

Zeitschrift für Gesundheitspolitik

ZGP

Ausgabe 03/2018

Schwerpunktthema

Erfolgsmessung in der sozialen Krankenversicherung

Schwerpunktthema

Erfolgsmessung in der sozialen Krankenversicherung

Z
GP

Schwerpunktthema

**Erfolgsmessung
in der sozialen
Krankenversicherung**

Ausgabe 3/2018

Impressum:

Die in der ZGP veröffentlichten Beiträge sind nicht unbedingt mit der Auffassung des LIG oder seines Trägers ident.

LIG – Linzer Institut für Gesundheitssystem-Forschung
Obmann: Präs. Dr. Peter Niedermoser
Geschäftsführer: Hon.-Prof. Dr. Felix Wallner

ZGP – Zeitschrift für Gesundheitspolitik
Medieninhaber, Herausgeber und Redaktion: Linzer Institut für
Gesundheitssystem-Forschung, Dinghoferstraße 4, 4010 Linz
www.lig-gesundheit.at

Coverfoto: www.fotolia.com (Markus Mainka)
Redaktion: Mag. Katharina Wieser
Verleger: Verlagshaus der Ärzte GmbH, 1010 Wien
Druck: Ferdinand Berger & Söhne GmbH, 3580 Horn

Liebe Leserin, lieber Leser

Wir alle wollen ein funktionierendes Gesundheitswesen. Gerecht, effizient und vor allem auch effektiv soll es sein, da sind wir uns alle einig. Nur daran, wie dieser Zustand zu erreichen ist, scheiden sich oft die Geister. Nicht anders ist das bei Fragen zu gesetzlichen Vorgaben und Organisationsstrukturen der Krankenversicherung. Gerade in den letzten Jahrzehnten kam es in vielen zentraleuropäischen Staaten zu massiven Änderungen der sozialen Sicherungssysteme, und auch in Österreich reißt die Diskussion darüber nicht ab. In Deutschland, der Schweiz und den Niederlanden besteht heute ein regulierter Wettbewerb zwischen den Kassen, wohingegen bei uns von einem solchen Modell von Experten abgeraten wird.

Wettbewerb um Versicherte gibt es in Österreich aufgrund des Pflichtversicherungssystems also nicht. Abseits dieser fehlenden Marktmechanismen haben sich die einzelnen Versicherungsträger aber laufend miteinander verglichen und erzeugten damit in vielen Bereichen eine Konkurrenz um die Position des Besten. Freilich wird diese Möglichkeit durch die Zusammenlegung der Kassen massiv eingeschränkt, kann aber sicher in abgeschwächter Form über den Vergleich der Landesservicestellen der Österreichischen Gesundheitskasse weiter genutzt werden. Der individuelle Gestaltungsspielraum der Träger funktionierte bisher als Innovationsmotor, bei dem zu hoffen bleibt, dass er im Zuge der Reform nicht zu sehr gedrosselt wird. Aber wann ist eine Krankenkasse eigentlich erfolgreich und wie kann Erfolg gemessen werden?

Zu diesem äußerst brisanten und aktuellen Thema finden Sie in der vorliegenden Ausgabe der Zeitschrift für Gesundheitspolitik Informationen zum österreichischen Weg, aber auch dem anderer Länder. Experten beschäftigen sich mit der Frage, was die Krankenversicherung zu Gerechtigkeit, Effizienz und Effektivität im Gesundheitswesen beitragen kann und welche Kennzahlen auf diesem Weg zielführend sind. Wie immer wünschen wir Ihnen viele anregende Momente beim Lesen!

Hon.-Prof. Dr. Felix Wallner
Geschäftsführer LIG

Dr. Peter Niedermoser
Obmann LIG

Inhaltsverzeichnis

Sechs Thesen zum Versicherungswettbewerb in der extramuralen Gesundheitsversorgung <i>Hon.-Prof. Dr. Felix Wallner</i>	9
Entwicklung von Kennzahlen zur Leistungsbewertung der Österreichischen Gesundheitskasse <i>Univ. Prof. Dr. Dorothea Greiling, Dr. Elisabeth Dreer, MSc, em. Univ. Prof. Dr. Dr. h. c. mult. Friedrich Schneider</i>	15
Kennzahlen für den Wettbewerb zwischen Krankenkassen und die Erfahrungen über den deutschen Risikostrukturausgleich: eine Bestandsaufnahme <i>Prof. Dr. Volker Ulrich</i>	129
Krankenkassen, Versorgung und Qualität: eine Rundschau <i>Mag. Katharina Wieser</i>	151
Auf den Standpunkt gebracht	177
News aus den Gesundheitssystemen	185

Hon.-Prof. Dr. Felix Wallner

Kammeramtsdirektor, Ärztekammer für Oberösterreich

Sechs Thesen zum Versicherungswettbewerb in der extramuralen Gesundheitsversorgung

Prinzipiell braucht es Leistungswettbewerb, um Fortschritt zu sichern. Ohne Wettbewerb um Versicherte kann das aber nur über Druck auf die Verantwortlichen und der Orientierung an Best-Practice-Beispielen funktionieren. In einer Österreichischen Gesundheitskasse wird dies schwieriger als bisher, aber nicht unmöglich. Die Landesstellen könnten auch in Zukunft miteinander in Konkurrenz und im Vergleich zueinander stehen. Dafür bedarf es jedoch eines regionalen Gestaltungsspielraums, landesspezifischer Rechenkreise, passender Indikatoren für die Bewertung und nicht zuletzt auch einer öffentlichen Transparenz von Output-Kennzahlen und Finanzmitteln.

These 1: Auch zwischen gesetzlichen Krankenversicherungsträgern muss es einen Leistungswettbewerb geben, um eine dynamische Fortentwicklung des Systems und einen effizienten Ressourceneinsatz zu erreichen.

In den europäischen Staaten, deren Gesundheitswesen nach dem Bismarck'schen Muster aufgebaut sind, also einen Teil der Kosten der Gesundheitsversorgung über gesetzliche Krankenversicherungen aufbringen, gibt es zwei Ausprägungen. Es gibt Systeme mit Versicherungspflicht wie in Deutschland, wo Erwerbstätige zwar verpflichtet sind, einer Krankenversicherung beizutreten, aber frei entscheiden können, welcher sie sich anschließen. Und es gibt auf der anderen Seite Systeme mit Pflichtversicherung, in denen der Versicherte gesetzlich einem bestimmten Krankenversicherungsträger zugeordnet wird. In Systemen mit bloßer Versicherungspflicht, in denen der Versicherte frei zwischen den Krankenversicherungsträgern wählen kann, stehen diese im Wettbewerb um Kunden, während in Systemen mit Pflichtversicherungen wie in Österreich kein Kundenwettbewerb besteht.

Gegen einen Wettbewerb, der durch die Möglichkeit zur freien Versicherungswahl ausgelöst wird, gibt es allerdings auch erhebliche Bedenken. Zum einen führt ein Wettbewerb zwischen Krankenversicherungen, der ja auch über die Höhe der Versicherungsprämien ausgetragen wird, tendenziell zu Risikoselektion. Zum anderen entstehen in einem Wettbewerb zwischen Krankenversicherungsträgern auch Akquisitionskosten, die möglicherweise die durch den Wettbewerbsdruck erreichten Kostensenkungen übersteigen und damit dazu führen, dass dem Gesundheitssystem Ressourcen entzogen werden. Es erscheint daher vernünftiger, einen Wettbewerb zwischen den einzelnen Krankenversicherungsträgern nicht dadurch herbeizuführen, dass die Versicherten zwischen den in Konkurrenz befindlichen Versicherungsträgern wählen können, sondern vielmehr dadurch, dass die Effizienz der einzelnen Krankenversicherungsträger miteinander verglichen und dadurch Druck auf die Verantwortlichen aufgebaut wird, sich an den Best-Practice-Beispielen zu orientieren.

These 2: Nach der Fusion der Gebietskrankenkassen zu einer Einheitskasse wird die Gefahr noch größer werden, dass mangels Wettbewerbsdruck Ineffizienzen unentdeckt bleiben.

Die neu entstehende Österreichische Gesundheitskasse (ÖGK) wird eine einzigartige Monopolstellung im Krankenversicherungsbereich einnehmen. Umso wichtiger erscheint es, dass innerhalb dieses Monopols Subsysteme zugelassen werden, die miteinander in Ideenkonkurrenz stehen. Im Grunde genommen sind derartige Subsysteme in der gesetzlichen Konstruktion der ÖGK dadurch angelegt,

dass es weiterhin Landesgeschäftsstellen geben soll, denen auch auf regionaler Ebene Verantwortung übertragen wird. Dazu kommt, dass die Gesamtverträge mit den Leistungserbringern, insbesondere den Kassenärzten, so lange regional bleiben, solange nicht ein bundesweit einheitlicher Vertrag zustande kommt. Im Hinblick auf die hohen Kosten, die ein für die gesamtösterreichische Ärzteschaft akzeptabler bundesweit einheitlicher Vertrag verursachen würde, erscheint es als sehr wahrscheinlich, dass die regionalen Gesamtverträge und damit auch ein regionaler Gestaltungsspielraum in der Organisation des Kassenarztwesens erhalten bleibt. Die ÖGK sollte aus der Not eine Tugend machen und diese regionalen Ausprägungen nutzen, um die (Länder-) Subsysteme untereinander benchmarken zu können und damit Wettbewerb in ein an sich monopolistisches Konstrukt zu bringen. Die ÖGK hätte dabei den Vorteil, dass sie mehr Durchgriffsrechte hat als derzeit der Hauptverband gegenüber den regionalen Gebietskrankenkassen. Sie hätte es daher auch leichter, einen Wettbewerb der Landessysteme dazu zu nutzen, die Übertragung von effizienten Prozessen in ineffizientere Bundesländer zu erzwingen.

These 3: Die bisherigen Ansätze zu einem Benchmarking zwischen den Krankenversicherungsträgern waren ungenügend und gehören dringend ausgebaut.

Auch in der insbesondere jüngeren Vergangenheit gab es bereits Ansätze zu einem strukturierten Monitoring, das Best-Practice-Beispiele identifizieren bzw. Fehlentwicklungen aufdecken sollte. Zu nennen sind in diesem Zusammenhang etwa die Zielsteuerung nach § 441e ASVG. Diese Bestimmung trägt der Trägerkonferenz im Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger auf, im Rahmen eines Zielsteuerungssystems Ziele für das Verwaltungshandeln der einzelnen Versicherungsträger zu beschließen. Bei diesen Zielen hat es sich aber vorrangig um Finanzziele und damit nur um eine Seite der Medaille gehandelt. Überdies war die Zielsteuerung nach außen hin wenig transparent, sodass kaum Druck durch die Versicherten entstanden ist, Ineffizienzen zu beseitigen.

Was die Transparenz angeht, ist die Zielsteuerung-Gesundheit, wie sie in der Art.-15a-B-VG-Vereinbarung zwischen Bund und Ländern festgelegt wurde, weiter gegangen. Art. 18ff. dieser Vereinbarung verpflichtet die Partner der Gliedstaatsvereinbarung, also Bund und Länder, zu einem österreichweiten Monitoring, dessen Umsetzung der Gesundheit Österreich GmbH übertragen wurde. In einer weiteren Vereinbarung zwischen dem Bund, den Ländern und dem Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger, dem sogenannten Zielsteuerungsvertrag, wurden Parameter festgelegt, anhand derer die Entwicklung der Gesundheitssysteme in den einzelnen Bundesländern verglichen werden kann. Dabei geht es nicht nur um Finanzziele, sondern auch um Messgrößen, mit denen der

Erfolg der finanzierten Maßnahmen beurteilt werden kann. Dazu gehören etwa Indikatoren wie umgesetzte Primärversorgungseinheiten, ärztliche Versorgungsdichte, Masern/Mumps/Röteln-Durchimpfungsraten, Polypharmazieprävalenzen, Zufriedenheit in der Bevölkerung mit der medizinischen Versorgung, gesunde Lebensjahre bei der Geburt oder kariesfreie Kinder. Die von der Gesundheit Österreich GmbH erstellten Monitoringberichte sind insofern transparent, als sie auf der Homepage des Gesundheitsministeriums abgerufen werden können. Sie sind allerdings nicht spezifisch für den extramuralen Bereich ausgestaltet und somit nur bedingt geeignet, die Effizienz des Mitteleinsatzes der gesetzlichen Krankenversicherungsträger im extramuralen Bereich zu vergleichen.

These 4: Um die Effizienz des Ressourceneinsatzes der Krankenversicherungsträger (bzw. der Geschäftsstellen der ÖGK) bewerten zu können, müssen Indikatoren entwickelt werden, an denen der Erfolg des Mitteleinsatzes gemessen werden kann.

Die derzeit im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit entwickelten Kriterien sollten zu Zwecken der Vergleichbarkeit des Erfolgs der einzelnen Landesgeschäftsstellen in der ÖGK bzw. der Sonderkrankenversicherungsträger weiter ausgebaut werden. Neben schon derzeit vorgesehenen Indikatoren wie Arztdichte oder Patientenzufriedenheit könnten auch Morbiditätskennzahlen bezüglich bestimmter ausgewählter Krankheitsbilder entwickelt werden. Im Unterschied zu bisher sollten diese Parameter allerdings nicht nur im Zusammenwirken zwischen den Zahlern, also Bund, Länder und Krankenversicherungsträger, entwickelt werden, sondern es wäre auch sinnvoll, die Expertise der Leistungserbringer mit einzubinden. Dies könnte etwa dadurch geschehen, dass eine Verordnungskompetenz des Gesundheitsministeriums zur Festlegung von Parametern für die Erfolgsmessung von Krankenversicherungsträgern geschaffen und gleichzeitig ein Beirat im Ministerium eingerichtet wird, der Vorschläge für diese Parameter entwickelt und aus Experten besteht, die nicht nur von den Krankenversicherungsträgern, dem Bund und den Ländern, sondern auch von den Interessenvertretungen der Leistungserbringer entsandt werden.

These 5: Um die Effizienz der einzelnen Geschäftsstellen auf Landesebene beurteilen zu können, ist es notwendig, den erreichten Versorgungserfolg mit dem Mitteleinsatz zu vergleichen. Es muss daher auch für jedes Bundesland eigene Rechnungskreise geben, aus denen sich die investierten Finanzmittel ablesen lassen.

Der Entwurf zum Sozialversicherungs-Organisationsgesetz, der die Kassenfusion gesetzlich verankert, sieht vor, dass innerhalb der ÖGK Landesbudgets gebildet werden sollen. Es wird aber auch sinnvoll sein, öffentlich einsehbare Teilbilanzen

zu erstellen, aus denen ersichtlich ist, welche Finanzmittel für welchen Zweck im jeweiligen Bundesland ausgegeben wurden.

These 6: Wettbewerb zwischen den einzelnen Landesgeschäftsstellen der ÖGK bzw. mit den Sonder-Krankenversicherungsträgern entsteht durch Transparenz der Effizienzindikatoren.

Sowohl die Gesundheitspolitik als auch die Versicherten haben einen Anspruch darauf, Informationen über den effizienten Einsatz der Krankenversicherungsbeiträge zu erhalten. Sowohl der Vergleich der Output-Indikatoren, die die Qualität der Gesundheitsversorgung in den einzelnen Bundesländern messen sollen, als auch die dafür je Bundesland aufgewandten Finanzmittel sollten daher öffentlich zugänglich gemacht werden. Damit würde man erreichen, dass auf die Entscheidungsträger der Krankenkassen Druck entsteht, Ineffizienzen abzubauen und Best-Practice-Beispiele zu übernehmen und damit eine Art virtueller Wettbewerb hergestellt werden, ohne die Nachteile eines echten Versicherungswettbewerbs, wie wir ihn etwa aus Deutschland kennen, in Kauf nehmen zu müssen.

Univ. Prof. Dr. Dorothea Greiling

Institut für Management Accounting, JKU

Dr. Elisabeth Dreer, MSc

Forschungsinstitut für Bankwesen, JKU

em. Univ. Prof. Dr. Dr. h. c. mult. Friedrich Schneider

Forschungsinstituts für Bankwesen, JKU

Entwicklung von Kennzahlen zur Leistungsbewertung der Österreichischen Gesundheitskasse

1. Management Summary	17
1.1. Überblick über die Studie	17
1.2. Kennzahlenvorschlag zur Bewertung der ÖGK	18
1.3. Übersicht über die ersten, vorläufigen Ergebnisse der Qualitätsmessung / Outputindikatoren	21
1.4. Vorläufige Einschätzung einer Kennzahlenbewertung der „neuen“ ÖGK	23
2. Ausgangslage, Zielsetzung und Projektumfang	25
3. Ebenen der Leistungsbewertung im Gesundheitswesen	32
3.1. Makroebene	32
3.2. Mesoebene	33

3.3. Mikro-Ebene I	33
3.4. Mikro-Ebene II	35
4. Kassenvergleiche in Deutschland und der Schweiz	39
4.1. Gesetzliche Krankenkassen in Deutschland und der Schweiz	39
4.2. Kassenvergleiche in Deutschland	50
4.3. Schweiz	82
4.4. Bewertung der Ansätze	86
5. Qualitäts- und Outputmessung im Gesundheitssystem	89
5.1. Gesundheitsindikatoren der EU, der OECD und der WHO	91
5.2. Gesundheitsindikatoren für Österreich im internationalen Vergleich	96
5.3. Übersicht über die ersten, vorläufigen Ergebnisse der Qualitätsmessung / Outputindikatoren	115
6. Kennzahlenvorschlag zur Bewertung der ÖGK	199
6.1. Strukturkennzahlen	119
6.2. Prozesskennzahlen	121
6.3. Kennzahlen der Ergebnisqualität	122
Literaturverzeichnis	124
Abkürzungsverzeichnis	127

1. Management Summary

1.1. Überblick über die Studie

Angesichts der von der österreichischen Bundesregierung eingeleiteten Schritte zur Fusion der neun Gebietskrankenkassen zur Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK), die bis zum 1. Jänner 2020 abgeschlossen sein soll, und der damit einhergehenden noch stärkeren Marktstellung als es bisher die neun Gebietskrankenkassen (GKKen) hatten, ist die **erste Zielsetzung** der Studie, ein **Kennzahlenraster** zur **Bewertung** der **Leistungen** der **ÖGK** zu entwickeln. Hierbei fließen die Erfahrungen aus Deutschland und der Schweiz ein, die eine wesentlich längere Tradition mit Krankenkassenvergleichen haben. Angesichts der derzeit fehlenden Konkursgefahr der österreichischen gesetzlichen Krankenversicherungen beschränkt sich das Kennzahlenraster auf die Leistungssphäre und somit auf die Rolle der ÖGK als Dienstleistungsanbieter von Krankenversicherungsleistungen und als Systemakteur im Gesundheitswesen. Neben der Rolle als Dienstleistungsanbieter von Krankenversicherungsleistungen für rund 80 % der Bevölkerung ist damit die Funktion als bedeutender Systemakteur angesprochen. Die **zweite Zielsetzung** besteht darin, **Indikatoren** zur **Qualitäts-** und **Output-Messung** des **Gesundheitssystems** darzustellen, um damit auch den Qualitäts- und Output-Aspekt zu erfassen.

In der **Langfassung** erfolgt (Kapitel 3) zunächst ein Überblick über die drei verschiedenen Ebenen (Makro-, Meso- (Regional) und Mikro-Ebene (Organisation und Leistungskomplexe)) von Leistungsbewertungen im Gesundheitswesen. Auf Basis einer Literaturanalyse werden die bestehenden Ansätze zur Leistungsbewertung gesetzlicher Krankenkassen in Deutschland und der obligatorischen Krankenversicherungen in der Schweiz vorgestellt (Kapitel 4). Die deutschen und schweizerischen Ansätze sind stark davon geprägt, Transparenz über den Leistungsumfang und das Preis-Leistungs-Verhältnis der Krankenkassen zu schaffen. Anders als in Österreich können die Versicherten in Deutschland aus rund 110 gesetzlichen Krankenkassen auswählen, wobei nicht alle im gesamten Bundesgebiet tätig sind, sondern zum Teil auf ein oder mehrere Bundesländer eingeschränkt sind. In der Schweiz gibt es rund 50 obligatorische Krankenversicherungen mit Kontrahierungszwang. In Kapitel 5 (der Langfassung) erfolgt eine Darstellung von Output-Indikatoren zur Qualitätsmessung des Gesundheitssystems mit dem Schwerpunkt der Anwendbarkeit für Österreich. Abschließend (Kapitel 6) wird, unter Rückgriff auf die Erfahrungen in Deutschland und der Schweiz, ein

Kennzahlenraster zur Leistungs- bzw. Output-Bewertung präsentiert, das Struktur-, Prozess- und Ergebniskennzahlen enthält.

1.2. Kennzahlenvorschlag zur Bewertung der ÖGK

Die folgenden Kennzahlen sind aus den Erfahrungen in Deutschland und der Schweiz gewonnen. Sie unterscheiden sich nach Struktur- und Prozesskennzahlen und solche zur Ergebnisqualität. Sie werden hier nur aufgeführt und nicht weiter interpretiert.

1.2.1. Strukturkennzahlen

Kennzahlen zur Versicherungsstruktur: Anzahl der Versicherten (absolut und prozentual) im Zeitverlauf

1. Erwerbstätige Versicherte
2. Sonstige Versicherte
 - a. Davon selbstversicherte Personen
 - b. Davon Pensionisten
 - c. Davon mitversicherte Angehörige

Kennzahlen zur Entwicklung des Beitragsaufkommens (absolut und/oder relativ)

3. Gesamt
4. Erwerbstätige Versicherte
5. Sonstige Versicherte

Kennzahlen zu Personalstrukturdaten

6. Personal in der Zentrale in VZÄ
7. Personal in den Bundesländern in den Zentralstellen in VZÄ
8. Personal in den Bundesländern in den Zweigstellen in VZÄ
9. Betreuungsquote (Versicherte/ ÖGK-Servicepersonal)

Sonstige Strukturkennzahlen

10. Durchschnittliche Entfernung zur nächsten ÖGK-Servicestelle in den Landeshauptstädten
11. Durchschnittliche Entfernung zur nächsten ÖGK-Servicestelle außerhalb der Landeshauptstädte

12. Anzahl der unbesetzten Kassenarztstellen (differenziert nach Regionen des Österreichischen Strukturplans Gesundheit)
13. Anzahl der Wahlärzte pro Region in VZÄ

1.2.2. Prozesskennzahlen

Kennzahlen zur ÖGK-Prozessqualität

1. Zufriedenheit mit der Erreichbarkeit des ÖGK-Personals
2. Zufriedenheit mit Freundlichkeit und Höflichkeit des ÖGK-Personals
3. Zufriedenheit mit der Schnelligkeit der Bearbeitung von Anliegen durch das ÖGK-Personal
4. Zufriedenheit mit der Schnelligkeit der Bearbeitung von Anliegen der Leistungserbringer durch das ÖGK-Personal
5. Zufriedenheit mit der Qualität der Anliegen-Bearbeitung durch das ÖGK-Personal

1.2.3. Kennzahlen der Ergebnisqualität

Kennzahlen zur Verteilung der Versicherungsleistungen (Ausgaben je Versicherten im Zeitverlauf)

1. Krankenbehandlung
 - a. Ärztliche Hilfe und gleichgestellte Leistungen
 - b. Heilmittel (Arzneien)
 - c. Heilbehelfe und Hilfsmittel
2. Zahnbehandlung und Zahnersatz
3. Anstalts- und Hauskrankenpflege
 - a. Verpflegungskosten und sonstige Leistungen
 - b. Überweisung an den Krankenanstaltsfonds
 - c. Medizinische Hauskrankenpflege
4. Krankengeld
5. Rehabilitationsgeld
6. Mutterschaftsleistungen
7. Medizinische Rehabilitation
8. Gesundheitsfestigung und Krankheitsverhütung
9. Früherkennung von Krankheiten und Gesundheitsförderung
10. Fahrtspesen und Transportkosten
11. Anteil für Wahlarztleistungen

Kennzahlen zur Versicherungszufriedenheit

1. Gesamtzufriedenheit mit der ÖGK
2. Zufriedenheit mit dem Kundenservice der ÖGK
3. Zufriedenheit mit der Erreichbarkeit
4. Zufriedenheit mit den Online-Services der ÖGK
5. Zufriedenheit mit dem ÖGK-Leistungsumfang in der ambulanten ärztlichen Versorgung
6. Zufriedenheit mit dem ÖGK-Leistungsumfang bei der Versorgung mit Medikamenten
7. Zufriedenheit mit dem ÖGK-Leistungsumfang bei der Versorgung mit Heilbehelfen und Hilfsmitteln
8. Zufriedenheit mit dem ÖGK-Leistungsumfang bei der Zahnbehandlung und dem Zahnersatz
9. Zufriedenheit mit dem ÖGK-Leistungsumfang bei den Spitalsleistungen
10. Zufriedenheit mit dem ÖGK-Leistungsumfang im Präventionsbereich
11. Zufriedenheit mit dem ÖGK-Leistungsumfang bei der Rehabilitation

Kennzahlen zu den Leistungsanbietern

1. Gesamtzufriedenheit mit der ÖGK
2. Zufriedenheit mit den Leistungsanbieterservices
3. Zufriedenheit mit der Erreichbarkeit
4. Zufriedenheit mit den Online-Services
5. Zufriedenheit mit der Bearbeitungsqualität der Anliegen durch das ÖGK-Personal
6. Zufriedenheit mit den Leistungsmöglichkeiten
7. Zufriedenheit der Kassenärzte mit ihrem Kassenvertrag
8. Zufriedenheit mit den Rahmenbedingungen als Kassenarzt

1.3. Übersicht über die ersten, vorläufigen Ergebnisse der Qualitätsmessung/ Outputindikatoren

In der gesundheitssystembezogenen Qualitäts-/Output-Messung werden folgende drei gesundheitsrelevante Dimensionen berücksichtigt:

- (I) Gesundheitsausgaben und Ressourceneinsatz
- (II) Gerechtigkeit und Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitswesens und
- (III) Gesundheitsbezogene Leistungsergebnisse

Um zu verdeutlichen, was diese drei Output-Indikatoren „leisten“ bzw. darstellen, erfolgt hier eine erste, vorläufige empirische Auswertung der Ergebnisse von Österreich im Verhältnis zu elf ausgewählten Ländern (Dänemark, Frankreich, Deutschland, Irland, Italien, Niederlande, Spanien, Schweden, Schweiz, Großbritannien und den USA).¹

Zu (I) Bei den Gesundheitsausgaben und dem Ressourceneinsatz zeigt sich, dass Österreich durchwegs eine mittlere Rolle einnimmt (vgl. 5. Kapitel der Langfassung). Bei den Gesundheitsausgaben pro Kopf in KKP weicht Spanien mit -36 % am weitesten vom Durchschnitt ab, während die CHF deutlich über dem Durchschnittswert liegt (Æ 5.469 USD in KKP).

Unterscheidet man zwischen öffentlichen Gesundheitsausgaben und privaten Ausgaben, zeigt sich folgendes Bild: Bei den öffentlichen Gesundheitsausgaben ist die Spannweite geringer als bei den privaten Ausgaben. Bei einem mittleren Wert (arithmetisches Mittel) von 3.962 Euro pro Kopf liegt Österreich mit 3.957 Euro ziemlich genau im mittleren Bereich. Davon weichen Spanien mit 2.293 Euro und die Schweiz mit 5.038 Euro stark nach unten bzw. oben ab. Bei den privaten Gesundheitsausgaben liegt Dänemark am unteren Ende der privaten Pro-Kopf-Ausgaben, während auch hier wieder die Schweizer die höchsten Ausgaben tätigen (ohne USA).

Die Spannweite der Abweichungen vom Durchschnitt wird geringer, wenn man die Gesundheitsausgaben in Relation zum BIP setzt. Auch hier rangiert Österreich nahe am Durchschnitt mit +1 % über dem arithmetischen Mittel der Gesamtausgaben in % des BIP der elf Länder (ohne USA).

¹ Die USA wird nicht in den abschließenden Vergleich der Länder zum Mittelwert (arith. Mittel) einbezogen.

Zu (II) Indikatoren für die **Gerechtigkeit und die Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitswesens** sind u.a. die Zahl der Arztkonsultationen pro Person und die durchschnittliche Dauer der Krankenhausaufenthalte.

Bei der Häufigkeit der Arztkonsultationen zeigt sich ein deutlicher Unterschied zwischen Deutschland mit 10 jährlichen Konsultationen und Schweden mit 2,9 Konsultationen im Jahr. Österreich liegt auch hier im Mittelfeld mit 6,6 Konsultation (+9 % über dem arithm. Mittel).

Zu (III) Bei den durchschnittlichen Krankenhausaufenthalten ist die Spannweite zwischen den Ländern geringer. Österreich liegt mit 8,5 Tagen um 14 % über dem Durchschnitt.

Die **gesundheitsbezogenen Leistungsergebnisse** zeigen quasi den Output im Bereich „Gesundheit“. Die „Gesundheit“ ist von vielen Einflussfaktoren abhängig (Risikofaktoren, wie Rauchen und Alkoholkonsum, und gesundheitsbeeinflussende Faktoren, wie Fettleibigkeit, Bluthochdruck etc.). Die Auswirkungen dieser Einflussfaktoren haben Einfluss auf die Lebenserwartung und die Todesursachen durch Krankheiten.

In Bezug auf die Lebenserwartung zeigt sich, dass sich die Unterschiede in den betrachteten Ländern gegenüber 1970 deutlich verringert haben. Jedoch liegt Österreich mit Dänemark, Deutschland und Großbritannien knapp unter dem Durchschnitt der elf Länder, während Frankreich, Italien, Spanien, Schweden und die Schweiz knapp darüber liegen (Æ 81,8 Jahre im Jahr 2015).

Bei den häufigsten Todesursachen nach altersstandardisierten Krankheiten pro 100.000 EinwohnerInnen, zeigt sich, dass die Hauptursachen Herz-/Kreislauferkrankungen und Krebs sind. Bei Demenz ist die Spannweite der Häufigkeiten sehr hoch und liegt in Österreich deutlich unter dem Durchschnitt der elf Länder. Bei den Herz-/Kreislauftodesfällen liegt Österreich dagegen im oberen Bereich der Häufigkeiten. Bei externen Gründen liegt Österreich im mittleren Feld und bei Krebs als Todesursache knapp unter dem Mittelwert der elf untersuchten Länder.

Diese vorläufige erste Auswertung von Gesundheitsdaten für Österreich im internationalen Vergleich, der hier nur beispielhaft durchgeführt wurde, soll ermöglichen, die Vorteile von anderen Ländern zu erkennen und die Nachteile zu vermeiden. In diesem Sinn sind Gesundheitsindikatoren im Zeit- und im Ländervergleich ein wesentliches Mittel zur Steuerung der Gesundheitspolitik. Hierzu ist aber noch eine wesentlich ausführlichere Studie erforderlich.

1.4. Vorläufige Einschätzung einer Kennzahlenbewertung der „neuen“ ÖGK

Die Ergebnisse des Vergleichs der Kennzahlenbewertung in Deutschland und in der Schweiz zeigen einerseits, dass dies wichtige Hilfsmittel sind, andererseits aber auch keine Wunder bewirken können. Lässt man somit abschließend die verschiedenen deutschen und schweizerischen Ansätze zur Unterstützung von Neukunden oder wechselbereiten Versicherten bei ihrer Kassenwahl Revue passieren, so eint sie, dass sie in einem intransparenten Versicherungsmarkt einen Beitrag zur Transparenzerhöhung leisten wollen. Die dafür notwendigen Anstrengungen fallen in Deutschland höher aus als in der Schweiz, da sich die einzelnen GKVn durch kassenindividuelle Leistungen ein spezifisches Profil geben können. Ob die Vergleichsportale, Rankings und Ratings tatsächlich dazu beitragen, Informationsasymmetrien zu Lasten der Versicherten zu reduzieren, hängt neben weiteren von zwei wesentlichen Faktoren ab:

Erstens kann ein noch so objektiver Vergleich nur seine Wirkung entfalten, wenn die Versicherten ihn zur Entscheidungsfindung heranziehen. Die deutschen GKV-Versicherten zählen nicht zu den wechselbereitesten Versicherten. In der Schweiz wird der Kassenwechsel dadurch erschwert, dass Versicherte meist bei derselben Krankenversicherung eine privatrechtliche Zusatzversicherung haben. Aus der Konsumentenforschung ist außerdem bekannt, dass die Empfehlungen von Familienmitgliedern, Arbeitskollegen oder -kolleginnen sowie aus dem Freundeskreis mindestens dasselbe Gewicht haben wie die Leistungsbewertungen (Tietz 2017). Statt sich durch die Details von Versicherungskonditionen zu quälen, werden Empfehlungen aus dem unmittelbaren sozialen Umfeld als kognitive Abkürzung herangezogen.

Zweitens hängt der Abbau der Informationsasymmetrien durch Vergleichsportale, Ratings und Rankings von der Vertrauenswürdigkeit derjenigen Stelle ab, die die Bewertung vornimmt. In der Schweiz ist die öffentliche Verwaltung aktiv geworden und bietet als Maßnahme des Versicherten-Empowerments ein eigenes Vergleichsportal an. In Deutschland wird der Markt kommerziellen Anbietern überlassen.

Nimmt man eine inhaltliche Wertung der Vergleichskriterien vor, dominiert der Vergleich des Leistungsangebots, obwohl die kassenindividuellen Leistungen in Deutschland nur fünf Prozent des Gesamtleistungsspektrums ausmachen. In der Schweiz stellt sich die Frage nach kassenindividuellen Leistungen durch die gesetzgeberische Normierung des Leistungsangebots der obligatorischen Krankenversicherungen gar nicht. In Österreich bestehen zwar derzeit noch kleinere

Leistungsspektrumsunterschiede zwischen den Kassen, insbesondere bei den Erstattungen, jedoch ist es Intention des Bundesgesetzgebers, diese Unterschiede zu eliminieren.

Valide und reliable Leistungsvergleiche stellen für Versicherte nur dann einen Zusatznutzen dar, wenn die Versicherten ein Krankenkassenwahlrecht haben, was im Falle der ÖGK nicht vorgesehen ist. Die Notwendigkeit, sich entweder mit einer Position der Preisführerschaft als besonders preisgünstige Kasse oder aber einer Strategie der Qualitätsführerschaft gegenüber den Versicherten zu positionieren, gibt es derzeit in Österreich nicht. Somit unterbleiben diesbezügliche Impulse für Prozess- und Produktinnovationen.

Selbst wenn der Transparenzaspekt gegenüber Versicherten wegfällt, bleibt die Funktion der Leistungsbewertung als Maßstab zur Identifikation von Verbesserungsmöglichkeiten. Mittels einer Leistungsbewertung kann die ÖGK eine Standortbestimmung vornehmen, wie sie in intertemporaler Hinsicht abschneidet und welche Aspekte ihres Gebarens besonders risikofähig sind. Kennzahlenvergleiche eröffnen entweder dem Management oder den entsprechenden Aufsichtsorganen die Möglichkeit eines Soll-Ist-Vergleichs zum Aufdecken kritischer Erfolgsfaktoren.

Hinsichtlich der Funktion von Leistungsvergleichen als Management-Informationssystem setzen diese auf ein Bench-Learning. Für die ÖGK als dominierender Anbieter stellt sich die Frage, mit wem sie sich vergleichen soll. Hier wäre einerseits denkbar, dass ein risikoadjustierter Vergleich der Performance der ÖGK-Landesgeschäftsstellen erfolgt oder aber, dass sich die ÖGK mit den größeren verbleibenden Kassen in Österreich vergleicht, um so Anhaltspunkte zur Effizienz- und Effektivitätsverbesserung zu erhalten.

Eine Herausforderung des Bench-Learnings ist neben der Identifikation der geeigneten Partner, dass es innerorganisatorisch genügend Anreize zur Verbesserung gibt. Da die deutschen GKV in einem Leistungswettbewerb stehen, stellt sich in Deutschland die Frage, welche andere GKV zu diesem Vergleich bereit ist. Angesichts des Marktanteils der ÖGK ist in Österreich kritisch zu hinterfragen, welche Anreize die ÖGK hat, innerorganisatorische Effizienzsteigerungspotenziale zu erschließen. Die Konkursgefahr als Bedrohungspotential besteht nicht.

2. Ausgangslage, Zielsetzung und Projektumfang

Angesichts der von der österreichischen Bundesregierung eingeleiteten Schritte zur Fusion der neun Gebietskrankenkassen zur Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK), die bis zum 1. Jänner 2020 abgeschlossen sein soll, und der damit einhergehenden noch stärkeren Marktstellung als es bisher die neun Gebietskrankenkassen (GKKen) hatten, ist die **erste Zielsetzung** der Studie, ein **Kennzahlenraster** zur **Bewertung** der **Leistungen** der **ÖGK** zu entwickeln. Hierbei fließen die Erfahrungen aus Deutschland und der Schweiz ein, die eine wesentlich längere Tradition mit Krankenkassenvergleichen haben. Angesichts der derzeit fehlenden Konkursgefahr der österreichischen gesetzlichen Krankenversicherungen beschränkt sich das Kennzahlenraster auf die Leistungssphäre und somit auf die Rolle der ÖGK als Dienstleistungsanbieter von Krankenversicherungsleistungen und als Systemakteur im Gesundheitswesen. Neben der Rolle als Dienstleistungsanbieter von Krankenversicherungsleistungen für rund 80 % der Bevölkerung ist damit die Funktion als bedeutender Systemakteur angesprochen. Die **zweite Zielsetzung** besteht darin, **Indikatoren** zur **Qualitäts-** und **Output-Messung** des **Gesundheitssystems** darzustellen, um damit auch den Qualitäts- und Output-Aspekt zu erfassen.

Staaten mit einer langen Tradition einer kennzahlenbasierten Evaluation von Systemakteuren im Gesundheitswesen (z.B. Großbritannien, Irland und die Vereinigten Staaten von Amerika) wurden auf Grund abweichender Gesundheitssystemtraditionen, die mit einer anderen Absicherungsstruktur gegen das Risiko Krankheit einhergehen, ausgeklammert.

Österreich zählt zu jenen Staaten, die hinsichtlich der Absicherung gegen das Krankheitsrisiko in der Tradition des Bismarck-Systems stehen. Das Bismarck-System sieht eine Finanzierung primär über einkommensabhängig gestaffelte (Pflicht-) Beiträge zu gesetzlichen Krankenkassen durch Erwerbstätige vor.² Als solidarisches System ist die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern und nicht erwerbstätigen Familienangehörigen ein Kernelement. Heute sind in Österreich 99,9 % der Bevölkerung oder 8,677 Millionen Personen durch das Sozialversicherungssystem im Krankheitsfall abgesichert.

2 Rohwer, 2008

Die österreichischen Versicherten haben keine Wahlfreiheit. Die derzeitige Struktur der gesetzlichen Krankenversicherung ist eine Mischung aus territorialer, betriebsbezogener und berufsständischer Gliederung. Jedes Bundesland hat zurzeit noch eine GKK. Durch die Fusion wird das Bundeslandprinzip durch das Bundesstaatsprinzip abgelöst. Es entsteht eine Bundeskrankenkasse mit Sitz in Wien. Die betriebs- und berufsständische Gliederung schlägt sich zurzeit noch in den fünf Betriebskrankenkassen, der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft, der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau, der Sozialversicherungsanstalt der Bauern und der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter (BVA) nieder. Auch hier sieht der Gesetzesentwurf Zusammenlegungen vor, mit der Konsequenz, dass aus ehemals 18 gesetzlichen Krankenversicherungsträgern fünf werden sollen.

Durch Mehrfachversicherungen (z.B. durch die Kombination einer selbständigen Tätigkeit und eines Angestelltenverhältnisses) gab es in Österreich laut Statistik Austria im Jahr 2016 9.333.007 Krankenversicherungsverhältnisse. Auf die neun GKKs entfielen dabei 7.105.355 Versicherungsverhältnisse, was einem Anteil von 76,13 % entspricht. Noch höher fällt der Anteil der ÖGK-Versicherten bei einer Kopfzählung aus. Insgesamt gab es bei den österreichischen gesetzlichen Krankenversicherungen im Jahr 2017 im Durchschnitt 8.677.248 versicherte Personen (bei einer Einmalzählung). Bei den neun Gebietskrankenkassen waren in Summe 7.161.604 Personen versichert, was einem Anteil 82,53 % entspricht (siehe Tab. 2.1.).

Bezeichnung	Alle Anspruchsberechtigten in 2017	davon	
		Beitragsleistende	Angehörige
Personen¹⁾ insgesamt	8.677.278	6.718.126	1.959.152
Summe Versicherungsträger²⁾	9.409.569	6.953.976	2.455.593
GKK Wien	1.709.053	1.263.979	445.074
GKK Niederösterreich	1.221.300	910.019	311.281
GKK Burgenland	211.640	162.876	48.764
GKK Oberösterreich	1.241.986	928.497	313.489
GKK Steiermark	960.045	730.191	229.854
GKK Kärnten	435.519	330.595	104.924
GKK Salzburg	464.159	351.422	112.737
GKK Tirol	591.175	448.648	142.527
GKK Vorarlberg	326.727	242.802	83.925
BKK Verkehrsbetriebe	19.445	14.081	5.364
BKK Mondi	2.575	1.730	845
BKK VABS	13.116	9.511	3.605
BKK Zeltweg	4.045	2.806	1.239
BKK Kapfenberg	9.905	7.405	2.500
VAEB	219.383	163.958	55.425
VA öffentlicher Bediensteter	814.725	566.996	247.729
SVA der gewerblichen Wirtschaft	811.991	559.964	252.027
SVA der Bauern	352.780	258.496	94.284

1) Jede Person wird nur einmal gezählt

2) Personen, die bei mehreren Versicherungsträgern anspruchsberechtigt sind, werden bei jedem Versicherungsträger einmal gezählt

Quelle: Anspruchsberechtigungsdatenbanken des Hauptverbandes; Hauptverband der gesetzlichen Sozialversicherung, Wien 2018, S. 12.

Tabelle 2.1.: Anspruchsberechtigte Personen in der Krankenversicherung im Jahresdurchschnitt 2017

Von der Gesamtheit der Versicherten waren 2017 46 % beitragsleistende Versicherte (Erwerbstätige und freiwillig Versicherte), 25 % Pensionisten, 22 % mitversicherte Familienmitglieder (nicht erwerbstätige Ehepartner und Kinder) und die restlichen 7 % entfielen auf sonstige Versicherte (Asylwerber, Kriegshinterbliebene, Mindestsicherungsbezieher und Rehabilitationsgeldbezieher) (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungen 2018, S. 11.).

Die zum 1. Jänner 2020 zu implementierende ÖGK wird nach allen wettbewerblichen Konzentrationsmaßen eine marktbeherrschende Stellung einnehmen. Der konkrete Zeitplan der Bundesregierung zum Entstehen der ÖGK sieht wie folgt aus: Es ist geplant, dass das Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenkassen mit 1. Jänner 2019 in Kraft tritt, was National- und Bundesratsbeschlüsse im Dezember erfordert. Mit April 2019 sollen die Überleitungsausschüsse ihre Arbeit aufnehmen. Die neuen Regelungen hinsichtlich der reduzierten Träger- und der neuen Organisationsstrukturen sind zum 1. Jänner 2020 vorgesehen. Die bisher eigenständigen neun GKKs büßen ihre rechtliche Selbständigkeit ein und werden zu nachgeordneten Landesstellen ohne Budget- und Personalhoheit. Der bisher bundeslandspezifische Leistungskatalog, der von den GKKs erstatteten Leistungen, soll vereinheitlicht werden.

Aus den in der Studie herangezogenen Vergleichsländern ist Deutschland ebenfalls ein Staat in der Bismarck-Tradition. Im Vergleich zu Österreich ist der Anteil der durch die gesetzlichen Krankenversicherungen finanzierten Gesundheitsausgaben in Deutschland mit 78 % (Österreich 45 %) höher, der des Staates als Finanzierungsquelle dagegen mit 7 % (Österreich 31 %) geringer (OECD 2017). Wie ein Blick auf die Finanzierungsquellen des Gesundheitssystems zeigt (Tab. 2.2.), ist Österreich heute finanzseitig nicht mehr ein Bismarcktraditionsland in Reinform, da neben den Sozialversicherungsbeiträgen den Zuschüssen durch den Staat eine sehr bedeutende Rolle zukommt.

	Staat	Gesetzliche Krankenversicherung	Selbst-zahler	Freiwillige Zusatz-versicherung	Andere
Österreich	31 %	45 %	18 %	5 %	2 %
Deutschland	7 %	78 %	13 %	1 %	2 %
Schweiz	22 %	42 %	28 %	7 %	1 %
Großbritannien	80 %	0 %	15 %	3 %	2 %
Vereinigte Staaten	27 %	23 %	11 %	35 %	4 %
OECD 35	36 %	36 %	20 %	6 %	2 %

Quelle: OECD, Paris 2017.

Tabelle 2.2.: Finanzierungsausgaben nach Finanzierungsart, 2015 (oder letztes verfügbares Jahr)

Großbritannien, ein Staat, in dem Leistungsvergleiche im öffentlichen Sektor und im Gesundheitswesen seit der Einführung des New Public Management in den 1990er Jahren eine lange Tradition haben, ist das Mutterland des *Beveridge-Systems*, das ein steuerfinanziertes System ist mit Grundleistungen für die gesamte Bevölkerung. Zu den Merkmalen des Beveridge-Systems gehört, dass es einen staatlichen Gesundheitsdienst gibt und die freie Arzt- und Krankenhauswahl nur sehr eingeschränkt besteht.³ Zu den europäischen OECD-Ländern, in denen mindestens 50 % der Gesundheitsausgaben durch Steuern finanziert werden, zählen heute neben Großbritannien beispielsweise auch Dänemark, Irland, Norwegen und Zypern.⁴

Die USA als weiteres Land mit einer starken Tradition von Leistungsbewertungen von Gesundheitsdienstleistungen ist das Ursprungsland des *Privatversicherungs-Systems* bei der Absicherung gegen das Risiko Krankheit. Die Versicherungsprämien richten sich in den USA nach den individuellen gesundheitlichen Risiken, eine beitragsfreie Mitversicherung von Angehörigen ist nicht vorgesehen.⁵ Der private Krankenversicherungsschutz wird individuell oder als Gruppenvertrag über den Arbeitgeber (sog. Health-Plans) abgeschlossen. Bei jedem Arbeitgeberwechsel müssen sich die Versicherten einer erneuten individuellen Bewertung ihres Gesundheitszustandes unterziehen mit dem Risiko, bei gesundheitlichen Beeinträchtigungen mit einer massiven Steigerung der Krankenversicherungsbeiträge konfrontiert zu sein. Im solidarischen System, wie dies in Österreich be-

3 Rohwer 2008; Schneider 2012

4 Rohwer 2008

5 Schneider 2012

steht, finanzieren dagegen die gesünderen Mitglieder die Leistungen der kränkeren Mitversicherten.

Das *schweizerische System* lässt sich als ein Mischsystem aus dem Bismarck- und der Privatversicherungs-Systemtradition klassifizieren. Eine tragende Säule des schweizerischen Systems ist die qualitativ hochwertige Grundsicherung für alle in der obligatorischen Krankenversicherung. Hier besteht eine Pflichtmitgliedschaft. Die Versicherten erhalten Leistungen nach einem einheitlichen, gesetzlich definierten Grundleistungskatalog bei den ambulanten und stationären Leistungen. Die beitragsfreie Mitversicherung gibt es im schweizerischen System nicht. Kinder müssen innerhalb der ersten drei Monate versichert werden. Zahnärztliche Leistungen sind, im Gegensatz zu Deutschland und Österreich, im schweizerischen System nicht inkludiert. Die 52 obligatorischen schweizerischen Krankenversicherungen unterliegen einem Kontrahierungszwang bei der Grundsicherung. Die Abgeltung der Grundsicherung erfolgt durch kassen- und kantonalindividuelle Kopfprämien. Bürgerinnen und Bürger, die sich die individuelle Kopfprämie nicht leisten können, erhalten Prämienvergünstigungen. Diese werden vom Bund und den Kantonen finanziert.

Verglichen mit Deutschland und Österreich sind die Prämienunterschiede zwischen den einzelnen Kantonen und Krankenkassen deutlich höher. Als zweite Säule gibt es in der Schweiz, wie in Deutschland und in Österreich, die Möglichkeit der Zusatzversicherungen, deren Prämien auf Basis der individuellen Risiken der Versicherten kalkuliert werden und bei denen es keinen Kontrahierungszwang gibt.

Für die Leistungsbewertung werden in Kapitel 3 vier Ebenen unterschieden:

Auf der Makroebene (1) setzen jene Ansätze an, die eine Leistungsbewertung des Gesundheitssystems vornehmen. Die Zugänglichkeit, die Verteilung der Ressourcen zwischen den Leistungserbringern, der Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt sowie gesundheitsökonomische Zahlen zu ausgewählten Krankheitsbildern (Karies, Tumorraten etc.) sind Gegenstand solcher Makrodaten. Die Erhebung dieser Daten geschieht häufig im internationalen Vergleich und auf Basis von Regeln der vergleichenden Gesundheitsstatistik. Bei der Mesoebene (2) erfolgt eine Bewertung der Performance auf der Ebene eines Bundeslandes, einer Region oder einer bestimmten Population (z.B. Erfassung des Gesundheitszustands von Kindern und Jugendlichen). Auf der Mikroebene I (3) setzen all jene Verfahren an, die eine Leistungsbewertung für einzelne Systemakteure (z.B. niedergelassene Ärzte, Krankenanstalten, Rehabilitationseinrichtungen) vornehmen. Im Gesundheitswesen haben außerdem Verfahren auf der Mikroebene II (4) eine lange Tradition. Hierzu werden alle Verfahren zur Bewertung einzelner Diagnose- und Therapieverfahren (z.B. im Rahmen eines Health Technologie Assessments

oder als Grundlage für evidenzbasierte Behandlungsleitlinien) gezählt, wie auch Ansätze für Qualitätsaudits einzelner Funktionsbereiche (Labor, Radiologie etc.).

In Kapitel 4 erfolgt dann ein Überblick über bestehende Ansätze zur Leistungsbewertung gesetzlicher Krankenkassen in Deutschland und der obligatorischen Krankenversicherungen in der Schweiz. Die deutschen und schweizerischen Ansätze sind stark davon geprägt, Transparenz über den Leistungsumfang und das Preis-Leistungs-Verhältnis der Krankenkassen zu schaffen. Anders als in Österreich können die Versicherten in Deutschland aus rund 110 gesetzlichen Krankenkassen auswählen, wobei nicht alle im gesamten Bundesgebiet tätig sind, sondern zum Teil auf ein oder mehrere Bundesländer eingeschränkt sind. In der Schweiz gibt es 52 Krankenversicherungen mit Kontrahierungszwang.

In Kapitel 5 erfolgt eine Darstellung von Output-Indikatoren zur Qualitätsmessung im Gesundheitssystem mit dem Schwerpunkt der Anwendbarkeit für Österreich. Im abschließenden **Kapitel 6** erfolgt, unter Rückgriff auf die Erfahrungen in Deutschland und der Schweiz, dann die Vorstellung eines Kennzahlenrasters zur Leistungs- bzw. Output-Bewertung, das Struktur-, Prozess- und Ergebniskennzahlen enthält.

3. Ebenen der Leistungsbewertung im Gesundheitswesen

3.1. Makroebene

Auf der *Makroebene* setzen jene Ansätze an, die sich mit der Effizienz und Effektivität des Gesundheitssystems als Ganzes beschäftigen. Stellvertretend sei hier auf die jährlichen Veröffentlichungen der OECD zum Gesundheitssystemvergleich verwiesen. Der OECD-Gesundheitssystemvergleich ist ein etabliertes System zur Bewertung des Outputs und des Outcomes des Gesundheitssystems.⁶

Gesetzliche Krankenkassen als Leistungsanbieter von Krankenversicherungsleistungen tauchen in solchen Vergleichen als Finanzierungsträger auf. Weder das Leistungsgebaren gesetzlicher Krankenversicherungen in Bezug auf Gesundheitsziele noch ihr Abschneiden als Dienstleistungsanbieter werden evaluiert.

Neben internationalen Gesundheitssystemvergleichen können Leistungskennzahlen auch internationalen Gesundheitsstatistiken entnommen werden. Hier sei stellvertretend auf das für die Mitgliedsstaaten der Europäischen Union (EU) obligatorische System of Health Accounts (SHA), auf Deutsch als System der Gesundheitskonten bezeichnet, verwiesen. Das SHA dient der Erfassung der Gesundheitsausgaben und deren Finanzierungsquellen in der EU nach einheitlichen Regeln und durch einen einheitlichen Kontenplan im Einklang mit dem System volkswirtschaftlicher Gesamtrechnungen.

Der Gesundheitszustand der österreichischen Bevölkerung wird in mehrjährigen Abständen zudem durch die österreichische Gesundheitsbefragung erfasst (Austrian Health Interview Survey (ATHIS)). Um ein umfassendes Bild vom Gesundheitszustand der österreichischen Bevölkerung zu erhalten, wurden bei der letzten Befragung folgende Themen, meist differenziert nach Alter und Geschlecht, erhoben: (Subjektive) Krankheits- und Gesundheitswahrnehmung der Bevölkerung (selbst eingeschätzte Gesundheit, Lebenserwartung in guter Gesundheit, Ausmaß der Alltagsbeeinträchtigungen aus gesundheitlichen Gründen, gesundheitsbezogene Lebensqualität, häufigste chronische Erkrankungen und damit einhergehende Gesundheitsprobleme, Schmerzen), Beeinträchtigung-

⁶ Eine ausführliche Darstellung erfolgt in Kapitel 5.

gen (funktionale Beeinträchtigungen, Alltagsbeeinträchtigungen, Unterstützung und nicht gedeckter Unterstützungsbedarf), ausgewählte Einflussfaktoren auf die Gesundheit (z.B. Ernährung, Rauchen, Übergewicht und Adipositas, Alkoholkonsum), Inanspruchnahme ambulanter Gesundheitsversorgungsangebote sowie zum Gesundheitszustand und Versorgungsbedarf von Kindern und Jugendlichen.⁷ Die letzte große Gesundheitsbefragung in Österreich, an der 15.771 Personen teilnahmen, wurde von Oktober 2013 bis Mai 2015 durchgeführt.⁸ Die nächste Erhebung ist für 2019 geplant.

3.2. Mesoebene

Der *Mesoebene* sind die Ansätze der regionalen Gesundheitsberichterstattung zuzuordnen, die die Systemperformance in einem Bundesland oder einer Gesundheitsregion betrachten. Im Zentrum stehen dabei die Evaluation der regionalen Versorgungsstrukturen unter Effizienz und Effektivitätsgesichtspunkten. Dieser Aspekt ist, wenn die geplante Reform der GKKs umgesetzt wird, dann weniger bedeutend, da es nur noch wenige zentralisierte Krankenkassen gibt, die für ganz Österreich tätig sind.

Ferner sind der Mesoebene jene Ansätze zuzuordnen, die den Gesundheitszustand für eine bestimmte Bevölkerungsgruppe erheben. So ist die Erhebung des Gesundheitszustandes von Kindern und Jugendlichen Gegenstand des ATHIS. Der Mesoebene sind auch jene Studien zuzurechnen, die populationsspezifisch die Gesundheitsversorgung von Wohnungslosen, Mindestsicherungsempfängern oder im Sinne der EU-Statistiken Menschen, die arm, oder armutsgefährdet sind, erheben. Eine lange Tradition haben zudem Studien, die den Gesundheitszustand von Arbeitslosen mit jenem Erwerbstätiger vergleichen oder die sich speziell mit Personen im Rentenalter beschäftigen.

3.3. Mikro-Ebene I

Auf der Ebene der einzelnen Systemakteure gibt es sehr viele Ansätze, welche die Effizienz und Effektivität der Leistungsanbieter von Gesundheitsdienstleistungen bewerten. Stellvertretend sei auf die zahlreichen Gütesiegel für Krankenhäuser, die Ansätze zum Qualitätsmanagement in Arztpraxen (z.B. das Angebot der Österreichische Gesellschaft für Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in

7 Statistik Austria und Bundesministerium für Gesundheit 2015

8 Statistik Austria und Bundesministerium für Gesundheit 2016, S. 27

der Medizin GmbH (ÖQMed), Ansätze für ein Qualitätsaudit von integrierten Versorgungsangeboten, zur Bewertung von Rehabilitationseinrichtungen oder auf die von den Selbstverwaltungsträgern initiierten sektorspezifischen Zertifizierungsverfahren verwiesen. Eine Pionierfunktion im Rahmen der multidimensionalen Bewertung von Leistungsanbietern des Gesundheitswesens hatte die US-amerikanische Joint Commission on the Accreditation of Health Care Organizations. Die ISO (International Standardisation Organization)-Normen finden mittlerweile auch im Gesundheitsbereich Anwendung. Die European Foundation for Quality Management (EFQM) hat seit geraumer Zeit die Kategorie „Gesundheitswirtschaft“. 2017 wurde beispielsweise das Geriatrie Gesundheitszentrum der Stadt Graz ausgezeichnet, das auch Trägerin des Österreichischen Staatspreises, gemeinsam mit den Albert Schweitzer Kliniken, ist.

Als von dem deutschen Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland mitentwickeltes gesundheitssektorspezifisches Zertifizierungsverfahren ist die Kooperation für Transparenz und Qualität (KTQ) einzustufen. Das Haupteinsatzland ist nach wie vor Deutschland, wobei es auch in der Schweiz und in Österreich KTQ-zertifizierte Gesundheitseinrichtungen gibt. Dieses seit 2001 bestehende Zertifizierungsverfahren zertifiziert bereits ein Spektrum von Gesundheitseinrichtungen (Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen, Arztpraxen, Medizinische Versorgungszentren, Hospize, Rettungsdienste, integrierte Versorgungsangebot etc.). Zu den derzeitigen österreichischen KTQ-Gütesiegelträgern zählen unter anderem mehrere Krankenhäuser der Barmherzigen Brüder (u.a. in Eisenstadt, Graz, Linz, Salzburg, St. Veit, Wien), das Unfallkrankenhaus Kallwang, wenige Sanatorien und einige kommunale Häuser (u.a. in Dornbirn, Güssing, Kittsee, Oberpullendorf, Oberwart und Schaz). Die KTQ-Siegel werden für einen bestimmten Zeitraum vergeben. Die Aufzählung der österreichischen Beispiele zeigt, dass das KTQ-Gütesiegel in Österreich derzeit noch nicht im extramuralen Bereich angewendet wird.

Nicht immer ist die Beteiligung von Gesundheitsdienstleistern an Leistungsevaluationen freiwillig. Modellversuche im Gesundheitswesen sehen häufig eine obligatorische begleitende Evaluationsforschung vor. Auch der Gesetzgeber ist hier aktiv. Für Österreich gelten das Gesundheitsqualitätsgesetz, die Bundesqualitätsleitlinien oder die Bestimmungen zum A-IQI.⁹ Hinzu kommen im intra- und extramuralen Bereich Institute wie z.B. das Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen (BIQG), die Österreichische Gesellschaft für Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der Medizin GmbH (ÖQMed), eine Tochter der Österreichischen Ärztekammer, und das Qualitätssicherungsinstrument der österreichi-

9 Czypionka et al. 2017, S. 15

schen Zahnärzte medQ (Medical Quality). Die bisherigen Beispiele zu Leistungsbewertungen durch Qualitätsmanagementsysteme zeigen, dass die gesetzlichen Krankenkassen sich zwar als Mitinitiator von Qualitätssicherungssystemen engagieren, aber nicht als Zertifizierungsobjekt auftauchen. Gesetzliche Krankenkassen fordern zwar von den Leistungsanbietern umfangreiche Qualitätsnachweise, unterziehen sich aber nicht im vergleichbaren Ausmaß entsprechenden Qualitätsaudits.

3.4. Mikro-Ebene II

Der Mikroebene II sind all jene Verfahren zuzuordnen, die sich entweder mit der Bewertung medizinischer Diagnose- und Therapieverfahren oder von Funktionsbereichen (z.B. Labor, Radiologie) beschäftigen.

Methoden der evidenzbasierten Medizin und des Health Technology Assessment (HTA) kommen seit den 1980er Jahren zum Einsatz, um systematisch produkt- und verfahrensbezogene Versorgungstechnologien hinsichtlich der Wirksamkeit zu bewerten.¹⁰ Die Wirksamkeit und damit der Patientennutzen wird mit wissenschaftlichen Verfahren nach klar definierten Regeln auf Basis des aktuellen Forschungsstandes bewertet.¹¹ Hierbei werden neue medizinische Verfahren und Technologien mit bisherigen Verfahren hinsichtlich ihres Patientennutzens und des Kosten-Nutzen-Verhältnisses verglichen. HTA dienen in vielen Staaten dazu, um zu beurteilen, ob ein neues Diagnose- oder Therapieverfahren zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnet werden darf.

Evidenzbasierte Bewertungen medizinischer und pflegerischer Leistungen stehen im Zentrum der evidence-based medicine bzw. evidence-based care und sind Gegenstand einer klinisch-evaluativen Forschung, bei der der individuelle Patientennutzen evaluiert wird.¹² Als Goldstandard bei den medizinischen Studien gelten die Cochrane-Studien.

Während sich die in diesem Kapitel 3.4. bisher vorgestellten Ansätze auf die Kernleistungen von Gesundheitsdienstleistungsanbietern beziehen, gibt es im Gesundheitswesen auch spezifische Qualitätsaudits für Supportprozesse. Stellvertretend sei auf die Zertifikate zur Bewertung des Laborbereichs oder im Rahmen der Krankenhaushygiene verwiesen. Die Ausführungen zu Mikroebene II zeigen

10 Wild 2009; Pfaff und Schrappe 2011

11 Pfaff und Schrappe 2011).

12 Pfaff und Schrappe 2011

ebenfalls, dass gesetzliche Krankenkassen hier nicht als Zertifizierungsobjekte auftauchen.

Zusammenfassend kann in Bezug auf die beiden Mikroebenen festgestellt werden, dass für die Leistungsanbieter von Gesundheitsleistungen vielfältige Ansätze zur Leistungsbewertung bestehen. Einerseits gibt es Ansätze, denen sich die Gesundheitsdienstleistungserbringer freiwillig unterziehen können, um ihre Qualitätsfähigkeit zu signalisieren und damit im Preis- und Qualitätswettbewerb potentiell einen strategischen Wettbewerbsvorteil gegenüber den Mitkonkurrenten zu erhalten. Andererseits existieren obligatorische Verfahren, bei denen die Leistungsanbieter keine Wahlfreiheit auf Grund von gesetzlichen oder vertraglichen Vorschriften haben. Sofern sehr viele Konkurrenten sich einem Qualitätsaudit unterziehen, übt dies einen Druck auf die nicht zertifizierten Gesundheitseinrichtungen aus, sich ebenfalls zertifizieren zu lassen.

Wie das vierte Kapitel zeigen wird, stehen Qualitätsaudits von Krankenkassen als Dienstleistungsanbieter und Systemakteure am Anfang. Obligatorische Krankenkassenaudits fehlen vollständig. Vom Stand der Forschung handelt es sich bei der Leistungsbewertung von gesetzlichen Krankenkassen noch um ein kaum erschlossenes Forschungsfeld. Wie die Bestandsaufnahme der bestehenden Ansätze in Deutschland und der Schweiz im folgenden Punkt zeigen wird, konzentriert sich die Leistungsbewertung häufig darauf, Transparenz für potentielle oder wechselwillige Versicherte über das Leistungsspektrum der einzelnen Kassen jenseits eines umfangreichen obligatorischen Grundleistungskataloges zu schaffen. Neben den Versicherten werden als Adressaten solcher Vergleiche auch die Aufsichtsbehörden von Krankenkassen, das Management von Krankenkassen, vereinzelt auch Finanzintermediäre, genannt.

Ergänzend zur Herstellung von Transparenz für verschiedene Krankenkassen-Stakeholdergruppen prägt die Krankenkassenvergleiche in Deutschland und in der Schweiz auch der Gedanke des Benchmarkings. Dem Benchmarking als Managementinstrument liegt die Idee zugrunde, dass durch den Vergleich mit anderen Unternehmen Lern- und Anpassungsprozesse zur Effizienz- und Effektivitätssteigerung entstehen.¹³ Als Pionier des Benchmarkings gilt Xerox, das sich als erstes Unternehmen unter Kostenaspekten mit den Wettbewerbern Canon und Kodak verglichen hat. Von Xerox stammt auch eine sehr häufig zitierte Definition: „Benchmarking ist der kontinuierliche Prozess, Produkte, Dienstleistungen und Praktiken zu messen gegen den stärksten Mitbewerber oder die Firmen, die als Industrieführer angesehen werden.“¹⁴

13 Götze 2007, S. 321

14 Camp 1994, S.13

Gegenstand des Benchmarkings sind indikatoren gestützte Vergleiche des gesamten Leistungsspektrums eines Unternehmens oder ausgewählte (Dienst-) Leistungen, Prozesse, Verfahren oder Strukturen, idealerweise mit leistungsstarken Benchmarking-Partnern innerhalb einer Branche oder auch branchenübergreifend, um aus dem Vergleich Anregungen zur Leistungsverbesserung zu erhalten. Benchmarking dient dazu, einen Lernprozess zu initiieren, bei dem versucht wird, von einem anderen oder auch dem (Branchen-) Besten zu lernen. Das Ziel ist, Verbesserungspotenziale zu identifizieren und zu nutzen, um dadurch die Wettbewerbsposition verbessern zu können. Der Ansatz, sich vom Benchmarkführer Strategien, Praktiken, Prozesse etc. „abzuschauen“ und in das Unternehmen zu implementieren, wird auch „Best-Practice“-Ansatz genannt.¹⁵

Ein Überblick über die verschiedenen Formen des Benchmarkings ist Tab. 3.1. zu entnehmen.

Parameter	Ausprägung des Parameters			
Objekt	Produkte und Dienstleistungen	Prozesse (Prozessbenchmarking)	Methoden	Strukturen
	(auf verschiedenen Ebenen und mit unterschiedlicher Komplexität)			
Zielgröße	Kosten (Cost Benchmarking)	Qualität	Kunden-zufriedenheit	Zeit
Vergleichspartner	andere Unternehmensbereiche (Internes Benchmarking)	Konkurrenten (Wettbewerbsorientiertes Benchmarking)	andere Unternehmen der gleichen Branche	Unternehmen anderer Branchen (Funktionales Benchmarking)

Quelle: Götze 2007, S. 323.

Tabelle 3.1.: Formen des Benchmarkings

Findet der Vergleich innerhalb eines Unternehmens statt, bezeichnet man dies als internes Benchmarking. Die größeren Lerneffekte treten aber beim externen Benchmarking auf. Dem externen Benchmarking können zwei Benchmarking-Arten zugeordnet werden, das Wettbewerbsbenchmarking und das funktionale Benchmarking. Bei dem Wettbewerbsbenchmarking befindet sich der Benchmarking-Partner (BMP) innerhalb derselben Branche bzw. Industrie, hierbei kann es sich

¹⁵ Neumann 2017, S. 383

bei BMP beispielsweise um ein Konkurrenzunternehmen handeln. Die Schwierigkeit bei dieser Art von Benchmarking liegt darin, die benötigten Informationen zu beschaffen. Konkurrenzunternehmen haben keinen Anreiz unternehmensinterne Informationen preiszugeben. Bei dem funktionalen Benchmarking befindet sich der Vergleichspartner außerhalb der Branche, hier ist das Innovationspotenzial sehr hoch. Das Ziel des funktionalen Benchmarkings ist, Verfahren und Prozesse zu identifizieren, die nutzenbringend im eigenen Unternehmen implementiert werden können. Wenn man einen geeigneten Benchmarking-Partner gefunden hat, ist die Informationsbeschaffung einfacher als beim Wettbewerbs-Benchmarking, da die Unternehmen in keiner Konkurrenz zueinanderstehen. Auch wenn man einen geeigneten Benchmarking-Partner gefunden hat, ist es oft schwierig, die Ergebnisse nutzenbringend in das Unternehmen zu übertragen, da die damit einhergehenden Change-Prozesse häufig auf Widerstand stoßen.¹⁶

16 Camp 1994, S. 77 ff.

4. Kassenvergleiche in Deutschland und der Schweiz

Den Ausführungen zu den verschiedenen Formen des Leistungsvergleichs für deutsche und schweizerische Krankenkassen wird in Kapitel 4 zunächst eine Kurzbeschreibung der Krankenkassenlandschaft in Deutschland und der Schweiz zur besseren Verständlichkeit der Schwerpunktsetzungen bei den Krankenkassenvergleichen vorangestellt. Diese beziehen sich ausschließlich auf die gesetzlichen Krankenversicherungen bzw. die obligatorischen Krankenversicherungen. Leistungsvergleiche für private (Zusatz-)Versicherungen werden ausgeklammert.

4.1. Gesetzliche Krankenkassen in Deutschland und der Schweiz

4.1.1. Deutschland

Anders als in Österreich können die sozialversicherten Personen in Deutschland und der Schweiz aus einer Vielzahl von gesetzlichen bzw. obligatorischen Krankenkassen auswählen. In Deutschland sind es derzeit 110 GKVen, wovon nur 65 sogenannte Bundeskassen sind, d.h. im gesamten Bundesgebiet operieren. In der Schweiz gibt es 52 obligatorische Krankenkassen. In Deutschland sind in den gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) rund 90 % der Bevölkerung versichert. Rund 72,81 Millionen sind bei einer der GKVen krankenversichert, darunter 16,23 Millionen als beitragsfrei Mitversicherte (nicht erwerbstätige Ehepartner und Kinder bis 25 Jahren). Prägende Prinzipien sind, wie in Österreich, die Dominanz des Sachleistungsprinzips und das Solidarprinzip mit entsprechenden Umverteilungen. Anders als in Österreich stehen die gesetzlichen Krankenkassen im Wettbewerb zueinander. Hinsichtlich des Wettbewerbsverständnisses stellt ein aktueller Sonderbericht des Bundesversicherungsamtes zum Wettbewerb in der GBV fest, dass es sich um einen solidarischen Wettbewerb handelt: „Das Wettbewerbsmodell in der gesetzlichen Krankenversicherung ist als solidarischer Wettbewerb ausgestaltet, der im Interesse der Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit des Gesamtsystems alle Träger der Sozialversicherung über alle Zweige der Sozialversicherung und der Kassenarten hinaus zur Zusammenarbeit verpflichtet.“¹⁷ Die

¹⁷ Bundesversicherungsamt 2018, S. 7

Zusammenarbeit erfolgt beispielsweise im Spitzenverband der GKV, der Teil des Gemeinsamen Bundesausschusses ist. Im Gemeinsamen Bundesausschuss legen ausgewählte Selbstverwaltungsträger des Gesundheitswesens innerhalb der vorgegebenen Gesetzesgrenzen fest, welche Leistungen von den GKV-en übernommen werden. Es geht um die Präzisierung von 95 % der GKV-Leistungen. Die Richtlinien zur Konkretisierung des GKV-finanzierten Leistungsspektrums werden gemeinsam durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) festgelegt. Die Richtlinien regeln nicht nur den Versorgungsumfang mit ärztlichen Leistungen, sondern auch die Versorgung der Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteln, sowie Heil- und Hilfsmitteln und weiteren diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen und Methoden. Außerdem kommt dem gemeinsamen Bundesausschuss eine aktive Gestaltungsfunktion im Rahmen des Qualitätsmanagements und der Qualitätssicherung in der vertragsärztlichen, vertragszahnärztlichen und stationären medizinischen Versorgung zu (z.B. durch den Erlass von Vorgaben zu Behandlungsstandards, Strukturen und Abläufen für GKV-Leistungsbereiche oder durch den Erlass von qualitätssicherungsbezogenen Prüfkriterien). Durch das GKV-Versorgungsverstärkungsgesetz vom 16. Juli 2015 ist als weitere Aufgabe des Gemeinsamen Bundesausschusses der Innovationsfonds dazugekommen. Ziel des Innovationsfonds ist es, eine qualitative Weiterentwicklung der Versorgung durch die GKV zu ermöglichen. Der Innovationsfonds ist durch die Bundesregierung mit einer Fördersumme von jeweils 300 Millionen Euro für die Jahre 2016 bis 2019 dotiert. Pro Jahr sind 225 Millionen Euro für die Förderung neuer Versorgungsformen und 75 Millionen Euro für die Versorgungsforschung vorgesehen. Die Mittel für den Fonds stammen von den GKV-en und aus dem Gesundheitsfonds. Das Bundesversicherungsamt verwaltet die Finanzmittel des Innovationsfonds.

Die Einführung der Wahlfreiheit für GKV-Versicherte liegt in Deutschland schon lange zurück. Sie erfolgte zum 01. Jänner 1993 durch das Gesundheitsstrukturgesetz. Vorher bestand nur bei den (zahlreichen) Allgemeinen Ortskrankenkassen ein Kontrahierungszwang. Alle anderen gesetzlichen Krankenkassen hatten einen eingeschränkten Versicherungskreis, der z.B. an einem Berufsfeld (z.B. Technikerkrankenkassen, Kaufmännische Krankenkassen), einer Innungs- oder Betriebszugehörigkeit anknüpfte.

Anders als in Österreich sieht das deutsche System bis heute vor, dass bestimmte Personengruppen von einer Versicherungspflicht ausgenommen werden. Dies betrifft zum einen jenen Personenkreis, der ein Bruttoeinkommen über der Versicherungspflichtgrenze hat. 2018 lag diese Grenze bei einem Jahreseinkommen von € 59.400 und für 2019 erhöht sich die Versicherungspflichtgrenze auf

€ 60.750. Ebenfalls von der Versicherungspflicht ausgenommen sind die Beamten des Bundes, der Länder und der Kommunen. Knapp 10 % der Bevölkerung müssen sich nicht bei einer der GKV-en versichern. In Zahlen ausgedrückt sind 4,4 Millionen Personen sogenannte PKV-Vollversicherte und weitere 4,3 Millionen Personen entfallen auf den Kreis der beihilfeberechtigten Beamten und Beamtinnen, sowie deren PKV-versicherte Familienangehörigen (Stand 2018). Der Umfang der privaten Absicherungsnotwendigkeit der Beihilfeberechtigten beträgt zwischen 20 und 50 %, primär in Abhängigkeit vom Familienstand (ledig, verheiratet, mit Kindern). Die PKV-Versicherten haben in der Regel einen besseren Zugang zur Gesundheitsversorgung, was allerdings mit dem Risiko der Überversorgung einhergehen kann. Der von privaten Krankenversicherungen (PKV-en) abgedeckte Versicherungsleistungskatalog unterscheidet sich von dem der GKV-en. So sehen die PKV-Verträge in aller Regel eine Chefarztbehandlung vor und eine Unterbringung in einem Einbett- oder Zweibettzimmer bei einem Krankenhausaufenthalt. Im extramuralen Bereich erhalten PKV-Versicherte schneller Termine und haben häufig in den Arztpraxen kürzere Wartezeiten. Anders als in Österreich gibt es in Deutschland eine ausgeprägte Diskussion um eine Zwei- oder Dreiklassenmedizin im extra- und intramuralen Bereich.

Der Einführung der Wahlfreiheit in den 1990er Jahren lag der Gedanke zu Grunde, dass durch den Wettbewerb zwischen den Krankenkassen Effizienzreserven erschlossen werden können und sich dies positiv auf die Dienstleistungsqualität auswirkt. Außerdem sollten die Versicherten selbst entscheiden können, ob sie eine preiswerte Grundversicherung präferieren oder aber ein umfassenderes, aber teureres Versicherungspaket.

Seit der Öffnung des Wettbewerbs ist die Anzahl der GKV-en deutlich gesunken. Im Jahr 2000 gab es 420 GKV-en, 10 Jahre später 169 GKV-en und 2018 nur noch 110 GKV-en.¹⁸ Die Fusionsgeschwindigkeit hat sich in den letzten Jahren abgeschwächt. Einige wenige GKV-en sind aufgrund einer finanziellen Schieflage ausgeschieden. Anders als in Österreich können die deutschen GKV-en in Konkurs gehen. Von den heute 110 bestehenden Krankenversicherungen (Stand 2018) ist in etwa die Hälfte bundesweit tätig und der Rest nur für ein Bundesland geöffnet. Die größte Krankenversicherung mit mehr als 10 Millionen Versicherten ist in Deutschland die Techniker Krankenkasse. Die 30 größten Kassen haben in den vergangenen Jahrzehnten an Marktanteil gewonnen, wie die Zahlen des Bundesversicherungsamtes zeigen, die den Anteil der GKV-Versicherten für die Jahre 2017 und 2005 verglichen haben. 2017 gab es 112 GKV-en, 2005 dagegen 257. Hinsichtlich der Verteilungsentwicklung gestaltet sich die Entwicklung wie folgt¹⁹:

18 vgl. GKV-Spitzenverband 2018

19 Bundesversicherungsamt 2018, S. 17

- Der Versichertenanteil der drei größten GKVen ist von 27,6 % auf 35,2 % der GKV-Versicherten gestiegen.
- Bei den 10 größten GKVen waren 2017 68,1 % der GKV-Mitglieder versichert. Der Vergleichswert aus dem Jahre 2005 lag bei 55,1 %.
- Die 30 größten GKVen hatten einen Versichertenanteil von 90,5 % in 2017. 2005 lag dieser bei 79,8 %.
- Der Anteil der übrigen 82 Kassen lag 2017 bei 9,5 %. 2005 waren es 227 Kassen in diesem Segment mit einem Anteil von 20,2 %.

In Deutschland gibt es keine Kasse, die einen der ÖGK-analogen Bevölkerungsanteil versichert.

Um gleiche Startvoraussetzungen für die verschiedenen deutschen GKVen zu schaffen, wurde ein Risikostrukturausgleich eingeführt. Intention des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleiches ist es, im Interesse der Sicherung eines fairen und chancengleichen Wettbewerbs die finanziellen Auswirkungen unterschiedlicher Versichertenstrukturen auszugleichen.²⁰ Wie der Sonderbericht des Bundesversicherungsamtes zeigt, gelingt dies nur teilweise. Die GKVen umwerben wie die PKVen im derzeitigen System besonders junge, gesunde Versicherte, die als „gute Risiken“ gelten. Seit der Einführung des sehr komplexen Risikostrukturausgleichs gibt es eine intensive Diskussion, wie sich dieser verbessern lässt (z.B. Ausweitung der einbezogenen Krankheiten von derzeit 80 auf 360 Krankheiten, Abbau von diskriminierenden Bestimmungen in Selektivverträgen, Komplexitätsreduktion durch die Übernahme des sehr einfachen Schweizer Risikostrukturausgleichs etc.).²¹

Die Finanzierung der GKVen erfolgt in Deutschland seit dem 01. Jänner 2009 über den Gesundheitsfonds, der beim Bundesversicherungsamt geführt wird. In den Gesundheitsfonds fließen alle Beitragseinnahmen der Krankenkassen, d.h. alle Einnahmen, die sie über den einheitlichen Beitragssatz einnehmen (dieser liegt seit dem 1. Jänner 2015 bei 14,6 % des Bruttoeinkommens bis zur Versicherungspflichtgrenze) und die kassenindividuellen Zusatzbeitragssätze. Dazu kommt ein Bundeszuschuss aus Steuermitteln. Diesen gibt es seit dem 1. Jänner 2004. Der Bundeszuschuss dient zur Abdeckung versicherungsfremder Leistungen (u.a. für die beitragsfreien Versicherungszeiten von Frauen im Mutterschutz oder als Ausgleich für die deutlich geminderten Krankenversicherungsbeiträge von Hartz-IV-Empfängern).

20 Bundesversicherungsamt 2018, S. 8

21 Bundesversicherungsamt 2018

Zu dem einheitlichen Beitragssatz kommen noch kassenindividuelle Beiträge in Form von Zusatzbeiträgen hinzu. Die durchschnittliche Zusatzbeitragshöhe betrug 2018 1 %. Steigt der Zusatzbeitrag, dann haben Versicherte ein außerordentliches Kündigungsrecht. Ein Überblick über die Zusatzbeiträge der Allgemeinen Ortskrankenkassen und den Ersatzkassen als sehr mitgliedsstarke GKVen ist Tab. 4.1. zu entnehmen.

Gesetzliche Krankenkasse	Einheitl. Beitrag 2018	Zusatz-Beitrag 2018	Beitrag gesamt 2018	Differenz zu 2017
Allg. Ortskrankenkassen				
AOK Baden-Württemberg	14,6 %	1,0 %	15,6 %	+ 0,0 %
AOK Bayern	14,6 %	1,1 %	15,7 %	+ 0,0 %
AOK Bremen/Bremerhaven	14,6 %	0,8 %	15,4 %	- 0,3 %
AOK Hessen	14,6 %	1,0 %	15,6 %	- 0,1 %
AOK Niedersachsen	14,6 %	0,8 %	15,4 %	+ 0,0 %
AOK Nordost	14,6 %	0,9 %	15,5 %	+ 0,0 %
AOK Nordwest	14,6 %	0,9 %	15,5 %	- 0,2 %
AOK Plus	14,6 %	0,6 %	15,2 %	+ 0,0 %
AOK Rheinland-Pfalz/Saarland	14,6 %	1,0 %	15,6 %	- 0,1 %
AOK Rheinland/Hamburg	14,6 %	1,4 %	16,0 %	+ 0,0 %
AOK Sachsen-Anhalt	14,6 %	0,3 %	14,9 %	+ 0,0 %
Ersatzkassen				
Barmer	14,6 %	1,1 %	15,7 %	+ 0,0 %
DAK-Gesundheit	14,6 %	1,5 %	16,1 %	+ 0,0 %
HEK	14,6 %	1,0 %	15,6 %	+ 0,0 %
hkk Erste Gesundheit	14,6 %	0,59 %	15,19 %	+ 0,0 %
KKH Kaufm. Krankenkasse	14,6 %	1,5 %	16,1 %	+ 0,0 %
TK Techniker Krankenkasse	14,6 %	0,9 %	15,5 %	- 0,1 %

Quelle: Krankenkassennetz.de GmbH, <https://www.zusatzbeitrag-2018.de>.

Tabelle 4.1.: Überblick über die GKV-Beitragsätze der AOKen und der Ersatzkassen 2018

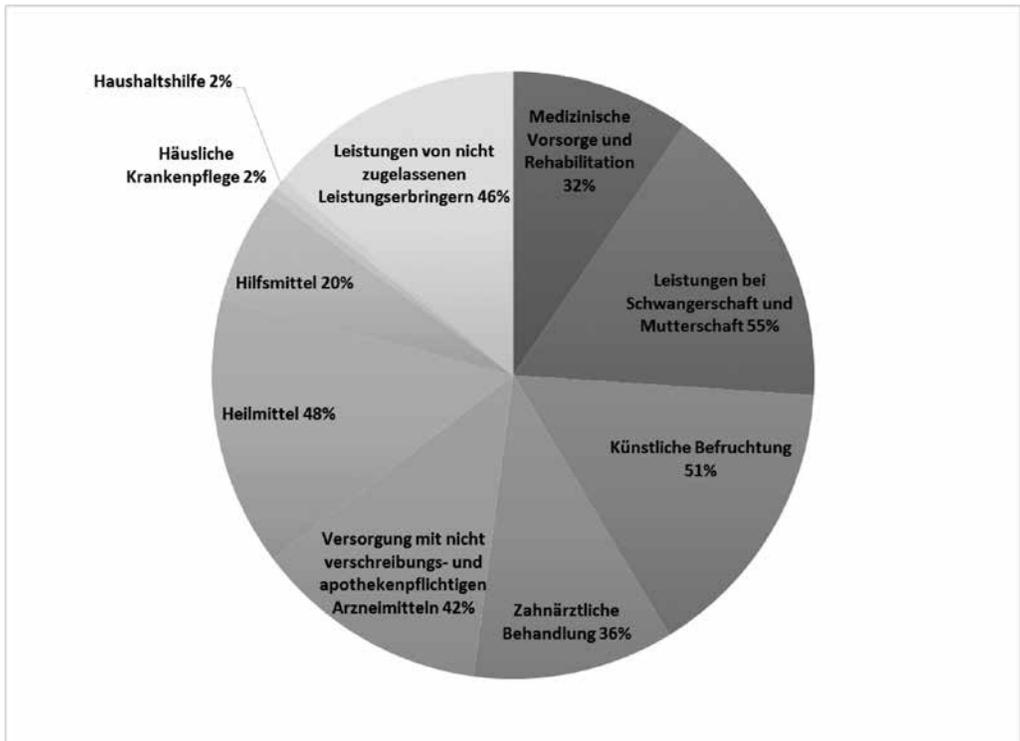
Die Zusatzbeiträge dienen zum einen dazu, um bei jenen Kassen, die von ihrer Kostenstruktur trotz Risikostrukturausgleich nicht mit dem bundeseinheitlichen Beitragssatz auskommen, eine zusätzliche Finanzierungsquelle zu erschließen. Zum anderen finanzieren die Zusatzbeiträge kassenindividuelle Leistungen in Form von Satzungsleistungen, Wahlтарifen und den Kosten für Selektivverträge. Diese kassenindividuellen Leistungserweiterungen beziehen sich auf rund 5 % des GKV-Leistungskatalogs. Zu 95 % ist der mögliche Leistungsrahmen durch den Gesetzgeber festgelegt und durch die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses präzisiert.²²

Bei den satzungsmäßigen Zusatzleistungen, die es vom Juli 1997 bis Ende 1998 gab und die zum 1. Jänner 2012 wieder eingeführt wurden, haben die einzelnen GKV-en keine völlige Gestaltungsfreiheit. Satzungsleistungen können „medizinische Vorsorge- und Reha-Maßnahmen, Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft, künstliche Befruchtung, zahnärztliche Behandlung, nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel, Leistungen der häuslichen Krankenpflege und Haushaltshilfe sowie Leistungen nicht zugelassener Leistungserbringer sein).²³

Von den 65 bundesunmittelbaren Krankenkassen verteilen sich im Jahr 2017 die Zusatzleistungen wie in Abbildung 4.1. dargestellt.

22 Bundesversicherungsamt 2018, S. 27

23 § 11 Abs. 6 SGBV



Quelle: Bundesversicherungsamt 2018, S. 31.

Abbildung 4.1.: Zusatzleistungen der 65 bundesunmittelbaren GKVen (Stand 26.09.2017)

Laut Angaben des Bundesversicherungsamtes lagen die inhaltlichen Schwerpunkte bei den Zusatzleistungen der bundesweit tätigen GKVen bei den Leistungsbereichen Osteopathie, professionelle Zahnreinigung, medizinische Vorsorgeuntersuchungen (insbesondere zur Hautkrebsvorsorge, in der Schwangerschaft sowie bei Kindern bis 11 Jahren), bei Hilfsmitteln für Diabetiker, Behandlungen bei Leistungserbringern ohne GKV-Vertrag und im sportmedizinischen Bereich.²⁴ Unter den Satzungsleistungen finden sich auch sogenannte „individuelle Gesundheitsleistungen“ und sogenannte IGEL-Leistungen, bei denen die Wirksamkeit nicht wissenschaftlich nachgewiesen ist.²⁵ Die Möglichkeit der Satzungsleistungen wird als Wettbewerbsselement von den GKVen intensiv genutzt, was aus Leistungsdifferenzierungsgründen zu begrüßen ist, aber zur Intransparenz über das Krankenkassenangebot führt.

²⁴ Bundesversicherungsamt 2017, S. 32 ff.

²⁵ Bundesversicherungsamt 2018, S. 33

Durch Wahltarife gibt es für die Versicherten eine weitere Wahlmöglichkeit. Ein Teil der Wahltarife ist verpflichtend (Krankengeld und Wahltarife für besondere Versorgungsformen). Bei den anderen Wahlтарifen (Selbstbehalt, Kostenerstattung, Prämienzahlung, Kostenübernahme für besondere Arzneimittel und Therapieformen, sowie bei Teilkostenerstattungen) besteht dagegen Gestaltungsfreiheit. Einen Überblick über die Nutzung der Wahlтарife im Zeitraum von 2009 bis 2006 ist Tabelle 4.2. zu entnehmen.

Wahlтарif		2009	2010	2011
§ 53 Abs. 1 SGB V	Selbstbehalt	277.864	395.538	500.408
§ 53 Abs. SGB V2	Prämienzahlung	169.268	152.571	161.867
§ 53 Abs. 3 SGB V	Besondere Versorgungsformen	8.437.270	9.445.916	7.930.309
§ 53 Abs. 4 SGB V	Kostenerstattung	131.083	304.953	510.637
	<i>davon AOK</i>	<i>125.642</i>	<i>297.603</i>	<i>509.026</i>
§ 53 Abs. 5 SGB V	Kostenübernahme für Arzneimittel der besonderen Therapierichtung	655	1.037	1.197
§ 53 Abs. 6 SGB V	Krankengeld	107.281	65.079	73.181
§ 53 Abs. 7 SGB V	Teilkostenerstattung	14.910	15.017	15.137
Gesamt*		8.963.319	10.175.969	8.989.176

Quelle: Bundesversicherungsamt 2018, S. 63.

Tabelle 4.2.: Entwicklung der Gesamtzahl der eingeschriebenen Versicherten bei den einzelnen Wahlтарifarten

	2012	2013	2014	2015	2016
	556.334	505.975	526.120	503.723	419.798
	170.189	173.264	175.666	188.049	204.871
	8.835.827	10.173.016	11.282.532	11.525.903	12.013.218
	719.338	900.306	1.000.849	1.112.600	1.256.241
	<i>717.391</i>	<i>897.035</i>	<i>999.164</i>	<i>1.110.891</i>	<i>1.254.476</i>
	703	426	444	517	558
	73.804	68.448	65.958	63.081	60.705
	15.241	15.106	14.895	14.730	14.854
	10.157.978	11.543.633	12.688.546	13.026.955	13.579.203

Das dritte krankenkassenindividuelle Leistungsgestaltungselement, die Selektivverträge, wird ebenfalls von den GKVen rege genutzt.²⁶ Unter Selektivverträgen werden erstens Modellvorhaben nach § 63 und § 64 SGB V subsumiert, die es den GKVen ermöglichen, bisher nicht implementierte Leistungen, Maßnahmen oder Verfahren zu erproben. Zweitens zählt die hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V, die eine Lotsenfunktion des Hausarztes vorsieht, ebenso dazu wie drittens die besonderen Versorgungsformen des § 140 a SGB V. Neben vertikal integrierten Versorgungsangeboten (z.B. zwischen niedergelassenem Bereich und Akut- oder Rehabilitationskliniken oder zwischen Akutkliniken und Rehabilitationseinrichtungen) bezieht sich der § 140 SGB V auch auf Angebote der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung. Da die Selektivverträge keiner behördlichen Meldepflicht unterliegen, lässt sich deren Implementierung nur punktuell abschätzen. Das Angebot der hausarztzentrierten Versorgung des Deutschen Hausärzteverbandes wurde 2017 von rund 4,5 Millionen GKV-Versicherten genutzt. Bis zum Ende der gesetzlichen Registrierungspflicht 2009 gab es 6407 Meldungen zu integrierten Versorgungsangeboten.²⁷

4.1.2. Schweiz

In der Schweiz gibt es eine Versicherungspflicht, das heißt, dass jeder, der länger als drei Monate in der Schweiz wohnhaft ist, sich bei einer Krankenversicherung anmelden muss. In der Schweiz gibt es 52 obligatorische Krankenversicherungsanstalten.²⁸ Die Entscheidung bei welcher Krankenkasse sich jemand versichern möchte, liegt beim Versicherungsnehmer.

Die schweizerischen Krankenkassen unterliegen bei der obligatorischen Krankenversicherung, analog zu Deutschland, einem Kontrahierungszwang. Sie müssen jeder Person, unabhängig von Alter oder Gesundheitszustand, Versicherungsschutz gewähren. Die Schweiz hat rund 8,41 Million Einwohner. Laut einer Statistik des Schweizer Bundesamtes für Gesundheit sind in den obligatorischen Krankenversicherungen 8.396.699 Personen geschützt. Aufgerundet ergibt dies einen Abdeckungsgrad von 100 % (99,72 %) und damit einen mit Österreich vergleichbaren Abdeckungsgrad.²⁹ Im Vergleich zu Deutschland sind die Freistellungen von einer obligatorischen Versicherungspflicht marginal. Der Leistungsumfang innerhalb dieser Grundversicherung ist gesetzlich festgelegt und eine Erweiterung des

26 Bundesversicherungsamt 2018, S. 43

27 Bundesversicherungsamt 2018, S. 49

28 Bundesamt für Gesundheit 2018b

29 Bundesamt für Statistik 2018

Umfangs des Leistungsspektrums ist nur über eine freiwillige private Zusatzversicherung möglich.

Anders als in Deutschland und Österreich sieht das schweizerische System keine beitragsfreie Mitversicherung von Familienangehörigen vor. Kinder und Jugendliche brauchen eine eigene Krankenversicherung. Falls ein neugeborenes Kind nicht innerhalb von drei Monaten versichert wird, werden bereits erbrachte Leistungen von der Krankenkasse nicht übernommen.³⁰ Jeder Versicherte in der Schweiz bezahlt eine fixe krankenkassenindividuelle Kopfprämie. Die Prämienhöhe unterscheidet sich von Krankenkasse zu Krankenkasse und von Kanton zu Kanton.³¹ Die Schwankungsbreiten der Kopfprämien sind im Vergleich zu Deutschland, wo die Beitragssatzunterschiede sich fast nivelliert haben, deutlich höher. Für Kinder und junge Erwachsene gibt es eine reduzierte Prämie und bei Personen mit einem niedrigen Einkommen beteiligt sich der Bund oder der Kanton.

Neben der Prämienzahlung müssen sich die Versicherten auch an den Behandlungskosten beteiligen.³² Erwachsene Versicherte haben einen Selbstbehalt, in der Schweiz als Franchise bezeichnet, von 300 CHF (Schweizer Franken). Erst wenn dieser Selbstbehalt aufgebraucht wurde, beginnen die Leistungen der Krankenkasse. Ähnliche Regelungen kennen in Deutschland beihilfeberechtigte Beamte und Beamtinnen. Für jede Krankenkassenleistung besteht ein weiterer Selbstbehalt von 10 % der Behandlungskosten bis zu einer jährlichen Obergrenze von maximal 700 CHF. Bei Kindern beträgt die analoge Grenze 350 CHF pro Jahr.

Mit Ausnahme von Kindern, in Ausbildung befindlichen jungen Erwachsenen und schwangeren Frauen müssen die Versicherten bei einem Spitalsaufenthalt einen Spitalbeitrag von 15 CHF je Spitaltag entrichten. In Deutschland beträgt die Zahlung 10 Euro für die ersten 28 Tage, sofern nicht Härtefallklauseln greifen. Auch in Österreich gibt es einen Selbstbehalt für die ersten 28 Tage, der pro Tag je nach gesetzlicher Krankenkasse zwischen 12 und 19 Euro schwankt. Alle drei Staaten haben zudem Selbstbehalte in weiteren Bereichen des Versicherungsleistungsspektrums (z.B. für Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel, Rehabilitationsleistungen). Die Höhe der Selbstbehalte für einen erwachsenen Versicherten beträgt in Summe maximal 1.000 CHF und für Kinder und Jugendliche maximal 350 CHF.³³ Auch in Deutschland und Österreich gibt es Selbstbehaltsobergrenzen und zudem Selbstbehalte bei zahnärztlichen und kieferorthopädischen Leistungen. Diese sind

30 Bundesamt für Gesundheit 2018a

31 Bundesamt für Gesundheit 2018a

32 Bundesamt für Gesundheit 2018a

33 Bundesamt für Gesundheit 2018a

nicht im Leistungskatalog der schweizerischen obligatorischen Krankenversicherungen enthalten.

Wie in Deutschland haben die Versicherten nicht nur die Möglichkeit, eine ergänzende private Zusatzversicherung abzuschließen, sondern haben Wahlmöglichkeiten, die Höhe der Kopfprämie zu beeinflussen. Beispielsweise ist es möglich, das Franchise freiwillig zu erhöhen, um die Kopfprämie zu reduzieren. Die Höhe der Kopfprämie kann auch durch die freiwillige Selbstbeschränkung der freien Arztwahl reduziert werden.³⁴

Der Leistungsumfang, den eine schweizerische Krankenversicherung in der obligatorischen Versorgung leisten muss, ist gesetzlich geregelt. Das Leistungsspektrum in der obligatorischen Krankenversicherung ist auf Leistungen begrenzt, die wirksam, zweckmäßig und wirtschaftlich sind. Weitestgehend analog formulierte Leistungsbegrenzungen finden sich auch in Deutschland und Österreich. Anders als in Deutschland gibt es in der obligatorischen Versicherung keine freiwilligen Satzungsleistungen. Auch in Österreich sind solche freiwilligen Satzungsleistungen nicht implementiert.

Die Preisgestaltung der Behandlungen in der Schweiz erfolgt nicht durch die Selbstverwaltungsträger, sondern wird durch den Staat stark reglementiert. Ein vom Staat entwickeltes Tarifwerk ordnet jeder ärztlichen Behandlung eine bestimmte Anzahl von „Taxpunkten“ zu. Diese Zuordnungen unterscheiden sich allerdings von Kanton zu Kanton, was dazu führt, dass es in der Schweiz unterschiedliche Vergütungshöhen für identische bzw. vergleichbare medizinische Behandlungen gibt.

4.2. Kassenvergleiche in Deutschland

4.2.1. Vorbemerkungen und Methoden

Die Ausführungen zu den deutschen Krankenkassen in Punkt 4.1 haben gezeigt, dass es in Deutschland krankenkassenindividuelle Leistungskataloge gibt. Durch diese können die GKVn sich ein individuelles Profil geben und in Leistungsdifferenzierungswettbewerb untereinander treten. Der Variantenreichtum der GKVn entsteht durch kassenindividuelle Zusatzleistungen, Wahltarife und Selektivverträge. Die Möglichkeiten zur Leistungsdifferenzierung durch krankenkassenindividuelle Variationen des Leistungskataloges, die bei den bundesweit operierenden

³⁴ Bundesamt für Gesundheit 2018a

Krankenkassen nicht immer in allen Bundesländern in gleichem Ausmaß implementiert sein müssen, werden von den gesetzlichen Krankenkassen umfangreich genutzt. Neuversicherte und wechselbereite Versicherte haben hohe Transaktionskosten, um sich einen Überblick über den krankenkassenindividuellen Versicherungsumfang zu schaffen. Laut Angaben des Bundesversicherungsamtes (2018) werden durch die kassenindividuellen Leistungsangebote nur 5 % des Leistungsspektrums der GKV-Versicherungsleistungen abgedeckt. Hinzu kommt, dass durch die Selektivverträge und die Wahltarife die Prämiengestaltung und die Versorgungsprozesse verändert werden, beispielsweise durch die Lotsenfunktion von Hausärzten, der Teilnahme an einem Modellversuch oder an einem integrierten Versorgungsangebot.

Die im Folgenden vorgestellten GKV-Vergleichsportale, GKV-Ratings und GKV-Rankings zielen darauf ab, GKV-Neukunden oder wechselbereite GKV-Versicherten durch Informationen über das Preis-Leistungs-Verhältnis und den krankenkassenindividuellen Leistungskatalog zu unterstützen. Einschränkend ist dabei festzuhalten, dass Ergebnisse der Entscheidungsforschung stabil zeigen, dass für Kunden und Kundinnen die Empfehlungen durch andere Kunden eine höhere Relevanz haben als Vergleichsportale, Gütesiegel und damit einhergehende Ratings und Rankings.³⁵ Empfehlungen aus dem Familien-, Arbeitskollegen- und Arbeitskolleginnenkreis oder aus dem Freundeskreis schneiden in der Wichtigkeit besser ab. Damit kommt dem Word of Mouth-Marketing eine herausragende Stellung zu. Krankenkassenwahlentscheidungen werden somit nur bedingt durch Leistungsvergleiche beeinflusst. Insgesamt ist die Zufriedenheit der Versicherten mit ihrer GKV in Deutschland hoch und die Zahl der wechselbereiten Versicherten rangiert – bei einer sehr leicht ansteigenden Tendenz – hinter jener von wechselbereiten Stromkunden. Die GKV-en rangieren seit Jahren im oberen Drittel der Kundenzufriedenheit im Deutschen Kundenmonitor und vor Rechtchutzversicherungen, Stromversorgern, Post- und Mobilfunkdienstleistungsanbietern oder Senioren- und Altenheimen.³⁶ Laut Statistika sind nur 10 % der GKV-Versicherten Mehrfachwechsler, weitere 22 % haben bereits einmal einen GKV-Wechsel vorgenommen.³⁷ Die Zahl der wechselbereiten GKV-Versicherten steigt vor allem dann an, wenn die Möglichkeit der Sonderkündigung durch eine Erhöhung des krankenkassenindividuellen Zusatzbeitrags besteht. Laut Bundesversicherungsamt³⁸ sind vor allem jüngere Versicherte wechselbereit. Teilweise haben die GKV-en durch Prämien in den letzten Jahren versucht, wechselbereite Versicherte, die sie als gute Risiken einstufen, durch Prämien anzulocken, was

35 Tietz 2017, S. 17

36 Boroch 2017, S. 411

37 Hartmann 2018, S. 63

38 2018, S. 15

allerdings heute von dem Bundesaufsichtsamt nicht mehr toleriert wird.³⁹ Die Zahl der Ermittlungen durch die Wettbewerbszentrale des Bundesversicherungsamtes wegen wettbewerbssschädlichen Verhaltens einzelner GKVen ist – bezogen auf 72 Millionen Versicherte – sehr überschaubar. Bezieht man dies jedoch auf die 110 GKVen, so ist die Zahl der Ermittlungen nicht mehr so klein, wobei bei den Zahlenangaben zu berücksichtigen ist, dass einzelne GKVen mehrfach in das Visier geraten können. Laut Bundesaufsichtsamt hat sich die Zahl der Ermittlungen von 2015 auf 2016 um 44 % auf insgesamt 72 Fälle erhöht.⁴⁰

Ein Blick auf die eingesetzten Methoden zum Erstellen der GKV-Leistungsvergleiche zeigt eine starke Dominanz subjektiver, merkmalsorientierter Verfahren der Messung von der Dienstleistungsqualität.

Innerhalb der subjektiven Verfahren gibt es drei Untergruppen, erstens die merkmalsorientierten Ansätze, zweitens die ereignisorientierten Ansätze, bei denen z.B. der Leistungserstellungsprozess in einzelne Schritte zerlegt wird (sequenzielle Ereignismethode) oder kritische Ereignisse gezielt analysiert werden (Critical Incident Technique), und die problemorientierten Ansätze, die die Dienstleistungsqualität beispielsweise durch Auswerten von Kundenbeschwerden oder der Analyse von Mund-zu-Mund-Kommunikationen im Internet beurteilen.⁴¹

Bei den merkmalsorientierten Ansätzen wird die Qualität von Dienstleistungen aus der Sichtweise einer externen Anspruchsgruppe gemessen.⁴² Inhaltlich lassen sich hier folgende weitere Untergruppen unterscheiden: erstens multiattributive Verfahren, bei denen verschiedene Dimensionen der Dienstleistungsqualität bei den Dienstleistungsempfängern abgefragt werden, zweitens Ansätze zur integrierten Qualitätsmessung, welche verschiedene Qualitätsmessungsverfahren kombinieren, drittens das sogenannte Vignettenverfahren, bei dem die Befragten verschiedene fiktive Angebote eines Dienstleistungsanbieters bewerten müssen, und viertens der Penalty-Reward-Ansatz, welcher davon ausgeht, dass es einerseits Qualitätsfaktoren gibt, deren Nichterfüllung Unzufriedenheit hervorruft und andererseits Belohnungsfaktoren, die als zufriedenheitssteigernde Zusatzleistungen wahrgenommen werden.⁴³ Als fünfter Ansatz innerhalb der subjektiven merkmalsorientierten Messverfahren ist der Willingness-to-pay-Ansatz zu nennen, der die Zahlungsbereitschaft abfragt. Während dieser Ansatz in der gesundheitsökonomischen Forschung im Rahmen von Kosten-Nutzen-Analysen zur Bewertung der Zahlungsbereitschaft von gewonnenen Lebensjahren oder Jahren in guter

39 Bundesversicherungsamt 2018, S. 75

40 Bundesversicherungsamt 2018, S. 98

41 Bruhn 2013b, S. 67

42 Bruhn 2013b, S. 72

43 Bruhn 2017, S. 67 ff.

Gesundheit bei den QUALYs (Quality Adjusted Live Years) zum Einsatz kommt, greifen die Krankenkassenvergleiche nicht auf den Zahlungsbereitschaftsansatz zurück.

Von der Anwendung her dominieren in den Kassenvergleichen die multiattributiven Ansätze. Diesen liegt die Annahme zu Grunde, dass die Qualitätsurteile von Dienstleistungskunden das Ergebnis individueller Bewertungen verschiedenster Qualitätsdimensionen sind.⁴⁴ Innerhalb der multiattributiven Verfahren lassen sich einstellungs- und zufriedenheitsorientierte Ansätze unterscheiden. In den Leistungsvergleichen der GKVn dominieren ganz eindeutig die zufriedenheitsorientierten Ansätze, die neben der Globalzufriedenheit auch die Zufriedenheit mit einzelnen Servicekomponenten abfragen (z.B. Zufriedenheit mit Responsezeiten, Zufriedenheit mit der Freundlichkeit des Kassenpersonals, Zufriedenheit mit dem Leistungsumfang, Zufriedenheit mit den Bonusprogrammen, Zufriedenheit mit der aktiven Betreuung).

Die einstellungsorientierten multiattributiven Verfahren zielen darauf ab, erfahrungswissensbasiert innere positive oder negative Haltungen zum Beurteilungsobjekt abzufragen.⁴⁵ In den GKV-Vergleichen tauchen einstellungsorientierte Fragen in der Regel als Ergänzungsfragen auf (z.B. in Fragen nach der Vertrauenswürdigkeit der GKVn, nach der Weiterempfehlungsabsicht, nach der Wechselbereitschaft).

Ein sehr weit im Gesundheitswesen verbreiteter und insbesondere im Klinikbereich auf Grund der hohen Intangibilität der erbrachten Leistungen und der damit einhergehenden Schwierigkeiten der Patienten bei der Qualitätsbeurteilung eingesetzter multiattributiver Ansatz zur Messung der Dienstleistungsqualität ist der von Parasuraman, Zeithaml und Berry in den 1980er Jahren entwickelte SERVQUAL-Ansatz. Dieser bewertet die Dienstleistungsqualität aus Kundensicht anhand von fünf Dimensionen: Annehmlichkeit des tangiblen Umfelds, Zuverlässigkeit, Reaktionsfähigkeit, Leistungskompetenz und Einfühlungsvermögen.⁴⁶ Im Zentrum des SERVQUAL-Ansatzes steht die Bewertung der Dienstleistungskompetenz. In die Leistungsvergleiche deutscher GKVn fließen Teilaspekte des SERVQUAL ein, wobei am wenigsten das tangible Umfeld erfasst wird. Die abgefragten Items zur Versichertenzufriedenheit werden von den Stellen, die die Befragung durchführen, bei den direkten Versichertenbefragungen vorgegeben.

44 Bruhn 2013a, S. 127

45 Bruhn 2013a, S. 128

46 Bruhn 2013b, S. 72

In einem wesentlich geringeren Umfang basieren die GKV-Vergleiche auf sogenannten objektiven Verfahren, bei der nicht die Versicherten nach ihrer Meinung gefragt werden, sondern die die Leistungsbewertung durchführenden Experten sich als Testkunden betätigen. Die objektiven Verfahren zur Messung der Dienstleistungsqualität werden in aller Regel als Ergänzungsverfahren eingesetzt. Eine Reihe von Krankenkassenrankings setzt das Silent-Shopping-Verfahren ein. Hier betätigen sich die Bewerter als anonyme Testkunden, die sich mit fingierten Anliegen telefonisch oder schriftlich an die GKVn wenden, um so Anhaltspunkte über die Dienstleistungsqualität zu gewinnen. Silent-Shopping-Verfahren sind typische Ergänzungsverfahren, die sowohl zur Erfassung qualitativer Dienstleistungsmerkmale (Freundlichkeit des GKV-Personals, Empathie des GKV-Personals etc.) als auch quantitativer Merkmale (Wartezeiten, Anzahl an Falschankünften etc.) eingesetzt werden.

Eine andere Variante des Expertenurteils findet sich beim Krankenkassenranking von FOCUS-MONEY. Seit 2006 werden niedergelassene Ärzte und Klinikärzte danach gefragt, welche GKVn sie aufgrund ihrer Zusammenarbeitserfahrungen und vom Leistungsumfang ihren Patienten und Patientinnen empfehlen würden.⁴⁷ Hierbei konnten die befragten Ärzte bis zu drei GKVn nennen.

Informationen über die Anhaltspunkte zu dem Umfang der gewünschten Krankenkassenleistungen lassen sich auch durch die Ex-post-Auswertung des Suchverhaltens von GKV-Versicherten auf den Krankenkassenvergleichsportalen generieren. Nach der statischen Häufigkeit haben Eislöffel und Adolph (2017) für ein Jahr das Suchverhalten auf der Suchmaschine kassensuche.de ausgewertet. Besonders hoch rangierten im Suchverhalten Übernahme der jährlichen Zahnvorsorgen, Angebot einer professionellen Zahnreinigung, ausgewählte Präventionsleistungen (Vermeidung/Reduktion von Übergewicht, Stressbewältigungsstärkung, Entspannungsangebote, Gesundheitssport), eine freie Krankenhauswahl sowie homöopathische medizinische Leistungen.⁴⁸ Die vom deutschen Gesetzgeber stark propagierten Wahltarife oder typische GKV-Serviceleistungen (z.B. Vorsorgeerinnerungsservice, 24 h medizinisches Beratungstelefon, Vermittlung von Arztterminen, Versorgungsmanagement bei schweren Krankheiten, Behandlungsfehlermanagement) gehörten zu den weniger gesuchten GKV-Angeboten.⁴⁹

Neben der Funktion, wechselbereite GKV-Versicherte bei ihrer Auswahlentscheidung zu unterstützen, ist das Management der einzelnen GKVn eine weitere Zielgruppe von Krankenkassenleistungsvergleichen. Durch eine Positionsbestim-

47 Hartmann 2018, S. 79

48 Eislöffel und Adolph 2017 S. 81 ff.

49 Eislöffel und Adolph 2017, S. 81 ff.

mung der eigenen GKV im Kassenwettbewerb sollen im Sinne des Benchmarkings Anhaltspunkte für Verbesserungspotentiale gewonnen werden. Als weitere Zielgruppe von Leistungsbewertungen deutscher GKVen werden die Versicherungsaufsichtsämter genannt und auch politische Entscheidungsträger.

Wie die nachfolgenden Ausführungen zeigen werden, konzentrieren sich die verschiedenen Verfahren des Leistungsvergleichs von gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland auf deren Bewertung als Dienstleister. Eine Verknüpfung mit gesundheitlichen Outcome-Zielen findet nicht statt. Aufgrund des Konkursrisikos deutscher GKVen wird neben Informationen zum Leistungsgebaren auch das Kassengebaren in finanzieller Hinsicht bewertet.

4.2.2. Ansatzpunkte zur Leistungsbewertung

Die im Folgenden vorgestellten Verfahren der GKV-Vergleiche sind zweigeteilt. Die erste Gruppe umfasst Ansätze, die für Neukunden oder wechselbereite GKV-Mitglieder entscheidungsunterstützende Informationen liefern wollen. Hierzu zählen die nicht wertenden Verfahren der GKV-Kassensuche. Ebenfalls zu dieser Gruppe zählen Ansätze des Rankings und des Ratings, die beide bewertend sind. Der zweiten Gruppe sind jene Ansätze zugeordnet, die im Sinne des Benchmarkings den Managern der GKVen Informationen für organisationale Lernprozesse liefern wollen.

Informationen für die Krankenkassenauswahl

GKV-Vergleichsportale

Die Idee, Versicherte durch Vergleichsportale bei der Versicherungsauswahl zu unterstützen, ist in der gesamten Versicherungswirtschaft zu finden. Der Versicherungsmarkt zeichnet sich für Nicht-Experten durch eine große Intransparenz hinsichtlich des Leistungsumfangs und der Tarifgestaltung aus. Versicherungsmakler hätten keine Klienten, wenn die Marktübersicht einfach wäre. In Zeiten des Internets gibt es zahlreiche Vergleichsportale, die dem suchenden Klienten mehr oder weniger bedienungsfreundlich und neutral einen Vergleich von Tarifen und meist ausgewählten Leistungen ermöglichen. Durch die große Heterogenität beim Leistungsumfang, die durch Wahlleistungen, Selektivverträge und kassenindividuelle Zusatzleistungen suggeriert wird, boomen seit geraumer Zeit die Vergleichsportale (z.B. www.check24.de/gesetzliche-krankenversicherung; www.verivox.de/gesetzliche-krankenversicherung, www.gesetzliche-kranken-kassen.de). Diese Vergleichsportale bieten meist auch einen kostenlosen

Wechselservice an. Vom Aufbau her ähneln sich diese Vergleichsportale alle. Deswegen sei im Folgenden exemplarisch ein durch das Unternehmen Kassensuche GmbH seit vielen Jahren am Markt etabliertes Vergleichsportal www.gesetzliche-krankenkassen.de in seiner Struktur vorgestellt.

In der Suchmaske werden die Leistungen, wie in Abbildung 4.2. ersichtlich, in zwölf Gruppen gegliedert.

Gruppe 1 dient der Wahl des Bundeslandes, und die Kategorie Beitragssatz fragt die Preissensibilität ab (preisgünstigste GKV, Deckelung des Mitgliedsbeitrags auf die Höhe des durchschnittlichen Beitragssatzes). Die anderen zehn Gruppen greifen selektive kassenindividuelle Satzungsleistungen (im Bereich der individuellen Gesundheitsförderung, ambulante Naturheilverfahren, zusätzliche Leistungen über die gesetzlichen Mindestregelungen hinaus, ausgewählte Serviceleistungen, fremdsprachiger Kundenservice, Auslandsreiseschutz sowie Zusatzleistungen beim Zahnersatz), Wahltarife (Selbstbehalte, Bonusprogramme bei freiwilligen Vorsorgeleistungen etc.) und aus dem Bereich der Selektivverträge die besonderen Versorgungsmanagementangebote bei ausgewählten Krankheiten heraus.

Der Bediener des Vergleichsportals muss in den Schritten 1 bis 12 für rund 180 Items, wovon 79 auf Schritt 12 entfallen, seine Präferenzen angeben. In einer verkürzten Suche umfasst die Suchmaske in den Schritten 1 bis 11 nur 30 Items und ermöglicht dadurch eine schnellere Auswahl. Das Vergleichsportal ist als lernendes System angelegt, in dem wenig nachgefragte Leistungen oder vom Bundesversicherungsamt untersagte Leistungen wieder aus der Suchmaske verschwinden und gesetzliche Änderungen beispielsweise bei den Selektivverträgen aufgenommen werden. In der derzeitigen Ausgestaltung des Vergleichsportals können eine ganze Reihe von Zusatzinformationen über Zusatzrubriken ergänzend nachgelesen werden.

Am Ende der Eingaben werden dem Benutzer jene GKVen vorgeschlagen, bei denen die Erfüllungsquoten hinsichtlich der im Eingabeverhalten offenbarten Präferenzen am höchsten sind.⁵⁰ Krankenkassenvergleichsportale nehmen kein für den potentiellen Versicherungsnehmer sichtbares Ranking verschiedener GKVen vor. Sie erheben den Anspruch, „neutral, fair, nachvollziehbar, vergleichbar, kostenfrei und ohne Anmeldung für jedermann nutzbar“ zu sein.⁵¹ Die Betreiber der Suchmaske www.gesetzlicheKrankenkasse.de sehen ihre Aufgabe darin, dass sie ungewichtet Daten liefern, „aus denen sich jeder Nutzer ein eigenes Bild machen

50 Adolph 2017, S. 198

51 Adolph 2017, S. 198

+ Bundesland (Pflichtfeld)

Bitte wählen Sie aus, in welchem Bundesland Sie wohnen und in welchem Sie Ihren Arbeitsplatz haben. Ihnen stehen alle Kassen offen, die sich in diesen Bundesländern geöffnet haben.

<input type="checkbox"/> Baden-Württemberg	<input type="checkbox"/> Hessen	<input type="checkbox"/> Sachsen
<input type="checkbox"/> Bayern	<input type="checkbox"/> Mecklenburg-Vorp.	<input type="checkbox"/> Sachsen-Anhalt
<input type="checkbox"/> Berlin	<input type="checkbox"/> Niedersachsen	<input type="checkbox"/> Schleswig-Holstein
<input type="checkbox"/> Brandenburg	<input type="checkbox"/> Nordrhein-Westfalen	<input type="checkbox"/> Thüringen
<input type="checkbox"/> Bremen	<input type="checkbox"/> Rheinland-Pfalz	
Hamburg	<input type="checkbox"/> Saarland	

Wenn Sie möglicherweise umziehen werden kann es Sinn machen, eine Krankenkasse mit bundesweiter Öffnung zu wählen.

Bundesweit (nur Kassen, die in allen 16 Bundesländern geöffnet sind)

Schritt 1 von 12

+ Beitragssatz

+ Wahltarife

+ Bonus-/Vorteilsprogramme

+ Individuelle Gesundheitsförderung

+ Ambulante Naturheilverfahren

+ Zusätzliche Leistungen über die gesetzlichen Mindestregelungen hinaus

+ Serviceleistungen

+ Fremdsprachiger Kundenservice

+ Auslandsreisen

+ Zahnbereich

+ ZUSATZ: Verbesserte Behandlung von bestehenden Krankheiten (Auswahl aus 79 Krankheitsbildern)

Quelle: Kassensuche GmbH, www.gesetzlichekrankenkasse.de.

Abbildung 4.2.: Detaillierte Suche der Kassensuche GmbH

kann“.⁵² Kritisch ist dabei zu hinterfragen, ob nicht schon durch die Gestaltung des Auswahlkataloges durchaus Setzungen vorgenommen werden.

Statistische Auswertungen⁵³ zeigen, dass potentielle Neukunden weniger an Wahlтарifen, einem Auslandskrankenschutz oder einer 24-Stunden-Erreichbarkeit der Krankenkassen interessiert sind, sondern eindeutige Schwerpunktsetzungen bei der Erweiterung des Leistungsspektrums im präventiven und alternativmedizinischen Bereich bevorzugen.

Die Vergleichsportale suggerieren, dass das potentielle GKV-Mitglied aus einer Vielzahl von Wahlmöglichkeiten auswählen kann. Dass sich die kassenindividuellen Variationen nur auf rund 5 % des Umfangs der GKV-Leistungen erstreckt, gerät dabei in den Hintergrund. Positiv ist allerdings hervorzuheben, dass die kassenindividuellen Differenzierungsleistungen zu einem Leistungswettbewerb in Deutschland im Bereich der GKV geführt haben und dadurch der Druck der Leistungsgestaltung nach den Präferenzen der Versicherten zugenommen hat. Vergleichsportale verstärken durch ihre Setzungen, welche Items in den Krankenkassenvergleich aufgenommen oder wieder ausgeschieden werden, die Kundenpräferenzen.

Ranking der GKVen

Während die Vergleichsportale die einzelnen GKVen nicht reihen, erfolgt dies bei den GKV-Rankings. GKV-Rankings sind im Vergleich zu anderen Versicherungsrankings noch ein vergleichsweise junges, aber mittlerweile etabliertes Gebiet.

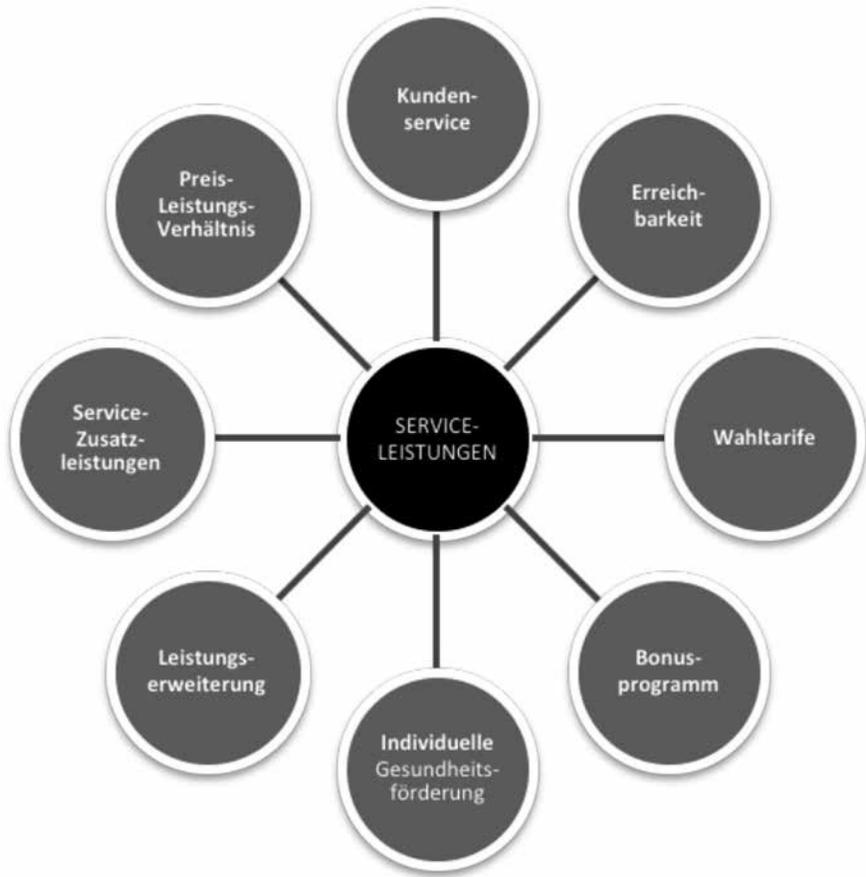
Service Value Ranking

Dem Kreis der GKV-Rankings ist auch das Ranking der Service Value GmbH zuzurechnen, das hier stellvertretend für die zahlreichen Rankingansätze vorgestellt wird. Im Vergleich zu den Vergleichsportalen ist die Anzahl der einbezogenen GKVen deutlich kleiner, da diese Ranking-Verfahren sich auf die 30 größten GKVen, bei denen allerdings rund 80 % der GKV-versicherten Mitglieder sind⁵⁴, beschränkt. Die Bewertung der Krankenkassen gliedert sich in die in Abbildung 4.3. dargestellten Kategorien.

⁵² Adolph 2017, S. 200

⁵³ Eislöffel und Adolph 2017

⁵⁴ Bundesversicherungsamt 2018, S. 17



Quelle: Dethloff 2017, S. 17 basierend auf Angaben der Service Value GmbH.

Abbildung 4.3.: Servicekategorien des Service Value Rankings

Die einzelnen Kategorien setzen sich aus unterschiedlichen Teildimensionen zusammen, die Tabelle 4.3. zu entnehmen sind.

Servicekategorien	Teildimensionen
Kundenservice	<ul style="list-style-type: none"> • Eigeninitiative der Mitarbeiter • Freundlichkeit und Höflichkeit der Mitarbeiter • Hilfsbereitschaft der Mitarbeiter • Qualität der Anliegenbearbeitung • Schnelligkeit bei der Abwicklung von Anliegen • Beratungsqualität
Erreichbarkeit	<ul style="list-style-type: none"> • Örtliche Erreichbarkeit, günstige Ortslage • Öffnungszeiten • Telefonische Erreichbarkeit • Internetauftritt/-portal
Wahltarife	<ul style="list-style-type: none"> • Selbstbehaltsprogramm • Programm zur Beitragsrückerstattung • Variable Kostenerstattung auch oberhalb der üblichen Regelsätze • Kostenübernahme für von der Regelversorgung ausgeschlossene Arzneimittel • Kostenübernahme für alternative Medizin (z.B. Homöopathie, Naturheilverfahren) • Hausarzttarif
Bonusprogramm	<ul style="list-style-type: none"> • Bonus für Vorsorgeuntersuchungen oder Schutzimpfungen • Bonus für Teilnahme an Präventionskursen oder Sport • Bonus für professionelle Zahnreinigung • Reduktion von Zuzahlungen bei freiwilliger Wahlrechtseinschränkung (z.B. Nutzung bestimmter Generika, Krankenhäuser)
Individuelle Gesundheitsförderung	<ul style="list-style-type: none"> • Angebot und Kostenbeteiligung/-übernahme für Präventionskurse (z.B. Qigong, Tai-Chi, Yoga/Meditation, progressive Muskelentspannung, autogenes Training) • Angebot und Kostenbeteiligung/-übernahme für Ernährungskurse • Angebot und Kostenbeteiligung/-übernahme für Suchtpräventionsmaßnahmen

<p>Leistungs- erweiterung</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Zusätzliche häusliche Pflege • Erweiterter Anspruch auf Haushaltshilfen • Zusätzliche Vorsorgeuntersuchungen • Rooming-In bei Kindern
<p>Service-Zusatz- leistungen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Versorgungsmanagement bei chronischen oder schweren Krankheiten (Disease-Management) • Vermittlung von Arztterminen • Vorsorgeerinnerungsservice • Online gestützte Behandlung/Ferndiagnose

Quelle: Dethloff 2017, S. 172 f.

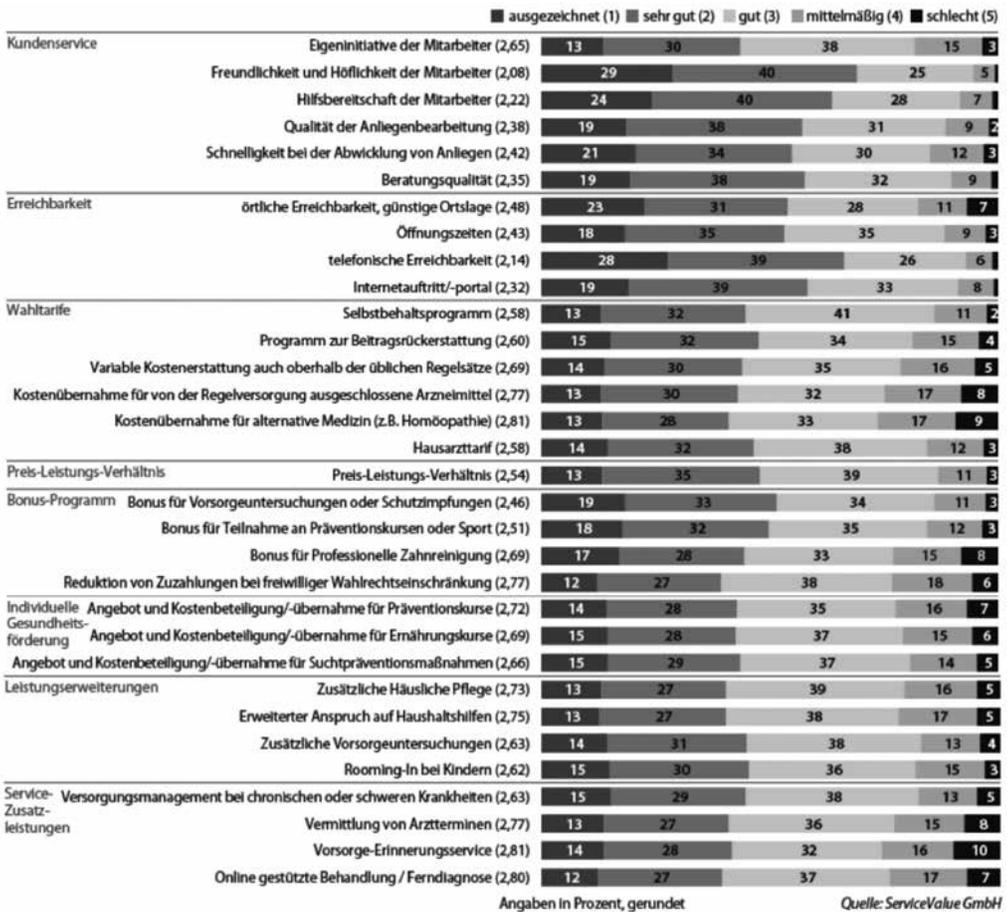
Tabelle 4.3.: Serviceteildimensionen

Aufgrund der Gefahr von Verzerrungen durch soziale Erwünschtheit verzichtet die Service Value GmbH darauf, direkt die GKV-Versicherten zu befragen⁵⁵; es wird stattdessen ein indirekter Messansatz angewendet. Dieser „basiert auf einer statistischen Ermittlung des Wirkungszusammenhangs der Leistungs- und Service-merkmale mit der Kundenbindung. Je stärker dabei der Zusammenhang zwischen einem Serviceaspekt und der Kundenbindung ist, desto höher ist der potenzielle Einfluss dieses Merkmals auf die Kundenbindung.“⁵⁶

In der Praxis resultiert daraus, dass nicht alle Teildimensionen bei der Ermittlung der Gesamtzufriedenheit gleich gewichtet werden, sondern nach dem Beitrag zur Kundenbindung oder, anders ausgedrückt, der Nicht-Wechselbereitschaft. Abbildung 4.4. stellt das Ergebnis von 2015 für die verschiedenen Teildimensionen dar.

⁵⁵ Dethloff 2017, S. 174

⁵⁶ Dethloff 2017, S. 174



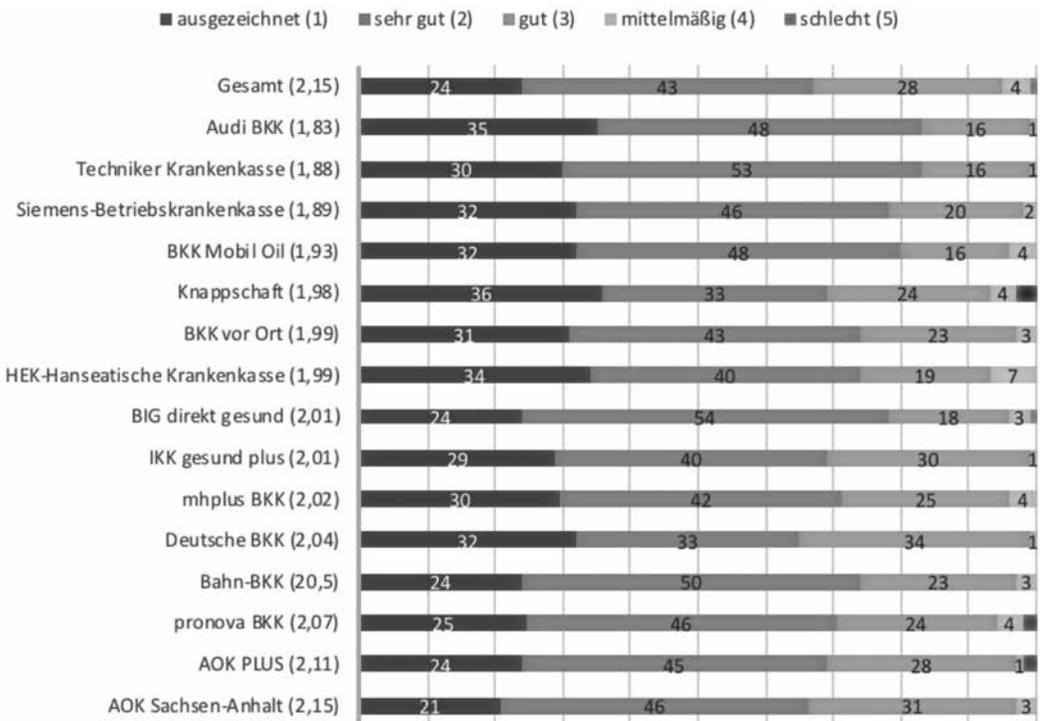
Quelle: Dethloff 2017, S. 175.

Abbildung 4.4.: Bewertung Teildimensionen 2015

Zu den sehr gut bewerteten Teildimensionen zählen typische im SERVQUAL enthaltene Items, wie die Freundlichkeit, Höflichkeit und die Hilfsbereitschaft der Mitarbeiter sowie die telefonische Erreichbarkeit. Schlechter wurden hingegen beispielsweise die Kostenübernahme für alternative Medizin, die Kostenübernahme für von der Regelversorgung ausgeschlossene Arzneimittel und das Vorsorge-Erinnerungsservice bewertet.⁵⁷

Die so gewichteten Ergebnisse der Befragung durch die Service Value GmbH werden im Rahmen des „Service-Atlas Krankenkassen“ in Form eines Rankings veröffentlicht, wobei die Reihung nach dem Mittelwert erfolgt.

⁵⁷ Dethloff 2017, S. 172



Quelle: Dethloff 2017, S. 170.

Abbildung 4.5.: Gesamtranking 2015 (Top 15)

FOCUS MONEY

Regelmäßige Veröffentlichungen von GKV-Rankings finden sich auch in ausgewählten Printmedien, z.B. in FOCUS-MONEY, der Zeitschrift von Stiftung Warentest, dem Handelsblatt oder der Zeitschrift Capital. Zumeist werden diese Rankings in den Printmedien mit einem Gütesiegel kombiniert, das die Top-abschneidende GKV werbewirksam einsetzen kann.

Stellvertretend für diesen Kreis von Rankings wird das von FOCUS-MONEY vorgestellt, welches bereits seit vielen Jahren durchgeführt wird und neben Expertenurteilen und Versichertenbefragung auch eine Online-Befragung von Ärzten und Ärztinnen aus dem intra- und extramuralen Bereich vornimmt. Diese werden gebeten, basierend auf ihren Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit den einzelnen GKVen und in Bezug auf das Leistungsspektrum bis zu drei GKVen zu empfehlen. Das im Juli 2018 veröffentlichte Ergebnis ist in Abb. 4.6. dargestellt.

Kasse	Mitglieder	Versicherte	aktiv in ... Bundesländern
mehr als 2 Millionen Mitglieder			
AOK Baden-Württemberg	3.247.225	4.267.552	1
AOK Bayern	3.520.626	4.499.138	1
Barmer	7.471.390	9.351.721	16
Die Techniker	7.450.153	9.937.314	16
500.000 bis 2 Millionen Mitglieder			
AOK Hessen	1.218.910	1.629.695	1
AOK Niederhessen	1.995.911	2.620.833	1
Knappschaft	1.367.443	1.633.784	16
SBK	790.447	1.050.279	16
unter 500.000 Mitglieder			
Audi BKK	476.756	658.892	16
Bosch BKK	161.710	220.292	14
HEK – Hanseatische Krankenkasse	379.536	495.320	16
IKK Südwest	476.848	657.789	3

Auswahl: jeweils zwei bundesweit und regional geöffnete Kassen mit den meisten Nennungen im Verhältnis zur Zahl der Bundesländer, unterteilt nach Kassengröße, alphabetisch sortiert;

Stand Mitglieder/Versicherte: 7/2017

©FOCUS MONEY.

Quelle: Hartmann 2018 S. 79.

Abbildung 4.6.: Von Ärzten empfohlene/ausgezeichnete Leistungen

DFSI-Ansatz

Das durch das Deutsche Finanz-Service Institut (DFSI) durchgeführte Ranking enthält zwölf Bewertungsdimensionen, die in ihren Unterkategorien in Tab. 4.7. dargestellt werden. Die Anzahl der GKVen, die Daten zu den einzelnen Bewertungsdimensionen liefern, schwankt. Seit drei Jahren bilden im FOCUS-MONEY-Ranking die Techniker vor der Hanseatischen Ersatzkassen und der IKK Südwest das Spitzentrio. Die Techniker, die in Deutschland auch die mitgliederstärkste Krankenkasse ist, belegt bereits seit zwölf Jahren Platz 1 in diesem Ranking. Durch ein entsprechendes Logo auf der Website wird dies publikumswirksam kundgetan. Die Ergebnisse werden sowohl kumuliert als auch für die Bewertungsdimensionen dargestellt, wobei das Heft vom Juli 2017 nur Ergebnisse in den Kategorien „hervorragend“, „sehr gut“ und „gut“ enthält.

Bewertungsdimension	Teildimensionen
Finanzen	Beitragssatz 2018; Liquiditätsfaktor 2016, Nettovermögenswert 2016, Verwaltungskosten je Versicherten 2016, Mitgliederwachstum 2016 zu 2012, Rating Finanzstärke
Service	Geschäftsstellen je geöffnetes Bundesland, Service-Hotline (Stunden/Tage pro Woche); Fachpersonal (ausschließlich, überwiegend); persönlicher Ansprechpartner (für alle Fragen; für bestimmte Bereiche) medizinische Info-Hotline (Stunden/Tage/Woche), ärztliche Zweitmeinung mit persönlichem Kontakt, Call-Back-Service
Wahltarife	Tarif mit Selbstbehalt (maximaler Vorteil in Euro und Höhe des maximalen Selbstbehalts); Tarif mit Prämie bei Leistungsfreiheit (maximale Prämie für Arbeitnehmer; maximale Prämie für Selbständige)
Bonus/Vorteilsprogramme	Bonusprogramme für Erwachsene, maximale Bonuszahlung für Erwachsene, Bonusprogramme für Kinder, maximale Bonuszahlung für Kinder, finanzielle Vorteile bei Nutzung bestimmter Apotheken, Generika und Hilfsmittel
Alternative Medizin	Alternative Krebstherapie (Therapie; Medikamente), anthroposophische Medizin (Therapie; Medikamente), Ayurveda, homöopathische Medizin (Therapie; Medikamente), Lichttherapie, Osteopathie, Phytotherapie, Traditionelle Chinesische Medizin
Gesundheitsförderung	Maximale/minimale Erstattung in % und in Euro bei Fremdkursen und bei eigenen Kursen; jährliche Wiederholbarkeit der Einzelkurse, Förderung von Kompaktkursen, Anzahl der geförderten Kurse pro Jahr, Abdeckung des gesamten Spektrums der Gesundheitsförderungsleistungen
Besondere Versorgung	Verträge zur besonderen ambulanten bzw. integrierten Versorgung im Bereich Adipositas, Arthrose, ambulante Operation (OP) Gefäßerkrankungen, ambulante OP HNO, Bandscheibenvorfall, Bluthochdruck, Burn-out, Demenz, Depression, Grauer Star, Hautkrebs, Hepatitis, Hüftgelenk, Kinderkrankheiten, Kniegelenkserkrankungen, Lungenkrebs, Neurodermitis, Osteoporose, Palliativmedizin, Parkinson, Prostatakrebs, Reproduktionsmedizin, Rückenerkrankungen, Struma, Telemedizin, Tinnitus, Zähne; Besonderes Versorgungsmanagement bei Erkrankungen des Bewegungssystems oder des Nervensystems sowie bei Herz-Kreislaufkrankungen.
Zusatzleistungen	Über das gesetzliche Maß hinaus erweitere Leistungen im Bereich der Schutzimpfungen, Hautkrebsvorsorge (jünger als 35 Jahre), Sehhilfen, Vorsorge während der Schwangerschaft, künstliche Befruchtung (die ersten drei Versuche komplett oder teilweise), Haushaltshilfen mit Kind im Haushalt, Haushaltshilfen ohne Kind im Haushalt, sportmedizinische Untersuchung, komplette oder teilweise Kostenübernahme für Reiseschutzimpfungen (Impfstoff/Impfleistung)

Zahnmedizinische Leistungen	Kostenlose professionelle Zahnreinigung, Zuschuss zur professionellen Zahnreinigung, vergünstigte professionelle Zahnreinigung bei Vertragspartnern, erweiterte spezielle zahnärztliche Behandlung, zahnmedizinische Beratung durch Fachpersonal, Preisvergleiche bei Zahntechnik/Zahnersatz, Zahnersatz zum Nulltarif, vergünstigter Zahnersatz über Vertragspartner
Digitale Leistungen	Online-Gesundheitsförderung (in den Bereichen Gesundheitssport, Bewegungsprogramme, Reduktion von Übergewicht, Ernährung, Alkoholkonsum, Rauchen, Stressbewältigung, Entspannung), Flash-Glucose-Messsystem, Online Patientenschulungen (Rückenschmerzen, Ernährung, Asthma, Neurodermitis, Diabetes, Rheuma), Medizinische Apps für Amblyopie, Tinnitus, Depressionen, Online Administration des Bonusprogrammes, Online-Einreichungen von Rechnungen zur Erstattung, medizinischer Info-Videochat
Zusatzschutz	Heilpraktikerleistungen, Heilmethode nach Hufeland, Übernahme der Restkosten bei Kostenerstattungen, weitere Varianten der variablen Kostenerstattung, Arzneimittel für besondere Therapierichtungen, stationäre Behandlungen, Zahnersatz, Krankentagegeld für Arbeitnehmer, Auslandsreiseschutz, Pflegeleistungen der staatlich geförderten privaten Pflegezusatzversicherung, Pflegezusatzleistungen der privaten Krankenversicherung
Transparenz	Angabe über Anzahl der Teilnehmer an Wahlтарifen, Auskunft über Widersprüche, Auskunft über Klagen vor dem Sozialgericht, Daten der erweiterten Rechnungslegung für das Kalenderjahr 2016, online verfügbare Satzungen

Quelle: Hartmann 2018 S. 66 ff.

Tabelle 4.4.: Bewertungsdimensionen des FOCUS-MONEY-Rankings

Für das 2018er Ranking im Bereich Finanzen lagen aktuelle Daten von 45 GKVen vor, wobei alle GKVen angeschrieben worden waren.⁵⁸ Die in Tabelle 4.7. genannten Teildimensionen im Bereich der Finanzen flossen zu 50 % in das Gesamturteil für das Urteil im Hinblick auf den Status quo der Finanzen ein. Die übrigen 50 % der Punkte in der Bewertungsdimension Finanzen werden in Abhängigkeit von der Höhe der kassenindividuellen Zusatzbeiträge vergeben.

Bei den Wahlтарifen schwankten die Selbstbehalte zwischen 200 und 1200 Euro pro Jahr und die gezahlten Prämien bei Leistungsfreiheit zwischen 150 Euro und 600 Euro pro Jahr. Beide Varianten sind Elemente, wie sie auch bei anderen Versicherungen (z.B. bei den KFZ-Versicherungen) üblich sind.

Bei den Bonusprogrammen wurde von den einzelnen GKVen z.B. die Mitgliedschaft in einem Sportverein, die regelmäßige Teilnahme an Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen oder ein umfassender Impfschutz durch Bonuszah-

⁵⁸ Hartmann 2018, S. 66

lungen oder Zuschüsse zu Gesundheitskursen und Präventionsangeboten honoriert.⁵⁹

Das Spektrum der unterstützten Gesundheitsförderungskurse reicht von Kursen des Gesundheitssports über Bewegungsprogramme, Angebote zur Reduktion des Übergewichts oder des Alkoholkonsums, Rauchentwöhnungsangebote bis hin zu Kursen zur Stressbewältigung und zur Entspannung.⁶⁰ In der Bewertungsdimension Besondere Versorgung werden Angebote aus dem Bereich der Selektivverträge hinsichtlich ihrer regionalen Reichweite bewertet.⁶¹ Aspekte des Versorgungsmanagements umfassen Themen wie: bietet die GKV z.B. eine besondere Aufklärung und Beratung oder besonders geschultes Personal, das die Versicherten bei den Versorgungsmanagementleistungen betreut oder können ärztliche Zweitmeinungen eingeholt werden.⁶² Die umfangreichen Angebotsbewertungen für die zahnmedizinische Versorgung spiegeln die Präferenzen der GKV-Versicherten wider, die relativ stabil zahnmedizinischen Zusatzleistungen eine besonders hohe Bedeutung zumessen.⁶³

Der Vergleich der digitalen Leistungen ist 2018 erstmalig in den Test aufgenommen worden. Wie die Teildimensionen zeigen, geht es zum einen um kassenindividuelle Online-Angebote und zum anderen um Online-Interaktionsangebote zwischen den Versicherten und der jeweiligen GKV. Beim Zusatzschutz handelt es sich einerseits um kassenindividuelle Wahltarife (WT) und andererseits um Angebote, die mit Kooperationspartnern der jeweiligen GKV durch private Krankenversicherungen (PKVen) erbracht werden.

Die Bewertungsdimension Transparenz zielt auf ausgewählte Kategorien von spezifischen Sachverhalten ab und erstreckt sich auf Sachverhalte, die deutlich über die gesetzlichen Publikationspflichten der GKVen hinausgehen.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass der Schwerpunkt beim FOCUS-MONEY-Ranking wie bei den KKV-Bewertungen im Rahmen des Service-Value-Atlas auf einer vergleichenden Leistungsbewertung liegt.

59 Hartmann 2018, S. 69

60 Hartmann 2018, S. 71

61 Hartmann 2018, S. 72

62 Hartmann 2018, S. 73

63 Hartman 2018; Eislöffel und Adolph 2017

Kombinationsansätze aus Rating und Ranking

Die Bewertung von Unternehmen durch ein Rating hat im Finanzsektor eine lange Tradition. Unternehmen, aber auch Staaten, werden seitens der Ratingagenturen eingestuft. Bonitätsratings (z.B. durch Moody, Fitch, Standard & Poor) werden mittlerweile ergänzt durch Ratings im Bereich der Tripple Bottom Line-Performance (z.B. Dow Jones Sustainability Group Index (DJSI), Rating von oekom research, Rating des Instituts für Markt und Gesellschaft (imug), Sustainalytics). Diese letzte Gruppe der Rating-Agenturen arbeitet üblicherweise mit Positiv- und Negativkriterien.

Wie beim Krankenkassenvergleich steht beim Rating die Bewertung der einzelnen Krankenkasse im Vordergrund. Explizite Vergleichsinformationen werden nicht bereitgestellt. Es obliegt dem Informationsempfänger der Ratinginformationen, die bewerteten GKVen in eine Rangfolge zu bringen. Bei den GKVen hat sich für die Erstellung eines Ratings der finanziellen Leitungsfähigkeit die Datengrundlage zum 1.1.2014 durch die Neufassung des § 305b SGB V verbessert. Inhaltlich wurde der Umfang der Publizitätspflichten erweitert.⁶⁴

Ansatz des Deutschen Finanz-Service Institutes (DFSI)

Das DFSI führt seit Jahren Bewertungen von GKVen durch, wobei die Leistungen in drei Teilbereichen bewertet werden, nämlich erstens die Qualität der freiwilligen Leistungen, zweitens die der Kundenservices und drittens die Qualität der Finanzkraft. Dem DFSI-Qualitätsranking haben sich im Jahr 2017/18 im Bereich der freiwilligen Leistungen 63 GKVen gestellt, im Bereich der Finanzkraft 44 und im Bereich Kundenservice 40.⁶⁵ Die Ratingabstufungen sind in Tab. 4.5. dargestellt.

DFSI-Note	Beschreibung	DFSI-Rating	DFSI-Punkte
0,5–1,0	Exzellent	AAA	90,00–100,00
1,1–1,5	Sehr Gut	AA+	80,00–89,99
1,6–2,0	Gut	AA	70,00–79,99
2,1–2,5	Gut	A+	60,00–69,99
2,6–3,0	Befriedigend	A	50,00–59,99
3,1–3,5	Befriedigend	BBB+	40,00–49,99
3,6–4,0	Ausreichend	BBB	30,00–39,99
4,1–4,5	Ausreichend	BB	20,00–29,99

64 Unterhuber et al. 2

65 DFSI 2018

4,6–5,0	Mangelhaft	B	10,00–19,99
5,0–5,5	Mangelhaft	C	0,00–9,99

Quelle: DFSI 2018 (<http://www.dfsi-institut.de/rating/55/unternehmensqualitaet-der-gesetzlichen-krankenkassen-2017-18>).

Tabelle 4.5.: DFSI-Ratingabstufungen

In die Bewertung der Unternehmensqualität geht jede Kategorie zu je einem Drittel ein. Maximal können 100 Punkte erzielt werden. Die unterschiedlichen Teilkriterien der drei Kategorien samt Gewichtungsstufen sind Tab. 4.6. zu entnehmen.

Kategorie	Teilbereiche	Gewichtung
Freiwillige Leistungen	Bonus-/Vorteilsprogramme	15 %
	Gesundheitsförderung	15 %
	Besondere Versorgung	10 %
	Ambulante Naturheilverfahren	10 %
	Wahltarife	10 %
	Zahnleistungen	10 %
	Zusätzliche Leistungen	25 %
	Zusatzschutz	5 %
	Transparenz	5 %
Kundenservice	Service	50 %
	Geschäftsstellen	25 %
	Kundenperformance	25 %
Finanzkraft	Liquidität	20 %
	Vermögen	30 %
	Deckungsbeitrag, Verwaltungskosten (absolut und je Versichertem)	15 %
	Gewinn- und Verlustrechnung	10 %
	Mitgliederentwicklung	5 %
	Transparenz	5 %
	Beitragssatzstabilität	10 %

Quelle: DFSI 2018 (<http://www.dfsi-institut.de/rating/55/unternehmensqualitaet-der-gesetzlichen-krankenkassen-2017-18>).

Tabelle 4.6.: DFSI-Kategorien, Teilbereiche und Gewichtungen (innerhalb eines Teilbereichs)

Die Ähnlichkeit der Einteilung der freiwilligen Leistungen mit dem Vergleichsportal gesetzlichekrankenkassen.de kommt durch die Zusammenarbeit des DFSI mit dem Vergleichsportal zustande. Wie bei diesem, werden auch hier nur ausgewählte kassenindividuelle Leistungen aufgenommen.

Im Teilbereich Kundenservice wird die Dichte des Geschäftsstellennetzes und damit die physische Erreichbarkeit bewertet. Außerdem analysieren die DFSI-Experten auf Basis eines Fragebogens 50 Merkmale von Serviceleistungen und Online-Serviceleistungen. Dies sind unter anderem „Servicezeiten, fremdsprachiger Service, ärztliche Zweitmeinung, elektronische Patientenquittungen, fremdsprachige Homepage, Social-Media-Auftritte, Online-Bonusprogramm sowie diverse Rechner im Onlinebereich für Versicherte“.⁶⁶ Die Ergebnisse der Kundenperformance basieren entweder auf eigenen Befragungen oder den Ergebnissen von Marktforschungsinstituten zur Gesamtkundenzufriedenheit sowie zur Weiterempfehlungsrates der jeweiligen Kasse an Freunde und Bekannte.⁶⁷

Die Bewertung des Teilbereichs Finanzstabilität basiert auf der Auswertung von Jahresabschlüssen und der Selbstauskunft der teilnehmenden GKV, wobei teilweise die Ergebnisse aus mehreren vorherigen Kalenderjahren zur Urteilsfindung herangezogen werden.⁶⁸

In jeder der drei Kategorien reiht die DFSI die teilnehmenden Kassen und vergibt ein entsprechendes Gütesiegel. In Abb. 4.7. wird das Gütesiegel für den Kundenservice gezeigt.



Quelle: DFSI 2018 (<http://www.dfsi-institut.de/rating/55/unternehmensqualitaet-der-gesetzlichen-krankenkassen-2017-18>).

Abbildung 4.7.: DFSI-Gütesiegel Kundenservice

66 DFSI 2018

67 DFSI 2018

68 DFSI 2018

Aus den im Jahr 2017 teilnehmenden Kassen haben dieses Siegel nur „Die Techniker“ und die „AOK Plus“ erhalten.

Die kumulierten Ergebnisse werden ebenfalls in Form eines Rankings publiziert. Tab. 4.7. sind die Ergebnisse für jene GKVen zu entnehmen, die mindestens die Note sehr gut erhalten haben.

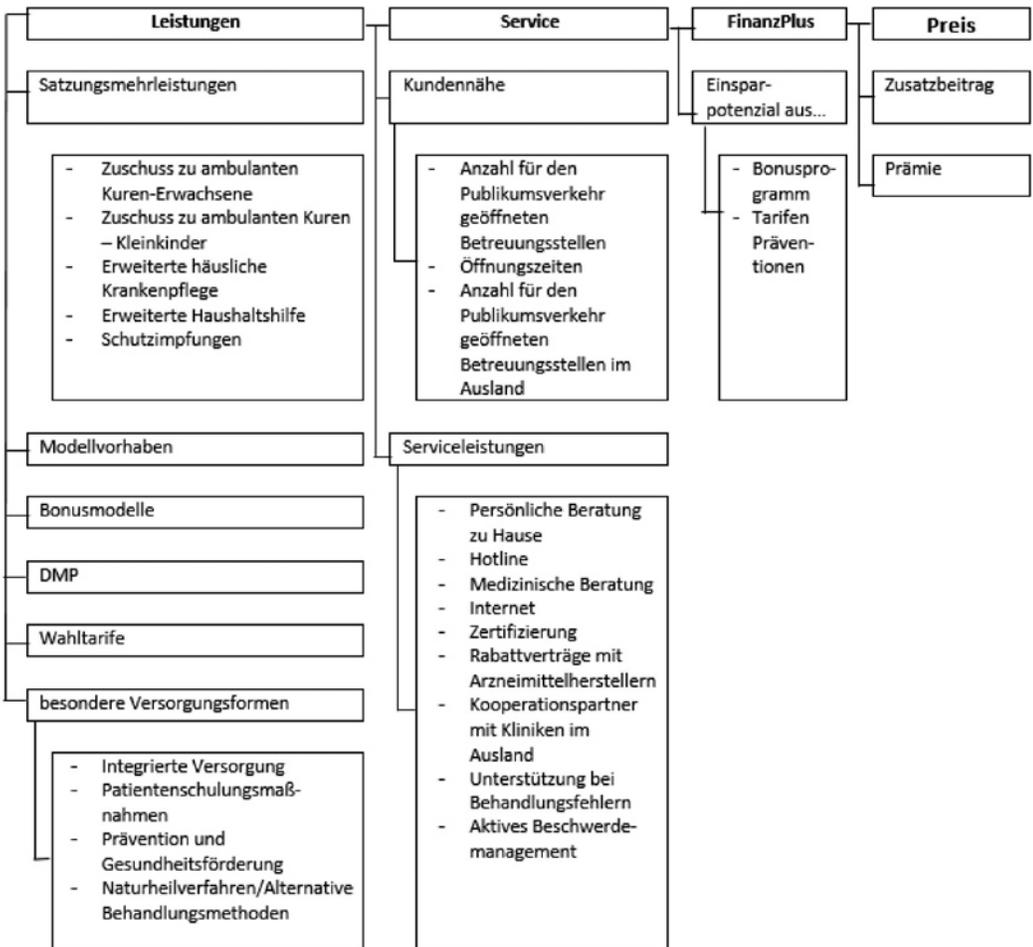
Krankenkasse	Geöffnet	Unternehmensqualität		
		DFSI-Punkte	DFSI-Rating	DFSI-Note
TK – Techniker Krankenkasse	bundesweit	85,54	AA+	sehr gut (1,3)
HEK – Hanseatische Krankenkasse	bundesweit	82,74	AA+	sehr gut (1,4)
AOK Baden-Württemberg	regional	80,64	AA+	sehr gut (1,5)
AOK PLUS	regional	80,12	AA+	sehr gut (1,5)

Quelle: DFSI 2018 (<http://www.dfsi-institut.de/rating/55/unternehmensqualitaet-der-gesetzlichen-krankenkassen-2017-18>).

Tabelle 4.7.: DFSI-Gesamtergebnis

Krankenkassen-Kompass

Die deutsche Kompass GmbH als Anbieter von Vergleichen im Dienstleistungsbereich hat ebenfalls ein Verfahren für GKVen entwickelt. Im Vergleich zum DFSI-Ansatz ist der Fokus ein engerer, da die finanzielle Leistungsfähigkeit nicht den gleichen Stellenwert hat. Die verschiedenen Bewertungsdimensionen samt Teildimensionen sind Abb. 4.8. zu entnehmen.



Quelle: Lucht und Amshoff 2017, S. 332.

Abbildung 4.8.: Kriterien der Leistungsvergleichs des Krankenkassen-Kompasses

Von der üblichen Gleichverteilung der Kriterien weicht die Verteilung der Krankenkassen Kompass GmbH bei den Leistungen und Services ab. Es wird eine Gewichtung nach dem vergangenen Suchabfragen der Versicherten bzw. der mitversicherten Angehörigen vorgenommen.⁶⁹ Somit findet eine präferenzorientierte Gewichtung statt, was ein Alleinstellungsmerkmal dieses Vergleichs ist. Der Gewichtung der Services basiert auf den Ergebnissen von Versichertenbefragungen.

⁶⁹ Lucht und Amshoff 2017, S. 333

Nach der Addition aller gewichteten Punkte einer Kategorie wird diese in Beziehung zu den maximal erreichbaren Punkten gesetzt werden, um einen Prozentwert auszurechnen. Anschließend kann anhand dieses Prozentwertes ein Ratingcode von A bis D zugeordnet werden, wobei „A“ die Bestbewertung und „D“ die schlechteste Bewertung ist.⁷⁰

Rang	Name der Krankenkasse	Art	1. Leistung	2. Service	3. FinanzPlus	4. Preis
1	SECURVITA Krankenkasse	BKK	A (89,90 %)	B (69,22 %)	EUR 3.570,00	EUR 0,00
2	Techniker Krankenkasse (TK)	VdEK	A (67,40 %)	A (78,46 %)	EUR 2.093,44	EUR 0,00
3	AOK Bremen/Bremerhaven	AOK	A (66,33 %)	A (89,67 %)	EUR 3.050,00	EUR 0,00
4	Daimler Betriebskrankenkasse	BKK	B (64,68 %)	B (57,71 %)	EUR 2.975,00	EUR 0,00
5	mhplus Betriebskrankenkasse	BKK	B (64,68 %)	B (71,04 %)	EUR 1.416,58	EUR 0,00
6	KHH_Allianz	VdEK	B (63,92 %)	B (68,93 %)	EUR 2.330,00	-EUR 96,00
7	BKK Wirtschaft & Finanzen	BKK	B (62,92 %)	B (70,65 %)	EUR 1.140,00	EUR 60,00
8	AOK Bayern	AOK	B (62,53 %)	A (79,79 %)	EUR 2.800,00	EUR 0,00
9	BARMER GEK	VdEK	B (62,46 %)	A (77,08%)	EUR 900,00	EUR 0,00
10	BERGISCHE KRANKENKASSE	BKK	B (61,83 %)	B (76,62 %)	EUR 890,00	EUR 0,00

Quelle: Lucht und Amshoff 2017, S. 335.

Abbildung 4.9.: Auszug aus der Leistungsbewertung im Rahmen des Krankenkassen-Kompasses

⁷⁰ Lucht und Amshoff 2017, S. 332-336

Auch bei diesem Verfahren ist hinsichtlich der einbezogenen Kriterien eine gewisse Ähnlichkeit der behandelten Inhalte zum Online-Portal gesetzlichekrankenkassen.de zu erkennen, wobei letzteres keine Bewertung vornimmt.

Assekuranz und KHH-Kassenrating

Der Vollständigkeit halber sei das kombinierte Ranking- und Ratingverfahren der Assekuranz Rating-Agentur GmbH und der KHH (Kaufmännische Krankenkasse) erwähnt, da die Initiative für diesen Ansatz von einer GKV ausgegangen ist. Die KHH hat im Jahr 2006 mithilfe der Assekurata Assekuranz Rating-Agentur GmbH das Projekt eines Krankenkassenratings initiiert.⁷¹ Neben der KHH waren noch vier weitere Krankenkassen an diesem Pilotprojekt beteiligt. Im Rahmen des Ratings der Assekurata Assekuranz Rating-Agentur GmbH wurden als Teilqualitätsdimensionen die Finanzstabilität, das Wachstum, das Leistungsangebot und die Kundenorientierung definiert. Die mit 30 % eingehende Teilqualität Finanzstabilität soll im Kassenvergleich eine Aussage darüber treffen, wie solide der Haushaltskurs der teilnehmenden GKVen ist.⁷² Die mit 15 % gewichtete Teilqualität Wachstum sollte die Entwicklung der Kasse sowie die Attraktivität der GKV aus Sicht der Versicherten widerspiegeln.⁷³ Das Leistungsangebot wurde mit 25 % gewichtet und konzentriert sich inhaltlich auf das kassenindividuelle Leistungsangebot.⁷⁴ Für die mit 30 % gewichtete Kundenorientierung wurden beim ersten Durchgang 700 Versicherte befragt.⁷⁵ Als weitere Datengrundlage diente zunächst ein an die teilnehmenden Krankenkassen adressierter Fragebogen mit rund 140 Fragen. Zudem wurden Interviews sowohl mit der Geschäftsleitung als auch mit Mitarbeitern aus unterschiedlichen Managementebenen geführt. Darüber hinaus gingen in das Rating die Geschäftsberichte, Haushaltspläne, Wirtschaftsprüfungs- und BVA-Prüfberichte (Bundesverwaltungsamt-Prüfberichte), Jahresabschlüsse und Mitgliederstatistiken der letzten drei Jahre ein.⁷⁶ Das Rating von KKH und Assekurata hat sich am Markt der GKVen als Leistungsvergleichsverfahren nicht etablieren können.⁷⁷

Management Informationssysteme

Wie bereits weiter oben ausgeführt, gibt es in Deutschland ergänzend zu den externen Vergleichsansätzen auch spezielle Informationssysteme für das Top-Management der GKVen. Hier tritt der Benchmarking-Gedanke noch stärker in Er-

71 Kailuweit 2017, S. 246

72 Kailuweit 2017, S. 247

73 Kailuweit 2017, S. 248

74 Kailuweit 2017, S. 248

75 Kailuweit 2017, S. 248

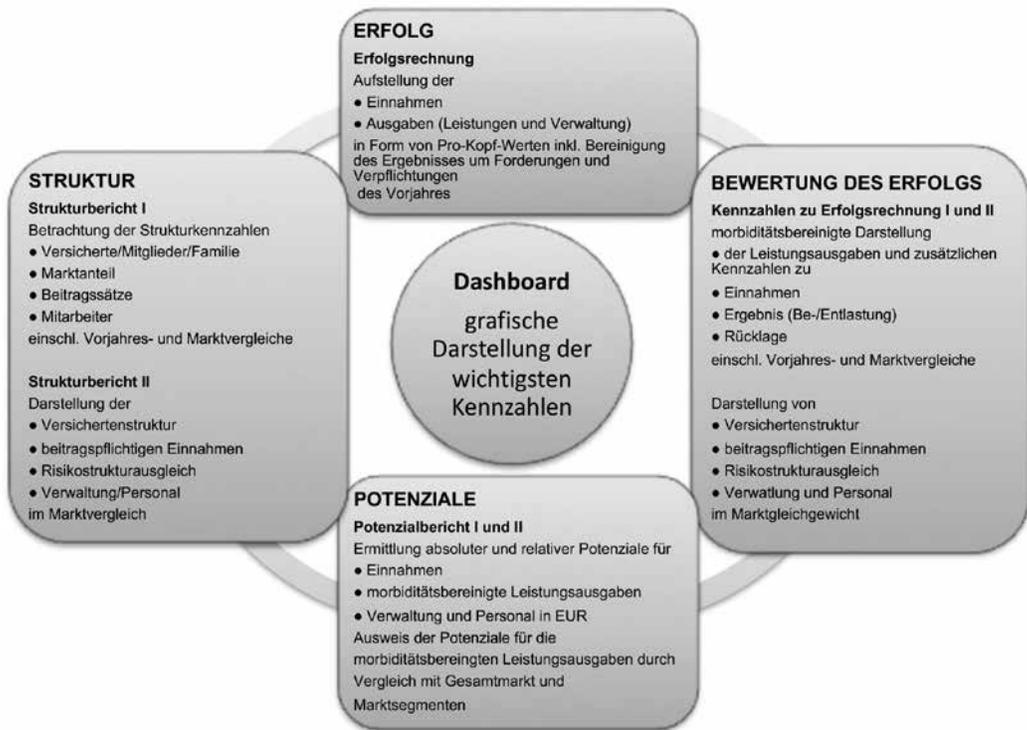
76 Kailuweit 2017, S. 248

77 Kailuweit 2017, S. 251

scheinung als bei den an potentielle oder wechselbereite Versicherte gerichteten Vergleichen. Dem Management der GKV obliegt, auf identifizierte, erfolgskritische Faktoren adäquat zu reagieren.

Management Cockpit GKV

Das Management Cockpit GKV ist ein multikriterielles Kennzahlensystem (siehe Abb. 4.10.), das durch den Vergleich der teilnehmenden GKVen eine Positionsbestimmung der teilnehmenden Kassen hinsichtlich der marktconformen oder marktconträren Entwicklung der einzelnen GKVen vornimmt, um erfolgskritische Faktoren zu identifizieren.⁷⁸ Das Management der teilnehmenden GKVen erhält so Informationen, um Ansatzpunkte für Verbesserungspotentiale abzuleiten.



Quelle: Lucht und Amshoff 2017, S. 413.

Abbildung 4.10.: Management Cockpit GKV

⁷⁸ Lucht und Amshoff, 2017, S. 319

Im Zentrum des Cockpits, dem sogenannten Dashboard, stehen ausgewählte Strukturkennzahlen (Mitglieder- und Versichertenzahlentwicklung in den vergangenen Quartalen, Versichertenstruktur (differenziert nach Mitgliedern, Pensionisten, Familienangehörigen)) sowie ausgewählte Finanzkennzahlen (standardisierte Leistungsausgaben pro Kopf differenziert nach den teilnehmenden Kassen, Ausschöpfungsquote der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfond je teilnehmender Kasse).⁷⁹

Wie in Abb. 4.7. dargestellt, enthalten die Strukturberichte ausgewählte Struktur- und Basisdaten der GKV. Die einzelnen teilnehmenden Kassen werden dabei in ergänzenden Berichten in eine Reihung gebracht, so dass leicht erkennbar ist, wer best-in-class ist und welche GKV das größte Verbesserungspotential haben. Die Erfolgsrechnung und die monetären Kennzahlen zur Bewertung des Erfolges sind auf „Ausgaben pro Kopf“ normiert und alle Pro-Kopf-Ausgaben werden durch einen kassenindividuellen Morbiditätsfaktor dividiert.⁸⁰ Durch diese Vorgehensweise trägt das Management-Cockpit der Tatsache Rechnung, dass der komplizierte morbiditätsorientierte deutsche Risikostrukturausgleich nicht vollständig funktioniert. Auf die Zukunft ausgerichtet sind die Potentialberichte I und II, die in absoluten Werten und Prozentangaben die Differenz zwischen den Werten einer Einzel-GKV und den Durchschnittswerten sowie der am besten abschneidenden GKV ermitteln.⁸¹

Euler Hermes GKV-Rating

Ein spezifisches an das GKV-Management gerichtetes Ratingverfahren findet sich bei Gittler und Abel⁸². Als Managementinstrument soll das Rating dazu beitragen, die eigenen Stärken und Schwächen zu erkennen und die GKV zukunftsfähig zu machen.⁸³ Hinsichtlich der Ratingnotation bedient sich dieser Ansatz der von der Ratingagentur Euler Hermes Rating Deutschland GmbH für Krankenkassen entwickelten Ratingnotation, die in Anlehnung an das Standard & Poor's Bonitätsrating Kategorien von AAA bis D unterscheidet (siehe Tab. 4.8.), aber es um Aussagen zur Marktposition ergänzt. Auf der aktuellen Homepage von Euler Hermes Rating befinden sich keine GKV-Beispiele.

79 Lucht und Amshoff 2017, S. 320

80 Lucht und Amshoff 2017, S. 322

81 Lucht und Amshoff 2017, S. 324

82 2017, S. 133-152

83 Abel und Gittler 2017, S. 129

Kategorie	Erläuterung
AAA (ausgezeichnet)	AAA geratete Krankenversicherungen sind ausgezeichnet im Markt der GKVen positioniert.
AA (sehr gut)	AA geratete Krankenversicherungen sind sehr gut im Markt der GKVen positioniert.
A (gut)	A geratete Krankenversicherungen sind gut im Markt der GKVen positioniert.
BBB (zufriedenstellend)	BBB geratete Krankenversicherungen sind zufriedenstellend im Markt der GKVen positioniert.
BB (noch zufriedenstellend)	BB geratete Krankenversicherungen sind noch zufriedenstellend im Markt der GKVen positioniert.
B (ausreichend)	B geratete Krankenversicherungen sind ausreichend im Markt der GKVen positioniert.
CCC (schwach)	CCC geratete Krankenversicherungen sind schwach im Markt der GKVen positioniert
CC (kritisch)	CC geratete Krankenversicherungen sind sehr schwach im Markt der GKVen positioniert. Die Krankenversicherungen sind in ihrer Finanzkraft gefährdet und befinden sich in einer kritischen Situation.
C (sehr kritisch)	CC geratete Krankenversicherungen verfügen über sehr kritische Strukturen. Das Insolvenzrisiko ist hoch.
D (insolvent)	D geratete GKVen weisen bereits einen Ausfall aus oder haben einen Insolvenzantrag gestellt, Das D-Rating ist nicht zukunftsgerichtet, sondern dokumentiert den Ist-Zustand.

© Euler Hermes Rating GmbH 2010; Quelle: Gittler und Abel 2017, S. 150.

Tabelle 4.8.: Euler Hermes Rating für GKVen

Die sechs Ratingbereiche beziehen sich sowohl auf den Finanzbereich als auch auf den Leistungsbereich und die Unternehmensführung, wie Tabelle 4.9. entnommen werden kann.

Ratingkriterium	Leitfragen
Finanzstatus	Ist die Finanzierung des Unternehmens gegenwärtig gesichert?
Markt und Wettbewerb	Wie entwickelt sich das Umfeld der GKV und wie hat sich die Krankenkasse bisher in ihrem Umfeld positioniert?

Strategie	Ist die Strategie plausibel und hat die Krankenkasse die Voraussetzung zu deren Umsetzung geschaffen?
Risikomanagement	Erkennt die Krankenkasse bestandsgefährdende Risiken rechtzeitig und wie geht sie mit diesen um?
Beratungskompetenz und Serviceleistungen	Sind die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen in der Beratung sicher und im Umgang mit Kunden umfassend geschult? Wird ein kundenorientiertes Verhalten „gelebt“ und sind die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen produktsicher? Unterzieht die Kasse sich regelmäßig einem externen Qualitätsaudit?
Zusatzprodukte	Bietet die Krankenkasse dem Kunden einen effektiven Mehrwert durch Zusatzprodukte? Sind die Zusatzprodukte kundenspezifisch „ausgerichtet“?

Quelle: Gittler und Abel 2017, S. 150.

Tabelle 4.9.: Ratingbereiche

Hinsichtlich der Bewertung der Finanzstärke betonen Gittler und Adler⁸⁴, dass die klassischen Kennzahlen der Finanzanalyse (z.B. die Gesamtkapitalrentabilität, der return on capital employed oder der cashflow return on investment) auf Grund der Nonprofit-Orientierung und der spezifischen Finanzierungsstrukturen sich nur sehr bedingt eignen und deswegen GKV-spezifische Kennzahlen zum Einsatz kommen.

Beim Ratingkriterium Markt und Wettbewerb geht es um die derzeitige Marktpositionierung und deren zukünftige Nachhaltigkeit.⁸⁵ Die Beurteilung der Adäquanz der Strategie erfolgt beim On-site-Besuch, der klären soll, ob die GKV-Manager ausreichend die aktuellen, absehbaren und zukünftigen Entwicklungen im System der GKVn beachten und ausreichende finanzielle Ressourcen zur Strategieanpassung bestehen.⁸⁶

Das Bewertungskriterium Risikomanagement ist nicht auf die Erfassung finanzwirtschaftlicher Risiken beschränkt, sondern bezieht auch versicherten-, mitarbeiter-, prozess- und politik- bzw. umfeldbezogene Risiken mit ein.⁸⁷ Ergänzend wird bewertet, ob es sich um einen rudimentären oder vollständigen Risikomanagementprozess handelt.

⁸⁴ 2017, S. 136 f.

⁸⁵ Gittler und Adler 2017, S. 145

⁸⁶ Gittler und Adler 2017, S. 146

⁸⁷ Gittler und Adler 2017, S. 148

Das Bewertungskriterium Kundenorientierung und Services zielt darauf ab zu bewerten, ob die GKV „in der Lage ist, Anforderungen an Dienstleistung und Qualitätsmanagement in der täglichen Praxis umzusetzen und damit die Zukunftsfähigkeit des Unternehmens zu stärken bzw. zu sichern“. ⁸⁸ Die dabei zu Grunde gelegten Qualitätsdimensionen sind in Tabelle 4.10. enthalten.

Dimensionen	Unternehmensqualität	Produktqualität	Servicequalität
Potentialqualität	<ul style="list-style-type: none"> • Image der Krankenkasse • Flache Hierarchien und Teamstrukturen • Kundenorientierte Qualifikationsstruktur 	<ul style="list-style-type: none"> • Produkt- und prozessorientierte Struktur • Technisch unterstützte Arbeitsabläufe • Qualitätssicherungssysteme • Angebot von gruppenspezifischen Zusatzangeboten 	<ul style="list-style-type: none"> • Optimale Erreichbarkeit durch umfängliche Servicezeiten • Öffentlicher und umfänglicher Internetauftritt • Festlegung der Serviceziele in einem Unternehmensleitbild • Ganzheitliche Kundenbetreuung
Prozessqualität	<ul style="list-style-type: none"> • Ganzheitlicher Prozessansatz • Einsatz moderner Qualitätsmanagementsysteme • Optimale IT-Ausstattung 	<ul style="list-style-type: none"> • Kompetente Beratung • Verständliche Formulare und Brieftexte • Prompte Reaktion • Vollständige Information • Lösungskompetenz • Verlässlichkeit 	<ul style="list-style-type: none"> • Definition von Service und Reaktionszeiten • Freundliche Mitarbeiter/innen • Fachliche Zuverlässigkeit • Termintreue • Messbarkeit von Servicestandards
Ergebnisqualität	<ul style="list-style-type: none"> • Zuverlässiges Einhalten von Standards • Rechtmäßigkeit und Verhältnismäßigkeit 	<ul style="list-style-type: none"> • Nachvollziehbare Bescheide • Akzeptanz der Entscheidungen – wenig Widersprüche • Gutes Preis-Leistungs-Verhältnis (Zusatzprodukte) • Abnahmeintensität der Zusatzprodukte 	<ul style="list-style-type: none"> • Konsequentes Beschwerdemanagement • Hohe Kundenzufriedenheit • Offensive Dienstleistung

Quelle: Gittler und Abel 2017, S. 149.

Tabelle 4.10.: Qualitätsdimensionen

Der gesamte mehrwöchige Ratingprozess kann in mehrere Phasen unterteilt werden (siehe zu den Phasen Gittler und Abel 2017, S.150–152). Phase 1 erfordert die Beantwortung eines umfangreichen Fragebogens seitens der GKV und die Bereitstellung aller geforderten Dokumente. Phase 2 befasst sich mit der Analyse der Daten durch die Euler Hermes Ratingagentur. In Phase 3 erfolgt ein Unternehmensbesuch, der mit einem Vorstandsgespräch über die Bereiche Management und Strategie beginnt. Daran schließen sich weitere Gespräche mit Fach- und Führungskräften der Geschäftsbereiche sowie ein Gang durch die Geschäftsräume und Gespräche mit Mitarbeitern an. Zum Ende des Ortstermins findet ein weiteres Gespräch mit dem Vorstand statt, das auch der Klärung noch offen gebliebener Fragen dient. Anschließend wird ein vorläufiger Bericht erstellt und der zu bewertenden GKV zur Stellungnahme zugeschickt. Den Abschluss bildet der Endbericht.⁸⁹ Von den Schritten her verbindet dieser Ansatz klassische externe Analysen mit dem für ein Akkreditierungs- bzw. Zertifizierungsverfahren vorgesehenen Site-Besuch, die in diesem Fall durch Vertreter der Ratingagentur erfolgt. Grafisch wird das Ergebnis des Ratingprozesses in dem in Abb. 4.11. dargestellten Raster festgehalten, das beispielhaft illustrierend ist und keine vollständige Bewertung ist.

	Sehr gut			Mittel			Unzureichend		
Finanzstatus									
Vermögenslage									
- Vermögen									
- Betriebsmittel									
- Rücklagen									
Struktur der Aktiva									
- Struktur des Forderungsbestandes									
- Beitragsrückstände									
Struktur der Passiva									
- Bankverpflichtungen									
- Verpflichtungen gegenüber Leistungserbringern									
- Pensionsverpflichtungen									
Beitragspflichtige Einnahmen									
- Beitragspflichtige Einnahmen									
- Einnahmen aus Ersatz- und Erstattungsansprüchen									
Erfolgswirksame Ausgaben									
- Krankenhäuser									
- Arzthonorare									
- Zahnersatz									

89 Gittler und Abel 2017, S. 152

- Heil- und Hilfsmittel										
- Krankengeld										
- Häusliche Krankenpflege										
- Kuren										
Haushaltsplanung										
- Beitragspflichtige Einnahmen										
- Ausgaben										
- Beitragssatzkalkulation										
- RSA Zahlungen/Inanspruchnahmen										
Unterjährige Entwicklung										
- Finanzmonitoring										
- Entwicklung seit letzter Jahresrechnung										
Liquiditätsplanung und -steuerung										
- Liquiditätsmanagement										
- Finanzielle Flexibilität										
Markt und Wettbewerb										
Attraktivität des relevanten Marktes										
- Entwicklung der Grundlohnsummen										
- Wesentliche Marktrisiken										
Positionierung der BKK im relevanten Markt										
- Vergleich mit Hauptwettbewerbern										
Strategie										
Strategie der Krankenkasse										
- Strategiefindung und -auswahl										
- Einordnung der Strategie										
Umsetzungsvoraussetzungen										
- Finanzen										
- Kunden										
- Management und Mitarbeiter										
- Prozess und Organisation										
Risikomanagement										
Risikomanagementsystem										
- Identifikation und Bewertung										
- Behandlung von Risiken										
Wesentliche Einzelrisiken										
- Finanzrisiken										
- Kundenrisiken										
- Management- u. Mitarbeiterrisiken										
- Prozessrisiken										
- Externe Risiken										

Quelle: Gittler und Abel 2017, S.151.

Abbildung 4.11.: Ratingteilergebnisübersicht

Die Gesamteinstufung in die Ratingnotation ergibt sich dann aus dem Durchschnitt der Teilbewertungen. Innerhalb der Managementinformationssysteme ist es das ausdifferenzierteste.

4.3. Schweiz

Blickt man in die Schweiz, ist die Literaturlage eine deutlich schlechtere. Im Rahmen der durchgeführten Literaturanalyse konnten nur Verfahren identifiziert werden, die Versicherte bei der Kassenwahl im Zuge einer Erstentscheidung oder eines Wechsels der obligatorischen Krankenversicherung unterstützen. Die Vorgehensweise ist dabei vergleichbar wie bei den deutschen Krankenkassenvergleichsportalen, nur dass die Wahloptionen auf die schweizerischen Verhältnisse angepasst sind. Da es in der obligatorischen Krankenversicherung keine kassenindividuellen Leistungen gibt, sind die schweizerischen Vergleichsverfahren, beispielsweise von bonus.ch, comparis.ch, krankenkasse-vergleich.ch, moneyland.ch, swupp.ch, oder verivox.ch, schlanker. Die Krankenkassenvergleiche werden in aller Regel von Dienstleistungsunternehmen durchgeführt, die sich als unabhängige Anbieter präsentieren und in aller Regel eine Expertise in der Bewertung von Banken und Versicherungen haben. Bei der Bewertung von Versicherungen reicht beispielsweise das Spektrum von moneyland.ch von der obligatorischen Krankenversicherung über diverse krankenkassenbezogene Zusatzversicherungen, der Reise- oder Rechtsschutzversicherung bis hin zur Tier- und Mietkautionsversicherung.

Stellvertretend für diese kommerziellen Angebote für einen Kassenvergleich auf Knopfdruck sei das Vergleichsportal von [Comparis.ch](http://comparis.ch) vorgestellt. Comparis ist eine Aktiengesellschaft mit Sitz in Zürich und laut einer Website der „führende Internet-Vergleichsdienst der Schweiz“.⁹⁰

Der Versicherungsvergleich startet mit der Eingabe der Postleitzahl des Wohnorts, gefolgt von der Abfrage der derzeit bestehenden obligatorischen Krankenversicherung, um das Einsparungspotential durch einen Wechsel berechnen zu können.⁹¹ Die Angaben zur Person erstrecken sich auf den Geburtsjahrgang und die Franchisepräferenzen, d.h. die jährlichen Selbstbehalte, die von 300 Schweizer Franken bis 2500 Schweizer Franken gehen. Hinsichtlich des Leistungsumfangs können die Suchenden aus verschiedenen Modellen auswählen: Standard, Haus-

90 [Comparis.ch](http://comparis.ch) 2018

91 [Comparis.ch](http://comparis.ch) 2018

arzt (15 bis 20 % Rabatt), Telmed (15 bis 20 % Rabatt) und Health Maintenance Organisation (HMO) (bis zu 25% Rabatt).⁹² Aus den drei Varianten schränkt das HMO-Modell am stärksten die freie Anbieterwahl ein. Die auf Basis dieser Präferenzen ermittelten Krankenkassen werden nach der günstigsten monatlichen Kopfprämie gereiht. Als Ergänzungsinformation wird die durchschnittliche Kundenzufriedenheit der Versicherten mitgeliefert. Die diesbezüglichen Comparis-Angaben werden mittels Ergebnissen aus einer umfangreichen Kundenbefragung errechnet. 2018 wurden 2100 Personen je schweizerischer Sprachregion befragt. Es gab drei Bewertungskriterien: „Kompetenz und Einsatzbereitschaft der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, Abrechnungen (Übersichtlichkeit, Schnelligkeit der Auszahlung, Kulanz etc.) und Verständlichkeit und Übersichtlichkeit der Kundeninformationen“.⁹³

Auch andere schweizerische Vergleichsportale setzen Versichertenbefragungen als Informationsquelle ein. Der Webseite von moneyland.ch ist zu entnehmen, dass diese 2019 1518 Versicherte zu elf Zufriedenheitsfaktoren befragten (Freundlichkeit und Einsatzbereitschaft des Versicherungspersonals, Erreichbarkeit, Schnelligkeit der Antworten bei Fragen, Preis-Leistungs-Verhältnis, Kulanz bei Zahlungen, Schnelligkeit der Auszahlungen, Verständlichkeit von Kundeninformationen sowie allgemeine Zufriedenheitsfaktoren).⁹⁴ Der Webseite ist auch zu entnehmen, dass die Zufriedenheitswerte sinken, junge Versicherte unzufriedener als ältere Versicherte sowie Westschweizer unzufriedener als Deutschschweizer sind.

Ob tatsächlich die günstigste Krankenkasse gefunden wird, hängt davon ab, ob die Vergleiche der kommerziellen Anbieter alle obligatorischen Krankenkassen umfassen oder nur jene, mit denen der Vergleichsanbieter einen Kontrakt hat.

Mittlerweile gibt es auch einen vom Schweizer Bundesamt für Gesundheit bereitgestellten Kassenvergleich priminfo. Wie Abb. 4.12. zu entnehmen ist, basiert dieser ebenfalls auf einer einfachen Suchmaske.

92 Comparis.ch 2018

93 Comparis.ch 2018

94 moneyland.ch AG, <https://www.moneyland.ch/de/krankenkassen-zufriedenheit-befragung-2018>

Prämienrechner 2019

Wohnort

PLZ oder Wohnort

Personen

Person 1

Jahrgang

Format: JJJJ

Gewünschte Franchise

Bitte wählen

Unfalldeckung

ja

nein

Person entfernen

Person hinzufügen

Bisher

Aktuelle Krankenkasse (optional)

Krankenkasse wählen

Aktuelles Versicherungsmodell

Versicherungsmodell wählen

Vergleich

Welche Versicherungsmodelle möchten Sie vergleichen?

Standard Hausarzt HMO Weitere Modelle

Berechnen

Zurücksetzen

Quelle: Schweizer Bundesamt für Gesundheit, <https://www.priminfo.admin.ch/de/praemien>.

Abbildung 4.12.: Suchmaske von Priminfo

Unter weiteren Modellen verbirgt sich das Telmed-Modell, das erfordert, dass vor einem Arztbesuch zunächst eine telefonische Beratung erfolgt. Eine Reihe von Versicherungen bietet zudem an, dass die Versicherten mit einer höheren Ausgangsprämie einsteigen, die Prämie sich aber jedes Jahr um 10 % reduziert, sofern keine Leistungen in Anspruch genommen werden.⁹⁵

⁹⁵ priminfo.ch

Nach Beendigung der Eingabe erhalten die Suchenden ebenfalls einen preisgestaffelten Vorschlag der in Frage kommenden obligatorischen Krankenversicherungen. Als Bonusmaterial können die Höhe des Beitragssatzes in Abhängigkeit von der gewählten Franchisehöhe, die Steigerungen des Beitragssatzes in den letzten sechs Jahren (kalenderjahrbezogen und als Durchschnitt) sowie die für das HMO-Modell relevanten Anbieter in der Wohnortgemeinde, differenziert nach den Krankkassen, abgerufen werden.

Neben den kommerziellen und nicht kommerziellen Vergleichsportalen beauftragt das schweizerische Konsumentenmagazin K-Tipp seit 2009 regelmäßig Versicherungszufriedenheitsstudien. 2018 wurden 2420 Versicherte befragt. Den 1367 Teilnehmern und Teilnehmerinnen, die in den vergangenen zwei Jahren eine Versicherungsleistung erhalten hatten, wurden folgende Fragen gestellt: „Wie waren Sie mit dem Service zufrieden? Und welche Schwierigkeiten gab es bei der Abwicklung?“⁹⁶

	2018	2017	2016	2015	2014	2013	2012	2010	2009
SWICA	71,2%	77%	69%	74%	78%	71%	67%	70%	62%
KPT KIP	66,2%	64%	55%	63%	69%	73%	68%	71%	69%
sanitas	64,1%	75%	75%	70%	72%	66%	64%	64%	70%
CSS	62,2%	64%	65%	57%	65%	70%	61%	67%	58%
Helsana	61,8%	63%	64%	64%	66%	63%	54%	52%	60%
CONCORDIA	60,7%	66%	65%	68%	67%	73%	64%	64%	59%
VISANA	57,3%	63%	59%	68%	69%	64%	66%	60%	72%
ALPEN	48%	42%	43%	46%	50%	50%	42%	51%	47%
ASSURA	40%	39%	33%	41%	41%	44%	35%	34%	38%

Die repräsentative Umfrage führte das Link-Institut in Luzern im Auftrag des K-Tipp durch. Vom 30. Juli bis 30. August 2018 wurden 2430 Personen in der Deutsch- und der Westschweiz im Alter von 15 bis 79 Jahren telefonisch befragt. Die Auswahl der Befragten entspricht punkto Geschlecht, Alter, Wohnort und Grösse des Haushalts ihrem Anteil an der Gesamtbevölkerung.

Quelle: Waldner und Meierhofer 2018, S.11.

Abbildung 4.13.: K-Tipp-Zufriedenheitsstudie

Kleine Krankenkassen wurden aufgrund ihrer fehlenden Repräsentativität ausgeschlossen.⁹⁷ Die ersten drei Plätze und der letzte Platz für die Assura sind seit Jahren ein relativ stabiles Ergebnis.⁹⁸

⁹⁶ Waldner und Meierhofer 2018, S. 11

⁹⁷ Waldner und Meierhofer 2018, S. 11

⁹⁸ Waldner und Meierhofer 2018

4.4. Bewertung der Ansätze

Lässt man die verschiedenen deutschen und schweizerischen Ansätze zur Unterstützung von Neukunden oder wechselbereiten Versicherten bei ihrer Kassenwahl Revue passieren, so eint sie, dass sie in einem intransparenten Versicherungsmarkt einen Beitrag zur Transparenzerhöhung leisten wollen. Die dafür notwendigen Anstrengungen fallen in Deutschland höher aus als in der Schweiz, da sich die einzelnen GKVn durch kassenindividuelle Leistungen ein spezifisches Profil geben können. Ob die Vergleichsportale, Rankings und Ratings tatsächlich dazu beitragen, Informationsasymmetrien zu Lasten der Versicherten zu reduzieren, hängt von verschiedenen Faktoren ab.

Erstens kann ein noch so objektiver Vergleich nur seine Wirkung entfalten, wenn die Versicherten ihn zur Entscheidungsfindung heranziehen. Die deutschen GKV-Versicherten zählen nicht zu den wechselbereitesten Versicherten. In der Schweiz wird der Kassenwechsel dadurch erschwert, dass Versicherte meist bei derselben Krankenversicherung eine privatrechtliche Zusatzversicherung haben. Aus der Konsumentenforschung ist außerdem bekannt, dass die Empfehlungen von Familienmitgliedern, Arbeitskollegen oder Kolleginnen sowie aus dem Freundeskreis mindestens dasselbe Gewicht haben wie die Leistungsbewertungen.⁹⁹ Statt sich durch die Details von Versicherungskonditionen zu quälen, werden Empfehlungen aus dem unmittelbaren sozialen Umfeld als kognitive Abkürzung herangezogen.

Zweitens hängt der Abbau der Informationsasymmetrien durch Vergleichsportale, Rating und Rankings von der Vertrauenswürdigkeit derjenigen Stelle ab, die die Bewertung vornimmt. In der Schweiz ist die öffentliche Verwaltung aktiv geworden und bietet als Maßnahme des Versicherten-Empowerments ein eigenes Vergleichsportal an. In Deutschland wird der Markt kommerziellen Anbietern überlassen.

Drittens hängt die Reduktion von Informationsasymmetrien von der Seriosität der eingesetzten Methode ab. Üblicherweise erfolgt die Kassenbewertung durch Experten, die auch in anderen Bereichen des Versicherungsmarktes eine Bewertung vornehmen. Dabei kommt häufig ein Methodenmix aus objektiven und subjektiven Verfahren zum Einsatz. Wie ausgeführt, zählt das Auftreten als Testkunde oder die Datenanalyse durch dafür ausgebildete Spezialisten zu den objektiven Verfahren der Qualitätsbewertung. In unterschiedlichem Ausmaß werden Versicherte direkt nach ihrer Meinung gefragt oder es wird indirekt auf die Versichertenpräferenzen durch das Auswerten des Suchverhaltens gesetzt. Die

99 Tietz 2017

Kombination der verschiedenen Maßnahmen ist positiv zu bewerten, da so die Schwächen der einzelnen Verfahren potentiell relativiert werden können. Wie die bewertenden Stellen zur Auswahl ihrer Fragen und zur Identifikation der verschiedenen Teilqualitätskriterien kommen, ist in keinem der vorgestellten Verfahren offengelegt worden. Diesbezüglich herrscht eine große Intransparenz. Kriterien, die sich in anderen Versicherungszweigen eignen, können im GKV-Bereich nicht adäquat sein. Vergleicht man die Bewertungskriterien mit den standardisierten und häufig verwendeten Kriterien von SERVQUAL, so beschränken sich die Kriterien der Leistungsvergleiche auf einen Teilaspekt.

Nimmt man eine inhaltliche Wertung der Vergleichskriterien vor, dominiert der Aspekt des Vergleichs des Leistungsangebots, obwohl die kassenindividuellen Leistungen in Deutschland nur fünf Prozent des Gesamtleistungsspektrums ausmachen. In der Schweiz stellt sich diese Frage nach kassenindividuellen Leistungen durch die gesetzgeberische Normierung des Leistungsangebots der obligatorischen Krankenversicherungen gar nicht. In Österreich bestehen zwar derzeit noch kleinere Leistungsspektrumsunterschiede zwischen den Kassen, insbesondere bei den Erstattungen, jedoch ist es Intention des Bundesgesetzgebers, diese Unterschiede zu eliminieren.

Vom inhaltlichen Fokus her dominiert bei der gesundheitsleistungsbezogenen Leistungsbewertung die Frage, ob eine Leistung angeboten wird. Im Bereich der Prozess- und Potentialqualitäten sind die Leistungsvergleiche noch ausbaufähig. Auf der Leistungsvergleichsebene geht es bei den Vergleichen um einen Vergleich auf der Mikroebene I. Es geht um die Qualität der GKV als Dienstleistungserbringer und nicht um jene als Systemgestaltungsakteur. Der Beitrag der GKV zur Mesoebene oder zur Makroebene (siehe Kapitel zwei) bleibt unevaluiert.

Die Bewertung der finanziellen Stabilität ist bei den deutschen Leistungsvergleichsansätzen ein integraler Bestandteil. Anders als in Österreich kann es vorkommen, dass eine deutsche GKV Konkurs anmelden muss. Bei der ÖGK ist dies in naher Zukunft nicht zu erwarten.

Valide und reliable Leistungsvergleiche stellen für Versicherte nur dann einen Zusatznutzen dar, wenn die Versicherten ein Krankenkassenwahlrecht haben, was im Falle der ÖGK nicht vorgesehen ist. Die Notwendigkeit, sich entweder mit einer Position der Preisführerschaft als besonders preisgünstige Kasse oder aber einer Strategie der Qualitätsführerschaft gegenüber den Versicherten zu positionieren, gibt es derzeit in Österreich nicht. Somit unterbleiben diesbezügliche Impulse für Prozess- und Produktinnovationen.

Selbst wenn der Transparenzaspekt gegenüber Versicherten wegfällt, bleibt die Funktion der Leistungsbewertung als Maßstab zur Identifikation von Verbesserungsmöglichkeiten. Mittels einer Leistungsbewertung kann die ÖGK eine Standortbestimmung vornehmen, wie sie in intertemporaler Hinsicht abschneidet und welche Aspekte ihres Gebarens besonders risikofähig sind. Kennzahlenvergleiche eröffnen entweder dem Management oder den entsprechenden Aufsichtsorganen die Möglichkeit eines Soll-Ist-Vergleichs zum Aufdecken kritischer Erfolgsfaktoren. Für Österreich könnte man argumentieren, dass die ÖGK schon aufgrund ihrer Größe eine besondere Verpflichtung zum effektiven und effizienten Einsatz der Versichertenbeiträge und der Zuschüsse von Bund und Ländern hat.

Naturgemäß sind die deutschen und schweizerischen Vergleiche durch den jeweils nationalen institutionellen Kontext geprägt. Diese bestimmen den Vergleichsgegenstand. Beide Länder eint, dass sie keine Outcome-Qualitäten miteinander einbeziehen. Deren systematische Einbeziehung wäre wünschenswert, ebenso wie der im Interesse der besseren Systematik erfolgte Rückgriff auf etablierte Verfahren der Messung der Dienstleistungsqualität.

Hinsichtlich der Funktion von Leistungsvergleichen als Managementsystem setzen diese auf ein Benchlearning. Für die ÖGK als dominierender Anbieter stellt sich die Frage, mit wem sie sich vergleichen soll. Hier wäre einerseits denkbar, dass ein risikoadjustierter Vergleich der Performance der ÖGK-Landesgeschäftsstellen erfolgt oder aber, dass sich die ÖGK mit den größeren verbleibenden Kassen in Österreich vergleicht, um so Anhaltspunkte zur Effizienz- und Effektivitätsverbesserung zu erhalten.

Eine Herausforderung des Benchlearnings ist neben der Identifikation der geeigneten Partner, dass es innerorganisatorisch genügend Anreize zur Verbesserung gibt. Da die deutschen GKV in einem Leistungswettbewerb stehen, stellt sich in Deutschland die Frage, welche andere GKV zu diesem Vergleich bereit ist. Angesichts des Marktanteils der ÖGK ist in Österreich kritisch zu hinterfragen, welche Anreize die ÖGK hat, innerorganisatorische Effizienzsteigerungspotenziale zu erschließen. Die Konkursgefahr als Bedrohungspotential besteht derzeit in Österreich noch nicht. Als Beitrag zur Zukunftsfähigkeit des Gesundheitssystems benötigt die ÖGK unter Effizienz- und Effektivitätsaspekten einen kontinuierlichen Leistungsvergleich als Anstoß für einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess im Interesse der derzeitigen und zukünftigen Versicherten.

5. Qualitäts- und Outputmessung im Gesundheitssystem

Auch für das Gesundheitssystem gilt: „Was man nicht messen kann, kann man nicht lenken.“¹⁰⁰ Ein Gesundheitsmonitoring wird auch von der EU angestrebt. Da wir jedoch „Gesundheit“ als öffentliches Gut verstehen (sollten), müssen Indikatoren dem Anspruch auch gerecht werden, und zwar indem die Indikatoren das Spannungsfeld von „Qualität“ und „Effizienz“ abdecken. Abbildung 5.1. zeigt das Indikatorensystem der OECD.

„**Qualität**“ definiert das Institute of Medicine (IOM) als

- den „Grad, zu welchem die Gesundheitsversorgung von Individuen und der Gesellschaft die Wahrscheinlichkeit bestimmter (Behandlungs-) Ergebnisse steigert
- und sich in Übereinstimmung mit professionellem Wissen befindet.“¹⁰¹

„**Effizienz**“ umfasst

- die makroökonomische Effizienz (Festlegung der richtigen Höhe der Gesundheitsausgaben) und
- die mikroökonomische Effizienz (Maximierung des Preis-Leistungs-Verhältnisses; d.h. Maximierung des Verhältnisses einer gewichteten Summe von Gesundheitsverbesserungen auf die Gesundheitsausgaben).

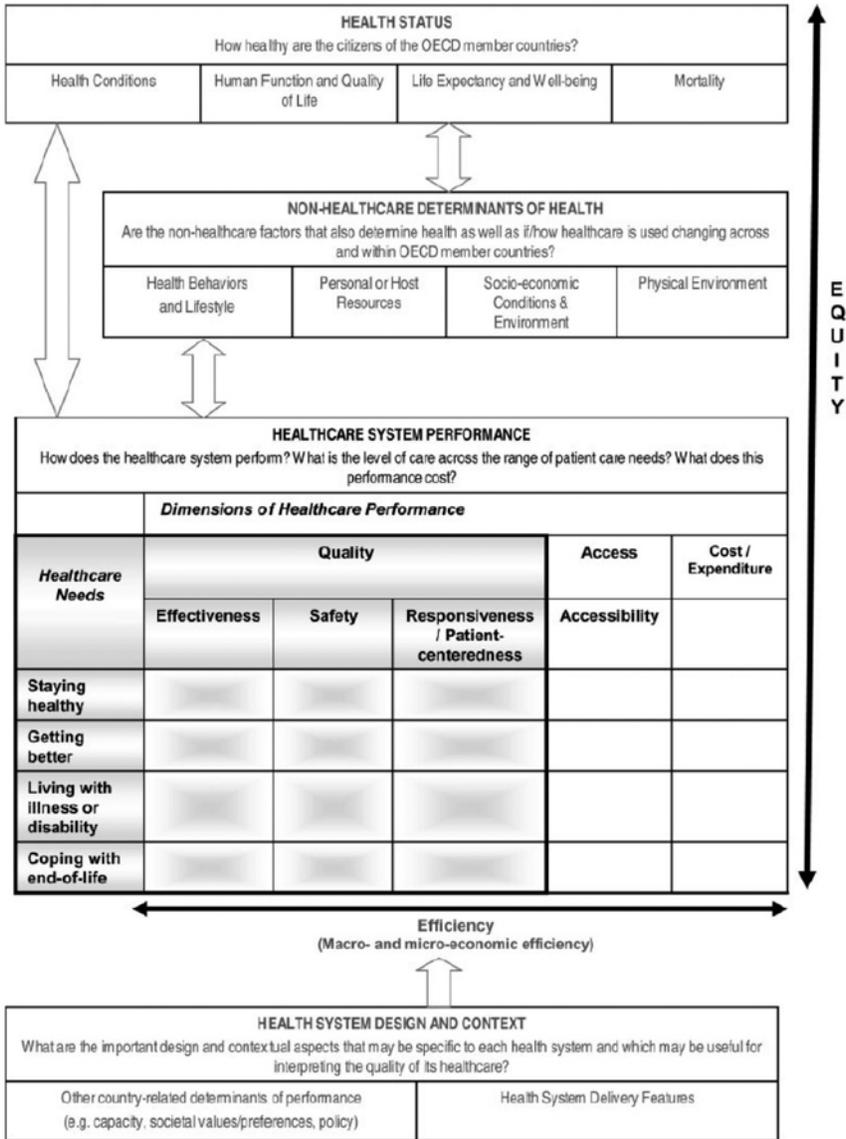
Großbritannien, Kanada, Australien, die WHO und die OECD versuchen Performance-Maße in einen konzeptionellen Rahmen zu stellen. Ein Indikatorrahmen soll das Gesundheitswesen in einen wirtschaftlichen, sozialen und politischen Kontext einbetten.

Die Schlüsselkriterien für die Auswahl von Indikatoren sind:

- **Bedeutung** der Krankheiten, Krankheitsbelastungen,
- wissenschaftliche Zuverlässigkeit im Sinn von **Validität** (misst, was der Indikator messen soll),
- **Reliabilität** bzw. Zuverlässigkeit der Messung (z.B. bei Wiederholung),
- **Veränderungssensitivität** (zeigt schnell und sicher Veränderungen),
- **Durchführbarkeit** (i.e. Datenbedarf und Kosten der Messung),
- **Inanspruchnahme** der Gesundheitsversorgung und die damit verbundenen Kosten.

100 Zitat Peter F. Drucker, Ökonom

101 Lohr 1990



Quelle: Oneyebuchi A. Arah et. al (2006), S. 5–13.

Abbildung 5.1.: Qualitätsindikatoren für das Gesundheitswesen der OECD

5.1. Gesundheitsindikatoren der EU, der OECD und der WHO

Eine Gesundheitsberichterstattung ist auf eine gute Datenbasis aus vergleichbaren und belastbaren Zahlen angewiesen. Einen Eindruck über den Gesundheitszustand der Bevölkerung und dessen Veränderung über die Zeit liefern die Datensammlungen der EU, der OECD und der WHO. Trotzdem die Einflussfaktoren auf die Gesundheit und die Organisation der Gesundheitssysteme in den Ländern unterschiedlich sind, gibt der internationale Vergleich Hinweise über die Qualität und die Effizienz der nationalen Systeme.

(I) Gesundheitsmonitoring in der EU

Das Ziel der EU, ein Gesundheitsinformationssystem aufzubauen, wurde in einem ersten Schritt mit der Erstellung einer Indikatorenlisten „ECHI-Liste“ festgelegt, wobei die ECHI-Kurzliste aus 88 Indikatoren besteht (diese wurde in Tabelle 5.1. übersetzt). Die ECHI-Kurzliste ist die Grundlage für ein Gesundheitsmonitoring auf EU-Ebene (Europäische Gesundheitsindikatoren ECHI, Statistik Austria).

(II) „Health at a Glance“ der OECD

„Health at a Glance“ liefert die neuesten vergleichbaren Daten und Trends zu verschiedenen Aspekten der Leistungsfähigkeit von Gesundheitssystemen in den OECD-Ländern. Die Daten zeigen große Unterschiede zwischen den Ländern sowohl bei den Indikatoren für den Gesundheitszustand als auch bei den Gesundheitsrisiken. Zudem liegen Daten zu den Inputs und Outputs der Gesundheitssysteme vor (vgl. Tabelle 5.1. und OECD 2017).

(III) Global Reference List of 100 Core Health Indicators (plus health-related SDGs), 2018 der WHO

Die globale Referenzliste der 100 wichtigsten Gesundheitsindikatoren ist ein Standardsatz von Kernindikatoren, die von der globalen Gemeinschaft priorisiert wurden, um präzise Informationen über die Gesundheitssituation und -trends bereitzustellen – einschließlich Antworten auf nationaler und globaler Ebene. Eine Übersicht erfolgt in Tabelle 5.2.¹⁰²

102 WHO 2018a

Gesundheitsindikatoren der OECD	
<p>1.1 Gesundheitsstatus (Health status) Lebenserwartung (Life Expectancy) Bei der Geburt von Mädchen und Buben Ab einem Alter von 65 Jahren (Frauen/Männer) Ischämische Mortalität (Ischämische Herzerkrankung (Durchblutungsstörung)) Demenzhäufigkeit (Dementia prevalence)</p> <p>1.2 Risikofaktoren für die Gesundheit (Risk factors for health) Rauchen (% der Bevölkerung, die täglich raucht) Alkohol (Liter pro Kopf, die pro Jahr konsumiert werden) Fettleibigkeit (% der Bevölkerung mit BMI > 30 (Obesity)) Luftverschmutzung (mittlere jährliche Exposition bei PM2.5 mg/m3)</p> <p>1.3 Zugang zu Versorgung (Access to care) Abdeckung der Bevölkerung (% der Bevölkerung, die krankenversichert ist) Eigenleistungen für Gesundheit (% der Konsumausgaben der Haushalte) Wartezeiten für Katarakt OP (Grauer Star; Anzahl der Tage von der Überweisung bis zur Operation)</p> <p>1.4 Qualität der Pflege (Quality of care) Asthma und COPD Krankenhauseinweisungen - alters- und geschlechtsstandardisierte Rate pro 100.000 Personen Verschreibung von Antibiotika - tägliche Dosis pro 1.000 Personen Todesursache Herzinfarkt - alters- und Geschlechtsstandardisierte Rate pro 100.000 Personen Dickdarmkrebs-Überlebende - alters-standardisierte Überlebensrate in %</p> <p>1.5 Gesundheitsressourcen (Health care resources) Ausgaben im Gesundheitssystem – gesamte Ausgaben pro Kopf in USD KPP Ärzte pro Kopf – Zahl der Ärzte pro 1.000 Personen Krankenpflege-Personal pro Kopf – Anzahl pro 1.000 Personen</p>	<p>A) Demografische und sozio-ökonomische Faktoren 1. Bevölkerung nach Geschlecht und Alter 2. Geburtenrate 3. Alter der Mütter 4. Geburtenrate 5. Bevölkerungsentwicklung (Prognose) 6. Bevölkerung nach Bildungsniveau 7. Bevölkerung nach Berufen 8. Arbeitslosigkeit 9. Bevölkerung unter der Armutsgrenze und Einkommensungleichheit</p> <p>B) Gesundheitsstatus 10. Lebenserwartung 11. Kindersterblichkeit 12. Perinatale Mortalität 13. Todesfälle nach Krankheiten (65 Krankheiten) 14. Todesfälle durch Drogenmissbrauch 15. Todesfälle durch Nikotin (noch nicht verfügbar) 16. Todesfälle durch Alkoholmissbrauch (noch nicht verfügbar) 17. Überdurchschnittliche Sterblichkeit bei Hitzewellen (noch nicht verfügbar) 18. Ausgewählte übertragbare Krankheiten 19. HIV/AIDS 20. Krebs 21. Diabetes 22. Demenz (noch nicht verfügbar) 23. Depression 24. Herzinfarkt, akute myocardial Infarktion AMI (noch nicht verfügbar) 25. Schlaganfall (noch nicht verfügbar) 26. Asthma 27. Chronisch obstruktive Lungenerkrankung COPD 28. (Niedriges) Geburtsgewicht 29. Verletzungen: Privat/Freizeit, Gewalt 30. Verletzungen: Straßenverkehr 31. Verletzungen: Arbeitsplatz 32. Selbstmordversuche (noch nicht verfügbar) 33. Selbstwahrgenommene Gesundheit 34. Krankheiten Selbsteinschätzung 35. Langfristige Bewegungseinschränkungen 36. Physische und sensorische funktionelle Einschränkungen 37. Allgemeiner muskuloskeletaler Schmerz (noch nicht verfügbar) 38. Psychische Belastungen (noch nicht verfügbar) 39. Psychologisches Wohlbefinden (noch nicht verfügbar) 40. Gesundheitserwartung: Gesunde Lebensjahre (HLY) 41. Gesundheitserwartung: Andere</p>

Quelle: European Core Health Indicators ECHI, Eurostat und OECD (2017). Eigene Übersetzung.

Gesundheitsindikatoren der EU (European Community Health Indicators (ECHI))

C) Determinanten der Gesundheit

- 42. Body mass index BMI / Fettleibigkeit
- 43. Blutdruck
- 44. Regelmäßige Raucher
- 45. Schwangere Raucherinnen (noch nicht verfügbar)
- 46. Alkoholkonsum
- 47. Gefährlicher Alkoholkonsum (noch nicht verfügbar)
- 48. Verwendung illegaler Drogen
- 49. Konsum/Verfügbarkeit von Obst (noch nicht verfügbar)
- 50. Konsum/Verfügbarkeit von Gemüse (noch nicht verfügbar)
- 51. Stillen (noch nicht verfügbar)
- 52. Bewegung (noch nicht verfügbar)
- 53. Arbeitsbezogene Gesundheitsrisiken (noch nicht verfügbar)
- 54. Soziale Unterstützung (noch nicht verfügbar)
- 55. PM10 (Partikel) Exposition

D) Gesundheitsinterventionen: Gesundheitsdienste

- 56. Impfschutz bei Kindern
- 57. Impfschutz bei Älteren
- 58. Brustkrebs-Früherkennung
- 59. Gebärmutterhalskrebs-Früherkennung
- 60. Darmkrebs-Früherkennung
- 61. Vorgeburtliche Betreuung (noch nicht verfügbar)
- 62. Krankenhausbeten
- 63. Angestellte Ärzte
- 64. Angestellte KrankenpflegerInnen
- 65. Mobilität des Fachpersonals (noch nicht verfügbar)
- 66. Medizintechnik: MRI-Einheiten und CT-Scans
- 67. Stationäre Krankenhausentlassungen, begrenzte Diagnosen
- 68. Krankenhausfälle, begrenzte Diagnosen
- 69. Krankenhausfall / stationäre Entlassungsrate, begrenzte Diagnosen
- 70. Durchschnittliche Krankenhausaufenthaltsdauer (ALOS), begrenzte Diagnosen
- 71. Hausarztbesuche
- 72. Andere ambulante Arztbesuche
- 73. Chirurgische Eingriffe. PTCA, Hüfte, Katarakt
- 74. Medikamentenverbrauch, ausgewählte Gruppen (noch nicht verfügbar)
- 75. Patientenmobilität (noch nicht verfügbar)
- 76. Krankenversicherung - Abdeckung
- 77. Gesundheitsausgaben
- 78. Überlebensraten Krebs
- 79. 30-tägige stationäre Todesfälle AMI und Schlaganfall
- 80. Gerechtigkeit beim Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen
- 81. Wartezeiten für elektive Operationen (noch nicht verfügbar)
- 82. Chirurgische Wundinfektionen (noch nicht verfügbar)
- 83. Qualität der Krebsbehandlung (noch nicht verfügbar)
- 84. Diabeteskontrolle (noch nicht verfügbar)

E) Gesundheitsinterventionen: Gesundheitsförderung

- 85. Richtlinien zur Belastung durch Tabakrauch in der Umwelt (ETS)
- 86. Richtlinien für gesunde Ernährung (noch nicht verfügbar)
- 87. Richtlinien und Praktiken für einen gesunden Lebensstil (noch nicht verfügbar)
- 88. Integrierte Programme in Settings, einschließlich Arbeitsplatz, Schulen, Krankenhaus (noch nicht verfügbar)

Tabelle 5.1.: Gesundheitsindikatoren der OECD „Health at a Glance“ und der EU-Kurzliste „ECHI“

100 core health indicators (plus health-related SDGs)



Health status

Mortality by age and sex

- Life expectancy at birth
- Adolescent mortality rate
- Adult mortality rate between 15 and 60 years of age
- Under-five mortality rate [SDG 3.2.1]
- Infant mortality rate
- Neonatal mortality rate [SDG 3.2.2]
- Stillbirth rate

Mortality by cause

- Maternal mortality ratio [SDG 3.1.1]
- TB mortality rate
- AIDS-related mortality rate
- Malaria mortality rate
- Premature noncommunicable disease (NCD) mortality [SDG 3.4.1]
- Mortality from household and ambient air pollution [SDG 3.9.1]
- Mortality from unsafe water, unsafe sanitation and lack of hygiene [SDG 3.9.2]
- Mortality from unintentional poisoning [SDG 3.9.3]
- Suicide rate [SDG 3.4.2]
- Death rate due to road traffic injuries [SDG 3.6.1]
- Number of deaths, missing persons and persons affected by disaster per 100 000 people [SDG 1.5.1, 11.5.1, 13.1.1]
- Mortality rate due to homicide [SDG 16.1.1]

Fertility

- Adolescent birth rate [SDG 3.7.2]
- Total fertility rate

Morbidity

- New cases of vaccine-preventable diseases
- New cases of IHR-notifiable diseases and other notifiable diseases
- HIV prevalence rate
- HIV incidence rate [SDG 3.3.1]
- Hepatitis B surface antigen prevalence
- Hepatitis B incidence [SDG 3.3.4]
- Sexually transmitted infections (STIs) incidence rate
- Congenital syphilis rate
- TB incidence rate [SDG 3.3.2]
- TB notification rate
- Malaria parasite prevalence among children aged 6–59 months
- Malaria incidence rate [SDG 3.3.3]
- Cancer incidence, by type of cancer



Risk factors

Nutrition

- Exclusive breastfeeding rate 0–5 months of age
- Early initiation of breastfeeding
- Incidence of low birth weight among newborns
- Children under 5 years who are stunted [SDG 2.2.1]
- Children under 5 years who are wasted [SDG 2.2.2]
- Children aged under 5 years who are overweight [SDG 2.2.2]
- Anaemia prevalence in children
- Anaemia prevalence in women of reproductive age
(Also: severe anaemia)

Infections

- Prevention of HIV in key populations

Environmental risk factors

- Population using safely managed drinking-water services [SDG 6.1.1]
- Population using safely managed sanitation services [SDG 6.2.1a/6.2.1b (forthcoming)]
(Also: population with handwashing facility with soap and water)
- Population with primary reliance on clean fuels and technologies [SDG 7.1.2]
- Air pollution level in cities [SDG 11.6.2]

Noncommunicable diseases

- Total alcohol per capita (age 15+ years) consumption [SDG 3.5.2]
- Tobacco use among persons aged 15+ years [SDG 3.a.1]
(Also: adolescents)
- Raised blood pressure among adults
- Overweight and obesity in adults
(Also: school-age children and adolescents)
- Raised blood glucose/diabetes among adults
- Salt intake
- Insufficient physical activity in adults *(Also: adolescents)*

Injuries/harmful traditional practices

- Intimate partner violence prevalence [SDG 5.2.1]
- Non-partner sexual violence prevalence [SDG 5.2.2]
- Prevalence of female genital mutilation/cutting [SDG 5.3.2]
- Sexual violence against children [SDG 16.2.3]
- Early marriage [SDG 5.3.1]
- Frequency rates of occupational injuries [SDG 8.8.1]



World Health Organization

Quelle: WHO (2018a)

2018	
<p> Service coverage</p> <p>Reproductive, maternal, newborn, child and adolescent</p> <ul style="list-style-type: none"> - Demand for family planning satisfied with modern methods* [SDG 3.7.1] - Contraceptive prevalence rate - Antenatal care coverage* - Births attended by skilled health personnel* [SDG 3.1.2] <i>(Also: Institutional Delivery – overall and in “baby-friendly” institutions)</i> - Postpartum care coverage – women* - Postnatal care coverage – newborn* - Care-seeking for symptoms of pneumonia* - Coverage of diarrhoea treatment* - Vitamin A supplementation coverage* <p>Immunization</p> <ul style="list-style-type: none"> - Immunization coverage rate by vaccine for each vaccine in the national schedule* [SDG 3.b.1] <p>HIV</p> <ul style="list-style-type: none"> - People living with HIV who know their status - Prevention of mother-to-child transmission* - Antiretroviral therapy (ART) coverage* - HIV viral load suppression* <p>HIV/TB</p> <ul style="list-style-type: none"> - Coverage of treatment for latent TB infection (LTBI)* - HIV test results for TB patients* - HIV-positive new and relapse TB patients on ART during TB treatment* <p>Tuberculosis</p> <ul style="list-style-type: none"> - Drug susceptibility testing coverage for TB patients* - TB treatment coverage* - Treatment coverage for drug-resistant TB* <p>Malaria</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intermittent preventive therapy for malaria during pregnancy (IPTp)* - Use of insecticide treated nets (ITNs)* - Treatment of confirmed malaria cases* - Indoor residual spraying (IRS) coverage <p>Neglected tropical diseases</p> <ul style="list-style-type: none"> - Number of people requiring interventions against neglected tropical diseases [SDG 3.3.5] - Coverage of preventive chemotherapy for selected neglected tropical diseases* <p>Screening and preventive care</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cervical cancer screening <p>Mental health</p> <ul style="list-style-type: none"> - Coverage of services for severe mental health disorders <p>Substance abuse</p> <ul style="list-style-type: none"> - Treatment coverage for alcohol and drug dependence [SDG 3.5.1] <p>Essential health services</p> <ul style="list-style-type: none"> - Coverage of essential health services [SDG 3.8.1] 	<p> Health systems</p> <p>Quality and safety of care¹</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perioperative mortality rate* - Obstetric and gynaecological admissions owing to abortion* - Institutional maternal mortality ratio* - Maternal death reviews* - ART retention rate* - TB treatment success rate* - Service-specific availability and readiness* <p>Utilization and access</p> <ul style="list-style-type: none"> - Outpatient service utilization <i>(Also: inpatient admissions and surgical volume)</i> - Health facility density and distribution <i>(Also: access to emergency surgery)</i> - Hospital bed density - Access to a core set of relevant essential medicines [SDG 3.b.3] <p>Health workforce</p> <ul style="list-style-type: none"> - Health worker density and distribution [SDG 3.c.1] - Output training institutions <p>Health information</p> <ul style="list-style-type: none"> - Birth registration [SDG 16.9.1] - Death registration [SDG 17.19.2] - Completeness of reporting by facilities <i>(Also: completeness and timeliness for notifiable diseases)</i> <p>Health financing</p> <ul style="list-style-type: none"> - Total current expenditure on health as % of gross domestic product <i>(Also: total capital expenditure on health as % of current + capital expenditure on health)</i> - Public domestic sources of current spending on health as % of current health expenditure <i>(Also: private)</i> - External source of current spending on health <i>(% of current expenditure on health)</i> - Proportion of the population with impoverishing health expenditure - Proportion of the population with large household expenditure on health as a share of total household consumption of income [SDG 3.8.2] - Total net official development assistance to medical research and basic health sectors [SDG 3.b.2] <p>Health security</p> <ul style="list-style-type: none"> - International Health Regulations (IHR) core capacity index* [SDG 3.d.1] <p>Governance</p> <ul style="list-style-type: none"> - Existence of national health sector policy/strategy/plan <p><small>¹ This section on quality and safety of care presents a small number of cross-cutting quality of care indicators. Additional quality of care indicators, marked by an asterisk (*) can also be found in other domains.</small></p>

Tabelle 5.2.: Globale Gesundheitsindikatoren der WHO, 2018

(IV) Factsheet Gesundheit

Ein Indikatorensystem mit vielen Indikatoren ist ohne weitere Hintergrundinformationen oft schwierig zu interpretieren. Kurze „Factsheets“ stellen dagegen kompakte Informationen zu zeitlichen Entwicklungen, regionalen Unterschieden und Besonderheiten unterschiedlicher Bevölkerungsgruppen bereit. Das „Factsheet Gesundheit“ des Landesentrums Gesundheit Nordrhein-Westfalen umfasst folgende Kennzahlen (Landeszentrum Gesundheit NRW):

(v) Überblick über die folgenden Subkapitel

Im Folgenden wird das Thema Gesundheit in drei Dimensionen zerlegt und mit entsprechenden Indikatoren illustriert. Die Indikatoren vermitteln einen Eindruck über die Situation in Österreich – auch im Vergleich zu elf anderen Ländern. Die USA wurde nur zur Illustration der großen internationalen Unterschiede aus den OECD-Daten mitberücksichtigt. Für die Gesamtübersicht und andere Berechnungen wurden die Werte der USA nicht herangezogen. In der Zusammenstellung wurden dann die Abweichungen der länderspezifischen Daten vom Durchschnitt der elf Länder (ohne USA) berechnet, um zu zeigen, wie sich die Position von Österreich im internationalen Vergleich darstellt. Bei der Interpretation der Ergebnisse ist zu beachten, dass nicht automatisch ein Wert am Durchschnitt ein anzustrebender Wert ist. Vielmehr sind die **Ergebnisse in Relation zu den gesundheitspolitischen Zielen** zu interpretieren.

5.2. Gesundheitsindikatoren für Österreich im internationalen Vergleich

In Anlehnung an den österreichischen Gesundheitsbericht¹⁰³, den OECD-Bericht „Health at a Glance 2017“ und den EU-Gesundheitsindikatoren (ECHI) werden folgende Kennzahlen ausgewählt, die ein Bild über das österreichische Gesundheitssystem vermitteln sollen (vgl. Tabelle 5.3.):

103 BMGF 2015

Gesundheitsrelevante Dimensionen	Indikatoren	Jahr
Gesundheitsausgaben und Ressourceneinsatz	Gesundheitsausgaben pro Kopf	Gesamt, Öffentlicher und Privater Sektor 2016
	Gesundheitsausgaben in % des BIP	
	Spitalsbetten pro 1.000 Personen (Bevölkerung)	2000 und 2015
	Ärzte und Pflege- und Betreuungspersonal pro 100.000 EW	2000 - 2016
	Technische Ausstattungen mit CT und MRT pro 100.000 EW	2000 - 2016
Gerechtigkeit und Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitswesens	Zahl der Arztkonsultationen pro Person	2000 und 2015
	Durchschnittlicher Krankenhausaufenthalt	2000 und 2015
	Private Ausgaben für medizinische Güter und Dienste als Anteil am Haushaltskonsum	2015
	Private Gesundheitsausgaben nach Gütern und Dienstleistungen	2015
Gesundheitsbezogene Leistungsergebnisse	Einflussfaktoren auf die Gesundheit	
	Risikofaktoren: Rauchen und Alkoholkonsum	2015
	Gesundheitsbeeinflussende Faktoren:	
	Fettleibigkeit	2015
	Bluthochdruck	2015
	Lebensstil (Bewegung, Ernährung)	2015
	Gesundheitsrisiko bei der Arbeit	2015
	Wahrgenommene soziale Unterstützung	2015
	Lebenserwartung	
	Lebenserwartung bei der Geburt	1970 und 2015
	Lebenserwartung bei der Geburt und Gesundheitsausgaben pro Kopf	2015
	Mortalität und Morbidität	
Absolute und relative Häufigkeit der Gestorbenen sowie durchschnittliches empirisches Sterbealter nach Todesursachen und Geschlecht	2017	
Krankheiten und Krankheitsgruppen		
Hauptursachen für Mortalität	2015	

Quelle: Eigene Darstellung.

Tabelle 5.3: Übersicht über die Indikatoren

5.2.1. Gesundheitsausgaben und Ressourceneinsatz

5.2.1.1. Gesundheitsausgaben

Indikatoren:

- Gesundheitsausgaben pro Kopf, 2016
- Gesundheitsausgaben in % des BIP, 2016

Der internationale Vergleich zeigt deutliche Unterschiede bei den Gesundheitsausgaben pro Kopf. Die Werte entsprechen der Kaufkraft in US-Dollar (Kaufkraftparität). Die *Gesundheitsausgaben pro Kopf* liegen in Österreich knapp über dem Durchschnitt, wenn man die USA nicht berücksichtigt (vgl. Abbildung 5.2.).¹⁰⁴ Bei den *öffentlichen Gesundheitsausgaben* liegt Österreich mit 3.957 USD in KKP ebenfalls knapp über dem Durchschnitt (3.880 USD in KKP ohne USA). Die geringsten Pro-Kopf-Ausgaben verzeichnen in diesem Vergleich Spanien und Italien – die höchsten Ausgaben entfallen auf die USA.

Für einen internationalen Vergleich ist der *Anteil der Gesundheitsausgaben an der gesamten Wirtschaftsleistung (BIP)* einer der wichtigsten Indikatoren (vgl. Abbildung 5.3). Er zeigt die Bedeutung, die Staaten dem Gesundheitswesen beimessen. Österreich liegt mit einem Wert von 10,4 % im oberen Feld der privaten und öffentlichen Gesundheitsausgaben. Betrachtet man nur die öffentlichen Ausgaben, liegt Österreich mit 7,8 % knapp unter dem Durchschnitt von 7,9 %. Außer in den USA werden Gesundheitsausgaben mehrheitlich aus öffentlichen Mitteln finanziert. Die höchste Gesundheitsausgabenquote (öffentliche Ausgaben zu BIP) verzeichnet in diesem Sample Deutschland mit 9,5 %.

Die Entwicklung der gesamten Gesundheitsausgaben in Relation zum BIP und der öffentliche Anteil an den Gesundheitsausgaben werden in Abbildung 5.4. für die Jahre 2004 bis 2016 gezeigt. Die *relativen Gesundheitsausgaben steigen im langfristigen Vergleich*. Zwischen 2004 und 2016 wuchsen die Gesamtausgaben für Gesundheit mit +7,5 % etwas langsamer (von 9,71 % des BIP auf 10,44 %) als die öffentlichen Gesundheitsausgaben mit +8,7 % (von 7,12 % auf 7,74 %). Der starke Anstieg von 2008 auf 2009 ist jedoch auf den Rückgang des BIP infolge der Finanzkrise zurückzuführen.

104 5.227 USD in KKP in Österreich zu 5.067 USD in KKS im Durchschnitt ohne USA, vgl. Abbildung 5.1.

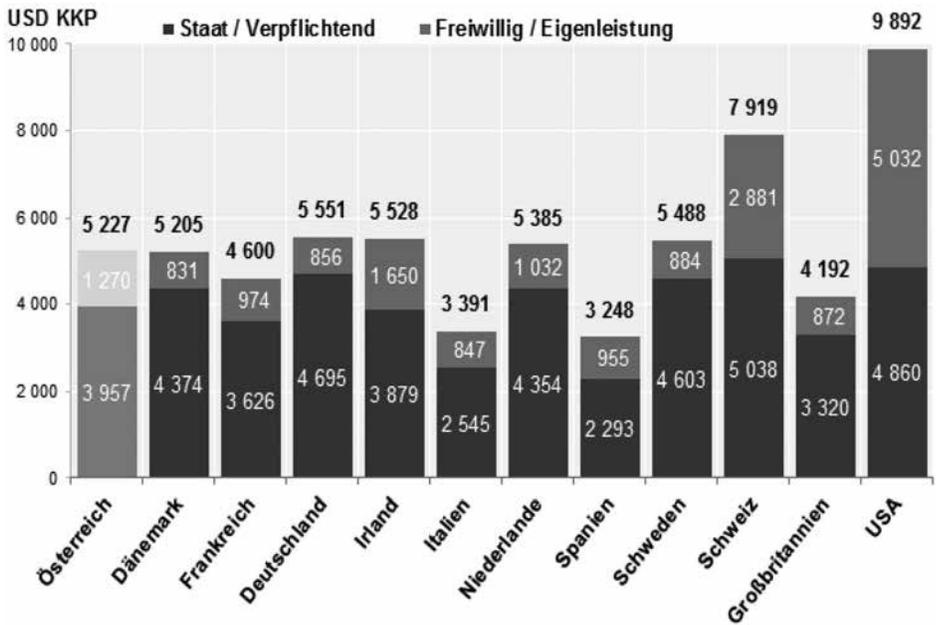


Abbildung 5.2.: Gesundheitsausgaben pro Kopf, 2016

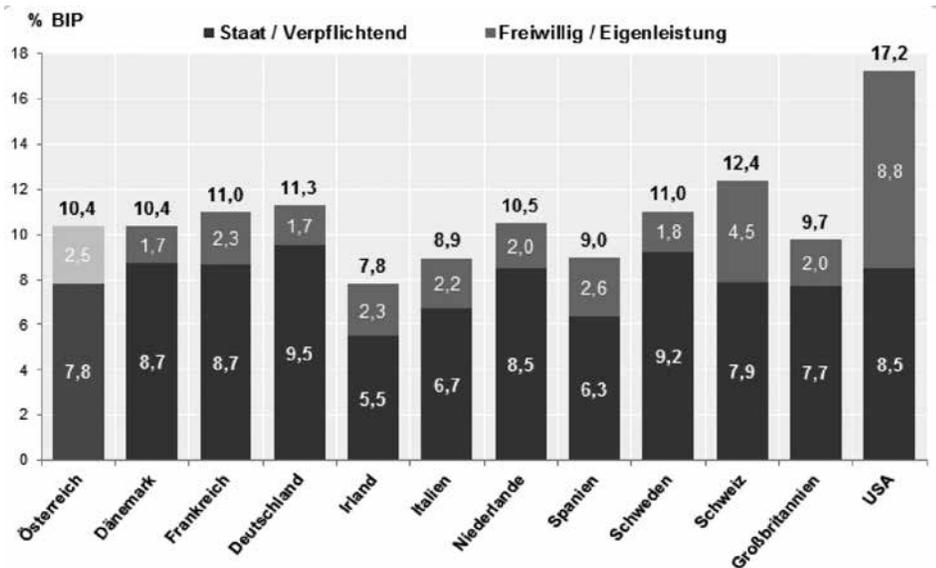
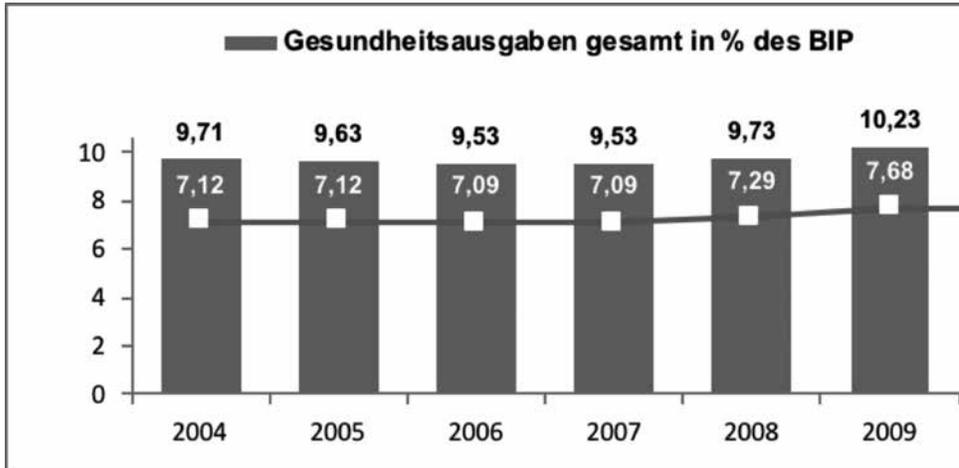


Abbildung 5.3.: Gesundheitsausgaben in % des BIP, 2016

Anmerkung: KKS = Kaufkraftstandards. Ausgaben ohne Investitionen Quelle: OECD 2018, WHO 2018b



Quelle: Europäische Gesundheitsindikatoren ECHI, Eurostat, Download am 8. 10. 2018

Abbildung 5.4.: Gesundheitsausgaben in % des BIP gesamt und Gesundheitsausgaben des Öffentlichen Sektors in % des BIP, 2004–2016

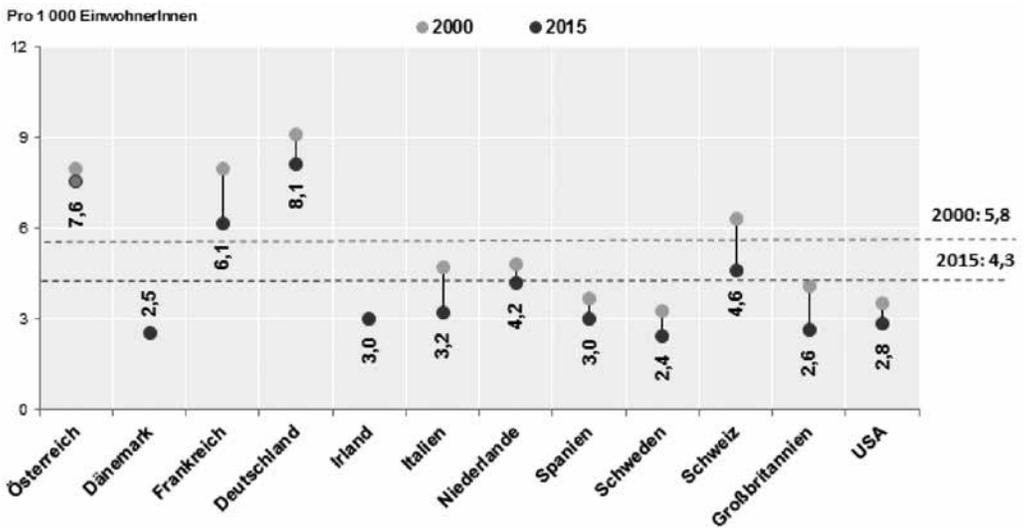
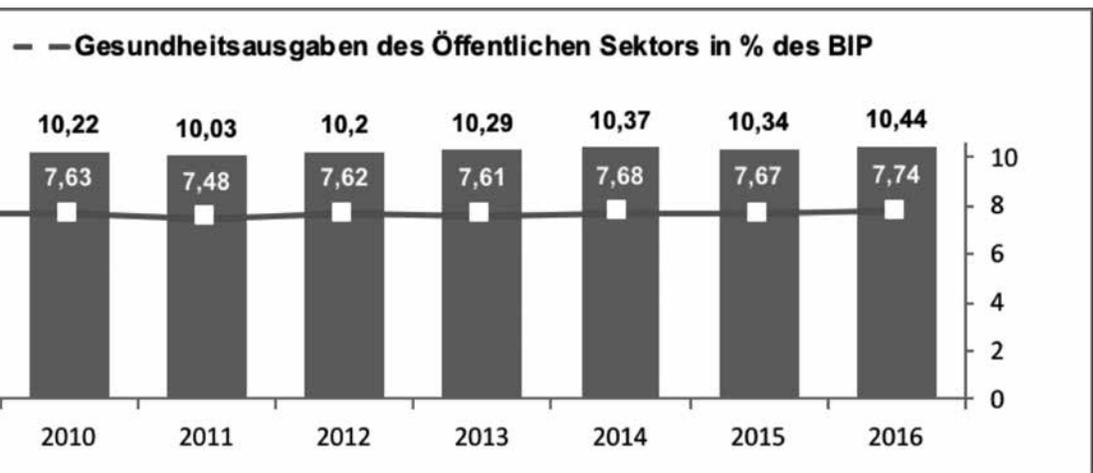
5.2.1.2. Ressourceneinsatz

Indikatoren:

- Spitalsbetten pro 1.000 EinwohnerInnen
- ÄrztInnen und Pflege- und Betreuungspersonal pro 100.000 EW
- Technische Ausstattungen mit CT und MRT pro 100.000 EinwohnerInnen

Die Zahl der Spitalsbetten pro 1.000 Personen zeigt die Ressourcenausstattung für stationäre PatientInnen. Die Zahlen zeigen die Krankenhausbetten der verschiedenen Versorgungsarten, wie Heilbehandlungen, rehabilitative Pflege, Langzeitpflege u.a.

Österreich liegt mit 7,6 Betten pro 1.000 EinwohnerInnen deutlich über dem Durchschnitt der ausgewählten Länder (AE 4,3 Betten, 2015, vgl. Abbildung 5.5.). Im Vergleich zu 2000 ist dabei die Zahl der Spitalsbetten nur leicht gesunken (8,0 auf 7,6 Betten).

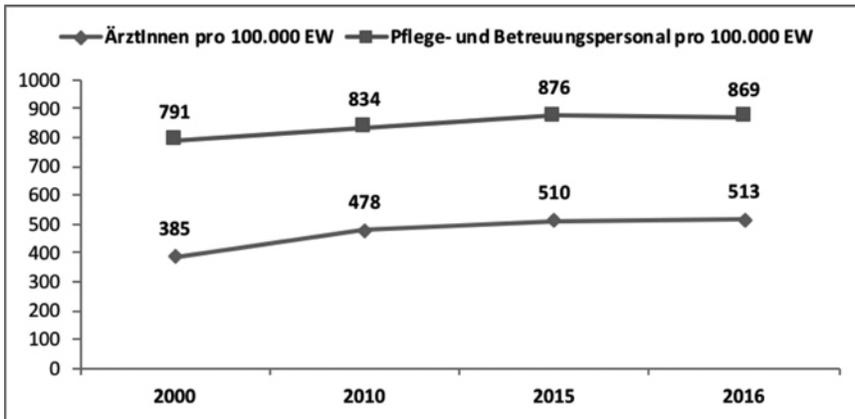


Anmerkungen: Daten für 2015 oder letzte verfügbare Zahl.

Quelle: OECD 2017

Abbildung 5.5.: Spitalsbetten pro 1.000 EinwohnerInnen

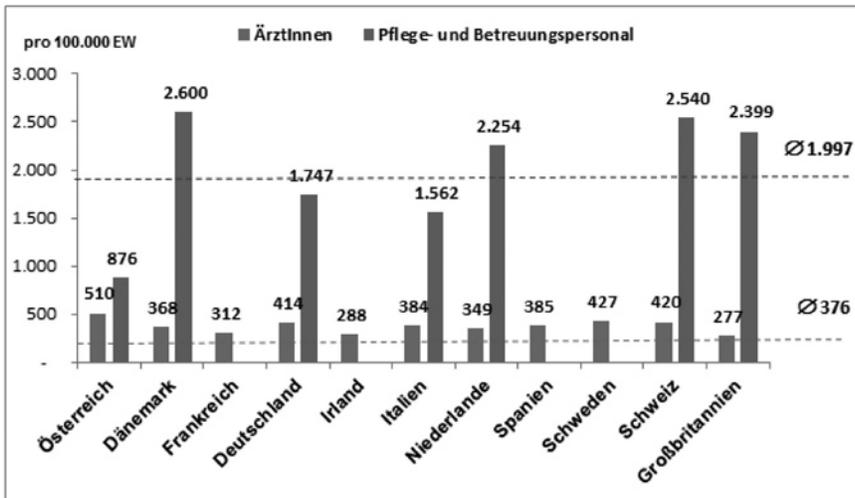
Die Zahl der ÄrztInnen ist in einem Zeitraum von 16 Jahren um 33 % gestiegen (vgl. Abbildung 5.6.). Das Pflege- und Betreuungspersonal ist im gleichen Zeitraum um 10 % gestiegen.



Quelle: European Core Health Indicators ECHI, Eurostat, Download am 8. 10. 2018

Abbildung 5.6.: ÄrztInnen und Pflege- und Betreuungspersonal pro 100.000 EW

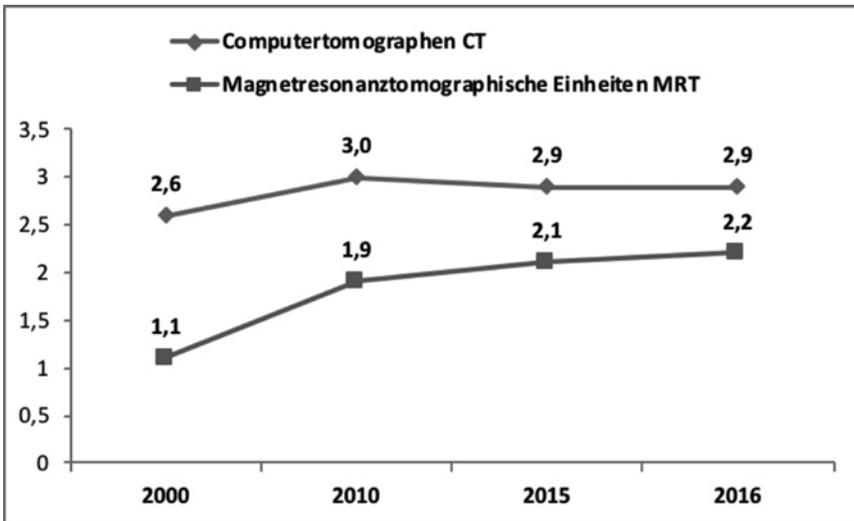
Der internationale Vergleich zeigt (vgl. Abbildung 5.7.), dass Österreich bei der Zahl der ÄrztInnen pro 100.000 EinwohnerInnen an erster Stelle liegt. Die wenigsten ÄrztInnen hat Großbritannien mit 277 ÄrztInnen pro 100.000 EinwohnerInnen. Beim Pflegepersonal liegt Österreich deutlich hinter Dänemark, der Schweiz, Großbritannien, den Niederlanden und Deutschland (nicht alle Ländern konnten Daten liefern).



Quelle: European Core Health Indicators ECHI, Eurostat, Download am 8. 10. 2018.

Abbildung 5.7.: Zahl der ÄrztInnen und des Pflege- und Betreuungspersonals pro 100.000 EinwohnerInnen, 2015

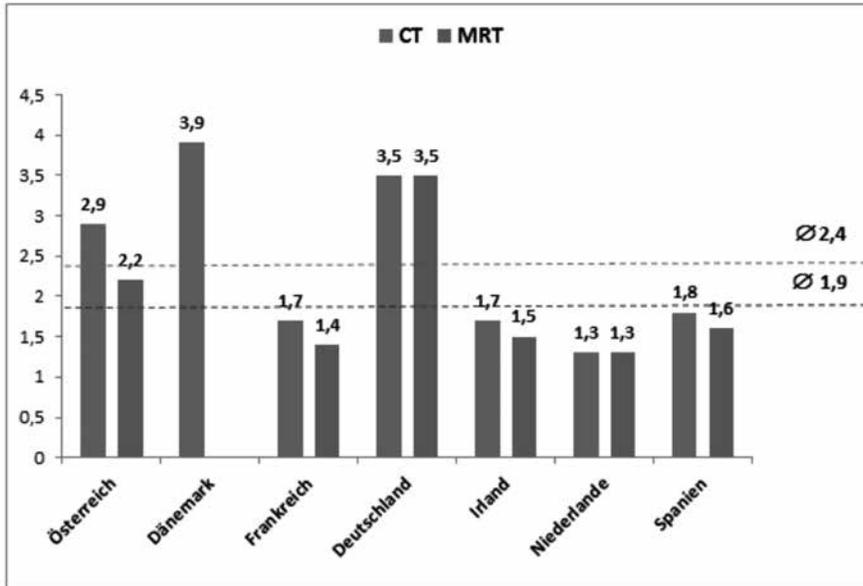
In Österreich waren 2016 2,9 CT- und 2,2 MRT-Einheiten pro 100.000 EinwohnerInnen in Verwendung.



Quelle: European Core Health Indicators ECHI, Eurostat, Download am 8. 10. 2018

Abbildung 5.8.: Technische Ausstattungen in Österreich pro 100.000 EinwohnerInnen

Im internationalen Vergleich liegt Österreich mit der technischen Ausstattung pro 100.000 EinwohnerInnen hinter Deutschland, aber deutlich vor Frankreich, Irland, den Niederlanden und Spanien (vgl. Abbildung 5.9.).



Quelle: European Core Health Indicators ECHI, Eurostat, Download am 8. 10. 2018.

Abbildung 5.9.: Technische Ausstattung pro 100.000 EinwohnerInnen, 2016

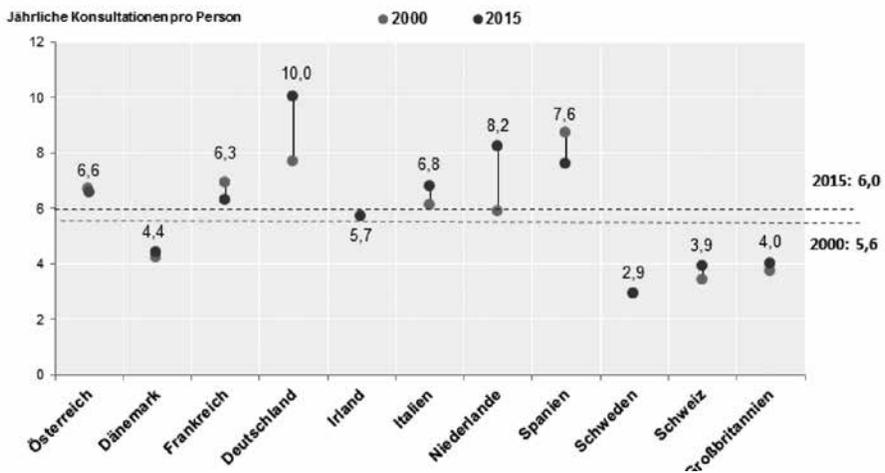
5.2.2. Gerechtigkeit und Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitswesens

Indikatoren:

- Zahl der Arztkonsultationen pro Person, 2000 und 2015
- Durchschnittlicher Krankenhausaufenthalt, 2000 und 2015
- Eigenleistung für medizinische Ausgaben als Anteil am Haushaltskonsum 2015
- Eigenleistungen nach Gütern und Dienstleistungen, 2015

Die Zahl der Arztkonsultationen in Ordinationen und Krankenhäusern hängt davon ab, ob die PatientInnen direkt eine/n FachärztIn aufsuchen können oder, wie z.B. in Dänemark, Italien, den Niederlanden, Spanien und Großbritannien, zuerst angehalten sind, einen praktischen Arzt aufzusuchen, der dann eine Überweisung veranlasst. Die Zahl wird folglich von systembedingten Faktoren beeinflusst. Hier spielen auch die Methode der Leistungsabrechnung und die Selbstbehalte eine Rolle.

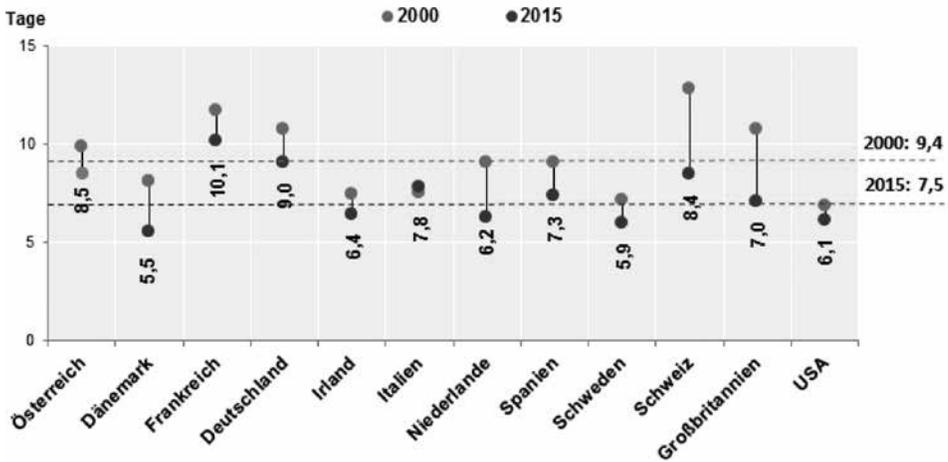
In Österreich zeigt sich zwischen 2000 und 2015 keine wesentliche Veränderung bei den durchschnittlichen Arztbesuchen (6,7 in 2000 und 6,6 in 2015, vgl. Abbildung 5.10.). Die Frequenz liegt knapp über jener von Frankreich mit 6,3 Arztbesuchen pro Kopf und unter jener von Italien mit einem Wert von 6,8. In Schweden ist die geringe Zahl von Arztbesuchen auf die notwendige Bezahlung der Ärzte zurückzuführen. In der Schweiz jedoch ist der Arztbesuch nicht direkt zu bezahlen – trotzdem liegt die Zahl der Arztbesuche unter dem durchschnittlichen Wert von sechs Arztbesuchen pro Person (2015).



Anmerkung: 2015 oder letzte verfügbare Daten. Quelle: OECD Health Statistics 2017.

Abbildung 5.10.: Zahl der Arztkonsultationen pro Person, 2000 und 2015

Der durchschnittliche Krankenhausaufenthalt ist in Österreich zwischen dem Jahr 2000 und dem Jahr 2015 von 9,8 Tagen auf 8,5 Tage gesunken (vgl. Abbildung 5.11.). Die Aufenthaltsdauer liegt jedoch noch immer über dem Durchschnitt der betrachteten Länder (9,4 Tage 2000, 7,5 Tage 2015, jeweils ohne USA).



Anmerkung: Arithmetisches Mittel ohne USA: 9,4 Tage (2000) und 7,5 Tage (2015)

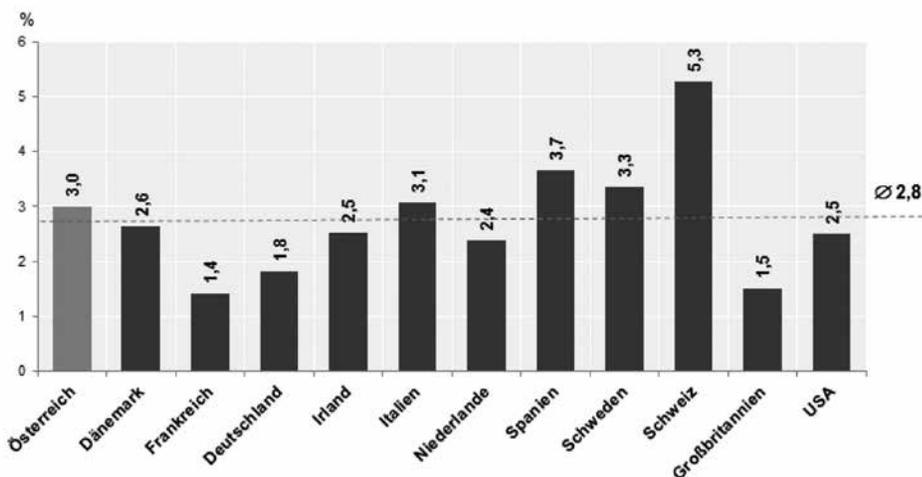
Die Daten beziehen sich auf die Länge des Krankenhausaufenthalts für kurative (akute) Versorgung (resultiert in einer Unterschätzung des tatsächlichen Wertes).

Quelle: OECD 2017.

Abbildung 5.11.: Durchschnittlicher Krankenhausaufenthalt, 2000 und 2015

Die selbstfinanzierten Ausgaben liegen in Österreich mit 3 % der privaten Konsumausgaben im oberen Mittelfeld (vgl. Abbildung 5.12.). In der Schweiz sind die gesundheitsbezogenen Ausgaben mit 5,3 % der Konsumausgaben am höchsten und in Frankreich mit 1,4 % am geringsten.

In Österreich entfallen 29 % der Eigenleistungen auf ambulante Leistungen inklusive Pflege, gefolgt 26 % für Medikamentenkosten und 19 % für zahnmedizinische Leistungen (vgl. Tabelle 5.4.).



Anmerkung: Æ ohne USA. Quelle: OECD 2017.

Abbildung 5.12.: Private Ausgaben für medizinische Güter und Dienste als Anteil am Haushaltskonsum 2015

Ausgewählte Länder	Medikamente	Therapeutische Güter	Zahnmedizin	Ambulant ²	Stationär ³	Andere
	%					
Österreich	26	15	19	29	9	3
Dänemark	29	15	26	14	16	0
Frankreich	37	14		40	10	0
Deutschland	27	27	22	19	5	0
Irland	30	8		55	6	0
Italien	33	10		51	6	0
Niederlande	27	20	8	22	20	2
Spanien	32	18	35	13	1	0
Schweden	36	11	25	25	3	1
Schweiz	25	6	20	42	3	4
Großbritannien	42	20		28	5	6
Durchschnitt	31	15	22	31	8	1

Anmerkung: Dieser Indikator bezieht sich auf aktuelle Gesundheitsausgaben ohne Langzeit-Gesundheitsausgaben (Pflege).

1. Inklusive optische Produkte, Hörgeräte, Rollstühle, etc.
2. Inklusive Pflege zu Hause und Nebenleistungen (und Zahnmedizin, wenn nicht separat ausgewiesen).
3. Inklusive Tagespflege

Quelle: OECD 2017.

Tabelle 5.4.: Eigenleistungen nach Gütern und Dienstleistungen, 2015

5.2.3. Gesundheitsbezogene Leistungsergebnisse

Der Gesundheitszustand der Bevölkerung ist ein wichtiger gesellschaftlicher und individueller Wert, der auch die Leistungsfähigkeit und das Wohlbefinden umfasst. Die Förderung und der Erhalt der Gesundheit sind dabei oft mit einem geringeren Ressourcenaufwand verbunden als die Wiederherstellung der Gesundheit. Daten zur Mortalität und Morbidität können den effizienten Einsatz der Ressourcen unterstützen. Die Leistungsergebnisse werden von den Einflussfaktoren auf die Gesundheit (Risikofaktoren und Lebensstil), die durchschnittlich erreichbare Lebenserwartung, die Mortalität und Morbidität und die Krankheiten, die zum Tod führen, determiniert. Folgende Indikatoren wurden zur Messung der gesundheitsbezogenen Leistungen ausgewählt.

Indikatoren: Einflussfaktoren auf die Gesundheit

- Risikofaktoren Rauchen und Alkoholkonsum
- Gesundheitsbeeinflussende Faktoren: Fettleibigkeit, Bluthochdruck, Lebensstil (Bewegung, Ernährung), Gesundheitsrisiko bei der Arbeit, wahrgenommene soziale Unterstützung

Lebenserwartung

- Lebenserwartung bei der Geburt
- Lebenserwartung und Gesundheitsausgaben

Mortalität und Morbidität

- Absolute und relative Häufigkeiten der Verstorbenen sowie durchschnittliches empirisches Sterbealter nach Todesursachen und Geschlecht

Krankheiten und Krankheitsgruppen

- Hauptursachen für Mortalität

5.2.3.1. Einflussfaktoren auf die Gesundheit

Die Gesundheit ist von zahlreichen Einflussfaktoren abhängig. Dabei spielt der Lebensstil eine wesentliche Rolle. Gesundheitsrelevante Faktoren sind einerseits **Risikofaktoren**, wie z.B. der Nikotin- und Alkoholkonsum, und **gesundheitsbeeinflussende Größen**, wie z.B. die Ernährung, Bewegung etc. sowie – daraus resultierend – Übergewicht und auch Diabetes.¹⁰⁵

105 BMGF 2015

Wesentliche **Risikofaktoren** für die Gesundheit sind

- der Nikotinkonsum (Rauchen) und
- der Alkoholkonsum (Trinken).

Weitere **gesundheitsbeeinflussende Faktoren** sind

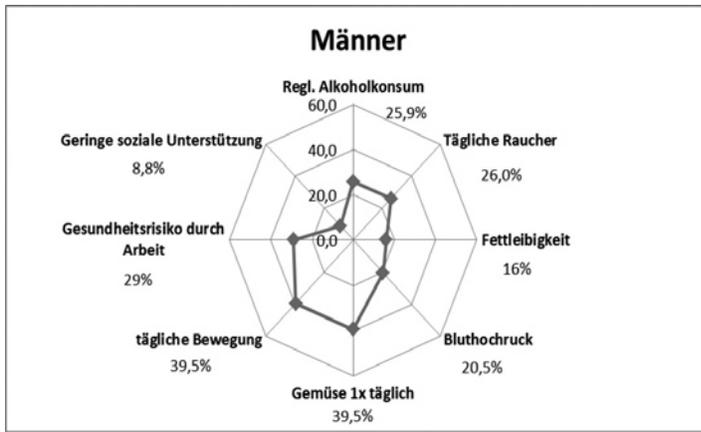
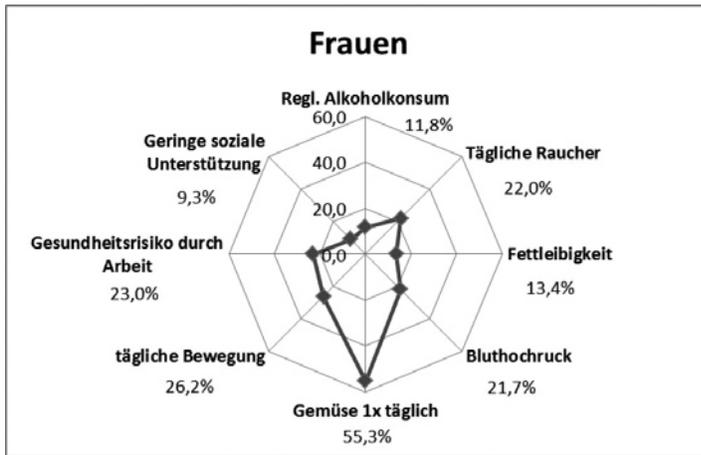
- Fettleibigkeit,
- Bluthochdruck und
- der persönliche Lebensstil (tägliche Bewegung, Gemüse 1 x täglich), aber auch
- das Gesundheitsrisiko bei der Arbeit und
- die wahrgenommene, soziale Unterstützung.

Der Nikotinkonsum gilt unbestrittenermaßen als gesundheitsschädigend. Der Anteil der über 15-jährigen Männer, die täglich rauchen, liegt mit 26 % höher als jener der Frauen mit 22 % (vgl. Abbildung 5.13.). Der durchschnittliche Anteil an regelmäßigen RaucherInnen liegt in Österreich mit 24,3 % der Bevölkerung über 15 Jahren überdurchschnittlich hoch und ist der höchste im vorliegenden Ländervergleich (vgl. Abbildung 5.14.). Deutlich geringer ist der RaucherInnenanteil in den USA (11,4 %) und in Schweden (11,2 %), wobei sich in beiden Ländern kaum geschlechtsspezifische Unterschiede zeigen.

Während jedoch fast 40 % der Männer täglich Bewegung machen, sind es bei den Frauen nur 26 %. Umgekehrt ist es beim täglichen Gemüsekonsum. Hier liegen die Frauen mit 55,3 % deutlich vor den Männern mit 39,5 %.

13 % der Frauen und 16 % der Männer haben einen BMI ³ 30 kg/m² und werden als fettleibig eingestuft. Männer weisen ein höheres Gesundheitsrisiko bei der Arbeit auf als Frauen (29 % zu 23 %).

Eine geringe soziale Unterstützung geben 8,8 % der Männer, aber 9,3 % der Frauen an.



Quelle: European Core Health Indicators ECHI, Eurostat, Daten für 2015 oder letzte verfügbare Daten.

Abbildung 5.13.: Gesundheitsrisiken von Frauen und Männern in Österreich¹⁰⁶

106 **Regelmäßiger Alkoholkonsum (2014):** Regelmäßiges Binge-Drinking (mindestens einmal im Monat), Daten der OECD (Health at a glance 2017).

Fettleibigkeit (2014): Anteil der erwachsenen Männer/Frauen (18+), die fettleibig sind (BMI ≥ 30 kg/m²).

Tägliche Raucher (2014): Anteil (%) der Männer/Frauen (15+), die täglich rauchen.

Gemüse 1x tägl. (2014): Anteil (%) der Männer/Frauen (15+), die täglich Gemüse essen (ohne Kartoffel und Fruchtsäfte).

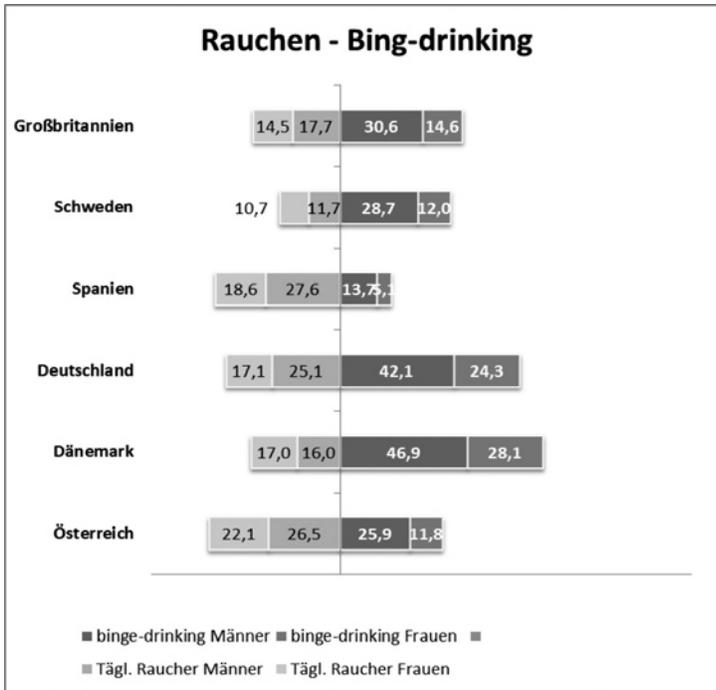
Bluthochdruck (2014): Anteil (%) der Männer/Frauen mit hohem Blutdruck in den letzten 12 Monaten.

Tägliche Bewegung (2008): Anteil der Männer/Frauen (15+) die tägliche Bewegung angeben.

Gesundheitsrisiko durch Arbeit (2015): Anteil (%) der Männer/Frauen, die angeben, dass ihre Gesundheit oder Sicherheit durch die Arbeit gefährdet wird.

Soziale Unterstützung: Anteil (%) der Männer/Frauen, die über eine insgesamt schlechte soziale Unterstützung berichten.

Für übermäßiges Trinken (Binge-Drinking) weist die OECD geschlechtsspezifisch differenzierte Daten auf. Bei den österreichischen Männern ist dabei der Anteil von fast 26 % mehr als doppelt so hoch wie bei den Frauen mit rd. 12 % (vgl. Abbildung 2.13.).

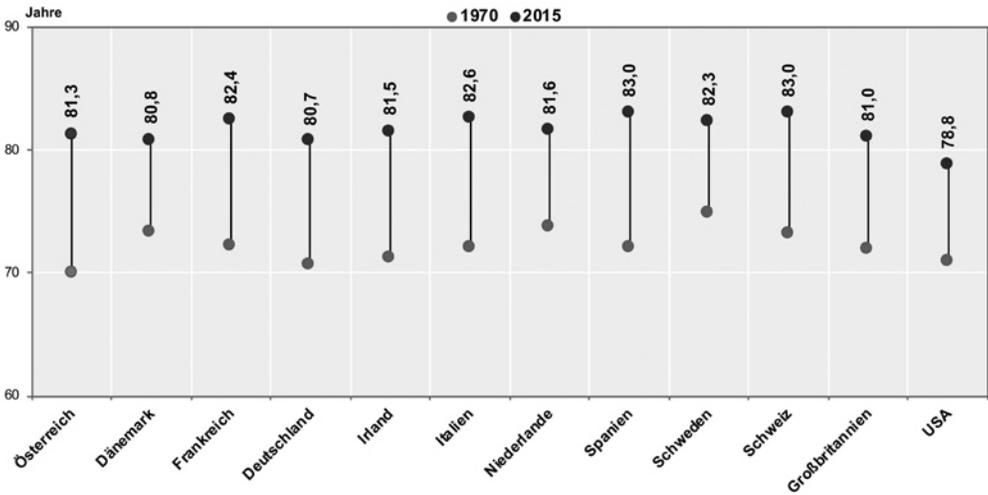


Quelle: Binge-Drinking OECD 2017. Rauchen: Eurostat EHIS Daten für 2014.

Abbildung 5.14.: Rauchen und Alkoholkonsum, 2015 (oder letzte verfügbare Daten)

5.2.3.2. Lebenserwartung

Ein 1970 in Österreich geborenes Kind hatte im Durchschnitt eine Lebenserwartung von 70 Jahren. Bei einem 45 Jahre später geborenen Kind lag die Lebenserwartung um 11 Jahre höher, nämlich bei 81,3 Jahren (vgl. Abbildung 5.15.). Noch höher liegt die Lebenserwartung in Frankreich (82,4 Jahre), in Italien (82,6 Jahre) in Spanien (83 Jahre) und in Schweden (82,3 Jahre). Deutlich unter dem Durchschnitt von 81,6 Jahren 2015 bleiben die USA – trotz hoher Ausgaben für das Gesundheitssystem (vgl. Abbildung 5.16.). Die Gründe für diese Entwicklung sind multikausal. Neben steigenden Einkommen, höherer Bildung, gesünderem Lifestyle sind insbesondere die Entwicklungen im Gesundheitswesen ein wesentlicher Einflussfaktor auf die Lebenserwartung.

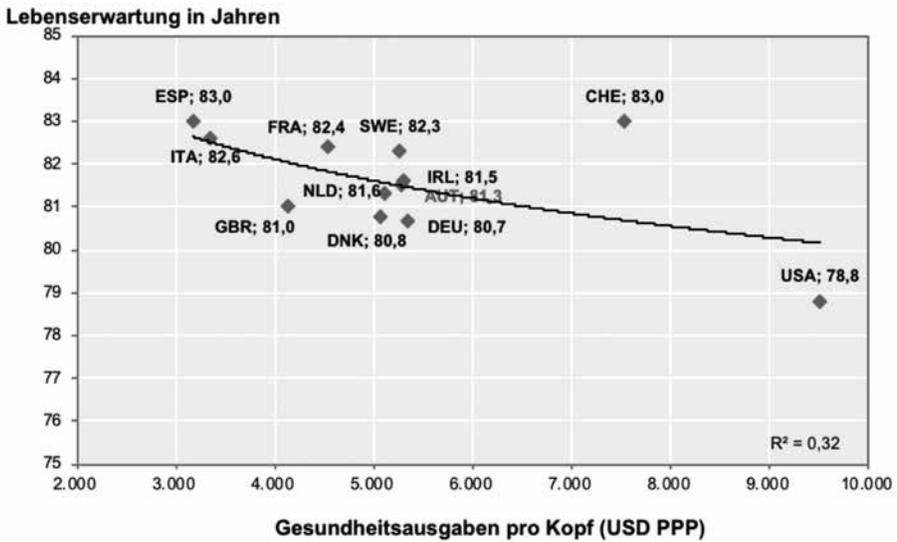


Quelle: OECD 2017.

Abbildung 5.15.: Lebenserwartung bei der Geburt, 1970 und 2015

Hohe Gesundheitsausgaben (gemessen am BIP) werden oftmals als Qualitätsindikator interpretiert und folglich auch mit einer höheren Lebenserwartung in Verbindung gebracht. Abbildung 5.16. zeigt jedoch, dass dies nicht zwangsläufig der Fall sein muss: Spanien erreicht mit einem vergleichsweise geringen Mitteleinsatz pro Kopf eine ebenso hohe Lebenserwartung wie die Schweiz – die Schweiz jedoch mit weit höherem finanziellen Aufwand.

Österreich liegt bei den Gesundheitsausgaben pro Kopf im oberen Mittelfeld, jedoch erreichen andere Länder eine höhere Lebenserwartung mit geringerem Mitteleinsatz. In den USA ist der Mitteleinsatz am höchsten und die Lebenserwartung am geringsten. Der Zusammenhang zwischen Gesundheitsausgaben pro Kopf und Lebenserwartung ist statistisch gesehen bei den ausgewählten Ländern mit einem R^2 von 0,32 schwach ausgeprägt (der gleiche Zusammenhang über 44 OECD-Länder zeigt ein R^2 von 0,54).



Anmerkung: PPP: Purchasing Power Parity (Kaufkraftparitäten), Quelle: OECD 2017.

Abbildung 5.16.: Lebenserwartung bei der Geburt und Gesundheitsausgaben pro Kopf 2015 (oder letzte verfügbare Daten)

5.2.3.3. Mortalität und Morbidität

Tabelle 5.5. zeigt die Mortalität von Frauen und Männern nach der Todesursache, deren Häufigkeit und das durchschnittliche Sterbealter im Jahr 2017. Rund 40 % der Todesfälle sind auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen zurückzuführen. Für beinahe ein Viertel (24 %) aller Todesfälle ist Krebs verantwortlich. Das durchschnittliche empirische Sterbealter aller Verstorbenen liegt bei 78,97 Jahren.

Todesursache (Pos. Nr. ICD10 Version 2013)	Zahl der Gestorbenen			Anteil an allen Sterbefällen in %			Durchschnittliches genaues ¹⁾ empirisches Sterbealter ²⁾ in Jahren		
	Insgesamt	Männer	Frauen	Insgesamt	Männer	Frauen	Insgesamt	Männer	Frauen
Alle Todesursachen (A00-Y89)	83.270	39.902	43.368	100,0	100,0	100,0	78,97	75,39	82,27
Bösartige Neubildungen (C00-C97)	20.261	10.989	9.272	24,3	27,5	21,4	73,77	73,24	74,40
Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems (I00-I99)	33.125	14.174	18.951	39,8	35,5	43,7	83,92	80,07	86,80
Krankheiten der Atmungsorgane (J00-J99)	5.307	2.702	2.605	6,4	6,8	6,0	80,70	78,77	82,69
Krankheiten der Verdauungsorgane (K00-K92)	2.891	1.576	1.315	3,5	4,0	3,0	73,25	69,37	77,91
Verletzungen und Vergiftungen (V01-Y89)	4.373	2.782	1.591	5,3	7,0	3,7	67,01	62,47	74,96
Sonstige Krankheiten (A00-B99, D00-H95, L00-R99)	17.313	7.679	9.634	20,8	19,2	22,2	79,05	74,56	82,62

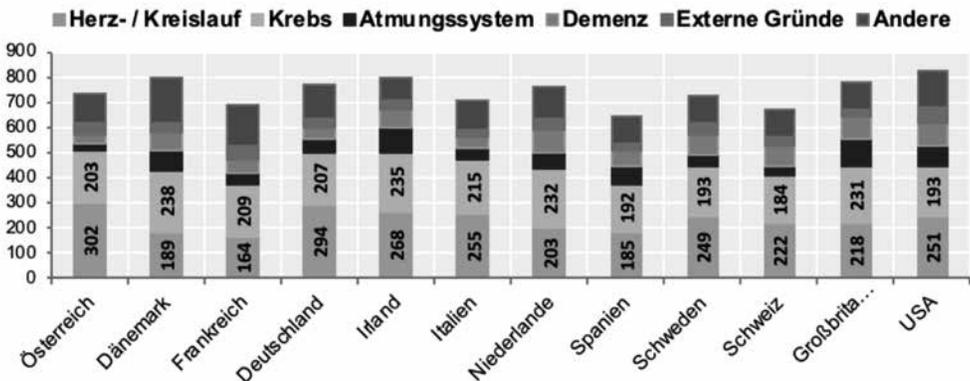
Anmerkung: Verkürzte Darstellung – nur die Obergruppen wurden berücksichtigt.

Quelle: Statistik Austria, Todesursachenstatistik. Erstellt am 26.06.2018. 1) Berechnet auf Basis der Differenz in Tagen zwischen Geburts- und Sterbedatum. - 2) Im Gegensatz zur Lebenserwartung bei der Geburt, die mittels der demographischen Tafelmethode berechnet wird und daher eine altersstandardisierte Maßzahl ist, handelt es sich beim durchschnittlichen empirischen Sterbealter um den Mittelwert der Verteilung der tatsächlichen Sterbefälle.

Tabelle 5.5.: Absolute und relative Häufigkeit der Gestorbenen sowie durchschnittliches empirisches Sterbealter nach Todesursachen und Geschlecht 2017

5.2.3.4. Krankheiten/Krankheitsgruppen

Auch der Ländervergleich zeigt, dass Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebserkrankungen auch in den anderen Ländern die häufigsten Todesursachen sind (vgl. Abbildung 5.17.). Österreich hat mit 302 Fällen pro 100.000 EinwohnerInnen die meisten Todesfälle durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen, gefolgt von Deutschland mit 294 Fällen. Österreich liegt bei den Todesfällen durch Krebs im Ländervergleich im Mittelfeld.



Quelle: OECD 2017

Abbildung 5.17.: Hauptursachen für Mortalität, altersstandardisierte Raten pro 100.000 EW, 2015

5.3. Übersicht über die ersten, vorläufigen Ergebnisse der Qualitätsmessung/ Outputindikatoren

In der Qualitätsmessung werden folgende drei gesundheitsrelevante Dimensionen berücksichtigt:

- (I) Gesundheitsausgaben und Ressourceneinsatz
- (II) Gerechtigkeit und Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitswesens und
- (III) Gesundheitsbezogene Leistungsergebnisse

Um zu verdeutlichen, was diese drei Output-Indikatoren „leisten“ bzw. darstellen, erfolgt hier eine erste, vorläufige empirische Auswertung.

Zu (I) Bei den **Gesundheitsausgaben und dem Ressourceneinsatz** zeigt sich, dass Österreich durchwegs eine mittlere Rolle einnimmt (vgl. Abbildung 5.18.). Bei den Gesundheitsausgaben pro Kopf in KKP weicht Spanien mit -36 % am weitesten vom Durchschnitt ab, während die CHF deutlich über dem Durchschnittswert liegt (Æ 5.469 USD in KKP).

Unterscheidet man zwischen öffentlichen Gesundheitsausgaben und privaten Ausgaben, zeigt sich folgendes Bild: Bei den öffentlichen Gesundheitsausgaben ist die Spannweite geringer als bei den privaten Ausgaben. Bei einem mittleren Wert (arithm. Mittel) von 3.962 Euro pro Kopf liegt Österreich mit 3.957 Euro ziemlich genau im mittleren Bereich. Davon weichen Spanien mit 2.293 Euro und die Schweiz mit 5.038 Euro stark nach unten bzw. oben ab. Bei den privaten Gesundheitsausgaben liegt Dänemark am unteren Ende der privaten Pro-Kopf-Ausgaben, während auch hier wieder die Schweizer die höchsten Ausgaben tätigen (ohne USA).

Die Spannweite der Abweichungen vom Durchschnitt wird geringer, wenn man die Gesundheitsausgaben in Relation zum BIP setzt. Auch hier rangiert Österreich nahe am Durchschnitt mit +1 % über dem arithm. Mittel der Gesamtausgaben in % des BIP der elf Länder (ohne USA).

Zu (II) Indikatoren für die **Gerechtigkeit und die Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitswesens** sind u.a. die Zahl der Arztkonsultationen pro Person und die durchschnittliche Dauer der Krankenhausaufenthalte (vgl. Abbildung 5.19.).

Bei der Häufigkeit der Arztkonsultationen zeigt sich ein deutlicher Unterschied zwischen Deutschland mit 10 jährlichen Konsultationen und Schweden mit 2,9 Konsultationen im Jahr. Österreich liegt auch hier im Mittelfeld mit 6,6 Konsultationen (+9 % über dem arithm. Mittel).

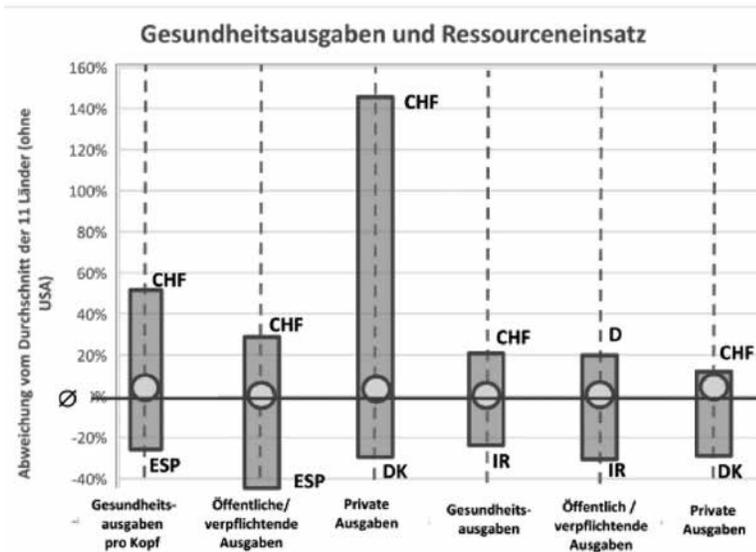
Zu (iii) Bei den durchschnittlichen Krankenhausaufenthalten ist die Spannweite zwischen den Ländern geringer (vgl. Abbildung 5.20.). Österreich liegt mit 8,5 Tagen um 14 % über dem Durchschnitt.

Die **gesundheitsbezogenen Leistungsergebnisse** zeigen quasi den Output im Bereich „Gesundheit“. Die „Gesundheit“ ist von vielen Einflussfaktoren abhängig (Risikofaktoren, wie Rauchen und Alkoholkonsum, und gesundheitsbeeinflussende Faktoren, wie Fettleibigkeit, Bluthochdruck etc.). Die Auswirkungen dieser Faktoren haben Einfluss auf die Lebenserwartung und die Todesursachen durch Krankheiten.

In Bezug auf die Lebenserwartung zeigt sich, dass sich die Unterschiede in den betrachteten Ländern gegenüber 1970 deutlich verringert haben. Jedoch liegt Österreich mit Dänemark, Deutschland und Großbritannien knapp unter dem Durchschnitt der elf Länder, während Frankreich, Italien, Spanien, Schweden und die Schweiz knapp darüber liegen (Æ 81,8 Jahre im Jahr 2015).

Bei den häufigsten Todesursachen nach altersstandardisierten Krankheiten pro 100.000 EinwohnerInnen zeigt sich, dass die Hauptursachen Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebs sind. Bei Demenz ist die Spannweite der Häufigkeiten sehr hoch und liegt in Österreich deutlich unter dem Durchschnitt der elf Länder. Bei den Herz-Kreislauf-Todesfällen liegt Österreich dagegen im oberen Bereich der Häufigkeiten. Bei externen Gründen liegt Österreich im mittleren Feld und bei Krebs als Todesursache knapp unter dem Mittelwert der elf untersuchten Länder.

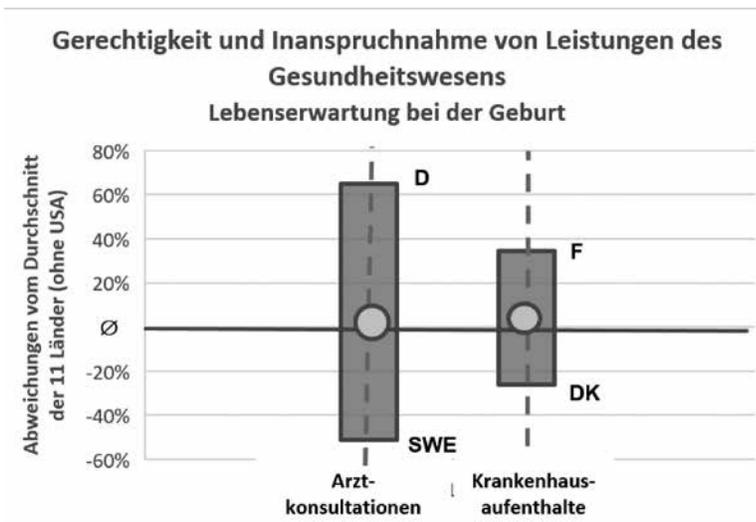
Die vorläufig erste Auswertung von Gesundheitsdaten im internationalen Vergleich, die hier nur beispielhaft durchgeführt wurde, soll es ermöglichen, die Vorteile von anderen Ländern zu erkennen und die Nachteile zu vermeiden. In diesem Sinn sind Gesundheitsindikatoren im Zeit- und im Ländervergleich ein wesentliches Mittel zur Steuerung der Gesundheitspolitik. Hierzu ist aber noch eine wesentlich ausführlichere Studie erforderlich.



Anmerkungen: Abweichungen vom Durchschnitt der 11 Länder (ohne USA).

Quelle: Eigene Darstellung.

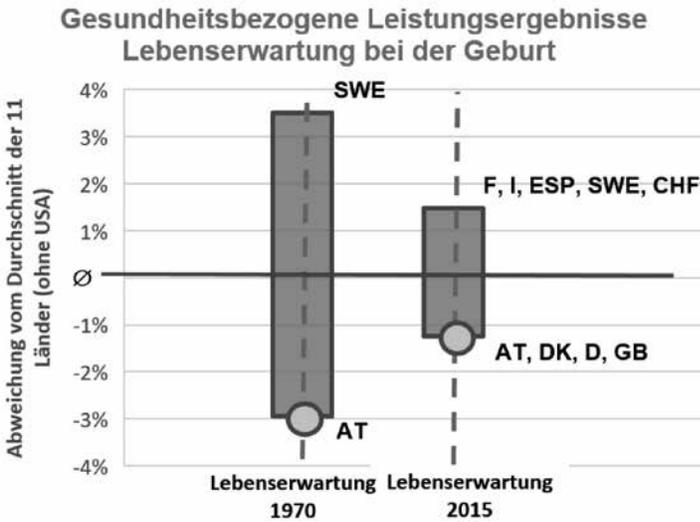
Abbildung 5.18.: Gesundheitsausgaben und Ressourceneinsatz



Anmerkungen: Abweichungen vom Durchschnitt der 11 Länder (ohne USA).

Quelle: Eigene Darstellung.

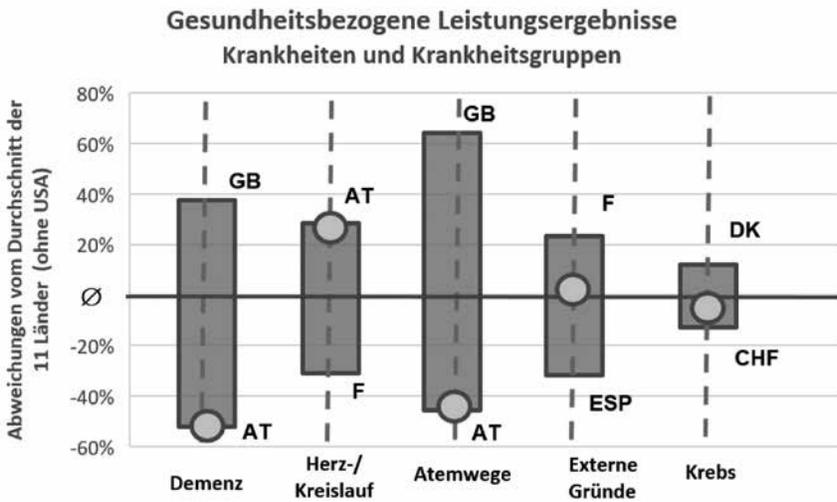
Abbildung 5.19.: Gerechtigkeit und Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitswesens



Anmerkungen: Abweichungen vom Durchschnitt der 11 Länder (ohne USA).

Quelle: Eigene Darstellung.

Abbildung 5.20.: Gesundheitsbezogene Leistungsergebnisse



6. Kennzahlenvorschlag zur Bewertung der ÖGK

Die folgenden Kennzahlen berücksichtigen einerseits die österreichischen Krankenkassen-leistungskategorien der Versicherungsleistungen und andererseits die Erfahrungen aus Deutschland und der Schweiz. Der üblichen Klassifikation aus dem Qualitätsmanagement für Dienstleistungsbetriebe folgend, wird zwischen Struktur- und Prozesskennzahlen und solche zur Ergebnisqualität differenziert. Diese Differenzierung wurde 1980 von Donabedian speziell für den Gesundheitsbereich entwickelt¹⁰⁷ und hat Eingang in unzählige Qualitätsmanagementansätze im Gesundheitswesen gefunden.

6.1. Strukturkennzahlen

Kennzahlen zur Strukturqualität setzen an den Inputfaktoren für die Leistungserbringung an. Es geht um strukturelle Inputfaktoren für den Leistungserstellungsprozess und damit um die Ressourcenstruktur als Voraussetzung und Determinante für den Leistungserstellungsprozess. Im Sinne eines umfassenden Ressourcenverständnisses beziehen sich die Kennzahlen nicht nur auf die technische und personelle Ausstattung der ÖGK, sondern berücksichtigen auch (als strukturelle Rahmenbedingung) die Anzahl der Kassen- und Wahlärzte und die Struktur des Versichertenkollektivs. Dessen Zusammensetzung hat einen maßgeblichen Einfluss auf die Art und den Umfang der von der ÖGK zu finanzierenden Gesundheitsleistungen und die Höhe des Beitragsaufkommens. Für alle Krankenkassen ist die demografische Entwicklung eine große Herausforderung. Die Veränderung der Altersstruktur der Bevölkerung ist einer der zentralen strukturellen Kostentreiber im Gesundheitswesen. Die Zunahme älterer Versicherter, die mehr Gesundheitsleistungen nachfragen als gesunde, junge Versicherte, beeinflusst die Leistungsstruktur der ÖGK unmittelbar. Die beitragsfreie Mitversicherung von Angehörigen ist einer der Grundpfeiler der solidarischen Krankenversicherung, der unmittelbare Auswirkungen auf die zur Verfügung stehenden finanziellen Ressourcen hat.

Angesichts der Pläne der Bundesregierung durch natürliche Fluktuation einen nicht unerheblichen Teil der angestrebten Einsparungsmilliarde bei der ÖGK zu

107 Donabedian 1980

realisieren, ist die Entwicklung der Personalstruktur vor allem in intertemporaler Hinsicht von Interesse. Zudem wirkt sich die Personalausstattung (mengen- und qualifikationsmäßig) unmittelbar darauf aus, wie und in welcher Schnelligkeit und Qualität Anliegen von Versicherten- und Gesundheitsdienstleistern bearbeitet werden können. Die Idee, die Dichte des Zweigstellennetzes als Indikator für die Erreichbarkeit zu berücksichtigen, stammt aus den deutschen Krankenkassenleistungsvergleichen. Die Anzahl der Zweigstellen ist für jenen Teil der ÖGK-Leistungen relevant, die erfordern, dass sich die Versicherten vorstellen, z.B. bei der Überprüfung des Gesundheitszustandes bei einer längeren Erkrankung und für die weniger internetaffinen Versicherten, die die direkte Beratung bevorzugen. Angesichts der Diskussion um den Ärztemangel und der sinkenden Attraktivität der kassenärztlichen Tätigkeit werden diesbezügliche Kennzahlen als Strukturkennzahlen aufgenommen. Die Altersstruktur der derzeit tätigen Kassenärzte wird das österreichische Gesundheitssystem in den nächsten Jahren vor Herausforderungen stellen, selbst wenn die Ärztedichte derzeit im internationalen Vergleich noch relativ hoch ist.

Kennzahlen zur Versicherungsstruktur: Anzahl der Versicherten (absolut und prozentual) im Zeitverlauf

1. Erwerbstätige Versicherte
2. Sonstige Versicherte
 - a. Davon selbstversicherte Personen
 - b. Davon Pensionisten
 - c. Davon mitversicherte Angehörige

Kennzahlen zur Entwicklung des Beitragsaufkommens (absolut und/oder relativ)

3. Gesamt
4. Erwerbstätige Versicherte
5. Sonstige Versicherte

Kennzahlen zu Personalstrukturdaten

6. Personal in der Zentrale in VZÄ
7. Personal in den Bundesländern in den Zentralstellen in VZÄ
8. Personal in den Bundesländern in den Zweigstellen in VZÄ
9. Betreuungsquote (Versicherte/ÖGK-Servicepersonal)

Sonstige Strukturkennzahlen

10. Durchschnittliche Entfernung zur nächsten ÖGK-Servicestelle in den Landeshauptstädten
11. Durchschnittliche Entfernung zur nächsten ÖGK-Servicestelle außerhalb der Landeshauptstädte
12. Anzahl der unbesetzten Kassenarztstellen (differenziert nach Regionen des Österreichischen Strukturplans Gesundheit)
13. Anzahl der Wahlärzte pro Region in VZÄ

6.2. Prozesskennzahlen

Als Prozesskennzahlen werden jene Kennzahlen bezeichnet, die sich auf die unmittelbare Interaktion zwischen Dienstleistungsanbieter und Kunden beziehen. Der Kundenbegriff bei den Krankenkassen ist angesichts des sozialrechtlichen Dreiecksverhältnisses komplexer als in vielen anderen Dienstleistungsbereichen. Zum einen sind die Kunden der ÖGK gleichzeitig die Versicherten als Mitglieder. Zum anderen stehen aber auch die Leistungserbringer in einem intensiven Austauschverhältnis mit den gesetzlichen Krankenkassen, allen voran die Gruppe der Ärzte mit einem Kassenvertrag. Vor diesem Hintergrund beziehen sich die vorgestellten Prozesskennzahlen auf diese beiden zentralen Kundengruppen. Wie im Qualitätsmanagement üblich, setzen Prozesskennzahlen an den Prozessqualitäten aus Kundensicht an.

Kennzahlen zur ÖGK-Prozessqualität

1. Zufriedenheit mit der Erreichbarkeit des ÖGK-Personals
2. Zufriedenheit mit der Freundlichkeit und Höflichkeit des ÖGK-Personals
3. Zufriedenheit mit der Schnelligkeit der Bearbeitung von Anliegen durch das ÖGK-Personal
4. Zufriedenheit mit der Schnelligkeit der Bearbeitung von Anliegen der Leistungserbringer durch das ÖGK-Personal
5. Zufriedenheit mit der Qualität der Anliegen-Bearbeitung durch das ÖGK-Personal

6.3. Kennzahlen der Ergebnisqualität

Die Ergebnisqualität wird im Gesundheitswesen üblicherweise nach einer Outputkomponente (Anzahl der erbrachten Leistungen), im vorliegenden Fall sind das die Anzahl der erbrachten GKV-Leistungen und die subjektiven Zufriedenheitskennzahlen aus Sicht der Kunden, differenziert. Die Ausführungen zu den Leistungsvergleichen in Deutschland und der Schweiz haben gezeigt, dass Befragungen der Versicherten ein etabliertes Element sind.

Kennzahlen zur Verteilung der Versicherungsleistungen (Ausgaben je Versicherten im Zeitverlauf)

1. Krankenbehandlung
 - a. Ärztliche Hilfe und gleichgestellte Leistungen
 - b. Heilmittel (Arzneien)
 - c. Heilbehelfe und Hilfsmittel
2. Zahnbehandlung und Zahnersatz
3. Anstalts- und Hauskrankenpflege
 - a. Verpflegungskosten und sonstige Leistungen
 - b. Überweisung an den Krankenanstaltsfonds
 - c. Medizinische Hauskrankenpflege
4. Krankengeld
5. Rehabilitationsgeld
6. Mutterschaftsleistungen
7. Medizinische Rehabilitation
8. Gesundheitsfestigung und Krankheitsverhütung
9. Früherkennung von Krankheiten und Gesundheitsförderung
10. Fahrtspesen und Transportkosten
11. Anteil für Wahlarztleistungen

Kennzahlen zur Versichertenzufriedenheit

1. Gesamtzufriedenheit mit der ÖGK
2. Zufriedenheit mit dem Kundenservice der ÖGK
3. Zufriedenheit mit der Erreichbarkeit
4. Zufriedenheit mit den Online-Services der ÖGK
5. Zufriedenheit mit dem ÖGK-Leistungsumfang in der ambulanten ärztlichen Versorgung
6. Zufriedenheit mit dem ÖGK-Leistungsumfang bei der Versorgung mit Medikamenten
7. Zufriedenheit mit dem ÖGK-Leistungsumfang bei der Versorgung mit Heilbehelfen und Hilfsmitteln

8. Zufriedenheit mit dem ÖGK-Leistungsumfang bei der Zahnbehandlung und dem Zahnersatz
9. Zufriedenheit mit dem ÖGK-Leistungsumfang bei den Spitalsleistungen
10. Zufriedenheit mit dem ÖGK-Leistungsumfang im Präventionsbereich
11. Zufriedenheit mit dem ÖGK-Leistungsumfang bei der Rehabilitation

Kennzahlen zu den Leistungsanbietern

1. Gesamtzufriedenheit mit der ÖGK
2. Zufriedenheit mit den Leistungsanbieterservices
3. Zufriedenheit mit der Erreichbarkeit
4. Zufriedenheit mit den Online-Services
5. Zufriedenheit mit der Bearbeitungsqualität der Anliegen durch das ÖGK-Personal
6. Zufriedenheit mit den Leistungsmöglichkeiten
7. Zufriedenheit der Kassenärzte mit ihrem Kassenvertrag
8. Zufriedenheit mit den Rahmenbedingungen als Kassenarzt

Literaturverzeichnis

- Adolph, T. (2017), Leistungsvergleiche in der GKV als Wettbewerbskriterium und Schlüssel zum Vertrieb, in: Adolph, T./ Everling, O./ Metzler, M. (Hrsg.), Krankenversicherungen im Rating, 3. Auflage, Münster, S.181-212.
- BMGF Bundesministerium für Gesundheit (2015), Das österreichische Gesundheitswesen im internationalen Vergleich, Wissenschaftlicher Ergebnisbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Gesundheit GmbH, 2015.
- Boroch, W. (2017), Gesetzliche Krankenkassen auf dem Weg zu (Versicherungs-) Unternehmen, in: Adolph, T./ Everling, O./ Metzler, M. (Hrsg.), Krankenversicherungen im Rating, 3. Auflage, Münster, S. 399-416.
- Bundesversicherungsamt (2018), Sonderbericht zum Wettbewerb in der Gesetzlichen Krankenversicherung, Bonn.
- Bruhn, M. (2017), Der Einfluss von ökonomischem und funktionalem Nutzen auf die Effektivität von Kommunikationsmaßnahmen von Sharing-Anbietern, *transfer Werbeforschung & Praxis*, 2017(4), S. 6-20.
- Bruhn, M. (2013b), Qualitätsmanagement für Nonprofit-Organisationen, Wiesbaden.
- Bruhn, M (2013a), Qualitätsmanagement für Dienstleistungen, 9. Auflage, Wiesbaden.
- Camp, R. C. (1994), Benchmarking, Wien/München.
- Czypionka et al. (2017), Zukunft der Sozialen Krankenversicherung. Entwicklungsmöglichkeiten für Österreich, IHS-Bericht, Wien.
- Dethloff, C. (2017), Service im Rating, in: Adolph, T./ Everling, O./ Metzler, M. (Hrsg.), Krankenversicherungen im Rating, 3. Auflage, Münster, S.167-180.
- Donabedian, A. (1980), Explorations in Quality Assessment and Monitoring, Vol I, The Definition of Quality and Approaches to its Assessment, Ann Arbor.
- Eislöffel, M./ Adolph (2017), Welche Leistungen sind gesetzlich Krankversicherten eigentlich wirklich wichtig? Eine Empirischer Auswertung von Nutzerwünschen, in: Adolph, T./ Everling, O./ Metzler, M. (Hrsg.), Krankenversicherungen im Rating, 3. Auflage, Münster, S.75-96.
- Franke 2017, FB-Rating privater Krankenversicherungen, in: Adolph, T./ Everling, O./ Metzler, M. (Hrsg.), Krankenversicherungen im Rating, 3. Auflage, Münster, S. 227-242.
- Gittler, H.-J./Abel, J. (2017), Verfahren, Prozesse und Methoden des Ratings in der Gesetzlichen Krankenversicherung, in: Adolph, T./ Everling, O./ Metzler, M. (Hrsg.), Krankenversicherungen im Rating, 3. Auflage, Münster, S. 125-152.
- Götze, U. (2007), Kostenrechnung und Kostenmanagement, 4. Auflage, Berlin/Heidelberg/ New York.
- Hartmann. A. (2018), Krankenkassentest – Diagnose: Starke Leistung, FOCUS-MONEY, Heft 7/2018, S. 62-79.

- Kailuweit, I. (2017), GKV-Rating, aus Sicht der KKH Kaufmännischen Krankenkasse: Entwicklung und Durchführung eines Prüfverfahrens mit Assekurata, in: Adolph, T./ Everling, O./ Metzler, M. (Hrsg.), *Krankenversicherungen im Rating*, 3. Auflage, Münster, S. 246-253.
- Lucht, T., Amshoff, B. (2017), Performance Measurement als Methode zur Beurteilung der Leistungsfähigkeit von Krankenkassen der GKV, in: Adolph, T., Everling, O./ Metzler, M. (Hrsg.), *Krankenversicherungen im Rating*, 3. Auflage, Münster, S. 313-340.
- Lohr, K. N. (1990), *Medicare: A Strategy for Quality Assurance*. Washington, D.C: National Academy Press ; in: Kötter T., Schäfer F., Blozik E., Scherer M., *Die Entwicklung von Qualitätsindikatoren – Hintergrund, Methoden und Probleme*, ELSEVIER 2011, S. 7-12.
- Neumann, K. (2017), Ergebnisverbesserung durch Benchmarks in der GKV, in: Adolph, T./ Everling, O./ Metzler, M. (Hrsg.), *Krankenversicherungen im Rating*, 3. Auflage, Münster, S.383-398.
- Oneyebuchi, A. Arah et. al. (2006) ; A conceptual framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project, *International Journal for Quality in Health Care*; S. 5–13.
- Pfaff, H. & Schrappe, M. (2011), Einführung in die Versorgungsforschung, in : H. Pfaff/ Neugebauer, E. A. M, Glaeske, G., Schrappe, M. (Hrsg.), *Lehrbuch Versorgungsforschung: Systematik – Methodik – Anwendung*, Stuttgart, S. 1-7.
- Rohwer, A. (2008), Bismarck versus Beveridge: Ein Vergleich von Sozialversicherungssystemen in Europa, *Institut für Wirtschaftsforschung an der Universität München*, München, Vol. 61, Iss. 21, pp. 26-29.
- Schneider M. (2015), Internationale Systemvergleiche im Gesundheitswesen, in: Thiel-scher, C. (Hrsg.): *Medizinökonomie*. Wiesbaden, S.279-325.
- Statistik Austria und Bundesministerium für Gesundheit (2015), *Österreichische Gesundheitsbefragung 2014: Hauptergebnisse des Austrian Health Interview Survey (ATHIS) und methodische Dokumentation*, Wien.
- Tietz, T. (2017), Handlungsorientiertes Rating von Krankenversicherern aus Kundensicht, in: Adolph, T./ Everling, O./ Metzler, M. (Hrsg.), *Krankenversicherungen im Rating*, 3. Auflage, Münster, S. 3-20.
- Wild, C. (2009), Implementierung von HTA in Österreich, in: *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, No. 103, S. 341-344.
- Waldner, B. / Meierhofer, C. (2018), Die Swica hat die zufriedensten Kunden, in: *K-Tipp* Nr.15, 19. September 2018, S. 10-11.

Beiträge aus Online-Quellen

Bundesamt für Gesundheit BAG (Hrsg.) (2018a), die obligatorische Krankenversicherung kurz erklärt. Sie fragen-wir antworten, Bern, <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/kuv-aufsicht/krankenversicherung/sie-fragen-wir-antworten-oblig-kv.pdf.download.pdf/broschuere-sie-fragen-wir-antworten-d.pdf>.

Bundesamt für Gesundheit BAG (2018b), Krankenversicherung: Das Wichtigste in Kürze, <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-das-wichtigste-in-kuerze.html>.

Comparis.ch (2018a), Schweizer Krankenkassen <https://www.comparis.ch/krankenkassen/umfrage/hitlist>.

Comparis.ch (2018b), Krankenkassenvergleich mit Prämien 2018 <https://www.comparis.ch/krankenkassen/grundversicherung/praemien/input>.

DFSI (2018), Unternehmensqualität der Gesetzlichen Krankenkassen 2017/18, <http://www.dfsi-institut.de/rating/55/unternehmensqualitaet-der-gesetzlichen-krankenkassen-2017-18>.

Drucker, P., F., 1909 – 2005, Pionier der modernen Managementlehre, Zitat: https://wiki.cogneon.de/Peter_Drucker.

European Core Health Indicators (ECHI), Eurostat, https://ec.europa.eu/health/indicators_data/indicators_de.

Gesetzlichekrankenkasse.de (o.A.), Detaillierte Kassensuche nach Leistungsmerkmalen, <https://www.gesetzlichekrankenkassen.de/kassensuche/detail#suche>.

Landeszentrum Gesundheit Nordrhein Westphalen, https://www.lzg.nrw.de/ges_bericht/factsheets/index.html.

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherung (Hrsg.) (2018), Handbuch der österreichischen Sozialversicherung, Wien, <https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/load?contentid=10008.630187&version=1526990505>.

Health at a Glance 2017, OECDiLibrary, https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2017_health_glance-2017-en.

Statistik Austria, European Community Health Indicators (ECHI), http://www.statistik.at/web_en/statistics/PeopleSociety/health/european_community_health_indicators_echi/index.html und Eurostat, https://ec.europa.eu/health/indicators_data/indicators_de.

Europäische Gesundheitsindikatoren ECHI, Statistik Austria http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/europaeische_gesundheit_sindikatoren_echi/index.html.

OECD (2017), Health at a Glance 2017, OECDiLibrary https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2017_health_glance-2017-en.

OECD (2018), Health Statistics 2018, <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>.

WHO (2018a), Global Reference List of 100 Core Health Indicators (plus health related SDGs), 2018, World Health Organization WHO, <https://www.who.int/healthinfo/indicators/2018/en/>.

WHO (2018b), Health statistics and information systems, World Health Organization, <https://www.who.int/healthinfo/indicators/2018/en/>.

Abkürzungsverzeichnis

ATHIS	Austrian Health Interview Survey
BIP	Bruttoinlandsprodukt
BIQG	Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen
BMP	Benchmarking-Partner
BVA	Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter
CHF	Schweizer Franken
DFSI	Deutsches Finanz-Service Institut
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DJSI	Dow Jones Sustainability Group Index
ECHI	EU-Gesundheitsindikatoren
EFQM	European Foundation for Quality Management
EU	Europäische Union
GKK	Gebietskrankenkassa
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
HMO	Health Maintenance Organisation
HTA	Health Technology Assessment
IMUG	Institut für Markt und Gesellschaft
IOM	Institute of Medicine
ISO	International Standardisation Organisation
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KHH	Kaufmännische Krankenkasse
KTQ	Kooperation für Transparenz und Qualität
KZBV	Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung
medQ	Medical Quality
OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung

ÖGK	Österreichische Gesundheitskrankenkasse
ÖQmed	Österreichische Gesellschaft für Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der Medizin GmbH
PKV	Private Krankenversicherung
QUALY	Quality Adjusted Live Year
SHA	System of Health Accounts
WT	Wahltarife

Prof. Dr. Volker Ulrich

Lehrstuhl für VWL III – Finanzwissenschaft, Universität Bayreuth

Kennzahlen für den Wettbewerb zwischen Krankenkassen und die Erfahrungen über den deutschen Risikostrukturausgleich: eine Bestandsaufnahme

1. Einleitung	130
2. Solidarischer Wettbewerb in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung	132
3. Wettbewerbskennzahlen	138
4. Morbi-RSA	141
Literatur	147

Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) in Deutschland orientiert sich am Konzept eines solidarischen Wettbewerbs. Die Krankenkassen stehen untereinander im Wettbewerb um Versicherte, die einmal im Jahr ihre Krankenkasse wechseln können. Grundsätzlich sollte dabei weniger ein Preiswettbewerb stattfinden, sondern die Krankenkassen sollten um eine hochwertige Versorgung konkurrieren. Hier liegen die Hoffnungen auf einer stärkeren Qualitätsorientierung des Systems, das insbesondere über den Abschluss von Selektivverträgen erfolgen soll, mit denen sich die Kassen voneinander unterscheiden können. Um Wettbewerbselemente in das deutsche System hineinragen zu können, bedarf es eines Risikostrukturausgleichs, der Nachteile einzelner Krankenkassen bei der Risikostruktur ihrer Versicherten korrigiert. Der gegenwärtig praktizierte morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich steht unter permanentem Reformdruck, da er komplex ist und eine gewisse Strategieanfälligkeit besitzt. Das gesamte System steht aber nicht zur Disposition, sondern wird permanent im Sinne eines lernenden Systems weiterentwickelt.

1. Einleitung

Deutschland kennt ein Zwei-Säulen-Gesundheitssystem, bestehend aus gesetzlicher und privater Krankenversicherung (GKV, PKV). Als einziges Land in Europa bedient die PKV nicht nur den Zusatzversicherungsmarkt, sondern bietet, substitutiv zur GKV, einen vollständigen Krankenversicherungsschutz an. Aus der GKV in die PKV optieren können Versicherte, die über ein höheres Einkommen (mehr als 60.000 Euro im Jahr) verfügen oder bestimmten Berufsgruppen angehören (Beamte, Selbständige). Gegenwärtig sind 90 % der Versicherten in der GKV, etwa 8 % besitzen einen privaten Versicherungsschutz und für die restlichen 2 % gelten gesonderte Versicherungswerke (Polizei, Bundeswehr). Da die PKV mit Risikoorientierung bei den Prämien arbeitet, bleiben Gutverdiener zuweilen auch in der GKV, die keine Vorerkrankungen berücksichtigt und eine Familienversicherung kennt, bei der Kinder und nicht berufstätige Partner beitragsfrei mitversichert sind. Zwischen den beiden Versicherungszweigen besteht durch gesetzliche Regulierungen eher wenig Wettbewerb, am ehesten noch ein gewisser Systemwettbewerb. Da die PKV innovationsoffene Tarife anbietet, setzt sie auch die GKV unter Druck, den Abstand bei den zu erstattenden Leistungen nicht zu groß werden zu lassen und die freiwillig Versicherten nicht an die PKV zu verlieren. In diesem Zwei-Säulen-System kommt es zu einer Quersubventionierung der GKV durch die PKV, da die PKV im Durchschnitt die gleiche Leistung doppelt so hoch vergütet wie die GKV.¹ Durch die Budgets und Mengenbegrenzungen in der GKV stellt diese Querfinanzierung gegenwärtig ein stabilisierendes Element im deutschen Gesundheitswesen dar. Alle Versuche, einen einheitlichen Krankenversicherungsmarkt herzustellen, sind bislang auch an der Frage gescheitert, wer den Leistungserbringern die Vergütungsausfälle kompensieren soll, wenn die GKV für alle gelten würde.

Während der Systemwettbewerb unter dem Begriff der Bürgerversicherung nicht immer sehr intensiv oder zielorientiert diskutiert wird, stehen vor allem Versuche im Mittelpunkt, Wettbewerb in das GKV-System zu transportieren. Bei der PKV entsteht lediglich ein Vertragsverhältnis zwischen dem Versicherten und der Versicherung, die privaten Versicherer schließen selbst keine Verträge mit den Leistungserbringern ab, so dass ein modernes Vertragsmanagement bzw. Managed-Care-Ansätze in der PKV bislang weitgehend fehlen.

Vor gut 25 Jahren, im Herbst 1992, verständigten sich die damalige christlich-liberale Bundesregierung, die SPD und die Bundesländer auf eine grundlegende

¹ Vgl. Hess et al. 2018.

Organisationsreform der GKV in Deutschland. Sie trat am 1. Januar 1993 mit dem Gesundheitsstrukturgesetz in Kraft. Kern der Reform war die Einführung des Wettbewerbs in das System der gesetzlichen Krankenversicherung mit freier Kassenwahl und dem Risikostrukturausgleich. Die grundlegenden Ideen hatte Alain Enthoven im Jahr 1993 mit seinen Ausführungen zu Managed Competition veröffentlicht: „The History and Principles of Managed Competition“.² Krankenkassen müssen sich aktiv darum bemühen, ihre Mitglieder zu halten und neue Mitglieder zu gewinnen. Die wettbewerbliche Ausgestaltung des Systems der GKV hat sich nach Einschätzung vieler Experten im Wesentlichen bewährt, verkrustete Verwaltungsstrukturen wurden aufgebrochen, die Versorgung der Versicherten wurde verbessert und Wirtschaftlichkeitsreserven wurden gehoben. Bis zum Jahr 1993 war das deutsche Gesundheitswesen dagegen ein von Monopolen gekennzeichneter Markt.³ Mit der Umorientierung setzte auch ein Ideenwettbewerb in den Kassen ein, der bis dahin undenkbar war. Erstmals wurden die Begriffe Kosten- und Leistungsmanagement in die Tat umgesetzt. Eine notwendige Voraussetzung einer wettbewerblichen Ausrichtung stellt die Einführung eines morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA) zwischen den gesetzlichen Krankenkassen dar, da er die unterschiedlichen Versichertenrisiken einzelner Krankenkassen auszugleichen versucht, die sich in Deutschland insbesondere historisch ergeben haben. Krankenkassen sollen aus dem Markt ausscheiden, aber nicht aufgrund einer ungünstigen Versichertenstruktur, welche die Krankenkasse nicht zu verantworten hat, sondern wenn sie schlechte Management- und Leistungskennzahlen aufweisen oder eine schlechte Versorgung anbieten. Wie nicht anders zu erwarten, hat der Morbi-RSA allerdings auch Begehrlichkeiten bei den Krankenkassen geweckt, da der Topf über 200 Mrd. Euro zwischen den Krankenkassen umverteilt. Im Sinne der Rent-Seeking-Theorie⁴ ist es für Krankenkassen unter Umständen lohnender, nach Geldern aus dem RSA-Topf zu streben, anstatt gute Versorgung anzubieten. Dennoch wird in Deutschland der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen nicht grundsätzlich in Frage gestellt, sondern der eingeschlagene Weg soll im Sinne eines lernenden Systems weitergegangen und -entwickelt werden.

2 Vgl. Enthoven 1993.

3 Vgl. Nachtigal 2015.

4 Eine politische Rente ist ein Einkommen, das man vom Staat oder bürokratischen Institutionen erhält, ohne eine Gegenleistung zu erbringen. Das Phänomen wurde zuerst von Gordon Tullock 1967 beschrieben. Der Terminus Rent-Seeking wurde später von Anne Krueger 1974 geprägt.

2. Solidarischer Wettbewerb in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung

Wettbewerb beinhaltet die Suche nach den besten Ideen, Versorgungspfaden und Qualitäten, die zunächst niemand kennt, und ist somit ein dezentraler Such- und Entdeckungsprozess, um Innovationen und damit eine medizinisch optimale und ökonomisch sinnvolle Versorgung der Patienten zu erreichen. Der Wettbewerb und die mit ihm verbundenen Allokationsmechanismen stellen im Gesundheitswesen keinen Selbstzweck dar, sondern dienen daher instrumental zur Verwirklichung höherrangiger Gesundheitsziele. Ohne expliziten Bezug zu validen operationalen Gesundheitszielen fehlen der Gesundheitspolitik sowohl eine adäquate Orientierung für die zu ergreifenden Maßnahmen als auch funktionale Kriterien für eine Ex-post-Evaluation der Aktivitäten bzw. Projekte. Im Zentrum der Gesundheitsversorgung steht unter Zielaspekten die Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung und damit einhergehend eine bedarfsgerechte Versorgung⁵.

Abbildung 1 zeigt Ansatzpunkte für Wettbewerb in einem solidarischen Krankenversicherungssystem. Auf dem Behandlungsmarkt treffen die Leistungserbringer mit ihrem Angebot auf die Patienten. Dabei entsteht ein Wettbewerb um die Patienten mit der Besonderheit, dass die Leistungsempfänger nicht gleichzeitig auch die Leistungsfinanzierer sind. Dies ist vielmehr nur dann der Fall, wenn die Patienten die Leistungen aus der eigenen Tasche bezahlen. Der Behandlungsmarkt steht gegenwärtig aber nicht in der Kritik, da es auf diesem Markt auch um ein Vertrauensverhältnis zwischen dem Arzt und dem Patienten geht, denn der Arzt ist gleichzeitig auch der Agent des Patienten.

5 Vgl. Cassel et al. 2006; Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2012;

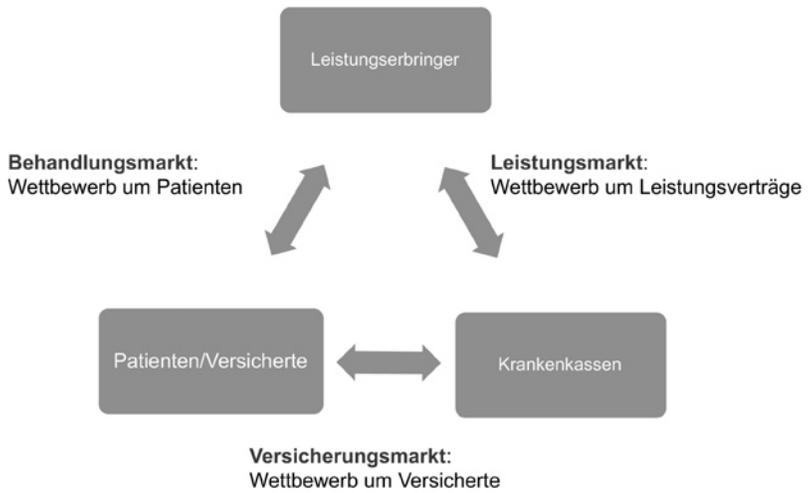


Abbildung 1: Ansatzpunkte für Wettbewerb

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Cassel und Jacobs 2006, S.285.

1

Abbildung 1: Ansatzpunkte für Wettbewerb⁶

Auf dem Versicherungsmarkt treffen die Versicherten und die Krankenkassen aufeinander. Auf diesem Markt gibt es also einen Wettbewerb der Krankenkassen um Versicherte. Durch die Wahlmöglichkeit einer Krankenkasse hat der Versicherte heute zwar die Freiheit, auf dem Versicherungsmarkt über das Angebot der zur Wahl stehenden Krankenkassen zu entscheiden. Aus den dreiseitigen Marktbeziehungen im Gesundheitswesen wird jedoch deutlich, dass der Wettbewerb der Kassen auf dem Versicherungsmarkt, isoliert betrachtet, nur geringe Auswirkungen auf die Effizienz des Gesamtsystems hat⁷.

Vielmehr sind die Interdependenzen zwischen den Märkten zu beachten. Nur soweit die Kassen auch das Leistungsangebot kontrollieren, d.h. sie aktiv auf dem Leistungsmarkt tätig sind, können sich Anreize, die vom Wettbewerb um Patienten ausgehen, auf die Effizienz der Leistungserbringung übertragen. Ein Wettbewerb entsteht auf dem Leistungsmarkt dann, wenn die beiden Seiten nicht im Rahmen von Kontrahierungszwängen zum gegenseitigen Vertragsabschluss verpflichtet sind, sondern Selektivverträge abschließen können, bei denen beiden Seiten die Wahl des Vertragspartners freigestellt ist. Lässt der gesetzliche

⁶ Darstellung in Anlehnung an Cassel und Jacobs 2006, S. 285.

⁷ Vgl. Monopolkommission 2010, S. 366.

Rahmen den Kassen hingegen nur die individuelle Kontrolle über originäre Verwaltungs- und Serviceleistungen, kann nicht von Wettbewerb und Effizienz bei der Leistungserbringung gesprochen werden.

Hierin zeigt sich die grundsätzliche Problematik von Wettbewerb und Regulierung im Gesundheitssektor. Je stärker der individuelle Handlungsspielraum der Krankenkassen beschränkt bleibt und kollektive Mechanismen individuelle Handlungsspielräume ersetzen, desto begrenzter sind auch Effizienzanreize, die sich aus dem Wettbewerb der Kassen auf dem Versicherungsmarkt ableiten. Es bleibt deshalb genau zu untersuchen, an welcher Stelle kollektive Steuerungsmechanismen notwendig sind und wo Spielräume für mehr Wettbewerb und kassenindividuelles Handeln in der GKV verbleiben. Insbesondere durch die sogenannten besonderen Versorgungsformen haben inzwischen zahlreiche Managed-Care-Elemente in die GKV Einzug erhalten und ermöglichen viel stärker als früher selektivvertragliche Regelungen in der GKV (vgl. Abbildung 2).

Die demografische Entwicklung und die Kosten des medizinisch-technischen Fortschritts werden mittel- bis langfristig zu steigenden Gesundheitsausgaben führen. Zugleich kann die abnehmende Zahl an Personen im erwerbsfähigen Alter bei gleichzeitig steigender Zahl an Rentnern zu sinkenden Einnahmen führen. Das bedeutet, dass mit begrenzten finanziellen Mitteln ein permanentes Mehr an Gesundheitsleistungen finanziert werden muss. Wettbewerb, der auch die Produktivität erhöht, wird als ein geeignetes Instrument angesehen, um auch bei begrenzten finanziellen Mitteln eine hohe Qualität der Versorgung zu garantieren. Eine solidarische Rahmenordnung stellt hierbei sicher, dass sich der Wettbewerb an den Bedürfnissen der Versicherten und Patienten orientiert.

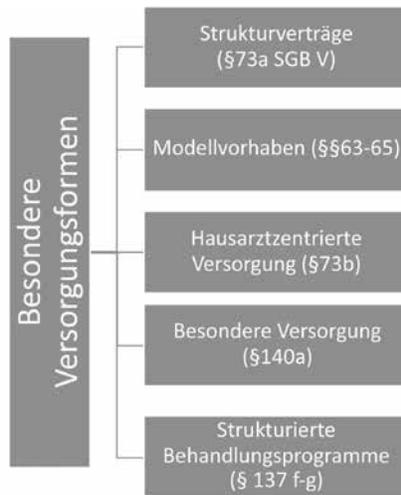


Abbildung 2: Managed Care-Elemente in den besonderen Versorgungsformen

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Wille 2013.

Abbildung 2: Managed-Care-Elemente in den besonderen Versorgungsformen⁸

Die Krankenkassen in Deutschland können ihre Beiträge selbst gestalten. Jede Krankenkasse kann einen kassenindividuellen einkommensabhängigen Zusatzbeitrag (Prozentsatz in Ergänzung zum allgemeinen Beitragsatz, der für alle gleich ist) erheben. Wie hoch der Zusatzbeitrag ausfällt, hängt insbesondere davon ab, wie wirtschaftlich eine Krankenkasse arbeitet und welche Leistungen sie anbietet. Wenn eine Krankenkasse einen Zusatzbeitrag erstmals erhebt oder ihren Zusatzbeitrag anhebt, haben die Versicherten ein Sonderkündigungsrecht.

Idealer werden die Versicherten bei der Wahl ihrer Krankenkasse sowohl das Leistungsangebot der Krankenkassen als auch die Höhe der Zusatzbeiträge vergleichen. Durch Preis-Leistungs-Vergleiche haben die Krankenkassen ein Interesse daran, eine qualitativ hochwertige Versorgung anzubieten und dafür gute Verträge mit den Leistungserbringern zu schließen und innovative Versorgungsangebote zu machen. Die Wechselwirkungen zwischen dem Versicherungs- und dem Vertragsmarkt enthält Abbildung 3.

⁸ Eigene Darstellung in Anlehnung an Wille 2013.

Insgesamt verfolgt der Gesetzgeber mit dieser wettbewerblichen Ausrichtung das Ziel, die Krankenkassen in ein Konkurrenzverhältnis untereinander zu stellen, um Innovationen im Gesundheitswesen und Serviceorientierung gegenüber den Versicherten zu fördern. Dies führt zwangsläufig zu einem Spannungsfeld zwischen öffentlich-rechtlichem Versorgungs- und Verwaltungsauftrag und kassenindividuellen Marketingstrategien zur Positionierung im Wettbewerb.



Abbildung 3: Wettbewerb in der GKV

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an IGES 2015.

Abbildung 3: Wettbewerb in der GKV⁹

Abbildung 4 illustriert zentrale Steuerungsprobleme in der GKV. Die 80/20-Regel besagt, dass 20 % der Versicherten 80 % der Leistungen beanspruchen. Das sind die älteren, multimorbiden chronisch kranken Patienten, die von ihrer Krankenkasse eine gute Versorgung erwarten. Im Umkehrschluss heißt das aber auch, dass 80 % der Versicherten weitgehend gesund sind und ihre Krankenkasse nicht nach Versorgungsaspekten, sondern ausschließlich nach dem Preis beurteilen. Unter den geltenden Finanzierungsbedingungen kann es sich eine Krankenkasse nicht

⁹ Eigene Darstellung in Anlehnung an IGES 2015.

leisten, nur Versorgung für die 20 % der „Kranken“ anzubieten, sie würde wirtschaftlich nicht am Markt bestehen bleiben, da die „Gesunden“ zu einer preiswerteren Kasse wechseln. Sie muss daher immer auch ihren Preis (allgemeiner Beitragssatz und Zusatzbeitragssatz) im Auge behalten, um die preisbewussten Versicherten nicht zu verlieren.

Unter diesen Rahmenbedingungen scheitern gute Versorgungsangebote auch daran, dass sie als zusatzbeitragssatzrelevant angesehen werden. Aus dieser Situation wird es nur ein Entkommen geben, wenn sich die GKV stärker in Richtung eines Qualitätswettbewerbs bewegt und Preis-Leistungs-Vergleiche von individualisierten Versorgungsangeboten stattfinden können. Zurzeit findet eine intensive Diskussion über planungsrelevante Qualitätsindikatoren im Bereich der GKV statt.

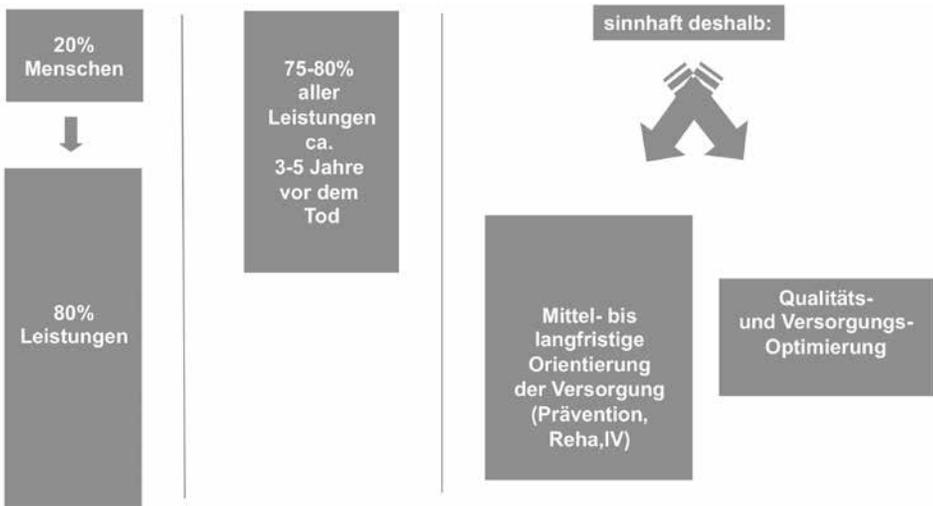


Abbildung 4: Solidarischer Wettbewerb in der GKV

Quelle: Rebscher 2017.

4

Abbildung 4: Solidarischer Wettbewerb in der GKV¹⁰

¹⁰ Vgl. Rebscher und Walzik 2015.

3. Wettbewerbskennzahlen

Gegenwärtig sind 86,1 % der Bevölkerung in der GKV versichert, 10,7 % in der PKV, die verbleibenden 3,2 % verfügen über einen sonstigen Versicherungsschutz (vgl. Abbildung 5). Innerhalb der GKV vereinen die Ersatzkassen (vdek: Verband der Ersatzkrankenkassen) 37,4 % der GKV-Versicherten. Die Ersatzkassen bieten ihre Verträge bundesweit an und können daher eine Mischkalkulation zwischen günstigen und teuren Regionen vornehmen. Auf die Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK) entfallen 35,3 % der GKV-Versicherten. Unter dem Namen AOK bestehen derzeit in Deutschland elf rechtlich selbständige Krankenkassen, die sich keine Konkurrenz machen, bei denen insgesamt mehr als 26,3 Mio. Menschen, also rund ein Drittel der deutschen Bevölkerung, versichert sind. An dritter und vierter Stelle liegen die Betriebskrankenkassen (BKK) und die Innungskrankenkassen (IKK), die überwiegend regional oder sogar lokal tätig sind und weniger Möglichkeiten für eine Mischkalkulation besitzen.¹¹

Krankenversicherungsschutz der Bevölkerung Versicherte in der GKV Zahl der Krankenkassen

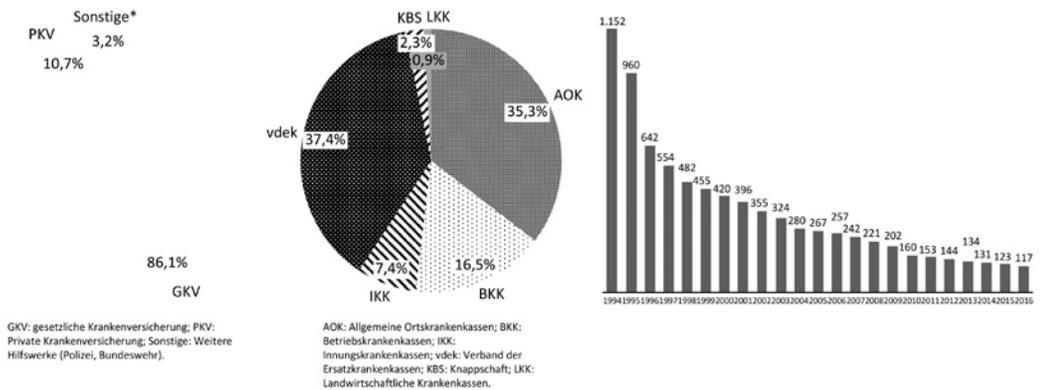


Abbildung 5: Versicherungsschutz der Bevölkerung in Deutschland 2016

Quelle: vdek 2018.

Abbildung 5: Versicherungsschutz der Bevölkerung in Deutschland 2016¹²

11 Auf die Knappschaft (Bergleute) und die Landwirtschaftliche Krankenkasse sei an dieser Stelle nur verwiesen. Da die vorherrschenden Bedingungen sich deutlich von den anderen Kassenarten unterscheiden, werden sie nicht weiter untersucht.

12 Vgl. vdek 2018.

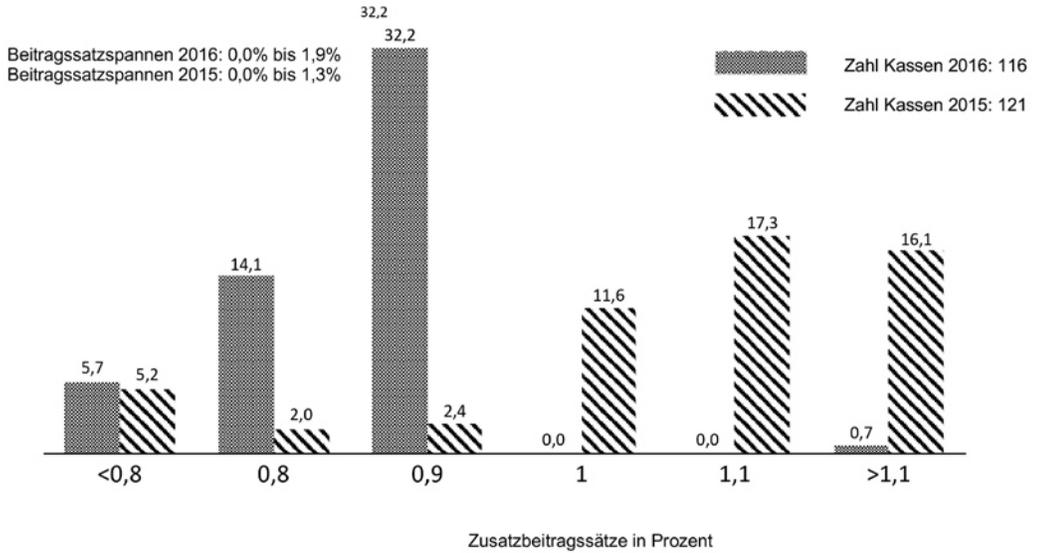
In der GKV findet seit 14 Jahren ein signifikanter Konzentrationsprozess statt. Im Jahr 1994 gab es noch 1.152 Krankenkassen, 2016 waren es noch 117. In vielen Fällen sind durch die Zusammenschlüsse kleine Krankenkassen vom Markt verschwunden, so dass die Auswirkungen auf die Marktkonzentration nicht immer eindeutig ausfallen. Zur Bewertung der Marktkonzentration kann der Herfindahl-Hirschman-Index (HHI) herangezogen werden, für den folgende Richtwerte gelten:

- $20 \text{ HHI} < 15 \%$: unkonzentrierter Markt
- $15 \% < \text{HHI} < 25 \%$: moderate Konzentration
- $\text{HHI} > 25 \%$: hohe Konzentration.

Im Jahr 2009 lag der HHI für die gesetzlichen Krankenkassen bei 4,62 %, er stieg bis zum Jahr 2015 auf 6,10 % an und sank im Jahr 2016 auf 6,01 %. Damit wäre der GKV-Markt als unkonzentrierter Markt zu bezeichnen. Ursächlich für den Anstieg bis zum Jahr 2015 dürfte der Rückgang der Zahl der Krankenkassen gewesen sein, der Anstieg im Jahr 2016 dürfte auf die Zunahme der Versichertenzahlen zurückzuführen sein.

Für die Bewertung kommt es allerdings auch auf die Betrachtung der Länderebene an. In den Ländern sind überwiegend die AOKen führend. Betrachtet man daher den HHI auf Länderebene, zeigt sich, dass der HHI in keinem Land unter 10 % liegt, die geringste Konzentration weisen Länder wie Hamburg, Rheinland-Pfalz und das Saarland mit einem HHI unter 14 % auf, die höchste Werte finden sich in Sachsen mit einem HHI von über 30 %. Diese Werte deuten auf eine hohe Konzentration und damit auch auf Marktmacht, insbesondere der Ortskrankenkassen, bei einer stärker regionalen Analyse hin.

Als Wettbewerbsparameter dient auch der Zusatzbeitrag, den eine Kasse individuell erheben muss. Falls die morbiditätsadjustierten Durchschnittszuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nicht ausreichen, muss eine Krankenkasse einen Zusatzbeitragssatz erheben, um ihre Bilanz auszugleichen. Über den Zusatzbeitragssatz stehen die Krankenkassen im Wettbewerb. Das gilt zumindest für die guten Risiken, d.h. die Versicherten ohne größere Erkrankungen, die preissensitiv sind. Abbildung 6 zeigt die Verteilung der Krankenkassen auf die unterschiedlichen Zusatzbeitragssätze für die Jahre 2015 und 2016. Im Jahr 2015 reichte die Beitragssatzspanne von 0 % bis 1,9 %, 2016 nur noch bis 1,3 %. Wenn eine Krankenkasse einen Zusatzbeitragssatz von 1,9 % erhebt, erscheint sie am Markt mit einem Beitragssatz in Höhe von 16,5 %, da der Zusatzbeitragssatz von 1,9 % auf den allgemeinen Beitragssatz addiert wird, der für alle gleich ist (14,6 %). Entsprechend wird ein Zusatzbeitragssatz von 1,3 % zu einem Beitragssatz am Markt in Höhe von 15,9 %.



Quelle: vdek 2018.

Abbildung 6: GKV-Zusatzbeitragssätze nach Zahl der Krankenkassen in Prozent, 2015 und 2016¹³

Eine intensiv diskutierte Frage lautet in diesem Zusammenhang, ob die Beitragssatzunterschiede auf Unterschiede in der Qualität des Managements beruhen oder ob sie nicht überwiegend durch die Ausgestaltung des Morbi-RSA bedingt sind, die möglicherweise einzelne Kassenarten privilegiert und andere diskriminiert.

¹³ Vgl. vdek 2018.

4. Morbi-RSA

Eine zentrale Rolle in der wettbewerblichen Ausrichtung der GKV spielt die Sicherstellung fairer und gleicher Chancen im Wettbewerb unter den gesetzlichen Krankenkassen und die Vermeidung von Risikoselektion zu Lasten der Versicherten. Dies erfolgt durch einen Risikostrukturausgleich (RSA), der die finanziellen Auswirkungen der unterschiedlichen Versichertenstrukturen ausgleichen soll. Im Jahr 1993 führte der Gesetzgeber mit dem RSA einen umfassenden Ausgleich der Risikostrukturen von Versicherten in unterschiedlichen Krankenkassen ein, allerdings noch ohne eine direkte Morbiditätsorientierung.

Die direkte Morbiditätsorientierung (Morbi-RSA) erfolgte im Jahr 2009 zeitgleich mit dem Gesundheitsfonds. Der Morbi-RSA gleicht aktuell neben den bereits im ersten RSA vorhandenen Merkmalen Einkommen, Alter, Geschlecht und Erwerbsminderung auch die Einstufung in gesund und krank aus, d.h., er besitzt nun einen direkten Morbiditätsbezug durch die Berücksichtigung von 80 Krankheiten, für deren Auswahl aus den insgesamt rund 360 Krankheiten die Kriterien schwerwiegender Verlauf, chronisch, kostenintensiv und Überschreiten eines Schwellenwerts dienen.¹⁴ Die Zuordnung eines Versicherten zu einer Morbiditätsgruppe stützt sich im Klassifikationsmodell in erster Linie auf ambulante und stationäre Diagnosen. Zu ihrer Validierung können Arzneimittelverordnungen dienen. Während die Krankenhausdiagnosen unmittelbar zu einer Zuordnung führen, gilt für Diagnosen aus der vertragsärztlichen Versorgung das sogenannte M2Q-Kriterium. Es setzt für die Zuordnung zu einer Morbiditätsgruppe voraus, dass zwei Diagnosen derselben Krankheit aus mindestens zwei unterschiedlichen Abrechnungsquartalen vorliegen müssen.

Die Krankenkassen erhalten aus dem Gesundheitsfonds Zuweisungen zur Finanzierung ihrer Ausgaben. Dabei ist zwischen

- Zuweisungen zur Deckung von Pflichtleistungen einer Krankenkasse,
- Zuweisungen für Satzungs- und Mehrleistungen,
- Zuweisungen für Aufwendungen zur Entwicklung und Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme und
- Zuweisungen zur Deckung von Verwaltungskosten

¹⁴ Im Sinne des Morbi-RSA werden Krankheiten über Einzeldiagnosen von Ärzten definiert. Eine Krankheit setzt sich dabei aus mehreren Einzeldiagnosen zusammen, die sich aus medizinischer Sicht ähneln. Auf diesem Wege werden rund 16.000 mögliche Einzeldiagnosen der International Classification of Diseases (ICD-10-GM) zu insgesamt mehr als 360 Krankheiten zusammengefasst. Aus diesen werden 80 Krankheiten ausgewählt. Ursprünglich sah der Gesetzgeber für eine Übergangsphase 50 bis 80 Krankheiten in der Auswahl vor, es waren jedoch von Anfang an schon 80 Krankheiten.

zu unterscheiden. Die Zuweisungen für Pflichtleistungen werden dabei durch den Morbi-RSA angepasst, um dem unterschiedlichen Versorgungsbedarf der Versicherten einer Krankenkasse Rechnung zu tragen. Sie bilden den Kern des Morbi-RSA. Der Morbi-RSA stellt auf indirektem Weg somit die für den Wettbewerb erforderliche Risikoäquivalenz her. Um einen Finanzausgleich mit seinen Ineffizienzen zu vermeiden, erhalten die Krankenkassen aus dem Gesundheitsfonds nicht ihre tatsächlichen Ausgaben, sondern standardisierte Zuweisungen in Höhe des Bundesdurchschnitts. Der angestrebte Wettbewerb in der GKV dient insbesondere der Suche nach besseren Versorgungslösungen und sollte daher vor allem ein Vertragswettbewerb und Qualitätswettbewerb, aber kein Preiswettbewerb sein¹⁵. Ohne einen Risikostrukturausgleich bleibt der Beitragssatz- und damit der Preiswettbewerb in der GKV das dominierende Wettbewerbskriterium, und der Wettbewerb um Qualität hat letztlich keine Chance.

Der technische Kern der Wahlfreiheit ist dabei der Morbi-RSA¹⁶. Um einen zielorientierten Wettbewerb zwischen den Krankenkassen zu ermöglichen, benötigt man den Morbi-RSA. Hätte man unmittelbar nach dem GSG im Jahr 1994 den Versicherten Wechselmöglichkeiten eröffnet, wären viele Krankenkassen vom Markt verschwunden, ohne dass man ihr Ausscheiden auf Ineffizienzen bei der Leistungsgewährung oder bei der Verwaltung hätte zurückführen können. Hauptgrund für das Ausscheiden wären die unterschiedlichen Risikostrukturen gewesen, die von den Krankenkassen aber nicht zu verantworten sind, sondern überwiegend historische Wurzeln besitzen.

Bei einem Blick auf die Kennzahlen für den Wettbewerb zwischen den Krankenkassen dominiert im deutschen GKV-System eine negative Abgrenzung von Wettbewerb im Sinne der „Vermeidung von Risikoselektion“ und eines „unfairen Wettbewerbs“.

Damit die unterschiedliche Versichertenstruktur (Alter, Geschlecht, Morbidität, beitragspflichtige Einnahmen, Anzahl der beitragsfrei Mitversicherten) zwischen den verschiedenen Krankenkassen nicht zu Wettbewerbsverzerrungen führt, sorgt der Morbi-RSA dafür, dass für die Krankenkassen annähernd gleiche Wettbewerbsbedingungen hergestellt werden.¹⁷

Die Bewertung der Güte des Morbi-RSA erfolgt daher überwiegend über individuelle und kollektive Gütekriterien wie Bestimmtheitsmaße (R2, adj. R2), mittlerer

15 Vgl. Rebscher 2015.

16 Vgl. Jacobs et al. 2002, Cassel et al. 2014.

17 Der Morbi-RSA wird auf der Finanzierungsseite durch einen vollständigen Ausgleich der Finanzkraft einer Krankenkasse ergänzt, so dass Lohn- und Gehaltsunterschiede zwischen den versicherten von Krankenkassen keine Rolle mehr spielen.

absoluter Vorhersagefehler (MAPE), Cummings-Vorhersagemaß (CPM) oder Deckungsbeiträge für Subgruppen als Messinstrumente für Risikoselektionsanreize und Chancengleichheit (vgl. Abbildung 7).

Versichertenindividuelle Kennzahlen

Bezeichnung	Ausgleichsjahr 2015
R ²	24,63%
CPM	23,94%
MAPE	2.201,24 €

Kassenbezogene Kennzahlen

Bezeichnung	Ausgleichsjahr 2015
MAPE _{KK_abs.}	49,28 €
MAPE _{KK_abs_gew}	39,73 €

Quelle: Drösler et al. 2018.

Abbildung 7: Kennzahlen Morbi-RSA Status quo (2015)¹⁸

Das entspricht der Annahme, dass Krankenkassen Risikoselektion über relevante Versicherte und Versichertengruppen betreiben. Der gegenwärtige RSA erklärt 24,6 % der Varianz im System; das ist im internationalen Vergleich ein hoher Wert und deutet darauf hin, dass Deutschland über einen sehr ausdifferenzierten Risikoausgleich verfügt. Aufgrund des hohen Einflusses von Zufallsprozessen bei den Gesundheitsausgaben ist man lange davon ausgegangen, dass ein Wert von 20 % eine hohe Erklärungskraft widerspiegelt. Das CPM-Maß (Cumming's Predictive Measure) erlaubt eine vergleichbare Interpretation, ihm liegen aber absolute Abweichungen zugrunde. Da das CPM-Maß wiederum ein standardisiertes Maß ist, liegt es ebenfalls zwischen 0 und 1. Das dritte Gütemaß ist der mittlere absolute Prognosefehler (MAPE), der weniger stark auf Ausreißer reagiert und in Euro angegeben wird. Der mittlere absolute Prognosefehler gibt den durch-

¹⁸ Vgl. Drösler et al. 2018.

schnittlichen Abstand zwischen dem durch das Klassifikationsmodell geschätzten und dem tatsächlichen Wert an. Beim Morbi-RSA beläuft er sich auf 2.201,24 €.

Auf der Ebene der Krankenkassen zeigt sich ein höherer MAPE-Wert, da das Modell grundsätzlich für die Ebene der Versicherten und Versichertengruppen konzipiert ist und eine Aggregation auf der Ebene der Krankenkassen den Prognosefehler erhöht. Eine Gewichtung anhand der Versichertenzahlen einer Kasse verbessert die Güte des Modells, d.h., sie senkt den MAPE-Wert etwas ab.

In jüngster Zeit werden die Rufe nach einer umfassenden Reform des Morbi-RSA lauter. Insbesondere die verschiedenen Verbände der Krankenkassen und auch einzelne Bundesländer haben mittels Gutachten umfangreichen Reformbedarf vorgebracht.¹⁹ Die Kritiker des gegenwärtigen Ausgleichssystems bemängeln, dass der heutige Morbi-RSA es nicht schafft, für faire Wettbewerbsbedingungen in der GKV zu sorgen, und betonen, dass die Verteilungswirkungen des Morbi-RSA zu einer Ungleichbehandlung der Kassenarten führen.

Die AOK-Gemeinschaft (2016) betont in ihrem Positionspapier den Beitrag des Morbi-RSA zu sozialpolitischen Zielen und findet eine Änderung des Morbi-RSA nur dann angemessen, wenn die messbare Zielgenauigkeit des Morbi-RSA auf der Ebene von Versicherten und Versichertengruppen steigt, das heißt, dass Risiko-selektionsanreize zu Lasten bestimmter Versichertengruppen weiter reduziert bzw. idealerweise ausgeschlossen und Wirtschaftlichkeitsanreize gestärkt werden.

Von anderen Akteuren wird in Frage gestellt, ob alle Krankenkassen in diesem Wettbewerb faire Ausgangsvoraussetzungen haben. Als Hintergrund dieser Kritik sind uneinheitliche Rahmenbedingungen zu nennen. So sind die Erstreckungsbereiche der einzelnen Krankenkassen unterschiedlich groß. Die Marktkonzentration der AOKen ist in den einzelnen Bundesländern sehr hoch. Ob es zur Sicherstellung der Funktionsfähigkeit des Wettbewerbs einer stärkeren Berücksichtigung regionaler Unterschiede bedarf, wurde in verschiedenen Gutachten, auch zwei Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs, untersucht.²⁰ Das System ist höchst fordernd, wie allein die komplexen Regelungen der Diagnose-Auswahl, -Gruppierung und -Validierung bei den einbezogenen Krankheiten zeigen.

19 Vgl. SVR-G 2015; IGES/Glaeske 2016; Wasem et al. 2016,1 und 2016,2; IGES/Glaeske/Greiner 2015; Häckl et al. 2016; Ulrich/Wille 2014 und Ulrich/Wille/Thüsing 2016.

20 Vgl. Drösler et al 2017 und 2018.

Die zentralen Ergebnisse dieser Gutachten können an dieser Stelle nur stichwortartig erwähnt werden, es liegen entsprechende Kurz- und Langfassungen zur intensiveren Lektüre vor. Hier die wichtigsten Stichwörter des ersten Gutachtens zur Weiterentwicklung des Morbi-RSA:

- Maßnahmen gegen Risikoselektion, Kodieranreize und Manipulation
- Änderungen bei Aufsicht und Haftung
- Übergang von einem Modell mit 80 zu einem Vollmodell mit 360 Krankheiten
- Einführung von Altersinteraktionstermen zur besseren Abbildung der Morbidität.

Im Mittelpunkt des zweiten Gutachtens stehen regionale Versorgungsunterschiede und die Frage, ob und in welchem Ausmaß diese im Morbi-RSA berücksichtigt werden sollen. Die Versorgung der Versicherten ist innerhalb Deutschlands unterschiedlich teuer. Gerade in Ballungszentren, wo es beispielsweise Universitätskliniken und eine hohe Facharztdichte gibt, zahlen die Krankenkassen für die Behandlung deutlich mehr als auf dem Land. Der Beirat bestätigt in seinen empirischen Analysen, dass der Morbi-RSA die regionalen Kostenunterschiede bislang nicht ausreichend berücksichtigt, da er nur 60 % der regionalen Unterschiede in der Morbidität ausgleicht. So bestehen Deckungsunterschiede von bis zu 600 Euro pro Versicherten. Damit besteht sicherlich Handlungsbedarf, da es zu regionaler Risikoselektion und Wettbewerbsverzerrungen kommen kann. Die Aufnahme einer Regionalkomponente in den Morbi-RSA könnte die vom Bundesdurchschnitt abweichenden regionalen Kostenniveaus ausgleichen. Das wäre ein geeignetes Instrument in den Fällen, in denen die Krankenkassen die Einflussgrößen nicht selbst steuern können. Als Alternative wird diskutiert, den Krankenkassen eine regionale Differenzierung der Zusatzbeiträge vorzuschreiben, falls die Einflussgrößen von den Krankenkassen gestaltet werden können. Da die regionale Komponente keinen Ist-Ausgleich darstellt, ist auch das Gegenargument der Zementierung teurer städtischer Strukturen nicht überzeugend. Das soll durch die Aufnahme von zehn Regionalmerkmalen erfolgen, die direkt in den bestehenden Morbi-RSA integriert werden. Damit ließen sich 75 % der regionalen Ausgabenvarianz erfassen.

Wenn man mit einer Reformmaßnahme im RSA über die Ebene der Versicherten hinausgeht und auch die Effekte auf die Krankenkassen oder sogar die Kassenarten untersucht, kommt man politisch aber nicht umhin abzuwägen, ob man nicht auch kompensierende Maßnahmen im Sinne eines Reformpakets ergreifen sollte. Das Ganze ist weniger ein Problem mangelnder wissenschaftlicher Erkenntnisse als vielmehr den Schwierigkeiten der politischen Umsetzung im föderalen

System unterschiedlicher Interessenslagen geschuldet. Wer durch die geplanten Reformen gewinnt bzw. verliert, ist allen Beteiligten hinreichend bekannt, entsprechend schwierig und komplex ist die Zerschlagung des gordischen Knotens „Morbi-RSA-Reform“, auch wenn sie isoliert betrachtet Zustimmung erfährt.

Allerdings hängen nicht alle aktuellen Probleme der Krankenkassen ausschließlich mit dem Morbi-RSA zusammen. Selbst ein perfekter Morbi-RSA stößt an Grenzen, wenn der Gesetzgeber den Krankenkassen nicht genügend Handlungsparameter an die Hand gibt, insbesondere im Vertragsgeschäft auf dem Versicherungs- und Leistungsmarkt. Das IGES Institut schlug in einem Gutachten das Konzept der „ergänzenden Selektivität“ vor.²¹ Die Ausgestaltung des Vertragskontextes harmonisiert wettbewerbliche Freiheitsgrade mit einer Kultur der Evaluation und der Weiterentwicklung der GKV-Zielsetzung, die populationsorientierte Versorgung zu verbessern. Das Konzept setzt auf einen zielgenauen Morbi-RSA, um den heutigen, in erster Linie preisgesteuerten Krankenkassenwettbewerb durch einen Wettbewerb um bessere Versorgungslösungen zu ersetzen.²²

Insgesamt gesehen gibt es nicht die eine Reform, die alle Probleme, Fehlstellungen und Ungerechtigkeiten löst. Der Morbi-RSA ist ein lernendes System, eine notwendige, aber keine hinreichende Voraussetzung für den Wettbewerb zwischen den Krankenkassen. Letztlich ist er kein Selbstzweck, sondern muss sich umsetzen lassen in eine bessere Versorgung der Patienten/Versicherten. Auch in Zukunft muss der Finanzausgleich ständig weiterentwickelt werden, wenn die Politik das Thema Wettbewerb in der GKV weiterverfolgen möchte. Dann müssen weitere Schritte erfolgen, auch außerhalb des Morbi-RSA (Aufsicht, Manipulationsanfälligkeit, Haftung, Kodierrichtlinien). Alleine kann der Risikostrukturausgleich einen solidarischen Wettbewerb im System der GKV nicht absichern bzw. ermöglichen. Auch wenn die Gesundheitspolitik vor schwierigen Entscheidungen steht, wird der eingeschlagene wettbewerbliche Weg im deutschen Gesundheitswesen nicht ernsthaft in Zweifel gezogen. Dazu bringt er seit seiner Einführung im Jahr 1993 doch eine starke Dynamik in ein verkrustetes System.

21 Vgl. Albrecht et al. 2015.

22 Vgl. Rebscher und Walzik 2015.

Literatur

- Albrecht, M., Neumann, K. und Nolting, H.-D. (2015): IGES-Konzept für einen stärker versorgungsorientierten Wettbewerb in der Gesetzlichen Krankenversicherung, in: Rebscher, H. (Hrsg.), Update: Solidarische Wettbewerbsordnung, medhochzwei Verlag, Heidelberg, S. 14-54.
- AOK Gemeinschaft (2016): Vorschläge für eine systematische Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs, Positionen der AOK-Gemeinschaft, Berlin, Oktober 2016.
- BKK DV – Dachverband der Betriebskrankenkassen (2016): Finanzausgleich neu justieren, Stellschrauben im Morbi-RSA, Sondergruppen im Fokus, Berlin, www.bkk-dachverband.de.
- Blenk, T., Knötig, N. und Wüstrich, T. (2016): Die Rolle des Wettbewerbs im Gesundheitswesen. Erfahrungen aus Deutschland, den Niederlanden und der Schweiz, Friedrich-Ebert-Stiftung (WISO Diskurs), Bonn, www.fes.de/wiso.
- Bundesversicherungsamt (2018): Sonderbericht zum Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung, Bonn, www.bundesversicherungsamt.de.
- Cassel, D., Jacobs, K. (2006): Reformoption Vertragswettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung, in: Wirtschaftsdienst 86, S. 285.
- Cassel D et al. (2008): Vertragswettbewerb in der GKV – Möglichkeiten und Grenzen vor und nach der Gesundheitsreform der Großen Koalition. Bonn: Wissenschaftliches Institut der AOK, www.wido.de.
- Cassel, D. et al. (Hrsg.) (2014): Solidarische Wettbewerbsordnung - Genese, Umsetzung und Perspektiven einer Konzeption zur wettbewerblichen Gestaltung der gesetzlichen Krankenversicherung, medhochzwei, Heidelberg.
- Cassel D, Jacobs K (2015): Mehr Versorgungsinnovationen – aber wie? Innovationswettbewerb statt Innovationsfonds in der GKV-Gesundheitsversorgung. Recht und Politik im Gesundheitswesen (RPG), Jg. 21, Heft 3, 55–68.
- Drösler et al. (2017): Sondergutachten zu den Wirkungen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs, erstellt durch den Wissenschaftlichen Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs beim Bundesversicherungsamt im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, www.bundesversicherungsamt.de.
- Drösler et al. (2018): Gutachten zu den regionalen Verteilungswirkungen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs erstellt durch den Wissenschaftlichen Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs beim Bundesversicherungsamt im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, www.bundesversicherungsamt.de.
- Enthoven AC (1993): The History and Principles of Managed Competition. Health Affairs, Vol. 12, Suppl. 1, 24–48.
- Fink, U. et al. (Hrsg.) (2014): Solidarität und Effizienz im Gesundheitswesen - ein Suchprozess, medhochzwei, Heidelberg.

- Häckl, D. et al. (2016): Verbesserung der Deckungsquoten im Krankengeld Eine Analyse auf Basis von Daten der gesetzlichen Krankenversicherung, Gutachten WIG2, IGES, Berlin, www.wig2.de.
- Hess, R. et al. (2018): Einheitliche Vergütung im dualen Krankenversicherungssystem? Zur Diskussion einer Einheitlichen Gebührenordnung für Ärzte (EGO), in: Recht und Politik im Gesundheitswesen (RPG), Band 24(2), S. 27-38.
- Jacobs, K. et al. (2002): Zur Wirkung des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung – Eine Untersuchung im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit – Endbericht, www.iges.com.
- Knieps, F. (2016): Gesundheitspolitik zwischen Wettbewerb, Selbstverwaltung und staatlicher Steuerung – Versuch einer Bilanz der Gesundheitsreformen seit 1989, Spreestadtforum, Berlin, www.bkk-dachverband.de.
- Krueger, A. (1974): The Political Economy of the Rent-Seeking Society. In: American Economic Review (AER), 64(3), S. 291–303.
- Monopolkommission (2017): Sondergutachten Nr. 75: Stand und Perspektiven des Wettbewerbs im deutschen Krankenversicherungssystem, www.monopolkommission.de.
- Nachtigal, G. (2008): Chancen und Grenzen des Wettbewerbs, in: Schumpelick, V. und Vogel, B. (Hrsg.): Medizin zwischen Humanität und Wettbewerb: Probleme, Trends und Perspektiven; Beiträge des Symposiums vom 27. bis 30. September 2007 in Cadenabbia im Auftrag der Konrad-Adenauer-Stiftung e.V., Herder, Freiburg et al., S. 201-205.
- Paquet, R. (2011): Vertragswettbewerb in der GKV und die Rolle der Selektivverträge. Nutzen und Informationsbedarf aus der Patientenperspektive, Friedrich-Ebert-Stiftung (WISO-Diskurs); Bonn, www.fes.de/wiso.
- Rebscher, H. und Walzik, E. (2015): Solidarische Wettbewerbsordnung – Der Diskussionsprozess um ein Allokationsinstrument für die Gesundheitsversorgung, in: Rebscher, H. (Hrsg.), Update: Solidarische Wettbewerbsordnung, medhochzwei Verlag, Heidelberg, S. 1-13.
- SVR-G - Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2012): Sondergutachten 2012. Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationäre Gesundheitsversorgung, www.svr-gesundheit.de.
- SVR-G - Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2015): Krankengeld-Entwicklung, Ursachen und Steuerungsmöglichkeiten. Sondergutachten 2015, Bonn/Berlin, im Dezember 2015, www.svr-gesundheit.de.
- Tullock, G. (1967): The Welfare Costs of Tariffs, Monopolies, and Theft, in: Western Economic Journal, 5(3), S. 224–232.
- Wasem, J. und Höfinghoff, K. (2013): Mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen – Potenziale, Ansatzpunkte, Fallstricke, Universität Duisburg-Essen, Working Paper 2, Stiftung Marktwirtschaft, Duisburg-Essen, Berlin, www.stiftung-marktwirtschaft.de.
- Wissenschaftlicher Beirat beim Bundesministerium der Finanzen (2018): Über- und Fehlversorgung in deutschen Krankenhäusern. Gründe und Reformoptionen, www.bundesfinanzministerium.de.

- Ulrich, V. und Wille, E. (2014): Zur Berücksichtigung einer regionalen Komponente im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA), Endbericht für das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (StMGP), Bayreuth und Mannheim, im September 2014.
- Ulrich; V., Wille, E. und Thüsing, G. (2016): Die Notwendigkeit einer regionalen Komponente im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich unter wettbewerbsspolitischen und regionalen Aspekten, Gutachten für das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (StMGP), Bayreuth, Mannheim und Bonn, im Juni 2016.
- vdek – Verband der Ersatzkrankenkassen (2016): vdek-Positionen „Faire Wettbewerbsbedingungen schaffen“, beschlossen in der Mitgliederversammlung des vdek am 20.07.2016, aktualisiert 09.02.2017, Berlin.
- vdek – Verband der Ersatzkrankenkassen (2018): Basisdaten zum Gesundheitswesen, Berlin, www.vdek.com.
- Wasem, J. et al. (2016,1): Gutachten zu Zuweisungen für Auslandsversicherte nach § 269 Abs. 3 SGB V i. V. m. § 33 Abs. 4 RSAV, Endbericht, Universität Duisburg Essen.
- Wasem, J. et al. (2016,2): Gutachten zu Zuweisungen für Krankengeld nach § 269 Abs. 3 SGB V i. V. m. § 33 Abs. 3 RSAV, Endbericht, Universität Duisburg Essen.

Mag. Katharina Wieser

Wissenschaftliche Mitarbeiterin, Linzer Institut für Gesundheitssystem-Forschung LIG

Krankenkassen, Versorgung und Qualität: eine Rundschau

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Text immer nur die männliche Form verwendet, auch wenn beide Geschlechter gemeint sind.

1. Krankenversicherung und Gesundheit	152
2. Niederlande	157
3. Schweiz	161
4. USA	167
Literaturverzeichnis	172

Die Qualität in der Gesundheitsversorgung ist mit Sicherheit ein sehr wichtiger Punkt in den Agenden aller politischen Verantwortungsträger Europas. Wie sich diese Qualität allerdings mit Hilfe des Krankenversicherungssystems sicherstellen bzw. verbessern lässt, ist weder simpel noch gibt es für alle Systeme die gleiche Antwort. Dieser Beitrag stellt beispielhaft die Praxis dreier Länder vor, die mit Hilfe der Krankenversicherung Qualität zu fördern versuchen, und spricht auch an, welche Hindernisse dabei bestehen.

1. Krankenversicherung und Gesundheit

Gesundheit ist ein Gut, das für das Individuum unschätzbar wertvoll ist. Doch was ist Gesundheit überhaupt? Im Gegensatz zu früheren Definitionen ist man sich heute einig, dass Gesundheit viel mehr ist als die bloße Abwesenheit von Krankheit. Die WHO definierte 1948 Gesundheit als einen „... *Zustand völligen psychischen, physischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen.*“¹ Spätestens beim Lesen dieser Definition wird klar, dass Gesundheit nicht alleine vom Gesundheitswesen hergestellt werden kann, sondern dass sich das Thema vielmehr durch alle Lebensbereiche zieht. „Health in all policies“ lautet daher heute die Devise, denn (un)gesunde Lebensweisen, soziale Beziehungen, Bildung, Umwelteinflüsse, Arbeitsbedingungen und vieles mehr begründen wesentlich unseren Gesundheitszustand mit. Das Gesundheitswesen ist nur einer von vielen Aspekten, die Gesundheit „erzeugen“. Rosenbrock geht aus diesem Grund davon aus, dass sich der Einfluss des Gesundheitswesens auf die Lebenserwartung lediglich bei 20 bis 30 % bewegt.²

Bei anderen Kennzahlen fällt der Einfluss des Gesundheitssystems jedoch sicher dramatisch höher aus, wie etwa bei den Überlebensraten von Krebserkrankungen oder nach einem Schlaganfall. Aber welchen Einfluss hat die Krankenversicherung auf gesundheitliche Aspekte, zumal Gesundheitsleistungen im Wesentlichen nicht von ihr erbracht, sondern nur durch sie finanziert werden?! Sicher sind die Krankenversicherungen bzw. ihre gesetzlichen Grundlagen kausal dafür verantwortlich, inwieweit Leistungen des Gesundheitswesens – im Sinne von Leistbarkeit, Verfügbarkeit und Verteilungsgerechtigkeit – für die Bevölkerung zugänglich sind. Also welche Personen versichert sind und in welchem Umfang dieser Versicherungsschutz greift, aber auch in welcher Quantität Leistungen angeboten werden und wie dieses Angebot regional verteilt ist.

In den Ländern der EU ist der Schutz durch die Krankenversicherung sehr hoch – in den meisten Mitgliedsstaaten umfasst er über 99 % der Bevölkerung. Eine andere Frage ist jedoch, welche Leistungen von der gesetzlichen Krankenversicherung abgedeckt werden und ob diese zur Gänze bezahlt werden oder ob zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme irgendeine Form von Selbstbeteiligung fällig wird. Zwei Indizien für diese Fragen stellen die Out-of-pocket-Zahlungen und der An-

1 Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (2018)

2 Rosenbrock (2001), S. 753ff

teil unbefriedigten Behandlungsbedarfes dar. Die folgenden Abbildungen zeigen, dass wir in Österreich zwar hohe Out-of-pocket-Zahlungen aufweisen, dafür aber den zweitgeringsten Wert für unbefriedigten Behandlungsbedarf vorzeigen können. Auch die in diesem Beitrag später behandelten Länder Niederlande, Schweiz und USA weisen hohe Selbstzahlungen im Gesundheitswesen auf, genau wie in Österreich bei hohem Bruttoninlandsprodukt.

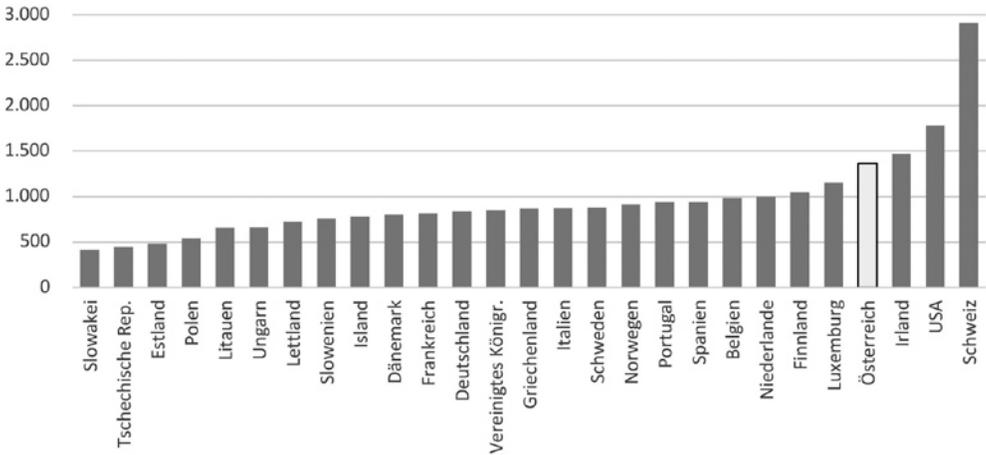


Abbildung 1: Out-of-pocket-Zahlungen in US-Dollar pro Kopf 2016 (zu aktuellen Preisen, kaufkraftbereinigt)³

3 Quelle: OECD.stat, Health expenditure and financing

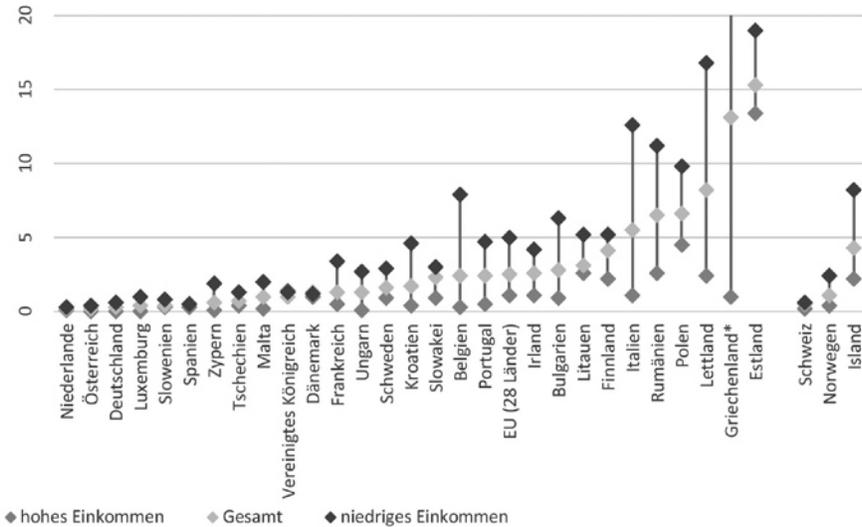


Abbildung 2: Bevölkerungsanteil mit unerfülltem Behandlungsbedarf wegen Finanzierung, Entfernung oder Wartezeit nach Einkommen nach Einkommen 2016 in Prozent⁴

Zum unerfüllten Behandlungsbedarf muss festgehalten werden, dass sich dieser nicht nur aus finanziellen Gründen (zu kostspielig) ergibt, sondern auch aufgrund von fehlenden adäquaten Behandlungsmöglichkeiten in der näheren Umgebung des Patienten oder einer zu langen Wartezeit auf einen Termin. Betrachtet man diese drei Dimensionen einzeln, so wird etwa für Estland, Finnland und Polen erkennbar, dass der unerfüllte Behandlungsbedarf hauptsächlich auf Zugangsschwierigkeiten hinsichtlich langer Wartelisten zurückzuführen ist, während in Griechenland, Rumänien, Lettland und Italien die Leistbarkeit das Hauptproblem darstellt. Der Anfahrtsweg zur Behandlungsstelle scheint hingegen in ganz Europa ein nur sehr geringes Hindernis zu sein. Für Österreich, die Schweiz und die Niederlande sind keine auffälligen Unterschiede in den einzelnen Dimensionen erkennbar, der unerfüllte Behandlungsbedarf ist in allen drei Punkten sehr gering. In den USA liegt der unerfüllte Behandlungsbedarf aufgrund niedrigerer Versichertenzahlen und höherer Selbstzahlungen um einiges höher. Zahlen der United Health Foundation (America’s Health Rankings) zeigen, dass 8,7 % aller Beschäftigten und 14,1 % aller Arbeitslosen im Jahr 2015/16 mindestens einmal eine notwendige medizinische Behandlung aus Kostengründen nicht in Anspruch nehmen konnten. Im einkommensschwächsten Teil der Bevölkerung (weniger als

4 EUROSTAT (2018)

\$ 25.000 pro Jahr) musste sogar rund ein Viertel wenigstens einmal im Jahr auf eine ärztliche Leistung verzichten, weil diese nicht leistbar war.⁵

Auf eine gute Zugänglichkeit des Gesundheitswesens können Krankenversicherungen im Rahmen etwaiger gesetzlicher Bestimmungen bedingt Einfluss nehmen. Auf die Dimensionen der Leistbarkeit insofern, indem sie einerseits einen Leistungskatalog definieren und damit festlegen, welche Leistungen von der sozialen Krankenversicherung übernommen werden und andererseits auch in welchem Umfang diese Leistungen bezahlt werden (Ausmaß der Zuzahlungen durch die Patienten). Auf Anreizezeiten und Wartelisten haben Krankenversicherungen durch die freie Auswahl ihrer Vertragspartner (Leistungserbringer), also auch deren Anzahl und geografische Lage, Einfluss. Aber auch die konkrete Vertragsgestaltung mit den Leistungserbringern kann Auswirkungen auf ein ausreichendes Angebot von Leistungen haben: Eine schlechte Abgeltung von Leistungen kann etwa zu einem geringeren Angebot führen. In Österreich und den meisten anderen europäischen Staaten existieren jedoch teils sehr enge gesetzliche Grundlagen, die einerseits den Spielraum der gesetzlichen Krankenkassen einschränken, andererseits aber auch ein gewisses Mindestmaß für die Zugänglichkeit zum Gesundheitssystem festlegen.

1.1. Wettbewerb und Qualität

In Ländern, in denen Träger der sozialen Krankenversicherung miteinander in Konkurrenz stehen – wie etwa in Deutschland, der Schweiz und den Niederlanden –, hat sich gezeigt, dass sich der Wettbewerb vornehmlich über den Preis abspielt. In erster Linie ist das deshalb der Fall, weil der Preis das am einfachsten messbare und offensichtlichste Kriterium für Versicherte darstellt. Blatter und Willisegger schreiben in diesem Zusammenhang über die Schweiz: *„Der Preiswettbewerb bezieht sich auf die Perspektive der Krankenversicherer, die sich aufgrund der aktuell fehlenden Transparenz und eingeschränkten Beeinflussbarkeit der medizinischen Leistungsqualität vorwiegend über möglichst tiefe Preise auf dem Markt behaupten müssen. Sie zielen aus ihrer betriebswirtschaftlichen Sicht im Rahmen von Tarifverhandlungen mit den Leistungserbringern darauf ab, dank dem Erwerb möglichst kostengünstiger medizinischer Leistungen und dem Realisieren möglichst hoher Rabatte ihre Ausgaben niedrig zu halten.“*⁶ Dasselbe Problem gibt es auch in Deutschland, wo zum Beispiel Prof. Dr. David Matusiewicz von einer *„ungewollten Dominanz des Preiswettbewerbs“* spricht und meint, dass

5 United Health Foundation (2018)

6 Blatter, Willisegger (2016), S. 16

der Wettbewerb um mehr Qualität in der Versorgung in den Hintergrund gerückt sei.⁷ Gleiches wird auch für die Niederlande berichtet: „...Hauptmotiv für diese Wechselbereitschaft scheint vor allem ein niedriger Beitrag zu sein.“⁸ Dieser Preiskampf wird mitunter auch mit Hilfe des Risikostrukturausgleichs geführt, wie auch eine Stellungnahme des Chefs der Techniker Krankenkasse Jens Baas im Jahr 2016 zeigte, der offen zugab, dass Patienten von den Kassen auf dem Papier kränker dargestellt werden als sie wirklich sind, um für sie mehr Geld zu erhalten.⁹ Schwächen im Risikostrukturausgleich verleiten Krankenkassen zur Risikoselektion, weil „gute“ Risiken geringere Kosten verursachen. Diese Art der Risikoselektion ist trotz des Kontrahierungszwangs¹⁰ der Versicherungen noch möglich, indem ganz gezielt junge und gesundheitsbewusste Bevölkerungsgruppen angesprochen werden. Hierfür werden Versicherungsangebote (z.B. Bezahlung von Fitnessuhren oder Yogakursen) und Werbemaßnahmen bewusst auf diese Gruppen zugeschnitten.¹¹

Unter dem Druck, vornehmlich Kosten niedrig halten zu müssen, um im Wettbewerb bestehen zu können, könnte es auch zu Problemen hinsichtlich der Qualitätsentwicklung kommen. Matusiewicz weist etwa darauf hin, dass regulierter Wettbewerb einer Strategie für Innovation (Produkt- und Prozessinnovation) bedarf, da diese ansonsten durch die Befürchtung notwendiger Preissteigerungen ausgebremst werden könnte.¹² Weiterentwicklungen in den Bereichen Qualität und Serviceleistung könnten dadurch in den Hintergrund gedrängt werden. Die Lösungen zu den Finanzierungsproblemen der Gesundheitssysteme müssen aber bei der Verbesserung der Behandlungserfolge und der Organisation der Gesundheitsversorgung gesucht werden. Und bei der Verbesserung der Behandlungsergebnisse könnten Krankenkassen eine wichtige Rolle spielen. Porter/Guth meinen dazu: „Konkurrieren Krankenkassen darum, Nutzen zu stiften, so wird schon allein durch die Existenz konkurrierender Kostenträger eine gewaltige Kraft zum Vorteil der Versicherten freigesetzt.“¹³ Wettbewerb bringt jedoch auch den Nachteil mit sich, dass die einzelnen Krankenversicherungsträger auf Werbung und Marketing angewiesen sind, um Versicherte zu gewinnen. Und das verursacht Kosten – Geld, das an anderer Stelle gut eingesetzt werden könnte. Es stellt sich also die Frage, ob die Vorteile des Wettbewerbs die Nachteile aufwiegen können. Wettbewerb zwischen Krankenkassen ist also nicht a priori wünschens-

7 Matusiewicz (2015), S. 23

8 Blenk et al (2016), S. 24

9 Vgl. Spiegel Online: TK-Chef gibt Mogelei bei Abrechnung zu. Bericht vom 09.10.2016.

10 Kontrahierungszwang: die Versicherung ist gesetzlich dazu verpflichtet, jede antragsstellende Person in die Versicherung aufzunehmen

11 Wolfgang Wodarg IN Rotschild (2017)

12 Matusiewicz (2015), S. 31

13 Porter, Guth (2012), S. 119f

wert, sondern sein Erfolg ist maßgeblich von den Rahmenbedingungen abhängig. Ob Wettbewerb eine höhere Qualität im Gesundheitswesen schafft und/oder Kosten reduziert, ist daher schwer generalisierbar und muss immer im Einzelfall betrachtet werden. Im Folgenden werden die Strategien zur Förderung von Qualität im Gesundheitswesen im Zusammenhang mit dem Krankenkassensystem von drei Ländern vorgestellt.

2. Niederlande

2.1. Krankenversicherungssystem

In den Niederlanden herrscht Versicherungspflicht. Bürger und Personen, die in den Niederlanden ein Einkommen beziehen, sind dazu verpflichtet, mindestens das Basispaket der Krankenversicherung abzuschließen. Dadurch sind 99,5 % der Niederländer von der obligatorischen Krankenversicherung erfasst.¹⁴ Der Umfang des Basispaketes der Krankenversicherung wird von der Regierung festgelegt und kann sich jährlich ändern. Über die Basisversicherung hinaus kann sich jeder Versicherte selbst entscheiden, ob und welche ergänzende Krankenversicherung er abschließen möchte. Diese kann je nach den persönlichen Bedürfnissen und Präferenzen variieren. Die Versicherung kann prinzipiell frei gewählt und einmal jährlich gewechselt werden. Für die Versicherer besteht im Basisvertrag Kontrahierungszwang.

Im Jahre 2017 verfügten 84 % der Versicherten über die Basisversicherung hinaus noch über eine private Zusatzkrankenversicherung. Diese dient einerseits zur Abdeckung von Behandlungen, die nicht durch die Basisversicherung gedeckt sind (z.B. zahnmedizinische Behandlungen, Physiotherapie), aber auch zur Übernahme von Selbsthalten. Zusatzversicherungen werden in den Niederlanden oft gemeinsam mit der Basisversicherung vom selben Versicherer als Kombination angeboten. Da bei der Zusatzversicherung kein Kontrahierungszwang besteht, bekommt die Risikoselektion in den Niederlanden so noch eine neue Dimension: „Schlechte Risiken“ könnten durch die Verweigerung einer Zusatzversicherung auch vom Abschluss der Basisversicherung bei einem Unternehmen absehen.

¹⁴ OECD (2016), S. 153

Der Nachweis, dass Risikoselektion bei den Versicherungen tatsächlich betrieben wird, haben van de Ven et al (2017) erbracht. Unabhängig davon wird auch die Wechselbereitschaft der Versicherten durch den gekoppelten Verkauf von Basis- und Zusatzversicherung geschmälert, da die Prämien der Zusatzversicherung bei Neuabschluss neu berechnet werden und daher steigen (zunehmendes Alter, schlechterer Gesundheitszustand). Besonders ältere und kranke Personen wechseln aus diesem Grund seltener die Versicherung – sowohl die Zusatz- als auch die Basisversicherung. Der sich daraus ergebende eingeschränkte Wettbewerb im Marktsegment der älteren und kränkeren Personen führt zu geringeren Anreizen der Versicherungen, die Versorgung für diese Gruppe zu verbessern.¹⁵

Die Finanzierung des Gesundheitswesens gründet in den Niederlanden auf mehreren Säulen: Zum Ersten auf einem einkommensabhängigen Beitrag von 6,65 %, der auf alle Einkommensarten erhoben wird. Dieses Geld fließt in einen zentralen Krankenversicherungsfonds, das die Versicherungen nach erfolgtem Risikostrukturausgleich für ihre Leistungen erhalten. Zum Zweiten gründet die Finanzierung auf einer Pauschale, die von den Versicherten direkt an die Krankenversicherungen bezahlt wird. Die durchschnittliche Pauschale betrug 2017 für Erwachsene 1.353 Euro pro Jahr, Kinder bis 18 Jahre sind befreit. Die Kopfpauschale ist prinzipiell für jeden, unabhängig von Alter, Geschlecht und Gesundheitszustand, gleich hoch und variiert nur durch die Wahl anderer Vertragsbedingungen. Kann sich jemand die Pauschale nicht leisten, so besteht die Möglichkeit einer staatlichen Unterstützung, die aus Steuermitteln finanziert wird. Zum Dritten fließen auch Steuergelder als Zuschuss für die Versicherung von Kindern und finanziell Schwachen in die Krankenversicherung und zum Vierten finanziert sich das System durch die Selbstbehalte der Versicherten. Der Selbstbehalt in der Höhe von jährlich 385 Euro (2017) ist ebenfalls nur von Erwachsenen zu entrichten und entfällt darüber hinaus für Leistungen durch den Hausarzt, bei Schwangerschafts- und Mutterschaftsleistungen sowie der integrierten Versorgung und der ambulanten Pflege. Pauschale und Selbstbehalt sind je nach Versicherungsmodell in ihrer Höhe variable und daher vom Versicherten wählbar (z.B. höherer Selbstbehalt, geringere Pauschale).

In den Niederlanden herrscht ein Mischsystem zwischen Sach- und Barleistungen vor: Die Versicherungen verfügen über eine bestimmte Anzahl von Leistungserbringern, mit denen sie direkt abrechnen (Sachleistungssystem), bei allen anderen Leistungserbringern muss der Patient in Vorleistung treten und kann die Rechnung bei seiner Versicherung einreichen (Barleistungssystem). Bei vielen Vertragsvarianten werden nicht bei allen Leistungserbringern die Kosten zur Gänze übernommen oder es werden bestimmte Leistungen nur bei bestimmten Anbietern

¹⁵ Arentz (2018), S. 13ff.

bezahlt. Es besteht daher für die Versicherten die Wahl zwischen Verträgen mit und ohne eingeschränkter Arztwahl. Es gibt auch die Möglichkeit von Gruppenverträgen (z.B. über Arbeitgeber, Vereine, Gewerkschaften etc.), deren Rabatt gegenüber Einzelverträgen jedoch nicht über 10 % betragen darf. In der Realität ist der finanzielle Vorteil einer Gruppenversicherung jedoch sehr gering und war 2017 jährlich im Schnitt nur 38 Euro im Jahr günstiger als ein Individualvertrag. Dennoch waren 2017 etwa zwei Drittel der Versicherten in einer Gruppenversicherung.¹⁶ Das größere Argument für eine Gruppenversicherung scheint die Übertragung des Aufwandes für die Auswahl einer Versicherung an einen vertrauenswürdigen Dritten zu sein. Des Weiteren können Versicherungen auch Bonusoptionen anbieten: Nimmt ein Versicherter etwa in einem Jahr keine Leistungen in Anspruch, darf ihm seine Kopfpauschale (teilweise) zurückerstattet werden.¹⁷

2.2. Qualität

Die Ausgaben im Gesundheitswesen der Niederlande sind prinzipiell durch eine Festlegung des Gesundheitsministeriums gedeckelt. Verbrauchen Leistungserbringer und Versicherungen mehr Geld als ihnen zur Verfügung steht, so kann das Gesundheitsministerium zur Rückzahlung von außerbudgetären Geldern zwingen. Die Versicherungen haben umgekehrt aber auch die Möglichkeit, Gewinne zu erwirtschaften.¹⁸ Das alleine ist natürlich keine Innovationsgarantie oder ein Anreiz zur Erhöhung der Qualität, mahnt aber zur Kostenkontrolle, die aufgrund rasch wachsender Gesundheitsausgaben in den Niederlanden ein vorrangiges Ziel bei der Liberalisierung des Krankenversicherungsmarktes im Jahre 2006 war. Erst in Verbindung mit einigen anderen Maßnahmen kann Qualität gefördert werden. Zum einen ist das die Möglichkeit der Versicherer, selektive Verträge mit qualitativ hochstehenden Leistungserbringern abzuschließen.¹⁹ Das setzt für Leistungsanbieter den Anreiz zur Verbesserung, um Verträge mit den Versicherungen zu bekommen. Die Möglichkeit zum selektiven Vertragsabschluss wird allerdings nicht sehr umfassend genutzt. Natürlich stellt sich auch die berechtigte Frage, ob selektive Verträge wirklich mit den besten Anbietern abgeschlossen werden oder vielmehr mit den Günstigsten.

16 Arentz (2018), S. 11f.

17 Blenk et al (2016), S. 24

18 Arentz (2018), S. 7

19 Umgekehrt müssen Leistungserbringer auch nicht mit jeder Versicherung kontrahieren.

2.2.1. Transparenz

Zum anderen wird versucht, durch Transparenz einen fruchtbaren Wettbewerb um Versicherte zu schaffen und so einen Anreiz zur Qualitätsverbesserung zu schaffen. In den Niederlanden existieren zu diesem Zweck unabhängige Plattformen zur Bewertung von Krankenversicherungen. Die Homepage des Informationszentrums für Krankenversicherung²⁰ ist eine der Möglichkeiten für Versicherte, einen einfachen Vergleich von Versicherungen und ihren Leistungsprofilen durchzuführen. Aber auch regelmäßige Rankings von Krankenhäusern in Zeitungen gehören zu diesen Transparenzmaßnahmen, die zu einer gewissen Leistungs- und Serviceorientierung der Kassen führen.²¹

2.3. Fazit

Das niederländische Gesundheitssystem ist vergleichsweise teuer. Obwohl die Bevölkerung eher jung ist (NL: Ø 42,7 J., Ö: Ø 44,2 J., D: Ø 47,4 J., US: Ø 38,2 J.)²², liegen die Gesundheitsausgaben pro Kopf sehr hoch. Ein Abflachen der Kostenkurve ist erst seit 2012 erkennbar, nachdem einige Kostendämpfungsmaßnahmen gesetzt wurden. Darunter eine Anhebung des Selbstbehaltes, Streichungen von Medikamenten, Hilfsmitteln und auch Leistungen aus dem Basiskatalog und eine Reduktion von Unterstützungszahlungen für chronisch Kranke und Behinderte. Leider ist die Bereitschaft zu einem Versicherungswechsel aus bereits genannten Gründen eher gering. 2016/17 wechselten lediglich 6,4 % der Versicherten ihre Krankenversicherung. In Summe hat die Reform des Krankenversicherungswesens im Jahr 2006 nicht die gewünschten Kostenersparnisse erzielt, das System kann aber aufgrund der hohen Versichertenrate durchaus als sozial ausgewogen bezeichnet werden. Lediglich der hohe Selbstbehalt benachteiligt finanzschwächere Bevölkerungsgruppen insofern, als dass sie von der Inanspruchnahme notwendiger Leistungen und Medikamente häufig Abstand nehmen.²³ Derzeit gibt es bei den Krankenkassen eine starke Marktkonzentration, da nur noch 24 Versicherungen konkurrieren und die vier größten Konzerne 88,4 % des Marktes beherrschen.²⁴ Verträge, deren Fokus auf der Versorgungsqualität liegt, spielen derzeit keine große Rolle.

20 <https://www.zorgverzekering.org/>

21 Blenk et al (2016), S. 25

22 The World Factbook; Medianalter 2018 <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/fields/343.html#AU> vom 22.11.2018

23 LIG (2017)

24 Arentz (2018), S. 16f.

3. Schweiz

3.1. Krankenversicherungssystem

In der Schweiz sind alle Bürger von der sozialen Krankenversicherung erfasst.²⁵ Grundsätzlich besteht Versicherungspflicht. Menschen aus bescheidenen finanziellen Verhältnissen, Kinder und Jugendliche in Ausbildung erhalten oft Zuschüsse zu den Versicherungsprämien (Prämienverbilligung) vom Kanton. Wer Zuschüsse erhält, obliegt dem jeweiligen Kanton. Wer sich weigert, eine Versicherung abzuschließen, wird von der kantonalen Behörde einer Versicherung zugeteilt. Beahlt jemand seine Versicherungsbeiträge nicht, so haftet dafür der Kanton mit 85 %. Der Versicherte muss die Schulden zwar zurückbezahlen, bleibt so aber immerhin versichert. Der Kanton kann jedoch Listen mit zahlungssäumigen Versicherten erstellen, die dann von den Versicherungen lediglich im Umfang einer Notfallversorgung versichert werden. Wurden die Schulden vom Versicherten bezahlt, kann sich die Person auch wieder umfassender versichern.²⁶

Die Prämie berechnet sich in der Schweiz nicht nach dem Einkommen, sondern ist prinzipiell für alle Personen gleich hoch.²⁷ Grundsätzlich legen die Versicherungen die Höhe der Prämie fest. Unterschiede in der Prämienhöhe ergeben sich dennoch: Einerseits durch den Wohnort des Versicherten, da die Preise für Gesundheitsleistungen in den einzelnen Kantonen und Regionen divergieren, und andererseits durch die Wahl des Versicherungsmodells. Die Versicherten beteiligen sich in Form ihrer Franchise, dem Selbstbehalt und dem Spitalsbeitrag (Taggeld) an den Kosten. Die ordentliche Franchise in der Grundversicherung beträgt für Erwachsene 300 Franken (263 Euro) im Jahr. Für darüber hinausgehende Kosten fällt ein Selbstbehalt von 10 % an, der wiederum mit 700 Franken (613 Euro) jährlich gedeckelt ist. Das Spitalsgeld beträgt 15 Franken (ca. 13 Euro) pro Tag. Diese Beiträge gelten für die obligatorische Grundversicherung und können variieren, wenn ein anderes Versicherungspaket gewählt wird (z.B. anderer Franchise, höherer Selbstbehalt zugunsten geringerer Prämien, Einschränkungen der freien Arztwahl in Form von Managed Care, Case Management oder Integrierter Versorgung). Immer weniger Menschen entscheiden sich für die ordentliche Franchise

25 OECD (2016), S. 153

26 De Pietro et al (2015), S. 93

27 Für Kinder und Jugendliche gelten günstigere Tarife. Ab 2019 dürfen Versicherer für junge Erwachsene (19–25 Jahre) ebenfalls günstigere Prämien anbieten als für Erwachsene.

(= Grundversicherung), sondern wählen ein alternatives Versicherungsmodell, vorwiegend Formen der Einschränkung der freien Ärztwahl.²⁸ In der Schweiz existieren das Sach- und das Barleistungssystem nebeneinander: Entweder die Versicherung rechnet direkt mit dem Leistungserbringer ab und fordert dann den Selbstbehalt vom Versicherten zurück (Tiers payant)²⁹ oder der Versicherte zahlt den Leistungserbringer und reicht dann die Rechnung bei der Versicherung ein (Tiers garant). Die Versicherten können frei eine Versicherung wählen, die an ihrem Wohnort aktiv ist, und sich zwischen verschiedenen Franchisemodellen und eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer entscheiden. Die Versicherung kann prinzipiell nach längstens einem Jahr gewechselt werden.³⁰ Jährlich wechseln etwa 10–15 % der Versicherten ihre Versicherung.³¹

Beim Krankenversicherungsmarkt handelt es sich um einen streng regulierten Wettbewerbsmarkt mit Kontrahierungszwang seitens der Versicherungen. Die Krankenversicherungen bieten verschiedene Versicherungspakete an, das Basispaket (= Grundversicherung, ordentliche Franchise) muss aber jedenfalls bestehen. Jeder Bürger muss mindestens im Basispaket versichert sein, das bereits sehr umfangreich ist. Schwächen im Basispaket bestehen aber vor allem bei den zahnmedizinischen Leistungen. Die Versicherungen dürfen weder Gewinne noch Verluste machen, eventuelle Überschüsse müssen wieder für die Patienten eingesetzt werden.³² 2016 waren 62 vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) anerkannte Versicherer in der Schweiz tätig, wovon 56 die obligatorische Krankenpflegeversicherung anboten.³³ Die fünf größten Gruppen haben dabei einen Marktanteil von rund 80 %.³⁴ Der Markt hat sich in den letzten 20 Jahren stark gelichtet: 1996 wurde die obligatorische Krankenversicherung noch von 145 Versicherungen angeboten.³⁵

Die Finanzierung der obligatorischen Krankenversicherung kommt aus drei Quellen: den Prämien der Versicherten, den Kostenbeteiligungen der Versicherten (Franchise, Selbstbehalt, Spitalbeitrag) und den Kostenbeteiligungen von Bund und Kantonen (Prämienvverbilligung).³⁶ Die Höhe des Verwaltungsaufwandes lag 2016 bei der obligatorischen Krankenversicherung bei 4,8 % (inkl. Abschreibungen), also sehr niedrig.³⁷

28 Güntert (2018), S. 9

29 Wenn so mit dem Leistungserbringer vereinbart – hauptsächlich bei Spitälern der Fall.

30 BAG (2018c)

31 Güntert (2018), S. 7

32 De Pietro et al (2015), S. 92ff.

33 BAG (2018a), S. 12

34 Güntert (2018), S. 7

35 Czypionka et al (2017), S. 114

36 BAG (2018c)

37 BAG (2018b)

Um einem Selektieren von „guten“ und „schlechten“ Risiken entgegenzuwirken, bedarf es eines Risikostrukturausgleichs, der einen finanziellen Ausgleich zwischen den Versicherungen schafft. In der Schweiz berücksichtigt dieser Risikoausgleich derzeit die Faktoren „Alter“, „Geschlecht“, „Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim im Vorjahr“ und „Arzneimittelkosten im Vorjahr“. Dieses System soll jedoch in Zukunft noch weiter verfeinert werden, um das Hauptaugenmerk des Wettbewerbs der Versicherungen auf die Aspekte „Qualität der Versicherungsangebote“, „Dienstleistungen“ und „Kostenkontrolle“ zu lenken. Mittelfristig soll etwa die Berücksichtigung von pharmazeutischen Kostengruppen zur Verbesserung des Risikoausgleichs beitragen.³⁸

3.2. Gesetzliche Maßnahmen für Qualität

Die Genehmigung zur Teilnahme an der obligatorischen Krankenversicherung (OKV) wird vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) vergeben. Zu diesem Zweck werden hauptsächlich finanzielle Daten des Versicherungsunternehmens erhoben und es muss ein Geschäftsbericht vorgelegt werden. Jährlich werden die Versicherer, die an der OKV teilnehmen, überprüft. Mit dieser Maßnahme soll, zum Schutz der Versicherten, sichergestellt werden, dass die Versicherungen ihren finanziellen Verpflichtungen jederzeit nachkommen können. Auch die Prämien für das kommende Jahr müssen zuerst dem BAG vorgelegt und von ihm genehmigt werden, damit sie gültig werden. Die Aufsichtsfunktion des Bundes bezieht sich in diesem Zusammenhang auf rein wirtschaftliche Daten zur Sicherstellung der Zahlungsfähigkeit der Versicherungen.³⁹ Im Zusammenhang mit der Qualität der Leistungserbringung sind Krankenversicherungen aber durchaus ebenfalls in die Verantwortung genommen – einerseits bei der Tarifgestaltung (Vereinbarung von Qualitätszielen mit den Leistungserbringern) und andererseits im Rahmen einer Kontrollfunktion.

3.2.1. Tarifgestaltung

Laut Art. 77 der Verordnung über die Krankenversicherung (KV) ist die Festlegung von Qualitätsmaßnahmen vom Bund an die Tarifpartner (Leistungserbringer und Versicherer) übertragen. Die Versicherer unterliegen daher einer gesetzlichen Verpflichtung, mit den Leistungserbringern Tarife und Maßnahmen zu vereinbaren, die zur Sicherstellung von Qualität und Wirtschaftlichkeit von Gesundheitsleistungen beitragen. Die Leistungserbringer sind dazu verpflichtet, Konzepte und

38 BAG (2018c)

39 BAG (2018c)

Programme über die Anforderungen an die Qualität der Leistungen und die Förderung der Qualität zu erstellen. Die genauen Vorgaben zur Kontrolle der Erfüllung, die Folgen bei Nichterfüllung und die Finanzierung dieser Maßnahmen müssen im Tarifvertrag festgelegt werden. Das Bundesamt für Gesundheit muss über diese geltenden Vertragsbestimmungen informiert werden. Der Bund schreitet zwar nur ein, wenn kein Qualitätssicherungsvertrag zustande kommt oder dieser den Anforderungen nicht genügt (Art. 43 KVG⁴⁰), diese Eingriffsmöglichkeit zeigt aber die Bedeutung der Tarifverträge.

Ebenfalls gesetzlich geregelt sind die grundsätzlichen Möglichkeiten der Tarifgestaltung (Art. 43 KVG). Erlaubt sind danach Zeittarife, Einzelleistungstarife, Pauschaltarife sowie Zusatzbedingungen für bestimmte Leistungen wie etwa das Vorliegen einer bestimmten Infrastruktur oder einer bestimmten Aus-, Weiter- oder Fortbildung (Tarifausschluss). Letzteres dient auf jeden Fall der Gewährleistung einer hohen Qualität der Behandlung, da diese nur unter bestimmten hohen Standards bezahlt wird. Die Vertragspartner und auch die Behörden sind durch dieses Gesetz dazu verpflichtet, eine qualitativ hochstehende, zweckmäßige Versorgung zu möglichst geringen Kosten sicherzustellen.

3.2.2. Kontrollfunktion

Wie bereits erwähnt, unterliegen die Krankenversicherungen auch der Verpflichtung, die Leistungserbringer hinsichtlich Qualität und Wirtschaftlichkeit zu überprüfen (Art. 56 und 58 KVG). Das Bundesamt für Gesundheit kann über die Durchführung der Qualitätssicherung einen Bericht verlangen. Bei Mängeln können die Versicherer selbstständig Maßnahmen ergreifen (Art. 56 KVG) oder beim kantonalen Schiedsgericht Sanktionen beantragen (Art. 59 und 89 KVG).⁴¹ Die vom Versicherer selbst zu setzenden Maßnahmen greifen vor allem dann, wenn Leistungserbringer über das für den Behandlungszweck erforderliche Maß Leistungen erbracht haben. In diesem Fall können sie Vergütungen verweigern oder bereits getätigte Vergütungen rückfordern. Zur Beurteilung der Zweckmäßigkeit von Behandlungen bestellen sich Versicherer Vertrauensärzte, die auch in die Daten der Leistungserbringer – soweit dies zur Erfüllung ihrer Aufgabe notwendig ist – Einsicht nehmen dürfen (Art. 57 KVG). Leistungserbringer sind außerdem zur Weitergabe von Vergünstigungen verpflichtet, die ihnen durch Dritte (z.B. Zulieferer oder stellvertretend Tätige) gewährt wurden. Geschieht dies nicht, so kann dies vom Versicherten oder seinem Versicherer eingefordert werden. Versicherungen und Leistungsträger haben außerdem sicherzustellen, dass diagnostische Maßnahmen nicht unnötig mehrfach erbracht werden, wenn der Versicherte mehrere

40 Krankenversicherungsgesetz KVG

41 BAG (2018c)

Leistungserbringer konsultiert. Die Kontrolle der Wirtschaftlichkeit und die dafür bestimmten Maßnahmen müssen vertraglich festgelegt werden.

Ruft ein Versicherer wegen Verstößen von Leistungserbringern gegen Wirtschaftlichkeit und Qualität das Schiedsgericht an, so kann dieses verschiedene Maßnahmen setzen – von der Verwarnung bis hin zum Ausschluss der Tätigkeit für die obligatorische Krankenversicherung. Als Verstöße gelten etwa auch die Nichtbeachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes, die Weigerung zur Beteiligung an Qualitätssicherungsmaßnahmen sowie die Verletzung der Auskunftspflicht gegenüber den Vertrauensärzten der Versicherer.

3.2.3. Transparenz

Der Bund sorgt dafür, dass für die Akteure des Gesundheitswesens valide, adäquate, stufen- und zielpublikumsgerechte Qualitätsinformationen zur Verfügung stehen, damit diese auf einer gesicherten Grundlage Entscheidungen treffen und Maßnahmen setzen können. Die Leistungserbringer sind zur Auskunft verpflichtet und müssen die Daten kostenlos zur Verfügung stellen. Dazu gehören vor allem auch Fallzahlen, Kosten für Leistungen und Indikatoren für die medizinische Ergebnisqualität. Die Erhebung erfolgt durch das Bundesamt für Statistik. Die Daten werden an die Akteure des Gesundheitswesens weitergegeben und veröffentlicht (Art. 59a KVG). Zu diesen Veröffentlichungen gehören etwa die Qualitätsindikatoren der Akutspitäler (CH-IQI)⁴², die vor allem Fallzahlen und Mortalitätszahlen beinhalten und jährlich aktualisiert werden.

Zudem existieren in der Schweiz eine ganze Anzahl von online Portalen zum Vergleich von Krankenkassen (z.B. www.praemien-schweiz.ch, www.oeffentliche-krankenkasse.ch/krankenkassenvergleich/ oder www.krankenkasse-vergleich.ch). Hier können sich Versicherte über verschiedene Angebote der Versicherungsunternehmen informieren.

42 Qualitätswerte unter <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/zahlen-und-statistiken/zahlen-fakten-zu-spitaelern/qualitaetsindikatoren-der-schweizer-akutspitaeler/qualitaetsindikatoren-abfrage.html> Es können maximal fünf Spitäler und fünf Indikatoren miteinander in einer Tabelle dargestellt werden.

3.3. Fazit

Insgesamt kann die Qualität einer Versicherung in der Schweiz einerseits an eigenen wirtschaftlichen Daten gemessen werden, die vor allem Auskunft über die Konkursfestigkeit und die Fähigkeit zur Begleichung von Zahlungsverpflichtungen geben. Andererseits lassen sich Krankenversicherungen aber auch über den Erfolg ihrer Vertragspartner messen, auf den sie indirekt Einfluss haben, indem sie Tarifverträge mit Blick auf Wirtschaftlichkeit und Qualität abschließen und die Ergebnisse kontrollieren. Auch im Bereich der Datentransparenz wurden in der Vergangenheit viele Schritte gesetzt. Trotzdem gilt die Schweiz zwar als ein Land mit hochwertigem Gesundheitswesen, hat aber auch eines der teuersten Systeme Europas. Allen Bemühungen zum Trotz hat sich das Kostenwachstum in den letzten Jahren sogar noch beschleunigt.⁴³ Im Bereich der Kostendämpfung wird es daher in der Schweiz noch einiges zu tun geben. Ein sehr ambitioniertes Ziel ist, dass die Kosten der obligatorischen Krankenversicherung nur noch in dem Ausmaß wachsen, wie sie durch den medizinischen Mehrbedarf erklärbar sind. Hierfür wurde im März 2018 vom Bundesrat ein eigenes Kostendämpfungsprogramm verabschiedet.⁴⁴

43 OECD (2017), S. 133 und S. 10

44 BAG (2018c) unter dem Punkt „Kostendämpfung“

4. USA

Das Gesundheitswesen in den USA unterscheidet sich ganz grundlegend von denen in Zentraleuropa, und zwar insofern, als dass der gesellschaftliche Konsens für eine gemeinsame Übernahme der Verantwortung für die Gesundheit bei weitem nicht in dem Ausmaß besteht. Selbst zum sonst so nahe stehenden Großbritannien gibt es hier einen himmelhohen Unterschied, denn die US-Amerikaner setzen in diesem Punkt auf Selbstverantwortung und leben auch hier im Wesentlichen das Prinzip, nach dem jeder seines eigenen Glückes Schmied sein soll. Lediglich im Rahmen der Armenversorgung und der Beamtenabsicherung bestehen Sicherheitsnetze, die auf einer gesetzlichen Grundlage beruhen.

4.1. Krankenversicherungssystem

Die Situation der Versichertenquote in den USA hat sich seit dem Obama Care Act im Jahre 2010 dramatisch verbessert. 2017 waren 91,2 % der Bevölkerung krankenversichert (nur 86,7 % in 2013). Über staatliche Programme waren 37,7 % der Bevölkerung versichert (Medicare 17,2 %, Medicaid 19,3 %, Military Health Care 4,8 %), 67,2 % verfügten über eine private Krankenversicherung.⁴⁵ Der Großteil der privat versicherten Amerikaner war über den Arbeitgeber versichert (56 %), der die Versicherung auch auswählt. Manchmal bietet der Arbeitgeber auch mehrere Versicherungen (sogenannte Health Plans) zur Auswahl an. Etwa 16 % der Amerikaner suchen ihre private Krankenversicherung selbst aus, darunter fallen jedoch auch private Versicherungen, die staatlich subventioniert werden. Aus dieser Statistik ergibt sich auch, dass 8,8 % der US-Bürger im Jahr 2017 keine Krankenversicherung besaßen.

4.1.1. Staatliche Programme

Medicare⁴⁶

Medicare ist eine staatliche Pflichtversicherung von der Senioren (65+), behinderte Menschen und dialysepflichtige Nierenkranke profitieren. Für die Leistungen von Medicare zahlen alle Arbeitgeber und Arbeitnehmer je 1,45 % des Lohnes an Steuern ein. Auch selbstständige Einkommen werden versteuert (2,9 %). Mit

⁴⁵ Berchick et al (2018), S. 3f

⁴⁶ www.medicare.gov und Rice et al (2013), S. 108ff

diesem Steuergeld wird der Basisteil von Medicare (**Teil A**), der als Sozialleistung konzipiert wurde, zur Gänze finanziert. Voraussetzung für die Inanspruchnahme ist die Einzahlung der Lohnsteuer über mindestens zehn Jahre. Ist diese Voraussetzung nicht erfüllt, kann mit Hilfe von Prämienzahlungen in die Basisversicherung von Medicare freiwillig hineinoptiert werden. Von diesem „Teil A“ werden Spitalsleistungen sowie häusliche oder stationäre Pflege nach einem Krankenhausaufenthalt (keine Langzeitpflege) und Hospizleistungen umfasst. Beinahe alle Medicare-Versicherten optieren auch freiwillig in **Teil B** von Medicare, der zusätzlich ambulante ärztliche Leistungen, einige Medikamente und Untersuchungen sowie Präventivleistungen umfasst. Für diesen Teil fallen Versicherungsprämien an, die jedoch nur etwa ein Viertel der tatsächlichen Kosten abdecken, der Rest wird durch Steuern finanziert. Der klassische Medicare-Anspruchsberechtigte ist daher Teil-A+B-versichert. Von diesem Schutz sind jedoch nicht alle Leistungen abgedeckt, vor allem Langzeitpflege und zahnärztliche Leistungen fehlen darin. Daher schließen viele Medicare-Versicherte einen Medicare-Healthplan ab.

Diese Health Plans beinhalten mindestens die Leistungen wie in Medicare Teil A+B, werden jedoch von privaten Versicherungen angeboten, die im Vertrag mit Medicare stehen. Die Finanzierung erfolgt analog zu Medicare Teil A+B, also durch Steuern und Prämien. Die Leistungen und Prämien variieren hingegen je nach Health Plan. Hier wird zwischen sogenannten Medicare Advantage Plans (**Teil C**) und der *Medicare prescription coverage* (**Teil D**) unterschieden. Beide können unabhängig voneinander oder additiv abgeschlossen werden. Die Medicare Advantage Plans beinhalten meist ein Mehr an Leistungen oder sind speziell auf bestimmte Bedürfnisse, wie chronische Erkrankungen, abgestimmt. Die Medicare prescription coverage wird, wie der Name schon sagt, im Wesentlichen zur Rückerstattung von Arzneimitteln abgeschlossen.

Im Prinzip sind die Leistungen, die durch Medicare Teil A+B umfasst sind, sehr breit gefächert. Jedoch ist das Ausmaß der Selbstbehalte sehr hoch. Aus diesem Grund schließt ein Großteil der Medicare-Versicherten ergänzend eine private Krankenversicherung ab.

Medicaid und CHIP

Medicaid ist ein Gesundheitsfürsorgeprogramm für Personen mit geringem Einkommen, Kinder, alte und behinderte Menschen sowie Schwangere. Es wird von den einzelnen Bundesstaaten organisiert und gemeinsam von Bund, Bundesstaaten und Gemeinden finanziert. Bevor jemand Leistungen durch Medicaid beziehen kann, muss eine Bedürftigkeitsprüfung durchgeführt werden. Welche Leistungen im Rahmen von Medicaid bezahlt werden, hängt von den Entschei-

dungen der Centers for Medicine and Medicaid Services ab, die hierfür Vorschläge eines Komitees der American Medical Association bekommen. Familien, deren Einkommen zu hoch ist, um sich für Medicaid zu qualifizieren, sich aber dennoch keine private Versicherung leisten können, haben die Möglichkeit, ihre Kinder über das „The Children’s Health Insurance Program“ (CHIP) versichern zu lassen. Die Programme von Medicaid und CHIP heißen in jedem Bundesstaat anders und auch die Qualifikationsregeln, Leistungen und Zuzahlungen unterscheiden sich je nach Bundesstaat.⁴⁷

Affordable Care Act

Menschen, die sich für keine der staatlichen Versicherungsprogramme qualifizieren, sich jedoch keine private Versicherung leisten können, fallen unter ein Programm des Affordable Care Acts (Obama Care). In den Bundesstaaten (oder bundesweit) gibt es sogenannte „staatliche oder föderale Marktplätze“, an denen Health Plans angeboten werden, die besonderen Bedingungen unterliegen und staatlich durch Prämienzuzahlungen oder die Reduktion der Selbstbehalte unterstützt werden. Dies soll auch schwächeren Personengruppen, die keinen Anspruch auf andere staatliche Programme haben, die Möglichkeit einer leistbaren Krankenversicherung bieten. Die privaten Versicherungen auf diesem „Markt“ dürfen keinen Versicherten wegen Geschlecht oder vorliegender Krankheiten ablehnen, müssen Kinder bis 26 Jahre mitversichern und verzichten auf jährliche und lebenslange Versicherungslimits.

Sonstige

Staatliche Versicherungen bestehen außerdem für aktive und pensionierte Angehörige des Militärs (TRICARE) und für bedürftige Angehörige der indianischen Bevölkerung (Indian Health Service).

Darüber hinaus bestehen staatliche Mindestanforderungen an eine Versicherung. Schließt jemand keine Versicherung ab, obwohl er es sich leisten könnte, oder verfügt nur über eine Versicherung, die diese Mindestanforderungen nicht erfüllt, musste er bisher eine Strafsteuer zahlen⁴⁸, die jedoch mit 2019 wegfällt.

47 <https://www.usa.gov/medicaid>

48 dabei gibt es Ausnahmen: z.B. braucht man keine qualifizierte Versicherung vorweisen, wenn man unter 30 Jahre alt ist

4.2. HEDIS

In den USA baut man bei der Sicherstellung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versicherungen nicht auf gesetzliche Grundlagen, sondern auf den Markt. Eine der dafür notwendigen Voraussetzungen ist die Souveränität des Kunden, der dafür ausreichend informiert sein muss. Damit Versicherten eine verlässliche Grundlage für ihre Entscheidung zur Verfügung steht, musste eine gemeinsame Datenlage zum Vergleich der einzelnen Health Plans geschaffen werden. Dafür wurde 1990 das National Committee for Quality Assurance (NCQA)⁴⁹ gegründet, das mit HEDIS⁵⁰ (Health Employer Data and Information Set) die größte Plattform für Versicherte schuf, die einen einfachen und übersichtlichen Vergleich auf der Grundlage von komplexen Daten ermöglicht. Die drei Hauptbereiche für den einfachen Vergleich sind die Kundenzufriedenheit, der Bereich der Prävention und die Behandlungsqualität.⁵¹ Insgesamt werden aber noch viel mehr Informationen gesammelt, nämlich über 90 Kennwerte, die in sechs Kategorien unterteilt werden: Effektivität der Versorgung, Zugang/Erreichbarkeit der Versorgung, Erfahrung mit der Versorgung, (risikoadjustierte) Nutzung von Gesundheitsdienstleistungen, Beschreibungen der Health Plans, Kennzahlen aus klinischen Datensammlungen.

Das NCQA sammelt Daten einerseits von Befragungen der Versicherungen (Healthcare Organization Questionnaire, HOQ), durch ein elektronisches System (Interactive Data Submission System, IDSS) und von anderen Organisationen der Gesundheitsversorgung. Im Unterschied zu vielen europäischen Staaten verfügen die Krankenversicherungen in den USA über viele Gesundheitsdaten der Gesundheitsdienstleister, die hier herangezogen werden können. Um die Validität und Reliabilität der Daten sicherzustellen, werden regelmäßig Audits durchgeführt. Die Daten können auf der Homepage des NCQA eingesehen werden. Veränderungen in den Kennwerten sind über den Zeitverlauf sichtbar und nach Privatversicherung, Medicaid und Medicare aufgeschlüsselt. Zusätzlich wird dann noch eine Unterscheidung zwischen Health Maintenance Organizations (HMO)⁵² und Preferred Provider Organizations (PPO)⁵³ getroffen.

Über die Hälfte der Bevölkerung ist in Health Plans eingeschrieben, die Qualitätsergebnisse an HEDIS weitergeben. Auch die Health Plans von Medicare und Medicaid sind in dieses Ranking mit einbezogen. Die Datengrundlage ist damit

49 <https://www.ncqa.org/>

50 <https://www.ncqa.org/hedis/>

51 <http://healthinsuranceratings.ncqa.org/2018/search/>

52 Der gewählte Hausarzt ist immer, außer bei Notfällen oder gynäkologischen Untersuchungen, die erste Anlaufstelle.

53 Es steht ein Netzwerk von Gesundheitsdienstleistern zur Verfügung, indem die Versorgung für den Patienten günstiger bzw. kostenfrei ausfällt.

sehr breit und daher auch repräsentativ. Im Rahmen der HEDIS-Plattform kann ein Benchmark-Prozess stattfinden, der im Ergebnis zu einer verbesserten Versorgung und gesünderen Bürgern führen soll. Den Versicherungen dient die Plattform zum Vergleich mit anderen und zur Verbesserung der eigenen Qualität. Das NCQA bietet Versicherungen auch die Möglichkeit sich akkreditieren zu lassen, das bedeutet dass das NCQA den Vergleich zu anderen Unternehmen durchführt und dem Unternehmen Tipps gibt, an welcher Stelle und wie es Verbesserungen vornehmen kann. Dieser Service ist für rein private Versicherungen kostenpflichtig. Akkreditierte Health Plans werden in die Health Plan Report Card eingetragen, wo auch Versicherte die Bewertung einsehen können (in Arbeit, akkreditiert, empfehlenswert, exzellent). Ein anderes Angebot für Krankenversicherungen ist der Quality Compass, der Standarddaten abbildet und den Versicherungen für einen Vergleich zur Verfügung stellt. Jährlich gibt das NCQA auch den Bericht „State of Health Care Quality“ heraus, der die Entwicklung der Versorgungsqualität als Gesamtes wiedergibt.

4.3. Fazit

In den USA verlässt man sich also auf den Markt – verbunden mit einer hohen Transparenz – um für einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess im Gesundheitswesen zu sorgen. Das NCQA mit HEDIS ist dabei nicht die einzige Plattform, die einen Qualitätsvergleich der einzelnen Health Plans anstellt, aber die größte und renommierteste. Dieses System ermöglicht den Bürgern sicher eine Wahl ihrer Versicherung abseits reiner Preiskriterien. Es bleibt jedoch die Frage, wie viele Menschen von solchen Zusammenstellungen wissen und diese auch für sich nutzen, bevor sie eine Entscheidung treffen. Wichtiger scheint hingegen die Konkurrenz zwischen den Krankenkassen zu sein, die durch das NCQA verstärkt wird und ein sicher positives Benchmarking und Lernen an Best-Practice-Modellen ermöglicht. Rechtlich gibt es hingegen in den USA keine Einschränkungen nach unten, welche Risiken ein Versicherer mindestens abdecken muss etc. Es existieren in den USA sogar sogenannte Katastrophen-Versicherungen, die lediglich existenziell bedrohliche Gesundheitskosten infolge schwerer Unfälle oder Krankheiten abdecken.

Der transparente Kampf am Versicherungsmarkt erscheint als logisch und qualitätsfördernd. Die USA können an sich auch eine sehr hochstehende Qualität in der Gesundheitsversorgung vorweisen, allerdings zu sehr hohen Preisen und einer sozial unausgewogenen Verteilung. Die Gesundheitsausgaben betragen 2016 hohe 17,2 % des Bruttoinlandproduktes, das ist mit Abstand der höchste Wert im OECD-35-Vergleich. Mehr als die Hälfte davon machen Out-of-pocket-Zahlungen aus.

Literaturverzeichnis

- Arentz, C. (2018): Die Krankenversicherung in den Niederlanden seit 2006. Wissenschaftliches Institut der PKV. WIP-Analyse 1/2018. Köln.
- BAG (2018a): Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2016. Schweizerische Eidgenossenschaft. Bern.
- BAG (2018b): Taschenstatistik der Kranken- und Unfallversicherung. Ausgabe 2017.
- BAG (2018c): Krankenversicherung: Das Wichtigste in Kürze. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung.html> Download am 27.09.2018
- Berchick E., Hood E., Barnett J. (2018): Health Insurance Coverage in the United States: 2017. Current Population Report. U.S. Government Printin Office, Washington DC.
- Blatter H., Willisegger J. (2016): Preis- und Qualitätswettbewerb im Schweizer Gesundheitswesen – Rahmenbedingungen und Anreize. Stiftung Kranken- und Unfallkasse Konkordia. Luzern.
- Blenk T., Knötig N., Wüstrich T. (2016): Die Rolle des Wettbewerbs im Gesundheitswesen – Erfahrungen aus Deutschland, den Niederlanden und der Schweiz. WISO Diskurs 01/2016. Friedrich-Ebert-Stiftung. Bonn. <http://library.fes.de/pdf-files/wiso/12172.pdf> Download am 07.08.2018
- Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (2018): https://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit_und_Gesundheitsfoerderung Download am 12.09.2018.
- Czypionka T., Riedel M., Röhring G., Lappöhn S., Six E. (2017): Zukunft der Sozialen Krankenversicherung - Entwicklungsmöglichkeiten für Österreich. Institut für Höhere Studien IHS. Wien.
- De Pietro C., Camenzind P., Sturny I., Crivelli L., Edwards-Garavoglia S., Spranger A., Wittenbecher F., Quentin W. (2015): Switzerland: Health system review. Health Systems in Transition. Vol. 17 No. 4. WHO. Kopenhagen.
- EUROSTAT (2018): Datenbank der Europäischen Kommission. Bevölkerung und soziale Bedingungen. Gesundheit. Nicht erfüllter Bedarf nach ärztlicher Untersuchung oder Behandlung wegen zu hoher Kosten, nach Selbstauskunft, nach Einkommensquintil. Europäische Kommission. Luxemburg.
- Güntert, B. (2018): Das schweizerische Gesundheitswesen – dringend notwendige Reformen stehen an! Vortrag vom 29.01.2018 <https://goeg.at/sites/default/files/2018-01/180129VortragG%C3%96G.pdf> Download am 03.10.2018
- LIG (2017): www.lig-gesundheit.at/niederlande/-/asset_publisher/27TENVseyUZk/content/pflichtbeitrag-medikamente-fur-viele-zu-teuer? Download am 22.11.2018
- Matusiewicz D. (2015): Wettbewerb in der Krankenversicherung? Weis[s]e Wirtschaft – Wien 17.09.2015 <https://www.weissewirtschaft.at/wp-content/uploads/2015/09/Da>

- vid_Matusiewicz_Wettbewerb-in-der-Krankenversicherung_17-09-2015.pdf Download am 20.09.2018
- OECD (2016): Health at a Glance: Europe 2016 - State of Health in the EU Cycle. OECD Publishing. Paris. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264265592-en>
- OECD (2017) Health at a Glance 2017: OECD Indicators. OECD Publishing. Paris. http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-en
- OECD (2018): Social protection, OECD Health Statistics (database). <https://doi.org/10.1787/data-00544-en> Download am 13.09.2018
- Porter M., Guth C. (2012): Chancen für das deutsche Gesundheitssystem: Von Partikularinteressen zu mehr Patientennutzen. Springer Verlag. Berlin-Heidelberg.
- Rice T., Rosenau P., Unruh LY., Barnes AJ., Saltman RB., van Ginneken E. (2013): United States of Amerika: Health system review. Health Systems in Transition. Vol. 15 No. 3.
- Rosenbrock R. (2001): Was ist New Public Health? IN Bundesgesundheitsblatt Jg. 44, Ausg. 08/2001, Springer Verlag.
- Rotschild I. (2017): Wie gut ist Vielfalt – Vom fragwürdigen Wettbewerb der Krankenkassen. Deutschlandfunk vom 09.08.2017 https://www.deutschlandfunk.de/wie-gut-ist-vielfalt-vom-fragwuerdigen-wettbewerb-der.724.de.html?dram:article_id=392987 Download am 20.09.2018
- United Health Foundation (2018): America's Health Rankings. Health of those who have served. Unmet Medical Need. https://www.americashealthrankings.org/explore/health-of-those-who-have-served/measure/unmet_medical/state/ALL Download am 27.11.2018
- van de Ven W., Wynand P. M. M., van Vliet R., C. J. A., van Kleef R. C. (2017): How can the regulator show evidence of (no) risk selection in health insurance markets? Conceptual framework and empirical evidence. IN The European journal of health economics. Vol. 18 No. 2, S. 167-180.



Die Welt ist nicht vorhersagbar.

Vertrauen Sie auf ein weltweit erfahrenes Investment-Team.

Die Finanzmärkte werden zunehmend komplexer. Wir sind davon überzeugt, dass Anlageentscheidungen von der Bewertung eines erfahrenen globalen Teams profitieren. Dabei haben wir nicht nur die Welt im Blick, sondern beachten Ihre individuellen Anlagebedürfnisse. So profitieren Sie von einem ebenso strukturierten wie erprobten Investment-Prozess. wm.austria@db.com

Auf den StandPunkt gebracht

Die Rubrik „Auf den StandPunkt gebracht“ beinhaltet Positionen und ExpertInnenwissen aus der Standesvertretung der Ärzte und Ärztinnen in Österreich und aus weiteren Interessensgruppen zum Schwerpunktthema „Erfolgsmessung in der sozialen Krankenversicherung“.

Dieses Mal mit Beiträgen von Ing. Josef Harb (Obmann der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse), MR Dr. Michael Jonas (Präsident der Ärztekammer für Vorarlberg) und Dr. Peter Niedermoser (Präsident der Ärztekammer für Oberösterreich).

Ing. Josef Harb

Obmann der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse

„Die geplante Reform der Krankenversicherungsträger wird Verwaltungskosten erhöhen und Wettbewerbspotentiale vernichten. Ich hoffe, der Preis, den die Menschen dafür bezahlen müssen, wird nicht allzu hoch sein.“

Die Steiermärkische Gebietskrankenkasse betreute 2017 etwa 960.000 Versicherte und verwaltete rund 1,5 Milliarden Euro an Beiträgen. Die STGKK weist seit Jahren den niedrigsten Verwaltungsaufwand aller Träger auf – aktuell liegt er bei 1,59 % der Gesamtaufwendungen. Zum Vergleich: Bei privaten Krankenversicherungen fließen 30 bis 40 % in die Verwaltung. Die Beiträge der steirischen Versicherten werden also sehr effizient eingesetzt. Dabei hilft uns auch eine institutionalisierte Vergleichsmöglichkeit mit den anderen Gebietskrankenkassen.

Die Träger sind untereinander bestens abgestimmt und arbeiten mit klaren, einheitlichen Benchmarks. Quartalsweise aktualisierte Kennzahlen zeigen gut, wo die Stärken und Schwächen liegen – ein wichtiges Instrument, um laufend Optimierungen und Verbesserungen vorzunehmen. Wenn man so will, könnte man sagen, dass es zwischen den Gebietskrankenkassen sehr wohl einen Wettbewerb gibt – nur führen wir diesen nicht um Kunden, sondern darum, ständig besser zu werden. Das betrifft so gut wie alle Bereiche – vom riesigen Leistungsbereich über Heilmittel und Transportkosten bis hin zur Gesundheitsförderung. Nebenbei bemerkt wird es dieses wichtige Instrument in einer Österreichischen Gesundheitskasse nicht mehr geben, denn Innovation passiert in vielen Köpfen und der gesunde Wettbewerb unter den einzelnen Trägern ist letztlich immer zum Vorteil der Versicherten – und natürlich des Gesundheitssystems. Durch die geplante Zusammenlegung geht hier ganz klar ein Innovationsmotor verloren. Darüber hinaus wird es mit Sicherheit auch nicht zu Einsparungen kommen – das Gegenteil wird der Fall sein, denn ein zentraler Träger für rund 7,4 Millionen Versicherte ist ein richtiger Verwaltungsmoloch. Die nach internationalen Standards ideale Größe für einen Krankenversicherungsträger liegt bei rund einer Million Versicherter.

Abschließend möchte ich noch einen kleinen Denkanstoß geben: Während wohl jeder andere Staat der Welt stolz darauf wäre, so gut wie allen Menschen eine hochwertige, leistbare und fair finanzierte Krankenversicherung bieten zu können, soll dieses Erfolgsmodell in Österreich mit aller Gewalt zerstört werden. Ich hoffe für die Menschen in unserem Land, dass sie für diese sogenannte Reform keinen allzu hohen Preis bezahlen müssen.

MR Dr. Michael Jonas

Präsident der Ärztekammer für Vorarlberg

„In einen zentralstaatlich definierten Leistungskatalog werden niemals alle innovativen Projekte der Bundesländer aufgenommen. Auch wenn mit einem sogenannten Innovationstopf Anreize für neue Projekte geschaffen werden sollen, zweifle ich an der Realisierbarkeit, da die Motivation bei fehlender regionaler Entscheidungsmöglichkeit nicht in dem notwendigen Maße vorhanden sein dürfte.“

Ich bin grundsätzlich ein Anhänger von Wettbewerb und als überzeugter Föderalist finde ich den Wettbewerb zwischen den Bundesländern sinnvoll. Einen systematischen Vergleich zwischen den einzelnen Krankenversicherungsträgern nach klar definierten Kennzahlen würde ich daher begrüßen, ebenso ein damit verbundenes monetäres Anreizmodell, das Anstrengungen belohnt. Wichtig wäre dabei nur ein nationaler Konsens bezüglich der heranzuziehenden Kennzahlen. Von den Besten zu lernen dient der Verbesserung der Versorgungsqualität in ganz Österreich. Und ich glaube, dass Vorarlberg hier einiges an positiven Beispielen beizutragen hat.

Die Vorarlberger Gebietskrankenkasse hat seit Jahrzehnten mit der Ärztekammer für Vorarlberg einen Vertrag für den niedergelassenen Bereich mit fixem Budget. Wir nennen dieses Budget Gesamtvergütung. Über die Verwendung dieser Mittel kann nur im Einvernehmen entschieden werden. Für die VGKK hat dies den Vorteil, dass ihr keine unkalkulierbaren Mehraufwände

im niedergelassenen Bereich entstehen können. Für die Ärztekammer besteht der Vorteil darin, dass wir über das verfügbare Budget genau Bescheid wissen und in wirtschaftlich guten Zeiten – und diese überwiegen im Bundesland Vorarlberg – eine Weiterentwicklung in den verschiedenen medizinischen Disziplinen entsprechend dem wissenschaftlichen Fortschritt und den Bedürfnissen der Vorarlberger Bevölkerung durchsetzen können. Das macht insbesondere die Hausarztmedizin im Vergleich mit vielen anderen Bundesländern sehr interessant. Denn seit Jahrzehnten werden bei entsprechender Ausbildung und Qualifikation zum Beispiel Ultraschalluntersuchungen durch Hausärzte/Allgemeinmediziner durchgeführt und können abgerechnet werden, dies ist in den meisten anderen Bundesländern nicht erlaubt. Ebenso gehören zum Repertoire der Hausärzte/Allgemeinmediziner 24-Stunden-Blutdruckmessungen, Elektrokardiogramme, Ergometrien und Psychotherapie, was in den anderen Bundesländern nicht erlaubt bzw. nicht oder nur in Ausnahmefällen abrechenbar ist. Das hat vor allem in ländlichen Regionen bzw. Talschaften ohne entsprechende Fachärzte in der unmittelbaren Umgebung für die Bevölkerung einen entsprechenden Versorgungsvorteil. Darüber hinaus hat Vorarlberg neben Wien die höchste niedergelassene Facharztdichte Österreichs.

Vorarlberg ist mit Abstand jenes Bundesland mit der höchsten Teilnehmerate an der allgemeinen Vorsorgeuntersuchung und hat seit der Einführung der Vorsorgekoloskopie als einziges Bundesland eine flächendeckende Darmkrebsvorsorge mit verpflichtenden internationalen Qualitätsstandards. Diese Qualitätsstandards haben ihren Preis, da dazu eine entsprechende Infrastruktur und Logistik erforderlich ist. Die Qualitätsparameter sind messbar, wodurch eine Vergleichbarkeit national, aber auch international möglich ist. Alle Qualitätsvorgaben werden von den durchführenden gastroenterologisch tätigen Fachärzten bei weitem übertroffen, die Parameter werden dokumentiert und jährlich evaluiert und immer wieder publiziert. Das wirkt sich auch auf die Teilnehmerate der Bevölkerung in Vorarlberg aus. In der Zielgruppe der über 50-jährigen Bevölkerung wurden in elf Jahren bereits 31,2 % untersucht. Im Vergleich dazu wurden in allen anderen Bundesländern nur auf freiwilliger Basis knapp 8 % der Zielbevölkerung erreicht. Würde das Vorarlberger Vorsorge-Koloskopieprogramm auf ganz Österreich ausgerollt werden und eine vergleichbare Teilnehmerate erzielt werden, dann wären laut gesundheitsökonomischen Berechnungen in zehn Jahren durch Verhinderung von kostenintensiven Darmkrebsstadien 357 Millionen Euro an medizinischen Kosten einsparbar. Volkswirtschaftlich wäre die Kostenersparnis mit 1,3 bis

4,5 Milliarden Euro in zehn Jahren um ein Vielfaches höher. Es gibt noch viele andere messbare Projekte mit Innovationskraft in Vorarlberg, allerdings fehlt hier die Vergleichbarkeit mit anderen Bundesländern.

Ich bin davon überzeugt, dass in einen zentralstaatlich definierten Leistungskatalog niemals alle innovativen Projekte der Bundesländer aufgenommen werden. Auch wenn mit einem sogenannten Innovationstopf Anreize für neue Projekte geschaffen werden sollen, zweifle ich an der Realisierbarkeit, da die Motivation bei fehlender regionaler Entscheidungsmöglichkeit nicht in dem notwendigen Maße vorhanden sein dürfte.

Die geplante Strukturreform beabsichtigt eine Stärkung des politischen Einflusses auf Kosten der Selbstverwaltungsgremien und vor allem eine Schwächung des Bundesländereinflusses. Wenn sich nun die regionale Versorgung wie und wo auch immer verschlechtern sollte, hat dies zur Konsequenz, dass der Druck auf die Politik entsprechend höher werden wird und regionale Defizite dann letztlich mit Steuermittel kompensiert werden müssen, da Defizite in der medizinischen Versorgung erfahrungsgemäß einen starken Einfluss auf das Wahlverhalten haben. Zu Einsparungen wird es aus meiner Sicht jedenfalls nicht kommen.

Dr. Peter Niedermoser

Präsident der Ärztekammer für Oberösterreich

„Ein Wettbewerb wäre dann vorstellbar, wenn die einzelnen Landesgeschäftsstellen weiterhin ein hohes Maß an Autonomie behalten und ihre Lösungskompetenz unter Beweis stellen können.“

Höchst irritierend an der Diskussion über die Kassenfusionierung war, dass von vornherein und (politisch) diskussionslos davon ausgegangen wurde, dass eine Fusionierung der Kassen per se von Vorteil für die Versicherten ist. Weder gab es einen Prozess, bei dem die Vor- und Nachteile einer Kassenfusion sorgsam abgewogen wurden, noch wurden seriöse Berechnungen über die potenziellen Einsparungen angestellt und schon gar nicht, wie wir

einigermaßen erstaunt zur Kenntnis nehmen mussten, über die anfallenden Fusionskosten.

Ich maße mir nicht an, das potenzielle Synergiepotenzial einer Kassenfusion einigermaßen genau bewerten zu können. Aufgrund meiner Erfahrungen gehe ich aber davon aus, dass sich an den in den bisherigen Verwaltungseinheiten der Kasse auflaufenden Kosten wenig ändern wird, allerdings für den Aufbau der zentralen Bürokratie zusätzliche Kosten entstehen.

Vor allen Dingen aber halte ich es für fatal, dass der derzeit zumindest ansatzweise bestehende Wettbewerb zwischen den Gebietskrankenkassen durch die Fusionierung zur Einheitskasse auf dem Spiel steht. Bisher gab es zumindest über den Hauptverband und in anderer Form auch über das Gesundheitsministerium ein Benchmarking der Kassen, das allerdings in zweierlei Hinsicht Schwächen hatte. Zum einen war insbesondere das Hauptverbands-Benchmarking völlig intransparent und hat daher weit weniger Wettbewerbsdruck auf die Krankenkasse ausgeübt, als wenn tatsächlich die Informationen allen Versicherten zugänglich gewesen wären. Vor allen Dingen aber entsprach es in den letzten 20 Jahren offenbar dem Zeitgeist, die Finanzparameter in den Vordergrund zu stellen. Wir haben das deshalb immer kritisiert, weil es ja im Unterschied zu privaten Versicherungen nicht Ziel der Krankenkasse sein kann, möglichst hohe Gewinne zu erzielen. Der Auftrag an die Krankenkasse ist ein völlig anderer, nämlich mit den eingehobenen Beiträgen ein möglichst hohes Leistungsangebot für die Versicherten zu finanzieren. Wir haben daher auch immer eingefordert, dass die Vergleichsparameter nicht nur aus finanziellen Erfolgsgrößen bestehen dürfen, sondern auch Outputgrößen zu berücksichtigen sind, aus denen ablesbar ist, wie effizient die Mittel eingesetzt werden.

Statt das Benchmarking zwischen den Krankenkassen auszubauen, wird nun eine Einheitskasse geschaffen, die eine in Österreich einzigartige Monopolstellung einnimmt und als Ganzes mit keiner anderen Krankenversicherung sinnvoll verglichen werden kann. Genau darin liegt ein erhebliches Potenzial an Ineffizienz.

Ich glaube daher weder an die vollmundigen Versprechen, dass die Leistungen für die Versicherten nach der Kassenfusion auf Höchstniveau vereinheitlicht werden, und noch viel weniger glaube ich daran, dass die Ärzte von der Österreichischen Gesundheitskasse einen Leistungs- und Tarifkatalog angeboten bekommen, der die bisherigen Tarifordnungen auf höchstem Niveau

homogenisiert. Ich glaube aber, dass die Zentrale der ÖGK gut beraten ist, wenn sie auch unter den Bedingungen der Einheitskasse Wettbewerb zulässt und sogar fördert. Ein Wettbewerb wäre dann vorstellbar, wenn die einzelnen Landesgeschäftsstellen weiterhin ein hohes Maß an Autonomie behalten und ihre Lösungskompetenz unter Beweis stellen können. Nur dann könnte es dazu kommen, dass im Bemühen, es besser als die anderen zu machen, Effizienzsteigerungen erreicht werden und Best-practise-Prozesse als Standard ausgerollt werden können.

News aus den Gesundheits- systemen

Diese Rubrik stellt aktuelle Informationen aus europäischen Gesundheitssystemen und der Europäischen Union dar, die Sie auch auf der LIG-Homepage unter www.lig-gesundheit.at finden.

INHALT

Veranstaltung: 8. Linzer Gesundheitspolitisches Gespräch: Erfolgsmessung in der sozialen Krankenversicherung

Schweiz: Mindestfallzahlen auf Operateure erweitert

Europa: Neuauflage von „Health at a Glance: Europe“

Österreich: „Therapie Aktiv“ im Kampf gegen Diabetes

Deutschland: HPV-Impfungen auch für Buben

Großbritannien: Kindersterblichkeit könnte stark ansteigen

Niederlande: Spitalskonkurs: bedrohliche Situation in Flevoland

Deutschland: Wie digital ist die Praxis?

Österreich: Anstellung von Ärzten bei Ärzten wird möglich

LIG-Newsletter

Die „News aus den Gesundheitssystemen“ können regelmäßig bezogen werden.

Newsletter-Abo unter www.lig-gesundheit.at/newsletter

VERANSTALTUNG

**8. Linzer Gesundheitspolitisches Gespräch:
Erfolgsmessung in der sozialen Krankenversicherung**

Beim 8. Gesundheitspolitischen Gespräch zum Thema „Erfolgsmessung in der sozialen Krankenversicherung“ am Montag, 13. November 2018 im Ars Electronica Center Linz bezogen die Expertinnen und Experten klare Positionen zur Österreichischen Gesundheitskasse ÖGK. Das Linzer Institut für Gesundheitssystem-Forschung und die Ärztekammer für OÖ luden zu zwei Vorträgen mit anschließender Podiumsdiskussion ein.

„Gruppenpraxen, HÄND, Wegfall der Chefarztpflicht, diese in Oberösterreich erzielten Errungenschaften sind einzigartig in Österreich“, sagte Dr. Peter Niedermoser, Präsident der Ärztekammer für OÖ, bei der Podiumsdiskussion. „Allerdings wird dies künftig mit der Österreichischen Gesundheitskasse ÖGK nicht mehr so unkompliziert und partnerschaftlich wie bisher möglich sein.“

OÖGKK-Direktorin Mag. Dr. Andrea Wesenauer ergänzte: *„Am Beispiel der Zahnärzte sieht man deutlich, dass die Entwicklung des Leistungskataloges auf Bundesebene nur schleppend vorangeht und keine Innovationen in Sicht sind.“*

Der em. Univ.-Prof. Dr. Dr.h.c.mult. Friedrich Schneider, Johannes Kepler Universität Linz, betonte in der Diskussion den für ihn wichtigsten Punkt: *„Diese Reform ist ein teures Experiment ohne Ziele.“* Laut seiner besorgniserregenden Diagnose werde die Politik diese Kassenzusammenlegung in einigen Jahren aus Kostengründen wieder zurücknehmen müssen, was wiederum teuer zu stehen kommen werde. In seinem Vortrag „Entwicklung von Kennzahlen zur Leistungsbewertung der österreichischen Gesundheitsklasse“ gemeinsam mit Univ.-Prof. Dr. Dorothea Greiling ging es vor allem darum, wie wesentlich Benchmarks zur Bewertung der Qualität einer Krankenkasse seien. Die ÖGK könnte sich zum Beispiel in den Bereichen Personalausstattung, Servicestellennetz, Versicherungszufriedenheit und Zufriedenheit der Leistungsanbieter einem Vergleich stellen. Greiling: *„Das allerdings wird schwierig werden, wenn es keine vergleichbaren Konkurrenten und es in dieser Monopolstellung keine Anreize zur Innovation gibt.“*

Prof. Dr. Volker Ulrich von der Universität Bayreuth ging auf die Situation in Deutschland ein: *„Eine gewisse Innovationsoffenheit ist unumgänglich in sol-*

chen Systemen. Sie ist selbst in Deutschland in der gesetzlichen Krankenversicherung niedrig.“ Für das in Österreich geplante zentralistische System äußerte er dahingehend große Bedenken. In seinem Vortrag führte er aus, wie wichtig der Risikostrukturausgleich in Deutschland sei.

Unisono sagten OMR Dr. Thomas Fiedler und Präsident Dr. Peter Niedermoser bei der Podiumsdiskussion: „Die Einsparungen durch eine zentralisierte ÖGK sind sehr fraglich, da es ohne sinnvolle Vergleichsmöglichkeiten auch kein vernünftiges Benchmarking geben kann, so wie es bisher von den Gebietskrankenkassen der Länder gelebt worden ist.“ Dr. Niedermoser betonte abschließend mit Nachdruck: „Sollte der Gesamtvertrag schlechter ausfallen als die bisherige oberösterreichische Lösung, werden wir dem auf keinen Fall zustimmen!“

Das Linzer Institut für Gesundheitssystem-Forschung bedankt sich bei der MedAK für die perfekte Organisation des Events und bei seinen Sponsoren, der LGT-Bank und der Deutschen Bank, für die großzügige Unterstützung.

SCHWEIZ

Mindestfallzahlen auf Operateure erweitert

Mindestfallzahlen werden seit dem Jahr 2012 für die Festlegung des Leistungsumfanges von Spitälern herangezogen. Der Kanton Zürich lobt in einer kürzlichen Mitteilung die positiven Auswirkungen dieser Vorgangsweise und will nun für sechs Leistungsgruppen Mindestfallzahlen für einzelne Operateure und Operateurinnen festlegen.

Positive Erfahrungen

In der Schweiz sind die Kantone dazu verpflichtet, sogenannte Spitalisten zu führen, die den Leistungsumfang der einzelnen Standorte festlegen und Grundlage für eine Übernahme der Behandlungskosten durch die obligatorische Krankenversicherung und die Kantone sind. Eine wichtige Vorgabe bei der Erstellung der Spitalisten sind Mindestfallzahlen bei ca. 30 stationären Eingriffen, die eine hohe Qualität der Behandlungen sicherstellen sollen. Laut einer aktuellen Mitteilung des Kantons Zürich haben sich die Vorgaben zu den Mindestfallzahlen nicht nur gesundheitlich, sondern auch wirtschaftlich bezahlt gemacht. Demnach ist die Mortalität zwischen 2012 und 2015 bei

Behandlungen mit Mindestfallzahlen doppelt so stark zurückgegangen wie bei Behandlungen ohne Vorgaben. Die Fallkosten stiegen im selben Zeitraum bei Behandlungen mit Mindestfallzahlen rund dreimal weniger stark als in den anderen Bereichen.

Operateur-Liste

Diese Ergebnisse nimmt der Kanton Zürich zum Anlass, um die Vorgaben für Mindestfallzahlen zu erweitern und dehnt die Vorgaben in sechs Bereichen auf Operateure aus. Konkret betrifft dies die Leistungen Erstprothese Hüfte, Erstprothese Knie, Wechseloperationen Hüfte- und Knieprothesen, Anerkanntes zertifiziertes Brustzentrum, Gynäkologische Tumore und die Radikale Prostatektomie. Die Vorgaben werden mit 1. Jänner 2019 gültig. So sollen „Gelegenheitseingriffe“ verhindert werden. Die Operateure und Operateurinnen, die die notwendigen Fallzahlen erfüllen, sind auf einer Liste vermerkt. Die Maßnahme wird durch Qualitätscontrollings mit Qualitätssicherung durch Fachgesellschaften oder Zertifizierungen begleitet.

EUROPA

Neuaufgabe von „Health at a Glance: Europe“

2016 wurde der Bericht zum Gesundheitszustand innerhalb der EU gemeinsam von der OECD und der Europäischen Kommission das erste Mal herausgegeben. Nun wurde im November 2018 die zweite Auflage des Zyklus veröffentlicht. Fazit: Das Papier hat einen realen Nutzen für die Mitgliedsstaaten.

Politischer Mehrwert

Die neue Generaldirektorin für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit in der Europäischen Kommission Anne Bucher betont, dass die Informationen des Berichts „Health at a Glance: Europe“ für die Politiker der Mitgliedstaaten eine wichtige Informationsquelle für Entscheidungen darstellen. Das Format, die Länderprofile sowie der Begleitbericht sollen alle zwei Jahre erscheinen. Auch die erste Serie freiwilliger Austausche über politische Maßnahmen zeigte Erfolg. Unter anderen profitierte auch Österreich von der Möglichkeit, aktuelle Herausforderungen und Lösungsmöglichkeiten mit Sachverständigen der Kommission, der OECD und des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik diskutieren zu können. Die Fakten

des Berichts im Abschnitt „Gesundheitszustand in der EU“ liefern politischen Entscheidungsträgern der Länder eine gute Grundlage, um das Gesundheitssystem fairer, erschwinglicher, schneller erreichbar und wirkungsvoller zu gestalten.

Wichtigste Themenfelder

Ein zentrales Thema des Berichts sind ineffiziente Ausgaben im Gesundheitssystem, die in manchen Mitgliedsstaaten bis zu 20 % ausmachen. Als Beispiel werden etwa vermeidbare stationäre Aufnahmen gebracht, die in Österreich 4,8 % aller Spitalsaufenthalte betragen. Österreich liegt hier im Schnitt zwar unter dem EU-25-Durchschnitt (5,5 %), weist in diesem Bereich aber aufgrund der hohen Spitallastigkeit ein überdurchschnittliches Einsparungspotential auf. Als Gegenstrategien werden etwa der Ausbau der Primärversorgung und der Tagesklinik genannt. Frei werdende Gelder aufgrund von Vermeidung solcher Ineffizienzen könnten Finanzierungsprobleme in anderen Bereichen lösen.

Ein zweiter Schwerpunkt des Berichts ist die psychische Gesundheit. Jeder sechste EU-Bürger ist bereits von psychischen Gesundheitsproblemen betroffen, was allerdings oft übersehen wird. Dabei machen die Folgekosten dieser Problematik ganze 4 % des BIPs aus.

Länderberichte

Im Laufe des Jahres 2019 werden die Länderprofile der EU-Mitgliedsstaaten (inkl. Island und Norwegen) erstellt. Die Daten von „Health at a Glance: Europe“ werden hier länderweise analysiert und textlich kommentiert. Ein weiterer Bericht wird ergänzend dazu bereichsübergreifende politische Hebel und den Mehrwert von Maßnahmen auf EU-Ebene behandeln.

ÖSTERREICH**„Therapie Aktiv“ im Kampf gegen Diabetes**

Seit 2007 gibt es in Österreich das Disease Management Programm (DMP) „Therapie Aktiv – Diabetes im Griff“, das nachweislich positive Auswirkungen für Betroffene zeigt. Die OÖGKK und der Verein AM PLUS setzen sich in Oberösterreich für eine höhere Teilnehmerzahl unter Ärztinnen und Patientinnen ein – mit Erfolg.

Diabetes und Komplikationen

Dr. Erwin Rebhandl, Präsident von AM PULS und der Oberösterreichischen Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin (OBGAM) und Hausarzt im Primärversorgungszentrum Haslach an der Mühl (OÖ) betont, dass Diabetes mellitus Typ 2 auch heute immer noch relativ häufig zu schweren Komplikationen führt. Dazu gehören etwa Nierenversagen mit Dialyse, Amputationen, Erblindung und koronare Herzerkrankungen. „Viele dieser Komplikationen wären durch eine frühzeitige optimale Betreuung durchaus vermeidbar“, zeigt sich der Mediziner überzeugt.

Das Programm

Genau hier setzt das zentral organisierte DMP „Therapie Aktiv – Diabetes im Griff“ an. Regelmäßige Arztuntersuchungen und eine entsprechende Dokumentation ermöglichen für die Patienten eine langfristige, an deren Bedürfnisse angepasste Therapie. Und auch das Wissen der Patienten über die eigene Krankheit, also eine hohe Eigenkompetenz, ist ein zentraler Punkt des Programms. Die wissenschaftliche Evaluierung des Programms zeigte eine um signifikante 35 % niedrigere Mortalität als bei Patienten außerhalb des Programms und auch von diabetesspezifischen Folgeerkrankungen waren Teilnehmer von „Therapie Aktiv“ weniger häufig betroffen (Herzinfarkte: -8 %; Schlaganfälle -10 %; Aufenthalte im Krankenhaus -2,3 Tage). Neben den gesundheitlichen Effekten hat das Programm aber auch positive Auswirkungen auf die Betreuungskosten: „Vom DMP-Programm profitieren die Erkrankten wie auch das Gesundheitssystem“, informiert Mag. Franz Kiesel, Ressortdirektor der OÖGKK.

AM PLUS

Um die Vorteile von „Therapie Aktiv“ besser ausschöpfen zu können, hat die OÖGKK den Verein AM PLUS beauftragt, das Programm in Oberösterreich zu bewerben. Ziel ist eine bessere Einbindung von niedergelassenen Allgemeinmedizinerinnen und Patienten in das DMP. Im Bundesländervergleich ist Oberösterreich mit 418 teilnehmenden Ärzten und 16.416 teilnehmenden Patienten (Stand 1. Okt. 2018) an der Spitze. AM PLUS organisierte im Herbst 2017 sowie im Frühling 2018 Workshops für Allgemeinmediziner und deren Ordinationsteams, die die Vorteile des Programms aufzeigten. Informations- und Motivationsarbeit bei Ärzten und Patienten sollen innerhalb kürzester Zeit mehr als die Hälfte der Betroffenen der strukturierten Langzeitbetreuung im Rahmen von „Therapie Aktiv“ zuführen.

DEUTSCHLAND

HPV-Impfungen auch für Buben

Bereits seit 2007 wird in Deutschland für Mädchen zwischen 9 und 14 Jahren die HPV-Impfung von der gesetzlichen Krankenkasse bezahlt. Der humane Papillomvirus gilt als Auslöser für Gebärmutterhalskrebs. Nun wird die Impfung auch für Buben empfohlen, um die Ansteckungsgefahr weiter zu senken.

Impfung wird Kassenleistung

Ab Dezember 2018 soll die HPV-Impfung nun auch für Buben im Alter von 9 bis 14 Jahren von der sozialen Krankenversicherung bezahlt werden. Grundlage für diese Entscheidung ist eine Empfehlung der ständigen Impfkommision (STIKO), basierend auf dem Robert-Koch-Institut für diese Altersgruppe. Die Impfung gilt als sehr sicher und wirksam. Weltweit wurden bereits 270 Millionen HPV-Impfungen durchgeführt, ohne dass wesentliche Impfreaktionen aufgetreten sind.

Niedrige Impfquote

Leider ist die Durchimpfungsrate bei den Mädchen sehr gering. 2015 waren lediglich 44,6 % der 17-jährigen Mädchen geimpft – obwohl dieser kleine Pieks vor Krebs schützt. Jährlich erkranken etwa 4.600 Frauen an Gebärmutterhalskrebs und bei fast 100 % der Tumore sind HPV-Viren beteiligt. Und

auch bei Männern spielt das HPV-Virus im Zusammenhang mit Karzinomen eine Rolle: Penis- und Analkrebs sowie Krebserkrankungen des Rachens und der Mundhöhle werden mit dem Erreger in Verbindung gebracht. Die Impfung der Buben schützt also nicht nur die Mädchen, sondern auch die Geimpften selber. Eine von der STIKO durchgeführte mathematische Modellierung zeigte, dass sich durch die Impfung der Buben langfristig zusätzlich tausende von Krebserkrankungen vermeiden lassen.

Deutschland ist mit der gesetzlichen Übernahme der HPV-Impfung in das Leistungsspektrum der sozialen Krankenversicherung Vorreiterland.

GROßBRITANNIEN

Kindersterblichkeit könnte stark ansteigen

Eine aktuelle Studie des Royal College of Paediatrics and Child Health warnt, dass in England und Wales die Säuglings- und Kindergesundheit ohne wirksame Maßnahmen unter Druck geraten wird. 2030 könnte die Kindersterblichkeit bereits um 140 % höher liegen als in vergleichbaren Ländern. Rasches Handeln ist daher gefragt.

Prognose

In den letzten beiden Jahren ist die Kindersterblichkeit – nach mehr als einem Jahrzehnt kontinuierlicher Verbesserung – wieder angestiegen. Derzeit liegt der Wert bereits um 30 % höher als im Durchschnitt der EU-15-Staaten, erweitert um Australien, Kanada und Norwegen (EU15+). Und dieser Unterschied wird ohne rasche Trendumkehrung weiter wachsen. Die psychischen Gesundheitsprobleme bei Kindern werden um ganze 60 % zunehmen und die Kindertotfälle werden um 50 % steigen, so die düstere Prognose der Studie.

Ursachen

Eine Ursache für die gefährdete Kindergesundheit ist die steigende Armut unter den Jüngsten der Gesellschaft. Das College rechnet mit einem Anstieg der Kinderarmut in der Höhe von 40 % in den nächsten zwölf Jahren. Zwar hat die Regierung bereits einige Programme gestartet, die dieses Problem angehen, der Handlungsbedarf könnte jedoch bei weitem unterschätzt werden.

Der Autor der Studie, Prof. Russel Viner, betont jedoch auch, dass die Vorhersagen der Studie keinesfalls unumkehrbar seien, wenn die richtigen Maßnahmen gesetzt würden. So hätte etwa auch unermüdlicher Einsatz in den Bereichen Diabeteskontrolle und Rauchen zu guten Ergebnissen geführt. Er schätzt, dass Rauchen im Jahr 2030 zu einem vernachlässigbaren Problem geworden sein wird.

Dennoch sind gerade in der Gruppe der werdenden Mütter die Zahlen der Raucherinnen vergleichsweise hoch, was zu den Schlüsselfaktoren für Kindersterblichkeit zählt. Ebenso wie der Anteil von sehr jungen Müttern und die niedrige Stillrate – beides drängende Probleme im Vereinigten Königreich. Aber auch unter den vermeidbaren Todesursachen bei Kindern und Jugendlichen wurden Bereiche identifiziert, in denen das Vereinigte Königreich hinter den EU15+ hinterherhinkt. Darunter gewöhnliche Infektionskrankheiten und chronische Atemwegserkrankungen.

Finanzierung

Die Grundlage vieler Ursachen für Kindersterblichkeit bleibt aber Armut, was vor allem eine größere Unterstützung vulnerabler Gruppen als Lösung voraussetzt. Ein Sprecher des Gesundheits- und Sozialministeriums informierte, dass die Kindergesundheit ein zentrales Thema der Regierung für die langfristige Planung des NHS sei und deshalb 2023–24 jährlich zusätzlich 20,5 Milliarden Pfund in den NHS fließen werden.

NIEDERLANDE

Spitalskonkurs: bedrohliche Situation in Flevoland

Zwei Spitäler in den Niederlanden werden wegen Konkurses kurzfristig geschlossen. Eines davon befindet sich in Amsterdam, wo es die Spitalsdichte erlaubt, dass Patienten in andere Häuser übersiedelt werden. Das andere befindet sich hingegen in der Provinz Flevoland, wo es in der näheren Umgebung keine Alternativen gibt. Für die Bevölkerung könnte es dadurch zu lebensbedrohlichen Situationen kommen.

Mitarbeiter und Patienten betroffen

Die beiden insolventen Spitäler gehören der MC Group und sind unabhängig voneinander in die Insolvenz geschlittert. 2.500 Beschäftigte sind davon betroffen. Für das MC Slotervaart Krankenhaus in Amsterdam wurde eine Vereinbarung getroffen, die die Übernahme der 150 dort befindlichen Patienten in andere Einrichtungen in Amsterdam sicherstellt. Im IJsselmeer-Krankenhaus in Flevoland stellte man, mangels Übernahmemöglichkeiten, seitens der Versicherungen vorerst sicher, dass für die 200 bereits dort befindlichen Patienten des Spitals die Behandlung weiter finanziert wird, bis eine Alternative gefunden ist. Anfangs wurde diese Zusage von den Versicherungen nicht getätigt. Die Begründung: Es sei nicht Aufgabe der Versicherer, einem Krankenhaus finanziell auszuhelfen.

Lösung für Flevoland

Eine dauerhafte Lösung für das Spital in Flevoland könnte sich glücklicherweise schnell ergeben, da sich ein potentieller Käufer mit ernststen Absichten aufgetan hätte, so berichtet zumindest das Rundfunkunternehmen NOS. Die Schließung des Krankenhauses könnte hingegen lebensbedrohliche Situationen nach sich ziehen, da es in der Region keine benachbarten Alternativen für die Bevölkerung gebe, warnen Vertreter der Provinz den Gesundheitsminister Bruno Bruins.

DEUTSCHLAND**Wie digital ist die Praxis?**

Erstmals kam in Deutschland das PraxisBarometer Digitalisierung zum Einsatz. Erfragt wurden dabei die tatsächliche Verwendung digitaler Applikationen in den Praxen und Einschätzungen zu deren Nutzen. Doch obwohl in einigen Anwendungen großes Potenzial gesehen wird, steht es mit dem Vertrauen in die Technik nicht allzu gut.

Die Befragung wurde von der KBV in Auftrag gegeben und vom IGES Institut durchgeführt. Insgesamt wurden 7.000 Praxen von Ärzten und Psychotherapeuten angeschrieben, wovon 1.764 Praxen ausgewertet werden konnten. Künftig soll die Befragung regemäßig wiederholt werden.

Bereits genutzt

Nicht Teil der Befragung war, dass heute alle Ärzte elektronisch mit ihrer Kassenzärztlichen Vereinigung abrechnen, das ist keine große Überraschung. Bei der Befragung kam jedoch auch heraus, dass mittlerweile 73 % der befragten Praxen die Patientendokumentation vollständig oder mehrheitlich digitalisiert haben. Unter den großen, häufig interdisziplinär besetzten Praxen nutzen bereits 75 % Programme, um die Raumplanung und Gerätenutzung zu organisieren. Ebenfalls etwa drei Viertel der Praxen verfügen über eine digitale Schnittstelle zum Praxisverwaltungssystem*. Des Weiteren verwenden 60 % der Praxen eine Software, die Wechselwirkungen von Medikamenten erkennt.

Zukunftspotenzial

Potenzial sehen die Ärzte und Psychotherapeuten vor allem in elektronischen Medikationsplänen (54 %), digitalen Notfalldatensätzen (49 %) und digitalen Verordnungen (44 %). Aber auch die elektronische Abbildung des Mutter-beziehungsweise Impfpasses halten viele Befragte für sinnvoll (43 %). Ebenfalls Potenzial für die Patientenversorgung birgt laut Meinung der Ärzte und Psychotherapeuten die einrichtungsübergreifende elektronische Patientenakte (38 %). KBV-Vorstandsmitglied Dr. Thomas Kriedel betont dazu, dass die Digitalisierung viele Möglichkeiten bietet, um die Zukunft sinnvoll und patientengerecht zu gestalten: „Wir unterstützen die Entwicklung aller digitalen Anwendungen, die für Patienten, Ärzte und Psychotherapeuten Mehrwerte bringen und so die Versorgungsqualität steigern“, sagt der Ärztevertreter.

Einen solchen Mehrwert hätten laut den befragten Praxen etwa Zeitersparnisse durch Prozessoptimierungen im Praxismanagement und durch verbesserte Kommunikation mit Kollegen und Krankenhäusern (jeweils 60 %). Als besonders hilfreich wird dabei der eArztbrief eingeschätzt (54 %).

Hemmnisse

Dem KBV-Vorstandsvorsitzenden Dr. Andreas Gassen ist dabei wichtig, dass alle Maßnahmen der Digitalisierung den Arzt entlasten müssen und dabei Zeit frei wird, die für die eigentliche Behandlung des Patienten zur Verfügung steht. Dies ist nämlich eine große Sorge von Ärzten und Psychotherapeuten: dass die Digitalisierung kein Mehr an Zeit für den Patienten generiert, sondern zum Selbstzweck mutiert (44 %). Als weitere mögliche Hemmnisse der Digitalisierung sehen die befragten Praxen das Thema IT-Sicherheit (78 %)

und die Fehleranfälligkeit elektronischer Systeme (43 %). Gassen greift diese Aussagen ebenfalls auf und meint, dass Digitalisierung weder ein Allheilmittel noch ein Selbstzweck ist, sondern dass es auf planvolle Umsetzung, sinnvolle Einbettung und Funktionalität im Praxisalltag ankommt. Um auch Skeptiker zu überzeugen, müsse die Industrie sichere, funktionale und bezahlbare Lösungen anbieten, die ärztliches Handeln unterstützen und nicht beeinträchtigen, sind Gassen und Kriedel überzeugt.

Die Ärztevertreter kritisieren, dass die Praxen bisher selbst für den zeitlichen und personellen Aufwand aufkommen müssen, der für Digitalisierungsmaßnahmen notwendig ist. Hier müsse man Seitens der Politik mehr finanzielle Mittel zur Verfügung stellen. Außerdem solle der Breitbandausbau gefördert werden und eine gesetzliche Basis geschaffen werden, die eine Interoperabilität der elektronischen Systeme gewährleistet.

*Das Praxisverwaltungssystem – kurz PVS – gehört zur Grundausrüstung in jedem Praxismanagement. Die Software unterstützt niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten bei der Organisation und Dokumentation der Praxisaufgaben. Alle Abläufe einer Einzelpraxis, einer Gemeinschaftspraxis, aber auch eines Medizinischen Versorgungszentrums können digital abgebildet werden. Ärzten stehen dabei nicht nur Funktionen wie die elektronische Patientenakte oder die Online-Abrechnung mit der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung (KV) zur Verfügung. Wesentlicher Bestandteil sind auch Terminplanung, Buchhaltung und elektronische Kommunikation mit Kollegen. (Quelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung)

ÖSTERREICH

Anstellung von Ärzten bei Ärzten wird möglich

Endlich ist es so weit: Nach langem Einsatz der Ärztekammer gab das Gesundheitsministerium nun einen Entwurf für ein neues Ärztegesetz in Begutachtung, indem die Möglichkeit zur Anstellung von Ärzten bei Ärzten vorgesehen ist. Ein Erfolg – auch für das LiG.

Die Eckpunkte

Ärzte, die selbstständig in einer Ordination tätig sind, dürfen künftig „zum Zwecke einer nicht nur vorübergehenden Erbringung ärztlicher Leistung“ einen anderen Arzt anstellen. In einer Einzelordination darf höchstens ein weiterer Arzt auf Vollzeitbasis (40 Stunden Vollzeitäquivalent) eingestellt werden, in Gruppenpraxen maximal zwei. Die Ausbildung von PraktikantInnen im Rah-

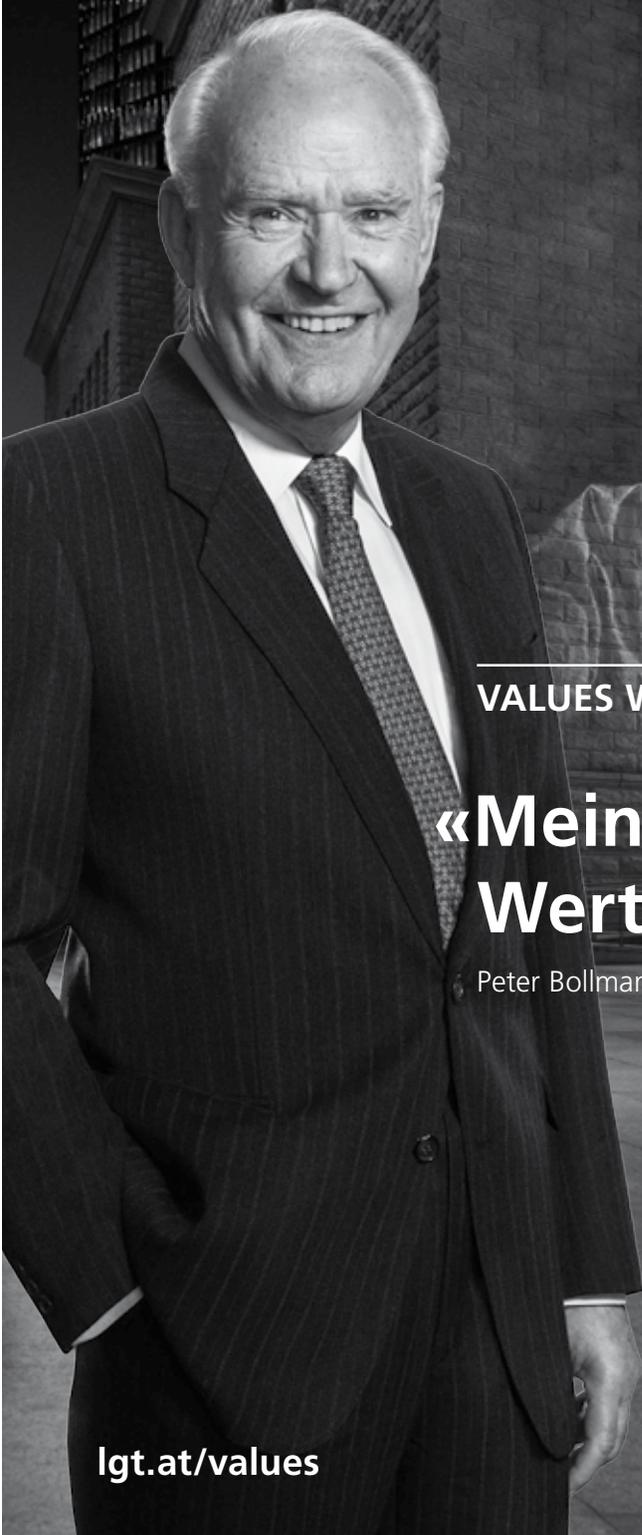
men der Lehrpraxis ist von diesem Gesetz nicht betroffen. Eine klare Abgrenzung von Ordinationen und Gruppenpraxen von Strukturen selbstständiger Ambulatorien muss allerdings weiterhin bestehen. Für Patienten soll dabei das Recht auf eine freie Arztwahl erhalten bleiben.

Mit dem Gesetz soll der Beruf des Hausarztes gestärkt werden, indem eine bessere Work-Life-Balance ermöglicht wird – auch im Sinne einer guten Vereinbarkeit von Beruf und Familie. Die Anstellung von Ärzten in Ordinationen ist ein Eckpfeiler in der Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung. Das Linzer Institut für Gesundheitssystem-Forschung hat sich im Rahmen der Zeitschrift für Gesundheitspolitik bereits zu Beginn des Jahres mit dem Thema „Anstellung von Ärzten bei Ärzten“ auseinandergesetzt. Rechtliche Themen wurden aufgearbeitet, eigene Überlegungen angestellt, ein Blick nach Deutschland geworfen und eine Befragung der Ärztinnen und Ärzte in Oberösterreich, inklusive Fokusgruppe, abgehalten.

Andere Änderungen

Im Ärztegesetz sind des Weiteren Änderungen in der Ausbildung zum Notarzt, eine Regelung des ärztlichen Beistands für Sterbende und eine Anerkennung alternativer Heilverfahren vorgesehen. Die Begutachtungsfrist für die Gesetzesänderung lief bis 8. November.

Friedrich Oelenhainz, Detail aus «Porträt des späteren Fürsten Johann I. von Liechtenstein», 1776.
© LIECHTENSTEIN. The Princely Collections, Vaduz-Vienna



VALUES WORTH SHARING

«Meine Bank legt Wert auf Werte.»

Peter Bollmann, LGT Kunde seit 2009



Private
Banking

lgt.at/values

Die Zeitschrift für Gesundheitspolitik (ZGP) des Linzer Instituts für Gesundheitssystem-Forschung (LIG) versteht sich als Medium zur Veröffentlichung neuer Denkanstöße und Perspektiven zu aktuellen Problemen des österreichischen Gesundheitssystems. Sie will damit einen Beitrag zur innovativen Weiterentwicklung des österreichischen Gesundheitssystems leisten. Themenbereiche sind etwa intra- und extramurale Versorgung, Nahtstellenmanagement, Finanzierung, Organisation und Akteure des Gesundheitssystems. Die ZGP richtet sich an Personen aus Politik, Sozialversicherung, Kammern, Wissenschaft und an alle, die am Gesundheitssystem interessiert sind.

Erscheinungsweise: vierteljährlich

Gerne lassen wir Ihnen unverbindlich und kostenlos ein Exemplar zukommen.

Bestelladresse:

Linzer Institut für Gesundheitssystem-Forschung (LIG)
Dinghoferstraße 4, 4010 Linz
Tel.: ++43/732/77 83 71-320
Fax: ++43/732/78 36 60-320
E-mail: lig@aekooe.at

Bestellformular: <http://www.lig-gesundheit.at/abonnieren>

LIG
GESUNDHEITSSYSTEM-FORSCHUNG

LINZER
INSTITUT
FÜR

aekooe  **Ärzt**ekammer
für Oberösterreich