

# WIdOmonitor

Die Versicherten-Umfrage des Wissenschaftlichen Instituts der AOK

Ausgabe 01/2009

## Erwartungen an die GKV nach Einführung des Gesundheitsfonds

### Ergebnisse einer Repräsentativ-Umfrage unter 3.000 GKV-Versicherten

Von Klaus Zok

#### Abstract

Mit einem einheitlichen Beitragssatz, einem krankheitsbezogenen Finanzausgleich zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und der Möglichkeit, Einzelverträge mit Leistungserbringern abzuschließen, haben sich die Rahmenbedingungen im GKV-System grundlegend geändert. Für die Krankenkassen gelten nun andere Parameter in einem fondsbasierendem Wettbewerb – aber trifft dies auch auf die Versicherten und Patienten zu? Der aktuelle WIdO-monitor bietet im Jahr „1“ des Einheitsbeitragssatzes einen ersten Überblick über die Bedeutung zentraler Merkmale der neuen GKV-Wettbewerbsordnung aus der Versichertenperspektive. Im Fokus stehen das aktuelle Verhalten bei der Kassenwahl, die Wahrnehmung und Bewertung von Einheits- und Zusatzbeitrag, die Präferenzen beim Leistungs- und Serviceangebot und schließlich die Erwartungen an die neue Rolle der Krankenkassen. ■

The introduction of a uniform contribution rate, a disease-related fiscal equalization between SHI funds and the possibility to conclude individual contracts with service providers have fundamentally changed the general framework of the German SHI system. In a competition based on the Health Fund, the parameters for the health insurance funds have changed – but does this also apply to insureds and patients? The current issue of the WIdO-monitor provides an overview of the importance of central features of the new SHI competition from the insureds' perspective in the year "1" of the uniform contribution rate. The focus is on the interviewees' current behaviour when selecting a health care fund, their perception and evaluation of the uniform and additional contribution, their preferences regarding benefits and services and finally their expectations of the new role of the health insurance funds.

The empirical findings are based on a nationwide representative survey of 3,000 insured persons aged 18 and over. ■

#### KOMMENTAR

Mit der Einführung des einheitlichen Beitragssatzes, in Verbindung mit dem Morbi-RSA, hat in der Gestaltung der Versorgungslandschaft in Deutschland ein Paradigmenwechsel stattgefunden. Die AOK hat diesen Entwicklungstrend früh erkannt und entsprechend innovative Produkte auf den Weg gebracht. Herausragend sind hierbei vor allem die Arzneimittelrabattverträge sowie die Verträge mit Hausärzten und Spezialisten. Die AOK wird, auf diesen Erfolgen aufbauend, ihre Handlungsspielräume künftig noch intensiver nutzen und somit in Zukunft die Versorgung ihrer Versicherten noch stärker mitgestalten. So entstehen qualitativ hochwertige Produkte, maßgeschneidert auf die Anforderungen unserer Versicherten. Denn den Fokus auf die Qualität zu legen, zahlt sich aus. Nur Krankenkassen, die sich diesem neuen Wettbewerb stellen und den Versicherten entsprechende Produkte anbieten und im Service gut aufgestellt sind, werden am Markt bestehen.



Dr. Rolf Hoberg,  
Vorstandsvorsitzender der  
AOK Baden-Württemberg

## 1 Thema

Ein zentrales Element der am 1. April 2007 in Kraft getretenen Gesundheitsreform (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz, kurz GKV-WSG) ist die Einführung des Gesundheitfonds: Vom 1. Januar bis zum 30. Juni 2009 galt für alle Kassen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ein einheitlicher Beitragssatz von 14,6 Prozent, den Arbeitnehmer und Arbeitgeber je zur Hälfte finanzieren. Dieser wurde im Rahmen des Konjunkturpakets II zum 1. Juli 2009 auf 14,0 Prozent abgesenkt. Arbeitnehmer zahlen zusätzlich einen Sonderbeitrag von 0,9 Prozent.

Im Wettbewerb der Krankenkassen haben sich die Gewichte verschoben: Das Preisargument ist durch die Einführung des Einheitsbeitrags vorläufig relativiert worden, wird aber mittelfristig durch die Erhebung von Zusatzbeiträgen wieder an Bedeutung gewinnen. Aufgrund der veränderten Wettbewerbssituation ist das Leistungs- und Serviceprofil zum entscheidenden Wettbewerbsfaktor für die Bindung von Versicherten geworden. Das Dienstleistungsprofil einer Krankenkasse – etwa mit morbiditätsorientierten Versorgungsprodukten und Selektivverträgen mit versorgungsinhaltlichen Schwerpunkten – wird zum zentralen Unterscheidungskriterium, das auch einen höheren Preis oder die Erhebung eines Zusatzbeitrags rechtfertigen könnte.

Die weitreichenden Veränderungen im GKV-System werfen die Frage auf, welche Versiche-

rungs- und Versorgungsmerkmale für GKV-Versicherte besonders wichtig sind und aus welchen Gründen sie sich für oder gegen eine Krankenkasse entscheiden.

Diese Kriterien der Kassenwahl wurden im April 2009 im Rahmen einer bundesweit repräsentativen Befragung von GKV-Versicherten erhoben. Mitarbeiter des Hamburger Markt- und Meinungsforschungsinstituts Ipsos führten die Befragung auf der Grundlage eines standardisierten, getesteten Fragebogens durch. Die Datenbasis der 3.000 durchgeführten Telefoninterviews bildet eine Zufallsstichprobe aus der Grundgesamtheit der GKV-Versicherten ab 18 Jahren. Aus der ursprünglichen Stichprobe war etwa jeder Dritte (36,7 Prozent) bereit zu einem Interview.

*Unter dem Einheitsbeitrag wird das Dienstleistungsprofil einer Krankenkasse zum zentralen Entscheidungskriterium.*

## 2 Die Umfrageergebnisse

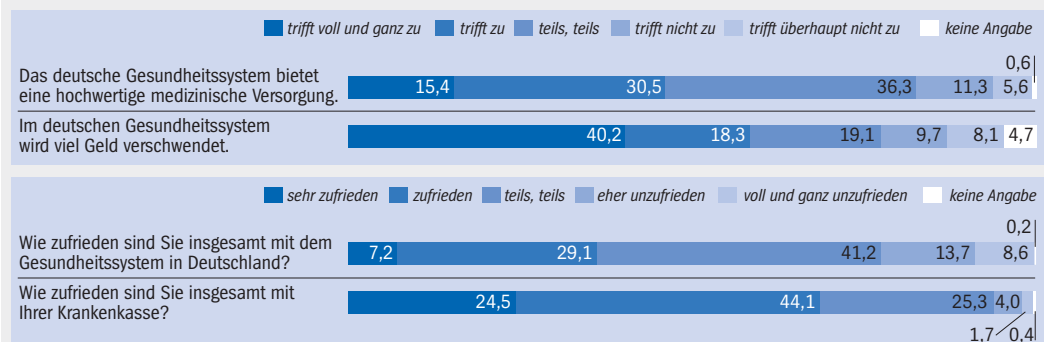
### 2.1 Aussagen zum Gesundheitssystem

Die Verunsicherung der Versicherten scheint derzeit groß (Abbildung 1). Nur rund ein Drittel der Befragten (36,3 Prozent) ist explizit zufrieden mit dem deutschen Gesundheitssystem, jeder Fünfte (22,3 Prozent) ist unzufrieden, während 41,2 Prozent mit „teils, teils“ antwortet. Die Aussage „Das deutsche Gesundheitssystem bietet eine hochwertige Versorgung“ sehen 16,9 Prozent der Versicherten kritisch, 45,9 Prozent stimmen ihr zu. Gleichzeitig vermuten viele Ver-

Abbildung 1

#### Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem und den Krankenkassen

n = 3.000 GKV-Versicherte, Angaben in Prozent



Viele Versicherte äußern sich skeptisch über das Gesundheitssystem. Mit der eigenen Krankenkasse ist die Mehrheit aber insgesamt zufrieden.

Quelle: WidO-monitor 2009

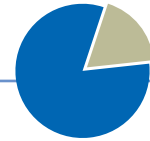


Tabelle 1

## Verwendung von Beitragsüberschüssen

„Sollte Ihre Krankenkasse den Überschuss als Prämie ausschütten oder in das Leistungsangebot investieren?“	GKV insg. n = 3.000	nach Altersgruppen [Jahre]					
		<30 426	30-<40 498	40-<50 631	50-<60 544	60-<70 506	≥70 395
als Prämie ausschütten	36,2 %	38,5	41,2	36,5	36,8	34,8	28,4
die Leistungen erweitern	62,0 %	60,6	57,0	61,3	62,1	62,8	69,4
weiß nicht/keine Angaben	1,8 %	0,9	1,8	2,2	1,1	2,4	2,3

Die Mehrzahl der GKV-Versicherten favorisiert im Fall von Beitragsüberschüssen eine Investition ihrer Krankenkasse in das Leistungsangebot.

Quelle: WIdO-monitor 2009

sicherte, dass es Wirtschaftlichkeitsreserven im System gibt. Mehr als die Hälfte (58,5 Prozent) der Befragten meint, dass im deutschen Gesundheitswesen viel Geld verschwendet wird.

Angesichts wirtschaftlich unsicherer Zeiten, komplexer Veränderungen und anhaltenden Reformbedarfs bietet das GKV-System den Versicherten offensichtlich dennoch Halt und Orientierung: Die gesetzlichen Kostenträger schneiden in der allgemeinen Beurteilung gut ab. Die Mehrheit der GKV-Versicherten beantwortet die Frage nach der Zufriedenheit mit ihrer gesetzlichen Krankenversicherung positiv: Mehr als zwei Drittel (68,8 Prozent) votieren mit „sehr zufrieden“ oder „zufrieden“. Ein Viertel (25,3 Prozent) urteilt abwägend mit „teils, teils“, und nur 5,7 Prozent der Befragten reagieren kritisch.

## 2.2 Einheits- und Zusatzbeitrag

Die Mehrheit der Versicherten (79,5 Prozent) weiß über den seit Jahresbeginn geltenden Einheitsbeitrag in der GKV Bescheid. Bei der demografischen Auswertung gibt es jedoch deutliche Unterschiede. Versicherte unter 20 Jahren zeigen sich am wenigsten informiert (56,5 Prozent). Bei Versicherten mit hoher Schulbildung und einem hohen Haushaltseinkommen ist der Kenntnisstand dagegen sehr hoch.

Die Reaktionen auf den GKV-Einheitsbeitrag fallen eher kritisch aus, bringt er doch für viele Versicherte mit Jahresbeginn zunächst Mehrausgaben mit sich. Zwar begrüßen 39 Prozent die Einführung eines einheitlichen GKV-Beitrags als „sehr gut“ oder „gut“, doch fast ebenso viele (35,8 Prozent) halten nichts davon oder antwor-

ten unsicher mit „teils, teils“ (22,3 Prozent). Besonders ausgeprägt ist die Ablehnung erwartungsgemäß bei Mitgliedern ehemals preisgünstiger Krankenkassen. Aber auch in besser verdienenden Versichertengruppen sind die Ablehnungsquoten deutlich höher.

Wenn eine gesetzliche Krankenversicherung mit den zur Verfügung stehenden, zugewiesenen Finanzmitteln aus dem Gesundheitsfonds nicht auskommt, muss sie einen Zusatzbeitrag erheben. Experten rechnen damit, dass schon bald erste Krankenkassen einen solchen Obolus erheben müssen. Der Zusatzbeitrag, der von den Versicherten allein aufzubringen ist, wird mehrheitlich entschieden abgelehnt (72,7 Prozent). Nur eine Minderheit der Befragten beurteilt diese Regelung als „sehr gut“ oder „gut“ (10,6 Prozent). Diese ablehnende Haltung zieht sich durch alle Mitgliedergruppen; eine Ausnahme bilden lediglich junge Versicherte unter 25 Jahren, von denen fast jeder Dritte (30,3 Prozent) dieser Regelung zustimmt.

Zum Zeitpunkt der Befragung (April 2009) rechnet nur ein Fünftel der Versicherten (22,3 Prozent) damit, dass ihre Krankenkasse bereits in diesem Jahr einen Zusatzbeitrag erheben wird, die Mehrheit (70,6 Prozent) erwartet dies nicht.

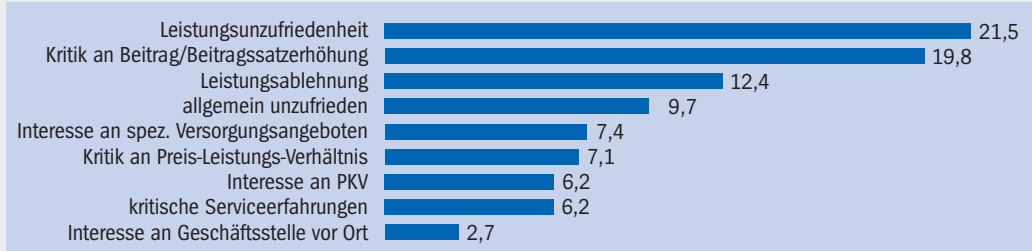
Interessant sind die Reaktionen auf die Frage nach der möglichen Verwendung von Beitragsüberschüssen (Tabelle 1): Hier votieren die Versicherten mehrheitlich und mit dem Alter tendenziell zunehmend für eine Investition in das Leistungsangebot ihrer Krankenkasse (62,0 Prozent). Nur ein Drittel plädiert für eine Rückerstattung als Prämie (36,2 Prozent). Bei den jüngeren Versicherten unter 40 Jahren ist die Zustimmung zu dieser Option etwas höher.

*Die Versicherten reagieren unterschiedlich auf den einheitlichen Beitragssatz in der GKV. Ein Zusatzbeitrag wird mehrheitlich abgelehnt.*

Abbildung 2

## Gründe für einen Kassenwechsel

Anzahl potenzieller Wechsler (n = 339), Angaben in Prozent\*



\* die an 100 Prozent fehlenden Werte entfallen auf „keine weiteren Angaben“ oder „sonstige Gründe“

Der am häufigsten genannte Grund für einen Kassenwechsel ist die Unzufriedenheit mit dem Leistungsniveau und dem Leistungsumfang.

Quelle: WidO-monitor 2009

## 2.3 Kassenwechsel

Die Einführung der Kassenwahlfreiheit 1996 führte zu einem „Wettlauf“ der Krankenkassen um junge, gesunde und gut verdienende Mitglieder („gute Risiken“). Die Höhe des Beitragssatzes wurde zu einem zentralen Angebotsmerkmal. Die Folge waren Wanderungsbewegungen bei den Versicherten, Konzentrationsprozesse bei den Kassen und eine Verringerung der Beitragssatzspanne (siehe WidO-monitor 2/2006).

Die Bereitschaft zum Kassenwechsel hat im Laufe der Zeit tendenziell zugenommen. Der starke Anstieg in den Jahren 2002/2003 dürfte auf Änderungen im Kassenwahlrecht zurückzuführen sein (Wegfall der Stichtagskündigung zum Jahresende).

Die Einführung des einheitlichen Beitragssatzes hat nun zu einer deutlichen Beruhigung bei der Wechselbereitschaft geführt. Im April 2009 gaben insgesamt nur noch 13 Prozent der befragten GKV-Mitglieder an, ihre Krankenkasse wechseln zu wollen. Die Wechselbereitschaft der Beitragszahler ist damit deutlich geringer als in den Jahren zuvor.

Die Analyse nach sozioökonomischen Merkmalen zeigt, welche Mitgliedergruppen wechseln wollen und welche nicht. Betrachtet wurden sowohl Mitglieder, die aktuell an einem Wechsel interessiert sind (13,0 Prozent), als auch Personen, die nach eigenen Angaben ihre Kranken-

kasse in den letzten zwei Jahren gewechselt haben (7,1 Prozent).

Die Wechselbereitschaft der GKV-Mitglieder hängt vom Alter ab: Zwischen 18 und 50 Jahren ist sie deutlich höher; mit steigendem Lebensalter nimmt sie kontinuierlich ab: Bei den Rentnern haben lediglich zwei Prozent in den letzten zwei Jahren die Kasse gewechselt, nur fünf Prozent äußern aktuell Interesse an einem Wechsel.

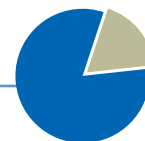
Die Bereitschaft zu einem Krankenkassenwechsel steigt tendenziell mit dem Einkommen. Sowohl bei denjenigen, die in den letzten zwei Jahren gewechselt haben, als auch bei den aktuell Wechselinteressierten verhalten sich Besserverdiener mobiler als Geringverdiener. Freiwillig versicherte Mitglieder haben ein höheres Wechselinteresse als Pflichtversicherte.

Auch beim Bildungsniveau ist ein deutlicher Zusammenhang mit dem Wechselverhalten erkennbar: Der Anteil der Wechsler steigt mit der Schulbildung der Befragten. Die Auswertung nach Geschlecht zeigt dagegen keine wesentlichen Unterschiede.

Auch der Gesundheitszustand spielt offenbar eine Rolle: Mitglieder, die im Rahmen der Befragung Erkrankungen wie Asthma, Bluthochdruck, Diabetes oder Herzerkrankungen angegeben haben, wechseln deutlich seltener als Personen ohne chronische Erkrankungen.

Was bewegt Versicherte zu einem Kassenwechsel? Alle potenziellen Wechsler (n = 339) wurden nach dem Grund für ihre Unzu-

*Vor dem Hintergrund von Gesundheitsfonds und Einheitsbeitrag ist das Wechselinteresse deutlich geringer als in den Vorjahren.*



friedenheit gefragt, die Antworten (jeweils nur ein Grund) im Anschluss kategorisiert (Abbildung 2).

Auffällig ist, dass – rund drei Monate nach Einführung des einheitlichen Beitragssatzes – jeder fünfte potenzielle Wechsler (19,8 Prozent) angibt, mit dem Beitragssatz unzufrieden zu sein. Hier handelt es sich vorwiegend um Mitglieder ehemals preisgünstiger Krankenkassen, für die der Einheitsbeitrag eine Beitragssatzerhöhung bei gleich bleibenden Leistungen bedeutet. In diesem Zusammenhang ist auch die Kritik am Preis-Leistungs-Verhältnis der aktuellen Krankenkasse (7,1 Prozent) zu sehen, da für diese Versicherten die Kassenleistungen nicht besser, sondern nur teurer geworden sind.

Schlechte Erfahrungen mit dem zentralen Produktparameter „Leistungen“ ist der am häufigsten genannte Grund für einen möglichen Kassenwechsel: 21,5 Prozent der Wechselwilligen sind unzufrieden mit dem Leistungsniveau und -umfang ihrer Krankenkasse. 12,4 Prozent nennen konkrete Leistungsablehnungen als Grund für einen möglichen Kassenwechsel, 6,2 Prozent negative Erfahrungen mit dem Service. Ein wichtiges Motiv für einen Wechsel ist aber auch das konkrete Interesse an speziellen Versorgungsangeboten von Wettbewerbern

in der GKV: 7,4 Prozent der Wechselwilligen gaben Angebote anderer Krankenkassen als Grund an.

Die potenziellen Wechselgründe innerhalb der GKV bestätigen damit die Verschiebung weg vom Preisargument hin zu einer stärkeren Leistungs- und Servicedifferenzierung – ein Verhalten, das mit Einführung des Einheitsbeitrags zu erwarten und erwünscht war.

6,2 Prozent der Wechselwilligen überlegen dagegen einen Ausstieg aus der GKV in eine private Krankenversicherung. Hier handelt es sich vorwiegend um jüngere Mitglieder unter 40 Jahren.

*Die Krankenkassenwahl wird zunehmend durch Aspekte der Leistungs- und Servicedifferenzierung bestimmt.*

## 2.4 Bewertung von Krankenkassenmerkmalen

Im Rahmen der Erhebung wurden die Versicherten gebeten, anhand einer fünfstufigen Skala anzugeben, wie wichtig ihnen zentrale Eigenschaften bei einer Krankenkasse sind. Hier wird deutlich, dass viele der erhobenen Parameter von den Versicherten mehrheitlich als „sehr wichtig“ oder „wichtig“ eingeschätzt werden. Deutliche Unterschiede zeigen sich aber zwischen Männern und Frauen, zwischen

Tabelle 2

### Bedeutung zentraler Krankenkassenmerkmale

Meine Krankenkasse sollte ...	GKV insg. Anzahl Befragte* n = 3.000	nach Altersgruppen [Jahre]						Geschlecht	
		<30	30-<40	40-<50	50-<60	60-<70	≥70	Frauen	Männer
... telefonisch immer gut erreichbar sein.	90,0 %	87,6	89,4	91,0	91,9	94,3	84,1	92,1	87,6
... einen persönlichen Ansprechpartner haben.	81,2 %	81,7	77,7	78,3	82,2	84,6	84,3	85,5	76,2
... ein umfassendes Informationsangebot im Internet haben.	73,8 %	80,5	80,9	78,3	73,9	71,7	53,2	73,3	74,5
... eine Geschäftsstelle/Filiale in der Nähe haben.	51,8 %	21,8	37,3	53,6	61,0	66,8	67,6	54,0	49,2
... besondere Angebote für chronisch Kranke anbieten.	84,9 %	78,6	81,3	84,2	85,8	90,9	88,4	88,5	80,7
... spezielle Leistungen für Familien und Kinder bieten.	79,9 %	87,3	89,8	87,6	79,8	72,1	57,0	86,1	72,5
... die Kosten für Gesundheitskurse erstatten.	75,1 %	75,1	79,3	78,0	79,8	72,9	61,5	79,5	70,0
... eigene Gesundheitskurse anbieten.	67,8 %	62,2	65,9	67,2	72,2	71,5	66,1	71,8	63,0
... Bonusprogramme oder Ermäßigungen anbieten.	67,1 %	78,2	77,3	72,7	65,4	58,3	46,8	72,0	61,4
... Wahltarife mit Selbstbehalt/Kostenerstattung anbieten.	41,1 %	54,5	45,6	40,9	36,9	38,3	30,9	41,0	41,3

\* nur Antworten mit „sehr wichtig“ oder „wichtig“

Für über 90 Prozent der GKV-Versicherten ist die grundsätzliche Erreichbarkeit ihrer Krankenkasse von zentraler Bedeutung. Wahltarife hingegen sind nur für rund 41 Prozent der Versicherten wichtig.

Quelle: WId0-monitor 2009

*Das Interesse der Versicherten an zielgruppengerechten Versorgungsangeboten und qualifizierter Information und Beratung ist groß.*

den Altersgruppen und bei der Rangfolge der einzelnen Merkmale (Tabelle 2).

Von zentraler Bedeutung für Versicherte und Patienten ist offenbar die grundsätzliche Erreichbarkeit einer Krankenkasse. Neun von zehn Befragten erwarten, dass ihre Krankenkasse telefonisch immer gut erreichbar ist (90,0 Prozent). Mehr als 80 Prozent legen Wert auf einen persönlichen Ansprechpartner. Fast drei Viertel schätzen ein umfassendes Informationsangebot der Kasse im Internet (73,8 Prozent). Das Vertriebsmodell der Vor-Ort-Geschäftsstelle hingegen wird nur von jedem Zweiten als wichtig bewertet (51,7 Prozent). Hier zeigt sich ein klarer Alterseffekt.

Große Bedeutung hat eine programmatische Ansprache und Versorgung von bestimmten Patienten- und Versichertengruppen: Mehrheitlich werden Leistungsangebote für chronisch Kranke (84,9 Prozent) und spezielle Leistungen für Familien (79,9 Prozent) als wichtig bewertet, auch wenn der Grad der Zustimmung je nach Altersgruppe unterschiedlich ausgeprägt ist.

Die Förderung von gesundheitsbewusstem Verhalten durch Maßnahmen der Primärprävention ist ebenfalls für die Mehrheit der Versicherten wichtig, während das Interesse an Wahlтарifen vergleichsweise mäßig ausgeprägt ist. Im Fokus der Versicherten steht insgesamt also eindeutig das Interesse an zielgruppengerechten Versorgungsangeboten und Prävention, ausreichender Information und guter Erreichbarkeit.

Bei den erhobenen Krankenkassenmerkmalen zeigen sich erhebliche Unterschiede zwischen der subjektiven Wichtigkeit und der wahrgenommenen Realisierung durch die eigene Krankenkasse (Abbildung 3). Bei der Bereitstellung zielgruppengerechter Versorgungsangebote ist die Diskrepanz am größten. Dies verweist entweder auf ein Informationsdefizit oder es wird noch ein erheblicher Ausbaubedarf gesehen.

## 2.5 Präferenzen bei zusätzlichen Leistungs- und Serviceangeboten

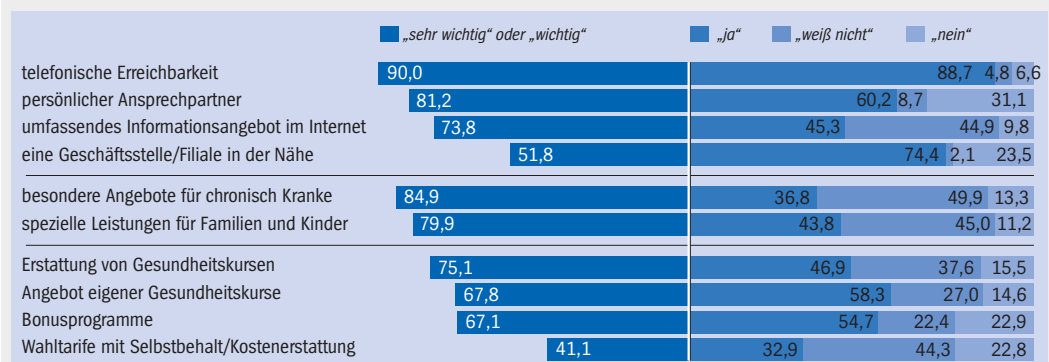
Der Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen ist zu über 90 Prozent gesetzlich festgelegt. Darüber hinaus gibt es aber inzwischen immer mehr Unterschiede bei den Zusatzleistungen und beim Service. Welche Versorgungsinhalte und -themen sind den Versicherten wichtig?

Die Auswertung zeigt, dass das Interesse an zusätzlichen Vorsorgeuntersuchungen für Kinder, an neuartigen Behandlungsverfahren und an Zahnprophylaxe groß ist (Abbildung 4). Weitere Leistungen wie die Kostenübernahme für alternative Heilmethoden, zusätzlicher Impfschutz bei Auslandsreisen oder Komfortleistungen im Krankenhaus werden ebenfalls mehrheitlich als wichtig eingeschätzt. Die Prioritäten sind dabei aber in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht sehr unterschiedlich.

Abbildung 3

### Wahrnehmung von zentralen Merkmalen bei der eigenen Krankenkasse

n = 3.000 GKV-Versicherte, Angaben in Prozent



Zwischen der subjektiven Bedeutung und der wahrgenommenen Realisierung von zentralen Ansprüchen der Versicherten an ihre Krankenkasse liegen teilweise große Differenzen. Nur ein Informationsdefizit? Quelle: WidO-monitor 2009

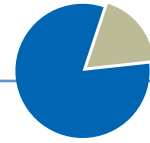


Abbildung 4

### Bewertung zusätzlicher Leistungs- und Serviceangebote

n = 3.000 GKV-Versicherte, Angaben in Prozent\*

#### Wie wichtig sind für Sie ...

... zusätzliche Vorsorgeuntersuchungen für Kinder	93,6
... neuartige medizinische Behandlungsverfahren	86,1
... eine professionelle Zahnreinigung einmal im Jahr	84,9
... die Kostenübernahme für alternative Heilmethoden	75,3
... zusätzlicher Impfschutz (z.B. bei Fernreisen Hepatitis A,B)	67,1
... Zweibettzimmer im Krankenhaus	64,7

#### Wie wichtig ist es für Sie, dass Ihre Krankenkasse ...

... Sie bei der Organisation häuslicher Krankenpflege unterstützt	86,4
... bei einer wichtigen Behandlung einen Spezialisten empfiehlt	83,0
... Ihnen eine Zweitmeinung eines Arztes anbietet	82,3
... Sie bei der Vermittlung von schnellen Arztterminen unterstützt	79,3
... Ihnen erweiterte Sprechstunden bei Ärzten anbietet	55,1
... telefonische 24h-Experten-Beratung zu med. Fragen anbietet	48,6
... Sie an anstehende Untersuchungen erinnert	42,1

\* nur Antworten mit „für sehr wichtig“ oder „wichtig“

Über 90 Prozent der von den Krankenkassen zu erstattenden Leistungen sind gesetzlich festgelegt. Zunehmend gibt es Unterschiede bei Zusatzleistungen und Service. Die Abbildung zeigt, was Versicherten besonders wichtig ist.

Quelle: WIdO-monitor 2009

Die Befragten sollten ferner konkrete Serviceangebote bewerten. Hier ging es nicht um allgemeine Serviceeigenschaften (wie etwa die Freundlichkeit der Mitarbeiter), sondern um Serviceleistungen im Rahmen von Versorgungsangeboten wie Fall- und Terminmanagement oder das Angebot von Zweitmeinungsverfahren.

An erster Stelle steht hier die Unterstützung bei der Organisation häuslicher Krankenpflege. Viele Befragte schätzen es, vor wichtigen Behandlungen eine zusätzliche Meinung beziehungsweise den Rat von medizinischen Experten einholen zu können. Darüber hinaus äußern viele GKV-Versicherte den Wunsch nach einem besseren Service in der ärztlichen Behandlung. Dazu zählt vor allem die zeitnahe Vermittlung eines Arzttermins (79,3 Prozent). Jeder Zweite (55,1 Prozent) wünscht sich erweiterte Sprechstunden bei niedergelassenen Ärzten, etwa abends oder am Wochenende. Hier zeigt sich allerdings eine deutliche Altersdifferenzierung. Besonders ausgeprägt ist dieser Wunsch auch bei berufstätigen Versicherten (70,0 Prozent).

Im Rahmen der Erhebung wurden die Versicherten im Weiteren nochmals „offen“ – also ohne vorgegebene Antworten – gefragt, welche Leistungen sie sich darüber hinaus von ihrer Krankenkasse wünschen würden. An erster Stelle werden hier alternative Heilmethoden (16,6

Prozent) genannt, dann folgen Früherkennungen (14,6 Prozent) und Präventionsmaßnahmen (9,4 Prozent). Fast jeder Zehnte benennt nochmals zahnärztliche Leistungen wie Zahnersatz oder Zahnprophylaxe (9,7 Prozent).

### 3 Rolle der Krankenkassen

Ein abschließender Blick fasst die Erwartungen an die Rolle der Krankenkassen zusammen (Abbildung 5). Schon in früheren Umfragen wurde deutlich, dass Krankenkassen in der GKV längst nicht mehr nur als Beitragseinzugsstelle wahrgenommen werden, sondern zunehmend von ihnen auch eine aktive Rolle bei der Koordination von Gesundheitsleistungen erwartet wird. Die aktuelle Erhebung bestätigt dies: Versicherte wollen in ihren Rechten unterstützt werden; die Krankenkassen sollen bei der Optimierung von Behandlung und Versorgung gestaltend wirken.

### 4 Fazit

Mit der Scharfstellung des Gesundheitsfonds verlagert sich der Fokus in der GKV. Der einheitliche Preis bei unterschiedlichen Leistungs- und Serviceangeboten in der GKV stellt die Ver-

*Die Krankenkassen sollen Leistungs- und Qualitätstransparenz schaffen und die Versorgung aktiv gestalten.*

## Abbildung 5

### Rollenerwartungen an die Krankenkassen

n = 3.000 GKV-Versicherte, Angaben in Prozent\*

Bei einer Krankenkasse ist mir wichtig, dass sie ...



\* nur Antworten mit „sehr wichtig“ oder „wichtig“

Zusätzliche Angebote sind den Versicherten wichtig und sie erwarten, dass die Krankenkassen in der GKV eine aktive, gestaltende Rolle übernehmen.

Quelle: WidO-monitor 2009

*Eine gute Versorgung, der Zugang zu innovativen Behandlungen und ein gutes Fallmanagement sind den Versicherten wichtig.*

sicherten vor neue Herausforderungen. Viele reagieren darauf zurzeit verunsichert, doch die GKV genießt als Institution im System grundsätzlich hohe Akzeptanz.

Durch die Einführung des Gesundheitsfonds hat sich die Systematik des Beitragseinzugs und der Geldverteilung verändert. Die Versicherten erwarten ein stimmiges Preis-Leistungs-Verhältnis und gute Versorgungsprogramme, insbesondere bei der Behandlung von chronisch Kranken. Die Krankenkassen sollen in einen Leistungs- und Servicewettbewerb treten, denn letzten Endes entscheiden diese Parameter über einen möglichen Krankenkassenwechsel. Möglichkeiten zur Tariffdifferenzierung (Wahltarife mit monetären Anreizen, Kostenerstattung etc.) werden dagegen eher zurückhaltend bewertet.

Wechseln Versicherte früher häufig aufgrund von Preisunterschieden die Krankenkasse, stehen nun die angebotenen Versorgungsprodukte, deren Qualität und der Service bei der Entscheidung für oder gegen eine bestimmte Krankenkasse klar im

Vordergrund. Für die Versicherten sind umfassende Informationen und Beratung wichtig. Außerdem legen sie Wert auf einen besseren Zugang zum Versorgungssystem sowie ein optimiertes Management von Behandlungsabläufen.

Krankenkassen werden längst nicht mehr als „zahlender Dritter“ zwischen Leistungserbringern und Patienten wahrgenommen. Sie sollen – neben ihrer klassischen Anwaltsfunktion als Vertreter von Patienteninteressen – auch Leistungs- und Qualitätstransparenz herstellen, Aufgaben im Versorgungsmanagement übernehmen und neue und qualitativ hochwertige Versorgungsprodukte gestalten.



**Klaus Zok, Wissenschaftliches Institut der AOK (WidO),  
Telefon: 030 34646-2134  
E-Mail: klaus.zok@wido.bv.aok.de**