

Klaus Zok

## **Gestaltungsoptionen in der Gesundheitspolitik**

Die Reformbereitschaft von  
Bürgern und Versicherten  
im Spiegel von Umfragen

# **Gestaltungs- optionen in der Gesundheits- politik**

Die Reformbereitschaft von  
Bürgern und Versicherten im  
Spiegel von Umfragen

Klaus Zok



# Inhaltsverzeichnis

|   |           |
|---|-----------|
| <b>Abkürzungsverzeichnis</b> .....                          | <b>5</b>  |
| <b>1 Einleitung</b> .....                                   | <b>7</b>  |
| <b>2 Ziele und Methode der Studie</b> .....                 | <b>11</b> |
| <b>3 Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem</b> .....      | <b>19</b> |
| <b>4 Bewertung von Solidarelementen</b> .....               | <b>37</b> |
| <b>5 Zukünftige Finanzierungsoptionen</b> .....             | <b>47</b> |
| 5.1 Ausdehnung der Versicherungspflicht.....                | 47        |
| 5.2 Gesundheitsabgabe.....                                  | 51        |
| 5.3 Erhöhung der Zuzahlungen.....                           | 54        |
| 5.4 Praxisgebühr.....                                       | 57        |
| 5.5 Einbeziehung weiterer Einkommensarten.....              | 60        |
| 5.6 Beitragsfreie Mitversicherung.....                      | 63        |
| 5.7 Variation von Arbeitgeber- und Arbeitnehmerbeitrag..... | 68        |
| <b>6 Bewertung von Anreizmodellen</b> .....                 | <b>71</b> |
| 6.1 Bonus bei individueller Gesundheitsvorsorge.....        | 72        |
| 6.2 Hausarztmodell.....                                     | 78        |
| 6.3 Selbstbehalt.....                                       | 84        |
| 6.4 Beitragsrückerstattung.....                             | 95        |
| <b>7 Zukünftige Gestaltung der Leistungsseite</b> .....     | <b>99</b> |
| 7.1 Grund- und Wahlleistungen.....                          | 99        |
| 7.2 Zusatzversicherungen über die GKV.....                  | 107       |

|           |   |            |
|-----------|---|------------|
| <b>8</b>  | <b>Vorschläge zur effizienten Systemgestaltung.....</b>                   | <b>111</b> |
| 8.1       | Leistungstransparenz und Informationen über die<br>Leistungsqualität..... | 112        |
| 8.2       | Die Ausgestaltung der Rolle der Krankenkassen.....                        | 122        |
| 8.3       | Aspekte der Versicherten- und Patientenpartizipation.....                 | 129        |
| <b>9</b>  | <b>Fazit.....</b>   | <b>133</b> |
| <b>10</b> | <b>Literatur.....</b>   | <b>137</b> |
|           | <b>Abbildungsverzeichnis.....</b>   | <b>145</b> |
|           | <b>Tabellenverzeichnis.....</b>   | <b>150</b> |
|           | <b>Stichwortverzeichnis.....</b>  | <b>153</b> |

# Abkürzungsverzeichnis

| <b>Abkürzung</b> | <b>Erläuterung</b>   |
|------------------|--|
| AEV              | Arbeiter-Ersatzkassen-Verband  |
| BGF              | Betriebliche Gesundheitsförderung  |
| BKK              | Betriebskrankenkasse   |
| BMG              | Bundesministerium für Gesundheit   |
| BMGS             | Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung                       |
| BRE              | Beitragsrückerstattung   |
| CAPI             | Computer Aided Personal Interviewing   |
| CATI             | Computer Aided Telephone Interviewing  |
| DINKI            | Double Income, No Kid  |
| DMP              | Disease-Management-Programm / Programme                                      |
| FTD              | Financial Times Deutschland  |
| GEK              | Gmünder Ersatzkasse  |
| GKV              | Gesetzliche Krankenversicherung  |
| GMG              | Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung               |
| IfD              | Institut für Demoskopie Allensbach   |
| MAGS             | Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW               |
| NOG              | Gesetz zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung in der GKV |
| PKV              | Private Krankenversicherung  |
| SB               | Selbstbehalt   |
| SOEP             | Sozio-oekonomisches Panel  |
| SUZ              | Sozialwissenschaftliches Umfragezentrum der Univ. Duisburg                   |
| SVRKAiG          | Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen          |
| TK               | Techniker Krankenkasse   |
| VdAK             | Verband der Angestellten-Krankenkassen                                       |
| VFA              | Verband Forschender Arzneimittelhersteller                                   |
| WZB              | Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung                              |
| ZUMA             | Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen                                  |



# 1 Einleitung

Die aktuelle gesundheitspolitische Debatte fordert die Partizipation der Betroffenen, mehr Transparenz und eine Verbesserung der Versorgungsqualität in allen Bereichen. Die Diskussionen über anstehende Reformen im Gesundheitssystem werden aber vorwiegend von Expertenrunden und Kommissionen geführt, die von Politikern, Verbändevertretern und Wissenschaftlern dominiert werden. Relativ vernachlässigt wird in dieser Diskussion und in der Forschung die Perspektive der Adressaten gesundheitspolitischer Maßnahmen.

Die zunehmende Wettbewerbs-Orientierung des Gesundheitssystems verändert die Rolle des Patienten, des Versicherten, der Bürger, „da sie als künftige Kunden im Gesundheitswesen in zunehmendem Maße über Erfolg oder Misserfolg von Reformen entscheiden. (...) Der Einstieg in eine stärker wettbewerbliche Struktur des Gesundheitswesens hat bereits einen Prozess zunehmender Differenzierung von Erwartungs- und Anspruchsprofilen ausgelöst.“<sup>1</sup>

Vor dem Hintergrund der wachsenden Fokussierung auf Qualität und Effizienz der Leistungserstellung im Gesundheitssystem stellt eine nicht ausreichende Einbeziehung der Bewertungen und Erfahrungen von Betroffenen ein Defizit der traditionellen Gesundheitspolitik dar. Während in anderen Politikbereichen der mündige und informierte Bürger als Leitbild und Garant gesellschaftlicher Entwicklung gilt, berücksichtigt die Gesundheitspolitik bei der Bewertung wichtiger Prinzipien, Strukturen und Reformideen die Präferenzen der Versicherten kaum. Im Gegenteil müssen „Versicherte immer höhere Beiträge für ein Versorgungssystem aufbringen (...), dessen Weiterentwicklung sie kaum beeinflussen können.“<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Andersen, H. H. / Schwarze, J. (2000), S. 48.

<sup>2</sup> So der Bielefelder Gesundheitswissenschaftler B. Badura in: Wöllenstein, H. (2003), S. 28.

Gesundheitspolitik wird langfristig kaum erfolgreich sein können, wenn die Versicherten und Patienten als Zielgruppe bei anstehenden Reformbestrebungen nicht beteiligt oder zumindest gefragt werden. Eine qualitativ hochwertige und zugleich wirtschaftliche medizinische Versorgung ist nur gemeinsam mit Bürgern, Versicherten und Patienten zu erreichen.

Versicherten- und Patientenbefragungen stellen ein Instrumentarium zur Einbeziehung der Bürger in die Gestaltung des Gesundheitssystems, zum Leistungsvergleich zwischen seinen Einrichtungen und zur Ermittlung von Qualitätsdefiziten dar. Repräsentative Umfragen über die Zufriedenheit und Präferenzen der Bevölkerung sind dabei eine weit verbreitete Methode, um die Legitimation von gesellschaftlichen Institutionen und politischen Entscheidungen zu überprüfen.<sup>3</sup> Die Techniken der empirischen Sozialforschung, und hierbei insbesondere die Entwicklung von Forschungskonzepten zur Befragung repräsentativer Bevölkerungstichproben, basieren dabei quasi auf einem demokratiethoretischen Hintergrund: Auf diese Weise ist es möglich, politische Meinungen, Einstellungen und Verhaltensweisen der Bevölkerung zu analysieren.<sup>4</sup>

Einschlägige Umfragen bestätigen grundsätzlich den hohen Stellenwert von Gesundheit im kognitiven Orientierungssystem der Bundesbürger.<sup>5</sup> Angesichts der politischen und ökonomischen Bedeutung des Gesundheitssektors sowie in Anbetracht der anhaltenden Finanzierungsprobleme im deutschen Gesundheitssystem mit der Folge einer zunehmenden politischen Steuerung erscheinen empirische Untersuchungen über die gesundheitspolitischen Präferenzen der Bevölkerung auf Basis repräsentativer Daten von grundlegender Bedeutung. „Sozialwissenschaftliche Repräsentativbefragungen (...) leisten einen wesentlichen Beitrag zum gesellschaftlichen Informationsangebot, indem sie die gesellschaftliche Wirklichkeit aus ande-

---

<sup>3</sup> s. Aust, B. (1994), S. 1.

<sup>4</sup> s. Kaase, M. (1999), S. 3.

<sup>5</sup> So z. B. die Wohlfahrtssurveys von WZB und ZUMA.

ren Perspektiven beleuchten als die amtliche Statistik (...).<sup>6</sup> Die Erhebung von Primärdaten ist eine wichtige Voraussetzung für eine „tragfähige Akzeptanzforschung im Bereich der sozialen Sicherung.“<sup>7</sup>

Individuellen Orientierungen wird dabei ein zentraler Stellenwert für die Legitimation und damit für die Stabilität des politischen Systems zugeschrieben. Empirische Analysen zu Einstellungen und Verhalten der Nachfrager von Gesundheitsleistungen können hier zu einer Rationalisierung der politischen Diskussion beitragen. Von Kenntnissen über die Erwartungen und Ansprüche der Bürger an die Gesundheitspolitik und der Bewertung von Implementationschancen von Reformvorschlägen dürften politische Entscheidungen grundsätzlich profitieren.<sup>8</sup> „Jeder Reform- oder Steuerungsversuch steht im Spannungsfeld von wissenschaftlicher Gesundheitspraxis, betriebswirtschaftlicher Rationalität und den individuellen Orientierungen der Nachfrager nach Gesundheitsleistungen. Gesundheitspolitische Steuerungsversuche sollten keinen dieser Punkte grob missachten.“<sup>9</sup>

---

<sup>6</sup> Statistisches Bundesamt (2002), S. 427.

<sup>7</sup> Ullrich, C. G. (2002 c), S. 527.

<sup>8</sup> vgl. auch Rosenbrock, R. (1993), S. 327.

<sup>9</sup> s. Ahlrich, K. (1999), S. 29, s. ferner den Beitrag von Schlüter, G.: Wer fragt eigentlich den Patienten? In: Beske, F. (2001), S. 9-12.



## 2 Ziele und Methode der Studie

In der jüngeren Zeit sind eine Reihe von Bevölkerungsumfragen durchgeführt worden, die Einstellungen und Erwartungen der Bürger zu Reformen des Sozialstaates und insbesondere des Gesundheits- und Krankenversicherungssystems im Spannungsfeld zwischen Solidarität und Eigenverantwortung zu erfassen suchen.

Das Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, die Ergebnisse vorhandener Befragungen zum Gesundheitssystem in Deutschland vergleichend darzustellen und zu bewerten. Die systematische Analyse bereits durchgeführter Bevölkerungsumfragen bestand zunächst darin, in einer umfangreichen Recherche die vorhandenen und insbesondere aktuellen Erhebungen zum Gesundheitssystem ausfindig zu machen. Basis der vorliegenden Darstellung bilden quantitative Erhebungen der letzten drei Jahre (ab 2000), soweit sie veröffentlicht wurden.<sup>10</sup> Ältere Umfragen wurden dann mit einbezogen, wenn dies aus Gründen des Vergleichs notwendig erschien.

Im Rahmen der referierten quantitativen Erhebungen wurden die üblichen Befragungsformen angewandt. Dazu gehören schriftliche, mündliche und Bildschirmbefragungen. Bei der *schriftlichen Befragung* wird das Instrument den zur Stichprobe gehörenden Personen postalisch zugesandt, die dann die ausgefüllten Fragebögen zurück an den Auftraggeber senden. Bei den mündlichen Erhebungsmethoden präsentiert sich der zuvor programmierte Fragebogen dem Interviewer (filtergeführt) auf dem Monitor. Hierzu zählen *computerassistierte Telefon-Interviews* (CATI), bei denen der Interviewer von einem Telefonstudio aus die Befragung durchführt und die Antworten der angerufenen Befragten in den Computer eingibt. Im Unterschied dazu werden die *computerassistenten persönlichen Inter-*

---

<sup>10</sup> Es ist davon auszugehen, dass eine Reihe von Bevölkerungsumfragen oder Teile daraus nicht publiziert werden, da ihre Inhalte für interne Zwecke (Marketing, Vertrieb etc.) genutzt werden.

views (CAPI) im Wege persönlicher Kommunikation („face to face“) mit dem Befragten durchgeführt und die Antworten vom Interviewer direkt eingegeben. Anders verhält es sich bei der *Computerbefragung* (auch Online- oder Bildschirmbefragung), bei der Befragte direkt – ohne Interviewer – mit dem PC kommunizieren. Bei den computergestützten Umfragen übernimmt der Computer die Filterführung, womit Filterfehler ausgeschlossen werden.

Die Auswertungen der vorliegenden Untersuchung konzentrieren sich in erster Linie auf die in *Tabelle 1* gelisteten quantitativen Erhebungen der letzten Jahre, die umfassend veröffentlicht wurden und durch folgende Kriterien gekennzeichnet sind: Die Studien sind

1. thematisch auf den Bereich Gesundheitssystem und Gesundheitspolitik zentriert,
2. als Einzelerhebung realisiert worden,
3. von der Anlage her als dauerhaftes Regelerhebungsinstrument konzipiert und
4. zielen auf Aussagen über die Grundgesamtheit „Bevölkerung insgesamt“ bzw. „die Versicherten der GKV“.

Dazu zählen die Studien der Bertelsmann-Stiftung, von Janssen-Cilag, der Continentale Krankenversicherung, des VFA und des WIdO.

Im Rahmen des als Panelerhebung konzipierten *Gesundheitsmonitors* der Bertelsmann-Stiftung werden regelmäßig Versicherte und Ärzte schriftlich bzw. mündlich befragt. Der Fokus liegt bei Fragen zur Gesundheitsversorgung insgesamt und den gesundheitspolitischen Präferenzen der Versicherten hinsichtlich einzelner Reformvorschläge. Ferner steht die Qualität der Versorgung im Blickwinkel. Die Stichprobe wird aus einem Panel gezogen, in dem sich ca. 50.000 befragungsbereite Haushalte befinden. Die Auswertung der Daten führt das Zentrum für Sozialpolitik an der Universität Bremen durch.

Das zentrale Ziel der *Janssen-Cilag Bevölkerungsbefragung 2002* war es, die „Akzeptanz und Attraktivität von Wahlleistungen“ zu untersuchen. Dabei wurden den Interviewten im Rahmen einer sog. „Verkaufssimulation“ 14 unterschiedliche Wahl- und Tarifoptionen vorgestellt (Hausarztmodell, Zahnersatz, Alternativmedizin, Heilpraktiker, Vorsorgeuntersuchungen, Innovationsgarantie etc.). Der methodische Ansatz der Janssen-Cilag-Studie bestand in computergestützten persönlichen „Face-to-Face“-Interviews (CAPI) bei zwei polarisierenden Bevölkerungsgruppen (500 Personen aus der Altersgruppe der 25- bis 34-Jährigen und 500 Personen der 60- bis 69-Jährigen).

Die *Continental-Studien 2002* und 2003 haben sich vornehmlich mit der Leistungszufriedenheit der Versicherten und ihrer Akzeptanz von Zusatzversicherungen beschäftigt. Im Rahmen der von Emnid durchgeführten CATI-Umfragen sind Versicherte der gesetzlichen und privaten Krankenkassen befragt worden.

Die Fragestellungen des VFA zur „*Gesundheitspolitik und Arzneimittelversorgung*“ wurden im Rahmen von Mehrthemenumfragen (Emnid-CATI-Bus) eingeschaltet. Hier wurden im August 2002 und März 2003 jeweils rd. 1.900 Personen ab 18 Jahren befragt.

Der *GKV-Monitor* des WIdO erhebt regelmäßig Einstellungen und Erwartungen der Versicherten zu zentralen Fragestellungen der Gesundheitspolitik (Bewertung künftiger Reformoptionen und Gestaltungsvorschläge, Einstellungen gegenüber und Erfahrungen mit den handelnden Akteuren (Krankenkassen, Ärzte etc.) und den gesundheitspolitischen Maßnahmen, ferner werden Preissensitivität und Wechselbereitschaft als Zeitreihenthema erhoben). Die Stichprobe des GKV-Monitors fokussiert auf die Beitragszahler: Es werden repräsentativ rd. 3.000 Personen in einem Altersrange zwischen 16 und 65 Jahren befragt, die Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse sind. Die Erhebungen finden in der Regel im Frühjahr des laufenden Jahres als Stand-alone-Befragung statt. Sie wird mit Hilfe

computergestützter Telefoninterviews<sup>11</sup> (CATI) realisiert (Feldarbeit: Sozialwissenschaftliches Umfragezentrum der Univ. Duisburg, Prof. Faulbaum).

Tabelle 1

**Datenbasis: Repräsentativerhebungen mit Fragestellungen zum Gesundheitssystem (Auswahl)**

| Studie                  | Gesundheitsmonitor                   | Janssen-Cilag Bevölkerungsbefragung 2002                 | Continentale-Studie                 | Gesundheitspolitik und Arzneimittelversorgung | GKV-Monitor                             |
|-------------------------|--------------------------------------|--|-------------------------------------|---|---|
| <b>Auftraggeber</b>     | Bertelsmann-Stiftung                 | Janssen-Cilag  | PKV                                 | VFA   | WIdO                                    |
| <b>Durchführung</b>     | schriftlich (Panel)                  | Persönliche Interviews (Face-to-face)                    | Telefoninterviews (CATI)            | Telefoninterviews (CATI)                      | Telefoninterviews (CATI)                |
| <b>Grundgesamtheit</b>  | Versicherte zwischen 18 und 79 Jahre | 500 Personen 25 - 34 Jahre<br>500 Personen 60 - 69 Jahre | GKV und PKV-Versicherte ab 25 Jahre | Bevölkerung ab 18 Jahre                       | GKV-Mitglieder zwischen 16 und 65 Jahre |
| <b>Stichprobengröße</b> | 2 Wellen á 1.500 Fälle               | 1.000 Fälle  | jew. rd. 1.200 Fälle                | jew. rd. 1.900 Fälle                          | 3.000 Fälle                             |
| <b>Zeitraum</b>         | Nov./Dez. 01 und Mai 2002            | 1. Halbjahr 2001   | Juni 2002 und Mai 2003              | August 2002 und März 2003                     | jew. Frühjahr des lfd. Jahres           |
| <b>Feldinstitut</b>     | NFO Infratest                        | Ipsos  | TNS Emnid                           | TNS Emnid                                     | SUZ Univ. Duisburg                      |

WIdO 2003

Ferner werden Ergebnisse von Befragungen herangezogen, die von der Anlage einige der oben genannten Auswahlkriterien erfüllen. Dazu gehören:

- der „Versichertenreport 2001“ des VdAK/AEV bei Ersatzkassenversicherten,
- die NOVITAS-Versichertenbefragung 1999,

<sup>11</sup> Die Stichprobenauswahl erfolgt als reine, ungeklumpte Zufallsauswahl, die nach einem bei ZUMA entwickelten Verfahren durchgeführt wird. S. hierzu: Gabler, S. / Häder, S. (1997).

- die Studie „Krankenversicherungssysteme“ der Gothaer Versicherung,
- das DAK-Gesundheitsbarometer,
- die Online-Umfrage 2003 der BIG Direktkrankenkasse,
- die Befragung des BKK-Landesverbandes Ost in den neuen Bundesländern zur Reformbereitschaft 2003,
- die „Situationsanalyse Krankenkassen“ der GEK zu Bonusmodellen,
- die von Forsa im Auftrag des BMG 2001 durchgeführte Telefon-Befragung „Gesundheitspolitik in Deutschland.“

Im Weiteren gibt es eine Reihe von Umfragen mit gesundheitspolitischen Fragestellungen, die von Marktforschungsinstituten (z. B. IfD-Allensbach, TNS Emnid, Infratest dimap, Inra) eigenständig durchgeführt und publiziert worden sind.

Darüber hinaus existieren eine Reihe kleinerer, sog. „Adhoc“- bzw. „Blitz“-Umfragen zum Thema, die, wo es sinnvoll erscheint, berücksichtigt werden. Und nicht zuletzt eine Reihe von Einzelfragestellungen in Mehrthemenumfragen von Marktforschungsinstituten, die durch große, überregionale Zeitungen oder Zeitschriften (Spiegel, Wirtschaftswoche etc.) bzw. im Auftrag verschiedener Fernsehsender (ARD, N24) geschaltet wurden.

Bei den herangezogenen Erhebungen werden sowohl Gemeinsamkeiten als auch Unterschiede in den Ergebnissen dargestellt und miteinander verglichen. Die jeweiligen Fragestellungen der berücksichtigten Studien lassen sich überblicksartig in folgende Themenfelder gliedern, woraus sich zugleich die Gliederung der vorliegenden Untersuchung ableitet:

1. Zufriedenheit mit dem System der gesetzlichen Krankenversicherung insgesamt,
2. Akzeptanz des Solidarprinzips,
3. Beurteilung und Wünsche im Hinblick auf Finanzierungsoptionen der GKV,
4. Einstellungen zu Anreizmodellen,
5. Gestaltung der Leistungsseite und
6. weitere Vorschläge zur Systemgestaltung.

Die einzelnen Studien wurden – themenbezogen – nach dem Zeitraum der Befragung sortiert. Bei der Interpretation der Ergebnisse wurden, soweit möglich, die Rahmenbedingungen der herangezogenen Studien berücksichtigt (Auftraggeber, Untersuchungszeitpunkt, Zielgruppen, Stichprobenauswahl und -größe, Befragungstechnik, Fragengestaltung und Befragungsdimensionen). Allerdings stößt ein methodischer Vergleich der Ergebnisse an Grenzen, wenn einzelne Faktoren, die eine Befragung in Konzept und Durchführung kennzeichnen, unbekannt sind bzw. nicht offengelegt werden:

So weichen die einzelnen Studien bzw. deren Darstellung teilweise deutlich voneinander ab. Sowohl hinsichtlich Untersuchungsdesign (Stichprobe, Befragungstechnik und -instrumente) als auch in der Bewertung der Ergebnisse werden mitunter große Unterschiede deutlich. Viele Erhebungen sind dabei nicht wissenschaftlich angelegt, sie dienen erkennbar lediglich Kommunikations- und Lobbyzwecken. Des Weiteren werden Umfrageergebnisse in Form von Pressemitteilungen und Zusammenfassungen oft nur verkürzt dargestellt, sodass Aussagen und Botschaften verzerrt und oberflächlich erscheinen („Bürgerversicherung beliebter als Kopfpauschale“<sup>12</sup>). Hier sind die Interpretationsmöglichkeiten begrenzt;

---

<sup>12</sup> so das Ergebnis einer Blitzumfrage im Auftrag der Wirtschaftswoche: "78 Prozent der Deutschen für Bürgerversicherung": In: Wirtschaftswoche vom 15.10.2003.

soweit möglich wurden die vollständigen Studien beschafft und in die Analyse einbezogen.

Aber auch dann können Umfrageergebnisse nicht unkritisch übernommen werden, da sie eine sachlich, räumlich und zeitlich begrenzte Gültigkeit besitzen.<sup>13</sup> Ferner sind viele der im Rahmen regelmäßig durchgeführter Bevölkerungsumfragen verwendeten Fragen unspezifisch. Zahlreiche Faktoren bei der Operationalisierung beeinflussen und verzerren die Befragungsergebnisse (z. B. Selbstselektion der Befragten, kognitive Dissonanzen, Interviewsituation und Kontexteffekte etc.).<sup>14</sup> „Aus der Sozialpsychologie und der Theorie der Marktforschung ist bekannt, dass die Ergebnisse von Befragungen auch davon abhängig sind, wie die Fragen angelegt und formuliert sind. So reagieren die Befragten auf inhaltlich ein und dieselbe Frage unterschiedlich, je nachdem ob diese in ein „Verlust-Szenario“ oder in ein „Gewinn-Szenario“ eingebettet wird.“<sup>15</sup>

Darüber hinaus ist davon auszugehen, dass Frageninhalte von Befragten jeweils unterschiedlich bzw. auch gar nicht verstanden werden – ohne dass im Rahmen einer quantitativen Erhebung darauf eingegangen wird. Dazu kommt, dass gerade im Hinblick auf das Gesundheitssystem aufgrund bislang weitgehender Uninformiertheit und fehlender Entscheidungsmöglichkeiten „ein zu hoher Anteil der Befragten nicht in der Lage oder nicht willens ist, (...) Präferenzen zu formulieren.“<sup>16</sup> Schließlich unterscheidet sich eine Interviewsituation von natürlichen Interaktionen dadurch, dass sie sozial folgenlos bleibt.

Eine nicht zu unterschätzende Rolle spielt ferner die Stichprobenkonstruktion – nicht wenige Umfragen basieren auf nicht-repräsentativen Quoten-Stichproben oder es werden aus „Small N´s“ (kleinen

---

<sup>13</sup> s. hierzu Kromrey, H. (1983).

<sup>14</sup> s. hierzu auch Aust, B. (1994).

<sup>15</sup> Wasem, J. / Güther, B. (1998), S. 11.

<sup>16</sup> Andersen, H. H. / Schwarze, J. (2000), S. 50.

Fallzahlen) einfach „Big Conclusions“ (gewichtige Schlussfolgerungen) gezogen.<sup>17</sup>

Dennoch liefert eine vergleichende Ergebniszusammenfassung vorhandener Versichertenbefragungen Erkenntnisgewinne: Bei aller Vielfalt in Konzeption und Anlage lassen sich doch einheitliche Trends und Richtungen für die Gesundheitspolitik und Systemgestaltung erkennen, die im Folgenden vorgestellt werden.

---

<sup>17</sup> s. hierzu auch: Wasem, J. / Güther, B. (1998), S. 10.

### 3 **Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem**

Das Gesundheitssystem steht häufig negativ in den Schlagzeilen. Finanzierungsprobleme, Beitragserhöhungen, Ärztestreiks und Abrechnungsskandale dominieren die Berichterstattung in den Medien. Korrespondiert dieses Bild mit der Wahrnehmung und Bewertung der Bürger?

In Deutschland ist nahezu die gesamte Bevölkerung gegen das Krankheitsrisiko versichert, davon die überwiegende Mehrheit (etwa 90 %) durch die GKV. Einschlägige Studien zeigen deutlich, dass die Gesundheitspolitik einen wichtigen Stellenwert in der Bevölkerung hat. Die Gesundheitsreform bewegt „die Deutschen am meisten“<sup>18</sup>; die Mehrheit gibt an, „von den Reformvorschlägen gehört zu haben.“<sup>19</sup>

Empirische Analysen zu den Einstellungen, Erwartungen und Ansprüchen der Bürger und Versicherten an das Gesundheitssystem haben in der Vergangenheit ein relativ hohes Zufriedenheitsniveau und eine allgemeine Akzeptanz mit dem System ergeben.<sup>20</sup> Auch angesichts zunehmender öffentlicher Kritik am Gesundheitswesen fällt auf, dass die einzelnen Befragten im Allgemeinen ein positives Urteil abgaben. „Grundsätzlich gibt es bei allgemeinen Zufriedenheitsfragen eine starke Tendenz zu sehr positiven Antworten, die Höhe der Zufriedenheit variiert jedoch mit dem persönlichen Bezug

---

18 Infratest dimap (2003): „Andere Themen treten angesichts der Dominanz der Gesundheitspolitik deutlich in den Hintergrund. Dazu gehören sowohl die Ereignisse im Irak, die Diskussion um die Renten- und Steuerreform als auch die Situation auf dem Arbeitsmarkt.“

19 Allensbach (2003 a), S. 1.

20 s. hierzu Aust, B. (1994) und Ullrich, C. G. (2002 c), S. 523ff.

zum Thema.“<sup>21</sup> Dieses Phänomen hoher Zustimmungen in sozialwissenschaftlichen Zufriedenheitsuntersuchungen, die allgemeine Tendenz, bei Zufriedenheitsumfragen eher positive Urteile abzugeben, bestätigt sich derzeit an dieser Stelle nicht mehr.

Die aktuellen Reformbestrebungen der Bundesregierung zielen auf eine „grundlegende Reformierung“ des GKV-Systems.<sup>22</sup> Die Versicherten erleben „die zur Zeit größten strukturellen Veränderungen seit der Einführung der gesetzlichen Krankenversicherung (1883) und der Notstandsgesetzgebung am Ende der Weimarer Republik.“<sup>23</sup>

Analog dazu scheint sich auch ein Wandel der gesundheitspolitischen Einstellungen zu vollziehen. Die Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem bröckelt, Umfragen dokumentieren hier durchgängig einen Vertrauensverlust und Pessimismus bei vielen Bürgern. Noch Ende der neunziger Jahre bewertete die Mehrheit der Bevölkerung ihre Absicherung bei Krankheit eher positiv.<sup>24</sup>

Die folgende Darstellung allgemeiner Fragestellungen zur Systembewertung dokumentiert die derzeitige Stimmung und Haltung der Versicherten. Auch wenn die Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem jeweils unterschiedlich erhoben wurde (unterschiedliche Formulierungen, verschiedene Grundgesamtheiten etc.), wird deutlich, dass sich bei den Befragten Unsicherheit und Skepsis bemerkbar macht (s. *Tabelle 2*).

---

<sup>21</sup> Aust, B. (1994), S. 36, ferner: Newsletter der Bertelsmann-Stiftung, 1/ 02, S.2ff.

<sup>22</sup> Gesetzesentwurf zum GMG (Drucksache 15/1525) vom 08.09.2003, S. 1.

<sup>23</sup> Ahlstick, K. (1999), S. 2.

<sup>24</sup> s. Wohlfahrtssurvey (1998).

Tabelle 2

### Allgemeine Zufriedenheit mit dem deutschen Gesundheitssystem

| Auftraggeber         | Methode  | Zeitraum        | Fragestellung   | Ergebnis        |
|----------------------|--|-----------------|---|-----------------|
| Bertelsmann-Stiftung | n = 1.500<br>Bevölkerung zwischen 18 und 79 Jahre (schriftlicher Fragebogen) | Nov./Dez. 2001  | „Im Großen und Ganzen funktioniert unser Gesundheitswesen gut, nur kleine Verbesserungen sind notwendig.“ | 28 % Zustimmung |
| WIdO                 | n = 3.000<br>GKV-Mitglieder zwischen 16 und 65 Jahre (CATI)                  | März-April 2002 | „Das deutsche Gesundheitssystem bietet eine hochwertige Versorgung.“                                      | 52 % Zustimmung |
| TNS Emnid            | n = 1.000<br>Bevölkerung ab 14 Jahre (CATI)                                  | Dezember 2002   | Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem insgesamt*  | 38 % Zustimmung |

WIdO 2003

\*Die exakte Fragestellung liegt nicht vor.

Das Ergebnis der ersten Bevölkerungsbefragung im Rahmen des Bertelsmann-Gesundheitsmonitors (November/Dezember 2001) zeigt, dass nur 28 % der Befragten der Aussage „Im Großen und Ganzen funktioniert unser Gesundheitswesen gut, nur kleine Verbesserungen sind notwendig“ zustimmen. „Die große Mehrheit der Befragten von 58 % sieht, dass einschneidende Maßnahmen notwendig sind, und 11 % fordern, dass das Gesundheitswesen von Grund auf verändert werden muss.“<sup>25</sup>

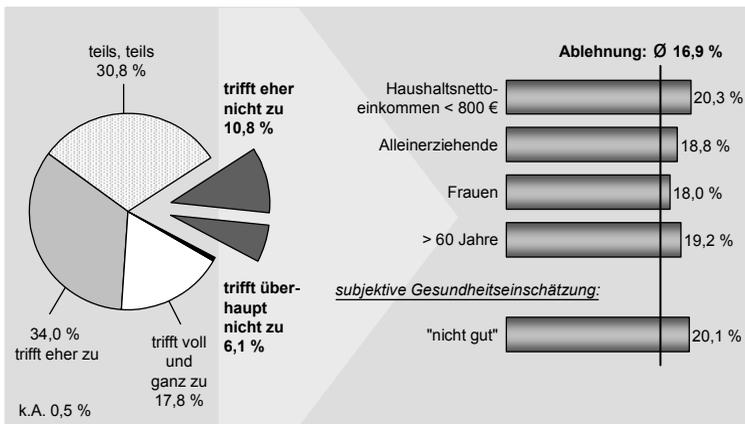
Der Anteilswert in der WIdO-Erhebung ist dagegen fast doppelt so hoch: Hier stimmt immerhin die Hälfte der Befragten zu (51,8 %). Die hohe Zustimmung ist zum einen ein Effekt unterschiedlicher Grundgesamtheiten (in der WIdO-Erhebung werden nur GKV-Mitglieder befragt, wobei der Altersrange zwischen 16 und 65 Jahren liegt) und zum anderen ist anders gefragt worden. Hier ging es nicht um die Verbesserungsnotwendigkeit des Systems, sondern die Aussage lautete: „Das deutsche Gesundheitssystem bietet eine hochwertige Versorgung“. Aber auch hier zeigt sich ein Drittel der befragten

<sup>25</sup> Bertelsmann-Stiftung (o. J.), S. 14.

GKV-Mitglieder unsicher (30,8 %) und 16,9 % äußern sich ablehnend (s. *Abbildung 1*). Es zeigt sich, dass bei Personen, die älter als 60 Jahre sind bzw. ihren Gesundheitszustand<sup>26</sup> subjektiv als vergleichsweise schlecht einstufen, die Bewertung noch kritischer ausfällt: Jeder Fünfte (19,2 % und 20,1 %) äußert sich skeptisch. Auch bei Personen, die ein geringes Haushaltsnettoeinkommen angeben bzw. alleinerziehend sind, ist die ablehnende Haltung überdurchschnittlich hoch (20,3 % und 18,8 %).

Abbildung 1

### Das deutsche Gesundheitssystem bietet eine hochwertige Versorgung.



Quelle: GKV-Monitor 2002

n = 3.000

<sup>26</sup> Der Gesundheitszustand wurde durch Selbsteinschätzung der Befragten auf einer Skala von eins (Gesundheitszustand sehr gut) bis fünf (Gesundheitszustand sehr schlecht) ermittelt. Ergebnisse mehrerer Studien (z. B. Wohlfahrtssurvey, SOEP) zeigen, dass Selbsteinschätzung als valider Faktor für den objektiven Gesundheitszustand gelten kann. S. z. B. Statistisches Bundesamt (1999), S. 465ff. und (2002), S. 474ff. ferner: Blaxter, M. / Prevost, A. T. (1993) und Ahlstick, K. (1999), S. 114ff.

Eine Emnid-Umfrage macht gar eine wachsende Verunsicherung unter den Versicherten aus. „Die Angst, im Notfall nicht bestmöglich behandelt zu werden, wird immer größer.“<sup>27</sup> Auch hier sind nur 38 % der Befragten mit dem Gesundheitssystem insgesamt zufrieden.

Die Skepsis hinsichtlich der Leistungsfähigkeit der Gesundheitsversorgung ist groß. Umfragen dokumentieren deutlich, dass die Zugänglichkeit zum Gesundheitssystem in den Augen der Bürger als eingeschränkt wahrgenommen wird (s. *Tabelle 3*).<sup>28</sup> Die Befragungen belegen, dass in der Bevölkerung mehrheitlich die Auffassung einer Zwei-Klassen-Medizin besteht. Drei Studien (Allensbach, VFA und DAK) haben explizit danach gefragt und kommen zu ähnlich hohen Zustimmungswerten.

Tabelle 3

| <b>Zwei-Klassen-Medizin</b> |   |                    |  |                    |
|-----------------------------|---|--------------------|--|--------------------|
| <b>Auftraggeber</b>         | <b>Methode</b>  | <b>Zeitraum</b>    | <b>Fragestellung</b>   | <b>Ergebnis</b>    |
| Allensbach                  | n = 1.073<br>Bevölkerung<br>ab 16 Jahre<br>(Face to face) | März-April<br>2002 | Listenauswahl:<br>„Es wird immer mehr zu einer<br>2-Klassen-Medizin kommen.“ | 70 %<br>Zustimmung |
| VFA                         | n = 1.687<br>GKV-Versicherte<br>(CATI)                    | August<br>2002     | „In Deutschland gibt es eine<br>Zwei-Klassen-Medizin.“                       | 69 %<br>Zustimmung |
| DAK                         | n = 1.030<br>Bundesbürger<br>(CATI)                       | August<br>2002     | Zwei-Klassen-System *  | 81 %<br>Zustimmung |

WIdO 2003

\*Die exakte Fragestellung liegt nicht vor.

<sup>27</sup> Schöppner, K.-P. (2002), S. 3. Leider liegt hier keine Veränderungsmessung vor.

<sup>28</sup> Ältere Umfrageergebnisse zu diesem Punkt referieren Wasem, J. / Güther, B. (1998), S. 39. Zur Erfahrung von Versicherten mit Leistungsabkehrung und Rationierung s. auch: Braun, B. (2000).

Nach Allensbach sieht die Mehrheit (70 %) der Befragten „Deutschland auf dem Weg in eine Zwei-Klassen-Medizin, bei der Wohlhabende Gesundheit kaufen können, während die übrige Bevölkerung eine kontinuierliche Verschlechterung der Gesundheitsversorgung hinnehmen muss.“<sup>29</sup>

Auch im Rahmen der ein halbes Jahr später durchgeführten Umfrage des VFA wird dieses Ergebnis bestätigt. Hier stimmen ebenfalls zwei Drittel der GKV-Versicherten (69 %) der Aussage zu, dass es in Deutschland eine Zwei-Klassen-Medizin gibt.<sup>30</sup>

Nach den Ergebnissen des DAK-Gesundheitsbarometers „befürchtet die Mehrheit (81 %) eine Zwei-Klassen-Medizin“.<sup>31</sup> Dabei liegen die Anteilswerte der Besserverdienenden und Älteren über dem Durchschnitt.

Die WIdO-Fragestellung zum Thema setzt mit der Formulierung „Das deutsche Gesundheitssystem bietet jedem Versicherten ein hohes Qualitätsniveau an Leistungen“ einen anderen Stimulus, weist aber im Ergebnis in die gleiche Richtung (s. *Abbildung 2*). Noch nicht mal ein Drittel (29,6 %) der Befragten sind davon überzeugt, dass im deutschen Gesundheitssystem jeder Versicherte Leistungen mit hoher Qualität erhält. Rund ein Drittel (28,2 %) lehnt diese Aussage ab; rechnet man den Anteil der Unschlüssigen (41,5 %) hinzu, sieht die Mehrheit der befragten GKV-Mitglieder (69,7 %) das System vielmehr auf dem Weg in eine Zwei-Klassen-Medizin. Die Auswertung nach Bevölkerungsgruppen zeigt deutlich, dass vor allem Ältere und Personen mit gesundheitlichen Problemen der vorgetragenen Aussage nicht zustimmen. Bezieher höherer Einkommen und Menschen mit gehobener Schulbildung sehen ebenfalls Ungleichheit und Bevorzugung. Auch zwischen den Geschlechtern gibt es Unter-

---

<sup>29</sup> Allensbach (2002), S. 3.

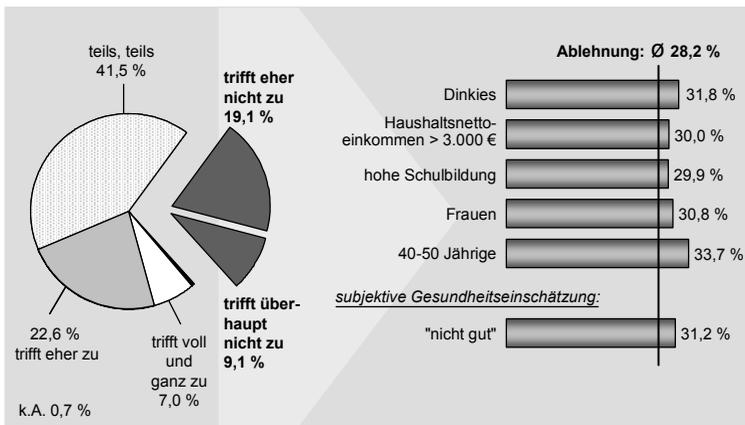
<sup>30</sup> s. VFA (2002), S. 5.

<sup>31</sup> DAK (2002), S. 2.

schiede in der Beurteilung: Frauen bewerten die Aussage deutlich kritischer als Männer (30,8 % bzw. 24,6 % Ablehnung).

Abbildung 2

**Das deutsche Gesundheitssystem bietet jedem Versicherten ein hohes Qualitätsniveau an Leistungen.**



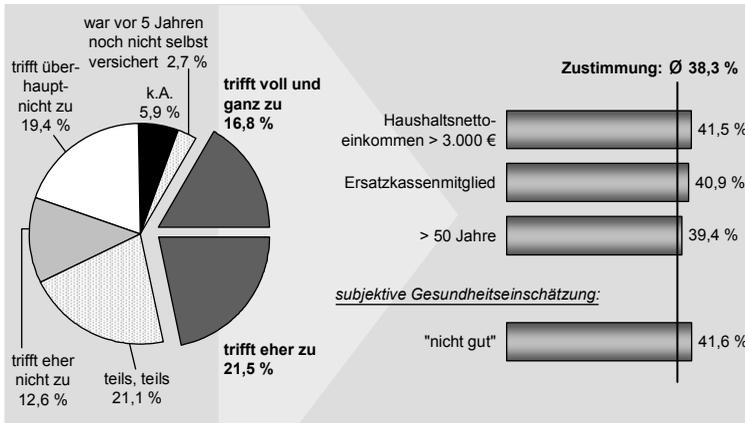
Quelle: GKV-Monitor 2002

n = 3.000

Der Blick zurück offenbart ebenso schlechte Erfahrungen und Unzufriedenheit mit dem GKV-System: Fast 40 Prozent der befragten Krankenkassenmitglieder nehmen eine Verschlechterung ihres Versicherungsschutzes wahr – obwohl in den letzten Jahren (seit dem 2. NOG 1997 bis zum Befragungszeitpunkt) keine gesetzlichen Leistungskürzungen erfolgt waren (s. *Abbildung 3*). Diese negative Bewertung der letzten Jahre zeigt sich überdurchschnittlich bei Befragten mit schlechter Gesundheit (41,6 %), aber auch bei Personen, die ein hohes Haushaltsnettoeinkommen angegeben haben (41,5 %). Befragte Mitglieder der Ersatzkrankenkassen sind ebenfalls mit 40,9 % überdurchschnittlich der Meinung, dass ihre Krankenkasse im Vergleich zu vor fünf Jahren einen schlechteren Versicherungsschutz bietet.

Abbildung 3

**Meine Krankenkasse bietet im Vergleich zu vor fünf Jahren einen schlechteren Versicherungsschutz.**



Quelle: GKV-Monitor 2002

n = 3.000

Die aktuelle Repräsentativumfrage der Continentale Krankenversicherung spricht von einer Zunahme wahrgenommener Leistungseinschränkungen bei den Versicherten. „Leistungseinschränkungen – ob durch Verweigerung oder Reduzierung von Leistungen oder die Forderung, privat für Leistungen zu bezahlen – müssen 37 Prozent der GKV-Versicherten hinnehmen.“<sup>32</sup> Hier wurden am häufigsten „Rezepte“ (73 %) und „Einschränkungen bei Behandlungen“ (49 %) genannt. Ferner gaben zwei Fünftel (44 %) der befragten GKV-Versicherten an, dass sie die Behandlung ganz oder teilweise privat zahlen sollten.

<sup>32</sup> Continentale (2003), S. 11f. Zur Erfahrung von Leistungsablehnungen in weiter zurückliegenden Umfragen s. auch: Braun, B. (2000).

Aber auch die Zukunftserwartungen sind von Zweifel und Unsicherheit geprägt, – die Mehrheit der Bevölkerung befürchtet eine Verschlechterung des Gesundheitssystems (s. *Tabelle 4*).

Tabelle 4

**Erwartete Entwicklung im Gesundheitssystem**

| Auftraggeber | Methode  | Zeitraum           | Fragestellung  | Ergebnis                   |
|--------------|--|--------------------|--|----------------------------|
| Forsa        | n = 1.000<br>Bundesbürger<br>ab 14 Jahre<br>(CATI)                   | August<br>2001     | „Die Gesundheitsversorgung wird sich in den nächsten 5 Jahren ...“       | „... verschlechtern“: 69 % |
| WiDO         | n = 3.000<br>GKV-Mitglieder<br>zwischen<br>16 und 65 Jahre<br>(CATI) | März-April<br>2002 | „Das Gesundheitssystem wird sich in den nächsten 5 Jahren insgesamt ...“ | „... verschlechtern“: 59 % |

WiDO 2003

Bei der von Forsa durchgeführten Umfrage zur Gesundheitspolitik erwarten nur 15 % der befragten Bundesbürger eine Verbesserung der Gesundheitsversorgung, die Mehrheit (69 %) rechnet mit einer Verschlechterung und 13 % erwarten, dass alles gleich bleibt.

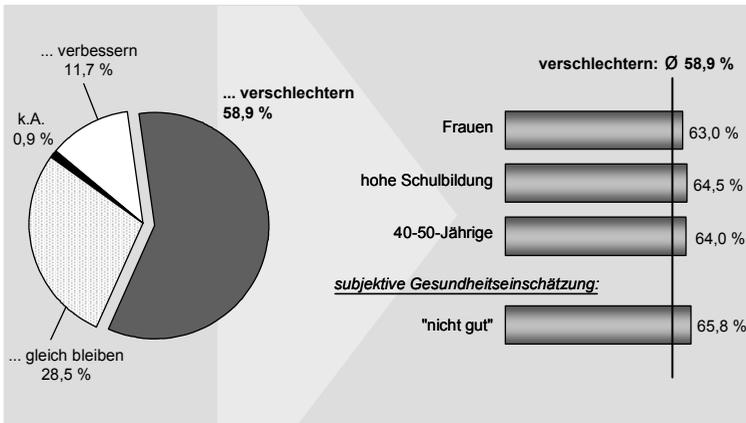
Das Ergebnis des ein halbes Jahr später (März-April 2002) durchgeführten GKV-Monitors zeigt eine ähnliche Tendenz. Auch wenn sich die Aussage hier auf das „Gesundheitssystem“ und nicht die „Gesundheitsversorgung“ bezieht und nicht „Bundesbürger“ sondern „GKV-Mitglieder“ befragt wurden, ist die Richtung gleich: Auch hier ist die Mehrheit der Befragten (58,9 %) der Ansicht, dass sich das Gesundheitssystem insgesamt in den nächsten fünf Jahren verschlechtern wird (s. *Abbildung 4*). Lediglich 11,7 % glauben an eine Verbesserung und 28,5 % meinen, dass alles gleich bleibt.

Demographische Analysen zeigen, dass die Zukunftsängste bei Frauen (63,0 %), und Befragten mittleren Alters (64,0 %) überdurchschnittlich ausgeprägt sind. Das gilt ferner für Versicherte mit hoher Schulbildung (64,5 %) und Personen mit vergleichsweise schlech-

tem Gesundheitszustand (65,8 %). Die Auswertung der Sonntagsfrage zu diesem Punkt ergab insbesondere bei Anhängern der Grünen den größten Anteil an Pessimisten (65,2 %).

Abbildung 4

**Das Gesundheitssystem wird sich in den nächsten fünf Jahren insgesamt...**



Quelle: GKV-Monitor 2002

n = 3.000

Hinsichtlich der künftigen Entwicklung der Krankenkassenbeiträge ergeben die Umfragen ein einheitliches Bild: Die Bevölkerung rechnet durchgängig mit weiter steigenden Beiträgen für die gesetzliche Krankenversicherung (s. Tabelle 5).

Tabelle 5

**Erwartete Entwicklung der Beitragssätze**

| Auftraggeber  | Methode   | Zeitraum            | Fragestellung  | Ergebnis   |
|---------------|---|---------------------|--|--|
| Janssen-Cilag | n = 1.000<br>GKV-Versicherte:<br>500 Personen<br>zwischen 25 - 34<br>Jahre und<br>500 Personen<br>zwischen<br>60 - 69 Jahre<br>(Face-to-Face) | 1. Halbjahr<br>2001 | „Wie wird sich Ihr Krankenversicherungsbeitrag in den nächsten Jahren entwickeln?“ | etwas/stark erhöht werden: 76 %<br>etwas/stark sinken: 1 %<br>gleich bleiben: 23 % |
| Forsa         | n = 1.000<br>Bundesbürger<br>ab 14 Jahre<br>(CATI)  | August<br>2001      | Erwartete Entwicklung der Krankenkassenbeiträge in den nächsten 2 Jahren*          | Erhöhung ja: 80 %<br>Erhöhung nein: 13 %   |
| WIdO          | n = 3.000<br>GKV-Mitglieder<br>zwischen 16 und<br>65 Jahre<br>(CATI)  | August<br>2001      | „Werden die Krankenkassenbeiträge...“  | „... steigen?“: 91 %<br>„... sinken?“: 2 %<br>„... gleich bleiben?“: 7 %           |

WIdO 2003

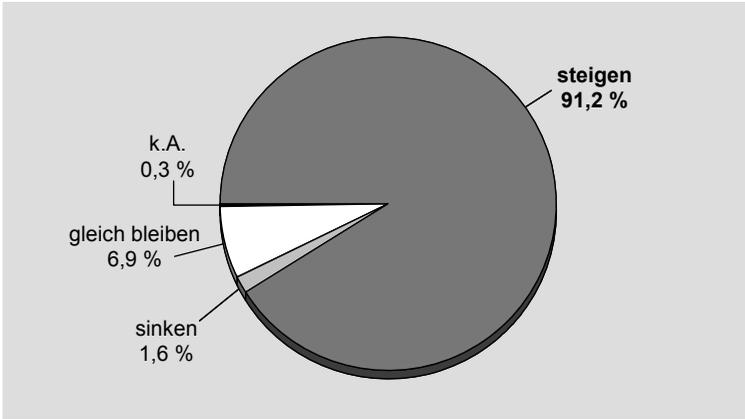
\*Die exakte Fragestellung liegt nicht vor.

Bei Janssen-Cilag und Forsa votierten immerhin noch 23 % bzw. 13 % der Befragten für ein gleichbleibendes Niveau der Krankenkassenbeiträge, was möglicherweise ein Effekt der jeweiligen Grundgesamtheit ist – die Befragten sind „GKV-Versicherte“ bzw. „Bundesbürger“. In der WIdO-Umfrage wurden ausschließlich Mitglieder (d. h. Beitragszahler) befragt, hier rechnen neun von zehn Befragten mit steigenden Kassenbeiträgen (s. *Abbildung 5*). „Mit sinkenden Beiträgen zur GKV rechnet praktisch niemand.“<sup>33</sup> Dabei zieht sich der Beitragspessimismus der Kassenmitglieder durch alle demographischen Subgruppen.

<sup>33</sup> Janssen-Cilag (2002) S. 5, Forsa (2001), S. 15.

Abbildung 5

**Werden die Beitragssätze steigen, sinken oder gleich bleiben?**



Quelle: GKV-Monitor 2002

n = 3.000

Aber auch hinsichtlich der versicherten Leistungen ist die Sorge groß, im Ernstfall unzureichend versorgt zu werden: Nach den Ergebnissen des GKV-Monitors rechnen die Krankenkassenmitglieder sowohl mit Einbußen bei der Quantität (71,2 %) als auch bei der Qualität der GKV-Leistungen (63,5 %). Insbesondere bei Personen mit gesundheitlichen Problemen ist die Befürchtung groß, dass sich die Leistungsqualität verschlechtert (71,4 %).

Interessant ist, dass die Umfrageergebnisse durchweg deutlich zeigen, dass – bei allem geäußerten Pessimismus – Einschränkungen des versicherten Leistungsspektrums nach wie vor abgelehnt werden. „Nur jeder fünfte Deutsche hält den Vorschlag, die Leistungen der Krankenversicherung auf die unbedingt notwendigen Grundleistungen zu beschränken, für gut.“ Lediglich „Privatversicherte und vor allem Selbständige finden den Vorschlag etwas häu-

figer gut als andere Gruppen.“<sup>34</sup> Alle Umfragen kommen zu einem ähnlichen Ergebnis: Nur eine Minderheit der Befragten ist bereit, bei geringeren Krankenkassenbeiträgen auf Leistungen zu verzichten.

Denn vor die Alternative gestellt, zu zahlen oder zu verzichten, also entweder auf Leistungen zu verzichten oder höhere Beiträge zu bezahlen, votieren die Versicherten durchweg für höhere Beiträge.<sup>35</sup> Diese Frage ist nahezu im Rahmen sämtlicher aktueller Umfragen gestellt worden und überall hat sich durchgängig eine deutliche Mehrheit der Befragten jeweils für höhere Beiträge entschieden (s. *Tabelle 6*).

Janssen-Cilag konstatiert „keine Mehrheit für Eindämmung der Beitragsbelastung.“<sup>36</sup> „Ein Abbau von Leistungen zugunsten stabiler Beiträge entspricht nicht den Wünschen der Mehrheit der Bürger.“<sup>37</sup>

Forsa kommt ebenfalls zu dem Ergebnis: „Wenn die Versicherten die Wahl hätten zwischen einer Beitragserhöhung und einer Leistungssenkung, würden die meisten (78 %) die Erhöhung des Krankenkassenbeitrages vorziehen.“<sup>38</sup>

Im Rahmen der WIdO-Erhebung votiert ebenfalls die Mehrheit der GKV-Mitglieder im Entscheidungsfall für höhere Beiträge. Vor die Wahl gestellt, eher auf Leistungen zu verzichten oder höhere Beiträge zu bezahlen, spricht sich knapp ein Fünftel der Befragten (19,4 %) für Leistungsverzicht aus. Die Mehrheit (70,7 %) der GKV-Mitglieder wäre bereit, eher höhere Beiträge zu bezahlen als Leis-

---

<sup>34</sup> Forsa (2001), S. 16.

<sup>35</sup> Im Hinblick auf weiter zurückliegende Umfragen s. auch: Andersen, H. H. / Schwarze, J. (2000) S. 49f. und Wasem, J. / Güther, B. (1998), S. 54 und 64.

<sup>36</sup> Janssen-Cilag (2002), S. 6.

<sup>37</sup> ebda. (2002), S. 36.

<sup>38</sup> Forsa (2001), S. 18.

tungseinschränkungen hinzunehmen. 9,9 % der Befragten fällten keine Entscheidung (s. *Abbildung 6*).

Tabelle 6

**Beitragserrhöhung vs. Leistungskürzungen**

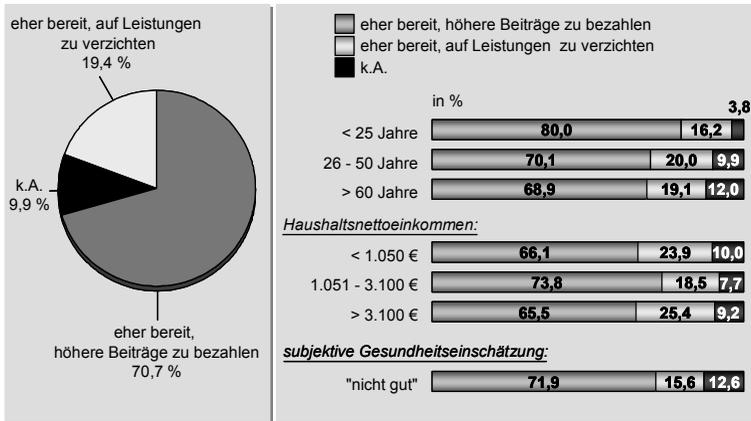
| Auftraggeber  | Methode  | Zeitraum            | Fragestellung  | Ergebnis   |
|---------------|--|---------------------|--|--|
| Janssen-Cilag | n = 1.000<br>GKV-Versicherte:<br>500 Personen<br>zwischen 25 - 34<br>und 500 Personen<br>zwischen<br>60 - 69 Jahre<br>(Face-to-Face) | 1. Halbjahr<br>2001 | „Worum sollte sich<br>die Gesundheits-<br>politik vor allem<br>kümern?“  | Um gleich bleibende<br>Beiträge: 20 %<br>um mehr medizinische<br>Leistungen: 36 %<br>beides gleichzeitig: 44 % |
| Forsa         | n = 1.000<br>Bundesbürger<br>ab 14 Jahre<br>(CATI)   | August<br>2001      | „Wäre Ihnen eine<br>Leistungssenkung<br>statt einer Erhöhung<br>des Krankenkassen-<br>beitrages lieber?“   | „Ja“: 16 %<br>„Nein“: 78 %   |
| WIdO          | n = 3.000<br>GKV-Mitglieder<br>zwischen 16 und<br>65 Jahre (CATI)  | März/April<br>2002  | „... Würden Sie eher<br>bereit sein, auf Lei-<br>stungen zu verzich-<br>ten, oder eher bereit<br>sein, höhere Beiträ-<br>ge zu bezahlen?“                              | auf Leistungen<br>verzichten: 19 %<br>höhere Beiträge<br>bezahlen: 71 %  |
| Spiegel       | n = 1.000<br>Bundesbürger  | September<br>2002   | „Welchen Weg zur<br>Sanierung der Kas-<br>sen würden Sie<br>vorziehen?“  | Geringere<br>Leistungen: 28 %<br>Höhere Beiträge: 48 %   |
| Gothaer       | n = 1.244<br>Bundesbürger<br>ab 14 Jahre<br>(CATI)   | Oktober<br>2002     | „Ich würde lieber<br>geringere Kranken-<br>kassenbeiträge zah-<br>len und dafür auf<br>staatlich garantierte<br>Leistungen verzich-<br>ten.“                           | Zustimmung: 24 %<br>Ablehnung: 72 %  |
| Continental   | n = 1.247<br>Bundesbürger ab<br>25 Jahre (CATI)  | September<br>2003   | „Welche der beiden<br>folgenden Möglich-<br>keiten, die finanzielle<br>Situation der gesetz-<br>lichen Krankenversi-<br>cherung zu verbes-<br>sern bevorzugen<br>Sie?“ | Leistungskürzung: 31 %<br>höhere Beiträge: 47 %  |

WIdO 2003

an 100 fehlende Prozent: „weiß nicht“/keine Angabe

Abbildung 6

**Leistungsverzicht oder höhere Beiträge?**



Quelle: GKV-Monitor 2002

n = 3.000

In der soziodemographischen Differenzierung ist ein deutlicher Alterseffekt erkennbar: Die Bereitschaft höhere Beiträge zu bezahlen ist bei jungen Leuten deutlich höher (unter 25-Jährige: 80,0 %) als bei älteren Versicherten (über 60 Jahre: 68,9 %).

Auch die Auswertung nach Einkommensgruppen zeigt Abweichungen von den Durchschnittswerten: Während sich Mitglieder mit einem mittleren Haushaltsnettoeinkommen überdurchschnittlich oft für höhere Beiträge entscheiden, ist sowohl bei den Besserverdienenden als auch bei den weniger gut Verdienenden rd. ein Viertel der Befragten eher bereit, auf Leistungen zu verzichten.

Befragte mit einem hohen Bildungsstand votieren mit 23,3 % für einen Leistungsverzicht und mit 64,5 % für höhere Beiträge. Personen, die ihre Gesundheit als „nicht gut“ angeben, sind ebenfalls deutlich für die Alternative „höhere Beiträge“ – hier finden sich aber auch die meisten „Unentschlossenen“ (12,6 %).

Die verschiedenen Berufsgruppen weichen nicht voneinander ab. Auffällig sind lediglich Selbständige: Bei ihnen ist die Bereitschaft für einen Leistungsverzicht am größten (27,5 %), bei (Früh-)Rentnern dagegen am niedrigsten (15,2 %).

Die Analyse nach Parteipräferenzen („Sonntagsfrage“) ergibt, dass Wähler, die mit der SPD bzw. mit den Grünen sympathisieren, jeweils deutlich vom Durchschnitt abweichen: SPD-Wähler erreichen mit 78,9 % Zustimmung für höhere Beiträge den höchsten und mit 15,5 % Zustimmung für einen Leistungsverzicht den niedrigsten Wert. Anhänger der Grünen dagegen stimmten lediglich mit 66 Prozent für höhere Beiträge, ein Viertel (24,1 %) votiert für einen Leistungsverzicht.

Eine ein halbes Jahr später durchgeführte Umfrage des Spiegel ergab – bezogen auf die Grundgesamtheit der Bundesbürger – eine geringere Zustimmung für Beitragserhöhungen. „Bei den gesetzlichen Krankenkassen drohen nach Milliardendefiziten nun Beitragserhöhungen. Welchen Weg zur Sanierung der Kassen würden Sie vorziehen – höhere Beiträge oder geringere Leistungen?“ Hier entschieden sich 48 % der Befragten für höhere Beiträge und 28 % für geringere Leistungen.<sup>39</sup>

Die Fragestellung der Gothaer Versicherung „Ich würde lieber geringere Krankenkassenbeiträge zahlen und dafür auf staatlich garantierte Leistungen verzichten“ führte zu 72,0 % Ablehnung bei den Befragten, die gesetzlich krankenversichert sind.<sup>40</sup> Eine weitere Frage in derselben Erhebung ergab, dass fast die Hälfte der Befragten (48,5 %) darüber hinaus bereit ist, höhere Krankenkassen-

---

<sup>39</sup> s. NFO-Infratest-Umfrage für den Spiegel vom 3.-5.09.02; an 100 fehlende Prozent: „weiß nicht/keine Angabe“, in: Der Spiegel, vom 09.09.02, S. 22.

<sup>40</sup> s. Gothaer Versicherung (2002), S. 49.

beiträge zu zahlen, wenn nur das gegenwärtige Leistungsniveau erhalten bleiben kann.<sup>41</sup>

Auch nach der repräsentativen Befragung der Continentale Krankenversicherung a. G. „setzt die Bevölkerung auf Beitragserhöhung statt Leistungskürzung.“ Auf die Frage: „Um die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung zu verbessern, plant die Bundesregierung eine Reihe von Reformen. Wenn Sie sich entscheiden müssten: Welche der beiden folgenden Möglichkeiten, die finanzielle Situation der gesetzlichen Krankenversicherung zu verbessern, bevorzugen Sie?“ sprechen sich „47 Prozent der Befragten für eine Beitragserhöhung aus. Nur 31 Prozent halten dagegen Leistungskürzungen für die richtige Medizin gegen die Finanzmisere.“<sup>42</sup>

Die Umfrageergebnisse belegen somit durchgängig, dass sich für eine einseitige Gesundheitspolitik der Kostendämpfung und Beitragssenkung durch Leistungseinschränkung keine Mehrheit findet. „Die Mehrheit der Versicherten wäre durchaus zu höheren Beiträgen bereit, wenn dafür auch ein Mehr an Versorgungsqualität und Teilhabe an therapeutischer Innovation herauskommt.“<sup>43</sup>

---

<sup>41</sup> s. Gothaer Versicherung (2002), S. 46.

<sup>42</sup> Continentale (2003), S. 28f.

<sup>43</sup> SVRKAiG (2003), Ziffer 47.



## 4 Bewertung von Solidarelementen

Die gesetzliche Krankenversicherung orientiert sich im Unterschied zur privaten Krankenversicherung am „Solidarprinzip“. Die Versicherten zahlen einen Krankenkassenbeitrag in Abhängigkeit vom Einkommen und haben im Krankheitsfall Anspruch auf dieselben gesetzlich vorgeschriebenen Leistungen.

Repräsentativumfragen bestätigen durchgängig eine starke Verankerung des Solidarprinzips in der Bevölkerung.<sup>44</sup> Qualitative Untersuchungen zeigen ebenfalls eine grundsätzliche Bejahung des Solidarprinzips in der GKV.<sup>45</sup> Dabei wird deutlich, dass sich die hohe Akzeptanz auf alle distributiven Komponenten des Solidarprinzips bezieht. Gewisse Differenzierungen in der Akzeptanz bzw. Unterstützung des Solidarprinzips zeigen sich „in der Abhängigkeit von der jeweiligen Betroffenheit, vor allem zwischen Gebern und Nehmern, zwischen Begünstigten und Belasteten. Die sich aus der Wahrnehmung der eigenen Betroffenheit und Interessenlage ergebenden Differenzen bleiben relativ gering. (...) Generell zeigen sich (...) deutliche Effekte des sozioökonomischen Status auf die Solidarbereitschaft: Mit steigendem sozialen Status verschiebt sich das Gewicht stark weg von Positionen, die das jetzige System befürworten, allerdings nicht in Richtung auf eine private Risikoversicherung nach dem Äquivalenzprinzip (...), sondern in Richtung auf den Wunsch nach Einführung von Grund- und Wahlleistungen.“<sup>46</sup>

---

<sup>44</sup> s. zusammenfassend: SVRKAiG (2003), Ziffern 42ff., für weiter zurückliegende Umfragen: Wasem, J. / Güther, B. (1998), S. 59ff.

<sup>45</sup> Ullrich, C. G. (1996, 2002 a), s. ferner: Knappe, E. / Weissberger, D. (2003).

<sup>46</sup> SVRKAiG (2003), Ziffer 44f.

Eine Erhebung bei freiwillig versicherten GKV-Mitgliedern<sup>47</sup> belegt ebenfalls eine Präferenz für das Solidarprinzip. Diese Versicherten-gruppe, die grundsätzlich auch die Möglichkeit hat, in die PKV zu wechseln, wurde zu wesentlichen Kennzeichen der privaten Krankenversicherung befragt (Kenntnis und Bewertung). Bei der Bewertung<sup>48</sup> der charakteristischen Merkmale privater Krankenversicherungen wurden einige typische Aspekte des Äquivalenzprinzips thematisiert, die im Folgenden dargestellt werden.

⇒ **Die Beitragshöhe in der privaten Krankenversicherung ist abhängig von Geschlecht, Alter und Gesundheitszustand.**

Die Beitragsbemessung in der PKV nach Geschlecht, Alter und Gesundheitszustand der Mitglieder wird mehrheitlich kritisch beurteilt. Lediglich ein Viertel der freiwillig versicherten GKV-Mitglieder bewertet den Sachverhalt: „In der privaten Krankenversicherung richtet sich die Höhe Ihres Beitrages nicht nach Ihrer persönlichen Finanzkraft, sondern nach Kriterien wie Geschlecht, Lebensalter sowie Gesundheitszustand zum Eintrittszeitpunkt“ positiv (24,4 %). Die Mehrheit der Befragten ist indifferent (31,6 %) bzw. ablehnend eingestellt (42,7 %) (s. *Abbildung 7*). Der Anteil der ablehnenden Bewertung ist bei älteren Personen (über 45 Jahre: 46,7 %), Frauen (51,1 %) und Befragten, die sich gesundheitlich „nicht gut“ fühlen (63,5 %), überdurchschnittlich hoch.

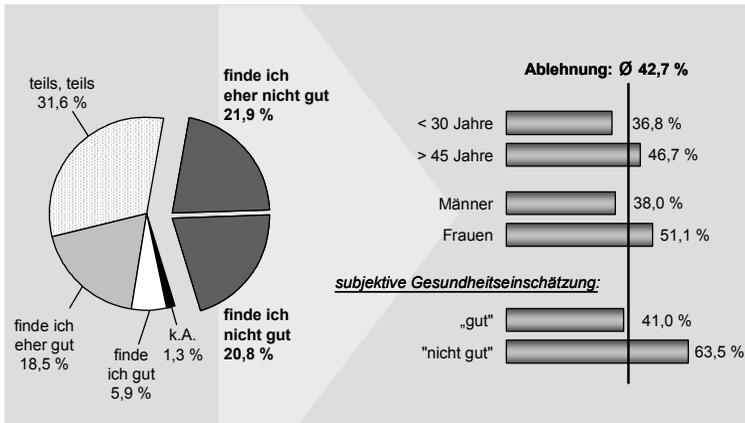
---

<sup>47</sup> In der GKV sind lt. Mitgliederstatistik rd. 13,1 % der Mitglieder freiwillig versichert. Die freiwillig Versicherten setzen sich hauptsächlich aus Selbstständigen sowie Arbeitern und Angestellten zusammen, deren Arbeitsentgelt die Versicherungspflichtgrenze übersteigt. Sie wurde durch das Beitragssicherungsgesetz von monatlich 3.375 Euro in 2002 auf monatlich 3.825 Euro in 2003 erhöht.

<sup>48</sup> Die Bewertung der einzelnen Kennzeichen wurde auf einer 5er-Skala vorgenommen. Die Befragten waren aufgefordert, ihre Wertung auf einer Rangskala von „1“ („finde ich gut“) bis „5“ („finde ich nicht gut“) anzugeben.

Abbildung 7

**In der privaten Krankenversicherung richtet sich die Höhe Ihres Beitrages nicht nach Ihrer persönlichen Finanzkraft, sondern nach Kriterien wie Geschlecht, Lebensalter sowie Gesundheitszustand zum Eintrittszeitpunkt.**



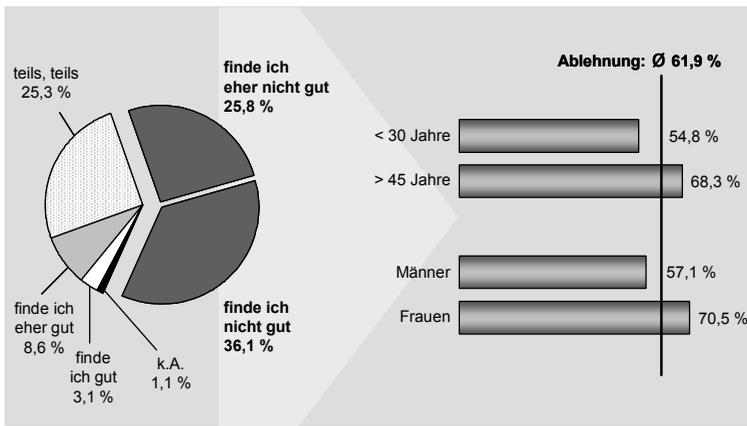
Quelle: GKV-Monitor 2002 n = 1.000 freiwillig versicherte GKV-Mitglieder

⇒ **In einer privaten Krankenversicherung zahlen in der Regel Frauen mehr als Männer und Ältere mehr als Junge.**

Die Mehrheit der freiwillig Versicherten (61,9 %) bewertet den Sachverhalt negativ, dass bei einem privaten Anbieter in der Regel Frauen und Ältere mehr für die Krankenversicherung bezahlen (s. *Abbildung 8*). In den betroffenen Personengruppen – Ältere (über 45 Jahre) und Frauen – ist der Anteil kritischer Stimmen deutlich höher (68,3 % und 70,5 %) als bei Jüngeren und Männern.

Abbildung 8

**Im Gegensatz zur gesetzlichen Krankenversicherung zahlen in einer privaten Krankenversicherung in der Regel Frauen mehr als Männer und Ältere mehr als Junge.**



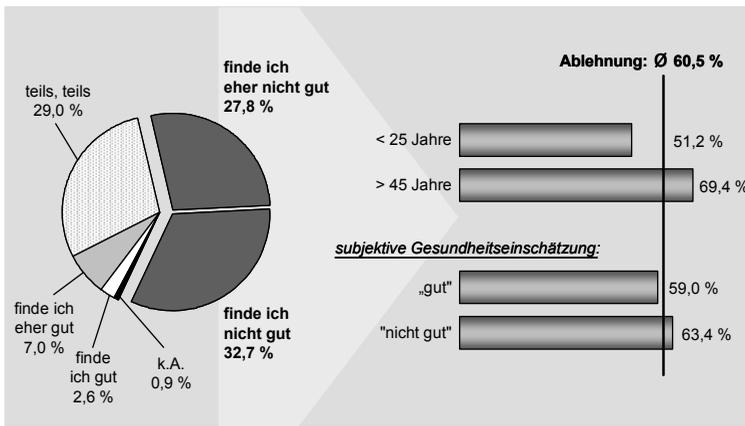
Quelle: GKV-Monitor 2002 n = 1.000 freiwillig versicherte GKV-Mitglieder

⇒ **Bei einer privaten Krankenversicherung ziehen eventuelle Vorerkrankungen Leistungsausschlüsse nach sich, wenn sie nicht durch einen höheren Beitrag versichert werden.**

Nahezu zwei Drittel der freiwillig Versicherten (60,5 %) kritisieren, dass die Anbieter privater Krankenversicherungen mögliche Leistungsausschlüsse bei Vorerkrankungen vornehmen können (s. *Abbildung 9*). Die Kritik an Leistungsausschlüssen ist bei Befragten, die ihre Gesundheit selbst als „nicht gut“ bezeichnen, mit 63,4 % größer als bei denjenigen, die ihren Gesundheitszustand mit „gut“ bzw. „mittel“ einstufen (59,0 %). Bei älteren Personen steigt der Anteil der Ablehnung auf 69,4 % an.

Abbildung 9

**Bei einer privaten Krankenversicherung ziehen Ihre eventuellen Vorerkrankungen Leistungsausschlüsse nach sich, wenn sie nicht durch einen höheren Beitrag versichert werden.**



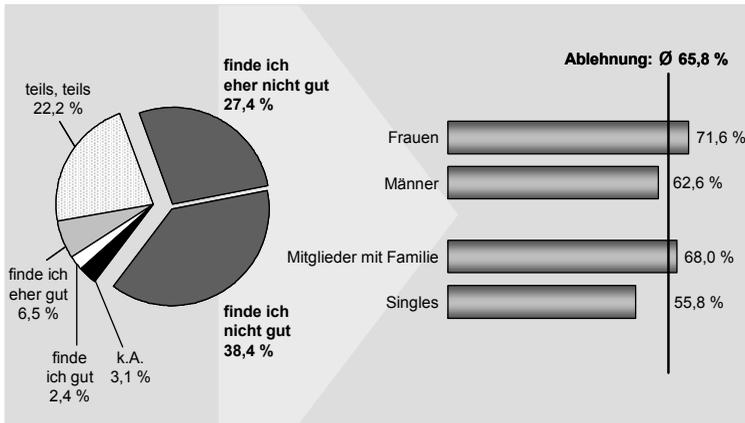
Quelle: GKV-Monitor 2002 n = 1.000 freiwillig versicherte GKV-Mitglieder

⇒ **In einer privaten Krankenversicherung besteht keine Beitragsfreiheit bei Mutterschaft und Erziehungsurlaub, wie das in der GKV der Fall ist.**

In der PKV müssen i. d. R. auch während Mutterschaft und Erziehungsurlaub Beiträge bezahlt werden – zwei Drittel der freiwillig Versicherten (65,8 %) bewerten dies negativ (s. Abbildung 10). Vor allem Frauen (71,6 %) kritisieren die fehlende Beitragsfreiheit während Mutterschaft und Erziehungsurlaub überdurchschnittlich. Deutliche Unterschiede zeigen sich auch bei der Berücksichtigung des Familienstandes: Bei freiwillig versicherten Mitgliedern mit Familie (und Kindern) liegt die Ablehnung bei 68,0 %, bei Singles dagegen ist sie deutlich unterdurchschnittlich (55,8 %).

Abbildung 10

**In einer privaten Krankenversicherung besteht keine Beitragsfreiheit bei Mutterschaft und Erziehungsurlaub, wie das in der gesetzlichen Krankenversicherung der Fall ist.**



Quelle: GKV-Monitor 2002

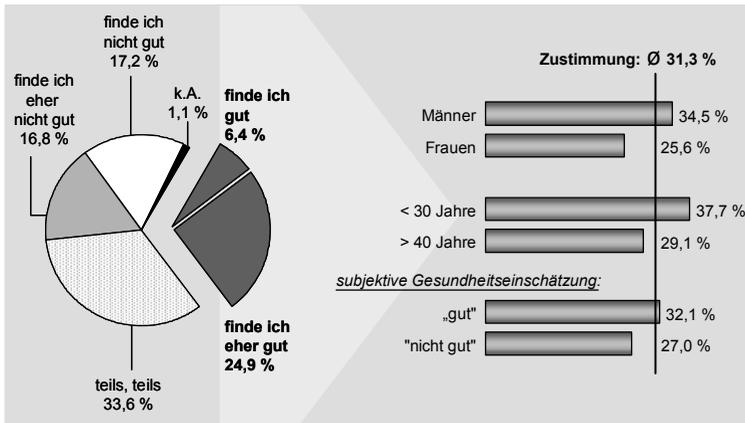
n = 1.000 freiwillig versicherte GKV-Mitglieder

⇒ **Die Aufnahme in eine PKV erfolgt erst nach einer individuellen Gesundheitsprüfung.**

Eine individuelle Risikoprüfung des Gesundheitszustands des potenziellen Mitglieds vor dem Beitritt – wie sie in der PKV üblich ist – wird von jeweils einem Drittel der befragten freiwillig Versicherten positiv und von einem Drittel negativ bewertet. Ein Drittel ist unentschieden (s. *Abbildung 11*). Deutlich wird, dass bei Personen, die ihren Gesundheitszustand als schlecht bezeichnen, der Anteil der Ablehnung rd. zehn Prozentpunkte über dem Durchschnitt liegt (42,6 %) und nur 27,0 % zustimmen. Des Weiteren unterscheiden sich die Bewertungen der Männer deutlich von denen der Frauen (34,5 % zu 25,6 % Zustimmung). Ferner gibt es einen Alterseffekt: Die Akzeptanz einer individuellen Gesundheitsprüfung ist in der Altersgruppe der 25-30-Jährigen am größten (42,9 %) und nimmt mit zunehmendem Alter ab.

Abbildung 11

**Im Unterschied zur Mitgliedschaft in einer gesetzlichen Krankenversicherung erfordert die Aufnahme in eine private Krankenversicherung eine vorherige individuelle Überprüfung des Gesundheitszustandes.**



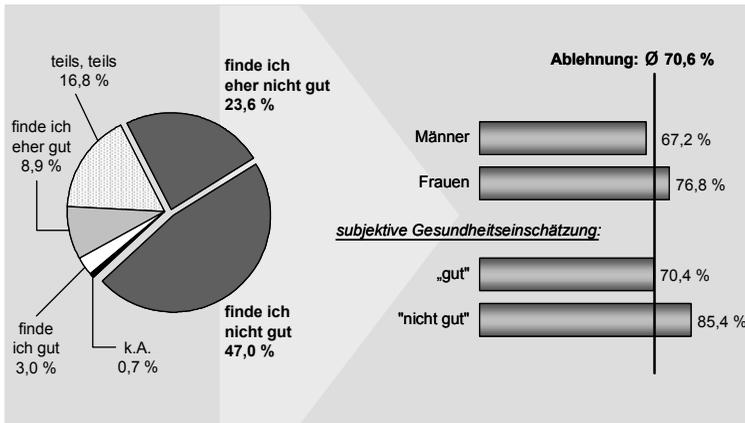
Quelle: GKV-Monitor 2002 n = 1.000 freiwillig versicherte GKV-Mitglieder

⇒ **In der PKV besteht kein Kontrahierungszwang.**

Der – im Unterschied zur GKV – fehlende Kontrahierungszwang bei privaten Krankenkassen wird von der Mehrheit der Befragten (70,6 %) kritisiert (s. *Abbildung 12*). „Im Unterschied zu den gesetzlichen Krankenversicherungen haben private Krankenversicherungen das Recht, Kunden abzulehnen, z. B. wenn sie schon eine schwere Krankheit haben.“ Die Auswertung demographischer Merkmale zeigt vor allem bei Personen, die sich krank fühlen (85,4 %), und bei Frauen (76,8 %) eine ablehnende Haltung gegenüber diesem Sachverhalt.

Abbildung 12

**Im Unterschied zu den gesetzlichen Krankenversicherungen haben private Krankenversicherungen das Recht, Kunden abzulehnen, z. B. wenn sie schon eine schwere Krankheit haben.**



Quelle: GKV-Monitor 2002 n = 1.000 freiwillig versicherte GKV-Mitglieder

Die empirischen Befunde zeigen, dass das Solidarprinzip auch in der „kritischeren“ Gruppe der freiwilligen GKV-Mitglieder fest verankert ist – zentrale Merkmale des gesetzlichen Krankenversicherungssystems wie Versicherungspflicht, Beitragsprinzip und die solidarische Finanzierung stoßen auf einen breiten Konsens bei den Befragten. Die PKV hingegen scheint – gerade bei freiwillig Versicherten – unter Image-Problemen zu leiden.<sup>49</sup>

Es spricht einiges dafür, dass es im deutschen GKV-System nicht nur um die Finanzierung und Inanspruchnahme von Leistungen

<sup>49</sup> So kommt die Studie der Forschungsgruppe für Marketing und Kommunikation (ifep) zu dem Schluss: „Durchgängig lässt sich feststellen, dass die PKV bei freiwillig GKV-Versicherten ein außerordentlich schlechtes Image hat.“ In: PKV-Publik 9/02, S. 105.

geht, sondern dass „die Gleichheit bei Krankheit und Lebensgefahr zu den zentralen Stützen unserer Gesellschaft gehört, die andere Formen von Ungleichheit erst erträglich macht.“<sup>50</sup> Das Solidarprinzip in der GKV „bezieht seinen hohen Stellenwert auch daraus, dass es zu eben jenen Institutionen zählt, die das Vertrauen in die soziale Einbettung des Individuums in eine soziale Gemeinschaft begründen. Dies erscheint gerade angesichts der in modernen Gesellschaften wie der deutschen anzutreffenden Tendenzen der Erosion sozialen Zusammenhalts als ein nicht zu unterschätzender Gesichtspunkt.“<sup>51</sup>

---

<sup>50</sup> Ullrich, C. G. (2002 b), S. 3.

<sup>51</sup> SVRKAiG (2003), Ziffer 48.



## 5 Zukünftige Finanzierungsoptionen

Bei der Debatte über künftige gesundheitspolitische Reformoptionen wird – neben möglichen Änderungen auf der Leistungsseite und strukturellen Reformen zur Effizienzsteigerung – immer wieder auch die finanzielle Basis des GKV-Systems diskutiert.

Im Rahmen der untersuchten Versichertenbefragungen sind dabei folgende Aspekte behandelt worden, auf die nachfolgend jeweils näher eingegangen wird:

- Ausdehnung der Versicherungspflicht,
- Gesundheitsabgabe,
- Zuzahlungserhöhung,
- Praxisgebühr,
- Einbeziehung weiterer Einkommensarten,
- beitragsfreie Mitversicherung,
- Variation von Arbeitgeber- und Arbeitnehmeranteilen.

Die Reaktionen der Versicherten auf die einzelnen Reformvorschläge und geplanten Maßnahmen fallen unterschiedlich aus.

### 5.1 Ausdehnung der Versicherungspflicht

Der Vorschlag einer Ausdehnung der Versicherungspflicht im Sinne einer Bürgerversicherung zielt u. a. darauf, den Kreis der an der solidarischen Finanzierung der GKV beteiligten Personen zu erweitern. „Letztlich kann keine Solidargemeinschaft dauerhaft bestehen, wenn ausgerechnet besonders Leistungsstarke ein individuelles Austrittsrecht aus der Solidargemeinschaft haben beziehungsweise bestimmte privilegierte Gruppen von vornherein außen vor blei-

ben.“<sup>52</sup> In der Hauptsache geht es hier um die Integration aller Personengruppen in die GKV, also vor allem der Beamten und Selbständigen.

Die Haltung der GKV-Versicherten zu diesem Vorschlag geben die Erhebungen von WIdO und Emnid wieder (s. Tabelle 7).

Tabelle 7

| <b>Zustimmung zur Ausdehnung der Versicherungspflicht</b> |   |                    |   |                    |
|---|---|--------------------|---|--------------------|
| <b>Auftraggeber</b>                                       | <b>Methode</b>  | <b>Zeitraum</b>    | <b>Fragestellung</b>  | <b>Ergebnis</b>    |
| WIdO  | n = 3.000<br>GKV-Mitglieder<br>zwischen 16 und 65<br>Jahre (CATI) | März-April<br>2002 | „In der gesetzlichen Krankenversicherung sollte sich jeder versichern müssen.“  | 62 %<br>Zustimmung |
|   |   |                    | „Beamte und Selbständige sollten sich auch an der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung beteiligen.“  | 69 %<br>Zustimmung |
| TNS Emnid   | n = 502<br>Bevölkerung<br>ab 14 Jahre (CATI)                      | September<br>2003  | „Ich bin für die Umwandlung der Sozialversicherungen in eine Bürgerversicherung, so dass nicht mehr nur Arbeitnehmer, sondern auch Beamte und Selbständige künftig Beiträge zur Renten-, gesetzlichen Kranken- oder Pflegeversicherung zahlen müssten.“ | 75 %<br>Zustimmung |

WIdO 2003

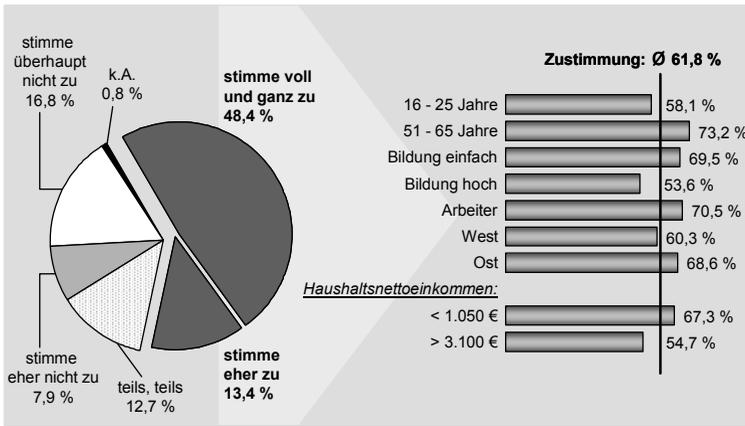
Das Ergebnis der WIdO-Umfrage zeigt, dass eine deutliche Mehrheit (61,8 %) der Krankenkassenmitglieder für eine grundsätzliche Ausweitung der Versicherungspflicht auf alle Bürger ist, nur ein Viertel der Befragten (24,7 %) stimmt dagegen (s. *Abbildung 13*). Ältere Menschen und Befragte aus den neuen Bundesländern stimmen deutlich stärker für eine erweiterte Versicherungspflicht als jüngere und Befragte aus den westlichen Bundesländern. Die Auswertung nach beruflichem Status zeigt eine überdurchschnittliche Zustimmung bei Arbeitern (70,5 %). Die Zustimmung nimmt allerdings mit steigendem Bildungsgrad und Haushaltsnettoeinkommen

<sup>52</sup> Jacobs, K. (2003), S. 44.

ab – bei Akademikern beträgt sie noch 53,6 %, bei Beziehern hoher Einkommen 54,7 %.

Abbildung 13

**In der gesetzlichen Krankenversicherung sollte sich jeder versichern müssen.**



Quelle: GKV-Monitor 2002

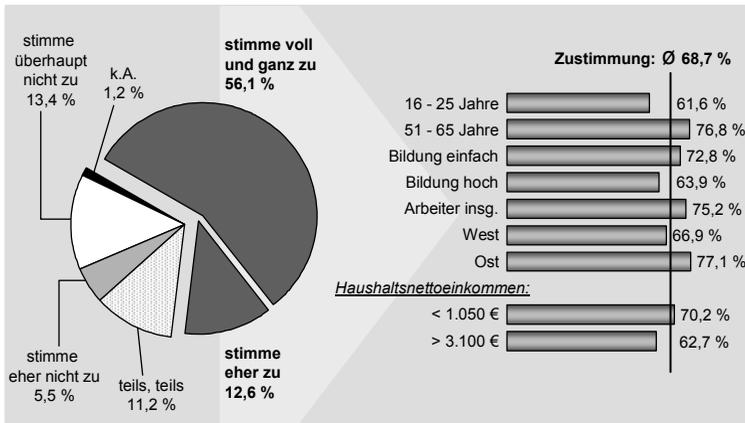
n = 3.000

In der nächsten Frage werden die von einer Ausweitung der Versicherungspflicht betroffenen Erwerbstätigengruppen benannt – Beamte und Selbständige (s. Abbildung 14). Die Mehrheit der Kassenmitglieder (68,7 %) ist für eine Einbeziehung von Beamten und Selbständigen in das System der GKV. Bei Arbeitern und Facharbeitern stimmen sogar drei Viertel (74,1% und 76,6 %) zu. Es sind insbesondere Personen mit niedrigerem bzw. mittlerem Haushaltsnettoeinkommen, die diesen Vorschlag begrüßen (Zustimmung zwischen 70 und 73 %), Bezieher höherer Einkommen liegen unter dem Durchschnitt (62,7 %). Auch hier ist die Akzeptanz bei Befragten mit einfachen Bildungsabschlüssen höher (72,8 %). Die Zustimmung wächst mit steigendem Alter, bei den über 60-Jährigen liegt sie sogar bei 81,5 %. In den neuen Bundesländern votieren Versi-

cherte deutlich stärker für eine Ausweitung der Versicherungspflicht auf die genannten Gruppen (77,1 % gegenüber 66,9 % in den alten Ländern).

Abbildung 14

**Beamte und Selbständige sollten sich auch an der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung beteiligen.**



Quelle: GKV-Monitor 2002

n = 3.000

Von Emnid wurde der Vorschlag zur Ausdehnung der Versicherungspflicht im Kontext der Debatte zur „Bürgerversicherung“ erhoben: „Ich bin für die Umwandlung der Sozialversicherungen in eine Bürgerversicherung, sodass nicht mehr nur Arbeitnehmer, sondern auch Beamte und Selbständige künftig Beiträge zur Renten-, gesetzlichen Kranken- oder Pflegeversicherung zahlen müssten.“<sup>53</sup> Im Rahmen einer Mehrthemenumfrage in der Bevölkerung stimmt die Mehrheit (75 %) dieser Aussage zu. 20 % der Befragten lehnten den Vorschlag ab, 4 % machten keine Angaben.

<sup>53</sup> Auszug aus einer Mehrthemenbefragung von TNS Emnid am 19.09.2003.

## 5.2 Gesundheitsabgabe

Bei der Gesundheitsabgabe handelt es sich um ein Instrument, mit dem ungesundes (z. B. Rauchen) und riskantes (z. B. Extremsport) Verhalten sanktioniert werden soll. Versicherte, die besondere gesundheitliche Risiken eingehen und dadurch hohe Kosten für die Versichertengemeinschaft verursachen, zahlen einen Risikozuschlag. Denkbar ist, dass die Steuererhöhungen oder Preisaufschläge auf gesundheitsgefährdende Produkte zweckgebunden für die Prävention verwendet werden. Die Konsumenten würden auf diese Weise für eventuelle Folgen verantwortlich gemacht und die Solidargemeinschaft entlastet. Kritische Stimmen weisen darauf hin, dass eine Verteuerung von Tabak und Alkohol zu Konsumverzicht führen und somit die avisierten Mehreinnahmen reduzieren könnte. Hier wird die Ambivalenz dieses Vorschlags deutlich: eine gesundheitspolitisch intendierte Verhaltensänderung führt zu negativen fiskalischen Wirkungen.

Die Idee der Gesundheitsabgabe stößt auf eine relativ hohe Zustimmung in der Bevölkerung. Fragestellungen zum Thema wurden durch Forsa, WIdO, Allensbach und Emnid erhoben (s. *Tabelle 8*).

Bei Forsa wurde bei der Frageformulierung die Gesundheitsabgabe auf Zigaretten- und Alkoholgenuss beschränkt, aber im Unterschied zu anderen Umfragen getrennt gefragt.<sup>54</sup> Dabei wurde die Höhe der geplanten Abgabe auf Zigaretten sogar exakt festgelegt („1 DM“). Das Resultat ist sowohl eine hohe Zustimmung der Bundesbürger für eine Abgabe auf Zigaretten (71 %, bei Rauchern: 51 %) als auch auf Alkohol (68 %; bei Personen, die mindestens einmal pro Woche Alkohol trinken: 63 %).

---

<sup>54</sup> s. Forsa (2001), S. 19.

Tabelle 8

**Zustimmung zur Gesundheitsabgabe**

| Auftraggeber | Methode   | Zeitraum           | Fragestellung  | Ergebnis                   |
|--------------|---|--------------------|--|----------------------------|
| Forsa        | n = 1.000<br>Bundesbürger ab<br>14 Jahre (CATI)                   | August<br>2001     | Gesundheitsabgabe von 1 DM<br>bei Zigaretten, Gesundheitsab-<br>gabe bei Alkohol. *  | 71 % u. 68 %<br>Zustimmung |
| WIdO         | n = 3.000<br>GKV-Mitglieder<br>zwischen 16 und 65<br>Jahre (CATI) | März-April<br>2002 | „Alkohol und Tabak sollten ver-<br>teuert werden, um einen Teil der<br>Kosten des Gesundheitssystems<br>zu finanzieren.“                             | 56 %<br>Zustimmung         |
| Allensbach   | n = 1.073<br>Bevölkerung<br>ab 16 Jahre<br>(Face to face)         | März-April<br>2002 | „Raucher, Extremsportler und<br>andere Personengruppen, die<br>durch ihr Verhalten ein höheres<br>Gesundheitsrisiko haben, zahlen<br>höhere Tarife.“ | 58 %<br>Zustimmung         |
| TNS Emnid    | n = 1.000<br>Bevölkerungs-<br>umfrage (CATI)                      | Dezember<br>2002   | Besondere Belastung von Risiko-<br>gruppen wie Raucher oder<br>Extremsportler *  | 33 %<br>Zustimmung         |

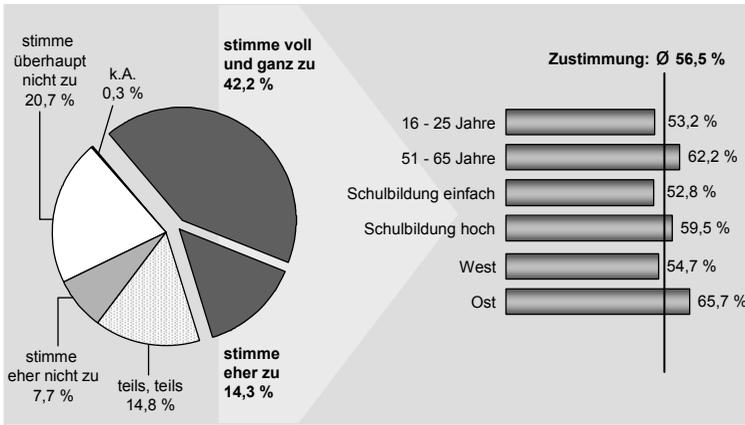
WIdO 2003

\*Die exakte Fragestellung liegt nicht vor.

In der WIdO-Umfrage unterstützt über die Hälfte der Befragten (56,5 %) die generelle Forderung, Alkohol und Tabak zu verteuern, um so einen Teil der Gesundheitsausgaben zu finanzieren (s. *Abbildung 15*). Der Rest äußert sich kritisch (28,4 %) oder unentschieden (14,8 %). Die Zustimmung zu einer Gesundheitsabgabe ist bei Älteren und bei Versicherten in den neuen Bundesländern überdurchschnittlich hoch (62,2 % und 65,7 %), ebenso bei Personen mit höherer Schulbildung (59,5 %, Akademiker: 64,7 %). Differenzierungen nach dem erfassten Haushaltsnettoeinkommen ergeben keine Abweichungen vom Durchschnitt. Die Auswertung der Sonntagsfrage zu diesem populistischen Vorschlag zeigt eine hohe Zustimmung bei FDP-Wählern mit 65,5 % und die größte Ablehnung bei Anhängern der PDS mit 43,1 %.

Abbildung 15

**Alkohol und Tabak sollten verteuert werden, um einen Teil der Kosten des Gesundheitssystems zu finanzieren.**



Quelle: GKV-Monitor 2002

n = 3.000

Allensbach hat die Fragestellung mit einem anderen Ansatz erhoben. Hier wurde die Option Gesundheitsabgabe nicht für sich bewertet, sondern der Interviewte erhielt die Möglichkeit, aus einer vorgelegten Liste mit verschiedenen „Maßnahmen zur Sanierung des Gesundheitssystems“ mehrere Vorschläge (Mehrfachnennungen) anzukreuzen. Aber auch hier ist die Sympathie für diesen Vorschlag hoch: Im Ergebnis erzielte der Vorschlag: „Raucher, Extremsportler und andere Personengruppen, die durch ihr Verhalten ein höheres Gesundheitsrisiko haben, zahlen höhere Tarife“ mit 58 % die höchste Zustimmung in der Liste.<sup>55</sup>

Das Resultat der Emnid-Umfrage weicht dagegen stark von den anderen Ergebnissen ab. Die Formulierung der Fragestellung ist leider nicht bekannt, ebenso fehlt ein Begründungskontext wie bei

<sup>55</sup> Allensbach (2002), S. 7.

den Fragestellungen der anderen Umfragen (z. B. „Maßnahme zur Sanierung des Gesundheitssystems“). Die Zustimmung ist mit 33 Prozent sehr viel niedriger; hier stimmt die Mehrheit der Bevölkerung vorrangig gegen eine höhere finanzielle Belastung. „65 % wären gegen eine besondere Belastung von Risikogruppen wie Raucher oder Extremsportler.“<sup>56</sup>

### 5.3 Erhöhung der Zuzahlungen

Die Vorschläge, die mit Hilfe von Zuzahlungserhöhungen bei ambulanter bzw. stationärer Behandlung oder Arzneimitteln das Gesundheitssystem sanieren wollen, finden wenig Zuspruch in der Bevölkerung. Schon in früheren Umfragen wurde deutlich, dass „eine Ausweitung von Zuzahlungen (...) von den Befragten überwiegend abgelehnt“ wird.<sup>57</sup> Zeitnah sind Fragestellungen zur Akzeptanz von Selbstbeteiligungs- und Zuzahlungserhöhungen durch die Bertelsmann-Stiftung, das WIdO, Allensbach und VFA erhoben worden (s. *Tabelle 9*).

Fragestellungen, die eine Zuzahlungserhöhung zusammen mit einer „erheblichen Senkung der Krankenversicherungsbeiträge“<sup>58</sup> kombinieren, erzielen durchweg höhere Zustimmungswerte als Formulierungen ohne diese Verknüpfung. In der Studie der Bertelsmann-Stiftung (als auch in der VFA-Umfrage, s. u.) liegt die Zustimmung immerhin bei 20 Prozent. Jeder fünfte befragte Panelteilnehmer stimmt hier einer Erhöhung der Zuzahlungen bei Medikamenten zu.

---

<sup>56</sup> Schöppner, K.-P. (2002), S. 3.

<sup>57</sup> Wasem, J. / Güther, B. (1998), S. 64f.

<sup>58</sup> Bertelsmann-Stiftung (2002), S. 122f.

Tabelle 9

**Zustimmung zu Zuzahlungserhöhungen**

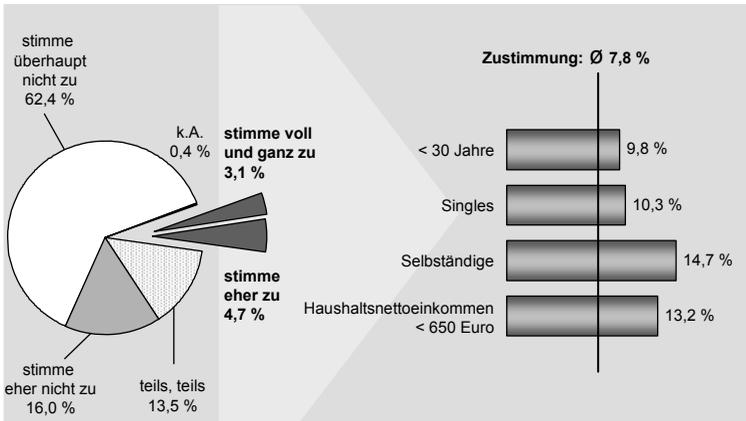
| Auftraggeber         | Methode   | Zeitraum                 | Fragestellung   | Ergebnis        |
|----------------------|---|--------------------------|---|-----------------|
| Bertelsmann-Stiftung | 2 Wellen a 1.500 Versicherte zwischen 18 und 79 Jahre (schriftlich) | Nov./Dez. 01 und März 02 | „Wenn es Ihre Krankenversicherungsbeiträge erheblich senken würde: „Wären Sie bereit bei Medikamenten höhere Zuzahlungen zu leisten?“ | 20 % Zustimmung |
| WIdO                 | n = 3.000 GKV-Mitglieder zwischen 16 und 65 Jahre (CATI)            | März-April 2002          | „Die Selbstbeteiligung der Patienten bei Arzneimitteln und Krankenhausaufenthalten sollte angehoben werden.“                          | 8 % Zustimmung  |
| Allensbach           | n = 1.073 Bevölkerung ab 16 Jahre (Face to face)                    | März-April 2002          | „Das Gesundheitswesen sollte unter anderem über eine Erhöhung der Zuzahlung bei Medikamenten stabilisiert werden.“                    | 11 % Zustimmung |
| VFA                  | n = 1.687 GKV-Versicherte ab 18 Jahre (CATI)                        | August 2002              | „Die Ausgaben der Krankenkassen müssten durch höhere Zuzahlungen der Versicherten gesenkt werden.“                                    | 27 % Zustimmung |

WIdO 2003

Die Fragestellung im Kontext der WIdO-Umfrage zielt auf eine Erhöhung der Patientenzuzahlungen speziell bei Arzneimitteln und Krankenhausaufenthalten als ein Vorschlag, um das Krankenversicherungssystem neu zu gestalten. Dieser Vorschlag wird von den Versicherten deutlich abgelehnt (s. *Abbildung 16*). Lediglich 7,8 % der Befragten stimmen hier zu, 13,5 % äußern sich unentschlossen. In der Gruppe der Selbständigen und bei Geringverdienern ist der Prozentsatz der Zustimmungen überdurchschnittlich hoch (14,7 % bzw. 13,2 %). Auch bei Singles und Befragten unter 30 Jahren lagen die Anteile für eine Erhöhung der Zuzahlungen etwas über dem Durchschnitt (10,3 % und 9,8 %).

Abbildung 16

**Die Selbstbeteiligung der Patienten bei Arzneimitteln und Krankenhausaufenthalten sollte angehoben werden.**



Quelle: GKV-Monitor 2002

n = 3.000

Auch Allensbach macht große Widerstände bei Zuzahlungserhöhungen aus: „Auch heute gehören eine Erhöhung der Zuzahlung und generell jede Ausweitung der Selbstbeteiligung zu den Maßnahmen, die nur gegen die überwältigende Mehrheit der Bevölkerung durchzusetzen sind (...). Nur 11 Prozent halten es für notwendig, das Gesundheitswesen unter anderem über eine Erhöhung der Zuzahlung bei Medikamenten zu stabilisieren.“<sup>59</sup> Im Unterschied zu anderen Umfragen konnten die Befragten hier aus einer Liste mit vorgegebenen Antworten auswählen.

Im Rahmen der VFA-Umfrage wurde – ähnlich wie im Gesundheitsmonitor der Bertelsmann-Stiftung – die Bereitschaft zu Zuzahlungserhöhungen im Kontext in Aussicht gestellter Ausgabensenkungen der Krankenkassen erfragt. Entsprechend zeigt sich auch in dieser

<sup>59</sup> Allensbach (2002), S. 7.

Erhebung mit der Fragestellung „Die Ausgaben der Krankenkassen müssten durch höhere Zuzahlungen der Versicherten gesenkt werden“ möglicherweise aus diesem Grund eine vergleichsweise höhere Zustimmung der GKV-Versicherten von 27 %.<sup>60</sup>

Eine Ausweitung der Zuzahlungsregelungen wird somit insgesamt mehrheitlich abgelehnt. Auch wenn durch Zuzahlungen Beitrags-senkungen ermöglicht werden, bleibt ein erheblicher Teil der Befragten skeptisch. Ältere Umfragen zeigen allerdings, dass „die Skepsis (...) nicht für alle Bereiche in gleicher Weise [gilt]: Am ehesten würde eine mögliche höhere Zuzahlung bei Arzneimitteln gegen geringfügige Gesundheitsstörungen, bei Massagen und bei der Krankengymnastik akzeptiert. Hingegen sind die Ablehnungsraten bei Krankenhausbehandlungen, Arztbesuch, Zahnersatz und Arzneimitteln gegen chronische Erkrankungen sehr hoch.“<sup>61</sup>

## 5.4 Praxisgebühr

Eine Option der Ausweitung von Zuzahlungen zielt auf eine pauschale Praxisgebühr für Patienten bei der Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher und zahnärztlicher Leistungen. Das Instrument „Praxisgebühr“ wird als Steuerungselement mit dem GMG eingeführt, um eine kostenbewusste und koordinierte Inanspruchnahme von Kassenärzten durch die Versicherten zu unterstützen. Ähnlich wie die Erhöhung der Selbstbeteiligung bei Medikamenten wird auch das Instrument eines „Eintrittsgeldes in Arztpraxen“ von der Mehrheit der Bevölkerung abgelehnt.

Die Umfragen von WIdO, FTD, BKK und Allensbach beschreiben die Reaktion der Versicherten auf diesen Vorschlag (s. *Tabelle 10*).

---

<sup>60</sup> VFA (2002), S. 11.

<sup>61</sup> Wasem, J. / Güther, B. (1998), S. 66.

Tabelle 10

**Zustimmung zur Praxisgebühr**

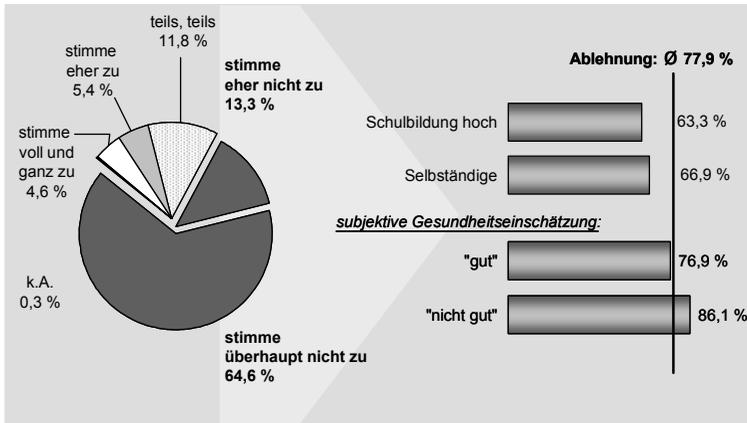
| Auftraggeber | Methode   | Zeitraum             | Fragestellung  | Ergebnis           |
|--------------|---|----------------------|--|--------------------|
| WIdO         | n = 3.000<br>GKV-Mitglieder<br>zwischen 16 und 65<br>Jahre (CATI)                             | März-April<br>2002   | „Patienten sollten bei jedem<br>Arztbesuch einen festen Min-<br>destbeitrag bezahlen.“   | 10 %<br>Zustimmung |
| FTD          | n = 1.000<br>Bevölkerung<br>ab 14 Jahre (CATI)  | Februar<br>2003      | „... Gebühr bei jedem Arztbesuch“  | 12 %<br>Zustimmung |
| BKK-Ost      | n = 2.019 GKV-<br>Versicherte in<br>ausgewählten neuen<br>Bundesländern ab<br>18 Jahre (CATI) | Februar-März<br>2003 | „... bei jedem Arztbesuch eine<br>feststehende Pauschale, z. B.<br>10 Euro, selbst zahlen“   | 15 %<br>Zustimmung |
| Allensbach   | n = 2.092 Bevölke-<br>rung ab 16 Jahre<br>(Face to face)                                      | August<br>2003       | Listenvorlage: „Für den ersten<br>Praxisbesuch je Quartal beim<br>Hausarzt und Zahnarzt muß man<br>eine Gebühr von jeweils 10 Euro<br>zahlen.“ | 23 %<br>Zustimmung |

WIdO 2003

Die WIdO-Erhebung in 2002 ergab eine deutliche Ablehnung der „Praxisgebühr“ für Patienten. Insgesamt sind drei Viertel der Befragten (77,9 %) dagegen, mit diesem Vorschlag zu verhindern, dass die Krankenkassenbeiträge weiter steigen. Ein zu zahlender Mindestbetrag bei jedem Arztbesuch findet lediglich bei 10 % der Krankenkassenmitglieder Zustimmung (s. *Abbildung 17*). Insbesondere Personen mit schlechtem Gesundheitszustand lehnen eine Praxisgebühr für Patienten ab (86,1 %). Die Zustimmung ist bei Personen mit hoher Schulbildung (12,9 %) und in der Gruppe der Selbständigen (16,5 %) etwas höher als der Durchschnittswert.

Abbildung 17

**Patienten sollten bei jedem Arztbesuch einen festen Mindestbetrag bezahlen.**



Quelle: GKV-Monitor 2002

n = 3.000

Eine Umfrage im Auftrag der Financial Times Deutschland zum Thema „Praxisgebühr“ fast ein Jahr später ergab ein ähnliches Ergebnis: Nur 12 % der Befragten unterstützen diesen Vorschlag, „zur Veränderung des Gesundheitssystems in den nächsten Jahren“ eine Gebühr bei jedem Arztbesuch zu leisten, die große Mehrheit (87 %) lehnt dies ab.<sup>62</sup>

Bei der vom BKK-Landesverband Ost durchgeführten Umfrage in den neuen Bundesländern fällt die Zustimmung zur Praxisgebühr ebenfalls gering aus: Im Rahmen „möglicher Einsparungen und Veränderungen im Gesundheitswesen, mit denen der bisherige Leistungsumfang Ihrer Krankenkasse dem Grunde nach erhalten werden kann“, akzeptieren nur 15 % der befragten Versicherten den

<sup>62</sup> FTD (2003), o. S.

Vorschlag einer Praxispauschale bei jedem Arztbesuch. Zwei Drittel der Befragten sind dagegen und 13 % unentschlossen.<sup>63</sup>

Auch die von Allensbach durchgeführten Face-to-Face-Interviews ergaben eine geringe Zustimmung in der Bevölkerung. Bei einer Liste mit der Möglichkeit zu Mehrfachnennungen votierten lediglich 23 % der Befragten für den Vorschlag „Für den ersten Praxisbesuch je Quartal beim Hausarzt und Zahnarzt muss man eine Gebühr von jeweils 10 Euro zahlen“<sup>64</sup>, einer Formulierung, die in etwa auf die GMG-Umsetzung rekurriert.

## 5.5 Einbeziehung weiterer Einkommensarten

Der Beitrag zur GKV wird prozentual vom Bruttolohn (bzw. von Lohnersatz Einkommen wie der Rente) erhoben. Damit die Gesundheitsabgaben auf Löhne und Gehälter sinken, könnten künftig weitere Einkommensarten, wie z. B. Miet- und Zinseinnahmen des Mitglieds bzw. Versicherten, in die Beitragspflicht einbezogen werden.<sup>65</sup>

Die Maßnahme zielt nicht nur auf die Geldbörse der Rentner, die möglicherweise wenig Rente, aber hohe Nebeneinkünfte haben, sondern auch z. B. auch auf mitversicherte Ehepartner mit anderen Einkommensarten. Kritiker halten dagegen Abgaben auf Zinseinnahmen für problematisch, da dies z. B. zu hohem Verwaltungsaufwand und Kapitalflucht führe.

Zu diesem Thema gibt es bislang nur wenige veröffentlichte Umfrageergebnisse (s. *Tabelle 11*). Eine Erhebung dieser Fragestellung ist anspruchsvoll, da die Idee der Einbeziehung weiterer Einkommensarten als Bemessungsgrundlage mit ihren Solidar- und Verteil-

---

<sup>63</sup> BKK-Landesverband Ost (2003).

<sup>64</sup> s. Allensbach (2003 a), S. 3.

<sup>65</sup> zusammenfassend: Klose, J. / Schellschmidt, H. (2001), S. 70ff.

lungaspekten in einer CATI-Interviewsituation kaum vermittelbar ist. Zur Bewertung dieses Vorschlages müssten ferner Alternativen erklärt und Verteilungswirkungen erläutert werden.

Tabelle 11

**Zustimmung zur Einbeziehung weiterer Einkommensarten**

| Auftraggeber | Methode   | Zeitraum           | Fragestellung  | Ergebnis           |
|--------------|---|--------------------|--|--------------------|
| WIdO         | n = 3.000<br>GKV-Mitglieder<br>zwischen 16 und 65<br>Jahre (CATI) | März-April<br>2002 | „Um die Beiträge zur Krankenversicherung stabil zu halten, sollten künftig auch Einkommensarten wie Miet- und Zinseinnahmen miteinbezogen werden.“                                   | 29 %<br>Zustimmung |
| TNS Emnid    | n = 1.000<br>Bundesbürger ab<br>18 Jahre (CATI)                   | Dezember<br>2002   | Heranziehung von Einnahmen wie Zinsen, Dividenden, Miet- und Nebeneinkünften zur Finanzierung der GKV.*  | 28 %<br>Zustimmung |
| VFA          | n = 1.687<br>GKV-Versicherte ab<br>18 Jahre (CATI)                | März<br>2003       | „Damit die Einnahmen der Krankenkassen steigen, müssten bei der Festsetzung der Beiträge auch sonstige Einnahmequellen (z. B. Aktien- und Immobiliengewinne) berücksichtigt werden.“ | 38 %<br>Zustimmung |

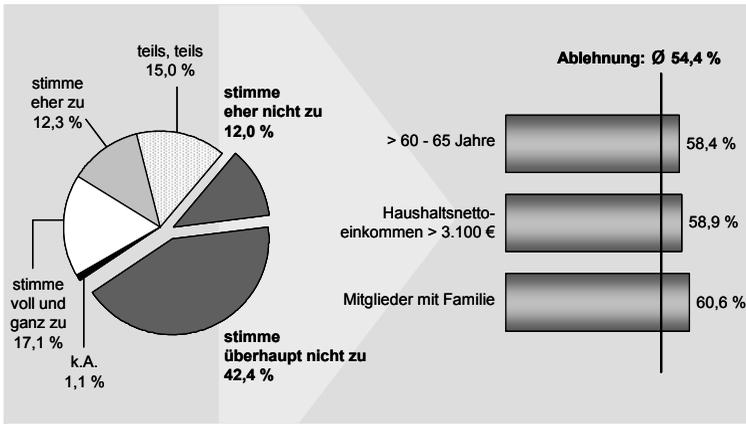
WIdO 2003

\*Die exakte Fragestellung liegt nicht vor.

Nach dem Ergebnis der WIdO-Umfrage begrüßt knapp ein Drittel (29,4 %) der GKV-Mitglieder den Vorschlag, weitere Einkommensarten wie Miet- und Zinseinnahmen als Bemessungsgrundlage für den Krankenkassenbeitrag zu berücksichtigen, um die Beiträge stabil zu halten (s. *Abbildung 18*). Die Hälfte der Befragten widerspricht diesem Vorschlag (54,4 %) und 15 % äußern sich unschlüssig. Die Ablehnung steigt mit zunehmendem Alter an. Die größte Skepsis äußern Befragte mit Familie (60,6 %) und Bezieher mit einem erfassten Haushaltsnettoeinkommen ab 3.100 Euro (58,9 %).

Abbildung 18

**Um die Beiträge zur Krankenversicherung stabil zu halten, sollten künftig auch Einkommensarten wie Miet- und Zinseinnahmen miteinbezogen werden.**



Quelle: GKV-Monitor 2002

n = 3.000

Die Ergebnisse einer Emnid-Umfrage weisen in die gleiche Richtung: 69 % der Bevölkerung sind gegen die „Idee, Einnahmen wie Zinsen, Dividenden, Miet- und Nebeneinkünfte zur Finanzierung heranzuziehen.“<sup>66</sup> Nur 28 % der Befragten würden Abgaben auf andere Einkünfte akzeptieren.

Zu der vom VFA im Februar/März 2003 durchgeführten Umfrage gehörte ebenfalls eine Liste mit verschiedenen Vorschlägen „zur Sanierung des deutschen Gesundheitssystems“. Den Vorschlag, die Finanzsituation der gesetzlichen Krankenversicherung durch eine Ausweitung der beitragspflichtigen Einnahmen (wie beispielsweise

<sup>66</sup> Schöppner, K.-P. (2002), S. 3.

aus Aktien- oder Immobiliengewinnen) zu verbessern, akzeptieren auch hier ein Drittel (38 %) der GKV-Versicherten.<sup>67</sup>

Insgesamt betrachtet erzielten die erhobenen Vorschläge einer Einbeziehung weiterer Einkommensarten niedrige Zustimmungswerte in der Bevölkerung. Möglicherweise wäre die Zustimmung in der Bevölkerung höher, wenn differenziertere Fragestellungen die avisierten Verteilungswirkungen deutlich machen würden.

## 5.6 Beitragsfreie Mitversicherung

In der Debatte um künftige Finanzierungsoptionen für das System der gesetzlichen Krankenversicherung wird auch immer wieder die Familienversicherung diskutiert. Der Familienlastenausgleich in der GKV beinhaltet – prinzipiell – die beitragsfreie Mitversicherung von Familienmitgliedern zu Lasten Alleinstehender bzw. Kinderloser.

Zur (Um-)Gestaltung der Familienversicherung liegen nur wenige Befragungsergebnisse vor.<sup>68</sup> Fragen zur Thematik wurden im Auftrag der Financial Times Deutschland und vom WIdO gestellt. Der GKV-Monitor hat dabei zwei Aspekte der Familienversicherung erhoben (s. *Tabelle 12*).

---

<sup>67</sup> s. VFA (2003), S. 7.

<sup>68</sup> Eine im Jahre 1995 im Auftrag des MAGS durchgeführte Befragung in NRW ergab eine hohe Zustimmung (85 %) für die beitragsfreie Mitversicherung von Familienangehörigen.

Tabelle 12

**Zustimmung zur beitragsfreien Mitversicherung**

| Auftraggeber | Methode   | Zeitraum           | Fragestellung  | Ergebnis           |
|--------------|---|--------------------|--|--------------------|
| WldO         | n = 3.000<br>GKV-Mitglieder<br>zwischen 16 und 65<br>Jahre (CATI)                           | März-April<br>2002 | „Nichterwerbstätige Ehepartner,<br>die heute in der GKV beitragsfrei<br>mitversichert sind, sollten einen<br>eigenen Beitrag zahlen, wenn sie<br>nicht durch Kindererziehung oder<br>Pflegetätigkeiten gebunden sind.“ | 42 %<br>Zustimmung |
| WldO         | n = 1.000<br>freiwillig versicherte<br>GKV-Mitglieder<br>zwischen 18 und 50<br>Jahre (CATI) | August<br>2002     | „Ihre Familie – Ehepartner und<br>Kinder – wird nicht kostenlos<br>mitversichert, sondern muss mit<br>eigenen Verträgen versichert<br>werden.“   | 10 %<br>Zustimmung |
| FTD          | n = 1.000<br>Bevölkerung<br>ab 14 Jahre (CATI)  | Februar<br>2003    | „... Sagen Sie mir bitte zu jedem<br>Vorschlag, ob Sie ihn unterstüt-<br>zen oder ablehnen: (Liste)...<br>Ehepartner müssen sich selbst<br>versichern.“  | 25 %<br>Zustimmung |

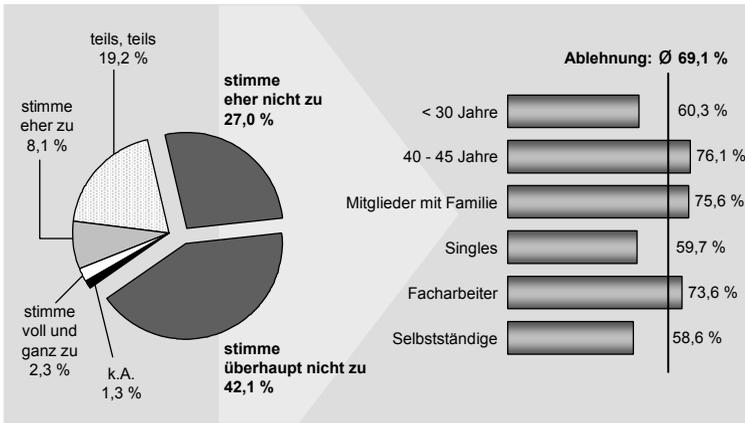
WldO 2003

Die Ergebnisse zeigen durchgängig eine hohe Zustimmung zur Familienmitversicherung bei den Versicherten. In der WldO-Umfrage lehnt die Mehrheit der freiwillig versicherten GKV-Mitglieder (69,1 %) den Vorschlag: „Ihre Familie – Ehepartner und Kinder – wird nicht kostenlos mitversichert, sondern muss mit eigenen Verträgen versichert werden“ ab (s. *Abbildung 19*). Nur 10,4 % der Befragten sind der Meinung, dass für Ehepartner und Kinder eigene Krankenversicherungsbeiträge („Kopfpauschalen“) gezahlt werden sollten.

Überdurchschnittlich groß ist die Ablehnung dieser Aussage bei Mitgliedern, die Anfang 40 sind (76,1 %) und eine Familie mit Kindern haben (75,6 %). Dagegen ist die ablehnende Haltung bei jungen Versicherten, Singles und beruflich Selbständigen deutlich geringer.

Abbildung 19

**Ihre Familie – Ehepartner und Kinder – wird nicht kostenlos mitversichert, sondern muss mit eigenen Verträgen versichert werden.**



Quelle: GKV-Monitor 2002

n = 1.000

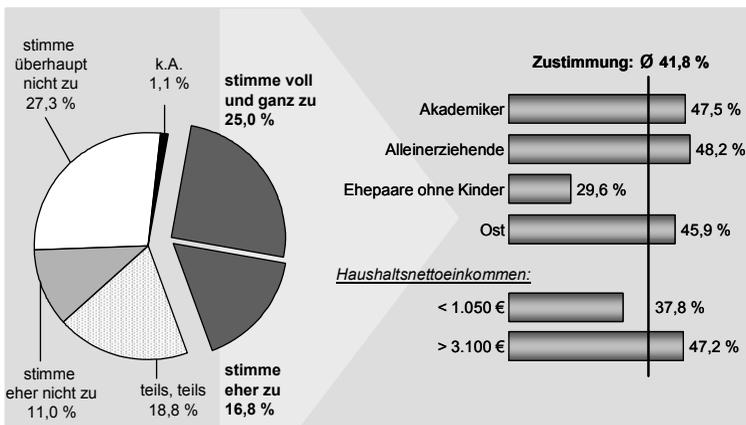
Die Diskussion über die zukünftige Gestaltung der Familienmitversicherung wurde lange Zeit nur in einer digitalen Perspektive geführt – entweder man dachte darüber nach, die kostenlose Mitversicherung von Familienmitgliedern ganz abzuschaffen oder den Status quo beizubehalten. Inzwischen werden auch andere Wege diskutiert, z. B. eine Beitragspflicht für mitversicherte nichtberufstätige Ehepartner, die nicht durch Kindererziehung oder Pflegetätigkeiten gebunden sind, aber in der Solidargemeinschaft kostenlos mitversichert werden. Die Reaktion der Versicherten auf diese Gestaltungsmöglichkeit ist nicht mehr so einheitlich wie bei den oben gezeigten Umfrageergebnissen. Es zeigt sich, dass bei der Formulierung: „Nichterwerbstätige Ehepartner, die heute in der GKV beitragsfrei mitversichert sind, sollten einen eigenen Beitrag zahlen, wenn sie nicht durch Kindererziehung oder Pflegetätigkeiten gebunden sind“, die Zustimmung deutlich höher ausfällt. Immerhin 41,8 % der be-

fragten GKV-Mitglieder stimmen einer Beitragspflicht für diese Gruppe zu. Ein Fünftel ist unschlüssig (18,8 %) und (nur noch) 38,3 % lehnen diesen Vorschlag ab (s. *Abbildung 20*).

Die Auswertung nach dem familiären Status der Befragten ergab in der Gruppe der sog. „Dinkies“ – kinderlosen Doppelverdiener-Ehepaaren – wenig Zustimmung für eine zusätzliche finanzielle Belastung (29,6 %). Dagegen ist die Akzeptanz dieses Vorschlages in der Gruppe der Alleinerziehenden am größten (48,2 %). Die Zustimmung steigt sowohl mit der (Schul-)Bildung (Akademiker: 47,5 %) als auch mit dem Einkommen an (bei Besserverdienenden mit einem monatlichen Haushaltsnettoeinkommen über 3.100 Euro beträgt die Zustimmung 47,2 %). Bei Befragten in den neuen Bundesländern liegt die Sympathie für diesen Vorschlag über dem Durchschnitt (45,9 %).

Abbildung 20

**Nichterwerbstätige Ehepartner, die heute in der GKV beitragsfrei mitversichert sind, sollten einen eigenen Beitrag zahlen, wenn sie nicht durch Kindererziehung oder Pfllegetätigkeiten gebunden sind.**



Quelle: GKV-Monitor 2002

n = 3.000

Der pauschale (Listen-)Vorschlag in der Umfrage der Financial Times Deutschland, künftig „Ehepartner mitzuversichern“, zeigt ebenfalls eine deutlich ablehnende Haltung der Bevölkerung (71 %). Dagegen unterstützen nur 25 % diesen Vorschlag.<sup>69</sup>

Eine Fragestellung von Emnid fokussiert in der Formulierung zum Thema auf den Begriff „Kopfpauschale“ und den konkreten Beitragsvorschlag der Herzog-Kommission: „Ich fände es gut, wenn bei der gesetzlichen Krankenversicherung künftig sogenannte Kopfpauschalen eingeführt werden, sodass alle Versicherten, unabhängig von ihrem Einkommen, monatlich einen einheitlichen Krankenkassenbeitrag von 264 Euro bezahlen.“<sup>70</sup> Die Mehrheit der Befragten (76 %) in dieser (zu) kleinen Stichprobe (n = 506 befragte Bundesbürger) ist gegen diesen Vorschlag. Nur 22 % stimmen dieser Aussage zu, 2 % machen keine Angaben.

Insgesamt bestätigen diese Befunde das Gutachten des SVRKAiG: „Das Solidarprinzip und die ihm innewohnenden ökonomischen Umverteilungsmechanismen von Stärkeren zu Schwächeren sind in der Bevölkerung (...) fest verankert. Dies umschließt auch die beitragsfreie Mitversicherung von Familienangehörigen.“<sup>71</sup> Eine vergleichsweise höhere Zustimmung finden differenzierte Vorschläge, die ein partielles Einbeziehen von bisher Mitversicherten an Aspekte der Verteilungsgerechtigkeit (z. B. Berücksichtigung von Kindererziehung oder Pflegetätigkeit) knüpfen.

---

<sup>69</sup> s. FTD (2003) o. S.

<sup>70</sup> Auszug aus einer Mehrthemenbefragung von TNS Emnid am 09.10.2003.

<sup>71</sup> SVRKAiG (2003), Ziffer 47.

## 5.7 Variation von Arbeitgeber- und Arbeitnehmerbeitrag

Bei der Diskussion über Reformperspektiven auf der Finanzierungsseite wird immer wieder auch die Frage der Neuverteilung der Beitraglasten zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern thematisiert. Im Vordergrund der politischen Auseinandersetzung steht hier allerdings nicht die Erschließung neuer Einnahmeoptionen, sondern vielmehr die Intention, die Lohnkostenentwicklung von der Ausgabendynamik des Gesundheitssektors abzukoppeln. Die möglichen Optionen und ihre Folgen weisen eine Reihe von noch zu klärenden Fragen auf (finanzielle Relevanz, steuertechnische Bewertung, Umsetzungsprobleme etc.), die von der Politik- und Fachebene derzeit heftig diskutiert werden.<sup>72</sup>

Aus Sicht der Versicherten liegen bislang kaum repräsentative Bewertungen zu den Variationsmöglichkeiten der paritätischen Finanzierung vor, lediglich VFA und Allensbach haben jeweils einzelne Fragestellungen zum Thema erhoben und publiziert (s. *Tabelle 13*).

Tabelle 13

### Variation von Arbeitgeber- und Arbeitnehmerbeitrag

| Auftraggeber | Methode  | Zeitraum       | Fragestellung  | Ergebnis           |
|--------------|--|----------------|--|--------------------|
| VFA          | n = 1.687<br>GKV-Versicherte<br>ab 18 Jahre (CATI)     | März<br>2003   | „Der Arbeitgeberanteil zur Krankenversicherung sollte in Lohn umgewandelt werden, damit der Arbeitnehmer über seinen Versicherungsschutz selbst entscheiden kann...“ | 53 %<br>Zustimmung |
| Allensbach   | n = 2.092<br>Bevölkerung ab 16<br>Jahre (Face to face) | August<br>2003 | Listenvorlage: „Arbeitnehmer sichern ihr Krankengeld alleine ab, ohne dass sich der Arbeitgeber wie bisher zur Hälfte daran beteiligt.“                              | 7 %<br>Zustimmung  |

WIdO 2003

<sup>72</sup> zusammenfassend: Klose, J. / Schellschmidt, H. (2001), S. 65ff.

Sowohl Fragestellung als auch Ergebnis beider Erhebungen zum Thema „Variation des Arbeitgeber- und Arbeitnehmerbeitrages“ weichen erheblich voneinander ab. Bei der vom VFA in Auftrag gegebenen Studie wurde im Rahmen einer telefonischen Mehrthemen-Umfrage von Emnid den Befragten folgende Aussage vorgelesen: „Der Arbeitgeberanteil zur Krankenversicherung sollte in Lohn umgewandelt werden, damit der Arbeitnehmer über seinen Versicherungsschutz selbst entscheiden kann. Der Versicherte kann dann individuelle Krankenversicherungsverträge abschließen, deren Kosten sich ausschließlich am konkret vereinbarten Leistungsumfang bemessen.“ Das Ergebnis auf einer Vierer-Zustimmungsskala (ohne Mittelkategorie) ergab eine Zustimmung bei der Hälfte der GKV-Versicherten (53 %). 44 % der Befragten lehnten hingegen ab und 3 % machten keine Angabe.<sup>73</sup>

Allerdings ist der Wert vorsichtig zu bewerten, da das vorgetragene Zustimmungssstatement für eine Befragung am Telefon lang und komplex formuliert wurde. Die hohe Zustimmung dürfte aber vor allem durch die positive Formulierung der Aussage zu erklären sein, nämlich, dass es den Finanzierungsbetrag der Arbeitgeber (umgewandelt in Lohn) nun aber verbunden mit größerer Entscheidungs- und Gestaltungsfreiheit gibt. Die Bedeutung für die Zukunft der Parität wird hier nicht explizit thematisiert.

Die Methode bei Allensbach war grundsätzlich anders. Hier wurde den Befragten im Rahmen einer Face-to-Face-Umfrage eine Liste mit verschiedenen Maßnahmen zur Reform des Gesundheitssystems vorgelegt. Im Unterschied zur VFA-Fragestellung bestand hier die Möglichkeit von Mehrfachnennungen, daran geknüpft war die Fragestellung: „Womit sind Sie noch am ehesten einverstanden, was finden Sie zumutbar?“ Das Ergebnis lautete: „Unter all den Maßnahmen (...) gibt es keine einzige, die mehr als ein Drittel der Bevölkerung für zumutbar halten würde. (...) Am wenigsten Zustimmung findet der Vorschlag, dass Arbeitnehmer in Zukunft ihr Krankengeld

---

<sup>73</sup> VFA (2003), S. 16.

alleine absichern sollen.“<sup>74</sup> Lediglich 7 % der Befragten votierten für den Vorschlag, „Arbeitnehmer sichern ihr Krankengeld alleine ab, ohne dass sich der Arbeitgeber wie bisher zur Hälfte daran beteiligt.“ Die Wertung fällt im Vergleich zur VFA-Fragestellung bedeutend niedriger aus, sicherlich weil hier am Beispiel „Krankengeld allein absichern“ deutlich wird, dass die Parität zu Lasten der Versicherten aufgegeben werden soll.

Zusammenfassend ist festzustellen: Fragestellungen, die deutlich machen, dass mit einer einmaligen Auszahlung des Arbeitgeberbeitrages eine paritätische Beteiligung der Arbeitgeber an zukünftigen Entwicklungen nicht mehr vorliegt oder die die explizite Ausgrenzung von Leistungen aus der paritätischen Finanzierung benennen, dürften kaum größere Zustimmung in der Bevölkerung finden.

---

<sup>74</sup> s. Allensbach (2003 a), S. 2.

## 6 Bewertung von Anreizmodellen

Das Bestreben, die Eigenverantwortung zu fördern, ist schon lange ein Leitthema in der Gesundheitspolitik. Dahinter steht die Auffassung, dass ein beträchtlicher Teil der Krankheiten, für die die Solidargemeinschaft aufkommen muss, durch verhaltens- und lebensstilbedingte Faktoren (mit-)verursacht wird und deshalb die persönliche Verantwortung eine wichtige Rolle spielt. Die Pflicht der Versicherten zur Mitwirkung und Verantwortung für eine gesunde Lebensführung steht bereits im SGB V (§ 1 „Solidarität und Eigenverantwortung“).

Der Gesetzgeber hat nunmehr beschlossen, dass die gesetzlichen Krankenkassen von 2004 an Bonusprogramme und Selbstbehalttarife bei Vorsorge und gesundheitsbewusstem Verhalten anbieten können. Die Voraussetzung für den neuen Wettbewerb unter den Krankenkassen schafft die Gesundheitsreform: Die Mitglieder können jetzt unter verschiedenen Bonus- und Versorgungsprogrammen wählen. Während die Erhöhung von Zuzahlungen, Praxisgebühr etc. obligatorisch vom Gesetzgeber verfügte Maßnahmen sind, werden hier Anreizmodelle eingeführt, deren Nutzung auf freiwilliger Basis geschehen soll. Die Versicherten, die etwas für ihre Gesundheit oder Fitness tun bzw. sich an Hausarztmodellen oder Versorgungsprogrammen für Chroniker (DMP) beteiligen, sollen (finanziell oder mit Sachprämien) belohnt werden. Letztlich sollen durch verstärkte Prävention und Behandlungsprogramme individuelle Anreize zu gesundheitsbewusstem und ökonomischem Verhalten gegeben werden, um Kosten im GKV-System zu sparen (Wer gesünder lebt, braucht weniger ärztliche Behandlungen und Therapien). Die meisten der mehr als 300 gesetzlichen Krankenkassen planen ab 2004 Bonusprogramme – in unterschiedlichen Ausprägungen – für ihre Mitglieder.

Im Rahmen von Umfragen sind Anreizmodelle erhoben worden, die direkt beim Versicherten ansetzen und im Kern finanzielle Vergünstigungen oder Sanktionen vorsehen:

- Bonus bei individueller Gesundheitsvorsorge,
- Bonus für die Teilnahme an Hausarztmodellen,
- Selbstbehalt,
- Beitragsrückerstattung.

Zu den Bonusprogrammen im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung („BGF-Bonus“) liegen bislang noch keine publizierten Umfrageergebnisse vor. Hier sollen Unternehmen mit Betriebsvereinbarungen über die Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz, mit Gesundheitsberichten über ihre Mitarbeiter, Nichtraucherregelungen, Sportangeboten oder Suchtpräventionsmaßnahmen und – infolge dessen – nachweislich sinkenden Krankenständen Bonuszahlungen pro Mitarbeiter erhalten.

Die GKV tritt mit diesen Modellen in einen Wettbewerb ein, dessen Erfolg sich an Kosteneinsparungen und allgemein verbessertem Gesundheitszustand der Versicherten wird ablesen lassen.

## **6.1 Bonus bei individueller Gesundheitsvorsorge**

Versicherte, die regelmäßig und konsequent an bestimmten Präventionsmaßnahmen teilnehmen (z. B. regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen, gesundheitsbewusste Lebensweise), können einen Bonus in Form finanzieller Anreize (Beitragssenkung oder Barleistung) oder Sachleistungen bekommen. Ferner ist es möglich, Bonusmodelle mit SB-Tarifen zu kombinieren (s. *Kapitel 6.3*).

Bonusprogramme sind keine Erfindung der Gesundheitsreform. Schon früher bestanden für gesetzliche Krankenkassen Möglichkeiten (z. B. in Form von Erprobungsregelungen), Bonustarife anzu-

bieten. Umfragen zufolge findet die Möglichkeit einer finanziellen Belohnung individuellen gesundheitsbewussten Verhaltens grundsätzlich eine hohe Zustimmung bei den Versicherten.<sup>75</sup> Diesbezügliche Fragestellungen wurden – methodisch unterschiedlich – aktuell u. a. durch Janssen-Cilag, Allensbach, FTD, und das WIdO erhoben (s. Tabelle 14).

Tabelle 14

| <b>Zustimmung für eine individuelle Gesundheitsvorsorge</b> |   |                     |   |                    |
|---|---|---------------------|---|--------------------|
| <b>Auftraggeber</b>   | <b>Methode</b>  | <b>Zeitraum</b>     | <b>Fragestellung</b>  | <b>Ergebnis</b>    |
| Janssen-Cilag   | n = 1.000<br>GKV-Versicherte:<br>500 Personen<br>zwischen 25 - 34<br>Jahre und<br>500 Personen<br>zwischen 60 -69<br>Jahre (Face-to-Face) | 1. Halbjahr<br>2001 | „Wahloption zur Beitragsreduzierung: Sie verpflichten sich, regelmäßig an Vorsorgeuntersuchungen teilzunehmen. Das bedeutet: Sie müssen auf jeden Fall zweimal jährlich Ihre Zähne kontrollieren lassen und zusätzlich an Vorsorgeuntersuchungen gegen Krebs und Herz-Kreislauf-Erkrankungen teilnehmen.“ | 74 %<br>Zustimmung |
| Allensbach  | n = 1.079<br>Bevölkerung ab<br>16 Jahre (Face to face)  | Dezember<br>2002    | (Listenauswahl)<br>„... Wer regelmäßig zur Vorsorge geht, soll Beitragsrabatt bekommen.“  | 69 %<br>Zustimmung |
| FTD   | n = 1.000<br>Bevölkerung ab<br>14 Jahre (CATI)  | Februar<br>2003     | „... Sagen Sie mir bitte zu jedem Vorschlag, ob Sie ihn unterstützen oder ablehnen: (Liste)... Rabatte bei regelmäßigen Vorsorgeuntersuchungen.“  | 87 %<br>Zustimmung |
| WIdO  | Jeweils n = 3.000<br>GKV-Mitglieder<br>zwischen 16 und 65<br>Jahre (CATI)   | April-Mai<br>2003   | „Vorschlag: Wenn ich mich gesundheitsbewusst verhalte (gesunde Ernährung, Bewegung) und an Fitnessangeboten teilnehme, zahle ich einen niedrigeren Krankenkassenbeitrag.“   | 59 %<br>Zustimmung |
|   |   |                     | „Vorschlag: Wenn ich regelmäßig zu Vorsorgeuntersuchungen gehe (z. B. Krebsvorsorge, Zahnkontrolle, Gesundheits-Checks), zahle ich einen niedrigeren Krankenkassenbeitrag.“   | 85 %<br>Zustimmung |

WIdO 2003

<sup>75</sup> s. Beske, F. / Hallauer, J.F. / Kern, A.O. (1996 a), S. 61ff. und (1996 b), S. 66f.

Bei Janssen-Cilag dokumentieren die Umfrageergebnisse eine hohe Akzeptanz für beitragsreduzierende Vorsorgeuntersuchungen. „Verpflichtende Vorsorgeuntersuchungen am Beliebtesten“<sup>76</sup> – 74 % der Befragten entschieden sich aus einem Katalog verschiedener Wahlmöglichkeiten für eine Verpflichtung zur Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen. Die Formulierung der zu Beantwortung stehenden Aussage grenzt die Vorsorgeuntersuchungen allerdings genau ein, was möglicherweise zu einer etwas niedrigeren Zustimmung im Vergleich zum GKV-Monitor (s. u.) führt: „Sie müssen auf jeden Fall zweimal jährlich Ihre Zähne kontrollieren lassen und zusätzlich an Vorsorgeuntersuchungen gegen Krebs und Herz-Kreislauferkrankungen teilnehmen“<sup>77</sup>, um dadurch den Krankenversicherungsbeitrag zu reduzieren.

Auch bei Allensbach hat sich die Mehrheit für einen Vorsorge-Bonus entschieden. Hier ist den Befragten der Vorschlag einer Bonifizierung im Rahmen einer Listenauswahl mit der Möglichkeit von Mehrfachnennungen vorgelegt worden. Dies ist möglicherweise der Grund dafür, dass der Zustimmungswert mit 69 % etwas niedriger liegt als die Werte anderer Umfragen.<sup>78</sup> In einer vorhergehenden Umfrage (März/April 2002) hatte Allensbach den Vorschlag als Malus-Regelung formuliert: Die Versicherten sollen für gesundheitsrelevante Verhaltensweisen nicht finanziell belohnt, sondern für die Vernachlässigung von Vorsorgeuntersuchungen mit einer Beteiligung an den Behandlungskosten geahndet werden: „Leute, die nicht zu Vorsorgeuntersuchungen gehen, werden stärker an den Behandlungskosten beteiligt.“ Diesem Vorschlag eines Preisaufschlages stimmten 52 % der Befragten zu.<sup>79</sup>

Im Rahmen der FTD-Umfrage ergibt der Vorschlag „Rabatte bei regelmäßigen Vorsorgeuntersuchungen“ eine nahezu uneinge-

---

<sup>76</sup> Janssen-Cilag (2002), S. 31.

<sup>77</sup> ebda. (2002), S. 40.

<sup>78</sup> s. Allensbach (2003 c), S. 31.

<sup>79</sup> ebda. (2002), S. 7.

schränkte Zustimmung. 87 % der Befragten begrüßen einen Bonus für die Teilnahme an regelmäßigen Vorsorgeuntersuchungen.<sup>80</sup>

Im GKV-Monitor wurde das Interesse an einem Bonusangebot der Krankenkassen zweistufig gemessen: Ein Vorschlag beinhaltet einen finanziellen Anreiz (niedrigerer Beitrag) für gesundheitsbewusstes Verhalten und Teilnahme an Fitnessangeboten; der andere Vorschlag stellte den Befragten einen Bonus für absolvierte Vorsorgeuntersuchungen in Aussicht.

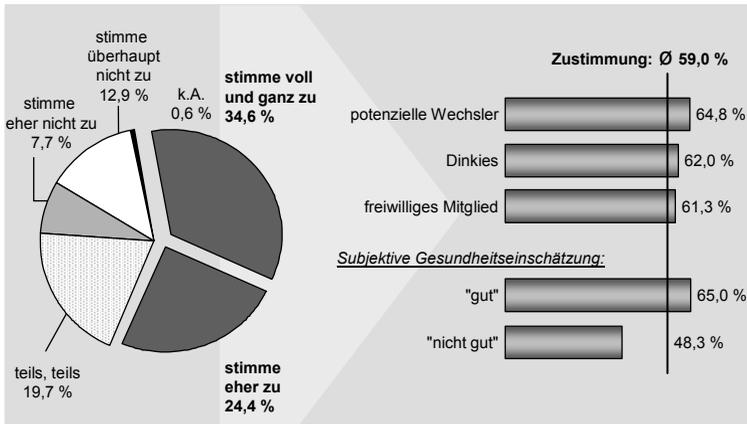
Einen finanziellen Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten bei gleichzeitiger Teilnahme an Fitnessangeboten findet rund jedes zweite Mitglied (59,0 %) attraktiv (s. *Abbildung 21*). Allerdings zeigen sich hier auch jeweils ein Fünftel der Befragten unentschlossen bzw. ablehnend eingestellt. Bei Personen, die ihren Gesundheitszustand subjektiv als „gut“ einstufen, ist die Zustimmungquote deutlich höher (65,0 %) als bei Personen, die ihren Gesundheitszustand als „nicht gut“ bezeichnen, hier stimmen nur 48,3 % zu. Bei den Mitgliedern, die ggf. ihre Krankenkasse wechseln möchten, sind es 64,8 %, die diesen Vorschlag begrüßen, bei freiwillig Versicherten sind es 61,3 %. Die Zustimmungsanteile steigen mit zunehmendem Haushaltsnettoeinkommen der Befragten, bei Doppelverdienern ohne Kinder stimmen 62,0 % für diesen Vorschlag. Die Auswertung nach Altersgruppen zeigt bei jüngeren Mitgliedern keine Abweichungen vom Durchschnitt, aber bei den Älteren steigt das Interesse für einen „Fitnessbonus“ auf 63,2 % in der Gruppe der über 60-Jährigen.

---

<sup>80</sup> FTD (2003) o. S.

Abbildung 21

**Vorschlag: Wenn ich mich gesundheitsbewusst verhalte (gesunde Ernährung, Bewegung) und an Fitnessangeboten teilnehme, zahle ich einen niedrigeren Krankenkassenbeitrag.**



Quelle: GKV-Monitor 2003

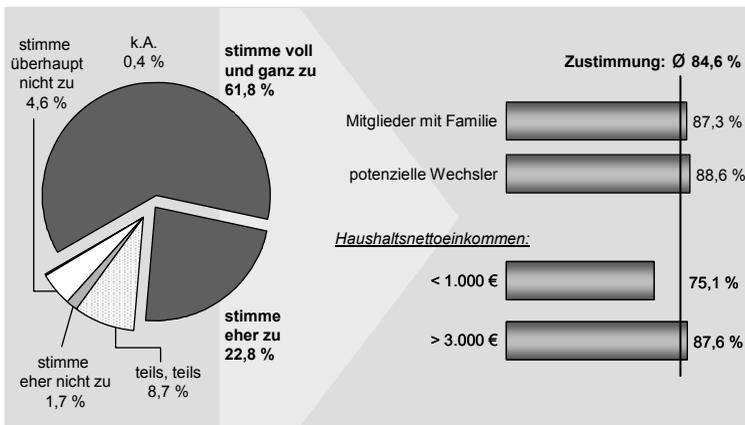
n = 3.000

Der Vorschlag, als Ausgleich für eine Teilnahme an regelmäßigen Vorsorgeuntersuchungen einen niedrigeren Krankenkassenbeitrag zu bezahlen, stößt auf wesentlich mehr Zustimmung bei den GKV-Mitgliedern (84,6 %) als ein Fitnessbonus (s. *Abbildung 22*). Auch bei diesem Vorschlag wird ein Einkommenseffekt sichtbar: Bezieher niedriger Einkommen (unter 1.000 Euro) liegen deutlich unter dem Durchschnitt (75,1 %), in den anderen Einkommensgruppen steigen die Zustimmungsteile stetig an. Der Zustimmungsteil bei den potenziellen Kassenwechslern liegt über dem Durchschnitt (88,6 %). Mitglieder mit Familie und Kind(ern) begrüßen diesen Vorschlag ebenfalls (87,3 % Zustimmung). In den einzelnen Altersgruppen bewegt sich die Akzeptanz für einen Vorsorgebonus nahe am Durchschnittswert, nimmt dann aber bei den Älteren ab.

Das große Interesse, einen finanziellen Bonus für die Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen zu bekommen, liegt möglicherweise daran, dass die Institution „Vorsorgeuntersuchung“ in der GKV an sich bereits bekannt und der finanzielle Anreiz dafür relativ einfach „mitzunehmen“ ist. Ähnlich den schon bestehenden Regelungen (Bonusheft beim Zahnarzt) geht es hier lediglich um weitere regelmäßige ärztliche Untersuchungen. Dagegen erfordert ein Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten (s. o.) tatsächliche und messbare Verhaltensaktivitäten beim Versicherten (aktive Teilnahme an sportiven Angeboten in Kursen, Vereinen etc.). Die Reaktion der Befragten auf diesen Vorschlag macht deutlich, dass nicht jeder willens ist bzw. sich in der Lage sieht, kontinuierlich und erfolgreich an Sportangeboten und Fitnesskursen teilzunehmen.

Abbildung 22

**Vorschlag: Wenn ich regelmäßig zu Vorsorgeuntersuchungen gehe (z. B. Krebsvorsorge, Zahnkontrolle, Gesundheits-Checks), zahle ich einen niedrigeren Krankenkassenbeitrag.**



Quelle: GKV-Monitor 2003

n = 3.000

Die Umfrage der GEK bei 2.000 GKV-Versicherten bestätigt grundsätzlich die Ergebnisse: „Die Befragten haben sich mit klarer Mehrheit von 92 Prozent für ein Modell entschieden, welches das gesundheitsbewusste Verhalten fördert.“<sup>81</sup>

Auch eine Computerbefragung der BIG Direktkrankenkasse bestätigt die Richtung der Ergebnisse. Die im Sommer 2003 online durchgeführte Befragung zeigt eine hohe Zustimmung bei den Teilnehmern: 88 % „halten einen Beitragsnachlass bei regelmäßiger Vorsorge für gut.“<sup>82</sup>

Zusammenfassend betrachtet sind die ansteigenden Zustimmungswerte im Zeitverlauf möglicherweise auch darauf zurückzuführen, dass aktuell eine deutlich intensivere, positiv besetzte öffentliche Diskussion über Bonusregelungen in der GKV geführt wird.

## **6.2 Hausarztmodell**

Integrierte Versorgungsformen sollen unnötige und unkoordinierte Leistungen und daraus resultierende Ressourcenverschwendung vermeiden helfen. Dabei soll der Hausarzt im System der GKV eine Art „Lotsenfunktion“ übernehmen und – vor Inanspruchnahme von Facharzt und stationärer Versorgung – die erste Anlaufstelle für die Versicherten sein. Er bündelt Untersuchungsergebnisse von Fachärzten, registriert Arzneimittelgaben, verwahrt Röntgenaufnahmen und kann so Doppeluntersuchungen verhindern. Für Mitglieder, die an einem solchen Hausarztmodell teilnehmen, kann ein Bonus ausgeschüttet werden (z. B. Aufrechnung gegen die neue Praxisgebühr, Beitragsreduzierung oder Sachprämien).

---

<sup>81</sup> Pressemitteilung der GEK „Solidarisches Bonusmodell für Gesunde und Kranke“ vom 05.05.2003.

<sup>82</sup> BIG (2003), S. 8.

Bereits frühere Umfrageergebnisse zum Hausarztmodell belegen eine grundsätzliche Aufgeschlossenheit der Versicherten.<sup>83</sup> Nach wie vor spielt der Hausarzt grundsätzlich eine herausragende Rolle in der Bevölkerung, denn „rund 80 Prozent haben eigenen Angaben zufolge einen solchen Arzt, zu dem sie gewöhnlich gehen, wenn sie krank sind oder einen ärztlichen Rat benötigen.“<sup>84</sup> Bei GKV-Versicherten sind es sogar 91 Prozent. „Privatversicherte haben etwas seltener einen festen Hausarzt als die gesetzlich Versicherten.“<sup>85</sup> Die Ergebnisse der vorliegenden Umfragen (WIdO, Janssen-Cilag, den Ersatzkassenverbänden, Bertelsmann, der BKK-Ost und GEK) werden im Folgenden referiert (s. *Tabelle 15*).

Im Rahmen einer Face-to-Face-Umfrage des WIdO 1999 wurden die GKV-Mitglieder aufgefordert, konkret ein Hausarztmodell zu beurteilen, bei dem sie sich – zu einem ermäßigten Beitragssatz – verpflichten müssten, außer in Notfällen immer zuerst einen Hausarzt ihres Vertrauens aufzusuchen. Die genaue Fragestellung lautete hier: „Können Sie sich als Mitglied der Gesetzlichen Krankenversicherung Folgendes vorstellen: Sie zahlen einen ermäßigten Beitragssatz an Ihre Krankenkasse. Dafür verpflichten Sie sich zu folgender Regelung: Wenn Krankheiten / Beschwerden auftreten, suchen Sie – außer in Notfällen – immer zuerst einen bestimmten Hausarzt Ihres Vertrauens auf. Diesen können Sie einmal pro Quartal neu festlegen. Er allein entscheidet dann darüber, ob ein Besuch beim Facharzt oder im Krankenhaus notwendig ist. Die ganze Regelung könnte auf Wunsch auch wieder rückgängig gemacht werden.“

---

<sup>83</sup> s. Andersen, H. H. / Schwarze J. (2000), S. 50ff., Zok, K. (1999), S. 59ff; Wasem, J. / Güther, B. (1998), S. 16.

<sup>84</sup> Bertelsmann-Stiftung (2002), S. 15.

<sup>85</sup> Forsa (2001), S. 4.

Tabelle 15

**Zustimmung zum Hausarztmodell**

| Auftraggeber         | Methode  | Zeitraum                    | Fragestellung   | Ergebnis           |
|----------------------|--|-----------------------------|---|--------------------|
| WIdO                 | n = 3.005<br>GKV-Mitglieder<br>zwischen<br>16 und 65 Jahre<br>(Face-to-Face)   | März-April<br>1999          | „Sie zahlen einen ermäßigten Beitragssatz an Ihre Krankenkasse. Dafür verpflichten Sie sich zu folgender Regelung: Wenn Krankheiten / Beschwerden auftreten, suchen Sie – außer in Notfällen – immer zuerst einen bestimmten Hausarzt Ihres Vertrauens auf. Diesen können Sie einmal pro Quartal neu festlegen. Er allein entscheidet dann darüber, ob ein Besuch beim Facharzt oder im Krankenhaus notwendig ist. Die ganze Regelung könnte auf Wunsch auch wieder rückgängig gemacht werden.“ | 49 %<br>Zustimmung |
| Janssen-Cilag        | n = 1.000<br>GKV-Versicherte:<br>500 Personen<br>zwischen 25 - 34<br>Jahre und 500<br>Personen zwischen<br>60 - 69 Jahre<br>(Face-to-Face) | 1. Halbjahr<br>2001         | „Wahloption zur Beitragsreduzierung: Bei jeder neuen Krankheit müssen Sie immer zuerst Ihren Hausarzt aufsuchen. Falls erforderlich, werden Sie vom Hausarzt an einen Facharzt überwiesen. Sie können also beispielsweise nicht mehr direkt zum Hals-Nasen-Ohrenarzt gehen, sondern müssen zuerst zum Hausarzt.“  | 51 %<br>Zustimmung |
| VdAK/AEV             | n = 7.481<br>Versicherte der<br>Ersatzkrankenkassen<br>(schriftlich)   | Herbst<br>2001              | Bereitschaft, zuerst den Hausarzt aufzusuchen.*   | 50 %<br>Zustimmung |
| Bertelsmann-Stiftung | 2 Wellen a 1.500<br>Versicherte<br>zwischen<br>18 und 79 Jahre<br>(schriftlich)  | Nov./Dez. 01<br>und März 02 | „Wenn es Ihre Krankenversicherungsbeiträge erheblich senken würde, wären Sie bereit, vor einem Facharztbesuch immer zuerst den Hausarzt aufzusuchen?“   | 80 %<br>Zustimmung |
| BKK-Ost              | n = 2.019<br>GKV-Versicherte in<br>ausgewählten neuen<br>Bundesländern ab<br>18 Jahre (CATI)   | Februar-März<br>2003        | Konsultation des Hausarztes vor<br>Facharztbesuch oder Klinikeinweisung*  | 53 %<br>Zustimmung |
| GEK                  | n = 2.000<br>GKV-Versicherte<br>ab 16 Jahre (CATI)   | März - April<br>2003        | „Bonus für Hausarztbesuch, also für Patienten, die nur mit Überweisung zum Facharzt gehen.“   | 67 %<br>Zustimmung |

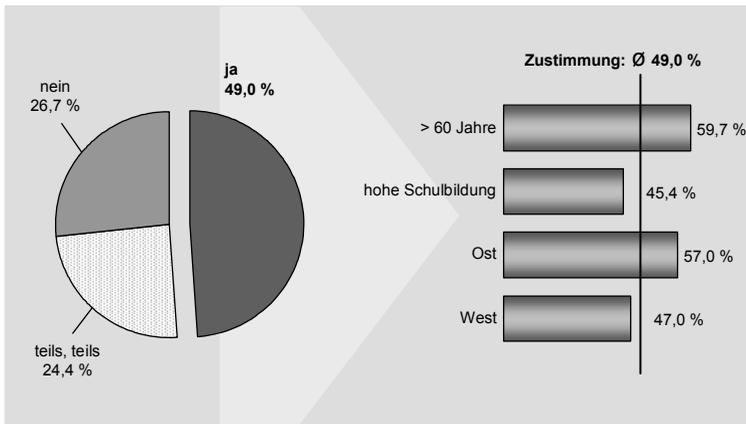
WIdO 2003

\*Die exakte Fragestellung liegt nicht vor.

Nahezu die Hälfte der Befragten (49,0 %) steht diesem Versorgungsmodell der freiwilligen Einschränkung mit Selbstbindung grundsätzlich aufgeschlossen gegenüber, 26,7 % lehnen das Modell ab und 24,4 % werten mit „teils, teils“ (s. Abbildung 23). Die Aufgeschlossenheit ist bei der Gruppe der über 60-Jährigen am höchsten (59,7 %). Die Zustimmung variiert leicht mit dem Bildungsstand: Personen mit einfachem Schulabschluss stimmen mit 52 % zu, Abiturienten und Akademiker unterdurchschnittlich mit 45,4 %. Groß ist der Unterschied dagegen zwischen Ost und West: Bei den GKV-Mitgliedern aus den alten Bundesländern stimmen 47,0 % zu, im Osten Deutschlands liegt die Zustimmung zehn Prozentpunkte höher (57,0 %).

Abbildung 23

**Die Versicherten zeigen sich einem Hausarztmodell gegenüber eher aufgeschlossen.**



Quelle: GKV-Monitor 1999

n = 3.005

Die Gründe, die für ein Hausarztmodell sprechen, wurden im Rahmen einer offenen Fragestellung erhoben, die Mehrfachantworten erlaubte. Der Hauptgrund für die potenziellen Teilnehmer (n = 1.471) liegt vor allem in der in Aussicht gestellten Beitragsreduktion (32 % der Nennungen). Des Weiteren spielt für die Versicherten die enge Bindung eine Rolle, die die Patienten zum Hausarzt haben. So heben 22 % der Nennungen darauf ab, dass der Hausarzt seine Patienten am besten kennt und 16 % verweisen auf das enge Vertrauensverhältnis.

Auch aktuellere Erhebungen zeigen, dass es weiterhin eine breite Zustimmung der befragten GKV-Mitglieder gibt, wenn es darum geht, dass der Hausarzt im Gesundheitssystem eine stärkere Rolle einnehmen soll. Bei Janssen-Cilag entschieden sich 51 % der Befragten im Rahmen einer Auswahl-situation (mehrere Angebote zur Beitragsreduktion standen zur Wahl) für ein Hausarztmodell, um den Krankenkassenbeitrag zu reduzieren: „Bei jeder neuen Krankheit müssen Sie immer zuerst Ihren Hausarzt aufsuchen. Falls erforderlich, werden Sie vom Hausarzt an einen Facharzt überwiesen. Sie können also beispielsweise nicht mehr direkt zum Hals-Nasen-Ohrenarzt gehen, sondern müssen zuerst zum Hausarzt.“<sup>86</sup>

Die Versichertenbefragung der Ersatzkassenverbände zur Akzeptanz neuer Versorgungsformen dokumentiert ebenfalls, dass die Hälfte der Befragten (49,8 %) bereit ist, bei einem Arztbesuch – abgesehen von Notfällen – zuerst den Hausarzt aufzusuchen.<sup>87</sup>

Im Bertelsmann-Gesundheitsmonitor 2002 stimmten 80 % der Befragten – im Vergleich mit mehreren Wahloptionen – vorrangig einem Hausarztmodell zu, „das [bei erheblicher Senkung der Krankenversicherungsbeiträge] Versicherte dazu verpflichtet, vor einem Facharzt zunächst immer einen Haus- bzw. Allgemeinarzt aufzusuchen.“

---

<sup>86</sup> Janssen-Cilag (2002), S. 31 und S. 40.

<sup>87</sup> s. Andersen, H. H. (2002) S. 76.

chen“.<sup>88</sup> Die anderen im Rahmen der Fragestellung vorgestellten Optionen (wie Selbstbeteiligung, Zuzahlungen etc.) fielen dagegen in der Zustimmungstendenz deutlich zurück. Die deutlich höhere Zustimmung in der Infratest-Stichprobe ist vermutlich dadurch zu erklären, dass das Angebot in der Fragestellung einmal finanziell sehr lukrativ ist („erhebliche Beitragssenkung“) und gleichzeitig der Bindungscharakter des Modells weniger restriktiv erscheint. Die Formulierung „vor einem Facharzt zunächst immer einen Hausarzt aufzusuchen“ klingt weniger freiheitseinschränkend als die Verpflichtung für ein Modell, in dem der Hausarzt allein über weitere Konsultationen des Patienten entscheidet.

Die vom BKK-Landesverband Ost Anfang 2003 in Auftrag gegebene Studie zeigt, dass sich die Mehrheit (53 %) der Befragten (hier Versicherte in fünf östlichen Bundesländern) für die Konsultation eines Hausarztes vor dem Facharztbesuch oder der Klinikeinweisung ausspricht. Ein Viertel der Versicherten (28 %) ist dagegen und 15 % sind unentschlossen. 4 % machten keine Angabe.<sup>89</sup>

Auch eine Umfrage der GEK zu Bonusmodellen ergab, dass die Versicherten mehrheitlich ein Hausarztmodell favorisieren. Auf einer asymmetrischen 5er-Bewertungsskala ohne (inhaltliche) Mittelkategorie<sup>90</sup> („ausgezeichnet“, „sehr gut“, „gut“, „weniger gut“, „schlecht“) beurteilen 67 % der Befragten „den Bonus für Hausarzt-

---

<sup>88</sup> Bertelsmann-Stiftung (2002), S. 122ff.

<sup>89</sup> s. BKK-Landesverband Ost (2003).

<sup>90</sup> s. dazu z. B. Schumann, S. (2000), S. 71: „Unabhängig davon, ob eine Mittelkategorie vorgeben ist oder nicht, sollte die Anzahl der Kategorien diesseits oder jenseits der (inhaltlichen) „Mitte“ gleich groß sein. (...) Wäre es nicht so, wären also zum Beispiel fünf Antwortalternativen in Richtung „gut“ und nur eine in Richtung „schlecht“ vorgegeben, dann bestünde die Gefahr, dass die Befragten aufgrund der suggestiven Wirkung der schieren Anzahl der Antwortvorgaben in Richtung „gut“ diese Richtung auch bevorzugen.“

besuche positiv – unabhängig vom persönlichen Gesundheitszustand.“<sup>91</sup>

Damit votiert übereinstimmend eine Mehrheit der Versicherten für ein Hausarztmodell. Allerdings wird die mögliche Einschränkung der freien Arztwahl nur bedingt angenommen. Deutlich geringer fällt die Zustimmung nämlich für Modelle aus, bei denen eine Leistungsübernahme nur für bestimmte, von der jeweiligen Krankenkasse ausgewählten Ärzte („preferred provider“) vorgesehen ist. Sowohl in der Janssen-Cilag-Umfrage als auch in der Bertelsmann-Befragung stimmen nur 23 % bzw. 17 % der Versicherten dieser Option zu.<sup>92</sup>

Die Zustimmung für ein Hausarztmodell auf der einen und die ablehnende Haltung gegenüber Einschränkungen der freien Arztwahl auf der anderen Seite sind vermutlich durch zwei Komponenten zu erklären, die das Arzt-Patienten-Verhältnis prägen. Einerseits hat die einkaufbare Dienstleistung frei wählbarer Experten einen hohen Stellenwert und andererseits spielen persönliche Kenntnis und Vertrauen für Versicherte und Patienten eine wichtige Rolle beim Arztkontakt.<sup>93</sup>

## **6.3 Selbstbehalt**

Zu den immer wieder diskutierten Vorschlägen zur Finanzierung des GKV-Systems gehört auch die Forderung nach mehr individuellen Wahlmöglichkeiten in der GKV beispielsweise durch Selbstbeteiligung der Versicherten bei gleichzeitiger Beitragsermäßigung: Der Versicherte würde – wie in der Privatversicherung – bis zur Höhe eines vereinbarten Selbstbehalts die finanziellen Folgen des Schadensrisikos selbst tragen und die Versicherung erst für darüber hinausgehende Ausgaben eintreten. Weil das Risiko für die Versi-

---

<sup>91</sup> GEK (2003), S. 8.

<sup>92</sup> s. Janssen-Cilag (2002), S. 32, Bertelsmann-Stiftung (2002), S. 123.

<sup>93</sup> s. Bertelsmann-Stiftung (2002), S. 124.

cherung damit niedriger liegt, fällt der Krankenkassenbeitrag entsprechend niedriger aus.

Erstmals eingeführt hatte die TK seit Anfang 2003 einen Selbstbehalttarif angeboten.<sup>94</sup> Inzwischen ziehen – mit den neuen rechtlichen Möglichkeiten der Gesundheitsreform – praktisch fast alle gesetzlichen Krankenkassen nach.

Die Regelungen zur Einführung eines Selbstbehaltes werden kontrovers diskutiert: „Während die Befürworter positive Steuerungswirkungen auf die Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen erwarten, befürchten Gegner eine zunehmende Entsolidarisierung. Von der Möglichkeit eines Selbstbehaltes würden vorwiegend gesunde Versicherte Gebrauch machen (...). Durch die Beitragsnachlässe würde der gesetzlichen Krankenversicherung aber Geld entzogen, das dann zur Finanzierung des weithin unveränderten Leistungsumfangs fehlt. Ergebnis: Die Beitragssätze müssten steigen.“<sup>95</sup> Erfahrungen, wie sie beispielsweise in der Schweiz mit Eigenbeteiligungen gemacht werden, sind nicht ohne Weiteres auf Deutschland übertragbar, da die Gesundheitssysteme beider Länder große Unterschiede aufweisen.<sup>96</sup> In Deutschland hängt die Beitragshöhe vom Einkommen ab, in der Schweiz hingegen nicht.

---

<sup>94</sup> Das Selbstbehalt-Modell mit Beitragsminderung der TK sieht inhaltlich im Wesentlichen wie folgt aus: „Wer im Laufe eines Jahres keinen Arztbesuch in Anspruch nimmt, erhält von der Kasse 240 Euro Bonus. Gegen den Bonus steht die Selbstbeteiligung von maximal 300 Euro für Arzneimittelkosten, Heil- und Hilfsmittel, ärztliche und zahnärztliche Behandlung oder Krankenhausleistungen. Präventionsleistungen werden nicht auf die Eigenbeteiligung angerechnet. Wer sich für das Programm entscheidet, trägt das Risiko, maximal 60 Euro mehr aufzuwenden als zuvor. Die Kosten für in Anspruch genommene Leistungen werden im Folgejahr abgerechnet. Für einen Arztbesuch werden pauschal 20 Euro, für die Zahnarztbehandlung 40 Euro veranschlagt.“ Das „Selbstbehalt-Programm 240“ gilt ausschließlich für freiwillig Versicherte, die vor allem davon abgehalten werden sollen, in die PKV zu wechseln.

<sup>95</sup> Jacobs, K. (2002), S. 14f.

<sup>96</sup> s. hierzu: Schellhorn, M. (2002), kontrovers dazu: Werblow, A. (2002).

Eine beitragsfreie Mitversicherung wie im deutschen Gesundheitssystem gibt es in der Schweiz nicht. Außerdem besteht noch erheblicher Forschungsbedarf beispielsweise hinsichtlich der Frage, ob die freiwillige Eigenbeteiligung nicht zur Verschleppung von Krankheiten führt, „mit dem Ergebnis, dass der insgesamt erforderliche Behandlungsaufwand zulasten der Solidargemeinschaft deutlich steigt.“<sup>97</sup>

Zur Bewertung des Vorschlages Selbstbehalt in der GKV aus Sicht der Versicherten liegen Ergebnisse aus mehreren repräsentativen Umfragen vor: Janssen-Cilag, Bertelsmann-Stiftung, WIdO, VFA und Allensbach (s. *Tabelle 16*).

Bei der Janssen-Cilag-Befragung wurde der Vorschlag einer „Praxisgebühr“ im Kontext einer differenzierten Auswahl-situation (mehrere Angebote zur Reduzierung des individuellen Krankenkassenbeitrages) präsentiert. Diese Wahloption – exakt genannter Betrag von 10 DM verbunden mit einer in Aussicht gestellten Beitragsreduzierung – findet ein Drittel der Befragten attraktiv.<sup>98</sup> „Wenn Sie das Angebot annehmen, dann zahlen Sie nur noch X DM im Monat. Auf’s Jahr gerechnet würden Sie also X DM sparen.“<sup>99</sup> 34 % würden das Angebot annehmen und monatlich den im Interview programmtechnisch ermittelten reduzierten Krankenkassenbeitrag bezahlen.

---

<sup>97</sup> Jacobs, K. (2002), S. 15.

<sup>98</sup> s. Janssen-Cilag (2002), S. 32.

<sup>99</sup> ebda. S. 57.

Tabelle 16

**Zustimmung zu Selbstbehaltsmodellen**

| Auftraggeber         | Methode   | Zeitraum                    | Fragestellung   | Ergebnis           |
|----------------------|---|-----------------------------|---|--------------------|
| Janssen-Cilag        | n = 1.000<br>GKV-Versicherte:<br>500 Personen<br>zwischen 25 - 34<br>Jahre und 500<br>Personen zwischen<br>60 - 69 Jahre<br>Face-to-Face) | 1. Halbjahr<br>2001         | Wahloption mit Beitragsreduzierung: „Bei jedem Arztbesuch müssen Sie eine Grundgebühr von 10.- DM aus eigener Tasche bezahlen, egal was der Arzt macht oder feststellt. Alle weiteren Kosten der Behandlung übernimmt die Krankenkasse wie bisher.“ | 34 %<br>Zustimmung |
| Bertelsmann-Stiftung | 2 Wellen a 1.500<br>Versicherte<br>zwischen<br>18 und 79 Jahre<br>(schriftlich)   | Nov./Dez. 01<br>und März 02 | „Wenn es Ihre Krankenversicherungsbeiträge erheblich senken würde, wären Sie bereit jährlich einen bestimmten Beitrag Ihrer Krankheitskosten (Arzt, Krankenhaus, Medikamente) selbst zu übernehmen (z. B. 500 Euro)?“                               | 12 %<br>Zustimmung |
| WIdO                 | n = 3.000<br>GKV-Mitglieder<br>zwischen<br>16 und 65 Jahre<br>(CATI)  | März/April<br>2002          | „Versicherte sollten die Möglichkeit haben, sich an den jährlichen Behandlungskosten bis zu einer bestimmten Höhe zu beteiligen. Als Ausgleich dafür wird der Jahresbeitrag zur Krankenversicherung ermäßigt.“                                      | 46 %<br>Zustimmung |
| VFA                  | n = 1.687<br>GKV-Versicherte<br>ab 18 Jahre (CATI)  | August<br>2002              | „Versicherte sollten sich für einen reduzierten Krankenversicherungs-Beitragssatz entscheiden können, wenn sie bereit sind, einen begrenzten Teil der Kosten selbst zu tragen, z. B. für Arzneikosten, Medikamente, Kuren, Heil- und Hilfsmittel.“  | 53 %<br>Zustimmung |
| Allensbach           | n = 1.079<br>Bevölkerung<br>ab 16 Jahre<br>(Face to face)   | Dezember<br>2002            | (Listenauswahl) „Jeder Versicherte trägt für ärztliche Behandlungen einen gewissen Anteil der Kosten, etwa 10 Prozent, selbst (umfangreiche Behandlungen wie Operationen sind von dieser Regelung ausgenommen).“                                    | 25 %<br>Zustimmung |
| WIdO                 | n = 3.000<br>GKV-Mitglieder<br>zwischen 16 und 65<br>Jahre (CATI)   | April/Mai<br>2003           | „Vorschlag: Sie bezahlen bei jedem Arztbesuch einen festen Mindestbetrag, z. B. 15 Euro, dafür wird Ihr persönlicher Krankenkassenbeitrag gesenkt.“   | 30 %<br>Zustimmung |

WIdO 2003

Im Rahmen der Bertelsmann-Studie wurde die Möglichkeit eines Selbstbehalts ebenfalls vorgeschlagen. Die Befragten konnten hier im Rahmen der schriftlichen Befragung jeweils für „verschiedene Optionen“ zur Differenzierung von Grund- und Wahlleistungen (Hausarztmodell, Ärztee pool etc.) votieren, „bei denen als Gegenleistung eine erhebliche Senkung der Krankenversicherungsbeiträge in Aussicht gestellt wurde.“<sup>100</sup> Auch hier wurde die Höhe der finanziellen Eigenbeteiligung exakt beziffert, der Beitragsnachlass blieb dagegen unbestimmt: „Wenn es Ihre Krankenversicherungsbeiträge erheblich senken würde, wären Sie bereit jährlich einen bestimmten Beitrag Ihrer Krankheitskosten (Arzt, Krankenhaus, Medikamente) selbst zu übernehmen (z. B. 500 Euro)?“ Die Zustimmung fällt vermutlich deshalb sehr niedrig aus, da ein drohender SB von 500 Euro – ohne Nennung der Beitragssenkung – dementsprechend abschrecken dürfte. Der vorgestellte Wahltarif „stößt nur etwa bei jedem achten Versicherten (12 %) auf Gegenliebe.“<sup>101</sup> Das Interesse an Selbstbeteiligung korreliert hier kaum mit dem gesundheitlichen Status – dagegen wieder stark mit einem höherem Einkommen und dem Bildungsniveau: „Bei einem Haushaltseinkommen bis zu 1.200 Euro je Person sind maximal 10 Prozent an einem Eigenbeteiligungstarif interessiert, bei einem Haushaltseinkommen über 1.500 Euro sind es mehr als doppelt so viele (27 Prozent). Ähnlich hohe Differenzen zeigen sich für den höchsten Schulabschluss. Unter Versicherten mit Volks- und Hauptschulabschluss haben nur 7 Prozent Interesse, bei Abitur dreimal so viele.“<sup>102</sup>

Die WIdO-Umfrage hat das Thema Selbstbehalt in der GKV mit zwei Fragestellungen operationalisiert, einmal durch eine eher pauschale Beschreibung der Selbstbehaltmechanik (Eigenbeteiligung bei gleichzeitiger Beitragsermäßigung) und einmal mit einem konkret bezifferten SB-Tarif. Das Ergebnis der ersten Fragestellung ist eine vergleichsweise hohe Zustimmung der Versicherten zu Selbstbe-

---

<sup>100</sup> Bertelsmann-Stiftung (2002), S. 122.

<sup>101</sup> ebda. (2002), S. 124.

<sup>102</sup> ebda., S. 124.

halten in der GKV. Knapp die Hälfte der versicherten Mitglieder (46,2 %) stimmt einer möglichen Selbstbeteiligung an den jährlichen Behandlungskosten zu, wenn dafür der jährliche Beitrag für die Krankenversicherung ermäßigt wird (s. *Abbildung 24*). Fast ein Drittel der befragten Krankenkassenmitglieder sprechen sich gegen diese Möglichkeit aus (29,2 %), und ein Viertel der Befragten (23,8 %) äußert sich indifferent.

Die Annahme, dass es bei der Entscheidung für Selbstbehalten ein hohes Maß an Selbstselektion gibt, scheint sich durch die Umfrageergebnisse zu bestätigen: Versicherte, die sich laut eigener Einschätzung gesund fühlen, begrüßen diese Gestaltungsmöglichkeit überdurchschnittlich stark (49,3 % Zustimmung bei 26,0 % Ablehnung), während Versicherte mit schlechter Gesundheit skeptisch reagieren (nur 34,6 % Zustimmung – hier lehnen 41,3 % Selbstbehalten ab). Die Analyse nach Altersgruppen zeigt die höchste Zustimmung bei 30–40-Jährigen (50,1 %), die geringste Zustimmung bei über 60-Jährigen (37,8 %). Deutlich erkennbar ist ferner ein Einkommens- und Bildungseffekt: Die Zustimmung steigt mit zunehmendem (Netto-)Verdienst (51,2 %) und höherer Schulbildung (52,9 %) an.

Die Möglichkeit einer Selbstbeteiligung bei gleichzeitiger Beitragsermäßigung wird von der Gruppe der freiwillig versicherten GKV-Mitglieder, die in die PKV wechseln können, überdurchschnittlich bewertet (53,5 % Zustimmung).<sup>103</sup> Besonders bei den 35- bis 40-Jährigen ist die Zustimmung hoch (60,0 %). Bei Mitgliedern, die über einen Krankenkassenwechsel nachdenken, stimmt jeder zweite (51,7 %) für diesen Vorschlag. Ebenfalls über dem Durchschnitt liegt die Bewertung bei freiwillig versicherten Singles (61,1 %). Die Auswertung nach beruflichem Status der Befragten zeigt eine überdurchschnittliche Zustimmung in der Gruppe der Selbständigen (59,2 %).

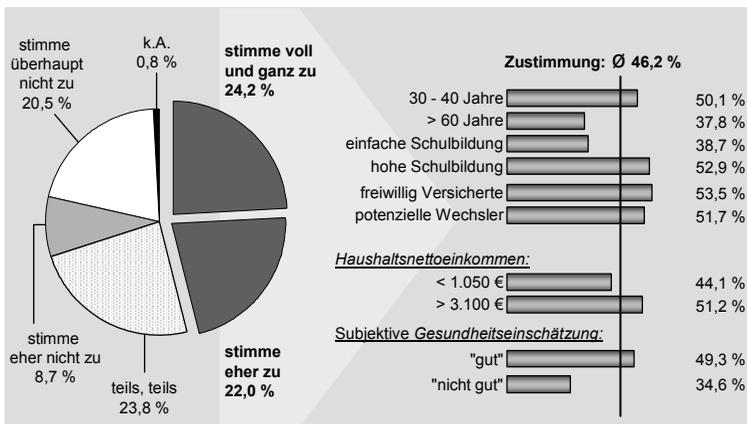
---

<sup>103</sup> S. hierzu auch Pütz, C. (2003), S. 149ff.

Bei der Frage nach den Parteipräferenzen („Sonntagsfrage“) wird deutlich, dass insbesondere die Mehrheit der FDP-Wähler (62,2 %) die Möglichkeit einer Selbstbeteiligung in der GKV positiv bewertet.

Abbildung 24

**Versicherte sollten die Möglichkeit haben, sich an den jährlichen Behandlungskosten bis zu einer bestimmten Höhe zu beteiligen. Als Ausgleich dafür wird der Jahresbeitrag zur Krankenversicherung ermäßigt.**



Quelle: GKV-Monitor 2002

n = 3.000

Die Einführung von Selbstbehalt als Wahlmöglichkeit ist ferner vom VFA erhoben worden: „Versicherte sollten sich für einen reduzierten Krankenversicherungs-Beitragssatz entscheiden können, wenn sie bereit sind, einen begrenzten Teil der Kosten selbst zu tragen, z. B. für Arzneikosten, Medikamente, Kuren, Heil- und Hilfsmittel.“ Auch hier stimmt die Hälfte der GKV-Versicherten (53 %) diesem pauschal formulierten Vorschlag zu. Deutlich ist der Unterschied zu Personen, die privat versichert sind – hier akzeptieren 75 % diese Gestal-

tungsmöglichkeit.<sup>104</sup> Auch hier dürfte der hohe Zustimmungswert ein Effekt der in Aussicht gestellten Wahloption sein.

Bei Allensbach wurden – „face-to-face“ – verschiedene „Maßnahmen zur Sanierung des Systems“ im Rahmen einer Listenauswahl gefragt. Die Befragten bekamen hier nach der Frage: „Im Gesundheitswesen müssen ja in den nächsten Jahren Maßnahmen ergriffen werden, um sicherzustellen, dass unser System der Gesundheitsversorgung erhalten bleibt. Einmal unabhängig davon, ob Ihnen diese Maßnahmen gefallen: was wäre notwendig, was müsste man tun?“ eine Liste mit Vorschlägen vorgelegt. Die Formulierung der Selbstbehaltsoption beinhaltet eine exakte Bezifferung der Eigenbeteiligung (10 Prozent) ohne eine Möglichkeit des Beitragsnachlasses. Lediglich 25 % der Befragten votierten für diesen Vorschlag.<sup>105</sup> Im Rahmen einer aktuelleren Umfrage zu den „Veränderungen des Reformklimas“ ist die Reaktion der Befragten ebenso verhalten. Auf die Fragestellung: „Es ist ja so, dass die Krankheitskosten stetig steigen. Einmal angenommen, Sie müssten sich entscheiden: Entweder Sie zahlen einen höheren Krankenversicherungsbeitrag oder Sie tragen einen bestimmten Anteil der ärztlichen Behandlungskosten selbst. Was davon würden Sie am ehesten akzeptieren?“ votiert die Mehrheit (46 %) für höhere Krankenkassenbeiträge, rd. ein Drittel ist unentschieden und 25 % würden einen Teil der Behandlungskosten selbst tragen.<sup>106</sup>

Sobald im Rahmen von Befragungssituationen Selbstbehaltmodelle konkret beziffert werden, nimmt die Akzeptanz deutlich ab. Im GKV-Monitor (2003) erhielt der Vorschlag: „Sie bezahlen bei jedem Arztbesuch einen festen Mindestbetrag, z. B. 15 Euro, dafür wird Ihr persönlicher Krankenkassenbeitrag gesenkt“ lediglich eine Zustimmung von nur knapp einem Drittel (30,5 %) der GKV-Mitglieder. Die

---

<sup>104</sup> s. VFA (2002), S. 15.

<sup>105</sup> Allensbach (2003 c), S. 31.

<sup>106</sup> Allensbach (2003 b), o. S.

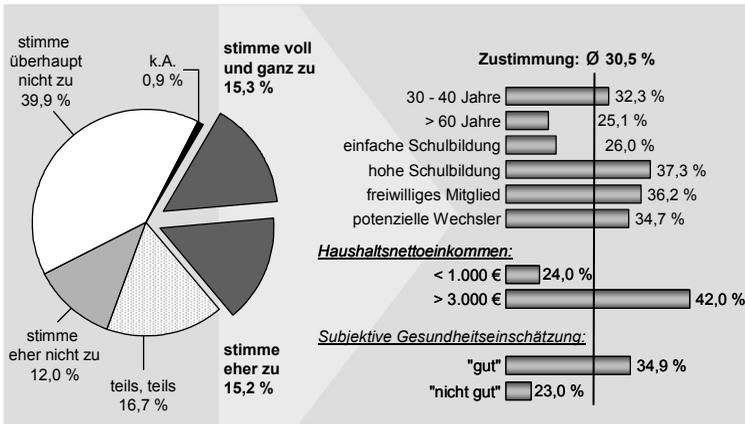
Hälfte der Befragten (51,9 %) lehnt diese Möglichkeit ab, 16,7 % reagieren unentschlossen.

Die Auswertung demographischer Merkmale offenbart teilweise deutliche Unterschiede in den Subgruppen (*s. Abbildung 25*). So steigt die Akzeptanz des vorgetragenen Modells mit zunehmendem Einkommen und Schulbildung stetig an. Bei Großverdienern ist die Zustimmung fast doppelt so hoch wie bei Personen, die ein niedriges Einkommen angegeben haben (über 3.000 Euro 42,0 % Zustimmung, unter 1.000 Euro 24,0 % Zustimmung). Bei Befragten mit hoher Schulbildung (FH-Reife, Abitur) beträgt die Zustimmung 37,3 % (Akademiker: 42,0 %), bei Personen mit einfachen Abschlüssen nur 26,0 %. Männer akzeptieren den Vorschlag zu einem größeren Teil (35,0 %) als Frauen (26,8 %). Freiwillig Versicherte stimmen mit 36,2 % zu, Pflichtversicherte dagegen nur mit 28,6 %. Befragte, die sich Gedanken über einen Wechsel der Krankenkasse machen, stimmen dem Vorschlag ebenfalls überdurchschnittlich zu (34,7 %).

Am größten ist die Ablehnung bei Personen, die angeben, sich gesundheitlich eingeschränkt zu fühlen. Befragte, die ihren Gesundheitszustand als „nicht gut“ einstufen und lt. Eigenangabe häufiger beim Arzt waren (mehr als 10x in den letzten 12 Monaten), lehnen den Vorschlag mit 59,7 % bzw. 67,3 % ab. Chronisch Erkrankte und Befragte mit amtlich anerkannter Behinderung bewerten den Vorschlag zu 60,2 % bzw. 68,5 % kritisch. Die Auswertung nach Altersgruppen zeigt eine überdurchschnittliche Ablehnung bei den über 60-Jährigen (63,2 %).

Abbildung 25

**Vorschlag: Sie bezahlen bei jedem Arztbesuch einen festen Mindestbetrag, z. B. 15 Euro, dafür wird Ihr persönlicher Krankenkassenbeitrag gesenkt.**



Quelle: GKV-Monitor 2003

n = 3.000

Die Ergebnisse dokumentieren, dass die Versicherten Vorschlägen zur Senkung der Beitragssätze durch mehr Selbstbeteiligung vorsichtig bzw. skeptisch gegenüberstehen. „Wer gegenüber dem Selbstbehaltangebot reserviert eingestellt ist, lässt sich (...) nur bedingt durch günstige Vertragsvarianten überzeugen.“<sup>107</sup> Allensbach resümiert: „Während der Anteil der Bevölkerung wächst, der in den Ausbau der Eigenverantwortung in der Altersvorsorge auch Chancen sieht, verbinden sich mit einer Ausweitung der Selbstbeteiligung im Krankenversicherungsbereich große Ängste. (...) Es gibt interessanterweise kaum einen Begriff, der der Bevölkerung vergleichbar unsympathisch ist wie „Selbstbeteiligung bei Krankheitskosten“.“<sup>108</sup>

<sup>107</sup> Pütz, C. (2003), S. 147.

<sup>108</sup> Allensbach (2003 b), S. 3f. Schon frühere Studien wie die der TK bei 1.045 Mitgliedern (Oktober 1997) "belegen eindeutig, dass in den meis-

Eine aktuelle Adhoc-Umfrage von Forsa unterstreicht die Einstellung der Bevölkerung: „Nur 28 Prozent der Deutschen sind der Meinung, dass diese Vorschläge zur Reduzierung der Beitragssätze in die richtige Richtung gehen. (...) Auf eine noch geringere Zustimmung stoßen die Vorschläge bei Ostdeutschen (22 %) und bei Arbeitern (16 %).“<sup>109</sup> Auch eine nicht-repräsentative „Online“-Befragung bei 1.700 Versicherten durch die BIG Direktkrankenkasse im Sommer 2003 ergab, dass nur jeder Vierte den Vorschlag einer finanziellen Eigenbeteiligung begrüßenswert findet.<sup>110</sup>

Die Umfrageergebnisse belegen somit zwar insgesamt eine generelle Aufgeschlossenheit der Versicherten gegenüber Selbstbehalttarifen in der GKV. Die Zustimmung ist aber immer nur dann hoch, wenn lediglich eine allgemeine Akzeptanz für das Angebot von Wahlтарifen gemessen und dabei die konkrete Modellierung von Tarifangeboten relativ unbestimmt gelassen wird. Die vergleichsweise hohe Zustimmung zur erstgenannten WIdO- und der VFA-Fragestellung dürfte daran liegen, dass hier dem Befragten – erstens – lediglich eine Wahloption offeriert wird, die – zweitens – in der Gestaltung noch offen ist. Zusätzliche Wahlfreiheiten sind zunächst positiv und die Unbestimmtheit des Angebots führt dazu, dass sich dann eine größere Gruppe von Befragten persönliche Vorteile erhofft. Sobald den Versicherten aber (wie z. B. bei der Fragestellung der Bertelsmann-Stiftung) konkrete Angebotsbeispiele vorgestellt werden, die entsprechende Risiken offerieren, bzw. restriktiver die Teilnahme eingefordert wird (wie z. B. bei Allensbach die Formulierung: „Jeder Versicherte trägt...“), nimmt offensichtlich die Zustimmung für das jeweilige Selbstbeteiligungskonzept in der Tendenz ab.

---

ten Fällen (81 %) die Vorbehalte gegenüber Selbstbehaltтарifen prinzipieller Natur sind“. In: Pütz, C. (2003), S. 147.

109 So das Ergebnis einer Forsa-Umfrage bei 1.000 Personen am 22.07.03 im Auftrag von N24.

<sup>110</sup> s. BIG (2003), S. 8.

## 6.4 Beitragsrückerstattung

Bei der Beitragsrückerstattung als klassische Bonusregelung handelt es sich um eine Form „indirekter Selbstbeteiligung“, die eine Prämie bei der Nichtinanspruchnahme von versicherten Leistungen vorsieht. „Die Beitragsrückerstattung sieht am Ende einer zuvor festgelegten Periode (in der Regel ein Kalenderjahr) als Prämie bei schadensfreiem Verlauf des Versicherungsverhältnisses, oder wenn die Kosten der in Anspruch genommenen Leistungen unterhalb einer zuvor bestimmten Grenze lagen, die Rückzahlung eines Teils des Versicherungsbeitrags vor.“<sup>111</sup> Das Ziel dieses Bonus-Modells besteht darin, Anreize für ein sparsameres Inanspruchnahmeverhalten zu setzen, eine geringe Leistungsanspruchnahme wird belohnt: „Im Sinne eines bewussteren Umgangs mit den Versichererleistungen soll dort, wo dies möglich ist, durch den Anreiz „Rückerstattung von Beiträgen“ ein Einsparpotenzial erschlossen werden. Die Versicherten sollen zu einer auf das Notwendige beschränkten Leistungsanspruchnahme motiviert werden.“<sup>112</sup>

Die Wirkung von BRE-Tarifen im GKV-System wird kritisch diskutiert. Zum einen wird darauf hingewiesen, dass finanzielle Anreize erst ab einer gewissen Höhe erwünschte Steuerungswirkungen erzielen können. Hohe Beitragsrückerstattungen führen dann aber zu hohen finanziellen Belastungen für die GKV. Zum anderen wird unter Aspekten der Verteilungsgerechtigkeit angeführt, dass vor allem Jüngere, Ledige und Gesündere davon profitieren („Mitnahmeeffekte“), während das Instrument zu einer Mehrbelastung von Versicherten führt, die die Beitragsrückerstattung nicht in Anspruch nehmen können. Danach droht mit der Beitragsrückerstattung eine Entsolidarisierung in der GKV.

Bereits eine Analyse länger zurückliegender Umfragen dokumentiert, dass Beitragsrückerstattungsmodelle vielen Versicherten sym-

---

<sup>111</sup> Klose, J. / Schellschmidt, H. (2001), S. 104.

<sup>112</sup> SVRKAiG (1994), S. 423.

pathisch sind.<sup>113</sup> Aktuelle Umfrageergebnisse (Allensbach, VFA und WIdO) bestätigen ebenfalls, dass eine Beitragsrückerstattung als finanzielles Anreizmodell in der Bevölkerung überwiegend auf Sympathie stößt (s. Tabelle 17).

Tabelle 17

| <b>Zustimmung für Beitragsrückerstattung</b> |  |                    |   |                    |
|--|--|--------------------|---|--------------------|
| <b>Auftraggeber</b>                          | <b>Methode</b>   | <b>Zeitraum</b>    | <b>Fragestellung</b>  | <b>Ergebnis</b>    |
| Allensbach                                   | n = 1.073<br>Bevölkerung<br>ab 16 Jahre<br>(Face to face)                                      | März-April<br>2002 | (Listenauswahl) „... Beitragsrück-<br>erstattungen, um einen Anreiz zu<br>geben, weniger medizinische<br>Leistungen in Anspruch zu<br>nehmen.“  | 46 %<br>Zustimmung |
| VFA  | n = 1.687<br>GKV-Versicherte<br>ab 18 Jahre (CATI)   | August<br>2002     | „Die Gesetzlichen Krankenkassen<br>sollten Versicherten am Jahres-<br>ende einen Teil ihrer Beiträge<br>zurück erstatten können, wenn sie<br>in diesem Zeitraum keine Lei-<br>stungen in Anspruch genommen<br>haben.“             | 79 %<br>Zustimmung |
| WIdO   | n = 1.000<br>freiwillig versicherte<br>GKV-Mitglieder<br>zwischen<br>18 und 50 Jahre<br>(CATI) | August<br>2002     | „Die private Krankenversicherung<br>bietet die Möglichkeit, wenn man<br>keine oder nur wenig ärztliche<br>Leistungen in Anspruch genom-<br>men hat, einen Teil seiner Beiträ-<br>ge zurückzuerhalten. Wie bewerte-<br>n Sie das?“ | 77 %<br>Zustimmung |

WIdO 2003

Bei Allensbach sind den Befragten verschiedene „Maßnahmen zur Sanierung des Systems“ im Rahmen einer Listenauswahl vorgestellt worden. Die Befragten bekamen hier nach der Frage: „Im Gesundheitswesen müssen ja in den nächsten Jahren Maßnahmen ergriffen werden, um sicherzustellen, dass unser System der Gesundheitsversorgung erhalten bleibt. Einmal unabhängig davon, ob Ihnen diese Maßnahmen gefallen: was wäre notwendig, was müsste man tun?“ eine Liste mit Vorschlägen vorgelegt. Beitragsrückerstattung steht hier – nach der Zustimmung zu Maßnahmen, die selektiv ein-

<sup>113</sup> s. Wasem, J. / Güther, B. (1998), S. 69.

zelne Gruppen treffen (Raucher etc.) sowie zu Leistungseinschränkungen – mit 46 % der Stimmen an vierter Stelle.<sup>114</sup>

Im Unterschied hierzu haben VFA und WIdO die direkte Zustimmung zu BRE-Optionen abgefragt und kommen zu vergleichbaren Zustimmungswerten. Das Ergebnis der VFA-Umfrage zeigt eine hohe Zustimmung für eine Beitragsrückerstattung. Auf die Frage: „Die gesetzlichen Krankenkassen sollten Versicherten am Jahresende einen Teil ihrer Beiträge zurückerstatten können, wenn sie in diesem Zeitraum keine Leistungen in Anspruch genommen haben“ votieren 79 % der GKV-Versicherten für diese Option.<sup>115</sup>

Im Rahmen einer WIdO-Stichprobe bei freiwillig versicherten GKV-Mitgliedern zwischen 18 und 50 Jahren wurde die Möglichkeit einer Beitragsrückerstattung wie in der privaten Krankenversicherung von der Mehrheit (77,0 %) positiv eingeschätzt (s. *Abbildung 26*). Besonders bei Personen zwischen 30 und 35 Jahren ist die Sympathie für eine Beitragsrückerstattung überdurchschnittlich hoch (84,8 %), mit zunehmenden Alter sinkt die Zustimmung dann aber ab.

Freiwillige Mitglieder mit Familie und Kindern weichen nicht vom Durchschnittswert ab, während Singles und Doppelverdiener-(Ehe-) Paare ohne Kinder in der Zustimmung über dem Durchschnittswert (79,2 % und 80,7 %) liegen. Bei Personen, die ein niedrigeres Haushaltsbruttoeinkommen angegeben haben (unter 1.500 Euro) bzw. über eine einfache Schulbildung verfügen, ist die Zustimmung dagegen niedriger (73 %).

Bei der Auswertung nach der subjektiven Gesundheitseinschätzung zeigt sich deutlich, dass die Zustimmung zu einer Beitragsrückerstattung bei Personen, die ihre Gesundheit selbst als „schlecht“ bezeichnen, deutlich zurückhaltender ist. Knapp zwei Drittel begrüßt diese Möglichkeit (61,7 %), ein Viertel ist unschlüssig (25,5 %) und 12,8 % lehnen ab.

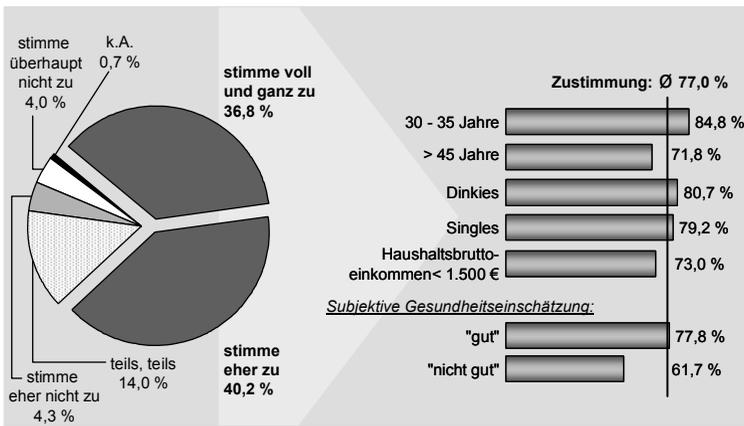
---

<sup>114</sup> s. Allensbach (2002), S. 7.

<sup>115</sup> VFA (2002), S. 15.

Abbildung 26

**Die private Krankenversicherung bietet die Möglichkeit, wenn man keine oder nur wenig ärztliche Leistungen in Anspruch genommen hat, einen Teil seiner Beiträge zurückzuerhalten.**



Quelle: GKV-Monitor 2002 n = 1.000 freiwillig versicherte GKV-Mitglieder

Das Ergebnis der „Online“-Befragung der BIG vom Sommer 2003 bei 1.700 Versicherten ergab ebenfalls eine Zustimmung von 79 % für die Rückerstattung von Beiträgen, wenn Leistungen nicht in Anspruch genommen wurden.<sup>116</sup>

Die vergleichsweise höhere Zustimmung gegenüber SB-Tarifen dürfte dadurch zu erklären sein, dass der Versicherte bei einer Beitragsrückerstattung kein finanzielles Risiko eingeht, aber eine Chance auf eine Vorteilsnahme bei geringer Leistungsanspruchnahme hat. Umgekehrt jedoch liegt genau hier das größere finanzielle Risiko der Krankenversicherungen.

<sup>116</sup> s. BIG (2003), S. 8.

## 7 Zukünftige Gestaltung der Leistungsseite

Eine Alternative zu den verschiedenen Finanzierungsoptionen und Anreizsystemen für die GKV ist eine grundsätzliche Differenzierung des zu versichernden Leistungsspektrums nach Grund- und Wahlleistungen. Dabei geht es dem Grunde nach um eine Aufteilung des Leistungskataloges in Leistungen, die mit dem Beitrag zur Krankenkasse abgedeckt sind, und (zusätzlichen) Leistungen, die von jedem Einzelnen selbst getragen werden müssen. Hier werden eine Reihe von konzeptionellen Überlegungen diskutiert (Ausgliederung von Kernleistungen, freiwillige Ab- bzw. Zuwahl von Leistungen etc.).<sup>117</sup>

### 7.1 Grund- und Wahlleistungen

Befragungen zum Thema Grund- und Wahlleistungen in der GKV sind nicht zuletzt aus definitorischen Gründen schwierig. Dennoch ist die Möglichkeit einer individuellen Gestaltung des Versicherungsumfangs in nahezu allen aktuellen Umfragen – jeweils unterschiedlich – erhoben worden.<sup>118</sup>

In keiner der vorliegenden quantitativen Erhebungen wurde der Versuch unternommen, das Konstrukt „Grundversorgung“ gegenüber den Befragten zu erläutern und mögliche Inhalte (bzw. die Abgrenzung und die Veränderungen gegenüber dem Status quo) aufzuzeigen. Der Befragte hatte meist zwischen einem „abgespeckten“ Leistungskatalog (mit geringeren Beiträgen) und einem umfassenderen Leistungskatalog (mit entsprechend höheren Beiträgen) zu entscheiden. Daher ist davon auszugehen, dass jeder

---

<sup>117</sup> zusammenfassend: Klose, J. / Schellschmidt, H. (2001), S. 165ff.

<sup>118</sup> weiter zurück liegende Umfrageergebnisse zum Thema bieten: Beske, F. / Hallauer, J. F. / Kern, A. O. (1996 a) S. 57ff.

Befragte etwas anderes unter Begriffen wie „Leistungseinschränkung“, „Grundsicherung“ etc. versteht und dementsprechend zustimmt bzw. ablehnt.

Die Erhebungsergebnisse zeigen entsprechend unterschiedliche Prozentsätze (s. *Tabelle 18*). Der Grund dafür liegt vor allem auch in den Konnotationen der Fragestellungen. Auf der einen Seite wurden – z. B. von Forsa und Gothaer – sehr restriktive Formulierungen verwendet („nur unbedingt notwendig“, „absolutes Minimum“); hier werden nur rund 20 Prozent Zustimmung erzielt. Am anderen Ende der Skala liegt der VFA, der in seiner Fragestellung einen positiv besetzten Freiheitswert beschwört (Ergebnis: 77 Prozent Zustimmung). Auch die „Grundsicherung ohne Akupunktur“ (Bertelsmann-Stiftung) ergibt nur 33 Prozent Zustimmung. Größere Zustimmung findet der WldO-Vorschlag, da hier die allgemeine Wahloption zum Tragen kommt. Vergleichbar große Zustimmung erzielt auch Allensbach, da Grundleistungen hier so konkretisiert werden, dass alles medizinisch Notwendige zur Heilung von Krankheiten weiterhin bezahlt wird.

Tabelle 18

**Zustimmung zu Grund- und Wahlleistungen**

| Auftraggeber         | Methode   | Zeitraum                    | Fragestellung  | Ergebnis           |
|----------------------|---|-----------------------------|--|--------------------|
| Forsa                | n = 1.000<br>Bundesbürger<br>ab 14 Jahre (CATI)                                 | August<br>2001              | „Die Krankenversicherung soll in Zukunft nur die unbedingt notwendigen Grundleistungen bezahlen.“  | 19 %<br>Zustimmung |
| Bertelsmann-Stiftung | 2 Wellen a 1.500<br>Versicherte<br>zwischen<br>18 und 79 Jahre<br>(schriftlich) | Nov./Dez. 01<br>und März 02 | „Die Absicherung der Krankheitsrisiken sollte in Form einer Grundversicherung von allen gemeinsam finanziert werden; spezielle Risiken wie z. B. Sportunfälle oder zusätzlich gewünschte Leistungen wie Akupunktur sollten durch eine private Zusatzversicherung finanziert werden.“ | 33 %<br>Zustimmung |
| WIdO                 | n = 3.000<br>GKV-Mitglieder<br>zwischen<br>16 und 65 Jahre<br>(CATI)            | März/April<br>2002          | „Wer auf einen Teil der Krankenkassenleistungen verzichten will, zahlt geringere Beiträge. Wer weiterhin die vollen Krankenkassen-Leistungen haben will, muss dafür entsprechend mehr bezahlen.“   | 41 %<br>Zustimmung |
| Allensbach           | n = 1.073<br>Bevölkerung<br>ab 16 Jahre<br>(Face to face)                       | März-April<br>2002          | „Medizinische Leistungen, die nicht unbedingt zur Heilung von Krankheiten notwendig sind, werden nicht mehr von den Krankenkassen bezahlt.“  | 48 %<br>Zustimmung |
| Gothaer              | n = 1.244<br>GKV-Versicherte<br>ab 14 Jahre (CATI)                              | Oktober<br>2002             | „Die staatliche Gesundheitsvorsorge in Deutschland sollte auf ein absolutes Minimum begrenzt werden, für alles darüber hinaus sollte man selbst vorsorgen.“  | 21 %<br>Zustimmung |
| VFA                  | n = 1.687<br>GKV-Versicherte<br>ab 18 Jahre (CATI)                              | März<br>2003                | „Versicherte sollten die Freiheit haben, ihr Leistungspaket auch in der GKV selbst zu gestalten.“  | 77 %<br>Zustimmung |

WIdO 2003

Bei Forsa ist die Sympathie für das Thema sehr gering; „nur jeder fünfte Deutsche (19 %) hält den Vorschlag, die Leistungen der Krankenversicherungen auf die unbedingt notwendigen Grundleistungen zu beschränken, für gut. Mehr als drei Viertel (79 %) halten den Vorschlag dagegen für weniger gut.“<sup>119</sup> Die Zustimmung steigt bei Jüngeren, Privatversicherten und beruflich Selbständigen an. Zu

<sup>119</sup> Forsa (2001), S. 16.

den Leistungen, die weiter als Grundleistungen gezahlt werden sollten, rechnen die Bundesbürger in erster Linie „die Behandlung von Verletzungen aus Verkehrsunfällen, Brillen und Hörgeräte (jeweils 92 %), den Zahnersatz (85 %) sowie Rehabilitationsmaßnahmen und Kuren (84 %). Als Wahlleistungen sehen die Deutschen größtenteils die Behandlung leichter Erkrankungen wie Erkältungen und Magenverstimmungen (46 %), die Kostenerstattung für Taxifahrten (37 %), künstliche Befruchtungen (17 %) und kosmetische Operationen an (12 %).“<sup>120</sup>

Im Rahmen des Bertelsmann-Gesundheitsmonitors liegt die Zustimmung der GKV-Versicherten zu einem Modell von Grund- und Wahlleistungen bei rd. einem Drittel (33 %). Hier wurde die Frage nach Grund- und Wahlleistungen eng verknüpft mit der Akzeptanz des Solidarprinzips in der GKV. Die Versicherten konnten entweder „für eine Beibehaltung des jetzigen Systems (...) stimmen oder für eine Differenzierung durch Einführung von Grundleistungen und zusätzlichen, privat finanzierten Wahlleistungen oder das Solidarprinzip ablehnen (...).“<sup>121</sup> Rund ein Drittel (exakt: 31 % in der 2. und 35 % in der 3. Befragungswelle<sup>122</sup>) der Befragten entschieden sich für die gemeinsame Absicherung der Krankheitsrisiken in Form einer Grundsicherung und einer privaten Zusatzversicherung für „Sportunfälle oder zusätzlich gewünschte Leistungen wie z. B. Akupunktur.“ Die Auswertung nach soziodemographischen Merkmalen zeigt einen deutlichen Schichtungseffekt: „Mit steigendem sozialem Status verschiebt sich jedoch das Gewicht sehr stark (...) hin zu Tendenzen, die eine Einführung von Grund- und Wahlleistungen favorisieren. Während sich zum Beispiel nur 20 Prozent der unteren Schicht für eine Einführung von Grund- und Wahlleistungen aussprechen, sind dies in der oberen Schicht 50 Prozent.“<sup>123</sup> Im Gut-

---

<sup>120</sup> Forsa (2001), S. 17.

<sup>121</sup> Bertelsmann-Stiftung (2002), S. 115f.

<sup>122</sup> lt. tel. Auskunft von Frau M. Schnee (Bertelsmann-Stiftung) am 05.02.03.

<sup>123</sup> Bertelsmann-Stiftung (2002), S. 117.

achten des SVRKAiG heißt es hierzu resümierend: „Eine nähere Analyse der mit diesen Präferenzaussagen gemeinten Versorgungswirklichkeit zeigt, dass von den mit Aufteilungen zwischen Grund- und Wahlleistungen verbundenen Einschränkungen des gegenwärtigen Leistungsumfangs vor allem Einschränkungen der freien Arztwahl im Rahmen hausärztlicher Versorgung eine hohe Akzeptanz finden (s. *Kapitel 6.2*). Dagegen „fällt die Akzeptanz der anderen Varianten [Selbstbeteiligungstarif, Zuzahlungen] von Grund- und Wahlleistungen sehr deutlich zurück.“<sup>124</sup>

Die WldO-Umfrage bei GKV-Mitgliedern zeigt, dass lediglich zwei Fünftel der Befragten (41,0 %) individuelle Gestaltungsmöglichkeiten bei Leistungen und damit auch der Beiträge begrüßen, ein Drittel (33,5 %) lehnt dies ab und ein Viertel 25,6 % äußert sich indifferent (s. *Abbildung 27*).

Die Analyse der demographischen Merkmale zeigt dabei deutliche Unterschiede in der Bewertung. Die Sympathie für eine individuelle Gestaltung steigt auch hier mit zunehmendem Einkommen und höherer Bildung. Bei Akademikern liegt die Zustimmung fast zehn Prozentpunkte über dem Durchschnitt (50,4 %), bei Mitgliedern mit einem Haushaltsnettoeinkommen über 3.000 Euro bei 55,7 %, bei Besserverdienenden (über 4.000 Euro) gar bei 62,8 %.

Mit zunehmendem Alter nimmt die Zustimmung zur individuellen Gestaltung ab: Von 47,4 % bei den unter 30-Jährigen auf 36,4 % bei den Menschen über 60 Jahren. Personen, die ihren Gesundheitszustand als „gut“ bzw. „eher gut“ angeben, stimmen mit 43,2 % zu, wohingegen diejenigen, die sich subjektiv nicht so gut fühlen, nur mit 38,1 % zustimmen.

Die Auszählung nach Parteipräferenzen zeigt bei Personen, die zum Befragungszeitpunkt mit der SPD sympathisieren, deutlich weniger

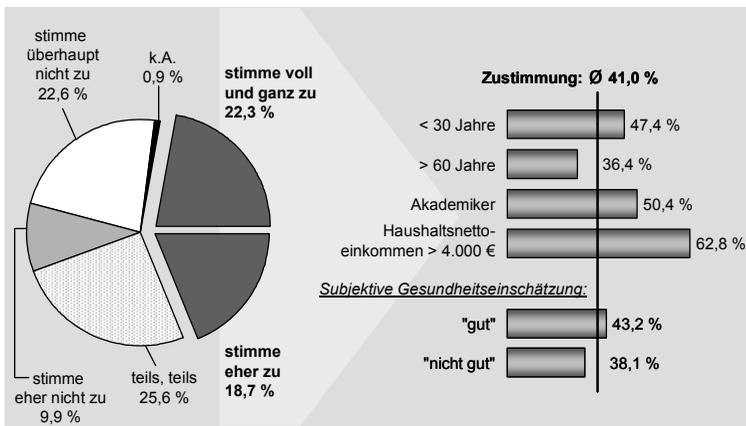
---

<sup>124</sup> SVRKAiG (2003), Ziffer 46.

Zustimmung (39,8 %) als bei denen, die der CDU/CSU nahe stehen (51,9 % Zustimmung).

Abbildung 27

**Wer auf einen Teil der Krankenkassen-Leistungen verzichten will, zahlt geringere Beiträge. Wer weiterhin die vollen Krankenkassen-Leistungen haben will, muss dafür entsprechend mehr bezahlen.**



Quelle: GKV-Monitor 2002

n = 3.000

Bei Allensbach liegt der Zustimmungswert etwas höher (48 %), allerdings wurde hier anders gefragt. Die Bewertung stammt nicht aus einer Einzelfragestellung, sondern aus einer den Befragten vorgelegten Liste mit mehreren Vorschlägen zur Sanierung des Gesundheitssystems. Das Ergebnis lautet hier: „Knapp die Hälfte der Bevölkerung hält es jedoch auch für notwendig, noch schärfer nach für die Heilung notwendigen und nicht unbedingt notwendigen Behan-

dungen zu unterscheiden und den Leistungskatalog der Kassen entsprechend einzuschränken.“<sup>125</sup>

Im Rahmen der Telefon-Umfrage der Gothaer Versicherung wurde den Befragten, die gesetzlich krankenversichert sind (n = 1.244), folgende Aussage vorgelegt: „Die staatliche Gesundheitsvorsorge in Deutschland sollte auf ein absolutes Minimum begrenzt werden, für alles darüber hinaus sollte man selbst vorsorgen.“ Hier liegt die Zustimmung dann auch lediglich bei einem Fünftel der befragten GKV-Versicherten (20,9 %), die große Mehrheit (76,9 %) lehnt dies ab.<sup>126</sup> Bei Männern ist der Anteil der Zustimmung etwas größer als bei Frauen (23,3 % zu 18,9 %). Die Auswertung nach Altersgruppen zeigt die größte Zustimmung bei den 30-40-Jährigen (23,5 %). Die Nielsen-Verteilung dokumentiert eine überdurchschnittliche Zustimmung in Hessen, Rheinland-Pfalz und dem Saarland (27,0 %) und eine geringe in den vier norddeutschen Bundesländern (16,3 %).

Das Ergebnis der VFA-Umfrage zeigt eine wesentlich höhere Zustimmung zum Thema. Auch hier bezog sich die Fragestellung lediglich auf eine individuelle Gestaltung der Leistungsseite „Versicherte sollten die Freiheit haben, ihr Leistungspaket auch in der GKV selbst zu gestalten.“ Die Zustimmung ist (sicher auch weil es hier mit „Freiheit“ um einen positiv besetzten Begriff geht) entsprechend hoch, nämlich 77%.<sup>127</sup> Im Weiteren wurde gefragt: „Die gesetzliche Krankenversicherung muss sich auf die wesentlichen und absolut notwendigen Leistungen konzentrieren.“ Auch diese Frage wird von einer großen Mehrheit bejaht (74 %), ohne dass thematisiert wird, um welche Leistungen es im Einzelnen geht.<sup>128</sup>

Im Rahmen der Face-to-Face-Befragung von Janssen-Cilag (zwei Stichproben: je 500 krankenversicherte Personen aus den Alters-

---

<sup>125</sup> Allensbach, (2002), S. 7.

<sup>126</sup> Gothaer Versicherung (2002), S. 43.

<sup>127</sup> VFA (2002), S. 11.

<sup>128</sup> ebda. (2002), S. 11.

gruppen der 25- bis 34-Jährigen und der 60- bis 69-Jährigen) wurde der Weg der direkten Befragung verlassen und stattdessen eine fiktive Auswahl-situation simuliert. Der Interviewpartner konnte nun „im Rahmen eines realitätsnahen Verhaltens-experiments“<sup>129</sup> zwischen jeweils mehreren beitrags-senkenden und beitrags-erhöhen-den Versorgungs-modellen mit unterschiedlichen Leistungen wählen. Hier entschieden sich 38 % der Befragten für die beitrags-senkende Option einer Ausgliederung sog. „Bagatellerkrankungen“: „Bei leichten Erkrankungen, wie z. B. Erkältungen, werden die Kosten für Arztbesuche nicht mehr von der Krankenkasse übernommen. Wenn Sie trotzdem zum Arzt gehen, müssen Sie dafür aus eigener Tasche bezahlen.“<sup>130</sup> Ferner sind – bei Beitrags-nachlass – 28 % bereit auf Psychotherapie und 12 % auf die Erstattung von Zahnersatz zu verzichten.<sup>131</sup>

Unter den beitrags-erhöhen-den Angeboten wurde „die Innovations-garantie, also die Kostenübernahme für zukünftige medizinische Innovationen, am häufigsten (60 %) gewählt. Es folgten „alternative Behandlungsmethoden beim Arzt (48 %), zusätzliche Vorsorge-untersuchungen (48 %) und die Kostenübernahme für Heilpraktiker-be-handlungen (41 %).“<sup>132</sup>

Insgesamt betrachtet zeigen die vorliegenden Erhebungen zu Grund- und Wahlleistungen in der GKV folgende Tendenz: Zu all-gemeinen Konzepten und Optionen gibt es eine vergleichsweise hohe Zustimmung, die aber schnell wegbriecht, wenn substanziellere Einschnitte befürchtet werden.

---

<sup>129</sup> Janssen-Cilag (2002), S. 3. Kritisch hierzu: Stollorz, V. (2002), S. 63.

<sup>130</sup> ebda. (2002), S. 31 und S. 40.

<sup>131</sup> ebda. (2002), S. 32 und S. 40.

<sup>132</sup> ebda. (2002), S. 32.

## 7.2 Zusatzversicherungen über die GKV

In der Vergangenheit war es nicht möglich, dass eine gesetzliche Krankenkasse ihren Mitgliedern Zusatzleistungen wie etwa Auslandsreiseversicherungen anbieten konnte. Die Gesundheitsreform erlaubt den gesetzlichen Krankenkassen ab 2004 erstmalig Zusatzangebote in Kooperation mit privaten Anbietern. Dabei „soll den Krankenkassen ermöglicht werden, den Abschluss privater Zusatzversicherungsverträge zwischen ihren Mitgliedern und privaten Versicherungsunternehmen anzubieten.“<sup>133</sup> Die gemeinsamen Planungen entsprechender Kooperationsmodelle zwischen gesetzlichen Krankenkassen und privaten Versicherern laufen bereits. Das Ziel besteht darin, den Versicherten Wahltarife zur Ergänzung ihres gesetzlichen Versicherungsschutzes aus einer Hand anzubieten. Dabei wird den Versicherten, die sich auf der Basis des bestehenden Leistungskataloges höherwertig versichern wollen, dieser Schutz nicht durch, sondern über die GKV angeboten. Die Zusatzpolicen werden auch künftig von einer Privatversicherung erbracht und von den gesetzlichen Kassen lediglich vermittelt. Mit den Kooperationen soll erreicht werden, dass GKV-Versicherte für Zusatzversicherungen wie Zweibettzimmer oder Chefarztbehandlung nicht eigens zur PKV wechseln müssen, sondern diese direkt bei ihrer Krankenkasse beziehen können.

Diese Gestaltungsoption ist in zwei Repräsentativbefragungen (WldO und VFA) erhoben worden.<sup>134</sup> Das Ergebnis ist bemerkenswert: Die große Mehrheit der Befragten spricht sich dafür aus, dass die gesetzlichen Krankenkassen ihren Versicherten künftig auch individuelle Zusatzversicherungen anbieten dürfen (s. *Tabelle 19*).

---

<sup>133</sup> Knieps, F. (2003), S. 84.

<sup>134</sup> zu den Präferenzen der Versicherten hinsichtlich einzelner Zusatzversicherungsangebote s. die Continentale-Studien 2002 und 2003.

Tabelle 19

### Zustimmung zum Angebot individueller Zusatzversicherungen über die GKV

| Auftraggeber | Methode  | Zeitraum           | Fragestellung   | Ergebnis           |
|--------------|--|--------------------|---|--------------------|
| WIdO         | n = 3.000<br>GKV-Mitglieder<br>zwischen<br>16 und 65 Jahre<br>(CATI) | März-April<br>2002 | „Sind Sie der Meinung, dass künftig auch die gesetzlichen Krankenkassen Leistungen wie Krankenhaustagegeld, Chefarzt- und Einzelzimmerbehandlung usw. als persönliche Zusatzversicherung anbieten sollte?“  | 72 %<br>Zustimmung |
| VFA          | n = 1.668<br>GKV-Versicherte<br>ab 18 Jahre (CATI)                   | März 2003          | „Gesetzlich Versicherte sollten – ähnlich wie bei der Privaten Krankenversicherung – auch bei den Gesetzlichen Krankenkassen Zusatzversicherungen abschließen können, z. B. für alternative Behandlungsmethoden, Gesundheits-Checks, Komfortleistungen im Krankenhaus.“ | 80 %<br>Zustimmung |

WIdO 2003

Der GKV-Monitor zeigt, dass die Mehrheit der Befragten (72,4 %) das Angebot individueller Zusatzversicherungen über die GKV begrüßen würde (s. *Abbildung 28*). Nur ein Viertel spricht sich dagegen aus (26,7 %). In der statistischen Analyse zeigen sich indes einige Unterschiede: Bei jungen Versicherten ist die Zustimmung überdurchschnittlich hoch (unter 25-Jährige: 78,1 %), bei Berufsanfängern und Studierenden beträgt sie 82,2 %. Der Anteil sinkt aber mit zunehmendem Alter, bei den über 60-Jährigen beträgt er 69,8 %. Die Zustimmung wächst mit steigendem Haushaltsnettoeinkommen der Befragten: Bis zu einem Einkommen von ca. 1.000 Euro liegt sie bei 68,0 %, bei Beziehern höherer Einkünfte steigt sie auf 78,4 % der Fälle. Bei GKV-Mitgliedern in den neuen Ländern ist die Zustimmung wesentlich niedriger als im Westen (63,7 % zu 74,2 %).

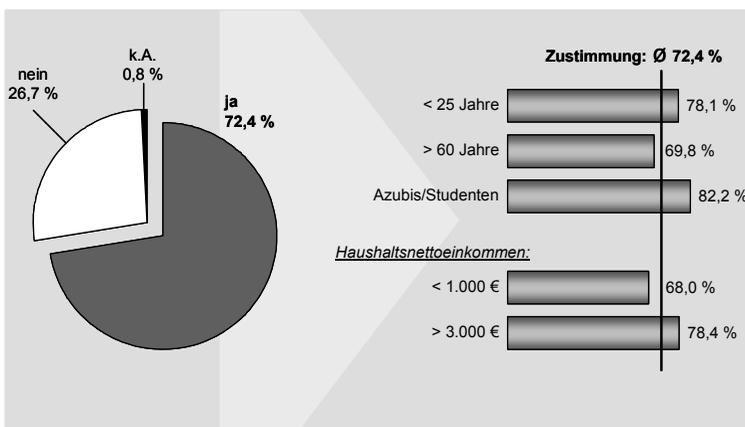
Diejenigen, die individuelle Zusatzversicherungen über die GKV bejahen, wurden im Weiteren gefragt, ob sie diese – bei gleichem Preis – eher bei ihrer gesetzlichen Krankenversicherung oder bei einem privaten Anbieter abschließen würden. Drei Viertel der Be-

fragten (77,8 %) votierten für die GKV und 14,7 für die PKV; 7,5 % zeigten sich unentschieden.

Anschließend wurden im Rahmen einer offenen Fragestellung die Gründe für diese Entscheidung erhoben. Hier wurde deutlich, dass die Versicherten Zusatzversicherungen über die GKV vor allem deshalb befürworten, weil sie dieser Möglichkeit der organisatorischen Anbindung an die GKV vertrauen („mehr Sicherheit“: 38,7 % der Nennungen) und diese Option – möglicherweise ganz pragmatisch – weniger Aufwand bedeutet („alles aus einer Hand“: 33,4 % der Nennungen). 13,2 % versprechen sich einen günstigeren Preis.

Abbildung 28

**Sind Sie der Meinung, dass künftig auch die gesetzlichen Krankenkassen Leistungen wie Krankenhaustagegeld usw. als persönliche Zusatzversicherung anbieten sollten?**



Quelle: GKV-Monitor 2002

n = 3.000

Im Rahmen der VFA-Umfrage wurden ebenfalls – wiederholt – nach dem Angebot von Zusatzversicherungen über die GKV gefragt. Wie schon im Vorjahr befürwortet die Mehrheit der Befragten (80 %)

diesen Reformvorschlag: „Gesetzlich Versicherte sollten – ähnlich wie in der Privaten Krankenversicherung – auch bei den Gesetzlichen Krankenkassen Zusatzversicherungen abschließen können, z. B. für alternative Behandlungsmethoden, Gesundheits-Checks, Komfortleistungen im Krankenhaus.“<sup>135</sup>

Eine im Auftrag der Continentale Krankenversicherung durchgeführte Analyse des Zusatzversicherungsbedarfs bei Versicherten sieht ebenfalls eine diesbezügliche Kompetenz in der GKV. Die Umfrage kommt zu dem Ergebnis: „Zum Thema „private Krankenversicherungen“ ist der Versicherungsvertreter die Top-Informationsquelle. (...) An zweiter Stelle folgen die gesetzlichen Krankenkassen“<sup>136</sup> 30 % der Versicherten geben im Rahmen von Mehrfachnennungen ungestützt die GKV als Informationsquelle an, wenn es darum geht, sich über private Zusatzversicherungen zu informieren. An dritter Stelle werden Freunde, Bekannte und Verwandte angegeben. Danach folgen Internet und Verbraucherschutzorganisationen.

---

<sup>135</sup> VFA (2003), S. 12.

<sup>136</sup> Continentale-Studie (2002), S. 11f.

## 8 **Vorschläge zur effizienten Systemgestaltung**

Ineffektiver Mitteleinsatz, Intransparenz und Unwirtschaftlichkeiten werden häufig als zentrale Probleme des deutschen Gesundheitssystems angeführt. Neben der Auseinandersetzung über die zukünftigen Finanzierungsoptionen einerseits und möglicher Maßnahmen zur Gestaltung der zukünftigen Leistungsseite andererseits stehen daher auch Themen im Fokus, die auf die Steigerung der Effizienz der Leistungserbringung und eine möglichst hohe Qualität zu angemessenem Preis zielen. Themenfelder, die in diesem Kontext in Umfragen erhoben werden, erfassen:

- Leistungstransparenz und Informationen über die Leistungsqualität („Rankings“, „Gütesiegel“ und „Patientenquittung“),
- die Ausgestaltung der Rolle der Krankenkassen und
- Aspekte der Versicherten- und Patientenpartizipation.

Versicherte und Patienten sollen stärker von Betroffenen zu Beteiligten werden.<sup>137</sup> „Wichtigstes Instrument dazu ist die Herstellung von Transparenz über Angebote, Leistungen und Qualität der Versorgung. Patienten (...) haben Anspruch auf alle Informationen, die sie befähigen, Eigenverantwortung für ihre Gesundheit zu übernehmen und Wahlentscheidungen im komplexen und wenig durchschaubaren Gesundheitssystem zu treffen.“<sup>138</sup>

---

<sup>137</sup> s. Brunner, A. et al (2003).

<sup>138</sup> Knieps, F. (2003), S. 83.

## 8.1 Leistungstransparenz und Informationen über die Leistungsqualität

Das Informationsbedürfnis und -verhalten des Bürgers im Gesundheitsbereich hat sich in den letzten Jahren (nicht zuletzt auch durch die Vielfalt der Medien des „Informationszeitalters“) gewandelt. „Sein Wissen über Diagnose, Therapie oder Prognose rekrutiert sich nicht mehr ausschließlich über die durch den Arzt gegebene Information, die in erster Linie dem Patienten das Einverständnis über ein bestimmtes therapeutisches Vorgehen ermöglichen soll.“<sup>139</sup> Auch wenn der eigene Arzt für Versicherte und Patienten nach wie vor eine wichtige Rolle in der Beratung hinsichtlich gesundheitlicher Fragen spielt, nimmt doch die Nutzung neuer Strukturen (Internet, Informationsdienste etc.) durch Patienten zu.<sup>140</sup> Der Gesetzgeber hat dies erkannt und die Krankenkassen zur Förderung von Einrichtungen der Verbraucher- und Patientenberatung verpflichtet (§ 65b SGB V).<sup>141</sup>

Die Bürger und vor allem die Patienten wollen insbesondere mehr über die Qualität von ambulanten und stationären Behandlungen wissen. Die Umfragen (Janssen-Cilag und WIdO) zeigen, dass die Mehrheit der Befragten das Informationsangebot in diesem Bereich für unzureichend hält (s. *Tabelle 20*).

---

<sup>139</sup> Ernst, J. / Schwarz, R. (2003), S. 170.

<sup>140</sup> ebda., S. 170ff., ferner die Ergebnisse einer Delphi-Befragung zur Zukunft der Patientenberatung. In: Hurrelmann, K. et al. (2003).

<sup>141</sup> s. hierzu Wöllenstein, H. (2003), S. 28ff.

Tabelle 20

**Informationen über die Leistungsqualität**

| Auftraggeber  | Methode  | Zeitraum            | Fragestellung   | Ergebnis  |
|---------------|--|---------------------|---|---|
| Janssen-Cilag | n = 1.000<br>GKV-Versicherte:<br>500 Personen<br>zwischen 25 - 34<br>Jahre und 500<br>Personen zwischen<br>60 - 69 Jahre<br>(Face-to-Face) | 1. Halbjahr<br>2001 | „Wie sind die Möglichkeiten, sich<br>als Patient über die Qualität von<br>Ärzten zu informieren?“   | 46 %<br>weitgehend<br>bzw.<br>vollkommen<br>ausreichend |
| WIdO          | n = 3.000<br>GKV-Mitglieder<br>zwischen<br>16 und 65 Jahre<br>(CATI)   | März-April<br>2002  | „Versicherte und Patienten sollen<br>mehr Information über die Quali-<br>tät von ambulanten und stationä-<br>ren Behandlungen erhalten (z. B.<br>mit Ranglisten in Zeitungen oder<br>im Internet).“ | 77 %<br>Zustimmung                                      |

WIdO 2003

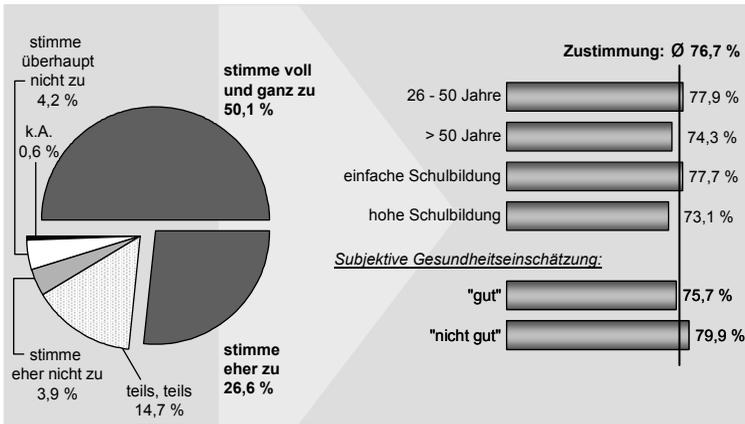
Die bestehenden Möglichkeiten, sich als Patient über die Qualität von Ärzten zu informieren, halten die Befragten der Janssen-Cilag-Studie mehrheitlich für unbefriedigend (54 %). Nur 46 % der Befragten finden das Informationsangebot vollkommen bzw. weitgehend ausreichend.<sup>142</sup>

Die in einzelnen Printmedien veröffentlichten „Rankings“ der besten Ärzte und Krankenhäuser stoßen offenbar auf ein starkes Interesse. Im Rahmen des GKV-Monitors bestätigen drei Viertel der Befragten (76,7 %) den Wunsch nach mehr Informationen über die Angebotsqualität ambulanter und stationärer Leistungen beispielsweise in Form von Ranglisten in Zeitungen oder im Internet (s. *Abbildung 29*). 14,7 % zeigen sich unschlüssig und nur 8,1 % der Befragten lehnen ab. Bei Personen mit schlechter Gesundheit und mittleren Alters ist die Zustimmung überdurchschnittlich hoch.

<sup>142</sup> s. Janssen-Cilag (2002), S. 20.

Abbildung 29

**Versicherte und Patienten sollen mehr Information über die Qualität von ambulanten und stationären Behandlungen erhalten (z. B. mit Ranglisten in Zeitungen oder im Internet).**



Quelle: GKV-Monitor 2002

n = 3.000

Die VFA-Umfrage dokumentiert dagegen, worüber Versicherte mehr Informationen wünschen. Demnach wünschen 83 % der gesetzlich Versicherten mehr Informationen über Krankenhäuser und Spezialisten, 82 % über Arzneimittel und 77 % über Krankheiten. 72 % der Befragten gaben zudem an, mehr über ärztliche Tätigkeitsschwerpunkte wissen zu wollen.<sup>143</sup>

Die Qualität der ambulanten Versorgung soll besser kontrolliert werden. „Zur Qualitätssicherung müssen alle Ärztinnen und Ärzte sowie alle sonstigen Gesundheitsfachberufe durch kontinuierliche interessenunabhängige Fortbildungsmaßnahmen beitragen. (...) Erbringen Ärztinnen und Ärzte nicht (...) diesen Nachweis, soll ihnen die Teil-

<sup>143</sup> s. VFA (2003), S. 9, s. ferner: Janssen-Cilag (2002), S. 12.

nahme an der vertragsärztlichen Versorgung verwehrt werden.“<sup>144</sup> Ein Vorschlag zur Verbesserung der Angebotsqualität ist die Einführung von Gütesiegeln für Ärzte – bekannt geworden durch das Schlagwort „Ärzte-TÜV“. Die Repräsentativbefragungen von Janssen-Cilag, VdAK/AEV und WIdO belegen eine hohe Akzeptanz von Qualitätszertifikaten für Ärzte in der Bevölkerung (s. *Tabelle 21*).

Tabelle 21

| <b>Zustimmung zu Gütesiegeln</b> |  |                     |   |                    |
|----------------------------------|--|---------------------|---|--------------------|
| <b>Auftraggeber</b>              | <b>Methode</b>   | <b>Zeitraum</b>     | <b>Fragestellung</b>  | <b>Ergebnis</b>    |
| Janssen-Cilag                    | n = 1.000<br>GKV-Versicherte:<br>500 Personen<br>zwischen 25 - 34<br>Jahre und 500<br>Personen zwischen<br>60 - 69 Jahre<br>(Face-to-Face) | 1. Halbjahr<br>2001 | „Die Ärzte sollen alle zwei Jahre die Qualität ihrer Arbeit von Experten überprüfen lassen. Ärzte, die bei der Prüfung genügend Pluspunkte sammeln, erhalten eine Art Gütesiegel, das zwei Jahre gültig ist.“ | 81 %<br>Zustimmung |
| VdAK/AEV                         | n = 7.481<br>Versicherte der<br>Ersatzkrankenkassen<br>(schriftlich)   | Herbst<br>2001      | Zertifizierung der Ergebnisse der ärztlichen Behandlung *   | 82 %<br>Zustimmung |
| WIdO                             | n = 3.000<br>GKV-Mitglieder<br>zwischen 16 und 65<br>Jahre (CATI)  | März-April<br>2002  | „Die Qualifikation von Ärzten sollte regelmäßig überprüft werden, z. B. im Sinne eines Ärzte-TÜVs.“   | 87 %<br>Zustimmung |

WIdO 2003

\*Die exakte Fragestellung liegt nicht vor.

Die Bevölkerungsbefragung von Janssen-Cilag zeigt deutlich, dass Gütesiegel für Ärzte (auf der Basis externer Qualitätsprüfungen) befürwortet werden: „Die Einführung von Gütesiegeln für Ärzte (...) finden 47 % sehr gut, (und) 34 % eher gut und nur 19 % der Befragten sind gegen diesen Vorschlag.“<sup>145</sup>

Eine schriftliche Befragung von Versicherten der Ersatzkrankenkassen durch VdAK und AEV ergab, dass „der Versorgungsqualität

<sup>144</sup> Knieps, F. (2003), S. 83.

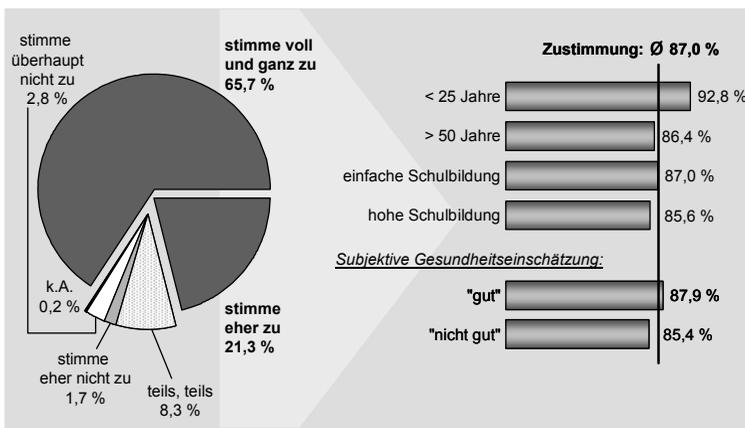
<sup>145</sup> Janssen-Cilag (2002), S. 21.

eindeutig die höchste Priorität zugemessen wurde.“<sup>146</sup> Im Kontext der Erhebung zu Zielen und Wünschen bei neuen Versorgungsformen zeigte sich, dass vier Fünftel der Befragten (81,8 %) eine Zertifizierung ärztlicher Behandlungsergebnisse wichtig finden.<sup>147</sup>

Auch die im Frühjahr 2002 durchgeführte WIdO-Umfrage bestätigte dieses Ergebnis. Fast neun von zehn Versicherten (87,0 %) legen Wert darauf, dass die Qualifikation von Ärzten regelmäßig überprüft werden sollte (s. *Abbildung 30*). Die höchsten Zustimmungswerte ergeben sich bei jungen Leuten unter 25 Jahren (92,8 %). Hinsichtlich weiterer demographischer Merkmale zeigen sich dagegen kaum Unterschiede.

Abbildung 30

**Die Qualifikation von Ärzten sollte regelmäßig überprüft werden, z. B. im Sinne eines Ärzte-TÜVs.**



Quelle: GKV-Monitor 2002

n = 3.000

<sup>146</sup> Andersen, H. H. (2002), S. 54.

<sup>147</sup> ebda. S. 67.

Patienten der gesetzlichen Krankenkassen können nach der Behandlung eine Quittung vom Arzt erhalten. Die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Zahnärzte müssen den Patienten auf Wunsch eine schriftliche Information darüber geben, welche Leistungen sie zu Lasten der Krankenkassen erbracht haben und welche Kosten damit verbunden sind (§ 305,2 GMG). Die gesundheitspolitische Intention, mit Hilfe von Behandlungsquittungen die Transparenz ärztlicher Leistungen zu erhöhen und dem Patienten eine Rückmeldung sowohl über die Art als auch über die Kosten der erbrachten Versorgungsleistungen zu vermitteln, findet – Umfragen zufolge – durchgängig eine große Zustimmung in der Bevölkerung (s. *Tabelle 22*).

Tabelle 22

### Zustimmung für die Patientenquittung

| Auftraggeber  | Methode  | Zeitraum            | Fragestellung   | Ergebnis           |
|---------------|--|---------------------|---|--------------------|
| Janssen-Cilag | n = 1.000<br>GKV-Versicherte:<br>500 Personen<br>zwischen 25 - 34<br>Jahre und 500<br>Personen zwischen<br>60 - 69 Jahre<br>(Face-to-Face) | 1. Halbjahr<br>2001 | (Nach Vorlage einer Musterquittung) „Wie fänden Sie es, wenn Sie nach jedem Arztbesuch eine solche Behandlungsquittung erhalten würden?“                        | 79 %<br>Zustimmung |
| WIdO          | n = 1.000<br>freiwillig versicherte<br>GKV-Mitglieder<br>zwischen 18 und 50<br>Jahre (CATI)  | August<br>2002      | „Patienten sollten Einblicke in Arztrechnungen haben.“  | 78 %<br>Zustimmung |
| TNS Emnid     | n = 1.000<br>Bundesbürger<br>ab 18 Jahre (CATI)  | Dezember<br>2002    | Zustimmung zur Patientenquittung*   | 81 %<br>Zustimmung |
| FTD           | n = 1.000<br>Bevölkerung<br>ab 14 Jahre (CATI)   | Februar<br>2003     | „... Sagen Sie mir bitte zu jedem Vorschlag, ob Sie ihn unterstützen oder ablehnen: (Liste)... Patienten erhalten Arztquittungen über abgerechnete Leistungen.“ | 86 %<br>Zustimmung |
| VFA           | n = 1.687<br>GKV-Versicherte<br>ab 18 Jahre (CATI)   | März<br>2003        | „Würden Sie es begrüßen, wenn Sie in regelmäßigen Abständen eine Aufstellung über die erbrachten Behandlungsleistungen des Arztes und deren Kosten erhalten?“   | 83 %<br>Zustimmung |

WIdO 2003

\*Die exakte Fragestellung liegt nicht vor.

Die Ergebnisse der Janssen-Cilag-Umfrage zeigen eine deutliche Mehrheit für die Behandlungsquittung. „Die Meinung der Befragten zu diesem Vorschlag wurde (...) schrittweise erhoben: Eine bloße Aufstellung der Leistungen (...) wird von 79 % der Befragten befürwortet. Die zusätzliche Angabe der ärztlichen Vergütung wird von 65 % positiv beurteilt. Einer Bestätigung der Leistungserbringung durch den Patienten per Unterschrift stimmen 75 % zu.“<sup>148</sup>

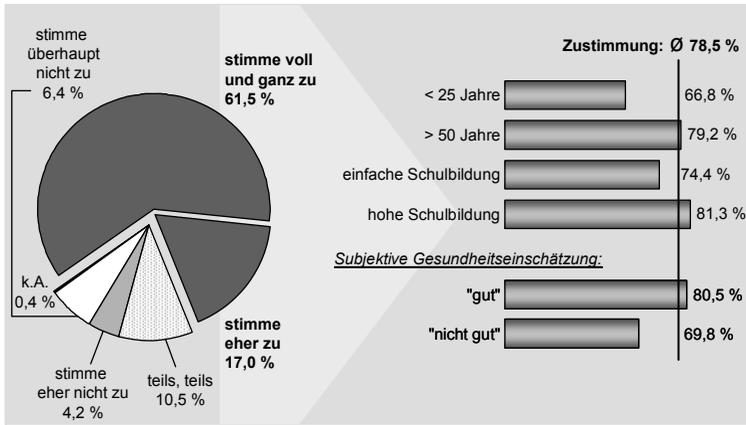
Auch im GKV-Monitor stimmen mehr als drei Viertel der Befragten (78,5 %) der Aussage zu, dass Patienten Einblicke in Arztrechnungen haben sollten (s. *Abbildung 31*). Nur jeweils rd. zehn Prozent der GKV-Versicherten antworten unentschieden bzw. ablehnend. Die Zustimmung nimmt mit steigendem Einkommen und Schulbildung zu. Hoch ist die Zustimmung auch bei Personen, die ihren Gesundheitszustand als „gut“ einstufen (80,5 %), dagegen reagieren Befragte mit schlechter Gesundheit deutlich verhaltener auf diesen Vorschlag (69,8 %), mehr als ein Viertel (29,3 %) ist hier unentschieden bzw. ablehnend. Ältere begrüßen diesen Vorschlag mehr als jüngere Mitglieder. In den neuen Bundesländern ist die Reaktion verhaltener, hier stimmen lediglich 62,9 % zu, ein Drittel der Befragten (36,0 %) steht dem Vorschlag ablehnend gegenüber.

---

<sup>148</sup> Janssen-Cilag (2002), S. 18f.

Abbildung 31

**Patienten sollten Einblicke in Arztrechnungen haben.**



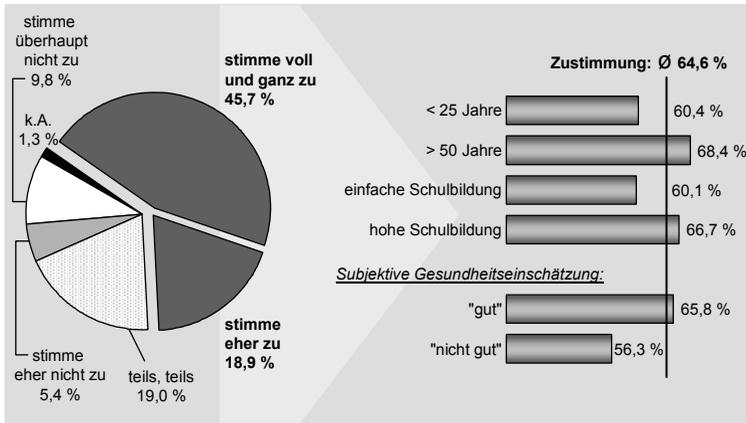
Quelle: GKV-Monitor 2002

n = 3.000

Die Versicherten erwarten von einer Behandlungsquittung klare Steuerungswirkungen. Die Mehrheit der Befragten (64,6 %) ist der Meinung, dass dadurch insbesondere das Kostenbewusstsein der Ärzte erhöht wird (s. *Abbildung 32*). Die Zustimmung zu dieser Auffassung steigt bei Befragten mit höherer Schulbildung und Alter leicht an. Bei Personen mit schlechter Gesundheit (und möglicherweise häufigeren Arztkontakten) ist die Reaktion dagegen verhalten (56,3 % Zustimmung).

Abbildung 32

**Durch die Einsicht der Patienten in die Rechnung wird das Kostenbewusstsein der Ärzte erhöht.**



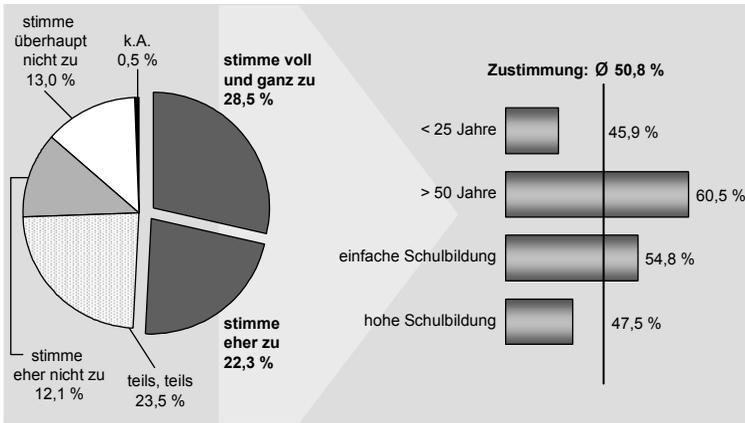
Quelle: GKV-Monitor 2002

n = 3.000

Jeder Zweite (50,8 %) erwartet aber auch, dass die Patienten in ihren Ansprüchen zurückhaltender werden, wenn sie sehen, was die Behandlung kostet (s. *Abbildung 33*). Diese Auffassung teilen insbesondere ältere Personen (über 50 Jahre: 60,5 %). Personen mit einfacher Schulbildung stimmen ebenfalls überdurchschnittlich oft zu (54,8 %). Befragte, die einen höheren Bildungsstand angegeben haben, bewerten diese Aussage zurückhaltender (47,5 % Zustimmung).

Abbildung 33

**Wenn die Patienten sehen, was etwas kostet, werden sie in ihren Ansprüchen zurückhaltender.**



Quelle: GKV-Monitor 2002

n = 3.000

Emnid macht eine „flammende Zustimmung“ für die Patientenquittung in der Bevölkerung aus, „81 % würden gerne aufgelistet bekommen, was der Arzt so alles abrechnet.“<sup>149</sup>

Die Umfrage der FTD zeigt eine fast uneingeschränkte Zustimmung der Befragten (86 % gegenüber 12 % Ablehnung) zum Erhalt von Arztquittungen über abgerechnete Leistungen.<sup>150</sup>

Die Zustimmungswerte in der VFA-Umfrage sind ähnlich hoch: „Die überwiegende Mehrheit der gesetzlich Versicherten (83 %) begrüßt es, wenn sie in regelmäßigen Abständen eine Aufstellung über die erbrachten Behandlungsleistungen erhalten würde.“<sup>151</sup> Im Vergleich

<sup>149</sup> Schöppner, K.-P. (2002), S. 3.

<sup>150</sup> s. FTD (2003) o. S.

<sup>151</sup> VFA (2003), S. 11.

zum Vorjahr ist die Zustimmung sogar um drei Prozentpunkte gestiegen.

Bei der abschließenden Bewertung müssen indes auch die Ergebnisse des Modellversuchs in Rheinland-Pfalz berücksichtigt werden. Hier hat sich gezeigt, dass das Interesse von Patienten an einer Patientenquittung in der praktischen Umsetzung sehr gering ausgefallen ist.<sup>152</sup> Möglicherweise geht es den Versicherten und Patienten grundsätzlich darum, erfolgte Behandlungen nachvollziehen und verstehen zu können, was in Befragungssituationen zu einer hohen Zustimmungstendenz für die Patientenquittung führt, ohne dass dies in der Praxis wirklich eingefordert wird.

## **8.2 Die Ausgestaltung der Rolle der Krankenkassen**

Das Interesse der Bevölkerung an Information und Aufklärung über die Qualität der ambulanten und stationären Versorgung ist groß. Schon in früheren Erhebungen wurde deutlich, dass hier insbesondere auch von den Krankenkassen eine aktive Rolle erwartet wird.<sup>153</sup> „Krankenkassen werden von den Versicherten längst nicht mehr nur als Beitragseinzugsstelle wahrgenommen, sondern als Quelle von Information und Beratung.“<sup>154</sup> Diese Auffassung wird durch zeitnahe Umfragen erneut bestätigt (s. *Tabelle 23*).

---

<sup>152</sup> s. Ärzte-Zeitung vom 22.11.2002.

<sup>153</sup> Dies bestätigen bereits die Ergebnisse früherer Umfragen. S. hierzu: Zok, K. (1999), S. 43f. und Wasem, J. / Güther, B. (1998) S. 71f.

<sup>154</sup> Jann, A. (2002), S. 236.

Tabelle 23

**Rolle der Krankenkassen**

| Auftraggeber | Methode   | Zeitraum            | Fragestellung  | Ergebnis           |
|--------------|---|---------------------|--|--------------------|
| INRA         | n = 1.000<br>Personen<br>ab 14 Jahre (CATI)                       | Herbst<br>2001      | „Die Versicherten wünschen sich mehr Beratung durch medizinisches Fachpersonal ihrer Krankenkasse.“                                      | 69 %<br>Zustimmung |
| VdAK/AEV     | n = 7.481<br>Versicherte der<br>Ersatzkrankenkassen (schriftlich) | Herbst<br>2001      | „Wichtigkeit von medizinisch-therapeutischen Informationen durch die Krankenkasse, z. B. Therapieempfehlungen“                           | 72%<br>Zustimmung  |
| WIdO         | n = 3.000<br>GKV-Mitglieder<br>zwischen 16 und 65<br>Jahre (CATI) | März-April<br>2002  | „Die Krankenkassen sollten die Möglichkeit haben, Patienten über die Qualität von Ärzten und Krankenhäusern aufzuklären.“                | 84 %<br>Zustimmung |
| WIdO         | n = 3.000<br>GKV-Mitglieder<br>zwischen 16 und 65<br>Jahre (CATI) | April - Mai<br>2003 | „Bei einer Krankenkasse ist mir wichtig, dass sie mich in Bezug auf die Qualität medizinischer Verfahren und Behandlungsqualität berät.“ | 77 %<br>Zustimmung |

WIdO 2003

Laut einer Umfrage von INRA wünschen sich mehr als zwei Drittel der Befragten (69 %) mehr Beratung durch medizinisches Fachpersonal ihrer Krankenkasse. „Dieser Wunsch wird tendenziell etwas häufiger von Frauen, jüngeren Befragten unter 35 Jahren sowie den unteren und mittleren Bildungsgruppen geäußert.“ <sup>155</sup>

Im Rahmen der Versichertenbefragung der Ersatzkassenverbände (VdAK/AEV) wurde u. a. die Wichtigkeit von medizinisch-therapeutischen Informationen durch die Krankenkassen erhoben. Dabei sprachen sich die meisten Befragten (72,1 %) für Therapieempfehlungen durch die Krankenkassen aus. <sup>156</sup>

Nach der WIdO-Erhebung befürworteten 83,8 % der befragten GKV-Mitglieder, von ihren Krankenkassen über die Qualität von Ärzten

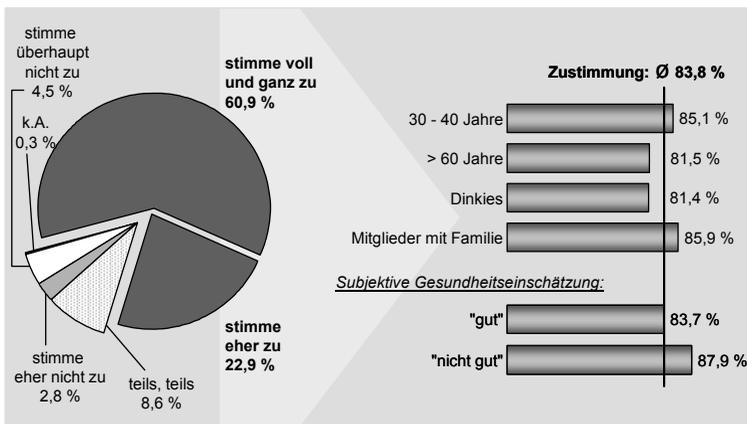
<sup>155</sup> Möller, S. (2001), S. 2.

<sup>156</sup> s. Jann, A. (2002), S. 235.

und Krankenhäusern aufgeklärt zu werden (s. Abbildung 34). Nur 15,9 % der Befragten reagierten unentschieden bzw. ablehnend auf diese Aussage. Überdurchschnittliche Zustimmung ergab sich vor allem bei Befragten, die ihre Gesundheit als „nicht gut“ einschätzten (87,9 %).

Abbildung 34

**Die Krankenkassen sollten die Möglichkeit haben, Patienten über die Qualität von Ärzten und Krankenhäusern aufzuklären.**



Quelle: GKV-Monitor 2002

n = 3.000

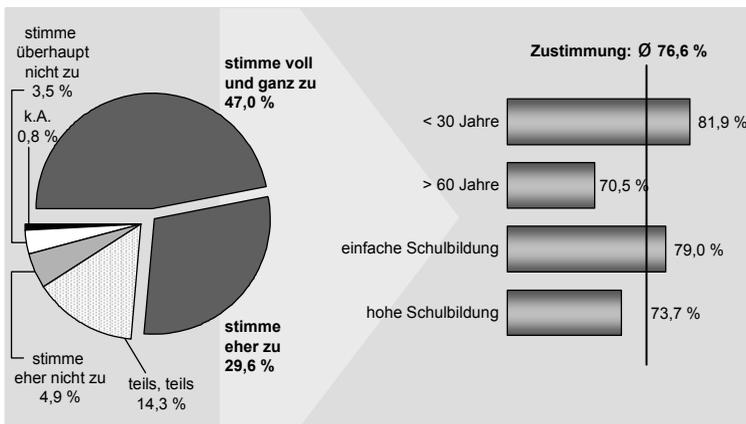
Erfahrungen von Patientenberatungsstellen und Krankenkassen zeigen, dass Versicherte und Patienten nicht nur informiert, sondern auch beraten werden wollen, um beispielsweise vorhandene Informationen bewerten und einordnen zu können.<sup>157</sup> Die Krankenkassen werden dabei als kompetente Ansprechpartner gesehen. Die Mehrheit der Befragten (76,6 %) findet es wichtig, dass Krankenkassen in Bezug auf die Qualität medizinischer Verfahren und Be-

<sup>157</sup> s. Wöllenstein, H. (2003), S. 31.

handlungsqualität beraten (s. Abbildung 35). Die Zustimmung zu diesem Punkt nimmt mit zunehmendem Alter allerdings ab, Personen unter 30 Jahren stimmen mit 81,9 % zu, Personen über 60 Jahre mit 70,5 %.

Abbildung 35

**Bei einer Krankenkasse ist mir wichtig, dass sie mich in Bezug auf die Qualität medizinischer Verfahren und Behandlungsqualität berät.**



Quelle: GKV-Monitor 2003

n = 3.000

Neben wettbewerblichen Elementen im Verhältnis zwischen Krankenkassen erscheint auch ein verstärkter Wettbewerb auf der Leistungserbringerseite zur Erhöhung der Effizienz und Qualität der Leistungserbringung unumgänglich, der sich auch in neuen Versorgungsmodellen und Versorgungsformen niederschlagen soll. Der SVRKAiG fordert „eine zügige flächendeckende Umsetzung innovativer Versorgungsmodelle und -konzepte, die sich z. B. in Modellvorhaben und anderen regionalen Projekten bewährt haben.“<sup>158</sup>

<sup>158</sup> SVRKAiG (2000), Ziffer 141.

„Der Wettbewerb zwischen den Anbietern unterschiedlicher Versorgungsformen muss intensiviert werden, um Angebotspluralität zu erzeugen, Innovationen zu beschleunigen und Effizienzreserven zu erschließen.“<sup>159</sup> Dabei ist es wichtig, „dass Krankenkassen die institutionellen Möglichkeiten zugestanden werden müssen, um Einfluss auf das Entscheidungskalkül von Leistungserbringern wie auch Versicherten nehmen zu können.“<sup>160</sup>

Umfragen bestätigen in diesem Sinne, dass die Versicherten die Krankenkassen auch als gesundheitspolitischen Akteur und Vertreter von Patienteninteressen wahrnehmen. „Die Mehrheit der Bürger würde es begrüßen, wenn die Krankenkassen mehr Patientendaten erhielten (...), um die Schwachstellen in der Versorgung zu erkennen.“<sup>161</sup> Auf einer Liste der Janssen-Cilag-Studie mit den wichtigsten Akteursgruppen im Gesundheitssystem „genießen die Ärzte generell das größte Vertrauen. (...) Die Krankenkassen folgen an zweiter Stelle.“<sup>162</sup>

Umfrageergebnisse belegen zudem, dass die Krankenkassen dabei von den Versicherten durchaus als „Player“ in der Gestaltung von Versorgungsstrukturen gesehen werden – sie sollen einen stärkeren Qualitätswettbewerb zwischen den Leistungsanbietern fördern (s. *Tabelle 24*).

---

<sup>159</sup> Knieps, F. (2003), S. 84.

<sup>160</sup> Knappe, E. / Weissberger, D. (2003), S. 104.

<sup>161</sup> DAK-Pressemitteilung vom 22.03.2000: „Kassen sollen zusätzliche Informationen erhalten“. In: [www.presse.dak.de](http://www.presse.dak.de).

<sup>162</sup> Janssen-Cilag (2002), S. 9.

Tabelle 24

| <b>Zustimmung zu mehr Vertragswettbewerb</b> |   |                   |  |                    |
|--|---|-------------------|--|--------------------|
| <b>Auftraggeber</b>                          | <b>Methode</b>  | <b>Zeitraum</b>   | <b>Fragestellung</b>   | <b>Ergebnis</b>    |
| WIdO   | n = 4.000<br>GKV-Versicherte<br>zwischen<br>16 und 65 Jahre<br>(CATI) | April-Mai<br>2001 | „Die Krankenkassen sollen die<br>Bezahlung von Ärzten mit jedem<br>Arzt einzeln vereinbaren können,<br>damit eine leistungs- und quali-<br>tätsgerechte Abstufung möglich<br>ist.“   | 72 %<br>Zustimmung |
| VFA  | n = 1.687<br>GKV-Versicherte<br>ab 18 Jahre (CATI)                    | März<br>2003      | „Um die bestmögliche Versor-<br>gung der Patienten sollte es einen<br>Wettbewerb unter den Leistungs-<br>anbietern (...) geben: d. h. die<br>Krankenkassen haben die Mög-<br>lichkeit, mit den qualitativ besten<br>Krankenhäusern, Ärzten und<br>Arzneimittelherstellern Ein-<br>zelverträge abzuschließen, um<br>ihre Versicherten optimal zu<br>versorgen.“ | 77 %<br>Zustimmung |

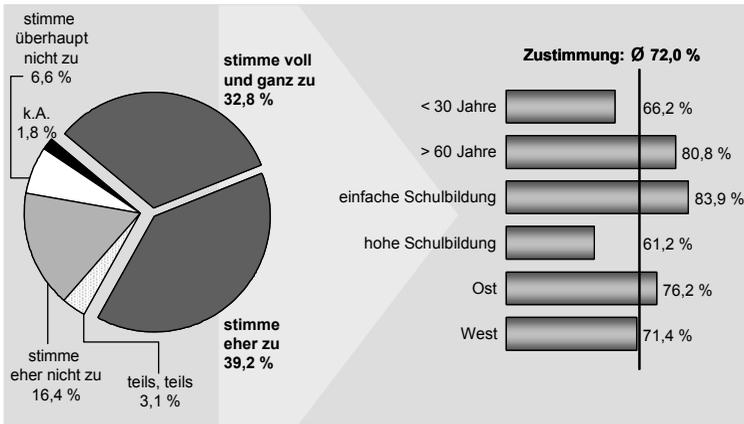
WIdO 2003

Bei einer effektiven Versorgungsqualität auf dem bestmöglichen Niveau im Gesundheitssystem sollte es „für die Krankenkassen möglich sein, neben den Einheitsverträgen auch Einzelverträge abzuschließen, die besonders gute Qualität honorieren.“<sup>163</sup> Im GKV-Monitor des Jahres 2001 stimmen bereits drei Viertel der Befragten (72,0 %) einem differenzierten Vertragswettbewerb zu – lediglich ein Viertel (23,4 %) äußert sich kritisch (s. *Abbildung 36*). Die Auswertung statistischer Merkmale zeigt eine steigende Zustimmung mit zunehmendem Alter und eine zurückhaltendere Bewertung bei höherer Schulbildung.

<sup>163</sup> Lauterbach, K.W. (2003), S. 86.

Abbildung 36

**Die Krankenkassen sollen die Bezahlung von Ärzten mit jedem Arzt einzeln vereinbaren können, damit eine leistungs- und qualitätsgerechte Abstufung möglich ist.**



Quelle: GKV-Monitor 2001

n = 4.194

Im Rahmen der VFA-Umfrage wird eine solche Stärkung des Qualitätswettbewerbs ebenfalls befürwortet: 77 % der gesetzlich Versicherten meinen, dass die Krankenkassen die Möglichkeit haben sollten, mit den qualitativ besten Krankenhäusern, Ärzten und Arzneimittelherstellern Einzelverträge abzuschließen, um ihre Versicherten optimal zu versorgen.<sup>164</sup>

Weitere Fragestellungen des GKV-Monitors zur Neugestaltung des Vertragsgeschäftes zeigen ferner eine – über alle demographischen Merkmale – hohe Zustimmung der Versicherten für den Ausschluss schlecht arbeitender Ärzte von der Versorgung (77,0 %).

<sup>164</sup> s. VFA (2003), S. 14.

Darüber hinaus akzeptieren fast zwei Drittel der Versicherten (63,0 % zu 33,3 % Ablehnung) den Vorschlag, dass die Krankenkassen künftig guten Ärzten mehr bezahlen können sollen als weniger guten. Die Zustimmung ist besonders hoch in der Gruppe der Geringverdiener (unter 1.000 Euro Haushaltsnettoeinkommen: 68,1 %) und der Älteren (über 60-Jährige: 76,7 %). Frauen und jüngere Versicherte zwischen 20 und 30 Jahren reagieren etwas verhaltener (36,5 % bzw. 41,5 % Ablehnung).

### **8.3 Aspekte der Versicherten- und Patientenpartizipation**

Die Frage nach der zukünftigen Rolle von Bürgern, Versicherten und Patienten beschreibt „eine notwendige Entwicklungsperspektive moderner Gesundheitssysteme.“<sup>165</sup> Zu einem Zeitpunkt, an dem Versicherte und Patienten mit starken Einschnitten in den sozialen Sicherungssystemen bei einem gleichzeitigen Mehr an Eigenverantwortung konfrontiert werden, beschließen Experten aus Politik und Verbänden vermehrt den Ausbau von Patientenschutz und Patientenrechten im deutschen Gesundheitssystem. Die Mitspracherechte der Patienten im Gesundheitssystem soll per Gesetz gestärkt werden, die Bundesregierung hat die Bestellung eines Patientenbeauftragten beschlossen (§ 140h GMG): „Aufgabe der beauftragten Person ist es, darauf hinzuwirken, dass die Belange von Patientinnen und Patienten besonders hinsichtlich ihrer Rechte auf umfassende und unabhängige Beratung und objektive Information durch Leistungserbringer, Kostenträger und Behörden im Gesundheitswesen und auf die Beteiligung bei Fragen der Sicherstellung der medizinischen Versorgung berücksichtigt werden.“

Die vorliegenden Umfragen haben das Thema der möglichen politischen Mitwirkung bzw. Beteiligung von Bürgern und Patienten in der Gesundheitspolitik erhoben (s. *Tabelle 25*).

---

<sup>165</sup> Badura, B. / Hart, D. / Schellschmidt, H. (1999), S. 14.

Tabelle 25

**Zustimmung zur Versicherten- und Patientenbeteiligung in der Gesundheitspolitik**

| Auftraggeber  | Methode  | Zeitraum            | Fragestellung   | Ergebnis           |
|---------------|--|---------------------|---|--------------------|
| Janssen-Cilag | n = 1.000<br>GKV-Versicherte:<br>500 Personen<br>zwischen 25 - 34<br>Jahre und 500<br>Personen zwischen<br>60 - 69 Jahre<br>(Face-to-Face) | 1. Halbjahr<br>2001 | „Sollen in Zukunft besondere<br>Vertreter der Bürgerinteressen an<br>der Gesundheitspolitik beteiligt<br>werden?“ | 78 %<br>Zustimmung |
| VFA           | n = 1.687<br>GKV-Versicherte<br>ab 18 Jahre (CATI)   | März<br>2003        | „Stärkere Förderung und Beteili-<br>gung von Selbsthilfegruppen der<br>Patienten in der Gesundheitspoli-<br>tik.“ | 80 %<br>Zustimmung |
| WIdO          | n = 3.000<br>GKV-Mitglieder<br>zwischen 16 und 65<br>Jahre (CATI)  | April-Mai<br>2003   | „Versicherte und Patienten sollten<br>in Zukunft mehr an der Gesund-<br>heitspolitik beteiligt werden.“           | 76 %<br>Zustimmung |

WIdO 2003

Im Rahmen der Janssen-Cilag-Umfrage begrüßt die Mehrheit der Befragten (78 %) eine zusätzliche Instanz, die als Vertreter der Bürgerinteressen an der Gesundheitspolitik zu beteiligen wäre.<sup>166</sup>

Der VFA hat das Thema „Mitspracherechte und Entscheidungsbefugnisse für Patienten“ ebenfalls aufgegriffen. Vier Fünftel der GKV-Versicherten (80 %) stimmen hier der Aussage zu, dass die Selbsthilfegruppen der Patienten in der Gesundheitspolitik stärker gefördert und beteiligt werden sollten.<sup>167</sup>

Auch im GKV-Monitor stimmt die Mehrheit der Befragten (75,6 %) der Aussage zu, dass Versicherte und Patienten künftig mehr an der Gesundheitspolitik beteiligt werden sollten (s. *Abbildung 37*).

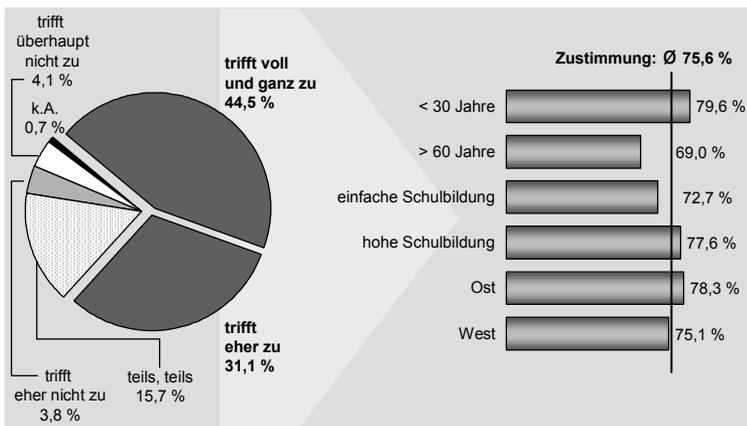
<sup>166</sup> s. Janssen-Cilag (2002), S. 10f.

<sup>167</sup> s. VFA (2003), S. 10.

Die Auswertung demographischer Variablen zeigt einen deutlichen Alterseffekt: Das Bedürfnis nach mehr Beteiligung in der Gesundheitspolitik ist bei jungen Menschen höher (79,6 %) als bei Älteren. Ferner ist die Zustimmung in den neuen Bundesländern etwas größer (78,3 %) als im Westen (75,1 %). Die Zustimmungswerte nehmen mit dem Bildungsgrad zu.

Abbildung 37

**Versicherte und Patienten sollten in Zukunft mehr an der Gesundheitspolitik beteiligt werden.**



Quelle: GKV-Monitor 2003

n = 3.000

Die durchgängig hohen Zustimmungswerte bei dieser Fragestellung geben allerdings keine Antwort darauf, wie dieser Prozess der politischen Beteiligung und Mitwirkung angemessen zu organisieren ist. Das aktuell verabschiedete GKV-Modernisierungsgesetz regelt die Beteiligung von maßgeblichen Patienten- und Selbsthilfeorganisationen ab dem 1.1.2004 in vielen Punkten neu. Die gesetzliche Neuregelung entspricht damit dem in den Umfragen zum Ausdruck kommenden Wunsch nach mehr Mitwirkungs- und Gestaltungsmöglichkeiten.



## 9 Fazit

Das System der gesetzlichen Krankenversicherung ist einem beschleunigtem Wandlungsprozess ausgesetzt, die Halbwertszeiten gesetzlicher Reformen werden immer kürzer. Mit dem GMG treten zum Jahresbeginn 2004 erneut umfängliche Reformen in Kraft. Parallel findet sich aber auch schon eine breite Diskussion über die Notwendigkeit einer grundlegenden GKV-Finanzierungsreform, die vor allem unter den Stichworten „Kopfpauschalen“ und „Bürgerversicherung“ geführt wird. Bei allen Reformen und Reformdiskussionen kommt jedoch der Bürger, Versicherte und Patient nur sehr begrenzt zu Wort.

Das Ziel der vorliegenden Arbeit besteht deshalb darin, mit Hilfe der publizierten Versichertenumfragen der letzten Jahre zum Gesundheitssystem die Betroffenen zu Wort kommen zu lassen. Eine ganze Reihe der diskutierten Gestaltungsoptionen und beschlossenen Reformelemente sind in Repräsentativumfragen und Bevölkerungstudien erhoben worden. Dabei zeigen die Ergebnisse der verschiedenen Studien und Umfragen - trotz methodischer Unterschiede und variierender Prozentwerte - einheitliche Trends und Tendenzen auf.

Bei den Versicherten ist eine (wachsende) Verunsicherung und Unzufriedenheit festzustellen. Alle Umfrageergebnisse zeigen deutlich ein erhebliches Ausmaß an Skepsis und Unsicherheit gegenüber der Leistungsfähigkeit des GKV-Systems. Nur gut die Hälfte der Bevölkerung glaubt im Krankheitsfall ausreichend versorgt zu sein. Die früher eher optimistische Einschätzung über die weitere Entwicklung ist in pessimistische Zukunftserwartungen umgeschlagen.

Deutlich dokumentieren die Umfrageergebnisse, dass Einschränkungen des versicherten GKV-Leistungsspektrums zugunsten stabiler Beitragssätze nicht den Wünschen der Bürger entsprechen. Alle

Marktforschungen zeigen, dass die Versicherten vor die Alternative gestellt, höhere Beiträge zu bezahlen oder auf Leistungen zu verzichten, sich durchgängig für höhere Beiträge entscheiden. Das ist ein bemerkenswertes Ergebnis, welches aber nicht als „Freibrief“ für Beitragssatzerhöhungen zu werten ist – gilt es doch zunächst die vorhandenen Wirtschaftlichkeitsreserven auszuschöpfen.

Alle Repräsentativumfragen haben bislang eine starke Verankerung des Solidarprinzips in der Bevölkerung bestätigt. Selbst bei den freiwillig Versicherten, einer Gruppe mit einer vergleichsweise starken Affinität Richtung PKV, stoßen die zentralen Solidarelemente der GKV auf einen breiten Konsens.

Der Vorschlag einer Ausdehnung der Versicherungspflicht im Sinne einer Integration aller Versichertengruppen in die GKV trifft auf eine große Zustimmung der Befragten.

Die Idee einer Gesundheitsabgabe – also einer besonderen finanziellen Belastung von Risikogruppen wie z. B. Raucher oder Extremsportler, um so einen Teil der Gesundheitsausgaben zu finanzieren – wird mehrheitlich begrüßt.

Dagegen finden Vorschläge, die mit Hilfe von Zuzahlungserhöhungen (Erhöhung der Selbstbeteiligung oder Praxisgebühr) das Gesundheitssystem sanieren wollen, wenig Zuspruch in der Bevölkerung.

Die erhobenen Vorschläge einer Einbeziehung weiterer Einkommensarten finden – wenn die avisierten Verteilungswirkungen nicht deutlich gemacht werden – eher niedrige Zustimmungswerte in der Bevölkerung.

Die Versicherten stehen hinter dem Familienlastenausgleich in der GKV. Die beitragsfreie Mitversicherung von Familienmitgliedern wird in den Umfragen durchgängig gestützt.

Eine Neuverteilung der Beitragslasten zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern findet wenig Zustimmung bei den Versicherten.

Der Wettbewerb der Krankenkassen wird von 2004 an nicht mehr nur über Beitragssätze geführt werden, sondern vermehrt durch unterschiedliche Anreizsysteme gekennzeichnet sein. Die Mehrheit der Versicherten befürwortet die Bonusprogramme in der GKV grundsätzlich, wobei die Vorschläge zu Tarifen mit Selbstbeteiligung vergleichsweise verhalten bzw. kritisch aufgenommen werden.

Die Ergebnisse der Fragen nach der Differenzierung von Grund- und Wahlleistungen ergeben kein einheitliches Bild. Allgemeine Fragestellungen, die den Aspekt der Wahlfreiheit betonen, ergeben eher höhere Zustimmung, die aber sofort abnimmt, sobald substanzielle Einschnitte beim Leistungskatalog befürchtet werden.

Die ab 2004 bestehende Möglichkeit von Zusatzversicherungen über die GKV wird positiv bewertet. Die Mehrheit der Versicherten spricht sich dafür aus, dass die gesetzlichen Krankenkassen ihren Versicherten künftig auch individuelle Zusatzversicherungen anbieten können.

Hinsichtlich verschiedener Vorschläge zur effizienten Systemgestaltung ist eine große Mehrheit der Bevölkerung davon überzeugt, daß eine stärkere Kontrolle der Leistungserbringer ein geeignetes Instrument zum Erschließen von Wirtschaftlichkeitsreserven wäre.

Die Untersuchungen zeigen, dass das Bedürfnis nach Beteiligung, Informationen und Transparenz in der Bevölkerung hoch ist. Die Mehrheit der Versicherten interessiert sich in besonderem Maße für Fragen der Qualität der medizinischen Versorgung und befürwortet Rankings und Gütesiegel bei Leistungserbringern. Den Krankenkassen wird hierbei und in Bezug auf medizinisch-therapeutische Beratung hohe Kompetenz zugeordnet. Sie sollen einen stärkeren Qualitätswettbewerb zwischen den Leistungserbringern fördern.

Die Analyse der Umfrageergebnisse belegt insgesamt, dass Bürger und Versicherte mehr individuelle Wahlmöglichkeiten und Wettbewerb in der GKV begrüßen. Doch das bedeutet nicht den Wunsch nach einer grundlegenden Individualisierung des Gesundheitsrisikos. Die empirischen Befunde belegen eindeutig, dass die Notwendigkeit neuer Strukturen im Gesundheitssystem zwar gesehen wird, doch die Bevölkerung nach wie vor hinter einer solidarisch abgesicherten GKV steht.

## 10 Literatur

- Ahlstich, K. (1999): Gesundheitspolitische Einstellungen, Gesundheitsverhalten und Wertewandel, Wiesbaden.
- Allensbach, Institut für Demoskopie (2002): Wachsende Sorgen über das Gesundheitssystem, u. a. erschienen als Beitrag von Köcher, R. (2002). In: FAZ, Nr. 89 vom 17.04.2002, S. 5.
- Allensbach, Institut für Demoskopie (2003 a): Vorschläge zur Reform des Gesundheitssystems. In: Allensbacher Berichte Nr. 20, Allensbach.
- Allensbach, Institut für Demoskopie (2003 b): Reformkompass 2003. In: Allensbacher Archiv, IfD-Umfrage 7044/4274, Allensbach.
- Allensbach, Institut für Demoskopie (2003 c): Gesundheit!, u.a. erschienen als Beitrag von Piel, E. (2003). In: Frankfurter Allgemeine Sonntagszeitung vom 09.02.2003, S. 31.
- Andersen, H. H. (2002): Der VdAK/AEV Versichertenreport 2001. Neue Wege in der Gesundheitsversorgung. Befragung zu den Zielen und Wünschen von Versicherten der Ersatzkassen, Siegburg.
- Andersen, H. H. / Schwarze, J. (2000): Innovative Versorgung im Qualitätswettbewerb: Welche Präferenzen haben die Versicherten der GKV? In: Sozialer Fortschritt, Heft 2-3, S. 48-56.
- Aust, B. (1994): Zufriedene Patienten? Ein kritische Diskussion von Zufriedenheitsuntersuchungen in der gesundheitlichen Versorgung, Berlin.

- Badura, B. / Hart, D. / Schellschmidt, H. (1999): Bürgerorientierung des Gesundheitswesens. Selbstbestimmung, Schutz, Beteiligung, Baden-Baden.
- Bertelsmann (2002): Auszüge aus dem Gesundheitsmonitor der Bertelsmann-Stiftung. Eine repräsentative Befragung von Versicherten und Ärzten, Gütersloh.
- Beske, F. / Hallauer, J.F. / Kern, A.O. (1996 a): Erwartungen des Beitragszahlers an eine leistungsfähige Krankenversicherung. Ergebnisse einer Meinungsumfrage zu Beitragssatz und Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenversicherung, Kiel.
- Beske, F. / Hallauer, J.F. / Kern, A.O. (1996 b): Rationierung im Gesundheitswesen? Zur Weiterentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung: Leistungskatalog, Selbstverwaltung, Fremdleistungen, Kiel.
- Beske, F. (2001): Einstellung von Versicherten und Kranken zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung. Tagungsbericht Eltville XII, Kiel.
- BIG – Die Direktkrankenkasse (2003): Die Gesundheitsreform und die Krankenkassen im Urteil der Versicherten, Dortmund.
- Böcken, J. / Braun, B. / Schnee, M. (2002) (Hrsg.): Gesundheitsmonitor 2002. Die ambulante Versorgung aus Sicht von Bevölkerung und Ärzteschaft, Gütersloh.
- BKK-Landesverband Ost (2003): Reformbereitschaft der gesetzlich Krankenversicherten, Berlin.

- Braun, B. (2000): Rationierung und Vertrauensverlust im Gesundheitswesen – Folgen eines fahrlässigen Umgangs mit budgetierten Mitteln? Ergebnis einer Befragung von GEK-Versicherten, St. Augustin.
- Brunner, A. / Sabariego, T.C. / Wildner, M. (2003): Weiterentwicklung des Gesundheitswesens aus Bürgersicht: Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsbefragung in München, Dresden, Wien und Bern.
- Continentale (2002): Zusatzversicherung und GKV: Die Einstellung der Bevölkerung. Eine repräsentative Emnid-Bevölkerungsbefragung der Continentale Krankenversicherung a. G., Dortmund.
- Continentale (2003): Zusatzversicherung: Leistung im Mittelpunkt. Eine repräsentative Emnid-Bevölkerungsbefragung der Continentale Krankenversicherung a.G., Dortmund.
- DAK – Deutsche Angestellten Krankenkasse (2000): „Kassen sollen zusätzliche Informationen erhalten.“ DAK- Pressemitteilung vom 22.03.2000.
- DAK – Deutsche Angestellten Krankenkasse (2002): Bürger gegen Privatisierung. In: [www.presse.dak.de](http://www.presse.dak.de).
- Ernst, J. / Schwarz, R. (2003): Patientenorientierung in der Medizin. Ergebnisse einer empirischen Studie zum Informationsbedarf von Tumorpatienten im medizinischen Behandlungsprozess. In: Sozialer Fortschritt, Heft 7, S. 170-177.
- Forsa (2001): Gesundheitspolitik in Deutschland: Einschätzungen der Bundesbürger, Berlin.
- Francke, R. / Hart, D. (2001): Bürgerbeteiligung im Gesundheitswesen, Baden-Baden.

- FTD – Financial Times Deutschland (2003): Deutsche wollen nicht mehr Geld für das Gesundheitssystem zahlen. In: Financial Times Deutschland vom 28.02.2003 ([www.ftd.de/pw/de/1046346608677.html](http://www.ftd.de/pw/de/1046346608677.html)).
- Gabler, S. / Häder, S. (1997): Überlegungen zu einem Stichprobendesign für Deutschland. In: ZUMA-Nachrichten 41, S. 7-18.
- GEK – Gmünder Ersatzkasse (2003): Situationsanalyse Krankenkassen. Ausgewählte Ergebnisse zur Pressekonferenz der GEK in Berlin, 5. Mai 2003.
- Gothaer Versicherung (2002): Krankenversicherungssysteme. Tabellenband von TNS Emnid, Bielefeld.
- Hurrelmann, K. et al. (2003): Trenderhebung zur Zukunft der Patientenberatung. Ergebnisse der Delphi-Befragung zur Patienten- und Verbraucherberatung nach § 65b SGB V, Bielefeld.
- Infratest dimap (2003): Deutschland Trend August 2003, Berlin.
- Jacobs, K. (2002): Königsweg Selbstbehalt? In: Gesundheit und Gesellschaft 9/02, S. 14f.
- Jacobs, K. (2003): Bürgerversicherung oder Kopfprämie? Neues Denken statt alter Dogmen. In: Gesundheit und Gesellschaft 9/03, S. 42-48.
- Jann, A. (2002): Neue Wege in der Gesundheitsversorgung. Ziele und Wünsche von Versicherten der Ersatzkassen. In: Die Ersatzkasse, 6/2002, S. 232-236.
- Janssen-Cilag (2002) (Hrsg.): Der Patient vor der Wahl – Durch mehr Wissen zu mehr Verantwortung. Ergebnisse der Janssen-Cilag Bevölkerungsbefragung 2002. Wissenschaftliche Konzeption und Betreuung: Nolting, H.-D. / Wasem, J., Neuss.

- Kaase, M. (1999) (Hrsg.): Qualitätskriterien der Umfrageforschung, Berlin.
- Klose, J. / Schellschmidt, H. (2001): Finanzierung und Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung. Einnahmen- und ausgabenbezogene Gestaltungsvorschläge im Überblick, Bonn.
- Knappe, E. / Weissberger, D. (2003): Wettbewerb und Solidarität im deutschen Gesundheitssystem. In: Sozialer Fortschritt, Heft 4, S. 102-105.
- Knieps, F. (2003): Strukturreformen erforderlich. Plädoyer für eine umfassende Modernisierung des deutschen Gesundheitswesens. In: Soziale Sicherheit, Heft 3, S. 83-85.
- Kromrey, H. (1983): Empirische Sozialforschung, Opladen.
- Lauterbach, K.W. (2003): Qualitätssicherung im Gesundheitswesen. Status Quo und Perspektiven. In: Soziale Sicherheit, Heft 3, S. 86f.
- Lecher, S. / Satzinger, W. / Trojan, A. / Koch, U. (2002):  
Patientenorientierung durch Patientenbefragungen  
als ein Qualitätsmerkmal der Krankenversorgung. In:  
Bundesgesundheitsblatt, S. 3-12.
- MAGS – Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (1995) (Hrsg.): GKV 2000. Einstellungen zu Reformplänen der gesetzlichen Krankenversicherung, Düsseldorf.
- Möller, S. (2001): Erfahrungen und Erwartungen von Patienten. Vorstellung aktueller Studienergebnisse von INRA Deutschland GmbH zur Patientenzufriedenheit auf der Medica 2001 (21.-23.11.2001) in Düsseldorf.

- Pütz, C. (2003): Selbstbehalttarife für die gesetzliche Krankenversicherung. Eine ordnungspolitische, versicherungsbetriebswirtschaftliche und empirische Analyse ihrer Möglichkeiten und Grenzen, Baden-Baden.
- Rosenbrock, R. (1993): Gesundheitspolitik. In: Hurrelmann, K. / Laaser, U. (1993) (Hrsg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften, Weinheim.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVRKaiG) (1994): Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000, Sachstandsbericht, Baden-Baden.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVRKaiG) (2000): Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Band III, Über-, Unter- und Fehlversorgung, Baden-Baden.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVRKaiG) (2003): Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität, Band I, Finanzierung und Nutzerorientierung, Bonn.
- Schellhorn, M. (2002): Auswirkungen wählbarer Selbstbehalte in der Krankenversicherung: Lehren aus der Schweiz? In: Vierteljahreshefte zur Wirtschaftsforschung, 71, S. 411-426.
- Schöppner, K.-P. (2002): Der Wunsch nach einer Radikaloperation. In: Die Welt vom 10.12.02, S. 3.
- Schumann, S. (2000): Repräsentative Umfrage. München.
- Statistisches Bundesamt (1999): Datenreport 1999. Zahlen und Fakten über die Bundesrepublik Deutschland, Bonn.
- Statistisches Bundesamt (2002): Datenreport 2002. Zahlen und Fakten über die Bundesrepublik Deutschland, Bonn.

- Stollorz, V. (2002): Sind Patienten die besseren Reformer? In: Frankfurter Allgemeine Sonntagszeitung vom 21.04.02, S. 63.
- Ullrich, C. G. (1996): Solidarität und Sicherheit. Zur sozialen Akzeptanz der Gesetzlichen Krankenversicherung. In: Zeitschrift für Soziologie, Heft 3 1996, S. 171-189.
- Ullrich, C. G. (2002 a): Sozialpolitische Verteilungskonflikte und ihre Wahrnehmung durch wohlfahrtsstaatliche Adressaten – Das Beispiel der Gesetzlichen Krankenversicherung. In: Arbeit und Sozialpolitik, Heft 3-4, S. 16-21.
- Ullrich, C. G. (2002 b): Den Bogen nicht überspannen. In: Gesundheit und Gesellschaft, Heft 9, S. 3.
- Ullrich, C. G. (2002 c): Methodische Ansätze der Akzeptanzforschung im Bereich der Sozialversicherung. In: Deutsche Rentenversicherung, 9-10/2002, S. 523-535.
- VFA (2002): Gesundheitspolitik und Arzneimittelversorgung. Ergebnisse einer Repräsentativ-Befragung bei Emnid im Auftrag des VFA, Bielefeld.
- VFA (2003): Gesundheitspolitik, Ergebnisse einer Repräsentativ-Befragung bei Emnid im Auftrag des VFA, Bielefeld.
- Wasem, J. / Güther, B. (1998): Das Gesundheitssystem in Deutschland: Einstellungen und Erwartungen der Bevölkerung. Eine Bestandsaufnahme, Neuss.
- Werblow, A. (2002): Alles nur Selektion? Der Einfluss von Selbstbehalten in der Gesetzlichen Krankenversicherung. In: Vierteljahreshefte zur Wirtschaftsforschung, 71, S. 427-436.
- Wöllenstein, H. (2003): Mehr Power für Patienten. In: Gesundheit und Gesellschaft, Heft 3, S. 28-33.

Zok, K. (1999): Anforderungen an die Gesetzliche  
Krankenversicherung. Einschätzungen und  
Erwartungen aus Sicht der Versicherten, Bonn.

# Abbildungsverzeichnis

**Abbildung 1 .....22**

Das deutsche Gesundheitssystem bietet eine hochwertige Versorgung.

**Abbildung 2 .....25**

Das deutsche Gesundheitssystem bietet jedem Versicherten ein hohes Qualitätsniveau an Leistungen.

**Abbildung 3 .....26**

Meine Krankenkasse bietet im Vergleich zu vor fünf Jahren einen schlechteren Versicherungsschutz.

**Abbildung 4 .....28**

Das Gesundheitssystem wird sich in den nächsten fünf Jahren insgesamt...

**Abbildung 5 .....30**

Werden die Beitragssätze steigen, sinken oder gleich bleiben?

**Abbildung 6 .....33**

Leistungsverzicht oder höhere Beiträge?

**Abbildung 7 .....39**

In der privaten Krankenversicherung richtet sich die Höhe Ihres Beitrages nicht nach Ihrer persönlichen Finanzkraft, sondern nach Kriterien wie Geschlecht, Lebensalter sowie Gesundheitszustand zum Eintrittszeitpunkt.

**Abbildung 8 .....40**

Im Gegensatz zur gesetzlichen Krankenversicherung zahlen in einer privaten Krankenversicherung in der Regel Frauen mehr als Männer und Ältere mehr als Junge.

**Abbildung 9 .....41**

Bei einer privaten Krankenversicherung ziehen Ihre eventuellen Vorerkrankungen Leistungsausschlüsse nach sich, wenn sie nicht durch einen höheren Beitrag versichert werden.

**Abbildung 10 .....42**

In einer privaten Krankenversicherung besteht keine Beitragsfreiheit bei Mutterschaft und Erziehungsurlaub, wie das in der gesetzlichen Krankenversicherung der Fall ist.

**Abbildung 11 .....43**

Im Unterschied zur Mitgliedschaft in einer gesetzlichen Krankenversicherung erfordert die Aufnahme in eine private Krankenversicherung eine vorherige individuelle Überprüfung des Gesundheitszustandes.

**Abbildung 12 .....44**

Im Unterschied zu den gesetzlichen Krankenversicherungen haben private Krankenversicherungen das Recht, Kunden abzulehnen, z. B. wenn sie schon eine schwere Krankheit haben.

**Abbildung 13 .....49**

In der gesetzlichen Krankenversicherung sollte sich jeder versichern müssen.

**Abbildung 14 .....50**

Beamte und Selbständige sollten sich auch an der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung beteiligen.

**Abbildung 15 .....53**

Alkohol und Tabak sollten versteuert werden, um einen Teil der Kosten des Gesundheitssystems zu finanzieren.

**Abbildung 16 .....56**

Die Selbstbeteiligung der Patienten bei Arzneimitteln und Krankenhausaufenthalten sollte angehoben werden.

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Abbildung 17</b> .....  | <b>59</b> |
| Patienten sollten bei jedem Arztbesuch einen festen Mindestbetrag bezahlen.  |           |
| <b>Abbildung 18</b> .....  | <b>62</b> |
| Um die Beiträge zur Krankenversicherung stabil zu halten, sollten künftig auch Einkommensarten wie Miet- und Zinseinnahmen miteinbezogen werden.   |           |
| <b>Abbildung 19</b> .....  | <b>65</b> |
| Ihre Familie – Ehepartner und Kinder – wird nicht kostenlos mitversichert, sondern muss mit eigenen Verträgen versichert werden.   |           |
| <b>Abbildung 20</b> .....  | <b>66</b> |
| Nichterwerbstätige Ehepartner, die heute in der GKV beitragsfrei mitversichert sind, sollten einen eigenen Beitrag zahlen, wenn sie nicht durch Kindererziehung oder Pfllegetätigkeiten gebunden sind.       |           |
| <b>Abbildung 21</b> .....  | <b>76</b> |
| Vorschlag: Wenn ich mich gesundheitsbewusst verhalte (gesunde Ernährung, Bewegung) und an Fitnessangeboten teilnehme, zahle ich einen niedrigeren Krankenkassenbeitrag.                                      |           |
| <b>Abbildung 22</b> .....  | <b>77</b> |
| Vorschlag: Wenn ich regelmäßig zu Vorsorgeuntersuchungen gehe (z. B. Krebsvorsorge, Zahnkontrolle, Gesundheits-Checks) zahle ich einen niedrigeren Krankenkassenbeitrag.                                     |           |
| <b>Abbildung 23</b> .....  | <b>81</b> |
| Die Versicherten zeigen sich einem Hausarztmodell gegenüber eher aufgeschlossen.   |           |
| <b>Abbildung 24</b> .....  | <b>90</b> |
| Versicherte sollten die Möglichkeit haben, sich an den jährlichen Behandlungskosten bis zu einer bestimmten Höhe zu beteiligen. Als Ausgleich dafür wird der Jahresbeitrag zur Krankenversicherung ermäßigt. |           |

**Abbildung 25 ..... 93**

Vorschlag: Sie bezahlen bei jedem Arztbesuch einen festen Mindestbetrag, z. B. 15 Euro, dafür wird Ihr persönlicher Krankenkassenbeitrag gesenkt.

**Abbildung 26 ..... 98**

Die private Krankenversicherung bietet die Möglichkeit, wenn man keine oder nur wenig ärztliche Leistungen in Anspruch genommen hat, einen Teil seiner Beiträge zurückzuerhalten.

**Abbildung 27 ..... 104**

Wer auf einen Teil der Krankenkassen-Leistungen verzichten will, zahlt geringere Beiträge. Wer weiterhin die vollen Krankenkassen-Leistungen haben will, muss dafür entsprechend mehr bezahlen.

**Abbildung 28 ..... 109**

Sind Sie der Meinung, dass künftig auch die gesetzlichen Krankenkassen Leistungen wie Krankenhaustagegeld usw. als persönliche Zusatzversicherung anbieten sollten?

**Abbildung 29 ..... 114**

Versicherte und Patienten sollen mehr Information über die Qualität von ambulanten und stationären Behandlungen erhalten (z. B. mit Ranglisten in Zeitungen oder im Internet).

**Abbildung 30 ..... 117**

Die Qualifikation von Ärzten sollte regelmäßig überprüft werden, z. B. im Sinne eines Ärzte-TÜVs.

**Abbildung 31 ..... 119**

Patienten sollten Einblicke in Arztrechnungen haben.

**Abbildung 32 ..... 120**

Durch die Einsicht der Patienten in die Rechnung wird das Kostenbewusstsein der Ärzte erhöht.

**Abbildung 33 ..... 121**

Wenn die Patienten sehen, was etwas kostet, werden sie in ihren Ansprüchen zurückhaltender.

**Abbildung 34 ..... 124**

Die Krankenkassen sollten die Möglichkeit haben, Patienten über die Qualität von Ärzten und Krankenhäusern aufzuklären.

**Abbildung 35 ..... 125**

Bei einer Krankenkasse ist mir wichtig, dass sie mich in Bezug auf die Qualität medizinischer Verfahren und Behandlungsqualität berät.

**Abbildung 36 ..... 128**

Die Krankenkassen sollen die Bezahlung von Ärzten mit jedem Arzt einzeln vereinbaren können, damit eine leistungs- und qualitätsgerechte Abstufung möglich ist.

**Abbildung 37 ..... 131**

Versicherte und Patienten sollten in Zukunft mehr an der Gesundheitspolitik beteiligt werden.

# Tabellenverzeichnis

|   |           |
|---|-----------|
| <b>Tabelle 1</b> .....  | <b>14</b> |
| Datenbasis: Repräsentativerhebungen mit Fragestellungen zum Gesundheitssystem (Auswahl) |           |
| <b>Tabelle 2</b> .....  | <b>21</b> |
| Allgemeine Zufriedenheit mit dem deutschen Gesundheitssystem                            |           |
| <b>Tabelle 3</b> .....  | <b>23</b> |
| Zwei-Klassen-Medizin  |           |
| <b>Tabelle 4</b> .....  | <b>27</b> |
| Erwartete Entwicklung im Gesundheitssystem  |           |
| <b>Tabelle 5</b> .....  | <b>29</b> |
| Erwartete Entwicklung der Beitragssätze   |           |
| <b>Tabelle 6</b> .....  | <b>32</b> |
| Beitragserhöhung vs. Leistungskürzungen   |           |
| <b>Tabelle 7</b> .....  | <b>48</b> |
| Zustimmung zur Ausdehnung der Versicherungspflicht                                      |           |
| <b>Tabelle 8</b> .....  | <b>52</b> |
| Zustimmung zur Gesundheitsabgabe  |           |
| <b>Tabelle 9</b> .....  | <b>55</b> |
| Zustimmung zu Zuzahlungserhöhungen  |           |
| <b>Tabelle 10</b> .....   | <b>58</b> |
| Zustimmung zur Praxisgebühr   |           |

|  |            |
|--|------------|
| <b>Tabelle 11</b> .....  | <b>61</b>  |
| Zustimmung zur Einbeziehung weiterer Einkommensarten                   |            |
| <b>Tabelle 12</b> .....  | <b>64</b>  |
| Zustimmung zur beitragsfreien Mitversicherung                          |            |
| <b>Tabelle 13</b> .....  | <b>68</b>  |
| Variation von Arbeitgeber- und Arbeitnehmerbeitrag                     |            |
| <b>Tabelle 14</b> .....  | <b>73</b>  |
| Zustimmung für eine individuelle Gesundheitsvorsorge                   |            |
| <b>Tabelle 15</b> .....  | <b>80</b>  |
| Zustimmung zum Hausarztmodell  |            |
| <b>Tabelle 16</b> .....  | <b>87</b>  |
| Zustimmung zu Selbstbehaltsmodellen                                    |            |
| <b>Tabelle 17</b> .....  | <b>96</b>  |
| Zustimmung für Beitragsrückerstattung                                  |            |
| <b>Tabelle 18</b> .....  | <b>101</b> |
| Zustimmung zu Grund- und Wahlleistungen                                |            |
| <b>Tabelle 19</b> .....  | <b>108</b> |
| Zustimmung zum Angebot individueller Zusatzversicherungen über die GKV |            |
| <b>Tabelle 20</b> .....  | <b>113</b> |
| Informationen über die Leistungsqualität                               |            |
| <b>Tabelle 21</b> .....  | <b>115</b> |
| Zustimmung zu Gütesiegeln  |            |

**Tabelle 22 ..... 117**

Zustimmung für die Patientenquittung

**Tabelle 23 ..... 123**

Rolle der Krankenkassen

**Tabelle 24 ..... 127**

Zustimmung zu mehr Vertragswettbewerb

**Tabelle 25 ..... 130**

Zustimmung zur Versicherten- und Patientenbeteiligung in der Gesundheitspolitik

# Stichwortverzeichnis

|  |   |                             |  |
|--|---|-----------------------------|--|
| Akademiker .....                       | 52, 66, 81, 92  | Beitragspflicht.....        | 60, 65   |
| Akzeptanz ....                         | 13, 16, 19, 37, 42, 49,<br>..... 54, 66, 74, 76, 82, 91,<br>..... 92, 94, 102, 115, 143 | Beitragsprinzip .....       | 44   |
| Akzeptanzforschung.....                | 9, 143  | Beitragsreduktion.....      | 82   |
| Alterseffekt .....                     | 33, 42, 131   | Beitragsrückerstattung .... | 3, 5, 72,<br>..... 95, 96, 97, 98, 151   |
| Altersrange.....                       | 13, 21  | Beitragszahler.....         | 13, 29   |
| Anreizmodelle .....                    | 3, 16, 71, 72   | Bemessungsgrundlage.....    | 60, 61   |
| Äquivalenzprinzip.....                 | 37  | Bewertungsskala .....       | 83   |
| Arbeitgeber .....                      | 3, 47, 68, 69,<br>..... 70, 151   | BGF-Bonus .....             | 72   |
| Arbeitgeberanteil.....                 | 68, 69  | Bildungsniveau.....         | 88   |
| Arbeitnehmer .....                     | 48, 50, 68, 69  | Blitzumfragen.....          | 15   |
| Arzneimittel .....                     | 54-56, 114  | Bonusprogramme.....         | 71, 72, 135  |
| Beamte.....                            | 48-50, 146  | Bürgerversicherung .....    | 16, 47, 48,<br>..... 50, 133, 140  |
| Behandlungsquittungen .....            | 117   | CAP1.....                   | 5, 12, 13  |
| Beitragsbelastung .....                | 31  | CAT1 .....                  | 5, 11, 13, 14, 21, 23, 27,<br>..... 29, 32, 48, 52, 55, 58, 61, 64,<br>..... 68, 73, 80, 87, 96, 101, 108,<br>..... 113, 115, 117, 123, 127, 130 |
| Beitragsbemessung.....                 | 38  | Dinkies.....                | 66   |
| beitragsfreie<br>Mitversicherung ..... | 47, 63,<br>..... 67, 86, 134  | Doppelverdiener .....       | 66, 97   |
| Beitragsfreiheit .....                 | 41, 42, 146   | Eigenverantwortung .....    | 5, 11, 71,<br>..... 93, 111, 129   |
| Beitragshöhe .....                     | 38, 85  | Einkommen.....              | 24, 37, 49, 66, 67,<br>..... 76, 85, 88, 92, 103, 108, 118   |
| Beitragsnachlass.....                  | 78, 85, 86,<br>..... 88, 91, 94, 106  |                             |  |

|                               |   |                                 |  |
|-------------------------------|---|---------------------------------|--|
| Entsolidarisierung.....       | 85, 95  | Grund- und Wahlleistungen ..... | 3, 37, 88, 99, 101, 102, 106, 135, 151 |
| Ersatzkrankenkassen .....     | 25, 80, 115, 123  | Gütesiegel .....                | 111, 115, 135                          |
| Extremsport.....              | 51  | Hausarztmodell .....            | 3, 13, 78-84, 88, 147, 151             |
| Familie .....                 | 41, 61, 64, 65, 76, 97, 147   | Herzog-Kommission.....          | 67                                     |
| Familienlastenausgleich ..    | 63, 134   | Integrierte Versorgungsformen   | 78                                     |
| Familierversicherung .....    | 63  | Interviewsituation .....        | 17, 61                                 |
| Finanzierung                  |   | Kassenmitglieder .....          | 29, 49                                 |
| - paritätisch .....           | 68, 70  | Konsumverzicht .....            | 51                                     |
| Finanzierungsoptionen..       | 3, 16, 47, 63, 99, 111  | Kontexteffekte.....             | 17                                     |
| Finanzkraft.....              | 38, 39, 145   | Kontrahierungszwang.....        | 43                                     |
| Fitnessbonus .....            | 75, 76  | Kopfpauschale .....             | 16, 67                                 |
| Frageformulierung .....       | 51  | Krankengeld.....                | 68, 69                                 |
| Frageninhalte.....            | 17  | Krankenkassenbeiträge .....     | 28, 29, 32, 34, 58, 91                 |
| Gesundheitsabgabe .....       | 3, 47, 51, 52, 53, 134, 150   | Krankenkassenwechsel .....      | 89                                     |
| Gesundheitsausgaben.....      | 52, 134   | Leistungseinschränkung..        | 35, 100                                |
| Gesundheitseinschätzung ..... | 97  | Leistungsinanspruchnahme...     | 95, 98                                 |
| Gesundheitspolitik.....       | 2, 7-9, 12-15, 18, 19, 27, 32, 35, 71, 129-131, 139, 142, 143, 149, 152 | Leistungskatalog.....           | 99, 105, 135, 138                      |
| Gesundheitsprüfung.....       | 42  | Leistungskürzungen.....         | 25, 32, 35, 150                        |
| Gesundheitsvorsorge .....     | 3, 72, 73, 101, 105, 151  | Leistungsseite .....            | 3, 16, 47, 99, 105, 111                |
| Gesundheitszustand.....       | 22, 28, 38-40, 42, 58, 72, 75, 84, 92, 103, 118, 145                    |                                 |  |

|                                       |  |                                 |  |
|---------------------------------------|--|---------------------------------|--|
| Leistungszufriedenheit.....           | 13   | Präventionsmaßnahmen.....       | 72   |
| Listenauswahl.....                    | 23, 73, 74,<br>..... 87, 91, 96  | Praxisgebühr.....               | 3, 47, 57-59, 71,<br>.....78, 86, 134, 150         |
| Malus-Regelung.....                   | 74   | Praxispauschale.....            | 60   |
| Medikamente.....                      | 87, 88, 90   | Privatversicherte.....          | 30, 79   |
| Mehrfachnennungen.....                | 53, 60,<br>..... 69, 74, 110   | Qualitative Untersuchungen....  | 37   |
| Mehrthemenumfragen.....               | 13, 15   | Qualitätssicherung.....         | 114, 141   |
| Mieteinnahmen.....                    | 60, 61, 62, 147  | Qualitätswettbewerb             | 126, 135, 137                                      |
| Mitnahmeeffekte.....                  | 95   | Quoten-Stichproben.....         | 18   |
| Mittelkategorie.....                  | 69, 83   | Rankings.....                   | 111, 113, 135                                      |
| Nebeneinkünfte.....                   | 60, 62   | Reformvorschläge.....           | 12, 47   |
| Nielsen-Verteilung.....               | 105  | restriktive Formulierungen..... | 100  |
| Online-Befragung.....                 | 12, 15, 94, 98   | Risikoprüfung.....              | 42   |
| Panel.....                            | 12, 54   | Risikozuschlag.....             | 51   |
| Parität.....                          | 69, 70   | Sachprämien.....                | 71, 78   |
| Patienten.....                        | 7-9, 55-59, 80, 82-84,<br>..... 111-14, 117-24, 127, 129-131,<br>..... 137, 140, 141, 143, 146-149<br>-beratung..... 112, 140<br>-beratungsstellen..... 124<br>-daten..... 126<br>-quittung. 111, 117, 121, 122, 152<br>-schutz..... 129 | SB-Tarife.....                  | 72, 98   |
| PKV.....                              | 5, 14, 38, 41-44, 85, 89,<br>..... 107, 109, 134   | Schichtungseffekt.....          | 102  |
| Präferenzen... 7, 8, 12, 17, 107, 137 |  | Selbständige.....               | 30, 34, 48-50, 146                                 |
| Prävention.....                       | 51, 71   | Selbstbehalt.....               | 3, 5, 72, 84-86,<br>.....88-90, 140                |
|                                       |  | Selbstbehalttarife.....         | 71, 89, 142  |
|                                       |  | Selbstbeteiligung.....          | 55-57, 83-85,<br>.....88-90, 93, 95, 134, 135, 146 |
|                                       |  | Selbsthilfegruppen.....         | 130  |
|                                       |  | Selbstselektion.....            | 17, 89   |
|                                       |  | Singles.....                    | 41, 55, 64, 89, 97                                 |

|                               |   |                               |  |
|-------------------------------|---|-------------------------------|--|
| Solidarbereitschaft .....     | 37  | Vierer-Zustimmungsskala ..... | 69   |
| Solidargemeinschaft .....     | 47, 51,<br>..... 65, 71, 86                   | Vorerkrankungen .....         | 40, 41, 146  |
| Solidarität .....             | 11, 71, 141, 143                              | Vorsorge .....                | 71, 73, 74, 78   |
| Solidarprinzip .....          | 37, 38, 44, 45, 67, 102                       | Vorsorge-Bonus .....          | 74   |
| Sozialversicherungen .....    | 48, 50  | Vorsorgeuntersuchung .....    | 77   |
| Stichprobe .....              | 11-13, 16, 67, 83, 97                         | Wahlleistungen .....          | 13, 102  |
| Stichprobenkonstruktion ..... | 17  | Wahloption .....              | 73, 80, 86, 87, 91,<br>..... 94, 100                           |
| SVRKaIG .....                 | 5, 35, 37, 45, 67, 95,<br>..... 103, 125, 142 | Zinseinnahmen .....           | 60, 61, 62, 147  |
| Systembewertung .....         | 20  | Zufriedenheit .....           | 3, 8, 16, 19-21, 150   |
| Systemgestaltung .....        | 4, 16, 18,<br>111, 135                        | Zufriedenheitsfragen .....    | 19   |
| Tarifoptionen .....           | 13  | Zukunftsängste .....          | 27   |
| Versicherte                   |   | Zukunftserwartungen .....     | 27, 133  |
| - freiwillig .....            | 38-42, 44, 75, 85, 134                        | Zusatzangebote .....          | 107  |
| Versicherungspflicht .....    | 3, 44,<br>..... 47-50, 134, 150               | Zusatzleistungen .....        | 107  |
| Versicherungsschutz .....     | 25, 26,<br>..... 68, 69, 145                  | Zusatzversicherung .....      | 3, 13, 101,<br>..... 102, 107-110, 135,<br>..... 139, 148, 151 |
| Vertragswettbewerb .....      | 127, 152                                      | Zustimmungsstatement .....    | 69   |
| Vertrauensverlust .....       | 20, 139                                       | Zuzahlung .....               | 55, 56, 57   |
| Verunsicherung .....          | 23, 133                                       | Zuzahlungserhöhung .....      | 47, 54   |
|                               |   | Zwei-Klassen-Medizin .....    | 23, 24, 150  |