

Continentale-Studie 2001:

Die Deutschen und ihr Gesundheitssystem

Eine repräsentative Emnid-Bevölkerungsbefragung der Continentale Krankenversicherung a.G.

Impressum

pkv-ratgeber
September 2001
Herausgeber: © 2001 Continentale Krankenversicherung a. G.
Ruhrallee 92-94, 44139 Dortmund

Alle Rechte vorbehalten. Nachdruck nur
mit Genehmigung des Herausgebers.

Vorwort

"Die Deutschen und ihr Gesundheitssystem" – ein Thema, das nicht frei von Emotionen ist. Denn das Gefühl, auch im Krankheitsfall gut versorgt zu sein, ist eine der wichtigsten sozialen Errungenschaften der vergangenen 100 Jahre. Doch dieses System hat zunehmend Probleme: steigende Kosten und Beiträge, sinkende Leistungen. Wie bewerten die Deutschen ihr Gesundheitssystem vor diesem Hintergrund? Wie zufrieden sind die Deutschen mit Preis und Leistung in Gesetzlicher und Privater Krankenversicherung? Haben sie schon Leistungseinschränkungen hinnehmen müssen? Und wie wirkt sich die Erfahrung von Leistungseinschränkungen aus?

Diese Frage wollte die Continentale Krankenversicherung a.G. beantworten. Mehr als 4.000 Menschen wurden daher, in Zusammenarbeit mit dem Meinungsforschungsinstitut Emnid, befragt.

Ein Weg, den Kostendruck von Krankenkassen und Krankenversicherern zu nehmen und gleichzeitig die medizinische Versorgung der Bevölkerung zu verbessern, scheint die umfangreichere Beratung der Versicherten zu sein. "Gesundheitsmanagement" und "Managed Care" werden von immer mehr Unternehmen auch dazu genutzt, sich in der Öffentlichkeit zu profilieren. Aber: Wie groß ist eigentlich die Akzeptanz solcher Angebote in der Bevölkerung? Welche Kompetenz messen die Bürger den Krankenkassen und -versicherern bei? Und welche Motive unterstellen sie ihnen? Den Willen, die Behandlung der Menschen zu verbessern oder nur den Wunsch, Kosten zu sparen?

Ein spezielles Thema der Privaten Krankenversicherung ist die Mitnahme der Alterungsrückstellung beim Wechsel des Krankenversicherers. In der Öffentlichkeit wird sie immer wieder gefordert. Überzeugende Modelle, wie dies umzusetzen ist, konnte freilich noch niemand vorweisen. Ist der Wechsel des Krankenversicherers aber überhaupt ein Thema für die Versicherten? Und sind die Versicherten dazu bereit, die für die Verbesserung der Wechselmöglichkeit notwendigen Konsequenzen zu tragen?

Die Ergebnisse sind für die Continentale als einer der führenden privaten Krankenversicherer zum Teil Anlaß zur Sorge, zum Teil geben sie aber auch deutliche positive Impulse für zukünftige Entwicklungen.

Denn die Deutschen bestätigen der Privaten Krankenversicherung einen Leistungsvorsprung gegenüber der Gesetzlichen und gehen davon aus, daß sie für die Zukunft auch besser gerüstet ist. Für umwälzende Reformen des Systems der PKV gibt es also aus Sicht der Bevölkerung keinen Anlaß – und noch weniger Notwendigkeit ergibt sich dafür, das gesamte System in Frage zu stellen.

Continentale Krankenversicherung a.G.

I. Grundlagen

Die Continentale-Studie 2001 beschäftigt sich mit drei Themengebieten:

Wie beurteilt die Bevölkerung das Gesundheitssystem und welche Erwartungen hat sie für die Zukunft?

Wie ist das Verhältnis der Bevölkerung zu Beratungsangeboten der Krankenkassen und Krankenversicherer?

Wie ist die Einstellung von Privatversicherten zur Mitnahme der Alterungsrückstellung und zur Flexibilität in der Privaten Krankenversicherung?

Um Antworten auf diese Fragen zu finden, wurden in Zusammenarbeit mit dem Meinungsforschungsinstitut Emnid bundesweit 4.182 Personen befragt. Davon sind 3.544 gesetzlich krankenversichert und 638 privat krankenversichert. Diese hohe Grundgesamtheit der Befragung garantiert Repräsentativität und große Aussagekraft selbst bei der Betrachtung von Teilgruppen.

Hohe Grundgesamtheit:
4.182 Befragte

Die Befragung erfolgte im Rahmen einer telefonischen Mehrthemenbefragung. Bei mehreren gleichrangigen Antwortmöglichkeiten wurde die Reihenfolge der Antwortmöglichkeiten zufallsgeneriert. Durchgeführt wurde die Befragung vom 2. bis zum 12. Juli 2001.

Neben den Gruppen der Gesetzlich-Krankenversicherten (GKV-Versicherten) und Privat-Krankenversicherten (PKV-Versicherten) wurde eine weitere Gruppe genauer analysiert: Personen, die bereits Leistungseinschränkungen im Gesundheitswesen hinnehmen mußten. Diese Gruppe wurde mit der Frage ermittelt: "Haben Sie die persönliche Erfahrung gemacht, daß Ärzte bei Behandlungen oder bei Rezepten aus Kostengründen Einschränkungen vornehmen oder sie Ihnen in Rechnung stellen möchten?" Bereits 35 Prozent der Befragten hatten diese Erfahrung gemacht. Ihre Zahl wird in Zukunft noch zunehmen, da immer mehr Menschen von den Einschränkungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) betroffen sein werden. Ziel der Untersuchung war es unter anderem, herauszufinden, wie sich die Erfahrung der Leistungseinschränkung auf die Bewertung des Gesundheitssystems auswirkt, um so auch zukünftige Entwicklungen erkennen zu können.

35 Prozent mußten
Einschränkungen
hinnehmen

II. Das Gesundheitssystem

1. Viele Deutsche sind unzufrieden mit dem Gesundheitssystem in Deutschland – besonders unter dem Gesichtspunkt Preis, aber auch unter dem Gesichtspunkt Leistung.

Auf die Frage "Wie zufrieden sind Sie mit dem heutigen Gesundheitswesen hinsichtlich des Preises?" geben 44 Prozent der Deutschen an, sie seien "eher unzufrieden" oder "unzufrieden", 53 Prozent sind "sehr zufrieden" oder "zufrieden". Angesichts der großen Bedeutung des Gesundheits-

wesens ist dies an sich schon eine sehr negative Bewertung. Die Unzufriedenheit wird sich in Zukunft aus zwei Gründen noch verstärken:

– Die Beitragssätze in der Gesetzlichen Krankenversicherung werden voraussichtlich auch in Zukunft steigen. Auch die alljährliche Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze führt zu weiteren finanziellen Belastungen der gesetzlich Versicherten, ebenso Lohnerhöhungen.

– Personen, die bereits bei Behandlungen aus Kostengründen Einschränkungen hinnehmen mußten oder Rechnungen selbst bezahlen sollten, sind besonders unzufrieden mit dem Preis des Gesundheitswesens. Von ihnen gaben 58 Prozent an, sie seien "eher unzufrieden" oder "unzufrieden", nur noch 40 Prozent sind "zufrieden" oder "sehr zufrieden". Bereits 35 Prozent der Bevölkerung haben die Erfahrung von Leistungseinschränkungen gemacht. In Zukunft dürfte diese Zahl noch zunehmen – und damit auch die Zahl der mit dem Gesundheitssystem Unzufriedenen.

Unter dem Aspekt Leistung sind immerhin noch 65 Prozent der Bevölkerung "zufrieden" oder "sehr zufrieden". 33 Prozent sind "eher unzufrieden" oder "unzufrieden". Angesichts der zentralen Bedeutung, die die Menschen den Themen Gesundheit und medizinische Versorgung beimessen, ist es allerdings schon alarmierend, wenn ein Drittel der Bevölkerung nicht mehr zufrieden ist – zumal auch hier damit zu rechnen ist, daß der Anteil der Unzufriedenen steigt. Denn wer Leistungseinschränkungen hinnehmen mußte, ist zu 48 Prozent "eher unzufrieden" oder "unzufrieden", nur noch 51 Prozent der Betroffenen sind "zufrieden" oder "sehr zufrieden".

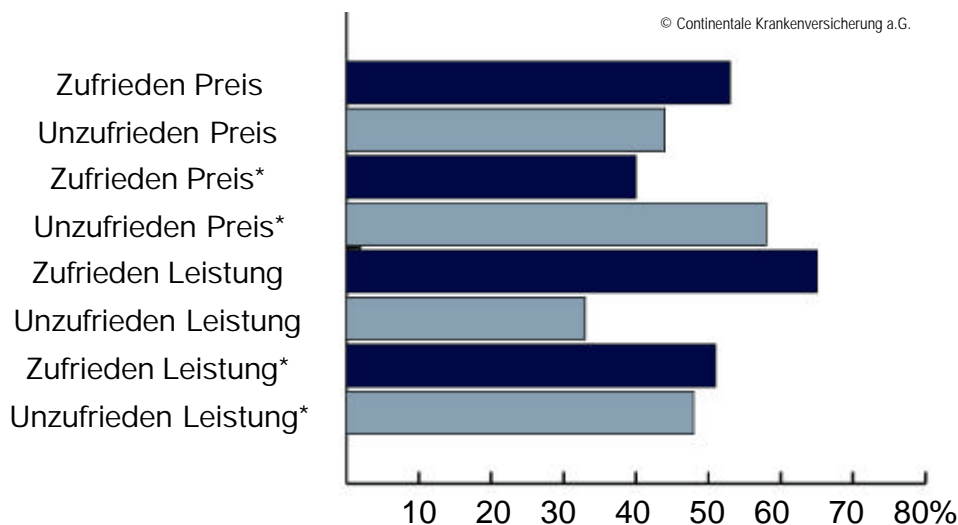
Gesetzlich Krankenversicherte sind unzufriedener als Privatversicherte. Beim Preis sind 52 Prozent der GKV-Versicherten "zufrieden" oder "sehr zufrieden", bei den PKV-Versicherten sind es 60 Prozent. "Eher unzufrieden" oder "unzufrieden" sind 46 Prozent der GKV-Versicherten, aber nur 37 Prozent der PKV-Versicherten.

Unzufriedenheit wird wachsen

Einschränkung von Leistungen steigert Unzufriedenheit

PKV-Versicherte zufriedener als GKV-Versicherte

Zufriedenheit mit dem Gesundheitswesen – Preis und Leistung
Auswirkung der Erfahrung von Leistungseinschränkungen



Wie zufrieden sind Sie mit der Versorgung durch das heutige Gesundheitswesen? Hinsichtlich Preis? Hinsichtlich Leistung?

N=4182, *) Personen mit Erfahrung von Leistungseinschränkungen N=1482, fehlende Werte auf 100% = weiß nicht/keine Angabe

Ähnlich beim Aspekt Leistung: 64 Prozent der GKV-Versicherten sind "zufrieden" oder "sehr zufrieden", aber 76 Prozent der PKV-Versicherten. Eher "unzufrieden" oder "unzufrieden" sind 35 Prozent der GKV-Versicherten, aber nur 21 Prozent der PKV-Versicherten.

Leistungserfahrung steigert Zufriedenheit in der PKV

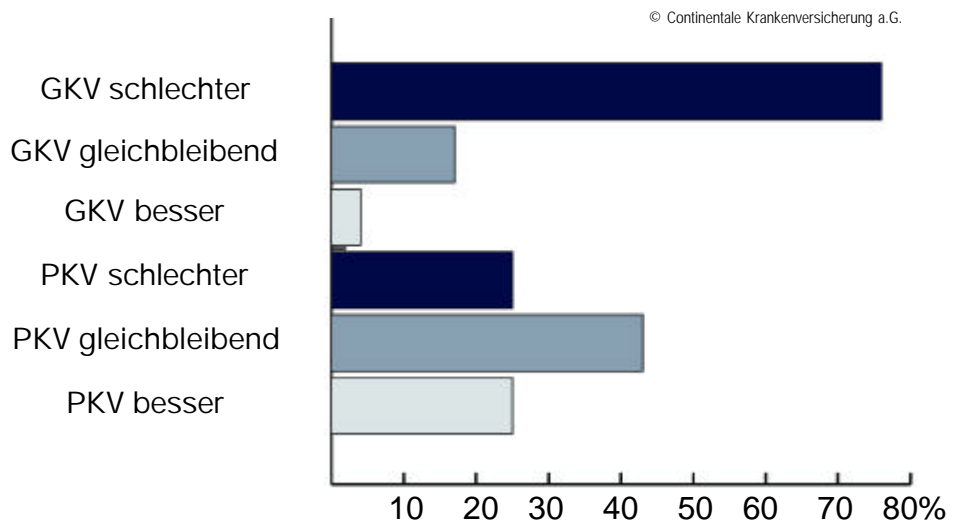
Die größte Unzufriedenheit unter den Privatversicherten herrscht übrigens in der Altersgruppe der 40- bis 49jährigen. In dieser Altersgruppe finden sich viele Menschen, die schon viele Jahre lang Beiträge leisten, aber oft noch keine gravierenden Erkrankungen hatten und damit keine Leistungserfahrung besitzen. Die älteren PKV-Versicherten sind im Gegenzug besonders zufrieden – wahrscheinlich ein Ergebnis von Leistungserfahrung im Krankheitsfall.

2. Die zukünftige Versorgung in der GKV wird von der Bevölkerung ausgesprochen negativ beurteilt. Der Großteil rechnet mit einer weiteren Verschlechterung. Die Deutschen halten die Private Krankenversicherung (PKV) dagegen gut für die Zukunft gerüstet.

Zukunft für GKV-Versicherte negativ beurteilt

76 Prozent der Bürger gehen davon aus, daß die Versorgung für GKV-Versicherte in Zukunft schlechter oder viel schlechter wird, 17 Prozent rechnen mit keiner Veränderung, und nur 4 Prozent erwarten eine Verbesserung. Zusammen mit der ohnehin schon bestehenden Unzufriedenheit mit der aktuellen Situation ist dieser Pessimismus der Bevölkerung alarmierend. Offenkundig traut die Bevölkerung der Politik und den Leistungsträgern der Gesetzlichen Krankenversicherung nicht mehr zu, den Abwärtstrend der vergangenen Jahre auch nur zu stoppen, geschweige denn umzukehren. Ganz im Gegenteil, der Pessimismus der Bevölkerung wird sogar weiter zunehmen. Denn in der wachsenden Gruppe der Bürger, die bereits Leistungseinschränkungen hinnehmen mußten, rechnen sogar 84 Prozent mit einer Verschlechterung.

Erwartung an zukünftige Versorgung in der Gesetzlichen und Privaten Krankenversicherung



Glauben Sie, daß die Versorgung in Zukunft besser oder schlechter wird?
 Für gesetzlich Krankenversicherte? Für privat Krankenversicherte?
 N=4182, fehlende Werte auf 100% = weiß nicht/keine Angabe

Auch Berufstätige, Personen mit formal hoher Bildung und mit hohem Einkommen rechnen besonders häufig mit einer Verschlechterung der Situation. Das bedeutet, die Personen, die häufig die Meinungsführerschaft innehaben und die öffentliche Diskussion dominieren, sind besonders pessimistisch.

Ein ganz anderes Bild ergibt sich bei der Bewertung der PKV. Hier rechnen nur 25 Prozent mit einer Verschlechterung der Versorgung, ebenfalls 25 Prozent gehen von einer Verbesserung aus und 43 Prozent rechnen mit keiner Veränderung. Insgesamt rechnen also drei Mal so viele Menschen mit einer Verschlechterung in der GKV als in der PKV. Dies zeigt, daß die PKV aus Sicht der Bevölkerung für die Zukunft gut gerüstet ist, ganz im Gegensatz zur GKV.

PKV aus Sicht der Bevölkerung für die Zukunft gut gerüstet

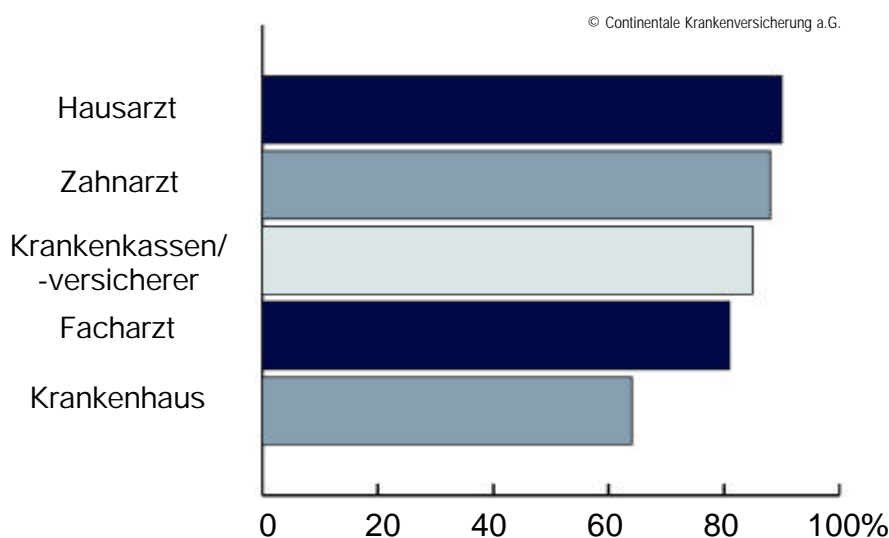
3. Die Zufriedenheit mit den Leistungserbringern, wie zum Beispiel Ärzten, ist sehr hoch. Einzige Ausnahme: Krankenhäuser.

Die Bevölkerung ist mit den Leistungserbringern im Gesundheitssystem ausgesprochen zufrieden. So zeigen sich 90 Prozent mit Hausärzten zufrieden oder sehr zufrieden, 88 Prozent mit Zahnärzten, 85 Prozent mit Krankenkassen und Krankenversicherern sowie 81 Prozent mit Fachärzten. Nur Krankenhäuser erzielen mit 64 Prozent einen deutlich geringeren Wert.

Hohe Zufriedenheit mit Leistungserbringern

Wenn die Bevölkerung also mit dem gesamten Gesundheitssystem immer unzufriedener ist, so erstreckt sich diese Unzufriedenheit doch nicht auf die konkreten Leistungserbringer. Hintergrund für die insgesamt sehr positive Beurteilung dürfte aber auch sein, daß die Bürger dabei ganz konkrete Personen beurteilt haben, die sie sich auch ausgesucht haben. Gerade die Wahl des Hausarztes basiert auf einer eigenen Entscheidung. Bei Krankenhäusern ist das nicht in diesem Umfang möglich, was eine Erklärungsmöglichkeit für die deutlich niedrigere Zufriedenheit ist. Zudem

Zufriedenheit mit verschiedenen Leistungserbringern im Gesundheitssystem



Wie zufrieden sind Sie mit folgenden Leistungserbringern im Gesundheitswesen? Hausarzt, Zahnarzt, Krankenkasse/Krankenversicherung, Facharzt, Krankenhaus
N=4182

haben die Versicherten häufiger und regelmäßiger Kontakt zu Ärzten als zu Krankenhäusern, was sich ebenfalls auf die Bewertung auswirken kann.

Krankenkassen und Krankenversicherer werden sehr positiv beurteilt. Die Erfahrung von Leistungseinschränkungen führt allerdings zu einem negativeren Bild. Wer noch nicht mit Leistungseinschränkungen konfrontiert wurde, ist zu 90 Prozent mit Kassen und Versicherern zufrieden, wer diese Erfahrung gemacht hat, nur noch zu 77 Prozent. Bei Ärzten gibt es diesen Effekt nicht. Wenn Patienten also Leistungen nicht mehr erhalten oder aus eigener Tasche bezahlen sollen, dann lasten sie dies offenbar mehr den Krankenkassen und Versicherern an als den Ärzten, die diese Entscheidungen treffen. Zudem darf momentane Zufriedenheit nicht mit Vertrauen oder der Beimessung von Kompetenz verwechselt werden.

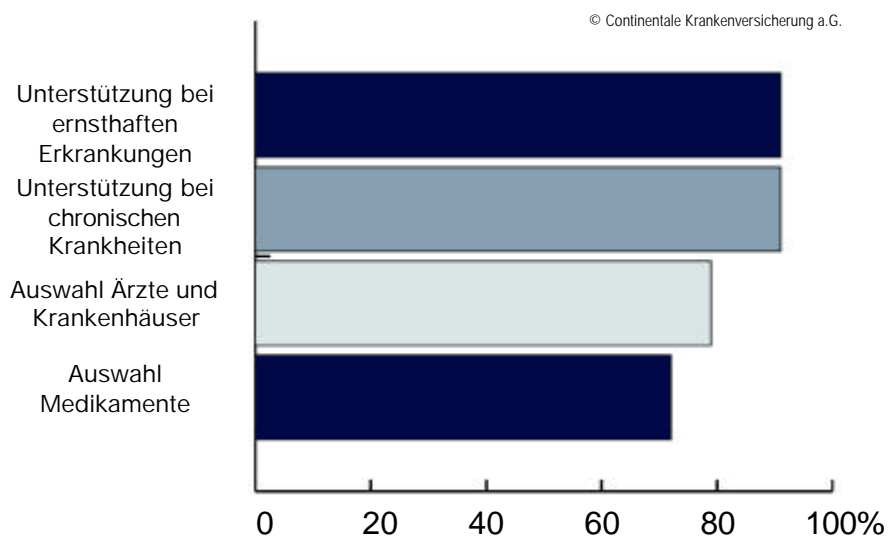
Schuld an
Einschränkungen bei
Krankenkassen

III. Gesundheitsmanagement

1. Das ernsthafte Interesse an einer Beratung durch die Krankenkassen und Krankenversicherer ist gering.

Ganz grundsätzlich wünschen sich viele Deutsche durchaus Beratung von Krankenkassen und Krankenversicherern. Es ist aber sehr fraglich, ob dieses Interesse so ernsthaft ist, daß entsprechende Angebote in Wirklichkeit auch nachgefragt würden. Hier liegt ein grundsätzliches Problem von Bevölkerungsbefragungen: Bei einem neuen Angebot, besonders bei einem kostenlosen, bekunden die meisten Befragten erst einmal Interesse. Ein klassisches Instrument, um die Ernsthaftigkeit dieses Interesses zu überprüfen, ist eine zusätzliche Frage: "Wieviel wären Sie bereit, für dieses Angebot zu bezahlen?" Diese Frage kann unabhängig davon gestellt werden, ob man wirklich für eine neue Leistung Geld einfordern möchte. Die bloße Bereitschaft, eine finanzielle Gegenleistung zu erbringen, ist ein wirk-

Interesse an Unterstützung durch Krankenkassen und Versicherer



Was würden Sie sich im Krankheitsfall von Ihrem Krankenversicherer wünschen? Unterstützung bei der Organisation einer Behandlung ernsthafter Erkrankungen? Kontinuierliche Betreuung bei chronischen Krankheiten? Beratung bei der Auswahl von Ärzten, Krankenhäusern und anderen Einrichtungen? Beratung bei der Auswahl von Medikamenten?
N=4182

samer Indikator für ernsthaftes Interesse, das in der Realität auch eine Nachfrage auslöst.

Das Muster "pauschales Interesse ja – ernsthaftes Interesse nein" zeigt sich auch beim Thema "Gesundheitsmanagement". Jeweils 91 Prozent der Bürger geben an, von Krankenkassen und -versicherern kontinuierliche Betreuung bei chronischen Krankheiten zu wünschen und Unterstützung bei der Organisation der Behandlung ernsthafter Krankheiten. 79 Prozent möchten Beratung bei der Auswahl von Ärzten und Krankenhäusern, 72 Prozent bei der Auswahl von Medikamenten. Insgesamt scheint dies ein sehr großes Interesse für Beratungsangebote zu ergeben.

Trotz des insgesamt großen pauschalen Interesses werden Unterschiede deutlich. Qualitativ besonders hochstehende Angebote, also Beratung und Betreuung bei ernsthaften und chronischen Krankheiten, werden stärker nachgefragt als einfachere Angebote wie die Beratung zu Medikamenten oder Hinweise zu konkreten Ärzten.

Hochwertige Angebote bevorzugt

Bei PKV-Versicherten ist die Nachfrage nach Beratung durch den Krankenversicherer grundsätzlich geringer als bei GKV-Versicherten. So wünschen 92 Prozent der GKV-Versicherten kontinuierliche Betreuung bei chronischen Krankheiten, bei den PKV-Versicherten 85 Prozent. Unterstützung bei der Organisation einer Behandlung ernsthafter Erkrankungen wünschen 92 Prozent der GKV-Versicherten, auch hier sind es mit 84 Prozent bei den PKV-Versicherten deutlich weniger. Ebenso verhält es sich bei der Beratung zur Auswahl von Ärzten, Krankenhäusern und anderen Einrichtungen – dies wünschen 80 Prozent der GKV-, aber nur 72 Prozent der PKV-Versicherten. Am deutlichsten ist der Unterschied bei der Beratung zur Auswahl von Medikamenten. Dies wünschen 74 Prozent der GKV-, aber nur 59 Prozent der PKV-Versicherten.

PKV-Versicherte weniger interessiert als GKV-Versicherte

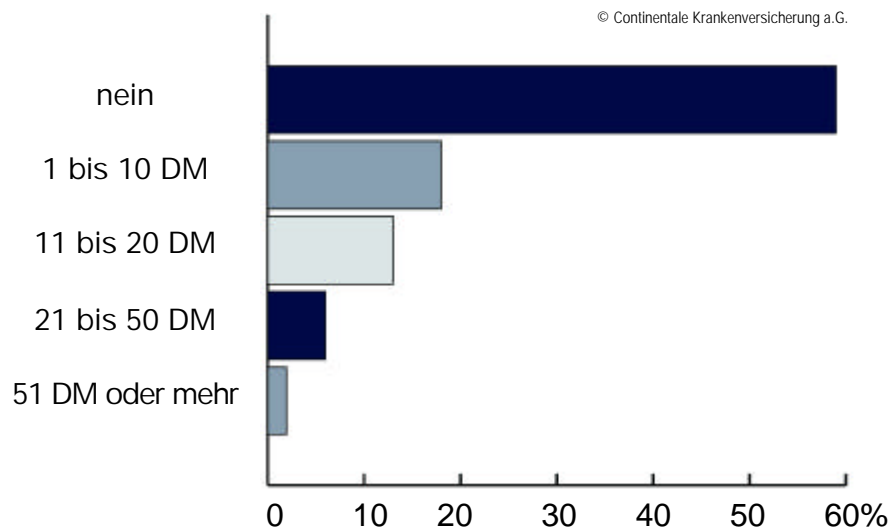
Das Interesse an Beratung sinkt mit zunehmendem Bildungsniveau und Einkommen. So wünschen 77 Prozent der Personen ohne Hauptschulabschluss Beratung bei der Auswahl von Medikamenten, aber nur 58 Prozent der Personen mit Abitur.

Betrachtet man die Bereitschaft der Deutschen, für Beratungsangebote auch Geld auszugeben, also die wirkliche Wertschätzung, die sie einem solchen Service entgegenbringen würden, ergibt sich ein völlig anderes Bild. Nur 9 Prozent der Bevölkerung würden für umfassende Beratungsangebote der Krankenkassen und -versicherer mehr als 20 DM pro Monat ausgeben. Fast 2/3 würden überhaupt keinen Mehrbeitrag leisten.

Geht man davon aus, daß erst ab der Bereitschaft, monatlich 20 DM und mehr zu zahlen, ein ernsthaftes Interesse vorliegt, dann beschränkt sich der Kreis der ernsthaft an Gesundheitsmanagement interessierten in der Bevölkerung auf etwa 9 Prozent. Einkommen und Bildungsniveau haben auf diese Bereitschaft übrigens keine Auswirkungen. Auch, ob jemand GKV- oder PKV-versichert ist, spielt für das ernsthafte Interesse an Gesundheitsmanagement keine Rolle mehr.

Kein ernsthaftes Interesse an Gesundheitsmanagement

Bereitschaft, für Beratungsangebote zu bezahlen



Wären Sie bereit, für Beratungsangebote jeden Monat einen höheren Beitrag an Ihren Versicherer zu zahlen? Nein, Ja, 1 bis 10 DM, 11 bis 20 DM, 21 bis 50 DM, 51 DM oder mehr
N=4182, fehlende Werte auf 100% = weiß nicht/keine Angabe

2. Der Kompetenzvorsprung der Ärzte ist für die Krankenversicherer nicht einholbar.

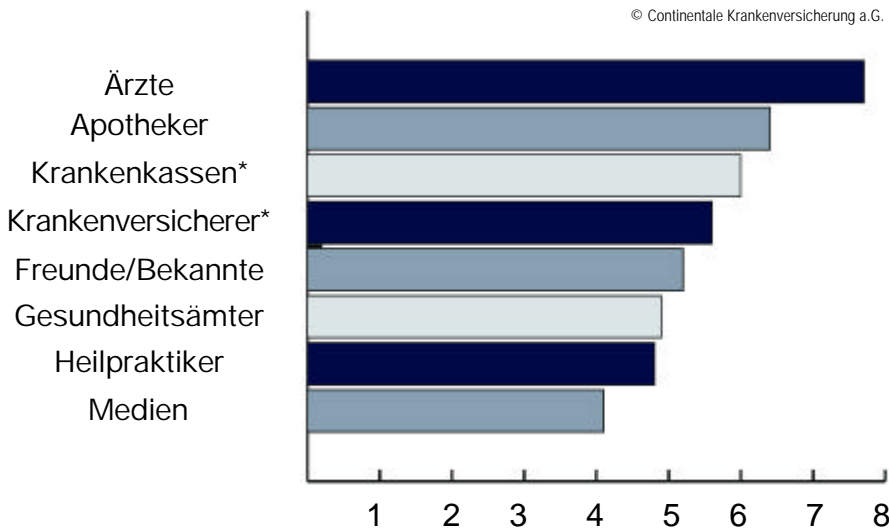
Für den Erfolg von Gesundheitsmanagement aus Sicht der Versicherer ist die entscheidende Frage, ob über Beratungsangebote eine Verhaltensänderung der Versicherten herbeigeführt werden kann. Dies setzt voraus, daß sich Versicherte durch die Beratung anders entscheiden, als wenn es diese Beratung nicht gäbe, und somit auch, daß Versicherte in einigen Bereichen den Rat ihrer Versicherer mindestens genau so ernst nehmen wie den der Ärzte und anderer Leistungserbringer. Wird der Rat des Versicherers bei abweichenden Ratschlägen nicht befolgt, zum Beispiel bei der Organisation einer Behandlung oder der Auswahl eines Krankenhauses, dann verliert Gesundheitsmanagement viel von seinem Wert.

Der Versicherte selbst erhält von vielen Gruppen Ratschläge – natürlich von Ärzten und Apothekern, eventuell von seiner Krankenkasse oder Versicherung. Aber Hinweise können auch von Freunden und Bekannten, von Heilpraktikern, von Gesundheitsämtern und Medien kommen. Welchen Ratgebern messen die Deutschen also Kompetenz bei und welchen nicht?

Wenn es um die Empfehlung zu Behandlungsmethoden und um die Medikamentenauswahl geht, liegen Ärzte unangefochten an der Spitze. Auf einer Skala von 1 für niedrigste Kompetenz bis 10 für höchste Kompetenz erhalten sie im Durchschnitt 7,7 Punkte. Apothekern wird mit 6,4 Punkten immer noch überdurchschnittliche Kompetenz beigemessen, aber schon deutlich weniger. Auf dem dritten Platz liegen bei GKV-Versicherten die Gesetzlichen Krankenkassen mit 6 Punkten, bei den PKV-Versicherten die Privaten Krankenversicherer mit 5,6 Punkten. Bekannten und Freunden wird mit 5,2 durchschnittliche Kompetenz bescheinigt. Stark unter dem Durchschnitt von 5,5 Punkten werden Gesundheitsämter mit 4,9, Heilpraktiker mit 4,8 und Medien mit 4,1 Punkten bewertet.

Höchste Kompetenz für Ärzte, geringste für Medien

Ratgeberkompetenz bei Behandlungsmethoden und Medikamenten



Wie wichtig ist bzw. welche Bedeutung haben für Sie persönlich die Empfehlungen folgender Gruppen, wenn es zum Beispiel um Empfehlungen bei Behandlungsmethoden oder um Medikamentenauswahl geht? Vergeben Sie bitte Punkte von 1 bis 10.

Eine 1 bedeutet "geringste Bedeutung", eine 10 bedeutet "höchste Bedeutung", mit den Werten dazwischen können Sie Ihre Meinung abstufen.

N=4182

*) für GKV nur GKV-Versicherte, N=3544, für PKV nur PKV-Versicherte, N=638

Insgesamt zeigt sich, daß abgesehen von Ärzten und Apothekern im positiven und Medien im negativen Bereich alle anderen möglichen Ratgeber sehr im Bereich des Mittelwertes von 5,5 Punkten eingestuft werden. Daher stellt sich die Frage, worauf diese durchschnittlichen Bewertungen basieren. Gibt es große Gruppen, die diese Ratgeber besonders hoch schätzen (Kompetenz 8 bis 10) oder besonders ablehnen (Kompetenz 1 bis 3), woraus dann in der Gesamtbetrachtung ein durchschnittlicher Wert resultiert. Oder messen besonders viele Menschen diesen Ratgebern wirklich eine durchschnittliche Kompetenz bei (Kompetenz 4 bis 7), was auch durchaus ein Indiz dafür sein kann, daß dieser Ratgeber nur für sehr wenige Menschen eine wirklich große Rolle spielt?

Für die Praxis hat diese Frage weitreichende Folgen. Ratgeber, die von Teilen der Bevölkerung hoch geschätzt, von anderen Teilen massiv abgelehnt werden, haben durchaus eine Zielgruppe, für die sie effektiv Beratung leisten können. Eine solche Gruppe sind zum Beispiel Heilpraktiker. Zwar wird ihnen insgesamt eine relativ niedrige Kompetenz beigemessen, es gibt aber auch eine bedeutende Gruppe, die ihren Rat sehr schätzt.

Ein Ratgeber, der besonders viele Wertungen im Bereich des Durchschnitts erhält, verfügt hingegen weniger über diese Zielgruppen. Er wird zwar nicht direkt abgelehnt, steht aber auch nie so weit oben in der Wertschätzung, daß er mit seinen Beratungsangeboten etwas bewegen kann. Und genau so werden Krankenkassen und Krankenversicherer von ihren jeweiligen Versicherten eingestuft. Bei der Kompetenz zu Behandlungsmethoden und Medikamentenauswahl zeigt sich, daß PKV-Versicherte den Privaten Krankenversicherern zwar die dritthöchste Kompetenz beimessen, die PKV aber die niedrigste Zahl expliziter Anhänger oder Gegner hat. Ähnlich bei

Anhänger und Gegner

Gleichgültigkeit gegenüber PKV und GKV

der GKV, hier haben nur Gesundheitsämter noch mehr Nennungen von 4 bis 7 Punkten.

Ähnlich ist die Situation bei Empfehlungen zur Auswahl von Ärzten und Krankenhäusern. Wieder belegen Ärzte die Top-Position mit 7,8 Punkten. Auf dem zweiten Platz folgen allerdings schon Freunde und Bekannte mit 5,8 Punkten. Hier zeigt sich, daß bei der Auswahl von Ärzten und Krankenhäusern im besonders hohen Maße den Empfehlungen aus dem persönlichen Umfeld Bedeutung zukommt. Die Krankenkassen und Krankenversicherer besitzen bei ihren jeweiligen Versicherten ebenfalls scheinbar hohes Vertrauen und belegen Rang 3 der Skala für die PKV bzw. sogar Rang 2 der Skala für die GKV (5,9 Punkte). Es folgen Apotheker mit 5,5 Punkten, Gesundheitsämter mit 4,8 Punkten, Heilpraktiker mit 4,6 Punkten und Medien mit 3,8 Punkten. Allerdings sind diese Ergebnisse nicht weiter überraschend, da Apotheken, Gesundheitsämter, Heilpraktiker und Medien als Ratgeber für konkrete Ärzte und Krankenhäuser weitgehend irrelevant sind.

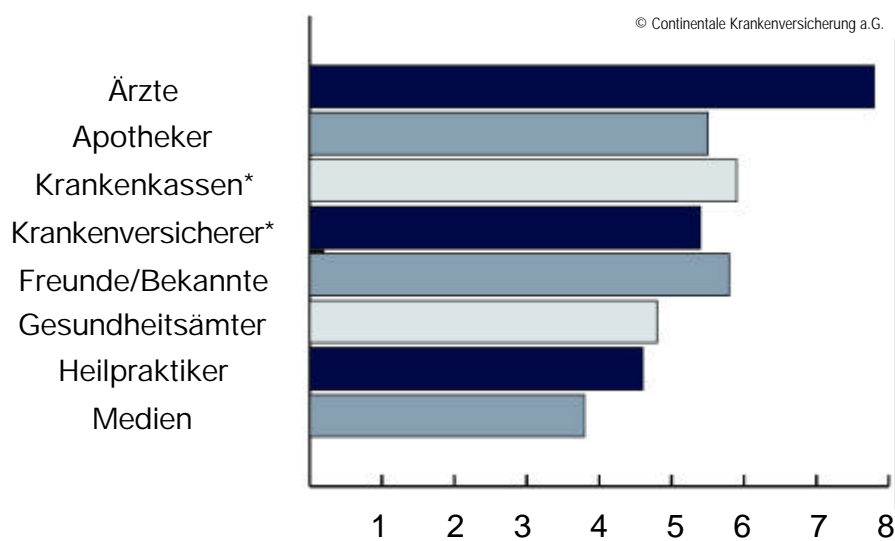
Auch bei der Beratungskompetenz zur Auswahl von Ärzten und Krankenhäusern zeigt sich aber, daß Krankenkassen und Krankenversicherer nur wenige ausgesprochene Anhänger oder Gegner haben. Beide erzielen die wenigsten Nennungen für besonders hohe oder besonders niedrige Kompetenz.

Insgesamt ergeben sich daraus zwei Dinge:

1. Ärzte genießen von allen Ratgebern in Gesundheitsfragen die höchste Kompetenz. Dieser Kompetenzvorsprung ist so ausgeprägt, daß er von keiner anderen Gruppe einholbar ist.

2. Krankenkassen und Krankenversicherer besitzen in den Augen der Deutschen zwar scheinbar hohe Kompetenz, bei vielen existiert aber wohl

Ratgeberkompetenz bei Auswahl von Ärzten und Krankenhäusern



Und welche Bedeutung haben für Sie persönlich die Empfehlungen folgender Gruppen, wenn es zum Beispiel um die Auswahl eines Krankenhauses oder Arztes geht? Vergeben Sie bitte Punkte von 1 bis 10. Eine 1 bedeutet "geringste Bedeutung", eine 10 bedeutet "höchste Bedeutung", mit den Werten dazwischen können Sie Ihre Meinung abstimmen.

N=4182

*) für GKV nur GKV-Versicherte, N=3544, für PKV nur PKV-Versicherte, N=638

Bekante wichtig bei Auswahl von Ärzten

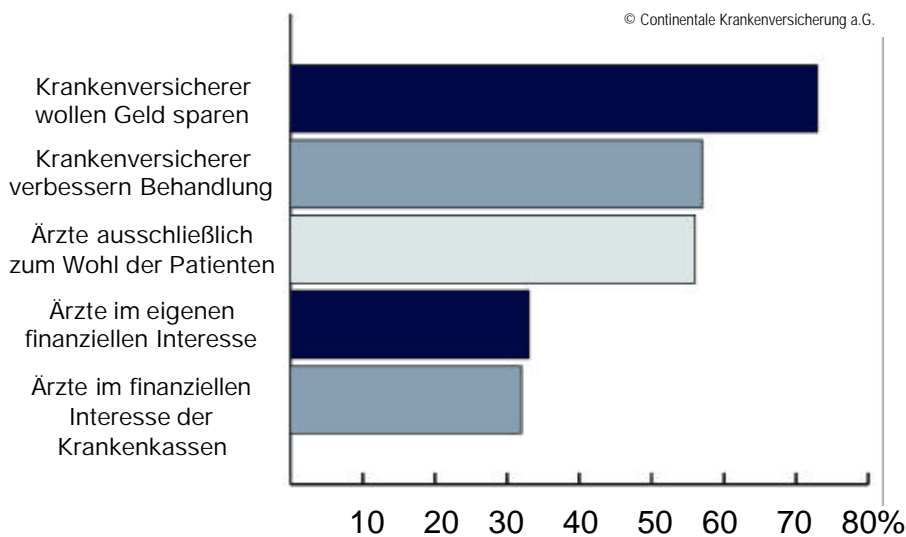
eher gar keine ausgeprägte Meinung zu diesen Ratgebern. Für Krankenkassen und Krankenversicherer sind besonders kleine Zielgruppen für Beratungsleistungen zu finden.

3. Die Einstellung der Bevölkerung zu Krankenkassen und Krankenversicherern ist von Mißtrauen geprägt, aber auch das Mißtrauen gegenüber Ärzten nimmt zu.

Eine große Gruppe von Personen, die sich ernsthaft für Gesundheitsmanagement und die Beratungsangebote der Krankenkassen und -versicherer interessieren und diesen Ratgebern auch die notwendige Kompetenz beimessen, gibt es also offenbar nicht. Hinzu kommt, daß 73 Prozent der Deutschen den Kassen und Versicherern als Motivation für ihre Beratung unterstellen, sie wollten in erster Linie Kosten sparen. Bei den PKV-Versicherten sind noch mehr dieser Meinung als bei den GKV-Versicherten (77 Prozent, 72 Prozent). Nur 57 Prozent sind der Ansicht, Krankenversicherer können mit ihrer Unterstützung zu einem schnelleren und zielgerichteteren Abschluß der Behandlung beitragen. Hier gibt es keine nennenswerten Unterschiede zwischen GKV- und PKV-Versicherten.

Kosteneinsparung
Hauptmotiv für
Gesundheitsmanagement

Handlungsmotivation von Krankenversicherern und Ärzten



Welche Aussagen treffen Ihrer Meinung nach zu? Wenn Krankenversicherer ihre Unterstützung durch Empfehlung von Behandlungsmethoden, Medikamenten, Ärzten oder Krankenhäusern anbieten, geht es in erster Linie darum, Kosten zu reduzieren. Krankenversicherer können durch ihre Beratung dafür sorgen, eine Behandlung zielgerichteter und schneller zum Abschluß zu bringen. Ärzte treffen Entscheidungen ausschließlich zum Wohl der Patienten. Ärzte treffen mit Rücksicht auf eigene finanzielle Interessen auch Entscheidungen, die für Patienten nicht optimal sind. Ärzte treffen mit Rücksicht auf finanzielle Interessen der Krankenversicherer auch Entscheidungen, die für Patienten nicht optimal sind. N=1975

Selbst wenn es den Krankenkassen und Krankenversicherern also gelingen würde, ihre Kompetenz in den Augen der Bevölkerung zu erhöhen und echtes Interesse für ihre Angebote zu wecken, so müßten sie noch das offenbar tiefe Mißtrauen der Bürgerinnen und Bürger überwinden, das diese ihnen entgegenbringen. Denn selbst wenn die Deutschen den Krankenkassen und -versicherern positive Einflußmöglichkeiten zubilligen, so sehen sie als Motiv für Beratungsangebote doch in erster Linie mögliche Kosteneinsparungen, nicht Verbesserungen für die Versicherten. Das Motiv

der Kosteneinsparung ist aber nicht per se negativ zu bewerten. Ob die Bevölkerung Kosteneinsparungen positiv oder negativ sieht, hängt auch davon ab, von welchem Verwendungszweck der eingesparten Gelder sie ausgehen. Unabhängig davon ist aber bei Angeboten der Krankenversicherer davon auszugehen, daß die meisten Betroffenen dieses Angebot als Mittel der Kosteneinsparung betrachten und weniger als Mittel zur Verbesserung der eigenen Situation. Diese weitgehende Skepsis dürfte die Akzeptanz von Angeboten aus dem Bereich Gesundheitsmanagement wesentlich erschweren.

Trotz der Zufriedenheit mit Ärzten und der großen Kompetenz, die ihnen zugebilligt wird, sehen die Deutschen auch diese Gruppe mit wachsendem Mißtrauen. Nur 56 Prozent der Deutschen sind der Ansicht, Ärzte handelten ausschließlich zum Wohl der Patienten. 33 beziehungsweise 32 Prozent sind dagegen der Ansicht, Ärzte handelten mit Rücksicht auf eigene finanzielle Interessen oder der von Krankenkassen und -versicherern. Angesichts des hohen Prestige, das Ärzte immer noch besitzen, und der hohen Kompetenz, die man ihnen zubilligt, sind dies relativ negative Werte. PKV-Versicherte unterstellen Ärzten dabei häufiger Handeln aus finanziellen Interessen (37 Prozent, 35 Prozent) als GKV-Versicherte (32 Prozent, 31 Prozent).

Steigendes Mißtrauen gegenüber Ärzten

Die Einschätzung der Handlungsmotivation von Ärzten ist dabei ganz extrem von der Erfahrung von Leistungseinschränkungen abhängig. Nur noch 34 Prozent der Menschen, die Leistungseinschränkungen hinnehmen mußten, gehen davon aus, Ärzte handelten ausschließlich zum Wohle der Patienten. Von ihnen meinen aber 53 Prozent, sie handelten auch aus eigenen finanziellen Interessen, und 51 Prozent, sie handelten im Sinne der Krankenkassen und -versicherer. Wer keine Leistungseinschränkungen hinnehmen mußte, sieht dies genau umgekehrt: 67 Prozent gehen von Handeln im Interesse der Patienten aus, je 22 Prozent unterstellen finanzielle Motive des Arztes für sich oder die Krankenkassen und -versicherer. Da die Erfahrung von Leistungseinschränkungen in Zukunft noch zunehmen wird, wird sich auch diese negative Sicht der Ärzte noch verstärken.

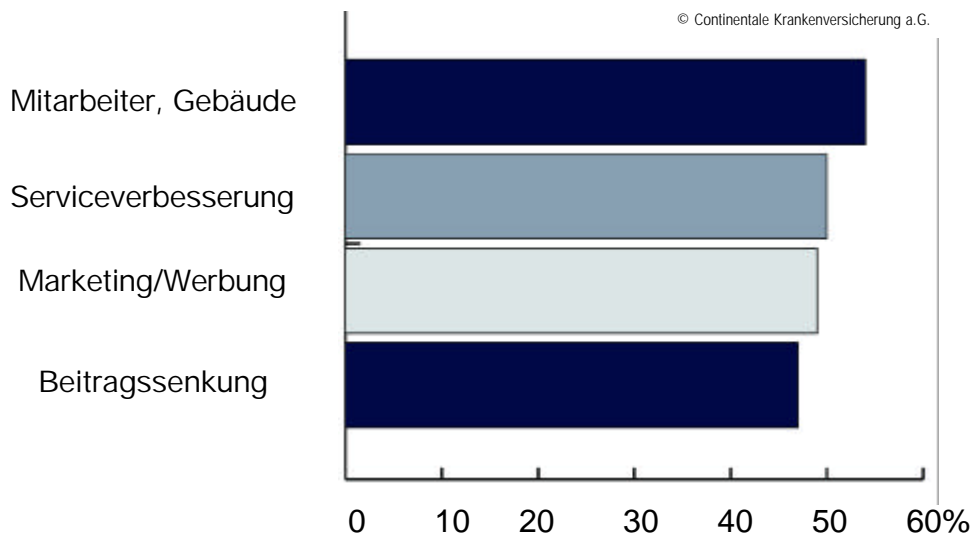
Erfahrung von Einschränkungen erhöht Mißtrauen

4. Der Verwendungszweck eventuell durch Gesundheitsmanagement eingesparter Gelder ist der Bevölkerung nicht klar.

Wenn Krankenversicherern unterstellt wird, Maßnahmen aus dem Bereich Gesundheitsmanagement dienen auch der Kostenreduzierung, ist dies für sich noch keine negative Aussage. Entscheidend ist die Frage, wofür aus Sicht der Bevölkerung diese Mittel verwendet werden. Werden sie zum Wohle der Versicherten eingesetzt oder zum Wohle des Unternehmens?

Auch hier wurde zwischen Gesetzlichen Krankenkassen und Privaten Krankenversicherern differenziert. Dies war schon allein deshalb erforderlich, weil Krankenversicherer eine größere Anzahl von Verwendungsmöglichkeiten für eingesparte Mittel haben als Gesetzliche Krankenkassen. So kommen bei den Versicherern zusätzlich zu den Möglichkeiten Serviceverbesserung, Beitragssenkungen, bessere Bezahlung der Mitarbeiter und Anschaffung von Bürogebäuden, höhere Ausgaben für Marketing und Werbung noch hinzu: höhere Beitragsrückerstattungen, höhere Provisionen für Versicherungsvertreter und Gewinnausschüttung an

Einsatz eingesparter Mittel in der GKV



Wozu setzen Gesetzliche Krankenkassen Einsparungen ein?

Ich lese Ihnen nun einige Möglichkeiten vor, bitte sagen Sie mir jeweils, ob die Gesetzlichen Krankenkassen Ihrer Meinung nach Gelder, die sie durch Beratung zu Behandlungsmethoden und Medikamenten sowie die Empfehlung von Ärzten und Krankenhäusern möglicherweise einsparen werden, einsetzen? Bessere Bezahlung der Mitarbeiter, Anschaffung von Bürogebäuden usw. Serviceverbesserung. Höhere Ausgaben bei Werbung und Marketing. Stabilisierung oder Senkung der Beiträge.

N=3544 (nur GKV-Versicherte)

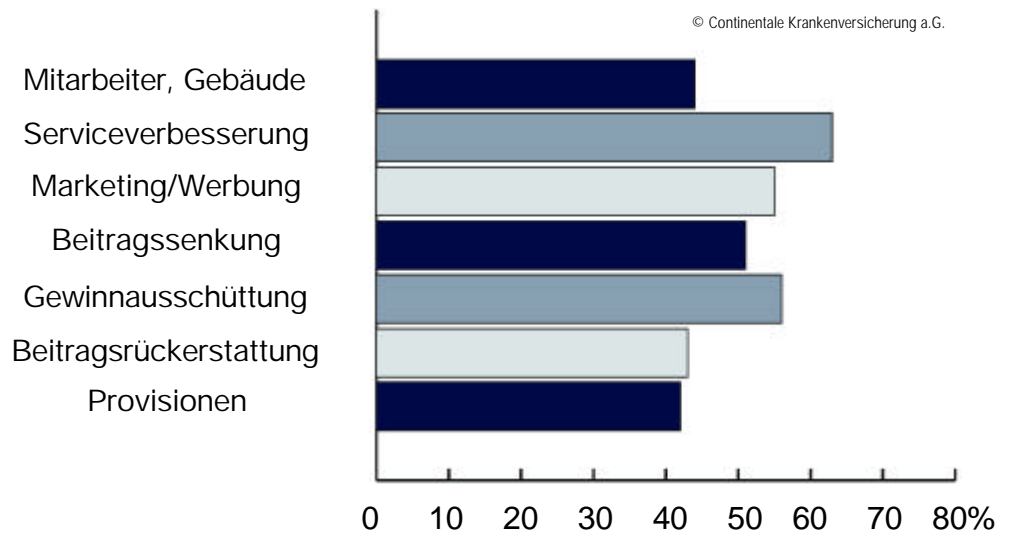
Aktionäre oder Eigentümer. Diese Möglichkeiten gibt es für die GKV nicht. In jedem Fall war es den Deutschen möglich, für PKV und GKV eine differenzierte Einschätzung zu treffen; positive und negative Verwendungsmöglichkeiten waren ausgewogen.

Eine differenzierte Vorstellung davon, was Krankenkassen und Krankenversicherer mit eingesparten Geldern machen, haben die Deutschen aber offenbar nicht.

Bei den Gesetzlichen Krankenkassen liegen alle Nennungen in einem sehr engen Bereich. 54 Prozent der GKV-Versicherten sind der Meinung, eingesparte Gelder würden für bessere Bezahlung von Mitarbeitern, Anschaffung von Bürogebäuden usw. genutzt, 50 Prozent halten Serviceverbesserungen für den Verwendungszweck, 49 Prozent höhere Ausgaben bei Werbung und Marketing und 47 Prozent Stabilisierung oder Senkung der Beiträge. Die wahrscheinlichste Interpretation dieser Antworten ist wohl, daß die Bevölkerung schlicht keine konkrete Vorstellung hat, was mit eingesparten Mitteln passiert. Die Antwortvorgaben ermöglichen eigentlich das Äußern einer differenzierten Meinung. Aus dem Rahmen fallen lediglich Personen, die bereits Einschränkungen bei Behandlungen oder Rezepten hinnehmen mußten. Bei ihnen sind 56 Prozent der Meinung, eingesparte Mittel würden für bessere Bezahlung von Mitarbeitern, Anschaffung von Bürogebäuden und ähnliches eingesetzt, 54 Prozent geben höhere Ausgaben beim Marketing und Werbung an. Serviceverbesserungen nennen hier nur 48 Prozent, Stabilisierung der Beiträge nur 45 Prozent. Auch dieses Antwortverhalten ist nicht stark differenziert, gibt aber zumindest einen gewissen Trend an.

Keine differenzierte Meinung zum Verwendungszweck

Einsatz eingesparter Mittel in der PKV



Wozu setzen Gesetzliche Krankenkassen Einsparungen ein?

Ich lese Ihnen nun einige Möglichkeiten vor, bitte sagen Sie mir jeweils, ob die Privaten Krankenversicherer Ihrer Meinung nach Gelder, die sie durch Beratung zu Behandlungsmethoden und Medikamenten sowie die Empfehlung von Ärzten und Krankenhäusern möglicherweise einsparen werden, einsetzen? Bessere Bezahlung der Mitarbeiter, Anschaffung von Bürogebäuden usw.. Serviceverbesserung. Höhere Ausgaben bei Werbung und Marketing. Stabilisierung oder Senkung der Beiträge. Gewinnausschüttung an Aktionäre und Eigentümer. Höhere Beitragsrückerstattungen. Höhere Provisionen für die Versicherungsvertreter und -makler
N=638 (nur PKV-Versicherte)

Für die Private Krankenversicherung ergibt sich ein etwas anderes Bild. Die meisten Menschen nehmen als Verwendungszweck Serviceverbesserung an, nämlich 63 Prozent. Erst mit einem gewissen Abstand folgen Gewinnausschüttung an Aktionäre und Eigentümer mit 56 Prozent und höhere Ausgaben bei Werbung und Marketing mit 55 Prozent. Danach folgen Stabilisierung oder Senkung der Beiträge mit 51 Prozent, bessere Bezahlung der Mitarbeiter usw. mit 44 Prozent, höhere Beitragsrückerstattungen mit 43 Prozent und höhere Provisionen für die Versicherungsvertreter mit 42 Prozent. Für die PKV ist es immerhin erfreulich, daß, auch im Gegensatz zur GKV, ein für die Versicherten positiver Verwendungszweck die mit Abstand meisten Nennungen erzielt. Ein wirklich eindeutiger Trend zur Verwendung von durch Gesundheitsmanagement eingesparten Geldern läßt sich aber dennoch kaum ableiten, positive und negative Nennungen halten sich in etwa die Waage.

Auffällig ist aber für GKV und PKV, daß die Möglichkeit, eingesparte Gelder durch Beitragsstabilisierung oder Beitragsrückerstattungen direkt den Versicherten zugute kommen zu lassen, in den Augen der Bevölkerung eine nur untergeordnete Rolle spielt. Dementsprechend schwer wird es werden, den Versicherten zu verdeutlichen, daß sich die Teilnahme an Angeboten aus dem Bereich Gesundheitsmanagement auch finanziell für sie lohnt.

IV. Wechselmöglichkeit in der PKV

Das Thema "Mitnahme der Alterungsrückstellung bei einem Wechsel des Privaten Krankenversicherers" spielt in der öffentlichen Diskussion schon seit geraumer Zeit eine gewisse Rolle. Überzeugende Konzepte wurden

Größeres Vertrauen bei PKV-Versicherten

bislang allerdings nicht präsentiert. Entweder kommt es bei erweiterten Wechselmöglichkeiten zu einer Benachteiligung von älteren oder kranken Versicherten oder zu Kostenbelastungen für alle. Wie wichtig ist die Wechselmöglichkeit aber den Versicherten überhaupt?

1. Das Thema "Wechsel zwischen Krankenversicherern" hat eine geringere Bedeutung als "Flexibilität bei einem Versicherer".

Für 21 Prozent der Privatversicherten ist die Möglichkeit, zwischen Privaten Krankenversicherern wechseln zu können, "sehr wichtig". Für weitere 34 Prozent ist sie "wichtig", 43 Prozent bekunden nur geringes oder kein Interesse. In Befragungen ist es allerdings durchaus üblich, daß die Befragten dazu neigen, neue Angebote erst einmal als "wichtig" oder "interessant" einzustufen, unabhängig davon, ob diese Kriterien in einer realen Entscheidungssituation auch eine Rolle spielen. Neue oder zusätzliche Angebote werden grundsätzlich ungern abgelehnt. Wer dies trotzdem tut, dem ist eine Möglichkeit wirklich unwichtig. Auch wer erklärt, ihm sei eine Möglichkeit "sehr wichtig", ist mit sehr großer Wahrscheinlichkeit interessiert. Bei der Angabe "wichtig" gibt es wohl zwei Gruppen: Einem Teil der Menschen ist die Wechselmöglichkeit wirklich wichtig, ein anderer Teil hat wahrscheinlich noch gar keine feste Meinung, er will nur in einer Befragung die Möglichkeit nicht von der Hand weisen.

Wechselmöglichkeit für
21 Prozent
"sehr wichtig"

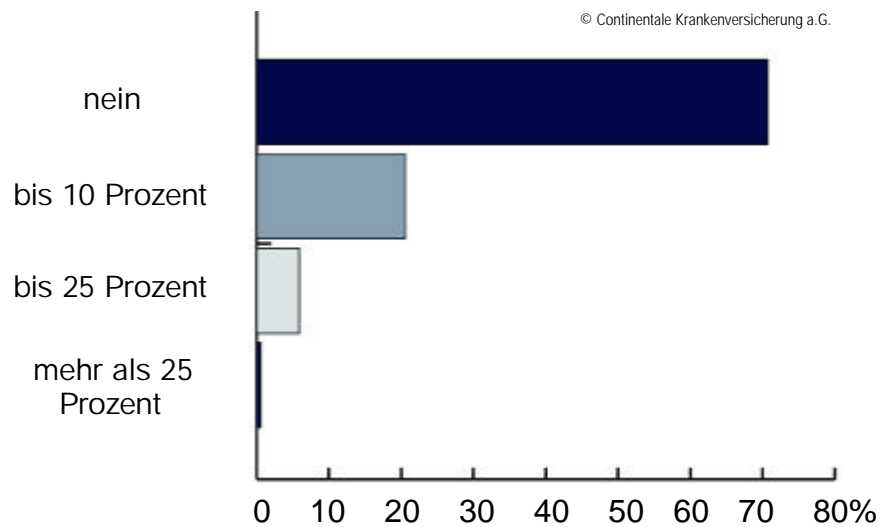
Deutlich stärker interessiert sind die Versicherten daran, bei einem Krankenversicherer den Versicherungsschutz auf den individuellen Bedarf anpassen zu können. Dies ist 36 Prozent der PKV-Versicherten "sehr wichtig" und 47 Prozent "wichtig". "Weniger wichtig" und "unwichtig" ist diese Möglichkeit nur 16 Prozent der PKV-Versicherten. Die Flexibilität bei einem Krankenversicherer ist den Menschen wesentlich wichtiger als die Wechselmöglichkeit zwischen Krankenversicherern. Dies ist ein Indiz dafür, daß die derzeitige Diskussion um die Mitnahme der Alterungsrückstellung beim Wechsel von einem Krankenversicherer zum anderen teilweise an den Belangen der Versicherten vorbeigeht. Viel wichtiger scheint es zu sein, innerhalb eines Unternehmens differenzierte Möglichkeiten der Anpassung des Versicherungsschutzes an den individuellen Bedarf zu bieten. Dieser Anspruch der Versicherten läßt auch in der Öffentlichkeit immer wieder gestellte Forderungen in einem kritischen Licht erscheinen, Versicherer sollten nur einen einzigen Tarif in der PKV anbieten, weil dies verbraucherfreundlich sei. Verbraucher scheinen ganz im Gegenteil mehrere Tarife bei einem Versicherer zu begrüßen, weil dies ihre Flexibilität erhöht – selbstverständlich nur, wenn es sich nicht um Paralleltarife handelt.

Flexibilität wichtiger als
Wechsel

2. Die PKV-Versicherten sind nicht bereit, für erweiterte Wechselmöglichkeiten zwischen den Versicherern einen Mehrbeitrag zu bezahlen.

Offenbar ist durchaus ein gewisser Teil der PKV-Versicherten an erweiterten Wechselmöglichkeiten interessiert. Aber wie wichtig ist ihnen diese Möglichkeit wirklich. Die Frage, was ihnen eine solche Möglichkeit finanziell wert ist, erfüllt dabei zwei Funktionen: Erstens geht es bei vielen Wechselmodellen wirklich um einen eventuellen Mehrbeitrag für die Versicherten. Wie hoch ist also die Bereitschaft, einen solchen zu zahlen? Zweitens ist die Bereitschaft, finanzielle Opfer für eine erweiterte

Mehrbeitrag für Wechselmöglichkeit



Wären Sie bereit für eine Wechselmöglichkeit zu einem anderen privaten Versicherer ohne diese Einschränkungen einen deutlich höheren Beitrag zu bezahlen? Nein, Ja, bis 10 Prozent mehr Beitrag, 11 bis 25 Prozent mehr Beitrag, 26 bis 50 Prozent mehr Beitrag, 51 bis 100 Prozent mehr Beitrag, 101 Prozent oder mehr Beitrag
N=638 (nur PKV-Versicherte), fehlende Werte auf 100% = weiß nicht/keine Angabe

Möglichkeit zu bringen, auch ein Gradmesser für die Ernsthaftigkeit des Interesses. Man ist in der Regel bereit, etwas zu bezahlen, wenn ein Angebot wirklich wichtig ist. Ist es hingegen doch nicht so wichtig, will man auch nichts bezahlen.

Für eine erweiterte Wechselmöglichkeit in der Privaten Krankenversicherung würden nur 7 Prozent der Versicherten einen um mehr als 10 Prozent höheren Beitrag in Kauf nehmen. 71 Prozent würden überhaupt keinen Mehrbeitrag leisten. Von einem ernsthaften Interesse eines bedeutenden Teils der Versicherten an erweiterten Wechselmöglichkeiten kann daher nicht ausgegangen werden.

3. Nachteile für ältere und kranke Versicherte bei erweiterten Wechselmöglichkeiten würde ein bedeutender Teil der Bürger in Kauf nehmen.

43 Prozent der PKV-Versicherten bewerten eine erweiterte Wechselmöglichkeit als "positiv" oder "eher positiv", selbst wenn sie für ältere oder kranke Versicherte mit Nachteilen verbunden ist. 53 Prozent beurteilen dies "eher negativ" oder "negativ". Da von einer gewissen Dunkelziffer auszugehen ist – nicht alle Personen geben in einer Befragung zu, eigene Vorteile zu Lasten anderer Menschen zu wünschen – ist real sogar von einer noch größeren Zahl auszugehen, die eine erweiterte Wechselmöglichkeit befürwortet.

Soziale Verantwortung ist also für viele PKV-Versicherte kein Grund, erweiterte Wechselmöglichkeiten abzulehnen. Dies ist bedeutend für die zukünftige Diskussion des Themas. Eigene finanzielle Opfer werden von fast allen PKV-Versicherten abgelehnt. Nachteile für ältere und kranke Versicherte werden dagegen zumindest von einem Teil der Bevölkerung in Kauf genommen, um eigene Vorteile zu erhalten.

Mehrbeitrag als Gradmesser für Interesse

Soziale Verantwortung für viele kein Argument

