

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 – WettbewerbspSpielräume 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 Übertuerung 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 bürokrati-

tischer 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 Money³ und der Kundenmonitor Deutschland⁴ 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.