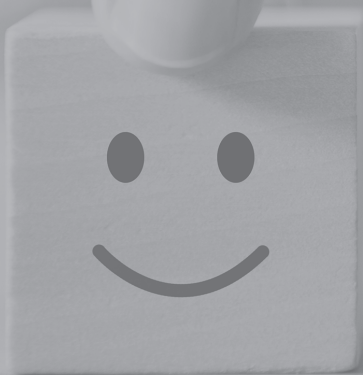


F. Knieps | M. Schrappe
G. Demmler (Hrsg.)



Qualität von Krankenkassen

Fokus Versichertenperspektive



BKK Kundenreport 2021

F. Knieps | M. Schrappe | G. Demmler (Hrsg.)

Qualität von Krankenkassen



Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

BKK Kundenreport 2021

F. Knieps | M. Schrappe | G. Demmler (Hrsg.)

Qualität von Krankenkassen

Fokus Versichertenperspektive

mit Beiträgen von

G. Demmler | M.-L. Dierks | P. Fuhrmann | F. Knieps
T. Moormann | J. Nüsken | S. Schiller
M. Schrappe | S.-M. Steppe



Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

Knieps F | Schrappe M | Demmler G (Hrsg.): Qualität von Krankenkassen.

BKK Kundenreport 2021. ISBN 978-3-95466-624-9, urheberrechtlich geschützt

© 2021 MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft und BKK Dachverband e.V.

Herausgeberschaft: BKK Dachverband e.V., Mauerstraße 85, 10117 Berlin
Kundenbefragung: respondi AG
Konzeptionierung und Auswertung
der Kundenbefragung: IMK, Institut für angewandte Marketing- und Kommunikationsforschung GmbH
Projektteam und Redaktion: Johanna Nüsken (Leitung), Dirk Rennert, Matthias Richter, Jens-Oliver Bock, Florian Sado,
Claudia Schönfelder, Susanne Wilhelmi

BKK Dachverband e.V.
Mauerstraße 85
10117 Berlin
www.bkk-dv.de
info@bkk-dv.de

MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG
Unterbaumstraße 4
10117 Berlin
www.mwv-berlin.de
lektorat@mwv-berlin.de

ISBN 978-3-95466-624-9

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Informationen sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Zitation:

F. Knieps | M. Schrappe | G. Demmler (Hrsg.) BKK Kundenreport 2021. Qualität von Krankenkassen.
Fokus Versichertenperspektive. MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin, 2021

© MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Berlin, Juni 2021

Dieses Werk ist einschließlich aller seiner Teile urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, des Vortrags, der Entnahme von Abbildungen und Tabellen, der Funksendung, der Mikroverfilmung oder der Vervielfältigung auf anderen Wegen und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Die Verfasser haben große Mühe darauf verwandt, die fachlichen Inhalte auf den Stand der Wissenschaft bei Drucklegung zu bringen. Dennoch sind Irrtümer oder Druckfehler nie auszuschließen. Daher kann der Verlag für Angaben zum diagnostischen oder therapeutischen Vorgehen (zum Beispiel Dosierungsanweisungen oder Applikationsformen) keine Gewähr übernehmen. Derartige Angaben müssen vom Leser im Einzelfall anhand der Produktinformation der jeweiligen Hersteller und anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit überprüft werden. Eventuelle Errata zum Download finden Sie jederzeit aktuell auf der Verlags-Website.

Produkt-/Projektmanagement: Anna-Lena Spies, Susann Weber, Berlin
Layout & Satz: zweiband.media, Agentur für Mediengestaltung und -produktion GmbH, Berlin
Druck: druckhaus köthen GmbH & Co. KG, Köthen
Coverbild: ©oatawa/istockphoto.com

Die Herausgeber

Franz Knieps
BKK Dachverband e.V.
Mauerstraße 85
10117 Berlin

Prof. Dr. med. Matthias Schrappe
Venloer Straße 30
50672 Köln

Dr. Gertrud Demmler
SBK Siemens-Betriebskrankenkasse
Heimeranstraße 31
80339 München

Die Autorinnen und Autoren

Dr. Gertrud Demmler
SBK Siemens-Betriebskrankenkasse
München

Prof. Dr. Marie-Luise Dierks
Medizinische Hochschule Hannover

Petra Fuhrmann
Verbraucherzentrale Bundesverband e.V.
Berlin

Franz Knieps
BKK Dachverband e.V.
Berlin

Thomas Moormann
Verbraucherzentrale Bundesverband e.V.
Berlin

Johanna Nüsken
BKK Dachverband e.V.
Berlin

Sören Schiller
IMK, Institut für angewandte Marketing- und
Kommunikationsforschung GmbH
Erfurt

Prof. Dr. med. Matthias Schrappe
Universität zu Köln

Sarah-Maria Steppe
IMK, Institut für angewandte Marketing- und
Kommunikationsforschung GmbH
Erfurt



Foto: Credit: Jan Kopetzky

Grußwort

Qualität und Transparenz sind für mich als Patientenbeauftragte der Bundesregierung essenziell im Gesundheitswesen – nicht nur bei den Leistungserbringern, sondern auch bei den gesetzlichen Krankenkassen. Öffentlich zugängliche Informationen der Krankenkassen zu ihrem Leistungsverhalten und anderen Indikatoren wie zur Qualität oder der Kundenzufriedenheit können für die Versicherten von großem Nutzen sein. Allerdings sind gebündelte Informationen zum Leistungsumfang und zur Qualität der Leistungen der Krankenkassen für Patientinnen und Patienten üblicherweise nur schwer zu finden.

Vor diesem Hintergrund habe ich im letzten Jahr alle gesetzlichen Krankenkassen zu der grundsätzlichen Frage befragt, wie transparent sie ihre Arbeit für die Patientinnen und Patienten und ihre Versicherten machen. Einige Krankenkassen, allen voran Betriebskrankenkassen, veröffentlichen bereits auf freiwilliger Basis Daten zu ihrem Leistungsgeschehen. Andere Krankenkassen arbeiten an einer Umsetzung. Vor allem hat die Umfrage gezeigt, dass die meisten Krankenkassen dem Thema einer Verbesserung der Transparenz für ihre Versicherten offen gegenüberstehen. Allerdings wurde auch deut-

lich, dass die veröffentlichten Daten einheitlichen Vorgaben folgen und für die Versicherten möglichst aussagekräftig, leicht verständlich und vergleichbar sein müssen, um einen konkreten Nutzen zu haben. Aus meiner Sicht sollten die Krankenkassen verpflichtet werden, nach verbindlichen Kriterien allgemeinverständlich und barrierefrei aufbereitete Informationen zu ihren Leistungen, zu ihren Widerspruchsquoten und den Erfolgsquoten der Widersprüche zu veröffentlichen, damit diese Daten Versicherten transparent und niedrigschwellig zur Verfügung stehen. Dafür setze ich mich ausdrücklich ein.

Der neue BKK Kundenreport analysiert das Versorgungs-, Leistungs- und Servicegeschehen aus Sicht der Versicherten und stellt somit die Sicht der Versicherten in den Mittelpunkt. Das ist der richtige Weg zu einer nutzerorientierten Transparenz.

Prof. Dr. Claudia Schmidtke
Mitglied des Deutschen Bundestages
Die Beauftragte der Bundesregierung
für die Belange der Patientinnen und
Patienten

Vorwort

Bisher geben die gesetzlichen Krankenkassen und ihre Verbände jährlich erscheinende Reports heraus, die sich wissenschaftlich und politisch mit dem Versorgungsgeschehen auseinandersetzen. Die Betriebskrankenkassen bündeln ihre empirischen Befunde aus den Routinedaten im BKK Gesundheitsreport, spezifische Fragen etwa zur Gesundheit der Beschäftigten im Gesundheitswesen beantwortet der BKK Gesundheitsatlas. Allen Reports liegen Diagnose- und Abrechnungsdaten der Kranken- und Pflegekassen zugrunde. Diese Daten lassen zwar Rückschlüsse auf allgemeine Entwicklungen in der Versorgung zu. Konkrete Erfahrungen aus der Versorgungsrealität enthalten sie in der Regel nicht. Auch konkrete Anforderungen, was Versicherte tatsächlich von ihrer Krankenkasse erwarten, fehlen. Diese Lücke wollen wir mit der vorliegenden Publikation schließen und den Blick weg von den Routinedaten und hin zum tatsächlichen Erleben der Versicherten lenken. Ganz in unserem Selbstverständnis als Betriebskrankenkassen setzen wir damit einen Akzent in Richtung einer stärkeren Versichertenorientierung der gesetzlichen Krankenversicherung.

Zwar gibt es zahlreiche Krankenkassenvergleiche und entsprechende Rankings, diese haben jedoch häufig einen zweifelhaften Ruf. Auch führen die Krankenkassen Umfragen bei Versicherten über Erwartungshaltung, Zielgenauigkeit und Qualität ihres Services durch, die breite Öffentlichkeit erreichen die Ergebnisse meist nicht. Bislang bietet niemand eine systematische Analyse des Versorgungs-, Leistungs- und Servicegeschehens aus

Sicht der Versicherten an. Ein „Krankenkassenmonitor“, an dem sich Versicherte bei der Wahl ihrer Krankenversicherung orientieren können, existiert nicht.

Dem Wettbewerb ist in der gesetzlichen Krankenversicherung nur ein kleines Spielfeld überlassen, denn 95% der Leistungen, die eine Kasse ihren Versicherten anbietet, sind gesetzlich vorgegeben. Angebotsunterschiede zwischen Krankenkassen gibt es aber im Bereich der Satzungsleistungen, Wahltarife und Selektivverträge. Derzeit orientiert sich der Wettbewerb unter den Kassen überwiegend am Preis. Für die Kassen ist diese Orientierung am Beitragssatz ein falscher Anreiz, für die Versicherten eine wenig geeignete Vergleichsvariable bei der Kas senwahl. Der echte Unterschied liegt gerade für Versicherte im tatsächlichen Agieren der Krankenkassen im Alltag: Servicequalität, verständliche Kommunikation und Augenhöhe in der Beratung. Hierzu herrscht keine Transparenz. Ein Wettbewerb, der sich um den besten Service und die beste Beratung dreht, kann nur gelingen, wenn die Versicherten in das Blickfeld rücken und Transparenz über die Qualität von Krankenkassen hergestellt wird.

Was zeichnet eine hohe Versicherungsqualität aus? Was wünscht sich der oder die Versicherte von seiner bzw. ihrer Kasse? Hier darf nicht nur gemutmaßt werden, denn Bedarfe und Präferenzen der Versicherten sind unterschiedlich je nach Lebenslage, sozialer und kultureller Situation. Gesunde möchten wohl möglichst wenig von ihrer Kasse mitbekommen, gleichzeitig aber Unterstützung erfahren, wenn Anträge gestellt und Formulare

ausgefüllt werden müssen. Schnellstmöglicher Zugang zur besten Versorgung – und hierbei Hilfestellung durch die Kasse – ist prioritär für Versicherte mit akuten Beschwerden. Chronisch kranke Menschen wünschen sich auf ihre Bedürfnisse abgestimmte Leistungsangebote und eine auf Dauer angelegte Begleitung. Auf die unterschiedlichen Bedürfnisse sollten Krankenkassen individuell reagieren können; dafür braucht es einen entsprechenden gesetzlichen Rahmen mit Regeln und Freiheiten. Dies gilt für Fragen der Vertragsgestaltung wie für die Verarbeitung von Daten gleichermaßen.

Grundlegende Voraussetzung für die Überwindung des derzeit geführten Wettbewerbs um den Zusatzbeitragssatz ist die Schaffung von Transparenz über das Leistungs-, Versicherungs- und Versorgungsgeschehen bei den Krankenkassen. Erst dies wird einen Leistungsvergleich und Versorgungsvergleich der Krankenkassen überhaupt möglich machen.

Betriebskrankenkassen zeichnen sich seit jeher durch ihre Einbindung im Unternehmen und durch eine besondere Versichertennähe aus. Diese Tradition wollen wir fortschreiben und uns mit dieser Publikation im Sinne einer stärkeren Versichertenorientierung für eine Qualitäts- und Transparenzdebatte in der gesetzlichen Krankenversicherung einsetzen. Dabei geht es um eine wissenschaftliche Unterfütterung sowie um eine praktische Hilfestellung. Versicherung und Versorgung müssen sich am Bedarf und an den Bedürfnissen der Versicherten ausrichten. Daran misst sich die erlebte Qualität unseres Gesundheitswesens. Ein

wichtiger Schritt zu einer Nutzerorientierung im Gesundheitswesen: Eine systematische Recherche, worum es den Versicherten eigentlich geht und wo es im Service und in der Versorgung hakt. Genau das haben wir im November 2020 bei knapp 5.000 Versicherten getan. Lesen Sie die Ergebnisse in diesem Report und ziehen Sie selbst Ihre Schlüsse sowohl im praktischen Tun als auch in der praktischen Reflexion.

Die Herausgeber danken allen, die an der Erstellung des Kundenreports beteiligt waren. Der Dank gilt vor allem Johanna Nüsken, ohne deren Engagement, Kreativität und kommunikative Freude dieses Buch so nicht denkbar gewesen wäre. Der Dank gilt außerdem den Autorinnen und Autoren, die uns inspiriert haben und Anregungen zur Entwicklung des Reports gegeben haben sowie dem Team der Medizinisch Wissenschaftlichen Verlagsgesellschaft in Berlin, das an dieses Projekt geglaubt und alle technischen Hindernisse aus dem Weg geräumt hat. Wir freuen uns auf Ihre Kritik, liebe Leserinnen und Leser, damit sich der Wettbewerb endlich um diejenigen dreht, für die das Gesundheitswesen geschaffen ist und wir die Erwartungen unserer Versicherten noch besser erfüllen können. Wir bauen auf Ihre Reaktionen, damit wir diesen Report kontinuierlich ausbauen können. Wir freuen uns schon jetzt auf den nächsten Band.

*Dr. Gertrud Demmler
Prof. Dr. Matthias Schrappe
Franz Knieps
im Mai 2021*

Inhalt

Grußwort _____	VII
Vorwort _____	IX
Abbildungs- und Tabellenverzeichnis _____	XIII

Qualität aus Nutzerperspektive _____	1
Krankenkassenwettbewerb: Wie viel Transparenz benötigen Verbraucherinnen und Verbraucher? _____ <i>Petra Fuhrmann und Thomas Moormann</i>	3
Gesundheitskompetenz der Versicherten in Deutschland – Erfahrungen und Erwartungen in Bezug auf den Umgang mit und die Unterstützung durch die Krankenkassen _____ <i>Marie-Luise Dierks</i>	9

Ergebnisse der Kundenbefragung _____	21
Qualitätswahrnehmung der Krankenversicherung aus der Versichertenperspektive – Ergebnisse einer repräsentativen Versichertenbefragung _____ <i>Sören Schiller und Sarah-Maria Steppe</i>	23

Wandel der Qualitätskultur in der GKV _____	83
Qualitätswettbewerb von Krankenkassen _____ <i>Gertrud Demmler</i>	85
Qualitätsorientierung als zentrales Paradigma im Gesundheitswesen – Blick auf die Krankenversicherung _____ <i>Matthias Schrappe</i>	97
Fazit – Konsequente Nutzerorientierung mit Verbesserungspotenzial für das Kassenhandeln _____ <i>Franz Knieps und Johanna Nüsken</i>	103

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Ergebnisse der Kundenbefragung

Qualitätswahrnehmung der Krankenversicherung aus der Versichertenperspektive – Ergebnisse einer repräsentativen Versichertenbefragung

Tabelle 1	Soziodemografische Zusammensetzung der Stichprobe _____	28
Abbildung 1	Versichertenzufriedenheit nach Teilzielgruppen. Frage: Wenn Sie einmal zusammenfassend betrachten: Wie zufrieden sind Sie alles in allem momentan mit Ihrer Krankenversicherung? (M = Mittelwert, Basis: n = 4.728) _____	29
Abbildung 2	Net Promoter Score nach Alter, Schulabschluss und Gesundheitszustand. Frage: Auf einer Skala von 0–10, wie wahrscheinlich ist es, dass Sie Ihre Krankenversicherung an einen Freund oder Kollegen weiterempfehlen werden? (Basis: n = 4.728) _____	32
Abbildung 3	Hauptgründe für die Weiterempfehlung der eigenen Krankenversicherung. Frage: Was ist der Hauptgrund dafür, dass Sie Ihre Krankenversicherung weiterempfehlen würden? (offene Frage) (Basis: 2.555 [nur Note 7 bis 10 bei Weiterempfehlungsbereitschaft]; Darstellung aller Nennungen > 5%) _____	33
Abbildung 4	Gründe, warum Versicherte ihre eigene Krankenversicherung nicht weiterempfehlen würden. Frage: Welche Verbesserungen müsste Ihre Krankenversicherung vornehmen, damit Sie Ihre Krankenversicherung eher weiterempfehlen würden? (offene Frage) (Basis: 1.409 [nur Note 0 bis 8 bei Weiterempfehlungsbereitschaft]; Darstellung aller Nennungen > 5%) _____	34
Abbildung 5	Häufigste Kontaktkanäle zur Krankenversicherung von Versicherten mit Kontakt in den letzten zwölf Monaten. Frage: Über welche dieser Kontaktkanäle hatten Sie in den letzten 12 Monaten am häufigsten Kontakt mit Ihrer Krankenversicherung? (Basis: n = 3.504 [nur wenn Kontakt innerhalb der letzten 12 Monate]) _____	36
Abbildung 6	Gewünschte zukünftige Kontaktkanäle nach Anlass. Frage: Auf welchen Wegen würden Sie sich in Zukunft vorzugsweise zu folgenden Themen durch Ihre Krankenversicherung betreuen lassen wollen? (Mehrfachnennung, max. 2 Kanäle, Basis: n = 4.728) _____	38
Abbildung 7	Zukünftig gewünschte Kontaktkanäle nach Anlass und Alter. Frage: Auf welchen Wegen würden Sie sich in Zukunft vorzugsweise zu folgenden Themen durch Ihre Krankenversicherung betreuen lassen wollen? (Mehrfachnennung, max. 2 Kanäle, Basis: n = 4.728) _____	39
Abbildung 8	Service- und Beratungszufriedenheit nach Alter und Schulabschluss. Frage: Wie zufrieden sind Sie alles in allem mit der Service- und Beratungsqualität Ihrer Krankenversicherung? (M = Mittelwert, Basis: n = 4.728) _____	41
Abbildung 9	Service- und Beratungsqualität im Detail. Frage: Geben Sie bitte an, inwieweit die folgenden Aussagen auf Ihre Krankenversicherung zutreffen. (M = Mittelwert, Basis: n = 4.728) _____	42
Abbildung 10	Verhältnis von Erfüllung und Zusammenhang mit der Service- und Beratungszufriedenheit der Einzelkriterien (Skalenausschnitt) _____	43
Abbildung 11	Versorgungsqualität nach Alter und Gesundheitszustand. Frage: Wie zufrieden sind Sie alles in allem mit Ihrer Krankenversicherung bezogen auf die Qualität Ihrer gesundheitlichen Versorgung und Präventionsangebote? (M = Mittelwert, Basis: n = 4.728) _____	46

Abbildung 12	Versorgungsqualität im Detail. Frage: Geben Sie bitte an, inwieweit die folgenden Aussagen auf Ihre Krankenversicherung zutreffen. (M = Mittelwert, Basis: n = 4.728) _____	47
Abbildung 13	Verhältnis von Erfüllung und Zusammenhang mit der Versorgungsgestaltung der Einzelkriterien (Skalenausschnitt) _____	48
Abbildung 14	Wahrgenommene Leistungslücken. Frage: In welchen Bereichen sollte Ihre Krankenversicherung künftig noch mehr, andere oder bessere Angebote unterbreiten? Wo nehmen Sie heute konkrete Leistungslücken wahr? (Basis: 1.567 [nur wenn Leistungslücken erkannt]; Darstellung aller Nennungen > 4%) _____	50
Abbildung 15	Unterschiede der Beurteilung von Versicherten mit (sehr) schlechtem Gesundheitszustand und Chronikern. Frage: Geben Sie bitte an, inwieweit die folgenden Aussagen auf Ihre Krankenversicherung zutreffen./Wie zufrieden sind Sie mit dem Angebot Ihrer Krankenversicherung in Bezug auf ...? (Angabe in Mittelwerten auf einer Skala von 1 = trifft voll und ganz zu/ sehr zufrieden bis 5 = trifft überhaupt nicht zu/überhaupt nicht zufrieden, * signifikanter Unterschied [p<.05]) _____	51
Abbildung 16	Gesundheitskompetenz im Detail. Frage: Inwieweit stimmen Sie folgenden Aussagen zu? Meine Krankenversicherung hilft mir ... (M = Mittelwert, Basis: n = 4.728) _____	52
Abbildung 17	Zufriedenheit mit Gesundheitsangeboten der Krankenversicherung. Frage: Wie zufrieden sind Sie mit dem Angebot Ihrer Krankenversicherung in Bezug auf ...? (M = Mittelwert, Basis: n = 4.728) _____	55
Abbildung 18	Versorgung mit digitalen Angeboten. Frage: Geben Sie bitte an, inwieweit die folgenden Aussagen auf Ihre Krankenversicherung zutreffen. (M = Mittelwert, Basis: n = 4.728) _____	57
Abbildung 19	Datenspeicherung und -nutzung durch die Krankenversicherung. Frage: Geben Sie bitte an, inwieweit die folgenden Aussagen auf Ihre Krankenversicherung zutreffen. (M = Mittelwert, Basis: n = 4.728) _____	57
Abbildung 20	Gewünschte Einflussnahme der Krankenversicherung auf Versorgungsstrukturen. Frage: Meine Krankenversicherung sollte mehr Einfluss darauf nehmen, dass ... (M = Mittelwert, Basis: n = 4.728) _____	59
Abbildung 21	Potenziale einer stärker bedarfsgerechten Versorgung. Frage: Inwieweit stimmen Sie folgenden Aussagen in Bezug auf Ihre Krankenversicherung zu? (M = Mittelwert, Basis: n = 4.728) _____	61
Abbildung 22	BGF-Maßnahmen in den letzten 12 Monaten. Fragen: Welche konkreten Maßnahmen werden derzeit an Ihrer Arbeitsstelle zum Thema „BGF“ umgesetzt? Welche dieser Maßnahmen zur Förderung „gesunder Arbeit“ wünschen Sie sich in Ihrem Unternehmen? (Basis: n = 2.638 [nur wenn erwerbs- bzw. berufstätig]) _____	63
Abbildung 23	Anteil der Versicherten, die Leistungen bei ihrer Krankenversicherung beantragt haben. Fragen: Haben Sie in den letzten 12 Monaten bei Ihrer KV einen oder mehrere Anträge zur Inanspruchnahme von Leistungen gestellt? Wurde/n diese/r genehmigt oder abgelehnt? Haben Sie in den letzten 12 Monaten bei einer abgelehnten Leistung einen Widerspruch eingelegt? Mit welchem Ergebnis? (Basis: n = 4.728) _____	65
Abbildung 24	Leistungsqualität nach Alter und Gesundheitszustand. Frage: Wie zufrieden sind Sie alles in allem mit Ihrer Krankenversicherung bezogen auf die Qualität im Rahmen von Leistungsentscheidungsprozessen? (M = Mittelwert, Basis: n = 4.728) _____	66
Abbildung 25	Zufriedenheit mit Leistungsattributen im Detail. Frage: Geben Sie bitte an, inwieweit die folgenden Aussagen auf Ihre Krankenversicherung zutreffen. (M = Mittelwert, Basis: n = 4.728) _____	67

Abbildung 26	Verhältnis von Erfüllung und Zusammenhang mit der Leistungszufriedenheit der Einzelkriterien (Skalenausschnitt) _____	69
Abbildung 27	Aktuelle und gewünschte zukünftige Rolle der eigenen Krankenversicherung. Fragen: Welche der folgenden Rollen nimmt Ihre Krankenversicherung aktuell aus Ihrer Sicht am ehesten ein? Welche der folgenden Rollen sollte Ihre Krankenversicherung zukünftig aus Ihrer Sicht am ehesten einnehmen? (Basis: n = 4.728) _____	71
Abbildung 28	Lotsenrolle aktuell und zukünftig gewünscht nach Alter, Kinder im Haushalt, Gesundheitszustand und Krankenversicherungsart. Fragen: Welche der folgenden Rollen nimmt Ihre Krankenversicherung aktuell aus Ihrer Sicht am ehesten ein? Welche der folgenden Rollen sollte Ihre Krankenversicherung zukünftig aus Ihrer Sicht am ehesten einnehmen? _____	72
Abbildung 29	Situationen, in denen die Krankenversicherung als Lotse agieren sollte. Frage: In welchen konkreten Situationen können Sie sich vorstellen, Ihre Krankenversicherung als Lotsen im Gesundheitssystem in Anspruch zu nehmen? Wo sollte Sie Ihre Krankenversicherung gezielt unterstützen? (offene Frage) (Basis: 1.761 [nur wenn konkrete Situationen genannt]; Darstellung aller Nennungen > 5%) _____	73
Abbildung 30	Beurteilung von Rolle und System der Krankenversicherung. Frage: Geben Sie bitte an, inwieweit die folgenden Aussagen aus Ihrer Sicht zutreffen. (M = Mittelwert, Basis: n = 4.728/*4.336 [nur gesetzlich Krankenversicherte]) _____	75
Abbildung 31	Unterschiede der Beurteilung von privat und gesetzlich Krankenversicherten. Frage: Geben Sie bitte an, inwieweit die folgenden Aussagen auf Ihre Krankenversicherung zutreffen. (Angabe in Mittelwerten auf einer Skala von 1 = trifft voll und ganz zu bis 5 = trifft überhaupt nicht zu; * signifikanter Unterschied [p<.05]) _____	77

Wandel der Qualitätskultur in der GKV

Qualitätswettbewerb von Krankenkassen

Abbildung 1	Marktbeziehungen in der GKV _____	86
Abbildung 2	Globalzufriedenheit in der Branche. Krankenkassen und -versicherungen – GKV 2020 _____	92
Abbildung 3	Entwicklung der Globalzufriedenheit in der GKV _____	93
Abbildung 4	Zufriedenheit mit dem Kundenkontakt _____	94

Qualitätsorientierung als zentrales Paradigma im Gesundheitswesen – Blick auf die Krankenversicherung

Abbildung 1	Dreidimensionaler Orientierungsrahmen zum Verständnis des Begriffes Qualität (aus [2], S. 70) _____	98
-------------	---	----

A hand is shown placing a small wooden block with a smiley face on top of another wooden block with a smiley face. In the background, there is a wooden block with a frowny face. The entire scene is set against a warm, yellow background.

Qualität aus Nutzerperspektive

Krankenkassenwettbewerb: Wie viel Transparenz benötigen Verbraucherinnen und Verbraucher?

Petra Fuhrmann und Thomas Moormann

Krankenkassen als Träger der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sollen die Gesundheit ihrer Versicherten erhalten, wiederherstellen oder verbessern, ihre gesundheitliche Eigenkompetenz und Eigenverantwortung fördern und durch Aufklärung, Beratung und Leistungen auf deren gesunde Lebensweise hinwirken. Qualität und Wirksamkeit ihrer Leistungen müssen dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen und den medizinischen Fortschritt berücksichtigen [1].

Diesen verbindlichen Vorgaben für die Krankenkassen auf der einen Seite steht die wettbewerbliche Ausrichtung der GKV auf der anderen Seite gegenüber. Den Wettbewerb hat der Gesetzgeber initial ausgelöst mit dem Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) von 1993 und der Kassenwahlfreiheit seit 1996, seit 1994 flankiert vom Risikostrukturausgleich. Seitdem können die Versicherten ihre Krankenkasse frei wählen und die Krankenkassen stehen im Wettbewerb um Versicherte.

Der Gesetzgeber zielte mit der wettbewerblichen Ausrichtung der GKV darauf ab, eine Konkurrenz zwischen den Krankenkassen herzustellen, um Innovationen im Gesundheitswesen und die Serviceorientierung der Kassen gegenüber ihren Versicherten zu fördern. Daraus resultiert zwangsläufig ein Spannungsfeld zwischen dem öffentlich-rechtlichen Versorgungs- und Verwaltungsauftrag und den Marketingstrategien der Kassen im Wettbewerb [2].

Auf den Preis kommt es an. Oder doch nicht?

Blickt man nun, immerhin 25 Jahre nach dessen Einführung, auf den Wettbewerb in der GKV, ist der Preis noch immer die bestimmende Größe. Für die Versicherten sichtbar werden der Preis bzw. die Preisunterschiede heute insbesondere in Form der Zusatzbeitragssätze der Krankenkassen. Der Gesetzgeber hat den Wettbewerbsrahmen in der Vergangenheit immer wieder angepasst, den Wettbewerb dabei mal verschärft, mal entschärft, die Bedeutung des Preises als Unterscheidungskriterium der Krankenkassen im Ergebnis aber deutlich erhöht.

Abgesehen vom Zusatzbeitragssatz, über den sich der Krankenkassen-Wettbewerb in unglücklicher Weise zuspitzt, sind für die Versicherten unterschiedliche Angebote an Satzungsleistungen, an Wahlтарifen und an Bonusprogrammen sichtbar und diese spielen mit Abstrichen auch eine gewisse Rolle bei der Wahlentscheidung der Versicherten [3]. Damit sind jedoch ebenfalls (mehr oder weniger starke) monetäre Aspekte verbunden, etwa bei der Erstattungshöhe für Naturheilverfahren oder Osteopathie. Diese sind gut nutzbar für die vertrieblichen Interessen der Krankenkassen, es ist aber mehr als fraglich, ob dies wirklich die einzig relevanten Aspekte für Verbraucherinnen und Verbraucher sind.

Die Suche nach anderen Unterscheidungskriterien ist mühsam bis unmöglich. Dabei bieten die Krankenkassen ihren Versicherten ganz offenkundig ergänzend zur Regelversorgung unterschiedliche Versorgungs- und Serviceangebote an, etwa die Unterstützung bei der Arzt(termin)suche, besondere Versorgungsangebote im Rahmen von Selektivverträgen und digitalen Angeboten oder spezifische Beratung etwa für pflegende Angehörige. Diese sind für Verbraucherinnen und Verbraucher allerdings kaum sichtbar, geschweige denn über alle (wählbaren) Krankenkassen hinweg.

In diese Informationslücke springen seit einigen Jahren Anbieter von Testsiegeln und Krankenkassenvergleichen. Eine wahre Flut an Leistungs- und Qualitätsvergleichen ist entstanden – für die Verbraucherinnen und Verbraucher allerdings von zweifelhaftem Nutzen. Denn die Vielzahl der Tests und Siegel korreliert mit der Vielfältigkeit der Bewertungskriterien und ihrer Gewichtung, so kommen verschiedene Tests trotz identischer Datenbasis zu ganz unterschiedlichen Ergebnissen bzw. Rankings [4]. Und so attraktiv solche Rankings für die Vertriebsaktivitäten von Krankenkassen sind, so fragwürdig sind ihre Neutralität und Glaubwürdigkeit, da die Finanzierung solcher Vergleiche nicht offengelegt wird. Das ist keine gute Grundlage für Wahlentscheidungen.

Mangels umfassender Qualitätstransparenz, welche es z.B. für die Krankenhäuser schon lange gibt, und mangels unabhängiger Krankenkassenvergleiche bleibt den Verbraucherinnen und Verbrauchern eine fundierte Wahlentscheidung nach Abwägung von Preis *und* Qualität verwehrt. Der vom Gesetzgeber angestreb-

te Wettbewerb um innovative Versorgung und den besten Service – ein echter Qualitätswettbewerb – findet nicht statt.

Verbraucherinnen und Verbraucher wünschen sich umfangreiche Daten zur Qualität der Krankenkassen

Informationen darüber, was eine Krankenkasse im Bedarfsfall leistet, fehlen weitgehend. Erfahrungen damit machen die Menschen üblicherweise erst im Krankheitsfall, z.B. bei Problemen mit der Genehmigung von Hilfsmitteln oder anderen Leistungen. Doch das ist der denkbar schlechteste Zeitpunkt für einen Kassenwechsel. Gut drei Viertel aller gesetzlich Versicherten fänden es hilfreich, wenn verbindlich festgelegt wäre, welche Informationen die Krankenkasse über ihre Leistungen, Service- und Beratungsangebote veröffentlichen müssen. Genauso viele befürworten, dass die Kassen veröffentlichen müssten, wie viele Widersprüche gegen die Ablehnung von Leistungen erfolgreich waren und wie viele nicht [5].

Eine Studie des IGES Instituts im Auftrag des damaligen Patientenbeauftragten der Bundesregierung zeigt auf, dass die Kassen grundsätzlich einen großen Teil der Leistungsanträge genehmigen [6]. Zwischen den Kassenarten und Leistungsbereichen zeigten sich im Rahmen der Studie jedoch erhebliche Unterschiede im Genehmigungsverhalten. Zum Beispiel unterschied sich die Ablehnungsquote in der ersten Instanz wie auch die Erfolgsquote der Widersprüche zwischen den Kassenarten erheblich. Vor dem Hintergrund dieser Ergebnisse empfehlen die Autorinnen und Autoren der Studie, die

Berichtspflichten der Krankenkassen auszuweiten. Die aktuelle Patientenbeauftragte der Bundesregierung, Claudia Schmidtke, unterstützt diese Forderung [7], der sich auch das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) angeschlossen hat [2].

Qualitätstransparenz im Sinne der Verbraucherinnen und Verbraucher gestalten

Wie könnte die kassenindividuelle Berichterstattung zur Qualitätstransparenz nun aussehen, damit sie den Bedürfnissen der Verbraucherinnen und Verbraucher gerecht wird? Ein unverzichtbares Kern-Set sind Daten über das Genehmigungsverhalten der Krankenkassen sowie eine standardisierte Befragung zur Zufriedenheit der Versicherten. Daten zum Genehmigungsverhalten sollten insbesondere Genehmigungs-/Ablehnungsquoten, Widerspruchsverfahren, Genehmigungen nach Widerspruch, den Anteil der erfolgreichen Widerspruchsverfahren sowie Klageverfahren und Bearbeitungszeiten berücksichtigen. Angelehnt an die Untersuchungen des IGES Instituts sollten die Auswertungen spezifische Leistungsbereiche unterscheiden, um hier ein differenziertes Bild zu liefern und Problembereiche ausmachen zu können. Explizit muss bei der Qualitätsberichterstattung auf den Bereich der Pflege eingegangen werden, denn eine Entscheidung für eine Krankenkasse ist zugleich eine Entscheidung für die entsprechende Pflegekasse. Eine Versichertenbefragung sollte u.a. Aspekte der Erreichbarkeit – vor Ort, telefonisch, digital – sowie zur Beratung und zum Service aufgreifen.

Aus Verbrauchersicht wichtig sind darüber hinaus Informationen zu den spezifischen Versorgungs-, Beratungs- und Serviceleistungen der Kassen. Hierzu zählen insbesondere die Selektivverträge, die verpflichtend evaluiert werden sollten, außerdem weitere innovative Versorgungsangebote, etwa im Rahmen des Innovationsfonds oder digitale Angebote, sowie die möglichst auch evaluierten Angebote einer Kasse in der Prävention und Gesundheitsförderung.

Die Krankenkassen bieten ihren Versicherten weitere Service-, Beratungs- und Unterstützungsangebote an: für pflegende Angehörige, in besonderen Situationen, etwa nach einem Krankenhausaufenthalt, bei der Suche nach medizinischen Experten etc. Auch diese Aspekte sollten in einen Qualitätsvergleich einfließen. Informationen zu Satzungsleistungen, Bonusprogrammen aber auch zu den Verwaltungs- und Marketingausgaben ergänzen das Bild.

Differenzierte Angaben können den Verbraucherinnen und Verbrauchern eine wertvolle Orientierung auf der Suche nach der für sie am besten geeigneten Krankenkasse geben. Insbesondere, wenn es Ihnen auf ganz bestimmte Kriterien ankommt, beispielsweise auf die Qualität der Unterstützung im Pflegebedarfsfall. Gleichzeitig wünschen sie sich eine übergreifende Bewertung im Sinne einer Gesamtnote oder eines Gesamtrankings. Grundsätzlich sollte ihnen beides zur Verfügung gestellt werden, vergleichbar den Testergebnissen von Stiftung Warentest. Die Güte solcher Qualitätsdaten steht und fällt mit der Relevanz und Verständlichkeit der jeweiligen Daten. Was nützt den Versicherten beispielsweise ein Serviceangebot mit telefonischer Erreichbarkeit rund um die

Uhr und sieben Tage in der Woche, wenn die Aussagen einer Service-Hotline oder einer medizinischen Hotline während der Randzeiten, also z.B. in den späten Abendstunden, nicht weiterhelfen, weil die Expertise nicht ausreicht. Hier kommt es weniger auf Quantität als auf Qualität an.

Bei den grundlegenden Service- und Beratungsleistungen der Kassen sind in der Praxis ebenfalls spürbare Unterschiede zu verzeichnen. Anstelle von vergleichbaren und verständlichen Informationen treffen Versicherte leider häufig auf nicht ausreichende, allgemeine oder werbende Hinweise. Veröffentlichungspflichten können hier Abhilfe schaffen und eine vollständige Darstellung der verbraucherrelevanten Aspekte befördern.

Die zunehmende Digitalisierung im Gesundheitswesen verdeutlicht die Notwendigkeit von mehr Transparenz bezüglich der Leistungen der einzelnen Krankenkassen weiter. Krankenkassen übernehmen bereits Kosten für verschiedene digitale Angebote. Verbindliche Informationen sowie vergleichbare und grundlegende Übersichten fehlen bislang jedoch. Ohne einfache und verlässliche Informationen – ausgehend von ihren jeweiligen individuellen Bedürfnissen – können sich Verbraucherinnen und Verbraucher keinen Überblick über die vorhandenen unterschiedlichen Angebote aller für sie wählbaren Krankenkassen verschaffen und keine fundierte Wahlentscheidung treffen.

Nutzerfreundliche, barrierefreie Darstellung der Daten

Höchst relevant ist für Verbraucherinnen und Verbraucher jenseits der Frage, wel-

che Qualitätsdimensionen bzw. konkreten Indikatoren veröffentlicht werden, die Frage, wie die Daten veröffentlicht werden. Seitenlange Einzelberichte, die keinen direkten Vergleich zulassen, nutzen nicht. Wichtig ist daher, dass für alle Krankenkassen dieselben Vorgaben zur Veröffentlichung bzw. Bereitstellung der Daten gelten und die Daten direkt vergleichbar und unabhängig sind und dass der Zugang umfassend und niedrigschwellig ist.

Besonders geeignet wäre ein unabhängiges Qualitäts-Portal für die Veröffentlichung der Daten. So könnten Versicherte auf der Suche nach einer Krankenkasse anhand der für sie individuell besonders wichtigen Kriterien, zum Beispiel auch vor dem Hintergrund einer vorliegenden chronischen Erkrankung, eine fundierte Auswahlentscheidung treffen.

Fundierte Kassenwahl leicht machen – Politik muss verbindliche Regelungen zur Qualitätstransparenz schaffen

In der nun zu Ende gehenden 19. Legislaturperiode wurde der Wettbewerbsrahmen der GKV weiterentwickelt. Neben der Rückkehr zur paritätischen Finanzierung stand die Reform des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (MorbiRSA) im Mittelpunkt. Ziel war es, faire finanzielle Rahmenbedingungen für alle Krankenkassen zu schaffen. Den Qualitätswettbewerb im Sinne der Versicherten sowie Patientinnen und Patienten zu stärken, muss nun der nächste Schritt zur Weiterentwicklung des Wettbewerbsrahmens in der GKV sein. Eine Grundvoraussetzung dafür ist Transparenz.

Einige Krankenkassen gehen hier bereits mit gutem Beispiel voran und veröffentlichen Qualitätsdaten. Dieser zaghafte Trend zu Kunden- oder Transparenzberichten der Krankenkassen, den wir derzeit beobachten können, ist sehr erfreulich. Die Bereitschaft zur Transparenz ist bereits ein Qualitätsindikator für sich. Wenn sich jedoch nur ein Teil der Krankenkassen einer solchen Transparenz und einem solchen Vergleich stellt, wenn die Daten der verschiedenen Krankenkassen nicht vergleichbar sind, oder wenn die präsentierten Daten aus Verbrauchersicht wenig relevant sind, dann bleibt der Nutzen der Berichte allerdings begrenzt. Selbst erstellte oder selbst beauftragte Qualitätsberichte sind ein wichtiger Anfang, unabhängige Qualitätsberichte und -vergleiche sind aber notwendig, um den Verbraucherinnen und Verbrauchern einen objektiven und differenzierten Vergleich zu ermöglichen. Freiwillige Selbstverpflichtungen reichen hier nicht aus. Notwendig sind klare gesetzliche Vorgaben, welche Daten in welcher Form von allen Kassen veröffentlicht oder bereitgestellt werden müssen. In großen Teilen liegen diese Daten verstreut, häufig nicht für die Öffentlichkeit zugänglich, bereits vor. Das zeigen auch die Transparenzoffensiven einzelner Kassen.

In der nächsten Legislaturperiode brauchen wir gesetzliche Vorgaben, die sicherstellen, dass entsprechende Daten unabhängig, vergleichbar und verständlich veröffentlicht werden, von allen Kranken- und Pflegekassen. Wer beispielsweise unter einer chronischen Krankheit leidet oder spezielle Bedürfnisse hat, sollte schnell überblicken können, welche besonderen Leistungen die verschiedenen Kassen anbieten und wie es um ihr Ser-

vice- und Genehmigungsverhalten steht. Um die Auswahlentscheidung für Verbraucherinnen und Verbraucher leicht(er) zu gestalten, sollten die Daten nutzerfreundlich in einem Online-Portal sowie in übersichtlichen analogen Berichten zur Kassenwahl zur Verfügung gestellt werden. Um Relevanz und Nutzbarkeit sicherzustellen, sind die Verbraucherinnen und Verbraucher bei der Entwicklung eines solchen Portals zwingend zu beteiligen.

Nach 25 Jahren Kassenwettbewerb mit Fokus fast ausschließlich auf den Preis kommt es nun darauf an, die Qualität als effektives und richtungsweisendes Wettbewerbsinstrument für die Krankenkassen nutzbar zu machen.

Literatur

1. Sozialgesetzbuch. Fünftes Buch. Gesetzliche Krankenversicherung. Erstes Kapitel Allgemeine Vorschriften. § 1 Solidarität und Eigenverantwortung und § 2 Leistungen, 2021. Online verfügbar: https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/_1.html (zuletzt abgerufen am 02. März 2021).
2. Bundesamt für Soziale Sicherung. Sonderbericht: Zum Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung, 2018. Online verfügbar: https://www.bundesamtssozialesicherung.de/fileadmin/redaktion/allgemeine_dokumente/Taetigkeitsberichte/20180404Sonderbericht_web.pdf (zuletzt abgerufen am 23. Februar 2021).
3. Schmitz H. Preis, Service oder Leistungen: Was beeinflusst besonders die Krankenkassenwahl von gesetzlich Versicherten? In Adolph T, Everling O, Methler M (Hrsg): Krankenversicherung im Rating. Leistungsbewertungen und Management als Schlüsselfaktoren. 3. Auflage. Springer Gabler, Wiesbaden, 2017; 279–295
4. Adolph T. Leistungsvergleiche in der GKV als Wettbewerbskriterium und Schlüssel zum Vertrieb. In Adolph T, Everling O, Methler M (Hrsg): Krankenversicherung im Rating. Leistungsbewertungen und Management als Schlüsselfaktoren. 3. Auflage. Springer Gabler, Wiesbaden, 2017; 181–212.
5. Verbraucherzentrale Bundesverband. Meinungen zur gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland. Forsa-Umfrage im Auftrag des vzbv, 2017. Online verfügbar: <https://www.vzbv.de/pressemitteilung/vzbv-fordert-umfangreiche-informationspflichten-fuer-krankenkassen> (zuletzt abgerufen am 23.02.2021).

6. IGES Institut (Hrsg). Leistungsbewilligungen und -ablehnungen durch Krankenkassen. Studie für den Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten sowie Bevollmächtigten für Pflege, 2017. Online verfügbar: https://www.iges.com/kunden/gesundheit/forschungsergebnisse/2017/leistungsablehnung/index_ger.html (zuletzt abgerufen am 23.02.2021).
7. Tagesspiegel. Krankenkassenleistungen: Ein fairer Vergleich für Versicherte, 2020. Online verfügbar: <https://www.tagesspiegel.de/berlin/krankenkassenleistungen-ein-fairer-vergleich-fuer-versicherte/25670574.html> (zuletzt abgerufen am 25.02.2021).



Petra Fuhrmann

Studium der Volkswirtschaftslehre in Heidelberg und Berlin. Danach berufliche Stationen beim Deutschen Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. und im Stabsbereich Gesundheitspolitik und Gesundheitsökonomie der AOK Rheinland/Hamburg. Berufsbegleitendes Public-Health-Studium an der Universität Düsseldorf. Seit 2018 Referentin für Gesundheitspolitik beim Verbraucherzentrale Bundesverband.



Thomas Moormann

Studium der Oecotrophologie in Bonn und der Gesundheitswissenschaften (Public Health) in Bielefeld. Seit über 20 Jahren im Gesundheitswesen tätig, u.a. als Wissenschaftlicher Mitarbeiter im Deutschen Bundestag, Vorstandsreferent einer Krankenkasse und Geschäftsführer einer AIDS-Hilfe, zuletzt Leiter eines Innovationsfonds-Projektes beim BKK Dachverband. Seit Februar 2021 Leiter des Teams Gesundheit und Pflege beim Verbraucherzentrale Bundesverband.

Gesundheitskompetenz der Versicherten in Deutschland – Erfahrungen und Erwartungen in Bezug auf den Umgang mit und die Unterstützung durch die Krankenkassen

Marie-Luise Dierks

Gesundheitskompetenz als die Fähigkeit von Menschen, gesundheitsbezogene Informationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden, ist inzwischen für viele Akteure im Gesundheitswesen ein Begriff geworden, den sie mit der Fähigkeit von Menschen assoziieren, sich gut im Gesundheitswesen zu rechtzufinden und bezüglich ihrer Gesundheit gute Entscheidungen zu treffen. Der folgende Beitrag greift die aktuelle Entwicklung zum Stand und zur Unterstützung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung auf und fasst Wünsche und Bedürfnisse der Versicherten zusammen. Er vermittelt zudem einen kurzen Abriss der aktuellen und zukünftig möglichen Aktivitäten der Krankenkassen, die ihnen im Zusammenhang mit der Förderung der Gesundheitskompetenz zugesprochen bzw. die sie selbst vor dem Hintergrund ihrer Verantwortung für die Gesundheit der Versicherten für sich reklamieren.

Was bedeutet Gesundheitskompetenz und wie ist der Stand der Gesundheitskompetenz in Deutschland?

Zunächst eine kurze begriffliche Einordnung. Gesundheitskompetenz (im englischen Health Literacy), so die inzwischen weit verbreitete Definition von Sørensen et al [1], basiert auf allgemeiner Lese- und Schreibfähigkeit und umfasst Wissen, Motivation und Kompetenzen von Men-

schen, Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden. Diese individuellen Fähigkeiten unterliegen einer Reihe von Einflussfaktoren wie dem sozioökonomischen Status, den kognitiven Fähigkeiten und damit Bildungsaspekten sowie Umwelt- und Lebensbedingungen. Sie führen, so das hinter dieser Definition stehende Modell, zu spezifischem Gesundheitsverhalten, das wiederum abhängig ist von motivationalen, psychischen und situativen Bedingungen. Inzwischen haben sich auch international eine Reihe von Sub-Modellen herausgebildet, die ausgehend von den Basisfähigkeiten auf Teilbereiche im Umgang mit Gesundheit und Krankheit verweisen: Sie reichen von digitaler Gesundheitskompetenz über Medien- oder Navigationskompetenz bis hin zu „Medication Literacy“ oder auch „Insurance Literacy“ [2]. Diese Ausdifferenzierung zeigt, dass Menschen für viele Teilthemen im Zusammenhang mit ihrer Gesundheit und Krankheit durchaus spezifische Kompetenzen brauchen, die allerdings streng genommen auf die oben skizzierten Basisfähigkeiten zurückführen.

Dagegen ist eine andere Weiterentwicklung der Diskussion um die Health

Literacy oder Gesundheitskompetenz zentral: Mehr und mehr setzt sich die Erkenntnis durch, dass der Grad der Gesundheitskompetenz von Menschen vor allem davon abhängt, wie das Gesundheitssystem insgesamt, die verantwortlichen Institutionen und deren Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter die Gesundheitskompetenz der Menschen bzw. ihrer Adressaten berücksichtigen und aktiv unterstützen.

Dass dies erforderlich ist, zeigen die in den letzten Jahren durchgeführten Bevölkerungsbefragungen: Mehr als die Hälfte der Menschen hat Schwierigkeiten damit, Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, zu bewerten und anzuwenden. Für 9,7% der Befragten ab 15 Jahre wurde in 2014 eine sehr geringe, oder wie es die Autorinnen und Autoren bezeichnen, inadäquate Gesundheitskompetenz konstatiert, für 44,6% eine nicht ganz so schlechte, aber immer noch problematische [3]. Aktuelle Daten aus 2020 weisen sogar auf einen Abwärtstrend hin, der Anteil der Menschen, deren Gesundheitskompetenz sich als inadäquat darstellt, ist auf 19,7% angestiegen. Insbesondere Ältere, chronisch Erkrankte, Menschen mit niedrigem Bildungsgrad und Menschen mit Migrationshintergrund haben mehr Schwierigkeiten als andere [4], aktuell aber offenbar auch die sehr jungen Befragten [5]. Problematisch ist, dass diese Personengruppen oftmals ihren Gesundheitszustand schlechter einschätzen, eher problematische Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten haben, mehr Arztkontakte vorweisen und ärztliche Notfalldienste öfter benötigen als Menschen mit einer hohen Gesundheitskompetenz [6].

Zu berücksichtigen ist allerdings: Die Daten zur Gesundheitskompetenz basieren auf Selbsteinschätzungen der Betrof-

fenen. Es kann auch angenommen werden, dass vor allem in der realen Erkrankungssituation oder wie auch in der seit 2020 andauernden Pandemiesituation die Schwierigkeit, gute Informationen zu finden, zu verstehen und anzuwenden, besonders deutlich wird [7–9]. Die Einordnung der Ergebnisse vor dem Hintergrund der Reflexion der Methodik, der Erhebungssituation, der Interpretation von Selbsteinschätzungen und der zeitlichen Verortung bedarf vermutlich weiterer, vertiefter Untersuchungen – dennoch kann festgehalten werden:

Gesundheitskompetenz ist, das zeigen die Daten, ein relevantes Thema und mehr und mehr wird die Verantwortung des Gesundheitssystems und der darin agierenden Akteure, aber auch der gesellschaftlichen Institutionen im Sozial- und Bildungsbereich, für eine gute Gesundheitskompetenz der Bevölkerung deutlich. Es ist eben nicht angemessen, allein den Menschen die Verantwortung für ihre Gesundheit und ihre Gesundheitskompetenz aufzubürden, wenn sie gleichzeitig, etwa durch einen niedrigen sozioökonomischen Status oder eingeschränkte gesundheitliche Situation, struktureller gesundheitlicher Benachteiligung ausgesetzt sind [10].

Deshalb wird inzwischen eine erweiterte Definition von Gesundheitskompetenz genutzt:

„Gesundheitskompetenz ist der Grad, zu dem Individuen durch das Bildungs-, Sozial- und/oder Gesundheitssystem in die Lage versetzt werden, die für angemessene gesundheitsbezogene Entscheidungen relevanten Gesundheitsinformationen zu finden, zu verarbeiten und zu verstehen.“ [11].

Gesundheitskompetenz als Zusammenspiel zwischen individuellen Fähigkeiten und Rahmenbedingungen im Gesundheitssystem – die Rolle der Institutionen im Gesundheitssystem

Die so dargestellte Erweiterung führte auch in Deutschland zu einer Reihe von Strategien, in die Expertinnen und Experten aus Politik und Wissenschaft, der professionellen Pflege, der Kosten- und Leistungsträger einschließlich der Patientenvertretungen einbezogen waren und sind. Dazu zählt zunächst der 2018 vorgestellte Nationale Aktionsplan Gesundheitskompetenz, in dem zukünftige Aufgaben für unterschiedliche Akteure zur Stärkung der Gesundheitskompetenz formuliert sind [3]. Dieses Dokument bündelt die wissenschaftlichen Erkenntnisse zum Stand der Gesundheitskompetenz, international erprobte Strategien zu ihrer Verbesserung und fasst zukünftig erforderliche Konzepte unter vier Überschriften zusammen:

- Gesundheitskompetenz in allen Lebenswelten fördern, um z.B. im Lebensraum der Menschen, in der Kommune, den Zugang zu Gesundheitsinformationen transparenter zu gestalten.
- Das Gesundheitssystem nutzerfreundlicher gestalten, um z.B. die aktive Mitwirkung von Patientinnen und Patienten im Behandlungsgeschehen zu fördern oder informierte Entscheidungen bei Therapien zu unterstützen.
- Gesundheitskompetent mit chronischer Erkrankung leben, um z.B. die Fähigkeit zum Selbstmanagement von chronisch Erkrankten, ihren Angehörigen und Freunden zu stärken.
- Forschung zur Gesundheitskompetenz ausbauen, um z.B. die Gesundheits-

kompetenz und die kommunikativen Fähigkeiten der Gesundheitsfachberufe zu erfassen und den Einfluss dieser Kompetenz auf den Umgang mit den Adressaten zu analysieren.

In zeitlicher Nähe wurde unter Federführung des Bundesministeriums für Gesundheit Ende 2017 eine Allianz für Gesundheitskompetenz gegründet [12], in die alle relevanten Entscheidungsträger des deutschen Gesundheitswesens einbezogen sind. Auch die Krankenkassen haben sich hier grundsätzlich für eine umfassende, bundesweite Strategie zur Förderung der Gesundheitskompetenz von Bürgerinnen und Bürgern ausgesprochen. So sollen nicht nur die bereits bestehenden Aktivitäten der verschiedenen Organisationen gebündelt, gestärkt und gut aufeinander abgestimmt werden, sondern zugleich neue Ansätze und Maßnahmen entwickelt und umgesetzt werden. Die im Strategiepapier der Allianz formulierten Ziele sind auf drei Ebenen angesiedelt: Es geht um die Stärkung der Gesundheitsbildung (z.B. in Schulen, Betrieben etc.), um gut verständliche und zugleich wissenschaftlich fundierte Gesundheitsinformationen (vor allem auch im Internet) und um eine Verbesserung der Kommunikation zwischen den Erkrankten und ihren behandelnden Personen einschließlich der Stärkung der Aus-, Fort- und Weiterbildung. Besonderes Augenmerk soll darauf liegen, wie Menschen mit besonderem Unterstützungsbedarf adäquat geholfen werden kann, aber auch darauf, wie sich die Gesundheitskompetenz allgemein in den Einrichtungen und Organisationen des Gesundheitswesens (z.B. Krankenhäuser, Krankenkassen usw.) stärken lässt [12].

Im Januar 2019 wurden dann unter Mitarbeit von Vertreterinnen und Vertretern der GKV diese Überlegungen in einem Strategiepapier zur Integration von Gesundheitskompetenz auf allen Ebenen des Gesundheitssystems konkretisiert. Eine Offensive für mehr Verständlichkeit und Nutzerfreundlichkeit sollte, so auch hier ein Fazit, in den Organisationen des Gesundheitswesens wie auch auf der individuellen Interaktions- bzw. Kommunikationsebene ansetzen. Dazu gehören dann eine auf die Förderung der Gesundheitskompetenz der Adressatinnen und Adressaten abzielende Organisationsentwicklung ebenso wie dort integrierte Qualifikationsangebote für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter [13]. Weitere Strategietreffen zu unterschiedlichen Schwerpunktthemen, u. a. zur Rolle der Medien oder der Forschung bündelten und bündeln mögliche weitere Aktivitäten.

Diskutiert wird, ob eine zentrale Koordinierungsstelle für Gesundheitskompetenz sinnvoll ist, die einen Überblick über aktuelle Aktivitäten ermöglicht und als „Thinktank“ für die Entwicklung von Strategien dienen kann. Die Weiterführung des Nationalen Aktionsplans für Gesundheitskompetenz ist in diesem Zusammenhang eine wichtige Aktivität, aber auch das 2019 gegründete Deutsche Netzwerk für Gesundheitskompetenz, in dem zahlreiche Akteure des Gesundheitswesens vertreten sind [14].

Insgesamt wird anhand aktueller Daten zur Gesundheitskompetenz sowie aus Statements von wissenschaftlichen, politischen und institutionellen Akteuren ein hoher Bedarf zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz deutlich. Ob Bürgerinnen und Bürger bzw. Versicherte diesen Bedarf für sich auch ableiten, wird im Folgenden diskutiert.

Gesundheitskompetenz stärken – was erwarten Versicherte von ihrer Krankenkasse?

Studien zu der Frage, was genau Menschen von ihrer Krankenkasse bei der Förderung und Unterstützung ihrer Gesundheitskompetenz erwarten, liegen bisher nicht vor – ist doch der Begriff Gesundheitskompetenz auch noch nicht so stark in der Bevölkerung verankert, dass explizit danach gefragt werden kann. Allerdings gibt es zahlreiche Hinweise auf Wünsche und Bedürfnisse, die sich auf unterschiedliche Aspekte der Gesundheitskompetenz und deren Unterstützungsmöglichkeiten durch Krankenkassen beziehen.

Dazu einige Beispiele: Nach Ergebnissen einer mit 3.000 Versicherten durchgeführten Befragung im Jahr 2009 [15] ist es den Menschen sehr wichtig, dass ihre Krankenkasse sie bei der Organisation häuslicher Krankenpflege unterstützt (86,4%), bei einer wichtigen Behandlung einen Spezialisten empfiehlt (83,0%), eine Zweitmeinung eines Arztes anbietet (82,3%) und sie bei der Vermittlung von schnellen Arztterminen unterstützt (79,3%). Eine telefonische 24-Stunden-Experten-Beratung zu medizinischen Themen wünschten sich 2009 knapp 50% der Befragten, die Relevanz dieser Art von Unterstützung ist möglicherweise aktuell noch höher.

Eine weitere Studie mit 3.400 Versicherten deutscher Krankenkassen im Jahr 2019 zeigt, dass zwei von drei der Befragten erwarten, dass ihre Krankenkasse sie bei der Arzt- und Krankenhaussuche unterstützt, Expertenberatung während einer Behandlung oder Reha sowie Gesundheits-Checks anbietet. Gerade die Jünge-

ren bevorzugen eine Online-Beratung, sind aber auch der Ansicht, dass die nach wie vor persönliche Beratungen vorhalten soll [16].

Dass sich vor allem Menschen mit schweren akuten oder chronischen Erkrankungen mehr Unterstützung wünschen, zeigen auch aktuelle Daten – hier die im März 2021 veröffentlichten Ergebnisse einer Repräsentativbefragung der Siemens Betriebskrankenkasse (SBK) [17]. Mehr als ein Drittel der befragten kranken Versicherten wünscht sich beim Management ihrer Erkrankung mehr Informationen und Unterstützung von ihrer Krankenkasse, auch von den Ärztinnen und Ärzten wird deutlich mehr Unterstützung als bislang gefordert (52,0%)

Die Verantwortlichen in der SBK kommen zu dem Schluss, dass es nicht nur sehr allgemeiner, sondern insbesondere anlassbezogener Informationen bedarf, die sie gern ihren Versicherten bezogen auf die konkrete Gesundheitssituation zur Verfügung stellen würden, dies bedürfe allerdings eines anders geregelten Zugangs zu Versorgungsdaten.

Besonders die chronisch kranken Versicherten, so die skizzierten Daten, benötigen angesichts einer immer noch unübersichtlichen Versorgungslandschaft und zahlreicher Schnittstellen sowie fehlender Vernetzung der Leistungserbringer in der Versorgung Unterstützung und Förderung der Gesundheitskompetenz.

» Zusammenfassend kann festgehalten werden: Bezogen auf die Gesundheitskompetenz wünschen sich die Menschen überwiegend Unterstützung bei der Organisation und beim Zugang zur Versorgung, bei der Navigation im Gesundheitssystem, bei Transparenzinformationen zur Qualität

der Einrichtungen des Gesundheitswesens und bei der gesundheitsbezogenen Information.

Krankenkassen als Unterstützungsinstanz ihrer Versicherten durch Information, Beratung und Unterstützung bei der Navigation im Gesundheitswesen

Inzwischen haben alle Krankenkassen ein umfangreiches Informations- und Unterstützungsangebot für Versicherte aufgebaut, kompetente Beratungsdienste etabliert und sind an der Entwicklung und Dissemination von Qualitätsdaten des Gesundheitswesens beteiligt. Gesundheitsnavigatoren, Faktenboxen oder Online-Coaches sind erste und wichtige Aktivitäten, die hier nur skizziert werden können. Lotsendienste beispielsweise sind in der Entwicklung, eine Maßnahme, die als zusätzliche Leistung der GKV durchgeführt werden könnten. Ihre Implementierung wird aktuell im Rahmen von Förderprojekten des Innovationsfonds unter Beteiligung unterschiedlicher Krankenkassen erprobt, eine Verstetigung dieser Projekte steht noch aus [18]. Gleiches gilt für die Etablierung von Selbstmanagementprogrammen für chronisch kranke Menschen, die gemeinsam mit Krankenkassen und mit hohem Nutzen für die Teilnehmenden durchgeführt werden, aber ebenfalls noch unter einer unklaren Verstetigungsperspektive arbeiten [19].

Damit leisten die Krankenkassen einen wichtigen Beitrag zur Unterstützung der Gesundheitskompetenz nicht nur ihrer Versicherten, sondern durchaus auch aller Bürgerinnen und Bürger.

Eine Publikation aus dem Jahr 2019 bündelt unter dem Titel „Gesundheitskompetenz im Focus. Das Praxishandbuch“ [20]

diverse Aktivitäten – von der Unterstützung der individuellen Gesundheitskompetenz über Aktivitäten in Organisationen bis hin zu kommunalen Angeboten, Selbstmanagementkurse, Patienteninformationszentren in Krankenhäusern über gesunde Führung bis hin zu Etablierung neuer Gesprächsverfahren in Einrichtungen des Gesundheitswesens oder die Einführung einer Ernährungsempfehlung.

Damit wird allerdings auch deutlich, dass es zwischen Gesundheitskompetenz und anderen Konzepten und Aktivitäten nicht nur in der GKV viele Überschneidungen gibt – nicht zuletzt im Feld der Gesundheitsförderung und Prävention. Das Argument für mehr und konkretere Förderung von Gesundheitskompetenz wird damit nicht nur unterstützt. Vielmehr erschweren die Überschneidungen einen eindeutigeren Auftrag für die Gesundheitskompetenz gegenüber bereits bestehenden Konzepten und damit verbundenen Interventionen. Dementsprechend scheint es sinnvoll, sich zukünftig stärker und mehr auf die genuine Definition zu konzentrieren und auch zu differenzieren, wie Gesundheitskompetenz und Gesundheitsförderung zwar zusammenhängen, aber durchaus auf unterschiedliche Wirkungen abzielen.

Krankenkassen als Unterstützer der individuellen Gesundheitskompetenz durch Förderung digitaler Kompetenzen

Die Digitalisierung des Gesundheitswesens wirft ein Schlaglicht auf die Relevanz der Gesundheitskompetenz. Auch im Umgang mit digitalen Medien haben viele Menschen Informations- und Kompetenzdefizite. Analog zu der Gesundheitskom-

petenz generell verfügen mehr als 50% der Menschen in Deutschland über eine eingeschränkte digitale Gesundheitskompetenz und haben Probleme bei der (digitalen) Suche nach Informationen, deren Bewertung und Umsetzung. Auch fällt es ebenfalls rund 50% der Menschen schwer, zuverlässige von nicht zuverlässigen Informationen im Internet zu unterscheiden [21]. Besonders Menschen mit niedriger Bildung, im höheren Alter und mit niedrigem Sozialstatus sind hier betroffen [22]. Angesichts der vielen digitalen An- und Zumutungen, aber auch der Chancen, die im Gesundheitssystem an die Versicherten herangetragen werden – man denke nur an die digitale Patientenakte, Videosprechstunden, zunehmende digitale Abwicklung aller Kontakte zwischen Nutzerinnen und Nutzern und den Institutionen, Apps etc. – ist die Förderung der Fähigkeiten von Menschen, diese Medien kompetent zu nutzen und deren Chancen und Risiken gut zu beurteilen besonders relevant.

Hier hat der Gesetzgeber bereits reagiert und mit der Einführung des § 20k im SGB V die Krankenkassen definitiv verpflichtet, Leistungen zur Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz zu entwickeln und für ihre Versicherten zugänglich zu machen. Geht es nach den Wünschen der Befragten der oben genannten SBK-Studie, ist hier eine persönliche Begleitung und Unterstützung, auch durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einer Krankenkasse, gefragt. 57% der Befragten sprechen sich für eine Vorstellung eines digitalen oder telemedizinischen Angebotes in einem solchen persönlichen Gespräch aus, 80% wünschen sich, dass sie von ihrer Ärztin oder ihrem Arzt bzw. oder anderen Gesundheitsprofessionen

bei der Auswertung der Informationen aus den digitalen Angeboten unterstützt werden [17].

Allerdings ist der § 20k SGB V eindeutig auf die Stärkung der individuellen Kompetenzen der Menschen ausgelegt. Der explizite Gedanke, dass die Krankenkassen selbst Anpassungen ihrer Struktur, ihrer Angebote und in ihrem Kontakt mit den Versicherten vornehmen und ihre Anstrengungen auf die Förderung der Gesundheitskompetenz ausrichten müssten unterbleibt zunächst (noch).

Health Insurance Literacy – Krankenkassenbezogene Gesundheitskompetenz

Insbesondere im amerikanischen Raum taucht seit einigen Jahren in der Literatur der Begriff der „Health Insurance Literacy“ auf, also die Fähigkeit von Menschen, angemessen mit ihren Versicherungen zu interagieren [2]. Nun hat die Krankenversicherung in den USA bekanntlich eine andere Organisationsstruktur und ist gänzlich anders in das Gesundheitssystem eingebettet als im deutschen System, dennoch lohnt sich ein Blick auf das Konzept: Es bezieht sich in freier Übersetzung auf vier Komponenten:

- **Knowledge:** Wissen oder das Erkennen der Notwendigkeit, die Versicherungsterminologie zu verstehen
- **Information Seeking:** Verhalten bei der Informationssuche und/oder Kenntnis der Fragen, die Menschen stellen sollten und wo sie die Antworten finden
- **Document literacy:** Fähigkeiten, die Dokumente der Versicherungen zu lesen und die Leistungen und Erklärungen dazu zu interpretieren

- **Cognitive Skills:** Kognitive Fähigkeiten, die die Fähigkeit einschließen Kostenbeteiligungen zu berechnen und die Tarife auf der Grundlage von Kosten und Nutzen zu beurteilen [23]

Auch wenn in Deutschland die Regelleistungen und die zu erstattenden Leistungen zu einem hohen Prozentsatz gesetzlich festgelegt und somit für alle Krankenkassen gleich sind, könnte hier die „Health Insurance Literacy“ insbesondere bei der Wahl einer Krankenkasse unter Berücksichtigung von Service- und Zusatzleistungen eine Rolle spielen.

Ein weiterer Bereich betrifft die Fähigkeit der Versicherten, Informationen ihrer Krankenkasse tatsächlich zu verstehen und relevante Dokumente zu lesen. So geben 51,8% der Befragten im HLS GER 2 (2020) an, im zurückliegenden Zeitraum mindestens eine Erklärung ihrer Krankenkasse nicht richtig verstanden zu haben, etwas geringer ist der Anteil der Nennungen bei der Verständlichkeit der Hinweise von Fachärzten (47,5%) und Hausärzten (37,4%) [5].

Betrachtet man in diesem Zusammenhang beispielsweise die Beratungsanliegen, die in der Unabhängigen Patientenberatung (UPD) bearbeitet werden, so werden hier durchaus häufig Anliegen in Bezug auf die Krankenkassen vorgetragen [24]. Versicherte berichten, dass sie in einigen Fällen Formulare erhalten, in denen Pflichtangaben (für die Bearbeitung des Antrags auf Krankengeld) und freiwillige Angaben (für das Krankengeldfallmanagement) vermischt werden. Ein Unterschied sei, so die UPD, für die Betroffenen oft nur schwer oder gar nicht erkennbar. Dass sie damit eingewilligt haben, zum Beispiel zur persönlichen

Lebenssituation befragt zu werden und sich dabei durchaus unwohl fühlen, sei ihnen beim Unterschreiben des Formulars nicht klar geworden [24].

Hier wäre es durchaus lohnend, mit dem Blick auf die (eher geringe) Gesundheitskompetenz der Adressatinnen und Adressaten das Formularwesen von Krankenkassen einer kritischen Überarbeitung zu unterziehen, und Dokumente oder auch den Schriftverkehr einmal daraufhin zu untersuchen, wie gut die Informationen tatsächlich von Versicherten verstanden werden [25].

Krankenkasse als Gesundheitskompetenz-fördernde Institutionen

Diese Überlegungen führen zu der Frage, ob und wie die Strukturen der Krankenkassen selbst im Sinne einer gesundheitskompetenten Krankenkasse in den Blick genommen werden sollten.

Gesundheitskompetente Organisationen, so eine Definition der WHO, fördern das Bewusstsein für Gesundheitskompetenz in allen Strategien, Ansätzen und Aktivitäten und begreifen die Förderung von Gesundheitskompetenz als Teil ihrer Kerntätigkeit [26]. Das Konzept rekurriert durchaus auf bereits etablierte Konzepte der Qualitätsverbesserung, der Organisationsentwicklung und des Change-Managements, mit dem besonderen Fokus auf die Gesundheitskompetenz aller Adressatinnen und Adressaten. Es ist bereits für den stationären Sektor mit einem 10-Punkte-Programm vorgestellt und erprobt worden [27, 28]. Für den deutschen Kontext haben z. B. Konzepte der „gesundheitsfördernden Krankenhäuser“ oder der „selbsthilfefreundlichen Krankenhäuser“

Aktivitäten in eine ähnliche Richtung entfaltet.

Unter Berücksichtigung dieser Ansätze würde eine gesundheitskompetente Krankenkasse ihre Versicherten mit ihren individuellen Bedürfnissen und Fähigkeiten in den Mittelpunkt stellen und alle Strukturen und Prozesse daran ausrichten, ihnen individuell angemessene Entscheidungen und größtmögliche Teilhabe an allen Versorgungsprozessen und -entscheidungen zu ermöglichen. Dabei sollten sie berücksichtigen, dass selbst Personen, deren Gesundheitskompetenz unter „normalen“ Umständen adäquat ist, Schwierigkeiten bei der Verarbeitung und Nutzung von Informationen haben können, wenn sie krank, verängstigt oder beeinträchtigt sind [28].

Als Erfolgsfaktoren werden in diesem Zusammenhang u. a. das Engagement der Führungsebene, die breite Beteiligung aller Fachbereiche, die Zuweisung von klaren Verantwortlichkeiten, Zielen und Standards, aber auch die Etablierung von sogenannten „Health Literacy Champions“, die im Unternehmen für die Planung und Umsetzung von Aktivitäten verantwortlich sind, sowie eine die fortlaufende Sensibilisierung und Schulung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern angeführt [29]. Dazu gehört auch, die Versicherten in die Entwicklung, Implementierung und Evaluation von organisationsinternen Strukturen, Prozessen und Informationen einzubinden [30].

Hier ist ein Blick ins benachbarte Ausland nützlich. In Österreich beispielsweise wurde dezidiert der Prozess „die gesundheitskompetente Sozialversicherung“ angestoßen, mit dem Ziel, gesundheitsrelevante Informationen für Versicherte leicht zugänglich, verständlich,

leicht bewertbar und gut nutzbar zu machen. Damit lehnen sich die Verantwortlichen an das Konzept der „Health Literate Organization“ an [28] und haben fünf versichertenbezogene Handlungsfelder bearbeitet:

- Verständliche Informationsmaterialien,
- gute Gesprächsqualität,
- Orientierungshilfen,
- Einbeziehung der Zielgruppe und
- Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Die hierfür erforderlichen Maßnahmen und Strategien sind in einer empfehlenswerten „Methodenbox“ zusammengefasst. Diese Methodenbox kann auch für Deutschland wertvolle Hinweise liefern und die Entwicklung einer Organisationalen Gesundheitskompetenz in der GKV unterstützen [31].

Fazit

Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung zu fördern, ist eine Aufgabe, die die Krankenkassen als eine ihrer Aufgaben ansehen, die Versicherten erwarten von den Krankenkassen auf unterschiedlichen Ebenen Unterstützung, Beratung und Hilfe bei der Navigation im Gesundheitssystem. Aktuell existieren durchaus schon längerfristig etablierte Modelle, Instrumente, Aktivitäten, Informationsangebote etc. Viele davon beziehen sich vorrangig auf die individuelle Gesundheitskompetenz der Versicherten, auch für die Vermittlung digitaler Fähigkeiten sind Angebote in Planung.

Dennoch ist die Gesundheitskompetenz der Menschen, nimmt man die Ergebnisse der aktuell vorliegenden Studien

ernst, in den letzten Jahren nicht angestiegen, sondern eher zurückgegangen [5]. Über die Gründe diskutieren wir zurzeit noch: Ist es vielleicht gerade die Vielfalt der Informationen, sind es immer noch intransparente Qualitätskriterien, eine sich mehr und mehr ausdifferenzierende Beratungs- und Unterstützungsvielfalt oder vor allem ein sich unter ökonomischem Druck veränderndes Kommunikations- und Informationsverhalten der Professionellen im Gesundheitswesen? Die Beantwortung dieser Fragen bedarf weiterer Analysen. Noch immer gibt es keinen Königsweg, wie es wirklich gelingen kann, die bildungsfernen, vulnerablen und sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen zu erreichen und Arbeits- und Lebensbedingungen genauso zu berücksichtigen wie die Strukturen der gesundheitlichen Versorgung.

Auch bei der Frage, wie es um die Gesundheitskompetenz der Versicherten in Bezug auf ihren Umgang mit der Krankenkasse selbst bestellt ist, lohnt es sich genauer hinzuschauen und hier systematisch mit den Versicherten ins Gespräch zu kommen. Nicht zuletzt sind Entwicklungsschritte in Richtung gesundheitskompetenter Organisation nicht nur für Versorgungseinrichtungen, sondern auch für die Krankenkassen sinnvoll. Sie könnten sich im Sinne einer Gesamtstrategie für mehr Gesundheitskompetenz in Deutschland lohnen.

Literatur

1. Sørensen K, Van den Broucke, Stephan, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, Brand H. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*. 2012;12:1
2. Call KT, Conmy A, Alarcón G, Hagge SL, Simon AB. Health insurance literacy: How best to measure and does it matter to health care access and affordability? *Res Social Adm Pharm* 2020. doi:10.1016/j.sapharm.2020.09.002.
3. Schaeffer D, Hurrelmann K, Bauer U, Kolpatzik K. Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz. 2018. Bielefeld. <https://www.nap-gesundheitskompetenz.de> [25.03.2021]
4. Hurrelmann K, Klinger J, Schaeffer D. Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland. Vergleich der Erhebungen 2014 und 2020. <https://www.uni-bielefeld.de/erziehungswissenschaft/izgk/downloads/HLS-GER-1-2020.pdf> [25.03.2021]
5. Hurrelmann K, Klinger J, Schaeffer D. Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland – Vergleich der Erhebungen 2014 und 2020; 2021. https://pub.uni-bielefeld.de/download/2950303/2950404/HLS-GER%201_2020.pdf [15.02.2021]
6. Schaeffer D, Vogt D, Berens E-M, Hurrelmann K. Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland: Ergebnisbericht. Bielefeld; 2016. https://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag6/downloads/Ergebnisbericht_HLS-GER.pdf [05.02.2021]
7. Ayers SL, Kronenfeld JJ. Chronic illness and health-seeking information on the Internet. *Health (London)*. 2007;11:327–47.
8. Ehemann CR, Berkowitz Z, Lee J, Mohile S, Purnell J, Rodriguez EM, et al. Information-seeking styles among cancer patients before and after treatment by demographics and use of information sources. *Journal of health communication*. 2009;14:487–502.
9. Dierks M-L. Gesundheitskompetenz – Was ist das? *Forum Public Health*. 2017;25:101. doi:10.1515/pubhef-2016–2111.
10. Schaefer C, Bitzer EM, Dierks M-L. Mehr Organisationale Gesundheitskompetenz in die Gesundheitsversorgung bringen!: Ein Positionspapier des Deutschen Netzwerks Gesundheitskompetenz e.V. DNGK. Deutsches Netzwerk Gesundheitskompetenz e.V. (DNGK). https://dngk.de/wp-content/uploads/2019/11/DNGK-PosPap-OGK-final_19115.pdf [15.02.2021]
11. Bitzer E, Ernstmann N. Vorschlag für eine erweiterte Definition von Health Literacy. 2019. <https://dngk.de/gesundheitskompetenz/definition-health-literacy-august-2019/>. [01.03.2021]
12. Bundesministerium für Gesundheit. Allianz für Gesundheitskompetenz. 2017. http://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/E/Erklarungen/Allianz_fuer_Gesundheitskompetenz_Abschlussklausur.pdf. [10.02.2021]
13. Schmidt-Kähler S, Schaeffer D, Hurrelmann K, Pelikan J. Strategiepapier #4 zu den Empfehlungen des Nationalen Aktionsplans. Gesundheitskompetenz als Standard auf allen Ebenen im Gesundheitssystem verankern.; 2019. <https://www.nap-gesundheitskompetenz.de/aktionsplan/strategiepapiere/01.03.2021>
14. Deutsches Netzwerk Gesundheitskompetenz e.V. DNGK. 2021. <https://dngk.de>.
15. Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen (WIDO). Erwartungen an die GKV nach Einführung des Gesundheitsfonds. Ergebnisse einer Repräsentativ-Umfrage unter 3.000 GKV-Versicherten: Gesundheitsmonitor 2009. Berlin; 2009.
16. Bain & Company. Welche Services gesetzlich Versicherte von ihren Krankenkassen erwarten.; 2019. <https://www.arzt-wirtschaft.de/finanzen/versicherungen/welche-services-gesetzlich-versicherte-von-ihren-krankenkassen-erwarten/> [31.01.2021]
17. SBK Siemens Betriebskrankenkasse. Umfrage Gesundheitskompetenz; März 2021. https://www.sbk.org/fileadmin/user_upload/Presse/PM_Gesundheitskompetenz.pdf [15.02.2021]
18. IGES. IGES Studie zum Versorgungsmanagement durch Patientenlotsen. Abschlussbericht für die Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten; 2018. https://www.iges.com/sites/igesgroup/iges.de/myzms/content/e6/e1621/e10211/e22175/e23322/e23323/e23325/attr_objjs23366/IGES_Versorgungsmanagement_durch_Patientenlotsen_042018_ger.pdf [04.03.2021]
19. Dierks ML, Meierjürgen R, Seidel G. Perspektiven und Herausforderung in der Selbstmanagementförderung bei chronischer Krankheit in Deutschland. In: Seidel G, Meierjürgen R, Melin S, Krug J, Dierks ML (Hrsg.). *Selbstmanagement bei chronischen Erkrankungen..* Baden-Baden: Nomos; 2019. S. 299–311.
20. Kolpatzik K. Gesundheitskompetenz im Fokus. *Das Praxishandbuch*. 2019. https://www.aok-bv.de/imperia/md/aokbv/gesundheitskompetenz/nordost_gesundheitskompetenz_2019.pdf. [7 Jan 2021]
21. Kolpatzik K, Mohrmann M, Zeeb H. *Digitale Gesundheitskompetenz in Deutschland*. Berlin: KomPart; 2020.
22. Schaeffer D, Berens, E-M, Gille, S., Griese L, Klinger J, Sombre S de, Vogt D, Hurrelmann K. Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland – vor und während der Corona Pandemie: Ergebnisse des HLS-GER 2.; 2021. <https://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag6/downloads/HLS-GER-2-Ergebnisbericht.pdf> [10.03.2021]
23. Allways Health Partners. *Health Insurance Literacy*. o.J. <https://neebc.memberclicks.net/assets/pdfs/2020-newsletter/Health%20Insurance%20Literacy%20Guide%20by%20AllWays%20Health%20Partners.pdf>. [04.03.2021]
24. Unabhängige Patientenberatung Deutschland UPD. *Monitor Patientenberatung: Jahresbericht der UPD Patientenberatung Deutschland gGmbH an die Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten*

- gemäß § 65b SGB V. Berlin; 2019. <https://www.patientenberatung.de/de/uber-uns/monitor-patientenberatung> [04.03.2021]
25. Maaß C. Easy Language – Plain Language – Easy Language Plus: Balancing Comprehensibility and Acceptability. Berlin: Frank & Timme GmbH Verlag für wissenschaftliche Literatur; 2020.
26. Kickbusch I, Pelikan J, Apfel F, Tsouros A. Health Literacy. The Solid Facts. Geneva: World Health Organization; 2013.
27. Kowalski C, Lee D.SY, Schmidt A, Wesselmann S, Wirtz MA, Pfaff H, Ernstmann N. The health literate health care organization 10 item questionnaire (HLHO-10): development and validation. *BMC Health Services Research*, 15 (47): 1–9. 2015;15.
28. Brach C, Keller D, Hernandez L, Baur C, Parker R, Dreyer B, Schyve P, Lemerise Aj, Schillinger D. Ten attributes of health literate health care organizations. 2012. <https://nam.edu/perspectives-2012-ten-attributes-of-health-literate-health-care-organizations/> [10.01.2021]
29. Steiert T. Konzepte gesundheitskompetenter Organisationen Möglichkeiten und Grenzen einer Übertragung auf die gesetzliche Krankenversicherung in Deutschland [Masterarbeit]. Ahlen: HTW; 2019.
30. Farmanova E, Bonneville L, Bouchard L. Organizational Health Literacy: Review of Theories, Frameworks, Guides, and Implementation Issues. *Inquiry*. 2018;55:46958018757848. doi:10.1177/0046958018757848.
31. Kraus-Füreder H, Soffried J, Holler P. Methodenbox: Die gesundheitskompetente Sozialversicherung. Wien; 2020. <https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/load?contentid=10008.731981&version=1580910791> [10.02.2021]



Prof. Dr. Marie-Luise Dierks

Erziehungswissenschaftlerin, seit 2004 Professorin für Public Health an der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH), Mit-Initiatorin und Leiterin der Patientenuniversität an der MHH, Leitung des Forschungsschwerpunkts Patientenorientierung und Gesundheitsbildung.

Forschungsthemen: Gesundheitskompetenz, Patientenzufriedenheit, Qualität von Patienteninformation und -beratung, Stärkung von Selbstmanagementfähigkeiten und digitaler Kompetenz bei Menschen mit chronischen Erkrankungen, Wirkungen der organisierten Selbsthilfe.

Ergebnisse der Kundenbefragung



Qualitätswahrnehmung der Krankenversicherung aus der Versichertenperspektive – Ergebnisse einer repräsentativen Versichertenbefragung

Sören Schiller und Sarah-Maria Steppe

Einführung

Hintergrund und Aufgabenstellung der Versichertenbefragung

Wie Versicherte die Qualität ihrer Krankenversicherung beurteilen, ist durch die komplexen Strukturen im Gesundheitswesen und die Vielfalt der Leistungsangebote nicht einfach zu beantworten. Der Blick in einschlägige Vergleichsportale wie Stiftung Warentest, www.krankenkassen.de, Verivox oder www.krankenkasseninfo.de macht deutlich: Werden Krankenversicherungen miteinander verglichen, stehen dabei fast ausschließlich Beiträge und Leistungen im Fokus. Welcher Geldbetrag lässt sich bei einem Wechsel einsparen, welche Krankenversicherungen bieten bestimmte Leistungen an und wie viele Gesundheitsapps können genutzt werden? Die den Vergleichen zugrundeliegenden mehrheitlich objektiven Kriterien verraten jedoch wenig darüber, welche Qualität die Versicherten im Alltag bei diesen Krankenversicherungen erwarten können. Dies offenbart ein wesentliches Problem der Vergleiche, denn den Versicherten ist nicht nur wichtig, welchen Beitrag sie bei ihrer Krankenversicherung bezahlen oder ob und in welcher Höhe diese eine professionelle Zahnreinigung bezuschusst. Im

Rahmen der Beurteilung einer Krankenversicherung achten sie unter anderem auch darauf, ob diese empathisch und kompetent berät, ob sie benötigte Leistungen einfach und unkompliziert bewilligt und ob sie sich merklich für eine optimale Gesundheitsversorgung der Versicherten einsetzt. Neben der zweifelsfrei hohen Bedeutung von Beiträgen und Leistungen kommt es den Versicherten auch auf die Qualität an, die sie in der Interaktion mit ihrer Krankenversicherung erleben können. Zur Qualitätseinschätzung der Krankenversicherungen in Deutschland liegen bisher nur wenige veröffentlichte Erkenntnisse vor.

Zielsetzung der diesem Beitrag zugrundeliegenden quantitativen Befragung ist eine umfassende Qualitätseinschätzung der Krankenversicherung in Deutschland aus Nutzerperspektive. Diese Qualitätseinschätzung erfolgt entlang der Dimensionen Servicegeschehen, Versorgungsgestaltung und Leistungsbereitschaft und berücksichtigt damit alle wesentlichen Berührungspunkte zwischen Krankenversicherungen und ihren Mitgliedern. Die Ergebnisse der Versichertenbefragung sollen zum einen deutlich machen, an welchen Stellen Krankenversicherte Qualitätsverbesserungen von ihren Krankenversicherungen erwarten. Zum anderen

sollen sie eine intensive Qualitätsdiskussion anregen, die zu einer stärkeren Auseinandersetzung mit Qualitätsthemen der Krankenversicherung in der öffentlichen Diskussion führt. Im Ergebnis sollen zielgerichtete Impulse für eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung im Bereich der Krankenversicherung gesetzt werden.

Welche Fragen sollen mit der Versichertenbefragung beantwortet werden?

Im Fokus der Versichertenbefragung standen insbesondere folgende Fragestellungen, die die oben aufgeführten Qualitätsdimensionen berühren:

- Wie zufrieden sind die Versicherten insgesamt mit ihren Krankenversicherungen?
- Wie versichertenorientiert agieren die Krankenversicherungen bei Service und Beratung sowie im Rahmen von Leistungsentscheidungen aus Sicht ihrer Mitglieder?
- Fühlen sich die Versicherten heute bereits individuell und bedarfsgerecht durch ihre Krankenversicherungen beraten und betreut?
- Inwieweit kennen die Versicherten konkrete Gesundheitsangebote ihrer Krankenversicherung und wie zufrieden sind sie mit diesen?
- Erwarten die Versicherten, dass ihre Krankenversicherung Einfluss auf Umfang und Qualität von regionalen Versorgungsstrukturen nimmt?
- Wie digitalaffin sind die Versicherten bereits, wenn es um ihre gesundheitliche Versorgung und Kontakte mit ihrer Krankenversicherung geht?
- Wie stehen die Versicherten einer intensiveren Datennutzung durch ihre Krankenversicherer gegenüber?

- Erwarten die Versicherten von ihrer Krankenversicherung lediglich, dass sie Behandlungskosten übernimmt oder fordern sie auch eine beratende und organisierende Rolle in Bezug auf die gesundheitliche Versorgung ein? Wie kann eine solche Lotsen-Rolle gestaltet werden?
- Wie ist es um die individuelle Gesundheitskompetenz der Versicherten bestellt? Leisten die Krankenversicherungen bereits einen ausreichenden Beitrag dazu, dass Versicherte Gesundheitsentscheidungen selbstständig und ausreichend informiert treffen können?

Die Antworten zu diesen Fragen zeigen auf, in welchen Bereichen Versicherte heute bereits zufrieden mit ihrer Krankenversicherung sind, wo ihnen noch Angebote fehlen oder wo Krankenversicherungen bestehende Angebote und Maßnahmen noch nachbessern müssen.

Welche Qualitätsdimensionen wurden in der Versichertenbefragung berücksichtigt?

Die im Rahmen der vorliegenden Studie näher untersuchten Qualitätsdimensionen berühren die Disziplinen, an denen das Handeln der Krankenversicherungen für die Versicherten direkt erlebbar wird. Diese sind:

1. das **Servicegeschehen**, welches die Bemühungen der Krankenversicherungen umfasst, eine hohe Versichertenorientierung an allen relevanten Schnittstellen sicherzustellen,
2. die **Versorgungsgestaltung**, welche das Bestreben der Krankenversicherungen umfasst, den Versicherten einen strukturierten Zugang zu einer bestmöglichen Versorgung zu bieten,

3. die **Leistungsbereitschaft**, welche die Maßnahmen der Krankenversicherungen beschreibt, Leistungsbeantragungs- und Entscheidungsprozesse mit einer hohen Qualität und Versichertenorientierung auszugestalten sowie
4. Aspekte der **Architektur des Gesundheitssystems** und die Einstellung der Versicherten, die ergänzend betrachtet wurden, denn auch diese beeinflussen maßgeblich die Beurteilung der Qualität der Krankenversicherung durch die Nutzer.


Die Qualitätsdimensionen sind nicht isoliert voneinander zu sehen, sondern wirken vernetzt. Selbstverständlich ist es Versicherten nicht möglich, die Qualitätsdimensionen trennscharf voneinander abzugrenzen. Sie interessiert in erster Linie die Qualität des Handelns der Krankenversicherung in dem Moment, in dem Leistungen und Services beansprucht werden. Im Rahmen nur eines Prozesses, im Folgenden beispielhaft beschrieben anhand der Beantragung eines Hilfsmittels, können gleichzeitig alle vier betrachteten Qualitätsdimensionen berührt werden. Das Selbstverständnis bzw. die Rolle der Krankenversicherung (4.) bestimmt etwa, ob die Beantragung des Hilfsmittels in einen auf die Bedürfnisse des Versicherten ausgerichteten Verlaufsprozess eingebettet wird oder stark bürokratisiert abläuft. Eine durch die Krankenversicherung bedarfsgerecht strukturierte Versorgungsgestaltung (2.) ermöglicht den Versicherten eine selbständige und mündige Information und Orientierung im Vorfeld der Hilfsmittelbeantragung, z.B. über digitale Angebote wie Such- und Bewertungsportale. Wird im Zusammenhang mit einer Leistung eine Beratung bzw. Beantragung

notwendig, werden Aspekte der Dimensionen Servicegeschehen (1.), Versorgungsgestaltung (2) und Leistungsbereitschaft (3.) durchlaufen. Deren Grenzen verlaufen für die Versicherten fließend, berühren bei den Krankenversicherungen selbst jedoch unterschiedliche Bereiche und Verantwortlichkeiten. Dies macht deutlich, dass die Qualitätsdimensionen ihre bestmögliche Wirkung auf den Versicherten nur dann entfalten können, wenn sie als integriert wirksam verstanden und entwickelt werden.

In welchen Kontext sind die Ergebnisse der Versichertenbefragung einzuordnen?

Die Analysen werden einerseits zeigen, dass die Versicherten insgesamt mit ihrer Krankenversicherung zufrieden sind und sich an diese auch in hohem Maße gebunden fühlen. Dabei drückt sich diese Zufriedenheit in den übergreifenden Gesamturteilen zu den Dimensionen aus, aber auch in der positiven Einschätzung eines Großteils der den Dimensionen zugeordneten Qualitätsmerkmale. Andererseits verweist die Versichertenbefragung jedoch auch auf deutliche Potenziale für eine qualitativ hochwertigere Betreuung der Versicherten, die sich durch alle betrachteten Dimensionen zieht, deren Schwerpunkt jedoch in der Versorgungsgestaltung liegt.

Den detaillierten Ergebnissen der Versichertenbefragung sollen für ein besseres Verständnis nachfolgend einige übergreifende Erkenntnisse vorangestellt werden.

 **Versicherte wünschen sich, dass ihre Anliegen bestmöglich gelöst werden.** Dies erfordert, dass sich in einer konkreten Bedarfssituation alle Maßnahmen mit dem Ziel einer versichertenorientierten Lösung verbinden, ganz gleich

ob die Maßnahmen den Qualitätsdimensionen Servicegeschehen, Versorgungsgestaltung oder Leistungsbereitschaft zuzuordnen sind. Die Dimensionen wurden lediglich gebildet, um versichertenbezogene Tätigkeitsfelder der Krankenversicherung für die Befragung aufgabenbezogen voneinander abzugrenzen. Versicherte nehmen diese Trennung nicht vor.

- **Versicherte erwarten von ihrer Krankenversicherung künftig sowohl die Einnahme der Rolle eines Kümmerers als auch der eines Lotsen.** Die Krankenversicherung steht vor einem Rollenwandel. Aus der Perspektive eines Großteils der befragten Versicherten nehmen die Krankenversicherer heute lediglich die Rolle eines Bezahlers von Leistungen ein. Die Rolle eines Kümmerers, dessen Handlungsmaxime eine aktive und bedarfsgerechte Betreuung ist oder gar die eines Lotsen, der die Versicherten bei der Orientierung im Gesundheitssystem unterstützt und Gesundheitsleistungen organisiert und vernetzt, wird den Krankenversicherern nur deutlich seltener zugeschrieben. Beide Rollen sehen eine deutlich stärkere Fokussierung auf den Versicherten und dessen Anliegen vor. Den Versicherten ist die mit der Rolle des Kümmerers in Verbindung stehende aktivere, bedarfsgerechtere und individuellere Beratung dabei vergleichsweise wichtiger als die Übernahme darüber hinaus gehender Lotsenfunktion im Gesundheitswesen.
- **Versicherte verlangen von ihrer Krankenversicherung mehr digitale Lösungen.** Die Coronapandemie verändert das Verhalten der Versicherten, sich bei ihren Krankenversicherungen zu informieren oder mit diesen in Kontakt zu treten, disruptiv. Die über einen längeren Zeitraum eingeschränkte Verfügbarkeit der Filialen im Jahr 2020 erforderte es von den Versicherten, auf alternative Kanäle auszuweichen. Die hier gesammelten Erfahrungen und das sich parallel weiterentwickelnde Angebot der Krankenversicherer führen zu einem deutlichen Bedeu-

tungsgewinn der Kanäle Telefon, E-Mail, Online-Geschäftsstelle und digitale Service-Apps. Die Bedeutung digitaler Kanäle ist dabei besonders bei weniger komplexen Anliegen hoch. Daneben macht die Befragung deutlich, dass die Versicherten künftig noch stärker digitale Dienstleistungen von ihren Krankenversicherungen erwarten. Gemeint sind damit etwa Unterstützungsangebote bei bestimmten Krankheitsbildern, Apps zur eigenen Gesunderhaltung sowie Angebote, die eine verbesserte Information und Orientierung im Gesundheitssystem ermöglichen.

- **Versicherte wünschen sich mehr Qualitätstransparenz.** Nur einem Drittel der Versicherten ist es aktuell gut möglich, die Qualität von Krankenversicherungen im Vergleich einzuschätzen. Die Ergebnisse der Versichertenbefragung können demzufolge nicht nur die Grundlage für Qualitätsverbesserungen sein, sondern sollten darüberhinausgehend auch als Aufforderung verstanden werden, Qualitätsunterschiede zwischen einzelnen Krankenversicherungen für die Versicherten transparenter und unterscheidbarer zu machen.

Bisher beschränken sich Vergleiche von Krankenversicherern vordergründig auf objektive Kriterien wie Beiträge und Leistungen. Qualitätsbezogene Vergleiche sind in der öffentlichen Berichterstattung kaum vertreten. Die Ergebnisse der Versichertenbefragung verweisen auf das bedeutsame Handlungsfeld eines transparenten Qualitätswettbewerbs und einer stärkeren Nutzerorientierung, von dem in erster Linie die Versicherten profitieren, das aber auch den Krankenversicherungen die Chance einer stärkeren Differenzierung ermöglicht.

Frageinstrument, Untersuchungsmethode und Stichprobe

Im Rahmen inhaltlicher und methodischer Überlegungen zur Forschungsanlage wurde eine umfassende Literaturrecherche zum Stand der qualitätsbezogenen Forschung der Krankenversicherung durchgeführt. Diese Vorgehensweise ermöglicht sowohl eine inhaltliche Abgrenzung der Versichertenbefragung zu bisherigen Erhebungen wie auch eine inhaltliche Zuspitzung auf Qualitätsaspekte mit hoher Aktualität. Die Ergebnisse der Literaturrecherche mündeten in der Entwicklung des Frageinstruments.

Der Fragebogen der Versichertenbefragung umfasst sowohl inhaltliche als auch erklärende Fragen, wobei letztere insbesondere zur Bildung auswertungsrelevanter Versichertengruppen notwendig sind. Hierbei wurde in versicherungsstatistische (u.a. Krankenversicherung, Versicherungsdauer), soziodemografische (u.a. Alter, Geschlecht), soziogeografische (u.a. Bundesland, Einwohnerzahl des Wohnorts), sozioökonomische (u.a. Bildung, Erwerbssituation) und gesundheitsbezogene (u.a. subjektiver Gesundheitszustand, Vorliegen chronischer Erkrankungen) Variablen unterschieden. Für die Qualitätsdimensionen wurden jeweils umfassende Items und Beurteilungskriterien entwickelt, denen im Rahmen der Einleitung jedes Kapitels ein übergreifendes Zufriedenheitsurteil der Versicherten vorangestellt wurde. Diese Systematik ermöglichte Zusammenhangs- und Treiberanalysen innerhalb der Qualitätsdimensionen im Rahmen der Auswertung, auf deren Basis eine Identifikation von Qualitätsmerkmalen möglich wird, die den Versicherten besonders

wichtig sind. Zusätzlich wurden die Kennzahlen Gesamtzufriedenheit und Net Promoter Score (Grad der Weiterempfehlungsbereitschaft) integriert, um eine übergreifende Einschätzung zur Zufriedenheit der Versicherten mit ihren Krankenversicherungen zu erhalten.

Im Oktober und November 2020 wurden im Rahmen einer Online-Befragung 4.728 Krankenversicherte im Alter von 18 bis 79 Jahren befragt. Die Befragung wurde mit dem Online-Access-Panel respondi¹ durchgeführt. Die Stichprobe ist auf die Grundgesamtheit der deutschen Wohnbevölkerung – in Bezug auf Alter und Geschlecht – generalisierbar. Diese Übertragbarkeit der Ergebnisse wurde anhand einer Quote, die mindestens zu 90% erfüllt sein musste, und einer nachträglichen Gewichtung anhand der Kriterien Bundesland, Alter und Geschlecht, sichergestellt.

» Tabelle 1 beinhaltet einen genauen Überblick über die gewichtete Zusammensetzung der Stichprobe. Von den 4.728 Befragten sind 856 (18%) den 18- bis 29-Jährigen zuzuordnen. 1.124 (24%) gehören der Altersgruppe der 30- bis 44-Jährigen, 1.425 (30%) den 45- bis 59-Jährigen, 1.010 (21%) den 60- bis 74-Jährigen und 313 (7%) den 75- bis 79-Jährigen an. Demnach ist die Stichprobe für die in Deutschland Krankenversicherten im Alter von 18 bis 79 Jahre repräsentativ. Nach Geschlecht verteilen sich die Befragten sehr gleichmäßig.

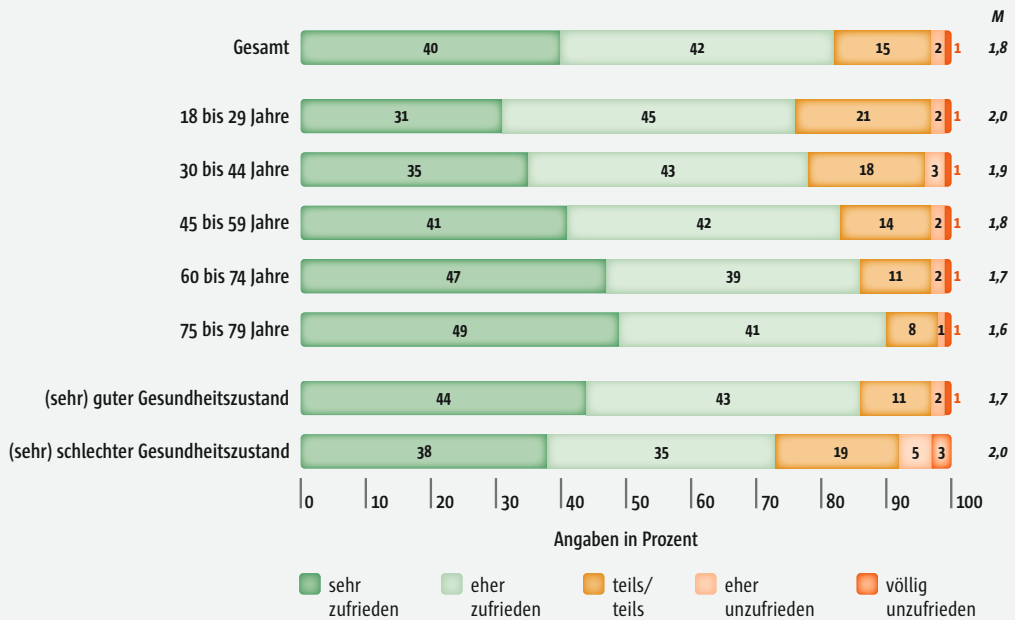
Die Versichertenbefragung schließt sowohl gesetzlich als auch privat Krankenversicherte ein. So wird ein Vergleich beider Versicherungssysteme möglich. Im weiteren Verlauf des Artikels werden

1 An dieser Stelle bedanken wir uns herzlich beim gesamten Team von respondi, insbesondere bei Lara Howe und Kristina Pacher für die sehr gute Zusammenarbeit.

Tabelle 1 Soziodemografische Zusammensetzung der Stichprobe

n			Prozent		
Altersgruppen			höchster allgemeinbildender Schulabschluss		
18 bis 29 Jahre	856	18	(noch) ohne Schulabschluss	12	0
30 bis 44 Jahre	1.124	24	Haupt-/Volksschulabschluss	654	14
45 bis 59 Jahre	1.425	30	Mittlere Reife oder gleichwertig	1.746	37
60 bis 74 Jahre	1.010	21	Abitur/Fachabitur	2.243	47
75 bis 79 Jahre	313	7	sonstige	47	1
Geschlecht			keine Angabe		
männlich	2.354	50	höchster beruflicher Abschluss		
weiblich	2.366	50	(noch) ohne	388	8
divers	8	0	anerkannte Berufsausbildung	2.452	52
Bundesland			Meister/Techniker oder gleichwertig		
Baden-Württemberg	627	13	Bachelor	366	8
Bayern	746	16	Diplom/Magister/Master/Staatsexamen	796	17
Berlin	209	4	Promotion	62	1
Brandenburg	143	3	sonstige	24	1
Bremen	39	1	keine Angabe	133	3
Hamburg	105	2	Tätigkeit		
Hessen	357	8	erwerbs- bzw. berufstätig	2.638	56
Mecklenburg-Vorpommern	93	2	Grundwehr-/Zivildienstleistender	15	0
Niedersachsen	453	10	Schüler	31	1
Nordrhein-Westfalen	1.018	22	Student	290	6
Rheinland-Pfalz	233	5	Rentner, Pensionär	1.172	25
Saarland	57	1	lebe von Einkünften aus Kapitalvermögen, Vermietung oder Verpachtung	30	1
Sachsen	231	5	Hausfrau:mann, versorge Kinder/Pflegebedürftige	176	4
Sachsen-Anhalt	128	3	arbeitslos	167	4
Schleswig-Holstein	165	3	anderes (z.B. dauerhaft arbeitsunfähig)	119	3
Thüringen	124	3	keine Angabe	90	2
Migrationshintergrund*			Versicherungsart*		
ja	749	16	gesetzlich	4.223	89
nein	3.933	83	privat	392	8
Kinder im Haushalt*			Gesundheitszustand*		
ja	988	29	sehr gut/gut	2.709	57
nein	2.357	70	mittelmäßig	1.436	30
* Differenz zu 4.728 bzw. 100% ist „keine Angabe“			schlecht/sehr schlecht	541	11

Abbildung 1 Versichertenzufriedenheit nach Teilzielgruppen. Frage: Wenn Sie einmal zusammenfassend betrachten: Wie zufrieden sind Sie alles in allem momentan mit Ihrer Krankenversicherung? (M = Mittelwert, Basis: n = 4.728)



systembezogene Unterschiede in der Qualitätswahrnehmung nur dort hervorgehoben, wo sie tatsächlich auftreten und bemerkenswert sind. Im Allgemeinen gilt: Da der Anteil der privat Krankenversicherten an der Stichprobe insgesamt nur ca. 8% umfasst, hat die Gruppe der Privatversicherten nur geringen Einfluss auf die Ergebnisse. Eine explizite Betrachtung im Rahmen eines Exkurses (» s. Exkurs im Kapitel Die Rolle der Krankenversicherung im Gesundheitssystem) ermöglicht jedoch auch einen Direktvergleich der Qualitätswahrnehmung zwischen gesetzlich und privat Krankenversicherten in allen wesentlichen Dimensionen.

Ergebnisse der Versichertenbefragung

Status quo der Versichertenzufriedenheit

Wie zufrieden sind Versicherte mit ihrer Krankenversicherung im Allgemeinen?

Insgesamt sind 40% der befragten Versicherten sehr zufrieden mit ihrer Krankenversicherung, 42% sind eher zufrieden, 15% sind unentschieden und lediglich 2% bzw. 1% sind eher bzw. völlig unzufrieden (» Abbildung 1). Die höchsten Anteile an sehr zufriedenen Versicherten finden sich bei den 75- bis 79-Jährigen (49%) und bei Versicherten mit Haupt- bzw. Volksschulabschluss (50%). Der mit Abstand höchste Anteil (8%) an Unzufriedenen (eher bzw. völlig unzufrieden) befindet sich in der Gruppe der subjektiv

Kranken (eigene Einschätzung des Gesundheitszustands als schlecht bzw. sehr schlecht). Der höchste Anteil an Versicherten, die ein gemischtes Zufriedenheitsurteil abgeben, sind unter den 18- bis 29-Jährigen zu finden (21%).

Gibt es eine Qualitätsdimension, die für die Zufriedenheit der Versicherten besonders wichtig ist?

Insgesamt wird die Gesamtzufriedenheit in erster Linie mit der Zufriedenheit hinsichtlich der Service- und Beratungsqualität assoziiert (Servicegeschehen, $\beta = .430$). Die Zufriedenheit mit der Qualität der gesundheitlichen Versorgung und der Präventionsangebote (Versorgungsgestaltung, $\beta = .217$) sowie mit der Qualität im Rahmen von Leistungsentscheidungsprozessen (Leistungsbereitschaft, $\beta = .159$) spielen statistisch eine eher untergeordnete Rolle.

Die Beta-Koeffizienten (β) werden betrachtet, um den relativen Beitrag eines Prädiktors (im vorliegenden Fall die dimensionsbezogenen Zufriedenheitsurteile Service- und Beratungszufriedenheit, Versorgungszufriedenheit und Zufriedenheit mit Leistungsentscheidungsprozessen) zur gesamten Vorhersage der abhängigen Variable (hier: Versichertenzufriedenheit) einzuschätzen. Steigt ein Prädiktor, z.B. Service- und Beratungszufriedenheit, um eine standardisierte Einheit an, dann steigt die abhängige Variable, hier die Versichertenzufriedenheit, um β standardisierte Einheiten an.

Bei der Interpretation der aufgeführten Zusammenhänge sind jedoch zwei wesentliche Punkte zu beachten: Zum einen dürfen die drei für die Befragung definierten Qualitätsdimensionen Servicegeschehen, Versorgungsgestaltung und Leis-

tungsbereitschaft nicht als isoliert voneinander verstanden werden. Zum anderen ist besonders die Dimension Versorgungsgestaltung deutlich erklärungsbedürftiger, da sie viele Bereiche umfasst, die den Versicherten in Teilen nicht oder nur wenig bekannt sind und sie diese dadurch nicht gänzlich umfassend beurteilen können. Dies wirkt sich auch auf die berechneten Zusammenhangsmaße aus. Im Ergebnis ist der hier dargestellte, nachgelagerte statistische Zusammenhang der Dimension Versorgungsgestaltung mit der Gesamtzufriedenheit eher unter- als überschätzt zu interpretieren.

Was macht Qualität für einzelne Versichertengruppen aus?

Zur Beantwortung dieser Frage sollen exemplarisch zwei Versichertengruppen gegenübergestellt werden – die der subjektiv Kranken, also der Versicherten, die ihren Gesundheitszustand selbst als eher schlecht oder sehr schlecht einschätzen und junge Versicherte im Alter von 18 bis 29 Jahren. Beide Versichertengruppen schätzen die Qualität ihrer Krankenversicherung besonders kritisch ein. Sowohl bei den subjektiv Kranken als auch bei den 18- bis 29-Jährigen besitzt die Service- und Beratungsqualität den stärksten Zusammenhang mit der Versichertenzufriedenheit ($\beta = .452$ und $\beta = .410$). Dabei haben bei beiden Gruppen ähnliche Einzelkriterien einen signifikanten Effekt auf die Wahrnehmung der Service- und Beratungszufriedenheit: Individualität, Kompetenz und Einfachheit. Bei den Versicherten mit (sehr) schlechtem Gesundheitszustand kommt zusätzlich noch das Vorhandensein eines persönlichen Ansprechpartners und bei den 18- bis 29-Jährigen eine transparente Aufklärung über potenziell verfü-

bare Leistungen dazu. Für beide Gruppen definiert sich der Qualitätsbegriff auf der ersten Ebene also zunächst ähnlich.

Für die jungen Befragten ist nach der Service- und Beratungszufriedenheit die Versorgungsgestaltung ($\beta = .185$) der zweitstärkste Prädiktor für die Gesamtzufriedenheit, bei jenen mit schlechter Gesundheit kommt diese erst an dritter Stelle ($\beta = .180$). Dies bedeutet jedoch nicht, dass diesen Versicherten eine gute Versorgungsgestaltung nicht wichtig ist, die anderen beiden Qualitätsdimensionen sind für ihre Zufriedenheit lediglich vordergründiger. Beiden Gruppen sind in Bezug auf die Versorgungsgestaltung vor allem die Unterstützung der Krankenversicherung beim Gesundbleiben, das Angebot eines flexiblen Versicherungsschutzes und die Funktion der Krankenversicherung als Ansprechpartner für alle Gesundheitsthemen sowie das Angebot notwendiger Behandlungen ohne private Zusatzkosten wichtig. Für die 18- bis 29-Jährigen sind zusätzlich noch eine wohnortnahe Versorgung, innovative Behandlungsmethoden und die Unterstützung der Krankenversicherung bei der Orientierung im Gesundheitswesen von Bedeutung. Hier wird deutlich, dass das Verständnis von Qualität der Krankenversicherung bei ähnlichen Grundmustern im Detail relevante Unterschiede aufweisen kann.

Die Qualität in Leistungsentscheidungsprozessen ist für die Bewertung der Gesamtzufriedenheit für die subjektiv Kranken der zweitstärkste Prädiktor ($\beta = .243$). Für die 18- bis 29-Jährigen spielt diese Dimension, begründbar über vergleichsweise weniger benötigte Leistungen, eine eher nachrangigere Rolle ($\beta = .135$). Für die Beurteilung der Leistungsqualität sind vor allem die unkomplizierte Beantragung und

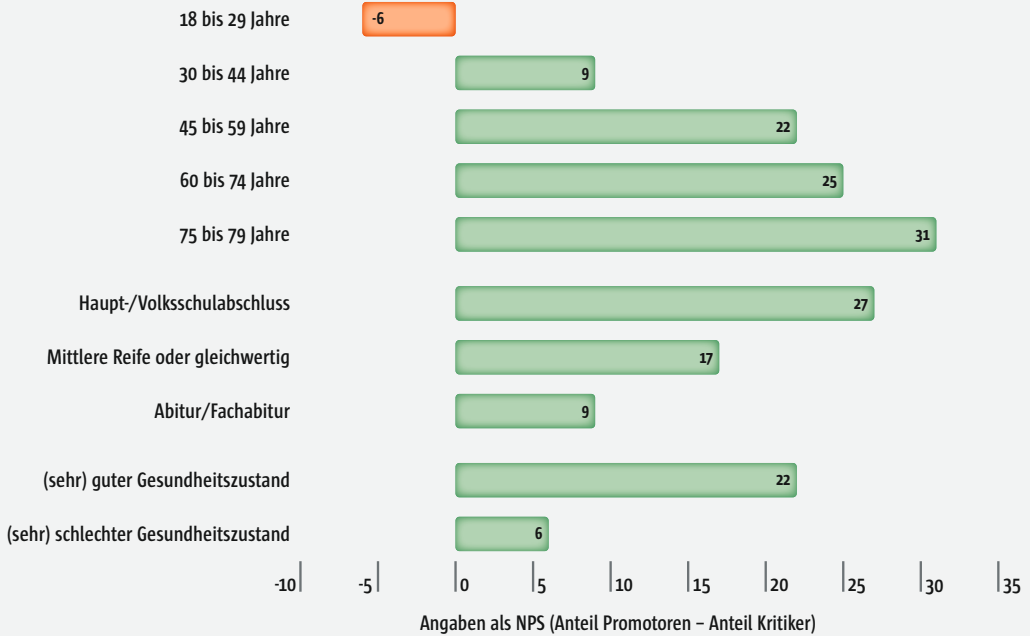
Bewilligung von Leistungen, die Kulanz der Krankenversicherung bei Leistungsentscheidungen sowie das Gefühl eines kooperativen und lösungsorientierten Handelns der Krankenversicherung von Bedeutung. Befragten mit schlechtem Gesundheitszustand ist zudem eine regelmäßige Information zum Bearbeitungsstand bei längerer Bearbeitungsdauer wichtig. Für junge Versicherte sind weichere Kriterien wie Empathie und Engagement der handelnden Personen stärker relevant.

Die beispielhaft aufgeführten Ergebnisse zeigen, dass unterschiedliche Versichertengruppen unterschiedliche Anforderungen an ihre Krankenversicherung besitzen. Deshalb ist es unabdingbar, dass diese nicht nach dem „Gießkannenprinzip“ [1, S. 392] verfahren und alle Versicherten gleichermaßen, egal ob jung oder alt, krank oder gesund, mit oder ohne Kinder, ansprechen. Möchte eine Krankenversicherung ihre Versicherten zufriedenstellend versorgen und beispielsweise beim präventiven Erhalt der Gesundheit oder bei der Orientierung im Gesundheitssystem behilflich sein, dann ist eine Betrachtung des Versichertenbestandes auf Versichertengruppenebene notwendig, um deren spezifische Anforderungen zu erkennen und adäquate Maßnahmen zu entwickeln, die diesen entgegenkommen. Aus diesem Grund wird im weiteren Verlauf immer wieder auf Unterschiede in den Versichertengruppen eingegangen.

Empfehlen Versicherte ihre Krankenversicherung weiter?

Auf die Frage nach der Weiterempfehlungsbereitschaft, erfasst über den Net Promoter Score (NPS), wird für die Branche der Krankenversicherung ein NPS von +15 dokumentiert. Im Wissen, dass sich

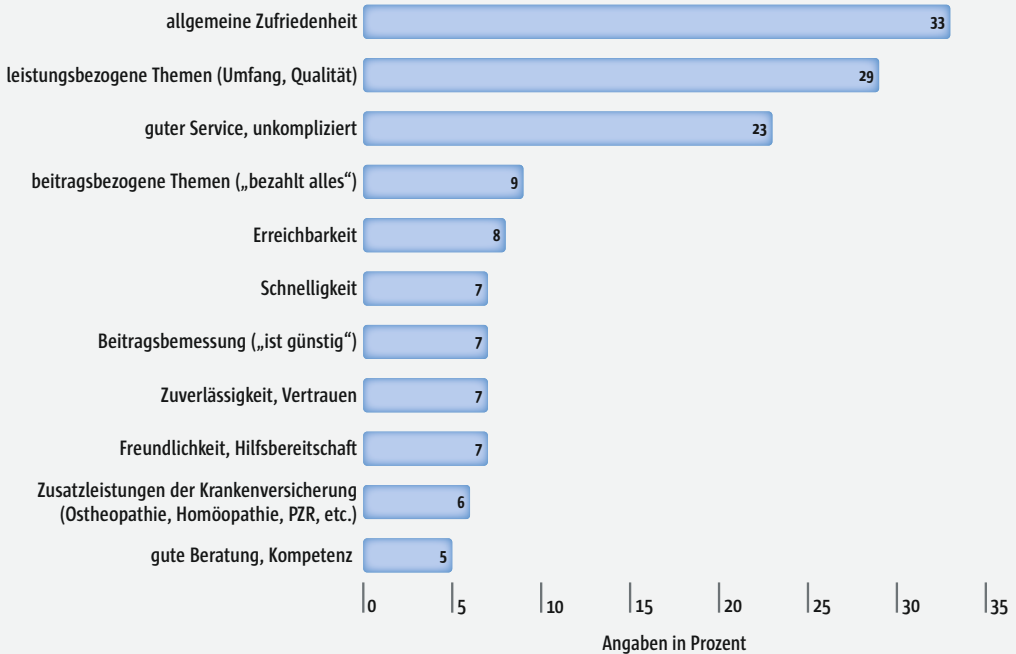
Abbildung 2 Net Promoter Score nach Alter, Schulabschluss und Gesundheitszustand. Frage: Auf einer Skala von 0-10, wie wahrscheinlich ist es, dass Sie Ihre Krankenversicherung an einen Freund oder Kollegen weiterempfehlen werden? (Basis: n = 4.728)



die Skala von -100 bis +100 Indexpunkte erstreckt, entspricht dies einer grundsätzlich positiven Beurteilung. Allerdings bestehen auch hier deutliche Differenzen zwischen einzelnen Gruppen (»»» Abbildung 2). Erneut ist ein Alterseffekt zu beobachten: Die befragten Versicherten im Alter von 18 bis 29 Jahre erreichen einen NPS von -6, die Versicherten im Alter von 30 bis 44 Jahre einen NPS von +9, Versicherte im Alter von 45 bis 59 Jahre einen NPS von +22, Befragte im Alter von 60 bis 74 Jahre einen NPS +25 und diejenigen Befragten, die zwischen 75 bis 79 Jahre alt sind, einen NPS von +31. Die Empfehlungsbereitschaft steigt also mit dem Alter der Befragten deutlich an. Ebenso empfehlen Befragte mit Haupt- bzw.

Volksschulabschluss deutlich häufiger (+27) als Versicherte mit Mittlerer Reife (+17) oder (Fach-)Abitur (+9). Auch der Gesundheitszustand spielt bei der Bereitschaft zur Weiterempfehlung eine entscheidende Rolle: So empfehlen Befragte mit (sehr) gutem Gesundheitszustand ihre Krankenversicherung eher weiter (+22) als Befragte mit (sehr) schlechtem Gesundheitszustand (+6). Ebenso deutlich geringer ist die Weiterempfehlungsbereitschaft von Privatversicherten: Je ein Drittel würde den eigenen privaten Krankenversicherer empfehlen (33%) oder nicht empfehlen (32%). Das mündet in einen NPS von +1. Bei den gesetzlichen Krankenkassen liegt der durchschnittliche NPS bei +16 (mehr zum Vergleich der Einschätzung

Abbildung 3 Hauptgründe für die Weiterempfehlung der eigenen Krankenversicherung. Frage: Was ist der Hauptgrund dafür, dass Sie Ihre Krankenversicherung weiterempfehlen würden? (offene Frage) (Basis: 2.555 [nur Note 7 bis 10 bei Weiterempfehlungsbereitschaft]; Darstellung aller Nennungen > 5%)



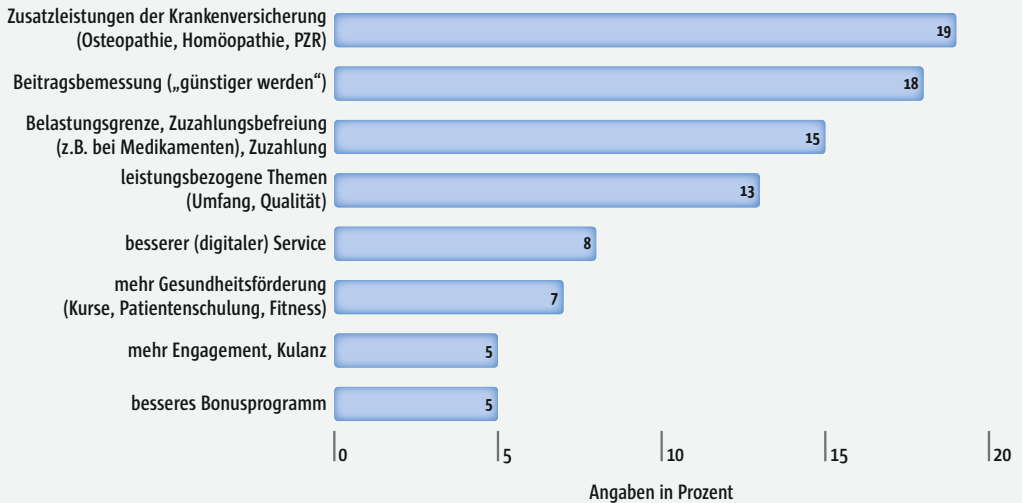
gen von privaten und gesetzlich Krankenversicherten **»»** s. Exkurs im Kapitel Die Rolle der Krankenversicherung im Gesundheitssystem).

Der Net Promoter Score (NPS) ist eine Kennzahl, die ausdrückt, wie wahrscheinlich die Weiterempfehlungsbereitschaft eines Unternehmens ist, im Beispiel der vorliegenden Befragung die der Versicherten in Bezug auf ihre Krankenversicherung. Gemessen wird der NPS auf einer Skala von 0 = völlig unwahrscheinlich bis 10 = sehr wahrscheinlich. Dabei werden die Noten 0 bis 6 unter „Kritiker“, die Noten 7 und 8 unter „Neutrale“ und die Noten 9 und 10 unter „Promotoren“ subsummiert. Berechnet wird der NPS, indem vom Anteil der Promotoren der Anteil der Kritiker subtrahiert wird.

Aus welchen Gründen empfehlen Versicherte ihre Krankenversicherung weiter?

Hauptgründe für eine Weiterempfehlung des eigenen Krankenversicherers durch Promotoren und Neutrale (**»»** Abbildung 3) sind unter anderem eine allgemeine Zufriedenheit mit der Krankenversicherung (33%), die Leistungen (29%) und der Service (23%). Seltener genannt wurden die Bereitschaft, alle Leistungen zu bezahlen (9%), die Erreichbarkeit (8%), die Schnelligkeit (7%) und die Höhe des Beitragssatzes (7%) sowie weichere Eigenschaften wie Zuverlässigkeit und Vertrauen oder Freundlichkeit und Hilfsbereitschaft (je 7%). Jeder Zwanzigste gibt an, dass Zusatzleistungen der Krankenversicherung (6%) und eine kompetente

Abbildung 4 Gründe, warum Versicherte ihre eigene Krankenversicherung nicht weiterempfehlen würden. Frage: Welche Verbesserungen müsste Ihre Krankenversicherung vornehmen, damit Sie Ihre Krankenversicherung eher weiterempfehlen würden? (offene Frage) (Basis: 1.409 [nur Note 0 bis 8 bei Weiterempfehlungsbereitschaft]; Darstellung aller Nennungen > 5%)



Beratung (5%) bei der Bereitschaft, die eigene Krankenversicherung weiterzuempfehlen, eine bedeutende Rolle spielen.

Was müsste sich ändern, damit Versicherte ihre Krankenversicherung weiterempfehlen?

Kritiker und Neutrale würden ihre Krankenversicherung vor allem dann weiterempfehlen (»»» Abbildung 4), wenn die Krankenversicherung mehr Zusatzleistungen (z.B. Osteopathie, Homöopathie oder eine Professionelle Zahnreinigung) anbieten würde (19%). Obwohl dies von Befragten mit hoher Weiterempfehlungsbereitschaft eher selten (6%) als Hauptgrund für eine Weiterempfehlung genannt wird (»»» Abbildung 3). Ein ebenso wichtiger Punkt für eine positive Weiterempfehlungsbereitschaft ist ein günstiger Beitragssatz (18%). Mehr als jeder sechste Neutrale bzw. Kritiker (15%) würde die eigene Krankenversicherung dann

empfehlen, wenn diese mehr Zuzahlungsbefreiungen (z.B. bei Medikamenten) anbieten würde. Ein als in Bezug auf Umfang und Qualität nicht adäquat empfundenes Leistungsangebot der eigenen Krankenversicherung ist aktuell für rund jeden Achten (13%) ein Weiterempfehlungshindernis. Weitere Verbesserungspotenziale werden beim (digitalen) Service (8%), der Gesundheitsförderung (7%), dem Engagement und der Kulanz im Umgang mit Anliegen der Versicherten sowie dem Bonusprogramm (je 5%) wahrgenommen.

»»» Die Befragung macht deutlich, dass Versicherte grundsätzlich zufrieden mit ihrer Krankenversicherung sind. Einzelne Gruppen, wie zum Beispiel junge Menschen und Personen mit (sehr) schlechtem Gesundheitszustand, sind allerdings erkennbar weniger zufrieden. Für eine hohe Versicherungszufriedenheit erscheint in erster Linie eine

positive Beurteilung der Service- und Beratungsqualität ausschlaggebend. Jedoch ist zu beachten, dass klassische Attribute von Service- und Beratungsqualität, wie Freundlichkeit, Engagement und Kompetenz der Mitarbeiter, in allen Kassenprozessen eine Rolle spielen. Eine Steigerung der Zufriedenheit – so viel wird bereits hier deutlich – kann also nur über die Verbesserungen in allen hier untersuchten Qualitätsdimensionen gelingen. Zudem weisen die Ergebnisunterschiede nach Befragtengruppen darauf hin, dass einzelne Personengruppen, wie z.B. jüngere Versicherte, Personen mit schlechtem Gesundheitszustand oder Familien unterschiedliche Anforderungen an ihre Krankenversicherung haben.

Servicegeschehen

Das Servicegeschehen umfasst die Bemühungen der Krankenversicherung, eine hohe Versichertenorientierung bei allen Interaktionen sicherzustellen. Die wenigsten Versicherten haben überhaupt und regelmäßig Servicekontakte zu ihrer Krankenversicherung. Zudem erfolgen servicebezogene Kontakte über unterschiedliche Kanäle, zu unterschiedlichen Anliegen sowie in einer unterschiedlichen Frequenz und Intensität. Beides nimmt deutlichen Einfluss auf die Qualitätsbeurteilung.

Dennoch verfügt jede Krankenversicherung auch bei Versicherten, die nicht oder nur selten Kontakt zu ihr haben, über ein Serviceimage, also ein internalisiertes Bild zur Qualität des Servicegeschehens. Dieses kann aus einem lange zurückliegenden Serviceerlebnis, der Überlieferung von Serviceerlebnissen durch das soziale Umfeld oder aus öffentlichen Informationen, wie z.B. Werbemaßnahmen, dem öffentlichen Diskurs

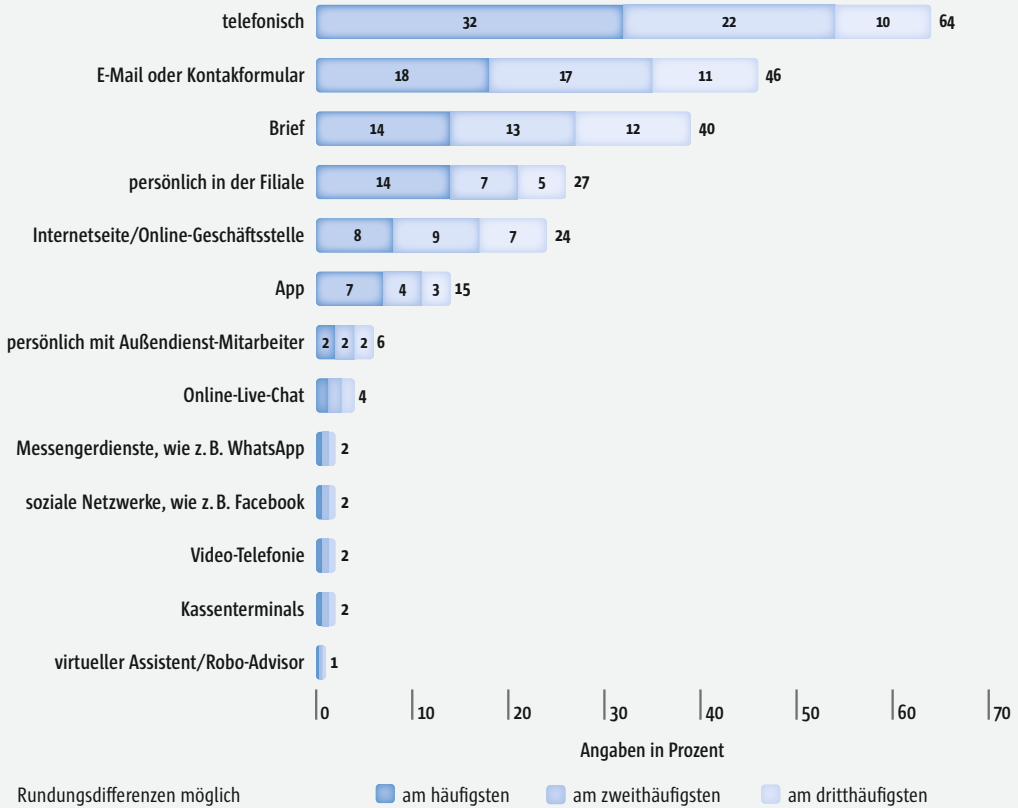
oder einer servicebezogenen Berichterstattung im Mitglieder magazin, resultieren.

Kontaktintensität und Bedeutung unterschiedlicher Kontaktwege

Durch eine sukzessive Erweiterung des Aufgabenspektrums der Krankenversicherung über die reine Finanzierung der medizinischen Behandlung hinaus, hat sich die Zahl der Interaktionen der Versicherten mit ihrer Krankenversicherung erhöht. Daneben erfuhren die Kontaktwege in den letzten Jahren, beschleunigt durch den Beginn der Corona-Pandemie im Jahr 2020, eine deutliche Dynamisierung, die sich insbesondere auf digitale Kanäle bezieht. Krankenversicherungen verlagern Versichertenprozesse, die bisher ausschließlich der Filiale und dem telefonischen Kontakt vorbehalten waren, zunehmend in digitale Kanäle wie Online-Geschäftsstellen, Online-Chats und Videoberatungen oder verknüpfen analoge und digitale Kanäle anliegenbezogen zu hybriden Kontaktwegen. Möglichkeiten für den Abschluss von Wahlтарifen und Zusatzversicherungen werden beispielsweise vermehrt über eine telefonische Beratung mittels Co-Browsing und E-Signing angeboten.

Der Einfluss der Corona-Pandemie auf das Kanalnutzungsverhalten der Versicherten erscheint von disruptiver Natur. So entschieden sich 28 von 100 Versicherten, die vor der Corona-Pandemie ein Anliegen in der Filiale geklärt hätten, Corona-bedingt jedoch auf einen alternativen Kanal ausweichen mussten, auch nach Wiedereröffnung der Filialen für einen alternativen Kontaktweg [2]. Insbesondere digitale Kanäle, allen voran E-Mail und Online-Geschäftsstelle, erfuhren einen

Abbildung 5 Häufigste Kontaktkanäle zur Krankenversicherung von Versicherten mit Kontakt in den letzten zwölf Monaten. Frage: Über welche dieser Kontaktkanäle hatten Sie in den letzten 12 Monaten am häufigsten Kontakt mit Ihrer Krankenversicherung? (Basis: n = 3.504 [nur wenn Kontakt innerhalb der letzten 12 Monate])



Zulauf durch die Schließung der Filialen: Nutzten im November 2019, also drei Monate vor dem Beginn der Corona-Pandemie, durchschnittlich nur 12% der Versicherten digitale Kanäle, um in Kontakt mit ihren Krankenversicherungen zu treten, waren es im August 2020 mit 36% bereits dreimal so viele.

Welche Wege nutzen die Versicherten heute, um ihre Krankenversicherungen zu kontaktieren?

Drei von vier Befragten (74%) haben in den letzten zwölf Monaten aktiv ihre Kranken-

versicherung kontaktiert: Dabei erfolgte bei jedem Zehnten (10%) der Kontakt in den letzten sieben Tagen, bei jedem Sechsten (17%) in den letzten vier Wochen und bei jedem Fünften (20%) in den letzten drei Monaten ausgehend vom Zeitpunkt der Beantwortung des Fragebogens. Der von den Versicherten in den letzten zwölf Monaten am häufigsten genutzte Kontaktweg (»») Abbildung 5) war das Telefon: Fast zwei Drittel der Befragten (64%) geben an, dass dieser Weg zu den Top 3-Kontaktkanälen gehört, die am häufigsten genutzt wurden. Ein Drittel der Befragten (32%)

wählte den telefonischen Kontakt sogar mit höchster Priorität.

Ein weiterer wichtiger Kontaktweg, der von knapp der Hälfte aller Befragten (46%) den Top 3-Kanälen zugeordnet wird, ist die E-Mail bzw. das Kontaktformular: Für fast jeden Fünften (18%) besitzt dieser Kanal die höchste Priorität. Weitere wichtige Kontaktkanäle sind der Brief (40%), die Filiale (27%), die Internetseite bzw. Online-Geschäftsstelle (24%) und die App der Krankenversicherung (15%). Eine aktuell noch eher untergeordnete Rolle in der Beurteilung der häufigsten Kontaktkanäle, über die die Befragten in den letzten zwölf Monaten Kontakt zu ihrer Krankenversicherung hatten, spielen (neuere) digitale Kanäle, wie Online Live-Chat (4%), Messengerdienste (2%), soziale Netzwerke (2%), Video-Telefonie (2%), Kassenterminals (2%) und virtuelle Assistenten (1%).

Bei der Betrachtung der Kontaktkanäle sollte beachtet werden, dass die Befragung im Oktober/November 2020 durchgeführt wurde, also stark unter dem Einfluss der Corona-Pandemie stand. Persönliche Kontakte wurden verringert und phasenweise Geschäftsstellen von Krankenversicherungen für mehrere Monate geschlossen. Vor allem digitale Kanäle erlebten dadurch einen Aufschwung und mehr Beachtung durch die Krankenversicherten.

Welche Veränderungen sind zukünftig bei der Wahl der Kontaktwege zu erwarten?

Untersucht wurde ebenso, wie sich die Krankenversicherten in Zukunft bevorzugt Kontakte zu ihrer Krankenversicherung wünschen. Für typische Versichertenanliegen wurden jeweils maximal zwei Kontaktwege erfragt, über die sich die Versicherten in Zukunft zu verschiede-

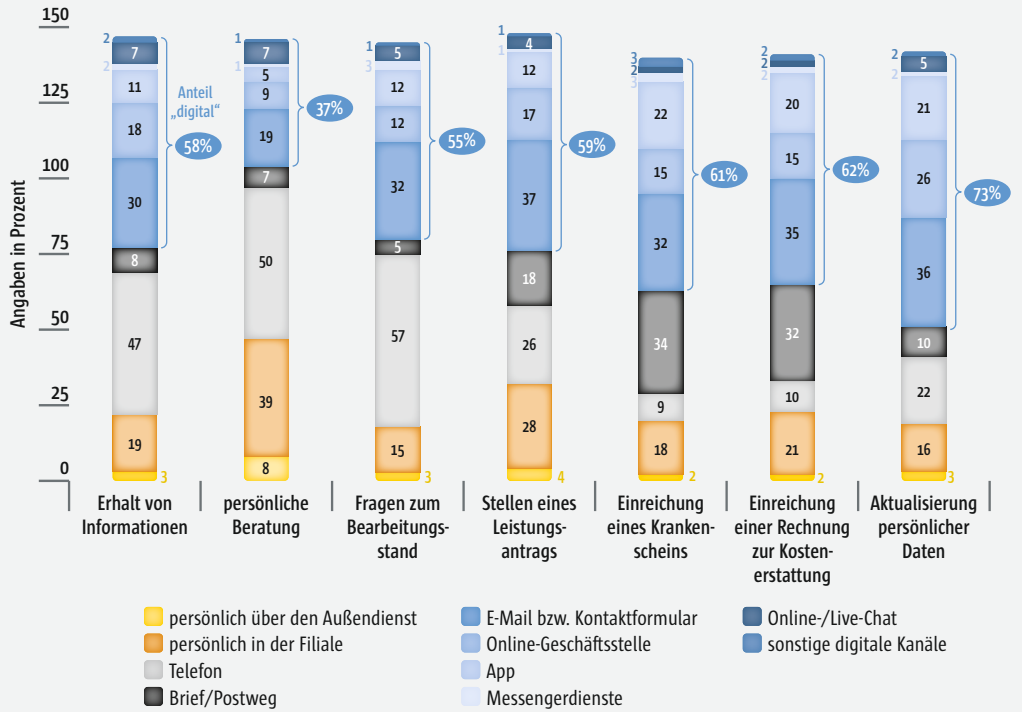
nen Anlässen beraten und betreuen lassen möchten (»»» Abbildung 6).

Aus den Ergebnissen wird deutlich, dass die gewünschten Kontaktkanäle je nach Beratungsanliegen durch die Befragten unterschiedlich stark priorisiert werden: Eine umfassende Beratung wünscht sich jeder zweite Versicherte (50%) telefonisch. Zwei von fünf Befragten (39%) favorisieren hierfür den persönlichen Kontakt in der Filiale. Mehr als jeder Dritte (37%) würde zu Beratungszwecken einen digitalen Weg wählen, z.B. E-Mail, App oder die Online-Geschäftsstelle. Die Befragung macht an diesem Beispiel deutlich, dass die Versicherten ihre Krankenversicherung im Fall einer anstehenden Beratung auch in Zukunft weitgehend flexibel über verschiedene Wege erreichen möchten.

Dahingegen zeigt sich für vergleichsweise geringer komplexe Anliegen wie etwa die Aktualisierung persönlicher Daten eine starke Bedeutung digitaler Kontaktwege: Drei Viertel der Befragten (73%) würden hierfür einen digitalen Kanal präferieren – häufig E-Mail oder Kontaktformular (36%) und die Online-Geschäftsstelle (26%). Deutlich geringer fällt hier etwa die künftige Bedeutung telefonischer (22%) oder persönlicher (16%) Kontaktoptionen aus. Aber auch klassische Kontaktoptionen behalten eine hohe Bedeutung. So spielt etwa der postalische Kontakt bei der Einreichung von Dokumenten wie Krankenscheinen (34%) oder Rechnungen zur Kostenerstattung (32%) weiter eine wichtige Rolle.

Zum Teil deutliche Unterschiede treten bei der Betrachtung der gewünschten zukünftigen Kontaktwege nach Altersgruppen hervor (»»» Abbildung 7). Erwartungsgemäß zeigt der Blick auf die Altersgruppen, dass jüngere Versicherte bei allen

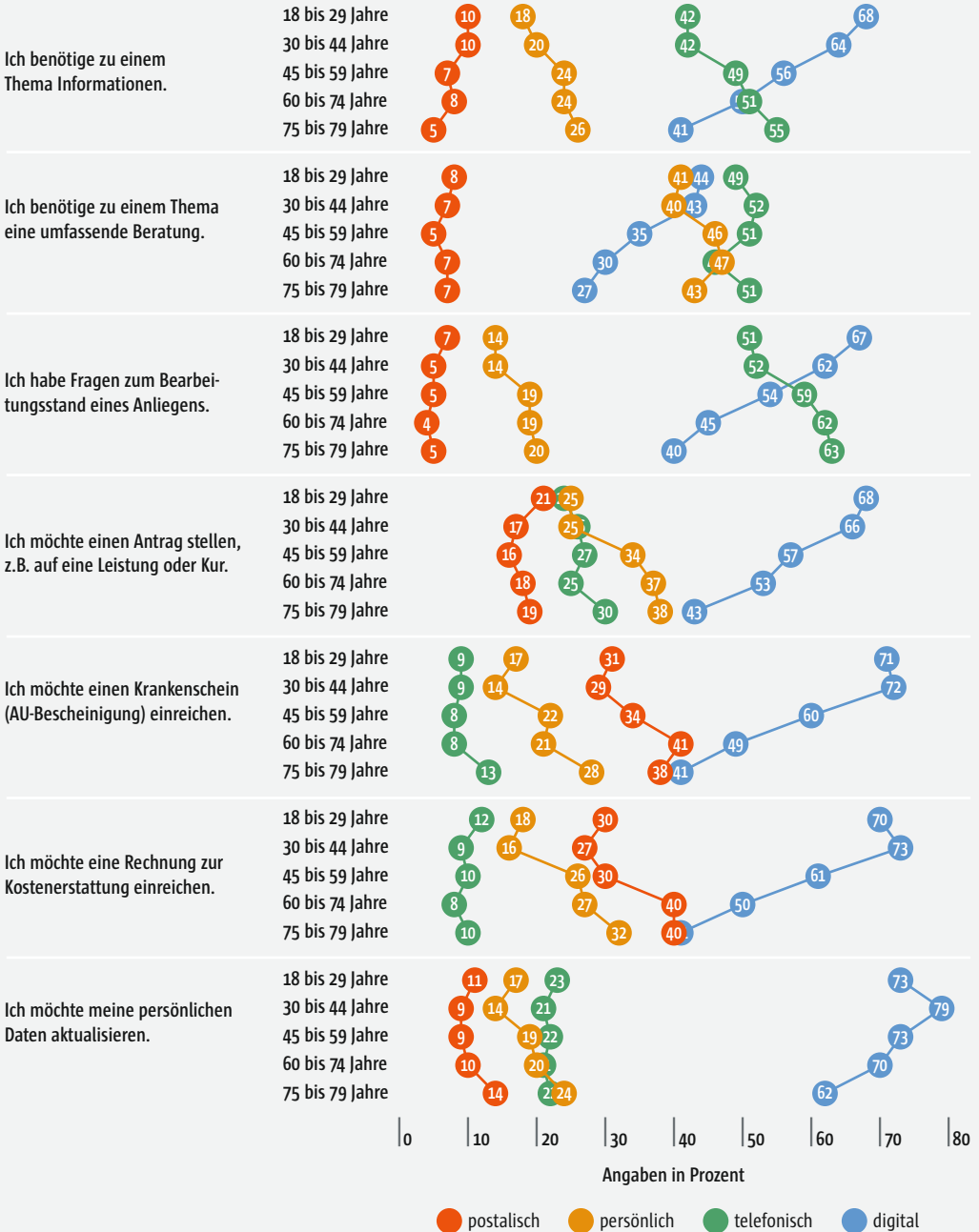
Abbildung 6 Gewünschte zukünftige Kontaktkanäle nach Anlass. Frage: Auf welchen Wegen würden Sie sich in Zukunft vorzugsweise zu folgenden Themen durch Ihre Krankenversicherung betreuen lassen wollen? (Mehrfachnennung, max. 2 Kanäle, Basis: n = 4.728)



Anlässen zukünftig eher bereit sind, digitale Kanäle zu nutzen als ältere Versicherte. Diese setzen wiederum häufiger auf klassische Kontaktwege wie Brief, Telefon und Filiale/Außendienst. Dennoch votieren beim Thema Beratung alle Altersgruppen gleichmäßig stark für eine persönliche Beratung (minimal 40%, maximal 47%). Anders verhält es sich jedoch beispielsweise bei der Antragsstellung: Vor allem ältere Versicherte (38% bei den 75- bis 79-Jährigen) möchten im Gegensatz zu jüngeren Versicherten (25% bei den 18- bis 29-Jährigen) auch zukünftig einen Antrag persönlich stellen können. Im Gegensatz dazu möch-

ten zwei von drei der befragten 18- bis 29-Jährigen (68%) zukünftig einen Antrag online stellen. Bei den 75- bis 79-Jährigen beläuft sich dieser Anteil immer noch auf 43%. Aber auch in der ältesten Altersgruppe ist die zukünftige Relevanz digitaler Kanäle hoch: Bei vier der sieben abgefragten Anliegen bevorzugt die Altersgruppe der 75- bis 79-Jährigen künftig einen digitalen Kontaktweg. Dies betrifft das Stellen von Leistungsanträgen (43%), die Einreichung eines Krankenscheins (41%), die Einreichung einer Rechnung zur Kostenerstattung (40%) und die Aktualisierung persönlicher Daten (60%).

Abbildung 7 Zukünftig gewünschte Kontaktkanäle nach Anlass und Alter. Frage: Auf welchen Wegen würden Sie sich in Zukunft vorzugsweise zu folgenden Themen durch Ihre Krankenversicherung betreuen lassen wollen? (Mehrfachnennung, max. 2 Kanäle, Basis: n = 4.728)





Aktuell nutzen die Versicherten häufig den telefonischen, schriftlichen (per E-Mail oder Brief) und den persönlichen Kontakt, wenn sie mit ihrer Krankenversicherung in Kontakt treten. Zukünftig und stark befördert durch die Corona-Pandemie werden digitale Kanäle immer stärker an Bedeutung gewinnen; v.a. für die jüngeren Generationen. Je nach Anlass wünschen sich bis zu drei Viertel aller Befragten eine digitale Kontaktmöglichkeit zu ihrer Krankenversicherung. Parallel wünschen sich die Befragten aber vor allem bei komplexeren Anliegen immer noch „echte Menschen“, mit denen sie persönlich vor Ort oder telefonisch in Kontakt treten können. Insgesamt erwarten die Versicherten ein breites Angebot an Kontaktmöglichkeiten, welches die Möglichkeit einer flexiblen Kontaktaufnahme bietet und je nach Komplexität der Anliegen weniger oder mehr digitale Kanäle einschließt. Prämisse für die Ausgestaltung des Kanalspektrums ist, dass die Versicherten unabhängig von der Wahl des Kontaktkanals eine vergleichbare Ergebnisqualität erwarten können. Insofern ist die flexible Ausgestaltung der künftigen Kontaktmöglichkeiten ein wichtiges Qualitätsmerkmal für Versicherte.

Servicegeschehen im Detail

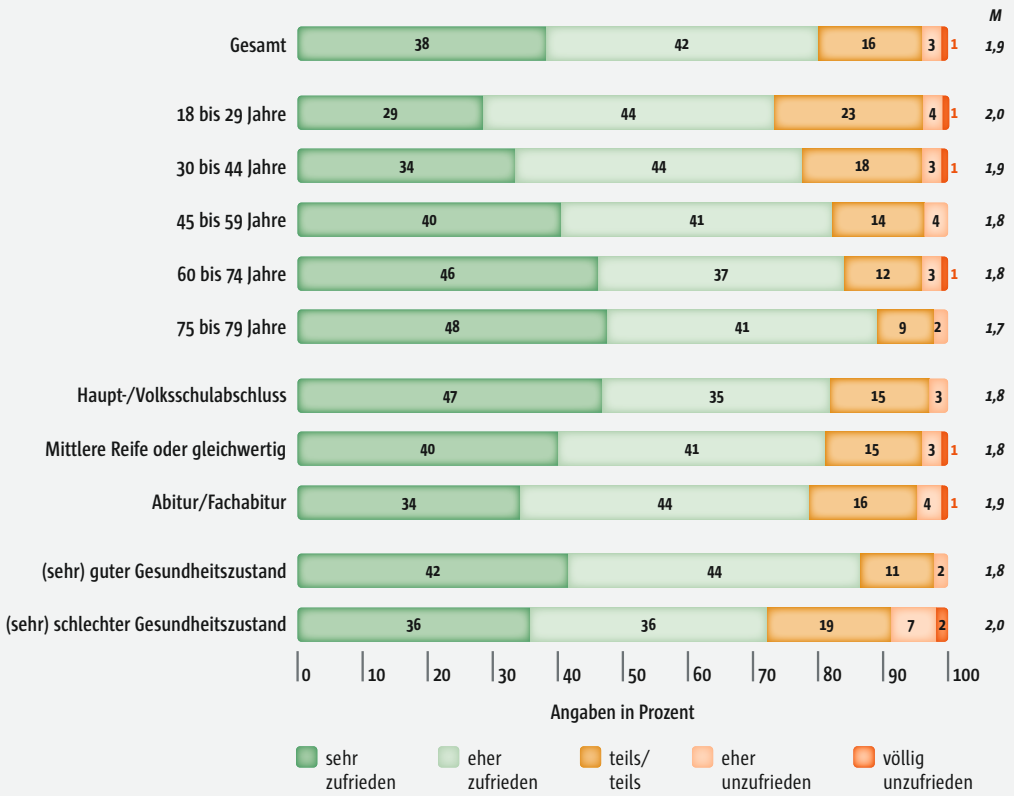
Das Servicegeschehen steht in einem hohen Zusammenhang mit der Versicherungszufriedenheit. In jedem Kontakt, den die Versicherten mit ihrer Krankenversicherung haben, kommen Aspekte des Servicegeschehens zum Tragen. Dies betrifft eine einfache telefonische Auskunft etwa zum Umfang des Bonusprogramms gleichermaßen wie eine umfassende persönliche Beratung im Vorfeld der Inanspruchnahme einer Kur oder die Nachfrage zum Bearbeitungsstand eines Leistungsantrags per E-Mail. Servicekontakte können in den Krankenversicherungen sehr unterschiedlich sein. Sie können beispielsweise nur auf die reine Lösung des

Anliegens des Versicherten ausgerichtet sein, die für die Krankenversicherung möglichst aufwandsarm und eng am gesetzlichen Versorgungsauftrag entlang erfolgt. Servicekontakte können aber auch den Versicherten und dessen Bedürfnisse stärker in den Fokus rücken und mit großer Empathie und persönlichem Einsatz geführt werden. Wie die Versicherten die Qualität der servicebezogenen Kontakte mit ihren Krankenversicherungen beurteilen, wird in diesem Kapitel näher beleuchtet.

Wie zufrieden sind die Versicherten mit der Service- und Beratungsqualität?

Aktuell ist die große Mehrheit mit der Service- und Beratungsqualität ihrer Krankenversicherungen zufrieden (38% der Krankenversicherten sehr und 42% eher). Jeder Sechste (16%) ist weder zufrieden noch unzufrieden und lediglich 3% bzw. 1% der Befragten sind eher bzw. völlig unzufrieden (»»» Abbildung 8). Nach Altersgruppen zeigt sich, dass vor allem ältere Befragte (48% der 75- bis 79-jährigen sind sehr zufrieden) mit der Service- und Beratungsqualität ihrer Krankenversicherung zufriedener sind als Jüngere (29% der 18- bis 29-jährigen sind sehr zufrieden). Dafür ist der Anteil an Befragten, die mittlere Bewertungen vergeben (teils/teils), bei den 18- bis 29-jährigen mehr als doppelt so groß (23%) wie bei den 75- bis 79-jährigen (9%). Bei der Beurteilung der Service- und Beratungszufriedenheit lohnt sich auch ein Blick auf den höchsten allgemeinbildenden Schulabschluss der Befragten: Hier zeigt sich, dass Versicherte mit Abitur/Fachabitur seltener die Höchstnote vergeben (34%) als Versicherte mit Haupt-/Volksschulabschluss (47%) oder Mittlerer Reife (40%).

Abbildung 8 Service- und Beratungszufriedenheit nach Alter und Schulabschluss. Frage: Wie zufrieden sind Sie alles in allem mit der Service- und Beratungsqualität Ihrer Krankenversicherung? (M = Mittelwert, Basis: n = 4.728)

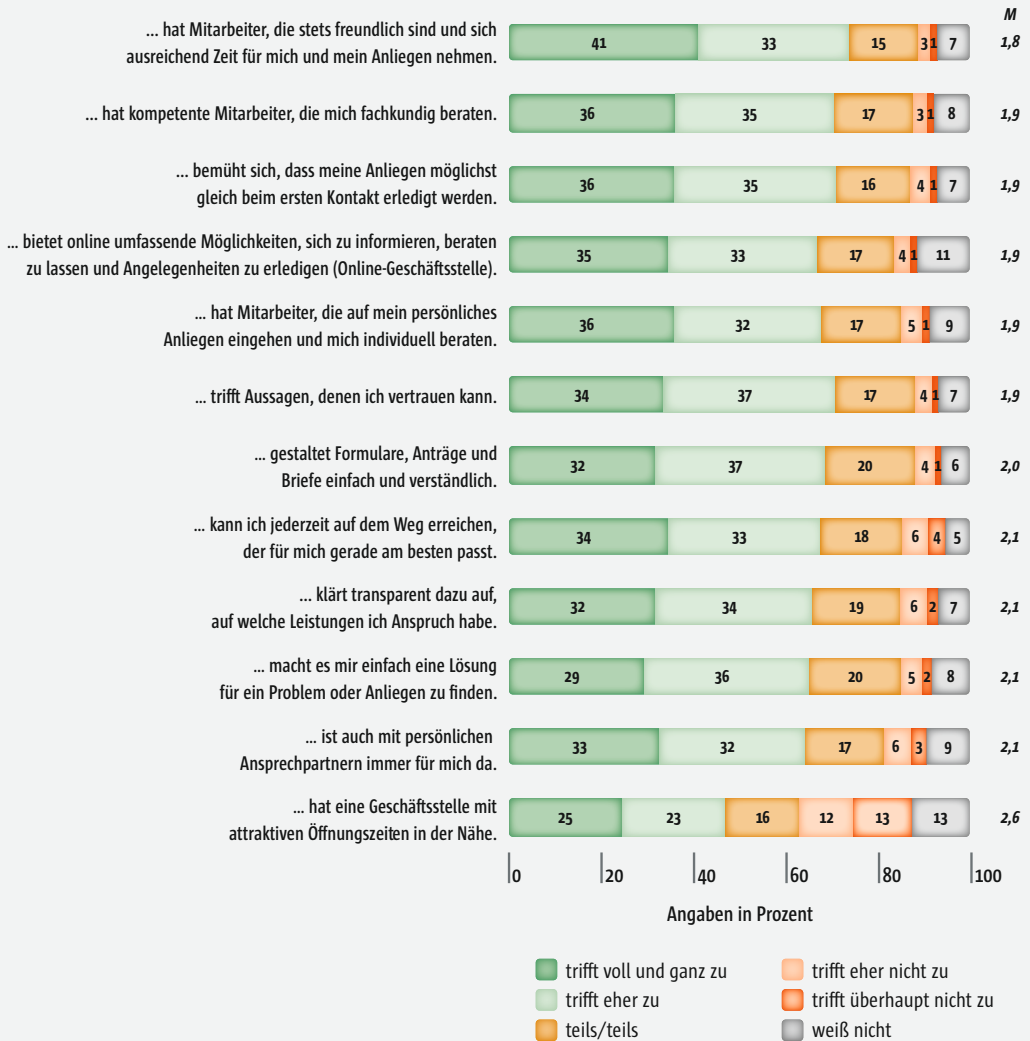


Insgesamt ist festzuhalten, dass vier von fünf Versicherten (80%) sehr bzw. eher zufrieden mit der Service- und Beratungsqualität ihrer Krankenversicherung sind. Der Anteil Unzufriedener beträgt im Schnitt 4%. Vor allem jüngere und höher gebildete Versicherte sind tendenziell häufiger unzufrieden. Ebenso sind Versicherte mit (sehr) gutem Gesundheitszustand zufriedener mit dem Service des eigenen Krankenversicherers. Fast neun von zehn Gesunden (86%) sind mit dem Service und der Beratung der eigenen Krankenversicherung zufrieden. Im Gegenzug beurteilen nur sieben von zehn Kranken (72%) diese als zufriedenstellend.

Wodurch begründet sich die hohe Zufriedenheit mit der Service- und Beratungsqualität?

Um die Zufriedenheit der Versicherten mit der Service- und Beratungsqualität genauer zu analysieren, wurde nach der Erfüllung von zwölf Servicekriterien durch die jeweilige Krankenversicherung gefragt. Darunter befinden sich zum einen mitarbeiterbezogene Kriterien wie Freundlichkeit, Kompetenz und Individualität, zum anderen prozessbezogene Kriterien wie Klärung des Anliegens bereits beim Erstkontakt, Einfachheit von Formularen und Anträgen sowie Aspekte der Erreichbarkeit (»»» Abbildung 9).

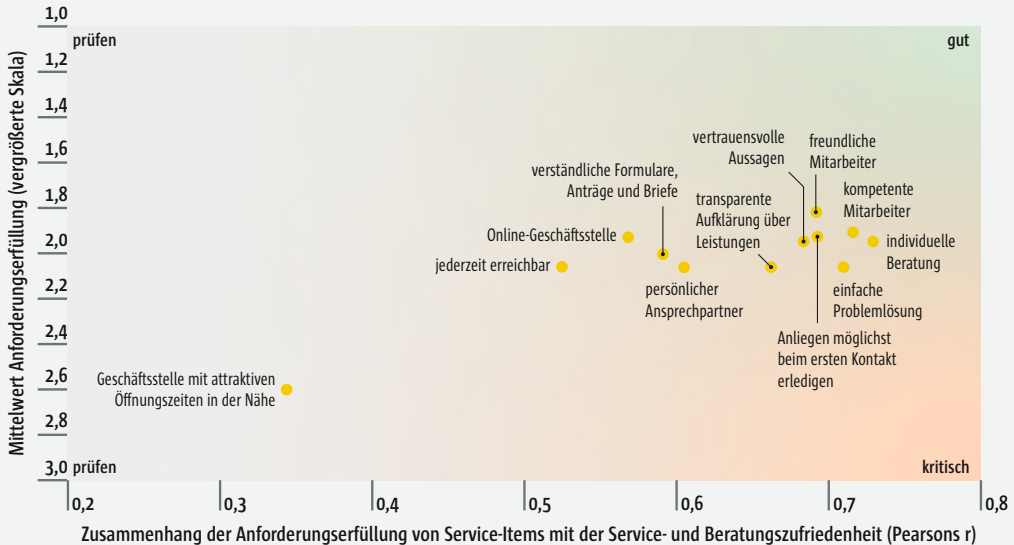
Abbildung 9 Service- und Beratungsqualität im Detail. Frage: Geben Sie bitte an, inwieweit die folgenden Aussagen auf Ihre Krankenversicherung zutreffen. (M = Mittelwert, Basis: n = 4.728)



Besonders hoch erfüllt zeigen sich Freundlichkeit (74%), fachliche Kompetenz (71%) und die Erledigung des Anliegens im ersten Kontakt (71%): Mehr als sieben von zehn Befragten sehen diese als erfüllt an. Auch bei allen anderen mitarbeiter- und erreichbarkeitsbezogenen Aussagen stimmen deutlich mehr Versicherte zu als

nicht zu. Einzig eine Geschäftsstelle mit attraktiven Öffnungszeiten in der Nähe erreicht deutlich geringere Erfüllungswerte als die anderen Attribute: Lediglich für jeden Vierten (25%) trifft es voll und ganz zu, dass die eigene Krankenversicherung eine Geschäftsstelle mit attraktiven Öffnungszeiten in der Nähe unterhält.

Abbildung 10 Verhältnis von Erfüllung und Zusammenhang mit der Service- und Beratungszufriedenheit der Einzelkriterien (Skalenausschnitt)



Interessant ist bei der Betrachtung der Einzelbeurteilungen auch der Blick auf die Anteile der Befragten, die keine Antwort vergeben: Hier wird deutlich, dass mehr als jeder zehnte Versicherte keine Aussage zum Angebot einer Geschäftsstelle (13%) oder einer Online-Beratung (11%) der eigenen Krankenversicherung machen kann. Auch zum Vorhandensein eines persönlichen Ansprechpartners oder eines Mitarbeiters, der individuell auf den Versicherten eingeht, können jeweils 9% der Befragten keine Aussage treffen.

Mit Blick auf die Versicherungsart wird deutlich, dass gesetzlich und privat Versicherte die Service- und Beratungszufriedenheit ihres Krankenversicherers ähnlich beurteilen. Der einzig deutliche Unterschied tritt in der Frage auf, ob die Krankenversicherung eine Geschäftsstelle mit attraktiven Öffnungszeiten in der Nähe anbietet. Betrachtet man hier nur die gesetzlich Versicherten, dann stim-

men dem 49% der Befragten zu. Bei den privat Krankenversicherten ist es nur jeder Dritte (33%), der hier zustimmt (mehr **»»** s. Exkurs im Kapitel Die Rolle der Krankenversicherung im Gesundheitssystem).

Um die Bedeutsamkeit eines Zusammenhanges zu beurteilen, kann man den Korrelationskoeffizienten r heranziehen. Dieser gibt an, wie groß ein identifizierter Zusammenhang ist. Ein Korrelationskoeffizient von $r = 1$ steht dabei für einen positiven linearen Zusammenhang und ein Wert von $r = 0$ für keinen Zusammenhang zwischen den Werten.

Stellt man die Erfüllung (Mittelwert) ins Verhältnis mit dem Zusammenhang einzelner Serviceattribute und der Service- und Beratungsqualität wird deutlich, welche Servicethemen bei der Qualitätswahrnehmung stärker ins Gewicht fallen als andere (**»»** Abbildung 10). Eine

Geschäftsstelle mit attraktiven Öffnungszeiten in der Nähe steht beispielsweise nur in einem geringen Zusammenhang mit der Einschätzung der Service- und Beratungsqualität ($r = .344$). Ob sich eine Geschäftsstelle in der Nähe befindet oder nicht verändert also kaum die Beurteilung der Service- und Beratungsqualität. Insofern fällt auch eine insgesamt geringere Erfüllung dieses Kriteriums aus Sicht der Befragten – der erzielte Mittelwert liegt mit 2,6 nahe der Skalenmitte – kaum ins Gewicht. Demnach besteht für dieses Servicemerkmal aus Versichertenperspektive kaum Handlungspotenzial.

Anders verhält es sich beispielsweise mit der individuellen Beratung. Diese weist den höchsten Zusammenhang mit der Service- und Beratungsqualität ($r = .731$) sowie eine akzeptable Erfüllung ($M = 1,9$) auf. Hieraus resultiert, dass dieses Servicekriterium besonderes Augenmerk von den Versicherten erhält, aber auch von den Krankenversicherungen schon sehr ernstgenommen wird. Aber: Auch nur kleine Veränderungen der individuellen Beratung schlagen sich sehr schnell in einer veränderten Wahrnehmung der Service- und Beratungsqualität nieder, die Versicherten sind hier folglich sehr sensibel.

Das Vorhandensein einer Online-Geschäftsstelle wartet zwar mit einer ähnlich hohen Erfüllung auf ($M = 1,9$), der Zusammenhang mit der Service- und Beratungsqualität ist jedoch deutlich geringer ($r = .570$). Daraus lässt sich schließen, dass eine individuelle Beratung einen höheren Stellenwert für die Versicherten hat, wenn es um die Beurteilung der Service- und Beratungsqualität geht als beispielsweise eine (Online-)Geschäftsstelle.

Attribute mit ähnlich hohem Zusammenhang mit der Service- und Beratungs-

qualität, wie die individuelle Beratung, sind kompetente ($r = .718$) und freundliche ($r = .694$) Mitarbeiter, eine einfache Problemlösung ($r = .712$) – möglichst im ersten Kontakt ($r = .694$) – und das Treffen verlässlicher Aussagen ($r = .685$).

Die Bewertung der Service- und Beratungsqualität durch die Versicherten fällt insgesamt hoch aus. Dies lässt sich vor allem auf sehr positive Einschätzungen der Aspekte Erreichbarkeit, Kompetenz und Empathie der Mitarbeiter, hohe Individualität im Rahmen der Beratung, das Streben nach einfachen Problemlösungen möglichst im ersten Kontakt und eine hohe Verlässlichkeit getroffener Aussagen zurückführen. Die genannten Service- und Beratungsaspekte stehen mehrheitlich in hohem Zusammenhang mit der Wahrnehmung der Service- und Beratungsqualität durch die Versicherten. Nur kleine Veränderungen an einem oder mehreren dieser Aspekte können bereits in einer höheren oder geringeren Einschätzung der Qualität in der Dimension Servicegeschehen münden. Anders verhält es sich etwa beim Angebot einer Geschäftsstelle mit attraktiven Öffnungszeiten in der Nähe. Diese ist für die Versicherten im Vergleich von nur geringerer Bedeutung und trägt insgesamt nur weniger zu einer positiven Qualitätseinschätzung des Servicegeschehens bei.

Versorgungsgestaltung

Die Versorgungsgestaltung der Krankenversicherung umfasst das Bestreben, den Versicherten einen strukturierten Zugang zu einer bestmöglichen gesundheitlichen Versorgung zu bieten. Insbesondere durch die Erweiterung des Aufgabenspektrums der Krankenversicherungen im Verlauf der letzten Jahrzehnte, aber auch durch

die schrittweise stärkere Vernetzung der Akteure im Gesundheitssystem, haben sich die Möglichkeiten zur Gestaltung der Versorgung durch die Krankenversicherung erweitert. Die Krankenversicherung soll, in Kenntnis der individuellen Bedarfe der Versicherten, Informationen und Ressourcen der relevanten Akteure im Gesundheitssystem (z.B. [Fach-]Ärzte, Kliniken, Rehaeinrichtungen, medizinischer Dienst) so verfügbar machen und vernetzen, dass individuelle Gesundheits- und Versorgungsziele der Versicherten erreicht werden. Die in dieser Befragung betrachteten Aspekte der Versorgungsgestaltung sind außerordentlich umfassend und betreffen unterschiedliche Bereiche, dazu gehören beispielsweise:

- der **Aufbau von Gesundheitskompetenz** bei den Versicherten,
- die **Hilfestellung für die Versicherten bei der Orientierung im Gesundheitswesen**, etwa durch die Bereitstellung von Informationen zu Verfügbarkeit und Qualität von Leistungserbringern (z.B. Krankenhäuser, Fachärzte, Pflegedienste), insbesondere auch über digitale Angebote,
- die **Aufgabe als Krankenversicherung auf Versorgungsstrukturen, -qualität und -vernetzung der Leistungserbringer Einfluss zu nehmen** und
- die **Gewährleistung eines zunehmend individuellen und bedarfsorientierten Zuschnitts des Versorgungsangebotes** und der in diesem Zusammenhang erfolgenden Informationen.

Für die Befragten ist der Begriff „Versorgungsgestaltung“ stark erklärungsbedürftig. Die Dimension ist im Vergleich zu Servicegeschehen und Leistungserleben weniger klar abgegrenzt. Zu ihr zählt die

Ausgestaltung von Versorgungs- und Präventionsangeboten gleichermaßen wie die Bereitstellung von Informationen zu Leistungserbringern und deren Qualität oder die Organisation von Behandlungsterminen.

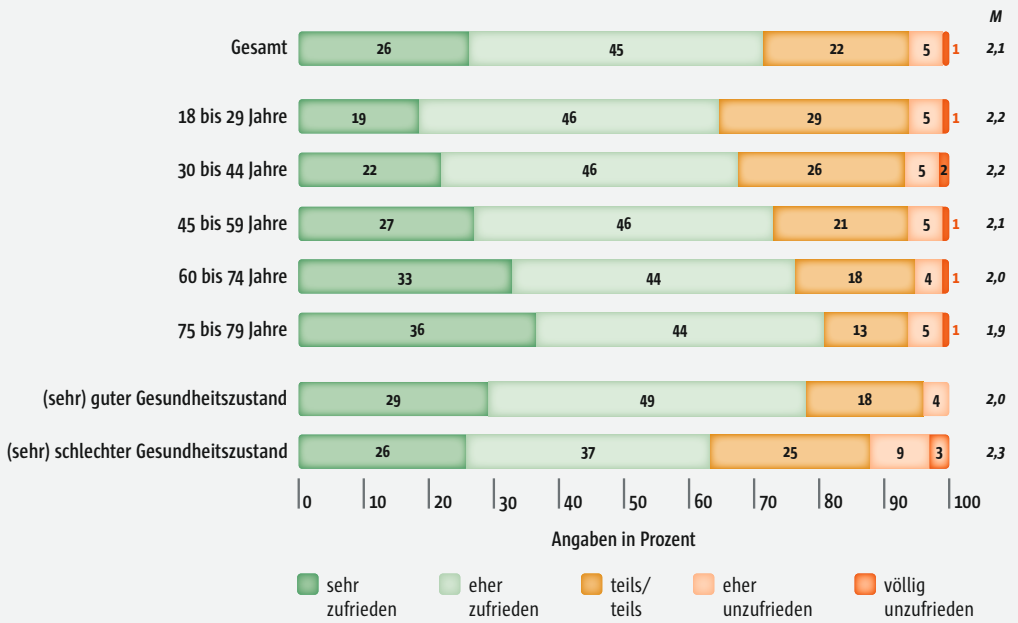
Qualität der Versorgungsgestaltung im Detail

Wie wird die Versorgungsgestaltung durch die Versicherten insgesamt bewertet?

Gut jeder vierte Befragte (26%) ist mit der Qualität der gesundheitlichen Versorgung und den Präventionsangeboten seiner Krankenversicherung sehr zufrieden. 45% der Befragten geben an, dass sie eher zufrieden sind. Mehr als jeder Fünfte (22%) hat eine neutrale Wahrnehmung. Jeder zwanzigste Befragte (5%) ist mit der Qualität der Versorgung durch die eigene Krankenversicherung eher unzufrieden, nur einer von 100 (1%) ist völlig unzufrieden (»»» Abbildung 11). Damit zeichnet sich eine insgesamt positive Einschätzung der Qualitätsdimension Versorgungsgestaltung ab.

Auch hier zeigt sich – ähnlich wie bei der Beurteilung der Service- und Beratungszufriedenheit – bei der Betrachtung einzelner Versichertengruppen, dass jüngere Befragte deutlich unzufriedener sind als ältere Befragte. Nur knapp jeder fünfte 18- bis 29-Jährige (19%) ist sehr zufrieden mit der Qualität der Versorgungs- und Präventionsangebote der eigenen Krankenversicherung. Bei den 30- bis 44-Jährigen sind es immerhin schon 22%, bei den 45- bis 59-Jährigen 27%, bei den 60- bis 74-Jährigen 33% und bei den 75- bis 79-Jährigen 36%. Dafür ist der Anteil an Unschlüssigen bei den 18- bis 29-Jährigen mehr als doppelt so groß (29%) wie bei den 75- bis 79-Jährigen (13%).

Abbildung 11 Versorgungsqualität nach Alter und Gesundheitszustand. Frage: Wie zufrieden sind Sie alles in allem mit Ihrer Krankenversicherung bezogen auf die Qualität Ihrer gesundheitlichen Versorgung und Präventionsangebote? (M = Mittelwert, Basis: n = 4.728)



Am kritischsten wird die Qualität der Versorgungsgestaltung von Versicherten mit (sehr) schlechtem Gesundheitszustand beurteilt: Ca. jeder achte subjektiv Kranke (12%) ist eher bzw. völlig unzufrieden. Bei Versicherten mit (sehr) gutem Gesundheitszustand ist es nur jeder 25. (4%). Auch die Anteile sehr bzw. eher Zufriedener unterscheiden sich deutlich nach Gesundheitszustand. So sind ca. vier von fünf Gesunden (78%) zufrieden mit der Gestaltung der Versorgung durch ihre Krankenversicherung, aber nur drei von fünf Kranken (63%).

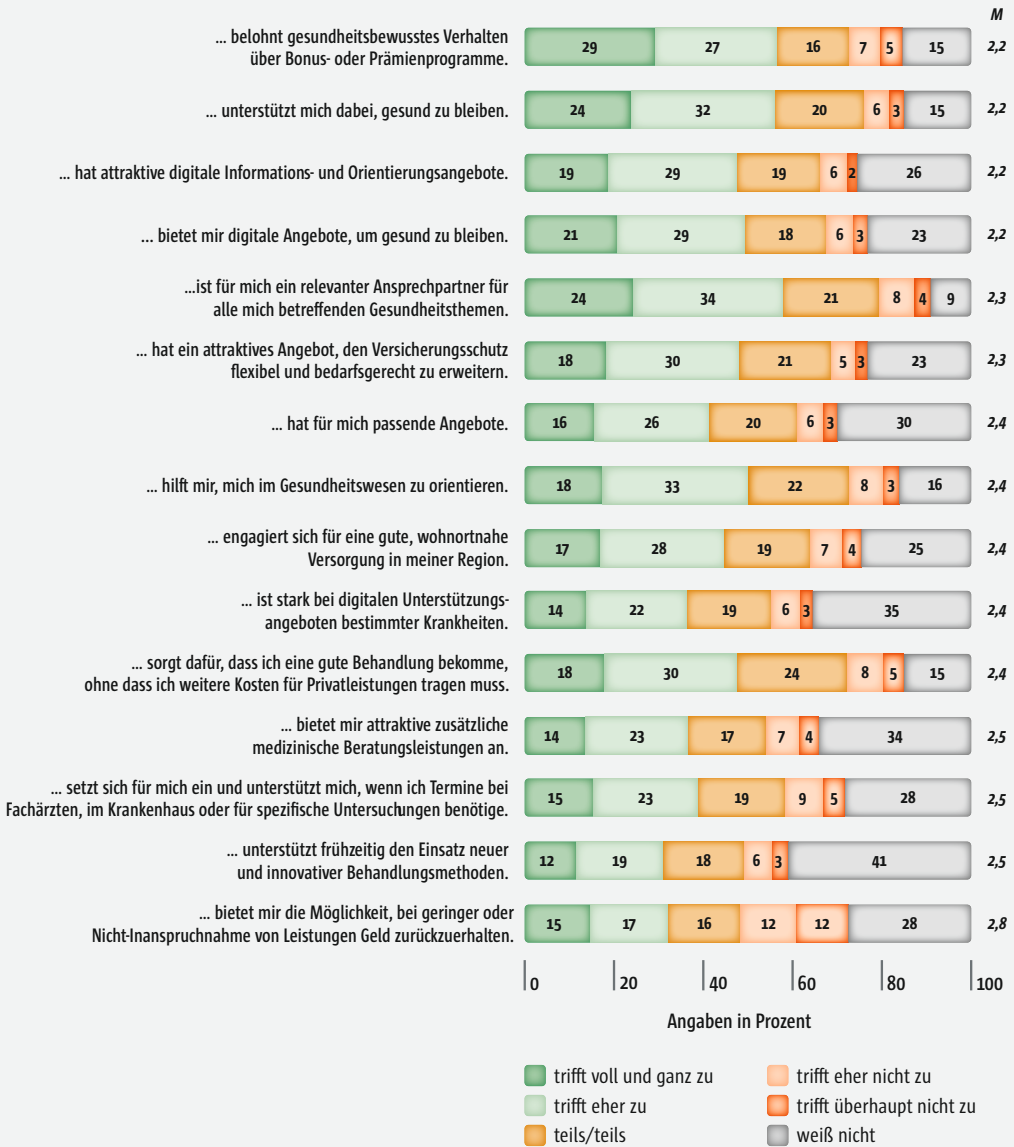
Was macht Versorgungsgestaltung im Detail aus und wie beurteilen Versicherte diese?

In der Einzelbetrachtung der Versorgungsattribute (»»» Abbildung 12) fällt zunächst auf, dass sich bezogen auf die einzelnen

Aspekte zwischen 9% und 41% der Befragten kein Urteil bilden können. Dies betrifft insbesondere die Kenntnis, ob die eigene Krankenversicherung innovative Behandlungsmethoden unterstützt (41%), attraktive medizinische Beratungsleistungen anbietet (34%) oder stark bei digitalen Unterstützungsangeboten ist (35%). Ob die Versicherten die Angebote ihrer Krankenversicherung nicht kennen oder ob ihre Krankenversicherung diese Leistungen nicht anbietet, kann an dieser Stelle nicht beantwortet werden.

Die Zufriedenheit mit Bonus- und Prämienprogrammen ist unter den Befragten mehrheitlich hoch (je 56%). Außerdem sehen drei von fünf Befragten (58%) die Krankenkasse als einen wichtigen Ansprechpartner rund um alle Gesundheitsthemen. Im Gegenzug bedeutet dies aber auch, dass

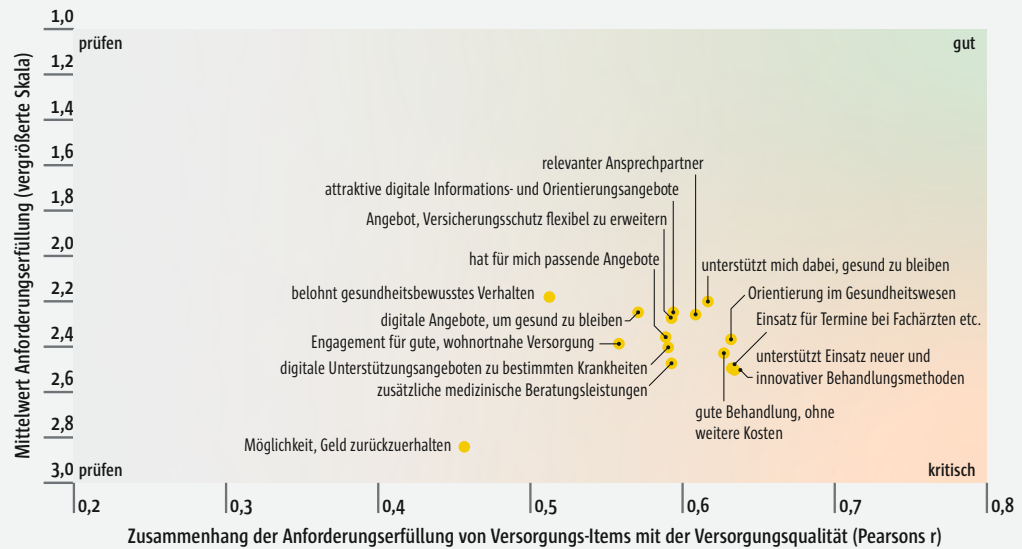
Abbildung 12 Versorgungsqualität im Detail. Frage: Geben Sie bitte an, inwieweit die folgenden Aussagen auf Ihre Krankenversicherung zutreffen. (M = Mittelwert, Basis: n = 4.728)



zwei von fünf Befragten die eigene Krankenversicherung nicht als Ansprechpartner sehen, der für die Beratung rund um Gesundheitsthemen bereitsteht. Die geringste Erfüllung wird hinsichtlich der Möglichkeiten deutlich, bei geringer oder

Nicht-Inanspruchnahme von Leistungen Geld zurückzuerhalten (32%). Die Bewertung der Krankenversicherung im Hinblick auf die Bereitstellung neuer und innovativer Behandlungsmethoden fällt hingegen verhalten aus (31%). Allgemein werden die

Abbildung 13 Verhältnis von Erfüllung und Zusammenhang mit der Versorgungsgestaltung der Einzelkriterien (Skalenausschnitt)



Einzelaspekte der Versorgungsgestaltung verhaltener beurteilt als die des Servicegeschehens (»» Kapitel Servicegeschehen).

Vor allem gesetzlich Versicherte sehen sich durch ihre Krankenkasse mehr bei der Gesunderhaltung unterstützt. So geben 59% an, dass ihre Krankenversicherung sie über Bonus- und Prämienprogramme für gesundheitsbewusstes Verhalten belohnt. Bei den privat Versicherten sind es lediglich 37%. Ein ähnliches Bild zeigt sich beim Angebot von digitalen Unterstützungsmöglichkeiten wie Apps oder Online-Kursen: Jeder zweite GKV-Versicherte (52%) stimmt zu, dass solche Angebote bereitgestellt werden, bei den PKV-Versicherten ist dies nur jeder Dritte (30%). Auch die Bereitstellung von Präventionsangeboten tritt laut den Befragten der GKV häufiger auf (58%). Im Gegenzug ist die Option, bei Nicht-Inanspruchnahme ein Teil der gezahlten Beiträge zurückzuerhalten, in der PKV häufiger (65%) als in

der GKV (29%) (mehr »» s. Exkurs im Kapitel Die Rolle der Krankenversicherung im Gesundheitssystem).

Bei der Verbindung von Erfüllungsumfang (Mittelwerte) einzelner Versorgungsmerkmale im Zusammenhang mit der Beurteilung der Versorgungsgestaltung (»» Abbildung 13) wird deutlich, wo Qualitätsdefizite wahrgenommen werden. Die Sicherstellung einer adäquaten Behandlung ohne Zusatzkosten etwa weist einen hohen Zusammenhang mit der Beurteilung der Versorgungsgestaltung insgesamt auf ($r = .627$), kann dabei aber nur einen Erfüllungswert erzielen, der sich in Teilen auch aus kritischeren Urteilen der Versicherten zusammensetzt ($M = 2,4$), sprich, Versicherten ist es wichtig, dass Gesundheitsleistungen nicht mit Eigenanteilen verbunden sind. Ausgeprägte Zusammenhänge mit der Versorgungsgestaltung bedeuten, dass auch kleine Veränderungen sich schnell in einer veränderten Wahr-

nehmung der Versorgungsgestaltung insgesamt niederschlagen.

Ähnlich wie die Sicherstellung einer adäquaten Behandlung ohne Zusatzkosten schneiden die Versorgungsaspekte frühzeitige Unterstützung des Einsatzes neuer und innovativer Behandlungsmethoden ($r = .634$, $M = 2,5$), der Einsatz der Krankenversicherung für Termine bei Fachärzten, im Krankenhaus oder für spezifische Untersuchungen ($r = .632$, $M = 2,5$) und die Hilfestellung gegenüber Versicherten bei der Orientierung im Gesundheitssystem ($r = .632$, $M = 2,4$) ab. Die Möglichkeit, bei geringer oder Nicht-Inanspruchnahme Geld zurückzuerhalten, ist zwar am geringsten erfüllt ($M = 2,8$), spielt für die Versicherten aber eine im Vergleich untergeordnete Rolle ($r = .456$). Auch die am höchsten erfüllten Versorgungsattribute Belohnung von gesundheitsbewusstem Verhalten und Unterstützung der Krankenversicherung dabei gesund zu bleiben, weisen im Vergleich geringere Zusammenhangswerte mit der Versorgungsgestaltung insgesamt auf ($r = .512$, $r = .616$).

Insgesamt verdeutlicht die Analyse, dass sich die Wahrnehmung der Versorgungsgestaltung insgesamt aus vielen Attributen speist, von denen ein großer Teil in einem hohen Zusammenhang mit der Versorgungsgestaltung steht und dazu Verbesserungspotenziale aufweist. Die Versorgungsgestaltung ist damit eine Qualitätsdimension, in welcher sich die Versicherten ein stärkeres Engagement ihrer Krankenversicherungen erwarten.

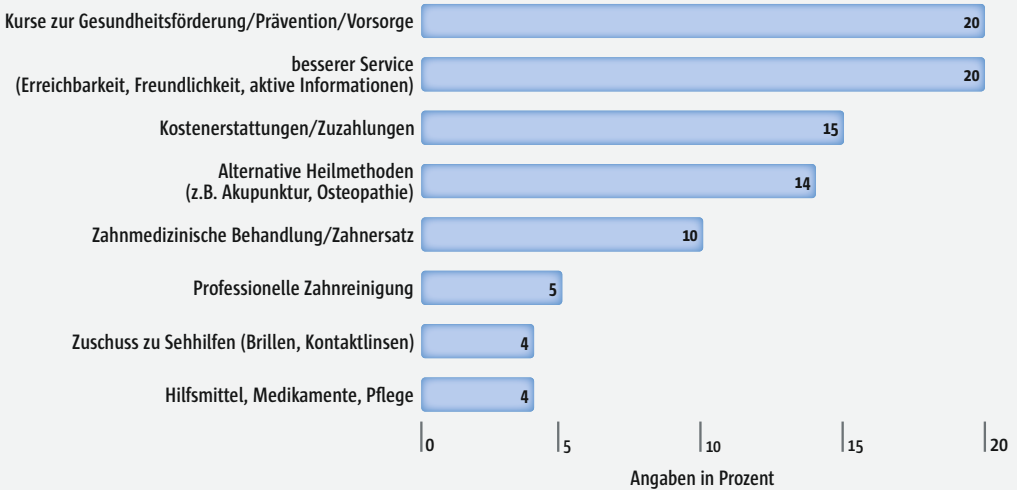
In welchen Versorgungsbereichen sehen die Versicherten Leistungslücken?

Ein Drittel der befragten Versicherten (33%) nimmt Leistungslücken der Krankenversicherung wahr, dies häufig bezogen auf Prä-

ventionsangebote und allgemeine Servicethemen wie Erreichbarkeit und Freundlichkeit (jeweils ca. 20% der Befragten mit Wahrnehmung von Leistungslücken, **»** Abbildung 14). Nachrangig folgen Potenziale bei Kostenerstattungen und Zuzahlungen (15%), dem Angebot alternativer Heilmethoden (14%), zahnmedizinischen Behandlungen und Zahnersatz (10%) sowie der professionellen Zahnreinigung (5%), Zuschüssen zu Sehhilfen, Hilfsmitteln/Medikamenten, digitalen Angeboten, dem Bonusprogramm (je 4%) und sonstigen Themen wie beispielsweise Kur/Reha (3%), Impfungen (2%) und Zusatzversicherungen (1%).

» Ob die Krankenversicherungen über attraktive Versorgungsangebote verfügen, können viele Versicherte aktuell nicht beurteilen. Antwortanteile mit „weiß nicht“ in Höhe von 9% bis 41% für einzelne Versorgungsaspekte lassen erkennen, dass ein Großteil der Versicherten bisher außer Stande ist einzuschätzen, ob die eigene Krankenversicherung eine qualitativ hochwertige Versorgung bereitstellt. Besonders wichtig für die Wahrnehmung einer guten Versorgungsgestaltung ist den Versicherten, dass ihre Krankenversicherungen für medizinische Behandlungen ohne private Zusatzkosten sorgen, frühzeitig den Einsatz neuer und innovativer Behandlungsmethoden unterstützen und sich spürbar für Termine bei Fachärzten, im Krankenhaus oder für spezifische Untersuchungen einsetzen. Daneben erwarten die Versicherten von ihrer Krankenversicherung auch eine stärkere Hilfestellung bei der Orientierung im Gesundheitssystem. Diesen hohen Erwartungen stehen nur zwischen 30 und 60% der Befragten gegenüber, die diese Versorgungsaspekte heute bereits durch ihre Krankenversicherungen erfüllt sehen. Eine allgemein noch zu geringe Kenntnis zu Versorgungsangeboten zeigt deutliches Verbesserungspotenzial auf.

Abbildung 14 Wahrgenommene Leistungslücken. Frage: In welchen Bereichen sollte Ihre Krankenversicherung künftig noch mehr, andere oder bessere Angebote unterbreiten? Wo nehmen Sie heute konkrete Leistungslücken wahr? (Basis: 1.567 [nur wenn Leistungslücken erkannt]; Darstellung aller Nennungen > 4%)



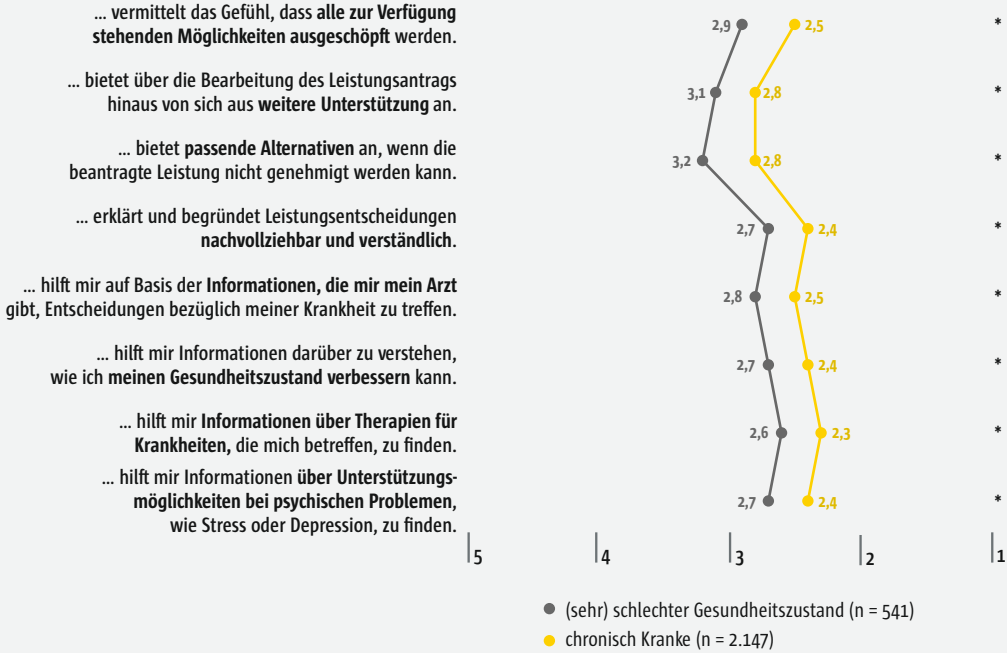
Exkurs: Wie beurteilen Versicherte mit (sehr) schlechtem Gesundheitszustand und solche, die unter chronischen Erkrankungen leiden, ihre Krankenversicherung?

Insgesamt schätzen 11% der befragten Versicherten ihren Gesundheitszustand als (sehr) schlecht ein und fast die Hälfte (45%) gibt an, dass sie unter chronischen Erkrankungen leiden. Definiert wird dies als lang andauernde Erkrankungen, die ständiger Behandlung und Kontrolle bedürfen, z.B. Diabetes, Herz-/Kreislauf-Erkrankungen, Bluthochdruck. Bei der Interpretation der Unterschiede zwischen diesen beiden Vergleichsgruppen ist zu beachten, dass 470 der Befragten mit (sehr) schlechtem Gesundheitszustand, also 87% dieser, angeben, dass sie an einer chronischen Erkrankung leiden. Versicherte mit (sehr) schlechtem Gesundheitszustand sind demnach nur ein kleiner Bestandteil der chronisch Kranken, die sich wiederum auch aus Befragten zusammensetzen, die ihren Gesundheitszustand als (sehr) gut ($n = 761$) oder mittelmäßig ($n = 908$) einschätzen. Insgesamt sind chronisch Kranke zufriedener mit ihrer Kranken-

versicherung als Versicherte mit (sehr) schlechtem Gesundheitszustand. Vor allem in Bezug auf Leistung und Versorgung fühlen sich Versicherte mit (sehr) schlechtem Gesundheitszustand deutlich schlechter unterstützt (»» Abbildung 15).

So geben sie seltener an, dass ihre Krankenversicherung alle zur Verfügung stehenden Mittel ausschöpft ($M = 2,9$), Unterstützungen über den Leistungsantrag hinaus anbietet ($M = 3,1$) oder passende Alternativen anbietet, wenn eine Leistung nicht genehmigt wird ($M = 3,2$) als Versicherte, die unter einer chronischen Krankheit leiden. Auch bemängeln Personen mit schlechterer Verfassung nicht nur die direkte Versorgung mit Leistungen, sondern auch mit Informationen: Sie beurteilen die Unterstützung der Krankenversicherung bei Entscheidungen zur Krankheitsbewältigung als weniger ausgeprägt ($M = 2,8$) als chronisch kranke Befragte ($M = 2,5$). Ähnlich verhält es sich auch mit Informationen darüber, wie sich der Gesundheitszustand verbessern lässt oder bezüglich krankheitsbezogener Therapien sowie Unterstützungsmöglichkeiten bei psychischen Problemen.

Abbildung 15 Unterschiede der Beurteilung von Versicherten mit (sehr) schlechtem Gesundheitszustand und Chronikern.
Frage: Geben Sie bitte an, inwieweit die folgenden Aussagen auf Ihre Krankenversicherung zutreffen./
Wie zufrieden sind Sie mit dem Angebot Ihrer Krankenversicherung in Bezug auf ...? (Angabe in Mittelwerten
auf einer Skala von 1 = trifft voll und ganz zu/sehr zufrieden bis 5 = trifft überhaupt nicht zu/überhaupt nicht
zufrieden, * signifikanter Unterschied [$p < .05$])



Spezifische versorgungsbezogene Anforderungen an die Krankenversicherung

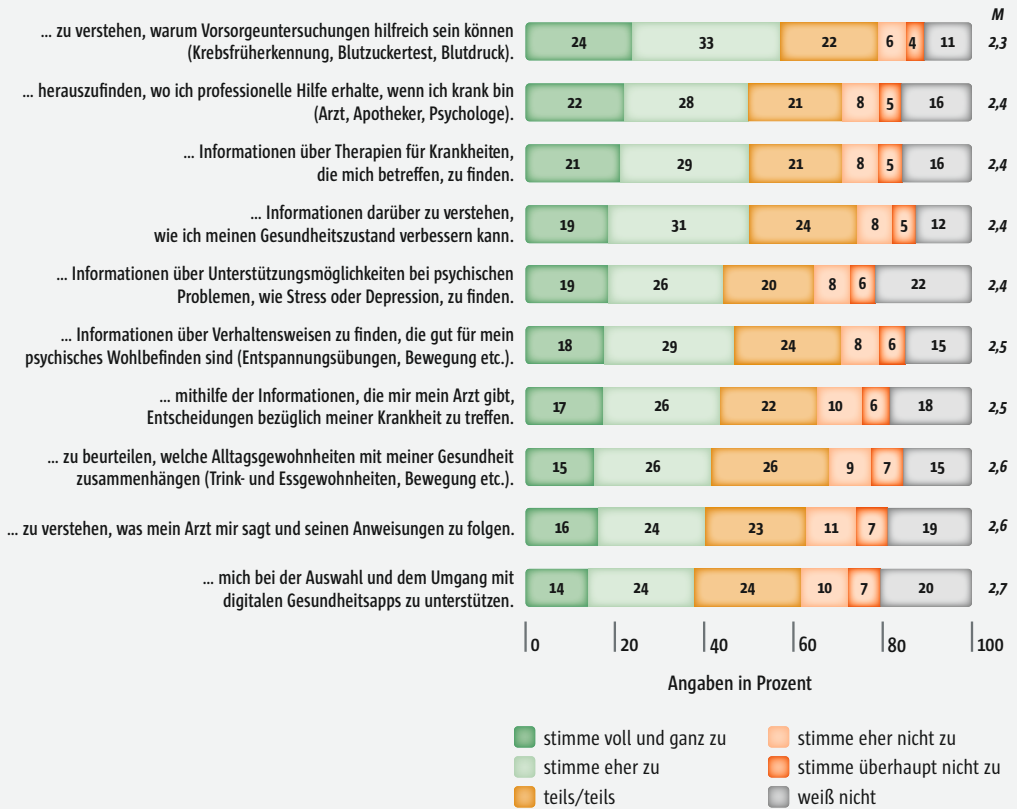
Wie gut fühlen sich die Versicherten beim Aufbau von Gesundheitskompetenz unterstützt?

Gesundheitskompetenz (auch Health Literacy), beschreibt die Fähigkeit von Individuen, Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden [3], also das eigene Leben gesund zu gestalten. Sie ist Voraussetzung für Gesundheit und Wohlbefinden in einer modernen Gesellschaft. Insbesondere als Folge von Digitalisierung und wachsender Komplexität des Gesundheitssystems sehen sich Versicherte mit einer steigenden Dichte von Gesundheitsinforma-

tionen konfrontiert. Sich gesundheitskompetent zu verhalten wird dadurch zur Herausforderung. Zwar wächst das Verständnis zur Relevanz von Health Literacy als Gesundheitsdeterminante, gleichwohl stellt sie einen noch immer vernachlässigten Bereich im Gesundheitswesen dar. Krankenversicherungen sind in zunehmendem Maße gefordert, durch Informations- und Versorgungsangebote dazu beizutragen, die Gesundheitskompetenz der Versicherten zu stärken, da sich eine geringe Gesundheitskompetenz erwiesenermaßen negativ auf die individuelle Gesundheit auswirkt [4].

Das Ergebnis der Versichertenbefragung zeigt, dass viele Krankenversicherte

Abbildung 16 Gesundheitskompetenz im Detail. Frage: Inwieweit stimmen Sie folgenden Aussagen zu? Meine Krankenversicherung hilft mir ... (M = Mittelwert, Basis: n = 4.728)



keine Hilfe von ihrer Krankenversicherung erhalten, wenn es um den Aufbau von Gesundheitskompetenz geht (»»» Abbildung 16). Zwar geben drei von fünf Befragten (57%) an, dass ihr Krankenversicherer ihnen dabei hilft zu verstehen, warum Vorsorgeuntersuchungen hilfreich sind, allerdings verneint dies auch jeder Zehnte (10%) und ein weiteres Zehntel kann dazu keine Aussage treffen (11%). Betrachtet man nur die Note 1-Anteile, also die Versicherten, die den Aussagen voll und ganz zustimmen, dann fühlt sich maximal ein Viertel (24%) aller Befragten durch die eigene Krankenversicherung

sehr gut befähigt zu verstehen, warum Vorsorgeuntersuchungen wichtig sind.

Deutlich weniger gut durch ihre Krankenversicherungen unterstützt fühlen sich die Versicherten hinsichtlich des Umgangs mit digitalen Gesundheitsapps (nur 14% stimmen voll und ganz zu, 24% stimmen eher zu), hinsichtlich des Verständnisses von Arztaussagen und -anweisungen (16%/24%) und der Beurteilung, welche Alltagsgewohnheiten mit der eigenen Gesundheit zusammenhängen (15%/26%). Vor dem Hintergrund der damit verbundenen Gesundheitsgefahren sind vor allem die Versicherten zu betrachten, die

entweder nicht einschätzen können, ob ihre Krankenversicherung ihnen beim Aufbau von Gesundheitskompetenz hilft (zwischen 11% und 22%) oder die angeben, dass ihnen die eigene Krankenversicherung beim Aufbau bestimmter Gesundheitskompetenzen überhaupt nicht hilft (zwischen 4% und 7%). Vor allem hinsichtlich der Hilfestellung der Krankenversicherung dabei, Informationen über Unterstützungsmöglichkeiten bei psychischen Belastungen, wie Depressionen oder Stress, zu finden, geben 6% der Versicherten an, dass ihre Krankenversicherung ihnen nicht hilft. 22% können nicht einschätzen, ob ihre Krankenversicherung diesbezüglich Informationen vorhält.

Auffallend ist vor allem, dass Versicherte mit (sehr) schlechtem Gesundheitszustand seltener das Gefühl haben, dass ihre Krankenversicherung ihnen hilft, zu verschiedenen Themen Gesundheitskompetenz aufzubauen. Beispielsweise hat knapp die Hälfte aller Versicherten mit (sehr) gutem Gesundheitszustand (48%) das Gefühl, dass ihre Krankenversicherung ihnen dabei hilft („stimme voll und ganz zu“ + „stimme eher zu“), Entscheidungen bezüglich ihrer Krankheit auf Basis von Arzteinformationen zu treffen. Bei den Personen mit schlechtem Gesundheitszustand ist es lediglich ein Drittel (35%). Ebenso geringer fällt die Wahrnehmung von Hilfestellung der Krankenversicherung bezüglich der Verbesserung des eigenen Gesundheitszustands aus: 55% der Gesunden fühlen sich hierzu von ihrer Krankenversicherung unterstützt, bei den Kranken, also Versicherten mit einem erhöhten Informationsbedarf, sind es lediglich 42%.

Die Wahrnehmung der Hilfe durch die eigene Krankenversicherung, wenn es um

den Aufbau von Gesundheitskompetenz geht, weist Unterschiede hinsichtlich des Bildungsgrads der Befragten auf: Im Schnitt fühlen sich Versicherte mit Haupt-/Volksschulabschluss ($M = 2,3$) um 0,3 Skalenpunkte besser durch ihre Krankenversicherung unterstützt als (Fach-)Abiturienten ($M = 2,6$). Ob höher gebildete Befragte andere oder mehr Erwartungen an die eigene Krankenversicherung besitzen oder Kompetenzstärkungsangebote der Versicherer eher auf Personen mit niedrigerem Bildungsstand abzielen und ob sich geringere Erfüllungswerte möglicherweise darüber erklären lassen, kann anhand dieser Befragung nicht beantwortet werden. Auch fühlen sich gesetzlich Versicherte im Schnitt deutlich mehr von ihrem Krankenversicherer unterstützt, Gesundheitsinformationen zu verstehen, als privat Versicherte: Vor allem dabei, Informationen über Verhaltensweisen zu finden, die gut für das psychische Wohlbefinden sind, unterstützen die gesetzlichen Krankenkassen ihre Versicherten stärker ($M = 2,4$) als private Krankenversicherungen ($M = 2,9$). Ebenso erleben gesetzlich Versicherte ($M = 2,4$) eine stärkere Unterstützung darin, Informationen zur Verbesserung des eigenen Gesundheitszustands zu verstehen als privat Versicherte ($M = 2,8$) (mehr **»»** s. Exkurs im Kapitel Die Rolle der Krankenversicherung im Gesundheitssystem).

»» Beim Aufbau von Gesundheitskompetenz wünschen sich die Versicherten mehr Engagement der Krankenversicherungen. Maximal für jeden zweiten Befragten ist aktuell bereits spürbar, dass die eigene Krankenversicherung aktiv hierzu beiträgt. Dies macht deutlich, dass das Gesamtpotenzial für eine Kompetenzstärkung des

Einzelnen, das eigene Leben gesünder zu gestalten, noch erheblich ist. Insbesondere die Versicherten mit (sehr) schlechtem Gesundheitszustand und/oder höherer Bildung zeigen sich diesbezüglich fordernd.

Wie zufrieden sind die Versicherten mit Gesundheitsangeboten ihrer Krankenversicherungen?

Die Krankenversicherung kann selbst keine medizinischen Leistungen erbringen, sondern nur durch die Bereitstellung passender Versorgungs- und Gesundheitsangebote dafür sorgen, dass Nachfrage und Angebot bestmöglich zusammenfinden und den Versicherten gesundheitsbezogene Entscheidungen leichter fallen. In diesem Kontext kommt der Krankenversicherung vor allem die Aufgabe zu, relevante Gesundheitsinformationen qualitätsgesichert aufzubereiten und transparent zu strukturieren, den Versicherten den Zugang zu Leistungserbringern zu vereinfachen sowie ihnen Entscheidungshilfen und Unterstützungsangebote bei bestimmten Krankheitsbildern an die Hand zu geben. Dies trägt aufseiten der Versicherten zu einer verbesserten Orientierung im Gesundheitssystem, einem vereinfachten Zugang zu medizinischen Leistungen und einer erhöhten Entscheidungskompetenz bei.

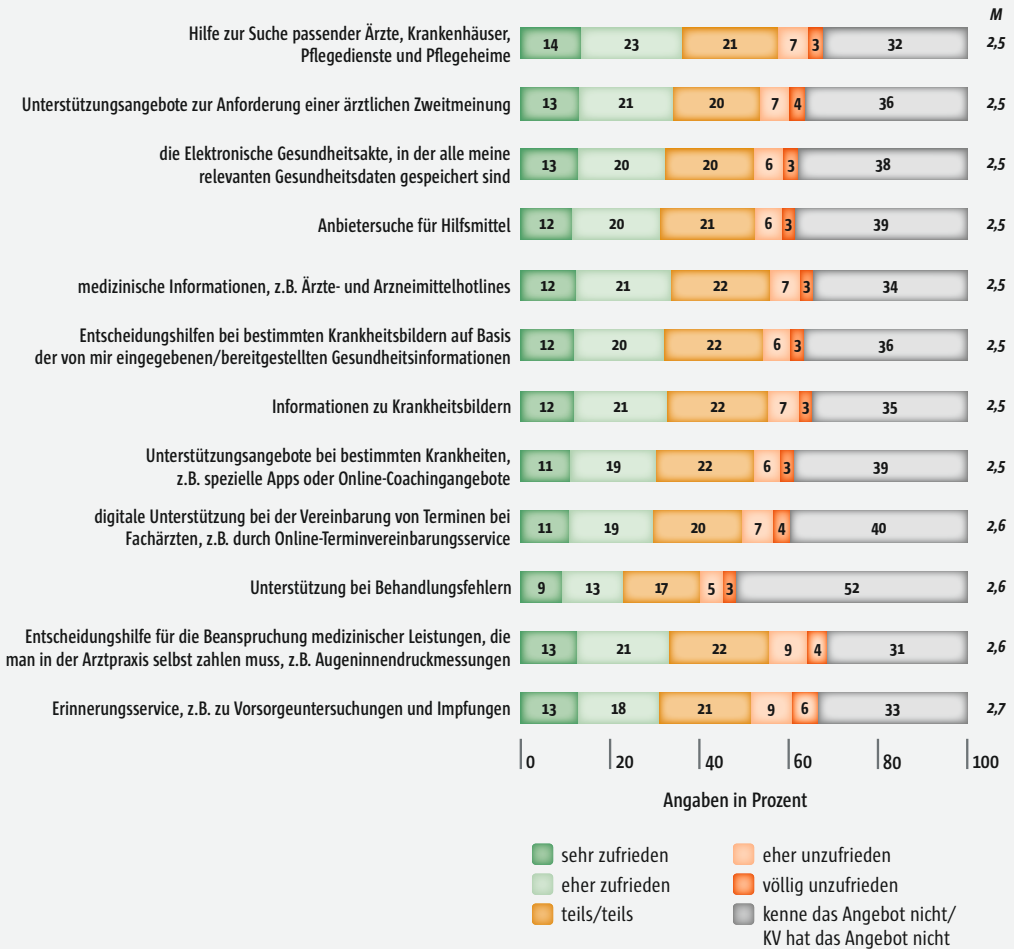
Zunächst wird auf Basis der Ergebnisse der Versichertenbefragung deutlich, dass die abgefragten Gesundheitsangebote der Krankenversicherer (»»» Abbildung 17) ohne Ausnahme mindestens 31% bis 52% der Befragten derzeit noch unbekannt sind oder durch die Krankenversicherungen nicht angeboten werden. Beispielsweise kennen weniger als die Hälfte aller befragten Versicherten (48%) Unterstützungsangebote der Krankenversicherun-

gen bei Behandlungsfehlern. Auch digitale Angebote zur Vereinbarung von Terminen bei Fachärzten (40%), Unterstützungsangebote bei bestimmten Krankheiten, wie Apps oder Online-Coachingangebote und Anbietersuchen für Hilfsmittel (je 39%), sind ca. vier von zehn Befragten nicht bekannt oder werden durch die Krankenversicherungen nicht angeboten.

Insgesamt kennen 13% aller Befragten keines der zwölf abgefragten Gesundheitsangebote der eigenen Krankenversicherung. Nur zwei von fünf Befragten (39%) können zu allen vorgestellten Gesundheitsangeboten ein Urteil abgeben. Je älter die Versicherten sind, desto weniger Gesundheitsangebote der eigenen Krankenversicherung sind ihnen bekannt: So kennen Versicherte im Alter von 18 bis 29 Jahren im Schnitt noch 8,4 Angebote. Befragte im Alter von 30 bis 44 Jahren kennen hingegen nur 7,6 Angebote und 75- bis 79-Jährige nur 7,1 Angebote. Außerdem sind Männern ($M = 8,2$) im Schnitt mehr Vorsorge- und Gesundheitsangebote bekannt als Frauen ($M = 6,9$). Auch Versicherte, die ihre Krankenversicherung aktuell in der Rolle des Lotsen ($M = 10,0$) sehen, kennen im Mittel mehr Gesundheitsangebote als die Versicherten, die ihre Krankenversicherung als Kümmerer ($M = 8,9$) oder nur als Bezahler ($M = 6,6$) wahrnehmen.

Bezieht man sich lediglich auf die Versicherten, die ein Zufriedenheitsurteil abgeben, dann wird deutlich, dass, selbst wenn die Angebote bekannt sind, die Zufriedenheit mit diesen eher mäßig ausfällt. Das Angebot, das im Schnitt am positivsten bewertet wird, ist die Hilfe zur Suche nach passenden Ärzten, Krankenhäusern, Pflegediensten und Pflegeheimen: Jeder Siebte (14%) ist mit diesem An-

Abbildung 17 Zufriedenheit mit Gesundheitsangeboten der Krankenversicherung. Frage: Wie zufrieden sind Sie mit dem Angebot Ihrer Krankenversicherung in Bezug auf ...? (M = Mittelwert, Basis: n = 4.728)



gebot seiner Krankenversicherung sehr zufrieden, jeder Vierte (23%) ist eher zufrieden. Allgemein gibt nur ca. jeder dritte Befragte an, dass er (sehr) zufrieden mit dem Gesundheitsangebot seines Versichers ist. Einem weiteren Drittel ist das Angebot nicht bekannt.

Den Versicherten sind Gesundheitsangebote ihrer Krankenversicherungen aktuell noch zu wenig bekannt. Selbst die Bekanntheit der Angebote ist noch kein Garant für Zufriedenheit, so erzielen die Angebote im Durchschnitt nur mittlere Zufriedenheitswerte. Folglich erwächst die Notwendigkeit, Versicherte mehr über Existenz, Funktionsweise und Nutzen der Gesundheitsangebote zu informieren. Daneben weist die nur mittlere Zufriedenheit mit den Angeboten darauf hin, dass sich die Versicherten auch eine verbesserte Ausgestaltung wünschen.

Welche digitalen Gesundheitsangebote ihrer Krankenversicherungen kennen und nutzen die Versicherten?

Ob zum Thema Schlafen, Ernährung oder zu Diagnose und Therapie spezifischer Krankheitsbilder – für fast alles gibt es mittlerweile digitale Unterstützungsangebote, angefangen von Apps über Wearables bis hin zu digitalem Coaching. Auch Krankenversicherungen bieten ihren Versicherten häufig digitale Dienste an (»» Abbildung 18). So geben knapp zwei Drittel aller Befragten (67%) an, dass ihre Krankenversicherung umfassende Möglichkeiten bietet, sich online zu informieren oder beraten zu lassen. Im Vergleich dazu gibt nur jeder Zweite an, dass der eigene Krankenversicherer digitale Angebote bietet, die es den Versicherten ermöglichen, gesund zu bleiben (49%) oder sich im Gesundheitswesen zu orientieren (48%). Nur jeder dritte Befragte bescheinigt seiner Krankenversicherung, dass diese stark bei digitalen Unterstützungsangeboten bezüglich bestimmter Krankheiten ist (36%) oder sie beim Umgang mit digitalen Gesundheitsapps unterstützt (38%). Viele Versicherte wissen jedoch noch nichts von diesen Online-Angeboten ihrer Krankenversicherung (zwischen 11% und 35% „weiß nicht“-Anteile). Mehr als jeder Dritte (35%) kann nicht beurteilen, ob der eigene Versicherer stark bei digitalen Unterstützungsangeboten ist. Jeder Vierte weiß nicht, ob attraktive digitale Informations- und Orientierungsangebote (26%) oder digitale Gesundheitsangebote durch den Krankenversicherer gemacht werden (23%). In Kumulation mit den Anteilen derer, die nicht zustimmen (Noten 4 und 5) sind dies zwischen 16% und 45% der Versicherten, denen keine ausreichenden digitalen Angebote gemacht wer-

den oder denen diese schlichtweg unbekannt sind.

Vor allem Versicherte, die angeben, dass sie unter einem (sehr) schlechten Gesundheitszustand leiden, geben häufiger an, dass die Versorgung mit digitalen Angeboten durch den Krankenversicherer mangelhaft ist: So stimmen beispielsweise nur 57% zu, dass es umfassende Möglichkeiten gibt, sich online zu informieren bzw. beraten zu lassen. Ebenso ist der Anteil an Zustimmungen bei der Einschätzung deutlich geringer, ob der Versicherer digitale Angebote macht, um gesund zu bleiben (40%) oder sich im Gesundheitswesen zu orientieren (37%).

Auf die Frage, ob die Versicherten ihrem Krankenversicherer vertrauen, dass dieser bei der Nutzung seiner Daten die Datenschutzvorschriften einhält, stimmten drei von vier Befragte (76%) zu – nur jeder Zwanzigste (5%) stimmte dem nicht zu (»» Abbildung 19). Das Vertrauen in eine DSGVO-konforme Datennutzung wird auch dadurch bestätigt, dass mehr als die Hälfte der Befragten (54%) einer intensiveren Nutzung ihrer Daten zustimmen, wenn sie im Anschluss individueller und bedarfsgerechter versorgt werden. Je ein Viertel ist unentschlossen (23%) oder stimmt dem nicht zu bzw. enthält sich einer Aussage (23%).

Betrachtet man einzelne Versicherten-Gruppen, so vertrauen vor allem ältere Befragte (81% der 60- bis 74-Jährigen und 84% der 75- bis 79-Jährigen) darauf, dass der eigene Krankenversicherer sich an die Einhaltung der Datenschutzvorschriften hält, aber nur 65% der 18- bis 29-Jährigen. Ähnlich verhält es sich bei der Zustimmung zu einer intensiveren Nutzung persönlicher Daten zum Zweck einer stärker bedarfsgerechten Versorgung. Auch hier

Abbildung 18 Versorgung mit digitalen Angeboten. Frage: Geben Sie bitte an, inwieweit die folgenden Aussagen auf Ihre Krankenversicherung zutreffen. (M = Mittelwert, Basis: n = 4.728)

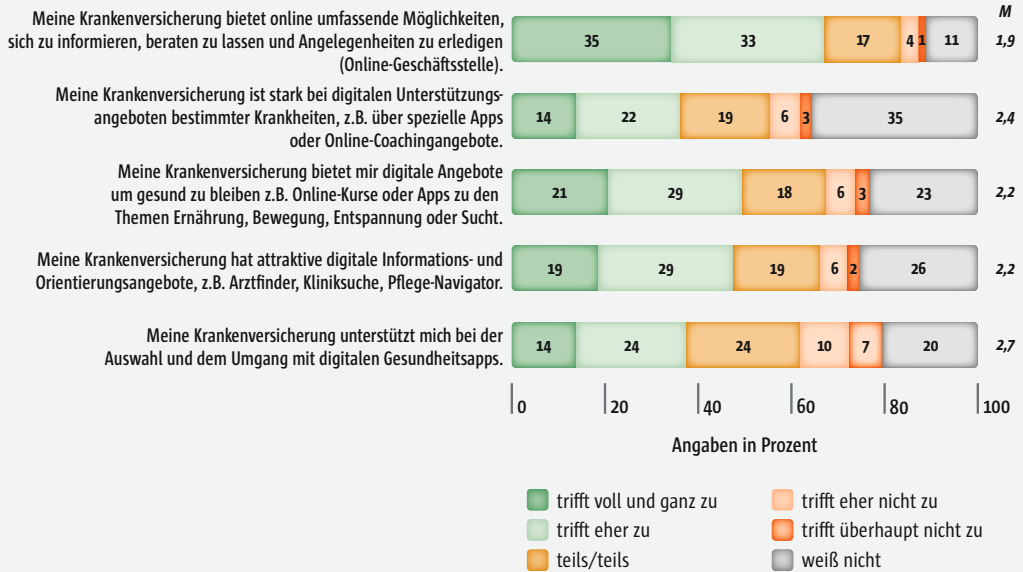
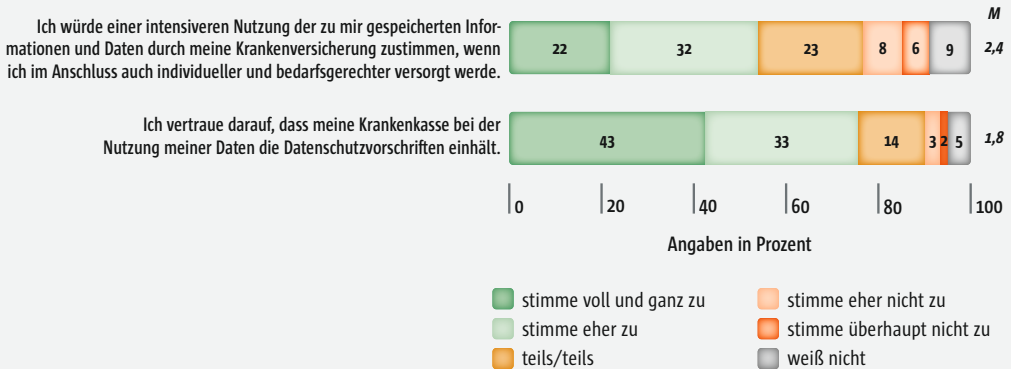


Abbildung 19 Datenspeicherung und -nutzung durch die Krankenversicherung. Frage: Geben Sie bitte an, inwieweit die folgenden Aussagen auf Ihre Krankenversicherung zutreffen. (M = Mittelwert, Basis: n = 4.728)



stimmen ältere Befragte eher zu (58% der 60- bis 74-Jährigen und 59% der 75- bis 79-Jährigen) als jüngere (48% der 18- bis 29-Jährigen). Diese Zustimmung ist auch unabhängig vom Gesundheitszustand der Versicherten: So stimmen Befragte mit

(sehr) gutem Gesundheitszustand (55%) nur tendenziell seltener zu als Befragte mit (sehr) schlechtem Gesundheitszustand (58%). Allerdings stimmen einer intensiveren Datennutzung tendenziell Versicherte mit geringer Bildung (Haupt-

bzw. Volksschulabschluss mit 59%) häufiger zu als Versicherte mit höherer Bildung (Abitur bzw. Fachabitur mit 51%).

Die Mehrheit der Versicherten kennt die digitalen Unterstützungsangebote – seien es Gesundheits-, Informations- oder Orientierungsangebote – nicht. Je nach Angebot rangiert die Bekanntheit zwischen 36% und 49%. Einzig das Vorhandensein einer Online-Geschäftsstelle überzeugt. Das Vertrauen in die Krankenversicherer, dass diese datenschutzkonform mit den persönlichen Daten umgehen, ist hingegen hoch – ca. drei von vier Versicherten stimmen dem zu. Demzufolge stimmen auch mehr als die Hälfte der befragten Versicherten zu, dass die eigene Krankenversicherung personenbezogene gespeicherte Daten intensiver nutzen darf, um anschließend eine individuellere Versorgung zu ermöglichen.

Wieviel Einfluss sollte die Krankenversicherung auf Versorgungsstrukturen des Gesundheitswesens nehmen?

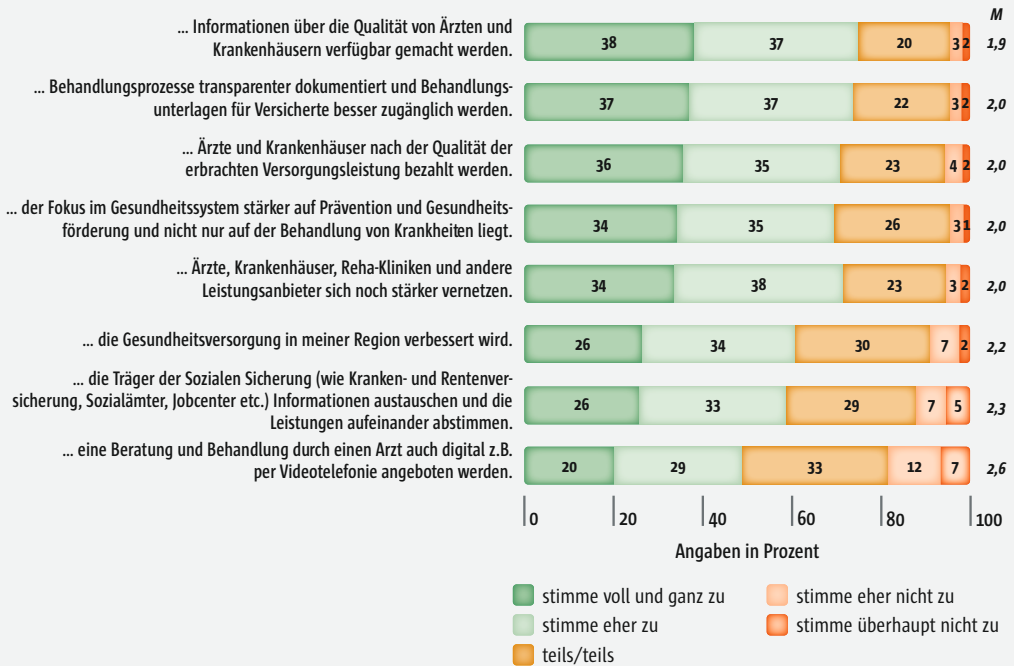
Die Tatsache, dass ein Großteil der medizinischen und gesundheitsbezogenen Leistungen durch die Krankenversicherungen finanziert werden, ermöglicht eine Einflussnahme auf die Gestaltung von Versorgungsstrukturen und deren Qualität. Wenn diese Einflussnahme auch mehrheitlich nicht direkt erfolgen kann, können die Versicherer jedoch mit ihrem Handeln dazu beitragen, Transparenz zu Verfügbarkeit und Qualität der Leistungserbringer zu schaffen. Auch können sie die Qualität der Leistungserbringung prüfen und auf dieser Grundlage in Verhandlungen mit den Leistungserbringern zu einer Verbesserung der Versorgung eintreten. Daneben ist es den Krankenversicherungen möglich, mittels Vertragsgestaltung Einfluss darauf zu

nehmen, Leistungserbringer stärker miteinander zu vernetzen, um eine qualitativ hochwertige, integrierte Versorgung bereitzustellen.

Im Rahmen der Versichertenbefragung wurde erhoben, inwieweit sich die Versicherten eine Einflussnahme ihrer Krankenversicherung auf das Gesundheitssystem bzw. auf die Versorgungsstrukturen wünschen bzw. erwarten (»»» Abbildung 20): Drei Viertel (75%) der Befragten stimmen der Aussage zu, dass die Krankenversicherung mehr Einfluss auf die Verfügbarkeit von Informationen zur Qualität von Ärzten und Krankenhäusern nehmen sollte. Ein ebenso hoher Anteil (74%) gibt an, die Krankenversicherung solle darauf einwirken, dass Behandlungsprozesse in zugänglicher Form dokumentiert werden. Allgemein erwarten die Versicherten von ihrer Krankenversicherung einen hohen Einsatz für die Verbesserung von Strukturen im Gesundheitssystem. Dies betrifft nicht nur die Schaffung von Transparenz bezüglich der Qualität von Ärzten und Krankenhäusern sowie von Behandlungsprozessen. Auch einer stärker qualitätsbezogenen Vergütung der Leistungserbringer stehen Versicherte aufgeschlossen gegenüber. So erwarten sieben von zehn Befragten (71%) von ihrer Krankenversicherung, dass diese sich für eine Bezahlung von Ärzten und Krankenhäusern einsetzt, die sich nach der Qualität der erbrachten Versorgungsleistung richtet.

Daneben wünschen sich die Versicherten, dass sich die Krankenversicherungen für eine stärkere Vernetzung von Leistungserbringern einsetzen (72%). Auch äußern 70% der Befragten die Erwartung, dass die eigene Krankenversicherung umfassender Einfluss darauf nimmt, dass der

Abbildung 20 Gewünschte Einflussnahme der Krankenversicherung auf Versorgungsstrukturen. Frage: Meine Krankenversicherung sollte mehr Einfluss darauf nehmen, dass ... (M = Mittelwert, Basis: n = 4.728)



Fokus des Gesundheitssystems stärker auf Prävention und Gesundheitsförderung und nicht nur auf der Behandlung von Krankheiten liegt (70%). Dieser salutogenetische Ansatz wird lediglich von 4% der Befragten nicht unterstützt. Drei von fünf Befragten (61%) stimmen der Aussage zu, dass die eigene Krankenversicherung mehr Einfluss darauf nehmen sollte, dass die regionalspezifische Gesundheitsversorgung verbessert wird. Vor allem Befragte, die in Ortschaften bis unter 5.000 Einwohner (64%) oder von 5.000 bis 50.000 Einwohner (63%) wohnhaft sind, stimmen dem häufiger zu als Versicherte, die in Städten von 50.000 bis unter 200.000 Einwohner (60%) oder in Städten mit 200.000 oder mehr Einwohnern (57%) leben. Außerdem stimmen diesem Stand-

punkt häufiger Versicherte mit Erkrankungen zu, die auf die berufliche Tätigkeit zurückzuführen sind (68%), ebenfalls stärker in den Alltag eingebundene Versichertengruppen wie z.B. Eltern (65%) sowie Berufstätige (62%).

Stärkere Bemühungen der Krankenversicherung für einen regeren Austausch der Träger der sozialen Sicherung untereinander, also Kranken-, und Rentenversicherung, Sozialämter oder Jobcenter, werden von 59% der Befragten gewünscht. Dass sich Krankenversicherungen für eine digitale Beratung und Behandlung bei Ärzten stark machen sollen, wird von 49% der Befragten erwartet. Vor allem ältere Befragte stimmen dem eher weniger zu (44% der 60- bis 74-Jährigen und 46% der 75- bis 79-Jährigen) als

Jüngere (51% der 18- bis 29-Jährigen und 52% der 30- bis 44-Jährigen). Deutlich wird hier, dass sich fast jeder Fünfte (18%) gegen einen verstärkten Einsatz der Krankenversicherung für eine digitale Arztbehandlung einsetzt. Exklusive der zuletzt genannten Forderung wünschen sich vor allem ältere Befragte häufiger, dass die eigene Krankenversicherung stärkeren Einfluss auf operative und strukturelle Aspekte des Gesundheitssystems nimmt.



Die Versicherten erwarten von ihrer Krankenversicherung durchweg einen hohen Einsatz für die Verbesserung der Strukturen im Gesundheitssystem. Dies betrifft die Schaffung von Transparenz zu Qualität von Ärzten und Krankenhäusern sowie zu Behandlungsprozessen. Auch eine stärkere Einflussnahme der Krankenversicherung in Bezug auf eine qualitätsbezogene Vergütung der Leistungserbringer und eine stärkere Vernetzung dieser befürworten die Versicherten. Daneben sollte die Krankenversicherung in Zukunft einen noch stärkeren Fokus auf Prävention und Gesundheitsförderung legen.

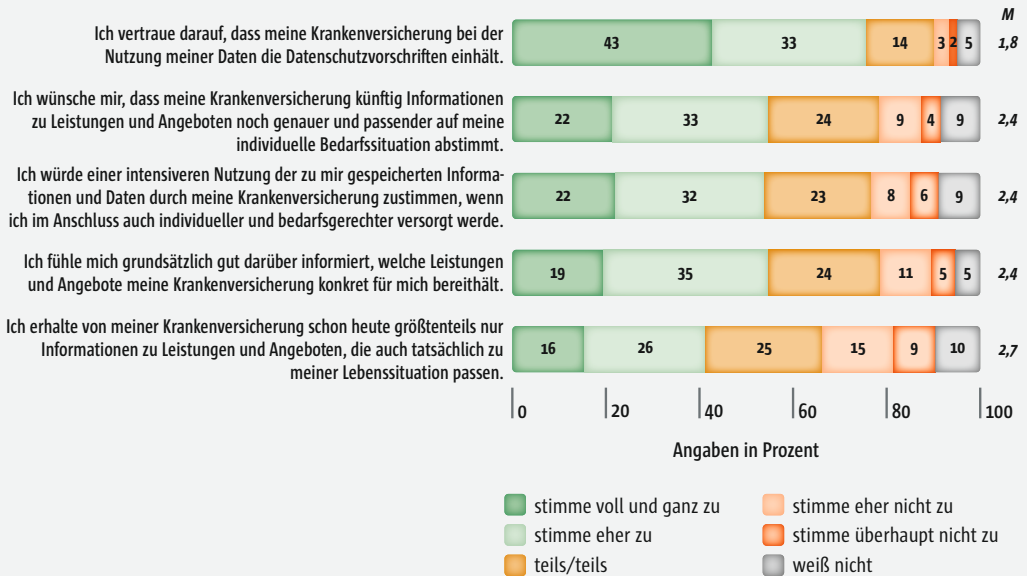
Wie stehen die Versicherten einer stärkeren Nutzung personenbezogener Daten durch die Krankenversicherung gegenüber?

Die hohe Komplexität an Leistungen, Zusatzleistungen, Gesundheitsangeboten und Services macht es erforderlich, dass Krankenversicherungen ihre Versicherten in Gruppen unterteilen und spezifisch ansprechen. Übliche Zielgruppenansätze fokussieren im Kern Altersgruppen und Lebensphasen (z.B. Familie, Rentner oder Berufseinsteiger), erfordern aber sukzessive eine feinere Justierung. Beispielsweise eint die Versichertengruppe der Berufseinsteiger zwar die Situation des ersten Beschäftigungsverhältnisses, allerdings unter-

scheiden sich einzelne Versicherte hinsichtlich ihres persönlichen Gesundheitsverhaltens (z.B. Affinität zu Sport und Gesundheitsthemen). Aus ihren persönlichen und beruflichen Situationen, inklusive ihres gesundheitlichen Risikoverhaltens, ihren genetischen Veranlagungen und individuellen Gesundheitserfahrungen, resultieren konkrete Anforderungen an die eigene Krankenversicherung. Dies kann bei Personen derselben Lebensphase und im identischen Alter zu gänzlich unterschiedlichen Anforderungsprofilen in Bezug auf die Information zu und Versorgung mit Angeboten durch die Krankenversicherung münden. Auf dieser Grundlage erscheint es aus Versichertenperspektive konsequent und notwendig, dass Krankenversicherer sukzessive in Überlegungen eintreten, eine stärker personenindividuelle und bedürfnisbezogene Versorgung sicherzustellen. Eine Möglichkeit, dies zu erreichen besteht darin, dass die den Krankenversicherungen vorliegenden persönlichen Informationen zu den Versicherten stärker genutzt werden. Die vorliegende Versichertenbefragung analysiert in diesem Zusammenhang erstmals die diesbezügliche Bereitschaft der Versicherten (» Abbildung 21).

Mehr als zwei von drei befragten Versicherten (43%) vertrauen der eigenen Krankenversicherung bezüglich einer DSGVO-konformen Nutzung der zur eigenen Person gespeicherten Daten, ein weiteres Drittel (33%) stimmt dem eher zu. Nur jeder zwanzigste (5%) Versicherte stimmt der Aussage nicht zu, dass die eigene Krankenversicherung vertrauensvoll mit persönlichen Daten umgeht. Mit einem Zustimmungsanteil von 55% besteht ein spürbarer Wunsch der Versicherten nach einem stärkeren Zuschnitt von Informatio-

Abbildung 21 Potenziale einer stärker bedarfsgerechten Versorgung. Frage: Inwieweit stimmen Sie folgenden Aussagen in Bezug auf Ihre Krankenversicherung zu? (M = Mittelwert, Basis: n = 4.728)



nen zu Leistungen und Angeboten passend zur individuellen Bedarfssituation. Eine vergleichbare Zahl an Befragten (54%) spricht sich konkret für eine intensivere Nutzung personenbezogener Daten durch die Krankenversicherung aus, wenn im Anschluss eine individuellere Versorgung garantiert wird.

Dass Handlungspotenzial für eine bedarfsgerechtere Versorgung besteht, wird auch über folgendes Ergebnis deutlich: Nur 41% der Befragten stimmen der Aussage zu, dass sie aktuell Informationen von ihrer Krankenversicherung erhalten, die auf ihre Lebenssituation passt, ein Großteil der Befragten (49%) kann dies nicht bestätigen. Jeder Zehnte (9%) stimmt sogar überhaupt nicht zu und jeder Siebte (15%) eher nicht. Vor allem Versicherte mit (sehr) schlechtem Gesundheitszustand fühlen sich seltener bedarfsgerecht von der eigenen Krankenversicherung infor-

miert (33%) als Versicherte mit (sehr) gutem Gesundheitszustand (47%). Auch über Leistungen und Angebote fühlen sich Gesunde (61%) besser informiert als Kranke (43%).

Wichtig bei dieser Fragestellung ist es, nicht nur auf die Zustimmungswerte, sondern auch auf die Ablehnungs- bzw. Residualanteile zu schauen: So vertrauen lediglich 5% der Befragten ihrer Krankenversicherung nicht bei einer datenschutzkonformen Nutzung personenbezogener Daten. Ebenso viele (5%) konnten dies nicht beurteilen. Größer sind die Anteile ablehnender Beurteilungen bei einer zukünftig individuelleren Versorgung (13%), die auf Basis einer intensiveren Datennutzung erfolgt (15%). Jeder Zehnte kann hierzu keine Aussage treffen. Dies macht deutlich, dass einer intensiveren Nutzung personenbezogener Daten zum Zweck einer bedarfsgerechteren Versorgung

zwingend ein transparenter Prozess zugrunde liegen muss, um auch kritisch eingestellte Versicherte dafür zu gewinnen bzw. muss die Verweigerung einer intensiveren Datennutzung stets eine Möglichkeit sein. Dass Potenzial für eine individuellere und bedarfsgerechtere Versorgung hinsichtlich Informationen, Leistungen und Angeboten besteht, kommt ebenfalls deutlich hervor: Jeder Sechste (16%) bzw. jeder Vierte (24%) fühlt sich von der eigenen Krankenversicherung nicht konkret genug über Leistungen und Angebote bzw. passend zur aktuellen Lebenssituation informiert. Dazu kommen noch einmal jeweils 5% bzw. 10% der Versicherten, die dazu kein Urteil fällen können. Nimmt man dann noch die Versicherten hinzu, die sich nur teilweise bedarfsgerecht informiert fühlen, besteht bei ca. der Hälfte aller Versicherten Potenzial für eine individuellere und bedarfsgerechtere Versorgung.

» Nur die Hälfte aller Versicherten fühlt sich aktuell durch die Krankenversicherung bedarfsgerecht und individuell versorgt und informiert. Demgegenüber steht ein sehr hohes Vertrauen der Versicherten in die Nutzung personenbezogener Daten durch die eigene Krankenversicherung. Ein Großteil der befragten Versicherten befürwortet eine intensivere Nutzung personenbezogener Daten zum Zweck einer individuelleren und bedarfsgerechteren Versorgung durch die Krankenversicherung.

Welche Potenziale bestehen für die betriebliche Gesundheitsförderung?

Krankenversicherungen tragen mit Leistungen zur Gesundheitsförderung in Betrieben zur Gesundheit der Beschäftigten bei. Für Arbeitgeber legen gesunde und

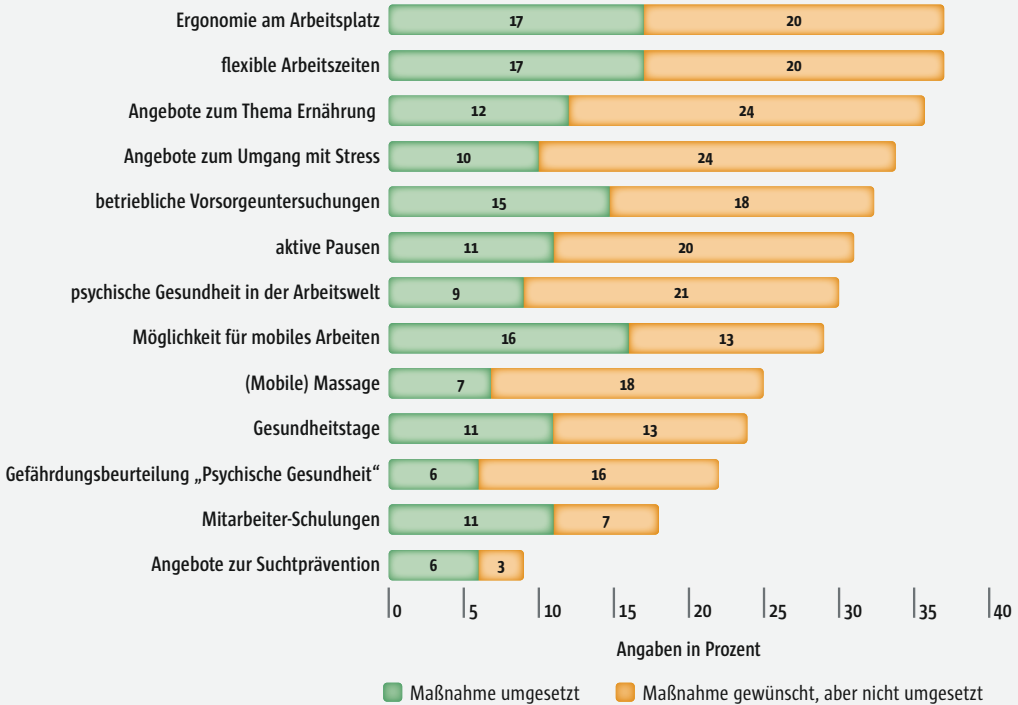
motivierter Mitarbeiter die Basis für Produktivität und Wettbewerbsfähigkeit. Auch Arbeitnehmer fordern zunehmend Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung (kurz: BGF) ein. Vor diesem Hintergrund beeinflussen Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung die Wahrnehmung der Qualität einer Krankenversicherung.

In diesem Kapitel werden ausschließlich Erwerbs- bzw. Berufstätige betrachtet. Die Basis bezieht sich – sofern nicht anders beschrieben – auf 2.638 Befragte.

Ein Drittel der befragten Erwerbstätigen (34%) gibt an, dass im Unternehmen in den letzten zwölf Monaten Maßnahmen oder Aktivitäten zur betrieblichen Gesundheitsförderung durchgeführt wurden. Drei von fünf Erwerbstätigen (59%) wurden in den letzten zwölf Monaten keine BGF-Maßnahmen angeboten und jeder 14. (7%) kann dazu keine Aussage treffen.

Am häufigsten werden in den Unternehmen (» Abbildung 22) flexible Arbeitszeitmodelle (17%), ergonomische Arbeitsplätze (17%), Möglichkeiten für mobiles Arbeiten (16%) und betriebliche Vorsorgeuntersuchungen (15%) durchgeführt. Jedem zehnten Erwerbstätigen werden Angebote zum Thema Ernährung (12%), Mitarbeiter-Schulungen zu Gesundheitsthemen (11%), Gesundheitstage (11%), aktive Pausen (11%), Angebote zum Umgang mit Stress (10%) und/oder Angebote zum Thema psychische Gesundheit in der Arbeitswelt (9%) unterbreitet. Deutlich seltener erhielten die Mitarbeiter (mobile) Massagen (7%), eine Gefährdungsanalyse bzw. -beurteilung „Psychische Gesundheit“ (6%) oder Angebote zum Thema Suchtprä-

Abbildung 22 BGF-Maßnahmen in den letzten 12 Monaten. Fragen: Welche konkreten Maßnahmen werden derzeit an Ihrer Arbeitsstelle zum Thema „BGF“ umgesetzt? Welche dieser Maßnahmen zur Förderung „gesunder Arbeit“ wünschen Sie sich in Ihrem Unternehmen? (Basis: n = 2.638 [nur wenn erwerbs- bzw. berufstätig])



vention (6%). Setzt man diesen IST-Stand ins Verhältnis zu dem, was sich die Mitarbeiter von ihrem Unternehmen wünschen, zeigen sich Defizite vor allem bei Angeboten zum Thema Ernährung und zu Umgang mit Stress. Jeweils ein Viertel (24%) der Erwerbstätigen wünscht sich dazu gezielte Maßnahmen und Angebote. Außerdem wünscht sich jeder Fünfte (21%), der bisher noch nicht die Möglichkeit hatte, an einer solchen Maßnahme teilzunehmen, Angebote zum Thema psychische Gesundheit in der Arbeitswelt. Weiteres Potenzial zeigt sich hinsichtlich der Themen Ergonomie am Arbeitsplatz, flexible Arbeitszeiten und aktive Pausen (je 20% der Befragten mit Wunsch, bei

denen eine solche Maßnahme noch nicht umgesetzt wurde). Auch betriebliche Vorsorgeuntersuchungen und (mobile) Massagen werden laut den befragten Arbeitnehmern zu selten durchgeführt: Jeweils 18% der Befragten wünschen sich diese Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung. Deutlich geringer ist die Forderung nach Angeboten zu Suchtprävention (3%) und allgemeinen Mitarbeiter-schulungen zum Thema Gesundheit (7%).

Insgesamt wird ein breites Anforderungsspektrum bzgl. Maßnahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements deutlich. Jeder zweite befragte Berufstätige (49%) erwartet in diesem Zusammenhang auch von der Krankenversicherung,

dass diese sich für ein gesundes Arbeitsumfeld in den Unternehmen einsetzt. Befragte, die dies von ihrer Krankenversicherung erwarten, leiden häufiger unter Erkrankungen, die auf ihre berufliche Tätigkeit zurückzuführen sind (64%), sind meist jünger (58% der 18- bis 29-Jährigen) und haben Kinder (53%).

» Aktuell werden nur bei jedem dritten Erwerbstätigen Maßnahmen oder Aktivitäten zur betrieblichen Gesundheitsförderung im Unternehmen durchgeführt. Häufig handelt es sich dabei um das Angebot flexibler Arbeitszeitmodelle, ergonomischer Arbeitsplätze und um Möglichkeiten für das mobile Arbeiten. Deutlich seltener sind Angebote zu den Themen Ernährung und Stress sowie zur Gestaltung aktiver Pausen. Dies sind allerdings gleichzeitig die Gesundheitsangebote, die sich die Arbeitnehmer vermehrt wünschen. Auch die eigene Krankenversicherung ist hier als Akteur gefordert: Fast die Hälfte der Befragten erwartet von der eigenen Krankenversicherung, dass sie sich im Unternehmen für ein gesundes Arbeitsumfeld einsetzt.

Leistungsbereitschaft

Die Dimension Leistungsbereitschaft beschreibt Maßnahmen der Krankenversicherung, Leistungsbeantragungs- und Entscheidungsprozesse mit einer hohen Qualität und Versichertenorientierung auszugestalten. Vor der inhaltlichen Auseinandersetzung mit dieser Qualitätsdimension und den diesbezüglichen Anforderungen der Versicherten soll auf ihre besondere Bedeutung für die Qualitätseinschätzung der Versicherten hingewiesen werden. Wenn Versicherte eine Leistung beantragen, erwarten sie üblicherweise

deren Genehmigung. Wird ein Leistungsantrag durch die Krankenversicherung abgelehnt, führt dies grundsätzlich zu Enttäuschung aufseiten des Versicherten. Diese ist insbesondere dann groß, wenn die Ablehnung nach Einschätzung des Versicherten nicht ausreichend begründet oder der Prüf- und Bearbeitungsprozess ohne spürbares Engagement und Empathie vonseiten der Krankenversicherung gestaltet wurde. Für die Versicherten ist wichtig, dass Leistungsentscheidungen nicht nur aus der versicherungsrechtlichen Perspektive formal korrekt getroffen werden, sondern dass begleitende Abstimmungen, Gespräche und auch der Schriftverkehr nachvollziehbar und mit einer hohen Empathie geführt werden und zur Entstehung des Gefühls beitragen, dass die Krankenversicherungen an einer bestmöglichen Lösung interessiert sind.

Im Folgenden wird ein Überblick gegeben, ob und in welchem Umfang die Versicherten Leistungsentscheidungsprozesse ihrer Krankenversicherung bereits als versichertenfreundlich betrachten und wo die Qualität verbessert werden muss.

Leistungsanträge und Widersprüche

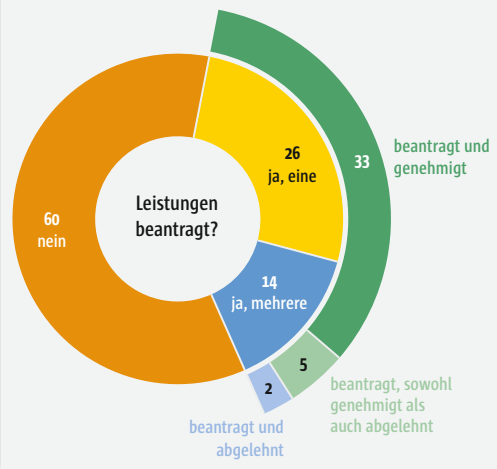
Im Grunde erwarten die Versicherten von ihrer Krankenversicherung, dass diese im konkreten Bedarfsfall unkompliziert leistet, also die beantragte Kur genehmigt oder die Zahnreinigung bezahlt. Hier trifft eine per se maximale Erwartungshaltung auf einen Leistungskatalog der Krankenversicherer, nach dessen Anwendung die Leistungsentscheidung neben einer vollständigen Genehmigung auch lediglich die Teilgenehmigung oder gar eine Ablehnung der Leistung beinhalten kann. Hierin besteht ein hohes Konflikt-

potenzial, insbesondere da den Versicherten bei Leistungsbeantragung mögliche limitierende Faktoren nicht immer bekannt sind. Im Wissen, dass eine Leistungsablehnung, die für den Versicherten nicht nachvollziehbar gestaltet wird, in deutlich stärkerem Maße Unzufriedenheit verursacht als Genehmigungen in der Lage sind Zufriedenheit zu erzeugen, kommt der versichertenfreundlichen Gestaltung von Leistungsbeantragungs- und Entscheidungsprozessen eine hohe Bedeutung zu.

Drei von fünf Befragten haben in den letzten zwölf Monaten keine Leistung bei ihrer Krankenversicherung beantragt (»»» Abbildung 23). Ein Viertel (26%) beantragte nur eine Leistung, jeder Siebte (24%) mehrere Leistungen. Meist führt das Stellen eines Leistungsantrages auch zu dessen Genehmigung, **nur in 5% der Fälle mündeten in den letzten 12 Monaten gestellte Leistungsanträge ausschließlich in einer Ablehnung**. In über 80% der Fälle resultierten Anträge ausschließlich in Genehmigungen.

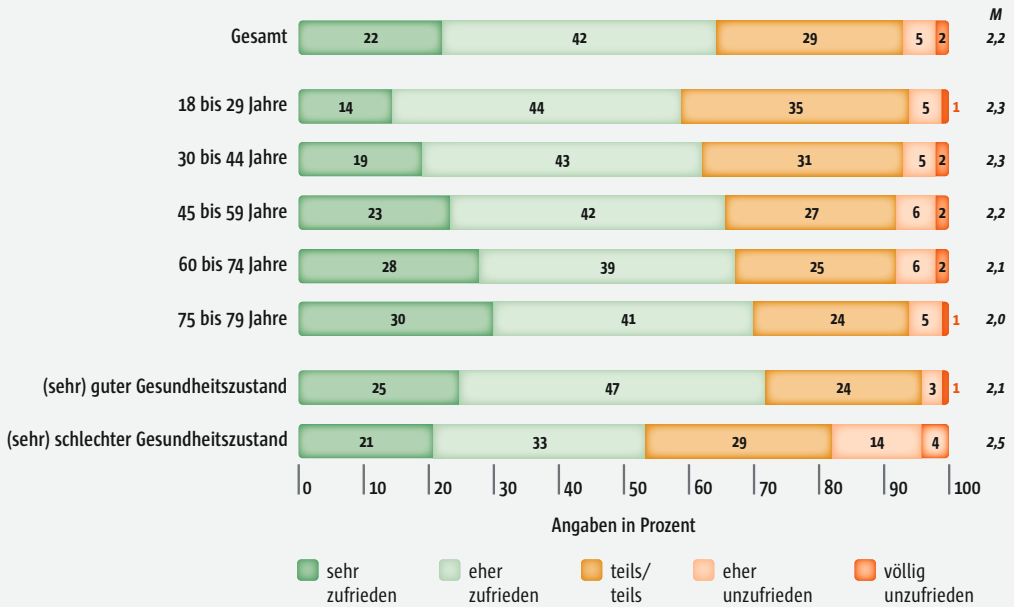
Ausgehend von den Versicherten, die mindestens eine Leistung beantragt haben ($n = 1.906$), legten 45% bei einer abgelehnten Leistung einen Widerspruch ein: Bei jedem Vierten (24%) wurde die Leistung danach vollständig genehmigt, bei jedem Achten (12%) wurde die Leistung nur teilweise genehmigt, jedem 25. (4%) wurde eine alternative Leistung angeboten und nur bei jedem 20. Fall (5%) wurde die Leistung nach dem Widerspruch abgelehnt. Versicherte, deren Leistung nach einem Widerspruch vollständig genehmigt wurde, sind signifikant zufriedener ($M = 1,8$) mit der Qualität im Rahmen von Leistungsentscheidungsprozessen als beispielsweise Versicherte, denen die Leistung

Abbildung 23 Anteil der Versicherten, die Leistungen bei ihrer Krankenversicherung beantragt haben. Fragen: Haben Sie in den letzten 12 Monaten bei Ihrer KV einen oder mehrere Anträge zur Inanspruchnahme von Leistungen gestellt? Wurde/n diese/r genehmigt oder abgelehnt? Haben Sie in den letzten 12 Monaten bei einer abgelehnten Leistung einen Widerspruch eingelegt? Mit welchem Ergebnis? (Basis: $n = 4.728$)



nach Widerspruch nur teilweise ($M = 2,4$) oder gar nicht genehmigt wurde ($M = 3,3$). Auch Versicherte, deren beantragte Leistung durch eine alternative Leistung ersetzt wurde, bewerten die Leistungsqualität ihres Krankenversicherers kritischer ($M = 2,6$). Vor allem jüngere Versicherte legen häufiger Widerspruch ein als ältere: 58% der 18- bis 29-Jährigen, die einen Ablehnungsbescheid erhielten, haben in den letzten zwölf Monaten Widerspruch eingelegt. Im Gegensatz dazu waren es bei den 60- bis 74-Jährigen nur 35% und bei den 75- bis 79-Jährigen sogar nur 34%. Die Bereitschaft, Widerspruch einzulegen, hängt aber nicht nur vom Alter ab, auch Personen mit Kindern im Haushalt (54%) und Männer (50%) legen häufiger Widerspruch ein.

Abbildung 24 Leistungsqualität nach Alter und Gesundheitszustand. Frage: Wie zufrieden sind Sie alles in allem mit Ihrer Krankenversicherung bezogen auf die Qualität im Rahmen von Leistungsentscheidungsprozessen? (M = Mittelwert, Basis: n = 4.728)



Vier von zehn Versicherte haben in den letzten 12 Monaten eine oder mehrere Leistungen bei ihrer Krankenversicherung beantragt. Davon wurde der Großteil der Leistungen auch genehmigt (80%). Auf knapp die Hälfte der Ablehnungen reagieren die Versicherten mit einem Widerspruch. Ein Viertel der Widersprüche führte zum Erfolg. Versicherte, die eine Leistung vollständig genehmigt bekommen haben, schätzen auch die Qualität ihrer Krankenversicherung im Rahmen von Leistungsentscheidungsprozessen deutlich besser ein als Versicherte, deren beantragte Leistung nur teilweise oder gar nicht genehmigt wurde. Auch das Angebot einer alternativen Leistung führt nicht zu einer vergleichbar positiven Bewertung der Zufriedenheit mit dem Leistungsentscheidungsprozess.

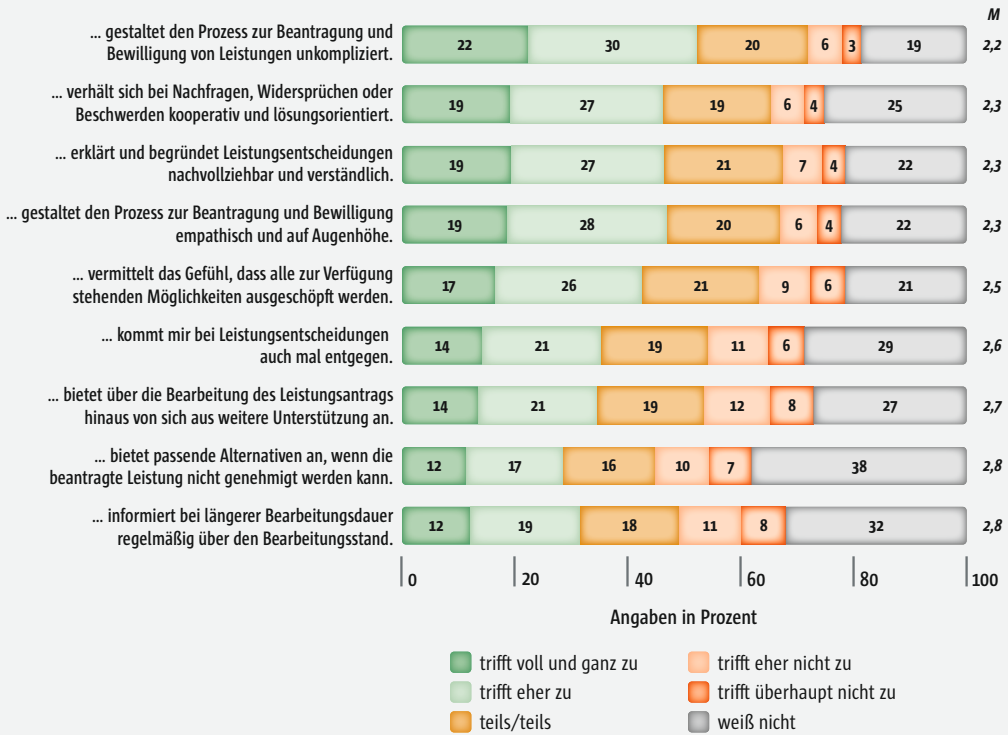
Leistungsbereitschaft im Detail

Wie zufrieden sind die Versicherten insgesamt mit der Qualität in Leistungsentscheidungsprozessen?

Mit der Qualität im Rahmen von Leistungsentscheidungsprozessen ist jeder fünfte Befragte (22%) sehr zufrieden (»»» Abbildung 24). Das Lager der sehr bzw. eher Zufriedenen umfasst insgesamt zwei Drittel der Befragten (64%). Der Kritikeranteil ist mit 7% leicht höher als bei den anderen Qualitätskennzahlen in Bezug auf Service und Beratung (4%) und Versorgung (6%). Insgesamt äußert sich jeder dritte Versicherte weder zufrieden noch unzufrieden (29%).

Insbesondere Versicherte mit (sehr) schlechtem Gesundheitszustand schätzen die Qualität in Leistungsentscheidungs-

Abbildung 25 Zufriedenheit mit Leistungsattributen im Detail. Frage: Geben Sie bitte an, inwieweit die folgenden Aussagen auf Ihre Krankenversicherung zutreffen. Sie ... (M = Mittelwert, Basis: n = 4.728)



prozessen deutlich kritischer ein: Fast jeder Fünfte (18%) ist eher bzw. völlig unzufrieden mit der Qualität im Rahmen von Leistungsentscheidungsprozessen. Im Gegensatz dazu sind nur 4% der (sehr) Gesunden unzufrieden mit der Leistungsqualität. Auch das Alter ist ein verlässlicher Prädiktor für die Beurteilung der Qualität. Wenngleich der Anteil an Unzufriedenen über die Altersgruppen hinweg sehr stabil zwischen 5% und 8% liegt, steigt der Anteil an sehr Zufriedenen mit zunehmendem Alter der befragten Versicherten deutlich an: So sind nur 14% der Befragten im Alter von 18 bis 29 Jahre sehr zufrieden mit der Qualität im Rahmen von Leistungsentscheidungsprozessen, bei Befragten im

Alter von 30 bis 44 Jahre sind es 19%, von 45 bis 59 Jahre 23%, von 60 bis 74 Jahre 28% und bei den 75- bis 79-Jährigen 30%.

Wie wird die Qualität in Leistungsentscheidungsprozessen im Detail beurteilt?

In der Betrachtung einzelner Qualitätsaspekte in Leistungsentscheidungsprozessen (»»» Abbildung 25) bestätigen über die Hälfte der Befragten (52%), dass der Prozess der Beantragung und Bewilligung von Leistungen in der Regel unkompliziert verläuft. Jeder Zehnte (9%) hält diesen Ablauf hingegen für kompliziert, jeder Fünfte (19%) kann dies nicht beurteilen. Nicht einmal die Hälfte der Versicherten bestätigt jedoch, dass die eigene

Krankenversicherung Leistungsanfragen empathisch (47%) sowie nachvollziehbar und verständlich gestaltet (47%). Auch ein kooperatives und lösungsorientiertes Verhalten bei Nachfragen, Widersprüchen oder Beschwerden bescheinigen nur 46% der Befragten dem eigenen Krankenversicherer. Noch weniger stimmen die Versicherten den Aussagen zu, dass bei Leistungsentscheidungen alle zur Verfügung stehenden Möglichkeiten ausgeschöpft werden (43%), ein adäquates Entgegenkommen zu spüren ist (35%) und dass Angebote zur weiteren Unterstützung, die über die Bearbeitung des Leistungsantrags hinaus gehen, unterbreitet werden (35%). Außerdem können nur drei von zehn Befragten der Aussage zustimmen, dass ihre Krankenversicherung bei längerer Bearbeitungsdauer über den Bearbeitungsstand informiert (32%) oder passende Alternativen anbietet, wenn eine beantragte Leistung einmal nicht genehmigt werden kann (28%). Die höchsten Ablehnungsanteile werden bei weiteren Unterstützungsangeboten, die über den Leistungsantrag hinaus gehen (19%) und regelmäßigen Informationen bei längerer Bearbeitungsdauer (19%) sichtbar.

Einer genaueren Betrachtung sollte man auch hier die „weiß nicht“-Anteile unterziehen. Zwischen 19% und 38% der Befragten können keine detaillierten Aussagen zu der Ausgestaltung von Prozessen rund um die Beantragung von Leistungen treffen. Vor allem bezüglich des Angebots passender Alternativen ist es knapp zwei von fünf Versicherten (38%) nicht möglich, eine Aussage zu machen. Ähnlich verhält es sich mit dem Drittel der Befragten (32%), das keine Einschätzung dazu abgeben kann, ob die eigene Krankenversicherung bei längerer Bearbeitungsdauer regelmä-

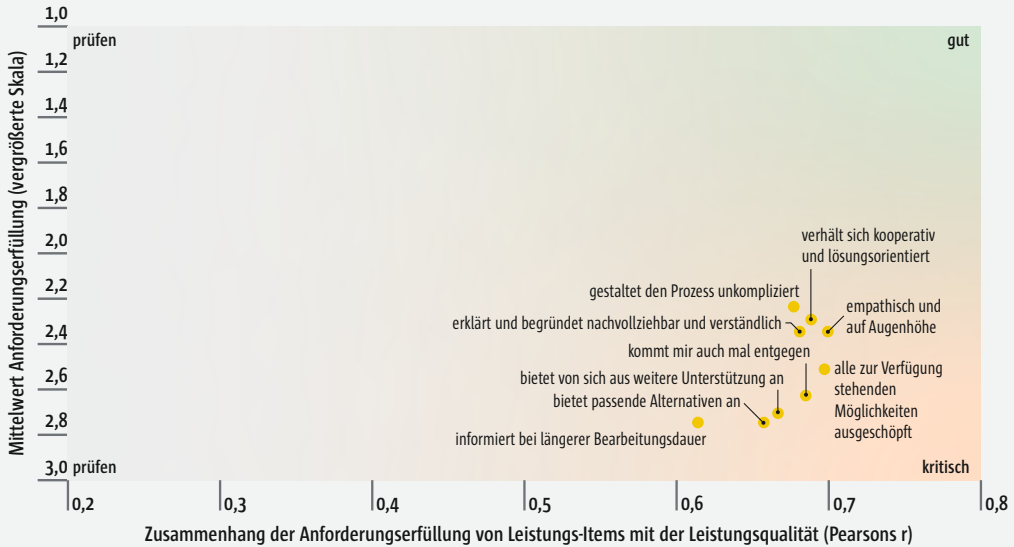
ßig zum Bearbeitungsstand informiert. Generell sind die zum Teil hohen weiß nicht-Anteile mit hoher Wahrscheinlichkeit damit zu begründen, dass der Fall einer Leistungsbeantragung nie eingetreten ist (■) siehe auch Abschnitt Leistungsanträge und Widersprüche unter Kapitel Leistungsbereitschaft).

Im Vergleich einzelner Versichertengruppen zeichnet sich ab, dass vor allem Befragte mit (sehr) schlechtem Gesundheitszustand die Einzelkriterien im Schnitt um 0,6 Skalenspunkte kritischer beurteilen als Befragte mit (sehr) gutem Gesundheitszustand. Vor allem das Angebot passender Alternativen bei Leistungsablehnung bemängelt jeder dritte Erkrankte (31%). Ein klarer Alterseffekt, wie die Beurteilung der Zufriedenheit mit der Qualität bei Leistungsentscheidungsprozessen im Allgemeinen vermuten lässt, zeichnet sich bei der Beurteilung der Einzelkriterien nicht ab. Zwar schätzen die 18- bis 29-Jährigen den Prozess der Beantragung und Bewilligung am seltensten als unkompliziert ein (47%) und 60- bis 74-Jährige am häufigsten (55%), beim Angebot von passenden Alternativen zeigt sich hingegen ein umgekehrtes Bild. Hier geben die 18- bis 29-Jährigen häufiger an, dass ihre Krankenversicherung passende Alternativen bietet, wenn die beantragte Leistung nicht genehmigt werden kann (34%), als dies bei den 60- bis 74-Jährigen (25%) dokumentiert ist.

Was ist den Versicherten bei der Beurteilung der Qualität von Leistungsentscheidungsprozessen besonders wichtig?

Wird die Anforderungserfüllung (Mittelwerte) dem Zusammenhang einzelner Leistungsattribute mit der Beurteilung der Qualität in Leistungsentscheidungs-

Abbildung 26 Verhältnis von Erfüllung und Zusammenhang mit der Leistungszufriedenheit der Einzelkriterien (Skalenausschnitt)



prozessen (»»» Abbildung 26) gegenübergestellt, wird deutlich, dass eine regelmäßige Information der Versicherten bei längerer Bearbeitungsdauer den geringsten Zusammenhang mit der wahrgenommenen Qualität in Leistungsentscheidungsprozessen aufweist ($r = .614$), gefolgt von dem Angebot passender Alternativen ($r = .658$) und der aktiven Unterstützung über den Leistungsantrag hinaus ($r = .667$). Dabei sind dies zwar im Vergleich die geringsten Zusammenhänge, aber mit einem $r > .60$ immer noch starke Effekte. Den stärksten Zusammenhang mit der Qualität im Rahmen von Leistungsentscheidungsprozessen hat ein empathisch und auf Augenhöhe gestalteter Prozess ($r = .700$), gefolgt von der Ausschöpfung aller zur Verfügung stehenden Möglichkeiten ($r = .697$) und einem kooperativen sowie lösungsorientierten Verhalten ($r = .688$). Das im Vergleich beste Zufriedenheitsurteil wird bezüglich der un-

komplizierten Gestaltung des Leistungsbeantragungsprozesses erzielt ($M = 2,2$), das niedrigste bezüglich des Angebots passender Alternativen ($M = 2,8$).

Betrachtet man das Verhältnis aller Einzelkriterien in Zusammenhang mit der Qualität im Rahmen von Leistungsentscheidungsprozessen, so kann sich kein Kriterium besonders hervorheben. Alle Einzelattribute weisen einen ähnlich hohen Zusammenhang (zwischen $r = .614$ und $.700$) mit der Gesamteinschätzung der Zufriedenheit in Leistungsentscheidungsprozessen auf. Zwar wird die Erfüllung einzelner Kriterien teilweise höher wahrgenommen als die anderer, so empfinden beispielsweise mehr Befragte, dass die eigene Krankenversicherung Leistungsentscheidungen nachvollziehbar und verständlich begründet ($M = 2,3$) als dass sie bei Leistungsentscheidungen auch Entgegenkommen zeigt ($M = 2,6$, bei ähnlichen Zusammenhangswerten $r = .681$ und

$r = .685$). Dennoch zeigt sich übergreifend, dass alle Attribute gering erfüllt sind.

» Nur jeder fünfte Versicherte ist sehr zufrieden mit der Qualität im Rahmen von Leistungsentscheidungsprozessen. Insbesondere bezüglich einer regelmäßigen Information bei längerer Bearbeitungsdauer und des Angebotes alternativer Leistungen, wenn die beantragte Leistung nicht genehmigt wurde, zeigen sich unzureichende Zufriedenheitswerte. Wie wichtig den Versicherten das Zusammenspiel aus unkomplizierter und lösungsorientierter Prozessgestaltung und hohem spürbarem Engagement ist, zeigt sich bei der Betrachtung der Zusammenhänge zwischen Einzelbeurteilung und gesamthaftem Qualitätsurteil in der Dimension Leistungsbereitschaft. Im Sinne der Versicherten gilt es, ein gesamthaft positives Leistungserlebnis zu schaffen. Insbesondere Aspekte, die ein spürbares Engagement der Mitarbeiter für das Anliegen des Versicherten fokussieren, erscheinen in diesem Kontext bedeutend.

Die Rolle der Krankenversicherung im Gesundheitssystem

Im Verlauf der letzten Jahrzehnte haben sich die gesetzlich zugewiesenen Aufgaben und Leistungen der Krankenversicherung stark verändert. So benennt § 1 SGB V als Aufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu verbessern sowie die Versicherten aufzuklären, zu beraten und auf eine gesunde Lebensführung hinzuwirken [5]. Insbesondere nach In-Kraft-Treten des Präventionsgesetzes [6] wurde das Aufgabenspektrum in den Themenfeldern Gesundheitsförde-

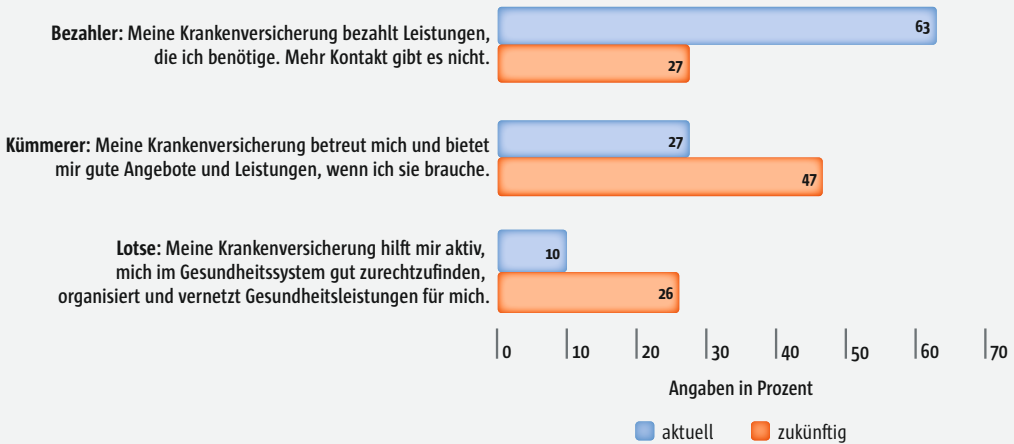
rung, Prävention und Rehabilitation deutlich erweitert.

Die Erweiterung des Aufgabenspektrums wurde stets begleitet von der Diskussion um eine Weiterentwicklung der Rolle der Krankenversicherung vom „Payer zum Player“. Prinzipiell können Krankenversicherer folgende Rollen einnehmen:

- die Rolle des **Bezahlers**: Die Krankenversicherung zieht sich stark auf die Bezahlung von Leistungen zurück und verhält sich in Richtung der Versicherten weitgehend passiv.
- die Rolle des **Kümmerers**: Die Krankenversicherung betreut die Versicherten aktiv und unterbreitet ihnen passende Angebote und Leistungen, wenn sie benötigt werden.
- die Rolle des **Lotsen**: Die Krankenversicherung hilft den Versicherten darüber hinaus dabei, sich gut im Gesundheitssystem zurechtzufinden und organisiert und vernetzt Gesundheitsleistungen für die Versicherten.

Immer mehr Krankenversicherer setzen darauf, Lotse für die Gesundheit ihrer Versicherten zu sein, beispielsweise wirbt die BKK VerbundPlus [7] mit dem Slogan „der Lotse für Ihre Gesundheit“ oder die BKK SBH [8] mit ihrem „Gesundheitslotsen“. Auch andere Krankenversicherer wie die hkk, die KKH oder die IKK classic nutzen den Lotsen-Begriff, um ihre Versicherten durch bestimmte Teile des Gesundheitswesens zu navigieren, z.B. Arztlotse [9; 10] oder Pflegelotse [11]. Gleichwohl werden die verwendeten Lotsenbegriffe, mit Blick auf die durch die Versicherer im Schwerpunkt kommunizierten Versorgungsangebote und -services, sehr unterschiedlich inhaltlich ausgefüllt.

Abbildung 27 Aktuelle und gewünschte zukünftige Rolle der eigenen Krankenversicherung. Fragen: Welche der folgenden Rollen nimmt Ihre Krankenversicherung aktuell aus Ihrer Sicht am ehesten ein? Welche der folgenden Rollen sollte Ihre Krankenversicherung zukünftig aus Ihrer Sicht am ehesten einnehmen? (Basis: n = 4.728)



Payer oder Player: Welche Rolle sollten Krankenversicherungen einnehmen?

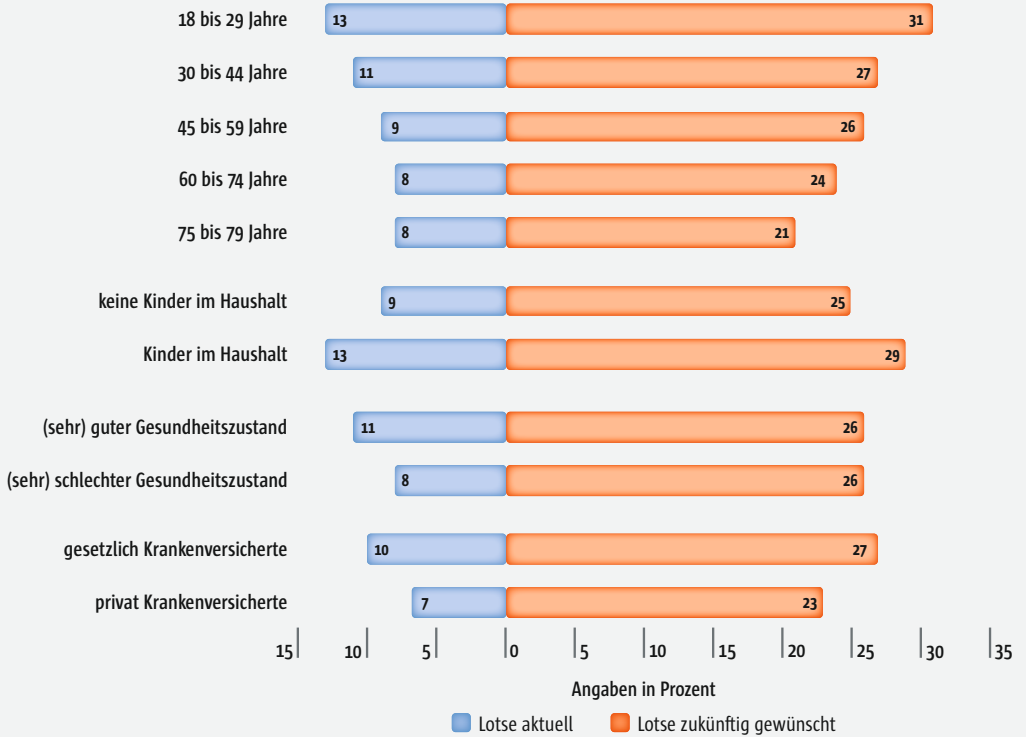
Aktuell sieht nur jeder Zehnte (10%) seine Krankenversicherung als Lotse (»»» Abbildung 27). Mehr als jeder Vierte (27%) nimmt seine Krankenversicherung als Kümmerer wahr. Fast zwei Drittel der Befragten (63%) sehen ihre Krankenversicherung derzeit jedoch ausschließlich als Bezahler. Dies macht deutlich, dass die Versicherten mögliche Bemühungen zu mehr Versichertenorientierung entweder als noch nicht ausreichend erachten oder das Bewusstsein, insbesondere für die Übernahme möglicher Lotsen-Aufgaben, noch nicht ausreichend vorhanden ist, um einen Imagewandel vom Bezahler in eine der weiteren beiden Rollen zu vollziehen.

»»» Für die Zukunft wünschen sich deutlich mehr Befragte, dass ihre Krankenversicherung die Rolle des Lotsen einnimmt (26%), mehr noch wünschen sich, dass sie als Kümmerer agiert (47%). Eine Krankenversicherung, die sich ausschließlich

auf die Rolle eines Bezahlers zurückzieht, möchten lediglich 27% der befragten Krankenversicherten an ihrer Seite.

Der Bedarf zur Einnahme einer aktiveren Rolle durch die Krankenversicherung wird explizit von den Versicherten gewünscht. Vor allem jüngere Versicherte wünschen sich häufiger, dass ihre Krankenversicherung als Lotse auftritt (»»» Abbildung 28): 31% der 18- bis 29-Jährigen äußern diesen Wunsch. Im Gegensatz dazu wünschen sich nur 21% der 75- bis 79-Jährigen ihre Krankenversicherung als Lotse im Gesundheitssystem. Das Alter scheint sowohl bei der Wahrnehmung der aktuellen Rolle der Krankenversicherung als auch bei der Bestimmung der zukünftig gewünschten Rolle ein entscheidender Faktor zu sein: Selbst bei Befragten, die ihren Gesundheitszustand als sehr gut bzw. gut einschätzen, zeichnet sich im Vergleich zu Befragten, die ihren Gesundheitszustand als schlecht bzw. sehr schlecht einschätzen, kein Unterschied in der Äußerung der

Abbildung 28 Lotsenrolle aktuell und zukünftig gewünscht nach Alter, Kinder im Haushalt, Gesundheitszustand und Krankenversicherungsart. Fragen: Welche der folgenden Rollen nimmt Ihre Krankenversicherung aktuell aus Ihrer Sicht am ehesten ein? Welche der folgenden Rollen sollte Ihre Krankenversicherung zukünftig aus Ihrer Sicht am ehesten einnehmen?



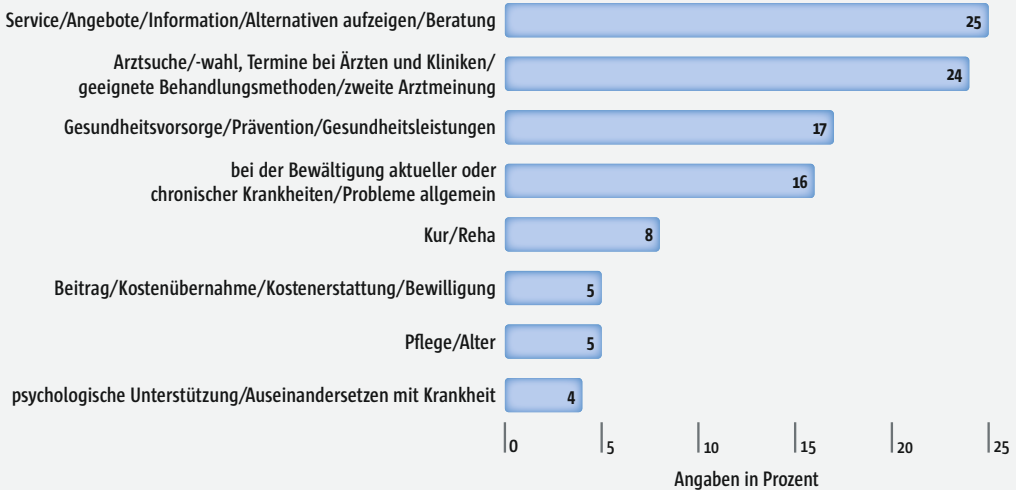
gewünschten zukünftigen Rolle der eigenen Krankenversicherung ab (beide 26% Lotse). Befragte, die keine Kinder haben, wünschen sich zwar tendenziell seltener ihre Krankenkasse als Lotse (25%) als Befragte, bei denen Kinder im Haushalt leben (29%), dennoch ist der Unterschied zwischen den Altersgruppen deutlich größer.

Auch zum jetzigen Zeitpunkt sehen vor allem Jüngere, Gesunde und Personen mit Kindern im Haushalt ihre Krankenversicherung schon häufiger in der Rolle des Lotsen. Ob gerade für diese Gruppen ein breiteres Angebot an Lotsenleistungen (z.B. über digitale Kanäle) bereitgestellt

wird oder die Krankenkassen verstärkt diese Gruppen ansprechen, bleibt unbeantwortet.

Zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung bestehen hinsichtlich der Rollenwahrnehmung ebenfalls Unterschiede: So sehen privat Krankenversicherte ihre Krankenversicherung heute deutlich häufiger in der ausschließlichen Rolle eines Bezahlers von Leistungen (75%), nur 18% sehen sie als Kümmerer, nur 7% als Lotse. Eine große Diskrepanz besteht auch gegenüber der zukünftig erwünschten Rolle: Nur 39% der Privatversicherten bevorzugen die rein finanzielle Rolle ihrer Krankenversi-

Abbildung 29 Situationen, in denen die Krankenversicherung als Lotse agieren sollte. Frage: In welchen konkreten Situationen können Sie sich vorstellen, Ihre Krankenversicherung als Lotsen im Gesundheitssystem in Anspruch zu nehmen? Wo sollte Sie Ihre Krankenversicherung gezielt unterstützen? (offene Frage) (Basis: 1.761 [nur wenn konkrete Situationen genannt]; Darstellung aller Nennungen > 5%)



cherung. In etwa gleich viele Befragte wünschen sich von ihrer privaten Krankenversicherung die Einnahme der Kümmerer-Rolle (38%), 23% die Einnahme einer Lotsen-Rolle (mehr [»](#) s. Exkurs im Kapitel Die Rolle der Krankenversicherung im Gesundheitssystem).

Welche Erwartungen knüpfen die Versicherten an die Rolle eines Lotsen?

Auf die Frage, in welchen konkreten Situationen sich die befragten Versicherten vorstellen können, ihre Krankenversicherung als Lotse im Gesundheitssystem in Anspruch zu nehmen, wird deutlich, dass der Lotsenbegriff zwei zentrale Facetten besitzt. Auf der einen Seite bedeutet der Lotse für 25% der Befragten die Einnahme einer allgemein stärker service- und beratungsorientierten Perspektive durch die Krankenversicherung ([»](#) Abbildung 29). Diese sollte in bedarfsgerechten Informationen, Beratungsleistungen, Gesund-

heitsangeboten oder auch Vorschlägen zu möglichen Alternativen bei Leistungsablehnungen münden und damit zur individuell bestmöglichen Problemlösung beitragen.

Auf der anderen Seite wird der Lotsenbegriff durch 24% der Befragten inhaltlich sehr konkret mit einer strukturierten Unterstützung der Krankenversicherung bei Terminvereinbarungen mit Ärzten und Krankenhäusern assoziiert, die auch Hilfestellung bei der Wahl einer geeigneten Behandlungsmethode und der Erlangung einer ärztlichen Zweitmeinung umfasst. Hier ist für den Lotsen also insbesondere die Übernahme einer Orientierungs- und Navigationsfunktion gefragt. In diesem Zusammenhang sei auf die besondere Bedeutung digitaler Kanäle verwiesen. Flankiert wird die Vorstellung eines Lotsen im Gesundheitssystem durch besondere Angebote im Bereich Gesundheitsvorsorge und Prävention (17%) sowie

der Organisation einer bestmöglichen Behandlung bei akuten und chronischen Erkrankungen (16%).

Die vorliegende Befragung zeigt, dass die Versicherten den Schritt vom Bezahler zum Kümmerer aktuell noch nicht als abgeschlossen betrachten. Da die Rolle des Lotsen mit ihren Orientierungs-, Navigations- und Vernetzungsaufgaben weiter greift als die des Kümmerers, ist zu vermuten, dass aus der Perspektive der Versicherten zunächst erst einmal Anpassungen vollzogen werden müssen, die der Rolle des Kümmerers entsprechen. Diese betreffen vordergründig eine stärker individuelle und bedürfnisorientierte Versichertenbetreuung. Augenmerk sollte aber ebenso auf die Gruppe derer gelegt werden, die sich auch zukünftig die Krankenversicherung ausschließlich als Bezahler wünschen: Immerhin 27% der Befragten äußern diesen Wunsch. Dies macht deutlich, dass eine Krankenversicherung die Lotsen-Rolle nicht mit allen Mitteln einnehmen, sondern genauso mannigfaltig agieren sollte, wie divers die eigenen Versicherten sind.

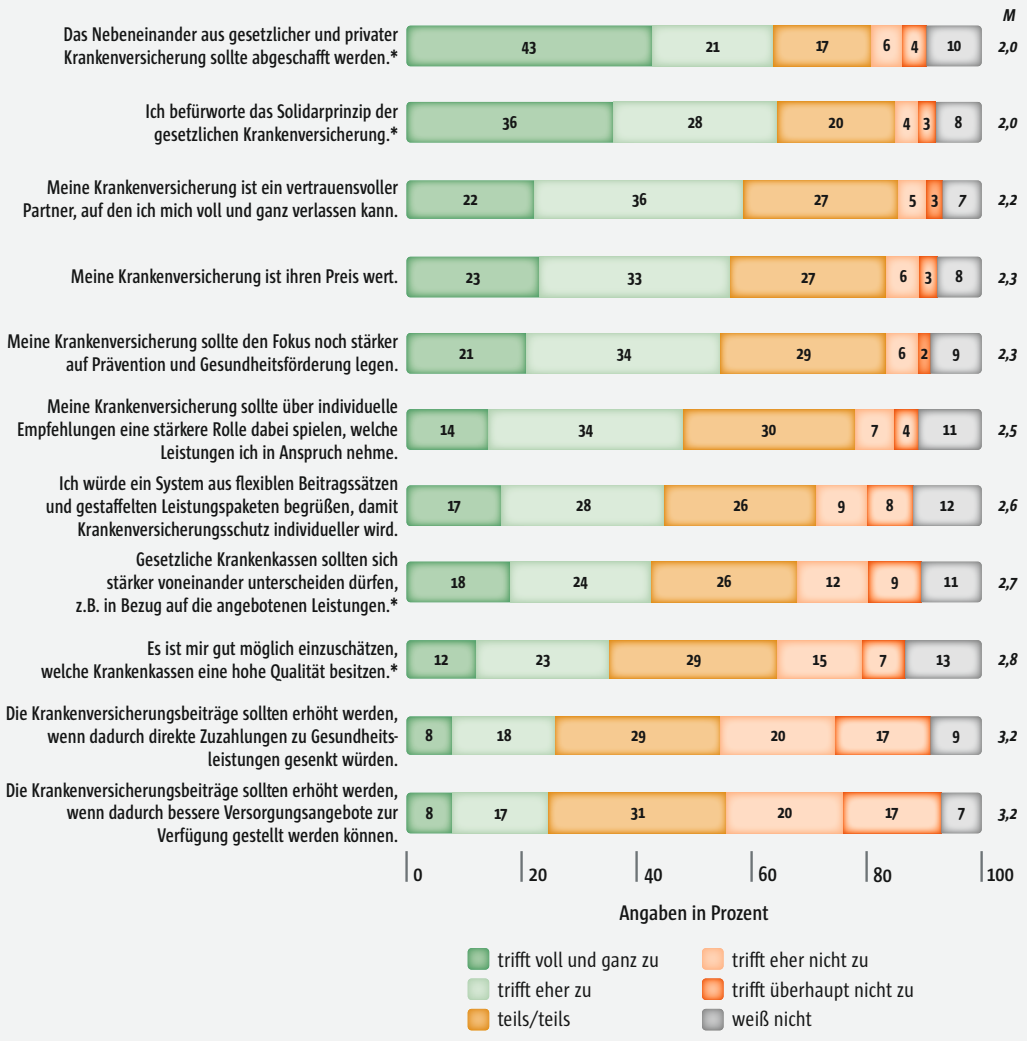
Wie beurteilen Versicherte das System der Krankenversicherung?

Im Rahmen der Versichertenbefragung wurden auch Erwartungen der Versicherten zur Architektur des Krankenversicherungssystems erhoben, die im Rahmen einer verbesserten Qualitätswahrnehmung von Bedeutung sind (»»» Abbildung 30). Den Ausgangspunkt bildet in diesem Zusammenhang die Tatsache, dass sich 64% der befragten gesetzlich Krankenversicherten, 43% sogar mit der höchsten Zustimmung, für eine Abschaffung der Dualität aus privater und gesetzlicher Krankenversicherung aussprechen, darunter

insbesondere ältere Befragte. Bezogen auf die gesetzliche Krankenversicherung befürworten ebenfalls mit 64% knapp zwei Drittel der Befragten das Solidarprinzip, nach welchem die Versichertengemeinschaft für den Einzelnen einsteht und umgekehrt. Auch hierfür findet sich unter den älteren Befragten ab 60 Jahren ein erhöhter Zustimmungsanteil.

Was die grundsätzliche inhaltliche Ausrichtung der Krankenversicherung anbelangt, wünschen sich mit 55% mehr als die Hälfte der Befragten, dass diese den Fokus noch stärker auf die Themen Prävention und Gesundheitsförderung legt. Ebenfalls in hohem Maße bedeutsam erscheint die stärkere Individualisierung des Krankenversicherungsschutzes. So sprechen sich 48% der Befragten dafür aus, dass die Krankenversicherung über individuelle Empfehlungen eine stärkere Rolle dabei spielen sollte, welche Leistungen durch einzelne Versicherte in Anspruch genommen werden. 45% der Befragten würden sogar ausdrücklich ein gestaffeltes System aus flexiblen Beitragssätzen und Leistungspaketen begrüßen, welches den Krankenversicherungsschutz individueller gestalten ließe. Kritischer stehen die befragten Versicherten jedoch Vorschlägen gegenüber, die eine Erhöhung der Krankenversicherungsbeiträge mit dem Ziel thematisieren, direkte Zuzahlungen zu Gesundheitsleistungen zu verringern oder hierüber allgemein bessere Versorgungsangebote zur Verfügung zu stellen. Während diesen Positionen ein Viertel der Befragten zustimmt, spricht sich jeweils mehr als ein Drittel der Befragten dagegen aus, die weiteren Befragten sind indifferent im Urteil oder wollen bzw. können kein solches fällen.

Abbildung 30 Beurteilung von Rolle und System der Krankenversicherung. Frage: Geben Sie bitte an, inwieweit die folgenden Aussagen aus Ihrer Sicht zutreffen. (M = Mittelwert, Basis: n = 4.728/*4.336 [nur gesetzlich Krankenversicherte])



Mit 35% ist es nur etwas mehr als einem Drittel der Befragten zum aktuellen Zeitpunkt gut möglich, einzuschätzen, welche Krankenkassen eine hohe Qualität besitzen: Mit 51% schätzen dies über die Hälfte der Befragten als nicht oder nur eingeschränkt möglich ein. Es erscheint

als komplementäre Aufgabenstellung dringend geboten, auch für entsprechende Qualitätstransparenz zu sorgen, sodass den Versicherten eine einfache Identifikation von Krankenkassen mit herausragender Qualität möglich ist.

Exkurs: Inwieweit unterscheidet sich die Beurteilung der Qualität von privat und gesetzlich Krankenversicherten?

Die gesetzlichen Krankenkassen (GKV) unterscheiden sich in ihrer Ausrichtung grundlegend von den privaten Krankenversicherern (PKV). Die GKV handelt nach dem Solidarprinzip, d.h. bezahlt wird nach Leistungsfähigkeit (z.B. dem Einkommen), Hilfe erhält man nach Bedürftigkeit (z.B. dem Gesundheitszustand). Im Gegensatz dazu richtet sich in der PKV die Höhe des Beitrags nach dem Versicherungsrisiko, also der Wahrscheinlichkeit, dass Gesundheitsleistungen in Anspruch genommen werden – auch Äquivalenzprinzip genannt [12]. Aber wie wirkt sich diese unterschiedliche Ausrichtung in der Wahrnehmung der Versicherten aus?

Von den 4.728 befragten Versicherten konnten 4.194 einer GKV zugeordnet werden, 392 einer PKV. Grundsätzlich fällt auf, dass die befragten GKV-Versicherten die Bemühungen des eigenen Versicherers, ihre Gesundheit zu erhalten und Krankheiten vorzubeugen, deutlich höher einschätzen als PKV-Versicherte. So erreichen Attribute, wie *„belohnt gesundheitsbewusstes Verhalten“*, *„bietet digitale Angebote, um gesund zu bleiben“*, *„unterstützt mich dabei, gesund zu bleiben“*, *„hilft mir Informationen zu finden, die gut für mein psychisches Wohlbefinden sind“*, *„hilft mir Informationen darüber zu verstehen, wie ich meinen Gesundheitszustand verbessern kann“* oder *„zu beurteilen, welche Alltagsgewohnheiten mit meiner Gesundheit zusammenhängen“*, bei gesetzlich Krankenversicherten deutlich höhere Zustimmungswerte als bei privat Krankenversicherten (»»» Abbildung 31). Die größte Differenz wird in der Einschätzung erreicht, ob der eigene Versicherer gesundheitsbewusstes Verhalten ausreichend über Bonus- und Prämienprogramme belohnt: Hier stimmen

privat Krankenversicherte signifikant seltener zu ($M = 2,9$) als gesetzlich Versicherte ($M = 2,1$). Ein ähnliches Bild zeichnet sich im Angebot digitaler Gesundheitsangebote ab. Auch hier nehmen die befragten gesetzlich Krankenversicherten häufiger solche Angebote wahr ($M = 2,2$) als privat Krankenversicherte ($M = 2,9$).

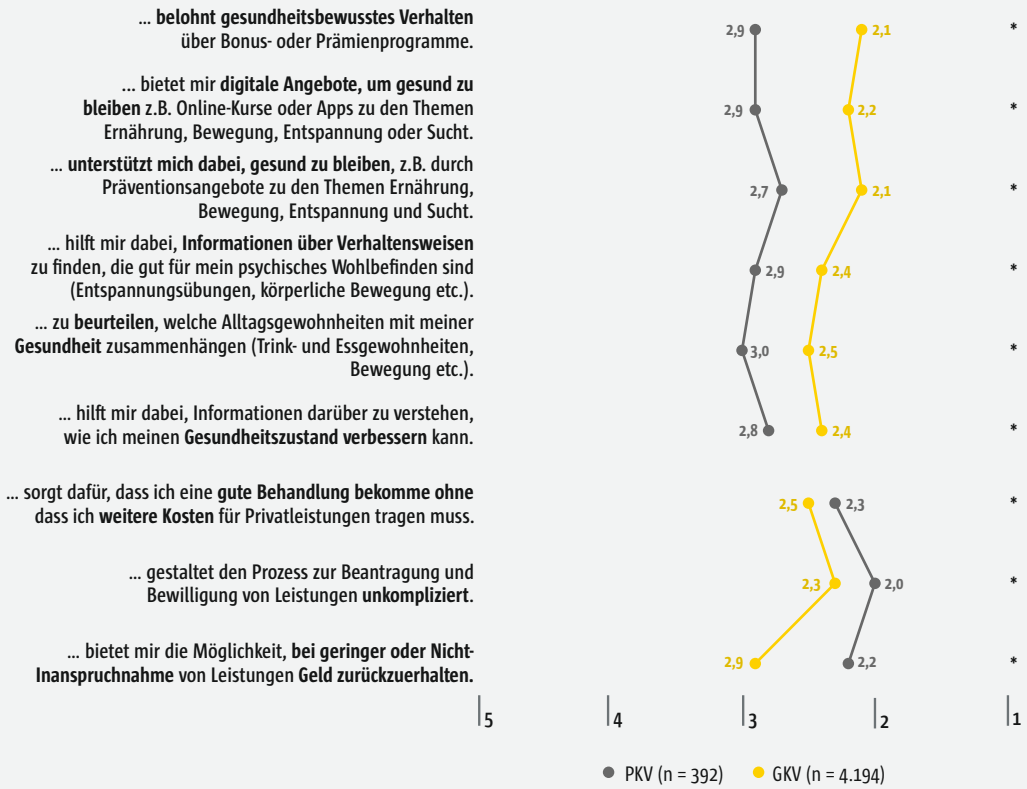
Im Gegenzug bescheinigen die PKV-Versicherten häufiger ihrem Versicherer, dass dieser ihnen die Möglichkeit bietet, bei geringer (bzw. keiner) Inanspruchnahme von Leistungen, Geld zurückzuerhalten ($M = 2,2$) als GKV-Versicherte ($M = 2,9$). Auch bezogen auf den unkomplizierten Ablauf von Leistungsbeantragung und -bewilligung sowie das Angebot guter Behandlungen ohne weitere Kosten für Privatleistungen, schneiden die privaten Versicherer im Votum ihrer Versicherten besser ab als die gesetzlichen Krankenkassen.

Auch hinsichtlich der Weiterempfehlungsbereitschaft (NPS) und der Rollenwahrnehmung der eigenen Krankenversicherung (Stichwort: Lotse) zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen privat und gesetzlich Krankenversicherten: Der NPS liegt bei privat Krankenversicherten bei +1, bei gesetzlich Versicherten bei +16. Zudem sieht heute schon jeder zehnte gesetzlich Versicherte seine Kasse in der Rolle des Lotsen (10%) – bei den privat Versicherten sieht dies nur jeder 14. so (7%). Dafür nehmen PKV-Versicherte ihren Versicherer häufiger ausschließlich als Bezahler wahr (75%) als GKV-Versicherte (61%). Auch zukünftig möchten privat Versicherte ihren Versicherer häufiger in der Rolle des Bezahlers (39%) als in der Rolle des Kümmerers (38%) oder Lotsen (23%) sehen. Bei den gesetzlich Krankenversicherten wünschen sich die meisten Versicherten ihre Kasse zukünftig in der Rolle des Kümmerers (48%) und seltener des Lotsen (27%) oder Bezahlers (26%).

»»» **Aktuell nimmt die Mehrheit der Versicherten ihre Krankenversicherung als Bezahler von Leistungen wahr, erwartet aber vor allem die Einnahme der Rolle eines Kümmerers, erst deutlich ferner die eines Lotsen. Dies verdeutlicht, dass für die Versicherten in erster Linie eine mit der Rolle des**

Kümmerers in Verbindung stehende aktivere und versichertenorientiertere Betreuung zunächst vordergründiger ist als darüberhinausgehende Bemühungen der Krankenversicherer um mehr Navigation, Orientierung und Vernetzung der Akteure im Gesundheitssystem. Bei der Interpreta-

Abbildung 31 Unterschiede der Beurteilung von privat und gesetzlich Krankenversicherten. Frage: Geben Sie bitte an, inwieweit die folgenden Aussagen auf Ihre Krankenversicherung zutreffen. Sie ... (Angabe in Mittelwerten auf einer Skala von 1 = trifft voll und ganz bis 5 = trifft überhaupt nicht zu; * signifikanter Unterschied [p<.05])



tion ist zu beachten, dass Aktivitäten im Bereich des Lotsen für die Versicherten deutlich abstrakter und aktuell noch weniger verständlich sind und einer intensiven Erklärung bedürfen. Dies zeigt sich beispielsweise auch in einer noch geringen Bekanntheit und Nutzung digitaler Gesundheitsangebote der Krankenversicherungen.

Schlussfolgerung und Ausblick

Die Versichertenbefragung hat über die detaillierte Betrachtung der Qualitätsdimensionen Servicegeschehen, Versorgungsgestaltung und Leistungsbereit-

schaft gezeigt, dass die Versicherten insgesamt zufrieden mit der Qualität ihrer Krankenversicherungen sind. Allerdings zeigen die Ergebnisse auch Potenziale für eine qualitativ hochwertigere Betreuung der Versicherten auf, die sich durch alle betrachteten Dimensionen ziehen und deren Schwerpunkt in der Versorgungsgestaltung liegt.

Die Ergebnisse der Versichertenbefragung werden im Folgenden zusammengefasst, sodass Anforderungen der Versicherten an eine verbesserte Qualität sichtbar werden und unmittelbare Handlungsaufgaben für die Krankenversicherungen

bzw. die Akteure der Gesundheitspolitik abgeleitet werden können.

- **Wunsch nach mehr Bedarfsorientierung, Individualität und Versichertenorientierung:** In den betrachteten Bereichen Service, Leistung und Versorgung wird deutlich, dass sich die Versicherten eine stärkere Ausrichtung des Handelns der Krankenversicherungen an der eigenen persönlichen Situation wünschen. Dies betrifft sowohl den Zuschnitt von Informationen und Versorgungsangeboten als auch die generelle Ausgestaltung von Service-, Beratungs- und Leistungsentscheidungsprozessen. Vor allem bei kritischen Ereignissen wie einer Leistungsablehnung wünschen sich die Versicherten zukünftig eine höhere Versichertenorientierung in Form von individuellen Lösungen. Maßnahmen mit Fokus auf Individualität, Bedarfs- und Versichertenorientierung steigern die Qualität der Krankenkasse aus Versichertenperspektive.
- **Akzeptanz einer intensiveren Nutzung der Bestandsdaten durch die Krankenkasse:** Aufbauend auf dem Wunsch nach einer stärker an der einzelnen Person und ihren Anforderungen ausgerichteten Versorgung, steht eine relevante Anzahl der Versicherten auch einer intensiveren Nutzung personenbezogener gespeicherter Daten und Informationen durch ihre Krankenversicherungen offen gegenüber. Diese Einschätzung basiert in dieser Befragung vor allem auf dem Vertrauen, welches die Versicherten ihrer Krankenversicherung bezüglich der Einhaltung der gesetzlichen Datenschutzanforderungen entgegenbringen. Eine datenbasiertere Information und Versorgung birgt das Potenzial, eine stärkere Bedarfsorientierung zu ermöglichen.
- **Bedürfnis einer stärkeren Fokussierung auf Prävention und Gesundheitsförderung:** Neben der Sicherstellung einer bestmöglichen Versorgung ohne private Zusatzkosten sind

den Versicherten Präventions- und Gesundheitsförderungsangebote der Krankenversicherer besonders wichtig. Der Beitrag der Krankenversicherung zur langfristigen und vorsorgenden Gesunderhaltung prägt das Qualitätsempfinden der Versicherten entscheidend. Um die Qualität der Krankenversicherung zu verbessern, bedarf es aus Versichertenperspektive einer spürbaren Ausweitung des Angebots in den Bereichen Prävention und Gesundheitsförderung.

- **Notwendigkeit der Erhöhung individueller Gesundheitskompetenz:** Eng verwoben mit dem Wunsch nach einer stärkeren Fokussierung der Krankenversicherung auf Prävention und Gesundheitsförderung ist die aus der Analyse resultierende Notwendigkeit der Erhöhung der individuellen Gesundheitskompetenz der Versicherten. Auch, um besser Kenntnis von Gesundheits- und Versorgungsangeboten der Krankenkassen zu erlangen und zu wissen, wann eine Inanspruchnahme angezeigt ist, sollte die Förderung der Gesundheitskompetenz in den Fokus rücken.
- **Stärkung der Bekanntheit von Gesundheits- und Versorgungsangeboten:** Die Befragungsergebnisse machen deutlich, dass ein Großteil der angebotenen Gesundheits- und Versorgungsangebote der Krankenversicherung bei den Versicherten noch wenig bekannt ist. Daraus resultieren zwei Handlungsfelder: Zum einen erfordert die Vielfalt der Gesundheitsangebote versichertengruppenbezogene Informationen. Zum anderen sind Gesundheitsangebote und Informationen so auszugestalten, dass sie einfach verständlich sind und sich Nutzen und Einsatzmöglichkeiten schnell erschließen.
- **Wunsch nach mehr Navigation und Orientierung:** Die zukünftig gewünschte Rolle der Krankenversicherer aus Sicht der Befragten ist die des Kümmerers. Auch rücken Lotsen-Aufgaben stärker in den Fokus der Erwartungen.

Durch die Versicherten wird den Krankenversicherungen nicht nur die Kompetenz zugesprochen, eine vernetzende und koordinierende Aufgabe im Gesundheitssystem zu übernehmen. Sie wird auch als kompetent erachtet, Hilfestellung beispielsweise bei der Wahl einer geeigneten Behandlungsmethode zu geben. Bei der Navigation und Orientierung im Gesundheitswesen sind insbesondere digitale Kanäle der Krankenkassen, wie Arzt- und Krankenhaus-Navigatoren von Bedeutung.

- **Erwartung einer stärkeren Einflussnahme auf Versorgungsstrukturen:** Neben der perspektivischen Übernahme von Navigations-, Orientierungs- und Vernetzungsaufgaben erwarten die Versicherten von ihrer Krankenversicherung auch einen Einsatz für die Verbesserung der Strukturen des Gesundheitssystems. Dies betrifft insbesondere die Schaffung von Transparenz, etwa zur Qualität von Ärzten und Krankenhäusern und zu Behandlungsprozessen. Auch einer stärker qualitätsbezogenen Vergütung der Leistungserbringer stehen die Versicherten aufgeschlossen gegenüber.
- **Notwendigkeit von mehr Qualitätstransparenz:** Vergleiche von Krankenkassen fokussieren aktuell mehrheitlich objektive Merkmale wie Zusatzbeiträge und Leistungen, stellen aber zu wenig auf Qualitätsthemen ab. Nur ein Drittel der befragten Versicherten kann Qualitätsunterschiede zwischen den Krankenkassen tatsächlich sicher beurteilen. Verbesserungen der Qualität in den Dimensionen Service, Leistungserleben und Versorgung sollten demnach für die Versicherten nicht nur sichtbar sein, sondern auch vergleichbar gemacht werden, um auf dieser Basis eine bewusste Entscheidung für oder gegen eine Krankenkasse unter Qualitätsgesichtspunkten treffen zu können.

Die Qualität von Krankenversicherungen wird durch Versichertengruppen unter-

schiedlich eingeschätzt: Insbesondere bei jüngeren Befragten, kranken Personen und höher Gebildeten lassen sich verstärkt kritischere Stimmen erkennen. Vor allem für die Gruppe der Jungen und die der Erkrankten wird noch einmal die Bedeutung von stärker bedarfsorientierten Versorgungsansätzen deutlich, welche die Versicherten zum aktuellen Zeitpunkt noch vermissen. Mitunter würde der Einbezug weiterer Kriterien wie Gesundheitsverhalten, gesundheitsbezogenes Themeninteresse oder mediale Erreichbarkeit der Versicherten zu einer deutlich passgenaueren Information und Versorgung führen.

Im Gegensatz zu den thematisierten Gruppenunterschieden nach Alter, Gesundheitszustand und Bildung nehmen Befragte in ländlichen und städtischen Kontexten die Qualitätsbemühungen ihrer Krankenversicherung durchweg auf einem ähnlichen Niveau wahr. Eine erschöpfende Erklärung hierfür kann die Versichertenbefragung nicht leisten. Allerdings kann vermutet werden, dass ein auf die Bevölkerungsdichte ausgerichtetes weniger umfassendes Versorgungsangebot auf dem Land im Vergleich zur Stadt auf eine Erwartung trifft, die in ländlichen Regionen zurückhaltender ausfällt als im urbanen Kontext.

Welche methodischen Limitationen bestehen für die Versichertenbefragung?

Die Intention der Versichertenbefragung war es, Einblicke zu geben, wie Krankenversicherte die Qualität ihrer Krankenversicherung bewerten. Da die Probanden ausschließlich online rekrutiert wurden, können einige Aussagen und Ergebnisse

durch Response- und Selektionsbias verzerrt sein und damit die Repräsentativität einschränken. Beispielsweise kann davon ausgegangen werden, dass in der Gesamtbevölkerung die Krankenversicherungen seltener online kontaktiert wird und die digitalen Anteile an gewünschten zukünftigen Kanälen geringer ausfallen. Hintergrund dessen ist, dass Probanden, die über ein Online-Panel an einer Befragung teilnehmen, onlineaffiner sind als durchschnittliche Versicherte. Diese systematische Abweichung zu einer mobilen und internetaffinen Stichprobe muss bei der Interpretation der Daten berücksichtigt werden.

Eine zusätzliche Gefahr bei der Befragung von Online-Panelisten, die für die Beantwortung von Umfragen vergütet werden, ist, dass Panelisten möglicherweise mit geringerem Engagement Fragen beantworten und demzufolge häufiger Fragen mit Residualkategorien beantworten. Dem wurde eine strenge Qualitätskontrolle entgegengesetzt. So wurden Probanden, die keine konsistenten Aussagen gemacht haben (z.B. bei Angabe des höchsten Schulabschlusses mit „Hauptschule“ und gleichzeitiger Angabe des höchsten Bildungsabschlusses mit „Promotion“) oder zu konsistentem Antwortverhalten (Stichwort: Durchklicker) gezeigt haben, ausgeschlossen. Zudem wurde die Ausfülldauer und der Anteil an Residualantworten kontrolliert. Über die zusätzliche Kontrolle von offenen Nennungen und deren Sinnhaftigkeit wurden von der ursprünglich geplanten Gesamtfallzahl von $n = 5.000$ Versicherten $n = 272$ ausgeschlossen und somit eine bereinigte und qualitativ hochwertige Stichprobe von $n = 4.782$ mit wenig Fallverlusten erzielt.

Ebenfalls einschränkend auf die Repräsentativität der Ergebnisse kann sich auswirken, dass die realisierte Online-Stichprobe im Vergleich zur Gesamtbevölkerung einen leicht erhöhten Anteil an Personen mit hoher Bildung und gleichzeitig zu geringe Befragtenanteile mit Migrationshintergrund und chronischen Erkrankungen aufweist.

Welcher zukünftige Forschungsbedarf resultiert aus der Versichertenbefragung?

Die vorliegende Versichertenbefragung leistet einen Beitrag zur Bestimmung des Status quo der versichertenseitigen Beurteilung der Qualität der Krankenversicherung in Deutschland und zeigt Handlungsfelder für eine Verbesserung der Qualität auf. Gleichwohl verweisen die Ergebnisse auf forschungsbezogene Potenziale bzw. stößt die Erklärungsstärke der abgeschlossenen Befragung an Grenzen. In diesen Kontext ordnen sich Überlegungen zum zukünftigen Forschungsbedarf ein, für welchen drei zentrale Schwerpunkte gesehen werden.

Erstens ist die Betrachtung der untersuchten Qualitätsdimensionen im Zeitverlauf von Interesse. Eine zweite Auflage der Versichertenbefragung kann zu gegebener Zeit im Rahmen einer Studienfortschreibung eine Trendanalyse begründen. Den Kern sollten dabei die zentralen Qualitätseinschätzungen der Versicherten zum Servicegeschehen, der Versorgungsgestaltung und des Leistungserlebens bilden. Daneben sollte im Zeitverlauf untersucht werden, ob und wie sich die Rollenwahrnehmung der Krankenversicherer und die diesbezüglichen Erwartungen der Versicherten verändern. Ebenfalls interessant ist es, zu

erfahren, ob sich die durch die Corona-Pandemie vollzogene Verschiebung von Interaktion mit der Krankenversicherung in digitale Kanäle als dauerhaft erweist.

Zweitens wurde das Erhebungsjahr der ersten Versichertenbefragung des BKK Dachverbands insbesondere durch die Corona-Pandemie geprägt. Diese hat gezeigt, wie wichtig es ist, dass die Bevölkerung über gesundheitsrelevante Themen informiert ist und dass die Versicherten über eine ausgeprägte Gesundheitskompetenz verfügen. In diesem Licht sind auch die Ergebnisse der Versichertenbefragung zu betrachten: Die Ergebnisse zeigen, dass die Versicherten ihren Krankenversicherungen großen Nachholbedarf beim Aufbau versichertenbezogener Gesundheitskompetenz attestieren. Zudem wäre daher künftig zu untersuchen, bei welchen Gesundheitsthemen die Versicherten ihre Krankenversicherung als kompetent wahrnehmen, wo sie sich konkrete Unterstützung beim Aufbau von Gesundheitskompetenz wünschen würden und wie diese Unterstützung im Detail aussehen kann. Die Gewinnung dieser Erkenntnisse, etwa mittels qualitativer Methoden und tiefergehender Analysen, könnte unter anderem genutzt werden, die Rolle des Gesundheits-Lotsen noch stärker inhaltlich zu gestalten.

Drittens verweist die Versichertenbefragung auf mangelnde Transparenz zu Qualitätsunterschieden der Krankenversicherungen. Wenn auch nicht innerhalb dieses Beitrags thematisiert, zeigen sich in der abgeschlossenen Befragung Qualitätsunterschiede auch zwischen einzelnen Marktteilnehmern. Das eigens entwickelte Befragungsinstrument könnte Grundlage für regelmäßige Erhebungen von öffentlichen und frei verfügbaren Qualitäts-

berichten auf Kassenebene sein. Diese durch eine vertrauenswürdige Institution zu erstellenden Qualitätsberichte könnten sowohl Versicherten als auch Krankenversicherungen eine qualitätsbezogene Orientierung im Wettbewerb der Anbieter geben. Dadurch würden die aktuell im Fokus von Veröffentlichungen stehenden Vergleichsebenen Preis-Leistung und Erreichbarkeit um die für die Versicherten äußerst relevante Qualitätsperspektive erweitert.

Literatur

1. Walter, U., Röding, D. (2019): Zielgruppenspezifische Prävention und Gesundheitsförderung, in: R. Haring (Hrsg.), Gesundheitswissenschaften. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 391–402.
2. Schiller, S., & Tröger, A. (2020): Changing.Channels. Banken und Krankenkassen im digitalen Beschleuniger. Welle 10/ KW 35. Online verfügbar unter https://www.i-m-k.de/fileadmin/user_upload/content/slideshow/KW_35_Changing.Channels_Banken_und_Krankenkassen_im_digitalen_Beschleuniger_Report_KW35.pdf, zuletzt geprüft am 09.02.2021.
3. Sørensen, K., van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012): Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC public health*, 12, 80. doi: 10.1186/1471-2458-12-80.
4. Abel, T., Sommerhalder, K., & Bruhin, E. (2018): Health Literacy/Gesundheitskompetenz: BZGA – Federal Centre for Health Education.
5. Bundesministerium für Gesundheit (2018): Aufgaben und Organisation der GKV. Bundesministerium für Gesundheit. Online verfügbar unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/grundprinzipien/aufgaben-und-organisation-der-gkv.html>, zuletzt aktualisiert am 19.04.2018, zuletzt geprüft am 18.01.2021.
6. PräVG (24. Juli 2015): Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention. PräVG, in: Bundesgesetzblatt (S. 1368–1379).
7. BKK VerbundPlus (2021): Startseite. Online verfügbar unter <https://www.bkk-verbundplus.de/>, zuletzt geprüft am 05.01.2021.
8. BKK SBH (2021): BKK SBH Gesundheitslotse. ... Orientierung leicht gemacht. Online verfügbar unter <https://bkk-sbh.de/gesundheitsportal/gesundheitslotse/>, zuletzt geprüft am 05.01.2021.

9. hkk (2021): Arztlotse. Online verfügbar unter <https://www.hkk.de/leistungen-und-services/hkk-gesundheitslotsen/arztlotse>, zuletzt geprüft am 05.01.2021.
10. KKH (2021): Arztlotse. Schnell und unkompliziert einen Arzt in Ihrer Nähe finden. Online verfügbar unter <https://www.kkh.de/leistungen/arztlotse>, zuletzt geprüft am 05.01.2021.
11. IKK classic (2021): Pflegelotse. Online verfügbar unter <https://www.ikk-classic.de/pk/leistungen/pflegeversicherung/pflegelotse-pflegequalitaetsbericht>, zuletzt geprüft am 05.01.2021.
12. Burkhardt, W. (2013): Einer für alle, alle für einen – Das Solidarprinzip in der gesetzlichen Krankenversicherung. Online verfügbar unter <https://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72358/solidarprinzip>, zuletzt geprüft am 05.02.2021.




Sören Schiller

Nach dem Studium der Wirtschaftswissenschaften in Erfurt mehrjährige Tätigkeit in der strategischen Unternehmensberatung mit Schwerpunkt Finanzdienstleistung und Versicherung in Bad Homburg vor der Höhe. Im Anschluss Begründung des IMK, Institut für angewandte Marketing- und Kommunikationsforschung in Erfurt. Seit 2009 Instituts-Geschäftsführer und Leitung des Bereichs Gesundheit mit Betreuung von Mandaten mit Schwerpunkt gesetzliche Krankenversicherung.



Sarah-Maria Steppe

Nach abgeschlossenem Masterstudium der Kommunikationsforschung in Erfurt Aufnahme der Tätigkeit am IMK, Institut für angewandte Marketing- und Kommunikationsforschung. Dort intensive Auseinandersetzung mit Qualitätsthemen der gesetzlichen Krankenversicherung, u.a. im Rahmen von Versichertenbefragungen zu Versorgungs-, Leistungs- und Servicethemen sowie innerhalb der Entwicklung von Zielgruppensegmentierungsmodellen für die gesetzliche Krankenversicherung.

A hand is shown placing a small wooden block with a smiley face on top of another wooden block with a smiley face. In the background, there is a wooden block with a frowny face. The entire scene is set against a warm, yellow background.

Wandel der Qualitätskultur in der GKV

Qualitätswettbewerb von Krankenkassen

Gertrud Demmler

Was macht die Qualität einer Krankenkasse aus? Wann ist eine Krankenkasse eine exzellente Krankenkasse? Wer dies im Wandel der Gesellschaft und der Rolle von Krankenkassen beantworten möchte, muss sich zunächst eine grundsätzliche Frage stellen: Warum gibt es Krankenkassen in dieser Form in Deutschland und welches unternehmerische und gesellschaftliche Anliegen sollen Krankenkassen lösen? In moderner Sprache der Unternehmensführung würde man vom Purpose einer Krankenkasse sprechen.

Sinn der Krankenversicherung

Spätestens hier begegnen wir zwei sehr unterschiedlichen Perspektiven: Auf der einen Seite stehen diejenigen, die Krankenkassen als Körperschaften des öffentlichen Rechts verstehen. Sie würden antworten, Krankenkassen gibt es, weil der Gesetzgeber entschieden hat, Krankenversicherung so zu organisieren, wie es nun im Sozialgesetzbuch steht.

Die andere Sichtweise beleuchtet eher das Bedürfnis der Arbeitnehmer:innen und Unternehmen, aus dem heraus Krankenkassen entstanden sind. Es war das Anliegen der Menschen, sich im Krankheitsfall finanziell abzusichern und das Interesse vieler Unternehmen, ihre Mitarbeiter:innen darin zu unterstützen. Den Betriebskrankenkassen kommt an dieser Stelle eine besondere Bedeutung zu,

denn: Die heutige Krankenversicherung hat ihre Ursprünge in Fabrikkrankenkassen, Sterbehilfvereinen und ersten betrieblichen Hilfskassen [1].

Daraus haben sich über die Jahrhundertwende fundamentale Prinzipien der GKV herauskristallisiert:

- **Zum einen das Prinzip der Solidargemeinschaft:** Wir gesetzlichen Krankenkassen ermöglichen Absicherung im Krankheitsfall unabhängig von finanzieller und sozialer Lage sowie der persönlichen Risiken.
- **Zum anderen das Prinzip der Selbstverwaltung:** Wir sind selbst für den Ausgleich von umfassender Absicherung und Finanzierbarkeit verantwortlich.

In der Konsequenz ist die Unternehmensverfassung der GKV bis heute gemeinwohlorientiert und allein der Versicherungsgemeinschaft verpflichtet.

Die Rahmenbedingungen haben sich im Laufe der Zeit immer wieder stark verändert. Mit Einführung des Gesundheitsfonds und des bundesweiten Finanzausgleichs wurden das Prinzip der Selbstverwaltung und die Autonomie der einzelnen Krankenkasse deutlich eingeschränkt. Gleichzeitig verändert der demografische Wandel die Struktur der Versicherungsgemeinschaft. Angesichts des medizinischen Fortschrittes sowie der damit ein-

hergehenden ausweiteten Möglichkeiten einer Behandlung werden die Grenzen der Finanzierung durch die Solidargemeinschaft immer wieder thematisiert. Wirtschaftlichkeit und Effizienz sind deshalb häufig dominierende Fragen in der GKV.

Im Kern bleibt der Zweck der Krankenkassen jedoch unverändert: Sie sichern Menschen finanziell gegenüber gesundheitlichen Risiken ab, verhindern damit eine Existenzbedrohung durch Erkrankung. Gleichzeitig obliegt es ihnen, Versorgung zusammen mit Partnern im Gesundheitswesen zu organisieren und Versicherten damit einen Zugang zu hochwertiger und gleichzeitig wirtschaftlicher Versorgung zu garantieren.

Auch die Motiv- und Bedürfnislage der Versicherten hat sich wenig verändert: Für sie zählen bis heute die Sicherheit und das Vertrauen, im Krankheitsfall von einer starken Gemeinschaft aufgefangen zu werden. Das bestätigen Marktforschungen und Untersuchungen, die wir

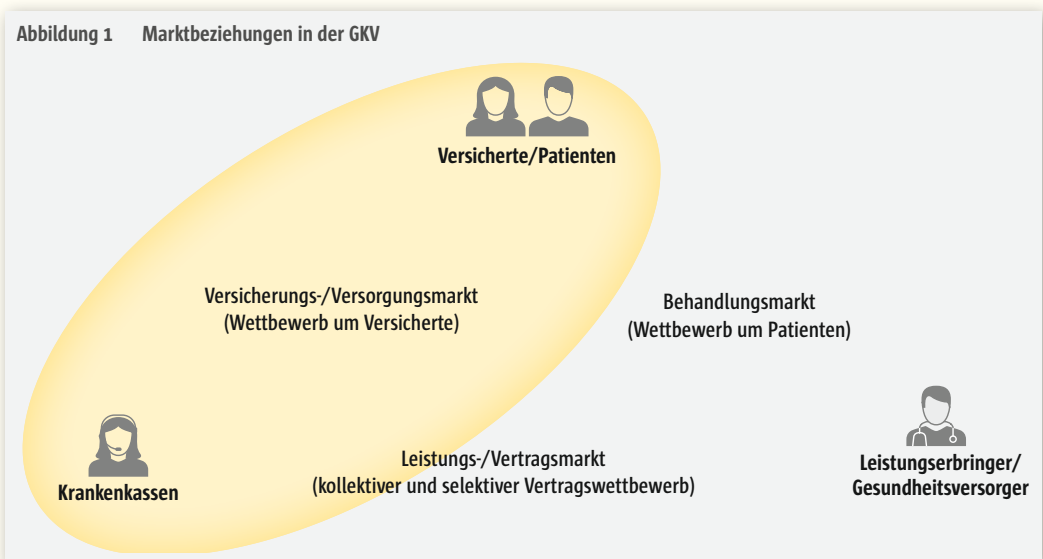
als SBK durchführen immer wieder. Konkret erwarten die Versicherten Orientierung und Beratung, Sicherheit und Geborgenheit. Sie möchten darauf vertrauen, dass ihre Krankenversicherung dann zur Stelle ist, wenn es ernst wird.

Die Wettbewerbsbeziehungen in der GKV

Um sich der konkreten Wertschöpfung einer Krankenkasse zu nähern, hilft die Betrachtung der Leistungs- und Wettbewerbs- bzw. der relevanten Marktbeziehungen (»»» Abbildung 1).

Die zentrale Marktbeziehung liegt zwischen Krankenkassen und Versicherten bzw. Patient:innen. In Abweichung zur häufigen Darstellung dieser Beziehung als reiner Versicherungsmarkt ist die Ergänzung der Wettbewerbsbeziehung um den Versorgungsmarkt zentral. Denn die GKV bietet ihren Versicherten nicht „nur“ Absicherung (= Versicherungsmarkt). Im Unterschied zu anderen Versicherungs-

Abbildung 1 Marktbeziehungen in der GKV



märkten oder der PKV sorgt die GKV über das Sachleistungsprinzip auch für Zugang zu Versorgung und Orientierung im Gesundheitswesen, z.B. über vielfältige Informations-, Beratungs- und Genehmigungsprozesse (= Versorgungsmarkt).

Zudem ergibt sich aus dem Leistungs- und Vertragsmarkt ein kollektiv- und selektivvertraglicher Wettbewerb zwischen Krankenversicherungen und den vielfältigen Leistungserbringern und Gesundheitsversorgern.

Diese für die GKV besondere Beziehung zwischen Krankenkasse, Versicherten/Patienten und Akteuren des Versorgungs-, und Behandlungsmarktes wirkt sich auch auf die Versicherten aus. Entsprechend muss in der Frage um die Qualität einer Krankenkasse nicht nur deren Leistungsbereitschaft und Service, sondern auch die Art und Weise, wie sie Versorgung und den Zugang dazu mitgestaltet, betrachtet werden.

Qualitätswettbewerb in der Dienstleistung/ Versichertenbeziehung

Die Qualitätsbetrachtung in der GKV muss nicht nur den im vorangegangenen Abschnitt vorgestellten besonderen Marktbeziehungen der GKV Rechnung tragen, sondern auch die Besonderheiten der GKV als Dienstleistung berücksichtigen. Dabei kommen für Dienstleistungen typische Merkmale zum Tragen: Das Uno-Actu-Prinzip und die GKV als Erfahrungsgut. Ersteres bedeutet, dass Dienstleistung nur im Zusammenwirken von Dienstleistungserbringer und Kunde – also im Falle der Krankenversicherung von Versichertem und Krankenkasse – entsteht. Ein Erfahrungsgut zeichnet

sich dadurch aus, dass die Beurteilung des Gutes nicht vor dem Kauf oder der Nutzung, sondern erst nach Inanspruchnahme der Leistung erfolgen kann. Infolgedessen muss der Käufer einer Dienstleistung zunächst darauf vertrauen, dass die ihm versprochene Leistung auch in der zugesagten Qualität ausgeführt wird. Dies gilt für Krankenversicherungen im besonderen Maße, da zwischen der Entscheidung für eine Krankenkasse und der ersten Inanspruchnahme einer Leistung mitunter viel Zeit liegen kann. Deshalb spielt die Dimension „Vertrauen“ eine zentrale Rolle für die Qualität einer Krankenkasse.

Aus dieser abstrakten Betrachtung der Merkmale von Dienstleistungen ergibt sich, dass sich Krankenkassenqualität immer sowohl auf das *Was*, also auf das tatsächliche Angebot, und auf das *Wie*, also auf die Art und Weise der Dienstleistungs- und Beziehungsgestaltung, beziehen muss. Das „Was“ kann über Qualitätskennzahlen und von außen einsehbare Leistungsvergleiche gemessen werden. Das „Wie“ hingegen, also die Frage, wie die Versicherung im Ernstfall an der Seite ihrer Kunden steht, lässt sich nur über Versicherten-Feedback ermitteln.

Die Wettbewerbsdimensionen Preis

Nach dieser zunächst theoretischen Betrachtung der Marktbeziehungen der GKV sowie deren Besonderheiten als Dienstleistung wenden wir uns nun den Dimensionen zu, anhand derer die Qualität von Krankenkassen beurteilt werden kann. Ebenfalls widmen wir uns der Frage, wie diese Dimension gemessen und transparent gemacht werden kann.

Verfolgt man die politische und öffentliche Diskussion um Wettbewerb in der Krankenversicherung, scheint sich nach wie vor alles um den Preis bzw. den Zusatzbeitrag der Krankenkassen zu drehen. Spätestens mit der Einführung des allgemeinen gesetzlichen Beitragsatzes¹ variiert der kassenspezifische Beitrag lediglich in einer Größenordnung von 0 bis max. 2 Beitragsatzpunkten. Das ist ein sehr enger Korridor, verglichen mit dem „echten“ Beitragswettbewerb vor Inkrafttreten des Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG) Anfang der 1990er-Jahre. Grundlage des GSG war der in den 1990er-Jahren bestehende breite gesellschaftliche Konsens, dass unterschiedliche Einkommens- und Risikofaktoren einer Versicherungsgemeinschaft keinen Beitragsunterschied verursachen dürfen. Auf dieser Basis wurde ein GKV-weiter Finanzausgleich eingeführt. Der Wettbewerb um den besten Beitragsatz war damit Geschichte. In der Folge beschränkte sich der Preiswettbewerb lediglich auf den Zusatzbeitrag.

Gern wird in diesem Kontext darauf verwiesen, dass Krankenkassen durch Effizienz und Wirtschaftlichkeit finanzielle Vorteile erwirtschaften und dadurch die Variable Preis proaktiv beeinflussen könnten. Tatsache ist: Wesentliche Faktoren für die Ausgabensteuerung in der Versorgung sind über kollektivrechtliche Verfahren der direkten Einflussnahme der Einzelkasse entzogen. Auch die wenigen selektivvertraglichen Möglichkeiten können die Wirtschaftlichkeit einer Einzelkasse kaum beeinflus-

sen². Sie bieten vielmehr Chancen, um innovative Lösungsansätze in der Realität zu erproben. Die Kontrahierungsrechte führen schließlich dazu, dass auch theoretische Wirtschaftlichkeitsvorteile sehr schnell im Wettbewerb egalisiert werden. Im Klartext: Der Zusatzbeitrag einer Kasse sagt wenig bis gar nichts über ihre Wirtschaftlichkeit aus.

Tatsächlich beeinflussen können Kassen lediglich ihre Verwaltungskosten. Betrachtet man allerdings den Wertschöpfungsanteil in Versicherungsmärkten ist auch klar, dass der Hebel für einen Preiswettbewerb über die Verwaltungskosten sehr klein ist. Der zweite Hebel mit Einfluss auf die Ausgaben einer Kasse liegt in ihrer Leistungsbereitschaft: Leistet die Kasse im Ernstfall oder zahlt sie nicht? Die Leistungsbereitschaft der Krankenkasse ist jedoch auch ein zentraler Qualitätsparameter für die Versicherten. Daher sollte in der Betrachtung der Leistungsbereitschaft die Kostenüberlegung niemals allein im Fokus stehen. Diese intensive Betrachtung der Wettbewerbsdimension „Preis“ zeigt deutlich: Der Preiswettbewerb in der GKV ist sehr begrenzt und hat zudem wenig mit der Managementleistung einer Krankenkasse zu tun.

Die Wettbewerbsdimension Qualität

Im vorangegangenen Abschnitt wird klar, dass der Preis nicht als unterscheidendes

1 In 2021 liegt der allgemeine gesetzliche Beitragsatz bei 14,6%.

2 Rechtliche Schlupflöcher, die es möglich machten, dass Selektivverträge genutzt wurden, um die Einnahmen einer Krankenkasse aus dem Morbi-RSA über Morbiditätsdokumentationen zu verbessern, wurden weitestgehend geschlossen. Hintergründe dazu siehe z.B. sbk.org „Diagnosevergütung und Manipulationsresistenz des Morbi-RSA“.

Wettbewerbsmerkmal zwischen den Krankenkassen dienen kann – auch wenn die öffentliche Debatte weiterhin auf den Zusatzbeitrag fokussiert. Es muss also die Qualität der Kasse sein, die den Wettbewerb bestimmt. In ihrer Eigenschaft als Dienstleistung zeigt sich zudem, dass der Maßstab für diese Qualität die **Versichertensicht** sein muss. Dieser Fokus auf die Qualität aus Sicht der Versicherten ist ein fundamentaler Paradigmenwechsel zur sonst expertokratischen Qualitätsdiskussion in der gesundheitlichen Versorgung. Tatsache ist: Im Gesundheitswesen bestimmen bisher vor allem Experten, was gute Qualität ist. Die Versicherten- bzw. Patientensicht findet in der öffentlichen und politischen Diskussion kaum statt. Das zeigt auch die geradezu verbissene Diskussion um die Frage, ob Versicherte und Patienten adäquat als Kunden zu bezeichnen sind. Die Diskussion um diese Begrifflichkeit ist vor allem ideologisch. Wichtiger ist die Frage, welches Ziel der Wettbewerb in der GKV hat und darauf gibt es eine sehr einfache Antwort: die Verbesserung der Qualität aus Sicht der Versicherten.

Die SBK beschäftigt sich schon lange intensiv mit der Frage, was die Qualität einer Krankenkasse aus Sicht der Versicherten ausmacht. Dabei haben wir vier Dimensionen für die Qualität einer Krankenkasse definiert:

1. Leistungsbereitschaft,
2. Qualität der Beratung,
3. Service- bzw. Dienstleistungsgestaltung und
4. der Beitrag zur Gestaltung der Versorgung bzw. des Zugangs zur Versorgung.

Für alle diese Dimensionen muss die Versichertenerfahrung der zentrale Quali-

tätsmaßstab sein. Will man nicht Imagebroschüren und Website-Versprechen vergleichen, sondern das Erfahrungsgut Krankenversicherung, dann ermöglicht nur das Feedback über das tatsächliche Erleben der Kasse im echten Leistungsbedarf, z.B. bei schwererer Erkrankung, ein Urteil über deren Qualität.

Krankenkassen untereinander stehen also im Wettbewerb um die beste Qualität aus Versichertensicht. Gipfelt die Versichertenerfahrung im Kassenwechsel, ist dies auch heute noch die stärkste Wettbewerbswirkung im Kassenwettbewerb.

Zwingende Voraussetzung für diesen Qualitätswettbewerb in der GKV ist Transparenz – zum einen über messbare Qualitätsindikatoren und zum anderen über die Wahrnehmung der Krankenkasse durch die Versicherten. Ohne das positive Urteil der Versicherten kann nicht von guter Qualität gesprochen werden.

Qualitätstransparenz durch Leistungskennzahlen

Transparenz schaffen war und ist auch das Leitmotiv einer Gruppe von Betriebskrankenkassen, die sich zusammenschlossen haben. In ihrer Qualitätsoffensive setzen sie sich mit der Frage auseinander, was geeignete und messbare Indikatoren für die Qualität einer Krankenkasse sein könnten. 2018 hat sich aus dieser Initiative eine Arbeitsgruppe etabliert, die unterschiedliche Leistungsindikatoren als Maßstab für Krankenkassenqualität diskutiert und entwickelt hat. Einzelne Betriebskrankenkassen³ haben

3 u.a. SBK, BKK Pro Vita, Viactiv

in diesem Prozess bereits begonnen, solche Leistungsindikatoren regelmäßig zu veröffentlichen. Als wichtiger Indikator für die Qualität der Beratung und für die Leistungsbereitschaft der Krankenkassen hat sich z.B. die Kombination aus der Anzahl der Widersprüche und der Sozialgerichtsverfahren etabliert. Weitere Leistungsindikatoren können z.B. über die versichertenbezogenen Ausgaben zu ausgewählten Leistungen ermittelt werden. Das lässt Rückschlüsse darauf zu, wie viele Versicherte tatsächlich von einer Leistung profitieren. Damit ist die Veröffentlichung relevanter Leistungsindikatoren einer Krankenkasse unzweifelhaft ein wichtiges Instrument, um mehr Transparenz über die Qualität und Leistungsbereitschaft einer Krankenkasse herzustellen. Gleichwohl stößt die Aussagekraft solcher Indikatoren an ihre Grenzen, wenn es um die konkrete Vergleichbarkeit zwischen Krankenkassen geht. Das zeigt anschaulich ein Beispiel aus der vorgestellten Gruppe aus Betriebskrankenkassen, die sich gemeinsam um mehr Qualitätstransparenz bemühen: Beim Vergleich der Anzahl der Widersprüche, die die Betriebskrankenkassen in einem Jahr erhalten haben, zeigten sich deutliche Unterschiede. In der Diskussion um die Frage, woher diese Unterschiede kommen, wurde deutlich, dass es in den Krankenkassen ganz unterschiedliche Regeln gibt, ab wann ein Widerspruch als solcher für die Statistik zu erfassen ist. Die meisten Krankenkassen zählen einen Widerspruch erst dann, wenn er in der zentralen Widerspruchsstelle angelangt ist. Andere Krankenkassen zählen bereits einen Widerspruch gegen einen abgelehnten Antrag, der zunächst in der lokalen Geschäftsstelle eingereicht wurde, auch

wenn die Kundenberater:innen in der Lage waren, eine Lösung zu finden und der Widerspruch so nicht in der zentralen Widerspruchsstelle ankam. Dieses Beispiel zeigt: Die Organisation und die Prozesse einer Kasse beeinflussen die Anzahl der gemeldeten Widersprüche entscheidend.

Auch alle prozessbezogenen Leistungsindikatoren, wie z.B. Servicezeit oder Genehmigungsdauer, scheitern häufig an der Verlässlichkeit der Echtzeitdaten oder an der Komplexität der Prozesse, was ebenfalls eine Vergleichbarkeit der Daten unterschiedlicher Kassen sehr erschwert. Ein interessantes Beispiel dafür sind die Genehmigungszeiten für Hilfsmittel: Abhängig davon ob und in welchem Anteil eine Krankenkasse auch genehmigungsfreie Hilfsmittel in die entsprechende Statistik einrechnet, kann die Bearbeitungszeit für Anträge je nach Kasse deutliche Unterschiede aufweisen. Diese Unterschiede sagen dann aber wenig über die tatsächliche Dauer der Bearbeitung von Anträgen auf genehmigungspflichtige Hilfsmittel aus. Die statistischen Leistungsdaten der Krankenkassen müssen also konsequent auf ihre Aussagekraft hin überprüft werden. Hier ist auch der Gesetzgeber gefordert, die Meldeanforderungen entsprechend zu konkretisieren. In Zukunft wird sicherlich die zunehmende Vernetzung und Digitalisierung neue Lösungsräume für Transparenz schaffen.

Qualitätstransparenz durch Versichertenbefragungen

Die vorangegangenen Überlegungen zeigen: Um sich der tatsächlichen Leistungsbereitschaft einer Krankenkasse zu nä-

hern, ist die Transparenz über Leistungskennzahlen sicher aussagekräftiger als der platte Vergleich der Satzungen oder Leistungsverzeichnisse. Entsprechend haben sie ihre Berechtigung in der Qualitätsdiskussion und sollten von deutlich mehr Krankenkassen transparent gemacht werden. Es zeigt sich aber auch, dass die Aussagekraft solcher Kennzahlen letztlich begrenzt ist und sie in manchen Fällen aufgrund des Fehlens einer vergleichbaren Datenbasis (noch) nicht zum Qualitätsvergleich geeignet sind.

Deshalb setzen viele Betriebskrankenkassen zur Qualitätssicherung auf das Feedback der Versicherten. Dieses Feedback erheben sie zum einen intern in fest etablierten Prozessen, z.B. immer dann, wenn ein Versicherter Kontakt mit seiner Krankenkasse hatte. Zum anderen spielen insbesondere für den Qualitätsvergleich zwischen den Krankenkassen externe Versichertenbefragungen durch entsprechende Institute eine große Rolle. Eine der etablierten Studien mit Fokus auf Versichertenmeinungen, die einen über Jahre transparenten Branchenvergleich bietet, ist der Kundenmonitor Deutschland⁴. Dessen Ergebnisse zeigen seit Jahren, dass die Zufriedenheit mit Krankenkassen unterschiedlich und durch die typischen Leistungs- und Preisvergleiche nicht erklärbar ist (»»» Abbildung 2).

Die Erhebungen geben auch regelmäßig Aufschluss über die Zufriedenheit der Versicherten mit den unterschiedlichsten Branchen und mit den verschiedenen Ver-

sicherungsarten. Auffällig im Branchenvergleich ist die im Vergleich zu anderen Branchen überdurchschnittlich hohe Zufriedenheit mit der GKV. Die GKV als Ganzes vermittelt also bis heute ein hohes Sicherheitsgefühl. Ebenfalls seit Jahren stabil ist die im Vergleich zwischen den Krankenkassenarten überdurchschnittlich hohe Zufriedenheit der Versicherten mit den Betriebskrankenkassen (»»» Abbildung 3).

Die Betriebskrankenkassen sind in der Regel aus den Unternehmen heraus gegründet und damit besonders nah an ihren Versicherten und deren Bedürfnissen. Diese Nähe zum Kunden ist der traditionelle Markenkern der Betriebskrankenkassen und gleichzeitig eine Erklärung für die positive Beurteilung durch die Kunden. Denn aus ihr resultiert eine konsequentere Nutzerzentrierung in der Weiterentwicklung des Dienstleistungs- und Beratungsangebots der Betriebskrankenkassen [5].

Die Qualitätsinitiative der Betriebskrankenkassen

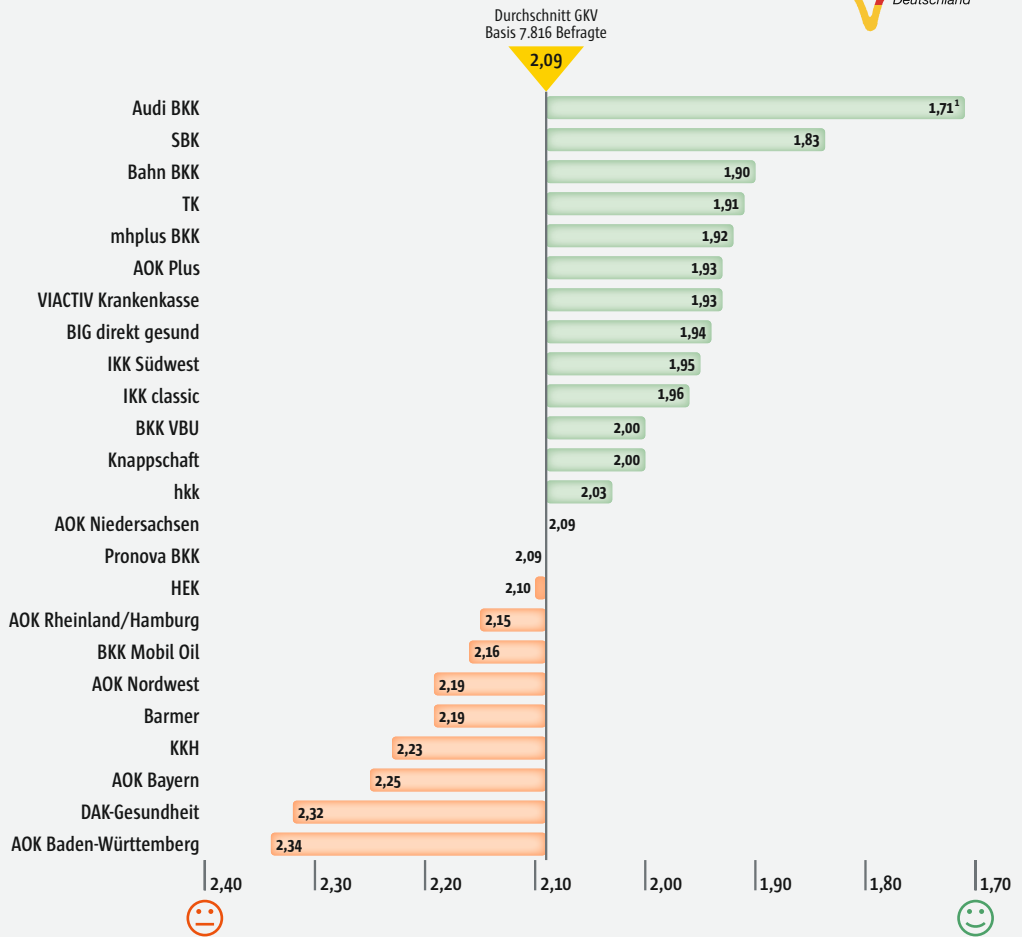
Auf Basis der Erkenntnis, dass Leistungsindikatoren indirekt und abhängig von der Datenlage nur im Kontext bewertbar sind, sind 16 Betriebskrankenkassen⁵ 2019 den nächsten Schritt in der gemeinsamen Qualitätsinitiative gegangen: Die Ergebnisse der Versichertenbefragung des Kundenmonitors wurden zu einem gemeinsamen Benchmark weiterentwickelt, der

4 Weitere etablierte Versichertenbefragungen sind z.B. „Deutscher Krankenversicherter-Monitor“ (Institut für angewandte Marketing- und Kommunikationsforschung), Beliebteste Krankenkasse (Deutsches Institut für Servicequalität), Versichertenbarometer (M+M Management + Marketing Consulting GmbH)

5 Novitas BKK, Schwenninger BKK, Pronova BKK, Viactiv BKK, Daimler BKK, BKK VBU, Salus BKK, SBK, mhplus BKK, Audi BKK, Deutsche Bank BKK, BKK VerbundPlus, BKK Linde, BKK Faber-Castell, Debeka BKK, BKK R+V

Abbildung 2 Globalzufriedenheit in der Branche. Krankenkassen und -versicherungen – GKV 2020

Frage: „Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Krankenkasse/Krankenversicherung ... insgesamt?“
Mittelwerte auf einer Skala von „vollkommen zufrieden“ (=1) bis „unzufrieden“ (=5)



Anbieter mit mindestens 100 Befragten. ¹ Kein signifikanter Unterschied zu SBK

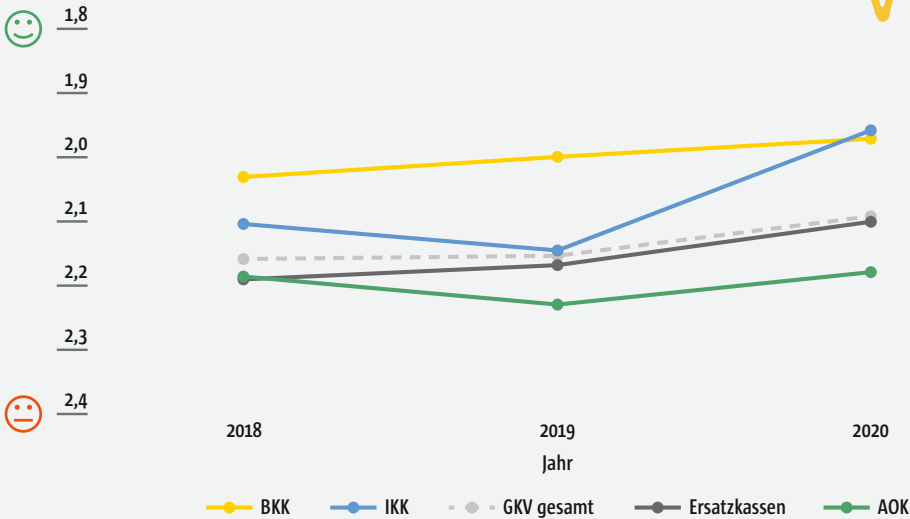
nun innerhalb der teilnehmenden Betriebskrankenkassen offengelegt wird. So können diese Daten die Grundlage für einen umfassenden Verbesserungsprozess werden, dessen Basis ein Best-Practice-Austausch zu Themen wie „Nutzerfreundlichkeit der Online-Services“, „Qualität der individuellen Beratung“ oder „Qualität der aktiven Betreuung“ ist. Dabei lei-

ten die Krankenkassen, die den Benchmark in der entsprechenden Kategorie anführen, die jeweilige Arbeitsgruppe und ermöglichen so ein Lernen von den Besten.

Mit diesem Vorgehen nutzt die Qualitätsinitiative die Vielfalt und die Kreativität der einzelnen Betriebskrankenkassen, um daraus Mehrwerte für die Betriebs-

Abbildung 3 Entwicklung der Globalzufriedenheit in der GKV

Frage: „Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Krankenkasse/Krankenversicherung ... insgesamt?“
Mittelwerte auf einer Skala von „vollkommen zufrieden“ (=1) bis „unzufrieden“ (=5)



krankenkassen und die Versichertengemeinschaft insgesamt zu schaffen – ganz im Sinne eines echten Qualitätswettbewerbs in der GKV.

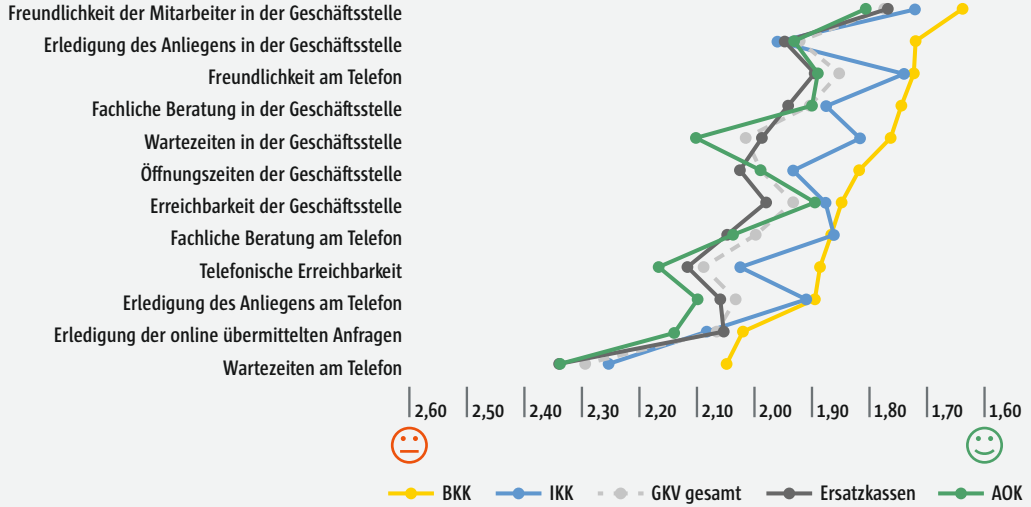
Der Bericht des Kundenmonitors zu den Kennziffern zur Kundenorientierung liefert einige bemerkenswerte Ergebnisse: Es gibt entscheidende Treiber für die Zufriedenheit mit Krankenkassen, jenseits der bekannten Faktoren wie Preis-Leistungsverhältnis oder Image. Hier ist insbesondere die Qualität und Quantität des Kontakts mit der Krankenkasse hervorzuheben (»»» Abbildung 4). Diese Treiber können die Unterschiede in der Zufriedenheit mit Krankenkassen erklären. Sie zeigen, dass die Kundennähe der Betriebskrankenkassen ein Grund für die überdurchschnittlichen Werte bei der Versichertenzufriedenheit und Loyalität ist.

Das klingt fast banal. Es ist aber eine komplexe Aufgabe diese Erkenntnis in der Gestaltung der Dienstleistung Krankenversicherung angemessen zu berücksichtigen. Denn die Qualität und Quantität des Kontaktes zwischen Krankenkassen und Kunden wird von verschiedenen Faktoren beeinflusst:

- Wie ist die (persönliche) Ansprechbarkeit?
- Wie ist die Serviceorientierung der Kasse bezogen auf die gefühlte Erreichbarkeit und die relevante Schnelligkeit?
- Wird der Versicherte proaktiv angesprochen und individuell beraten?
- Werden sämtliche (analoge und digitale) Kommunikationswege angeboten und intelligent verknüpft?
- Wie kundenzentriert ist die Organisation der Kasse angelegt?

Abbildung 4 Zufriedenheit mit dem Kundenkontakt

Frage: „Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Krankenkasse bezüglich folgender Aspekte?“
 Skala von „vollkommen zufrieden“ (=1) bis „unzufrieden“ (=5).
 Mittelwerte beruhen auf gewichteten Fallzahlen.



Hinzu kommt die veränderte Erwartung der Versicherten bezüglich der digitalen Kontaktkanäle in einer digital transformierten Welt, die aus den Rückmeldungen ebenfalls deutlich erkennbar ist. Natürlich sind einfache, bequeme Digital-Prozesse eine Erwartung, die auch Krankenkassen erfüllen müssen. Die enorme Entwicklung der Krankenkassen-Apps in 2020 – auch getrieben durch die Corona-Pandemie und mehrere Gesetze, die die Digitalisierung im Gesundheitswesen fördern – zeigt, dass Krankenkassen im Gesundheitswesen die Digitalisierung nachhaltig treiben [6, S. 44]. Genauso deutlich wird aus den Rückmeldungen der Versicherten aber auch der Wunsch nach aktiver, individueller und personalisierter Beratung – sei es durch eigene Mitarbeiter oder Dienstleistungsangebote wie die Vermittlung von Arztterminen oder medizi-

nischen Beratungshotlines. Beides wird von den Versicherten der Betriebskrankenkassen häufig genutzt und in Rückmeldungen positiv bewertet.

Qualitätswettbewerb in der Versorgung

Bereits in der Betrachtung der Markt- und Wettbewerbsbeziehungen in der GKV haben wir konstatiert, dass sich die Qualität einer Krankenkasse auch darin bemisst, wie sie Versorgung und den Zugang dazu (mit)gestaltet. Gleichzeitig belegt der Benchmark-Bericht der Betriebskrankenkassen unmissverständlich, dass Quantität und Qualität des Kontaktes zwischen Versicherten und Krankenkasse wesentliche Treiber von Versichertenzufriedenheit sind. In der Kombination wird deutlich, dass gerade im Bereich der Zugangsgestal-

tion zu Versorgung noch großes Potenzial liegen kann, um die Qualität bzw. den wahrgenommenen Nutzen der Krankenkassen aus Sicht der Versicherten zu steigern. Hier kann die Stärkung der Beratungsfunktion der Krankenkasse rund um die Versorgung eine zentrale Stoßrichtung zur Verbesserung der Kontakthäufigkeit und Kontaktqualität von Krankenkassen sein. Auch der nun vorliegende Kundenreport zeigt: Viele Versicherte wünschen sich eine stärkere Betreuung durch ihre Krankenkasse (Krankenkasse als Kümmerer) und ein Viertel sieht die Krankenkasse auch als Lotse durch das Gesundheitssystem (» s. Abbildung 28 in dem Kapitel von Schiller u. Steppe).

In Zukunft wird diese potenzielle neue Rolle als Berater im Gesundheitssystem der GKV dank ihrer datentreuhändigen Aufgabe ganz neue Lösungsräume eröffnen. Die intelligente Vernetzung und Nutzung von Informationen im Versorgungsprozess können zu einer personalisierten und individuellen Kundenberatung und Versorgungsgestaltung genutzt werden. Auf diese Weise entwickeln wir

die GKV auf Basis von Versichertenfeedback weiter, schärfen ihre Rolle und kommen dem Ziel einer versicherten- und patientenzentrierten Ausrichtung der Versorgung einen Schritt näher.

Literatur

1. Knieps (2017) 300 Jahre Betriebskrankenkasse – was können wir aus unserer Geschichte lernen? In: „Die BKK“ Sonderausgabe zum 300-jährigen Jubiläum
2. Wasem J, Geraedts M (2011) Qualität durch Wettbewerb. In: Klauber et al. (Hrsg.) Krankenhaus-Report. Schwerpunkt: Qualität durch Wettbewerb. URL: https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publikationen_Projekte/Buchreihen/Krankenhausreport/2011/Kapitel%20mit%20Deckblatt/wido_khr2011_gesamt.pdf (abgerufen am 17.03.2021)
3. Sbk.org (2019) Diagnosevergütung und Manipulationsresistenz des Morbi-RSA. URL: <https://www.sbk.org/presse/diagnoseverguetung-und-manipulationsresistenz-des-morbi-rsa/> (abgerufen am 17.03.2021)
4. ServiceBarometer AG (2020) Kundenmonitor Deutschland. URL: <https://www.servicebarometer.net/kundenmonitor/de/> (abgerufen am 17.03.2021)
5. Demmler G (2021) Näher am Kunden – die Qualitätsinitiative der BKKen. In: „Die BKK“ 1/2021
6. McKinsey & Company (2020) eHealth-Monitor. URL: <https://www.mckinsey.de/~ /media/mckinsey/locations/europe%20and%20middle%20east/deutschland/news/presse/2020/2020-11-12%20ehealth%20monitor/ehealth%20monitor%202020.pdf> (abgerufen am 17.03.2021)



Dr. Gertrud Demmler

Dr. Gertrud Demmler ist seit April 2002 Mitglied des Vorstandes der Siemens-Betriebskrankenkasse SBK.

Seit 1998 ist die promovierte Volkswirtin bei der SBK in verschiedenen Positionen tätig: Zunächst verantwortete sie den Strategie- und Geschäftsplanungsprozess. Anschließend arbeitete sie als Regionalgeschäftsführerin für die Region Ost in Berlin.

Vor ihrem Wechsel zur SBK arbeitete sie an der Universität der Bundeswehr in München unter anderem auf dem Gebiet der Krankenhausfinanzierung. Sie war Referentin für Sozialpolitik, Arbeitsmarktpolitik und Europa bei der Vereinigung der Arbeitgeberverbände in Bayern und leitete ein Krankenversicherungsprojekt auf den Philippinen.

Qualitätsorientierung als zentrales Paradigma im Gesundheitswesen – Blick auf die Krankenversicherung

Matthias Schrappe

Viele Themen, die in den letzten Jahren die gesundheitspolitische Diskussion in Deutschland und im internationalen Rahmen stark bestimmt haben, sind durch die Corona-Krise in einen fast entrückt erscheinenden Hintergrund getreten. Qualitätsorientierung als zentrales Paradigma – wem ist heute noch die Intensität präsent, mit der Mitte des letzten Jahrzehnts die Qualitätsoffensive diskutiert wurde, die Patientensicherheitsthematik ganz im Vordergrund stand, wettbewerbliche Elemente wie *Pay for Performance* die Gemüter erhitzte, die Patientenautonomie als größtes Gut hochgehalten und die *Patient-Reported Outcomes* als *Cornerstones* der Qualitätsmessung gefeiert wurden. Vielleicht besteht die schwierigste Aufgabe heute darin, zwischen der durch Corona bestimmten Gegenwart und den Themensetzungen dieser entfernten Vergangenheit wieder eine Kontinuität herzustellen. Nicht alles kann ja falsch gewesen sein, aber auf der anderen Seite muss erkannt werden, dass durch Corona sicherlich einige der als unverrückbar gehaltenen Annahmen und Gewissheiten von vor gerade einem Jahr einer deutlichen Ergänzung bedürfen.

Corona: Qualität unter Stress

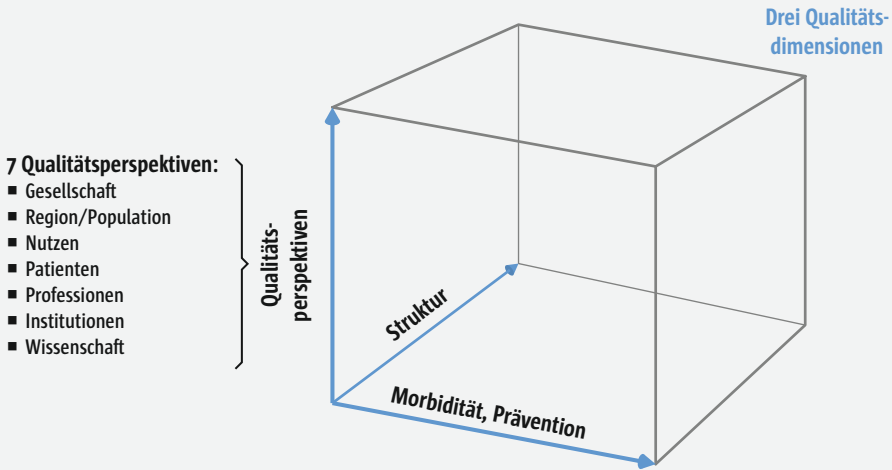
Die Qualitätsfrage setzt immer auf der Begrifflichkeit auf. Es kann nicht darum gehen, Donabedian¹ zu hinterfragen, auch

sind bidimensionale Konzepte wie die der OECD bzw. IQTiG [1] weiter gültig (wenn gleich nicht zufriedenstellend), doch differenziertere Konzepte bedürfen einer Präzisierung. In *Qualität 2030* [2] hat der Autor ein Konzept vorgestellt, das drei Dimensionen miteinander verbindet: die Perspektive, unter der die Qualitätsthematik betrachtet wird, die Frage nach dem Bedarf (wo liegt das derzeitige Defizit?) und die Dimension der strukturellen Implikationen, z.B. hinsichtlich Koordination und Integration (»»» Abbildung 1).

Es steht außer Zweifel, dass die Corona-Epidemie die **Dimension der Perspektive** besonders betrifft – statt der Anbieterorientierung (z.B. das einzelne Krankenhaus) rückt die gesellschaftliche und die **regionale bzw. Populationsperspektive** wieder ganz in den Vordergrund. Ähnlich stellt es sich mit der Outcome-Betrachtung in der Versorgungsforschung dar, die einer Ergänzung bedarf: es zählt, was wirklich beim Patienten ankommt, aber es zählt ebenso, was auf Ebene der Populationen, regional oder staatlich definiert, realisiert wird [4]. Die regionale Betroffenheit durch Corona ist extrem unterschiedlich und schwankt zudem noch im zeitlichen Verlauf. Waren es einmal die Metropolen, die als „Aerosolhöhlen“ für die Verbreitung zuständig erschienen, machen nur ein paar Wochen später die ländlichen

1 Von Donabedian stammt die bekannte Definition von Qualität in der Gesundheitsversorgung und die Einteilung in Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität.

Abbildung 1 Dreidimensionaler Orientierungsrahmen zum Verständnis des Begriffes Qualität (aus [2], S. 70)



Regionen am meisten Sorgen. Waren es einmal die „Champions“ (Beispiel: Irland), die alles „im Griff hatten“, bricht hier nur kurz später die Epidemie wieder mit aller Macht los. Wie diese Entwicklung im Einzelnen zu erklären ist, das wird späteren Analysen vorbehalten sein, lineare Modelle werden kaum adäquate Erklärungen liefern können.

Eine andere Perspektive des Qualitätsbegriffes, der **Nutzen** einzelner Maßnahmen, ist ganz in den Hintergrund getreten, obwohl sie in den letzten Dezennien die Diskussion stark beherrscht hat. Man kann fast von einer Krise der Evidenz-Generierung sprechen, vielerorts wurde ein Rückfall in die vorwissenschaftliche Welt konstatiert. Randomisierte Studien, Wertung von Studien gemäß ihrer methodischen Stärke, nachvollziehbare Synthesen von Wissen – Fehlanzeige. Stattdessen dominieren Meinungen, es werden Einzelwissenschaftler zu Instanzen erklärt, Vorveröffentlichungs-Server werden zu wichtigen Informationsquellen, und der me-

thodische Diskurs weicht der skandalisierenden Meldung. Teilweise wurde sogar offen gegen Einrichtungen der Evidenzbasierten Medizin polemisiert, Hypothesen aufgestellt, die ein „zu viel an Wissen“ als Unfähigkeit zur gesellschaftlichen Kooperationsfähigkeit postulierten, und es waren mehrere dringende Appelle notwendig, um das völlige Überbordwerfen einer kritischen Rezeption von Wissen und Erfahrung zu verhindern.

Nicht weniger turbulent geht es im Hinblick auf die **Patienten und Patientenrechte** zu. Natürlich wird alles Mögliche getan, um in dieser schweren Zeit Patientenleben zu retten, trotzdem gibt es kein Vertun: das Schlimmste was einem passieren kann, ist krank zu werden, sozusagen nicht Corona-bedingt vom Fahrrad zu fallen. Die Folgen bestehen in mehrwöchiger völliger Isolation, kein Besuch, keine Geschenke. Und den Bewohnern von Pflegeheimen ergeht es nicht anders. Selbstbestimmung? Wir haben in Thesenpapier 7 eine gründliche Aufarbei-

tung der Thematik Aufklärung vor Corona-Impfung vorgelegt [5, Kap. 3.3.4], die Praxis berichtet jedoch eher von YouTube-Videos als Impfaufklärung. Nicht dass man die drängenden zeitlichen Probleme verkennen darf, aber mit einer rechtsgültigen Aufklärung und der Achtung der Selbstbestimmung hat dies nichts mehr zu tun. Mitarbeiter im Gesundheits- und Pflegedienst spielen unfreiwillig das Sprachrohr für „Patient Reported Outcomes“, wenn sie von erhöhter, zum Teil dramatisch erhöhter Aggressivität und Verzweiflung von Patienten berichten, vom Schicksal Sterbender ganz zu schweigen.

Einige Grundsätze, die trotzdem beachtet werden sollten

Natürlich bestehen einige Gewissheiten fort, speziell: bevor man über Qualität spricht und gar zu messen beginnt, sollte man das **Problem kennen** (z.B. chronische Erkrankungen, fehlende Prävention). Die in der deutschen Qualitätssicherung dominante Akutversorgung im Krankenhaus ist nicht unser dominierendes Problem, sondern eher – gerade unter Corona – die fehlende vernetzte Versorgung in der Region. Die aktuelle Epidemie macht es plastisch deutlich: die **quantitative Erhebung** (Melderate, Letalität) ist von **Indikatoren** zu trennen (die wir bei SARS-CoV-2 noch nicht im Ansatz haben), davon hängt die Indikatorvalidierung ab. Die Letalität ist sicher wichtig zu kennen, aber sie sagt Qualität schlecht voraus, zu groß ist die Zahl der Einflussfaktoren. Die Aufgabe der Zukunft besteht auch hier darin, einige wenige Indikatoren herauszugreifen, die uns Auskunft geben über den infrage stehenden Behandlungsbereich.

Die Konsequenz ist klar: *Indikatoren sind ungerecht* – damit sie uns sicher über negative Entwicklungen informieren, werden auch einige Anbieter mit guter Qualität ungerechtfertigterweise identifiziert („intrinsic Ungerechtigkeit der Indikatoren“).

Weiterhin sind reine **Ergebnisindikatoren zurückzustellen**, obwohl sie so nahe zu liegen scheinen: durch die Risikoadjustierung müssen kleine statistische Gruppen gebildet werden, die dann systematisch kleine Häuser (auch in Regionen wo sie notwendig sind, z.B. auf dem Land) benachteiligen, weil sie durch ein Ereignis auf lange Zeit „getroffen“ sind. Zu beachten sind die unerwünschten Effekte z.B. von Instrumenten wie *Pay for Performance* (P4P), so kann der **Mengenreiz** durch die Verwendung von Ergebnisindikatoren noch verstärkt werden. Bei Leistungen, die mengenmäßig „ausbaubar“ sind (z.B. Endoprothetik), kann die Qualitätssicherung zur Attraktion leichter Fälle führen, wodurch die Ergebnisqualität steigt, und die Risikoadjustierung kann durch große Krankenhausgruppen durch *upcoding* der „Nebendiagnosen“ beeinflusst werden (die „standardisierten“ Werte fallen ab, obwohl die absoluten Werte gleich bleiben oder ansteigen). Auch **Strukturindikatoren**, derzeit besonders im Zusammenhang mit der Krankenhausplanung aktuell, können mittelfristig die Entwicklung zu einer integrierten Versorgungsplanung erschweren. Die bisherigen Erfahrungen zeigen, dass Träger von Krankenhäusern durchaus eher in Strukturveränderungen investieren als eine Schließung in Betracht ziehen. Damit wird es für das Bundesland noch schwieriger, ein Krankenhaus in eine integrierte Versorgungseinheit zu

überführen („wir haben doch gerade eben die Intensivstation neu gebaut“).

Im Vordergrund stehen daher **Prozessindikatoren**, chronisch kranke Patienten müssen begleitet werden, sie sind an Koordination der Leistungserbringer, an Information etc. interessiert. Interessant sind insbesondere solche Prozessindikatoren, die NICHT durch EBM bzw. Leitlinien abgesichert sind, bei denen also der Informationsvorsprung der „Experten vor Ort“ noch besteht. Dieser irritierende Befund ergibt sich aus der Principal Agent Theorie und besagt auch, dass bei Indikatoren, bei denen die Informationsasymmetrie aufgehoben ist, eine Einzelfallvergütung sehr viel effektiver wäre.

Im aktuellen Zusammenhang (s.o.) sind natürlich die sog. **Patient-Reported Outcome Measures** von großer Bedeutung, dazu gehören alle Dinge, die der Patient selbst und nur selbst berichten kann (z.B. postoperative Schmerztherapie) – gut abzugrenzen gegenüber Patientenzufriedenheit. Diese „PROMS“ sind ein wichtiger Einstieg in das Thema unterschiedlicher Qualitätsperspektiven (z.B. Nutzen, Institutionen, Professionals etc.). Dem Begriff der **Exzellenz-Indikatoren** ist dagegen mit Vorsicht zu begegnen: Indikatoren werden (auch international) immer zur Identifizierung von Qualitätsdefiziten verwendet („sagen negative Entwicklungen voraus“). Auch wenn es weit weg zu sein scheint: **Qualitätsberichte (public reporting, PR) und P4P** wirken unterschiedlich und sind NICHT synergistisch. Analysen zeigen, dass PR vor allem in hoch-kompetitiven Regionen (z.B. städtisches Umfeld) wirken, kein Haus will am Ende der Rankingliste stehen. P4P wirkt hier nicht zusätzlich, das haben die großen Studien in den USA gezeigt. In dünn

besiedelten Regionen mit Monopolstellung der Häuser wirkt aber PR nicht, den Häusern ist es egal wo sie auf der Rankingliste stehen, aber sie reagieren auf zusätzliche Zahlungen sehr gut. Deswegen muss ein sog. *dual use*, also eine unüberlegte Kombination von PR und P4P vermieden werden (ganz abgesehen von der fehlenden Zielorientierung der „alten“ Qualitätssicherung).

Ein weiteres Thema, das durch die Corona-Krise in den Vordergrund gerückt wird, ist die (qualitätsorientierte) **Krankenhausplanung** bzw. eine qualitätsorientierte **Versorgungsplanung** über alle Sektoren hinweg. Dazu brauchen wir sog. *area*-Indikatoren, die die regionale Versorgung beschreiben (z.B. Notfall-Einweisungsrate von chronisch kranken Asthmatikern, Exsikkose in den Sommermonaten usw.). Diese *area*-Indikatoren, dies ist vielleicht die wichtigste Aufgabe der Zukunft, müssen jedoch deutlich erweitert werden, denn die Epidemie hat uns deutlich vor Augen geführt, dass wir zusätzlich die **Resilienz der regionalen Versorgung**, also die Elastizität gegenüber unerwarteten Ereignissen, mit einbeziehen müssen. Hier liegt ein ganz zentrales Feld der Diskussion in den nächsten Jahren.

Und vor der eigenen Tür?

Qualität ist in jedem Fall ein Ergebnis der Arbeit von Individuen, die im Gesundheitssystem tätig sind, ein Ergebnis der institutionellen Organisation dieser Arbeit und der Ausrichtung dieser Anstrengungen im gesamten System der Versorgung. Auf der letzteren Ebene sind alle mit im Boot. Ebenso wenig wie ein einzelnes Krankenhaus „Qualität“ lie-

fern kann, wenn engagierte Mitarbeiter im Controlling nicht gehört und gefördert werden (und man hier nur „die Zahlen“ anschaut), ebenso wenig kann das gesamte Gesundheitssystem auf die Krankenkassen verzichten, wenn es um die Qualität der Leistungen geht.

Dieser Aspekt hat ein Außen und ein Innen. Wie bei der PR (Public Relations): keine gute Außenkommunikation ohne gute Innenkommunikation, gilt auch hier: keine gute Qualitäts-„Führerschaft“ im Gesamtsystem ohne funktionierendes Qualitätsmanagement nach innen. Es ist zu begrüßen, wenn auch Krankenkassen definierte Qualitätsarbeit im Inneren betreiben, und man sollte davor nicht zurückscheuen, entsprechend der Empfehlungen des Aktionsbündnis Patientensicherheit [3, Empfehlung Nr. 16/17, S. 531] einen Patientensicherheits-Beauftragten im Inneren einzusetzen. Qualitätskultur und Patientensicherheitskultur können von den Mitarbeitern einer Kasse besonders dann glaubwürdig vertreten werden, wenn sie im Innenraum positive Erfahrungen mit diesen Instrumenten und Haltungen gemacht haben. Wie immer: entscheidend ist dabei die jeweilige Führung.

In den Nuller-Jahren wurde es langsam üblich, dass modern geführte Krankenhäuser von sich aus Qualitäts- und Patientensicherheitsberichte aktiv an die Öffentlichkeit kommunizierten (noch bevor sie dazu gesetzlich verpflichtet wurden, und auch wenn die Ergebnisse nicht nur positiv waren). Was spricht dagegen, dass Krankenkassen von sich aus entsprechende Berichte bereitstellen? Schließlich stehen, ungeachtet Corona, gewaltige Strukturänderungen im Raum – wenn wir endlich zu regionalen Konzepten der

Gesundheitsversorgung übergehen, die mit regionalen Budgets eine integrierte Versorgung anbieten, dann wird sich die Frage stellen, welchen Institutionen Gesellschaft und regionale Gremien genügend Vertrauen entgegenbringen, um Koordination und Gesamtverantwortung zu übernehmen. Die Gesetzlichen Krankenkassen stehen hier naturgemäß ganz oben auf der Liste, müssen sich aber hinsichtlich der Qualität gut erklären können. Die Anreize, die wir aus den *Managed Care* Konzepten z.B. in den USA kennen, wären ja dann auch hierzulande wirksam.

Ausblick

Die Corona-Krise hat vieles durcheinandergeschüttelt, und man kann nur hoffen, dass der Verweis auf „Leben mit dem Virus“ nicht dazu missbraucht wird, gesellschaftliche Entwicklungen zu zementieren, die Grundrechte dauerhaft einschränken und technologischen Optionen zur gesellschaftlichen Steuerung Vorschub zu leisten. Genauso wichtig ist allerdings die Intaktheit des wissenschaftlichen Diskurses. „Die Wissenschaft“ gibt es nicht, es gibt nur die Diskussion und ggf. Falsifikation von Hypothesen, und auf keinen Fall kann es ein Denk- oder Redeverbot geben, auch keine Rechtfertigung von Meinungen, die als nicht hilfreich angesehen werden. Innovation wird nicht von der Kanzel dekretiert, sondern ergibt sich aus unterschiedlichen, diskordanten Meinungen. Dies zur 7. Perspektive im eingangs diskutierten Konzept zum Qualitätsbegriff.

Literatur

1. Arah OA, Westert GP, Hurst J, Klazinga NS (2006) A Conceptual Framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project. *Int. J. Qual. Health Care* 18, 5–13
2. Schrappe M (2014) Qualität 2030 – die umfassende Strategie für das Gesundheitswesen. Mit einem Geleitwort von Ulf Fink und Franz Dormann. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Berlin
3. Schrappe M (2018) APS-Weißbuch Patientensicherheit – Sicherheit in der Gesundheitsversorgung: Neu denken, gezielt verbessern. Mit Geleitworten von Jens Spahn, Don Berwick und Peter Durkin. Medizinisch-Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Berlin
4. Schrappe M, Pfaff H (2017) Einführung in die Versorgungsforschung. In: Pfaff H, Neugebauer E, Glaeske G, Schrappe M (Hrsg.) *Lehrbuch Versorgungsforschung*, 2. vollst. überarb. Auflage. 1–68. Schattauer Verlag Stuttgart
5. Schrappe M, François-Kettner H, Gruhl M, Hart D, Knieps F, Manow P, Pfaff H, Püschel K, Glaeske G (2021) Die Pandemie durch SARS-CoV-2/CoViD-19 (Thesepapier 7): Sorgfältige Integration der Impfung in eine umfassende Präventionsstrategie, Impfkampagne resilient gestalten und wissenschaftlich begleiten, Aufklärung und Selbstbestimmung beachten. Köln, Berlin, Bremen; Hamburg, 10.01.2021, *Monitor Versorgungsforschung online*, <http://doi.org/10.24945/MVF.01.21.1866-0533.2268>



Prof. Dr. med. Matthias Schrappe

Studium der Humanmedizin. 2009 Ruf auf die W3-Professur für Patientensicherheit und bis 2011 Direktor des Instituts für Patientensicherheit der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn. 2005 bis 2011 Mitglied und von 2007 bis 2011 stellv. Vorsitzender des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen nach § 142 SGB V. 2005 bis 2009 Vorsitzender des Aktionsbündnisses Patientensicherheit. Lehraufträge u.a. für Patientensicherheit (bis 2018) an der Universität Köln. Schwerpunkte: Versorgungsforschung, Qualitätsindikatoren, Evidence-based Medicine

Fazit – Konsequente Nutzerorientierung mit Verbesserungspotenzial für das Kassenhandeln

Franz Knieps und Johanna Nüsken

Wichtigstes Ergebnis der ersten Ausgabe des neuen BKK Kundenreports ist die hohe Zufriedenheit der Bürgerinnen und Bürger mit dem Gut Krankenversicherung. Kaum eine andere (Dienstleistungs-)Branche erzielt solche Zufriedenheitswerte. Anders als manche Akteure aus Politik und Medien suggerieren, fehlt es unserer Branche weder an Nutzerorientierung noch an Dienstleistungsmentalität. Das ist umso erstaunlicher, weil Wissenschaftler und Nutzer durchaus Mängel im deutschen Gesundheitswesen (exemplarisch [1]) sehen und einen Relaunch für die Gesundheitspolitik [2] fordern. Jedoch darf man nicht darüber hinwegsehen, dass es teilweise erhebliche Unterschiede in der Beurteilung nach Bevölkerungsgruppen gibt. Diese zeigen eindeutig auf, dass beispielsweise jüngere Versicherte, Personen mit schlechtem Gesundheitszustand oder Familien unterschiedliche Anforderungen an ihre Krankenversicherung stellen, auf die Krankenkassen auch wahrnehmbar eingehen müssen.

Nutzerorientierung und bedarfsgerechte Versorgung

Der Wunsch nach einer **individuell angepassten Versicherung** und eines danach differenzierten individuellen Versorgungsangebots zieht sich durch die Ergebnisse der Befragung. Die individuelle Beratung spielt in der Beurteilung der Service- und Beratungsqualität eine bedeutende Rolle. Versicherte wünschen sich Informationen und Angebote, die auf die

jeweilige Lebenssituation zugeschnitten sind. Der Fokus auf Individualität, Bedarfs- und Versichertenorientierung bestimmt die Qualität der Krankenkasse aus Versichertenperspektive. Ermöglicht werden kann eine stärker bedarfsgerechte Versorgung beispielsweise durch eine intensivere **Nutzung von** bei den Krankenkassen vorliegenden persönlichen **Daten**. Über die Hälfte der Befragten erklärt hierfür die allgemeine Bereitschaft, weitere 20 Prozent zumindest in Teilen. Das Vertrauen, dass den Krankenkassen in Sachen Datenschutz entgegengebracht wird, ist generell hoch. Allerdings gilt das in geringem Umfang für die jüngeren Generationen. Das Ergebnis unterstreicht, dass der Gesetzgeber mit der Anpassung des § 68b SGB V im Digitale-Versorgungs-Gesetz richtig liegt, indem den Krankenkassen zur Förderung digitaler Versorgungsprozesse die Möglichkeit eingeräumt wird, ein umfassendes individualisiertes Beratungsangebot unter Berücksichtigung der aus den Sozialdaten ersichtlichen Bedarfe der Versicherten zu entwickeln und den Versicherten anzubieten. Es bleibt zu beobachten, wie Krankenkassen mit diesem Auftrag umgehen.

Nutzerorientierung und spezielle Handlungsnotwendigkeiten

Obwohl die Versicherten generell mit dem Leistungsangebot der Gesetzlichen Krankenversicherung zufrieden sind, ergibt die Befragung, dass **Leistungslücken** vor allem im Bereich der Prävention gesehen werden.

» Hier sollten Krankenkassen eine höhere Sensibilität entwickeln und stärker setting- und lebenslagenorientiert arbeiten, denn bei der Ausgestaltung dieses Leistungsbereichs haben Krankenkassen weitgehende Gestaltungsmöglichkeiten.

Darüber hinaus sollte die Politik den Wunsch der Versicherten nach einer stärkeren Fokussierung von Prävention und Gesundheitsförderung auf dem Aufgabenzettel vermerken.

Die Befragung zeigt, dass es einige Krankenkassen gibt, die in Sachen Service wohl noch aufholen und sich einem Benchmarking stellen müssen. Wenig überraschend ist schließlich, dass Zuzahlungen jedweder Art als negativ wahrgenommen werden. Eine Warnung an alle, die auf diesem Weg die Finanzlage der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ab 2022 verbessern wollen. Im einheitlichen Teil des GKV-Leistungskatalogs wahrgenommene Lücken können Krankenkassen hingegen kaum beeinflussen. Hier offenbarte Defizite sollten die Kassen allerdings deutlicher als bisher in ihren politischen Forderungskatalogen artikulieren und den Gesetzgeber um Abhilfe ersuchen.

» Im Bereich der Versorgungsgestaltung müssen Krankenkassen kreativer und sichtbarer werden. Angebote, die die Krankenkassen vorhalten, sind zu häufig nicht bekannt oder werden nur mittelmäßig beurteilt.

Dies gilt für digitale Unterstützungsangebote ebenso wie Terminservices oder medizinische Hotlines. Wenn Krankenkassen verstärkt die Rolle des Lotsen und des Coaches im Gesundheitswesen übernehmen wollen, gilt es hier aktiver werden.

Der Aufbau von **Gesundheitskompetenz** bei den Versicherten ist ein vergleichsweise junges Aufgabenfeld für die Krankenkassen. Das Ergebnis der Versichertenbefragung zeigt, dass viele Krankenversicherte hier noch nicht genügend Unterstützung erhalten. Krankenkassen können und sollten wichtige Partner der Versicherten sein, wenn es darum geht, die adäquate Versorgung zu finden, Gesundheitsinformationen und Arztanweisungen zu verstehen, Therapieangebote zu beurteilen, Therapieentscheidungen zu treffen oder die richtigen digitalen Unterstützungsangebote auszuwählen und anzuwenden. Speziell letzteres hat der Gesetzgeber jüngst in den Fokus genommen. Mit der Einführung des § 20k SGB V durch das Digitale-Versorgungs-Gesetz wurden die Krankenkassen verpflichtet, Leistungen zur Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz zu entwickeln und für ihre Versicherten zugänglich zu machen. Der Auftrag zum Aufbau von Gesundheitskompetenz sollte außerdem im Hinblick auf das Verhältnis von Krankenkassen und Versicherten wahrgenommen werden. **Marie-Luise Dierks** stellt in ihrem Beitrag das neue Konzept *Health Insurance Literacy* vor. Insbesondere bei der

Wahl einer Krankenkasse oder bei der Interaktion mit ihr müssen Versicherte befähigt werden, neue Kommunikationswege zu nutzen und informierte Entscheidungen zu treffen.

Ein verstärktes Augenmerk müssen Krankenkassen auf Menschen mit (subjektiv) **schlechtem Gesundheitszustand** richten. Diese fühlen sich häufig von ihren Krankenkassen nicht ausreichend unterstützt. Der Mangel an Unterstützung bezieht sich sowohl auf Informationen und Hilfen als auch Versorgungsleistungen und Therapiemöglichkeiten. Gerade im Vergleich mit der Gruppe der chronisch Erkrankten, von denen nur ein kleiner Teil ihren Gesundheitszustand als sehr schlecht beschreibt, scheinen hier Menschen durch das Netz der Gesundheitsversorgung zu fallen. Gründe hierfür sind auch beim fehlgeleiteten Kassennettbewerb zu suchen.

Nutzerorientierung und Digitalisierung

Die Corona-Pandemie, die fundamentale Auswirkungen auf Staat, Wirtschaft und Gesellschaft zeigt und unser aller Leben auf den Kopf gestellt hat, betrifft natürlich ebenfalls die Beziehungen von Krankenkassen zu ihren Versicherten. Insbesondere verändert sich das Kontaktverhalten. Bei geschlossenen Geschäftsstellen mussten Krankenkassen Versichertenprozesse, die bisher ausschließlich der Filiale und dem telefonischen **Kontakt** vorbehalten waren, zunehmend in digitale **Kanäle** überführen. Online-Geschäftsstellen, Online-Chats und Videoberatungen wurden deutlich ausgebaut – und von den Versicherten angenommen. Abhängig vom Anliegen wünschen sich bis zu drei Vier-

tel der Versicherten digitale Kontaktmöglichkeiten.

» Krankenkassen müssen also schnell digitaler werden, wenn es um die Bereitstellung von Informationen, Antragstellungen und Einreichung von Unterlagen geht.

Persönliche Kontaktmöglichkeiten dürfen jedoch nicht wegdigitalisiert werden, denn gerade bei komplexeren Anliegen wollen Versicherte die persönliche Beratung.

Die zunehmende Vernetzung der Gesellschaft und die Erwartungshaltung der Bürger, dass die digitale Transformation auf das Gesundheitswesen ausgeweitet wird, ist Treiber für einen substanziellen Wandel der Gesundheitsversorgung. Im Fokus des Wandels stehen derzeit die Digitalisierung von Versorgungsprozessen, die Interoperabilität von Daten zwischen Leistungserbringern oder die Nutzung von digitalen Technologien. Hier hat der Gesetzgeber in schneller Folge durchgreifende Veränderungen angestoßen. Diese betreffen Geschäftsmodelle und Organisationsstrukturen der Krankenkassen. Die digitale Transformation darf aber nicht auf eine technologische Veränderung reduziert werden. Sie wird vielmehr die Kultur des Gesundheitswesens und damit Aufgaben, Funktionen und Rollen der Krankenkassen fundamental verändern.

Nutzerorientierung und Rollenverständnis der Krankenkassen

Die digitale Transformation bringt eine komplexe, heterogene und ständig im

Wandel begriffene Versorgungslandschaft hervor. Um sich im Netzwerk der Versorgungsangebote und -strukturen zu navigieren, sind Patientinnen und Patienten bzw. Versicherte auf Unterstützung angewiesen. Die Aufgabe der Versorgungsochestrierung ist nicht zwangsläufig allein den Krankenkassen übertragen. Sie kann durch unterschiedliche Akteure übernommen werden. Längst haben private Anbieter und gemeinnützige Akteure wie der Verbraucherschutz, Wohlfahrtsverbände und Patientenorganisationen neue Möglichkeiten entdeckt, ihre Aufgaben zulasten der GKV auszuweiten. Hierauf müssen die Krankenkassen reagieren und ihre Anstrengungen verstärken, Versicherte zu ertüchtigen und durch die Versorgungslandschaft zu lotsen. Der Bedarf zur **Einnahme einer aktiveren Rolle durch die Krankenversicherung** wird von den meisten Versicherten gewünscht. Die Versicherten sprechen den Krankenkassen nicht nur die Kompetenz zu, eine vernetzende und koordinierende Aufgabe im Gesundheitssystem zu übernehmen. Sie wird ferner als kompetent erachtet, Hilfestellung beispielsweise bei der Wahl einer geeigneten Behandlungsmethode zu geben. Bei der Navigation und Orientierung im Gesundheitswesen sind insbesondere digitale Kanäle der Krankenkassen, wie Arzt- und Krankenhaus-Navigatoren von Bedeutung.

» Vor allem jüngere Versicherte wünschen sich häufiger, dass ihre Krankenversicherung als Coach und Lotse auftritt. Derzeit sieht eine Mehrheit ihre Krankenkasse allerdings noch primär in der Rolle des Finanziers. Auf diese Diskrepanz sollten die Krankenkassen reagieren.

Die unterschiedlichen Erwartungen zeigen, dass zu einer individuellen und bedarfsgerechten Versorgung verschiedener Versichertengruppen mehr Flexibilität gehört. Dies betrifft auch die Rolle, die eine Krankenkasse je nach Versichertenwunsch einnehmen kann. Die Flexibilität sollte der Gesetzgeber ermöglichen, indem er Freiräume für neue Kontaktmöglichkeiten und Angebote schafft. Das notorische Misstrauen vieler Politikerinnen und Politiker gegenüber den Krankenkassen ist hier unangebracht.

Allgemein erwarten die Versicherten von ihren Krankenkassen einen hohen **Einsatz für die Verbesserung von Strukturen und Prozessen im Gesundheitssystem**. Darunter fällt vor allem die Schaffung von Transparenz über die Qualität von Ärzten und Krankenhäusern sowie über die Wirksamkeit von Behandlungsformen. Fernerhin befürworten die Versicherten eine stärkere Einflussnahme der Krankenversicherung auf eine qualitätsbezogene Vergütung und eine stärkere Vernetzung der Leistungserbringer. Darüber hinaus wird die Verzahnung der Sozialversicherungsbereiche von den Versicherten gefordert. Mehr als die Hälfte der Befragten befürwortet mehr Einsatz von Krankenkassen im Hinblick darauf, dass die Träger der sozialen Sicherung, wie Kranken- und Rentenversicherung, Sozialämter, Jobcenter etc., Informationen austauschen und die Leistungen aufeinander abstimmen. Leuchtturmprojekte für ein besseres Zusammenspiel der Sozialversicherungsträger werden über den Innovationsfonds gefördert und sollten als richtungsweisend für die weitere Gestaltung des gesetzlichen Rahmens gesehen werden. Beispielhaft kann hier das Projekt BGM-innovativ der Betriebs-

krankenkassen erwähnt werden, in dem ein arbeitsplatznahes, trägerübergreifendes Versorgungsmanagement etabliert wurde.

Nutzerorientierung und Kassenhandeln

Losgelöst von der anhaltenden politischen Diskussion um die Trägerschaft der **Unabhängigen Patientenberatung** (UPD), liefert die Aufbereitung und Analyse der Beratungstätigkeiten der UPD im jährlich erscheinenden Patientenmonitor wertvolle Hinweise zu Defiziten in der Versichertenbetreuung [3]. Unter den fünf häufigsten rechtlichen Beratungsthemen im Jahr 2019 steht die Beratung zu Leistungsansprüchen gegenüber Kostenträgern an erster Stelle, wie in den Jahren zuvor übrigens auch. Spitzenreiter ist dabei das Thema Krankengeld. Ebenso in den Bereichen der pflegerischen Versorgung und der stationären medizinischen Rehabilitation suchen Versicherte verstärkt externe Beratung. Meist geschieht dies im Kontext von Leistungsablehnungen, gegen die die Versicherten vorgehen wollen. Vielen Beratungsthemen ist darüber hinaus gemein, dass Krankenkassen Informationen nicht ausreichend bzw. nicht ausreichend transparent zur Verfügung stellen. So erfahren wir über den Patientenmonitor, dass es beispielsweise noch immer Kassen gibt, die entgegen klarer Vorgaben weiterhin unzulässige Zwischennachrichten im Widerspruchsverfahren versenden. Leider gibt es noch immer Krankenkassen, die Versicherte nicht darüber informieren, ob und wie sie gegen einen Bescheid vorgehen können und somit klare gesetzliche Vorschriften unterlaufen.

Neuralgischer Punkt für die Beurteilung der Krankenkassenqualität ist die Erfahrung, die Versicherte bei Beantragung einer Leistung machen. Dabei ist zu beachten, dass die Mehrheit der Versicherten im Befragungszeitraum gar nicht in die Situation kommt, einen **Leistungsantrag** zu stellen. Leistungsanträge führen in den allermeisten Fällen zur Genehmigung. Dies wird als selbstverständlich vorausgesetzt. Auf knapp die Hälfte der Ablehnungen reagieren die Versicherten mit einem Widerspruch. Widersprüche führen – und dies ist in jedem Fall zu hinterfragen – in einem Viertel der Fälle zum Erfolg. Wenngleich Widerspruchszahlen oder das Bewilligungs- bzw. Ablehnungsverhalten in der Beurteilung von Qualität nur begrenzt aussagekräftige Indikatoren sind, ist eine Veröffentlichung von Zahlen des Leistungsgeschehens ein erster wichtiger Schritt in Richtung Qualitätstransparenz. Einige Betriebskrankenkassen haben diesen Schritt bereits gemacht und eigene Widerspruchszahlen veröffentlicht. Aber nicht nur die Quoten sind bei der Beurteilung der Leistungsbereitschaft von Krankenkassen von Bedeutung, ebenso der Prozess der Beantragung und Bewilligung, die Servicementalität der Krankenkassen, das Angebot von alternativen Leistungen oder schlicht und ergreifend Hinweise zum Bearbeitungsstand gehören zur Leistungsbereitschaft. Und hier ist nur jeder Fünfte sehr zufrieden.

Nutzerorientierung und Diversifikation des Versicherungsangebots

Die Kundenbefragung liefert schließlich Aufschluss über die Erwartungen von

Versicherten bezüglich der gesundheitspolitischen Rahmengestaltung und damit **Impulse für die nächste Legislaturperiode aus Versichertenperspektive**. Die Befragten stellen sich mehrheitlich hinter das Solidarprinzip der Gesetzlichen Krankenversicherung und stellen das bestehende Nebeneinander von GKV und PKV in Frage. In diesem Zusammenhang sei noch einmal auf die unterschiedliche Weiterempfehlungsbereitschaft in den Krankenversicherungssystemen verwiesen. Die gesetzliche Krankenversicherung schneidet hier erheblich besser ab als die private Krankenversicherung.

Insgesamt wird der „Preis“ der Krankenversicherung als angemessen beurteilt. Wenn als Konsequenz aus der Übertragung von versicherungsfremden Aufgaben auf die GKV während der Corona-Pandemie sowie der allgemein kostspieligen Gesundheitspolitik der letzten Legislaturperiode, in den kommenden Jahren die Beiträge in die Höhe schießen, ist fraglich, ob diese positive Einschätzung Bestand hat.

In Übereinstimmung mit der Forderung nach einer stärkeren Bedarfs- und Nutzerorientierung des Gesundheitswesens steht eine stärkere Ausdifferenzierung des Versicherungsschutzes ohne Aufgabe oder Gefährdung des Solidarprinzips. Flexibilität in der Ausgestaltung von Beitragssätzen und Leistungsangeboten sowie größere Unterscheidungsmöglichkeiten der Krankenkassen befürwortet ein beachtlicher Teil der Versicherten. Man kann das als Bekenntnis für den Wettbewerb zwischen den Krankenkassen deuten. In jedem Fall aber deckt sich der Wunsch nach Diversifikation nicht mit dem Wunsch einiger Politikerinnen und Politiker zur Vereinheitlichung, Zentrali-

sierung und Konsolidierung der Kassenlandschaft. *One size fits all*-Lösungen stehen der Nutzerorientierung im Gesundheitswesen vielmehr diametral gegenüber. Im Sinne der Nutzerorientierung ist die Transparenz über die Qualität der Krankenkassen hingegen zwingend notwendig. Hier stellen die Versicherten den Krankenkassen ein Armutszeugnis aus: Nur rund ein Drittel der Befragten sehen sich in der Lage einzuschätzen, ob ihre Krankenkasse eine qualitativ hochwertige Versorgung und einen besonderen Service erbringt. Qualitätstransparenz über das Kassenhandeln muss also auf die Agenda von Krankenkassen und Politik. Es ist an der Zeit, die Anregungen und Vorschläge in praktisches Management und politische Gestaltungsarbeit zu überführen.

Wenn es nach dem Wunsch von Versicherten geht, sollen Krankenkassen individuell angepasste Versorgung anbieten. Bestrebungen der Politik zur Konsolidierung der Kassenlandschaft sind demnach nicht im Interesse der Versicherten. Denn: Die Vereinheitlichung des Versicherungsangebots stünde einer stärkeren Bedarfs- und Nutzerorientierung im Gesundheitswesen entgegen. Vielmehr bedarf es Möglichkeiten für mehr Flexibilität und Ausdifferenzierung. Dies kann die Einnahme einer aktiveren Rolle in der Versorgung, beispielsweise als Lotse, bedeuten oder das Angebot eines, stärker ausdifferenzierten Versicherungsschutzes. Letzteres wohlgernekt bei Aufrechterhaltung des Solidarprinzips.

Nutzerorientierung und Ausgestaltung des Wettbewerbsrahmens der Krankenkassen

Die Patientenbeauftragte der Bundesregierung **Claudia Schmidtke** legt in ihrem Grußwort für den Kundenreport den Finger in die Wunde: Gebündelte und neutral aufbereitete Informationen zum Leistungsumfang und zur Qualität der Leistungen der Krankenkassen gibt es nicht. Wer den Wettbewerb der Krankenkassen in eine sinnvolle Richtung lenken will, muss Transparenz über Servicequalität und Leistungsbereitschaft der Kassen schaffen. Den Versicherten müssen über den Zusatzbeitragssatz hinausgehende Parameter an die Hand gegeben werden, die einen Vergleich der Kassen überhaupt erst möglich machen [4]. Die Überwindung des reinen Preiswettbewerbs zwischen den Krankenkassen kann nur gelingen, wenn die Nutzer, die Versicherten, in das Blickfeld gerückt werden. Folglich hebt **Gertrud Demmler** die Bedeutung des Versicherten-Feedbacks für die Etablierung eines Qualitätswettbewerbs zwischen den Krankenkassen hervor.

Petra Fuhrmann und **Thomas Moormann** beschreiben treffend, welche Informationen aus Verbraucherperspektive für einen sinnvollen Kassenwettbewerb relevant wären: Ein Kern-Set über das Genehmigungsverhalten der Krankenkassen, eine standardisierte Befragung zur Versichertenzufriedenheit sowie Transparenz zu spezifischen Beratungs-, Service- und Versorgungsleistungen. Das gilt insbesondere im Hinblick auf die zunehmende Zahl von digitalen Angeboten. Ins Aufgabenheft der Politik gehört die Weiterentwicklung des Wettbewerbsrahmens für Krankenkassen im Sinne der Versicherten und mit dem Fokus auf Qualität.

Im Sinne der Nutzerorientierung ist Transparenz über die Qualität der Krankenkassen zwingend notwendig. Es ist an der Zeit, die Anregungen und Vorschläge in praktisches Management und politische Gestaltungsarbeit zu überführen. Wenngleich Widerspruchszahlen oder das Be- willigungs- bzw. Ablehnungsverhalten in der Beurteilung von Qualität nur begrenzt aussagekräftige Indikatoren sind, ist eine Veröffentlichung von Zahlen des Leistungsgeschehens ein erster wichtiger Schritt in Richtung Qualitäts- transparenz.

Nutzerorientierung und innere Haltung

Matthias Schrappe zeigt in seinem Beitrag, dass Qualitätsorientierung während der Corona-Pandemie deutlich in den Hintergrund getreten ist. Er macht darüber hinaus deutlich, dass Qualität im Gesundheitswesen nicht ohne die Krankenkassen gedacht werden kann. Geleitet von einem Qualitätsanspruch aus dem Inneren, einer Haltung, sollten sich Krankenkassen ermutigt fühlen, Qualitätsberichte zu veröffentlichen. Gerade im Hinblick auf die Versorgung der Zukunft, sei sie regional oder im Netzwerk organisiert, kommen Krankenkassen eine besondere Bedeutung zu, denn sie genießen das Vertrauen der Versicherten Koordinationsaufgaben und Gesamtverantwortung zu übernehmen – was wiederum eindrucksvoll durch die Versichertenbefragung in diesem Report belegt wird. Die Übernahme dieser Rolle wird jedoch nur gelingen, wenn sie sich hinsichtlich ihrer eignen Qualität erklären können.

Eine entsprechende Haltung – insbesondere in der Führungsebene einer Krankenkasse – unterstreicht auch **Marie-Luise Dierks**, wenn sie das Potenzial von

Krankenkassen beschreibt, Gesundheitskompetenz-fördernde Institutionen zu sein. Die gesundheitskompetente Krankenkasse stellt ihre Versicherten mit den jeweiligen Bedürfnissen und Fähigkeiten in den Mittelpunkt und richtet Strukturen und Prozesse daran aus, Versicherte in ihrer Entscheidungsfähigkeit zu stärken und Teilhabe an allen Versorgungsprozessen zu ermöglichen. Grundlage dafür ist einerseits die Bereitstellung verständlicher Informationsmaterialien durch die Kasse, eine gute Gesprächsqualität, das Angebot von Orientierungshilfen und Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Andererseits sollten Versicherte verstärkt eingebunden werden, wenn es um die kasseninterne Entwicklung, Implementierung und Evaluation von Strukturen und Prozessen geht. Hier könnte die soziale Selbstver-

waltung ihr Profil schärfen und sowohl gegenüber der Politik als auch gegenüber Versicherten und Arbeitgebern Terrain zurückgewinnen.

Literatur

1. Piwernetz K, Neugebauer E (2021) Strategiewechsel jetzt! Corona-Pandemie als Chance für eine Neuausrichtung unseres Gesundheitswesens. De Gruyter Berlin
2. Knieps F (2021) Braucht das Gesundheitswesen einen Relaunch? Anmerkungen aus einer rechtspolitischen Perspektive. In Baas J (Hrsg.) Perspektive Gesundheit 2030, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Berlin, 107 ff.
3. Patientenmonitor 2019. Jahresbericht der UPD Patientenberatung Deutschland gGmbH an die Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten gemäß § 65b SGB V. URL: https://www.patientenberatung.de/dokumente/UPD_Patientenmonitor%202019.pdf (abgerufen am 31.03.2021)
4. Knieps F, Nüsken J (2019) Kundenorientierung als Treiber, IX Forum 2/2019, 6 ff.



Franz Knieps

Als Vorstand leitet Franz Knieps den BKK Dachverband seit dem 01. Juli 2013. Der 1956 geborene Jurist, Politik- und Literaturwissenschaftler weist jahrzehntelange Erfahrung im deutschen und internationalen Gesundheits- und Sozialwesen auf. 1987/88 wurde er als Referent an das Bundesarbeitsministerium abgeordnet. 1990 war er politischer Berater des von Regine Hildebrandt geführten DDR-Ministeriums für Arbeit und Soziales. In dieser Zeit war Knieps u.a. als Geschäftsführer Politik beim AOK Bundesverband tätig, bevor er 2003 als Leiter der Abteilung Gesundheitsversorgung, Gesetzliche Krankenversicherung, Pflegesicherung zum Bundesministerium für Gesundheit in der Ära Ulla Schmidt wechselte. Knieps arbeitete von 2009 bis 2013 als Berater für Gesundheits- und Sozialpolitik. Er ist Herausgeber der Zeitschrift „Gesundheits- und Sozialpolitik“ und der BKK Dachverbandszeitschrift „Betriebskrankenkassen“.



Johanna Nüsken

Nach Studium Public Health und Public Policy an der Universität Maastricht wissenschaftliche Mitarbeiterin am Lehrstuhl für Gesundheitsmanagement an der TU Berlin. Anschließend Referentin bei Dr. Albrecht Klopfer, Büro für gesundheitspolitische Kommunikation. Zum Zeitpunkt der Erstellung des Beitrages Referentin für Politik beim Dachverband der Betriebskrankenkassen. Seit Mai 2021 Geschäftsführerin des Bundesverband Managed Care e.V.