

Krankenkassenwettbewerb: Wie viel Transparenz benötigen Verbraucherinnen und Verbraucher?

Petra Fuhrmann und Thomas Moormann

Krankenkassen als Träger der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sollen die Gesundheit ihrer Versicherten erhalten, wiederherstellen oder verbessern, ihre gesundheitliche Eigenkompetenz und Eigenverantwortung fördern und durch Aufklärung, Beratung und Leistungen auf deren gesunde Lebensweise hinwirken. Qualität und Wirksamkeit ihrer Leistungen müssen dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen und den medizinischen Fortschritt berücksichtigen [1].

Diesen verbindlichen Vorgaben für die Krankenkassen auf der einen Seite steht die wettbewerbliche Ausrichtung der GKV auf der anderen Seite gegenüber. Den Wettbewerb hat der Gesetzgeber initial ausgelöst mit dem Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) von 1993 und der Kassenwahlfreiheit seit 1996, seit 1994 flankiert vom Risikostrukturausgleich. Seitdem können die Versicherten ihre Krankenkasse frei wählen und die Krankenkassen stehen im Wettbewerb um Versicherte.

Der Gesetzgeber zielte mit der wettbewerblichen Ausrichtung der GKV darauf ab, eine Konkurrenz zwischen den Krankenkassen herzustellen, um Innovationen im Gesundheitswesen und die Serviceorientierung der Kassen gegenüber ihren Versicherten zu fördern. Daraus resultiert zwangsläufig ein Spannungsfeld zwischen dem öffentlich-rechtlichen Versorgungs- und Verwaltungsauftrag und den Marketingstrategien der Kassen im Wettbewerb [2].

Auf den Preis kommt es an. Oder doch nicht?

Blickt man nun, immerhin 25 Jahre nach dessen Einführung, auf den Wettbewerb in der GKV, ist der Preis noch immer die bestimmende Größe. Für die Versicherten sichtbar werden der Preis bzw. die Preisunterschiede heute insbesondere in Form der Zusatzbeitragssätze der Krankenkassen. Der Gesetzgeber hat den Wettbewerbsrahmen in der Vergangenheit immer wieder angepasst, den Wettbewerb dabei mal verschärft, mal entschärft, die Bedeutung des Preises als Unterscheidungskriterium der Krankenkassen im Ergebnis aber deutlich erhöht.

Abgesehen vom Zusatzbeitragssatz, über den sich der Krankenkassen-Wettbewerb in unglücklicher Weise zuspitzt, sind für die Versicherten unterschiedliche Angebote an Satzungsleistungen, an Wahlтарifen und an Bonusprogrammen sichtbar und diese spielen mit Abstrichen auch eine gewisse Rolle bei der Wahlentscheidung der Versicherten [3]. Damit sind jedoch ebenfalls (mehr oder weniger starke) monetäre Aspekte verbunden, etwa bei der Erstattungshöhe für Naturheilverfahren oder Osteopathie. Diese sind gut nutzbar für die vertrieblichen Interessen der Krankenkassen, es ist aber mehr als fraglich, ob dies wirklich die einzig relevanten Aspekte für Verbraucherinnen und Verbraucher sind.

Die Suche nach anderen Unterscheidungskriterien ist mühsam bis unmöglich. Dabei bieten die Krankenkassen ihren Versicherten ganz offenkundig ergänzend zur Regelversorgung unterschiedliche Versorgungs- und Serviceangebote an, etwa die Unterstützung bei der Arzt(termin)suche, besondere Versorgungsangebote im Rahmen von Selektivverträgen und digitalen Angeboten oder spezifische Beratung etwa für pflegende Angehörige. Diese sind für Verbraucherinnen und Verbraucher allerdings kaum sichtbar, geschweige denn über alle (wählbaren) Krankenkassen hinweg.

In diese Informationslücke springen seit einigen Jahren Anbieter von Testsiegeln und Krankenkassenvergleichen. Eine wahre Flut an Leistungs- und Qualitätsvergleichen ist entstanden – für die Verbraucherinnen und Verbraucher allerdings von zweifelhaftem Nutzen. Denn die Vielzahl der Tests und Siegel korreliert mit der Vielfältigkeit der Bewertungskriterien und ihrer Gewichtung, so kommen verschiedene Tests trotz identischer Datenbasis zu ganz unterschiedlichen Ergebnissen bzw. Rankings [4]. Und so attraktiv solche Rankings für die Vertriebsaktivitäten von Krankenkassen sind, so fragwürdig sind ihre Neutralität und Glaubwürdigkeit, da die Finanzierung solcher Vergleiche nicht offengelegt wird. Das ist keine gute Grundlage für Wahlentscheidungen.

Mangels umfassender Qualitätstransparenz, welche es z.B. für die Krankenhäuser schon lange gibt, und mangels unabhängiger Krankenkassenvergleiche bleibt den Verbraucherinnen und Verbrauchern eine fundierte Wahlentscheidung nach Abwägung von Preis *und* Qualität verwehrt. Der vom Gesetzgeber angestreb-

te Wettbewerb um innovative Versorgung und den besten Service – ein echter Qualitätswettbewerb – findet nicht statt.

Verbraucherinnen und Verbraucher wünschen sich umfangreiche Daten zur Qualität der Krankenkassen

Informationen darüber, was eine Krankenkasse im Bedarfsfall leistet, fehlen weitgehend. Erfahrungen damit machen die Menschen üblicherweise erst im Krankheitsfall, z.B. bei Problemen mit der Genehmigung von Hilfsmitteln oder anderen Leistungen. Doch das ist der denkbar schlechteste Zeitpunkt für einen Kassenwechsel. Gut drei Viertel aller gesetzlich Versicherten fänden es hilfreich, wenn verbindlich festgelegt wäre, welche Informationen die Krankenkasse über ihre Leistungen, Service- und Beratungsangebote veröffentlichen müssen. Genauso viele befürworten, dass die Kassen veröffentlichen müssten, wie viele Widersprüche gegen die Ablehnung von Leistungen erfolgreich waren und wie viele nicht [5].

Eine Studie des IGES Instituts im Auftrag des damaligen Patientenbeauftragten der Bundesregierung zeigt auf, dass die Kassen grundsätzlich einen großen Teil der Leistungsanträge genehmigen [6]. Zwischen den Kassenarten und Leistungsbereichen zeigten sich im Rahmen der Studie jedoch erhebliche Unterschiede im Genehmigungsverhalten. Zum Beispiel unterschied sich die Ablehnungsquote in der ersten Instanz wie auch die Erfolgsquote der Widersprüche zwischen den Kassenarten erheblich. Vor dem Hintergrund dieser Ergebnisse empfehlen die Autorinnen und Autoren der Studie, die

Berichtspflichten der Krankenkassen auszuweiten. Die aktuelle Patientenbeauftragte der Bundesregierung, Claudia Schmidtke, unterstützt diese Forderung [7], der sich auch das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) angeschlossen hat [2].

Qualitätstransparenz im Sinne der Verbraucherinnen und Verbraucher gestalten

Wie könnte die kassenindividuelle Berichterstattung zur Qualitätstransparenz nun aussehen, damit sie den Bedürfnissen der Verbraucherinnen und Verbraucher gerecht wird? Ein unverzichtbares Kern-Set sind Daten über das Genehmigungsverhalten der Krankenkassen sowie eine standardisierte Befragung zur Zufriedenheit der Versicherten. Daten zum Genehmigungsverhalten sollten insbesondere Genehmigungs-/Ablehnungsquoten, Widerspruchsverfahren, Genehmigungen nach Widerspruch, den Anteil der erfolgreichen Widerspruchsverfahren sowie Klageverfahren und Bearbeitungszeiten berücksichtigen. Angelehnt an die Untersuchungen des IGES Instituts sollten die Auswertungen spezifische Leistungsbereiche unterscheiden, um hier ein differenziertes Bild zu liefern und Problembereiche ausmachen zu können. Explizit muss bei der Qualitätsberichterstattung auf den Bereich der Pflege eingegangen werden, denn eine Entscheidung für eine Krankenkasse ist zugleich eine Entscheidung für die entsprechende Pflegekasse. Eine Versichertenbefragung sollte u.a. Aspekte der Erreichbarkeit – vor Ort, telefonisch, digital – sowie zur Beratung und zum Service aufgreifen.

Aus Verbrauchersicht wichtig sind darüber hinaus Informationen zu den spezifischen Versorgungs-, Beratungs- und Serviceleistungen der Kassen. Hierzu zählen insbesondere die Selektivverträge, die verpflichtend evaluiert werden sollten, außerdem weitere innovative Versorgungsangebote, etwa im Rahmen des Innovationsfonds oder digitale Angebote, sowie die möglichst auch evaluierten Angebote einer Kasse in der Prävention und Gesundheitsförderung.

Die Krankenkassen bieten ihren Versicherten weitere Service-, Beratungs- und Unterstützungsangebote an: für pflegende Angehörige, in besonderen Situationen, etwa nach einem Krankenhausaufenthalt, bei der Suche nach medizinischen Experten etc. Auch diese Aspekte sollten in einen Qualitätsvergleich einfließen. Informationen zu Satzungsleistungen, Bonusprogrammen aber auch zu den Verwaltungs- und Marketingausgaben ergänzen das Bild.

Differenzierte Angaben können den Verbraucherinnen und Verbrauchern eine wertvolle Orientierung auf der Suche nach der für sie am besten geeigneten Krankenkasse geben. Insbesondere, wenn es Ihnen auf ganz bestimmte Kriterien ankommt, beispielsweise auf die Qualität der Unterstützung im Pflegebedarfsfall. Gleichzeitig wünschen sie sich eine übergreifende Bewertung im Sinne einer Gesamtnote oder eines Gesamtrankings. Grundsätzlich sollte ihnen beides zur Verfügung gestellt werden, vergleichbar den Testergebnissen von Stiftung Warentest. Die Güte solcher Qualitätsdaten steht und fällt mit der Relevanz und Verständlichkeit der jeweiligen Daten. Was nützt den Versicherten beispielsweise ein Serviceangebot mit telefonischer Erreichbarkeit rund um die

Uhr und sieben Tage in der Woche, wenn die Aussagen einer Service-Hotline oder einer medizinischen Hotline während der Randzeiten, also z.B. in den späten Abendstunden, nicht weiterhelfen, weil die Expertise nicht ausreicht. Hier kommt es weniger auf Quantität als auf Qualität an.

Bei den grundlegenden Service- und Beratungsleistungen der Kassen sind in der Praxis ebenfalls spürbare Unterschiede zu verzeichnen. Anstelle von vergleichbaren und verständlichen Informationen treffen Versicherte leider häufig auf nicht ausreichende, allgemeine oder werbende Hinweise. Veröffentlichungspflichten können hier Abhilfe schaffen und eine vollständige Darstellung der verbraucherrelevanten Aspekte befördern.

Die zunehmende Digitalisierung im Gesundheitswesen verdeutlicht die Notwendigkeit von mehr Transparenz bezüglich der Leistungen der einzelnen Krankenkassen weiter. Krankenkassen übernehmen bereits Kosten für verschiedene digitale Angebote. Verbindliche Informationen sowie vergleichbare und grundlegende Übersichten fehlen bislang jedoch. Ohne einfache und verlässliche Informationen – ausgehend von ihren jeweiligen individuellen Bedürfnissen – können sich Verbraucherinnen und Verbraucher keinen Überblick über die vorhandenen unterschiedlichen Angebote aller für sie wählbaren Krankenkassen verschaffen und keine fundierte Wahlentscheidung treffen.

Nutzerfreundliche, barrierefreie Darstellung der Daten

Höchst relevant ist für Verbraucherinnen und Verbraucher jenseits der Frage, wel-

che Qualitätsdimensionen bzw. konkreten Indikatoren veröffentlicht werden, die Frage, wie die Daten veröffentlicht werden. Seitenlange Einzelberichte, die keinen direkten Vergleich zulassen, nutzen nicht. Wichtig ist daher, dass für alle Krankenkassen dieselben Vorgaben zur Veröffentlichung bzw. Bereitstellung der Daten gelten und die Daten direkt vergleichbar und unabhängig sind und dass der Zugang umfassend und niedrigschwellig ist.

Besonders geeignet wäre ein unabhängiges Qualitäts-Portal für die Veröffentlichung der Daten. So könnten Versicherte auf der Suche nach einer Krankenkasse anhand der für sie individuell besonders wichtigen Kriterien, zum Beispiel auch vor dem Hintergrund einer vorliegenden chronischen Erkrankung, eine fundierte Auswahlentscheidung treffen.

Fundierte Kassenwahl leicht machen – Politik muss verbindliche Regelungen zur Qualitätstransparenz schaffen

In der nun zu Ende gehenden 19. Legislaturperiode wurde der Wettbewerbsrahmen der GKV weiterentwickelt. Neben der Rückkehr zur paritätischen Finanzierung stand die Reform des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (MorbiRSA) im Mittelpunkt. Ziel war es, faire finanzielle Rahmenbedingungen für alle Krankenkassen zu schaffen. Den Qualitätswettbewerb im Sinne der Versicherten sowie Patientinnen und Patienten zu stärken, muss nun der nächste Schritt zur Weiterentwicklung des Wettbewerbsrahmens in der GKV sein. Eine Grundvoraussetzung dafür ist Transparenz.

Einige Krankenkassen gehen hier bereits mit gutem Beispiel voran und veröffentlichen Qualitätsdaten. Dieser zaghafte Trend zu Kunden- oder Transparenzberichten der Krankenkassen, den wir derzeit beobachten können, ist sehr erfreulich. Die Bereitschaft zur Transparenz ist bereits ein Qualitätsindikator für sich. Wenn sich jedoch nur ein Teil der Krankenkassen einer solchen Transparenz und einem solchen Vergleich stellt, wenn die Daten der verschiedenen Krankenkassen nicht vergleichbar sind, oder wenn die präsentierten Daten aus Verbrauchersicht wenig relevant sind, dann bleibt der Nutzen der Berichte allerdings begrenzt. Selbst erstellte oder selbst beauftragte Qualitätsberichte sind ein wichtiger Anfang, unabhängige Qualitätsberichte und -vergleiche sind aber notwendig, um den Verbraucherinnen und Verbrauchern einen objektiven und differenzierten Vergleich zu ermöglichen. Freiwillige Selbstverpflichtungen reichen hier nicht aus. Notwendig sind klare gesetzliche Vorgaben, welche Daten in welcher Form von allen Kassen veröffentlicht oder bereitgestellt werden müssen. In großen Teilen liegen diese Daten verstreut, häufig nicht für die Öffentlichkeit zugänglich, bereits vor. Das zeigen auch die Transparenzoffensiven einzelner Kassen.

In der nächsten Legislaturperiode brauchen wir gesetzliche Vorgaben, die sicherstellen, dass entsprechende Daten unabhängig, vergleichbar und verständlich veröffentlicht werden, von allen Kranken- und Pflegekassen. Wer beispielsweise unter einer chronischen Krankheit leidet oder spezielle Bedürfnisse hat, sollte schnell überblicken können, welche besonderen Leistungen die verschiedenen Kassen anbieten und wie es um ihr Ser-

vice- und Genehmigungsverhalten steht. Um die Auswahlentscheidung für Verbraucherinnen und Verbraucher leicht(er) zu gestalten, sollten die Daten nutzerfreundlich in einem Online-Portal sowie in übersichtlichen analogen Berichten zur Kassenwahl zur Verfügung gestellt werden. Um Relevanz und Nutzbarkeit sicherzustellen, sind die Verbraucherinnen und Verbraucher bei der Entwicklung eines solchen Portals zwingend zu beteiligen.

Nach 25 Jahren Kassenwettbewerb mit Fokus fast ausschließlich auf den Preis kommt es nun darauf an, die Qualität als effektives und richtungsweisendes Wettbewerbsinstrument für die Krankenkassen nutzbar zu machen.

Literatur

1. Sozialgesetzbuch. Fünftes Buch. Gesetzliche Krankenversicherung. Erstes Kapitel Allgemeine Vorschriften. § 1 Solidarität und Eigenverantwortung und § 2 Leistungen, 2021. Online verfügbar: https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/_1.html (zuletzt abgerufen am 02. März 2021).
2. Bundesamt für Soziale Sicherung. Sonderbericht: Zum Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung, 2018. Online verfügbar: https://www.bundesamtssozialesicherung.de/fileadmin/redaktion/allgemeine_dokumente/Taetigkeitsberichte/20180404Sonderbericht_web.pdf (zuletzt abgerufen am 23. Februar 2021).
3. Schmitz H. Preis, Service oder Leistungen: Was beeinflusst besonders die Krankenkassenwahl von gesetzlich Versicherten? In Adolph T, Everling O, Methler M (Hrsg): Krankenversicherung im Rating. Leistungsbewertungen und Management als Schlüsselfaktoren. 3. Auflage. Springer Gabler, Wiesbaden, 2017; 279–295
4. Adolph T. Leistungsvergleiche in der GKV als Wettbewerbskriterium und Schlüssel zum Vertrieb. In Adolph T, Everling O, Methler M (Hrsg): Krankenversicherung im Rating. Leistungsbewertungen und Management als Schlüsselfaktoren. 3. Auflage. Springer Gabler, Wiesbaden, 2017; 181–212.
5. Verbraucherzentrale Bundesverband. Meinungen zur gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland. Forsa-Umfrage im Auftrag des vzbv, 2017. Online verfügbar: <https://www.vzbv.de/pressemitteilung/vzbv-fordert-umfangreiche-informationspflichten-fuer-krankenkassen> (zuletzt abgerufen am 23.02.2021).

6. IGES Institut (Hrsg). Leistungsbewilligungen und -ablehnungen durch Krankenkassen. Studie für den Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten sowie Bevollmächtigten für Pflege, 2017. Online verfügbar: https://www.iges.com/kunden/gesundheit/forschungsergebnisse/2017/leistungsablehnung/index_ger.html (zuletzt abgerufen am 23.02.2021).
7. Tagesspiegel. Krankenkassenleistungen: Ein fairer Vergleich für Versicherte, 2020. Online verfügbar: <https://www.tagesspiegel.de/berlin/krankenkassenleistungen-ein-fairer-vergleich-fuer-versicherte/25670574.html> (zuletzt abgerufen am 25.02.2021).



Petra Fuhrmann

Studium der Volkswirtschaftslehre in Heidelberg und Berlin. Danach berufliche Stationen beim Deutschen Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. und im Stabsbereich Gesundheitspolitik und Gesundheitsökonomie der AOK Rheinland/Hamburg. Berufsbegleitendes Public-Health-Studium an der Universität Düsseldorf. Seit 2018 Referentin für Gesundheitspolitik beim Verbraucherzentrale Bundesverband.



Thomas Moormann

Studium der Oecotrophologie in Bonn und der Gesundheitswissenschaften (Public Health) in Bielefeld. Seit über 20 Jahren im Gesundheitswesen tätig, u.a. als Wissenschaftlicher Mitarbeiter im Deutschen Bundestag, Vorstandsreferent einer Krankenkasse und Geschäftsführer einer AIDS-Hilfe, zuletzt Leiter eines Innovationsfonds-Projektes beim BKK Dachverband. Seit Februar 2021 Leiter des Teams Gesundheit und Pflege beim Verbraucherzentrale Bundesverband.