

**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.*

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

*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.*“<sup>1</sup> 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.<sup>2</sup>

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.

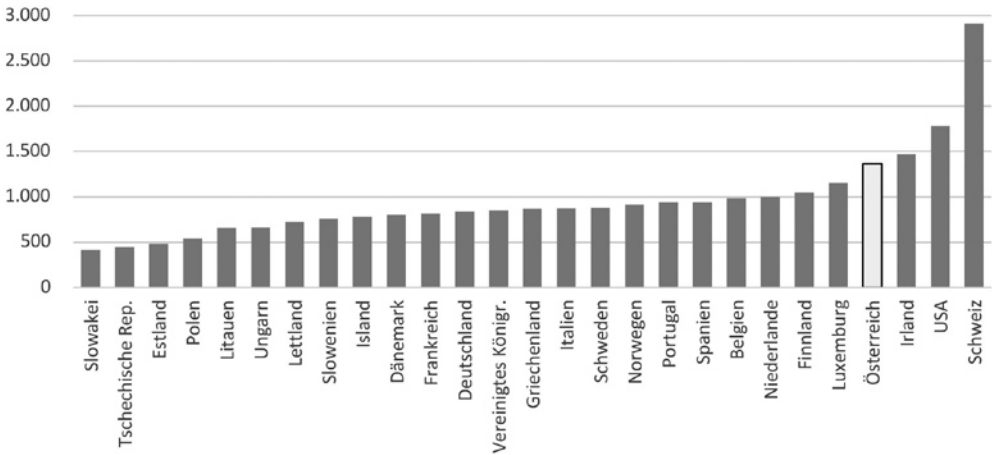


Abbildung 1: Out-of-pocket-Zahlungen in US-Dollar pro Kopf 2016 (zu aktuellen Preisen, kaufkraftbereinigt)<sup>3</sup>

3 Quelle: OECD.stat, Health expenditure and financing

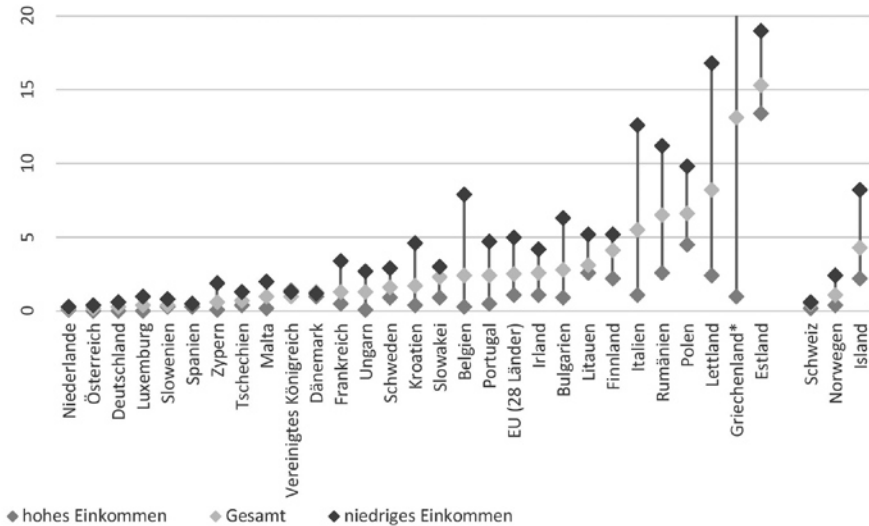


Abbildung 2: Bevölkerungsanteil mit unerfülltem Behandlungsbedarf wegen Finanzierung, Entfernung oder Warteliste nach Einkommen nach Einkommen 2016 in Prozent<sup>4</sup>

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.<sup>5</sup>

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.“*<sup>6</sup> 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.<sup>7</sup> Gleiches wird auch für die Niederlande berichtet: „...Hauptmotiv für diese Wechselbereitschaft scheint vor allem ein niedriger Beitrag zu sein.“<sup>8</sup> 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.<sup>9</sup> Schwächen im Risikostrukturausgleich verleiten Krankenkassen zur Risikoselektion, weil „gute“ Risiken geringere Kosten verursachen. Diese Art der Risikoselektion ist trotz des Kontrahierungszwangs<sup>10</sup> 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.<sup>11</sup>

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.<sup>12</sup> 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.“<sup>13</sup> 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.<sup>14</sup> 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.<sup>15</sup>

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

<sup>15</sup> 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.<sup>16</sup> 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.<sup>17</sup>

## 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.<sup>18</sup> 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.<sup>19</sup> 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 Krankenversicherung<sup>20</sup> 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.<sup>21</sup>

## 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.)<sup>22</sup>, 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.<sup>23</sup> 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.<sup>24</sup> 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.<sup>25</sup> 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.<sup>26</sup>

Die Prämie berechnet sich in der Schweiz nicht nach dem Einkommen, sondern ist prinzipiell für alle Personen gleich hoch.<sup>27</sup> 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.<sup>28</sup> 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)<sup>29</sup> 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.<sup>30</sup> Jährlich wechseln etwa 10–15 % der Versicherten ihre Versicherung.<sup>31</sup>

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.<sup>32</sup> 2016 waren 62 vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) anerkannte Versicherer in der Schweiz tätig, wovon 56 die obligatorische Krankenpflegeversicherung anboten.<sup>33</sup> Die fünf größten Gruppen haben dabei einen Marktanteil von rund 80 %.<sup>34</sup> Der Markt hat sich in den letzten 20 Jahren stark gelichtet: 1996 wurde die obligatorische Krankenversicherung noch von 145 Versicherungen angeboten.<sup>35</sup>

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 (Prämienverbilligung).<sup>36</sup> Die Höhe des Verwaltungsaufwandes lag 2016 bei der obligatorischen Krankenversicherung bei 4,8 % (inkl. Abschreibungen), also sehr niedrig.<sup>37</sup>

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.<sup>38</sup>

## 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.<sup>39</sup> 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 KVG<sup>40</sup>), 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).<sup>41</sup> 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)<sup>42</sup>, 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](http://www.praemien-schweiz.ch), [www.oeffentliche-krankenkasse.ch/krankenkassenvergleich/](http://www.oeffentliche-krankenkasse.ch/krankenkassenvergleich/) oder [www.krankenkasse-vergleich.ch](http://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.<sup>43</sup> 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.<sup>44</sup>

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.<sup>45</sup> 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

##### Medicare<sup>46</sup>

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

<sup>45</sup> Berchick et al (2018), S. 3f

<sup>46</sup> 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 hineingoptert 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.<sup>47</sup>

### **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 zahlen<sup>48</sup>, 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)<sup>49</sup> gegründet, das mit HEDIS<sup>50</sup> (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.<sup>51</sup> 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)<sup>52</sup> und Preferred Provider Organizations (PPO)<sup>53</sup> 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](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?](http://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.weisewirtschaft.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](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](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](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.