

(Qualitäts-)Transparenz bei Krankenkassen

Notwendige Kriterien für Verbraucher, Versicherte und Patienten bei der Kassenwahl

Die aktuelle Diskussion um den Kassenwettbewerb und die Kassenwahl wird überlagert von unterschiedlichen Ansichten zur Kassenaufsicht und zur Kassenfinanzierung durch den Morbi-RSA. Beide Themenbereiche sind in der Tat für Krankenkassen zur Bestimmung vergleichbarer Wettbewerbsgrundlagen von entscheidender Bedeutung. Der konkrete Wettbewerb um *Versicherte* hat jedoch mit diesen *vorgelagerten* regulatorischen Diskussionen um ein gerecht ausbalanciertes Wettbewerbsfundament nichts zu tun. Die aktuellen, zum Teil sehr emotional geführten Diskussionen drehen sich also – bildlich gesprochen –, um die gerechte *Startlinie*, von der aus dann ein adäquater Kassenwettbewerb um Verbraucher, Versicherte und Patienten seinen *Ausgang* nehmen könnte.

Da diese echten verbraucherrelevanten Wettbewerbskriterien *unabhängig* von den regulatorischen Diskussionen geführt und mit den unterschiedlichen Krankenkassen zu weiten Teilen auch leichter konsentiert werden können, regen der Verbraucherzentrale Bundesverband und das Institut für Gesundheitssystem-Entwicklung an, diese Qualitätsparameter für einen tatsächlich *verbraucherorientierten* Kassenwettbewerb abgetrennt von der aktuellen Gesetzgebung in einem eigenen parlamentarischen Verfahren neu und zielführend im Sinne von Versicherten und Patienten auszukleiden.

Mit Blick auf die Bedürfnisse von Versicherten, und Patienten (und ggf. auch ihren Angehörigen) wird deutlich, dass die bislang geführten „technischen“ Diskussionen ihnen bei für sie relevanten Wahlentscheidungen wenig oder gar nichts nützen. Hilfreich wären stattdessen transparente Informationen darüber, was eine Krankenkasse im Bedarfsfall leistet, wie sich ihr Engagement gestaltet, um diesen Bedarfsfall vielleicht gar nicht erst eintreten zu lassen, wie sie ihre Versicherten bei Krankheit und Pflegebedürftigkeit begleitet und wie ihre Mitglieder diese Kassenleistungen beurteilen.

Notwendig ist also eine konkrete Berichtspflicht für alle gesetzlichen Krankenkassen, die eine einheitliche und vergleichbare Datenbasis schafft. Große Teile der hierzu notwendigen Daten liegen verstreut und/oder nicht öffentlich zugänglich bereits vor. Es müssten also gesetzliche Voraussetzungen getroffen werden, diese Daten für den Kassenwettbewerb transparent zu aggregieren. Darüber hinaus müsste gewährleistet werden, dass Krankenkassen in standardisierten Daten über die Zufriedenheit ihrer Versicherten, über ihre selektivvertraglichen Angebote sowie über ihre Satzungsleistungen Bericht erstatten. Eine Möglichkeit zur Darstellung dieser gesamten Daten durch Onlineportale muss vorhanden sein. Auch hierfür muss der Gesetzgeber den entsprechenden Rahmen zur Verfügung stellen, um ein entsprechendes allgemein verbindliches Portal einzurichten.

Nachfolgend werden die aus unserer Sicht wichtigsten Dimensionen genannt, über die Verbraucherinnen und Verbraucher sich barrierefrei und ohne größeren organisatorischen Aufwand informieren können sollten.

Dimensionen der Berichterstattung

Grundlegende DIMENSIONEN:

- 1. Genehmigungsverhalten Krankenkasse** (Reha, Hilfsmittel, etc.)
 - Widerspruchsverfahren
 - Genehmigungen nach Widerspruch
 - Anteil der erfolgreichen Widerspruchsverfahren
 - Anteil der erfolgreichen Klageverfahren
- 2. Versichertenzufriedenheit** (Befragung)
 - Erreichbarkeit (Geschäftsstellen, digitale Angebote, etc.)
 - Beratung und Service
 - ...

Weitere *optionale* DIMENSIONEN:

- 3. (Evaluierte) Präventionsangebote**
 - Wünschenswert ist auch ein Fokus auf die Morbiditätsentwicklung, jedoch schwierig zu messen, fairer Vergleich (Unterschiede in der Versichertenstruktur schwer adjustierbar, Veränderungen durch Intervention mit zeitlichem Verzug)
- 4. Versorgungsangebote**
 - Selektivverträge (wenn möglich evaluiert)
 - Weitere innovative Versorgungsangebote (z. B. im Rahmen des Innovationsfonds)
 - Digitale Angebote/Anwendungen (Erstattung Apps, etc.)
- 5. Satzungsleistungen**
 - Detaillierte Angebotsübersicht (Umfang, Region, etc.)
 - Umgang mit Satzungsleistungen (Streichung, etc.)
- 6. Beratungs- und Serviceleistungen**
 - Allgemein (Evaluierung der Qualität ist schwierig)
 - Zusatzangebot
- 7. Verwaltungs- und Marketingausgaben**
 - Verwaltungsausgaben/je Vers. bzw. je Mitgl.
 - Marketingausgaben je Vers. bzw. je Mitgl.
- 8. Pflegerische Versorgungsleistungen**
 - Aufsuchende Pflegeberatung
 - Einbindung Angehörige (z.B. Informationsangebote)