. -vereinen, mit Verbänden, Einrichtungen wie Kindergärten, Schulen, Betrieben bis hin zu Vereinbarungen mit der Nahrungsmittel- oder Fitnessindustrie ihre Versicherten unterstützen und für ein optimales Gesundheitsverhalten zu motivieren.

Alle diese Elemente gehören heute für die viele Krankenkassen schon zum Standardportfolio, noch allerdings teilweise mehr getrieben durch Marketinggesichtspunkte als unter dem Gesichtspunkt der Ergebnisqualität. Ein Ergänzungsanreiz durch ein Ergeb-

niskriterium könnte hier durchaus zu einer weitergehenden Differenzierung und auch zu ganz neuen, heute noch nicht gedachten ergebnisbezogenen Kooperationen führen.

Wenn sich der Wettbewerb unter den Krankenkassen um die besseren Gesundheitsergebnisse drehen soll, dann muss der Bürger einen möglichst aggregierten und einfachen Indikator erhalten.

Die entscheidende Frage dürfte sein: Wie kann das Gesundheitsergebnis einer Krankenkasse gemessen werden, da ja von ganz verschiedenen Ausgangspunkten aus losgegangen werden muss?

- Krankenkassen unterscheiden sich in ihrem Prozentsatz von älteren bzw. jüngeren Versicherten;
- Krankenkassen haben unterschiedlich kranke Versicherte;
- Krankenkassen unterscheiden sich bzgl. des Sozial- und Bildungsstatus ihrer Versicherten;
- Krankenkassen unterscheiden sich bzgl. ihrer regionalen Verteilung und bilden damit in gewissem Maße auch die jeweilige epidemiologische Differenzierung ab.

2. Ein Verfahrensvorschlag für die Entwicklung eines aggregierten Ergebnisindikators

Um keine neue Datenerhebung oder ähnliches notwendig werden zu lassen, soll dazu eine Nutzung der für den Gesundheitsfonds bereits zu erhebenden Daten der Versicherten vorgeschlagen werden, die dafür mit einer eindeutigen Historie versehen werden und über längere Zeiträume pseudonymisiert gespeichert und ausgewertet werden müssen. Eine Historisierung ist mit der Einführung der lebenslangen Krankenversicherungsnummer jetzt erstmals technisch möglich. Zur Auswertung und den unten beschriebenen zusätzlichen Optionen wären allerdings noch Gesetzesänderungen vorab erforderlich. Ohnehin wäre das ganze Verfahren nicht morgen zu haben sondern eher eine Sache, die bis

zur Realisierung wahrscheinlich ein bis zwei Legislaturen erfordern würde.

Konkret: Die individuelle Berechnung der Zuweisungen (HMGs und AGGs) aus dem Morbi-RSA für die Versicherten einer Krankenkasse kann für diese als Morbiditätskoeffizient im Verhältnis zu dem Durchschnitt aller Versicherten aller Krankenkassen genutzt werden. Dieser muss jedes Jahr neu bestimmt werden. Relevant für die Betrachtung hier soll nicht der Koeffizient selber sondern nur das Veränderungsdelta der spezifischen Krankenkasse vom Jahr 1 auf das Jahr 2 sein.

Das Ergebnis der individuellen Krankenkasse in der Form des Veränderungsdeltas im Verhältnis zur der Gesamtheit kann als das Gesundheitsergebnis der Krankenkasse gegenüber dem Vorjahr gewertet werden. Der Scorewert der jeweiligen Krankenkasse drückt dann aus, wie viel besser (oder schlechter) es die jeweilige Krankenkasse vermocht hat, ihre Versicherten vom Durchschnitt der Veränderung abzusetzen. Eine Krankenkasse mit einem höheren Morbiditätskoeffizienten soll damit die gleichen Chancen auf eine Verbesserung ihres Gesundheitsergebnisses erhalten wie eine Kasse mit einem niedrigeren.

Um einer Veränderung des Ergebniswerts durch gezielte Neuaufnahme und Akquise von Versicherten einen Riegel vorzuschieben dürfen dann allerdings im Jahr 2 für die Berechnung des Morbiditätskoeffizienten nur die Teilmenge derjenigen Versicherten als Basis der Berechnung genommen werden, die bereits im Vorjahr versichert waren. Dass dieser Indikator jeweils nur auf die Versicherten der Krankenkassen gerechnet wird, die schon im Vorjahr dort versichert waren und es noch immer sind, ist eine wichtige Nebenbedingung. Im Jahr 3 würde dann folgerichtig nicht mehr der Morbiditätskoeffizient des Jahres 2, der ja auf die Teilmenge der Versicherten des Jahres 1 gerechnet wurde, als Ausgangsbasis für den Wert des Jahres 2 genommen werden sondern jetzt würde die Gesamtmenge der Versicherten des Jahres 2 zur Berechnung des neuen Morbiditätskoeffizienten genutzt werden. Dieser würde dann zu dem Koeffizienten des Jahres 3 verglichen, der wiederum auf der Basis der Versicherten berechnet wird, die schon

im Jahre 2 bei dieser Krankenkasse versichert waren.

Dieses Modell versteht sich als ein erster Vorschlag und sollte intensiv von den Experten des Morbi-RSA auf evtl. Schwächen und Verbesserungsmöglichkeiten hin überprüft werden. Im Grunde wird wahrscheinlich erst auf der Basis von mehreren Modellrechnungen mit realen Daten gesehen werden können, ob sich überhaupt genügend große Veränderungen ergeben, die ein Scoring erlauben (vgl. Auswertungen von Schmidt & Göppfart, 2015, die allerdings für eine eingeschränkte Versichertenmenge von Diabetespatienten gerechnet wurde).

Drei mögliche Ergänzungen, die zum jetzigen Zeitpunkt schon mit überlegt werden sollen:

1. Die Durchschnittswerte sollten auch auf Regionen, z.B. Landkreise, Stadtbezirke bezogen werden (eine Bewertung des Gesundheitsergebnisses der Krankenkassen pro Region müsste dann eine Untergrenze enthalten, bei deren Unterschreitung z.B. weniger als 5.000 Versicherte die Ergebnisse dieser Krankenkasse auf der regionalen Ebene nicht publiziert werden sondern erst auf der nächsthöheren Region z.B. Bundesland, wo diese Mindestzahl überschritten wurde).
2. Das Gesundheitsergebnis könnte ergänzt werden durch die Berechnung der Veränderung der Lebenserwartung der Population einer Krankenkasse ggü. dem Schnitt der Veränderung.
3. Als zusätzliche Ergänzung könnte eine stichprobenhaft durchgeführte Versichertenbefragung vorgesehen werden, die auf die Versorgungserfahrungen der Versicherten mit ihren Krankenkassen und den Leistungserbringern abhebt. Der Nachteil einer solchen, auch methodisch durchaus komplexen Befragung ist der Aufwand für die Erhebung. Anders als bei den obigen Werten kann hier nicht auf schon vorhandene Daten zurückgegriffen werden.

3. Chancen und potentielle „unintended negative side effects“

Welche Chancen könnten sich aus der Entwicklung und Publizierung derartiger „Gesundheitsergebnis-Indikatoren“ ergeben?

1. Es ließe sich eine positive Auswirkung auf eine Thematisierung von „Öffentlicher Gesundheit“ / Public Health vermuten, da eine Publizierung die öffentliche Diskussion nationaler und regionaler Gesundheitsergebnisse anfangen könnte und eine Diskussion ihrer Ursachen und möglicher Veränderungschancen bewirkt werden könnte.
2. Krankenkassen, die schon jetzt oder dann verstärkt in ihren eigenen Planungs- und Strategiestäben Überlegungen anstellen, wie sie ihre Versicherten optimal gesund erhalten können, mit welchen Partnern sie dafür zusammenarbeiten wollen und wie sie diese incentivieren wollen, würden in einem solchen Fall nicht nur von den evtl. sehr viel später erst eintretenden Gesundheitsergebnissen wirtschaftlich belohnt, sondern begleitend auch schon in ihrem Marketing unterstützt. Sie könnten erwarten, dass Bürger ihre Wahlentscheidung für eine Krankenkasse auch von dem erzielten Gesundheitsdelta abhängig machen. Gesunderhaltung und Prävention könnte damit von dem bisherigen Kolistatus in den Kernbereich des Bemühens von Krankenkassen vorstoßen. Anders herum: Krankenkassen, die sich nur im gemeinsamen und einheitlichen Mainstream bewegen, müssten befürchten, in ihrem Indexwert eher im unteren Bereich zu landen und es damit schwerer zu haben, neue Versicherte zu gewinnen.
3. Der jetzigen Anreizwirkung des Morbi-RSA, die eigene Population ggfls. im Schulterschluss mit Leistungserbringern kränker zu codieren und damit mehr Einnahmen zu erzielen, würde durch einen Gegenanreiz zu einer Verringerung der Fallschwere in Teilen ausbalanciert. Es ist damit zu rechnen, dass die Umsetzung und erstmalige Berechnung eines gewissen Zeitraums bedarf. Schon die Ankündigung würde aber in den Krankenkassen einen anderen Anreizrahmen setzen. (Allerdings ist dennoch weiterhin zunächst noch mit einer nominalen „Kränkerwerdung“ der deutschen Bevölkerung zu rechnen, allein schon durch die intensivere Beachtung von Codierungsrichtlinien).

Wie bei jeder „Large-System Transformation in Health Care“ (Best et al., 2012), also bei jedem Systemeingriff in das Gesundheitswesen, müssen auch hier die potentiellen Risiken und möglichen unbeabsichtigten Nebenwirkungen gut geprüft werden.

1. Das Verfahren der Ermittlung des Gesundheitsergebnisses muss sehr genau ausgearbeitet werden, um keine neuerlichen Fehlanreize zu setzen, etwa durch gezielte Selektion von Versicherten Vorteile zu erzielen. Dies betrifft insbesondere
 - a. Versicherte aus sozial schwächeren Schichten,
 - b. Migranten mit einer höheren Erwartungsrate von höherer Krankheitsprogredienz
 - c. Versicherte mit Krankheiten, die nicht im Morbi-RSA erfasst sind (für die Kranken mit Krankheiten, die im Morbi-RSA erfasst sind, wäre die höhere Progredienzerwartung bereits ausgeglichen).

Gegebenenfalls müsste eine Adjustierung auf das Einkommen (über die Beitragshöhe) oder den Sozialstatus (schwieriger aus den vorhandenen Routinedaten abzuleiten) und/oder eine vollständige Regressionsrechnung (statt nur über die 80 Krankheiten) noch in die Berechnungen eingefügt werden.

2. Die Kommunikation der Ergebnisse muss sehr sorgfältig vorbereitet und öffentlich erläutert werden, damit sich keine Fehlschlüsse daraus entwickeln lassen.
3. Kein Risiko, aber ein inhärenter Nachteil derartiger Datenauswertungen (übrigens auch für die Beurteilung der Qualität von Leistungserbringern) ist ihr Vergangenheitsbezug. Der im Jahr 2022 möglicherweise erstmalig zu veröffentlichende Ergebnisindikator würde die Ergebnisse der Anstrengungen des Jahres 2020 abbilden, da er die Veränderung von 2019 auf 2020 messen könnte (und dazu die Gesundheitsfondsauswertungen nutzen kann, die im November 2021 entsprechend des Jahresausgleiches für eine Krankenkasse im Morbi-RSA für das Ausgleichsjahr vorliegt).
4. Krankenkassen mit einem hohen Anteil an bereits optimal versorgten und in hohem Maße präventiv aus-

gerichteten Versicherten könnten aus dem Modell beklagen, dass sie einen gewissen Nachteil erfahren könnten. Bei diesen wäre es kaum noch möglich, weitere Verbesserungen zu erfahren. In der Statistik wird hierbei von einem Ceiling-Effekt gesprochen. Volkswirtschaftlich interessant könnte eine Antwortstrategie sein, die in diesem Fall spezielle Werbeanstrengungen in eher vulnerablen Bevölkerungsgruppen vorsehen würde.

5. Wie immer bei komplexen Interventionen in soziale Systeme und Märkte sollte die Wirkung dieses neuen Instruments mit einer HTA-Analyse vorher auf evtl. negative Selektionseffekte und -möglichkeiten untersucht und dann vom Start weg intensiv beforscht werden.

4. Wer würde von einer solchen Lösung profitieren, wer würde verlieren?

Eine der ersten Fragen, die üblicherweise im Gesundheitswesen bei Veränderungsüberlegungen gestellt, lautet: Wer kann von einer solchen Lösung profitieren, wer würde eher verlieren? Und danach werden dann die Bataillione ins Feld geführt, um einen Vorschlag entweder zu bekämpfen oder zu unterstützen. Sofern es mit den oben beschriebenen Adjustierungen gelingt, gezielte Risiko-selektionen bzw. schon vorhandene Risikosituationen relativ zu neutralisieren, dann sollte die Gewinnerseite eigentlich feststehen:

- **Die Versicherten:** Sie erhalten eine zusätzliche Option, eine Wahlentscheidung für oder gegen eine Krankenkasse zu treffen. Es steht zu vermuten, dass die Versicherten diese Information nur neben den anderen Kriterien, wie Beitragssatz, Serviceversprechen, Leistungsvielfalt, Erreichbarkeit etc. für ihre Entscheidung nutzen werden. Aber immerhin, sie erhalten erstmals einen gewissen Indikator für die Ergebnisqualität.
- **Die Patienten:** Da die Krankenkassen sich stärker als bisher um ihre Gesundheit, möglicherweise ergänzt auch um ihre Langlebigkeit bemühen müssen, können sie davon ausgehen, dass sie mehr Angebote von ihrer Kasse erhalten werden sowie vielleicht auch Angebote für zusätzliche
- Leistungen von entsprechenden nach ihren Qualitätsergebnissen ausgesuchten Leistungserbringern.
- **Die Gesellschaft:** Die Krankenkassen würden zusätzlich angereizt, die Gesundheitsergebniswirkung ihrer Handlungen in ihre Strategie und Berechnung einzubeziehen und entsprechende Verfahren und Leistungserbringer bzw. Systemanwendungen zu nutzen. Dies würde die Chance auf eine Reduktion der Folgekosten für die Zukunft eröffnen, was angesichts der ungewissen Kosten aus der Entwicklung der Demografie dringend erforderlich erscheint.
- **Die Arbeitgeber:** Auch wenn sie aktuell aus der Beitragssatzdynamik herausgenommen sind, können sie doch nicht erwarten, dass dies dauerhaft über die nächsten politischen Legislaturen hinweg so bleibt. Sie könnten sich daraus einen Vorteil gegenüber einer ansonsten steigenden Beitragssatzbelastung versprechen – und eine Verstärkung der betrieblichen Gesundheitsmanagementangebote der Krankenkassen (und dann evtl. mit mehr Ergebnisinteresse jenseits des heutigen Marketinginteresses).
- **Die Kommunen:** Aus der Gesundheitswissenschaft der letzten zwanzig Jahre ist die kommunale Ebene als eine zu bevorzugende Ebene für die Entwicklung von Setting-Lösungen in der Prävention hinreichend bekannt. Gleichwohl ziehen sich Krankenkassen gern hieraus zurück mit dem Argument, dass dies ja nun wirklich nicht ihre Aufgabe wäre. Ein Ergebnisindikator könnte hier zu einem stärker präventiv und damit auch kommunal ausgerichteten Interesse führen, sodass die zumeist klammen kommunalen Haushalte hier auf erfolgreichere Partnerschaften hoffen könnten.
- **Die Anbieter (-netzwerke):** Die Diskussion um eine qualitätsbelohnende Vergütung ist schon alt. Neue Impulse entstehen aus der US-Diskussion um Accountable Care Organisations (vgl. Schulte, 2015) sowie das Entstehen von qualitätsorientierten Netzwerken auf ärztlicher Seite (vgl. Diel, 2015: 40) bzw. stärker auf krankenhausausgerichteter Seite (vgl. Augurzký, 2015:49) bzw. übergreifender „integrierter Perspektive“ (vgl. Hildebrandt, 2015). Derartige mit

einer Übernahme von Ergebnisverantwortung verbundene Netzwerke könnten bei ausreichenden Versicherten-Fallzahlen mit in die Ergebnisverantwortung der Krankenkassen aufgenommen werden, d.h. sie könnten sich einen Vorteil versprechen, zu derartigen qualitätsbelohnenden Verträgen zu gelangen.

- **Die Krankenkassen:** Eine langjährige Erfahrung aus dem Qualitätsmanagement deutet darauf hin, dass letztlich nur dann nachhaltig in Qualität investiert wird, wenn daraus auch wettbewerbliche und damit wirtschaftliche Vorteile erwachsen. Krankenkassen profitieren zwar auch heute schon aus dem Invest in eine verbesserte Ergebnisqualität (ob dies über „make“ oder „buy“-Lösungen erfolgt), die Systematik der kurzfristigen Beitragssatzanpassungen fördert aber ein sehr kurzsichtiges Investment („ich mache mit Ihnen nur dann einen IV-Vertrag, wenn sich dieser innerhalb eines Jahres schon rechnet“) und erschwert ein gezieltes Investment auf mittel- bzw. langfristige Veränderungen des Gesundheitsbewusstseins und der besseren Krankheitsbewältigung. Die gesellschaftlich verantwortlich und sich auf nachhaltige Ergebnisse ausrichtende Krankenkasse kann mit der vorgeschlagenen Lösung profitieren, die ausschließlich auf kurzzeitige Effekte ausgerichtete Kasse wird evtl. einen Nachteil erfahren.

Hinzu kommt ein weiterer Vorteil für die Krankenkassen ganz generell: Der Versicherte könnte argwöhnen, dass die Krankenkasse vielleicht doch vorrangig an aktuell niedrigen Kosten statt an der optimalen Herstellung seiner Gesundheit interessiert sein könnte. Der Versicherte kann aber als Prinzipal die Krankenkasse nur dann als wirklichen Agent seiner Situation annehmen, wenn er bei seiner Kasse seine Interessen voll gewahrt sieht. Ob das hier vorgeschlagene Instrument eines Ergebnisindikators zur Herstellung einer solchen Vertrauenssituation schon ausreicht, mag bezweifelt werden, immerhin ergänzt es aber den Zielhorizont für die Krankenkassenvorstände und ihre Selbstverwaltungen um einen gewissen weiteren Anreiz – und wird eine gesellschaftliche Diskussion zu diesem Punkt befördern.

5. Krankenkassen: Vom „Player bzw. Gestalter“ auf dem Weg hin zum „Empowerer“ ?

Gegen eine solche Überlegung könnte eingeführt werden, dass es doch gar keine Aufgabe von Krankenkassen sei, sich um die Verbesserung des Gesundheitsstatus ihrer Versicherten zu bemühen, sondern dass sie primär dazu da seien, diese im Krankheitsfall solidarisch mit Leistungen zu versorgen. Dieses Bild von den Aufgaben der Krankenkassen findet sich ab und zu noch in den Begrifflichkeiten, etwa in dem aus anderem Anlass benutzten Bild der „Versorgerkassen“. Nun haben die gesellschaftlichen Veränderungen der letzten Jahrzehnte zu Rollenveränderungen geführt. Die Bedeutung der akuten Erkrankungen nimmt ab, die der lebensstilbezogenen chronischen Erkrankungen nimmt zu. Ähnliches gilt auch für andere Bereiche: So ist das dominante Problem heute nicht mehr die akute Schadstoffbelastung in der Arbeitswelt sondern die chronischen Rückenleiden und seelischen Belastungen. Neben die Aufgabe der „Versorgung“ ist deshalb zunehmend die Aufgabe der Unterstützung für die Gesunderhaltung hinzugetreten. Dies hat seinen formellen Niederschlag im §1 des SGB V bereits gefunden (vgl. Kasten). Mit dem Marketingbegriff der „Gesundheitskasse“ ist das AOK-System dabei seiner Zeit voraus gewesen und deutet sogar schon auf die nächste Epoche hin: Versicherte verstehen sich zunehmend

als aufgeklärte und aktive Bürger, die sich über das Internet selber sachkundig machen, aber von ihrer Krankenkasse wie von ihrem Arzt bzw. jedem anderen Gesundheitsprofessionellen eine sachkundige und nicht (eigen-)interessengebundene Unterstützung erwarten. Es ist abzusehen, dass sich Krankenkassen in Berücksichtigung dieser Veränderungen sich dazu weiterentwickeln, sich als „Empowerer“ zu verstehen, die ihre Versicherten bestmöglich dabei unterstützen, im eigenen Interesse ihre Gesundheit und Lebensqualität zu fördern. Ein Ergebnisindex kann dabei helfen.

§ 1 SGB V Solidarität und Eigenverantwortung

Die Krankenversicherung als Solidargemeinschaft hat die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern. Die Krankenkassen haben den Versicherten dabei durch Aufklärung, Beratung und Leistungen zu helfen und auf gesunde Lebensverhältnisse hinzuwirken.

6. Verfahren für die weitere Diskussion und Initiierung

Wer könnte für die Entwicklung des Index initiativ werden? Im Grunde sind der Entwicklung von Koalitionen und Interessenverbänden dafür keine Grenzen gesetzt:

- Regierung / Politik: Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Situation im Gesundheitswesen könnte um ein Sondergutachten gebeten werden, das ein Konzept und einen Wettbewerbsrahmen für eine Berichterstattung zu den Gesundheitsergebnissen von Krankenkassen umfasst (vgl. Heinrich-Böll-Stiftung 2013: 47). Alternativ könnte der wissenschaftliche Beirat des BVA oder das Deutsche Netzwerk Versorgungsforschung (DNVF) e.V. damit beauftragt werden.
- Interessenten an einer verstärkten Gesundheitsergebnisdiskussion (bzw. ggfls mehr selektivvertraglichen Lösungen) aus der medizinnahen Industrie bzw. Verbänden der Leistungserbringer (Klinikbetreiber, Ärzteverbände etc).
- Patientenverbände / Patientenvertretungen im G-BA.
- Krankenkassen und deren Selbstverwaltung: Interessierte Krankenkassen könnten selber einen solchen Index für sich in Relation zum Durchschnitt aller Kassen errechnen.
- Das Deutsche Netzwerk Versorgungsforschung (DNVF) e.V. bzw. Public Health / Gesundheitsökonomie / Sozialmedizin-Fachgesellschaften.
- Die öffentliche Diskussion könnte z.B. auch durch die Einreichung einer Petition unterstützt werden, wie dies in der letzten Legislatur u.a. zu dem sehr wissenschaftlich-technischen Thema Regionalkennzeichen beim Morbidity-RSA organisiert worden war. ■

Literatur

Albrecht M, Neumann K, Nolting H-D:

IGES-Konzept für einen stärker versorgungsorientierten Wettbewerb in der Gesetzlichen Krankenversicherung. In: Update: Solidarische Wettbewerbsordnung (Hrsg. Rebscher H) Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung (Band 11) S. 14 ff

Augurzyk B (2015) Qualitätswettbewerb in der Netzwerkmedizin: Erweiterte Dimensionen des Qualitätswettbewerbs in der Netzwerkmedizin. G+S 2/2015, S. 46-52

Best A, Greenhalgh T, Lewis S, Saul JE, Carroll S, Bitz J. Large-system transformation in health care: a realist review. *Milbank Q.* 2012; 90(3):421-56. Open Access: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3479379/>

Heinrich-Böll-Stiftung (2013) „Wie geht es uns morgen?“ Wege zu mehr Effizienz, Qualität und Humanität in einem solidarischen Gesundheitswesen. Bericht der Gesundheitspolitischen Kommission der Heinrich-Böll-Stiftung. Berlin. Download unter: www.boell.de/de/content/wie-geht-es-uns-morgen

Cassel D, Ebsen I, Groß S, Jacobs K,

Schulze S, Wasem J (2008): Vertragswettbewerb in der GKV. Möglichkeiten und Grenzen vor und nach der Gesundheitsreform der Großen Koalition. Bonn: Wissenschaftliches Inst. d. AOK.

Deh U (2015). Qualität als Wettbewerbsparameter in der GKV. G+S 2/2015, S. 41 – 45

Diel F (2015) Qualitätsförderung und Qualitätssicherung in der ambulanten Versorgung. G+S 2/2015, S. 34 – 40

Hildebrandt H, Pimperl A; Schulte T, Hermann C, Riedel H, Schubert I, Köster I, Siegel A, Wetzel M (2015) Triple Aim – Evaluation in der Integrierten Versorgung. *Gesundes Kinzigtal – Gesundheitszustand, Versorgungserleben und Wirtschaftlichkeit.* In: Bundesgesundheitsbl. (2015) 58:383-392

Schrappe M (2014). Qualität 2030 – die umfassende Strategie für das Gesundheitswesen. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin

Schulte T (2015) Analyse von Accountable Care Organizations in den USA und Diskussion der Übertragbarkeit von Elementen des Versorgungsmodells im Rahmen der Integrierten Versorgung in Deutschland. Masterarbeit Universität Hamburg, Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften – MBA Gesundheitsmanagement

Schmidt S, Göppfardt D (2015) Pay-for-Performance auch für Kostenträger? Überlegungen am Beispiel Diabetes. G+S 6/2014 S.20-26

SVR Gesundheit (2012): Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. Programmbereich Gesundheit, Band 2012. Bern: H. Huber.

Wille E., Hamilton G J, Graf von der Schulenburg J-M, Thüsing G (2012): Privatrechtliche Organisation der gesetzlichen Krankenkassen. Reformperspektiven für Deutschland, Erfahrungen aus den Niederlanden, Baden-Baden.