



STIFTUNG MÜNCH

## Think Camp der Stiftung Münch

„Wie kann der Wettbewerb der Krankenkassen gerecht gestaltet werden?“

20. - 22. September 2019 in Hamburg

Jasmine Armbrüster, Plamena Dikarlo, Anna Isabelle Heß, Franziska Ulrich, Clara von Wolffersdorff

### Status Quo

Ein Wettbewerb zwischen den Krankenkassen ist notwendig, um eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung zu gewährleisten, Innovationen im Gesundheitswesen voranzutreiben und die Beitragssätze stabil zu halten. Aktuell dreht sich der Wettbewerb der Kassen jedoch primär um finanzielle Aspekte. Dies wird dadurch verstärkt, dass bei der Verteilung der Versichertenbeiträge aus dem Gesundheitsfonds durch den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) nicht alle, für die finanzielle Lage einer Krankenkasse, relevanten Faktoren berücksichtigt werden. Somit besteht keine einheitliche Ausgangslage für die Finanzierungsgrundlage der Kassen. Statt sich über (Zusatz-) Beitragshöhe, Leistungsportfolio und Service zu differenzieren, beginnt der Wettbewerb zwischen Krankenkassen bereits bei der Zuweisung finanzieller Mittel. Dadurch besteht kaum Anreiz für die Kassen zur langfristigen Leistungsverbesserung.

Der Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen ist maßgeblich durch das SGB V vorgegeben. Etwa 95 % der Leistungen sind als Regelversorgung von allen Krankenkassen zu gewährleisten. Ein Großteil ist bereits über Kollektivverträge zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung und den Krankenkassen ausgestaltet. Eine Differenzierung ist so nur über die verbleibenden 5 % als Satzungsleistungen und über selektivvertragliche Vereinbarungen der Krankenkassen mit den Leistungserbringern möglich.

### Das Konzept

Um den Kassenwettbewerb in Bezug auf den Preis weiterhin flexibel zu gestalten, soll die Möglichkeit der kassenindividuellen Zusatzbeiträge auch künftig bestehen. Ungleichheiten bei der Verteilung aus dem **Morbi-RSA** sollen durch die Erweiterung um eine Regionalkomponente ausgeglichen werden. Diese fängt regionale Unterschiede der Risiken ab. Krankheiten mit überdurchschnittlich hohen Leistungsausgaben sollen im Rahmen eines Risikopools berücksichtigt werden. Zusätzlich ist der Umfang der aktuell im Morbi-RSA abgebildeten Krankheiten zu erweitern. Gebündelt schaffen diese Ergänzungen eine einheitliche Ausgangsposition für einen fairen Kassenwettbewerb.

Im Bereich der **Leistungen** soll eine einheitliche Regelung des Leistungskatalogs über das SGB V bestehen bleiben, um eine ausreichende Grundversorgung der Bevölkerung sicherzustellen. Auch eine unterschiedliche Ausgestaltung der Satzungsleistungen soll weiterhin möglich sein. Um die Transparenz über das Leistungsportfolio der einzelnen Krankenkassen zu erhöhen, sollen die

Kostenträger zukünftig verpflichtet sein, jede Änderung ihres Portfolios zu Beginn eines jeden Kalenderjahres offenzulegen und den Versicherten in verständlicher Weise darzulegen.

Auch die aktuelle Regelung der Kollektivverträge soll bestehen bleiben, um eine flächendeckende Versorgung der Bevölkerung, speziell im ländlichen Raum, sicherzustellen. Zusätzlich soll die Möglichkeit, Selektivverträge mit einzelnen Leistungserbringern zu schließen, ausgeweitet werden. So sollen verstärkt innovative Ideen gefördert werden und schneller neue Versorgungsformen ihren Weg in die Regelversorgung finden.

Die Ausgestaltung der **Servicequalität** soll den einzelnen Krankenkassen selbst überlassen bleiben, um auch hier einen Wettbewerb zu ermöglichen.

Um den aktuellen Preiswettbewerb stärker in Richtung Qualitätswettbewerb zu wandeln, soll der Morbi-RSA um die Komponente **Qualität** erweitert werden. Dies wird sich in der Ausschüttung von Qualitätszuschlägen widerspiegeln. Ein festgelegter Anteil der Einnahmen aus dem Gesundheitsfonds (2 bis 3 %) soll über Zuschläge neu an die Krankenkassen verteilt werden. Um dabei die unterschiedlichen Größen der Krankenkassen zu berücksichtigen, erhalten die Krankenkassen einen einheitlichen Zuschlag für jeden Ihrer Versicherten.

Als Maßstab für die Qualität soll ein bundeseinheitlicher transparenter Qualitätsindex dienen. Der Qualitätsindex soll von einem unabhängigen wissenschaftlichen Institut evaluiert und veröffentlicht werden. Entscheidend ist, dass er transparent aufgebaut ist und auf vorgegeben Qualitätsmerkmalen basiert, die jährlich nachjustiert werden. Dabei soll das Institut wissenschaftliche Erkenntnisse aus der aktuellen Versorgungsforschung zu Grunde legen, um valide, reproduzierbare Ergebnisse zu erhalten. Die Krankenkassen reichen jährlich die dafür notwendigen Daten nach definierten Kriterien weiter. Ihre Richtigkeit ist durch ein Qualitätsmanagementsystem der Krankenkassen gesichert, das verpflichtend eingeführt werden soll und durch interne und externe Audits regelmäßig überprüft wird. Der Qualitätsindex soll Qualitätsmerkmale aus den folgenden Kategorien umfassen (Auszug): Zufriedenheit der Versicherten (Patienten und Gesunde), Morbiditätsentwicklung, Widerspruchs- und Klagequote, Niveau der Selektivverträge, Innovationsfähigkeit, Präventionsprogramme, etc.

Um weiteren Wettbewerbsverzerrungen vorzubeugen, müssen die Krankenkassen außerdem unter eine einheitliche Bundesaufsicht gestellt werden.

Mit den freigesetzten finanziellen Mitteln sollen die Krankenkassen u.a. die Möglichkeit erhalten:

- Zusätzliche Selektivverträge abzuschließen, um Behandlungen durch Leistungserbringer mit hoher Qualität zu fördern
- In Präventionsleistungen zu investieren
- Neue, innovative Therapie- und Behandlungsmöglichkeiten zu unterstützen und
- Ihre Nachsorgemaßnahmen auszubauen

Die Qualitätszuschläge sollen für die Krankenkassen einen weiteren Anreiz zur Verbesserung der Versorgung schaffen und durch den Umschwung auf einen Qualitätswettbewerb den Fokus auf eine patienten- bzw. versichertenorientierte Versorgung legen.

Die Umsetzung des Konzeptes muss langfristig geplant und organisiert werden unter Zusammenwirkung aller an der Gesundheitsversorgung beteiligten Gruppen. Auch eine Sensibilisierung aller Versicherten für die Vorteile des Konzeptes muss eingeleitet werden.

Quellen:

Bundesministerium für Gesundheit (2019): Entwurf eines Gesetzes für eine faire Kassenwahl in der gesetzlichen Krankenversicherung. Online verfügbar unter: [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/Downloads/Gesetze\\_und\\_Verordnungen/GuV/G/RefE\\_Gesetz\\_fuer\\_eine\\_faire\\_Kassenwahl\\_in\\_der\\_GKV.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/G/RefE_Gesetz_fuer_eine_faire_Kassenwahl_in_der_GKV.pdf) (zuletzt geprüft am 29.09.2019).

Bundesministerium für Gesundheit (2016): Kollektivvertrag. Online verfügbar unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/k/kollektivvertrag.html> (zuletzt geprüft am 29.09.2019)

Bundesministerium für Gesundheit (2019): Risikostrukturausgleich (RSA). Online verfügbar unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/risikostrukturausgleich.html> (zuletzt geprüft am 29.09.2019).

Bundesministerium für Gesundheit (2011): Selektivvertrag. Online verfügbar unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/s/selektivvertrag.html> (zuletzt geprüft am 29.09.2019).

GKV Spitzenverband (o.J.): Zusatzbeitragssatz. Online verfügbar unter: [https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/kv\\_grundprinzipien/finanzierung/zusatzbeitragssatz/zusatzbeitragssatz.jsp](https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/kv_grundprinzipien/finanzierung/zusatzbeitragssatz/zusatzbeitragssatz.jsp) (zuletzt geprüft am 29.09.2019).

Rebscher, H.; Meiners, F.; Kordt, M. (2017): Die Ambivalenz von Ratings und Rankings in der Gesetzlichen Krankenversicherung. In: Adolph, T.; Everling, O.; Metzler, M. (Hrsg.): Kranken-versicherung im Rating. Leistungsbewertung und Management als Schlüsselfaktoren. Wies-baden: Springer Gabler, 153–166.