

Antrag

der Abgeordneten Maria Klein-Schmeink, Dr. Janosch Dahmen, Dr. Kirsten Kappert-Gonther, Kordula Schulz-Asche, Dr. Anna Christmann, Kai Gehring, Erhard Grundl, Ulla Schauws, Charlotte Schneidewind-Hartnagel, Margit Stumpp, Beate Walter-Rosenheimer, Britta Haßelmann, Lisa Paus und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Mehr Transparenz und mehr Anreize für eine bessere Versorgung im Wettbewerb der gesetzlichen Krankenversicherungen

Der Bundestag wolle beschließen:

I. Der Deutsche Bundestag stellt fest:

Obwohl im SGB V zusätzlich zum Wirtschaftlichkeits- auch ein Qualitätswettbewerb der Krankenkassen vorgesehen ist (vgl. § 217f Abs. 4), haben Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung es nach wie vor schwer, sich über die Qualität ihrer Krankenkasse zu informieren. Entsprechend findet der Wettbewerb zwischen den gesetzlichen Krankenkassen aktuell fast nur über die Höhe des Zusatzbeitrages sowie über Angebote wie Satzungsleistungen und Bonusprogramme statt. Durch die Pandemie und die Kostenwirkungen der Gesetze der letzten Jahre drohen Beitragssteigerungen, die dazu führen könnten, dass der Preiswettbewerb sich noch verschärft.

Einige Betriebskrankenkassen wie die Siemens BKK oder die Viactiv BKK haben die Initiative für mehr Transparenz ergriffen. Sie gehen bereits seit längerer Zeit mit gutem Beispiel voran und veröffentlichen Daten zum Leistungsgebaren (vgl. www.sbk.org/unternehmen-sbk/aktuelle-berichte-und-zahlen/die-qualitaet-der-sbk-in-zahlen/ und www.viactiv.de/ag-newsletter/transparenzoffensive-gestartet) wie Angaben zum Anteil der genehmigten und abgelehnten Anträge auf verschiedene Leistungen wie bspw. Kuren oder Hilfsmittel, die Bearbeitungsdauer für einen Antrag und die Anzahl der Widersprüche und Klagen vor dem Sozialgericht. Neuerdings veröffentlichen auch die Ortskrankenkassen, die fast ein Drittel der deutschen Bevölkerung versichern, Transparenzberichte. Auch regelmäßige Versichertenbefragungen werden durchgeführt (vgl. www.aok-bv.de/presse/pressemitteilungen/2020/index_24163.html).

Das sind gute Ansätze. Allerdings erhalten solche Transparenzoffensiven für die Versicherten erst Relevanz, wenn sich alle Kassen beteiligen müssen. Es braucht eine verpflichtende Teilnahme aller Kassen an einem Transparenzportal und die Kassen müssen auch vergleichbare Daten veröffentlichen. Zudem müssen die Daten so aufgearbeitet sein, dass sich auf einen Blick erfassen lässt, welche Kasse in welchen Bereichen gut für ihre Versicherten sorgt.

Wenn eine Krankenkasse ausweislich gute Versorgung, also Verlässlichkeit bei der Leistungsgewährung und nachvollziehbare Kommunikation bei Leistungsablehnung,

individuelle Beratung, barrierefreie und bürokratiearme Antragsverfahren und spezielle Versorgungsangebote bereitstellt, sollte sie dafür auch belohnt werden. Menschen mit Behinderung, Menschen mit einer komplexen chronischen Erkrankung haben es im derzeitigen vorwiegend auf Wirtschaftlichkeit angelegten Wettbewerb im Gesundheitswesen besonders schwer. Für sie sind gute Versorgungsangebote – dazu gehören auch ein guter Service und der Abbau von Hürden bei der Beantragung von Leistungen –, so dass das Leben für sie spürbar einfacher wird, besonders wichtig. Denn Wettbewerb im Gesundheitswesen sollte zentral das Ziel verfolgen, die Versorgung im Interesse der Patientinnen und Patienten zu verbessern. Damit gute Versorgungsqualität sich für die Krankenkassen auch auszahlt, sind zusätzlich zu mehr Transparenz und besserer Vergleichbarkeit Instrumente und Anreize nötig, mit denen Kassen für gute und patientenorientierte Versorgung belohnt werden.

II. Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung auf,

einen Gesetzentwurf vorzulegen, der folgendes umfasst:

1. Damit es den Versicherten möglich wird, eine informierte Entscheidung zur Auswahl ihrer Krankenkassen zu treffen, wird zügig ein unabhängiges und qualitätsgesichertes Monitoring etabliert, das durch geeignete Kriterien eine Bewertung und den Vergleich der Versorgungsleistung und -qualität von Krankenkassen ermöglicht und diese den Versicherten in einem Portal zugänglich macht. Es gibt eine konkrete Berichtspflicht für alle Krankenkassen, die insbesondere Angaben zum Genehmigungsverhalten der Krankenkassen und zur Versichertenzufriedenheit enthält.
2. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen wird zeitnah damit beauftragt, ein Gutachten über Anreize und Instrumente, mit denen beispielsweise das besondere Engagement etwa von Krankenkassen für Patientengruppen mit besonderem Behandlungsbedarf belohnt wird oder Krankenkassen zum Abschluss von Sektor übergreifenden Versorgungsverträgen bewegt werden, vorzulegen.

Berlin, den 23. Februar 2021

Katrin Göring-Eckardt, Dr. Anton Hofreiter und Fraktion

Begründung

Zu 1. Während sich Leistungserbringerinnen und -erbringer in zunehmenden Maße Qualitätsvergleichen stellen müssen, sind die gesetzlichen Krankenkassen davon bislang nicht erfasst. Dabei haben Krankenkassen durch die Gestaltung der Versorgung, durch eigene Anstrengungen zur Erhöhung der Gesundheitskompetenz ihrer Versicherten sowie durch Maßnahmen zur Unterstützung von Gesundheitsförderung einen enormen Einfluss darauf, ob die Gesundheit ihrer Versicherten erhalten oder verbessert wird bzw. ob Versicherte ihren jeweiligen Bedürfnissen entsprechend versorgt werden und Hilfe finden. Entsprechend müssen die Kassen die Möglichkeit bekommen, mit guter Versorgung und erstklassigem Service punkten zu können. Vor diesem Hintergrund muss zügig ein System zur Messung und Bewertung der Versorgungsleistung und -qualität etabliert werden. Die Bewertung kann zum Beispiel auf Versichertenbefragungen beruhen, auf der Erfassung von Strukturqualitätsmerkmalen wie dem Engagement für bestimmte Versichertengruppen (etwa sozial Benachteiligte oder Menschen mit Behinderung), auf dem Einsatz für sektor übergreifende regionale Versorgungsverträge, dem Umgang mit sozialen Bürgerrechten der Versicherten oder der Zugangsgerechtigkeit der jeweiligen Krankenkasse.

Insbesondere für chronisch kranke oder Menschen mit Behinderung können beim Vergleich der Krankenkassen die Leistungsgewährung bzw. die Quote der Ablehnung von Leistungen und spezielle Programme für bestimmte Krankheiten wichtige Kriterien bei der Wahl einer Krankenkasse sein. Diese Informationen müssen verständlich aufbereitet werden, so dass Versicherte die Chance erhalten, Krankenkassen anhand der Kriterien, die für sie relevant sind, miteinander zu vergleichen. Diese unabhängige Aufbereitung könnte durch das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen durchgeführt werden. Die Veröffentlichung sollte über ein besonderes Transparenzportal erfolgen. Aber auch für alle anderen Stellen, wo Patientinnen und Patienten sowie Versicherte im Netz nach evidenzbasierten Gesundheitsinformationen suchen, sollten diese Auswertungen verfügbar sein.

Mit solchen transparenten und verständlichen Vergleichen bekämen die Versicherten ein Instrument an die Hand, um Krankenkassen auf der Grundlage sinnvoller und verständlicher Qualitätskriterien miteinander zu vergleichen. Die Krankenkassen würden damit einen größeren Anreiz erhalten, sich um eine bessere Versorgung ihrer Versicherten zu bemühen. Auf diese Weise würde die Bedeutung der Versorgungsqualität im bisher vor allem auf Preis- bzw. Beitragsunterschiede setzenden Wettbewerb zwischen den Krankenkassen im Sinne der Versicherten ausgebaut.

Zu 2. Mit der solidarischen Wettbewerbsordnung in der gesetzlichen Krankenversicherung hat der Gesetzgeber das Ziel verfolgt, eine wirtschaftliche und qualitativ hochwertige Versorgung zu erreichen. Kernbestandteile dieser Wettbewerbsordnung sind Kassenwahlfreiheit für die Versicherten, Kontrahierungszwang und ein zielgenauer Risikostrukturausgleich. Unbestritten ist, dass Wettbewerb kein Selbstzweck ist und allein nicht die Qualität der Versorgung gewährleisten kann (Schmidt, Göppfart 2014). In den letzten Jahren dominiert jedoch, getrieben von fragwürdigen Entscheidungen des Gesetzgebers beispielsweise im so genannten Versichertenentlastungsgesetz und zuletzt im Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz, mit dem die Kassenrücklagen weiter abgeschmolzen werden, ein auf die Höhe des Beitragssatzes abzielender Wettbewerb. Die u. a. durch die Corona-Pandemie mit ihren Kosten und den wegbrechenden Beitragseinnahmen, aber auch durch eine Vielzahl kostenintensiver Gesetze geschrumpften Mittel der Kasse dürfen nicht dazu führen, dass fortan Stillstand bei innovativen Projekten für eine gute Versorgung herrscht. Gute Versorgung darf nicht zum Wettbewerbsnachteil für Krankenkassen werden. Deswegen muss die Frage in den Blick genommen werden, mit welchem Instrumentarium Krankenkassen belohnt bzw. dazu bewegt werden können, sich für eine qualitativ hochwertige Versorgung ihrer Versicherten einzusetzen.

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen soll deswegen damit beauftragt werden, ein Gutachten über geeignete Instrumente und Verfahren vorzulegen. So könnten Kassen bspw. Zuschläge erhalten, wenn ihre Patienten zur Versorgung bestimmter Krankheiten zertifizierte Zentren und Netzwerke aufsuchen oder wenn sie für ihre Versicherten populationsorientierte sektor übergreifende Versorgungsverträge mit regionalem Bezug abschließen. Auch eine leitliniengerechte Behandlung bei bestimmten Krankheiten könnte belohnt werden. Die Qualität der Versorgung sollte mit geeigneten Qualitätsindikatoren gemessen werden. Dabei könnten neben geeigneten Prozess- und Ergebnisindikatoren insbesondere auch Erfahrungen der Patientinnen und Patienten einfließen. (vgl. Schrappe: Qualität 2030, Berlin 2015). Die notwendigen Mittel sollten durch Vorwegabzug aus dem Gesundheitsfonds finanziert werden.

