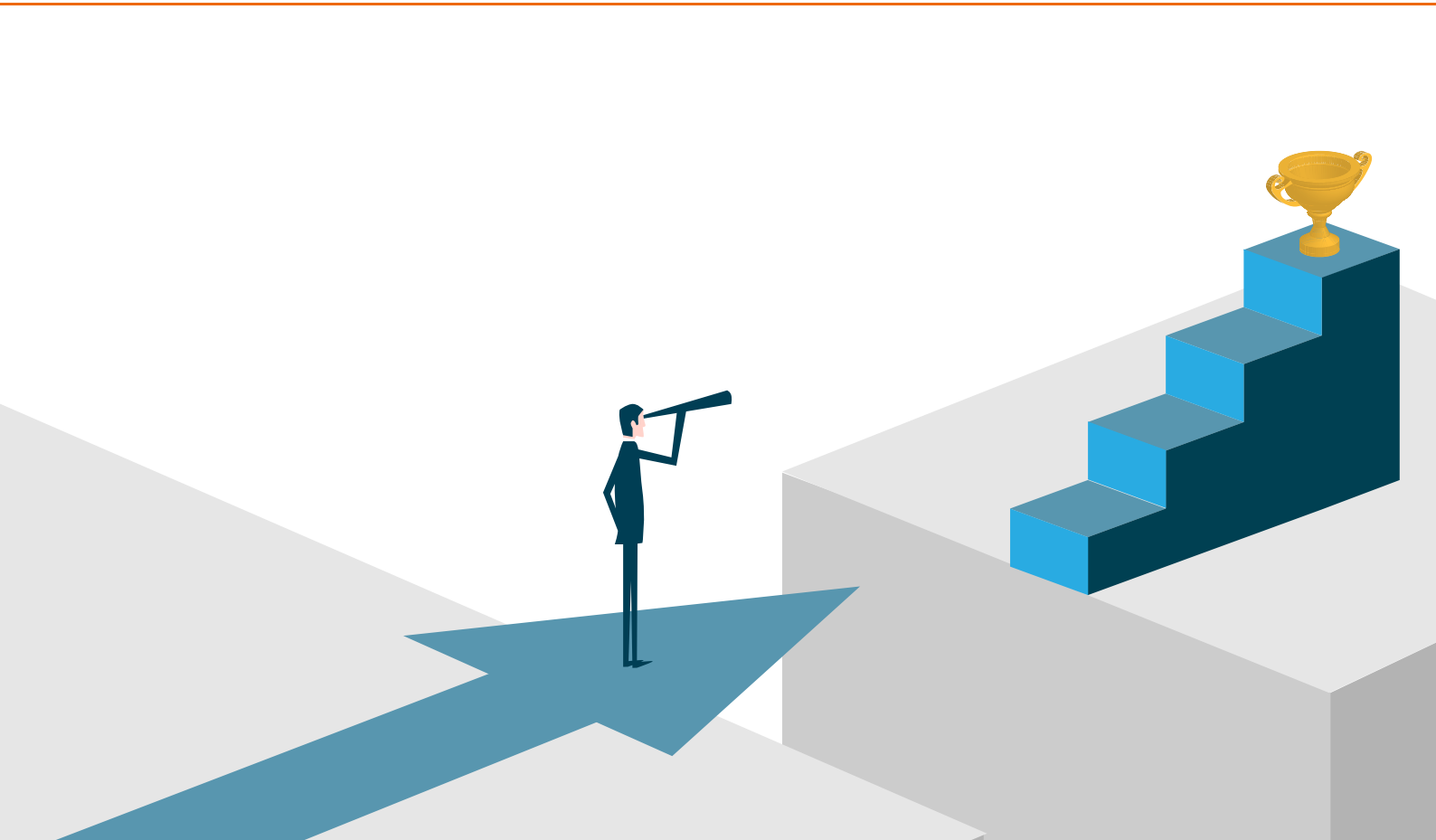


Krankenkassen sind keine Versicherungen mehr.

Was sollen sie in Zukunft leisten?



Jürgen Graalman
Alejandro Cornejo Müller
Tim Rödiger

Inhaltsverzeichnis

TEIL 1

Krankenkassen sind keine Versicherungen mehr.

Lahnstein professionalisierte die Krankenkassen	5
Versicherungsfunktion geht zurück	6
Die gefühlte Austauschbarkeit der Krankenkassen	7
Dezentrale Wettbewerbslösung muss ihre Kraft entfalten können	8
Mangelnde Differenzierung führt zu Kostendruck	9

TEIL 2

Was sollen Krankenkassen in Zukunft leisten?

Wettbewerb um Gesundheit statt Streit ums Geld	11
Patientenzentrierte Versorgung wird endlich möglich	12
Mit Innovationen die Versorgung zum Patienten bringen	13
Eine digitalisierte Wertschöpfung entlastet Ärzte und Pflegende	14
Ein neues Rollenverständnis für Krankenkassen	15
Die elektronische Patientenakte als Katalysator für das neue Rollenverständnis	17
And the winner is...	17

Wettbewerb um Gesundheit

Der Kompromiss von Lahnstein leitete einen Transformationsprozess der Krankenkassen ein, der von einigen Akteuren mit dem Wandel vom „Payer zum Player“ beschrieben wurde. Damit verbunden war der Anspruch, die Versorgungslandschaft nicht nur weitestgehend zu bezahlen, sondern nach den eigenen Vorstellungen mit zu gestalten. Ist das wirklich passiert? Gleichzeitig unterlagen die Krankenkassen einem starken Wandel, bei dem die Versicherungsfunktion in den letzten Jahren immer weiter zurück gegangen ist. Im Kern sind Krankenkassen heute keine Versicherungsunternehmen mehr. Aber was sind sie dann? Und was sollen sie in Zukunft leisten? Diese Frage ist unbeantwortet, auch aufgrund einer unklaren Erwartungshaltung der Politik an „ihre“ Körperschaften des öffentlichen Rechts. So erklärt sich die immer wiederkehrende Diskussion über die notwendige Anzahl von Krankenkassen, auf die es ohne ein klares Rollenverständnis keine schlüssige Antwort geben kann. Der vorliegende Artikel soll zur Diskussion anregen, welche Rolle Krankenkassen in einem Wettbewerb um Gesundheit spielen können und sollen. Eine Antwort wird immer drängender. Denn trotz über 100 Gesetzesreformen seit „Lahnstein“ blieben die meisten der Versorgungsprobleme ungelöst, wie der Sachverständigenrat für Gesundheit gerade erst wieder feststellte (SVR, 2018). Vom Leitbild einer sektorübergreifenden Versorgung, in deren Mittelpunkt der Patient steht, sind wir immer noch weit entfernt. Die Zunahme degenerativer und chronischer Erkrankungen, ein massiv ansteigender Pflegebedarf, die wachsende Teilung in Metropolregionen und den ländlichen Raum mit ihren jeweils eigenen Herausforderungen an die Versorgung und Kostensteigerungen von jährlich fast 10 Milliarden Euro verstärken den Handlungsdruck. Auf dem Spiel steht das zentrale Leistungsversprechen der

Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und sozialen Pflegeversicherung (SPV), die Sicherstellung einer qualitativ guten, dem medizinischen Fortschritt gerecht werdenden und bezahlbaren Versorgung für alle.

Im Zuge der Digitalisierung bietet sich die Chance, die seit Jahren bestehenden Versorgungsprobleme mit Hilfe von Innovationen aufzulösen und ein neues Rollenbild für die Krankenkassen zu etablieren. Der Wandel hin zu diesem neuen Rollenbild sollte von der Politik mit einer klaren Erwartungshaltung und passenden Rahmenbedingungen befördert werden. Statt „ein Schritt vor und zwei zurück“ brauchen Krankenkassen Klarheit und Investitionssicherheit, um das Innovationspotenzial der Digitalisierung abzurufen. So kann aus dem heutigen Streit ums Geld zwischen Krankenkassen, sowie Krankenkassen und Leistungserbringern ein Wettbewerb um Gesundheit werden. Bei einem Wettbewerb um Gesundheit profitieren diejenigen Krankenkassen und Leistungserbringer, die einen überdurchschnittlichen Beitrag dazu leisten, Gesundheit zu produzieren. Denn mehr Gesundheit ist günstiger als Krankheit: Das ist eine Binsenweisheit. Und dennoch ist mehr Gesundheit der wichtigste Hebel, um eine gute und bezahlbare Gesundheitsversorgung für jeden unabhängig von Alter, Einkommen und Gesundheitszustand zu garantieren. Um das zentrale Versprechen der GKV auch in Zukunft einzulösen, müssen Kranken- und Pflegekassen den nächsten Schritt gehen und sich konsequent zum Gesundheitsdienstleister entwickeln.

Teil 1

Krankenkassen sind keine Versicherungen mehr.



Krankenkassen sind keine Versicherungen mehr.

Lahnstein professionalisierte die Krankenkassen

Die jetzige Organisationsstruktur der Gesetzlichen Krankenkassen geht zurück auf den parteiübergreifenden Kompromiss von Lahnstein aus dem Jahr 1992. Damals sollte die Krankenversicherung vor dem Hintergrund der Wiedervereinigung und angesichts der steigenden Ausgaben zukunftsfest gemacht werden. Neben höheren Zuzahlungen für Versicherte und der Einführung von Ausgabenbegrenzungen (sog. Budgets) für Ärzte und Krankenhäuser wurde auch die Umstellung der Krankenhausvergütung auf Fallpauschalen mit dem Kompromiss von Lahnstein eingeleitet.

Das in der Folge 1993 verabschiedete Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der Gesetzlichen Krankenversicherung beinhaltete darüber hinaus eine Organisationsreform der Krankenkassen. Zentrales Instrument war die Einführung des Wettbewerbs durch freie Kassenwahl für alle Versicherten ab 1996, wie wir ihn heute kennen. Das bis dato bestehende System mit automatischer Zuweisung von Arbeitern in Primärkassen (AOK, IKK und BKK) und der Möglichkeit zur Auswahl einer Wahlkasse bei Angestellten (Ersatzkassen) wurde beendet. Jeder sollte sich unabhängig vom Berufsstand seine Krankenkasse selbst aussuchen können. Von der Einführung des Wettbewerbs und dem damit verbundenen Entdeckungsverfahren über Innovationen versprach sich die Politik eine stärkere Ausrichtung an den Kundenpräferenzen sowie Effizienz- und Qualitätssteigerungen für eine gute und gleichzeitig wirtschaftlichere Versorgung.

Die Logik dahinter: Wechseln immer mehr Versicherte in günstigere Kassen, steigt nach und nach die Effizienz der Versorgung, weil mehr und mehr Versi-

cherte in gut wirtschaftenden Kassen versichert sind. Flankierend zur Wahlfreiheit wurde der Risikostrukturausgleich (RSA) eingeführt. Der RSA sollte Risiko-selektion vermeiden, damit Alte, Kranke oder Geringverdiener aufgrund ihres höheren Krankheitsrisikos nicht zu einer finanziellen Belastung für die einzelnen Krankenkassen werden. Statt sich mit Risikoselektion zu beschäftigen, sollten Krankenkassen vielmehr dafür belohnt werden, sich um eine wirtschaftliche Versorgung zu bemühen. Dieser Anreiz wird durch den RSA erreicht, indem für bestimmte Versichertengruppen die jeweils durchschnittlichen Kosten ausgeglichen werden. Bleiben Krankenkassen unter diesen Kosten, behalten sie mehr Geld aus dem RSA, als sie zur Versorgung benötigten und können ihre (Zusatz-) Beiträge senken. Liegen ihre Ausgaben über den durchschnittlichen Ausgaben, kommen sie mit den Mitteln aus dem RSA nicht hin und müssen zur Finanzierung der überschüssigen Ausgaben entsprechend höhere (Zusatz-) Beiträge erheben. Die Beiträge sollen als Preisanreiz für die Versicherten fungieren. Die Versicherten können durch ihre Wahlrechte die Kasse jederzeit wechseln.

Die Einführung der Wahlrechte und des RSA erhöhte den Wettbewerbsdruck und führte zu einem Konzentrationsprozess, bei dem von 1.223 Krankenkassen im Jahr 1992 aktuell noch 110 Krankenkassen übriggeblieben sind (sozialpolitik-aktuell 2018). Mit der Konzentration einher ging eine Professionalisierung der Aufbau- und Ablauforganisation. Von der Einnahmoptimierung über das Vertrags-, Kosten- und Leistungsmanagement bis hin zum Service erzielten die Krankenkassen mit Hilfe des Wettbewerbs deutliche Fortschritte. Sie konnten ihr „Beamtenimage“

ablegen. Die Branchenführer zählen inzwischen regelmäßig zu den servicestärksten Dienstleistungsunternehmen. Darüber hinaus erzielen die Krankenkassen im Vertrags-, Kosten- und Leistungsmanagement erhebliche Einsparungen, wie zum Beispiel die Erfolge bei den Generikarabatt-Verträgen zeigen, deren jährliche Einsparungen inzwischen über 3 Milliarden Euro betragen. Das Wettbewerbskonzept schien aufzugehen.

Versicherungsfunktion geht zurück

Während die Krankenkassen ihre Leistungsmanagement- und Servicestärke ausbauten, ging ihr eigentlicher Kern immer weiter verloren, die Übernahme von Risiken nach dem Versicherungsprinzip. Das Versicherungsprinzip beruht auf dem Gesetz der großen Zahl, dem „Grundgesetz“ der Versicherungswirtschaft. Danach gilt: Je größer die Zahl der versicherten Personen, die von der gleichen Gefahr bedroht sind, desto geringer ist der Einfluss von Zufälligkeiten. Durch das Gesetz der großen Zahl werden Risiken, wie das Krankheitsrisiko kalkulierbar und dadurch versicherbar. Um versichern zu können, müssen Unternehmen bestimmte Versicherungsfunktionen durchführen, wie die Risikokalkulation und Risikotragung, die Produktentwicklung, bei der das zu übernehmende Risiko und der Umfang der Schadenregulierung definiert wird sowie das Underwriting, welches Vorgaben zur Risikominimierung beschreibt (siehe Abb. 1). Diese klassischen Versicherungsfunktionen gingen bei den einzelnen Krankenkassen zurück. Die Funktionen wurden vom Gesetzgeber immer stärker auf zentrale Einrichtungen, wie den GKV-Spitzenverband (GKV-SV), den Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) oder das Bundesversicherungsamt (BVA) übertragen.

Die Risikotragung übernahm das BVA über den als Sondervermögen verwalteten Gesundheitsfonds. Im Gesundheitsfonds werden die Risiken aller gesetzlich Versicherten gebündelt, indem mit Hilfe des RSA risikogerechte Zuweisungen ermittelt werden. Das heißt, für Gesunde erhalten Krankenkassen im Durchschnitt weniger Zuweisungen als für Kranke. Die Weiterentwicklung des RSA hin zu einem Morbiditätsorientierten RSA (Morbi-RSA) bildete die ausgabenseitigen Krankheitsrisiken der einzelnen Kassen immer besser ab. Gleichzeitig führte die Einführung des Gesundheitsfonds einnahmeseitig zu einer stärkeren Risikotragung, weil zum Beispiel das unterjährige Einnahmerisiko von den Krankenkassen auf den Gesundheitsfonds übertragen wurde. Dazu werden den Krankenkassen die zu erwartenden Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds ihrer Höhe nach bereits im Ok-

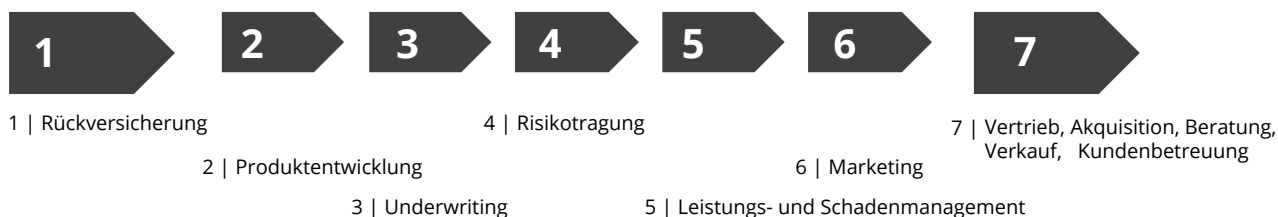
Die klassischen Versicherungsfunktionen gingen zurück. Sie wurden vom Gesetzgeber immer stärker auf zentrale Einrichtungen übertragen.

tober des Vorjahres zugesichert. Liegen die tatsächlichen Einnahmen darunter, trägt der Gesundheitsfonds das Risiko und gleicht die fehlenden Mittel über eine Liquiditätsreserve aus. Ein zusätzlicher Einkommensausgleich sorgt dafür, dass sämtliche Einkommensunterschiede zwischen den Krankenkassen ausgeglichen werden. In der Folge spricht man heute von einem vollständigen Einkommens- und Krankheitsausgleich. Über dessen weitere Ausdifferenzierung wird heftig gerungen, damit auch das letzte kassenspezifische Risiko im Morbi-RSA abgebildet wird oder kassenspezifische Verwerfungen korrigiert werden.

Damit werden die Einkommens- und Krankheitsrisiken nicht länger von der einzelnen Krankenkasse, sondern vom Gesamtkollektiv der GKV getragen. Das Gleiche gilt für das Risikomanagement von Haftungsfällen. Das Risikomanagement übernahm federführend der im Rahmen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes 2009 gegründete GKV-SV. In letzter Konsequenz werden über ein subsidiäres Haftungssystem, welches zunächst die Kassenverbände in die Pflicht nimmt, auch die Haftungsrisiken vom Gesamtkollektiv der GKV getragen. (Das subsidiäre Haftungssystem wird aktuell in Frage gestellt, weil die in den Verbänden unterschiedlich hohen Haftungsrisiken zu Wettbewerbsverzerrungen führen können. Es wird daher diskutiert, das gesamte Haftungsmanagement risikoneutral auf den GKV-SV zu übertragen.)

Die Tendenz zur Zentralisierung gilt gleichermaßen für die Produktentwicklung, in der GKV also die Frage der versicherten Leistungen. Zum einen hat der Gesetzgeber den Leistungskatalog in den letzten Jahren immer weiter ausgeweitet (Bundesministerium für Gesundheit, 2015, 2016, 2017), so dass den Krankenkassen immer weniger Spielräume für eine satzungsmäßige Differenzierung auf der Leistungsseite verbleiben. Dazu kommt die Etablierung des GBA. Im GBA konkretisiert die gemeinsame Selbstverwaltung durch Vertreter der Spitzenorganisationen der Krankenkassen, Ärzte und Krankenhäuser, welche neuen Leistungen in welchem Umfang von den Krankenkassen auf Grundlage des V. Sozialgesetzbuches erstattet werden dürfen. Heute legen im Wesentlichen der Gesetzgeber

Primäre Wertschöpfungsstufen von Versicherungen



Quelle: eigene Darstellung nach Gabler Versicherungslexikon (Wagner, 2017).

und nachgeordnet der GBA das „Produktportfolio“ der abgesicherten Leistungen fest. Ergänzt werden die Gesetze, Verordnungen und Beschlüsse um Leitlinien des ebenfalls zentral organisierten GKV-SV, indem dieser zum Beispiel über Heilmittelrichtlinien oder den Hilfsmittelkatalog die Erstattungsregeln gkv-weit einheitlich regelt.

Aus diesen Leistungszusagen ergibt sich das Versicherungsrisiko, welches über den Gesundheitsfonds für das Gesamtkollektiv der GKV getragen wird, während die Krankenkassen versicherungstechnisch zu Weiterleitungs- und Empfangsstellen für Beiträge und Zuweisungen geworden sind.

Und auch die letzte versicherungstypische Funktion, das so genannte Underwriting kommt nicht zum Tragen. Das Underwriting bezeichnet Policierungsvorgaben, unter denen der Abschluss eines Versicherungsvertrages möglich ist. Underwriting-Richtlinien dienen der Risikominimierung, indem zum Beispiel Vorerkrankungen vom Leistungsumfang ausgeschlossen oder bestimmten Personenkreisen der Zugang zur Versicherung ganz versperrt wird, wie nach wie vor in der Privaten Krankenversicherung üblich; das gibt es in der solidarisch angelegten Gesetzlichen Krankenversicherung nicht.

Nachdem 1996 die Wahlrechte zunächst ausgeweitet wurden, kam es 2009 zu einer umfassenden Versicherungspflicht, bei dem der Versicherungszwang der Krankenkassen (sog. Kontrahierungszwang) soweit ausgeweitet wurde, dass selbst Versicherte, die ihre Beiträge nicht zahlen, von den Krankenkassen versichert werden müssen (Graalman, 2013).

Die gefühlte Austauschbarkeit der Krankenkassen

Der Verlust der Versicherungsfunktion führt genauso wie die Zentralisierung der GKV und die Professionalisierung der Verwaltung zu einer Angleichung der Krankenkassen.

Während die Bedeutung der versicherungstypischen Wertschöpfungsstufen immer weiter zurück-

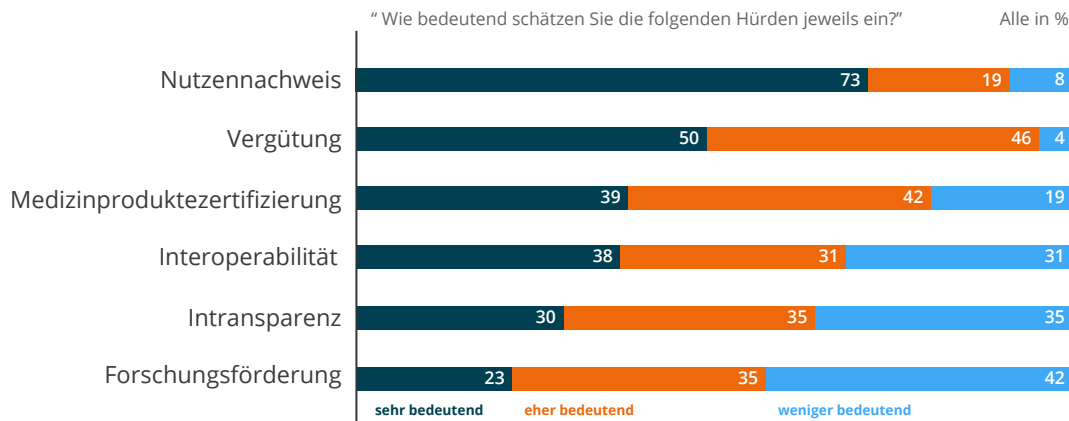
Krankenkassen werden als weitgehend austauschbar wahrgenommen, was zu der wiederkehrenden Diskussion führt, ob es überhaupt so viele Krankenkassen braucht.

gegangen ist, haben die Krankenkassen ihre Verwaltungseinheiten bei den verbliebenen Wertschöpfungsstufen Schadenmanagement (Leistungs-, Vertrags- und Kostenmanagement), Marketing, Vertrieb und Service über best practice Ansätze immer weiter professionalisiert. Durch die best practice Logik gleichen sich die Akti-

vitäten der Kassen in den einzelnen Wertschöpfungsstufen immer weiter an (Rabattverträge, Krankengeldfallmanagement, Krankenhausabrechnungsprüfung, Markenführung, Vertriebssteuerung, Omnichannel Service, etc.). Zusätzlich beschränkt die zunehmende Zentralisierung beim Leistungsportfolio den Spielraum für eine Differenzierung. In der Folge sinkt die Unterscheidbarkeit.

Krankenkassen werden als weitgehend austauschbar wahrgenommen, was zu der wiederkehrenden Diskussion führt, ob es überhaupt so viele Krankenkassen braucht. Der Rechtfertigungsdruck verschärft sich auch, weil inzwischen Institutionen entstanden sind, welche die GKV auch ohne das Bestehen der einzelnen Krankenkassen erhalten könnten. So bestehen mit dem Ausbau des Bundesversicherungsamtes und dem dazugehörigen Gesundheitsfonds sowie der Etablierung des GBA und des GKV-Spitzenverbandes alle notwendigen Institutionen. Daher könnte ein ähnlicher Entwicklungspfad eingeschlagen werden, wie er zuvor schon in der Gesetzlichen Rentenversicherung und der Bundesagentur für Arbeit gegangen wurde und an dessen Ende eine zentrale Organisation die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung auf Basis der maßgeblichen Sozialgesetzbücher V und XI durch-

Hürden für die Durchlässigkeit von Innovationen



Angaben in Prozent | n = 26 | Ergebnisse der Befragung des Expertenkreises "30 unter 40" (www.der-digitale-patient.de)

Quelle: eigene Darstellung nach Bertelsmann Stiftung (Timo Thranberend 2016)

führt. Aber ist das wünschenswert?

Dezentrale Wettbewerbslösung muss ihre Kraft entfalten können

Den Vorteilen dieses Entwicklungspfades, wie geringere Marketing-, Vertriebs- und Verwaltungskosten und eine stärkere Verhandlungsposition bei den Leistungserbringern stehen die Nachteile einer mangelnden wettbewerblichen Orientierung gegenüber. Zur Erinnerung: Der Wettbewerb wurde eingeführt, um mit Hilfe des ihm innewohnenden Entdeckungsverfahrens über Innovationen eine stärkere Ausrichtung an den Kundenpräferenzen zu erreichen sowie den Trade off zwischen einer günstigen und gleichzeitig guten Versorgung aufzulösen.

Für die Versicherten verbesserte sich der Service und beim Kostenmanagement erreichten die Krankenkassen Effizienzsteigerungen. Bisher gelang es aber nicht, die Vorteile des Wettbewerbs auf den Versorgungsbereich zu übertragen, um die seit Jahrzehnten bestehende Über-, Unter- und Fehlversorgung tatsächlich aufzulösen. Gelingt es nicht, über das Entdeckungsverfahren des Wettbewerbs mit Hilfe von Innovationen die Wirtschaftlichkeit, Qualität und Verfügbarkeit der Versorgung zu fördern, stellt sich die Frage nach der Sinnhaftigkeit einer wettbewerblichen Ausgestaltung der GKV. Nur wenn die Vorteile des Wettbewerbs in der Versorgungsrealität überwiegen, gibt es eine Rechtfertigung für eine wettbewerbliche Ausgestaltung im Bereich der Daseinsvorsorge Gesundheit.

Damit die Vorteile überwiegen können, benötigen Krankenkassen einen wettbewerblichen Spielraum, der die Förderungen von Innovationen ermöglicht

und ihre Durchlässigkeit in die Versorgung erhöht. Denn der Trade off zwischen günstiger und qualitativ hochwertiger Versorgung kann angesichts eines steigenden Behandlungsbedarfs bei anhaltendem medizinischen Fortschritt nur durch Innovationen aufgelöst werden, vor allem durch disruptive Innovationen, also einer deutlichen Verbesserung von Verfügbarkeit und Bezahlbarkeit einer guten Versorgung.

Nach mehr als 100 Gesetzesreformen seit Lahnstein hat sich gezeigt, dass allein ein „Herumdoktern“ am bestehenden System bei gleichzeitig hohen Eintrittsbarrieren für Innovationen die Versorgungsprobleme nicht lösen wird. Vielmehr verliert das wettbewerbliche Entdeckungsverfahren seine Innovationskraft und kann den erwarteten Zweck nicht erfüllen, über einen dezentralen, wettbewerblichen Ansatz zu einer guten und bezahlbaren Versorgung beizutragen. Schuld daran sind Rahmenbedingungen, welche die Durchlässigkeit von Innovationen behindern (siehe Abb. 2). So muss laut dem Sachverständigenrat für das Gesundheitswesen „der Werkzeugkasten der bisherigen Nutzenbewertungsmaßnahmen erweitert werden... Agile Evaluationsmethoden, die auch in der Lage sind, modulare, sich iterativ weiterentwickelnde Interventionen valide zu bewerten, sind hier erforderlich.“ (SVR 2018)

Krankenkassen tun sich nach wie vor schwer mit disruptiven Innovationen, obwohl ihnen gerade beim Markteintritt eine zentrale Rolle zukommt. Über Verträge ermöglichen sie Zugang zur Versorgung und bieten Investitions- und Planungssicherheit, damit sinnvolle Innovationen in das System gelangen und sich in der Regelversorgung etablieren können. Krankenkassen fordern seit Jahren mehr Spielräume bei

der Versorgung. Dagegen sperren sich die Leistungserbringer, die ihrerseits einen steigenden Wettbewerbsdruck fürchten, wie es ihn sonst in jeder anderen Branche auch gibt. Begleitet werden die Befürchtungen von Negativerfahrungen in einzelnen Leistungsbereichen, wie der Windelversorgung oder bei Impfstoffen, wo der vom Gesetzgeber gewährte Spielraum von den Krankenkassen weniger für innovative Versorgungsansätze sondern vielmehr als Druckmittel für teils überzogene Einsparvorgaben genutzt wurden, die in Teilen zu Lasten der Versorgung gingen. Das kann allerdings auch als Indiz für einen sonst mangelnden Differenzierungsspielraum gesehen werden, der zwar in Teilen eine Auswahl von Vertragspartnern zulässt, aber kaum Spielräume für die wettbewerbliche Förderung von Innovationen bietet.

Mangelnde Differenzierung führt zu Kostendruck

Das geringe Differenzierungspotenzial führt in Kombination mit der schlechten Durchlässigkeit von Innovationen zu einem generischen Leistungsangebot am Krankenkassenmarkt. Wie in anderen Märkten auch resultiert daraus ein Preisfokus mit Kostendruck. Denn umso austauschbarer Produkte und Dienstleistungen erscheinen, desto wichtiger wird der Preis bei der Kaufentscheidung. Es kommt zu einem Nullsummenwettbewerb um Marktanteile, der in wesentlichen Teilen über möglichst günstige Preise und stringentes Kostenmanagement betrieben wird. Das aber kann nicht der Sinn eines Wettbewerbs im Gesundheitswesen sein.

Die Folge: Krankenkassen konzentrieren ihre Ressourcen auf die Realisierung weiterer Einsparungen. Hinzu kommen Optimierungsversuche der Geldzuflüsse aus dem Gesundheitsfonds.

Die Optimierung der Einnahmen ist für die einzelne Krankenkasse hoch attraktiv, da es sich beim Gesundheitsfonds ebenfalls um ein Nullsummen-Spiel handelt. Jeder Euro wird nur einmal über den Gesundheitsfonds zugewiesen. Da das gesamte Zuweisungsvolumen vorab festgeschrieben wird, bedeutet jeder Euro, den eine Krankenkasse mehr erhält, gleichzeitig einen Euro weniger für alle anderen Krankenkassen. Erhebliche intellektuelle Ressourcen fließen daher in diese Optimierung, statt sich mit einer Verbesserung der Versorgung zu beschäftigen. Dabei führt die individuelle Optimierungslogik bei den Einnahmen nicht zwingend zu mehr Investitionen in eine gute Versorgung. Denn für Krankenkassen ist es aufgrund des mangelnden Differenzierungspotentials über eine bessere und günstigere Versorgung rationaler, die zusätz-

Es kommt zu einem Nullsummenwettbewerb, der über möglichst günstige Preise und stringentes Kostenmanagement betrieben wird. Das aber kann nicht der Sinn eines Wettbewerbs im Gesundheitswesen sein.

lichen Einnahmen für den Aufbau von Rücklagen oder für das Senken der Zusatzbeiträge zu nutzen.

Begleitet wird die Einnahmeloosung von einer intensiven Kostenmanagement, welches sich hauptsächlich an den Sektoren der Gesundheitsversorgung ausrichtet. So bilden die meisten fachlichen Organisationsstrukturen der Krankenkassen die einzelnen

Sektoren nach. Es gibt Abteilungen für die ambulante Versorgung, die stationäre Versorgung, Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel sowie Rehabilitation und „sonstige Leistungen“. Für jeden Bereich gibt es Zielvereinbarungen mit jährlichen Ausgaben- und Einsparzielen, an denen die Abteilungen und ihre Führungskräfte gemessen werden, um den vorher kalkulierten Zusatzbeitrag einzuhalten. Das führt zu Kennzahlen und Quoten, die nicht zwingend mit der Frage zu tun haben, wie für den betroffenen Patienten bestmöglich Gesundheit produziert werden kann. Gleichzeitig werden mit dieser Logik die Sektorengrenzen zementiert.

Auch wenn diese Einnahmeloosungs- und Kostenmanagementlogik aufgrund der geringen Differenzierungsspielräume aus der Innensicht der Krankenkassen logisch erscheint, hilft sie wenig bei der Lösung der seit Jahrzehnten bestehenden Über-, Unter- und Fehlversorgung, die durch Probleme im ländlichen Raum, Wartezeiten und überfüllte Notfallambulanzen eher zunehmen.

Gerade die sektorale Herangehensweise beim Kostenmanagement steht im Widerspruch zum Wertschöpfungsprozess in der Versorgung, der sich sektorübergreifend an den einzelnen Krankheitsbildern ausrichtet beziehungsweise für ältere und multimorbide Patienten populationsbezogene Ansätze verfolgt, um eine bestmögliche Gesundheit der Versicherten zu erreichen. Einzelne Krankenkassen versuchen daher, sich mit innovativen Versorgungslösungen über die sektorale Logik hinwegzusetzen, was sich aufgrund mangelnder Spielräume, einer geringen Durchlässigkeit von Innovationen und gegenläufigen Anreizen bei Krankenkassen und Leistungserbringern aber als schwer umsetzbar erweist.

Teil 2

Was sollen Krankenkassen in Zukunft leisten?



Was sollen Krankenkassen in Zukunft leisten?

Wettbewerb um Gesundheit statt Streit ums Geld

Die Organisationsstruktur von Lahnstein hat zu einer Professionalisierung und Zentralisierung der Krankenkassen geführt, wodurch erhebliche Effizienzpotenziale gehoben werden konnten. Der gegenwärtige Wettbewerb weist aber zunehmend auch destruktive Merkmale auf, die insbesondere durch die Logik des Nullsummenspiels um Marktanteile, Zuweisungen und Kosteneinsparungen entstehen und dem grundsätzlichen Wertschöpfungsprozess im Gesundheitswesen widersprechen.

Statt sich mit anderen Krankenkassen über die Einnahmen und mit den Leistungserbringern über die Ausgaben zu streiten, bedarf es eines Wettbewerbs um Gesundheit. Dieser Wettbewerb ist kein Nullsummenspiel. Vielmehr bedeutet ein Wettbewerb um Gesundheit einen positiven Summenwettbewerb, bei dem es darum gehen muss, möglichst viel Gesundheit für den eingesetzten Euro zu bekommen anstatt möglichst viel Euro von den zugewiesenen Euro zu behalten (Graalmann, 2013).

In der Vergangenheit haben sowohl Leistungserbringer als auch Krankenkassen ihre Forderungen damit begründet, dass es den Patienten und Versicherten gut geht, wenn es den beteiligten Institutionen gut geht. Dieses Prinzip muss sich umdrehen. Den Leistungserbringern und Krankenkassen muss es gut gehen, wenn es den Versicherten und Patienten gut geht. Da Gesundheit grundsätzlich günstiger ist als Krankheit, stellt ein solcher Wettbewerb auch einen wirtschaftlichen Hebel für die Krankenkassen dar. Nur ein Wettbewerb um Gesundheit ist über eine kontinuierliche Wertsteigerung in der Lage, den Trade off zwischen

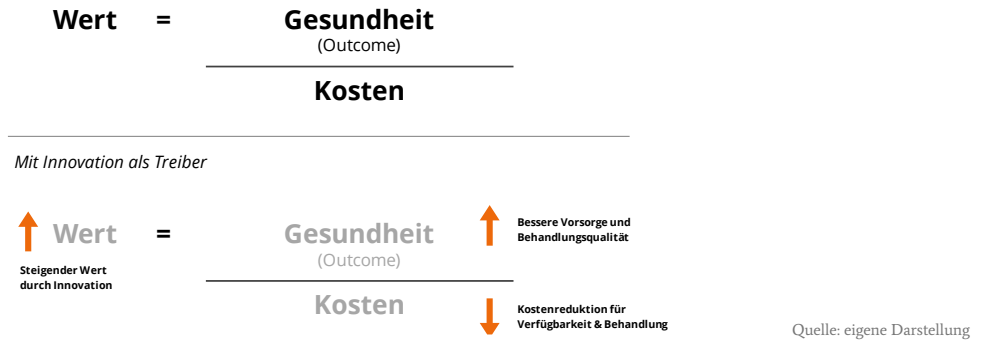
günstiger und qualitativ hochwertiger Versorgung nachhaltig aufzulösen. Diese Wertsteigerung ergibt sich aus einem besseren gesundheitlichen Outcome zu gleichen oder geringeren Kosten für diesen Outcome (siehe Abb. 3).

Die Wertsteigerung wird vor allem durch Innovationen möglich, deren Geschwindigkeit und Frequenz im Zuge der Digitalisierung steigt. Die Digitalisierung wird, wie in allen anderen Branchen davor, die Arbeitsteilung verändern und damit auch die Wertschöpfung im Gesundheitswesen. Das ermöglicht Innovationen, die das Gesundheitswesen besser und günstiger machen. Solche Innovationen sind der zentrale Hebel, um das gesellschaftliche Versprechen einer guten und bezahlbaren Gesundheits- und Pflegeversorgung für jeden auch in Zukunft einzulösen.

Eine veränderte Arbeitsteilung im Zuge der Digitalisierung bietet grundsätzlich für alle Beteiligten im Gesundheitswesen, aber insbesondere für die Krankenkassen Anlass, die Wertschöpfung für einen Wettbewerb um Gesundheit neu zu denken. Krankenkassen können mit Hilfe von Innovationen die Versorgung verbessern, effizienter gestalten, die Verfügbarkeit erhöhen oder die Nutzung vereinfachen. So können die Versorgungsprobleme nachhaltig gelöst und die Gesundheit der Versicherten verbessert werden. Damit das gelingt, müssen Innovationen besser in das System kommen. Nur dann kann ein Wettbewerb um Gesundheit entstehen.

Der Wettbewerb um Gesundheit erfordert eine veränderte Rolle der Krankenkassen. Krankenkassen haben in den letzten 25 Jahren bewiesen, dass sie sich verändern können. Um das Veränderungspotenzial hin

Wert im Gesundheitswesen



zu einem Wettbewerb um Gesundheit abzurufen, müssen die Krankenkassen wissen, worin ihre Rolle besteht. Der zweite Teil des Artikels wagt einen Ausblick auf die Veränderungen in der Gesundheitsversorgung im Zuge der Digitalisierung und entwirft mögliche Rollenbilder für Krankenkassen als Gesundheitsdienstleister.

Patientenzentrierte Versorgung wird endlich möglich

Patientenzentrierte Versorgung heißt nach der Definition des Institutes of Medicine von 2001, eine sichere, effektive (auf Basis abgesicherten Wissens), präferenzbasierte, rechtzeitige, effiziente und verlässliche Versorgung. Dieser Anspruch ist sehr hoch und soll durch ein Redesign über zehn Regeln erreicht werden (siehe Kasten).

Bisher gelang es nicht, eine patientenzentrierte Versorgung nach diesen zehn Regeln zu etablieren, weil eine wesentliche Voraussetzung dafür gefehlt hat, eine digitale Architektur, die ein solches Redesign überhaupt erst ermöglicht. Digitalisierung ermöglicht die Demokratisierung von Technologie und Wissen. Dieser Prozess beschreibt den rasanten Anstieg von Verfügbarkeit und Anwendbarkeit von Technologie und Wissen für immer größere Teile der Bevölkerung, weil Produkte und Dienstleistungen leichter bereitgestellt werden können und einfacher anzuwenden sind. Dabei liegen die Kosten der Skalierung deutlich niedriger, als bei analogen Lösungen, was die Verbreitung zusätzlich beschleunigt. Die Digitalisierung hat die Wertschöpfung mehrerer Branchen umgekrempelt. Die ihr zu Grunde liegenden Prinzipien gelten auch für das Gesundheitswesen. Davon profitieren Patienten, Leistungserbringer und Krankenkassen (siehe Abb. 4).

KASTEN

Regeln für ein patientenzentriertes Gesundheitswesen

1	Care based on continuous healing relationships.	Patients should receive care whenever they need it and in many forms, not just face-to-face visits. This rule implies that the health care system should be responsive at all times (24 hours a day, every day) and that access to care should be provided over the Internet, by telephone, and by other means in addition to face-to-face visits.
2	Customization based on patient needs and values.	The system of care should be designed to meet the most common types of needs, but have the capability to respond to individual patient choices and preferences.
3	The patient as the source of control.	Patients should be given the necessary information and the opportunity to exercise the degree of control they choose over health care decisions that affect them. The health system should be able to accommodate differences in patient preferences and encourage shared decision making.
4	Shared knowledge and the free flow of information.	Patients should have unfettered access to their own medical information and to clinical knowledge. Clinicians and patients should communicate effectively and share information.
5	Evidence-based decision making.	Patients should receive care based on the best available scientific knowledge. Care should not vary illogically from clinician to clinician or from place to place.
6	Safety as a system property.	Patients should be safe from injury caused by the care system. Reducing risk and ensuring safety require greater attention to systems that help prevent and mitigate errors.
7	The need for transparency.	The health care system should make information available to patients and their families that allows them to make informed decisions when selecting a health plan, hospital, or clinical practice, or choosing among alternative treatments. This should include information describing the system's performance on safety, evidence-based practice, and patient satisfaction.
8	Anticipation of needs.	The health system should anticipate patient needs, rather than simply reacting to events.
9	Continuous decrease in waste.	The health system should not waste resources or patient time.
10	Cooperation among clinicians.	Clinicians and institutions should actively collaborate and communicate to ensure an appropriate exchange of information and coordination of care.

Quelle: (Institute of Medicine, 2001)

Potentiale der Digitalisierung

Leistungserbringer

Beschleunigte Prozesse
 Genauere Therapiemöglichkeiten
 Höhere Versorgungsqualität
 Sektorenübergreifende Vernetzung
 Effizienterer Ressourceneinsatz

Patienten

Patient Empowerment
 Verbesserte Compliance
 Verbesserte Versorgung und höhere Lebensqualität
 Verkürzte Wege- und Wartezeiten

Gesellschaft / Kostenträger

Vermeidung regionaler und fachlicher Unterversorgung
 Vermeidung von Doppelbehandlungen
 Verbesserte Behandlungsergebnisse
 Verbesserte Kosten-Nutzen-Relation

Quelle: eigene Darstellung nach Dörries et al. in (Lux et al., 2017).

Mit Innovationen die Versorgung zum Patienten bringen

Ein Beispiel für Demokratisierung von Technologie und Wissen im Zuge der Digitalisierung ist die Entwicklung von Minilaboren (Anvajo GmbH, 2018). Wurden Labortests früher direkt von zentralen Maximalversorgern durchgeführt, also großen universitären Kliniken, haben sich danach Laborketten herausgebildet, die sich auf die Untersuchung von Proben spezialisiert haben. Inzwischen könnte ein Großteil dieser Tests von Minilaboren in Arztpraxen untersucht werden. Das bedeutet: die Proben müssen nicht mehr in das Labor gebracht, dort untersucht und dann wieder an die Arztpraxis zurückgeschickt werden. Das Vorhalten der teuren Laborzentren und die gesamte Logistik werden größtenteils überflüssig. Auch entfallen zusätzliche Arzttermine, weil die Ergebnisse sofort vorliegen. Die Tests selber kommen mit kleineren Proben aus, so dass auch der Aufwand für die Entnahme der Probe sinkt. Die Diagnose kann innerhalb eines Termins abgeschlossen und eine passende Therapie vereinbart werden. So kann zum Beispiel sofort geklärt werden, ob es sich bei einem Patienten um virale oder bakterielle Infektionen handelt, wodurch unnötige Antibiotikaverschreibungen entfallen und die passende Therapie direkt zur Verfügung gestellt werden kann.

Versorgung wird verfügbarer, weil sich der Anwendungskreis mit Hilfe von disruptiven Innovationen immer weiter vergrößert. Dieser Vorgang ist in Abbildung 5 dargestellt. Zu Beginn werden die neuen Methoden und Technologien in Zentren gebündelt, die über besonders geschultes und erfahrenes Fachpersonal verfügen, um die Methoden und Technologien richtig anzuwenden. Entwickeln sich die Innovationen weiter, führt die vereinfachte Anwendung zu einer Verbreiterung. Damit einher geht eine Dezentralisierung, von spezialisierten Zentren auf Fachkliniken oder Facharztpraxen über Hausarztpraxen bis zu Patienten. Durch eine technologisch getriebene Vereinfachung wird die Versorgung schrittweise dorthin verlagert, wo der Bedarf ist, beim Patienten. Dabei gilt: je dezentraler die Organisation ist, desto günstiger wird die Leis-

Durch eine technologisch getriebene Vereinfachung wird die Versorgung schrittweise dorthin verlagert, wo der Bedarf ist, beim Patienten. Dabei gilt: je dezentraler die Organisation ist, desto günstiger wird die Leistungserbringung.

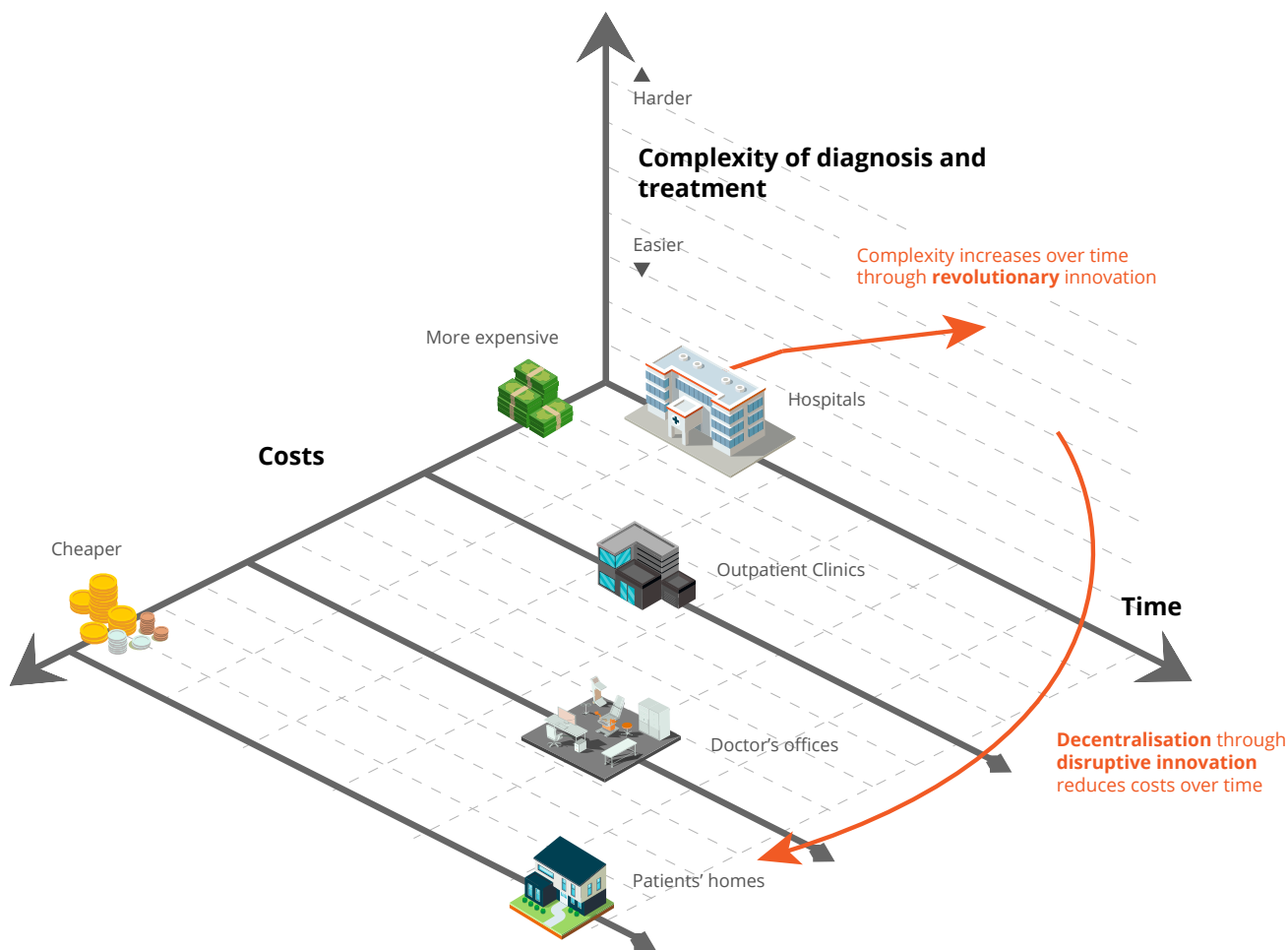
tungserbringung, weil Overhead- und Transaktionskosten sinken. Durch eine Verringerung der Komplexität und des Ressourcenaufwands von Versorgung erhöht sich der Return on Invest je eingesetztem Euro.

Die kontinuierliche Innovation von Gesundheitsleistungen ermöglicht eine Dezentralisierung der Versorgungsstruktur. So entstehen Versorgungsmodelle, die die best-

mögliche Versorgung günstiger machen und nah am Patienten sind. Statt den Patienten zur Versorgung zu bringen, kommt die Versorgung zum Patienten und kann aus der Patientenperspektive heraus gestaltet werden, eben eine patientenzentrierte Versorgung.

Ein anschauliches Beispiel für diese Entwicklung bietet die Dialyse. Anfang der 1950er Jahre verbreitete sich in einigen Kliniken an der Ostküste der USA das Verfahren zur Blutwäsche. Das Verfahren war zunächst umständlich und konnte nur in einem streng kontrollierten Setting durchgeführt werden. 1956 wurde mit der Entwicklung der Zwillingspulenmaschine die Handhabung deutlich einfacher und die Spulen waren tauglich für die Massenproduktion. Dadurch fand die Dialyse weltweit eine rasche Verbreitung. Den nächsten Entwicklungssprung machte die Dialyse Mitte der 60er Jahre. Durch die Entwicklungen von Shunts wurde die Dialyse bei chronisch kranken Nierenpatienten so vereinfacht, dass diese die Dialyse nach einer Schulung auch selbst durchführen konnten. Anfang der achtziger Jahre kam mit der Bauchfelldialyse ein weiteres Verfahren dazu, welches den Patienten größeren Freiraum hinsichtlich Zeit und Ort der Blutwäsche bot. Beide Verfahren sind heute, auch digital gestützt, so weit vereinfacht, dass sie jeder Patient ohne

Die Versorgung kommt zum Patienten



Quelle: eigene Darstellung nach Clayton M. Christensen, Jerome H. Grossmann, Jason Hwang: The Innovator's Prescription: A Disruptive Solution for Health Care. Copyright © McGraw-Hill Education. All rights reserved.

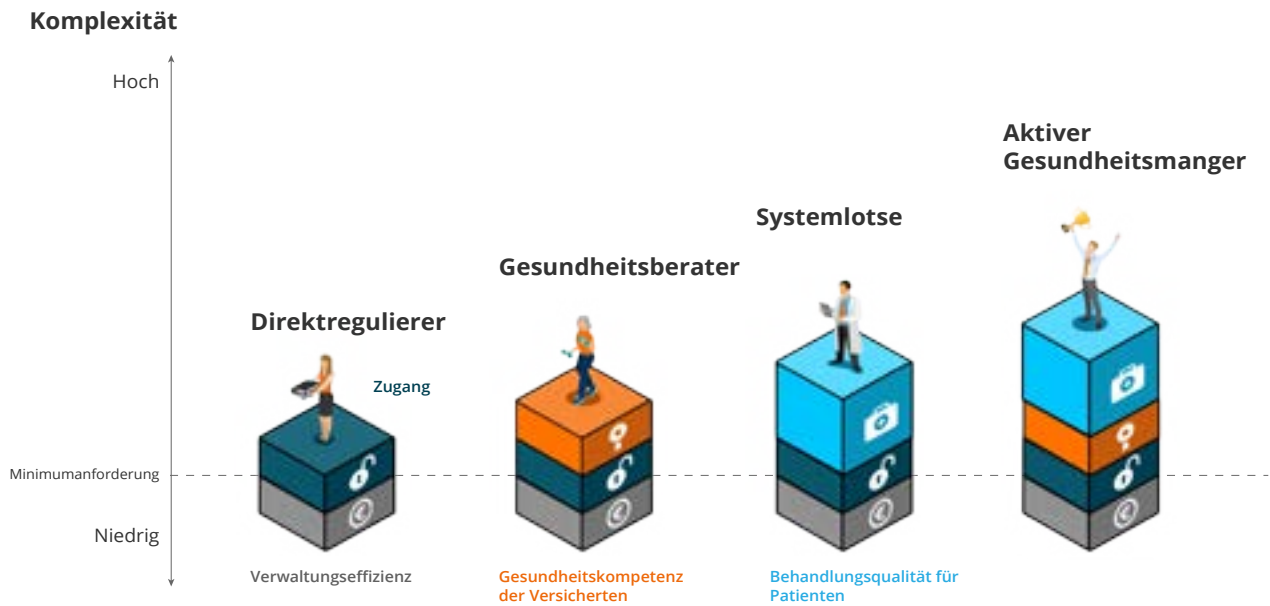
klare Kontraindikation nutzen könnte (Klein et al., 2014).

Dabei kostet die Heimdialyse deutlich weniger, da Transportkosten entfallen, der Personalbedarf sinkt und keine speziellen Räumlichkeiten vorgehalten werden müssen, und das bei selber oder gar besserer Ergebnisqualität hinsichtlich Morbidität und Mortalität. Gleichzeitig verbessert sich die Lebensqualität, weil die Patienten zu Hause bleiben können, statt mehrmals in der Woche ins Dialysezentrum gefahren werden zu müssen. Sie können mehr am Arbeits-, Familien- und Sozialleben teilhaben. Ihre Angehörigen werden entlastet. Dennoch nutzt nur ein kleiner Teil der Patienten die Heimdialyse. Ein System, das solche Innovationen bremst, weil die Durchlässigkeit erschwert, hinausgezögert oder verhindert wird, produziert unnötige Kosten für das Gesundheitswesen und die Gesellschaft. Die Folge sind Finanzierungs- und Versorgungsprobleme.

Eine digitalisierte Wertschöpfung entlastet Ärzte und Pflegende

Die Potenziale der Digitalisierung zeigen sich entlang der gesamten Wertschöpfung der Gesundheitsversorgung. Von der Anamnese über die Früherkennung und Diagnose bis zur Therapie und Nachsorge kann der Patient digital gestützt stärker in die Behandlung einbezogen werden. Ärzte und Pflegende werden entlastet, weil notwendige Informationen zur richtigen Zeit und ohne weitere Aufwände zur Verfügung stehen, sich die Möglichkeiten bei der Diagnose verbessern, durch künstliche Intelligenz bessere Therapieempfehlungen möglich sind, die Überwachung wichtiger Vitalparameter erleichtert oder auf gefährliche Nebenwirkungen von Medikamenten hingewiesen wird. Gleichzeitig sinken Dokumentationsaufwände sowie Transaktionskosten. Die Verfügbarkeit von Medizin verbessert sich, weil Bedarf und Angebot besser zusammengebracht werden können, von der

Neue Rollen und Anforderungen



Telemedizin bis hin zu einem einfacheren und präferenzgerechten digitalen Entlassungsmanagement vom Krankenhaus in die Nachsorge.

Neue Sensoren in Kombination mit einer ubiquitär verbreiteten und mobilen Schnittstelle, dem Smartphone, ermöglichen eine einfache Messung und verständliche Darstellung relevanter Vitalparameter sowie ein kontinuierliches und personalisiertes Feedback für eine wirksame Prävention. Darüber hinaus bietet sich mit Hilfe der elektronischen Patientenakte die Möglichkeit, Prävention und Versorgung stärker miteinander zu verbinden. Die erhobenen Vitalparameter können den Behandlern für eine präzisere medizinische Entscheidung zur Verfügung gestellt werden. Die direkte Rückkoppelung stärkt die Adhärenz der Patienten, was insgesamt zu einem besseren Gesundheitsverhalten und -zustand führt. Digitale Interventionen können über den ganzen Behandlungspfad zum Einsatz kommen und Mehrwert schaffen.

Die Digitalisierung eröffnet die Möglichkeit, evidenzbasierte Prävention schnell und günstig zu skalieren. Dadurch erhöhen sich Reichweite und Wirkungsgrad von Gesundheitsförderung und -erhaltung (Primärprävention) und verbessern sich die frühzeitige Erkennung und Therapie von Erkrankungen (Sekundärprävention). Die Manifestierung und Chronifizierung wird durch besseres Management bestehender Leiden (tertiäre Prävention) verhindert. Zahlreiche systematische Reviews belegen inzwischen die Effektivität digitaler Inter-

ventionen in der primären (Widmer et al., 2015), sekundären (Bian et al., 2017) und tertiären Prävention (McLean et al., 2016).

Ein neues Rollenverständnis für Krankenkassen

Mit einer veränderten Wertschöpfung durch die Digitalisierung wird sich auch die Funktion der Krankenkassen verändern. Wenn sie in einem Wettbewerb um Gesundheit etwas beitragen wollen, brauchen sie eine aktive Rolle. Diese Rolle kann darin bestehen, als Gesundheitsdienstleister den Versicherten dabei zu helfen, mehr Gesundheit zu erreichen. Das gelingt nur, wenn im Rahmen des Entdeckungsverfahrens Innovationen gefördert werden, welche die Versorgung und Vorsorge besser, günstiger und verfügbarer machen. Krankenkassen sind für diese Rolle ideal geeignet, da sie die Interessen der Beitragszahler und Patienten ausgleichen müssen und den Gatekeeper zum ersten Gesundheitsmarkt darstellen. Mit der Digitalisierung ergeben sich dabei neue Möglichkeiten, die jedoch aktiv für eine Neupositionierung genutzt werden müssen.

Für die Krankenkassen bieten sich aus unserer Sicht vier Rollenmodelle an, die je nach Komplexität einen entsprechenden Wandel in der strategischen Ausrichtung sowie in der Aufbau- und Ablauforganisation erfordern (siehe Abb. 6).

Rolle 1: Direktregulierer

In dieser Rolle fokussieren sich Krankenkassen auf die effiziente Organisation und Verfügbarkeit der bestehenden Versorgung. Die Verfügbarkeit kann über zusätzliche digitale Kanäle, zum Beispiel über eine 24/7 Bereitschaft im Bereich der telemedizinischen Versorgung sichergestellt werden. Gleichzeitig kann digital gestützt eine bessere Auswahl der Leistungserbringer über Qualitäts- oder Wirtschaftlichkeitskriterien erfolgen oder die Sicherstellung einer durchgängigen Behandlung bei bestimmten Krankheitsbildern durch Erinnerungsservice, das Vorhalten von Angebotskapazitäten oder einen individuellen Coach zur Verfügung gestellt werden. Analog zu Direktversicherungen oder Fintechs werden die regelbasierten Verwaltungsprozesse digital abgebildet und durch den vermehrten Einsatz künstlicher Intelligenz größtenteils automatisiert. So können die Verwaltungskosten deutlich sinken. Die Förderung von Innovationen müsste sich vor allem den Themen effiziente Organisation und Verfügbarkeit bzw. Zugang zur Behandlung widmen.

Rolle 2: Gesundheitsberater

Die Digitalisierung erlaubt eine deutlich bessere Prädiktion und Prävention von Gesundheitsrisiken und damit eine präzise Gesundheitsförderung. Dementsprechend können Krankenkassen auch die Rolle von Präventionsspezialisten einnehmen, die sich vor allem darauf konzentrieren, den Eintritt von Lebensstil bedingten Krankheiten, wie Stoffwechselstörungen oder Herz-Kreislauferkrankungen zu vermeiden beziehungsweise hinauszuzögern. Dafür müssen digitale und analoge Vorsorge in hybriden Versorgungsangeboten gebündelt und zielgruppengerecht adressiert werden. Ein Vorbild aus dem Bereich des Internet of things sind digitale Zwillinge, die über Sensoren Daten erhalten und daraus Risiken vorhersagen und Empfehlungen ableiten. Neue Kennzahlen, wie das biologische oder das Gefäßalter (Kenkou GmbH, 2018) bieten auf Basis valider Messungen objektive Hinweise für konkrete Gesundheitsrisiken und machen die Wirkung von Prävention sichtbar, was die Wirksamkeit erhöht. Neben der Positionierung über Individualprävention ist eine Spezialisierung über Settingansätze denkbar, zum Beispiel durch ein umfassendes digitales betriebliches Gesundheitsmanagement. Der Fokus der Innovationsförderung müsste im Bereich Digital Health Interventionen für alle Lebensstil bedingten Erkrankungen liegen. Die Herausforderung läge bei der modularen Zusammenstellung der besten Präventionsangebote

im Markt und deren intelligente Verknüpfung und Aufbereitung für Versicherte und Behandler auf Basis einer Prädiktion individueller Gesundheitsrisiken.



Rolle 3: Systemlotse

In dieser Rolle fokussieren sich Krankenkassen auf die Koordination und Gestaltung von Behandlungen für bestimmte Krankheitsbilder oder Bedarfsgruppen, wie Pflegebedürftige und realisieren die Behandlung besser, als ihre Wettbewerber. Die Versorgung müsste dafür entlang der Krankheitsbilder organisiert werden, mit Expertisen für bestimmte Krankheitsbilder und Bedarfsgruppen in bestimmten Regionen. Dafür ist ein versorgungsrelevanter Marktanteil in den jeweiligen Regionen notwendig. Die Kassen würden die Behandlungsqualität vergleichen, qualitätsbasierte Vergütungsanreize setzen und die Ergebnisse den Versicherten zur Verfügung stellen, auch im Hinblick auf die Lebensqualität. Dafür gibt es bereits international anerkannte Ansätze, die schon heute über 50 Prozent der Krankheitslast abbilden und mit pragmatischen Messkonzepten unterlegt sind (ICHOM.org, 2018). Neben Routine- und Vertragsdaten könnten auch Patient Reported Outcomes einfacher, methodisch besser und kostengünstiger gemessen, analysiert und aufbereitet werden. Gerade die patientenbezogenen Daten sind digital deutlich leichter zu erfassen, als mit Stift und Papier. Sensoren in Medizinprodukten und mobilen Endgeräten ergänzen den Datenraum, um Vitalparameter für eine bessere Analyse und Therapie, z. B. mit intelligenten Inhalatoren oder Insulin-Pens, was die Unterstützung des Patienten beim Selbstmanagement verbessert (Adhärenz). Anonym zusammengeführt erhalten die Kassen automatisch Informationen über die Qualität der Behandlung aus Patientensicht und

den Gesamtkosten der Behandlung. Sie können so gezielt den Wert der Behandlung steigern, z.B. über Benchmarks, Vertragselemente sowie die Förderung und Integration von Innovationen. Neben einer Anpassung der Aufbau- und Ablauforganisation müsste vor allem ein Kompetenzaufbau im Bereich der Organisation regionaler Versorgungsprozesse, der Messung, Auswertung und Darstellung von Behandlungsqualität sowie der Bereitstellung der richtigen Behandlung zur richtigen Zeit aufgebaut werden. Die Förderung von Innovationen müsste sich auf krankheitsbezogene Versorgungsprozesse, sowie auf das Thema Behandlungsqualität konzentrieren. Der Veränderungsbedarf wäre hoch.

Rolle 4: aktiver Gesundheitsmanager

Krankenkassen würden die Rollen zwei und drei zusammen abbilden, was angesichts einer künftigen Verschmelzung von präventiver und kurativer Medizin durchaus sinnvoll erscheint. Allerdings ist der Veränderungsbedarf am höchsten, so dass diese Rolle eher als mittelfristiges Ziel gelten kann. Dennoch können Krankenkassen sich schon heute auf die Herausbildung entsprechender Fähigkeiten, Organisations- sowie Datenstrukturen ausrichten, um perspektivisch in dieses Rollenbild hineinwachsen zu können.

Die elektronische Patientenakte als Katalysator für das neue Rollenverständnis

Die elektronische Patientenakte bietet bei einer umfassend interoperablen Anbindung aller Leistungserbringer (im Sinne einer semantischen und organisatorischen Interoperabilität) und Krankenkassen die Möglichkeit, notwendige Informationen allen Beteiligten rechtzeitig, umfassend und verständlich zur Verfügung zu stellen. Mit Hilfe der Standards können Innovationen, welche die Versorgung, besser, günstiger und verfügbarer machen, deutlich schneller in die Versorgung kommen, weil ihre Verbreitung beschleunigt wird. Krankenkassen können die Einschreibung, Qualitätsmessung und Abrechnung von innovativen Versorgungsansätzen deutlich einfacher und zielgenauer umsetzen, was die Evaluation erleichtert. Die Anbindung unterschiedlichster Digital Health Angebote an die Datenarchitektur über APIs und Webinterfaces erlaubt den Aufbau von Ökosystemen, welche die Wirksamkeit von Prävention, sowie das Zusammenspiel von Vorsorge und Versorgung verbessern, weil Vitaldaten im Behandlungsprozess

bereitgestellt und ein Monitoring kritischer Werte erfolgen kann. Die allgemeinverständliche Darstellung medizinischer Informationen, ob Befunddaten, Laborberichte oder Therapieempfehlungen erhöht das Verständnis der Patienten und ermöglicht eine bessere Einbindung in die Behandlung. Mit all diesen Möglichkeiten wirkt die elektronische Patientenakte wie ein Katalysator für das neue Rollenverständnis der Krankenkassen.

And the winner is...

In einem Wettbewerb um Gesundheit gibt es nicht die beste Krankenkasse. Dafür gibt es unterschiedliche Rollen und Positionierungen, aus denen sich die Versicherten das passende Angebot auswählen können. Für echte Alternativen und einen wirksamen Wettbewerb kommt es vor allem darauf an, dass unter passenden Rahmenbedingungen seitens der Politik ein Wandel im Rollenbild der Krankenkassen stattfindet und sich die Durchlässigkeit von Innovationen erhöht. Krankenkassen sollten je nach Positionierung eine Innovationspipeline aufbauen, die dazu beiträgt, mehr Gesundheit je eingesetzten Euro zu produzieren. Dann würden Krankenkassen einen erkennbaren Wertbeitrag dazu leisten, das Versprechen einer guten und bezahlbaren Versorgung in Zukunft auch tatsächlich einzulösen. Gewinner wären Versicherte und Patienten.



Literatur

Anvajo GmbH (2018), "Products – anvajo", available at: <http://anvajo.com/products/> (accessed 18 September 2018).

Bian, R.R., Piatt, G.A., Sen, A., Plegue, M.A., Michele, M.L.D., Hafez, D., Czuhajewski, C.M., Buis, L.R., Kaufman, N. and Richardson, C.R. (2017), "The Effect of Technology-Mediated Diabetes Prevention Interventions on Weight: A Meta-Analysis", *Journal of medical Internet research*, Vol. 19 No. 3, e76.

Bundesministerium für Gesundheit (2015), GKV-Versorgungsstärkungsgesetz: GKV-VSG.

Bundesministerium für Gesundheit (2016), Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen: PsychVG.

Bundesministerium für Gesundheit (2017), Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung: HHVG.

Christensen, C.M., Grossman, J.H. and Hwang, J. (2009), *The innovator's prescription: A disruptive solution for health care*, 2. Auflage, McGraw-Hill, New York.

Graalman, J. (2013), "Mehr Gesundheit für den Euro durch Qualitäts- und Patientenorientierung: Plädoyer für einen integrierten Krankenversicherungsmarkt", *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement*, Vol. 18 No. 03, pp. 111–122.

ICHOM.org (2018), "Our Standard Sets | ICHOM – International Consortium for Health Outcomes Measurement", available at: <http://www.ichom.org/medical-conditions> (accessed 10 October 2018).

Institute of Medicine (2001), *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*, Washington (DC).

Klein, S., Lottmann, K., Gierling, P. and Bleß, H.-H. (2014), *Status quo und Zukunft der Heimdialyse, Forschung und Entwicklung im Gesundheitswesen*, Vol. 5, 1. Aufl., Nomos Verl.-Ges, Baden-Baden.

McLean, G., Band, R., Saunderson, K., Hanlon, P., Murray, E., Little, P., McManus, R.J., Yardley, L. and Mair, F.S. (2016), "Digital interventions to promote self-management in adults with hypertension systematic review and meta-analysis", *Journal of hypertension*, Vol. 34 No. 4, pp. 600–612.

Lux, Thomas; Breil, Bernhard; Dörries, Michael; Gensorowsky, Daniel; Greiner, Wolfgang; Pfeiffer, Doris et al. (2017): Digitalisierung im Gesundheitswesen — zwischen Datenschutz und moderner Medizinversorgung. In: *Wirtschaftsdienst* 97 (10), S. 687–703. DOI: 10.1007/s10273-017-2200-8.

sozialpolitik-aktuell (2018): Zahl der gesetzlichen Krankenkassen 1992 - 2018. Online verfügbar unter http://www.sozialpolitik-aktuell.de/tl_files/sozialpolitik-aktuell/_Politikfelder/Gesundheitswesen/Datensammlung/PDF-Dateien/abbVI21b.pdf, zuletzt geprüft am 12.10.2018.

SVR (2018): Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. Hg. v. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Online verfügbar unter <https://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=606>, zuletzt geprüft am 10.10.2018.

Timo Thranberend (2016): *Gesundheits-Apps - Hürden erschweren Transfer in den Versorgungsalltag*. Bertelsmann Stiftung. Online verfügbar unter <https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/unsere-projekte/der-digitale-patient/projektnachrichten/huerden-digital-health-transfer/>, zuletzt aktualisiert am 12.10.2018, zuletzt geprüft am 12.10.2018.

Wagner, F. (2017), "W", in Wagner, F. (Ed.), *Gabler Versicherungslexikon*, 2. Aufl. 2017, Springer Fachmedien Wiesbaden, Wiesbaden, pp. 1059–1081.

Widmer, R.J., Collins, N.M., Collins, C.S., West, C.P., Lerman, L.O. and Lerman, A. (2015), "Digital Health Interventions for the Prevention of Cardiovascular Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis", *Mayo Clinic proceedings*, Vol. 90 No. 4, pp. 469–480.

Weiterführende Leseempfehlungen

What Matters Most: Patient Outcomes and the Transformation of Health Care; 2014
Stoefs, J.; Deerberg, J.; Wang, S.; Sterrett, I.; Arora, J.; Wissig, S.
International Consortium for Health Outcomes Measurements, Incorporated

The innovator's prescription - A disruptive solution for health care; 2009
Christensen, Clayton M.; Grossman, Jerome H.; Hwang, Jason

Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung; 2018
Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung des Gesundheitswesens

Redefining German health care - Moving to a value-based system; 2012
Porter, Michael E.; Guth, Clemens

Die Brückenköpfe wollen sinnvollen Ideen im Gesundheitswesen zum Durchbruch verhelfen.
Dazu arbeiten wir mit Unternehmen der Gesundheitswirtschaft, Start ups und Risikoinvestoren
sowie Vertretern aus Wissenschaft, Politik und ehrenamtlichen Institutionen zusammen.



Die Brückenköpfe GmbH
Mohrenstraße 34 | 10117 Berlin
www.brueckenkoepfe.de