

Christian Bock, Sybille Kerd

Was Versicherte wissen und wollen – wie beurteilen die gesetzlich Krankenversicherten die „Neue Welt“ des Gesundheitsfonds?

Die Einführung des Gesundheitsfonds zum 1. Januar 2009 hat die Struktur der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) grundlegend geändert. Die getroffenen Regelungen sind das Ergebnis eines politischen Kompromisses, der ausgedrückt in den Schlagworten Bürgerversicherung und Kopfpauschale eine grundsätzliche Gerechtigkeitsdebatte beinhaltet. Auf Basis einer Versichertenbefragung soll beurteilt werden, wie die gesetzlich Versicherten als Betroffene das Resultat bewerten.

Einleitung

Seit Jahresbeginn ist der Gesundheitsfonds für die Akteure des Gesundheitssystems, für die Ärzte, die Versicherten und für die Patienten Realität geworden. Hieraus ergibt sich die Frage: Welche Auswirkungen spüren die Menschen und wie fühlen sie sich unter diesen neuen Rahmenbedingungen des Gesundheitssystems? Die Akzeptanz der Einführung des Gesundheitsfonds, die Beurteilung des damit verbundenen politischen Prozesses und der politischen Partizipation stehen im Mittelpunkt der vorliegenden Analyse.

Insbesondere für die Krankenkassen als Institutionen hat der Gesundheitsfonds tiefgreifende Veränderungen mit sich gebracht. Die Beziehungen zu den Versicherten können in weiten Teilen neu gestaltet werden. Neue Formen des Vertrags- und Versorgungsmanagements bieten unterschiedliche Möglichkeiten. Neue Produkte, Serviceangebote und individuelle Tarifgestaltungen werden den Markt zukünftig stärker prägen. Welche Serviceangebote und welche Produkte werden verlangt, wenn der Beitrag als Differenzierungsmerkmal in den Hintergrund tritt? Eine solche Frage ist nicht mehr pauschal zu beantworten, denn der „durchschnittliche Versicherte“ existiert im Grunde genommen nicht mehr. Eine Individualisierung sowie die damit einhergehende

Ausdifferenzierung von Bedürfnissen und Ansprüchen sind nur einige Schlagworte, vor deren Hintergrund sich die zukünftige Bereitstellung von Angeboten entwickeln wird.

Methodik und Erhebungsinstrument

Die methodischen Überlegungen orientierten sich an der Zielsetzung einer Befragung zur Ermittlung der Stimmung und Einstellung der gesetzlich Versicherten nach Einführung des Gesundheitsfonds. Die Daten wurden mithilfe eines Fragebogens im Wege einer quantitativen Befragung (elektronischer Onlinefragebogen) erhoben. Als Grundlage für die Online-Stichprobe diente das YouGov Panel Deutschland der YouGov psychonomics AG in Köln. Das Panel umfasst etwa 87.000 Personen, die über zahlreiche aktive und passive Online- und Offline-Kanäle rekrutiert wurden, um ein repräsentatives Abbild der Internet-Nutzerschaft zu gewährleisten. Befragt wurden gesetzlich Versicherte im Alter zwischen 18 und 65 Jahren. Die hier dargestellten Ergebnisse sind demzufolge nur für diese Gruppe repräsentativ.

Um hinreichend große Fallzahlen für Analysen zu gewährleisten und notwendige Differenzierungen nach ausgewählten Zielgruppen vornehmen zu können, wurde eine Nettostichprobe von 1.300 Befragten festgelegt (die Zahl der realisierten Interviews belief sich auf 1.319 Befragte). Die Daten wurden auf Basis der Verteilung der Altersgruppen in der deutschen Wohnbevölkerung gewichtet. Grundlage für die Gewichtungsfaktoren waren die Daten des Mikrozensus. Das Erhebungsinstrument enthielt die folgenden Themenkomplexe:

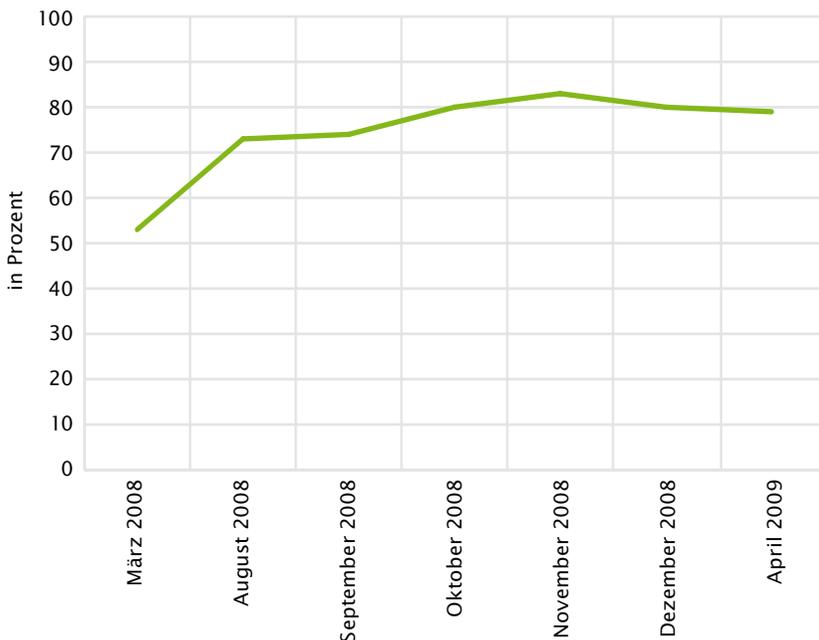
- Screening (Auswahlverfahren inklusive allgemeiner Informationen zur Person)
- Krankenkassenverbindung, -zufriedenheit und -bindung
- Krankenversicherungsmentalität
- Gesundheitszustand
- Gesundheitsfonds und Vereinheitlichung der Beitragssätze

- Gesundheitsfonds, Zusatzbeitrag und Prämie: Wechselwahrscheinlichkeiten, Einstellung, Relevanz individueller Angebote
- Soziodemografie

Was die Befragten über den Gesundheitsfonds wissen

Insgesamt ist die Bekanntheit des Gesundheitsfonds – wenige Monate nach seiner Einführung – so hoch wie zum Ende des Jahres 2008. Ein Großteil der Bevölkerung (80 Prozent) hat bereits vom Gesundheitsfonds gehört (Abbildung 1).

Abbildung 1: Hatten Sie von der Einführung des Gesundheitsfonds schon gehört?



Fallzahl: n = mindestens 1.000 je Befragungswelle

Die wichtigsten Informationsquellen zum Thema Gesundheitsfonds bilden Medien wie Fernsehen, Radio und Zeitungen (65 Prozent). Von ihrer Krankenkasse fühlen sich zum jetzigen Zeitpunkt lediglich 24 Prozent der Befragten informiert. Dies sind zehn Prozent mehr als noch im August des Jahres 2008. Darüber hinaus stellen Freunde, Bekannte und Verwandte mit acht Prozent einen relativ wichtigen Informationskanal dar. Grundsätzlich fällt auf, dass ältere Befragte überdurchschnittlich häufig informiert sind. Während in der Altersklasse der 30 bis 49-Jährigen 33 Prozent nicht informiert sind, sind dies bei über 50-Jährigen mit nur 15 Prozent weniger als die Hälfte.

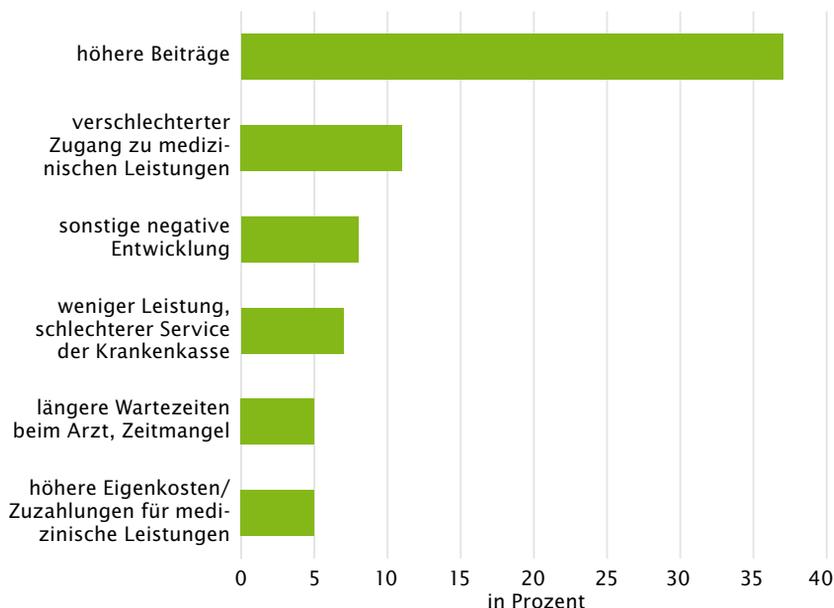
Die Einführung des Gesundheitsfonds macht sich in verschiedenen Kontexten für Versicherte bemerkbar. Nach vier Monaten existieren bei 53 Prozent der Befragten eigene konkrete Berührungspunkte mit den durch die Reform veränderten Gegebenheiten des Systems (Abbildung 2). Neben der breit wahrgenommenen Erhöhung der Beitragssätze werden negative Erlebnisse im Zusammenhang mit der Gesundheitsversorgung angeführt.

Abbildung 2: Haben Sie Erfahrungen gemacht, die Sie mit dem Gesundheitsfonds in Verbindung bringen?



Fallzahl: n = 1.010, offene Frage, kategorisiert

Abbildung 3: Welche Erfahrungen haben Sie bislang gemacht (nur Befragte, welche Erfahrungen mit Gesundheitsfonds haben)?



Offene Fragestellung kategorisiert; dargestellt sind Nennungen mit einem Anteil von fünf Prozent und mehr.

Versicherte nehmen eingeschränkte Leistungen durch Krankenkassen und Ärzte sowie bereits erlebte und zunehmende finanzielle Belastungen durch Eigenleistungen oder Zuzahlungen wahr und bringen diese mit dem Gesundheitsfonds in Verbindung (Abbildung 3). Die gleiche Einschätzung herrscht unter jenen Versicherten, die selbst noch keine eigenen Erfahrungen mit dem neuen System gemacht haben. Im Detail bezogen sich viele Antworten auf eingeschränkte Verschreibungen und längere Wartezeiten beim Arzt sowie weniger Zeit für Untersuchungen, Fragen und Gespräche. Nur vereinzelt werden dem Gesundheitsfonds positive Aspekte zuerkannt. Genannt werden dabei das breite Spektrum

der Wahltarife und Bonusprogramme, auf die heute schon erste – wenn auch noch seltene – Wechselbewegungen innerhalb der Krankenkassenlandschaft zurückzuführen sind.

Zum Gesundheitsfonds und der hiermit verbundenen Vereinheitlichung der Beitragssätze gibt es unter den Versicherten eine indifferente Haltung. Während sich 22 Prozent positiv zu den aktuellen Gegebenheiten äußern, fühlen sich rund 39 Prozent der Versicherten bis heute nicht in der Lage, ein Urteil zur neuen Situation abzugeben (Abbildung 4).

Abbildung 4: Wie stehen Sie ganz allgemein zu der Einführung des Gesundheitsfonds und der Vereinheitlichung der Beitragssätze?



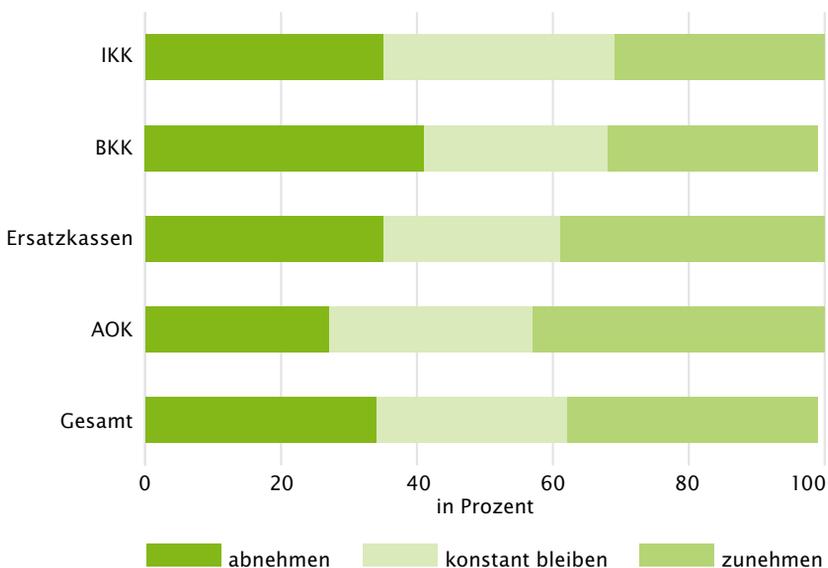
Fallzahl: n = 1.313

Eindeutige Ablehnung findet sich vor allem in Gruppen mit höherem Einkommen und unter Versicherten solcher Krankenkassen, die ihre Beiträge mit der Einführung des Gesundheitsfonds stark erhöhen mussten, insbesondere also bei Versicherten von Betriebs- und Innungskrankenkassen. Auffallend niedrig ist die Ablehnung bei jüngeren Versicherten ausgeprägt. In der Altersgruppe der unter 30-Jährigen beträgt der Anteil

der „Ablehner“ der einheitlichen Beitragssätze 31 Prozent; bei den 50- bis 65-Jährigen liegt er bei 45 Prozent.

Den nun allgemein geltenden Beitragssatz kennen immerhin 54 Prozent der Befragten. 38 Prozent schätzen den aktuellen Beitrag dagegen niedriger ein; acht Prozent halten ihn für höher. Auch hier wird deutlich, dass der Informationsstand unter den Betroffenen augenscheinlich Lücken aufweist. Dass sich der Beitragssatz der Krankenkassen perspektivisch verringern könnte, glauben 27 Prozent der Befragten. Die Mehrheit (68 Prozent) geht dagegen von einem höheren Beitragssatz im Jahr 2012 aus.

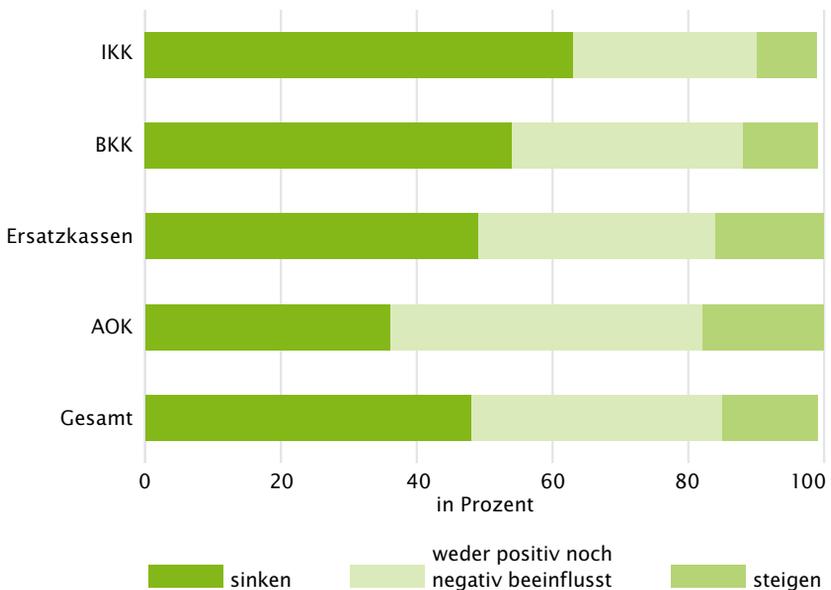
Abbildung 5: Durch die Vereinheitlichung der Beitragssätze in der Gesetzlichen Krankenversicherung wird der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen ...



Fallzahl: n = 1.310

Der Beitragssatz war ein zentrales Unterscheidungsmerkmal im Wettbewerb der Krankenkassen. Insbesondere Versicherte mit höheren Einkommen und ältere Versicherte sehen durch die Vereinheitlichung der Beitragssätze eine Abnahme des Wettbewerbs. Überdurchschnittlich stark ausgeprägt ist diese Haltung auch unter den Versicherten der Betriebskrankenkassen (BKK) (siehe Abbildung 5).

Abbildung 6: Durch die Vereinheitlichung der Beitragssätze in der Gesetzlichen Krankenversicherung wird die Gerechtigkeit in der Gesetzlichen Krankenversicherung ...



Fallzahl: n = 1.310

Bedenklich ist die zukünftige Gerechtigkeitserwartung im System der GKV. Lediglich 14 Prozent der Versicherten erwarten durch die Vereinheitlichung der Beitragssätze mehr Gerechtigkeit im System (siehe dazu die Abbildung 6). Nahezu die Hälfte aller Versicherten befürchtet ein

Absinken der Gerechtigkeit in der GKV. Insbesondere die bisher Begünstigten der nicht einheitlichen Beitragssätze, Versicherte der günstigen Innungs- und Betriebskrankenkassen, gehen von sinkender Gerechtigkeit infolge der Beitragssatzangleichung aus. Relativ gering ausgeprägt ist diese Haltung allerdings bei den jüngeren Personengruppen. Die unter 30-Jährigen glauben nur zu 36 Prozent an sinkende Gerechtigkeit in der GKV.

Gerade in der Gesetzlichen Krankenversicherung sind die Begriffe „Solidarität“ und „Gerechtigkeit“ normative Bestandteile des Systems. Die Studie der Service Rating AG (Service Rating AG 2009) differenziert drei unterschiedliche Gerechtigkeitsprinzipien:

- Bedürfnisprinzip
- Gleichheitsprinzip
- Proportionalitätsprinzip

Das Bedürfnisprinzip besagt, dass jeder Versicherte je nach Bedürfnis oder Bedürftigkeit Leistungen (in der Studie die Serviceleistungen) erhalten soll. Das Gleichheitsprinzip beruht auf der Vorstellung, dass die Zuweisung von (Service-)Leistungen unabhängig von der Person und der gezahlten Beiträge erfolgt. Das Proportionalitätsprinzip setzt den Erhalt von Leistungen in Beziehung zu seinen gezahlten Beiträgen (wer mehr zahlt, bekommt auch mehr). Gesetzlich Versicherte favorisieren eindeutig das Gleichheitsprinzip. Für 54 Prozent ist dies das relevante Gerechtigkeitsprinzip der GKV, gefolgt vom Bedürfnisprinzip (31 Prozent) und dem Proportionalitätsprinzip, das mit 15 Prozent nur von einer Minderheit vertreten wird.

Die Vereinheitlichung der Beitragssätze kann das Bedürfnisprinzip und das Proportionalitätsprinzip verletzen. Für Versicherte, deren Beiträge stark gestiegen sind, ergibt sich kein verbessertes Angebot und sie haben auch nicht das Gefühl, dass ihre Bedürftigkeit angestiegen ist, womit sich die höheren Kosten subjektiv erklären ließen. Der Sinn der gleichen

Beitragssätze für ein gerechteres Gesundheitssystem ist den Versicherten bisher wenig plausibel vermittelt worden. Zudem befürchtet eine Mehrheit von 48 Prozent auch ein Absinken des Leistungsniveaus in der GKV. Hiervon sind vor allem ältere Befragte betroffen. Der Anteil der pessimistischen Einschätzungen in diesem Bereich liegt bei den 50- bis 65-jährigen Befragten sogar bei 54 Prozent. Dieser Trend ist relativ stabil im Vergleich zum Vorjahr.

Die Kassenwahlentscheidung wird zu etwa gleichen Anteilen als erschwert beziehungsweise als vereinfacht betrachtet (siehe dazu die Abbildung 7). In der Summe zeigt sich hierin für die Versicherten keine wirkliche Veränderung oder gar Verbesserung.

Abbildung 7: Durch die Vereinheitlichung der Beitragssätze in der Gesetzlichen Krankenversicherung wird die Krankenkassenwahl für die Versicherten ...



Fallzahl: n = 1.311

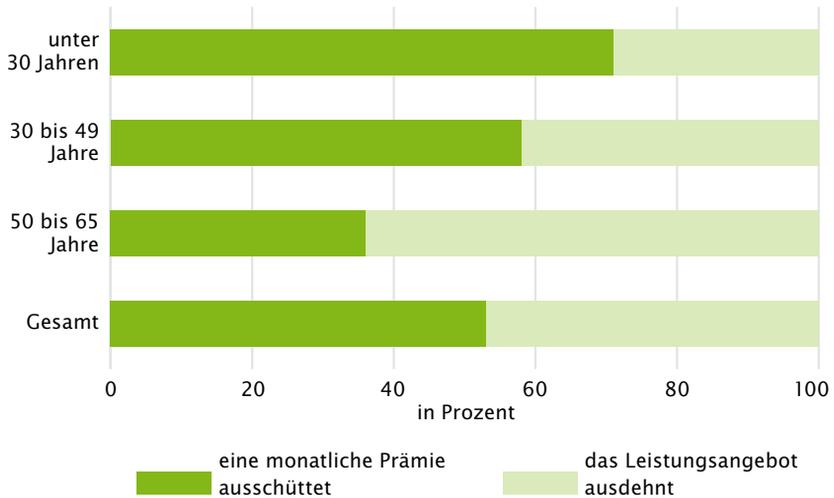
Dass Krankenkassen in ihrer Mehrheit Zusatzbeiträge erheben werden, kann sich die Mehrheit der Versicherten bisher noch nicht vorstellen.

Der Optimismus, dass eine derartige Maßnahme bei der eigenen Krankenkasse nicht notwendig sein wird, dominiert die Einschätzungen ganz eindeutig. Insgesamt gehen 52 Prozent davon aus, dass es bei der eigenen Krankenkasse beim Einheitsbeitrag bleibt und darüber hinaus nichts fällig wird. Optimistisch sind 24 Prozent, die sogar von einer Prämienausschüttung ihrer Kasse ausgehen. Die Erwartung eines Zusatzbeitrages ist bei Versicherten der AOK mit 33 Prozent am höchsten und bei Versicherten der IKK mit 15 Prozent am niedrigsten ausgeprägt.

Hier liegt ein in der Konsequenz schwerwiegender Informationsmangel vor, denn Zusatzbeiträge sind durch die gesetzlich festgelegte Absenkung des Gesundheitsfondsvolumens auf 95 Prozent bis zur Anhebung des allgemeinen Beitragssatzes systemimmanent. Die Erwartungen hinsichtlich der eigenen Krankenkasse führen unter Umständen zu drastischen Reaktionen auf Szenarien, die unterstellen, dass die eigene Kasse Zusatzbeiträge erheben muss, andere Kassen aber beim Einheitsbeitrag bleiben oder sogar Prämien ausschütten. Das Erheben eines Zusatzbeitrages, auch um, in Relation zum Gesamtbeitrag, geringe Beträge von etwa zehn Euro im Monat, kann bereits erhebliche Wechselabsichten der Versicherten nach sich ziehen. Selbst bei vergleichsweise geringen monetären Nachteilen gegenüber den Versicherten anderer Krankenkassen von 8 bis 20 Euro im Monat, liegt die Quote der zum Kassenwechsel fest Entschlossenen bei zehn Prozent. Eine stabile Prognose darüber, wie hoch die Kündigungsquoten dann tatsächlich ausfallen würden, ist derzeit allerdings nur schwer möglich, da eine solche Situation mit sehr transparenten Beitragsunterschieden zwischen den Krankenkassen bisher noch nicht vorhanden war.

Theoretisch können die Krankenkassen heute entscheiden, ob sie etwaige Überschüsse als Prämie an Versicherte zurückgeben oder ob sie sich durch ein erweitertes Leistungs- und Serviceangebot im Markt profilieren. Erwartungsgemäß bevorzugen vor allem junge Versicherte die Ausschüttung einer Prämie, falls eine Krankenkasse entsprechende Überschüsse erzielt (Abbildung 8).

Abbildung 8: Ich bevorzuge eine Kasse, die im Falle von Überschüssen ...



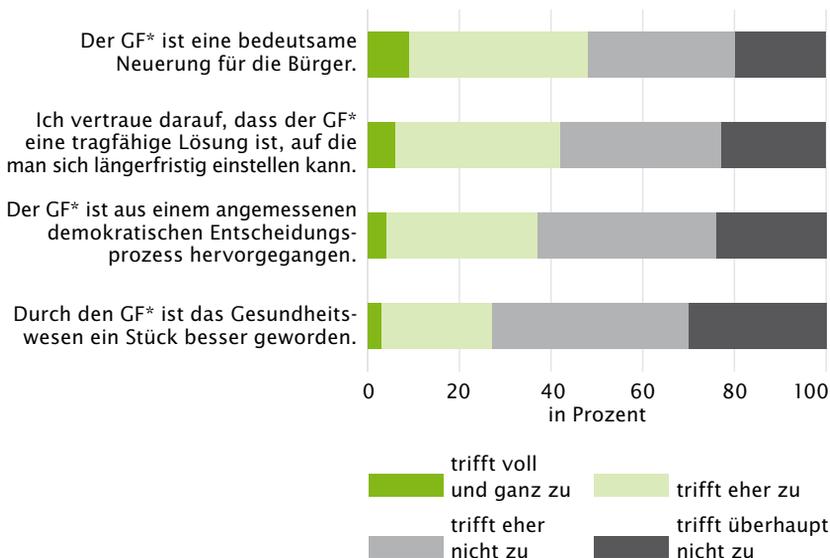
Fallzahl: n = 1.312

Angesichts der stärker ausgeprägten Wechselbereitschaft der jungen Befragten wird sich demzufolge wiederum ein harter Preiswettbewerb zwischen den Krankenkassen entwickeln.

Bewertung des Gesundheitsfonds

Die Einführung des Gesundheitsfonds war durch eine monatelange ideologisch aufgeladene und für den Laien kaum verständliche oder nachvollziehbare Diskussion begleitet. Ein Thema mit hoher Relevanz für jeden Bürger wurde in der Öffentlichkeit diskutiert, jedoch gab es keine wirkliche Einbeziehung der Betroffenen in diesen Prozess.

Abbildung 9: Ausgewählte Dimensionen der Beurteilung des Gesundheitsfonds



* GF = Gesundheitsfonds
 Fallzahl: n = mindestens 1.292

Durch diese, sowohl politisch als auch in Fachkreisen intensiv diskutierte Reform, sehen 73 Prozent der Versicherten keine Verbesserung des Gesundheitssystems erreicht (Abbildung 9). Korrespondierend damit ist das Vertrauen, dass der Gesundheitsfonds eine längerfristige und tragfähige Lösung ist, wenig stark ausgeprägt. Dass sich die Bürger als Versicherte oder als Patienten von der Willensbildung und der Diskussion um die Reform ausgeschlossen fühlen, wird dadurch belegt, dass 64 Prozent der Befragten die Entwicklung und Einführung des Gesundheitsfonds nicht als angemessenen Prozess empfinden. Betrachtet man die Beurteilung des politischen Prozesses und des wahrgenommenen Ergebnisses, ist es nicht verwunderlich, dass etwa 70 Prozent der Versicherten für gut möglich halten, dass der Gesundheitsfonds keine längerfristige Lösung darstellt.

Die Relevanz individueller Angebote in Zeiten des Gesundheitsfonds

Mit dem Gesundheitsfonds werden sich die Bedürfnisse der Versicherten nicht grundlegend verändern. Das System trägt mit den neuen Rahmendingungen allerdings dazu bei, dass 53 Prozent der gesetzlich Krankenversicherten nach eigener Aussage künftig verstärkt zwischen Krankenkassen verglichen werden (Abbildung 10).

Abbildung 10: Gesundheitsfonds und einheitlicher Beitrag werden zu verstärkten Vergleichen zwischen den Krankenkassen führen.



Fallzahl: n = 1.300

Die neue Situation verändert den Wettbewerb unter den Krankenkassen. Auch wenn die Leistungskataloge derzeit mehrheitlich als einheitlich zu bezeichnen sind, werden sich die Krankenkassen mehr denn je auf die individuellen Bedürfnisse der Mitglieder einlassen müssen, um sich vom Markt abzuheben. Die aktuellen Erkenntnisse der vorliegenden Studie zur Einstellung und dem Verhalten der Versicherten in der neuen Welt des Gesundheitsfonds geben Einblick in die Bewertung verschiedener Vergleichsfelder aus Betroffenen­sicht. Im Fokus stehen unterschiedliche

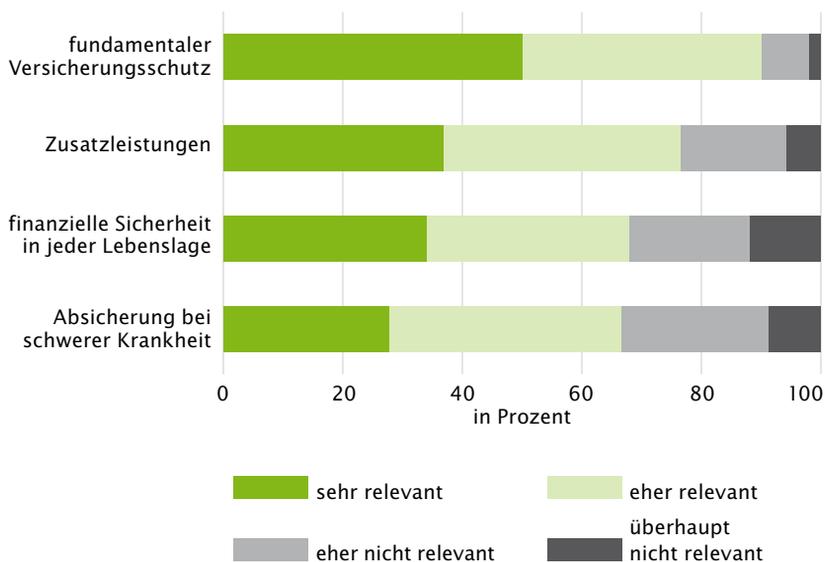
Leistungs- und Servicedimensionen sowie die Ausgestaltung individueller Tarifstrukturen.

Die Relevanz von Leistungsdimensionen für die Versicherten

Zur Einschätzung der Relevanz unterschiedlicher Leistungsfelder bei der Krankenkassenwahl wurden im Rahmen der Analysen insgesamt 21 verschiedene Versorgungsfelder und deren Bedeutung für den künftigen Vergleich von Krankenkassen untersucht. Die Auswahl der Leistungen orientierte sich dabei an bereits im Jahr 2004 im Rahmen des Health Care Monitorings (psychonomics AG 2007) erhobenen Inhalten, die ein insgesamt breites Leistungsspektrum abdecken. Um anschauliche Ergebnisse zu erhalten und gleichzeitig wesentliche Zusammenhänge aufzudecken, wurde die Vielzahl der Leistungsfelder mithilfe einer Faktorenanalyse reduziert. Mit dieser reduzierenden Datenanalyse kann eine große Anzahl von einzelnen Untersuchungsvariablen durch eine deutlich kleinere Zahl von Faktoren erklärt werden. Diese Faktoren werden als nicht beobachtbare Hintergrundvariablen aufgefasst, die die Zusammenhänge zwischen den tatsächlich beobachteten Variablen hervorbringen.

Im Ergebnis dieser Analysen konnten hier vier Faktoren ermittelt werden, die sich in der Art beziehungsweise dem Nutzen der Leistungen ähneln und durch die ein guter Vergleich einzelner Zielgruppen möglich wird. Die Kennzeichnung der einzelnen Leistungsbereiche erfolgte auf Basis der Interpretation der im jeweiligen Faktor enthaltenen Variablen im Gesamtkontext der Versorgung.

Abbildung 11: Welche der folgenden Leistungsfelder sind für Sie persönlich in Zukunft relevant, wenn Sie den Versorgungsumfang und die Versorgungsqualität verschiedener Krankenkassen miteinander vergleichen?



Fallzahl: n = mindestens 1.292

Fundamentaler Versicherungsschutz

Im Vordergrund steht die Absicherung der aus Sicht der Versicherten unverzichtbaren Elemente einer gesundheitlichen Versorgung. Die hier als Versicherungsfundament benannten Bestandteile zeichnen sich dadurch aus, dass die jeweiligen Komponenten sowohl akute als auch präventive Maßnahmen in der Regel abdecken. Dazu gehören die Merkmale freie Arztwahl, (fach-)ärztliche Behandlungen, zahnärztliche Behandlungen, Zahnersatz, Krebsfrüherkennungsuntersuchungen, Check-up-Untersuchungen und Krankenhausbehandlungen.

Die Möglichkeit zur uneingeschränkten Arztwahl, die Behandlung beim Zahnarzt sowie fachärztliche Behandlungen stehen an erster Stelle, wobei statistisch bedeutsame Unterschiede in der Einschätzung nach Geschlecht, Alter, Preissensibilität und Gesundheitszustand nachgewiesen werden können. So messen Frauen der freien Arztwahl eine weitaus höhere Bedeutung bei als Männer. Gleiches gilt für Krebsfrüherkennungsuntersuchungen, Check-up-Untersuchungen und die Behandlung beim Zahnarzt. Ein Vergleich der Altersgruppen jeweils unter und über 40 Jahren zeigt, dass ältere Versicherte nahezu allen Komponenten dieses Bereichs einen größeren Stellenwert zuschreiben als jüngere Befragte.

Zusatzleistungen

Eine weitere Dimension umfasst Gesundheitsleistungen (Schutzimpfungen, Brillen, Kontaktlinsen, kieferorthopädische Behandlungen oder professionelle Zahnreinigung), die aus Versichertensicht als äußerst relevante zusätzliche Vergleichsdimensionen für den Leistungsumfang interpretiert werden können. Insbesondere die Übernahme von Schutzimpfungen oder Sehhilfen können wichtige Entscheidungskriterien für die Wahl einer Krankenkasse sein. Nicht selten haben diese Komponenten in der Vergangenheit für viel Gesprächsstoff im Versichertenumfeld gesorgt. Es ist daher anzunehmen, dass derartige Zusatzleistungen die Vergleichbarkeit der Krankenkassen aus Kundensicht maßgeblich beeinflussen werden. Vor allem für Frauen weisen derartige Versorgungskriterien eine signifikant höhere Relevanz auf als für Männer. Für jüngere Versicherte unter 40 Jahren ist die professionelle Zahnreinigung im Gegensatz zu älteren Versichertengruppen ein elementarer Bestandteil möglicher Zusatzleistungen.

Finanzielle Sicherheit in jeder Lebenslage

Hier sind langfristige Krankheiten, Schutz der Familie und die Absicherung bei Auslandsreisen zu nennen. In Abhängigkeit von unterschiedlichen Lebensphasen haben diese Elemente der Krankenversicherung eine hohe Bedeutung. Darunter sind Krankengeld (Lohnfortzahlung im

Krankheitsfall), Familienversicherung (kostenfreie Mitversicherung von Kindern/nicht berufstätigen Ehepartnern) und medizinische Leistungen im Ausland zusammengefasst. Während für Singles die kostenfreie Mitversicherung von Kindern und nichtberufstätigen Ehepartnern als Vergleichsmerkmal eher eine untergeordnete Rolle spielt, ist dieses für Familien naturgemäß anders. Jüngere Versicherte – unter 40 Jahren – mit sehr gutem oder gutem Gesundheitszustand weisen einen im Vergleich höheren Bedarf dieser Dimensionen des Versicherungsschutzes auf.

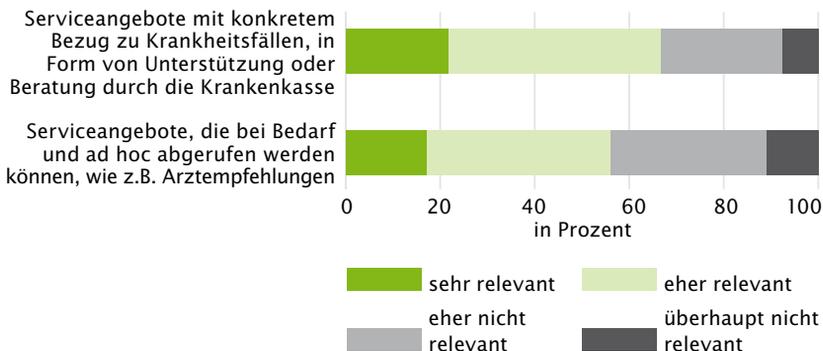
Absicherung schwerer Krankheit

Dieser Bereich besteht aus jenen Bestandteilen, die im Falle schwerer oder schwerster Krankheit abgesichert sein müssen und deshalb insbesondere bei älteren und gesundheitlich angeschlagenen Versicherten eine hohe Vergleichsrelevanz haben. Dazu gehören unter anderem Reha-Maßnahmen, Kuren und häusliche Krankenpflege.

Ausgewählte Servicedimensionen

Neben den im Versicherungsumfang einbezogenen Leistungsfeldern wird auch der gebotene Service einer Krankenkasse als Vergleichskomponente an Bedeutung gewinnen. Die Ergebnisse belegen, dass ausgewählte Servicedimensionen zwar im Vergleich zu Leistungen als weniger relevant eingestuft werden, sie dennoch eine nicht zu unterschätzende Rolle spielen. Insgesamt wurden sieben verschiedene Servicedimensionen untersucht, aus denen sich inhaltlich zwei Bereiche ableiten lassen.

Abbildung 12: Welche Relevanz haben die folgenden besonderen Serviceangebote einer Krankenkasse unter den neuen Bedingungen?



Fallzahl: n = mindestens 1.296

Grundsätzlich erreichen vor allem jene Serviceangebote eine hohe Vergleichsrelevanz, die einem Versicherten im Falle von Krankheit einen zusätzlichen Nutzen bringen und die Krankenkassen als einen starken Partner an der Seite des Patienten agieren lassen. Hierzu gehört beispielsweise die Unterstützung bei der Einholung einer ärztlichen Zweitmeinung oder die enge Begleitung nach Krankenhausentlassungen in Form von Beratungsangeboten. Für 67 Prozent der Befragten spielt das Vorhandensein derartiger Angebote durchaus eine Rolle, wenn es um die Wahl einer Krankenkasse geht (Abbildung 12). Deutlich höheren Anklang finden diese Angebote bei älteren Befragten (ab 40 Jahren). Etwas weniger vergleichsrelevant sind Serviceangebote, die bei Bedarf kurzfristig von der Krankenkasse abgerufen werden können, wie Arztempfehlungen, die Vergabe von Arztterminen am Wochenende oder telefonische Beratung zu Versicherungsfragen.

Individuelle Tarife: Eine Chance?

Auf die Frage: „Haben Sie davon gehört, dass die Krankenkassen seit einigen Jahren auch individuelle Tarife, sogenannte Wahltarife, anbieten dürfen?“ antwortet heute etwa jeder zweite gesetzlich Versicherte mit einem „Ja“. Allerdings hat sich bislang nur jeder Fünfte schon näher über Wahltarife informiert. Dass Wahltarife grundsätzlich als attraktives Produkt einer Krankenkasse angesehen werden, belegen die folgenden Zahlen: Die Hälfte aller Versicherten ist bereit, auf Ansprüche an die gesundheitliche Versorgung zu verzichten, um dafür insgesamt weniger zu zahlen. Nicht weniger aufschlussreich gestaltet sich die persönliche Risikobereitschaft, wenn es um die zu leistende finanzielle Eigenbeteiligung geht.

Abbildung 13: Persönliche Risikobereitschaft beim Abschluss eines Wahltarifs



Fallzahl: n = 1.308

Während sich 38 Prozent der Befragten eher zurückhaltend äußern, weisen 59 Prozent eine mittlere Risikobereitschaft hinsichtlich möglicher eigener Zuzahlungen auf (Abbildung 13). Dabei wundert es nicht,

dass Befragte, die ihren persönlichen Gesundheitszustand als mindestens gut einschätzen, eine signifikant höhere Risikobereitschaft aufweisen.

Besonders gut kommen Bonusmodelle für regelmäßige Gesundheits-Checks oder gesundheitsbewusste Aktivitäten unter den Befragten an. Für etwa 80 Prozent sind derartige Angebote attraktiv, wobei die Affinität unter Frauen stärker ausgeprägt ist. Auch einzelne Rückerstattungsmodelle, wie etwa eine Rückerstattung bei gleichzeitigem Verzicht auf bestimmte Serviceleistungen (64 Prozent), sprechen viele Versicherte an. Diese Tarife sind insbesondere für jüngere Befragte unter 40 Jahren von Interesse.

Fazit und Bewertung der Ergebnisse

Aus Sicht der Befragten ist die Reform des Gesundheitssystems mit einer stark negativen Belastung gestartet. Erhöhte Krankenkassenbeiträge und befürchtete oder erlebte Einschränkungen beim Zugang zu medizinischen Leistungen prägen die Stimmungslage. Eine Kommunikation, die geeignet gewesen wäre, den Versicherten die Notwendigkeiten, Vorteile beziehungsweise tatsächlichen Veränderungen aufzuzeigen, hat offensichtlich nicht in ausreichendem Maße stattgefunden. Stattdessen basierten die Entscheidungen auf einer typischen „öffentlichen“ Debatte, in der sich Experten mit Experten auseinandersetzen und dem Bürger beziehungsweise dem Versicherten lediglich die Rolle des passiven Publikums zuteil wurde. Dieser Befund ist ernüchternd. Die Gesundheitsreform, von der Politik als eine der wichtigsten Reformen der zu Ende gehenden Legislaturperiode bezeichnet, lässt Unkenntnis, Ratlosigkeit und Enttäuschung bei den Bürgern zurück.

Völlig unabhängig vom politischen Umfeld und trotz der Grundsatzdebatte „Gesundheitsfonds: ja oder nein?“ haben die Krankenkassen durch den Gesundheitsfonds auch die Chance, sich den eigentlich Betroffenen wieder mehr anzunähern. Die Ergebnisse machen deutlich, dass Versicherte die Krankenkassen unter den Bedingungen des

Gesundheitsfonds nicht anhand eines Universalmaßstabs beurteilen, sondern individuelle Bedürfnisse und Erfahrungen einfließen lassen. Ob und in welchem Umfang sich die Krankenkassen verstärkt hierauf einlassen wollen und können, ist zu diesem Zeitpunkt nicht vorherzusagen. Die Versicherten sind bereit für die Abnahme differenzierterer Versicherungsleistungen. Insbesondere Bonusprogramme, die gesundheitsbewusstes Verhalten belohnen, und Wahltarife, die stärker auf individuellere Lebenssituationen eingehen, haben Chancen im Markt. Hier wird die Kreativität und Kundenorientierung der einzelnen Krankenkassen in Zukunft noch stärker als bisher über die Erfolge im Markt entscheiden. Voraussetzung dafür ist allerdings, dass sich die Situation um Zusatzbeiträge und Ausschüttungsprämien perspektivisch angleicht und sich stabilisiert und nicht langfristig als Differenzierungsmerkmal zwischen den Krankenkassen dominiert.

Literatur

- BARMER Ersatzkasse (2009): Studie der BARMER über die „Neue Welt“ des Gesundheitsfonds aus Sicht der Versicherten. Wuppertal.
- psychonomics AG (2007): Studie zur Untersuchung des Gesundheitsverhaltens und der Gesundheitsmentalität. Health Care Monitoring. Köln.
- Service Rating AG (2009): Sonderstudie zu „Gerechtigkeit und Service“. Einstellungen von gesetzlich Krankenversicherten.