

KRANKENVERSICHERUNG

- > *Zustand und Zukunft der Pflege*
- > *Ergebnisqualität bei Krankenkassen*
- > *Sektorenübergreifende Vergütung*
- > *Innovationsfonds und Transformation*
- > *Patientenmobilität Europa*

Ausgabe 1 | 2019



www.welt-der-krankenversicherung.de

Der Herausgeberbeirat:

Bettina am Orde

Georg Baum

Prof. Dr. Dr. Alexander P.F. Ehlers

Roland Engehausen

Ulf Fink

Birgit Fischer

Dr. Rainer Hess

Dr. Volker Leienbach

Claus Moldenhauer

Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery

Dr. Robert Paquet

Dr. Uwe K. Preusker

Dr. Mani Rafii

Prof. Dr. Herbert Rebscher

Joachim M. Schmitt

Prof. Dr. Eberhard Wille

Herausgegeben von Rolf Stuppardt



Dr. h. c. Helmut Hildebrandt¹,
Vorstandsvorsitzender
OptiMedis AG, Hamburg

Ergebnistransparenz: Der Qualitätswettbewerb unter Krankenkassen braucht einen neuen Rahmen

Es ist Zeit, einen neuen Aufbruch zu wagen und den Wettbewerb der Krankenkassen um die Perspektive der Versichertenzufriedenheit und der Gesundheitsergebnisse zu erweitern – im Sinne eines Value-Based Healthcare-Ansatzes. Durch den Vergleich von Krankenkassen untereinander könnte ein neuer Hebel entstehen, der gesellschaftlich und volkswirtschaftlich zu wünschende Ergebnisse mit dem betriebswirtschaftlichen Interesse von Krankenkassen und Leistungserbringern und gleichzeitig mit dem Interesse von Patienten und Versicherten verbindet. Der Autor reagiert mit seinen Ausführungen auf das Editorial von Rolf Stuppardt in WdK 10/2018 und das Interview mit Dr. Hans Unterhuber, Vorstandsvorsitzender der SBK, in der gleichen Ausgabe.

Durch das GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 und die folgenden Weiterentwicklungen haben Krankenkassen deutlich mehr Möglichkeiten, sich in ihren Leistungen zu differenzieren – z. B. über Selektivverträge, aber auch über eigene Angebote wie Call-Center, Medien und Internetauftritte, Bonusverträge, digitale Lösungen und APP-Unterstützungen. Der reine Kosten- und Beitragssatzwettbewerb alter Prägung (vgl. die Kritik von Cassel et al., 2008, daran) ist de facto schon lange überholt. Heute können sich Krankenkassen, wie Dr. Hans Unterhuber in WdK 10/2018 mit bemerkenswerter Konsequenz darlegt und in der

eigenen Organisation anstrebt, zusätzlich durch Versorgungs- und Servicegestaltung, Genehmigungspraxis, Transparenz und durch die Convenience für ihre Kunden unterscheiden. Hierzu folgt später mehr, zunächst aber zu einem Versäumnis in der bisherigen Diskussion um die Qualität von Krankenkassen. Dieses überrascht umso mehr, da nicht zuletzt auch von Krankenkassenseite diese Frage in der öffentlichen Diskussion in Richtung Leistungserbringer mit Recht in den Vordergrund gestellt wird.

Ergebnisqualität – seit dem Jahr 2000 auf der politischen Agenda

Das Thema „Ergebnisqualität“, „outcome-basierte Vergütung“, „Fee for performance (F4P)“, „Fee for Success“ bzw. „Value-Based Healthcare“ hat sich auf der gesundheitspolitischen Agenda in

den vergangenen Jahren nach oben bewegt. Reflektieren wir die steigen-

¹ Der Artikel ist beeinflusst durch die Diskussionen in der Gesundheitspolitischen Kommission der Heinrich-Böll-Stiftung in dem 2013 vorgelegten Bericht „Wie geht es uns morgen?“ (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 er die Diskussion im Vorstand und im Aufsichtsrat der OptiMedis AG auf. Hierfür gebührt mein Dank Dr. Alexander Pimperl, Dr. Oliver Gröne, 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, Prof. Dr. Ilona Kickbusch, Prof. Dr. Heike Köckler, Dr. René Buck, Jochen Herdrich, Prof. Dr. Gerd Glaeske. Ein weiterer Unterstützer in dieser Diskussion ist Prof. Dr. Josef Hilbert, auch ihm gilt mein Dank.

den Qualitätsanforderungen an Leistungserbringer und Industrie und stimmen wir mit den weiterentwickelten Möglichkeiten der Leistungs differenzierung überein, wäre zu erwägen, ob sich nicht auch Krankenkassen unter dem Gesichtspunkt ihrer Gesundheitsergebnisse vergleichen könnten. 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 Fallzahlen zum Teil zu klein sind, die Informationen asymmetrisch verlaufen, die Herausforderungen der adäquaten Risikoadjustierung groß sind, es die Besonderheit gibt, 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 Qualität von Outcomes gegeben werden kann (Schrappe, 2015:102).

Mit Ausnahme der (wenigen) Krankenkassen, die noch mit Versicherten zahlen von unter 100.000 Versicherten operieren, können die oben genannten Gegenargumente nicht auf Krankenkassen übertragen 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 miteinander 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.
4. Was die Verantwortung für die Outcomequalität angeht, stellen sich möglicherweise ähnliche Fragen. Auf der anderen Seite haben Krankenkassen weitergehende Möglichkeiten, ihre Versicherten zu unterstützen und zu einem optimalen Gesundheitsverhalten zu motivieren – durch

adäquate Informationen, Bonusverträge, Integrations- und andere Selektivverträge, durch eigene oder fremd betriebene Call-Center, digitale Plattformlösungen mit Datentransparenz für die Versicherten oder mithilfe eventueller Kooperationen.

Wenn insofern Ergebnisqualität als ein Bestandteil des gewünschten Wettbewerbs durch den Gesetzgeber angereizt werden soll, dann liegt es nahe, hier nach geeigneten Instrumenten zu suchen (vgl. Nolting, 2017). Einer Krankenkasse, die sich auch auf Ergebnisqualität als Differenzierungsmerkmal ausrichten will, stehen heute allerdings eine Reihe von Hürden im Weg. Wenn sie hierfür größere Investitionen tätigt, deren Return erst in mehreren Jahren auftritt, zwingt sie sich ggf. selbst zur Beitragsatz- bzw. Zusatzbeitragssteigerung. Neben anderen Gründen (vgl. Hildebrandt et al, 2018) 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 sowie Brandhorst et al 2017).

Eine kleine Erinnerung:

„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. § 1 SGB V

Eine weitere Hürde sind die Anreize auf Seiten der Leistungserbringer. Weder sie noch die zuliefernde Industrie werden für Innovationen und Investitionen in Prozess- und Ergebnisverbesserungen im Sinne eines besseren Outcomes bei Patienten in einem wirtschaftlich attraktiven Maße „belohnt“. Zumeist lassen sich durch Mengenausweitungen, kettenförmige Zusammenschlüsse und/oder IGeL-Angebote noch höhere Ertragssteigerungen erzielen. 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 die

ser 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.

These:

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

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

Bisher wird in der Öffentlichkeit (und durch die Kassen selbst) 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 allerdings deutlich vergrößert. Krankenkassen können sich in ihrer Ergebnisqualität für die Versicherten z. B. in dem Ausmaß und der Qualität unterscheiden, wie sie folgende Angebote unterhalten (vgl. auch SVR Gesundheit 2012: 65, sowie 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.
- Sie können die neuen sozialen Medien sowie die Vielzahl an modernen APP-Lösungen gezielt aussuchen und ihren Versicherten zur Verfügung stellen, vgl. die aktuell initiierten Digitalstrategien.

- Sie 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 ihrerseits messen lassen.
- Sie können ihren Versicherten Zweitmeinungsangebote unterbreiten.
- Sie können spezielle vertragliche Vereinbarungen mit ausgewählten Leistungserbringern zur Verbesserung der Versorgungsqualität schließen (vgl. u. a. § 110a SGB V und die in diesem Jahr abgeschlossene Rahmenvereinbarung).
- 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 ihre Versicherten unterstützen und ein optimales Verhalten in Bezug auf die Gesundheit anreizen, z. B. durch Kooperationen mit Sportverbänden und -vereinen, mit Verbänden, Einrichtungen wie Kindergärten, Schulen und Betrieben bis hin zu Vereinbarungen mit der Nahrungsmittel- oder Fitnessindustrie.
- Die Einigung auf die Rahmenvereinbarung zwischen dem Spitzenverband der Krankenkassen und der DKG ermöglicht die sog. „Qualitätsverträge“ nach § 110a SGB V.

Alle diese Elemente gehören heute für die viele Krankenkassen schon zum Standardportfolio, allerdings teilweise mehr getrieben durch Aspekte des Marketings als der Ergebnisqualität. Ein ergänzender Anreiz – durch ein Ergebniskriterium – könnte hier durchaus zu einer weitergehenden Differenzierung und auch zu ganz neuen, heute noch nicht gedachten ergebnisbezogenen Kooperationen führen.

Die entscheidende Frage: Wie kann das Gesundheitsergebnis einer Krankenkasse gemessen werden?

- Krankenkassen unterscheiden sich durch Ihren Anteil an 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.

Ein Vorschlag für die Entwicklung eines aggregierten morbiditätsbezogenen Ergebnisindikators

Damit so wenige neue Daten wie möglich erhoben werden müssen, könnten die für den Gesundheitsfonds bereits zu erhebenden Daten der Versicherten genutzt werden. Sie könnten mit einer eindeutigen Historie versehen und über längere Zeiträume pseudonymisiert gespeichert und ausgewertet werden. Zur Auswertung und den unten beschriebenen zusätzlichen Optionen wären nur wenige Gesetzesanpassungen erforderlich. Da das ganze Verfahren bis zur Realisierung sicherlich noch einige Jahre erfordern würde, hätte dies den Vorteil, dass sich bis dahin die Kodierqualität durch Einführung der ambulanten Kodierrichtlinien weiter angehen hätte. Entscheidend wäre, dass eine Krankenkasse mit einem höheren Morbiditätskoeffizienten und einer schwächeren sozialen Ausgangsstruktur dennoch in der Verbesserung ihres Gesundheitsergebnisses positiv scoren könnte.

Ein erstes methodisches Verfahren mit dem Vorschlag einer jahresbezogenen Differenzrechnung des Veränderungsdeltas pro Krankenkasse und dem Vorschlag zur Vermeidung von Selektionsanreizen, schickt der Verfasser auf Anfrage gern zu. Dieses Modell versteht sich als ein erster Vorschlag und sollte intensiv von Krankenkassen und Sachverständigen, dem BVA und dem Wissenschaftlichen Beirat des BVA auf evtl. Schwächen und Verbesserungsmöglichkeiten hin überprüft werden. Im Grunde wird wahrscheinlich erst auf der Basis von mehreren Modellrechnungen mit realen Daten sichtbar werden. Im Grunde wird wahrscheinlich erst auf der Basis von mehreren Modellrechnungen mit realen Daten sichtbar werden, ob sich überhaupt genügend große Veränderungen ergeben, die ein Scoring erlauben (vgl. Auswertungen von Schmidt & Göppfahrt, 2015, die allerdings für eine eingeschränkte Versichertenmenge von Diabetespatienten berechnet wurden).

Chancen und potentielle „unerwünschte Nebenwirkungen“

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

1. Zu vermuten ist eine positive Auswirkung auf die Thematisierung von „Öffentlicher Gesundheit“ / Public Health. Die Publizierung könnte die öffentliche Diskussion nationaler und regionaler Gesundheitsergebnisse sowie die Ursachen und mögliche Chancen durch Veränderungen anfangen.
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 auch im Marketing. Denn die Bürger könnten ihre Entscheidung für eine Krankenkasse auch von dem erzielten Gesundheitsvorteil abhängig machen. Gesunderhaltung und Prävention könnte damit von dem bisherigen Kollibrastatus 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 dadurch weniger neue Versicherte zu gewinnen.
3. Die beklagte problematische Anreizwirkung des Morbi-RSA, die eigene Population ggf. im Schulterchluss mit Leistungserbringern kränker zu kodieren 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 bedürfen. Schon die Ankündigung würde aber in den Krankenkassen einen anderen Anreizrahmen setzen. Wie bei jeder „Large-System Transformation in Health Care“ (Best et al, 2012), also bei jedem Systemeingriff in das Ge-

sundheitswesen, müssen aber auch hier die potentiellen Risiken und möglichen unbeabsichtigten Nebenwirkungen gut geprüft werden (vgl. auch die ersten Überlegungen dazu bereits bei Hildebrandt, 2015).

Ein Indikator für die Versichertenperspektive

Begleitet werden sollte ein Ergebnisindikator von einem Prozessindikator. Hierfür unterstützt der Verfasser ausdrücklich die Vorschläge von Unterhuber bzgl. der Veröffentlichung von Ablehnungsquoten, Widersprüchen und Sozialgerichtsverfahren. Die Versichertenperspektive ernst zu nehmen heißt, die Rückmeldungen aktiv zu nutzen und Transparenz herzustellen. Es könnte z. B. überlegt werden, die guten Vorarbeiten und Qualitätssicherungen, die in der „Weißen Liste“ für Leistungserbringer entwickelt worden sind, darauf hin zu überprüfen, inwiefern sie auch für Rückmeldungen von Versicherten bzgl. ihrer Erfahrungen mit Krankenkassen genutzt werden können. Das International Consortium of Health Outcome Measurement (ICHOM) befasst sich ebenfalls mit der Standardisierung medizinischer Ergebnismessung und hat inzwischen schon 26 Standard Sets für verschiedene Krankheitssituationen und spezifische Zielgruppen entwickelt (vgl. <https://www.ichom.org/standard-sets/>).

In der wissenschaftlichen Diskussion wird zwischen PROMs (Patient Reported Outcome Measures) und PREMs (Patient Reported Experience Measures) unterschieden. Die OECD hat es sich hier mit der Patient-Reported Indicators Survey (PaRIS)-Initiative zur Aufgabe gemacht, beide Perspektiven zusammenzuführen und damit die Sicht der Patienten auf die Performance von Gesundheitssystemen darzustellen (vgl. <http://www.oecd.org/health/paris.htm>).

Auch hier gilt wie bei jedem Systemeingriff in das Gesundheitswesen: Die potentiellen Risiken und möglichen unbeabsichtigten Nebenwirkungen müssen gut geprüft werden. Ein unterschiedliches Antwortverhalten nach Sozialstatus und Sprach- und Lesekompetenz muss in einem methodischen Ansatz berücksichtigt werden.

Zuweisungszuschlag – eine Option zur Verstärkung der Steuerungswirkungen dieser Ergebnisindikatoren

und damit zur wirtschaftlichen Belohnung der „Best in class“

Ob Versicherte ihre Wahlentscheidung für eine Krankenkasse an einem Ergebnisindikator bzw. einem Indikator bzgl. der Rückmeldungen ihrer jeweiligen Versicherten festmachen werden oder doch dem Beitragssatz oder der Impfleistung für Fernreisen den Vorzug geben, ist nicht vorauszu sehen und sollte ordnungspolitisch auch den Bürgern überlassen bleiben. Insofern könnte es sein, dass eine Krankenkasse, die sich intensiv auf die Gesunderhaltung und Gesundheitsförderung ihrer Versicherten ausrichtet, durch das Wahlverhalten der Versicherten noch nicht ausreichend belohnt wird.

Daher könnte ergänzend ein Zuschlagsmodell sinnvoll sein. Krankenkassen könnten entsprechend ihres Rankings im verringerten Morbiditätszuwachs bzw. in der verbesserten Versichertenrückmeldung nach dem obigen Ergebnisindikator über einen Zuweisungszuschlag wirtschaftlich belohnt werden. Sie könnten also quasi durch die Hintertür Aufwände refinanzieren, sofern diese zu einer Verbesserung des Gesundheitsstatus ihrer Versicherten geführt haben.

Wer würde bei einer solchen neuen Wettbewerbsordnung profitieren, wer würde verlieren?

Sofern es mit den oben beschriebenen Adjustierungen gelingt, gezielte Risikoselektionen bzw. schon vorhandene Risikosituationen zu neutralisieren, dann sollte die Gewinnerseite eigentlich feststehen:

- Die Versicherten: Sie könnten sich anhand zusätzlicher Informationen für oder gegen eine Krankenkasse entscheiden. Vermutlich würden sie diese Informationen nur neben den anderen Kriterien wie Beitragssatz, Serviceversprechen, digitale Modernität, Leistungsvielfalt, Erreichbarkeit etc. für ihre Entscheidung nutzen. Aber immerhin erhielten sie erstmals Indikatoren für die Ergebnisqualität und die Zufriedenheit der anderen Versicherten dieser Krankenkasse.
- Die Patienten: Da die Krankenkassen sich stärker als bisher um die Gesundheit ihrer Patienten, möglicherweise auch um ihre Langlebigkeit bemühen müssten, könnten sie davon ausgehen, dass sie mehr Angebote von ihrer Kasse sowie vielleicht auch Angebote für zusätzliche Leistungen von entsprechenden nach ihren Qualitäts-

ergebnissen ausgesuchten Leistungserbringern erhalten

- Die Gesellschaft: Die Krankenkassen hätten einen zusätzlichen Anreiz, ihre Gesundheitsergebnisse und deren Wirkung in ihre Handlungen, ihre Strategie und Berechnung einzubeziehen und entsprechende Verfahren und Leistungserbringer bzw. Systemanwendungen zu nutzen. Dies würde die Chance erhöhen, Folgekosten zu reduzieren, was angesichts der ungewissen Kosten aus der Entwicklung der Demografie dringend erforderlich erscheint.
- Die Arbeitgeber: Sie könnten sich daraus einen Vorteil gegenüber einer ansonsten steigenden Beitragssatzbelastung versprechen – und eine Verstärkung des Engagements der Krankenkassen im Betrieblichen Gesundheitsmanagement.
- Die Kommunen: Aus der Gesundheitswissenschaft der vergangenen 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 nicht ihre Aufgabe sei. Ein Ergebnisindikator könnte zu einem stärker präventiv und damit auch kommunal ausgerichteten Interesse führen, so dass die zumeist klammen kommunalen Haushalte die Chance auf erfolgreichere Partnerschaften hätten.
- Die Anbieter(-netzwerke): Die Diskussion um eine Vergütung, die Qualität belohnt, ist schon alt. Neue Impulse entstehen aus der US-Diskussion um *Accountable Care Organizations* (vgl. Schulte, 2015) sowie das Entstehen von qualitätsorientierten Netzwerken auf ärztlicher Seite (vgl. Diel, 2015: 40) bzw. stärker auf krankenhausausgerichteter Seite (vgl. Augurzyk, 2015:49) und übergreifender „integrierter Perspektive“ (vgl. Hildebrandt, 2015). Derartige Netzwerke könnten bei ausreichenden Versicherten-Fallzahlen mit in die Ergebnisverantwortung der Krankenkassen aufgenommen werden, d. h. sie hätten einen Vorteil davon, an Qualität belohnenden Verträgen teilzunehmen.
- Die Krankenkassen: Eine langjährige Erfahrung aus dem Qualitätsmanagement deutet darauf hin, dass letztlich nur dann nachhaltig in Qua-

lität 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 sehr kurzfristige Investitionen und erschwert ein gezieltes Investment auf mittel- bzw. langfristige Veränderungen von Gesundheitsbewusstsein und besserer Krankheitsbewältigung. Die sich auf nachhaltige Ergebnisse ausrichtende Krankenkasse wird mit der vorgeschlagenen Lösung profitieren.

Hinzu kommt ein weiterer Vorteil für die Krankenkassen ganz generell: Aktuell hat der Versicherte – und so zeigt es sich auch in den entsprechenden Umfragen, (vgl. Böcken et al, 2016) – kein allzu großes Vertrauen in seine Krankenkasse, die für ihn als Agent in der Auswahl der Versorgungsangebote tätig ist. Es bleibt ein gewisses Restmisstrauen, dass die Krankenkasse vielleicht doch vorrangig an aktuell niedrigen Kosten statt an der optimalen Herstellung seiner Gesundheit interessiert sein könnte. Ob das hier vorgeschlagene Instrument eines Ergebnisindikators zur Herstellung einer Vertrauenssituation schon ausreicht, mag bezweifelt werden, immerhin ergänzt es aber den Zielhorizont für die Krankenvorstände und ihre Selbstverwaltungen um einen gewissen weiteren Anreiz – und wird eine gesellschaftliche Diskussion zu diesem Punkt befördern.

Dem Nutzen müssen natürlich auch die Kosten einer solchen Lösung gegenübergestellt werden. Soweit auf schon vorhandene Daten zurückgegriffen werden kann (z. B. die Daten des BVA) beschränkt sich der Kostenaufwand auf die entsprechenden Berechnungen und dürfte damit recht überschaubar sein. Umfangreicher wird der Aufwand für eigene Primärerhebungen bzgl. der Patientenerfahrung. Auch hierzu liegen Erfahrungen vor, in Teilen könnte man hier mit Stichprobenerhebungen arbeiten, die wiederum den Aufwand verringern. Auch die weitergehende Digitalisierung der Prozesse im Gesundheitswesen wird hierzu beitragen und außerdem die Möglichkeiten, die Nutzerperspektive einzubeziehen, vorantreiben.

Verfahren für die weitere Diskussion und Initiierung

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

- a) Regierung / Politik / BVA: 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 damit beauftragt werden. Für das BVA hätte eine solche Regelung noch den charmanten Nebeneffekt, dass ein morbiditätsbezogener Ergebnisindikator gleichzeitig ggf. vorhandene Anreize in Richtung auf „Upcoding“ ausbalanciert und indirekt bestraft.
- b) Interessenten an einer verstärkten Diskussion von Gesundheitsergebnissen (und ggf. mehr selektivvertraglichen Lösungen) aus der medizinischen Industrie bzw. Verbänden der Leistungserbringer (Klinikbetreiber, Ärzteverbände etc).
- c) Patientenverbände / Patientenvertretungen im G-BA. Sie könnten die öffentliche Diskussion z. B. durch die Einreichung einer Petition unterstützen, wie dies in der letzten Legislatur u. a. zu dem sehr wissenschaftlich-technischen Thema Regionalkennzeichen beim Morbi-RSA organisiert worden war.
- d) Krankenkassen und deren Selbstverwaltung: Interessierte Krankenkassen könnten selbst einen solchen Index für sich in Relation zum Durchschnitt aller Kassen errechnen und als Initiative erproben.
- e) Das Deutsche Netzwerk Versorgungsforschung (DNVF) e.V. bzw. Public Health / Gesundheitsökonomie / Sozialmedizin-Fachgesellschaften. Krankenkassen, die mit Recht eine Spitzenversorgung für ihre Versicherten einfordern, werden nicht darum herumkommen, sich auch mit Anforderungen an ihre eigene Ergebnisperformance auseinanderzusetzen. In den USA hatte der Gesetzgeber sich während der Zeit der Obama-Administration zum Ziel ge-

Sie als Krankenkassenvertreter haben Interesse, sich zu einer Initiative zusammenzufinden, mit den eigenen Daten einen derartigen Ergebnisindikator zu erproben und zusätzlich zu überlegen, wie Transparenz von Versichertrückmeldungen qualitätsgesichert entwickelt werden kann? Dann setzen Sie sich gern mit dem Verfasser in Verbindung.

setzt, bis Ende 2018 50 Prozent der staatlichen Gesundheitsausgaben rein über outcome-orientierte und 90 Prozent über zumindest zum Teil outcome-orientierte Vergütungsmodelle zu organisieren. Die Krankenkassen wurden gezwungen, zumindest einige Qualitätskennzahlen für die eigene Arbeit öffentlich zu machen. Eine entsprechende Orientierung durch den Gesetzgeber in Deutschland würde mit Sicherheit auch vergleichbare Diskussionen bzgl. der wettbewerblichen Outcomes der Krankenkassen entfachen (vgl. Hildebrandt, 2018). Auf Seiten der Leistungsanbieter gibt es Vorreiter, die ihre Ergebnisse nicht nur national sondern auch international publizieren, so u. a. die Hamburger Martini-Klinik im Universitätskrankenhaus Eppendorf (vgl. Hulan et al, 2018) und die ebenfalls in Hamburg ansässigen Betreiber von sektorenübergreifenden Integrationsmodellen (vgl. Groene et al, 2017). Es wäre zu wünschen, dass in Zukunft auch Krankenkassen diesen Schritt gehen würden.

Kontakt:

Dr. h. c. Helmut Hildebrandt
Vorstandsvorsitzender OptiMedis AG
Burchardstraße 17
20095 Hamburg
E-Mail: h.hildebrandt@optimedis.de
Web: www.optimedis.de

Anmerkung: Der Artikel ist in einer früheren Fassung bereits unter der Überschrift „Aufbruch in eine erweiterte Wettbewerbsordnung: Krankenkassen im Wettbewerb um Gesundheitsergebnisse“ in Gesundheits- und Sozialpolitik 3-4/2015 erschienen. Für diese Veröffentlichung wurde er überarbeitet und erweitert.

Literatur

Umfangreiche Literatur beim Verfasser. ■