FORUM

Gesundheitspolitik in der Diskussion
Institut für Gesundheitssystem-Entwicklung

2 • 2019

QUALITÄTSWETTBEWERB IN DER GKV

iX MEDIA

Jenseits von Paragraphen und Verträgen lebt unser Gesundheitssystem vom Gespräch und vom Austausch der Akteure. Vor allem Weiterentwicklungen unseres Gesundheitssystems finden nicht am Reißbrett statt, sondern im Diskurs der Akteure miteinander. Mit iX-Media wird diesem Austausch eine Plattform gegeben. Wir laden „auf allen Kanälen“ zum Dialog ein: Print, Audio und Video stehen Ihnen zur Verfügung, um Ihre Positionen, Ihre Ideen, Ihre Erkenntnisse der gesundheitspolitischen Community mitzuteilen.
Mit Dr. Albrecht Kloepfer, Dr. Jutta Visarius, Dr. Martina Kloepfer und dem übrigen iX-Media-Team stehen langjährige Systemexperten hinter dem Projekt, die wissen wie gesundheitspolitisch der Hase läuft (und zukünftig laufen wird), die der Komplexität des Themas auch mit einfachen Worten gerecht werden können und denen auch die technischen Aspekte medialer Umsetzungen vertraut sind. Wenden Sie sich an uns – wir sind für Sie da!

iX HIGHLIGHTS

GESUNDHEITSPOLITISCHER WOCHENRÜCKBLICK

Die iX-Highlights informieren immer montags über aktuelle gesundheitspolitische Entwicklungen und liefern relevante Hintergrundinformationen. In seinem gesundheitspolitischen Editorial bewertet Dr. Albrecht Kloepfer ein herausragendes Wochenthema. In der Rubrik „Mondphasen“ kommen einmal im Monat Vertreter aus Politik oder Selbstverwaltung zu Wort. Aktuelle Dateien der Woche (Bundestagsdrucksachen, Studien etc.) können als Service zusätzlich kostenlos abgerufen werden.

iX FORUM

GESUNDHEITSPOLITIK IN DER DISKUSSION

Die Zeitschriften-Reihe iX-Forum greift die großen gesundheitspolitischen Themen des Gesundheitswesens auf und bietet Ihnen die Möglichkeit, mit ausreichend Platz und in ansprechendem Rahmen Ihre Positionen, Ihre Ideen, Ihre Erkenntnisse der gesundheitspolitischen Szene mitzuteilen. Der Clou an der Sache: Die Hefte werden bundesweit an mehr als 2.500 gesundheitspolitische Entscheider und Meinungsführer versandt. – Wir sorgen dafür, dass Ihre Gedanken Beachtung finden!

iX RADIO

GESUNDHEITSPOLITIK ZUM HÖREN

In monatlicher Folge widmet sich iX-Radio einem aktuellen gesundheitspolitischen Thema und lässt dazu die wichtigsten Entscheider zu Wort kommen. Erläuternde Moderationen beleuchten die Hintergründe und stellen das jeweilige Thema in den Kontext der unterschiedlichen Interessen. Ziel dabei ist, dass nicht nur die Szene sich selbst bespiegelt, sondern dass unser komplexes Gesundheitssystem auch Außenstehenden nahe gebracht wird.

iX SPOTLIGHT

VISUELLE PRÄSENZ IM GESUNDHEITSWESEN

iX-Spotlight ist die Video-Plattform für Ihre bildstarke Kommentierung des aktuellen Zeitgeschehens im Gesundheitssystem. Denn um überzeugende Statements sichtbar in Szene zu setzen, sind nicht nur eindrucksvolle Bilder ausschlaggebend, sondern vor allem auch fundierte Kenntnisse des Systems. Mit Dr. Martina Kloepfer haben wir eine bühnen- und filmerfahrene Expertin im Team, die auch Sie medienwirksam „in Szene setzen“ kann.

Inhalt

Qualitätswettbewerb in der GKV

4 **Editorial**
Dr. Jutta Visarius, Dr. Albrecht Kloepfer
Herausgeber

6 **Kundenorientierung als Treiber eines Qualitätswettbewerbs in der GKV**
Franz Knieps Vorstand BKK Dachverband e.V
Johanna Nüsken Referentin Politik, BKK Dachverband e.V.

10 **Qualität statt Billigheimer – Kassenwettbewerb neu definieren**
Maria Klein-Schmeink, MdB
Sprecherin für Gesundheitspolitik Bundestagsfraktion Bündnis 90/DIE GRÜNEN

13 **Kein Qualitätsurteil ohne Versichertenurteil**
Dr. Hans Unterhuber
Vorstand Siemens-Betriebskrankenkasse SBK

16 **Was meint faire Kassenwahl aus Sicht der Patienten?**
Dr. Martin Danner
Bundesgeschäftsführer BAG Selbsthilfe

20 **Dschungellotse**
Georg Stamelos
Pressesprecher VIACTIV

24 **Neue Wege zu einer neuen Qualität in der Gesundheitsversorgung**
Andreas Schöfbeck
Vorstand BKK ProVita

30 **Neue Qualitätsperspektive:**
Mehr Lebensqualität durch Hörversorgung für Menschen mit Demenz
Franziska Knoll Referentin Unternehmenskommunikation, IKK Südwest
Dr. Juliane Schwoch Leiterin Abteilung Presse- und Öffentlichkeitsarbeit, Bundesinnung der Hörakustiker KdöR (biha)

34 **Der problemorientierte Blick auf die Krankenkassen als besondere Chance: Beiträge zur Qualitätsdiskussion der Patientenberatung**
Thorben Krumwiede
Geschäftsführer der UPD, Unabhängige Patientenberatung Deutschland gGmbH

36 **Transparenz für Versicherte ist die Grundbedingung eines fairen Krankenkassenwettbewerbs**
Kai Helge Vogel
Leiter Gesundheit und Pflege beim Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv)

Impressum

Editorial

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

man wählt eine gesetzliche Krankenversicherung aus, um im Krankheitsfall den guten und verlässlichen Beistand einer Krankenkasse in mancherlei Hinsicht zu erfahren. Nun wählen meist Junge und Gesunde ihre Krankenkasse aus, obwohl ihnen Risiken und Krankheit in der Regel noch weit entfernt und abstrakt erscheinen.
Mit einer KFZ-Versicherung beschäftigen sich auch junge Erwachsene – weil sie müssen. Aber schon die Schadensszenarien einer allgemeinen und freiwilligen Haftpflichtversicherung müssen Eltern häufig in drastischen Farben ausmalen, um den mündigen Versicherungseinsteiger von deren Notwendigkeit zu überzeugen. Er – oder sie – ist jung und strotzend vor Kraft. Was soll ihm schon passieren?

Was sind nun die Kriterien junger Menschen für die Wahl einer Krankenversicherung, um diese noch abstrakten Risiken abzusichern? Das sind zumeist Empfehlungen von Eltern, Freunden und Arbeitskollegen; erfolgreiche, witzige, vielleicht auch kluge Werbung einzelner Krankenkassen („Geht Omas drücken!") – oder schlicht der Preis. Das war's. Schon „Satzungsleistungen", verborgen im Kleingedruckten des Info-Materials, sind viel zu abstrakt und „unsexy", um für einen jungen Einsteiger in Beruf oder Ausbildung zu einem entscheidenden Kriterium zu werden.

Preis, Hörensagen und Homöopathie? Sind dies sinnvolle Kriterien, um Wahlentscheidungen in einem 220-Milliarden-Euro-Markt - wenn man überhaupt von Markt sprechen sollte – zu treffen? Wohl kaum. Dass wir sie trotzdem seit inzwischen mehr als 25 Jahren für die besten und einzigen Messparameter halten, um diesen vital wichtigen Bereich zu gestalten, ist beinahe schon skandalös.
Bedauerlicherweise fehlen uns noch immer die „richtigen" Parameter und Wettbewerbsfelder. (Dies gilt weitgehend auch für die medizinische Leistungserbringung – aber ist hier nicht unser Thema.)
Mehr noch – in der Geschichte des Krankenkassenwettbewerbs, die im Jahr 1992 mit dem Gesundheitsstrukturgesetz begann, wurde der Preis sukzessiv immer mehr als entscheidendes Kriterium für eine vermeintlich kluge Krankenkassenwahl überhöht. Unvergessen ist die Argumentation Ulla Schmidts bei Einführung des Zusatzbeitrags. Nun könne der Versicherte „gut wirtschaftende Kassen von schlecht wirtschaftenden unterscheiden". Als ob „gut Wirtschaften" Ziel und Daseinsberechtigung einer Krankenkasse wäre!

Es dauerte lange, bis sich ein Bewusstsein dafür entwickelte, dass diese Wettbewerbsreduktion auf den Preis einem solidarischen Gesundheitssystem nicht angemessen ist. Eine Krankenkasse soll ihren Versicherten im Leistungsfall schnell, verlässlich und unbürokratisch als Partner zur Seite und zur Verfügung stehen. In dieser Situation erweist sich ihre Qualität.
Selbst wenn ein junger Erwachsener auf seiner Suche nach einer Krankenkasse von der wirklichen Bedeutung seiner Wahl wüsste, er wäre verloren (oder auf zufällige Berichte von Betroffenen angewiesen), denn für eine wirkliche Leistungsbilanz einer Krankenkasse fehlt bislang nahezu jede Transparenz. Was eine Kasse leistet, „wenn´s ernst wird", liegt mehr oder minder im Dunkeln und wird für den Versicherten erst fassbar, wenn der Ernstfall eingetreten ist – zu spät für einen solidarischen Kassenwettbewerb um die beste Versorgung.
Zudem steht dieser auch für Krankenkassen nicht an oberster Stelle, denn „Ernstfälle" sichern der Krankkasse nicht die Existenz. Dies sind immer noch – trotz Morbi-RSA – die Jungen und Gesunden. Wie aber können wir dem – teilweise durchaus berechtigten – gegenwärtigen Preiswettbewerb in der GKV einen echten Qualitätswettbewerb zur Seite stellen? Welche Kriterien sind sinnvoll und nachvollziehbar, wie kann Evidenz generiert werden und wie kann dies gesetzlich implementiert werden?

Mit diesen Fragen beschäftigt sich das vorliegende Heft des iX-Forum. Es weist implizit und in einigen Beiträgen auch explizit darauf hin, dass das aktuell diskutierte „Faire Kassenwahl-Gesetz" von einem Weg zu einem sinnhaften Wettbewerb in der GKV noch weit entfernt ist.
Es scheint, als ob große Teile der Politik diese Herausforderung und politische Aufgabe noch nicht als solche erkannt haben.

Transparenz heißt das Schlüsselwort, damit die Versicherten auf Basis von belastbaren Kriterien entscheiden können, auch um z.B. „Focus money“ und der Stiftung Warentest Kriterien an die Hand zu geben, Krankenkassen qualitativ beurteilen zu können.

Ein Kriterium könnte beispielsweise der Umgang mit Leistungsanträgen sein: Wie viele wurden gestellt, wie vielen wurde widersprochen und wie viele Leistungen wurden schließlich vom Versicherten auf dem Klageweg erfochten? Das wären für den Anfang simple Zahlen, die Auskunft darüber geben könnten, ob man im Ernstfall tatsächlich einen Partner an der Seite hat – oder eher einen Gegner.

Ein weiteres Kriterium könnte das Beschwerdemanagement sein: Wie schnell wird auf Beschwerden reagiert und wurde dem unzufriedenen Versicherten suffizient geholfen? Wer bereit ist, in Richtung Transparenz zu denken, dem wird noch viel Objektivierbares einfallen, das zu erfassen, transparent und nachvollziehbar zu machen sich lohnen würde.

Das Leistungsgeschehen einer Krankenkasse muss keine Blackbox bleiben. Ein bisschen Fantasie und Knowhow reichen, um eine Reihe sinnvoller Kriterien aufzustellen, die den Qualitätswettbewerb zwischen den Krankenkassen zu beflügeln. Das einzige, was noch fehlt, ist der politische Wille, diese Kriterien oder zumindest die Verfahren zu deren Aufstellung und Veröffentlichung z.B. in einem „GKV-Qualitätswettbewerbs-Gesetz“ (Sie ahnen es: das GKV-QWG) zu implementieren.

Mit dem vorliegenden Heft des iX-Forum möchten wir Sie – geführt von unseren kundigen und praxiserprobten Autoren – mitnehmen auf eine virtuelle und z.T. auch schon konkrete Tour durch den Qualitätswettbewerb der Krankenkassen. Wir möchten Ihnen zeigen, was sinnvoll und auch heute schon möglich wäre, wo politische Stellschrauben ansetzen müssen, um einen Qualitätswettbewerb zwischen den Krankenkassen zu ermöglichen.

Unser Ziel ist erreicht, wenn Sie mit uns und unseren Autoren auf die Reise gehen. Wenn Sie anschließend allein weiterreisen, hat dieses Heft seinen Zweck erfüllt.
Unseren Autorinnen und Autoren danken wir herzlich, in ihnen kundige Reise- und Expeditionsleiter gefunden zu haben!

Wir wünschen Ihnen bei der Lektüre ein kreativ-kritisches Vergnügen!

Dr. Jutta Visarius

Dr. Albrecht Kloepfer

Kundenorientierung als Treiber eines Qualitätswettbewerbs in der GKV

Franz Knieps
Vorstand BKK Dachverband e. V.
Johanna Nüsken
Referentin Politik,
BKK Dachverband e. V.

Die Überwindung des reinen Preiswettbewerbs zwischen den Krankenkassen kann nur gelingen, wenn die Nutzer, die Versicherten, in das Blickfeld gerückt werden. Wer den Wettbewerb in die richtige Richtung lenken will, muss Transparenz über Servicequalität und Leistungsbereitschaft der Kassen schaffen. Und den Versicherten damit über den Zusatzbeitragssatz hinausgehende Parameter an die Hand geben, die einen Vergleich der Kassen überhaupt erst möglich machen.

Ist Wettbewerb in Bereichen der öffentlichen Daseinsvorsorge Allheilmittel gegen Verkrustungen und Erstarrung oder Grund allen Übels? Im Gesundheitswesen wird diese Frage seit Beginn der siebziger Jahre immer wieder gestellt. Seit den neunziger Jahren wurde Wettbewerb zum bevorzugten Steuerungsinstrument unterschiedlicher Gesundheitsreformen – Kassenwahlfreiheit für alle Versicherten, Selektivverträge neben Kollektivverträgen, Ausschreibungen und Qualitätsverträge – Wettbewerbsspielräume wurden geschaffen, nur um sie im nächsten Schritt wieder zu beschneiden. Ein konsistentes Bekenntnis zum Wettbewerb im Gesundheitswesen ist bei keiner Partei und keinem Akteur im Gesundheitswesen zu finden.

Die grundsätzlichen ordnungspolitischen Alternativen zur Steuerung im Gesundheitswesen, nämlich

- Markt und Wettbewerb: Steuerung über (frei) ausgehandelte Verträge,
- Korporatismus und Selbstverwaltung: Steuerung durch untergesetzliche Normsetzung und Kollektivverträge,
- Regulierung und Administration: Steuerung durch unmittelbare gesetzliche Vorgaben und administrative Verwaltungsakte,

finden sich nirgendwo in Reinkultur. Auf der Basis der Erkenntnis, dass Gesundheitspolitik als die Steuerung einer großen komplexen Wirtschaftsbranche anzusehen ist, erscheint der Mix unterschiedlicher Ansätze durchaus sachgerecht. Erkennbar ist jedoch: Heute scheint die Politik gleichermaßen von wettbewerblichen Ansätzen wie von der manchmal schwerfälligen Steuerung durch die Selbstverwaltung enttäuscht zu sein und setzt – trotz anderslautender Bekenntnisse – wieder stärker auf direkten oder indirekten Einfluss der staatlichen Administration.

Der Zusatzbeitrag als Qualitätsindikator

Ergebnis eines idealen Wettbewerbs in der Versicherungslandschaft wären erfolgreiche Bemühungen der Kassen, ihren Versicherten eine umfassende, qualitativ hochwertige Versorgung bei niedrigen Kosten bereitzustellen. Prinzipiell wird dabei dem (Leistungs-)Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) nur ein kleines Spielfeld überlassen, denn 95 Prozent der Leistungen, die eine Kasse ihren Versicherten anbietet, sind gesetzlich vorgegeben. Angebotsunterschiede zwischen Krankenkassen gibt es aber im Bereich der Satzungsleistungen, Wahltarife und Selektivverträge. Folglich sucht der Wettbewerb sich andere Wirkungsfelder.

Die Grundsteinlegung für ein wettbewerblich orientiertes Gesundheitswesen erfolgte mit dem Recht zur freien Kassenwahl durch das Gesundheits-Strukturgesetz (GSG) im Jahr 1992. Der Wettbewerb um die Versicherten wurde deutlich ausgeweitet. Im Zuge des Wettbewerbsdrucks fusionierten viele Krankenkassen, um ihre Stellung am Markt zu verbessern. Die Zahl der Kassen schrumpfte von 1.147 im Jahr 1990 auf nunmehr 109 (Stand 01. Januar 2019). Der seit 2009 geltende bundesweit einheitliche Beitragssatz zur GKV wurde um den individuellen Zusatzbeitragssatz (ZBS) ergänzt – und damit der vielfach kritisierte Preiswettbewerb eingeläutet.

Problematisch an einem Wettbewerb, der sich allein am Preis orientiert ist, dass Kassen alles dafür tun, Beitragssatzerhöhungen zu vermeiden. Es entsteht ein trickreicher ZBS-Vermeidungswettbewerb. Das bedeutet, dass Krankenkassen ihre Ressourcen darauf verwenden, einerseits die Einnahmen aus dem Gesundheitsfonds zu optimieren und andererseits die Kosten der Versorgung zu drücken. Die Verzerrung bis zur Perversion des Wettbewerbs wird beispielsweise sichtbar in den Diskussionen um Manipulation im Morbi-RSA oder in der Versorgung mit Inkontinenzprodukten. Versorgungsdumping kann dann auch für die Versicherten zum spürbaren Leistungsindikator einer Kasse werden. Als Wettbewerbsparameter für die Leistungsqualität einer Kasse eignet sich der ZBS, entgegen mancher Behauptungen von Kassenfürsten, nicht. Handfeste Leistungsindikatoren, die einen Vergleich der

Kassen über Servicequalität und Leistungsbereitschaft möglich machen, existieren nicht. Genau dies wäre aber erstrebenswert, um den Wettbewerb um die beste Versicherung – und damit auch die beste Versorgung – anzukurbeln.

Auch das Bundesversicherungsamt (BVA) stellt in seinem Sonderbericht zum Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung 2018 fest, dass der ZBS eine ungerechtfertigt starke Signalwirkung hat.[1] Ein hoher ZBS suggeriere den Versicherten Überteuerung und Unwirtschaftlichkeit ihrer Kasse. Dabei beeinflussen das vorhandene Finanzpolster bzw. die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds und besondere Leistungsangebote einer Kasse den ZBS. Das Managementhandeln beeinflusst den ZBS hingegen weniger. Die Regelung, dass bei Überschreitung des durchschnittlichen ZBS die Kasse auf die Wechselmöglichkeit zu einer günstigeren Kasse hinweisen muss, bewertet das BVA im Übrigen als unsachgemäße Beeinflussung von Wahlentscheidungen – und damit des Wettbewerbs – durch den Gesetzgeber.

Grundsätzlich kann also festgehalten werden:

1. Der (Zusatz-)Beitragssatz allein ist ein unzureichender Wettbewerbsparameter, da ihm keine Parameter für die Leistungsqualität gegenüberstehen.
2. Impulse für eine Verbesserung der Versorgungsqualität werden in einem reinen Preiswettbewerb nicht gesetzt.

Die Nutzer im Blickfeld

Was zeichnet eine hohe Versicherungsqualität aus? Was wünscht sich der oder die Versicherte von seiner Kasse? Hier kann nur gemutmaßt werden, denn Bedarfe und Präferenzen der Versicherten sind unterschiedlich je nach Lebenslage, sozialer und kultureller Situation. Der oder die Gesunde möchte wohl möglichst wenig von seiner Kasse mitbekommen und bei der Bewältigung bürokratischer Antragsstellung Unterstützung erfahren. Schnellstmöglicher Zugang zur besten Versorgung – und hierbei Hilfestellung durch die Kasse – ist prioritär für Versicherte mit akuten Beschwerden. Chronisch kranke Menschen wünschen sich auf ihre Bedürfnisse abgestimmte Leistungsangebote.

Versicherungsqualität bedeutet also Kundenorientierung. Nehmen Versicherte ihre Kasse als Dienstleister wahr? Eine Dienstleistungsmentalität ist unter den Akteuren des deutschen Gesundheitswesens keineswegs eine Selbstverständlichkeit – ganz im Gegensatz zu anderen Ländern übrigens. Gilt dies auch für Krankenkassen? Ist eine Krankenkasse primär ein Unternehmen oder eine Körperschaft des öffentlichen Rechts? Auch diese Diskussion wird immer wieder bemüht.

Wie kann Kundenorientierung gemessen werden? Die Unternehmensberatung Bain & Company hat Kassenloyalität aus Sicht der Kunden in einer Befragung von 3.300 GKV-Versicherter im Jahr 2017 untersucht.[2] Am wichtigsten bewerten Kunden demnach die Interaktion mit ihrer Kasse, gefolgt von Innovation, Image, Leistungsangeboten und dann erst den Beitragssatz. In regelmäßigen Abständen bescheren uns beispielsweise Focus Money[3] und der Kundenmonitor Deutschland[4] mit Kassenrankings. Daneben führen Institutionen wie Stiftung Warentest Preis- und Leistungsvergleiche durch. Davon einmal abgesehen, dass hier hauptsächlich Leistungsangebote verglichen und nicht reale Versorgungssituationen analysiert werden, genießen Kassenrankings häufig einen zweifelhaften Ruf, ja gelten manchmal auch als manipulationsanfällig oder gar als käuflich. Ein Stückwerk an Umfragen bei Versicherten über Erwartungshaltung, Zielgenauigkeit und Qualität des Service wird ebenfalls auf den Markt geworfen. Es fehlt jedoch eine systematische Analyse des Versorgungs-, Leistungs- und Servicegeschehens aus Sicht der Versicherten – also aus der Nutzerperspektive.

Ein Parameter, der immer wieder in das Visier der Politik gerät und durchaus etwas über die Kundenorientierung einer Kasse aussagt, ist das Leistungsbewilligungsverhalten der Krankenkassen. Eine Studie des IGES Instituts zu Leistungsbewilligungen und -ablehnungen im Auftrag des Patientenbeauftragten der Bundesregierung im Jahr 2017 legt nahe, dass sich Ablehnungsquoten zwischen den Krankenkassen stark unterscheiden.[5] Bemerkenswert ist, dass insgesamt fast jeder zweite Widerspruch gegen die erstinstanzliche Bewilligungsentscheidung Erfolg hat. Der Patientenbeauftragte sprach sich in Folge für eine verpflichtende Veröffentlichung der Widerspruchsquoten aus. Dennoch werden die Quoten allein auch keine umfänglichen Aussagen über die Qualität der Krankenkassen zulassen – und dem Kunden damit nur sehr eingeschränkt im Wettbewerbsfeld der GKV unterstützen.

Transparenz in einer solidarischen Wettbewerbsordnung

Eine konsistente Wettbewerbsorientierung ist in der jüngsten Gesetzgebung kaum zu erkennen. Im Gegenteil, Zentralisierungstendenzen und Detailregelungen begrenzen das Wettbewerbsfeld zunehmend. Generell gilt, der Wettbewerb wird immer dann bemüht, wenn es gerade in die Tagespolitik passt. Eine klare Linie gibt es nicht: Willkürlich wird mal das Gebot der Wirtschaftlichkeit herangezogen – Krankenkassen sind Unternehmen, die sich über effiziente Versorgung und niedrige Verwaltungskosten im Wettbewerb behaupten sollen – mal werden Krankenkassen von der Politik an den Pranger gestellt nach dem Motto „Krankenkassen sparen sich auf Kosten der Versorgung reich“.

Eine Lösung für die Steuerung des Gesundheitswesens und die Herausforderungen der Zukunft ist populistischer Staatsdirigismus aber nicht. Wer den Wettbewerb überprüfen und lenken möchte, muss am wichtigsten Hebel ansetzen: Transparenz. Statt den Akteuren das Vertrauen zu entziehen, muss das selbstverwaltete, wettbewerblich ausgerichtete Krankenversicherungssystem sich an den eigenen Ansprüchen messen lassen. Es bedarf dringend einer weiteren Öffnung gegenüber den Belangen der Nutzer des Gesundheitswesens. Vorschläge und Best-Practice-Beispiele für mehr Partizipation der Betroffenen und für das Empowerment von Versicherten und Patienten gibt es zuhauf. Vor allem aber muss die Transparenz über das Handeln der Kassen verbessert werden, um populistischen Ansätzen und Neiddebatten, wie beispielsweise bei der Regulierung von Vorstandsbezügen, den Nährboden zu entziehen. Wo bleibt der Versichertenreport neben all den Arzt-, Krankenhaus-, Arzneimittel- und Gesundheitsreporten vieler Kassen? Wann kommt die Weisse Liste Krankenkassen?

Eine weitere Beschneidung der Rolle der Krankenkassen als Gestalter der Versorgung führt dazu, dass wichtige Potenziale für eine patienten-/nutzerzentrierte Gesundheitsversorgung verloren gehen. Wer den Spielräumen für Kassen Qualitätssicherungsmaßnahmen gegenüberstellt, wird die Balance herstellen, die ein qualitätsorientierter Wettbewerb innerhalb einer solidarischen Wettbewerbsordnung benötigt.

Es bedarf also einer Klärung dessen, was Politik und Gesellschaft von einer sozialen Krankenversicherung erwarten. Rolle, Aufgaben und Funktionen von wettbewerblich agierenden Krankenkassen sind zu hinterfragen und gegebenenfalls zu justieren. Die Krankenkassen selbst müssen ihr Selbstverständnis klären und ihre Prioritäten neu definieren. Die Pionierarbeit einiger Krankenkassen auf dem Bereich der Qualitätstransparenz kann dabei ein Wegweiser sein.

[1] Bundesversicherungsamt (Hrsg.): Sonderbericht zum Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung. Bonn, 2018.
[2] Kinder, C., Steingröver, M., Neuhaus, K.: Kundenloyalität bei Krankenkassen: Jede Interaktion ist eine Chance. Bain & Company Germany, 2017
[3] FOCUS-MONEY: Der große GKV Test. Heft 07/2019.
[4] ServiceBarometer AG: Kundenmonitor Deutschland. Gesetzliche Krankenkassen. München, 2017.
[5] Sander et al.: Leistungsbewilligungen und -ablehnungen durch Krankenkassen. Studie für den Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten sowie Bevollmächtigten für Pflege. IGES Institut in Zusammenarbeit mit Gerhard Igl. Berlin, 2017.

Qualität statt Billigheimer – Kassenwettbewerb neu definieren

Maria Klein-Schmeink, MdB
Sprecherin für Gesundheitspolitik
Bundestagsfraktion
Bündnis 90/DIE GRÜNEN

Im Wettbewerb zwischen den Krankenkassen geht es vor allem darum, wer den niedrigsten Beitrag hat. Die Qualität der Leistungen spielt hingegen keine Rolle. Darum brauchen wir Anreize für einen echten Qualitätswettbewerb. Zudem sollten Kassen mehr von sich preisgeben: Transparenz sorgt dafür, dass Versicherte Krankenkassen hinsichtlich deren Qualität in Service und Versorgung auch beurteilen und vergleichen können.

Der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen findet fast nur über die Höhe des Zusatzbeitrags sowie über Angebote wie Satzungsleistungen und Bonusprogramme statt. Gute Versorgungsqualität zahlt sich für die Krankenkassen nicht aus. Dabei sollte Wettbewerb im Gesundheitswesen kein Selbstzweck sein, sondern das Ziel verfolgen, die Versorgung im Interesse der Patientinnen und Patienten zu verbessern. Krankenkassen haben durch die Gestaltung der Versorgung einen enormen Einfluss darauf, ob die Gesundheit ihrer Versicherten erhalten oder verbessert wird. Ein reiner Preiswettbewerb hingegen führt zu Einsparungsbemühungen und in der Folge zur Ablehnung von Leistungen. Die IGES-Studie „Leistungsbewilligungen und -ablehnungen durch Krankenkassen“ von 2017 zeigt eindrücklich, dass vor allem Anträge auf Hilfsmittel sowie auf Leistungen der Vorsorge und Rehabilitation überdurchschnittlich häufig abgelehnt werden. Chronisch kranke und behinderte Menschen sind entsprechend besonders von Leistungsablehnungen betroffen.

Jens Spahn hat als Bundesgesundheitsminister dafür gesorgt, dass sich der Beitragssatzwettbewerb zwischen den Kassen weiter verschärft, zuletzt durch das Versichertenentlastungsgesetz, mit dem die gesetzlichen Krankenkassen gezwungen werden, ihre Rücklagen teilweise zur Senkung der Beiträge zu verwenden. Die anstehende Reform des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA), die Spahn „Faire-Kassenwahl-Gesetz“ getauft hat, kann bestenfalls dafür sorgen, dass die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds zielgenauer und Anreize zur Risikoselektion weiter abgebaut werden. Die Versorgungsqualität verbessern wird sie nicht. Zwar wird suggeriert, dass die Auswahl für die Versicherten besser wird, doch auch das zielt wieder nur auf attraktive Zusatzleistungen, bestimmte Wahltarife oder günstige Beiträge ab: die üblichen Parameter, mit denen Kassen in der Regel um junge, gesunde Versicherte buhlen. Alte, chronisch kranke, behinderte Menschen bleiben weiterhin auf der Strecke. Den Wettbewerb um gute Versorgung befeuert das nicht.

Überdies sind die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds keine Garantie dafür, dass diese tatsächlich für eine qualitativ hochwertige und geeignete Versorgung ausgegeben werden. Stattdessen kann es passieren, dass ein Run auf eine Krankenkasse entsteht, die für bestimmte Patienten eine gute Versorgung anbietet. Wenn es sich dabei um eine sehr teure Patientengruppe handelt, wie bspw. Kinder, die zuhause beatmet werden, bedeutet die gute Versorgung einen Wettbewerbsnachteil für die Krankenkasse. Die Kasse wird für ihr Engagement bestraft.

Darum braucht es dringend ein Instrumentarium, das Kassen, die z.B. in eine gute Versorgung für behinderte Menschen oder in leitliniengerechte Therapien bei bestimmten Krankheiten investieren, für ihr Engagement belohnt. Regionale Versorgungsmodelle, die gezielter und patientenorientierter gestaltet werden können, weil alle Kooperationspartner vor Ort und damit nah bei den Versicherten sind, könnten gefördert werden. Ebenso wäre denkbar, dass Kassen Zuschläge erhalten, wenn ihre Patientinnen und Patienten zur Versorgung bestimmter Krankheiten zertifizierte Zentren und Netzwerke aufsuchen. Die dazu notwendigen Mittel sollten durch Vorwegabzug aus dem Gesundheitsfonds finanziert werden.

Wenn Kassen die Möglichkeit bekommen, mit guter Versorgung und erstklassigem Service punkten zu können, muss für alle Versicherten auf den ersten Blick erkennbar sein, bei welcher Kasse sie gut versorgt sind, und auch, bei welcher Kasse es Defizite gibt. Statt wie bisher nur Preise und Satzungsleistungen vergleichen zu können, müssen künftig leicht verständliche und gut vergleichbare Informationen über das Verhalten aller Kassen bei der Leistungsgewährung, beim Service sowie zur Qualität der Versorgung zur Verfügung stehen. Es braucht also ein System sowohl zur Messung wie auch zur Bewertung der Versorgungsleistung und -qualität. Die Bewertung kann sich z.B. auf Versichertenbefragungen stützen, oder auf die Erfassung von Strukturqualitätsmerkmalen wie dem

Engagement für bestimmte Versichertengruppen wie sozial benachteiligte oder Menschen mit Behinderung.

Diese Informationen sollten verbrauchergerecht in Form eines Verbraucherportals aufbereitet werden, so dass Versicherte die Chance erhalten, Krankenkassen anhand der Kriterien, die für sie relevant sind, miteinander zu vergleichen. Ein solches Portal muss unabhängig und qualitätsgesichert sein. Vorstellbar wäre etwa, das Transparenzportal bei einer zu gründenden Patientenstiftung anzusiedeln. Aber auch an allen anderen Stellen, wo Patientinnen und Patienten sowie Versicherte im Netz nach evidenzbasierten Gesundheitsinformationen suchen, sollten diese Auswertungen verfügbar sein.

Die grüne Bundestagsfraktion hat einen Antrag zu mehr Qualitätstransparenz und Anreize für eine bessere Versorgung im Kassenwettbewerb eingebracht , den wir zum Gesetz zur Reform des Morbi-RSA aufsetzen wollen.

QR-Code mit Verlinkung zum Antrag Drucksache Nr. 199565

Der Antrag soll eine Debatte darüber anstoßen, wie sowohl die Instrumente als Anreiz für eine gute Versorgung, als auch ein Portal für mehr Transparenz ausgestaltet sein müssten. An dieser Debatte sollen sich Kassen wie Versicherte und Patienten in Form von Selbsthilfe- und Patienten- sowie Verbraucherschutzorganisationen genauso beteiligen wie Wissenschaftler bzw. Wissenschaftliche Institute. Es ist höchste Zeit, dass bei der Diskussion um Wettbewerb nicht mehr nur über Preise geredet wird, sondern vorrangig über Qualität.

Kein Qualitätsurteil ohne Versicherten-urteil

Dr. Hans Unterhuber
Vorstand Siemens-Beitriebskrankenkasse SBK

Um die Qualität in der Gesetzlichen Krankenversicherung zu verbessern, müssen wir Versicherte und Patienten stärker einbinden. In der SBK haben wir uns deshalb entschlossen, unser Beschwerdemanagement radikal umzubauen und unsere Dienstleistung künftig gemeinsam mit Versicherten zu gestalten. Wir lernen damit schnell und viel. Unsere Empfehlung für die GKV lautet: Weg von der Expertokratie, hin zu einem Qualitätswettbewerb, bei dem das Urteil der Versicherten genauso Transparenz hat wie der Preis oder eine Satzungsleistung – und genauso viel Gewicht.

Um die Qualität in der Gesetzlichen Krankenversicherung zu verbessern, brauchen wir keine Wissenschaftler, Funktionäre oder Politik-Gremien. Wir brauchen zu allererst die Versicherten. Wir müssen ihnen zuhören und unser Tun an ihnen ausrichten. Das ist eine Erkenntnis, die die SBK in den letzten Jahren vom Kopf auf die Beine gestellt hat.

Die Rückmeldung von Versicherten war für uns schon immer zentral: Seit mehr als 10 Jahren führen wir Versichertenbefragungen durch. Wir haben ein professionelles Beschwerdemanagement mit regelmäßigen internen Lernschleifen. Wir sensibilisieren Mitarbeiter für Qualitätssicherung. Wir knüpfen die Gehälter des oberen Managements an die Zufriedenheit unserer Versicherten. Doch in den letzten Monaten haben wir zwei entscheidende Dinge verändert:

- Die SBK ist dabei, ihr Beschwerdemanagement vollkommen neu auszurichten. Ein erstes Ergebnis dieser Bemühungen: Die Zahl der registrierten Beschwerden ist im letzten Jahr um fast 500 Prozent gestiegen. Und wir sind noch nicht damit fertig.
- Wir haben begonnen, Versicherte in die Prozessgestaltung mit einzubeziehen. Wir Experten, die wir auf über 110 Jahre Erfahrung in der Krankenversicherung zurückblicken, sprechen mit Versicherten über ihre Erwartungen – und lernen.

Unser Fazit: Wenn wir die Qualität in der GKV wirklich verbessern wollen, müssen wir diejenigen einbinden, um die es geht – die Versicherten und Patienten. Ihre Perspektive und ihr Feedback muss eine zentrale Rolle bei der Beurteilung spielen, ob wir als Krankenkasse einen guten Job machen oder nicht. Und am Ende muss diese Bewertung der Versicherten auch für die Öffentlichkeit transparent gemacht werden – genau wie der Zusatzbeitrag oder eine Satzungsleistung.

Beschwerde-Artikulation als Schlüssel

Die Zahl der registrierten Beschwerden in der SBK hat sich im Laufe des letzten Jahres verfünffacht. Der Anstieg ist Folge eines strategischen Umdenkens, das sich unter anderem auf das Beschwerdeverständnis und das dahinterliegende Steuerungsmodell bezieht. Auch in anderen Branchen werden Kundenrückmeldungen dafür genutzt, die Qualität der eigenen Arbeit zu verbessern – nicht nur auf dem Papier, sondern mit verbindlichen KPIs. Professionelle Dienstleister erkennen Beschwerdeführer als wichtige Kunden, die sie nur halten können, wenn es ihnen gelingt, sie auch in dieser Problemsituation vom eigenen Unternehmen zu überzeugen. Deshalb ermuntern sie ihre Kunden, sich bei Verärgerung zu beschweren und tragen dafür Sorge, dass diese Beschwerden dokumentiert und für interne Qualitätsverbesserungen genutzt werden.

Grundlage für diesen Steuerungsansatz ist der sogenannte „Verärgerungs-Eisberg“ der die Tatsache verbildlicht, dass die im Unternehmen registrierten Beschwerden nur die Spitze der Kundenverärgerung sichtbar machen, während deren weitaus größter Teil unsichtbar bleibt. Dies geschieht zum einen, weil sich viele Kunden trotz Verärgerung nicht beschweren. Zum anderen werden artikulierten Beschwerden im Unternehmen oft nicht als solche registriert – aus ganz unterschiedlichen Gründen.

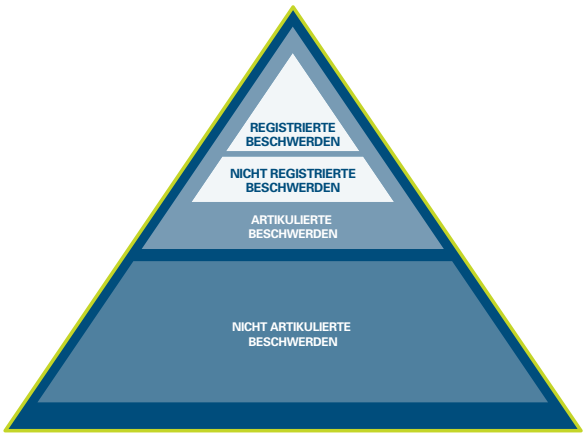

Abbildung: »Beschwerden-Eisberg«

Als SBK haben wir versucht, dieses Steuerungsmodell auf uns zu übertragen: Zum einen möchten wir die Artikulationsquote steigern und mehr Versicherte dazu bringen, sich bei einer Enttäuschung oder Verärgerung zu melden. Zum anderen benötigen wir innerhalb der SBK ein einheitliches Verständnis dafür, was eine Beschwerde ist sowie eine Kultur, die Beschwerde-Dokumentation fördert, in keinem Fall aber verhindert oder unterdrückt. Am Ende muss es unser Ziel sein, die Verärgerungsquote für die SBK zu senken und gleichzeitig die Qualität unserer Dienstleistung zu verbessern.

Versicherte mit einbinden

Im nächsten Schritt gilt es nun, noch gezielter aus diesen Beschwerden zu lernen. Unser erstes Learning ist eindeutig: Nur wenige Beschwerden beziehen sich explizit auf Leistungen, die die SBK aus diversen Gründen nicht übernehmen kann. Im Großteil der Rückmeldungen geht es um vermeintlich softe Themen wie Kommunikation, Prozess und Service, die in der Krankenversicherung mehr sind als bloße Hygienefaktoren. Versicherte wünschen sich im Ernstfall unkomplizierte, schnelle Hilfe und eine Kommunikation auf Augenhöhe.

Unser zweites Learning ist ebenfalls naheliegend: Wir binden unsere Versicherte künftig bei der Prozess- und Kommunikationsgestaltung aktiv mit ein. Denn das Feedback zeigt eindrücklich, dass die Expertise als Sozialversicherungsfachfrau/mann alleine nicht ausreicht, um einen guten Prozess zu gestalten. Dass es eben nicht ausreicht, sich im stillen Kämmerlein ein Vorgehen oder eine Kommunikation zu überlegen. Vielmehr müssen wir Motivlage und Erwartung mit den Betroffenen diskutieren. Entscheidend ist am Ende, wie unsere Versicherten das Vorgehen erfahren – die Customer Experience.

„Dabei sind wir (die Patienten, Anm. d. Red.) sowas von bereit für Gespräche. Die Konsequenzen der Entscheidungen, die andere für uns treffen, müssen wir auch aushalten.“ *Bloggerin und MS-Patientin auf Twitter*

In anderen Branchen ist dies bereits Usus. Keine App, die vor dem Launch nicht intensiv in der Zielgruppe getestet worden ist. Kein digitaler Service, der nicht vorher mit Kunden verprobt wurde. In der GKV und im Gesundheitswesen insgesamt ist das ein absolutes Novum. In der SBK setzen wir seit letztem Jahr auf regelmäßige Versicherten-Workshops. In den Bereichen Hilfsmittelversorgung oder Pflege nutzen wir den Dialog unter anderem dazu, einen grundsätzlichen Überblick über die Erwartungen und Painpoints der Betroffenen zu erhalten. Wir nutzen diese Dialog-Formate aber auch, um konkrete Ideen zu sammeln, Lösungen zu entwickeln und zu testen. Das gilt zum Beispiel für unsere Online-Geschäftsstelle MeineSBK. Die Tester-Community verprobt unsere Ideen, hilft uns dabei, geplante Weiterentwicklungen zu priorisieren und stellt neue Use Cases zur Diskussion.

Weg von der Expertokratie

Unsere Erfahrung im Umgang mit Beschwerden und bei der proaktiven Einbindung von Versicherten zeigen ganz deutlich, dass echte Qualität nur entstehen kann, wenn wir Betroffene beteiligen. Die Konsequenz liegt auf der Hand: Wir müssen im Gesundheitswesen allgemein, aber vor allem auch in der Gesetzlichen Krankenversicherung weg von der bestehenden Expertokratie. Heute definieren in der Regel Experten, was ein gutes Ergebnis für den Versicherten oder Patienten ist. Ärzte, Kassenmanager und Gremien bestimmen, was eine gute Behandlung oder eine gute Krankenkasse ist – weitgehend unabhängig davon, was der Patient tatsächlich erwartet oder erlebt. Der mündige Patient ist oftmals nicht mehr als ein schnödes Lippenbekenntnis, in der Praxis wird ihm ein Urteil über

seine Gesundheitsbelange oft nicht zugetraut. Dies gilt es zu ändern.

Immerhin: In der Medizin gewinnen sogenannte Patient Reported Outcomes zunehmend an Bedeutung. Durch die Rückmeldung des Patienten auf eine Behandlung sammeln Ärzte zusätzliche Informationen, die durch klinische Parameter nicht erfasst werden, aber für die reale Lebenssituation des Patienten zentral sind. Die Perspektive des Patienten wird dann bei der Beurteilung des Behandlungsergebnisses berücksichtigt. Dahin müssen wir auch in der GKV kommen – die Perspektive der Versicherten muss bei der Bewertung der Krankenkasse eine zentrale Rolle spielen. Denn: Es ist eine Sache, ob die Ablehnung einer Kur rechtlich korrekt ist. Es ist etwas ganz Anderes, wie der Patient die Ablehnung seiner Kur im Kontakt durch seine Krankenkasse erlebt bzw. ob er für eine Genehmigung kämpfen muss.

Hin zum Qualität-Wettbewerb

Warum tun wir uns in der GKV so schwer mit diesem Schritt? Die Erklärung ist einfach und ernüchternd: Im Kassen-Wettbewerb geht es heute vorwiegend um den Preis und einzelne Satzungsleistungen oder Selektivverträge. Die Einbindung von Versicherten bei der Gestaltung des Leistungskatalogs und -umfangs macht tatsächlich nur eingeschränkt Sinn, zu eng ist das rechtliche Korsett. Themen wie Leistungsbereitschaft, Prozessgestaltung, Kommunikation und Service spielen für Versicherte im Bedarfsfall zwar eine entscheidende Rolle. Im Wettbewerb sind diese Themen jedoch noch nicht angekommen, die diesbezüglichen Unterschiede zwischen Kassen sind für Versicherte nicht transparent. Daher besteht kein wirklicher Anlass, in diesen Bereich zu investieren.

Das würde sich rasant ändern, wenn wir in einen echten Qualitätswettbewerb einsteigen und für Transparenz auch bei diesen Punkten sorgen würden. Wie kann das gelingen? Wie können wir dafür sorgen, dass das, was Betroffene im Ernstfall als wichtig definieren, bereits vorher, bei der Kassenwahl transparent ist und für die Entscheidung aller Versicherten zugänglich gemacht wird? Aus unserer Sicht braucht es zwei Dinge: Zum einen gilt es, für die GKV relevante Kennzahlen zu definieren und die Kassen zur Veröffentlichung zu verpflichten. Das könnte zum Beispiel die Ablehnungsquote für bestimmte Leistungen sein, die Zahl der Widersprüche oder die Klageerfolgsquote. Diese Parameter gilt es nun mit Experten und Versicherten zu erarbeiten. Zum anderen sollten wir dazu übergehen, die Qualitätswahrnehmung und -erfahrung von Versicherten bei „ihrer“ Krankenkasse öffentlich zugänglich zu machen – etwa durch eine laufende GKV-weite Panel-Befragung, durchgeführt durch eine neutrale Instanz.

Diese Transparenz gibt es beim Preis bereits: Kassen müssen bei einer Veränderung des Beitragssatzes aktiv auf preiswertere Wettbewerber hinweisen. Warum nicht analog ein Hinweis, dass andere Kassen aus Versichertensicht besser sind? Nur wenn die genannten Kennzahlen und die Versicherten-Bewertungen ein ähnliches Gewicht haben, wie Preis oder Satzungsleistungen, wird ein Kassen-Wettbewerb um Qualität stimuliert, von dem am Ende die Versicherten profitieren. Ich erinnere mich gerne an das Motto eines Münchner Fachhändlers in meiner Straße: „Die Erinnerung an eine gute Qualität währt länger als die kurze Freude über den günstigen Preis“ – ist über seinem Tresen zu lesen.

Was meint faire Kassenwahl aus Sicht der Patienten?

Dr. Martin Danner
Bundesgeschäftsführer
BAG Selbsthilfe

Faire Kassenwahl klingt gut – aber welche Bedingungen braucht es, damit diese wirklich gegeben ist und nicht nur Schlagwort bleibt?

Mit dem Faire-Kassenwahl-Gesetz sollen unter anderem die Möglichkeiten der gesetzlichen Krankenkassen beschränkt werden, die Versichertengelder für Werbung auszugeben. Nun könnte man sagen, dass Werbung ein gebräuchliches Mittel jedes Wettbewerbs ist, weshalb es einen unangemessenen Eingriff in die Selbstverwaltung darstelle, Werbeaktiveitäten zu beschneiden. Andererseits darf aber nicht aus den Augen verloren werden, dass gesetzliche Krankenkassen öffentliche Aufgaben wahrnehmen und auf einem System der Pflichtversicherung basieren.

Der Gedanke des Wettbewerbs kann daher nur um eine ganz präzise Frage kreisen: Wie kann die öffentliche Aufgabe der gesetzlichen Krankenkassen möglichst effizient und nutzbringend für die Versicherten erfüllt werden? Der Kassenwettbewerb kann vor diesem Hintergrund nur als Qualitätswettbewerb begriffen werden. Nicht anpreisende Slogans, sondern Fakten zur Beratungsqualität, zum Nutzen bestimmter Versorgungsprogramme und zum Portfolio der angebotenen Leistungen sind hier gefragt.
Gemessen an solchen Anforderungen greift das Faire-Kassenwahl-Gesetz freilich viel zu kurz. Das deutsche Gesundheitswesen ist nämlich von einem ganz merkwürdigen Wettbewerbsgedanken geprägt. Zwar wird der Versicherte durchaus als Marktteilnehmer begriffen, der durch die Ausübung des Kassenwahlrechts einem der Wettbewerber den Vorzug gegenüber allen anderen Wettbewerbern geben kann. Was die Wettbewerber im Einzelnen so alles anbieten und wie es um ihre Dienstleistungsqualität bestellt ist, bleibt dem Versicherten jedoch verborgen.

Jenseits der Satzungsleistungen, die klar definiert sind, und jenseits dessen, was kollektivvertraglich und gesetzlich sichergestellt wird, hat sich nämlich ein buntes Treiben auf der Basis von Selektivverträgen, Rabattverträgen und Projekten entwickelt, das vom Versicherten nicht zu durchschauen ist. Im Gegenteil: Inhalte von solchen Verträgen gelten als Unternehmensgeheimnis der Beteiligten und allenfalls die Aufsicht kann hier für ein gesetzestreues Gebaren sorgen.
Wählt daher ein Versicherter eine Kasse, dann kauft er im Wesentlichen die sprichwörtliche Katze im Sack.
Dies hat mit einem „Faire-Kassenwahl-System“ nichts zu tun.

Das intransparente Selektivvertragsgeschehen muss reguliert werden, die Dienstleistungsangebote der Kassen müssen ebenso evaluiert werden wie deren Versorgungsprogramme und dies alles muss im nationalen Gesundheitsportal für alle Versicherten in vergleichbarer Darstellung präsent sein. Gleiches gilt natürlich für die Qualität der Leistungserbringer.

Ein System fairer Kassen und fairer Leistungserbringer würde den Versicherten echte Transparenz zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität liefern.
Stattdessen treten die Bemühungen um ein funktionierendes System der Qualitätssicherung im deutschen Gesundheitswesen seit Jahren auf der Stelle. Die Bemühungen, für einzelne Versorgungsbereiche oder gar für die sektorenübergreifende Versorgung neue Qualitätssicherungssysteme zu etablieren, fahren sich in aller Regel im Morast von Zuständigkeitsstreitigkeiten, Problemen der Datenlieferung, der Bewertungskonzepte und der schwerfälligen Entscheidungsabläufe der Selbstverwaltung fest. Auch hier kann man förmlich fühlen, dass ein echter Qualitätswettbewerb mit einer Qualitätstransparenz für die Versicherten nicht wirklich gewollt ist.

Andererseits war es doch gerade die Idee, über Wettbewerb im Gesundheitswesen Effizienzreserven zu heben und die Qualität der Versorgung zu steigern.
Es ist völlig unverständlich, warum wir gerade im Gesundheitswesen besonders weit weg sind von einem echten Qualitätswettbewerb. Selektiv- und Rabattverträge, Inhalte von Versorgungsformen und die Qualität der Beratung der Versicherten – all dies gilt als legitimes

„Geheimnis“ der jeweiligen Akteure im „Vertragswettbewerb“. Das ist in etwa so, als ob man ein Auto kaufen müsste, ohne dessen Spritverbrauch, Leistung, Abgaswerte etc. zu kennen, weil solche Inhalte im Geheimen in Verträgen zwischen Hersteller und Händler definiert werden. Ein solcher „Vertragswettbewerb“ würde den Verbrauchern nicht ausreichen.

Ein Faire-Kassenwahl-Gesetz sollte den Versicherten und Patienten zumindest ebenso viel Qualitätstransparenz bescheren wie den Autokäufern. Bei letzteren ist im gesellschaftlichen Diskurs zumindest unbestritten, dass man schlichtweg betrogen wird, wenn wesentliche Qualitätsmerkmale der Leistung falsch oder unvollständig dargestellt werden.
Versicherte sollen aber die „freie Kassenwahl“ im Blindflug ausüben. Eine Einschränkung anpreisender Werbung allein genügt nicht, um dies zu ändern.

Dschungellotse

Georg Stamelos
Pressesprecher VIACTIV

Krankenkassen übernehmen zunehmend die Aufgabe eines Sozialpartners für ihre Versicherten, um sie durch das komplexe Geflecht der Gesundheitsbeziehungen und Dienstleistungen zu navigieren. Digitalisierung dient hierbei als Schlüsseltechnologie. Doch ein gewissenhafter Auftrag für die Daseinsfürsorge erfordert weitere empathische und kommunikative Zugänge.

Heute schon die Daten des Fitnesstrackers ausgewertet, das Rezept eingescannt oder die Insulinwerte ausgelesen und an den Facharzt übermittelt? Seitdem digitale Features und Helferlein zunehmend Einzug in unseren Alltag halten ist die Welt der Gesundheit nicht nur bunter geworden, sondern auch anspruchsvoller. Als Verbraucher muss man sein technisches Verständnis erweitern und sich den Nutzen zahlreicher Anwendungen erschließen. Als mündiger Patient und Versicherter ist es immer häufiger vonnöten, ein systemisches Verständnis zu entwickeln, wie welches Vorgehen im Konzert mit Arzt und Apotheke, Klinik und Kasse nutzt.

Innenschau

Auch Versicherungen sehen sich mit einem neuen Rollenverständnis konfrontiert. Als Kasse übernehmen wir für unsere Kunden quasi eine Lotsenfunktion durch das Geflecht der Gesundheitsbeziehungen. Das erfordert zunehmend einen Perspektivwechsel und die Konzentration auf interdisziplinäre Zusammenarbeit in organisationellen Teams. Gefordert sind kommunikationsstarker Austausch, analytische Betrachtungsweisen aus vielschichtiger Perspektivlage und Entscheidungsfreude. Und immer ein ganzheitlicher Blick auf die Bedürfnisse des versicherten Menschen. Damit wachsen die Aufgabenfelder für Krankenkassen, werden vielfältiger. Im Rahmen integrierter Versorgungsmodelle zum Beispiel könnten Kassen eine steuernde Rolle im Bereich des Quartiersmanagement übernehmen. In Teilbereichen der Versorgungskette tun sie das bereits heute, etwa in der Optimierten Arzneimittelversorgung für pflegebedürftige geriatrische Patienten (OAV). Das vom Innovationsfonds geförderte Projekt soll Schädigungen durch Arzneimittel messbar vermindern. Kernstück ist eine neue Form der Zusammenarbeit und ein klinisch geprüftes, EDV-unterstütztes Risikomanagement, das in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen gemeinsam mit den versorgenden Apotheken und Ärzten etabliert wird. In NRW ist die VIACTIV Partner und Treiber.

Digitale Angebote als Nutzenstifter

„Versicherte erwarten schnelle und unbürokratische Entscheidungen, individuelle Lösungen und Einhaltung von Leistungsversprechen. Die zügige Bearbeitung von Anträgen, der faire Umgang in Konflikten und daraus resultierenden Widersprüchen und die Befragung von Versicherten sind wesentliche Kriterien zur Beurteilung der Qualität“, sagt Reinhard Brücker, Vorstandsvorsitzender der VIACTIV. Denn während der Preis transparent und vergleichbar sei, gestalte sich die Bewertung von Qualität und Leistungsangeboten ungleich schwerer. Es brauche mehr Transparenz sowie einen Abbau von Fehlanreizen. Bei der VIACTIV stellt man sich schon lange die Frage, wie digitale Angebote auch künftig Qualität gewährleisten und setzt sich kritisch damit auseinander. Um die Tragweite digitaler Prozesse zu erfassen, ist es wichtig, diese nicht rein technisch zu begreifen. „Das Problem ist, dass wir die Digitalisierung nur als technische Rationalisierung sehen“, betonte Zukunftsforscher Matthias Horx auf dem parlamentarischen Abend der VIACTIV in Düsseldorf. „Wir sehen die Effizienzsteigerung, aber perfektionieren das Gesundheitssystem nicht und versuchen stattdessen, mit der Digitalisierung ein fehlerhaftes System zu verbessern.“ Der Gründer des Zukunftsinstituts mit Sitz in Frankfurt und Wien fordert ein integriertes Gesundheits- und Fürsorge-System - die „Concierge-Medizin“.

Auf dem Weg zur lebenslangen Gesundheitsakte

Tatsächlich ist die Erweiterung digitaler Services ein wichtiger Schritt dorthin. An einem einzigen Tag gehen 15.000 bis 17.000 Briefe analog oder digital bei der VIACTIV ein.

Um auf die Anliegen der Kunden schnellstmöglich reagieren zu können, wird jeder Posteingang – also auch der aus Papier – sofort in eine digitale Akte umgewandelt und zu einem großen Teil automatisiert verarbeitet. Das findet in dem eigens dafür vorgesehenen „Digital Zentrum“ der Kasse statt und wird realisiert über eine sogenannte „Machine Learning“ Software. Seit Anfang des Jahres konnte die VIACTIV 5000 Neukunden für sich gewinnen. „Das hat nicht allein mit der deutlichen Senkung unseres Beitragssatzes zu tun“, erklärt Reinhard Brücker. „Die VIACTIV ist auch in puncto Qualität und Leistung weiter in die Offensive gegangen. Um unser Leistungsversprechen in die digitale Zukunft zu führen, haben wir seit Februar die neue VIACTIV-App als Grundlage für alle weiteren digitalen Services getestet.“ Damit sollen die erstklassigen Angebote, für die die Krankenkasse regelmäßig ausgezeichnet wird, sukzessive ausgebaut werden und den Kunden alle notwendigen Aktivitäten rund um ihre Gesundheit erleichtern.

Neue Online-Welt in Web und App

Der digitale Kanal ist sehr direkt und eröffnet schnelle Wege zum Kunden. Er kann helfen, den Service weiter zu verbessern. „Hier wollen wir weiterhin, wie heute schon, zu den Besten in Deutschland gehören“, so Brücker. Die Digitalisierung bietet nicht nur einer jungen Zielgruppe Chancen, die sehr digitalaffin ist. Für sie ist es der absolute Normalfall, Vorgänge über das Smartphone abzuwickeln. Alle Versicherten werden über die Verbesserung der Qualität hinaus weitere neue Mehrwertdienste bekommen – natürlich unter Beachtung des Datenschutzes. Auf dem Weg zur lebenslangen Patientenakte hat die VIACTIV bereits jetzt folgende Anwendungen in Umsetzung und Planung: Die Stammdatenverwaltung in der App, das Einreichen von Rechnungen und Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen in der App, Terminerinnerungen, ein elektronisches Postfach zum Austausch von Dokumenten, Online-Erfassung von Unfallfragebögen, Online-Erfassung von Familienfragebögen, Beitrittserklärung online, „Meine Medikamente“-Übersicht, eine Chat-Funktion mit der Kasse, ein Überblick über den Status der Hilfs- und Heilmittel. Bis 2021 sind mit den elektronischen Gesundheits- und Patientenakten weitere Services vorgesehen, wie zum Beispiel die Medikamentenverwaltung, die Verwaltung von Impfungen oder Vorsorgeempfehlungen. Brücker: „Wir können uns in Zukunft die Rolle der Krankenkasse als eine Art „Gesundheitscoach“ der Versicherten gut vorstellen, um die für ihre Lebensumstände optimale Prävention und Versorgung zu planen.“

Gesundheitssystem der Möglichkeiten

Ohne Zweifel werden die digitalen Kanäle in Zukunft eine noch wichtigere Bedeutung erlangen. In anderen Ländern zeigt sich das bereits. In Israel oder in Dänemark würde niemand mit einem Papier-Rezept in eine Apotheke gehen. Dort ist das E-Rezept seit langem etabliert. Telemedizin gehört dort zum Alltag. Wenn Versicherte eine leicht handhabbare digitale Alternative zum Papier erhalten, werden sie diese auch nutzen. Sicher ist es angenehmer, etwa einen Unfallfragebogen am Rechner auszufüllen und per Click zu versenden und sehr schnell eine Bestätigung zu erhalten, als auf ein Papierformular zu warten, dies in einen Umschlag zu stecken und für einen Euro Porto zur Post zu bringen und Tage auf eine Antwort zu warten.
Geplant ist, die digitale Kommunikation auf diversen elektronischen Kanälen wie Chat, App oder E-Postfach schnell und effizient auszubauen, um Versicherten den für sie angenehmsten digitalen Zugangsweg zu bieten. Als Körperschaft des öffentlichen Rechts ist die Krankenkasse jedoch einer Regulierung unterworfen, die es aus Datenschutzgründen nicht immer leicht macht, digitale Lösungen zu finden. So ist es zum Beispiel nicht möglich, als Chat einfach Whatsapp zu verwenden. Dennoch, die in Umsetzung befindliche elektronische Patientenakte eröffnet neue Möglichkeiten. Zum ersten Mal hat der Versicherte alle Daten seines Gesundheitsverlaufs elektronisch verfügbar. Die VIACTIV will den Versicherten Angebote eröffnen, diese Möglichkeit auch zu nutzen.

Empathie statt Bürokratismus

Doch was ist mit den Versicherten, denen sich die digitale Gesundheitswelt nicht mehr erschließt, die aufgrund von schwerer Erkrankung oder ihres Alters basalen Problemen gegenüberstehen? Hier muss die Kasse sich als empathischer Begleiter und Unterstützer zeigen. Sicher ist, der gesetzliche Rahmen auf dem unser Auftrag fußt, muss eingehalten werden. Aber dort wo es Spielräume gibt, müssen wir sie zum Nutzen unserer Versicherten nutzen. Das kann die Gewährung einer stationären Rehabilitation sein, wenn die Kur nicht bewilligt werden kann. Das kann der Hausbesuch vor Ort sein, wenn das Laufen schwer fällt. Das kann die aufmerksame Beratung und Formularhilfe sein, wenn der Amtsschimmel wiehert und man als Versicherter oder Angehöriger nicht mehr weiß, wer was wann und wie bekommt. Ein Beispiel: Aktuell gibt es aufgrund der beschlossenen Aufhebung der Ausschreibungen im Bereich Hilfsmittel sowohl bei den Krankenkassen als auch bei den Sanitätshäusern vermehrt Hektik. Die VIACTIV ist aufgrund des Verzichtes auf Ausschreibungen hiervon nicht betroffen. Wir haben die Qualitätsdefizite bei der Versorgung immer ernst genommen und deshalb keine Ausschreibungen zu Lasten der Kunden vorgenommen. Doch dazu braucht es Empathie, Verständnis dafür wo der Schuh drückt. Eben eine Kasse, die als organische Einheit funktioniert.

Neue Wege zu einer neuen Qualität in der Gesundheitsversorgung

Andreas Schöfbeck
Vorstand der BKK ProVita

Von der Politik wird stets der Wettbewerb unter den gesetzlichen Krankenkassen gefordert und er wird auch aktiv gefördert. Dabei besteht allerdings die Gefahr, dass beim Kampf um den Preis die Qualität der Versorgung an Bedeutung verliert. Der BKK ProVita ist die gute Versorgung ihrer Versicherten sehr wichtig. Sie handelt verantwortungsvoll und setzt auf Qualität, indem sie die ganzheitliche Gesundheit ihrer Versicherten fördert und die Verantwortung eines jeden Einzelnen für seine Gesundheit betont. Dazu beschreitet sie neue – für eine gesetzliche Krankenkasse heute durchaus noch außergewöhnliche – Wege.

„Rufen Sie lieber einmal öfter den Notarzt, sonst kann es schnell einmal zu spät sein.“ Mit diesem Rat an meine Frau wurde ich mit gerade 40 Jahren nach meiner Bypass-Operation und der Diagnose „Coronare Herzkrankheit“ aus der Klinik entlassen. Mein Herz war so schwach, dass ich gerade einmal 20 Meter weit laufen konnte. Die Ärzte gaben mir wenig Hoffnung, wieder gesund zu werden und ich lebte mit der Angst, dass jeder Tag der letzte sein kann.

In dieser schwierigen Situation habe ich angefangen, mich über ganzheitliche Gesundheit zu informieren und erkannte rasch, dass viele Faktoren Einfluss auf die Gesundheit haben. Seither beschäftige ich mich mit den gesundheitlichen Vorteilen vollwertiger pflanzenbasierter Ernährung sowie den Wissenschaftszweigen Epigenetik und Psychoneuroimmunologie. Ich habe gelernt, dass ich meine Gesundheit selbst beeinflussen kann, ich habe Verantwortung für meine Gesundheit übernommen und mein Leben umgestellt. Ich ernähre mich heute vegan, achte auf ausreichend Erholung und Entspannung, meditiere täglich und lebe achtsam und bewusst. Seither geht es mir viel besser. Nachdem ich in über zehn Jahren mehr als 15.000 Tabletten geschluckt habe, kann ich mittlerweile auf Blutdrucksenker, Betablocker und Cholesterinsenker gänzlich verzichten. Auf meiner Suche habe ich festgestellt, dass es bereits viele wissenschaftliche Erkenntnisse gibt, die leider noch nicht in unser Gesundheitswesen eingeflossen sind.

Als Vorstand einer gesetzlichen Krankenkasse ist es mir ein wichtiges Anliegen, meine Erfahrungen und mein Wissen mit anderen Menschen zu teilen und sie daran teilhaben zu lassen. Meine Kenntnisse und Überzeugungen haben die Ausrichtung der BKK ProVita wesentlich geprägt. Wir haben neue Wege beschritten, um unseren Versicherten eine neue Qualität in der Gesundheitsversorgung zu bieten.

Versicherte informieren, Eigenverantwortung stärken und Alternativen anbieten – der Qualitätsanspruch der BKK ProVita

Die BKK ProVita macht ihren Versicherten immer wieder bewusst, dass sie selbst Verantwortung für ihre Gesundheit tragen und viel dafür tun können, gesund zu bleiben oder zu werden. Wir informieren über wichtige Zusammenhänge zur ganzheitlichen Gesundheit und bieten komplementäre Heilmethoden an. So können unsere Versicherten auswählen und den für sie richtigen und wichtigen Weg zu ihrer Gesundheit finden.

Förderung der ganzheitlichen Gesundheit für mehr Qualität im Gesundheitswesen

Zur Erhaltung und Wiederherstellung von Gesundheit ist es elementar, den ganzen Menschen zu betrachten: den Körper, die Seele und den Geist. Diese drei Elemente müssen in Harmonie zusammenwirken, dann kann Gesundheit gelingen. Für den gesunden Körper sind ausreichend Bewegung, gesunde Ernährung und eine intakte Umwelt wichtig. Für Geist und Seele braucht es Entspannung, Achtsamkeit, Gemeinschaft und Spiritualität. All diese Themen nimmt die BKK ProVita auf. Besonders wichtig dabei ist die Förderung von vollwertiger pflanzenbasierter Ernährung.

Pflanzliche Ernährung ist gesund – wenn man’s richtig macht

Meine Erfahrung zeigt mir, dass das Wissen über gesunde Ernährung bei den meisten Menschen überwiegend von den Werbebotschaften der Nahrungsmittelindustrie geprägt ist. Pflanzenbasierte Ernährung rückt zwar immer mehr in die Mitte der Gesellschaft, ihre Vorteile sind der Allgemeinheit aber noch nicht in ausreichendem Maße bewusst. Hier sehe ich großen Informationsbedarf und ich betrachte es als klares Qualitätsmerkmal einer Kranken-

kasse, über die Vorteile vollwertiger pflanzlicher Ernährung zu sprechen und diese zu fördern.

Immerhin stuft die Weltgesundheitsorganisation WHO rotes und unverarbeitetes Fleisch als krebserregend ein und führende deutsche Ernährungswissenschaftler bestätigen, dass mindestens 50 Prozent der Krankheiten durch die Umstellung auf pflanzliche Ernährung geheilt werden könnten.

Dieses Wissen gibt die BKK ProVita weiter und sie fördert die pflanzenbasierte Ernährung bei ihren Versicherten. Natürlich kommen dabei neben den positiven Auswirkungen auf die Gesundheit auch die Auswirkungen der Ernährung auf die Umwelt und der Tierschutz zur Sprache.

Gesundheit kann nur in einer intakten Umwelt gedeihen

Die dramatischen Auswirkungen von Umweltverschmutzung und Klimawandel auf die Gesundheit sind heute unbestritten. Jeder weiß, es muss viel passieren, damit der Klimawandel aufgehalten oder zumindest verlangsamt wird. Und es ist klar: Jeder muss Verantwortung übernehmen und seinen Beitrag dazu leisten – im persönlichen Bereich und in der Gesellschaft. Die BKK ProVita hat diese Herausforderung beherzt angenommen und zahlreiche Maßnahmen zum Schutz der Umwelt ergriffen.

Die große Bedeutung pflanzenbasierter Ernährung für den Umweltschutz wurde uns von den Vereinten Nationen bestätigt: Die „Aktion Pflanzen-Power“ von ProVeg und BKK ProVita erhielt den Klimaschutzpreis „Momentum for Change“ der Vereinten Nationen. Dieser wurde am 11.12.2018 im Rahmen der UN-Klimakonferenz COP24 in Kattowitz verliehen und ging zum ersten Mal nach Deutschland. Die „Aktion Pflanzen-Power“ fördert vollwertige pflanzenbasierte Ernährung in Schulen.

Gemeinwohl stärken mit der Gemeinwohl-Ökonomie – einem Wirtschaftsmodell der Zukunft

Gesundheit kann nur in einem gesunden Umfeld gedeihen. Dazu gehört neben dem Umweltschutz die Förderung einer harmonischen Gemeinschaft und des fairen Miteinanders. Die BKK ProVita bemüht sich um solch ein Gemeinwohl und legt darüber Zeugnis ab: Sie erstellt Gemeinwohl-Bilanzen nach den Vorgaben der Gemeinwohl-Ökonomie. Die Gemeinwohl-Ökonomie hat ein ethisches Wirtschaftsmodell entworfen, bei dem das Wohl von Mensch und Umwelt zum obersten Ziel des Wirtschaftens wird. Nicht maximaler Gewinn, sondern ein gutes Leben für alle wird angestrebt.

Durch die Erstellung von Gemeinwohl-Bilanzen setzt sich die BKK ProVita mit den für das Gemeinwohl wichtigen

Die BKK ProVita

- neutralisiert ihren CO2-Ausstoß durch die Unterstützung von Klimaschutzprojekten in Entwicklungsländern nach dem Gold Standard und handelt als erste Krankenkasse klimaneutral
- führte einen Verhaltenskodex für ihre Lieferanten zur Achtung der Menschenrechte und zum Umweltschutz ein
- bezieht ausschließlich Ökostrom aus 100 Prozent regenerativen Energien,
- nutzt umweltschonendes Büromaterial und verantwortungsvoll erzeugte Werbemittel,
- stellt ihren Fuhrpark auf emissionsarme Kraftfahrzeuge um,
- nimmt am Klimaschutzprojekt der Deutschen Post teil und versendet ihre Post mit GoGreen.

Sebastian Joy (ProVeg, links) und Andreas Schöfbeck (BKK ProVita) mit dem „Momentum for Change-Award" bei der Preisverleihung in Kattowitz

Themen auseinander: Menschenwürde, Solidarität und Gerechtigkeit, ökologische Nachhaltigkeit sowie Transparenz und Mitentscheidung. Dabei muss sie ständig ihr Handeln hinterfragen und sich bemühen, es an den Vorgaben der Gemeinwohl-Ökonomie auszurichten. Der BKK ProVita ist dies sehr gut gelungen. Sie hat bereits zwei Gemeinwohl-Bilanzen erstellt und veröffentlicht – mit sehr guten Ergebnissen.

Qualität durch wissenschaftlichen Beirat

Die BKK ProVita vertraut auf den guten Rat von klugen Leuten und hat einen wissenschaftlichen Beirat berufen. Das Gremium besteht aus acht herausragenden Persönlichkeiten aus Wissenschaft, Politik und Gesellschaft, darunter fünf Professoren, die an Universitäten tätig sind und aktuelle Forschungsergebnisse einbringen. Der wissenschaftliche Beirat berät die Kasse in Fragen der Strategie, Gesundheitspolitik und Versorgung. Er beleuchtet, vertieft und diskutiert dabei mit seinem Expertenwissen unter anderem die Themen Ernährung, Psychoneuroimmunologie, Epigenetik und ethische Unternehmensführung mit dem Ziel, dem Vorstand daraus abgeleitete Handlungsempfehlungen und Impulse zu geben.

Überzeugungen werden bei der BKK ProVita gelebt

Man kann nur überzeugend nach außen vertreten, was man auch verinnerlicht hat. Bei der BKK ProVita werden die vorgenannten Prinzipien gelebt. Als Unternehmen fördern wir bei unseren Mitarbeiter/innen Achtsamkeit, umweltbewusstes Handeln und bieten Beratung zur gesunden Ernährung an.

GEMEINWOHL ÖKONOMIE Ein Wirtschaftsmodell mit Zukunft

TESTAT: AUDIT

VOLLBILANZ

Gemeinwohl-Bilanz 2016 / 17

für: BKK ProVita

Auditor*in: Bernhard Oberrauch

WERT / BERÜHRUNGSGRUPPE	MENSCHENWÜRDE	SOLIDARITÄT UND GERECHTIGKEIT	ÖKOLOGISCHE NACHHALTIGKEIT	TRANSPARENZ UND MITENTSCHEIDUNG
A: LIEFERANT*INNEN	**A1** Menschenwürde in der Zulieferkette 20 %	**A2** Solidarität und Gerechtigkeit in der Zulieferkette 30 %	**A3** Ökologische Nachhaltigkeit in der Zulieferkette 30 %	**A4** Transparenz und Mitentscheidung in der Zulieferkette 30 %
B: EIGENTÜMER*INNEN & FINANZ-PARTNER*INNEN	**B1** Ethische Haltung im Umgang mit Geldmitteln 70 %	**B2** Soziale Haltung im Umgang mit Geldmitteln 100 %	**B3** Sozial-ökologische Investitionen und Mittelverwendung 50 %	**B4** Eigentum und Mitentscheidung 80 %
C: MITARBEITENDE	**C1** Menschenwürde am Arbeitsplatz 60 %	**C2** Ausgestaltung der Arbeitsverträge 60 %	**C3** Förderung des ökologischen Verhaltens der Mitarbeitenden 40 %	**C4** Innerbetriebliche Mitentscheidung und Transparenz 70 %
D: KUND*INNEN & MITUNTERNEHMEN	**D1** Ethische Kund*innenbeziehungen 60 %	**D2** Kooperation und Solidarität mit Mitunternehmen 80 %	**D3** Ökologische Auswirkung durch Nutzung und Entsorgung von Produkten und Dienstleistungen 60 %	**D4** Kund*innenmitwirkung und Produkttransparenz 80 %
E: GESELLSCHAFT-LICHES UMFELD	**E1** Sinn und gesellschaftliche Wirkung der Produkte und Dienstleistungen 90 %	**E2** Beitrag zum Gemeinwesen 90 %	**E3** Reduktion ökologischer Auswirkungen 80 %	**E4** Transparenz und gesellschaftliche Mitentscheidung 60 %

Testat gültig bis: 31.01.2020

BILANZSUMME 604

Mit diesem Testat wird das Audit des Gemeinwohl-Berichtes bestätigt. Das Testat bezieht sich auf die Gemeinwohl-Bilanz 5.0.
Nähere Informationen zur Matrix, den Indikatoren und dem Audit-System finden Sie auf www.ecogood.org

Testat der zweiten Gemeinwohl-Bilanz der BKK ProVita

Zukunftsfelder der Medizin identifizieren

Ich bin der festen Überzeugung, dass bestimmte Wissenschaftsfelder unser Gesundheitswesen erheblich verbessern können. Dazu zählt für mich die Psychoneuroimmunologie, die sich mit der Wechselwirkung der Psyche, des Nervensystems und des Immunsystems beschäftigt. Die Epigenetik sehe ich ebenfalls als zukunftsweisendes Forschungsgebiet. Sie erforscht, inwiefern Umwelteinflüsse oder Lebensstilaspekte die Aktivität von unseren Genen beeinflussen. Leider werden diese Forschungsfelder noch zu wenig beachtet und ich wünsche mir, dass ihnen die Bedeutung beigemessen wird, die sie für die Gesundheit der Menschen haben.

Neue Qualitätsansprüche verantwortungsbewusster Menschen – auch bei der Wahl der Krankenversicherung.

Meine persönliche Geschichte hat ein gutes Ende: Mir geht es heute gut; ich fühle mich vital und gesund. Mein letzter Arztbesuch liegt mittlerweile mehr als drei Jahre zurück. Dies ist mein persönlicher Erfolg. Der Erfolg der BKK ProVita ist ebenfalls zu erkennen. So wie immer mehr Menschen Verantwortung für ihre Gesundheit übernehmen, so übernehmen sie Verantwortung in der Gesellschaft und für die Umwelt. Diese verantwortungsbewussten Menschen wählen auch ihre Partner – z. B. ihre Krankenversicherung – nach diesen Maßstäben.

QR-Code mit Verlinkung zur Homepage www.bkk-provita.de

Dies erkennen wir bei der BKK ProVita an unserer steigenden Beliebtheit. Wir werden immer bekannter und freuen uns über Zuspruch und Mitgliederwachstum. Weitere Informationen zur BKK ProVita findet man auf der Homepage www.bkk-provita.de.

Rechtlichen Rahmen für neue Qualität schaffen

Der Gesetzgeber muss dafür Sorge tragen, dass innovative Versorgungsansätze wie Psychoneuroimmunologie, Epigenetik und vollwertige pflanzenbasierte Ernährung schneller in die Aus- und Weiterbildung in allen Gesundheitsberufen und in die medizinische Versorgung der Menschen kommen.

Darüber hinaus müssen die besonderen Qualitätsmerkmale der BKK ProVita anerkannt und honoriert werden. Krankenkassen als Teil der mittelbaren Staatsverwaltung muss es möglich sein, einen Mehraufwand für nachhaltiges und gemeinwohlorientiertes Handeln zu betreiben. Die BKK ProVita stößt hier immer wieder an Grenzen, so beim strikten Wirtschaftlichkeitsgebot. Die Politik ist hier gefordert, den rechtlichen Rahmen zu schaffen.

Wenn Krankenkassen neue Wege gehen können und es gelingt, die vorgenannten Themen in der Versorgung der Menschen adäquat zu berücksichtigen und im Bewusstsein der Gesellschaft zu verankern, leisten wir einen wichtigen Beitrag zu mehr Gesundheit. So können alle von einer neuen Qualität der Gesundheitsversorgung profitieren.

Die Außenanlagen der Hauptverwaltung der BKK ProVita ziert eine ökologisch wertvolle Wildblumen-Ansaat.

Neue Qualitätsperspektive: Mehr Lebensqualität durch Hörversorgung für Menschen mit Demenz

Franziska Knoll
Referentin Unternehmenskommunikation, IKK Südwest
Dr. Juliane Schwoch
Leiterin Abteilung Presse- und Öffentlichkeitsarbeit, Bundesinnung der Hörakustiker KdöR (biha)

Die IKK Südwest und die biha arbeiten seit 2016 zusammen, um als Krankenversicherer und Leistungserbringer Qualitätssteigerung durch progressive Maßnahmen zu erreichen. Mit diesem Ziel brachten sie eine gemeinsame Versichertenumfrage auf den Weg. Auf Basis der Ergebnisse wurden weitere Methoden entwickelt. 2017 wurde gemeinsam das Thema „Demenz und Hörsystemversorgung“ in den Fokus gerückt, um Patienten zu sensibilisieren und den Netzwerkgedanken innerhalb des Gesundheitssystems zu fördern.

Lebensqualität von Menschen mit Demenz: Hören spielt eine Rolle

Mit circa 1,4 Millionen Betroffenen ist Demenz eine der am stärksten verbreiteten Erkrankungen in Deutschland. Dabei stellt Alzheimer die häufigste Form von Demenz dar. Nahezu 70 % der Alzheimerpatienten werden laut der Alzheimer Forschung e.V. zu Hause gepflegt. Bereits Erkrankte mit einer mittelschweren Demenz neigen zu einer veränderten Wahrnehmung ihrer Selbst und der Umgebung. Somatische Erkrankungen werden bei Demenz oft übersehen; dies betrifft auch die Schwerhörigkeit, da schwer erkennbar ist, ob eine fehlende Antwort auf die Demenzerkrankung oder „nur“ auf mangelndes Hörvermögen zurückzuführen ist.

Stärker als bei anderen Krankheitsbildern ist die Lebensqualität von Patienten und Angehörigen eng miteinander verknüpft. Emotionale Bindung - wie das Hören einer vertrauten Stimme - kann einen entscheidenden Einfluss auf das tägliche Miteinander haben. Wissenschaftliche Studien beschäftigen sich ausführlich mit den Auswirkungen, die die Betreuung von Demenzkranken auf die Gesundheit von pflegenden Angehörigen haben kann. Dabei wird das gegenseitige akustische Verstehen bisher weitgehend vernachlässigt; obwohl eine besondere Relevanz offensichtlich ist.

Durch einen behutsamen und aktiven Umgang mit den Demenzkranken soll eine möglichst normale und selbständige Lebensführung trotz krankheitsbedingter Einschränkungen ermöglicht werden. Demenzpatienten sollen zudem bei allen Alltagshandlungen unterstützt werden. Gutes Hören ist dabei wichtig und eine Grundbedingung für aktives Gedächtnistraining.

Thesen zum Zusammenhang zwischen Demenz und Hörverlust

Internationale wissenschaftliche Studien stellen einen Zusammenhang zwischen Demenz und Hörverlust her. Ihren Thesen liegt die Beobachtung zugrunde, dass bei einem Hörverlust einzelne Frequenzen wegfallen und mit ihnen Sprachinformationen. Das Gehirn kompensiert den Verlust und ergänzt fehlende Informationen. Das erfordert deutlich mehr Leistung und damit Kapazitäten als bei einem normal hörenden Menschen. Die höhere kognitive Anstrengung könnte, so eine These, das Erinnerungsvermögen belasten. Die nächste geht von einer veränderten Gehirnstruktur durch diese höhere kognitive Belastung aus. Die veränderte Gehirnstruktur führe dann zu einer veränderten Gehirnfunktion. Andere Wissenschaftler meinen, dass bei einem unversorgten Hörverlust entscheidende Areale des Gehirns nicht mehr beansprucht und sich zurückbilden würden.

Bereits ein schwacher Hörverlust könnte das Risiko an Demenz zu erkranken innerhalb von 10 Jahren verdoppeln. Ein mittlerer Hörverlust könnte es bereits um das Dreifache, ein schwerer um das Fünffache erhöhen. Dagegen könnte das Tragen von Hörsystemen den kognitiven Abbau verringern.

Fest steht, dass ein Hörverlust nicht selten zu Rückzug bis hin zur Isolation führt, weil die Kommunikation mit den Mitmenschen anstrengend wird oder weil sich die Betroffenen für ihr ständiges Nachfragen schämen. Wird die Kommunikation mit Demenzpatienten schwierig, stellt das eine zusätzliche große Belastung für Patienten und Pflegende bzw. Angehörige dar. Umso wichtiger ist es, Demenzpatienten frühzeitig und in jeder Phase bestmöglich mit Hörsystemen zu versorgen. Dafür sind Hörakustiker bestens ausgebildet.

Hörakustiker aktiv bei Demenzprävention

Gutes Hören ist wichtig für Teilhabe und Lebensqualität. Umso notwendiger ist es, von Demenz betroffene Schwerhörige mit Hörsystemen zu versorgen. Gerade für sie, die mehr und mehr die Teilhabe und den Kontakt zur Umwelt verlieren, kann gutes Hören einer weiteren Verschlechterung des Gesundheitszustandes entgegenwirken. Die Studien, die diesen Zusammenhang zwischen Hörverlust und Demenz herstellen, eröffnen damit gleichzeitig eine Chance auf Prävention.

Die biha geht von 5,4 Millionen Schwerhörigen in Deutschland aus, davon sind etwa 6,5 Prozent Demenzpatienten. Bereits jetzt versorgen Hörakustiker flächendeckend und wohnortnah 3,5 Millionen Schwerhörige, unter ihnen viele Demenz-Betroffene. Zurzeit übernehmen Hörakustiker eine Vorreiterrolle im Gesundheitswesen. Sie weisen verstärkt darauf hin, dass eine rechtzeitige Versorgung mit einem Hörgerät, sich präventiv auf eine Demenzerkrankung auswirken kann.

Qualität durch Kompetenz – Hörsystemversorgung bei Demenzkranken

Auf dem Lübecker Campus Hörakustik bilden die Akademie für Hörakustik (afh) und die Landesberufsschule für Hörakustiker und Hörakustikerinnen (LBS) seit über 45 Jahren gemeinsam aus. Die duale Ausbildung mit bundeseinheitlicher Abschlussprüfung sichert die hohe Versorgungsqualität. Über 15.000 Hörakustiker versorgen bundesweit und wohnortnah Schwerhörige vom Säuglingsalter an.

Jeder Hörakustiker lernt bereits in seiner Ausbildung die anspruchsvolle Hörsystemversorgung bei Demenzpatienten. Darüber hinaus gibt es Fortbildungen zu dem Thema. Sie werden sowohl in Psychoakustik geschult, im psychologischen Umgang mit Dementen als auch in der praktischen Anpassung. Hörtests und Anpassung ähneln denen für Kleinkinder und Kinder und benötigen keine aktive Mitarbeit der Testperson. Denn während sich Kleinkinder noch nicht ausdrücken können, wird es für Demenzpatienten immer schwieriger, sich auszudrücken.

Altersbedingter Hörverlust und Demenz entwickeln sich beide zumeist ab dem 65. Lebensjahr, also parallel. Hörakustiker betreuen viele Patienten schon vor deren Erkrankung und sehen die Entwicklung. Sie sind geschult darin Menschen zu beobachten und erkennen, ob der Hörverlust den Kunden beeinflusst oder ob ein anderes Problem vorliegt. Dann verweisen sie an Fachärzte wie HNO-Ärzte, Neurologen oder andere.

Qualität durch Zeit für Beratung und technischer Anpassung beim Hörakustiker

Der Umgang mit Demenzpatienten und die Hörsystemversorgung sind ungleich aufwendiger, was Zeit und technische Ausstattung betrifft, als bei gesunden Schwerhörigen. Es ist wichtig, dass Krankenkassen wie beispielsweise die IKK Südwest das Thema mehr und mehr aufgreifen. Das Bewusstsein für bessere Strukturen und die Anforderungen, die die Versorgung an die Hörakustiker stellt, ist bereits vorhanden und man steht in Kontakt. Aktuell haben sich weit über 3.000 Hörakustiker explizit zur Versorgung Demenzerkrankter auf www.hoerakustiker-suche.de geäußert. Die biha wird auf diesem Gebiet weiterhin mit Partnern Aufklärungsarbeit leisten. Sie wird Strukturen schaffen um auch diejenigen zu versorgen, die nicht (mehr) zum Hörakustiker-Betrieb kommen können.

Versorgt werden muss in diesen Fällen im privaten Umfeld oder in Pflegeeinrichtungen. Es kann nicht sein, dass die Hörsystemversorgung online oder telefonisch vorgenommen wird. Wichtig sind und bleiben die frühzeitige Hörsystemversorgung und damit regelmäßige Hörtests.

Qualität durch Vernetzung und aktive Einbindung der Krankenkasse

Ein immer wieder genannter, jedoch in der Realität ab und an vernachlässigter Aspekt von nachhaltiger Versorgungsqualität ist die Vernetzung durch den partnerschaftlichen Umgang der professionellen Akteure des Gesundheitswesens untereinander sowie mit den Betroffenen und pflegenden Angehörigen. Bei einem hohen Versorgungsanspruch für Menschen mit Demenz gilt dies in ganz besonderem Maße. Vor diesem Hintergrund diskutieren die biha und IKK Südwest auf Grundlage von Kundenfeedbacks und Zufriedenheitsmessungen, wie die Hörversorgung weiter verbessert werden kann. Dabei ergaben Umfrageergebnisse, dass – wie häufig im Gesundheitswesen – oftmals die Wahl des Hörakustikers auf Empfehlungen aus dem Bekannten- und Familienkreis zurückzuführen ist und meist im regionalen und nahen Umfeld stattfindet. Befragt nach der Güte der Beratung durch den Hörakustiker und zur Qualität der letztlich gewählten Versorgung, zeigten sich die Kunden mit einer Beratungsnote von 8,8 (Skala 1-10) sehr zufrieden. Auch die ausgewählten Hörsysteme wurden mit 8,1 von 10 den Erwartungen gerecht.

Zur Aufgabe einer Krankenkasse gehört es nicht nur, den gesetzlich definierten Festzuschuss bei einer Hörversorgung einfach und schnell zu bezahlen, sondern Aufklärung und konkrete Information für Versicherte anzubieten. Als ein zentraler Akteur im Gesundheitswesen gelingt dies am sinnvollsten in einem Wertschöpfungsnetzwerk mit Gesundheitspartnern, da Wissen und Ansprechpartner über den Tellerrand der jeweiligen Fachprofession hinaus spezifisch gebündelt und veranschaulicht werden können. Auf diese Weise entstehen im Dialog nicht nur vereinfachte Kommunikationsstrukturen und Versorgungsabläufe. Ein echter Mehrwert für Betroffene und Angehörige ist entscheidend für eine solide Patientensicherheit als Ganzes.

Zur Hörversorgung werden gemeinsam Positionen und Aufklärung über frühzeitige Hörtests und den Nutzen im Zusammenhang mit relevanter Lebensqualität durchgeführt. Auch das spezifische Krankheitsbild Demenz wird dabei berücksichtigt. Beispielsweise bei der Frage nach einem Ersatz bei verlorenen Hörsystemen werden bei der IKK Südwest in der Beratung Gesamtlebensumstände berücksichtigt. Ablehnungen von Folgeausstattungen nach Verlust etwa bei Menschen mit Demenz sind in diesem Sinne in aller Regel undenkbar. Dies gilt noch nicht bei allen Krankenkassen.

Für eine gute Gesundheitsversorgung ist es erforderlich, dass die Qualität der Beratungs- und Bewilligungsprozesse von Krankenkassen transparenter und vergleichbarer werden. Beispielsweise eine Verpflichtung zur Veröffentlichung von Daten und Fakten zu Beschwerden, Widersprüchen und Sozialgerichtsverfahren kann Auskunft darüber geben, wie sich eine Leistungsbewilligung gestaltet. Die IKK Südwest veröffentlicht seit drei Jahren entsprechende Kennzahlen auf der Website.

Der problem-orientierte Blick auf die Krankenkassen als besondere Chance: Beiträge zur Qualitätsdiskussion der Patienten-beratung

Thorben Krumwiede
Geschäftsführer der UPD,
Unabhängige Patientenberatung
Deutschland gGmbH

Aus den jährlichen Monitor-Berichten der Unabhängigen Patientenberatung können Krankenkassen leicht Verbesserungspotenziale ableiten. Der vorhandene Mangel an vergleichbaren Daten zur Leistungserbringung schränkt allerdings die Möglichkeiten der Versicherten ein, sich ein realistisches Bild von der Leistungsbereitschaft jenseits von Satzungsleistungen oder der Höhe des Zusatzbeitrags zu machen.

Den praktisch nutzbaren Hinweisen, die eine Einrichtung wie die Unabhängige Patientenberatung zur Frage der Qualität von Krankenkassen geben kann, ist -damit keine Missverständnisse aufkommen- immer ein Disclaimer vorzuschalten. Einen Anspruch auf Repräsentativität erhebt die Patientenberatung nicht – aus verschiedenen Gründen. Einerseits wenden sich viele Ratsuchenden an die UPD, die ein Problem innerhalb unseres Gesundheitssystems haben und dementsprechend unzufrieden sind. Andererseits können nur die subjektiven Erfahrungen der Versicherten und Patienten erfasst werden.

Im Jahr 2017 wurden mehr als 155.000 Beratungen in unserem Beratungsdokumentation systematisiert erfasst: Unsere Rückmeldungen auf Grundlage des Beratungsgeschehens sind für aufmerksame Akteure des Gesundheitswesens mit Veränderungsbereitschaft aber von großem Wert. Frühere Patientenbeauftragte der Bundesregierung haben von einer Seismografen-Funktion der Patientenberatung gesprochen. Diese Umschreibung ist zielführend: Ich bin überzeugt, dass die Patientenberatung mit ihren Rückmeldungen einen Beitrag dazu leisten kann, das Gesundheitswesen patientenorientierter zu gestalten – wenn die Ausschläge des Seismografen auch zur Kenntnis genommen werden. Deshalb freuen wir uns zur Einladung zum Dialog über den Qualitätswettbewerb der Krankenkassen.

Unser Vorteil bei der Rückmeldung ist, dass wir sehr dicht an den Problemen der Menschen und besonders der Versicherten sind. Im Beratungsgeschehen der Patientenberatung spielt die konkrete Leistungserbringung durch die Krankenkassen eine hervorgehobene Rolle: Innerhalb der (sozial-) rechtlichen Beratungen, die rund 2/3 unserer Beratungen ausmachen, ist die Nachfrage nach Beratungen, die Krankenkassen und andere Kostenträger betreffen, mit Abstand am größten.

Aus den Monitor-Berichten können Krankenkassen ohne größere Anstrengungen ableiten, welche Probleme Versicherten haben, wie Versicherte die Kommunikation und den Umgang mit der Krankenkasse erleben und wie Krankenkassen mit einer qualitativ guten Leistung punkten könnten – vor allem mit einer verständlichen und in besonders belastenden Situationen noch dazu einfühlsamen Kommunikation. Ein Beispiel ist der Umgang und die Kommunikation bei Widersprüchen und die auch vom Bundesversicherungsamt kritisierte Praxis einer anlasslosen Zwischeninformationspraxis bei laufenden Widersprüchen in irreführender Form. Krankenkassen halten Versicherte auf unterschiedlichen Wegen dazu an, ihren Widerspruch zurückzunehmen.

Neben diesen ganz praktischen Ableitung zur für Versicherte sehr direkt spürbaren Qualität der Leistungserbringung kann die Unabhängige Patientenberatung zur Frage der Qualität von gesetzlichen Krankenkassen im Wettbewerb untereinander wiederum wenig beitragen. In Ermangelung von öffentlich einsehbaren Daten, die die Qualität der realen Leistungserbringung für die Versicherten vergleichbar machen, bleibt nur der Hinweis auf Beitragssätze und die Profilierungsmöglichkeiten durch Satzungsleistungen oder unterschiedliche Formen der Kommunikation mit den Versicherten. So könnte für das eigene Qualitätsmanagement eine Analyse des Bewilligungsverhaltens einen zentralen Leistungsaspekt der Kassen in den Fokus rücken. Unterschiedliche Beispiele zeigen, dass durch eine systematisierte Aufbereitung von Daten die Chance besteht, Entscheidungen auf Basis relevanter Informationen zu ermöglichen. Eine Weiterentwicklung des Wettbewerbsgedankens im GKV-System hin zu einem größeren Fokus auf Qualität in der Leistungserbringung wäre zudem auch ein wichtiger Schritt zu einem patientenorientierteren Gesundheitswesen.

Transparenz für Versicherte ist die Grundbedingung eines fairen Krankenkassen-wettbewerbs

Kai Helge Vogel
Leiter Gesundheit und Pflege beim Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv)

Die Rückkehr zur paritätischen Finanzierung zum 01. Januar 2019 war eine notwendige finanzielle Entlastung der gesetzlich Krankenversicherten. Die Entscheidung führte auch zu einer Entschärfung des Preiswettbewerbs zwischen den Krankenkassen.

Zwar versuchen Kassen, um im Wettbewerb um Versicherte zu bestehen, noch immer Ausgaben zu vermeiden und ihre Zusatzbeiträge dadurch möglichst niedrig zu halten und auch Verbraucher müssen ihrerseits weiterhin auf die von ihnen zu zahlenden Beiträge achten, um ihre eigene finanzielle Belastung zu begrenzen.Trotzdem können Krankenkassen nun wieder stärker mit besonderen Leistungen sowie Service- und Qualitätsaspekte punkten. Spätestens im Fall von Krankheit ist jeder Versicherte auf seine Krankenkasse angewiesen. Hier gilt es daher weitere Schritte zu gehen. Der Titel des aktuell vorgelegten Entwurfs des Gesetzes für eine faire Kassenwahl hatte Hoffnungen auf weitere Schritte gemacht, die Inhalte halten aber bedauerlicherweise nicht das was sie versprechen.

Krankenkassen im Wettbewerb um Versicherte

Die Stärkung des Qualitäts- gegenüber dem Preiswettbewerb kann nur gelingen, wenn Versicherte die ihnen von den Krankenkassen angebotenen Leistungen und Angebote beurteilen, das heißt vor allem vergleichend zur Grundlage von qualitätsgesicherten Wahlentscheidungen machen können. Müssen die Krankenkassen beispielsweise die Inhalte von Selektivverträgen weiterhin nicht veröffentlichen, wird es nur Wettbewerb um behauptete Qualität geben, die den Versicherten wenig nützt. Als Auswahlkriterium bleibt den Versicherten dann weiterhin nur der kassenindividuelle Zusatzbeitrag. Dies kann und darf nicht die Zielsetzung eines Gesetzes für eine faire Kassenwahl sein. Man muss sich fragen, warum das Ergebnis der Bestandsaufnahme der Bundesregierung zum GKV-Finanzstruktur- und Qualitätsweiterentwicklungsgesetz des Jahres 2014 in wesentlichen Punkten noch immer zutreffend ist und nicht längst gehandelt wurde. Der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen war und ist weiterhin zu wenig am Versicherten- sowie Patientennutzen orientiert und fokussiert sich zu stark auf den Preiswettbewerb.

Transparenz bei Leistungsbewilligung und -ablehnung notwendig

Ein fairer Kassenwettbewerb kann nur entstehen, wenn Versicherte nicht allein über die anfallenden Zusatzbeiträge, sondern auch über die Service-, Beratungs- und Versorgungsleistungen ausreichende Informationen zur Verfügung haben. Bislang steht es den Kassen frei, zum Beispiel über ihre besonderen Satzungsleistungen oder Selektivverträge zu informieren. Dabei zeigt sich häufig, dass im Wettbewerb um Versicherte das Marketing gegenüber der Information den Vorrang hat. Angesichts dessen muss eine bessere Vergleichbarkeit der einzelnen Krankenkassen für Verbraucher ermöglicht werden. Verbindliche und einheitliche Informationspflichten für Krankenkassen können dazu beitragen, dass sie nicht nur Kosten, sondern auch Service-, Beratungs- und Leistungsangeboten der verschiedenen für sie wählbaren Krankenkassen vergleichen und für eine fundierte Wahlentscheidung nutzen können.

Von besonderer Bedeutung ist die Herstellung von Transparenz über das Genehmigungsverhalten der einzelnen Krankenkassen. So hatte auch die ehemalige Patientenbeauftragte der Bundesregierung, Ingrid Fischbach, ebenso wie das Bundesversicherungsamt in seinem Sonderbericht zum Wettbewerb in der GKV gefordert, die Widerspruchszahlen der einzelnen Krankenkassen zu veröffentlichen. Auch die Verbraucher sprachen sich im Rahmen einer im Jahr 2017 im Auftrag des Verbraucherzentrale Bundesverbands durchgeführten repräsentativen Umfrage mit 78 Prozent klar für eine Veröffentlichung dieser Zahlen aus. Vereinzelt gehen Krankenkassen hier bereits vorbildlich auf die Bedürfnisse ihrer Versicherten ein und veröffentlichen Angaben. Was fehlt, sind konkrete verbindliche Pflichten und Vorgaben, die für die Versicherten eine Vergleichbarkeit aller Kassen ermöglichen.

Belange der Versicherten in den Fokus nehmen

Die zunehmende Digitalisierung im Gesundheitswesen macht die Notwendigkeit von mehr Transparenz sehr deutlich. Einzelne innovative Krankenkassen übernehmen beispielsweise bereits Kosten von speziellen medizinischen Apps und weiteren digitalen Anwendungen. Verbindliche detaillierte Informationen sowie vergleichbare und grundlegende Übersichten für Verbraucher fehlen jedoch bislang nahezu vollständig. Verbraucher benötigen hier für eine fundierte Wahlentscheidung einfache und verlässliche Informationen, um sich einen Überblick über die vorhandenen unterschiedlichen Angebote aller für sie wählbaren Krankenkassen zu verschaffen. Aber auch bei den Service- und Beratungsleistungen der Kassen sind in der Praxis spürbare Unterschiede zu verzeichnen. Anstelle von vergleichbaren und verständlichen Informationen treffen Versicherte aber auch hier leider häufig auf nicht ausreichende allgemeine oder werbende Hinweise. Veröffentlichungspflichten können hier Abhilfe schaffen und ebenso etwa eine vollständige Darstellung der verbraucherrelevanten Aspekte durch Online-Portale, wie z. B. der Stiftung Warentest, ermöglichen.

Es verwundert und ist ein Ärgernis, dass die Mehrzahl der Krankenkassen hier seit Jahren selbst derart zurückhaltend ist und sich dem Wettbewerb an dieser Stelle letztendlich verweigert. Zumal es keinesfalls darum geht die beste Kasse Deutschlands zu küren, sondern jedem einzelnen Versicherten die Möglichkeit zu geben, die am besten zu seinen individuellen Bedürfnissen und Wünschen passende Kasse auszuwählen. Um Versicherte langfristig an sich zu binden und auf dem Markt bestehen zu können, kann sich diese Transparenz auch für die Kassen letztendlich nur auszahlen. Hier sollte die Bundesregierung handeln und die aufgezeigten Optionen als erste Schritte für mehr Service- und Leistungsorientierung bei den Krankenkassen angehen.

Impressum

Herausgeber:
Dr. Albrecht Kloepfer
Wartburgstraße 11 | 10823 Berlin

post@ix-institut.de | www.ix-media.de

Redaktion:
Dr. Albrecht Kloepfer, Dr. Jutta Visarius, Sören Griebel

In Zusammenarbeit mit USE IM UNIONHILFSWERK

Druck:
PrintingHouse,
Union Sozialer Einrichtungen gGmbH,
Genter Str. 8 in 13353 Berlin

Satz und Layout:
Mediengestaltung der
Union Sozialer Einrichtungen gGmbH,
Koloniestr. 133–136 in 13359 Berlin

www.u-s-e.org

Erscheinungsweise: Mindestens 6 Ausgaben im Jahr. Bezugspreis 78,– Euro einschließlich Versandkosten (Inland) und MwSt. Ein Abonnement verlängert sich um ein Jahr, wenn es nicht sechs Wochen vor Ende des Kalenderjahres gekündigt wird. Sämtliche Nutzungsrechte am iX-Forum liegen bei der iX-Media. Jegliche Nutzung, insbesondere die Vervielfältigung, Verbreitung, öffentliche Wiedergabe oder öffentliche Zugänglichmachung ist ohne die vorherige schriftliche Einwilligung der iX-Media unzulässig.

Die Fotorechte liegen bei der jeweiligen Institution.

ISSN 2569-6289, 25. Jahrgang 2019, Ausgabe 2 · 2019,
Erscheinungsdatum: 22. Mai 2019

Themenvorschau 2019

Folgende Themen bewegen das iX-Media Team und sollen in der iX-Forum Reihe näher betrachtet werden:

- **eHealth-Gesetz 2 – Durchbruch bei der Digitalisierung?**
- **Apothekenleistungen, Arzneimittel-distribution und Versandhandel?**
- **Potentiale von Gesundheitsregionen**
- **Finanzierung von Innovationen**

Die Aufzählung unterliegt keiner zeitlichen Reihenfolge. Selbstverständlich reagieren wir auch auf aktuelle politische Entwicklungen

Die iX-Forum Reihe wird bundesweit mit über 2.500 Exemplaren personalisiert an Parlamente, Ministerien, Verbände, wissenschaftliche Fachgesellschaften und andere wichtige Akteure im Gesundheitswesen versandt.

Sie haben Interesse, einmal einen Diskussionsbeitrag in der iX-Forum Reihe zu veröffentlichen? Kommen Sie mit uns ins Gespräch.

Besuchen Sie unsere Website:

www.ix-media.de

www.ix-media.de