



F. Knieps | A.-K. Klemm
G. Demmler (Hrsg.)

Qualität von Krankenkassen

Fokus Nachhaltigkeit



Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

BKK Kundenreport 2023

F. Knieps | A.-K. Klemm | G. Demmler (Hrsg.)

Qualität von Krankenkassen



Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

BKK Kundenreport 2023

F. Knieps | A.-K. Klemm | G. Demmler (Hrsg.)

Qualität von Krankenkassen

Fokus Nachhaltigkeit

mit Beiträgen von

A. Gürpinar | D. Janssen | M. Klein-Schmeink | F. Knieps | S. Kramer
T. Krumwiede | M. Neubronner | T. Rudolph | S. Schiller
S.-M. Steppe | C. Traidl-Hoffmann | F. Tzscheutschler | J. Wagner



Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

Herausgeberschaft: BKK Dachverband e.V., Mauerstraße 85, 10117 Berlin
Kundenbefragung: respondi AG
Konzeptionierung und Auswertung der Kundenbefragung: IMK, Institut für angewandte Marketing- und Kommunikationsforschung GmbH
Projektteam und Redaktion: Dr. Jens-Oliver Bock, Julia Hoffmann, Sara Klinkebiel, Martin König, Sarah Kramer, Dirk Rennert, Dr. Matthias Richter, Claudia Schönfelder, Susanne Wilhelmi

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

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

ISBN 978-3-95466-815-1

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

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

Zitation:

F. Knieps | A.-K. Klemm | G. Demmler (Hrsg.) BKK Kundenreport 2023. Qualität von Krankenkassen. Fokus Nachhaltigkeit. MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin, 2023

© MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Berlin, August 2023

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

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

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

Produkt-/Projektmanagement: Anna-Lena Spies, Susann Weber, Berlin
Layout, Satz & Herstellung: zweiband.media, Agentur für Mediengestaltung und -produktion GmbH, Berlin
Cover: © AdobeStock/Kiattisak
Druck: Beltz Grafische Betriebe GmbH, Bad Langensalza

Das Herausgeberteam

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

Anne-Kathrin Klemm
BKK Dachverband e.V.
Mauerstraße 85
10117 Berlin

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

Die Autorinnen und Autoren

Ates Gürpınar
Fraktion Die Linke
Deutscher Bundestag
Berlin

Dr. rer. pol. Dirk Janssen
BKK-Landesverband NORDWEST
Hamburg

Maria Klein-Schmeink, MdB
Fraktion Bündnis 90/Die Grünen
Deutscher Bundestag
Berlin

Franz Knieps
BKK Dachverband e.V.
Berlin

Sarah Kramer
BKK Dachverband e.V.
Berlin

Thorben Krumwiede
UPD Patientenberatung Deutschland gGmbH
Berlin

Maximilian Neubronner
IMK Institut für angewandte Marketing- und
Kommunikationsforschung GmbH
Erfurt

Tina Rudolph
SPD-Fraktion
Deutscher Bundestag
Berlin

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

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

Prof. Dr. med. Claudia Traidl-Hoffmann
Medizinische Fakultät
Universität Augsburg
und
Helmholtz Zentrum München
Institut für Umweltmedizin

Frauke Tzscheuschler
vivida bkk
Villingen-Schwenningen

Johannes Wagner
Fraktion Bündnis 90/Die Grünen
Deutscher Bundestag
Berlin



Der Beauftragte
der Bundesregierung für die Belange
der Patientinnen und Patienten



Grußwort

Als Patientenbeauftragter ist es mein Ziel, die gesundheitliche Versorgung patientenorientierter und transparenter auszurichten. Hier spielen die gesetzlichen Krankenversicherungen mit ihren umfangreichen Leistungsangeboten eine wichtige Rolle. Im Krankheits- und Pflegefall unterstützen sie ihre Versicherten durch fachkundige Beratung sowie sachgerechte Entscheidungen zur Gewährung von notwendigen Leistungen. Durch niedrigschwellige Informationen und Beratung tragen sie zur Stärkung der Gesundheitskompetenz und Eigenverantwortung ihrer Versicherten bei.

Vor diesem Hintergrund ist es sehr erfreulich, dass bereits viele Krankenkassen auf freiwilliger Basis Transparenzberichte mit Daten zu ihrem Leistungsgeschehen veröffentlichen. Ein großer Dank gilt hier der BKK-Gemeinschaft, die dieses Thema entscheidend vorangetrieben hat.

Die Kriterien für die Veröffentlichung dieser Daten sind jedoch bislang noch uneinheitlich und undurchsichtig. Ich begrüße daher sehr, dass geplant ist, eine gesetzliche Neuregelung zur Stärkung der Transparenz einzubringen. Der GKV-Spitzenverband soll verpflichtet werden, innerhalb einer bestimmten Zeit verbind-

liche Vorgaben für die einheitliche Erhebung und Veröffentlichung von Kennzahlen zur Leistungstransparenz und zur Servicequalität festzulegen. Diese Informationen sollen zukünftig auf einer digitalen und interaktiven Plattform veröffentlicht werden. Versicherte erhalten damit erstmalig einen nutzerfreundlichen und barrierefreien Zugang zu den Daten des Leistungsgeschehens und der Servicequalität aller Krankenkassen. Diese Informations- und Vergleichsmöglichkeiten werden dazu beitragen, dass die Versicherten besser einschätzen können, ob eine Krankenkasse im Leistungsfall unkompliziert für sie da sein wird oder nicht.

Im Sinne eines patientenorientierten Gesundheitssystems ist es darüber hinaus ebenfalls richtig und notwendig, die Erfahrungen und Perspektiven der Patientinnen und Patienten stärker zu erfassen. Der BKK Kundenreport leistet hier einen wichtigen Beitrag, indem das Versorgungs-, Leistungs- und Servicegeschehen aus Sicht der Versicherten analysiert und dargestellt wird.

Stefan Schwartze, MdB

Vorwort

Zum zweiten Mal haben wir 5.000 Versicherte befragt, wie sie ihre Krankenkasse hinsichtlich Servicequalität, Versorgung und Leistungstransparenz beurteilen. Wir möchten damit erneut den Blick darauf lenken, welche Anforderungen und Wünsche Versicherte an ihre Kasse stellen. Bedarfsorientierung und Versicherten-zentrierung stehen hier im Mittelpunkt, denn viel zu oft wird nur über anstatt mit Versicherten gesprochen – das machen wir anders.

Die Ergebnisse aus dem ersten Kundenreport 2021 haben den Krankenkassen mit Blick auf Service, Versorgungsangebot und Leistungsbereitschaft ein gutes Zeugnis ausgestellt – besser, als manche politische Debatte es vermuten lässt. Deutlich formuliert wurde jedoch der Wunsch der Versicherten nach mehr Qualitätstransparenz sowie einer aktiveren Rolle der Krankenkassen als Kümmerer oder Lotsen.

Die erste Befragung fand im November 2020, also im ersten Jahr der Corona-Pandemie, statt. Zu dieser Zeit waren persönliche Kontakte nur eingeschränkt möglich, und die Kommunikation zwischen Kunden und Krankenkasse über digitale Wege hat an Bedeutung gewonnen. Die Befragung für den vorliegenden Band wurde genau zwei Jahre später, im November 2022, durchgeführt, das heißt im dritten Jahr der Pandemie. Umso spannender sind die Fragen: Hat die Pandemie Auswirkungen auf die Anforderungen, die Versicherte an Krankenkassen stellen? Wollen die Versicherten eine digitale, flexible Krankenkasse mit individueller Beratung? Legen Versicherte mehr Wert auf Präventionsangebote und Gesundheitskompetenz? Beide Erhebungen sind methodisch identisch, sodass die Ergebnisse miteinander verglichen werden können.

Der zweite Band des Kundenreports widmet sich zusätzlich dem Thema Nachhaltigkeit. Der Klimawandel hat eklatante Auswirkungen auf unser Leben und die Gesundheitsversorgung. Hitzebelastungen, Allergienexpositionen, Pan-

demien und vieles mehr beeinflussen die Gesundheit bzw. das Gesundheitssystem bereits und werden es zukünftig verstärkt tun. Zudem verursacht das Gesundheitswesen global etwa 5% der Treibhausgasemissionen. Dabei können bislang alle bestehenden systemischen Ansätze zu klimaschonendem Verhalten trotz erheblichem finanziellem und personellem Investment diese ressourcenintensive Gesundheitsversorgung nicht kompensieren.

Uns interessiert daher, ob Nachhaltigkeit für die Versicherten ein Qualitätskriterium bei der Wahl von Krankenkassen ist und welche Rolle sie diesen dabei zuteilen.

Wir Betriebskrankenkassen sind davon überzeugt, dass jede BKK unternehmerische, aber auch soziale und gesellschaftliche Verantwortung trägt. Daher verpflichten sich beispielsweise viele BKK in der Initiative „BKK Green Health“ zu einer ökologischen und sozialen Nachhaltigkeit inklusive dem Ziel, bis 2030 die Verwaltung klimaneutral zu gestalten. Darüber hinaus setzen die BKK mehr noch als sonst mittels Prävention und nachhaltiger Versorgungsansätze auf Ressourcenschonung und Klimaanpassung – dies sind wichtige Bausteine für ein resilientes Gesundheitswesen.

Auch wenn in den aktuellen gesetzlichen Rahmenbedingungen viel möglich ist, so bedingen die neuen Herausforderungen dringend politisches Handeln und weiterentwickelte rechtliche Grundlagen. Denn nach wie vor sind zum Beispiel Krankenkassen gesetzlich verpflichtet, alle Entscheidungen nach dem sektoralen Wirtschaftlichkeitsgebot zu treffen. Die ökologische Nachhaltigkeit spielt dabei keine Rolle. Zudem wird die individualisierte präventive Beratung der Versicherten aus Datenschutzgründen als problematisch angesehen. Das heißt, ohne die Verankerung von Nachhaltigkeit im Sozialgesetzbuch und eine Erleichterung der maschinellen Datenauswertung sind den Krankenkassen zumindest teilweise die Hände gebunden.

Wir freuen uns, mit diesem Band erneut das Erleben der Versicherten mit ihren Krankenkassen abzubilden und daraus für uns BKK, aber auch für die Politik, Handlungsempfehlungen in puncto Versichertenorientiertheit, Qualitätstransparenz sowie Nachhaltigkeit zum Versorgungs-, Leistungs- und Servicegeschehen ableiten zu können. All dies mit dem Ziel, die Gesundheitsversorgung patientenzentrierter, transparenter und nachhaltiger zu gestalten.

Großer Dank gilt neben den Versicherten auch allen Akteuren aus Politik, Wissenschaft und GKV, die diesen Band mit ihren Beiträgen zu den Themen Qualitätstransparenz, Klimawandel und Nachhaltigkeit im Gesundheitswesen bereichert haben.

*Franz Knieps
Anne-Kathrin Klemm
Dr. Gertrud Demmler
im Juli 2023*

Inhalt

Grußwort _____	VI
Vorwort _____	VII
Abbildungs- und Tabellenverzeichnis _____	XI

Qualitätstransparenz der Krankenkassen _____	1
Qualitätstransparenz als Beitrag zu mehr Nachhaltigkeit im Hinblick auf Klimaschutz und Versorgung ____ <i>Maria Klein-Schmeink</i>	3
Was bedarf es zur Herstellung von Qualitätstransparenz? _____ <i>Thorben Krumwiede</i>	9

Ergebnisse der Kundenbefragung _____	15
Qualitätswahrnehmung der Krankenversicherung aus der Versichertenperspektive – Ergebnisse einer repräsentativen Versichertenbefragung _____ <i>Sören Schiller, Sarah-Maria Steppe und Maximilian Neubronner</i>	17

Nachhaltigkeit und Qualität _____	79
Bedeutung der Nachhaltigkeit bei Krankenkassen für Kunden und in der Praxis _____ <i>Dirk Janssen und Frauke Tzscheutschler</i>	81
Klimawandel und Gesundheitsversorgung _____ <i>Interview mit Claudia Traidl-Hoffmann</i>	89
Fazit: Versorgungsqualität transparent machen und Nachhaltigkeit im Bewusstsein der Versicherten verankern _____ <i>Franz Knieps und Sarah Kramer</i>	93
Fragen zu Klima und Gesundheit _____	97
Interview mit Tina Rudolph _____	99
Interview mit Ates Gürpınar _____	101
Interview mit Johannes Wagner _____	103

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

1 Ergebnisse der Kundenbefragung

Qualitätswahrnehmung der Krankenversicherung aus der Versichertenperspektive – Ergebnisse einer repräsentativen Versichertenbefragung

Abbildung 1	Versichertenzufriedenheit nach Teilzielgruppen. Frage: Wenn Sie einmal zusammenfassend betrachten: Wie zufrieden sind Sie alles in allem momentan mit Ihrer Krankenversicherung? Angaben in Prozent und Mittelwert (M), Basis 2022: n = 5.000; 2020: n = 4.728	22
Tabelle 1	Soziodemografische Zusammensetzung der Stichprobe	23
Abbildung 2	Net Promoter Score nach Alter, Schulabschluss und Gesundheitszustand. Frage: Auf einer Skala von 0–10, wie wahrscheinlich ist es, dass Sie Ihre Krankenversicherung an einen Freund oder Kollegen weiterempfehlen würden? Angabe als NPS (Anteil Promotoren – Anteil Kritiker). Basis: n = 5.000	27
Abbildung 3	Hauptgründe, warum Versicherte ihre eigene Krankenkasse weiterempfehlen würden. Frage: Was ist der Hauptgrund dafür, dass Sie Ihre Krankenversicherung weiterempfehlen würden? (offene Frage). Angaben in Prozent, Basis 2022: n = 2.776; 2020: n = 2.506 (nur Note 7 bis 10 bei Weiterempfehlungsbereitschaft); Darstellung Top 6-Nennungen, ohne Anteile weiß nicht/keine Angabe	28
Abbildung 4	Gründe, warum Versicherte ihre eigene Krankenversicherung nicht weiterempfehlen würden. Frage: Welche Verbesserungen müsste Ihre Krankenversicherung vornehmen, damit Sie Ihre Krankenversicherung eher weiterempfehlen würden? (offene Frage). Angabe in Prozent. Basis 2022: n = 1.451; 2020: n = 1.185 (nur Note 0–8 bei Weiterempfehlungsbereitschaft). Darstellung Top 6-Nennungen, ohne Anteile weiß nicht/keine Angabe	28
Abbildung 5	Häufigste Kontaktkanäle zur Krankenversicherung von Versicherten mit Kontakt in den letzten zwölf Monaten – inkl. Differenz zu 2020. Frage: Über welche Kontaktkanäle hatten Sie in den letzten zwölf Monaten am häufigsten Kontakt mit Ihrer Krankenversicherung? Angabe in Prozent. Basis: n = 3.745 (nur wenn Kontakt innerhalb der letzten zwölf Monate)	30
Abbildung 6	Gewünschte zukünftige Kontaktkanäle nach Anlass. Frage: Auf welchen Wegen würden Sie sich in Zukunft vorzugsweise zu folgenden Themen durch Ihre Krankenversicherung betreuen lassen wollen? Angabe in Prozent (Mehrfachnennung, max. zwei Kanäle). Basis: n = 5.000	32
Abbildung 7	Zukünftig gewünschte Kontaktkanäle nach Anlass und Alter. Frage: Auf welchen Wegen würden Sie sich in Zukunft vorzugsweise zu folgenden Themen durch Ihre Krankenversicherung betreuen lassen wollen? Angabe in Prozent (Mehrfachnennung, max. zwei Kanäle. Basis: n = 5.000)	34
Abbildung 8	Service- und Beratungszufriedenheit nach Alter und Schulabschluss. Frage: Wie zufrieden sind Sie alles in allem mit der Service- und Beratungsqualität Ihrer Krankenversicherung? Angaben in Prozent und Mittelwert (M). Basis 2022: n = 5.000; 2020: n = 4.728	35
Abbildung 9	Service- und Beratungsqualität im Detail. Frage: Geben Sie bitte an, inwieweit die folgenden Aussagen auf Ihre Krankenversicherung zutreffen. Angaben in Prozent und Mittelwert (M). Basis: n = 5.000	36
Abbildung 10	Verhältnis von Erfüllung und Zusammenhang mit der Service- und Beratungszufriedenheit der Einzelkriterien (Skalenausschnitt).	38
Abbildung 11	Versorgungsqualität nach Alter und Gesundheitszustand. Frage: Wie zufrieden sind Sie alles in allem mit Ihrer Krankenversicherung bezogen auf die Qualität Ihrer gesundheitlichen Versorgung und Präventionsangebote? Angaben in Prozent und Mittelwert (M). Basis 2022: n = 5.000; 2020: n = 4.728	40
Abbildung 12	Versorgungsqualität im Detail. Frage: Geben Sie an, inwieweit die folgenden Aussagen auf Ihre Krankenversicherung zutreffen. Angaben in Prozent und Mittelwert (M). Basis 2022: n = 5.000; 2020: n = 4.728	41
Abbildung 13	Verhältnis von Erfüllung und Zusammenhang mit der Versorgungsgestaltung der Einzelkriterien (Skalenausschnitt)	42
Abbildung 14	Wahrgenommene Leistungslücken. Frage: In welchen Bereichen sollte Ihre Krankenversicherung künftig noch mehr, andere oder bessere Angebote unterbreiten? Wo nehmen Sie heute konkrete Leistungslücken wahr? Angaben in Prozent. Basis 2022: n = 1.834; 2020: n = 1.567 (nur, wenn Leistungslücken erkannt); Darstellung aller Nennungen > 4%	43

Abbildung 15	Unterschiede der Beurteilung von Versicherten mit (sehr) schlechtem Gesundheitszustand und Chronikern. Frage: Geben Sie bitte an, inwieweit die folgenden Aussagen auf Ihre Krankenversicherung zutreffen. Wie zufrieden sind Sie mit dem Angebot Ihrer Krankenversicherung in Bezug auf ...? Angabe in Mittelwerten auf einer Skala von 1 = trifft voll und ganz/sehr zufrieden zu bis 5 = trifft überhaupt nicht zu/überhaupt nicht zufrieden; *signifikanter Unterschied ($p < .05$)	45
Abbildung 16	Gesundheitskompetenz im Detail. Frage: Inwieweit stimmen Sie folgenden Aussagen zu? Meine Krankenkasse hilft mir ... Angaben in Prozent und Mittelwert (M). Basis 2022: n = 5.000; 2020: n = 4.728	46
Abbildung 17	Zufriedenheit mit Gesundheitsangeboten der Krankenversicherung. Frage: Wie zufrieden sind Sie mit dem Angebot Ihrer Krankenversicherung in Bezug auf ...? Angaben in Prozent und Mittelwert (M). Basis 2022: n = 5.000; 2020: n = 4.728	48
Abbildung 18	Versorgung mit digitalen Angeboten. Frage: Geben Sie bitte an, inwieweit die folgenden Aussagen auf Ihre Krankenversicherung zutreffen. Angaben in Prozent und Mittelwert (M). Basis 2022: n = 5.000; 2020: n = 4.728	50
Abbildung 19	Datenspeicherung und -nutzung durch die Krankenversicherung. Frage: Geben Sie bitte an, inwieweit die folgenden Aussagen auf Ihre Krankenversicherung zutreffen. Angaben in Prozent und Mittelwert (M). Basis 2022: n = 5.000; 2020: n = 4.728	51
Abbildung 20	Gewünschte Einflussnahme der Krankenversicherung auf Versorgungsstrukturen. Frage: Meine Krankenversicherung sollte mehr Einfluss darauf nehmen, dass ... Angaben in Prozent und Mittelwert (M). Basis 2022: n = 5.000; 2020: n = 4.728	52
Abbildung 21	Potenziale einer stärker bedarfsgerechten Versorgung. Frage: Inwieweit stimmen Sie folgenden Aussagen in Bezug auf Ihre Krankenversicherung zu? Angaben in Prozent und Mittelwert (M). Basis 2022: n = 5.000; 2020: n = 4.728	54
Abbildung 22	BGF-Maßnahmen in den letzten zwölf Monaten. Fragen: Welche konkreten Maßnahmen werden derzeit an Ihrer Arbeitsstelle zum Thema „BGF“ umgesetzt? Welche dieser Maßnahmen zur Förderung „gesunder Arbeit“ wünschen Sie sich in Ihrem Unternehmen? Angabe in Prozent. Basis: n = 2.880 (nur wenn erwerbs- bzw. berufstätig)	56
Abbildung 23	Anteil der Versicherten, die Leistungen bei ihrer Krankenkasse beantragt haben. Fragen: Haben Sie in den letzten zwölf Monaten bei Ihrer Krankenversicherung einen oder mehrere Anträge zur Inanspruchnahme von Leistungen gestellt? Wurde(n) diese(r) genehmigt oder abgelehnt? Haben Sie in den letzten zwölf Monaten bei einer abgelehnten Leistung einen Widerspruch eingelegt? Mit welchem Ergebnis? Angaben in Prozent; Basis: n = 5.000	57
Abbildung 24	Leistungsqualität nach Alter und Gesundheitszustand. Frage: Wie zufrieden sind Sie alles in allem mit Ihrer Krankenversicherung bezogen auf die Qualität im Rahmen von Leistungsentscheidungsprozessen? Angaben in Prozent und Mittelwert (M), Basis: n = 5.000	58
Abbildung 25	Zufriedenheit mit Leistungsattributen im Detail. Frage: Geben Sie bitte an, inwieweit die folgenden Aussagen auf Ihre Krankenversicherung zutreffen. Angaben in Prozent und Mittelwert (M), Basis: n = 5.000	60
Abbildung 26	Verhältnis von Erfüllung und Zusammenhang mit der Leistungszufriedenheit der Einzelkriterien (Skalenausschnitt)	61
Abbildung 27	Aktuelle und gewünschte zukünftige Rolle der eigenen Krankenversicherung. Fragen: Welche der folgenden Rollen nimmt Ihre Krankenversicherung aktuell aus Ihrer Sicht am ehesten ein? Welche der folgenden Rollen sollte Ihre Krankenversicherung zukünftig aus Ihrer Sicht am ehesten einnehmen? Angaben in Prozent. Basis 2022: n = 5.000; 2020: n = 4.728	62
Abbildung 28	Lotsenrolle aktuell und zukünftig gewünscht nach Alter, Kinder im Haushalt und Gesundheitszustand. Fragen: Welche der folgenden Rollen nimmt Ihre Krankenversicherung aktuell aus Ihrer Sicht am ehesten ein? Welche der folgenden Rollen sollte Ihre Krankenversicherung zukünftig aus Ihrer Sicht am ehesten einnehmen? Angaben in Prozent. Basis: n = 5.000	64
Abbildung 29	Situationen, in denen die Krankenversicherung als Lotse agieren sollte. Fragen: In welchen konkreten Situationen können Sie sich vorstellen, Ihre Krankenversicherung als Lotsen im Gesundheitssystem in Anspruch zu nehmen? Wo sollte Sie Ihre Krankenversicherung gezielt unterstützen? (offene Frage); Basis 2022: n = 5.000; 2020: n = 4.728; Darstellung aller Nennungen > 1%	65
Abbildung 30	Beurteilung von Rolle und System der Krankenversicherung. Frage: Geben Sie bitte an, inwieweit die folgenden Aussagen aus Ihrer Sicht zutreffen. Angaben in Prozent und Mittelwert (M). Basis 2022: n = 5.000/*4.584; 2020: n = 4.728/*4.336	66
Abbildung 31	Begriffe, die mit Nachhaltigkeit und Krankenversicherung verbunden werden. Frage: Welche der Begriffe verbinden Sie persönlich mit „Nachhaltigkeit“, wenn Sie an Krankenversicherungen denken? Angaben in Prozent. Basis n = 5.000	68

Abbildung 32	Begriffe, die mit Nachhaltigkeit und Krankenkassen verbunden werden, nach Altersgruppen. Frage: Welche der folgenden Begriffe verbinden Sie persönlich mit „Nachhaltigkeit“, wenn Sie an Krankenversicherungen denken? Angaben in Prozent. Basis: n = 5.000	68
Abbildung 33	Wichtigkeit des Themas Nachhaltigkeit bei der Auswahl der Krankenversicherung nach Alter und Gesundheitszustand. Frage: Wie wichtig ist Ihnen persönlich der Aspekt der Nachhaltigkeit bei der Wahl einer für Sie geeigneten Krankenversicherung? Angaben in Prozent und Mittelwert (M). Basis: n = 5.000	69
Abbildung 34	Wahrnehmung der eigenen Krankenversicherung als nachhaltig nach Alter und Gesundheitszustand. Frage: Inwieweit trifft es zu, dass Sie Ihre Krankenversicherung als nachhaltig wahrnehmen? Angaben in Prozent und Mittelwert (M). Basis: n = 5.000	70
Abbildung 35	Wichtigkeit nachhaltigen Handelns der eigenen Krankenversicherung. Frage: Wie wichtig ist Ihnen ein an Nachhaltigkeit orientiertes Handeln Ihrer Krankenversicherung in Bezug auf die folgenden Themen? Angaben in Prozent und Mittelwert (M). Basis: n = 5.000	71

1 Nachhaltigkeit und Qualität

Bedeutung der Nachhaltigkeit bei Krankenkassen für Kunden und in der Praxis

Abbildung 1	Nachhaltigkeit und Gesundheit. Inwieweit stimmst du der Aussage zu: Eine nachhaltige und gesunde Ernährung spielt in meinem Leben eine immer größere Rolle.	85
Abbildung 2	Inwieweit treffen die folgenden Aussagen auf dich persönlich zu? Das Thema Gesundheit sollte an Schulen als eigenes Schulfach unterrichtet werden.	86

Qualitätstransparenz der Krankenkassen



Knieps | Mümm | Demmler (Hrsg.): Qualität von Krankenkassen

[BKK Kundenreport 2023] © MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG 2023

Qualitätstransparenz als Beitrag zu mehr Nachhaltigkeit im Hinblick auf Klimaschutz und Versorgung

Maria Klein-Schmeink

Gute Versorgung für alle, an die spezifischen Bedarfe angepasst

Wettbewerb im Gesundheitswesen muss das Ziel verfolgen, die Versorgung im Interesse der Patientinnen und Patienten zu verbessern. Krankenkassen haben durch die Gestaltung der Versorgung einen enormen Einfluss darauf, ob die Gesundheit ihrer Versicherten erhalten oder verbessert wird. Das gelingt bei Weitem nicht immer. Gerade Menschen mit chronischen Krankheiten oder Behinderungen oder ältere und pflegebedürftige Menschen, die besonders auf eine gute Versorgung angewiesen sind, haben häufig große Probleme, ohne übermäßigen Kraftaufwand die für sie angemessene und notwendige Versorgung zu erhalten. Die Ursachen dafür sind vielfältig und an vielen Stellen im Gesundheitssystem zu suchen. Ebenso vielfältig müssen die Lösungsansätze sein. Ein zentraler Ansatzpunkt findet sich bei den Krankenkassen.

Oft müssen gerade Menschen mit hohem Versorgungsbedarf regelrecht um ihre Versorgung kämpfen. Beispielsweise sorgen überlange und komplizierte Antragsverfahren bei Kindern mit Mehrfachbehinderungen dafür, dass eine dem jeweiligen Entwicklungsstand angepasste Versorgung nicht rechtzeitig genehmigt wird und die Familien zu immer neuen ermüdenden Antragsverfahren gezwungen sind.

Menschen mit Behinderungen benötigen in vielen Fällen Medikamente zur Vermeidung von behinderungsbedingten Folge- und Begleiterkrankungen, deren Kosten nicht von der ge-

setzlichen Krankenversicherung (GKV) übernommen werden. Die Hilfsmittelversorgung von Menschen mit Behinderungen erfolgt mitunter weder zeitnah noch transparent. In vielen Fällen müssen Menschen mit Behinderungen Zuzahlungen leisten, auch wenn das benötigte Hilfsmittel medizinisch notwendig und wirtschaftlich ist.

Die fehlende Erfassung und Transparenz darüber, wie sich die gesetzlichen Krankenkassen für bestimmte Versichertengruppen wie u.a. Menschen mit Behinderungen engagieren, sorgt im Qualitätswettbewerb der Krankenkassen nach wie vor dafür, dass es für die gesetzlichen Krankenkassen zu wenig Anreize gibt, sich durch eine besonders gute Versorgung von Menschen mit hohem Versorgungsbedarf hervorzuheben. Das ist paradox, denn ganz besonders für diese Menschen sollte unser Gesundheitswesen da sein.

Kassenwettbewerb ist immer noch zu sehr auf Preise fixiert

Die IGES-Studie „Leistungsbewilligungen und -ablehnungen durch Krankenkassen“ von 2017 [1] hat gezeigt, dass vor allem Anträge auf Hilfsmittel sowie auf Leistungen der Vorsorge und Rehabilitation überdurchschnittlich häufig abgelehnt werden. Chronisch kranke und behinderte Menschen sind entsprechend besonders von Leistungsablehnungen betroffen. Doch gerade diese vulnerablen Versichertengruppen sind auf eine gute Versorgung angewiesen.

Da keine Krankenkasse aufgrund ihrer Versichertenstruktur im Wettbewerb benachteiligt werden soll, gibt es, vereinfacht gesagt, höhere Zuweisungen für kränkere Versicherte. Es soll aber auch keine einfache Kostenerstattung stattfinden, damit die Kassen untereinander konkurrieren und Versicherte sich die beste Kasse aussuchen können. Entsprechend gibt es keine Zweckbindung für die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds über den Morbi-RSA. Leider hat dieser Mechanismus nicht dazu geführt, dass Kassen tatsächlich miteinander im Wettbewerb um die beste Versorgung stehen. Weiterhin findet der Wettbewerb fast nur über die Höhe des Zusatzbeitrags sowie über Angebote wie Satzungsleistungen und Bonusprogramme statt. Entsprechend stehen die Krankenkassen unter einem gewissen Sparszwang, um sich im Wettbewerb behaupten zu können. Gute Versorgungsqualität zahlt sich für sie nicht aus.

Das ist schon in guten Zeiten schwierig. Davon kann aktuell jedoch keine Rede sein. Die Zeiten sind ruppig: Pandemie, Krieg, Klimawandel und Inflation drücken zusätzlich zum demografischen Wandel auf die Kosten. Die zunehmend angespannte finanzielle Situation der Krankenkassen dürfte sich durch den politisch gewollten – und leider notwendigen – Rücklagenabbau, der in den letzten Jahren stattgefunden hat, noch verschärfen.

Und doch, es bewegt sich was

Mit den Krisen der letzten Jahre ist aber auch das Bewusstsein für die Herausforderungen gewachsen. Der demografische Wandel ist nicht allein ein finanzielles Problem. Um ihn angemessen bewältigen zu können, braucht es neue Ansätze für eine gute Versorgung. Auch für den Klimawandel gilt: Verdrängen lässt er sich nicht mehr, aufhalten nur bedingt. Klimawandel und Gesundheit hängen eng zusammen, das dringt allmählich in das kollektive Bewusstsein vor. Besonders augenfällig wird das

auch bei uns, in einer klimatisch noch gemäßigten Region, durch die Gefährdung von alten und kranken Menschen durch die zunehmenden Hitzewellen.

Viele Krankenkassen – und hier möchte ich die Kassen der Betriebskrankenkassen-Familie besonders hervorheben – haben sich auf den Weg zu mehr Qualitätstransparenz und zu mehr Nachhaltigkeit gemacht. Die Siemens-Betriebskrankenkasse (SBK) beispielsweise legt seit 2016 einen jährlichen Transparenzbericht vor. Eine Besonderheit ist hier die jährliche Versichertenbefragung, deren Ergebnisse ebenfalls veröffentlicht werden. Mit dem BKK Kundenreport kommt ein weiteres Element hinzu: eine repräsentative Befragung von Versicherten über die Versorgung durch ihre Krankenkasse; dabei wurden auch privat Versicherte befragt. Hier geht es nicht um ein Kassenranking, auch nicht im Hinblick auf Service oder Versorgungsqualität, sondern um das Handeln von Kassen aus Versicherten- und Patientenperspektive sowie um die Anforderungen und Wünsche, die sich daraus ableiten. Anhand der Aufschlüsselung der Antworten im Hinblick auf Alter, Krankheitszustand, Familienstand, Bildungsgrad etc. der Befragten ergeben sich für die Kassen wertvolle Hinweise, was sie tun können, um die Versorgung für bestimmte Versicherten Gruppen zu verbessern.

Grüne machen sich schon lange für Qualitätstransparenz stark

Wir, die grüne Bundestagsfraktion, haben in der letzten Wahlperiode einen Antrag zu mehr Qualitätstransparenz und Anreize für eine bessere Versorgung im Kassenwettbewerb eingebracht. Und wir haben dafür gesorgt, dass das Thema im Koalitionsvertrag verankert wurde. Dort heißt es:

„Die gesetzlichen Krankenkassen sollen ihre Service- und Versorgungsqualität zukünftig anhand von einheitlichen Mindestkriterien offenlegen.“

Im GKV-Finanzstabilisierungsgesetz konnten wir verankern, dass bis Herbst 2023 Vorschläge für mehr Qualitätstransparenz bei den Krankenkassen vorgelegt werden.

Worauf es uns bei der Qualitätstransparenz besonders ankommt – Instrumente für mehr Qualität und Transparenz

Eine gute Versorgungsqualität, guter Service, ein fairer Umgang mit Leistungsanträgen, Nachhaltigkeit – wenn Kassen sich in diesen Bereichen engagieren – muss das auch für alle Versicherten erkennbar sein, und zwar am besten auf den ersten Blick. Sie müssen Krankenkassen vergleichen können, sie müssen wissen, bei welcher Kasse sie gut versorgt sind und auch bei welcher Kasse es Defizite gibt. Statt wie bisher nur Preise und Satzungsleistungen vergleichen zu können, müssen künftig leicht verständliche und gut vergleichbare Informationen über das Verhalten aller Kassen bei der Leistungsgewährung, beim Service sowie zur Qualität der Versorgung zur Verfügung stehen.

Es braucht ein System sowohl zur Messung als auch zur Bewertung der Versorgungsleistung und -qualität.

Dazu gibt es viele Ideen, die Bewertung kann sich beispielsweise auf die Erfassung von Strukturqualitätsmerkmalen wie dem Engagement für bestimmte Versichertengruppen wie sozial Benachteiligte oder Menschen mit Behinderung stützen. Wichtig ist der Umgang mit Leistungsanträgen. Wie viele und welche Leistungen wurden sofort bewilligt, wie viele Widersprüche gab es, wie viele Leistungen wurden nach Widerspruch bewilligt, wie viele Klagen vor dem Sozialgericht gab es usw.? Die Angaben sollten so differenziert sein, dass etwa Menschen mit chronischen Krankheiten oder Menschen mit Behinderungen auch erkennen können, welche Kasse etwa nur minderwertige Hilfsmittel finanziert.

Wichtig ist uns auch die Versichertenperspektive, die sich durch Versichertenbefragungen erheben lässt. Hier könnte die Befragung des Kundenreports Pate stehen, allerdings dieses Mal mit dem Ziel, die Zufriedenheit mit den einzelnen Krankenkassen zu messen.

Uns ist bewusst, dass es nicht ganz einfach ist, solche Kriterien in leicht vergleichbare „Kennzahlen“ oder Ähnliches zu übersetzen. Gleichwohl müssen all diese Informationen verbrauchergerecht aufbereitet werden, sodass Versicherte die Chance erhalten, Krankenkassen anhand der Kriterien, die für sie relevant sind, miteinander zu vergleichen. Ein solches Portal muss unabhängig und qualitätsgesichert sein. Vorstellbar wäre etwa, das Transparenzportal bei der Patientenstiftung anzusiedeln, die auch der Unabhängigen Patientenberatung (UPD) ein neues Zuhause bieten wird. Aber auch an allen anderen Stellen, an denen Patientinnen und Patienten sowie Versicherte im Netz nach evidenzbasierten Gesundheitsinformationen suchen, sollten diese Auswertungen verfügbar sein.

Damit das alles funktioniert, muss natürlich gewährleistet sein, dass alle Kassen ihre Daten auch veröffentlichen. Heute passiert schon einiges, aber auf rein freiwilliger Basis. Darum müssen alle Krankenkassen dazu verpflichtet werden, bestimmte Daten zu veröffentlichen. Dazu können dann beispielsweise auch die Treibhausgasemissionen gehören.

Dimensionen der Nachhaltigkeit im Gesundheitswesen

Das Thema Nachhaltigkeit im Gesundheitswesen haben wir mit in die Koalitionsverhandlungen genommen, konnten es allerdings letztendlich nicht im Koalitionsvertrag verankern. Möglicherweise wäre das inzwischen angesichts massiv gestiegener Energiekosten heute anders. Umso mehr freut es uns, wenn der BKK Dachverband Nachhaltigkeit nun selbst zum Thema macht. Der Gesundheitssektor in Deutschland ist Mitverursacher und Leidtragender der Klimakrise zugleich.

Die Krankenkassen verursachen zwar nur einen geringen Anteil an den im Gesundheitssektor anfallenden Treibhausgasemissionen, gleichwohl können auch sie einen wesentlichen Beitrag zur Nachhaltigkeit leisten, etwa durch Investitionen, die ihre Gebäude klimaneutraler machen und durch ein grünes Beschaffungswesen.

Zugleich ist die Klimakrise eine der größten Gefahren für die Gesundheit: Hitzewellen und andere Extremwetterereignisse, aber auch Allergien und Tropenkrankheiten nehmen zu, auch bei uns. Auch Pandemien werden durch den Klimawandel häufiger auftreten. Die Herausforderungen an die gesundheitliche Versorgung durch den demografischen Wandel, technischen Fortschritt und finanzielle Engpässe sind schon jetzt riesengroß. Der Klimawandel wird sie noch vergrößern. Auch darum müssen wir alles daransetzen, für mehr Nachhaltigkeit, mehr Klimaschutz zu sorgen. Dem Gesundheitswesen, auch den Krankenkassen, steht es gut an, hier voranzugehen. Das kann auch ein Wettbewerbsfaktor sein. Ich bin gespannt, wie sich dieser Aspekt in der Versichertenbefragung niederschlägt.

Aber auch eine gute Versorgung ist nachhaltig – in dem Sinn, dass sie sowohl auf der individuellen Ebene für die betroffenen Menschen als auch gesamtgesellschaftlich negative Folgen wie persönliches Leid und hohe Krankheits- und Unterbringungskosten verhindern kann.

Darüber hinaus – Ausblick

Transparenz und Vergleichbarkeit sind wichtig, ebenso wie Nachhaltigkeit. Wir haben aber – wie eingangs geschildert – auch immer den Versorgungsaspekt im Blick. Aufgrund der mangelnden Zweckbindung sind die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds keine Garantie dafür, dass diese tatsächlich für eine qualitativ hochwertige und geeignete Versorgung ausgegeben werden. Ich kann mir vorstellen, dass

Kassen, die zum Beispiel in eine gute Versorgung für behinderte Menschen oder in leitliniengerechte Therapien bei bestimmten Krankheiten investieren, für ihr Engagement belohnt werden. Regionale Versorgungsmodelle, die gezielter und patientenorientierter gestaltet werden können, weil alle Kooperationspartner vor Ort und damit nah bei den Versicherten sind, könnten gefördert werden. Ebenso wäre denkbar, dass Kassen Zuschläge erhalten, wenn ihre Versicherten zur Versorgung bestimmter Krankheiten zertifizierte Zentren und Netzwerke aufsuchen.

In unserem grünen Antrag „Die gesundheitliche Versorgung von Menschen mit Behinderungen unverzüglich menschenrechtskonform gestalten“ [2] haben wir für verschiedene Bereiche im Gesundheitswesen, auch für die Krankenkassen, ganz konkrete Lösungsmöglichkeiten aufgezeigt. Vieles davon kann ohne eine Ausweitung des Leistungskatalogs der GKV umgesetzt werden, teilweise genügen Änderungen in Verfahrensweisen. In diesem Kontext haben wir den „den nationalen Aktionsplan für ein inklusives und barrierefreies Gesundheitswesen“ in den Koalitionsvertrag verhandelt. Unsererseits liegen bereits ganz konkrete Vorschläge dazu vor, viele davon könnten durch Krankenkassen umgesetzt werden.

Gesetzliche Krankenkassen sollten barrierefrei erreichbare Informationen in leichter Sprache bereitstellen. Zudem sollten sie ein ausreichendes Angebot von Maßnahmen der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention, das sich an den besonderen Bedarfen von Menschen mit Behinderungen orientiert, sicherstellen.

Analog zu Kindern in den Sozialpädiatrischen Zentren sollten auch mehr Erwachsene mit Mehrfachbehinderung in Zentren versorgt werden. Dafür muss das Zulassungsverfahren für die sogenannten „Medizinischen Zentren für Menschen mit mehrfacher und geistiger Behinderung“ (MZEB) erleichtert und verschlankt werden.

Immer wieder gibt es Probleme mit der Hilfsmittelversorgung. Hilfsmittel werden

nicht oder zu spät gewährt, sind von minderwertiger Qualität, es muss zugezahlt werden, es fehlt an kompetenter Beratung zum Gebrauch usw. Darum brauchen wir verbindliche erweiterte Qualitätsstandards für Verträge in der Hilfsmittelversorgung. Dabei muss sichergestellt sein, dass die Krankenkassen ihre Pflicht zur Überprüfung der Einhaltung der vertraglichen und gesetzlichen Pflichten der Leistungserbringer flächendeckend erfüllen. In Bezug auf die sogenannte Genehmigungsfiktion muss klar sein, dass der oder die Versicherte die Leistung von der Krankenkasse entweder als Naturalleistung oder bei Selbstbeschaffung in Form von Kostenerstattung verlangen kann und der Leistungsträger eine fingierte Leistungsgenehmigung nur zurücknehmen, widerrufen oder aufheben kann, wenn die Voraussetzungen der Genehmigungsfiktion von Anfang an nicht vorlagen oder später entfallen sind. Die Regelungen zur Genehmigungsfiktion sollten auch das Widerspruchsverfahren umfassen. Wichtig ist uns auch, dass die gesetzlichen Vorgaben insbesondere zur notwendigen Beratung der Versicherten sowie zur wohnortnahen Versorgung umgesetzt werden. Insbesondere für Familien von Kindern mit Mehrfachbehinderung sind Möglichkeiten zur vorläufigen Genehmigung von Hilfsmitteln zu schaffen; für Familien mit Kindern mit Behinderungen sollte auch der Zugang zu familienpflegerischen Leistungen der Haushaltshilfe erleichtert werden. Bei Verordnungen von spezialisierten Einrichtungen, Sozialpädiatrischen Zentren, Kliniken sowie Ärztinnen und Ärzten ist von der Erforderlichkeit im Einzelfall auszugehen, somit sollte die Begutachtung durch

den Medizinischen Dienst entfallen. Es muss eindeutig klargestellt werden, dass auch die Versorgung mit Hilfsmitteln zur mittelbaren Behinderungsausgleich dem Teilhabeanspruch nach der UN-Behindertenrechtskonvention hinreichend Rechnung tragen muss und sich nicht auf die Bewältigung der für die Deckung des physischen Existenzminimums notwendigen Aktivitäten beschränken darf. In diesem Zusammenhang ist zu prüfen, ob die Festbetragsregelungen, insbesondere jene für Hörgeräte, eine dem Teilhabeaspekt gerecht werdende Versorgung auch von Menschen mit schwereren Beeinträchtigungen sicherstellen.

Ein weiterer Aspekt, der gerade für chronisch kranke und behinderte Menschen essenziell ist und deren Leben sehr erleichtern würde, ist der Abbau von Hürden für eine gute Versorgung der Patientinnen und Patienten durch zu viel Bürokratie. Auch das konnten wir Grünen im GKV-Finanzstabilisierungsgesetz verankern: Das Bundesministerium für Gesundheit wird bis zum 30. September 2023 Empfehlungen dazu erarbeiten. Ein Zuviel an Bürokratie betrifft viele Bereiche im Gesundheitswesen, auch die Krankenkassen, etwa im Bereich der Folgeverordnungen.

Literatur

1. IGES Institut (2017) Leistungsbewilligungen und -ablehnungen durch Krankenkassen. URL: https://www.iges.com/sites/iges-group/iges.de/myzms/content/e6/e1621/e10211/e15829/e20499/e20500/e20502/attr_obs20506/StudiezuLeistungsbewilligungenund-ablehnungen_ger.pdf (abgerufen am 22.03.2023)
2. Deutscher Bundestag (2021) Bundestags-Drucksache 19/27874. URL: <https://dserver.bundestag.de/btd/19/278/1927874.pdf>



Maria Klein-Schmeink, MdB

Maria Klein-Schmeink ist seit 2009 Mitglied des Deutschen Bundestages (Bündnis 90/Die Grünen). Sie ist stellvertretende Fraktionsvorsitzende und Koordinatorin des Fachbereichs 5 „Zusammenleben – Wissen – Gesundheit“. Frau Klein-Schmeink hat Soziologie, Politikwissenschaften und Pädagogik (Mag. Soziologin) studiert, danach war sie viele Jahre in leitender Tätigkeit in der Erwachsenenbildung aktiv. Sie war wissenschaftliche Referentin in der Grünen Landtagsfraktion in NRW und errang 2021 das Direktmandat im Wahlkreis Münster.

Was bedarf es zur Herstellung von Qualitätstransparenz?

Thorben Krumwiede

Das deutsche Gesundheitswesen: Ist-Zustand

Wie und wo finde ich einen guten Haus- oder Facharzt? Wie gut ist der Pflegedienst meines Vaters? Welche Krankenkasse legt Wert auf eine gute Servicequalität? Diese und andere Fragen stellen täglich viele Menschen in Deutschland. Wer die Wahl hat, der hat vor allem dann die Qual, wenn es zu den angebotenen Gesundheitseinrichtungen und Leistungen kaum Informationen und aussagekräftige Vergleichsmöglichkeiten gibt.

Das deutsche Gesundheitswesen ist komplex und selbst für Expertinnen und Experten kaum zu überblicken. Einem vergleichsweise einfachen Zugang für Bürgerinnen und Bürger steht ein vielschichtiges und wenig transparentes Gesundheitssystem gegenüber. Eine Grundvoraussetzung für die passende Inanspruchnahme von Leistungen ist daher die Herstellung von Qualitätstransparenz, die vor allem verständlich aufbereitet sowie leicht zugänglich sein sollte, um so einen einfachen Vergleich von Praxen, Kliniken, Pflegediensten, Krankenkassen und anderen Akteuren im Gesundheitswesen zu ermöglichen.

Die OECD [1] bescheinigt dem deutschen Gesundheitssystem „einen nahezu flächendeckenden Krankenversicherungsschutz mit einem umfassenden Leistungskatalog in der sozialen Krankenversicherung und einem guten Zugang zur Versorgung.“ Die Wahrnehmung in Deutschland dazu ist jedoch eine andere.

Die freie Arztwahl und umfangreiche Leistungen erfordern, dass sich Patienten oder Pa-

tientinnen über die Ausstattung und Qualität von Gesundheitseinrichtungen einfach und verständlich informieren können. So haben Patienten im 50-Kilometer-Radius um Düsseldorf beispielsweise über 100 Kliniken zur Auswahl, die eine Knieprothese einsetzen. Allein in Berlin haben Patientinnen und Patienten die Wahl zwischen tausenden niedergelassenen Ärzten.

Wer die Wahl hat, der hat vor allem dann die Qual, wenn es zu den angebotenen Gesundheitseinrichtungen und Leistungen kaum Informationen und aussagekräftige Vergleichsmöglichkeiten gibt. Da es an einer ganzheitlichen Qualitätstransparenz fehlt, stellen die folgenden Ausführungen einzelne Bereiche des Gesundheitswesens dar.

Ambulante Praxen: Warum keine Daten?

Daten zur Qualität? Fehlanzeige, wenn man Informationen zur Barrierefreiheit der Praxis, der apparativen Ausstattung oder zu Erfahrungen mit bestimmten Erkrankungen sucht. Im ambulanten Bereich gibt es bislang keine Berichterstattung oder sonstige Formen des auf wissenschaftlich fundierten Qualitätsindikatoren basierenden Reportings. Selbst grundlegende Informationen über die Praxen sind aktuell nicht zentral verfügbar.

Andere Länder sind hier deutlich weiter und stellen Informationen zu Leistungen und Qualität im niedergelassenen Bereich zur Verfügung. Auch Versicherte in Deutschland wünschen sich Informationen über Ausstattung, Qualität und Hygiene im ambulanten Bereich.

94% der Bürgerinnen und Bürger wünschen sich Informationen zu Fachkenntnissen eines Arztes, wie eine repräsentative Befragung [2] zeigt. Einzig die Arztbewertungsportale stellen eine Informationsquelle dar, die von vielen Bürgerinnen und Bürgern inzwischen genutzt werden [3]. Allerdings haben diese Portale zahlreiche Schwachstellen wie beispielsweise eine fehlende Unabhängigkeit der Bewertung. Zudem lassen die dort aufgeführten Ergebnisse nur einen sehr schwachen Rückschluss auf die medizinische Qualität von Ärzten beziehungsweise Arztpraxen zu.

Mit dem Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungs-Gesetz (DVPfMG) hat die Bundesregierung im ersten Halbjahr 2021 einen kleinen Schritt in Richtung Qualitätstransparenz gemacht. Es verpflichtet Arztpraxen, zumindest einige Aussagen über die Ausstattung zu machen. Ausgerechnet in einem Digitalgesetz wurde aber nicht daran gedacht, dass außerdem auch Daten über die digitale Ausstattung von Praxen wichtig sind. Daher bleibt verborgen, ob Praxen Videosprechstunden, Online-Terminvereinbarungen, elektronische Datenübermittlung usw. anbieten. Auch verpflichtende Angaben zur apparativen Ausstattung wären wünschenswert gewesen. So müssen Patientinnen oder Patienten beispielsweise auch weiterhin Praxen abtelefonieren, wenn sie bestimmte bildgebende Verfahren oder andere apparative, ausstattungsbedingte Untersuchungen oder Behandlungen von Fachärztinnen oder Fachärzten benötigen.

Akutstationärer Bereich: „Drei von vier Bürgerinnen und Bürger sind mit der Qualitätstransparenz unzufrieden“

Das ist das Ergebnis einer Umfrage der Bertelsmann Stiftung aus dem März 2022 [4]. Kliniken sind seit 2005 verpflichtet, Qualitätsberichte zu erstellen. Seit Jahren werden diese Berichte für Klinikvergleiche genutzt. Obwohl diese Form der Transparenz am weitesten ent-

wickelt ist und als Vorbild für andere Sektoren fungieren kann, braucht es auch hier Weiterentwicklungen, bevor diese Berichte einen wirklichen Nutzen für Bürgerinnen und Bürger bieten können:

- Für nahezu 75% aller stationären Eingriffe sind derzeit keinerlei Qualitätsinformationen vorhanden. Hier könnten sich Bürgerinnen und Bürger aktuell keinen Überblick über die Qualität der Einrichtungen verschaffen, selbst wenn sie wollten.
- Die in den Qualitätsberichten enthaltenen Daten und Informationen sind nicht aussagekräftig [5] – selbst wenn sie laiensprachlich übersetzt sind. Es sollten daher nur Informationen dargestellt werden, die einen Bezug zur Versorgung für den Patienten haben.

Bei den Ergebnissen der Qualitätssicherung werden zum Teil über zehn Indikatoren angegeben. Deren Bedeutung ist Patientinnen und Patienten, teilweise aber sogar auch Expertinnen und Experten, unklar. Ein Index für einzelne Bereiche und eine Darstellung in einem Vergleichsportal wären hier zielführend. In einer Studie konnte gezeigt werden, dass bei einer Auswahl von fünf Kliniken nur 60% der Nutzer die beste Klinik identifizieren können [6].

Die Qualitätsberichte sind ein gutes Beispiel dafür, dass die Darstellung vieler unwesentlicher, nicht zielgerichteter und nicht aggregierter Daten das Gegenteil von Transparenz bewirken können.

Krankenkassen: Mangel an Qualitätstransparenz

Vonseiten der Krankenkassen wird häufig beklagt, dass der Wettbewerb ausschließlich über den Zusatzbeitrag erfolgt. Das ist wenig überraschend, da dies die einzige Information ist, die für Versicherte leicht zugänglich ist. Es geht um den Preis und nicht um die Qualität. Aber gerade qualitätsrelevante Informationen müs-

sen den Versicherten leicht zugänglich gemacht werden. Nur dann kann im besten Fall ein Qualitätswettbewerb zwischen den Krankenkassen entstehen.

Daten und Informationen, die einen Wettbewerb um Qualität ermöglichen, sind etwa:

- Informationen über das Genehmigungs- und Widerspruchsverhalten sowie andere Verwaltungspraktiken der einzelnen Krankenkassen
- Service- und Beratungsangebote
- Leistungsangebote und -qualität (Satzungsleistungen, Selektivverträge usw.)

Veröffentlichungspflichten für Krankenkassen, wie sie beispielsweise im akutstationären Bereich seit über 15 Jahren Pflicht sind, sind unerlässlich und die notwendige Basis für eine aussagekräftige Vergleichbarkeit der Angebote von einzelnen Kassen für Versicherte.

Um den Qualitätswettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung nachhaltig zu fördern, sollten die jeweiligen Krankenkassen daher verpflichtet werden, mindestens einmal jährlich Informationen zu ihrem individuellen Genehmigungsverhalten zu veröffentlichen. Es sollte unter anderem transparent gemacht werden, wie viele Widersprüche von Versicherten bei nicht genehmigten Leistungen einer Krankenkasse erfolgreich waren. Zudem sollten die Kassen auch veröffentlichen müssen, wie viele Versicherte Widersprüche zurücknehmen. Gerade diese Kennzahl könnte Rückschlüsse auf den möglichen Druck zulassen, den Krankenkassen auf die Versicherten ausüben, um diese zur Rücknahme ihrer Widersprüche zu bewegen. Idealerweise könnten diese Informationen dann in einem unabhängigen Online-Portal veröffentlicht werden.

Pflege ambulant und stationär: „Trial-and-Error“ an der Tagesordnung

Nachdem der Pflege-TÜV vor einigen Jahren floppte, gab es einen vielversprechenden Neu-

aufschlag. Die 2019 in Kraft getretenen Prüfungen der „in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114 SGB XI für die vollstationäre Pflege“ sollten nun endlich deutlich aussagekräftigere und „schärfere“ Ergebnisse liefern und diese auch öffentlich zugänglich machen.

Die Pflegeheime erheben seit Oktober 2019 halbjährlich interne Qualitätsdaten zur Versorgung ihrer Bewohnerinnen und Bewohner und übermitteln diese an die unabhängige Datenauswertungsstelle (DAS). Dort werden die Daten auf Plausibilität geprüft und mit bundesweiten Ergebnissen verglichen.

Aufgrund der Corona-Pandemie ist das Verfahren jedoch ausgesetzt worden. Dabei wären wohl genau in dieser Zeit Qualitätsprüfungen besonders wichtig gewesen. Es muss sich jetzt zeigen, ob die Hoffnungen über diesen Neustart begründet sind.

Bei der Veröffentlichung von Ergebnissen der von den Aufsichtsbehörden durchzuführenden Prüfungen von Pflegeheimen sieht es nicht besser aus. Leider veröffentlichen lediglich vier Bundesländer diese Ergebnisse. In den meisten Bundesländern werden diese – obwohl sie vorliegen und bekannt sind – nicht veröffentlicht. Dadurch bleiben Angaben zum tatsächlichen Personaleinsatz und zu möglichen schwerwiegenden Mängeln einzelner Heime verborgen.

Bundesweite Portale wie etwa der Pfliegelotse bleiben hinter den jetzt schon möglichen Qualitätsangaben zurück. So ermöglichen die verfügbaren Websites zwar eine Suche nach Pflegeeinrichtungen und berichten über strukturelle Eigenschaften, allerdings weisen sie keine Informationen zur pflegerischen Ergebnisqualität auf [7].

Die Suche nach einem geeigneten Pflegeheim kann so im besten Fall zur Glückssache im schlimmsten Fall zur Unglückssache für Bewohner und Angehörige werden.

Im Bereich der ambulanten Pflege sind bislang keinerlei Informationen zur Qualität von Leistungen beziehungsweise der Leistungserbringung verfügbar, die eine fundierte Aus-

wahl von Pflegediensten ermöglichen könnten. Pflegebedürftige und ihre Angehörigen sind daher oft auf „Trial-and-Error“ und Hörensagen angewiesen – bei circa 15.000 Pflegediensten in Deutschland kein leichtes Unterfangen.

Auch wenn die Entwicklung von Qualitätsindikatoren in der Pflege als schwierig gilt (Ergebnis von [8] zur Beauftragung im Qualitätsausschuss Pflege), ist nicht verständlich, weshalb wichtige Strukturmerkmale nicht dargestellt werden sollten. Dass bis heute keinerlei Qualitätsmessung oder -kontrolle in diesem Bereich stattfindet, ist schlicht nicht nachvollziehbar.

Eine Gesamtstrategie zur Qualitätstransparenz fehlt

Deutschland ist von einer Gesamtstrategie zur Qualitätstransparenz im Gesundheitswesen weit entfernt. Für Patientinnen und Patienten, Versicherte und Bürgerinnen und Bürger muss es die Möglichkeit geben, in jedem Bereich des Gesundheitswesens eine Auswahl für oder gegen Produkte und Dienstleistungen treffen zu können. Dafür braucht es Qualitäts- und Servicekriterien, um so eine geeignete Leistung (etwa eine spezialisierte Klinik für einen Eingriff) oder ein hochwertiges Produkt (beispielsweise ein Hörgerät) auswählen zu können. Die Voraussetzungen dafür sind eine gute Datenlage, ein niedrigschwelliger Zugang und vor allem auch eine intuitive und aussagekräftige Vergleichsmöglichkeit.

Wenn über die Qualität von Gesundheitsdienstleistungen und -produkten nicht oder nicht ausreichend berichtet wird, entgehen Politik und Gesellschaft aktuell auch Kontroll- und Sanktionsmöglichkeiten bei Verstößen. Ein Wettbewerb um die beste Qualität bewirkt nicht nur, dass vergleichbare und aussagekräftige Informationen für Verbraucherinnen und Verbraucher vorliegen, sondern dass diese Daten von Gesundheitseinrichtungen zu Qualitätsvergleich und -verbesserung (Benchmarking) genutzt werden können.

Eine Gesamtstrategie für Qualitätstransparenz würde die Transparenzbemühungen in Deutschland insgesamt unterstützen und vorantreiben. Sie würde ebenso dazu führen, dass von Best-Practice-Ansätzen profitiert wird und das „Stocken“ in den einzelnen Bereichen überwunden werden könnte.

Literatur

1. OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2019) Deutschland: Länderprofil Gesundheit 2019, State of Health in the EU. OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels. URL: <https://www.oecd.org/publications/deutschland-landerprofil-gesundheit-2019-4ecf193f-de.htm> (abgerufen am 17.03.2023)
2. Etgeton S, Weigand M (2018) SPOTLIGHT Gesundheit: Public Reporting über Arztpraxen. Open-Data-Politik schafft mehr Transparenz für Patienten. Bertelsmann Stiftung. URL: <https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/publikationen/publikation/did/public-reporting-ueber-arztpraxen> (abgerufen am 17.03.2023)
3. Emmert M, Meszmer N (2018) Eine Dekade Arztbewertungsportale in Deutschland: Eine Zwischenbilanz zum aktuellen Entwicklungsstand. Das Gesundheitswesen 80(10), 851–858
4. Bertelsmann Stiftung, Weisse Liste (Hrsg.) (2022) Qualitätstransparenz braucht einen großen Wurf 15 Jahre Public Reporting in Deutschland – ein kritisches Resümee. URL: https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/user_upload/Qualitaetsberichterstattung_Studie.pdf (abgerufen am 17.03.2023)
5. Sander U, Kolb B, Christoph C et al. (2015) Verständlichkeit der Texte von Qualitätsvergleichen zu Krankenhausleistungen. Das Gesundheitswesen 78(12), 828–834
6. Emmert M, Hessemer S, Meszmer N, Sander U (2014) Do German hospital report cards have the potential to improve the quality of care? Health Policy 118(3), 386–395
7. Kast K, Emmert M, Maier CB (2021) Public Reporting über stationäre Pflegeeinrichtungen in Deutschland: Eine Bestandsaufnahme und Bewertung der Qualitätsinformationen. Das Gesundheitswesen 83(10), 809–817
8. Büscher A, Wingenfeld K, Wibbeke D et al. (2018) Entwicklung der Instrumente und Verfahren für Qualitätsprüfungen nach §§ 114ff. SGB XI und die Qualitätsdarstellung nach § 115 Abs. 1a SGB XI in der ambulanten Pflege. URL: <https://www.gs-qa-pflege.de/wp-content/uploads/2018/11/Verfahren-Qualitaetsambulanten-Abschlussbericht-HSOS-IPW-samt-Anhang-13-September-2018.pdf> (abgerufen am 17.03.2023)



Thorben Krumwiede

Thorben Krumwiede ist seit Januar 2016 Geschäftsführer der UPD Patientenberatung Deutschland gGmbH mit Sitz in Berlin, deren Beratungskonzept er zuvor maßgeblich entwickelt hat. Nach einem Studium der Betriebswirtschaft begann Krumwiede seine berufliche Laufbahn 2003 beim AOK Bundesverband Bonn, wo er als Projektmanager im Geschäftsbereich Change Management tätig war. Weitere Stationen von Krumwiede waren im Versorgungsmanagement der AOK Rheinland-Hamburg, als Leiter Produktmanagement bei der Anycare GmbH und als Leiter des Malteser Service Centers bei der Malteser Hilfsdienst gGmbH in Köln.

Ergebnisse der Kundenbefragung



Qualitätswahrnehmung der Krankenversicherung aus der Versichertenperspektive – Ergebnisse einer repräsentativen Versichertenbefragung

Sören Schiller, Sarah-Maria Steppe und Maximilian Neubronner

Einführung

Hintergrund und Aufgabenstellung der Versichertenbefragung

Möchten sich Versicherte ein Bild über die ihnen zur Verfügung stehenden Angebote der gesetzlichen Krankenkasse machen, gibt es hierfür zahlreiche Vergleichsportale. Diese stellen zumeist Beiträge und Leistungen gegenüber: Bezuschusst Krankenkasse A eine professionelle Zahnreinigung? Übernimmt Krankenkasse B die Kosten für homöopathische Präparate? Wie hoch ist der Zusatzbeitrag?

Unberücksichtigt bleiben jedoch meist komplexere Fragestellungen wie die der Qualitätswahrnehmung aus Sicht der Versicherten. 2020 stand dieser Aspekt erstmals im Fokus unserer Versichertenbefragung. Die Studie zeigte, dass es vielen Versicherten schwerfällt, Qualitätsunterschiede zwischen den Krankenversicherungen festzustellen. Neben der sich hieraus ableitenden Aufforderung zu mehr Qualitätstransparenz wurden aus der Befragung von 2020 insbesondere Handlungsaufträge zur Steigerung der Qualitätsbestrebungen der Krankenkassen formuliert: Die Mehrheit der Versicherten nahm zu dieser Zeit ihre Krankenkasse nur als Bezahler wahr. Ein großer Teil der Befragten wünschte sich jedoch eine aktivere Rolle der Krankenkasse (als Kümmerer oder Lotse) für die Zukunft. Das Jahr der ersten Erhebung 2020 war dabei stark von der Corona-Pandemie geprägt. Die Rolle der Krankenkassen innerhalb des Gesundheitssystems sowie die Bedeutung von digitalen Informations- und Kontakt-

kanälen stellten einen zentralen Teil des Wunsches nach mehr Navigation und Orientierung der Versicherten dar. Womöglich resultierte dieser Wunsch aus der Informationsflut dieser Zeit oder dem mangelnden Vertrauen in das Gesundheitssystem. Eine repräsentative Studie der Universität Koblenz ergab, dass sich nur etwa die Hälfte der Deutschen gut bzw. wahreheitsgemäß informiert fühlte [1].

Zwei Jahre später, im inzwischen dritten Jahr der Corona-Pandemie, erfolgte nun eine zweite, methodisch identische Erhebung der Versichertenbefragung. Diese hatte erneut die Zielsetzung, die Qualität der gesetzlichen Krankenversicherung aus der Versichertenperspektive zu ermitteln und die Ergebnisse der zweiten mit der Erstmessung zu vergleichen.

2022 wurde das Thema Nachhaltigkeit ergänzt, das vermehrt Gegenstand von Publikationen im Gesundheitswesen ist – schließlich können dem Gesundheitswesen global etwa 4,4% der Treibhausemissionen zugeschrieben werden [2]. Die Versichertenbefragung 2022 nimmt daher ergänzend in den Blick, inwieweit Versicherte den Nachhaltigkeitsaspekt berücksichtigen, wenn sie die Qualität der Krankenkassen beurteilen. Im inhaltlichen Fokus stehen außerdem erneut die Dimensionen Servicegeschehen, Versorgungsgestaltung und Leistungsbereitschaft bei gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen.

Dieser Beitrag dokumentiert und interpretiert die Ergebnisse der Erhebung im Jahr 2022. Dies soll deutlich machen, an welchen Stellen Krankenversicherte Qualitätsverbesserungen von ihren Krankenversicherungen erwarten.

Die Ergebnisse können zudem Anreiz für eine intensivere Qualitätsdiskussion sein, die zu einer stärkeren Auseinandersetzung mit Qualitätsthemen der Krankenversicherung führt. Insgesamt lassen sich über die vorliegenden Forschungsergebnisse Impulse für eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung im Bereich der Krankenversicherung setzen.

Welche Fragen beantwortet die Versichertenbefragung?

Die nachfolgenden Fragestellungen bilden die oben genannten Qualitätsdimensionen ab, welche die Versichertenbefragungen 2022 und 2020 in den Blick genommen haben (mit Ergänzung des Schwerpunktes Nachhaltigkeit im Jahr 2022).

Fragestellungen

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

- Erwarten die Versicherten von ihrer Krankenversicherung lediglich, dass sie Behandlungskosten übernimmt oder fordern sie auch eine beratende und organisierende Rolle in Bezug auf die gesundheitliche Versorgung ein? Wie kann eine solche Lotsenrolle gestaltet werden?
- Wie ist es um die individuelle Gesundheitskompetenz der Versicherten bestellt? Leisten die Krankenversicherungen bereits einen ausreichenden Beitrag dazu, dass Versicherte Gesundheitsentscheidungen selbstständig und ausreichend informiert treffen können?
- Welche Begriffe und Themen assoziieren Versicherte mit Nachhaltigkeit im Kontext Krankenversicherung? Wie wichtig ist ihnen Nachhaltigkeit bei der Auswahl der Krankenversicherung und als wie nachhaltig erachten sie diese?

Diese Fragestellungen tragen dazu bei, Qualitätswahrnehmungen der Versicherten in der Gesamtheit sowie auf einer prozessualen Ebene zu verstehen. Dadurch lässt sich nicht nur ein grobes Bild über die Zufriedenheit der Versicherten zeichnen, sondern es lassen sich auch Optimierungspotenziale in Teilprozessen sichtbar machen und bis dato fehlende oder als ungenügend empfundene Angebote aufzeigen. Weiterhin ermöglicht die kundengruppenspezifische Betrachtung die Identifikation differenzierter Bedarfe, auf Basis derer sich maßgeschneiderte Maßnahmen ableiten lassen.

Welche Qualitätsdimensionen berücksichtigt die Versichertenbefragung?

Die folgenden Abschnitte beleuchten die bereits angesprochenen Qualitätsdimensionen näher. Diese sind angelehnt an die für die Versicherten erlebbaren Prozesse der Krankenversicherungen. Dazu gehören:

1. **Das Servicegeschehen**, welches die Bemühungen der Krankenversicherungen umfasst, eine hohe Versichertenorientierung an al-

len relevanten Schnittstellen sicherzustellen.

2. **Die Versorgungsgestaltung**, welche das Bestreben der Krankenversicherungen umfasst, den Versicherten einen strukturierten Zugang zu einer bestmöglichen Versorgung zu bieten.
 3. **Die Leistungsbereitschaft**, welche die Maßnahmen der Krankenversicherungen beschreibt, Leistungsbeantragungs- und Entscheidungsprozesse mit einer hohen Qualität und Versichertenorientierung auszugestalten.
- Drei weitere Schwerpunkte ergänzen diese Qualitätsdimensionen. Die Rolle
4. der Krankenversicherung bzw. der **Architektur des Gesundheitssystems** und den Einstellungen der Versicherten dazu,
 5. der **Nachhaltigkeit** im Kontext der Bedeutung für die Versicherten bei der Auswahl der Versicherung sowie deren Bewertung des Handelns und der Angebote von Krankenversicherungen sowie
 6. der **betrieblichen Gesundheitsförderung**.

Die aufgezählten Qualitätsdimensionen sollten nicht isoliert, sondern als vernetzt betrachtet werden. Insbesondere die Versicherten selbst sehen bzw. erleben die Dimensionen nicht isoliert. Für sie ist die Qualität des Handelns der Krankenversicherung in dem Moment relevant, in dem sie Leistungen und Services beanspruchen. Stellen Versicherte Anträge an ihre Krankenversicherung, kommen sie vermutlich mit jeder Dimension in Berührung, ob sie dies bewusst erleben oder nicht. Durch die für die Versicherten fließenden Übergänge der Dimensionen ergibt sich die methodische Herausforderung, die einzelnen Dimensionen sowohl definitorisch als auch innerhalb der Operationalisierung der einzelnen Fragen möglichst klar abzutrennen. Versicherte sollten dabei stets den Prozess in seiner Gesamtheit sowie dessen Teilmengen vor Augen haben und diese möglichst differenziert betrachten bzw. bewerten können.

In welchem Kontext sind die Ergebnisse der Versichertenbefragung 2022 einzuordnen?

Bevor die Ergebnisse der Studie im Detail vorgestellt werden, erfolgt zunächst ein Überblick über die Inhalte und Erkenntnisse der Befragung. Insgesamt ist zu konstatieren, dass sowohl gesetzlich als auch privat Versicherte mit ihren Krankenversicherungen tendenziell sehr zufrieden sind. Außerdem ist die Bindung an selbige in den meisten Fällen äußerst hoch. Zwischen der aktuellen Erhebung und der Versichertenbefragung 2020 sind dabei kaum Unterschiede festzustellen. Ähnlich ist dies bei den einzelnen Qualitätsdimensionen und insbesondere bei der Zuweisung der Rollenprofile zu den Krankenkassen (Bezahler/Kümmerer/Lotse) festzustellen. Auch wenn die Gesamturteile bei den einzelnen Qualitätsdimensionen zwischen 2020 und 2022 ähnlich ausfallen, zeigen sich sowohl innerhalb der Dimensionen als auch zwischen den Erhebungswellen auf Ebene der einzelnen Kriterien maßgebliche Unterschiede:

- Das Servicegeschehen beurteilen die Befragten nahezu unverändert positiv. Im Detail zeigen sich kritischere Einschätzungen zur Vorerhebung. Dies betrifft die Kriterien Erreichbarkeit, Verfügbarkeit von Geschäftsstellen, aber auch Fachkompetenz, Freundlichkeit und die Verfügbarkeit einer persönlichen Ansprechperson.
- Bezogen auf die Versorgungsqualität gehen die positiven Bewertungen der Verfügbarkeit digitaler Informations- und Orientierungsangebote, der Ansprechbarkeit der Krankenversicherung für alle relevanten Gesundheitsthemen, der Unterstützung beim Zugang zu Fachärztinnen und -ärzten oder dem Krankenhaus, des Engagements für eine wohnortnahe Versorgung und der Hilfe bei der Orientierung im Gesundheitswesen zurück.
- Die grundlegende Bereitschaft steigt, Anliegen mit der Krankenversicherung künftig auch digital zu erledigen. Dies drückt sich

in einer gestiegenen Nutzung u. a. von Apps im Jahr 2022 im Vergleich zum Vorbetrachtungszeitraum aus. Zudem steigt die Bedeutung digitaler Kanäle für die geplante Bewältigung unterschiedlicher Versichertenanliegen zum Vorerhebungszeitraum spürbar an.

- Die Diskrepanz aus einer nicht ausreichend und bedarfsgerecht empfundenen Information der Krankenversicherungen und der Erwartung eines stärker zielgruppenbezogenen Zuschnitts, auch im Kontext einer intensivierten Datennutzung, vergrößert sich von 2020 im Vergleich zu 2022. Dies verweist auf ein wachsendes Potenzial einer datengetriebenen Nutzung von Informationen.
- Die Erwartungen an die Krankenversicherung, Informationen zur Beurteilung der Qualität von Leistungserbringern zur Verfügung zu stellen, zu deren besserer Vernetzung sowie zur generellen Verbesserung der Gesundheitsversorgung in der Region beizutragen, erhöhen sich zudem von 2020 auf 2022 signifikant.

Einige übergeordnete Erkenntnisse der aktuellen Erhebung sind:

- **Versicherte wünschen sich, dass ihre Anliegen bestmöglich gelöst werden.** Dies erfordert, dass sich in einer konkreten Bedarfssituation alle Maßnahmen mit dem Ziel einer versichertenorientierten Lösung verbinden, ganz gleich, ob die Maßnahmen den Qualitätsdimensionen Servicegeschehen, Versorgungsgestaltung oder Leistungsbereitschaft zuzuordnen sind. Die Dimensionen wurden lediglich gebildet, um versichertenbezogene Tätigkeitsfelder der Krankenversicherung für die Befragung aufgabenbezogen voneinander abzugrenzen.
- **Versicherte wünschen sich noch immer einen Rollenwandel ihrer Krankenversicherungen: weg vom Bezahler, hin zum Kümmerer und Lotsen.** Aus der Kundenbefragung 2020 ergab sich, dass die Krankenversicherung vor einem

Rollenwandel steht. Damals wie heute sahen und sehen die meisten Versicherten die Krankenversicherer lediglich in der Rolle eines Bezahlers von Leistungen. Im Kontrast dazu wünschte sich in der Erhebung 2020 bereits ein Großteil der Versicherten, dass die Krankenkasse in Zukunft eine aktivere Rolle einnimmt. Fast die Hälfte wünschte sich die Rolle eines Kümmerers, dessen Handlungsmaxime eine aktive und bedarfsgerechte Betreuung ist. Etwa ein Viertel wünschte sich gar die eines Lotsen, der die Versicherten bei der Orientierung im Gesundheitssystem unterstützt sowie Gesundheitsleistungen organisiert und vernetzt. Beide Rollen beinhalten eine deutlich stärkere Fokussierung auf den Versicherten und dessen Anliegen. Die aktuelle Erhebung zeigt, dass ein solcher Rollenwandel noch nicht stattgefunden hat, zumindest nicht in der Wahrnehmung der Befragten. Diese wünschen sich einen derartigen Wandel jedoch weiterhin, sehen aber in gleichem Maße die Krankenversicherungen aktuell vorrangig in der Rolle des Bezahlers.

- **Versicherte verwenden und verlangen von ihrer Krankenversicherung mehr digitale Lösungen.** Nach nunmehr drei Pandemie Jahren haben sich die Versicherten augenscheinlich daran gewöhnt, digitale Kontakt- und Informationskanäle zu nutzen. So stieg die Bereitschaft der Befragten, Anliegen mit der Krankenversicherung zukünftig auch digital zu erledigen. Ausdruck dessen ist, dass bspw. die Nutzungszahlen von Apps deutlich anstiegen. Weiterhin besteht eine Diskrepanz zwischen einem nicht ausreichend und bedarfsgerecht empfundenen Informationsverhalten der Krankenversicherungen und der Erwartung eines stärker zielgruppenbezogenen Zuschnitts. Diese Erwartung intensiviert sich durch die höhere Bereitschaft der Versicherten, persönliche Daten zu teilen. Dies verweist auf ein wachsendes Potenzial für die Nutzung personenbezogener Daten.
- **Versicherte wünschen sich weiterhin mehr Qualitätstransparenz.** Die Vorerhebung ergab,

dass nur ein Drittel der Versicherten die Qualität von Krankenversicherungen einzuschätzen vermag. In der aktuellen Erhebung ist dies ebenso der Fall. Folglich hat die Forderung auch aktuell Bestand, die Ergebnisse der Versichertenbefragung nicht nur als Impuls für Qualitätsverbesserungen zu nutzen, sondern auch aufzuzeigen, dass Qualitätsunterschiede zwischen einzelnen Krankenversicherungen für die Versicherten transparenter und unterscheidbarer gemacht werden müssen.

Wie bereits geschildert, beschränkten sich Vergleiche von Krankenversicherern bislang vor allem auf leicht zu quantifizierende, objektive Merkmale der Versicherungen. Die bereits gelisteten sowie die nachfolgend im Detail dargestellten Ergebnisse bieten jedoch Anlass zu der Annahme, dass auch die Qualitätswahrnehmung der Versicherten eine entscheidende Rolle spielt. Somit bietet die Wahrnehmung von Service- und Leistungsqualität den Krankenkassen eine sehr gute Möglichkeit, um sich von Wettbewerbern zu differenzieren. Selbige ist insofern von besonderer Bedeutung, da ein Großteil der Versicherten mit dieser Abgrenzung Schwierigkeiten zu haben scheint. Somit profitieren von einem hohen Qualitätsniveau nicht nur die Versicherten, sondern auch diejenigen Versicherungen, die den hier artikulierten Anforderungen und Wünschen der Versicherten bestmöglich gerecht werden.

Frageinstrument, Untersuchungsmethode und Stichprobe

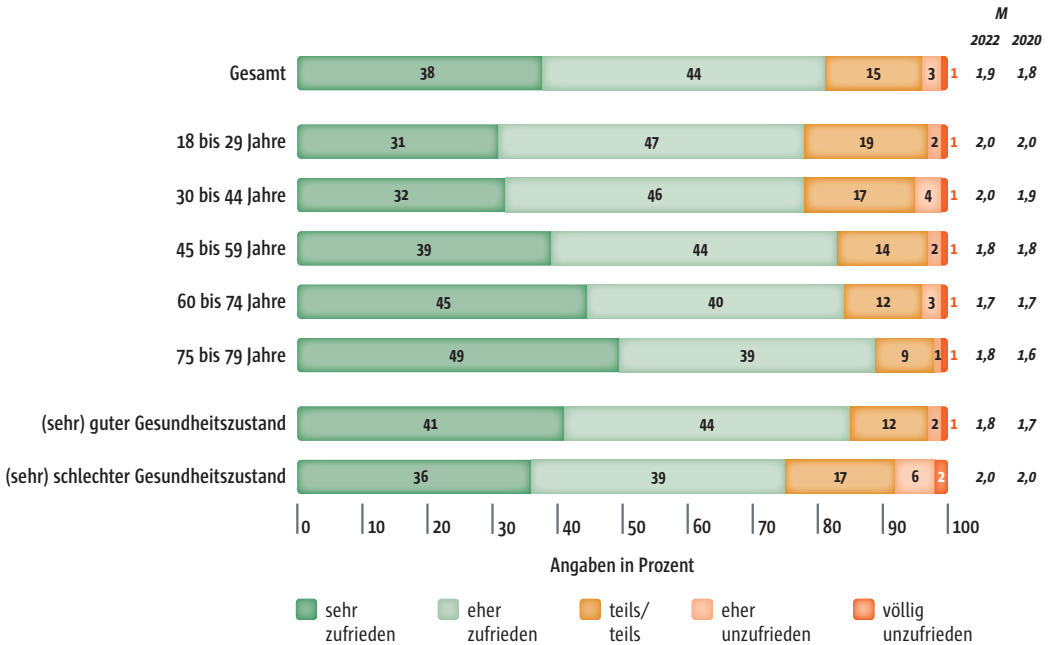
Für die Versichertenbefragung 2022 wurde der Fragebogen aus der Erhebung 2020 nur geringfügig angepasst, um eine erste Zeitreihe zu begründen. Primär bestand die Anpassung in der Ergänzung des Schwerpunktes Nachhaltigkeit. Für die übrigen Bestandteile des Fragebogens galt das gleiche Verfahren wie 2020. Diese Vorgehensweise ermöglicht sowohl eine inhaltliche Abgrenzung der Versichertenbefragung zu bisherigen Erhebungen als auch eine inhaltli-

che Zuspitzung auf Qualitätsaspekte mit hoher Aktualität und eine Vergleichbarkeit der Ergebnisse mit der Versichertenbefragung 2020.

Der Fragebogen der Versichertenbefragung umfasst sowohl inhaltliche als auch erklärende Fragen, wobei letztere insbesondere zur Bildung auswertungsrelevanter Versichertengruppen notwendig sind. Dabei nimmt die Befragung versicherungsstatistische (u.a. Krankenversicherung, Versicherungsdauer), soziodemografische (u.a. Alter, Geschlecht), sozio geografische (u.a. Bundesland, Einwohnerzahl des Wohnorts), sozioökonomische (u.a. Bildung, Erwerbssituation) und gesundheitsbezogene (u.a. subjektiver Gesundheitszustand, Vorliegen chronischer Erkrankungen) Variablen in den Blick. Für die Qualitätsdimensionen wurden jeweils umfassende Items und Beurteilungskriterien entwickelt, denen im Rahmen der Einleitung jedes Kapitels ein übergreifendes Zufriedenheitsurteil der Versicherten vorangestellt wurde. Diese Systematik ermöglicht Zusammenhangs- und Treiberanalysen innerhalb der Qualitätsmerkmale im Rahmen der Auswertung, aufgrund derer sich Qualitätsmerkmalen identifizieren lassen, die den Versicherten besonders wichtig sind. Zusätzlich wurden die Kennzahlen Gesamtzufriedenheit und Net Promoter Score (Grad der Weiterempfehlungsbereitschaft) integriert, um eine übergreifende Einschätzung zur Zufriedenheit der Versicherten mit ihren Krankenversicherungen zu erhalten.

Die Datenerhebung fand in Form einer Onlinebefragung von 5.000 Krankenversicherten im Alter von 18 bis 79 Jahren vom 01.10.2022 bis zum 21.10.2022 statt. Dafür wurde wie in der Vorerhebung auf das Online-Access-Panel respondi zurückgegriffen und die Stichprobe identisch strukturiert. Die gezogene Stichprobe ist repräsentativ für die Grundgesamtheit der Deutschen Wohnbevölkerung bezüglich Alter und Geschlecht. Sichertgestellt wurde dies durch eine mindestens zu 90% zu erfüllende Quote auf selbigen Merkmalen. Anschließend wurden alle Fälle entsprechend der gewünsch-

Abbildung 1 Versichertenzufriedenheit nach Teilzielgruppen. Frage: Wenn Sie einmal zusammenfassend betrachten: Wie zufrieden sind Sie alles in allem momentan mit Ihrer Krankenversicherung?
Angaben in Prozent und Mittelwert (M), Basis 2022: n = 5.000; 2020: n = 4.728



ten Grundgesamtheit gewichtet. Die dafür relevanten Kriterien sind Bundesland, Alter und Geschlecht. ►► Tabelle 1 beinhaltet einen genauen Überblick über die Zusammensetzung der Stichprobe. Von den 5.000 Befragten sind

- 906 (18%) den 18- bis 29-jährigen zuzuordnen,
- 1.189 (24%) gehören der Altersgruppe der 30- bis 44-jährigen,
- 1.505 (30%) den 45- bis 59-jährigen,
- 1.069 (21%) den 60- bis 74-jährigen und
- 331 (7%) den 75- bis 79-jährigen an.

Demnach ist die Stichprobe für die in Deutschland Krankenversicherten im Alter von 18 bis 79 Jahre repräsentativ. Nach Geschlecht verteilen sich die Befragten gleichmäßig.

Die Versichertenbefragung umfasst sowohl gesetzlich als auch privat Krankenversicherte. So wäre ein Vergleich beider Versicherungssysteme zwar grundsätzlich möglich, allerdings

zeigte sich sowohl für die Erhebung 2020 als auch für 2022, dass Unterschiede meist marginal ausfallen. Entsprechend bildet dieser Artikel keinen dezidierten Vergleich beider Gruppen ab.

Ergebnisse der Versichertenbefragung

Status quo der Versichertenzufriedenheit

Wie zufrieden sind Versicherte mit ihrer Krankenversicherung im Allgemeinen?

In der Tendenz sind die befragten Versicherten mit ihrer Krankenkasse zufrieden, Unterschiede zur Erhebung 2020 fallen marginal aus. Insgesamt sind 38% sehr zufrieden, 44% sind eher zufrieden, 15% sind unentschieden und lediglich 3% bzw. 1% sind eher bzw. völlig unzufrieden (►► Abbildung 1). In der Zielgruppe der 75- bis 79-jährigen fällt der Anteil an sehr Zufriedenen

Tabelle 1 Soziodemografische Zusammensetzung der Stichprobe

	n	%		n	%
Altersgruppen			Höchster allgemeinbildender Schulabschluss		
18–29 Jahre	906	18%	(noch) ohne Schulabschluss	11	0%
30–44 Jahre	1.189	24%	Haupt-/Volksschulabschluss	644	13%
45–59 Jahre	1.505	30%	Mittlere Reife oder gleichwertig	1.821	36%
60–74 Jahre	1.069	21%	Abitur/Fachabitur	2.464	49%
75–79 Jahre	331	7%	sonstige	37	1%
Geschlecht			keine Angabe	23	0%
männlich	2.489	50%	Höchster beruflicher Abschluss		
weiblich	2.503	50%	(noch) ohne	346	7%
divers	8	0%	anerkannte Berufsausbildung	2.537	51%
Bundesland			Meister/Techniker oder gleichwertig	546	11%
Baden-Württemberg	663	13%	Bachelor	433	9%
Bayern	789	16%	Diplom/Magister/Master/Staatsexamen	857	17%
Berlin	221	4%	Promotion	62	1%
Brandenburg	152	3%	sonstige	15	0%
Bremen	42	1%	keine Angabe	204	4%
Hamburg	111	2%	Tätigkeit		
Hessen	377	8%	erwerbs- bzw. berufstätig	2.880	58%
Mecklenburg-Vorpommern	98	2%	Grundwehr-/Zivildienstleistender	7	0%
Niedersachsen	479	10%	Schüler	17	0%
Nordrhein-Westfalen	1.077	22%	Student	272	5%
Rheinland-Pfalz	246	5%	Rentner, Pensionär	1.254	25%
Saarland	60	1%	lebe von Einkünften aus Kapitalvermögen, Vermietung oder Verpachtung	36	1%
Sachsen	244	5%	Hausfrau/Hausmann, versorge Kinder/Pflegebedürftige	198	4%
Sachsen-Anhalt	136	3%	arbeitslos	153	3%
Schleswig-Holstein	174	3%	anderes (z.B. dauerhaft arbeitsunfähig)	106	2%
Thüringen	131	3%	keine Angabe	76	2%
Migrationshintergrund*			Versicherungsart		
ja	745	15%	gesetzlich	4.584	92%
nein	4.198	84%	privat	416	8%
Kinder im Haushalt*			Gesundheitszustand*		
ja	988	31%	sehr gut/gut	2.820	56%
nein	2.400	68%	mittelmäßig	1.568	31%
			schlecht/sehr schlecht	581	12%

*Differenz zu 5.000 bzw. 100% ist „keine Angabe“

am höchsten aus (49%). Die insgesamt unzufriedenste Zielgruppe besteht aus den Versicherten, die ihren Gesundheitszustand sehr bzw. eher schlecht einschätzen. Sie weisen auch den höchsten Anteil an eher und völlig Unzufriedenen (8%) auf. Ebenfalls unterdurchschnittlich beurteilt die Gruppe der 18- bis 29-Jährigen die Zufriedenheit mit ihrer Krankenversicherung: Hier findet sich auch der höchste Anteil an teilweise zufriedenen Versicherten (19%).

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

Im direkten Vergleich der drei übergeordneten Qualitätsdimensionen – Servicegeschehen, Versorgungsgestaltung und Leistungsbereitschaft – hat auch bei der Versichertenbefragung 2022 klar die Zufriedenheit mit der Service- und Beratungsqualität den größten Einfluss auf die Gesamtzufriedenheit mit der Krankenversicherung (Servicegeschehen, $\beta = .408$, 2020: $\beta = .430$). Etwas höher liegt 2022 die Bedeutung der Zufriedenheit mit der Qualität der gesundheitlichen Versorgung und der Präventionsangebote für die Gesamtzufriedenheit (Versorgungsgestaltung, $\beta = .275$, 2020: $\beta = .217$), während der Einfluss der Qualität im Rahmen von Leistungsentscheidungsprozessen etwas geringer als in der Vorerhebung ausfällt (Leistungsbereitschaft, $\beta = .132$, 2020: $\beta = .159$).

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

Es gilt jedoch bei der Interpretation Folgendes zu beachten: Wie einleitend beschrieben (III Kapitel „Welche Qualitätsdimensionen berücksichtigt die Versichertenbefragung?“), sind die aufgeführten Dimensionen nicht isoliert zu betrachten. Eine eindeutige Differenzierung kann weder durch die Befragten noch durch konzeptionelle Überlegungen eindeutig und abschließend erfolgen. Die Dimension Versorgungsgestaltung ist hier besonders hervorzuheben, da viele ihrer Teilbereiche Versicherten gegebenenfalls unbekannt und entsprechend nur schwer zu bewerten sind.

Was macht Qualität für einzelne Versichertengruppen aus?

Dieser Beitrag beantwortet diese Frage mittels zweier Versichertengruppen exemplarisch: anhand der subjektiv Kranken, also der Versicherten, die ihren Gesundheitszustand selbst als eher schlecht oder sehr schlecht einschätzen und der jungen Versicherten im Alter von 18 bis 29 Jahren. Diese beiden Zielgruppen sind zudem jene, die tendenziell am wenigsten zufrieden mit ihrer Krankenversicherung sind (III Kapitel „Wie zufrieden sind Versicherte mit ihrer Krankenversicherung im Allgemeinen?“). Bei beiden Versichertengruppen ist außerdem die Service- und Beratungsqualität der stärkste Prädiktor für die Versichertenzufriedenheit (subjektiv Kranke: $\beta = .444$, 18- bis 29-Jährige: $\beta = .359$). In der aktuellen Erhebung unterscheiden sich beide Gruppen nur geringfügig in puncto der Einzelkriterien, die einen signifikanten Effekt auf die Wahrnehmung der Service- und Beratungszufriedenheit haben. Identische Treiber sind die individuelle Beratung, einfache Lösungen, kompetente und freundliche Mitarbeitende, Transparenz und Multikanalangebote. Bei den 18- bis 29-Jährigen kommen zwei weitere Treiber hinzu: persönliche Ansprechpersonen und die Online-Geschäftsstelle. Es erscheint also plausibel, dass beide Gruppen eine ähnliche Vorstellung von Servicequalität haben.

Während sich für die beiden weiteren Qualitätsdimensionen 2020 jeweils Unterschiede zwischen den beiden Gruppen zeigten, liegen selbige in der aktuellen Erhebung wesentlich näher beieinander. 2020 war für die jungen Befragten nach der Service- und Beratungszufriedenheit die Versorgungsgestaltung ($\beta = .185$) der zweitstärkste Prädiktor für die Gesamtzufriedenheit. Bei jenen mit schlechter Gesundheit kam diese erst an dritter Stelle ($\beta = .180$). 2022 liegt die Bedeutung der Versorgungsgestaltung für die Gesamtzufriedenheit bei beiden Gruppen an zweiter Stelle. Der Einfluss fällt bei den subjektiv Kranken etwas höher aus ($\beta = .289$) als bei den 18- bis 29-Jährigen ($\beta = .259$).

Bei detailliertem Blick auf die Qualitätsdimension Versorgungsgestaltung unterscheiden sich allerdings die Treiber beider Zielgruppen deutlich voneinander. Lediglich Orientierung im Gesundheitssystem, innovative Behandlungsmethoden und relevante Ansprechpersonen für Gesundheitsthemen sind für beide Zielgruppen von Bedeutung. Für die junge Zielgruppe sind zudem noch folgende Kriterien relevant: digitale Gesundheitsangebote, Bonus- oder Prämienprogramme, passende Angebote, Unterstützung bei Terminen (z.B. bei Fachärztinnen und -ärzten), flexible und bedarfsgerechte Versicherung sowie die Anforderung, dass die Krankenversicherung digitale Unterstützungsangebote bereitstellt. Bei den subjektiv Kranken kommen noch die Treiber Behandlung ohne weitere Kosten für Privatleistungen, Unterstützung der Gesunderhaltung sowie das Engagement der Krankenversicherung für eine gute und wohnortnahe Versorgung hinzu. Dass die genannten Variablen bei den jeweiligen Zielgruppen signifikant sind, ist zunächst nicht überraschend. Insbesondere bei den 18- bis 29-Jährigen ist auffällig, dass digitale Aspekte sowie Individualität und Flexibilität der Angebote eine größere Rolle spielen. Bei den subjektiv Kranken ist hingegen einleuchtend, dass deren Fokus eher auf einer geringen monetären Belastung für vermutlich häufiger in Anspruch genommene Privatleistungen sowie

dem Engagement der Krankenkasse für die Gesundheit ihrer Versicherten liegt. Damit zeigt sich, dass unterschiedliche Zielgruppen den Qualitätsbegriff innerhalb einer vorher definierten Dimension in entscheidenden Punkten unterschiedlich deuten.

Ein ebenso differenziertes Bild zeigt sich bei der Qualität von Leistungsentscheidungsprozessen. Diese ist für beide Gruppen der schwächste Prädiktor für die Gesamtzufriedenheit. Bei den subjektiv Kranken fällt dieser noch etwas höher aus ($\beta = .146$) als bei den 18- bis 29-Jährigen ($\beta = .131$), aber wesentlich geringer als in 2022 ($\beta = .243$). Im Vergleich bleibt der Zusammenhang bei der jüngeren Zielgruppe zu 2020 konstant ($\beta = .135$).

Die Prädiktoren unterscheiden sich zwischen den Zielgruppen nur geringfügig. Für beide Zielgruppen sind folgende Variablen signifikant: Ausschöpfung aller Möglichkeiten, unkomplizierte Beantragung und Bewilligung, kooperatives und lösungsorientiertes Verhalten der Krankenversicherung, Kulanz und ein Beantragungsprozess auf Augenhöhe. Lediglich bei der jüngeren Zielgruppe kommen noch weitere Treiber hinzu: Die Krankenversicherung bietet von sich aus weitere Unterstützung und passende Alternativen an sowie die Krankenversicherung erklärt/begründet nachvollziehbar und verständlich. Auch hier kommt zum Ausdruck, dass die jüngere Zielgruppe einen hohen Wert auf bedarfsgerechte Angebote legt.

Der exemplarische Vergleich dieser beiden Zielgruppen zeigt ein differenziertes Bild der Qualitätswahrnehmung von Versicherten, welche je nach Qualitätsdimension sowohl Gemeinsamkeiten als auch zielgruppenspezifische Unterschiede aufweist. Entsprechend erscheint es essenziell, mit Blick auf die Versicherten kein „Gießkannenprinzip“ anzuwenden [3, S. 392]. Schließlich unterscheiden sich die Lebenswirklichkeiten und die daraus resultierenden Anforderungen der Menschen bei Gesundheitsthemen nachweisbar in mannigfaltiger Art und Weise [4]. Um diesen

Ansprüchen zu genügen, ist es maßgeblich, Zielgruppenunterschiede zu identifizieren und divergierende Anforderungen im Rahmen der Versorgung ausreichend zu berücksichtigen. Aus diesem Grund nimmt der vorliegende Artikel an den betreffenden Stellen vermehrt Bezug auf zielgruppenspezifische Unterschiede.

Empfehlen Versicherte ihre Krankenversicherung weiter?

Die Weiterempfehlungsbereitschaft wurde in der Versichertenbefragung mit dem NPS (Net Promoter Score) operationalisiert [5]. Für die Branche der Krankenversicherung ist ein NPS von +13 zu konstatieren, also ein leicht positiver Wert, auch wenn dieser zwei Indexpunkte hinter der Erhebung aus dem Jahr 2020 liegt. Allerdings sind auch hier merkliche Unterschiede zwischen verschiedenen Zielgruppen festzustellen (»»» Abbildung 2).

Der Net Promoter Score (NPS) ist eine Kennzahl, die ausdrückt, wie wahrscheinlich die Weiterempfehlungsbereitschaft eines Unternehmens ist, im Beispiel der vorliegenden Befragung die der Versicherten in Bezug auf ihre Krankenversicherung. Gemessen wird der NPS auf einer 11-stufigen Skala von 0 = völlig unwahrscheinlich bis 10 = sehr wahrscheinlich. Dabei werden die Noten 0 bis 6 unter „Kritiker“, die Noten 7 und 8 unter „Neutrale“ und die Noten 9 und 10 unter „Promotoren“ subsumiert. Berechnet wird der NPS, indem vom Anteil der Promotoren der Anteil der Kritiker subtrahiert wird.

Auffällig ist, dass bei den meisten Gruppen der NPS zwischen 2020 und 2022 weitestgehend gleichgeblieben ist. Ausnahme ist der subjektive Gesundheitszustand der Befragten. Hier näherten sich Personen mit subjektiv (sehr) schlechtem, jenen mit (sehr) gutem Gesundheitszustand an: Während 2020 beide Gruppen noch einen Unterschied von 16 Punkten aufwiesen, liegen bei der Befragung 2022 Personen mit subjektiv (sehr) gutem Gesundheitszustand

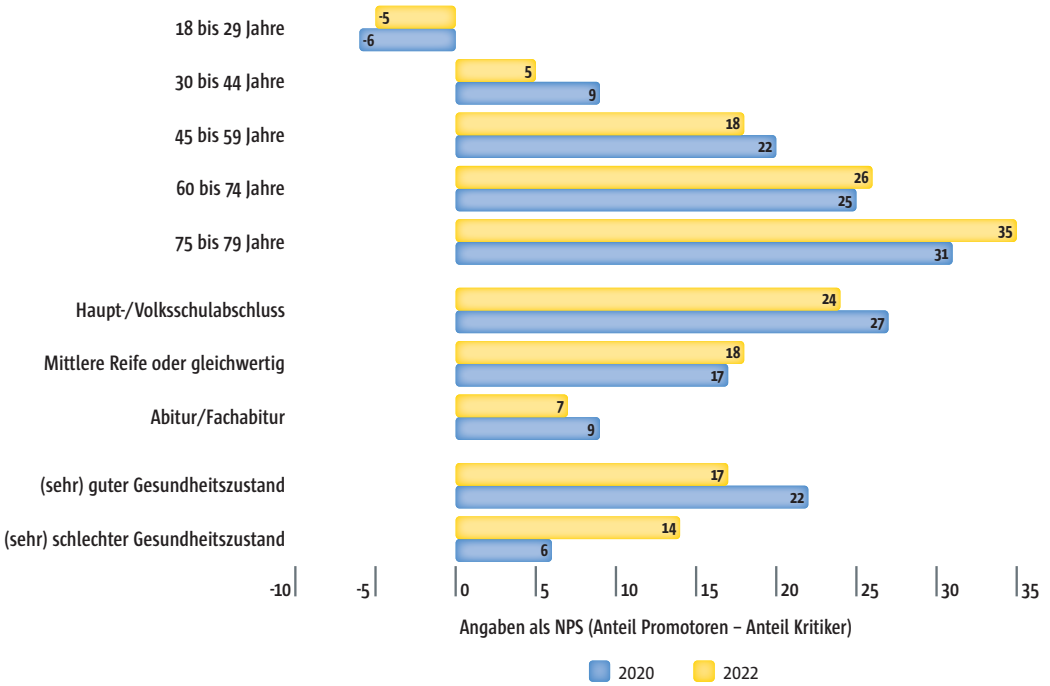
(+17) und jenen mit (sehr) schlechtem Gesundheitszustand (+14) nur etwa 3 Indexpunkte auseinander.

Während Unterschiede zwischen den Erhebungsjahren bei den anderen in »»» Abbildung 2 dargestellten Variablen marginal ausfallen, sind Unterschiede innerhalb der Altersgruppen deutlicher. Mit einem NPS von -5 sind die 18- bis 29-Jährigen die kritischste Altersgruppe. Insgesamt ist innerhalb des Alters eine stetige Progression zu beobachten: So haben Personen im Alter von 30 bis 44 Jahre einen NPS von +5, Versicherte im Alter von 45 bis 59 Jahre einen NPS von +18, Befragte im Alter von 60 bis 74 Jahre einen NPS +26 und diejenigen Befragten, die zwischen 75 bis 79 Jahre alt sind, einen NPS von +35. Mit steigendem Alter erhöht sich also die Empfehlungsbereitschaft der Versicherten. Ähnliches ist auch mit Blick auf den Schulabschluss der Befragten zu beobachten. Während die Werte zwischen den Erhebungen recht stabil sind, ist weiterhin erkennbar, dass die Weiterempfehlungsbereitschaft mit zunehmender Bildung abnimmt. Befragte mit Haupt- bzw. Volksschulabschluss vergeben einen höheren NPS (+24) als Versicherte mit Mittlerer Reife (+18) oder (Fach-)Abitur (+7).

Aus welchen Gründen empfehlen Versicherte ihre Krankenversicherung weiter?

Auch 2022 ist der Hauptgrund für eine Weiterempfehlung der eigenen Krankenversicherung durch Promotoren und Neutrale (»»» Abbildung 3) die allgemeine Zufriedenheit mit der Krankenversicherung (39%). Der 2020 am zweithäufigsten angegebene Grund waren leistungsbezogene Themen (28%). 2022 nannten die Befragten diesen jedoch deutlich seltener (11%). 2022 wird stattdessen Service (20%) am zweithäufigsten erwähnt. Dieses Ergebnis liegt hinter dem Vorbefragungswert (23%). Bei den insgesamt eher seltenen kategorisierten Nennungen ergeben sich nur geringfügige Unterschiede zur Vorerhebung: So finden sich erneut die

Abbildung 2 Net Promoter Score nach Alter, Schulabschluss und Gesundheitszustand. Frage: Auf einer Skala von 0–10, wie wahrscheinlich ist es, dass Sie Ihre Krankenversicherung an einen Freund oder Kollegen weiterempfehlen würden? Angabe als NPS (Anteil Promotoren – Anteil Kritiker). Basis: n = 5.000



Höhe des Beitragssatzes (2022: 10%, 2020: 7%), die Schnelligkeit (2022: 8%, 2020: 7%) sowie die Freundlichkeit und die Hilfsbereitschaft (2022: 7%, 2020: 7%) unter den Top-6-Nennungen.

Was müsste sich ändern, damit Versicherte ihre Krankenversicherung weiterempfehlen?

Verglichen mit 2020 liegt der Hauptgrund dafür, Krankenversicherungen nicht weiterzuempfehlen, weiterhin darin (»»» Abbildung 4), dass diese bestimmte, den Versicherten wich-

tige Zusatzleistungen nicht anbieten (17%). Damit bleibt der Wert jedoch hinter dem der Vorhebung von 2020 (22%) zurück. Dieser Trend setzt sich bei der Belastungsgrenze (2022: 13%, 2020: 18%), der Beitragsbemessung (2022: 12%, 2020: 22%) sowie den leistungsbezogenen Themen (2022: 10%, 2020: 12%) fort. Deutlich häufiger als 2020 wurden indes allgemeine Unzufriedenheit (2022: 16%, 2020: 1%) und Beitragszahlungen (2022: 10%, 2020: 4%) angegeben. Letzteres ist aufgrund der Beitragssatzerhöhungen vieler gesetzlicher Krankenkassen im Zuge der Corona-Pandemie nicht überraschend.

Abbildung 3 Hauptgründe, warum Versicherte ihre eigene Krankenkasse weiterempfehlen würden. Frage: Was ist der Hauptgrund dafür, dass Sie Ihre Krankenversicherung weiterempfehlen würden? (offene Frage). Angaben in Prozent, Basis 2022: n = 2.776; 2020: n = 2.506 (nur Note 7 bis 10 bei Weiterempfehlungsbereitschaft); Darstellung Top 6-Nennungen, ohne Anteile weiß nicht/keine Angabe

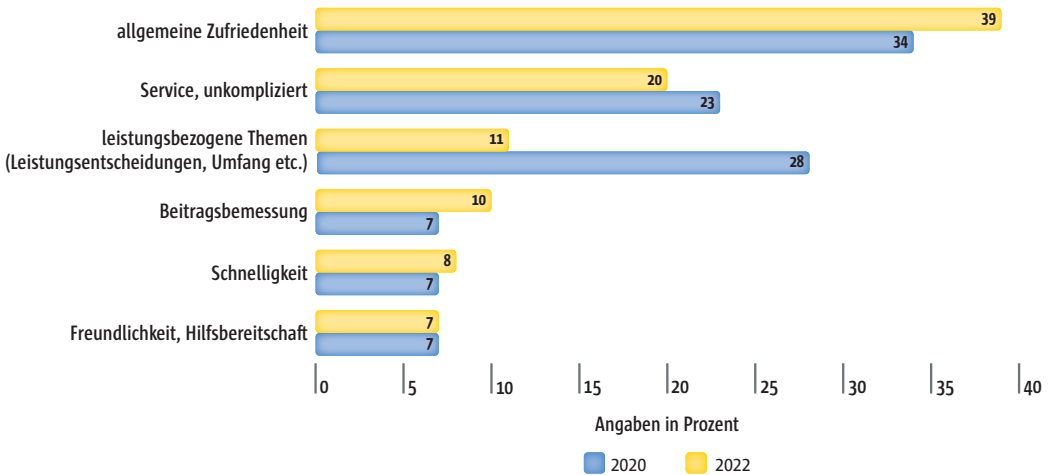
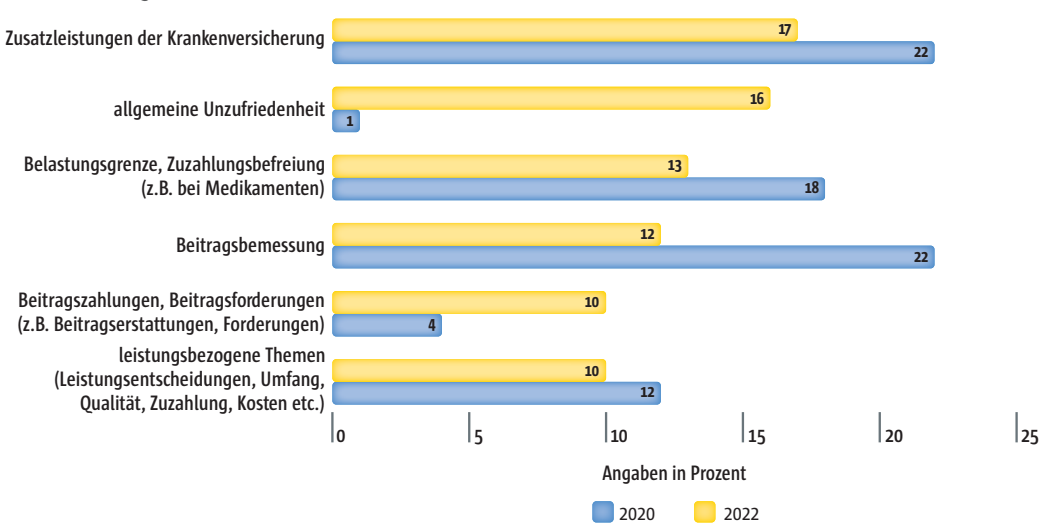


Abbildung 4 Gründe, warum Versicherte ihre eigene Krankenversicherung nicht weiterempfehlen würden. Frage: Welche Verbesserungen müsste Ihre Krankenversicherung vornehmen, damit Sie Ihre Krankenversicherung eher weiterempfehlen würden? (offene Frage). Angabe in Prozent. Basis 2022: n = 1.451; 2020: n = 1.185 (nur Note 0-8 bei Weiterempfehlungsbereitschaft). Darstellung Top 6-Nennungen, ohne Anteile weiß nicht/keine Angabe



Die Versichertenbefragung 2022 zeigt, dass Versicherte weiterhin grundsätzlich zufrieden mit ihrer Krankenversicherung sind. Unterschiede zwischen den Erhebungen bestehen dennoch, bspw. bei Treibern der Qualitätsdimensionen für die Zielgruppen der 18- bis 29-jährigen sowie den subjektiv Kranken. Zudem haben sich Annahmen aus der Vorerhebung bezüglich eines Zusammenhangs von Alter bzw. Bildung und der Weiterempfehlungsbereitschaft bestätigt und der Unterschied zwischen subjektiv Gesunden und Kranken diesbezüglich relativiert. Weiterhin zeigen sich die Gründe für Weiterempfehlungen und Nicht-Weiterempfehlungen als weitgehend stabil. Ausnahmen bilden leistungsbezogene Themen, die die Befragten 2022 deutlich seltener als Grund für eine Weiterempfehlung anführen. Hingegen nennen Versicherte eine allgemeine Unzufriedenheit häufiger als Grund für eine Nichtempfehlung. Hinsichtlich der Qualitätsdimensionen ist festzuhalten, dass weiterhin in erster Linie eine positive Beurteilung der Service- und Beratungsqualität ausschlaggebend für die Gesamtzufriedenheit ist, auch wenn der Zusammenhang der Versorgungsgestaltung mit der Gesamtzufriedenheit im Jahr 2022 größer ausfällt als in der Vorerhebung. Jedoch ist zu ergänzen, dass die Dimension der Service- und Beratungsqualität insofern als besonders anzusehen ist, dass wichtige weiche Faktoren wie Freundlichkeit und Engagement sowie harte Faktoren wie die Kompetenz der Mitarbeitenden in allen drei Qualitätsdimensionen eine Rolle spielen und somit zum Gesamturteil beitragen. Daraus ist abzuleiten, dass eine Steigerung der Zufriedenheit nur über Verbesserungen in allen hier untersuchten Qualitätsdimensionen gelingen kann. Zudem sind stets auch sich in Qualitätsanforderung und -beurteilung unterscheidende Zielgruppen zu berücksichtigen.

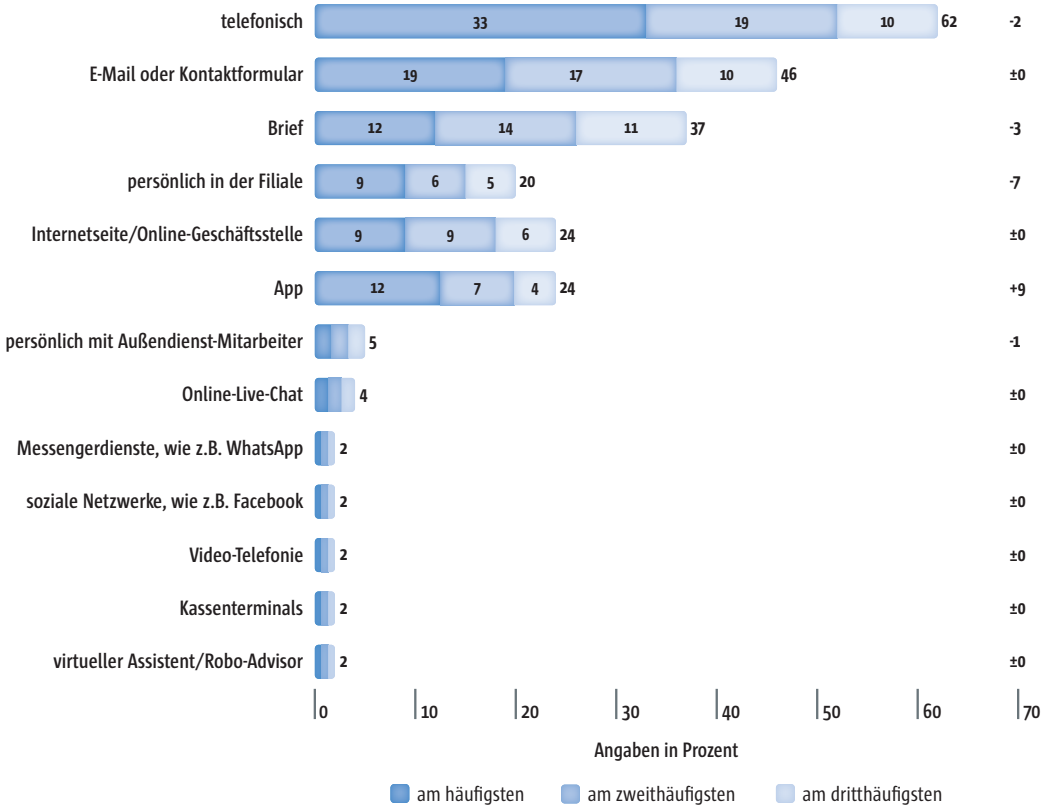
Servicegeschehen

Das Servicegeschehen umfasst die Bemühungen der Krankenversicherung, eine hohe Versichertenorientierung bei allen kundenbezogenen Interaktionen sicherzustellen. In beiden Erhebungen hatten die wenigsten Versicherten regelmäßige Servicekontakte zu ihrer Krankenversicherung. Zudem erfolgen servicebezogene Kontakte über unterschiedliche Kanäle, zu unterschiedlichen Anliegen sowie in einer unterschiedlichen Frequenz und Intensität (»» Abbildung 5). Beides nimmt deutlichen Einfluss auf die Qualitätsbeurteilung. Aber auch die Versicherten, die nicht oder nur selten Kontakt zu ihrer Krankenversicherung haben, besitzen ein dezidiertes Bild der Qualität des Servicegeschehens. Jenes kann durch ein lang zurückliegendes Serviceerlebnis, Erfahrungen aus dem sozialen Umfeld oder auch durch Werbemittel oder sonstige öffentliche Informationskanäle geprägt sein.

Kontaktintensität und Bedeutung unterschiedlicher Kontaktwege

Durch eine sukzessive Erweiterung des Aufgabenspektrums der Krankenversicherung hat sich die Zahl der Interaktionen der Versicherten mit ihrer Krankenversicherung erhöht. Daneben trägt die sich mittlerweile im dritten Jahr befindliche Corona-Pandemie zu einer starken Beschleunigung der Digitalisierung von Geschäftsprozessen der Krankenversicherung bei, die sich über Informations-, Kommunikations- und Kontaktkanäle erstreckt. Krankenversicherungen verlagern Versichertenprozesse, die bisher ausschließlich der Filiale und dem telefonischen Kontakt vorbehalten waren, zunehmend in digitale Kanäle wie Online-Geschäftsstellen, Online-Chats und Videoberatungen oder verknüpfen analoge und digitale Kanäle anlassbezogen zu hybriden Kontaktwegen. Möglichkeiten für den Abschluss von Wahltarifen und Zusatzversicherungen bieten die Krankenversi-

Abbildung 5 Häufigste Kontaktkanäle zur Krankenversicherung von Versicherten mit Kontakt in den letzten zwölf Monaten – inkl. Differenz zu 2020. Frage: Über welche Kontaktkanäle hatten Sie in den letzten zwölf Monaten am häufigsten Kontakt mit Ihrer Krankenversicherung? Angabe in Prozent. Basis: n = 3.745 (nur wenn Kontakt innerhalb der letzten zwölf Monate)



cherungen bspw. inzwischen vermehrt über eine telefonische Beratung mittels Co-Browsing¹ und E-Signing an. Viele weitere digitale Geschäftsprozesse befinden sich in der Pilotierung.

Der Einfluss der Corona-Pandemie auf das Kanalnutzungsverhalten der Versicherten erscheint von disruptiver Natur. So entschieden sich 28 von 100 Versicherten, die vor der Corona-Pandemie ein Anliegen in der Filiale geklärt

haben, aufgrund der Pandemie jedoch auf einen alternativen Kanal ausweichen mussten, auch nach Wiedereröffnung der Filialen für einen alternativen Kontaktweg [6]. Insbesondere digitale Kanäle, allen voran E-Mail und Online-Geschäftsstelle, erfuhren einen Zulauf durch die Schließung der Filialen: Nutzten im November 2019, also drei Monate vor dem Beginn der Corona-Pandemie, durchschnittlich nur 12% der Versicherten digitale Kanäle, um in Kontakt mit ihrem Krankenversicherer zu treten, waren es im August 2020 mit 36% bereits dreimal so viele.

1 Die Versicherten teilen ihren Bildschirm mit der beratenden Person der Krankenkasse. Dadurch kann die beratende Person den Versicherten besser zu bestimmten Themen informieren, beraten oder navigieren.

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

In der Erhebung 2022 hatten drei von vier Befragten (75%) in den vergangenen zwölf Monaten aktiv ihre Krankenversicherung kontaktiert. Etwa ein Zehntel (9%) hatte Kontakt in den vergangenen sieben Tagen, ein Sechstel (17%) in den vergangenen vier Wochen und ein Fünftel (20%) in den vergangenen drei Monaten vor der Befragung. Diese Werte sind fast deckungsgleich zu denen aus der Vorerhebung im Jahr 2020. Unter den Versicherten, die in den vergangenen zwölf Monaten Kontakt hatten, ist der 2022 am häufigsten genutzte Kontaktweg (»» Abbildung 5) das Telefon: Fast zwei Drittel der Befragten (62%) geben an, dass dieser Weg zu den Top 3-Kontaktkanälen gehört, die am häufigsten genutzt wurden. Ein Drittel der Befragten (33%) wählt den telefonischen Kontakt sogar mit höchster Priorität. Diese Werte liegen nur knapp unter denen der vorherigen Erhebung (-2%).

Am zweithäufigsten nutzen die Versicherten (46%) die E-Mail bzw. das Kontaktformular: Für etwa ein Fünftel (19%) besitzt dieser Kanal die höchste Priorität. Am dritthäufigsten nutzen Versicherte den Brief (37%), gefolgt von der Internetseite bzw. der Online-Geschäftsstelle sowie der App der Krankenversicherung (jeweils 24%). Das Schlusslicht der etablierten Kontaktwege stellt der persönliche Kontakt in der Filiale (20%) dar. Hervorzuheben ist, dass letzterer um etwa 7 Prozentpunkte im Vergleich zur Vorerhebung gesunken ist, während die Nutzung der App um circa 9 Prozentpunkte steigt. In anderen Bereichen bleiben Differenzen zum Vorjahr eher marginal. So spielen weiterhin neuere digitale Kanäle wie Online-Live-Chat (4%), Messengerdienste (2%), Soziale Netzwerke (2%), Video-Telefonie (2%), Kassenterminals (2%) und virtuelle Assistenten (2%) eine eher untergeordnete Rolle.

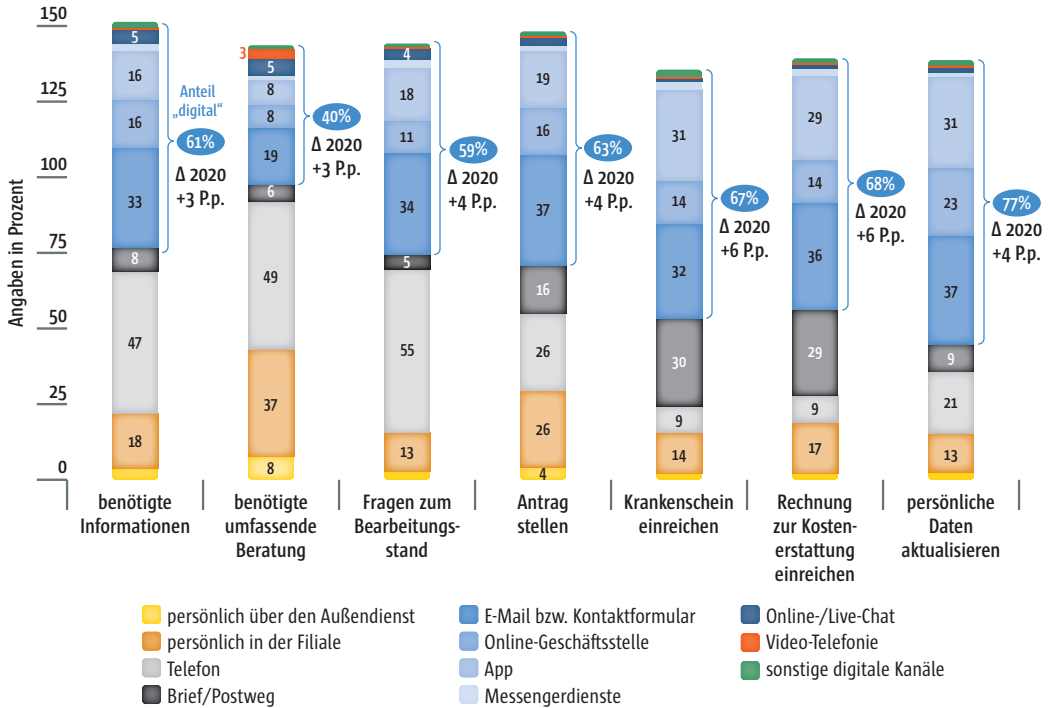
»» Von Bedeutung für die Interpretation ist, dass die Versichertenbefragung 2020 im Oktober/November und damit in der ersten Hochphase der Corona-Pandemie stattfand. Persönliche Kontakte in den Filialen waren in dieser Zeit nur eingeschränkt möglich. Vor allem digitale Kanäle, aber auch das Telefon erlebten dadurch einen Aufschwung und deutlich mehr Beachtung durch die Krankenversicherten. Zum Erhebungszeitpunkt im Jahr 2022 fielen die pandemiebedingten Einschränkungen deutlich geringer aus. Gleichwohl zeigen sich rückläufige Tendenzen für die Filialnutzung bei gleichzeitig steigender Bedeutung der Nutzung von Apps. Hier liegt die Schlussfolgerung nahe, dass einige Versicherte digitalen Kanälen nicht nur eine vertretende, sondern vielmehr eine ersetzende oder zumindest ergänzende Rolle einräumen.

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

Zusätzlich zur Frage, welche Kontaktwege Versicherte in den vergangenen zwölf Monaten nutzten, wurden die Versicherten zu ihren Präferenzen mit Blick auf künftige Kontaktwege befragt. Dafür konnten die Befragten für typische Versichertenanliegen jeweils maximal zwei Kontaktwege angeben, über welche sie sich in Zukunft zu verschiedenen Anlässen beraten und betreuen lassen möchten (»» Abbildung 6).

Ein Blick auf die deskriptive Auswertung der Frage zeigt, dass bei allen Beratungsanliegen der Wunsch nach digitalen Kontaktkanälen konstant angewachsen ist (zwischen 3 und 6 Prozentpunkten). Ein Blick auf die Anliegen selbst zeigt, dass die präferierten Kontaktwege nicht homogen über alle Anlässe hinweg ausgeprägt sind. So bevorzugen bei drei Anliegen (benötigte Informationen, benötigte umfassende Beratung, Frage zum Bearbeitungsstand) etwa die Hälfte der Versicherten das Telefon, während dieser Kontaktkanal bei zwei Anliegen (Krankenschein einreichen, Rechnung zur Kostenerstattung einreichen) nur auf 9% kommt.

Abbildung 6 Gewünschte zukünftige Kontaktkanäle nach Anlass. Frage: Auf welchen Wegen würden Sie sich in Zukunft vorzugsweise zu folgenden Themen durch Ihre Krankenversicherung betreuen lassen wollen? Angabe in Prozent (Mehrfachnennung, max. zwei Kanäle). Basis: n = 5.000



Eine eindeutige Tendenz lässt sich dadurch nicht ableiten. Allerdings ist zu beobachten, dass in allen (bis auf „benötigte umfassende Informationen“) die Mehrheit der Befragten zumindest einen digitalen Kanal als einen von maximal zwei bevorzugten Kontaktkanälen angibt. Bei drei Anliegen überwiegt die Präferenz für digitale Kanäle sogar deutlich: Bezogen auf die Anliegen „Krankenschein einreichen“, „Rechnung zur Kostenerstattung einreichen“ sowie „persönliche Daten aktualisieren“, präferieren zwischen 67% und 77% mindestens einen digitalen Kanal. Deutlich wird hierbei, dass dies vergleichsweise weniger komplexe Anliegen sind, welche die Versicherten möglicherweise ohne konkrete Einordnung oder Instruktion durch Mitarbeitende der Krankenversicherung selbst erledigen können. Bei komplexeren bzw. erklärungsbedürftigeren Anliegen

nutzen die Befragten das Telefon wesentlich häufiger. Das Anliegen „umfassende Beratung“ ist dabei das, bei welchem der Kontaktweg Filiale noch am zweithäufigsten genannt (37%) wird, bei anderen Anliegen spielt die Filiale eher eine untergeordnete Rolle. Ähnlich ist dies beim postalischen Kontakt: Dieser spielt bei der Einreichung von Dokumenten wie Krankenscheinen (30%) oder Rechnungen zur Kostenerstattung (29%) noch eine wichtige Rolle, wird sonst aber tendenziell nur selten genannt.

Diese Ergebnisse zeigen zum einen, dass sich die Versicherten ein Multikanalangebot wünschen, welches es ihnen erlaubt, für ein und dasselbe Anliegen unterschiedliche Kanäle zu nutzen. Die Herausforderung für die Krankenversicherungen wird nun darin bestehen, qualitativ einheitliche Beratungs- und Prozessergebnisse unabhängig vom genutzten Kanal

sicherzustellen. Zum anderen bilden sich kanalbezogen klare Schwerpunkte heraus. So wird die Filiale noch stärker zum Ort umfassender und komplexer Beratungsanliegen, während digitale Angebote vor allem die Abwicklung einfacher Prozesse sicherstellen. Für mehrstufige Prozesse bieten sich zukünftig mehr und mehr hybride Kanalstrukturen an, die den jeweiligen Prozessphasen und Kundenanforderungen Rechnung tragen.

Die Betrachtung der gewünschten zukünftigen Kontaktwege nach Altersgruppen (»» Abbildung 7) zeigt teilweise deutliche Unterschiede. Zunächst ist überraschend, dass nicht die jüngste Zielgruppe diejenige ist, die digitale Kanäle am stärksten präferiert, sondern die 30- bis 44-Jährigen – allerdings nur knapp. Den telefonischen Kontaktweg geben indes alle Zielgruppen etwa gleich oft an, außer bei Fragen zum Bearbeitungsstand des Anliegens, bei dem die drei ältesten Zielgruppen (ab 45 Jahren) den telefonischen Kontaktweg deutlich häufiger nutzen würden (60% bis 63%) als die jüngeren Befragten (jeweils 48%). Die jüngeren Zielgruppen würden bei diesem Anliegen eher digitale Kanäle bevorzugen (67% bzw. 68%), während Ältere diese eher seltener nutzen würden (46% bzw. 49% bei über 60-Jährigen, 58% bei den 45- bis 59-Jährigen). Ähnliches ist für den postalischen Kontaktweg zu beobachten. Hier stehen zwei Anliegen hervor, die häufiger über den postalischen Kontakt abzuschließen sind: die Einreichung eines Krankenscheins sowie die Einreichung einer Rechnung zur Kostenerstattung. Auch hier bevorzugen die älteren Zielgruppen (ab 45 Jahren) merklich häufiger den postalischen Kontakt (31% bis 42%) und dafür in deutlich geringerem Maße den digitalen Weg (44% bis 68%) als die jüngeren Zielgruppen (digital: 74% bzw. 79%; postalisch: 20% bzw. 26%). Mit Blick auf den persönlichen Kontakt zeigt sich, dass die älteren Zielgruppen tendenziell etwas häufiger eine etwaige Präferenz angeben, insbesondere bezogen auf das Stellen von Leistungsanträgen. Für diesen Anlass artikulieren 35% der 75- bis 79-Jährigen den Wunsch

nach persönlichem Kontakt, während dies bei den 18- bis 29-Jährigen nur 27% und bei den 30- bis 44-Jährigen sogar nur 23% der Befragten angeben. Insgesamt ist festzuhalten, dass digitale Kanäle in Summe bei 4 der 7 Anliegen über alle Altersgruppen hinweg den am häufigsten gewünschten Kontaktweg darstellen. Einzig beim Anliegen „umfassende Beratung“ ist in allen Altersgruppen der telefonische Kontakt beliebter als der digitale. Bei Befragten, die älter als 44 Jahre sind, ist hierfür zudem noch der persönliche Kontakt bedeutsamer.

»» Wie auch 2020 nutzten die Versicherten am häufigsten telefonische oder schriftliche (per E-Mail oder Brief) Kontaktwege, um ihre Krankenversicherung zu kontaktieren. Seltener suchen sie im Vergleich zur Vorerhebung den persönlichen Kontakt, dafür gibt es häufiger eine Kontaktaufnahme per App. Bereits 2020 wies die Versichertenbefragung eine Steigerung der Nutzung digitaler Kontaktkanäle auf. Dies setzt sich in der Befragung 2022 konsequent fort, insbesondere bei der Auswertung der präferierten Kontaktkanäle nach Anliegen. Die Digitalisierung schreitet demnach weiter fort, gleichwohl wünschen sich die Befragten bei komplexeren Anliegen immer noch „echte Menschen“, mit denen sie persönlich in Kontakt treten können. In Bezug auf das Kanalmanagement besteht die Herausforderung nun darin, ein Multi- und Omnikanalangebot so zu gestalten, dass eine vergleichbarer Beratungs- und Ergebnisqualität auf unterschiedlichen Kanälen gleichermaßen gegeben ist.

Servicegeschehen im Detail

Das Servicegeschehen steht in einem hohen statistischen Zusammenhang mit der Versicherungszufriedenheit. Auch im praktischen Sinne ist dies einfach zu illustrieren: In jedem Kontakt, egal wie komplex oder über welchen Kanal, kommen Aspekte des Servicegeschehens zum Tragen. Sei es eine einfache telefonische Auskunft zum Umfang des Bonusprogramms

Abbildung 7 Zukünftig gewünschte Kontaktkanäle nach Anlass und Alter. Frage: Auf welchen Wegen würden Sie sich in Zukunft vorzugsweise zu folgenden Themen durch Ihre Krankenversicherung betreuen lassen wollen? Angabe in Prozent (Mehrfachnennung, max. zwei Kanäle. Basis: n = 5.000)

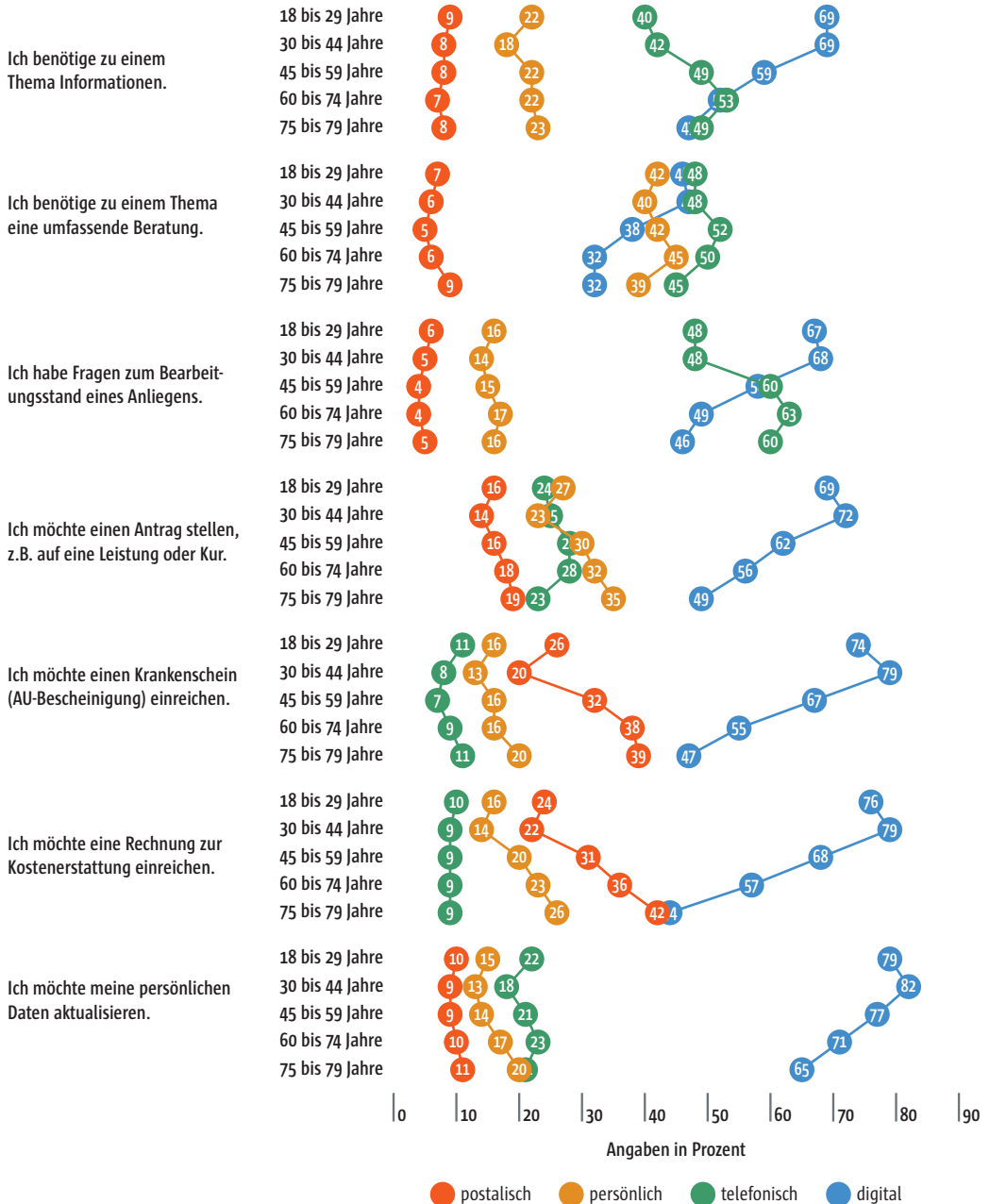
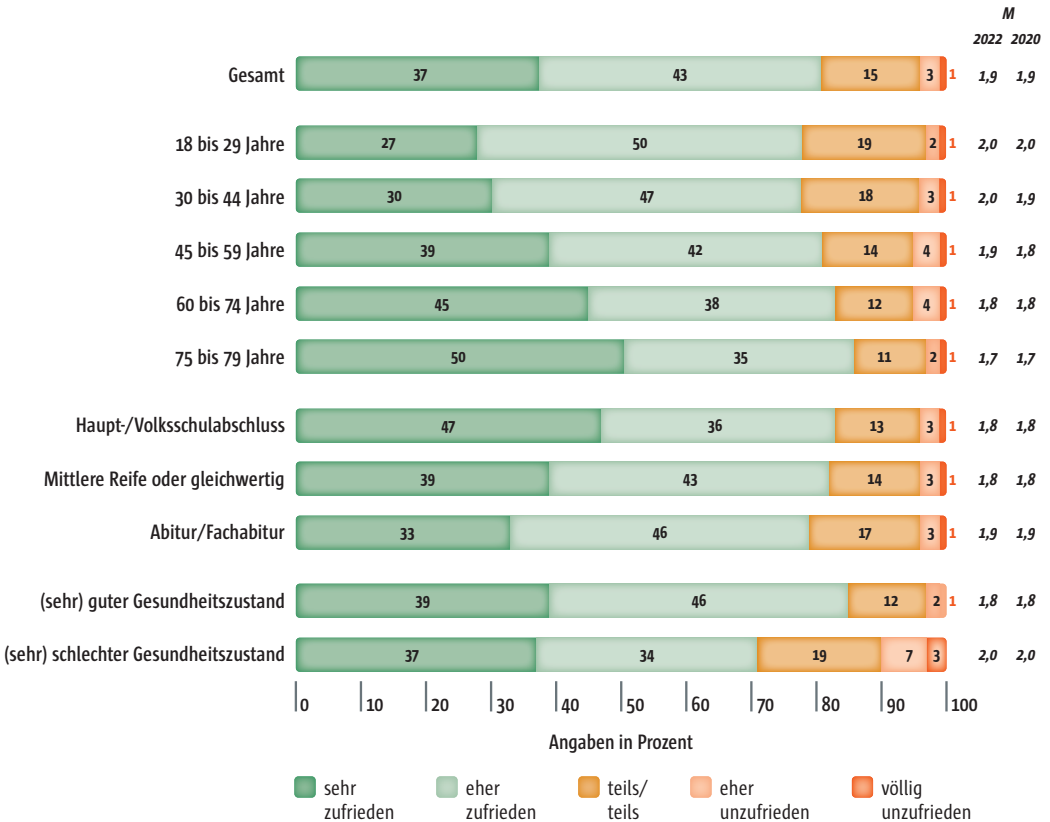


Abbildung 8 Service- und Beratungszufriedenheit nach Alter und Schulabschluss. Frage: Wie zufrieden sind Sie alles in allem mit der Service- und Beratungsqualität Ihrer Krankenversicherung? Angaben in Prozent und Mittelwert (M).
Basis 2022: n = 5.000; 2020: n = 4.728



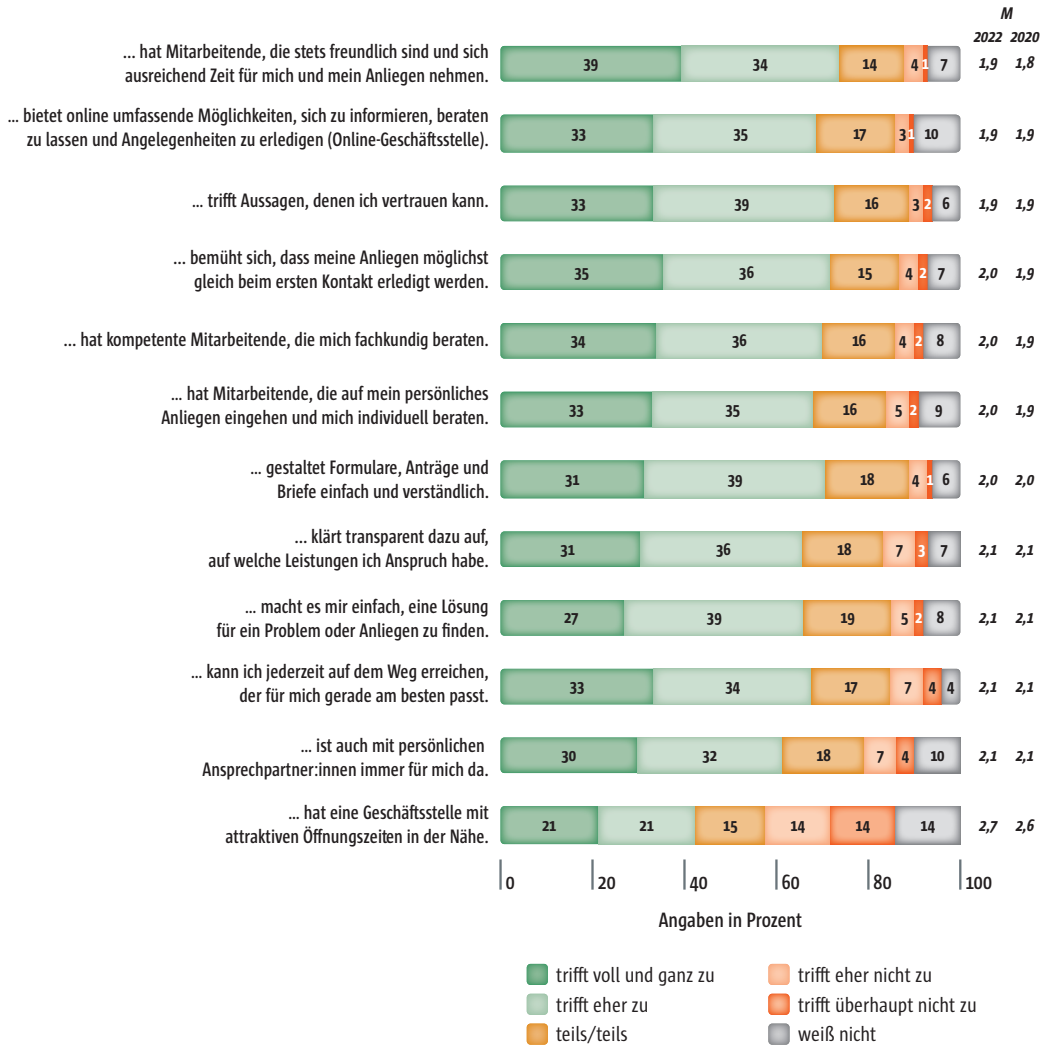
oder aber eine umfassende persönliche Beratung im Vorfeld der Inanspruchnahme einer Kur oder die Nachfrage zum Bearbeitungsstand eines Leistungsantrags per E-Mail. Die Kontakte können dabei sowohl thematisch und inhaltlich sowie bezogen auf ihr Ergebnis höchst unterschiedlich sein. Bei den Versicherten können entsprechend auch mannigfaltige Qualitätseindrücke entstehen, in Abhängigkeit von vielen verschiedenen Eindrücken. Dieses Kapitel widmet sich der Frage, inwieweit sich Versicherte mit der Service- und Beratungsqualität zufrieden zeigen und welche Faktoren selbige ausmachen bzw. Garantien für die Zufriedenheit der Versicherten sind.

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

Sowohl 2020 als auch 2022 war die Mehrheit der befragten Versicherten mit der Service- und Beratungsqualität ihrer Krankenversicherungen eher (2020: 42%, 2022: 43%) oder sehr zufrieden (2020: 38%, 2022: 37%). Etwa ein Siebtel (15%) ist weder zufrieden noch unzufrieden und lediglich 3% bzw. 1% der Befragten sind eher bzw. völlig unzufrieden (»»» Abbildung 8).

Beim Blick auf die einzelnen Zielgruppen fällt auf, dass sich insbesondere die älteren Zielgruppen mit der Service- und Beratungsqualität ihrer Krankenversicherung zufrieden zeigen. So ist etwa die Hälfte (50%) der 75- bis 79-Jährigen sehr zufrieden. Konträr dazu ver-

Abbildung 9 Service- und Beratungsqualität im Detail. Frage: Geben Sie bitte an, inwieweit die folgenden Aussagen auf Ihre Krankenversicherung zutreffen. Angaben in Prozent und Mittelwert (M). Basis: n = 5.000



gibt nur etwa ein Viertel der 18- bis 29-Jährigen (27%) diese Bewertung. Die jüngste Zielgruppe zeigt sich dagegen häufiger eher zufrieden (50%) oder ambivalent (19%). Hier zeigt sich: Je älter die Befragten, desto größer wird der Anteil sehr Zufriedener, während der Anteil der eher und teilweise Zufriedenen proportional dazu abnimmt. Die Zahl der eher und völlig Unzufriedenen liegt über alle Altersgruppen hinweg bei 3% bis 5%. Zudem zeigt ein Blick auf die

schulische Bildung, dass die Zufriedenheit mit der Service- und Beratungsqualität mit dieser in Zusammenhang steht. So liegt der Anteil der sehr Zufriedenen bei Befragten mit Abitur/Fachabitur bei 33%. Unter Personen mit Haupt-/Volksschulabschluss sind es indes fast die Hälfte (47%). Der Vergleich von Versicherten hinsichtlich ihres subjektiven Gesundheitszustandes zeigt, dass etwa gleich viele sehr zufrieden sind (Gesunde: 39%, Kranke: 37%). Allerdings

sind wesentlich mehr subjektiv Kranke eher oder völlig unzufrieden (9%) als Gesunde (3%).

Hinsichtlich der Zufriedenheit mit der Service- und Beratungsqualität ist festzuhalten, dass etwa vier von fünf Versicherten (80%) sehr bzw. eher zufrieden sind, während nur jeder Fünfundzwanzigste (4%) eher oder völlig unzufrieden ist. Dabei sind die meisten Zielgruppen in ähnlichem Maße unzufrieden. Unterschiede zeigen sich insbesondere beim Ausmaß der Zufriedenheit. Die einzig nennenswerte Ausnahme stellen hier die subjektiv Kranken dar, von denen etwa 9% eher bzw. völlig unzufrieden sind.

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

Für insgesamt zwölf Servicekriterien der Service- und Beratungsqualität wurden die subjektive Erfüllung aus Sicht der Befragten sowie der Zusammenhang mit der Gesamtzufriedenheit analysiert. Die zwölf Kriterien setzen sich aus verschiedenen Prozessaspekten zusammen (»» Abbildung 9).

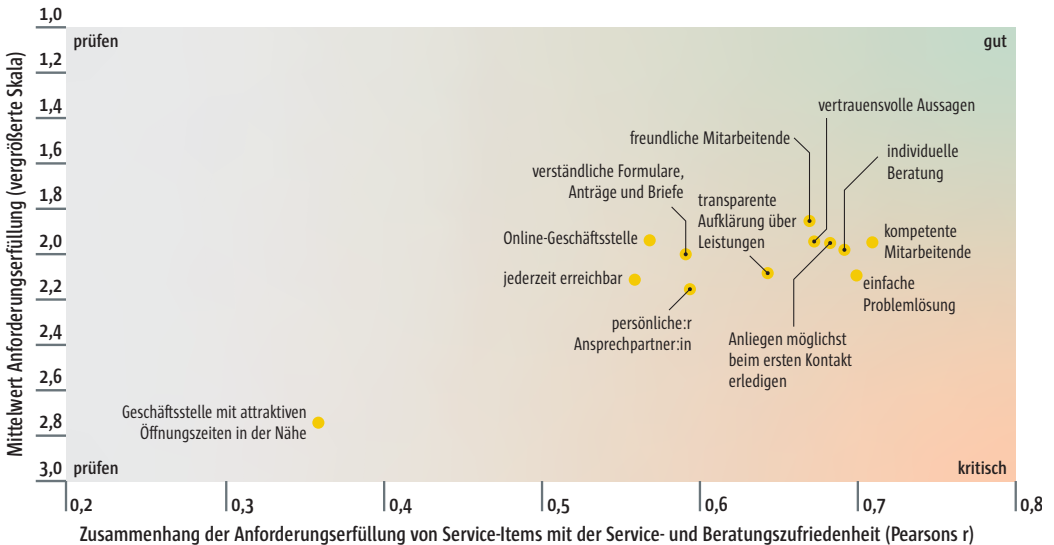
Am höchsten fällt die Erfüllung (also der Anteil an Befragten, die „trifft voll und ganz“ sowie „trifft eher zu“ angaben) wie auch schon 2020 bei der Freundlichkeit (2022: 73%, 2020: 74%) aus. Insgesamt sind bei den Servicekriterien nur geringfügige Unterschiede bezüglich deren Erfüllung im Vergleich der Erhebungsjahre 2020 und 2022 festzustellen. So waren 2020 fachliche Kompetenz (71%) und die Erledigung des Anliegens im ersten Kontakt (71%) auf Platz zwei und drei, während 2022 die fachliche Kompetenz nun nur noch auf Platz fünf (70%) und die Erledigung des Anliegens im ersten Kontakt auf Platz drei (71%) liegen. Auch ist anzumerken, dass zehn von zwölf Kriterien hinsichtlich des Erfüllungsgrades sehr nah beieinanderliegen (66% bis 73%). Ausnahmen dafür stellen die beiden Kriterien der persönlichen Erreichbarkeit dar. Die Aussage „ist auch mit persönlichen Ansprechpartnern immer für mich da“

kommt nur auf einen Erfüllungsgrad von 61%, Geschäftsstellen mit attraktiven Öffnungszeiten erhalten gar nur 43% Zustimmung. Bei Letzterem zeigt sich dies auch durch einen vergleichsweise hohen Anteil an Personen, die diese Aussage eher nicht oder überhaupt nicht zustimmen. Während dieser bei den anderen elf Kriterien zwischen 5% und 11% liegt, fällt selbiger bei den Öffnungszeiten der Geschäftsstellen mit 28% recht hoch aus. Hier ist auch der Anteil derer, die keine Angabe zu den Kriterien machen konnten, mit 14% am höchsten.

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

Nachdem zuvor eher die Anteile der einzelnen Variablenausprägungen näher beleuchtet wurden, liegt nun das Augenmerk auch auf den Mittelwerten der jeweiligen Servicekriterien. Diese eignen sich zur Einordnung einer potenziellen Korrelation der jeweiligen Kriterien mit der Beurteilung der Service- und Beratungsqualität (»» Abbildung 10). Das Kriterium der Geschäftsstelle mit attraktiven Öffnungszeiten in der Nähe zeigt bspw. eine vergleichsweise geringe Erfüllung ($M = 2,7$), steht aber auch in einem eher niedrigen Zusammenhang mit der Bewertung der Service- und Beratungsqualität ($r = .358$). Entsprechend spielt dieses Kriterium eine eher untergeordnete Rolle und bietet kaum Handlungspotenzial für die Krankenversicherungen. Der Fokus sollte sich stattdessen auf andere Kriterien richten, die in einem höheren Zusammenhang mit der Evaluation der Service- und Beratungsqualität stehen und gleichzeitig Erfüllungspotenziale aufweisen. Dies ist bspw. bei der einfachen Problemlösung der Fall: Dieses Kriterium weist den zweithöchsten Zusammenhang mit der Bewertung der Service- und Beratungs-

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



qualität auf ($r = .700$), liegt aber in puncto Erfüllungsgrad nur auf Platz neun der zwölf Kriterien ($M = 2,1$). Das Kriterium mit der höchsten Korrelation, jenes der Kompetenz der Mitarbeitenden ($r = .710$), ist indes auf der Matrix zwischen Erfüllungsgang und Zusammenhang etwas besser positioniert ($M = 2,0$, Platz fünf). Beide Kriterien offenbaren dennoch Handlungspotenziale, um die Zufriedenheit mit der Service- und Beratungsqualität maßgeblich zu steigern. Nur geringfügige Verbesserungen in diesen Kriterien könnten bereits zu zufriedeneren Versicherten führen, während Verschlechterungen ebenfalls deutliche Einbußen bedeuten könnten. Ein weiteres gutes Beispiel hierfür ist die Online-Geschäftsstelle: Diese hat, nach freundlichen Mitarbeitenden, den zweithöchsten Erfüllungsgrad ($M = 1,9$), der Zusammenhang mit der Service- und Beratungszufriedenheit fällt allerdings deutlich geringer aus als bei anderen Kriterien ($r = .569$). Hier sind nennenswerte Verbesserungen schwerer zu erzielen und würden zudem voraussichtlich weniger Auswirkung auf die Evaluation der Versicherten haben. Dies verhält sich bei den Kriterien jederzeit erreichbar ($r = .559$,

$M = 2,1$), persönlicher Ansprechpartner ($r = .594$, $M = 2,1$) und verständliche Formulare, Anträge und Briefe ($r = .591$, $M = 2,0$) ähnlich. Bei dem besterfüllten Kriterium, der Freundlichkeit der Mitarbeitenden ($M = 1,9$), liegt der Zusammenhang indes noch etwas höher ($r = .670$). Auf der Matrix direkt daneben liegen die Kriterien vertrauensvolle Aussagen ($r = .672$, $M = 1,9$), Anliegen möglichst beim ersten Kontakt erledigen ($r = .682$, $M = 2,0$) sowie individuelle Beratung ($r = .691$, $M = 2,0$). Diese Kriterien weisen alle einen vergleichsweise hohen Zusammenhang mit der Bewertung der Service- und Beratungsqualität sowie auch einen bereits relativ hohen Erfüllungsgrad auf. Während bei diesen Attributen eine Steigerung der Erfüllungsgrade vermutlich aufwendiger wäre, wären Verschlechterungen voraussichtlich in höherem Maße mit geringerer Zufriedenheit verbunden. In diesem Fall ist es also ratsam, die Erfüllungsgrade hochzuhalten. Grundsätzlich liegen die meisten Kriterien in puncto Erfüllungsgrad recht nah beieinander. Unterschiede machen sich vor allem in der Stärke des Zusammenhangs mit der Bewertung der Service- und Beratungsqualität bemerkbar.

Insgesamt ist festzuhalten, dass die Bewertung der Service- und Beratungsqualität hoch ausfällt. Elf von zwölf identifizierten Servicekriterien weisen dabei eine mittlere bis hohe Korrelation mit der wahrgenommenen Bewertung der Service- und Beratungsqualität auf. Die Kompetenz der Mitarbeitenden, eine einfache Problemlösung sowie die individuelle Beratung weisen hier die besten Werte auf. Dies ist insofern hervorzuheben, da nur geringfügige Veränderungen an einem oder mehreren dieser Aspekte die Qualität des Servicegeschehens maßgeblich beeinflussen könnten. Einzig das Angebot einer Geschäftsstelle mit attraktiven Öffnungszeiten in der Nähe fällt hier aus dem Rahmen. Obwohl die Zufriedenheit mit den Öffnungszeiten eine vergleichsweise geringe Erfüllung aufweist, fällt der Zusammenhang mit der Bewertung der Service- und Beratungsqualität eher niedrig aus. Für die Versicherten spielt dieses Kriterium also eine eher untergeordnete Rolle. Zu betonen ist zudem, dass sowohl die Erfüllungsgrade als auch die Stärke der jeweiligen Korrelationen der Servicekriterien zwischen den Erhebungen 2020 und 2022 weitestgehend stabil bleiben.

Versorgungsgestaltung

Der Terminus Versorgungsgestaltung bedarf zunächst einer klaren Definition. Im Kern umfasst er das Bestreben bzw. die Aufgabe der Krankenversicherung, die optimale gesundheitliche Versorgung der Versicherten strukturiert zugänglich zu machen. Jedoch ist dieses Rollenverständnis der Krankenversicherung in den vergangenen Jahrzehnten stetig gewachsen. Die Krankenversicherungen sollen mittlerweile nicht nur die gesundheitliche Versorgung, sondern auch darüber hinausreichende Aufgaben übernehmen. Diese sind so vielseitig und zahlreich, dass sie kaum innerhalb einiger Frageitems abschließend dargestellt werden können. Innerhalb der Versichertenbefragungen 2020 und 2022 wurde diese Qualitätsdimension so umfassend wie möglich operationali-

siert. Sie umfasst verschiedene Aspekte der Versorgungsgestaltung und inkludiert Themen unterschiedlicher Teilbereiche. Diese lassen sich wie folgt zusammenfassen:

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

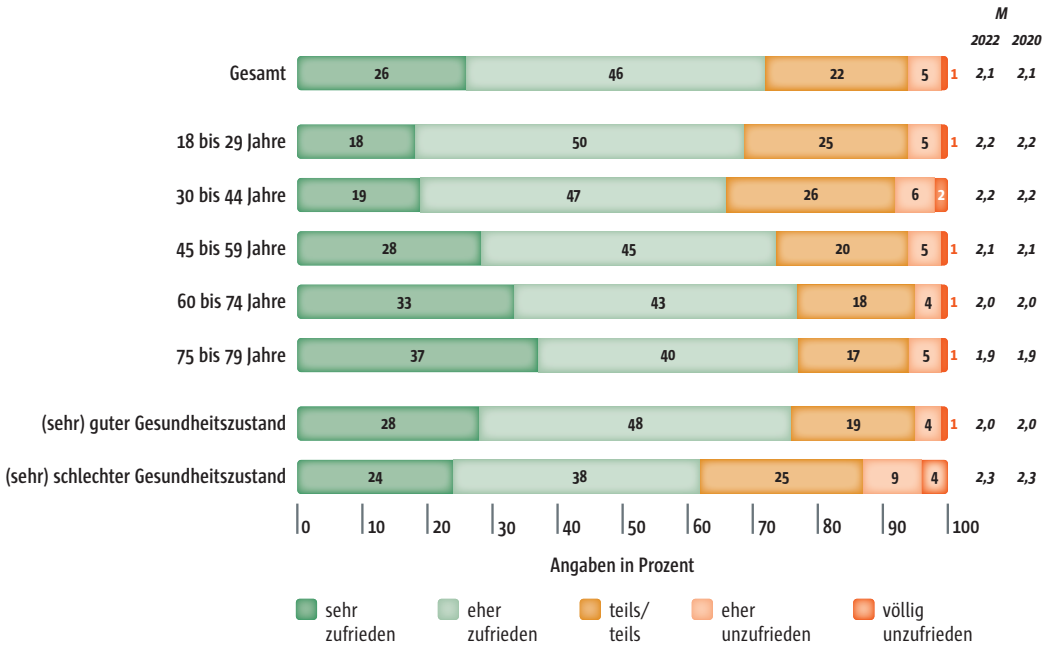
Es ist hier anzumerken, dass aus der Perspektive der Versicherten der Begriff „Versorgungsgestaltung“ recht abstrakt erscheinen mag. Für sie sind wohl die Ausgestaltung von Versorgungs- und Präventionsangeboten, die Bereitstellung von Informationen zu Leistungserbringern und deren Qualität oder die Organisation von Behandlungsterminen beispielhafte, greifbare Aspekte dieser Qualitätsdimension.

Qualität der Versorgungsgestaltung im Detail

Wie bewerten die Versicherten die Versorgungsgestaltung insgesamt?

Insgesamt bleiben die Ergebnisse bei der Qualitätswahrnehmung der Versorgungsgestaltung 2022 nahezu identisch zu denen der Erhebung 2020. Wie damals ist etwa ein Viertel der Befragten (26%) mit der Qualität der gesundheitlichen Versorgung und den Präventionsangeboten der Krankenversicherung sehr zufrieden. Der größte Anteil ist bei den Befragten zu finden, die eher zufrieden sind (2022: 46%, 2020: 45%). Mehr als ein Fünftel der Versicher-

Abbildung 11 Versorgungsqualität nach Alter und Gesundheitszustand. Frage: Wie zufrieden sind Sie alles in allem mit Ihrer Krankenversicherung bezogen auf die Qualität Ihrer gesundheitlichen Versorgung und Präventionsangebote? Angaben in Prozent und Mittelwert (M). Basis 2022: n = 5.000; 2020: n = 4.728



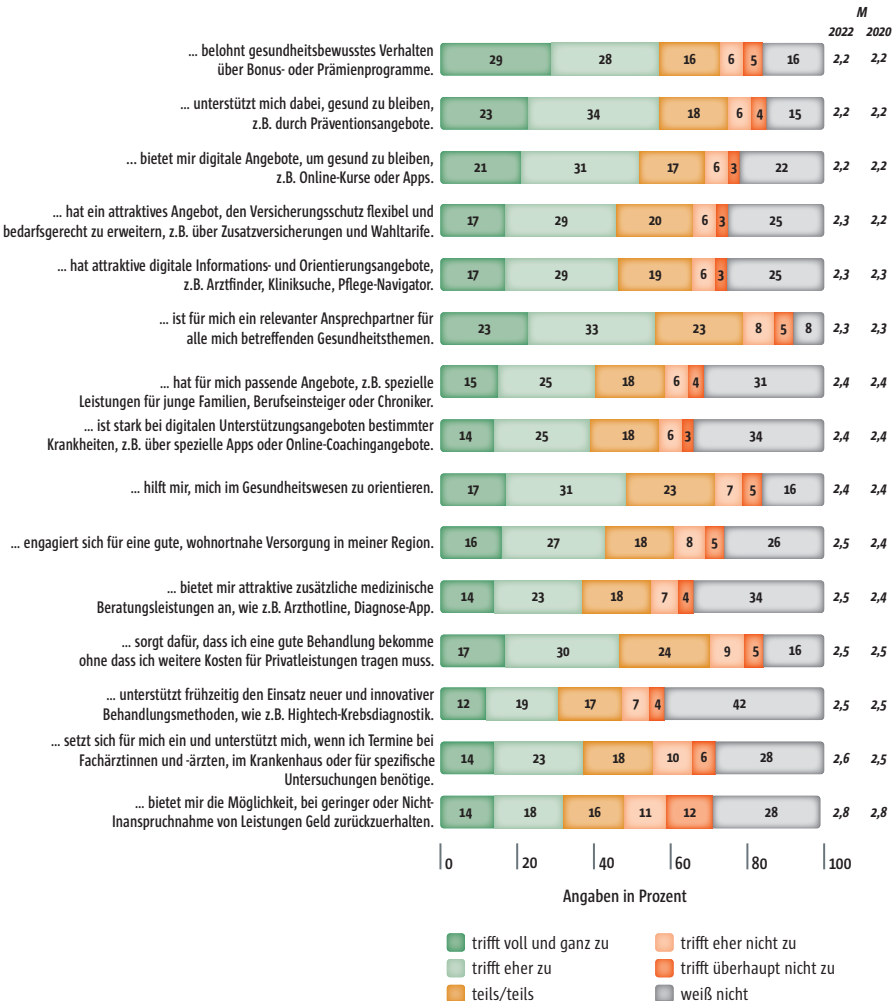
ten gab 2020 und 2022 ein unentschiedenes Votum ab (22%). Auch die Anteile der eher (5%) und völlig Unzufriedenen (1%) bleiben gleich (»»» Abbildung 11). Damit liegt die Qualitätsdimension Versorgungsgestaltung zwar leicht hinter der Service- und Beratungsqualität (M = 1,9), die Beurteilungen verweisen aber trotzdem auf eine positive Qualitätswahrnehmung (M = 2,1).

Auch auf Ebene einzelner Zielgruppen bleiben Unterschiede zwischen den Erhebungen 2020 und 2022 bestenfalls nuanciert. So liegt der Anteil an sehr Zufriedenen bspw. bei den 18- bis 29-Jährigen 2022 bei 18%, während er 2020 bei 19% lag. Dies wird anhand der in »»» Abbildung 11 angegebenen Mittelwerte der einzelnen Zielgruppen deutlich: Diese sind im Vergleich zwischen den Erhebungen jeweils bis zur ersten Dezimalstelle identisch. Es lohnt allerdings ein Blick auf die Unterschiede zwischen den jeweiligen Zielgruppen innerhalb

der aktuellen Erhebung. So zeigt sich – wie bereits bei der Beurteilung der Service- und Beratungszufriedenheit – dass die jüngeren Zielgruppen (die 18- bis 29-Jährigen sowie die 30- bis 44-Jährigen) tendenziell unzufriedener sind als die älteren Zielgruppen. Während nur 18% der 18- bis 29-Jährigen und 19% der 30- bis 44-Jährigen sehr zufrieden sind, liegt dieser Anteil bei den 75- bis 79-Jährigen bei 37%. Weitergehend gleich bleibt jedoch der Anteil der eher und sehr Unzufriedenen (zwischen 6% und 8%).

Auch der Blick auf den subjektiven Gesundheitszustand der Versicherten macht Unterschiede diesbezüglich sichtbar. So sind nur 5% der subjektiv Gesunden mit ihrer Krankenversicherung bezogen auf die Qualität ihrer gesundheitlichen Versorgung und Präventionsangebote eher oder völlig unzufrieden, während dies bei den subjektiv Kranken 13% sind.

Abbildung 12 Versorgungsqualität im Detail. Frage: Geben Sie an, inwieweit die folgenden Aussagen auf Ihre Krankenversicherung zutreffen. Angaben in Prozent und Mittelwert (M). Basis 2022: n = 5.000; 2020: n = 4.728

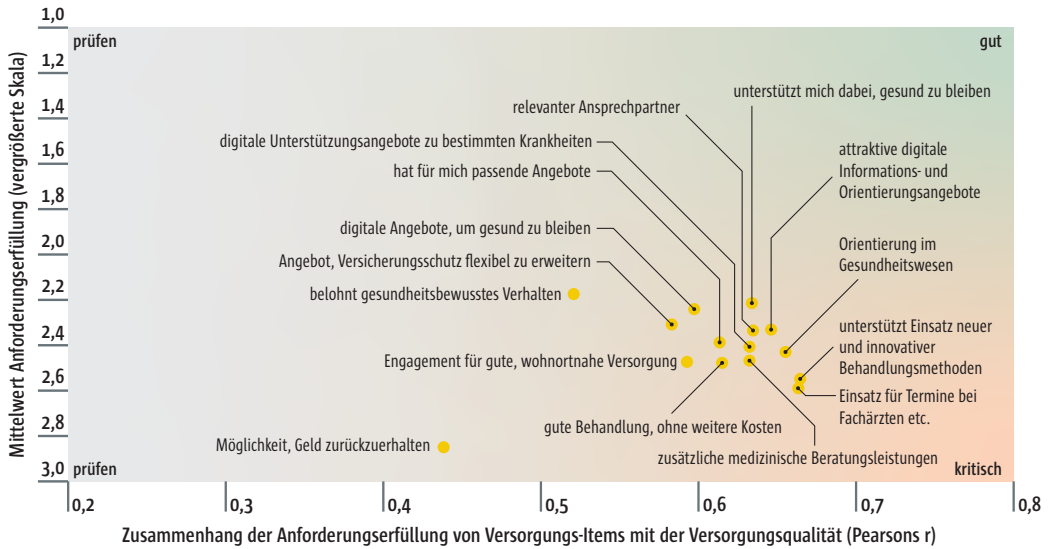


Was macht Versorgungsgestaltung im Detail aus und wie beurteilen Versicherte diese?

Um die Versorgungsgestaltung differenziert abzubilden, wurden den Versicherten insgesamt 15 Kriterien diesbezüglich vorgelegt. Wie **»»»** Abbildung 12 zeigt, liegen die Mittelwerte der jeweiligen Kriterien 2022 und 2020 auf einem sehr ähnlichen Niveau. Wie bei der Vorerhebung weisen auch 2022 viele der Aspekte einen sehr hohen Anteil an Befragten auf, welche die Antwortoption „weiß nicht“ auswählen. Am höch-

ten fällt dies bei der Unterstützung für den Einsatz innovativer Behandlungsmethoden (42%), dem Angebot zusätzlicher medizinischer Beratungsleistungen sowie digitalen Unterstützungsangeboten bei bestimmten Krankheiten (jeweils 34%) aus. Wodurch dies bedingt ist, lässt sich anhand der Datenlage nicht eindeutig feststellen. Denkbar ist, dass die Versicherten diese Angebote ihrer Krankenversicherung nicht kennen bzw. aufgrund geringer Berührungspunkte nicht sicher einschätzen können.

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

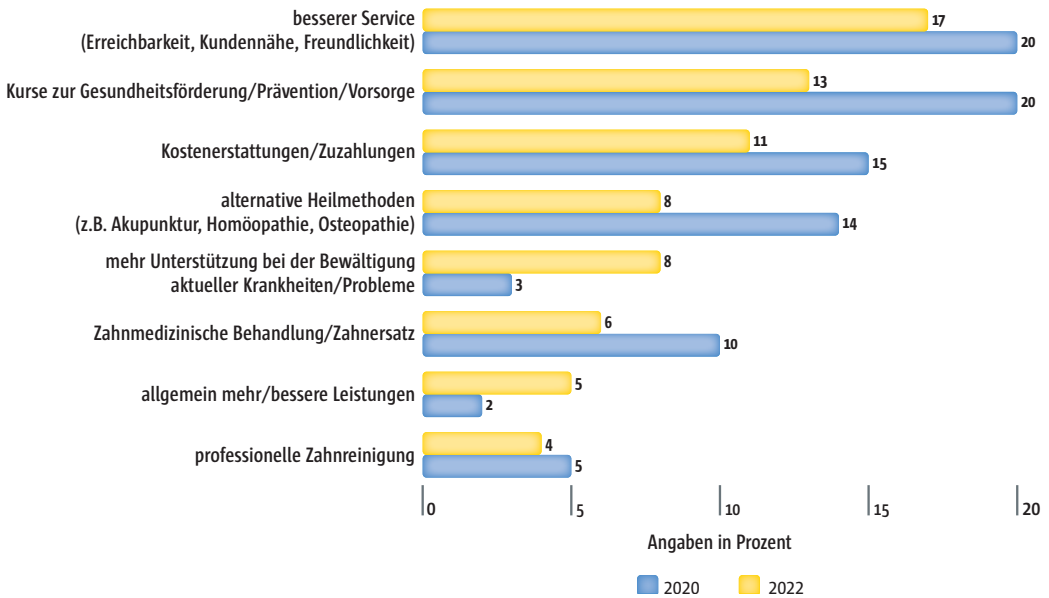


Verglichen mit den Kriterien des Servicegeschehens (»» Kapitel „Servicegeschehen“) fallen die Urteile in der Versorgungsgestaltung etwas schwächer, dafür aber differenzierter aus. Während im Servicegeschehen die meisten Kriterien einen Mittelwert zwischen 1,9 und 2,1 aufweisen, unterscheiden sich die Angaben in der Versorgungsgestaltung deutlicher voneinander. Der Erfüllungsgrad (Anteil „trifft voll und ganz“ sowie „trifft eher zu“) variiert zwischen 30% und 57%. Den höchsten Erfüllungsgrad erreicht die Unterstützung, gesund zu bleiben (57%), den geringsten die Unterstützung für den Einsatz innovativer Behandlungsmethoden (30%). Hierzu sei jedoch ergänzt, dass Letzteres auch den höchsten Anteil an Versicherten mit der Angabe „weiß nicht“ auf sich vereint. Denn beim Grad der Nichterfüllung (Anteil „trifft eher nicht zu“) und „trifft überhaupt nicht zu“ liegt das Kriterium mit 11% etwa im Mittelfeld. Mit Blick auf die Nichterfüllung reichen die Werte von 8% bis 23%. Allerdings ist das Kriterium, bei geringer oder Nichtinanspruchnahme von Leistungen Geld zurückzuerhalten, mit 23% Nichterfüllung eher ein Ausreißer. Am geringsten fällt die Nichterfüllung bei dem Ange-

bot aus, den Versicherungsschutz flexibel zu erweitern (8%).

Analog zum Vorgehen der Auswertung des Servicegeschehens wurde auch hier für eine genauere Analyse eine Matrix aus Korrelationskoeffizienten der jeweiligen Kriterien mit der Zufriedenheit der Versorgungsgestaltung und dem zugehörigen Mittelwert gebildet (»» Abbildung 13). Hier zeigt sich deutlich, dass im Vergleich zum Servicegeschehen mehr Handlungspotenziale bestehen. Die Korrelationskoeffizienten sind insgesamt etwas niedriger und noch konzentrierter als beim Servicegeschehen (r zwischen $.438$ und $.665$). Der höchste Zusammenhang mit der Zufriedenheit ist bei dem Kriterium Einsatz neuer und innovativer Behandlungsmethoden festzustellen. Hier liegt der Erfüllungsumfang (Mittelwert) jedoch recht niedrig ($M = 2,5$). Ähnlich ist dies beim Einsatz der Krankenversicherungen für Termine bei Fachärztinnen und -ärzten zu beobachten. Hier ist der zweitschlechteste Mittelwert ($M = 2,6$) sowie der zweitgrößte Zusammenhang ($r = .663$) festzustellen. In diesen beiden Punkten besteht dringender Aufholbedarf, da Versicherten diese Punkte sehr wichtig

Abbildung 14 Wahrgenommene Leistungslücken. Frage: In welchen Bereichen sollte Ihre Krankenversicherung künftig noch mehr, andere oder bessere Angebote unterbreiten? Wo nehmen Sie heute konkrete Leistungslücken wahr? Angaben in Prozent. Basis 2022: n = 1.834; 2020: n = 1.567 (nur, wenn Leistungslücken erkannt); Darstellung aller Nennungen > 4%



sind, die Krankenversicherung diese aber derzeit aus Versichertenperspektive nur mäßig erfüllt. Dies trifft – wenn auch in etwas geringem Maße – auf 13 von 15 Kriterien zu. Einzig die Kriterien Möglichkeit, Geld zurück zu erhalten und Belohnung gesundheitsbewussten Verhaltens liegen außerhalb des kritischen Bereiches. Während Ersteres zwar den schwächsten Erfüllungsgrad aufweist ($M = 2,8$), hat es auch den geringsten Zusammenhang mit der Zufriedenheit der Befragten ($r = .438$). Bei Zweitem ist der Zusammenhang zwar etwas höher ($r = .520$), aber dennoch an zweitletzter Stelle. Bei beiden Kriterien hätten also Verbesserungen oder gar Verschlechterungen der Werte potenziell eher geringfügige Auswirkungen auf die Zufriedenheit mit der Versorgungsgestaltung.

Augenscheinlich setzt sich die Qualitätswahrnehmung der Versicherten in der Versorgungsgestaltung aus verschiedenen Teilaspekten zusammen. Während zwar tendenziell mittlere bis relativ hohe Korrelationen mit der Zu-

friedenheit vorliegen, bleibt die Erfüllung der jeweiligen Kriterien eher niedrig. Entsprechend zeigt sich, dass die Qualitätsdimension Verbesserungspotenziale aufzeigt und die Versicherten diese auch erwarten.

In welchen Versorgungsbereichen sehen die Versicherten Leistungslücken?

Mehr als ein Drittel der befragten Versicherten (37%) nimmt grundsätzlich Leistungslücken der Krankenversicherung wahr. Dies stellt eine leichte Steigerung zur Erhebung 2020 dar (33%), wobei die konkrete Benennung der Defizite zur Vorerhebung seltener erfolgt. Am häufigsten nannten die Befragten 2022 besseren Service (2022: 17%, 2020: 20%) und Kurse zur Gesundheitsförderung (2022: 13%, 2020: 20%) (»»» Abbildung 14). Größere Unterschiede zwischen den Erhebungen zeigen sich bspw. bei der Nennung von alternativen Heilmethoden, welche 2022 nur noch 8% der Nennungen ausmachen, während es 2020 noch 14% waren. Dafür steigt die Häufigkeit der Angabe „mehr Unterstützung

bei der Bewältigung aktueller Krankheiten/Probleme“ um etwa 5 Prozentpunkte von 3% (2020) auf 8% (2022) an.

» Eine Besonderheit der Qualitätsdimension Versorgungsgestaltung stellt der hohe Anteil an Versicherten dar, welcher viele der einzelnen Aspekte der Dimensionen nicht zu beantworten vermag. Je nach Kriterium waren es zwischen 8% und 42% der Befragten. Im Vergleich zur Vorerhebung 2020 sind indes kaum Unterschiede festzustellen. Ebenso verhält sich dies beim Zusammenhang der einzelnen Kriterien mit der Zufriedenheit bezüglich der Qualitätsdimension. Wie 2020 zeigen sich mittlere bis hohe Korrelationen über alle Kriterien hinweg. Am wichtigsten ist den Versicherten die Unterstützung für den Einsatz neuer und innovativer Behandlungsmethoden sowie für Termine bei Fachärztinnen- und -ärzten. Dabei fallen die Erfüllungsgrade der einzelnen Dimensionen vergleichsweise gering aus. Ob dies fehlenden oder mangelhaften Angeboten oder aber fehlenden Informationen zu bestehenden Angeboten geschuldet ist, lässt sich über die Versichertenbefragung nicht beantworten. Es zeigt sich aber in jedem Fall ein eindeutiges Handlungspotenzial für die Krankenversicherungen, die Versorgungsgestaltung zu optimieren.

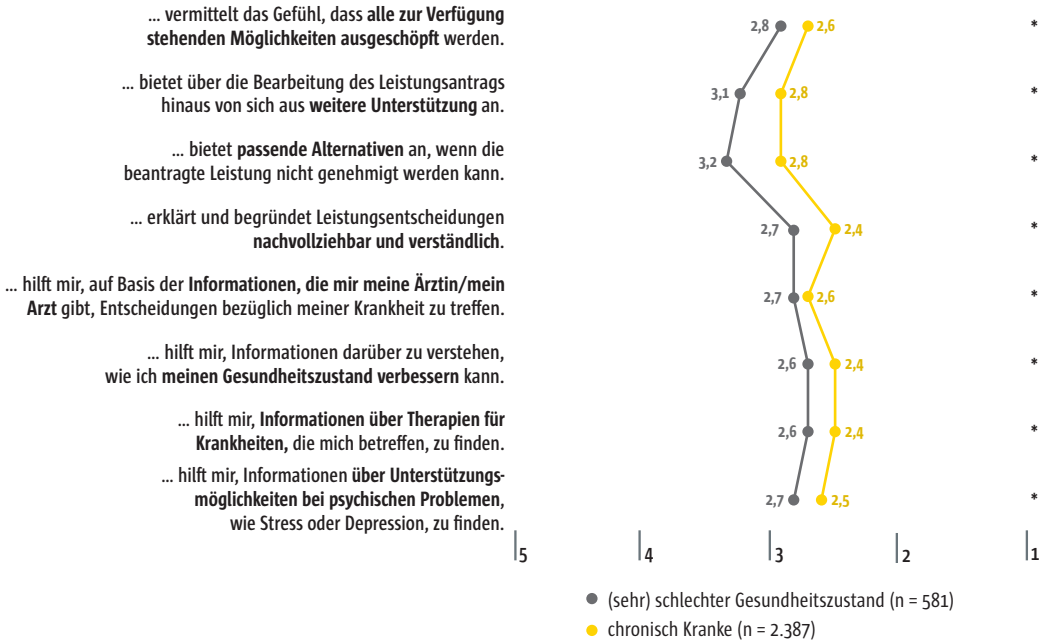
Exkurs: Wie beurteilen Versicherte mit (sehr) schlechtem Gesundheitszustand und solche, die unter chronischen Erkrankungen leiden, ihre Krankenversicherung?

Von insgesamt 5.000 befragten Versicherten schätzen etwa 12% ihren Gesundheitszustand als (sehr) schlecht ein. Dies stellt eine geringfügige Steigerung im Vergleich zur Vorerhebung 2020 (11%) dar. Ähnlich verhält es sich mit denen, die angaben, unter chronischen Erkrankungen zu leiden. 2020 waren dies noch 45%, 2022 sind es 48%. Definiert werden chronische Erkrankungen als lang andauernde Erkrankungen, die ständiger Behandlung und Kontrolle bedürfen, z.B. Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Bluthochdruck.

Bei der Interpretation der Unterschiede zwischen diesen beiden Vergleichsgruppen ist zu beachten, dass 89% der Befragten mit (sehr) schlechtem Gesundheitszustand angeben, dass sie an einer chronischen Erkrankung leiden ($n = 517$). Versicherte mit (sehr) schlechtem Gesundheitszustand sind demnach weitestgehend ein kleiner Bestandteil der chronisch Kranken, die sich wiederum auch aus Befragten zusammensetzen, die ihren Gesundheitszustand als (sehr) gut ($n = 805$) oder mittelmäßig ($n = 1.059$) einschätzen. Insgesamt sind chronisch Kranke zufriedener mit ihrer Krankenversicherung als Versicherte mit (sehr) schlechtem Gesundheitszustand. Vor allem in Bezug auf Leistung und Versorgung fühlen sich Versicherte mit (sehr) schlechtem Gesundheitszustand deutlich schlechter unterstützt (»» Abbildung 15).

Versicherte mit (sehr) schlechtem Gesundheitszustand fühlen sich von ihrem Krankenversicherer nicht ausreichend unterstützt. So geben sie seltener an, dass ihre Krankenversicherung alle zur Verfügung stehenden Mittel ausschöpft ($M = 2,8$), Unterstützungen über den Leistungsantrag hinaus anbietet ($M = 3,1$) oder passende Alternativen anbietet, wenn eine Leistung nicht genehmigt wird ($M = 3,2$) als Versicherte, die unter einer chronischen Krankheit leiden. Auch bemängeln Personen mit subjektiv schlechterer Verfassung nicht nur die direkte Versorgung mit Leistungen, sondern auch mit Informationen. Sie beurteilen die Unterstützung der Krankenversicherung bei Entscheidungen zur Krankheitsbewältigung als weniger ausgeprägt ($M = 2,7$) als chronisch kranke Befragte ($M = 2,6$). Ähnlich verhält es sich auch mit Informationen darüber, wie sich der Gesundheitszustand verbessern lässt oder bezüglich krankheitsbezogener Therapien sowie Unterstützungsmöglichkeiten bei psychischen Problemen.

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



Spezifische versorgungsbezogene Anforderungen an die Krankenversicherung

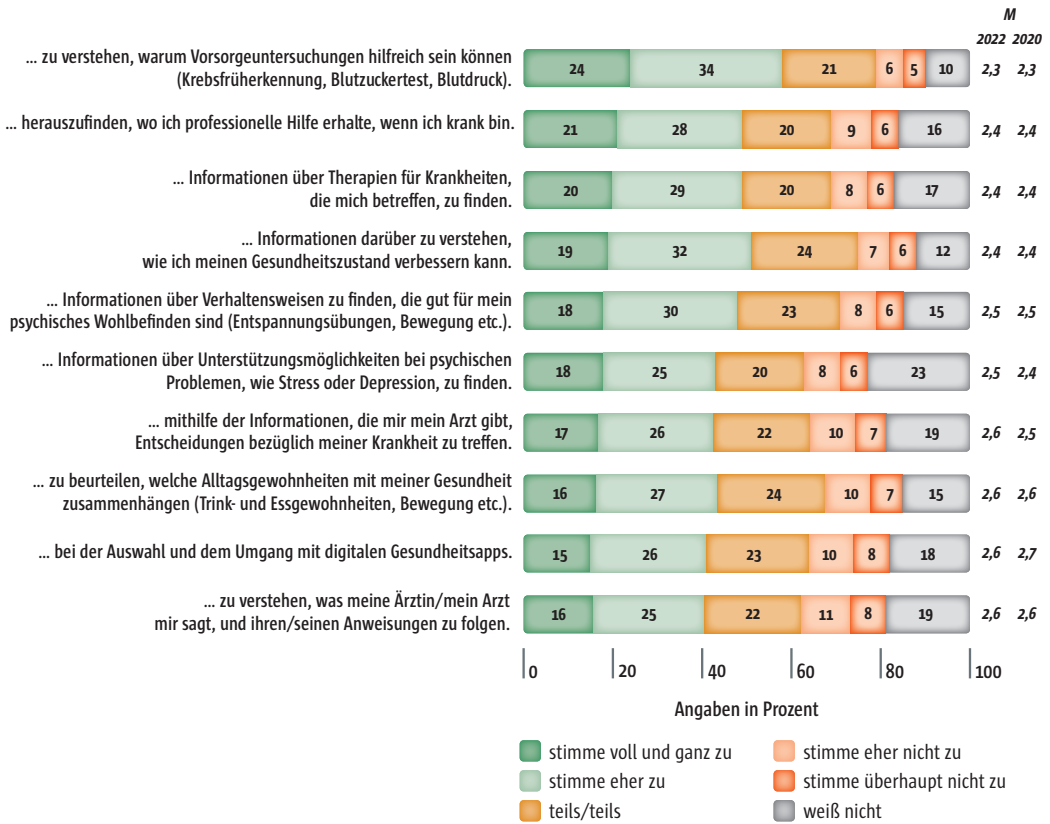
Wie gut fühlen sich die Versicherten beim Aufbau von Gesundheitskompetenz unterstützt?

Gesundheitskompetenz (auch Health Literacy) beschreibt die Fähigkeit von Individuen, Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden [7], um das eigene Leben gesund zu gestalten. Sie ist Voraussetzung für Gesundheit und Wohlbefinden in einer modernen Gesellschaft. Insbesondere als Folge von Digitalisierung und wachsender Komplexität des Gesundheitssystems sehen sich Versicherte mit einer steigenden Dichte von Gesundheitsinformationen konfrontiert. Sich gesundheitskompetent zu verhalten, stellt daher eine Herausforderung dar. Zwar wächst das Verständnis zur Relevanz von Health Literacy als Gesundheitsdeterminante, gleichwohl

zählt dieser Aspekt immer noch zu den vernachlässigten Bereichen im Gesundheitswesen. Krankenversicherungen sind in zunehmendem Maße gefordert, durch Informations- und Versorgungsangebote dazu beizutragen, die Gesundheitskompetenz der Versicherten zu stärken, da sich eine geringe Gesundheitskompetenz erwiesenermaßen negativ auf die individuelle Gesundheit auswirkt [8].

Die Versichertenbefragung zeigte bereits im Jahr 2020, dass viele Versicherte von ihrer Krankenversicherung keine Hilfe erhalten, wenn es um den Aufbau von Gesundheitskompetenz geht (»»» Abbildung 16). Auch in der aktuellen Erhebung bestätigt sich dieser Eindruck. Tatsächlich sind zwischen den einzelnen Erhebungen kaum Unterschiede festzustellen. Immer noch geben drei von fünf Befragten (2022: 58%, 2020: 57%) an, dass ihr Krankenversicherer sie dabei unterstützt, zu verstehen, warum Vorsorgeuntersuchungen hilfreich sind. Allerdings

Abbildung 16 Gesundheitskompetenz im Detail. Frage: Inwieweit stimmen Sie folgenden Aussagen zu? Meine Krankenkasse hilft mir ... Angaben in Prozent und Mittelwert (M). Basis 2022: n = 5.000; 2020: n = 4.728



verneint dies auch etwa ein Zehntel (11%), und ein weiteres kann dazu keine Aussage treffen (10%). Allgemein ist der Anteil der Versicherten, die zur Gesundheitskompetenz keine Aussage treffen konnten, mit zwischen 10% und 23% je Frageitem relativ hoch.

Der Anteil derer, die sich eher nicht oder überhaupt nicht von ihrer Krankenversicherung unterstützt fühlen, ist bei der Einordnung ärztlicher Anweisungen am höchsten (19%). Insgesamt entfallen je Item zwischen 11% und 19% in diese Kategorie. Die Einordnung ärztlicher Anweisungen weist auch den niedrigsten Mittelwert 2022 auf (M = 2,6). Dies zeigt deutlich, dass sich insbesondere in akuten gesundheitlichen Problemsituationen einige Befragte von ihrer Krankenversicherung überhaupt

nicht unterstützt fühlen. Bspw. wissen nur wenige Befragte, wo sie professionelle Hilfe einfordern können (6%) oder welche Unterstützungsmöglichkeiten bei psychischen Problemen (6%) existieren.

An dieser Stelle lohnt sich ein Blick auf einzelnen Zielgruppen. So fühlen sich bspw. Personen mit Schulkindern im Haushalt in allen aufgelisteten Punkten besser unterstützt (M zwischen 2,1 und 2,5; Ø = 2,3) als Erwerbstätige (M zwischen 2,3 und 2,6; Ø = 2,5), Pensionierte (M zwischen 2,2 und 2,5; Ø = 2,4) oder Personen mit Vorschulkindern im Haushalt (M zwischen 2,3 und 2,6; Ø = 2,4). Noch deutlicher sind die Unterschiede, wenn sich der Blick auf den Gesundheitszustand der Befragten richtet: Personen mit subjektiv (sehr) gutem Gesundheitszu-

stand fühlen sich in allen Punkten vergleichsweise gut informiert (M zwischen 2,2 und 2,5; $\sigma = 2,4$), während dies bei denen mit (sehr) schlechtem deutlich seltener auftritt (M zwischen 2,4 und 2,8; $\sigma = 2,7$).

Beim Blick auf die Altersgruppen zeigen sich indes nur bei einzelnen Aspekten signifikante Unterschiede, bspw. bei der Erklärung, warum Vorsorgeuntersuchungen hilfreich sein können. Hierbei fühlen sich die Versicherten der Altersgruppe der 75- bis 79-Jährigen ($M = 2,0$) signifikant besser unterstützt als alle anderen (M zwischen 2,2 und 2,4). Signifikante Unterschiede sind indes noch beim schulischen Abschluss festzustellen. Versicherte mit Abitur/Fachabitur fühlen sich demnach in allen Punkten signifikant weniger durch ihre Krankenversicherung unterstützt (M zwischen 2,3 und 2,8; $\sigma = 2,6$) als jene mit Haupt- oder Volksschulabschluss (M zwischen 2,1 und 2,4; $\sigma = 2,3$) oder Mittlerer Reife (M zwischen 2,2 und 2,6; $\sigma = 2,4$). Es ist also ein deutlicher Zusammenhang zwischen der schulischen Bildung und der Gesundheitskompetenz festzustellen. Woraan dies liegen könnte, vermag die Versichertenbefragung nicht zu beantworten. Denkbar wäre bspw., dass höher gebildete Befragte andere oder höhere Erwartungen an die eigene Krankenversicherung haben oder dass Kompetenzstärkungsangebote der Versicherer eher auf Personen mit niedrigerem Bildungsstand abzielen.

In puncto Gesundheitskompetenz fühlt sich etwa die Hälfte der Befragten bereits hinreichend durch ihre Krankenversicherung unterstützt. Dies bedeutet jedoch auch, dass die andere Hälfte dies entweder nicht oder nur eingeschränkt so sieht oder aber dazu keine Angabe macht oder machen kann. Hierbei erweist sich der Blick auf die einzelnen Zielgruppen als besonders zielführend. So fühlen sich aktuell insbesondere die Versicherten, die ihren eigenen Gesundheitszustand als schlechter bewerten, eher weniger unterstützt. Dies trifft auch auf Befragte zu, die eine höhere

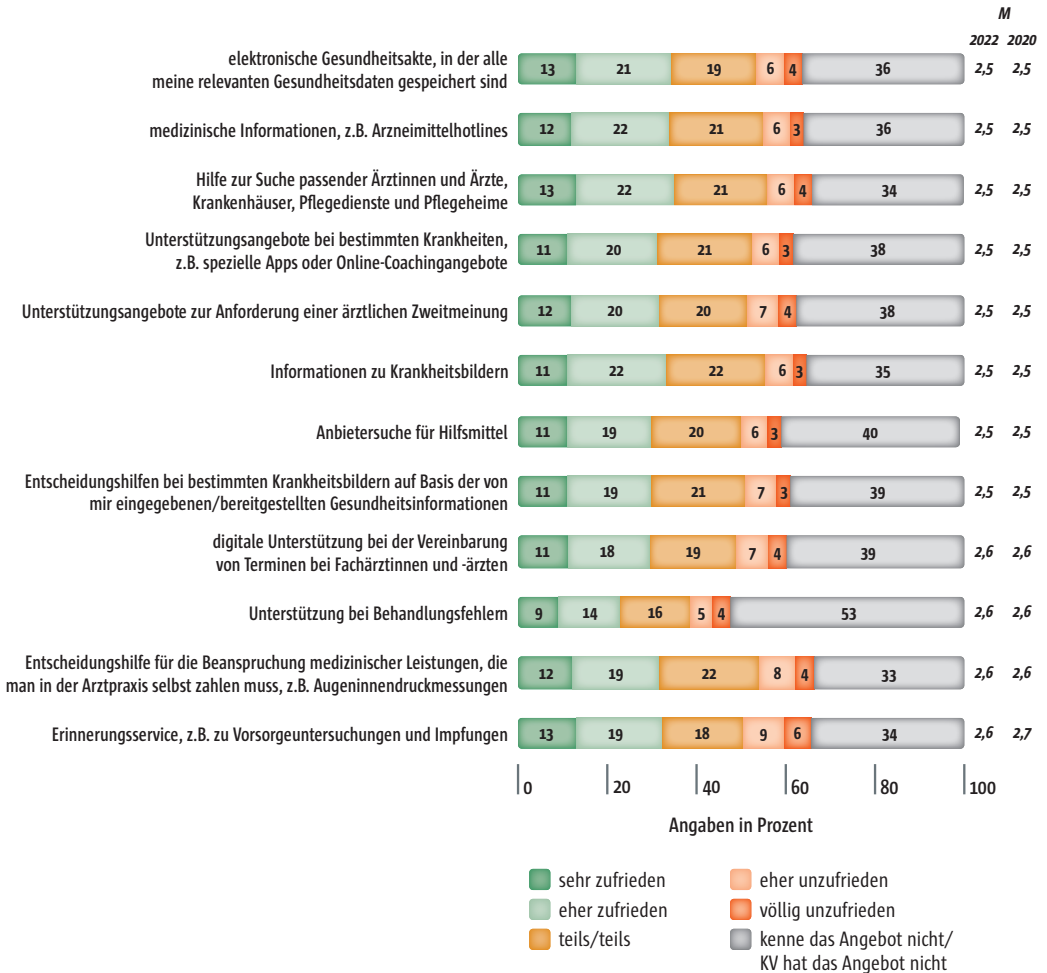
schulische Bildung haben. Interessant ist auch, dass sich Versicherte mit Schulkindern im Haushalt von ihrer Krankenversicherung besser unterstützt fühlen als bspw. Erwerbstätige oder Pensionierte.

Wie zufrieden sind die Versicherten mit Gesundheitsangeboten ihrer Krankenversicherungen?

Mit der Fokussierung auf Angebote und Leistungen der Krankenversicherung ist zu definieren, was die eigentliche Rolle der Krankenversicherungen ist: die Bereitstellung passender Versorgungs- und Gesundheitsangebote und eine Orientierung zur Inanspruchnahme dieser, also eine Vermittlung von Angebot und Nachfrage. In diesem Kontext kommt der Krankenversicherung vor allem die Aufgabe zu, relevante Gesundheitsinformationen qualitätsgesichert aufzubereiten und transparent zu strukturieren, den Versicherten den Zugang zu Leistungserbringern zu vereinfachen sowie ihnen Entscheidungshilfen und Unterstützungsangebote bei bestimmten Krankheitsbildern an die Hand zu geben. Dies trägt aufseiten der Versicherten zu einer verbesserten Orientierung im Gesundheitssystem, einem vereinfachten Zugang zu medizinischen Leistungen und einer erhöhten Entscheidungskompetenz bei.

Die Versichertenbefragungen 2020 und 2022 nahmen die Zufriedenheit der Versicherten mit zwölf verschiedenen Gesundheitsangeboten in den Blick (»»» Abbildung 17). Auffällig ist, dass zwischen 33% und 53% der Versicherten diese jeweiligen Angebote nicht kennen. Am höchsten fällt dieser Anteil bei der Unterstützung bei Behandlungsfehlern, am niedrigsten bei der Entscheidungshilfe für die Beanspruchung medizinischer Leistungen aus. Im Schnitt sind Angebote zwei von fünf (38%) der Befragten nicht bekannt. Allerdings kennen immerhin 37% der Versicherten alle zwölf Angebote. Im Gegensatz dazu kennen 13% jedoch keines der Angebote. Insgesamt zeigen sich zur Vorerhebung aus 2020 sowohl hinsichtlich der Mittelwerte als auch bezüglich des hohen Anteils an Versicher-

Abbildung 17 Zufriedenheit mit Gesundheitsangeboten der Krankenversicherung. Frage: Wie zufrieden sind Sie mit dem Angebot Ihrer Krankenversicherung in Bezug auf ...? Angaben in Prozent und Mittelwert (M). Basis 2022: n = 5.000; 2020: n = 4.728



ten, denen Leistungen nicht bekannt sind, keine signifikanten Unterschiede.

Mit Blick auf die Bekanntheit der Angebote bei den einzelnen Zielgruppen zeigt sich deutlich, dass jüngeren Versicherten tendenziell mehr Leistungen bekannt sind als älteren. So sind 18- bis 29-Jährigen durchschnittlich etwa neun ($M = 8,6$), 30- bis 44-Jährigen knapp acht ($M = 7,6$), 45- bis 59-Jährigen sieben ($M = 7,1$), 60- bis 74-Jährigen ($M = 6,8$) und 75- bis 79-Jährigen ($M = 6,9$) ebenfalls rund sieben Leistungen be-

kannt. Auch in Bezug auf die Lebenssituation der Versicherten sind Unterschiede festzustellen: Personen mit Schulkindern im Haushalt kennen durchschnittlich mehr Leistungen ($M = 8,4$) als Versicherte mit Vorschulkindern ($M = 7,9$), Erwerbstätige ($M = 7,6$) oder Pensionierte ($M = 7,1$). Dies zeigt sich auch anhand der Anzahl im Haushalt lebender Personen. Alleinstehenden sind im Schnitt nur sieben Leistungen ($M = 7,0$) bekannt. Je mehr Personen im Haushalt wohnen (zwei Personen: $M = 7,3$; drei

Personen: $M = 7,9$; vier Personen: $M = 8,2$; fünf und mehr Personen: $M = 8,8$), desto mehr Leistungen sind auch den Befragten bekannt. Weitere demografische Unterschiede sind hinsichtlich des angegebenen Geschlechtes der Versicherten zu erkennen. Männern sind durchschnittlich mehr als acht Leistungen ($M = 8,2$) bekannt, Frauen dagegen weniger als sieben ($M = 6,7$). Hinsichtlich der schulischen Bildung sind keine merklichen Unterschiede zu konstatieren. Die größten Unterschiede bezüglich der Anzahl bekannter Leistungen sind indes bei der Rolle der Krankenversicherungen festzustellen: Befragte, für welche die Krankenversicherung lediglich die Rolle eines „Bezahlers“ einnimmt, kennen durchschnittlich etwas mehr als sechs Leistungen ($M = 6,4$). Bei Angabe des Rollenbildes „Kümmerer“ sind es bereits neun ($M = 9,0$) und beim Lotsen sogar fast zehn ($M = 9,8$). Die hier beschriebenen Unterschiede waren auch 2020 zu konstatieren, wenn auch mit geringfügigen Abweichungen.

Auch bei der Zufriedenheit sind innerhalb der einzelnen Zielgruppen erneut deutliche Unterschiede festzustellen. So sind auch bei den Gesundheitsangeboten Personen mit Schulkindern tendenziell zufriedener (M zwischen 2,3 und 2,4; $\emptyset = 2,3$) als Erwerbstätige (M zwischen 2,4 und 2,6; $\emptyset = 2,5$), Pensionierte (M zwischen 2,5 und 2,7; $\emptyset = 2,6$) oder Befragte mit Vorschulkindern im Haushalt (M zwischen 2,3 und 2,5; $\emptyset = 2,4$). Bei der schulischen Bildung und dem Alter sind Unterschiede eher marginal. Am deutlichsten ist die Differenz zwischen den subjektiv Gesunden (M zwischen 2,3 und 2,4; $\emptyset = 2,4$) und subjektiv Kranken (M zwischen 2,8 und 3,1; $\emptyset = 2,9$). Somit ist allerdings auch insgesamt festzuhalten, dass die Zufriedenheit mit den Angeboten vergleichsweise gering bzw. mittelmäßig (M zwischen 2,5 und 2,6) ausfällt.

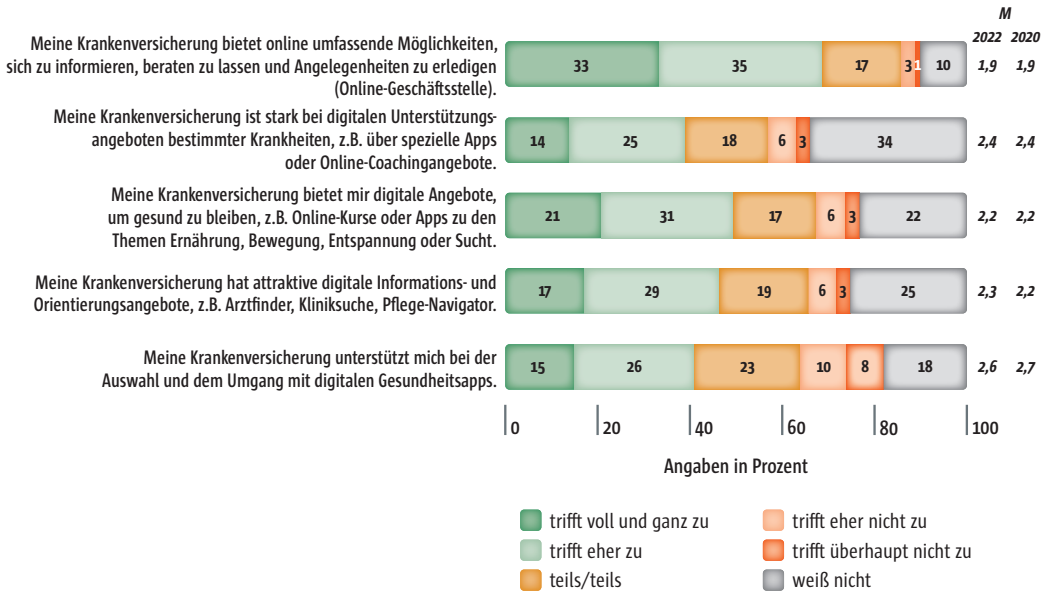
Keines der zwölf Angebote ist mehr als zwei Dritteln der Versicherten bekannt. 13% der Befragten kannten sogar keines der abgefragten Angebote.

Hier besteht Verbesserungspotenzial. Allerdings ist auch die Bekanntheit eines Angebotes allein noch kein Garant für Zufriedenheit, so fällt diese auch bei der im Vergleich am besten bewerteten Leistung nur im mittleren Bereich aus. Demnach besteht für die Krankenversicherungen nicht nur hinsichtlich der Bekanntheit der Angebote, sondern auch bezüglich deren Ausgestaltung Handlungspotenzial.

Welche digitalen Gesundheitsangebote ihrer Krankenversicherungen kennen und nutzen die Versicherten?

Es gibt kaum Lebensbereiche, die die in den vergangenen Jahren stark beschleunigte Digitalisierung bis dato nicht disruptiv verändert hat. Dies betrifft auch das Gesundheitswesen, exemplarisch seien hier die elektronische Patientenakte, zahlreiche Gesundheits-, Kontakt- und Serviceapps, digitale Gesundheitsanwendungen (DiGAs) oder vollständig digitalisierte Geschäftsprozesse wie bspw. der Mitgliedschaftsantrag aufgeführt. Viele Apps stellen die Krankenversicherungen mittlerweile selbst zur Verfügung (»» Abbildung 18). Mehr als zwei Drittel (68%) der Versicherten geben an, dass ihre Krankenversicherung umfassende Möglichkeiten bietet, sich online zu informieren oder beraten zu lassen. Allerdings erzielen die Krankenversicherungen bei konkreteren Anwendungsfeldern eher geringere Zustimmungswerte der Befragten. So stimmte nur etwa die Hälfte voll und ganz oder eher zu, dass der eigene Krankenversicherer digitale Angebote bietet, die es den Versicherten ermöglichen, gesund zu bleiben (51%) oder dass die Versicherung bei der Orientierung im Gesundheitswesen online assistiert (46%). Noch geringer fällt die Zustimmung bei digitalen Unterstützungsangeboten bestimmter Krankheiten aus, z.B. über spezielle Apps oder Online-Coachingangebote (38%). Bei diesen konkreten Fällen ist allerdings auch der Anteil der Befragten, die kein Urteil angeben (konnten), recht hoch (zwischen 23% und 35%). Addiert man noch die Be-

Abbildung 18 Versorgung mit digitalen Angeboten. Frage: Geben Sie bitte an, inwieweit die folgenden Aussagen auf Ihre Krankenversicherung zutreffen. Angaben in Prozent und Mittelwert (M). Basis 2022: n = 5.000; 2020: n = 4.728



fragten dazu, welche den Aussagen eher nicht oder überhaupt nicht zustimmen, dann ergibt sich ein Anteil von 31% bis 44% an Versicherten, denen keine ausreichenden digitalen Angebote gemacht werden oder denen diese schlichtweg unbekannt sind.

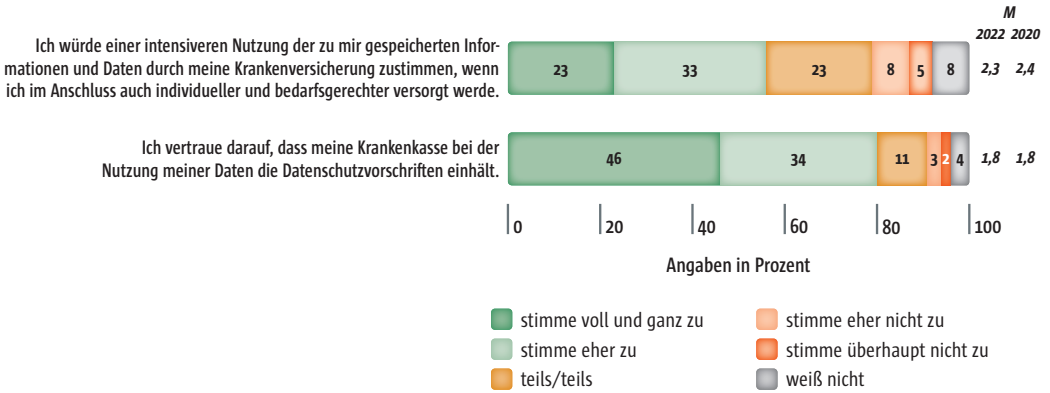
Hinsichtlich der Versorgung mit digitalen Angeboten sind einige zielgruppenspezifische Unterschiede festzustellen. So zeigen sich jüngere Versicherte (18 bis 29 Jahre) tendenziell eher unzufrieden (M = 2,1), während Befragte ab 60 Jahre deutlich zufriedener sind (M = 1,8). Dies ist auch bei den subjektiv Gesunden (M = 1,9) und subjektiv Kranken (M = 2,1) zu beobachten.

Vier Fünftel der Befragten (80%) würden darauf vertrauen, dass ihre Krankenversicherung bei der Nutzung ihrer Daten die Datenschutzvorschriften einhält (»»» Abbildung 19). Weniger als 5% würden ihrer Krankenversicherung diesbezüglich (eher) nicht vertrauen. Einer intensiveren Nutzung der personenbezogenen Daten stimmen jedoch deutlich weniger Befragte zu (56%). Hier ist ein deutlich höherer

Anteil (13%) an Versicherten erkennbar, der sich kritisch äußert. Auch der Anteil an Unentschlossenen (23%) und Personen, die kein Urteil abgeben (8%) ist deutlich höher. Ein Blick auf die Mittelwerte verrät, dass kaum Unterschiede zwischen der Vorerhebung und den Werten aus der Versichertenbefragung 2022 festzustellen sind.

Die Betrachtung der einzelnen Zielgruppen zeigt, dass das Vertrauen in eine DSCVO-konforme Handhabung der personenbezogenen Daten bei den älteren Befragten deutlich höher ist. Mehr als neun von zehn 75- bis 79-Jährigen (92%) vertrauen ihrer Krankenversicherung dahingehend. Dies fällt bei den Jüngeren geringer aus: 18- bis 29-Jährige vertrauen diesbezüglich in nur drei von vier Fällen (73%). Dieser Trend setzt sich auch bei der Einstellung zu einer intensiveren Nutzung der personenbezogenen Daten fort, wenngleich die Werte höher als noch in 2020 ausfallen. Etwas mehr als die Hälfte der jüngsten Zielgruppe (54%) würde einer solchen Nutzung ihrer Daten zustimmen, während dem fast zwei Drittel (63%) der ältes-

Abbildung 19 Datenspeicherung und -nutzung durch die Krankenversicherung. Frage: Geben Sie bitte an, inwieweit die folgenden Aussagen auf Ihre Krankenversicherung zutreffen. Angaben in Prozent und Mittelwert (M). Basis 2022: n = 5.000; 2020: n = 4.728



ten Zielgruppen aufgeschlossen gegenüberstehen. Jedoch ist nicht bei allen Zielgruppen ein etwaiger Unterschied festzustellen. So drücken 82% der subjektiv Gesunden und 78% der subjektiv Kranken ihr Vertrauen in die Krankenversicherung aus. Der verstärkten Nutzung ihrer Daten würden indes 56% der Gesunden und 60% der Kranken zustimmen. Insgesamt zeigt sich die Akzeptanz einer intensiveren Datennutzung zur Vorerhebung leicht gesteigert.

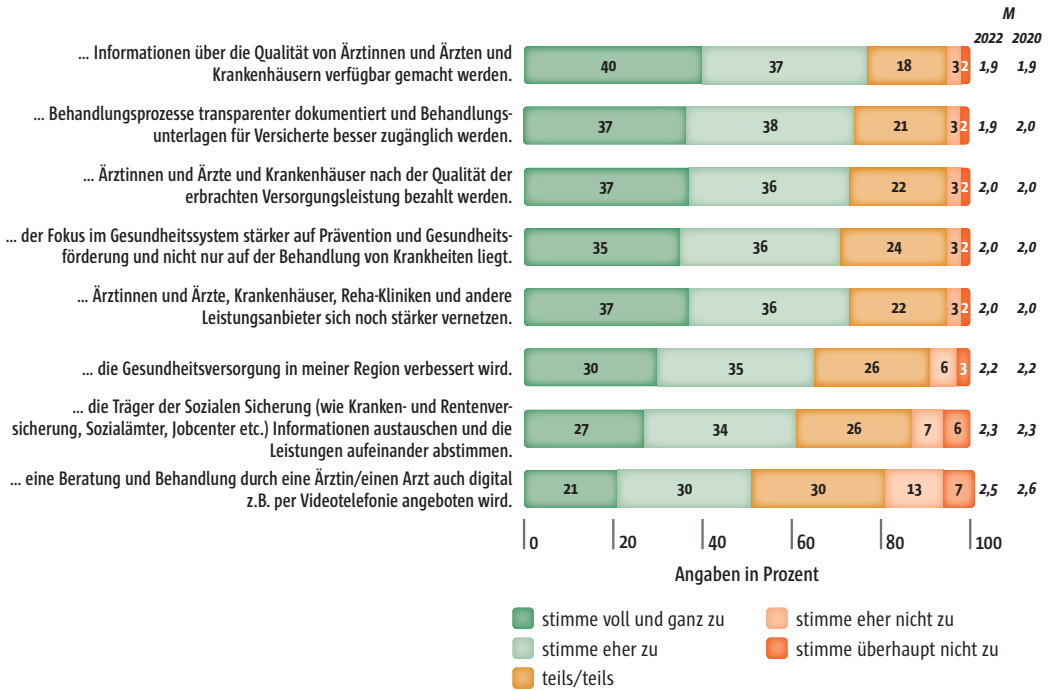
» Viele digitale Angebote sind den Versicherten noch unbekannt: So kennen nur zwischen 38% und 51% der Versicherten das jeweilige Angebot des Krankenversicherers. Dies stellt verglichen mit dem Vorjahr eine leichte Verbesserung dar. 2020 rangierte die Bekanntheit zwischen 36% und 49%. Die Online-Geschäftsstelle zeigt indes weiterhin den höchsten Bekanntheitsgrad. Trotz geringer Bekanntheitswerte der digitalen Angebote ist das Vertrauen in die Krankenversicherungen bezüglich eines DSGVO-konformen Umgangs mit personenbezogenen Daten sehr hoch (80%) und zur Vorerhebung noch einmal gestiegen. Gleiches trifft auf die Akzeptanz einer intensiveren Nutzung von personenbezogenen Daten zu, der 56% der Befragten im Jahr 2022 und damit etwas mehr als noch 2020 zustimmen.

Wie viel Einfluss sollte die Krankenversicherung auf Versorgungsstrukturen des Gesundheitswesens nehmen?

Die Frage, ob Krankenversicherungen Einfluss auf die Versorgungsstrukturen des Gesundheitswesens ausüben sollen, setzt zunächst die Beantwortung der Frage voraus, ob sie dazu überhaupt die Möglichkeit haben. Da ein Großteil der medizinischen und gesundheitsbezogenen Leistungen zwar durch die Krankenversicherungen finanziert, aber durch den Gesetzgeber vorgegeben werden, können die Versicherungen das reine Leistungsangebot nur bedingt beeinflussen. Gleichwohl verfügen sie als relevanter Mittler zwischen Versicherten und Leistungserbringern über die Möglichkeit, auf Strukturen, Qualität und Vernetzung im Rahmen der Leistungserbringung Einfluss zu nehmen, sei es etwa über den Abschluss von Verträgen mit Krankenhäusern und kassenärztlichen Vereinigungen, die insbesondere auch Qualitätsthemen behandeln bzw. noch stärker behandeln können.

In welchen Bereichen eine Einflussnahme aus Versichertenperspektive wünschenswert ist, nahmen die Versichertenbefragungen 2020 und 2022 bezüglich verschiedener relevanter Aspekte der Versorgungsstrukturen in den Blick (»»» Abbildung 20). Zunächst ist anzumer-

Abbildung 20 Gewünschte Einflussnahme der Krankenversicherung auf Versorgungsstrukturen. Frage: Meine Krankenversicherung sollte mehr Einfluss darauf nehmen, dass ... Angaben in Prozent und Mittelwert (M). Basis 2022: n = 5.000; 2020: n = 4.728



ken, dass die Versicherten eine Intervention durch den Krankenversicherer grundsätzlich befürworten und zwischen den Erhebungen nur geringfügige Unterschiede auszumachen sind. Bei den acht abgefragten Aspekten liegt die Zustimmung zu einer Einflussnahme der Krankenversicherungen stets über 50% (51% bis 77% stimmen den Aussagen eher oder voll und ganz zu). Am größten ist die Zustimmung (77%) bei der Aussage, dass die Krankenversicherung mehr Einfluss auf die Verfügbarkeit von Informationen zur Qualität von Ärztinnen und Ärzten und Krankenhäusern nehmen sollte. Immer noch drei von vier Versicherten (75%) drücken ihre Zustimmung bezüglich höherer Transparenz der Behandlungsprozesse aus. 73% der Befragten wünschen sich zudem eine Einflussnahme auf die Bezahlung von Ärztinnen und Ärzten sowie Krankenhäusern, die sich an der Qualität der erbrachten Versorgungsleis-

tung orientiert. Hier sind nennenswerte zielgruppenspezifische Unterschiede festzustellen. So fällt die Zustimmung bei den 18- bis 29-Jährigen mit nur 63% deutlich geringer aus als bei der ältesten Zielgruppe (75 bis 79 Jahre: 82%). Dass sich medizinische Leistungserbringer (z.B. Ärztinnen und Ärzte, Krankenhäuser, Reha-Kliniken) besser vernetzen, wünschen sich 73% der Befragten. Auch in diesem Punkt treten altersspezifische Differenzen auf: 67% Zustimmung der 18- bis 29-Jährigen stehen 78% der 75- bis 79-Jährigen gegenüber. Eine stärkere Fokussierung der Krankenversicherung auf Prävention und Gesundheitsförderung wünschen sich mehr als zwei Drittel (71%) der befragten Versicherten – vor allem subjektiv Gesunde (74%) wünschen sich dies deutlich häufiger als subjektiv Kranke (64%). Etwas geringer fällt die Zustimmung zur Gesundheitsversorgung innerhalb der eigenen Region (65%) aus. Bei Befrag-

ten aus kleinen Gemeinden (unter 5.000 Einwohnerinnen und Einwohnern) trifft dieser Punkt erwartungsgemäß auf mehr Zustimmung (70%) als bspw. bei Versicherten aus Großstädten (über 200.000 Einwohnerinnen und Einwohner, 62%). Etwas mehr als drei Fünftel der Befragten (61%) wünschen sich eine Einflussnahme der Krankenversicherungen auf Träger der Sozialen Sicherung und deren Austausch hinsichtlich deren Leistungen. Hierbei sind keine nennenswerten Unterschiede innerhalb der einzelnen Zielgruppen festzustellen. Anders ist dies beim Angebot von Beratung und Behandlung in digitaler Form, bei welcher die Zustimmung der Befragten insgesamt bei knapp über der Hälfte (51%) liegt. Während die 18- bis 29-Jährigen noch in 56% der Fälle ihre Zustimmung zum Ausdruck bringen, sind dies bei den 75- bis 79-Jährigen nur noch 45%. Hierbei ist auch hervorzuheben, dass sich insgesamt fast ein Fünftel (20%) explizit gegen eine solche Einflussnahme ausspricht.

» In jedem Aspekt der dargestellten Versorgungsthemen wünscht sich über die Hälfte der Befragten eine stärkere Einflussnahme der Krankenversicherungen. Dabei zeigen sich einige zielgruppenspezifische Besonderheiten. So wünschen sich Befragte aus ländlichen Regionen mehr Einsatz für die Gesundheitsversorgung in ihrer Region, ältere Befragte eher eine Bezahlung nach erbrachter Versorgungsleistung und jüngere Versicherte am häufigsten digitale Angebote zu ärztlichen Beratungen und Behandlungen.

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

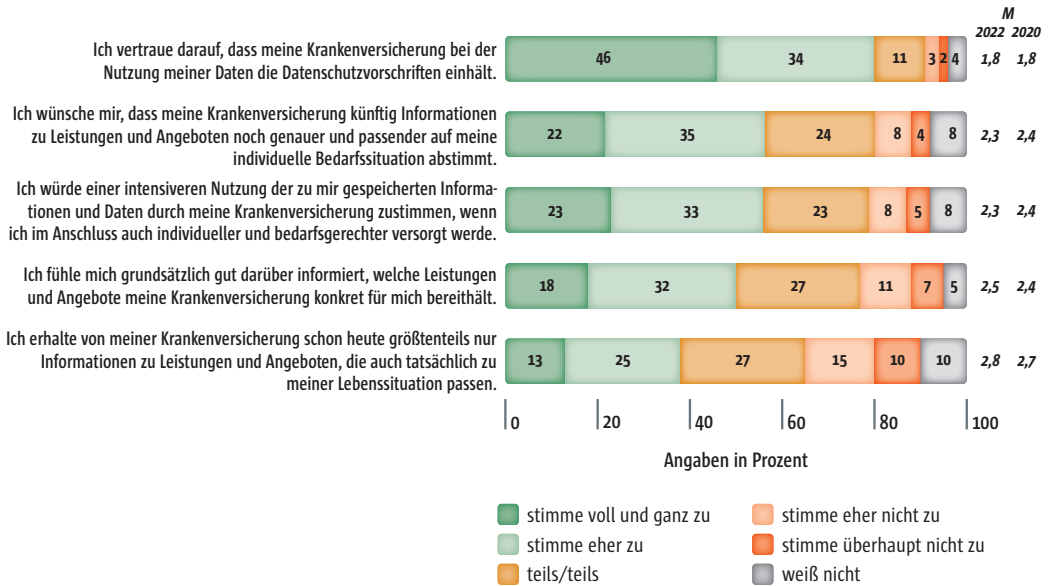
Die hohe Komplexität an Leistungen, Zusatzleistungen, Gesundheitsangeboten und Services macht es erforderlich, dass Krankenversicherungen ihre Versicherten in Gruppen unterteilen und spezifisch ansprechen. Übliche Zielgruppenansätze fokussieren im Kern Altersgruppen und

Lebensphasen (z.B. Familie, Rentner oder Berufseinsteiger), erfordern aber sukzessive eine feinere Justierung. Bspw. eint die Versicherten-Gruppe der Berufseinsteiger zwar die Situation des ersten Beschäftigungsverhältnisses, allerdings unterscheiden sich einzelne Versicherte hinsichtlich ihres persönlichen Gesundheitsverhaltens (z.B. Affinität zu Sport und Gesundheitsthemen). Aus ihren persönlichen und beruflichen Situationen, ihren individuellen gesundheitlichen Prädispositionen und Erfahrungen resultieren konkrete Anforderungen an die eigene Krankenversicherung. Dies kann bei Personen derselben Lebensphase und im identischen Alter zu gänzlich unterschiedlichen Anforderungsprofilen in Bezug auf die Information zu und Versorgung mit Angeboten durch die Krankenversicherung münden. Auf dieser Grundlage erscheint es aus Versichertenperspektive konsequent und notwendig, dass Krankenversicherer sukzessive in Überlegungen eintreten, eine stärker personenindividuelle und bedürfnisbezogene Versorgung sicherzustellen. Eine Möglichkeit dies zu erreichen, besteht darin, dass die Krankenversicherungen die ihnen vorliegenden persönlichen Informationen zu den Versicherten stärker nutzen. Die Versichertenbefragung 2020 analysierte in diesem Zusammenhang erstmals die diesbezügliche Bereitschaft der Versicherten, 2022 wurde dies nun wiederholt (»»» Abbildung 21).

»»» Wie in Abbildung 19 bereits gezeigt, vertraut ein Großteil der befragten Versicherten (80%) der eigenen Krankenversicherung hinsichtlich des Umgangs mit personenbezogenen Daten. Trotzdem wäre nur knapp die Hälfte (56%) dafür auch bereit, dass ihre personenbezogenen Daten für eine zielgruppenspezifischere Ansprache verwendet werden. Etwas mehr als die Hälfte (57%) wünscht sich indes, dass ihre Krankenversicherung künftig Informationen individueller abstimmt.

Allgemein gibt die Hälfte der Befragten (50%) an, dass sie sich gut von ihrer Krankenversicherung über deren Angebote und Leistungen informiert fühlt. Dies verdeutlicht die Problematik der bedarfsgerechten Information.

Abbildung 21 Potenziale einer stärker bedarfsgerechten Versorgung. Frage: Inwieweit stimmen Sie folgenden Aussagen in Bezug auf Ihre Krankenversicherung zu? Angaben in Prozent und Mittelwert (M). Basis 2022: n = 5.000; 2020: n = 4.728



Weiter verschärft wird selbige dadurch, dass weniger als die Hälfte (38%) der Befragten angab, aktuell überwiegend bedarfsgerechte Informationen zu erhalten. Ein Viertel (25%) lehnte diese Aussage sogar ab, ein Zehntel (10%) gab dazu keine dezidierte Antwort. In Summe fühlt sich also mehr als ein Drittel (35%) nicht bedarfsgerecht informiert oder im Stande, dies zu bewerten.

Zielgruppenspezifische Unterschiede fallen hierbei eher gering aus. Einzig bei den subjektiv Gesunden und Kranken sind bezüglich der bedarfsgerechten Information deutliche Unterschiede erkennbar: Befragte mit (sehr) gutem Gesundheitszustand fühlen sich in mehr als der Hälfte (56%) der Fälle grundsätzlich gut über Leistungen und Angebote informiert und geben an, in 44% der Fälle auch bedarfsgerechte Informationen zu erhalten. Bei den Befragten mit subjektiv (sehr) schlechtem Gesundheitszustand fällt die Zustimmung zu beiden Punkten mit einer Differenz von etwa 14% bzw. 15 Prozentpunkten aus. So fühlen sich nur 42% grundsätzlich und nur 29% auch bedarfsgerecht infor-

miert. Im direkten Jahresvergleich ergeben sich geringfügige, aber statistisch signifikante Unterschiede in allen Items der »»» Abbildung 21, außer für die intensivere Nutzung der personenbezogenen Daten.

»»» Während die Versicherten ihren Krankenversicherungen im hohen Maße einen datenschutzkonformen Umgang mit personenbezogenen Daten zutrauen (80%), stimmt etwas mehr als die Hälfte (56%) auch einer intensiveren Nutzung selbiger für eine bedarfsgerechtere Versorgung zu. Etwa genauso viele (57%) wünschen sich zudem künftig auch individuellere Angebote und Leistungen. Selbiges sieht nur etwas mehr als ein Drittel (38%) aktuell überhaupt gewährleistet. Hieraus ergibt sich für die Krankenversicherung eine schwierige Aufgabe. Die eigenen Versicherten ohne intensivere Nutzung der personenbezogenen Daten bedarfsgerechter zu informieren, mag kaum umsetzbar sein. In diesem Kontext kann es eine Option sein, für mehr Verständnis bezüglich einer intensiveren Nutzung personenbezogener

Daten zu werben. Immerhin steht das Vertrauen der Befragten hinsichtlich des datenschutzkonformen Umgangs ihrer Versicherungen mit diesen Daten nicht infrage.

Im nachfolgenden Kapitel werden ausschließlich Erwerbs- bzw. Berufstätige betrachtet. Die Basis bezieht sich – sofern nicht anders beschrieben – auf 2.880 Befragte.

Welche Potenziale bestehen für die betriebliche Gesundheitsförderung?

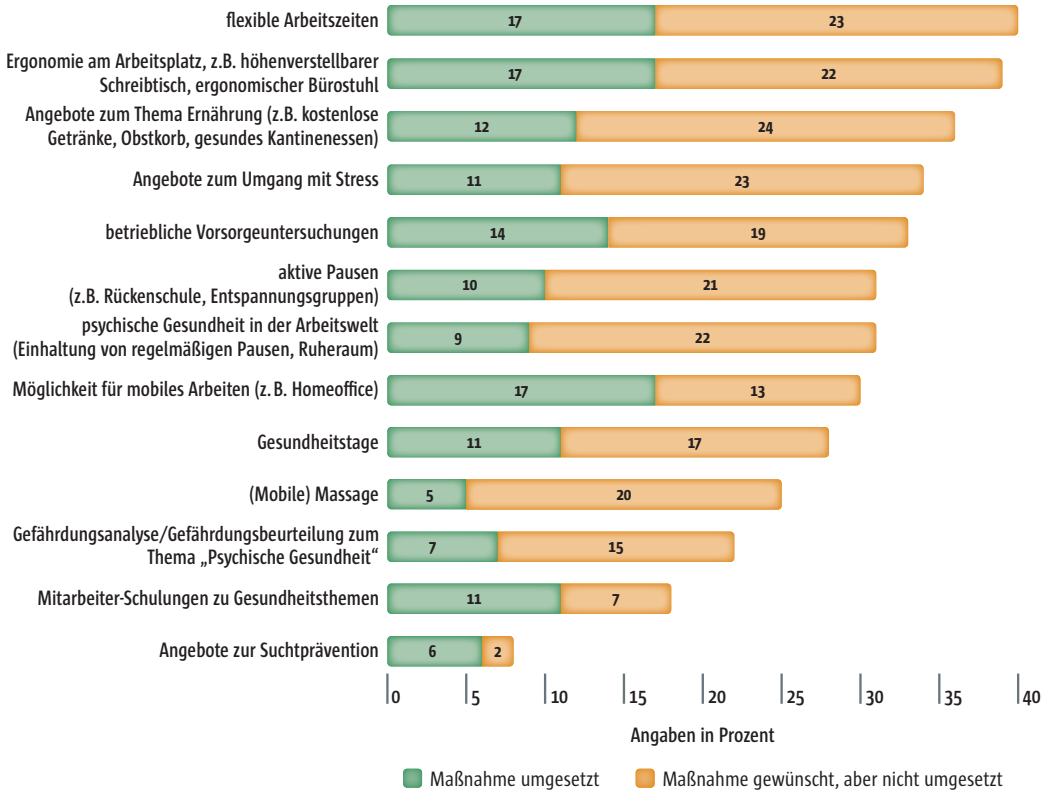
Krankenversicherungen tragen mit Leistungen zur Gesundheitsförderung in Betrieben unmittelbar zur Gesundheit der Beschäftigten bei. Für Arbeitgeber legen gesunde und motivierte Mitarbeitende die Basis für Produktivität und Wettbewerbsfähigkeit. Auch Arbeitnehmende fordern zunehmend Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung (kurz: BGF) ein. Vor diesem Hintergrund beeinflussen Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung die Wahrnehmung der Qualität einer Krankenversicherung.

Etwa ein Drittel der befragten Erwerbstätigen (34%) gibt an, dass in ihrem Unternehmen in den vergangenen zwölf Monaten Maßnahmen oder Aktivitäten zur betrieblichen Gesundheitsförderung durchgeführt wurden. Bei mehr als der Hälfte der Erwerbstätigen (56%) wurden in den vergangenen zwölf Monaten keine BGF-Maßnahmen angeboten. Ein Zehntel (10%) macht dazu keine Angabe. **»»** Abbildung 22 zeigt eine Gegenüberstellung der umgesetzten und der gewünschten Maßnahmen. So zeigt sich, dass die häufigste gewünschte Maßnahme, also flexible Arbeitszeiten (40%), in nur 17% der Fälle auch umgesetzt wird. Entsprechend ergibt sich eine Diskrepanz von 23% der Befragten, die sich flexiblere Arbeitszeiten wünschen, die aber keine entsprechende Umsetzung erhalten. Damit stellt diese Maßnahme trotzdem die am zweithäufigsten umgesetzte dar, nach der Möglichkeit für mobiles

Arbeiten (17%). Letztere wünschen die Befragten vergleichsweise seltener (31%). Der zweithäufigste Wunsch ist Ergonomie am Arbeitsplatz, bspw. durch einen höhenverstellbaren Schreibtisch (39%). Diesem Wunsch wird ebenfalls in 17% der Fälle entsprochen. Am dritthäufigsten wünschen sich die Befragten Angebote zum Thema Ernährung (36%). Dies bleibt allerdings bei dem Großteil der Befragten unerfüllt, denn nur etwa ein Achtel (12%) gab an, dass ihr Betrieb diese Maßnahme auch umsetzt. Damit stellt dieser Wunsch das größte Verbesserungspotenzial aus Sicht der Versicherten dar ($\Delta = 24$ Prozentpunkte). Die Diskrepanz zwischen Umsetzung und Wunsch einer Maßnahme ist bei Angeboten zum Umgang mit Stress ähnlich hoch ($\Delta = 23$ Prozentpunkte): Etwa ein Drittel (34%) wünscht sich diese Maßnahme, umgesetzt wurde sie jedoch nur bei einem Zehntel (11%). Größere Diskrepanzen neben den bereits genannten treten bei Angeboten für die psychische Gesundheit in der Arbeitswelt (bspw. Einhaltung von regelmäßigen Pausen, $\Delta = 22$ Prozentpunkte), aktiven Pausen (z.B. Rückenschulen oder Entspannungsgruppen, $\Delta = 21$ Prozentpunkte) sowie (mobilen) Massagen ($\Delta = 20$ Prozentpunkte) auf. Die geringste Diskrepanz ($\Delta = 2$ Prozentpunkte) zwischen Wunsch und Umsetzung ist hingegen bei den Angeboten zur Suchtprävention vorzufinden. Allerdings wünscht sich diese Maßnahme nur etwa jeder zwölfte Befragte (8%).

Zwischen den Erhebungen 2020 und 2022 sind dabei kaum Unterschiede auszumachen. Die gewünschten und von Unternehmen angebotenen Maßnahmen bleiben recht konstant. So erwartet die Hälfte der Berufstätigen (50%) in diesem Zusammenhang von ihrer Krankenversicherung, dass diese sich für ein gesundes Arbeitsumfeld im Unternehmen einsetzt. Hierbei sind zielgruppenspezifische Unterschiede festzustellen. So ist der Anteil an Befragten, die dies von ihrer Krankenversicherung erwarten, in folgenden Zielgruppen höher: Personen, die unter berufsbedingten Erkrankungen leiden (68%), 18 bis 29 Jahre alt sind (57%), Personen

Abbildung 22 BGF-Maßnahmen in den letzten zwölf Monaten. Fragen: Welche konkreten Maßnahmen werden derzeit an Ihrer Arbeitsstelle zum Thema „BGF“ umgesetzt? Welche dieser Maßnahmen zur Förderung „gesunder Arbeit“ wünschen Sie sich in Ihrem Unternehmen? Angabe in Prozent. Basis: n = 2.880 (nur wenn erwerbs- bzw. berufstätig)



mit Kindern im Haushalt (56%) sowie Befragten mit Haupt- oder Volksschulabschluss (57%).

fragten erwartet von der eigenen Krankenversicherung, dass diese sich im Unternehmen für ein gesundes Arbeitsumfeld einsetzt.

Aktuell werden nur bei jedem dritten Erwerbstätigen (34%) Maßnahmen oder Aktivitäten zur betrieblichen Gesundheitsförderung im Unternehmen durchgeführt. Häufig handelt es sich dabei um Möglichkeiten für das mobile Arbeiten, das Angebot flexibler Arbeitszeitmodelle oder ergonomischer Arbeitsplätze. Deutlich seltener sind Angebote zu den Themen Ernährung und Stress sowie zur Gestaltung aktiver Pausen. Dies sind allerdings gleichzeitig die Gesundheitsangebote, die sich die Arbeitnehmenden vermehrt wünschen. Auch die eigene Krankenversicherung ist hier als Akteur gefordert: Fast die Hälfte der Be-

Leistungsbereitschaft

Die Dimension Leistungsbereitschaft beschreibt Maßnahmen der Krankenversicherung, Leistungsbeantragungs- und Entscheidungsprozesse mit einer hohen Qualität und Versichertenorientierung zu gestalten. Vor der inhaltlichen Auseinandersetzung mit dieser Qualitätsdimension und den diesbezüglichen Anforderungen der Versicherten ist deren besondere Bedeutung für die Qualitätseinschätzung der Versicherten zu betonen. Wenn Versi-

cherte eine Leistung beantragen, erwarten sie üblicherweise eine Genehmigung dieser. Lehnt die Krankenversicherung einen Leistungsantrag ab, führt dies grundsätzlich zu Enttäuschung aufseiten des Versicherten. Diese ist insbesondere dann groß, wenn die Ablehnung nach Einschätzung des Versicherten nicht ausreichend begründet ist oder die Krankenversicherung den Prüf- und Bearbeitungsprozess ohne spürbares Engagement und Empathie gestaltet hat. Für die Versicherten ist wichtig, dass Leistungsentscheidungen nicht nur aus der versicherungsrechtlichen Perspektive formal korrekt getroffen werden, sondern die Krankenversicherer begleitende Abstimmungen, Gespräche und Schriftverkehr nachvollziehbar und mit einer hohen Empathie führen und zur Entstehung des Gefühls beitragen, dass die Krankenversicherungen an einer bestmöglichen Lösung interessiert sind.

Die folgenden Ausführungen geben einen Überblick, ob und in welchem Umfang die Versicherten Leistungsentscheidungsprozesse ihrer Krankenversicherung bereits als versichertenfreundlich betrachten und wo sich die Qualität verbessern muss.

Leistungsanträge und Widersprüche

Wenn eine Leistung in einem konkreten Bedarfsfall benötigt wird, dann erwarten die Versicherten, dass der Krankenversicherer die Leistung auf einfachem und unkompliziertem Weg zur Verfügung stellt. Beantragte Kuren oder angeforderte Zuschüsse zu professionellen Zahnreinigungen sollen die Krankenversicherungen im besten Fall sofort und ohne Widerspruch genehmigen. An dieser Stelle trifft die Erwartungshaltung der Versicherten auf die Realität der Versicherer, die anhand des gesetzlichen Leistungskatalogs Entscheidungen treffen müssen, die nicht immer nach dem Wunsch des Versicherten ausfallen. Hierin besteht ein hohes Konfliktpotenzial, insbesondere da den Versicherten bei Leistungsbeantragung mögli-

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

Etwa drei von fünf Befragten haben in den vergangenen zwölf Monaten keine Leistung bei ihrer Krankenversicherung beantragt (59%) (»»» Abbildung 23). Ein Viertel (27%) beantragte eine Leistung, ein Siebtel (14%) sogar mehrere Leistungen. Meist führt das Stellen eines Leistungsantrages auch zu dessen Genehmigung. In mehr als vier von fünf Fällen (83%) gaben die Befragten (also diejenigen, die mindestens

Abbildung 23 Anteil der Versicherten, die Leistungen bei ihrer Krankenkasse beantragt haben. Fragen: Haben Sie in den letzten zwölf Monaten bei Ihrer Krankenversicherung einen oder mehrere Anträge zur Inanspruchnahme von Leistungen gestellt? Wurde(n) diese(r) genehmigt oder abgelehnt? Haben Sie in den letzten zwölf Monaten bei einer abgelehnten Leistung einen Widerspruch eingelegt? Mit welchem Ergebnis? Angaben in Prozent; Basis: n = 5.000

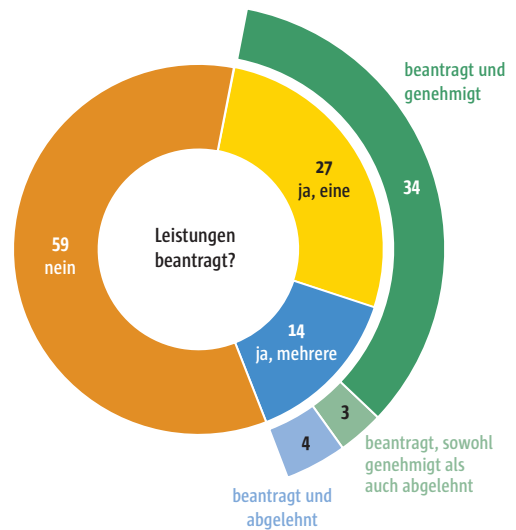
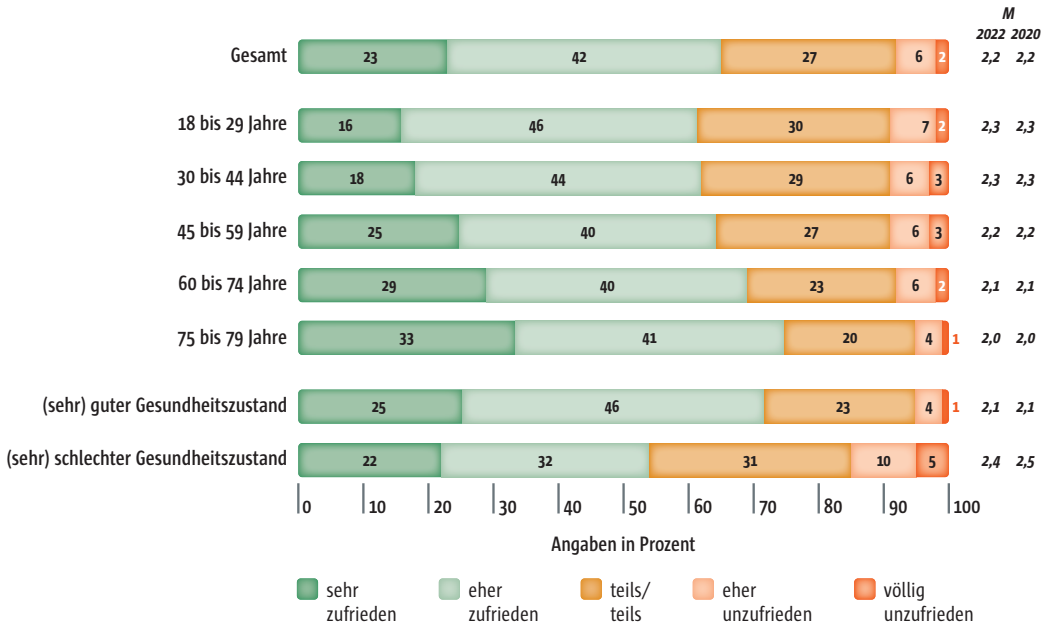


Abbildung 24 Leistungsqualität nach Alter und Gesundheitszustand. Frage: Wie zufrieden sind Sie alles in allem mit Ihrer Krankenversicherung bezogen auf die Qualität im Rahmen von Leistungsentscheidungsprozessen? Angaben in Prozent und Mittelwert (M), Basis: n = 5.000



einen Antrag stellten: n = 2.038) an, dass die Anträge genehmigt wurden. Jedem Zehnten (10%) wurde indes der Antrag abgelehnt. Bei dem Rest (7%) wurden Anträge sowohl genehmigt als auch abgelehnt. Dabei legten 45% der Befragten, die einen Antrag stellten, bei einer abgelehnten Leistung einen Widerspruch ein: Bei einem Viertel (26%) wurde die Leistung danach vollständig genehmigt, bei einem Zehntel (11%) wurde die Leistung nur teilweise genehmigt, einem geringen Teil (3%) wurde eine alternative Leistung angeboten und nur bei jedem Zwanzigsten (5%) wurde die Leistung nach dem Widerspruch abgelehnt. Versicherte, deren Leistung nach einem Widerspruch vollständig genehmigt wurde, sind signifikant zufriedener ($M = 1,8$) mit der Qualität im Rahmen von Leistungsentscheidungsprozessen als beispielsweise Versicherte, deren Leistung nach Widerspruch nur teilweise ($M = 2,4$) oder gar nicht genehmigt wurden ($M = 3,5$). Auch Versicherte, deren beantragte Leistung durch eine alternative Leistung ersetzt wurde, bewerten die Leis-

tungsqualität ihres Krankenversicherers kritischer ($M = 2,6$).

Mehr als zwei Fünftel (41%) der Versicherten haben in den vergangenen zwölf Monaten eine oder mehrere Leistungen bei der eigenen Krankenversicherung beantragt. Davon wurde der Großteil der Leistungen genehmigt (83%). Etwa die Hälfte der Befragten (45%), die einen Antrag stellten, gab an, dass sie in diesem Rahmen Widerspruch einlegten. Von den Widersprüchen führte rund die Hälfte zum Erfolg (53%). Versicherte, die eine Leistung vollständig genehmigt bekommen haben, schätzen auch die Qualität ihrer Krankenversicherung im Rahmen von Leistungsentscheidungsprozessen deutlich besser ein als Versicherte, deren beantragte Leistung nur teilweise oder gar nicht genehmigt wurde. Auch das Angebot einer alternativen Leistung führt nicht zu einer vergleichbar positiven Bewertung der Zufriedenheit mit dem Leistungsentscheidungsprozess.

Leistungsbereitschaft im Detail

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

Insgesamt ist fast ein Viertel (23%) der Befragten mit der Qualität im Rahmen von Leistungsentscheidungsprozessen sehr zufrieden (III Abbildung 24). Eine positive Tendenz (also sehr und eher zufrieden) ist bei fast zwei Dritteln (65%) der befragten Versicherten vorhanden. Eine negative Tendenz hingegen zeigt sich bei weniger als einem Zehntel (8%) – leicht höher als bei vergleichbaren Qualitätskennzahlen wie Service- und Beratungszufriedenheit (4%) und Versorgungszufriedenheit (6%). Unentschieden sind etwas mehr als ein Viertel der Befragten (27%). Keine nennenswerten Unterschiede sind dagegen zwischen den Erhebungen 2020 und 2022 festzustellen.

Die in III Abbildung 24 dargestellten Zielgruppen zeigen hingegen merkbare Unterschiede. So ist ein Drittel (33%) der 75- bis 79-Jährigen sehr zufrieden, bei der jüngsten Zielgruppe, den 18- bis 29-Jährigen, sind es hingegen nur 16%. Noch deutlicher fallen Unterschiede zwischen den subjektiv Gesunden und Kranken aus: Erstere sind in fast drei von vier Fällen (71%) sehr oder eher zufrieden. Bei den subjektiv Kranken ist es etwas mehr als die Hälfte (54%). Der Anteil der Kritischen (15%) ist bei den subjektiv Kranken 10% höher als bei den Gesunden (5%).

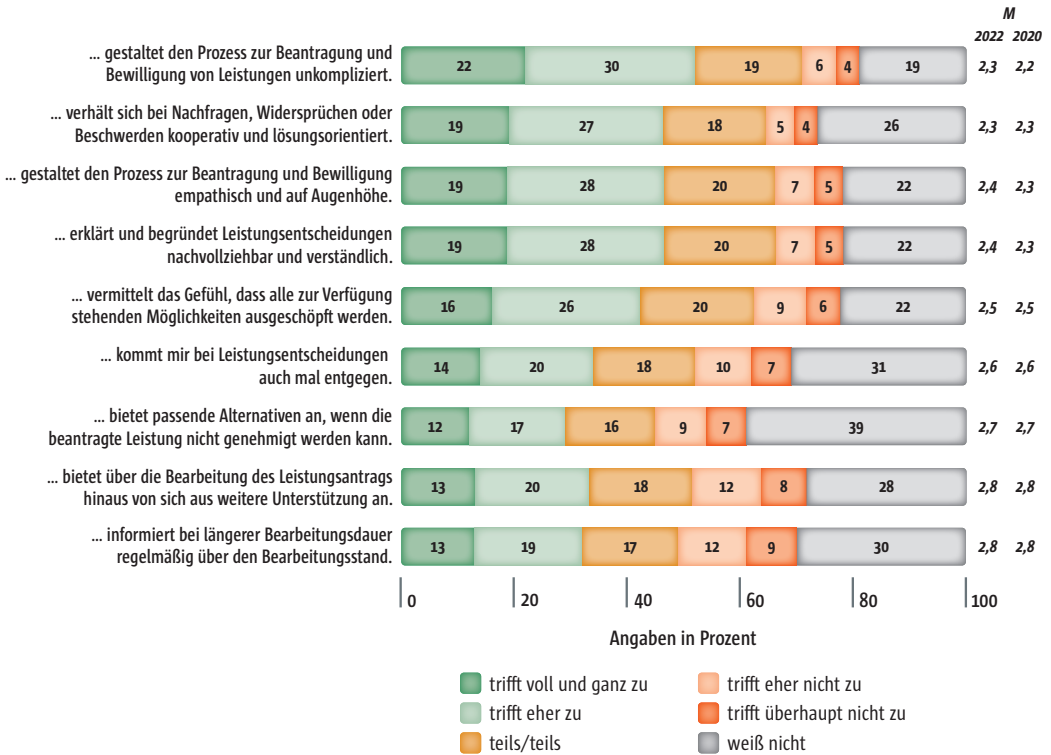
Wie beurteilen die Befragten die Qualität in Leistungsentscheidungsprozessen im Detail?

Für eine genauere Betrachtung der Qualitätsaspekte innerhalb von Leistungsentscheidungsprozessen wurden neun Frageitems verwendet (III Abbildung 25). Diese fallen in der Beurteilung durch die Befragten sehr unterschiedlich aus. So variiert der Anteil an Befragten, die zu den jeweiligen Items kein Urteil abgeben, stark (zwischen 19% und 39%). Bei dem Erfüllungsgrad der Items („trifft voll und ganz“ sowie „trifft eher zu“) ist dies ebenfalls festzustellen. Während dieser bei dem Prozess der Be-

antragung und Bewilligung von Leistungen in der Regel noch bei über der Hälfte (52%) liegt, stimmt nur etwas mehr als ein Viertel (28%) der Befragten der Aussage zu, dass ihre Krankenversicherung passende Alternativen anbietet, wenn beantragte Leistungen nicht genehmigt werden können. Allerdings sei an dieser Stelle erneut der hohe Anteil an „weiß nicht“-Angaben hervorgehoben (39%). Ähnlich verhält es sich mit einem Drittel der Befragten (30%), das keine Einschätzung dazu abgeben kann, ob die eigene Krankenversicherung bei längerer Bearbeitungsdauer regelmäßig zum Bearbeitungsstand informiert. Generell sind die zum Teil hohen „weiß nicht“-Anteile mit hoher Wahrscheinlichkeit damit zu begründen, dass der Fall einer Leistungsbeantragung nie eingetreten ist (III Kapitel „Leistungsanträge und Widersprüche“). Auch der Anteil der kritisch Eingestellten („trifft eher nicht“ und „trifft überhaupt nicht zu“) variiert relativ stark. Am niedrigsten fällt dieser in puncto kooperatives und lösungsorientiertes Verhalten bei Nachfragen, Widersprüchen oder Beschwerden aus (10%). Die größten Anteile an kritisch eingestellten Befragten liegen bei der Unterstützung über die Bearbeitung eines Antrages hinaus sowie bei der Information zum Bearbeitungsstand bei längerer Bearbeitungsdauer (jeweils 21%) vor. Die Kriterien nachvollziehbare und verständliche Leistungsentscheidungen sowie die Gestaltung des Beantragungsprozesses auf Augenhöhe erreichen überdurchschnittliche Erfüllungsgrade (jeweils 47%). Eher im unteren Mittelfeld sind indes das Gefühl der Versicherten, dass alle Möglichkeiten ausgeschöpft wurden (42%) sowie das Entgegenkommen bei Leistungsentscheidungen (34%) angesiedelt. Unterschiede zwischen den Erhebungen 2020 und 2022 fallen gering und statistisch nicht signifikant aus.

Mit Blick auf die einzelnen Zielgruppen ist festzuhalten, dass insbesondere Unterschiede nach Gesundheitszustand der Befragten erkennbar sind. Die Bewertungen der subjektiv Gesunden (M zwischen 2,1 und 2,6; $\emptyset = 2,3$) fällt

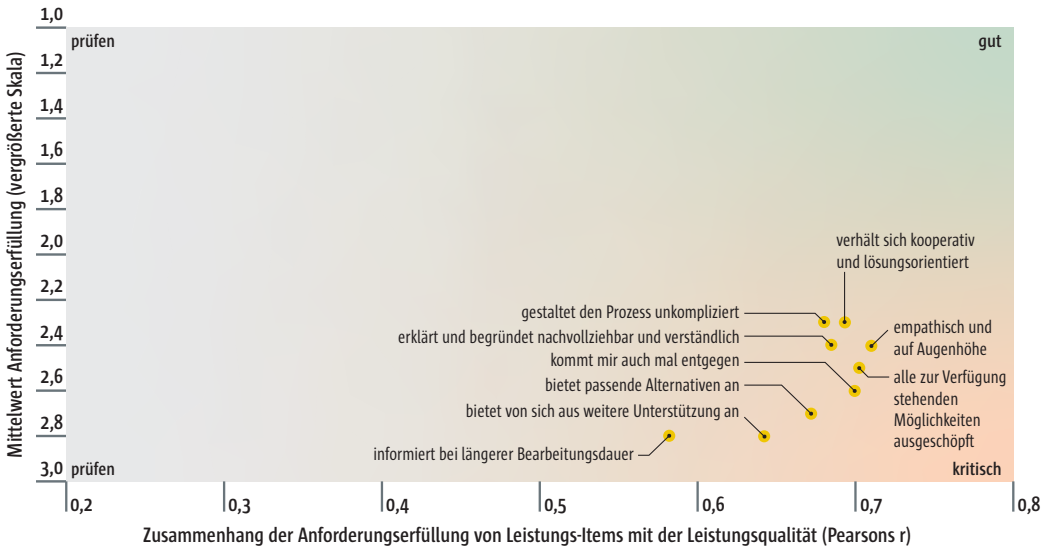
Abbildung 25 Zufriedenheit mit Leistungsattributen im Detail. Frage: Geben Sie bitte an, inwieweit die folgenden Aussagen auf Ihre Krankenversicherung zutreffen. Angaben in Prozent und Mittelwert (M), Basis: n = 5.000



insgesamt wesentlich positiver aus als die der subjektiv Kranken (M zwischen 2,6 und 3,2; $\sigma = 2,8$). Am deutlichsten ist dies bei dem Angebot passender Alternativen bei Nichtgenehmigung eines Antrags zu sehen: Hier zeigt sich mehr als ein Viertel (27%) der subjektiv Kranken unzufrieden, während dies bei den Gesunden nur auf etwa ein Zehntel (12%) zutrifft. Während Ähnliches aufgrund der Beurteilung der Zufriedenheit mit der Qualität bei Leistungsentscheidungsprozessen im Allgemeinen bei den verschiedenen Altersgruppen erwartbar wäre, zeigt sich kein klarer Zusammenhang über alle Frageitems hinweg. So fallen bei den 18- bis 29-Jährigen (M zwischen 2,4 und 2,7; $\sigma = 2,5$) die Mittelwerte durchschnittlich doch recht ähnlich zu denen der 75- bis 79-Jährigen (M zwischen 2,1 und 2,8; $\sigma = 2,4$) aus. Dies ist auch für die anderen Altersgruppen zu beobach-

ten. Ein eindeutiger Alterseffekt lässt sich nicht feststellen. Einzelne Items lassen zwar einen Alterseffekt vermuten, die Unterschiede sind jedoch meist marginal sowie statistisch nicht signifikant. So schätzen die 75- bis 79-Jährigen den Prozess der Beantragung und Bewilligung am seltensten ($M = 2,1$) und die unter 45-Jährigen am häufigsten als unkompliziert ein (18- bis 29-Jährige: $M = 2,4$; 30- bis 44-Jährige: $M = 2,3$). Bei der Information zu längeren Bearbeitungsdauern präsentiert sich jedoch ein umgekehrtes Bild: Hier urteilt die älteste Zielgruppe am kritischsten ($M = 2,8$), während die Jüngeren etwas positiver urteilen (18- bis 29-Jährige: $M = 2,7$; 30- bis 44-Jährige: $M = 2,8$).

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



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

Im Folgenden wird der Korrelationskoeffizient der neun Qualitätsmerkmale mit der Bewertung der Qualität in Leistungsentscheidungsprozessen in Zusammenhang mit deren Erfüllungsgraden in einer Matrix gegenübergestellt (»»» Abbildung 26). Zunächst ist zu beobachten, dass die Korrelationskoeffizienten näher beieinanderliegen als bei den anderen Qualitätsdimensionen (r zwischen $.582$ und $.710$; $\emptyset = .674$). Der einzig nennenswerte Ausreißer ist das Einzelkriterium „informiert bei längerer Bearbeitungsdauer über den Bearbeitungsstand“. Dieses weist den geringsten Zusammenhang ($r = .582$) und den geringsten Mittelwert ($M = 2,8$) auf. Während die Erfüllung dieses Kriteriums also einen eher mittleren Zusammenhang mit der Qualitätsbewertung zeigt, liegt es aufgrund des geringen Mittelwerts trotzdem innerhalb des kritischen Bereichs, so wie die anderen Kriterien auch. Diese sind zumeist deutlich besser erfüllt (M zwischen $2,3$ und $2,8$; $\emptyset = 2,5$), haben aber auch stärkere Zusammenhänge mit der Leistungsqualität. Noch am besten positioniert

liegen die Aspekte der unkomplizierten Prozessgestaltung ($r = .680$; $M = 2,3$), welcher den höchsten Erfüllungsgrad aufweist, sowie des kooperativen und lösungsorientierten Verhaltens ($r = .693$; $M = 2,3$). Allerdings besteht aus Sicht der befragten Versicherten bei allen Einzelkriterien Handlungsbedarf, da alle einen mittleren bis eher negativen Erfüllungsgrad sowie einen vergleichsweise mittleren bis hohen Zusammenhang mit der Qualitätsbewertung von Leistungsentscheidungsprozessen vorweisen. Im Vergleich zur Erhebung aus 2020 sind keine nennenswerten Unterschiede festzustellen.

»»» Auch in der Versichertenbefragung 2022 stehen hohe Zusammenhänge der Einzelkriterien mit der Qualitätsbewertung mittleren bis geringen Erfüllungsgraden gegenüber. Gerade mal etwas mehr als jeder fünfte Versicherte ist sehr zufrieden mit der Qualität im Rahmen von Leistungsentscheidungsprozessen (23%). Damit schätzen die Befragten diese Qualitätsdimension am kritischsten ein. Insbesondere die Kriterien einer regelmäßigen Information bei längerer Bearbeitungsdauer

und einer Unterstützung über die Bearbeitung des Leistungsantrages hinaus zeigen unzureichende Zufriedenheitswerte. Wie wichtig den Versicherten die Einzelaspekte jedoch sind, ist anhand der Betrachtung der Zusammenhänge zwischen Einzelbeurteilung und gesamthaftem Qualitätsurteil in der Dimension Leistungsbereitschaft zu erkennen. Jedes der neun Kriterien weist einen mindestens mittleren oder gar hohen Zusammenhang auf. Bei den weitestgehend verhaltenen Erfüllungsgraden selbiger ist das eher schlechtere Abschneiden der Bewertung der Qualitätsdimension wenig überraschend. Aus Sicht der Versicherten besteht in allen Punkten Handlungspotenzial.

Die Rolle der Krankenversicherung im Gesundheitssystem

Wie auch schon 2020 steht für den Krankenversicherer die Erhaltung der Gesundheit des Versicherten, deren Wiederherstellung oder Verbesserung im Vordergrund [9]. Des Weiteren schreibt § 1 SGB V als Aufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung die Aufklärung und Beratung für eine gesunde Lebensweise fest. Nach Inkrafttreten des Präventionsgesetzes (2015) wurde damit das Aufgabenspektrum in den Themenfeldern Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation deutlich erweitert.

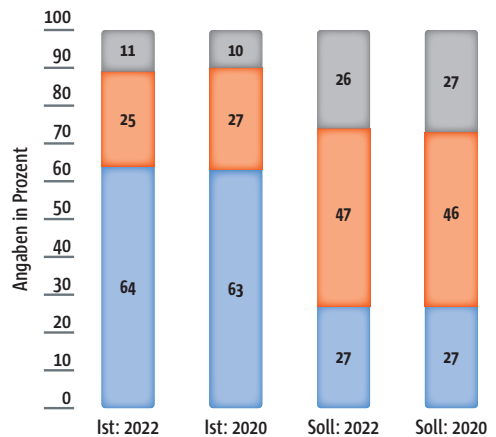
Die Erweiterung des Aufgabenspektrums wurde stets begleitet von der Diskussion um eine Weiterentwicklung der Rolle der Krankenversicherung vom „Payer zum Player“. Prinzipiell können Krankenversicherer folgende Rollen einnehmen:

- **Die Rolle des Bezahlers:** Die Krankenversicherung zieht sich stark auf die Bezahlung von Leistungen zurück und verhält sich in Richtung der Versicherten weitgehend passiv.
- **Die Rolle des Kümmersers:** Die Krankenversicherung betreut die Versicherten aktiv und unterbreitet ihnen passende Angebote und Leistungen, wenn sie benötigt werden.

- **Die Rolle des Lotsen:** Die Krankenversicherung hilft den Versicherten darüber hinaus dabei, sich gut im Gesundheitssystem zurechtzufinden und organisiert und vernetzt Gesundheitsleistungen für die Versicherten.

Immer mehr Krankenversicherer streben danach, Lotse für die Gesundheit ihrer Versicherten zu sein, bspw. wirbt die BKK VerbundPlus [10] mit dem Slogan „der Lotse für Ihre Gesundheit“ oder die BKK SBH [11] mit dem „BKK SBH Gesundheits-Lotsen“, in dem unter anderem BKK Arzt-Lotse, BKK Klinik-Lotse, BKK Pflege-Lotse, Präventions-Lotse und ein Lotse für das Ausland inbegriffen sind. Auch andere Kran-

Abbildung 27 Aktuelle und gewünschte zukünftige Rolle der eigenen Krankenversicherung. Fragen: Welche der folgenden Rollen nimmt Ihre Krankenversicherung aktuell aus Ihrer Sicht am ehesten ein? Welche der folgenden Rollen sollte Ihre Krankenversicherung zukünftig aus Ihrer Sicht am ehesten einnehmen? Angaben in Prozent. Basis 2022: n = 5.000; 2020: n = 4.728



- Lotse: Meine Krankenversicherung hilft mir aktiv, mich im Gesundheitssystem gut zurechtzufinden, organisiert und vernetzt.
- Kümmerser: Meine Krankenversicherung betreut mich und bietet mir gute Angebote und Leistungen, wenn ich sie brauche.
- Bezahler: Meine Krankenversicherung bezahlt Leistungen, die ich benötige. Mehr Kontakt gibt es nicht

kenversicherer wie die hkk, die KKH oder die IKK classic nutzen den Lotsenbegriff, um ihre Versicherten durch bestimmte Teile des Gesundheitswesens zu navigieren, z.B. Gesundheitslotse [12], Arztlotse [13] oder Pfügelotse [14, 15]. Gleichwohl werden die verwendeten Lotsenbegriffe mit Blick auf die durch die Versicherer im Schwerpunkt kommunizierten Versorgungsangebote und -services sehr unterschiedlich inhaltlich ausgefüllt, z.B. der AOK-Pflegenavigator [16] oder der BKK PflegeFinder [17].

Payer oder Player: Welche Rolle sollten Krankenversicherungen einnehmen?

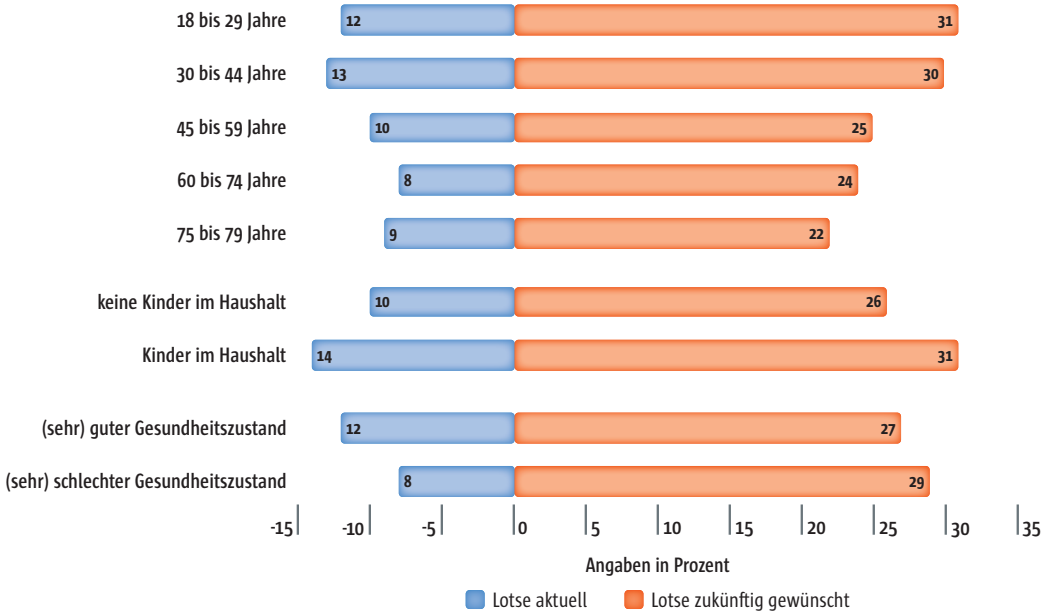
2022 (11%) und 2020 (10%) sah nur etwa ein Zehntel der Befragten die eigene Krankenversicherung als Lotsen (»»» Abbildung 27). Knapp ein Viertel nimmt sie hingegen als Kümmerer wahr (2022: 25%, 2020: 27%). Für die überwiegende Mehrheit ist der eigene Krankenversicherer jedoch nur ein Bezahler (2022: 64%, 2020: 63%). Dieser Anteil reduziert sich in beiden Erhebungen allerdings deutlich, wenn nach der gewünschten Rolle der Krankenversicherung gefragt wurde. Hier ist es nun nur noch etwas mehr als ein Viertel (jeweils 27%), das die Krankenversicherung auch zukünftig in der Rolle des Bezahlers sieht. Ein etwa gleich großer Teil (2022: 26%, 2020: 27%) wünscht sich die Krankenversicherung in einer Lotsenfunktion. Deutlicher steigt jedoch der Anteil derer, die sich ihre Krankenversicherung als Kümmerer wünschen (2022: 47%, 2020: 46%). Dies zeigt, dass aus Versichertenperspektive die Anforderungen an die Krankenversicherung gemessen an der aktuellen Wahrnehmung stark wachsen. In der Zeit zwischen den Erhebungen hat sich daran nichts verändert, denn die Unterschiede zwischen wahrgenommener Rolle und Sollprofil fallen noch immer eklatant aus.

Hieraus ergibt sich die Schlussfolgerung, dass sich die Versicherten eine aktivere Rolle der Krankenversicherung für die Zukunft wünschen. Dies ist insbesondere bei den jüngeren

Zielgruppen der Fall (»»» Abbildung 28). Während diese auch derzeit eher die eigene Krankenversicherung in der aktiveren Rolle des Lotsen wahrnehmen (18- bis 29-Jährige: 12%, 30- bis 44-Jährige: 13%) sind es in den älteren Zielgruppen nur etwas weniger (45- bis 59-Jährige: 10%, 60- bis 74-Jährige: 8%, 75- bis 79-Jährige: 9%). Deutlicher zeigt sich ein Alterseffekt mit Blick auf die künftig gewünschte Rolle des eigenen Versicherers: Fast zwei Drittel der jüngeren Zielgruppe (18- bis 29-Jährige: 31%, 30- bis 44-Jährige: 30%) stehen hier etwa einem Viertel (45- bis 59-Jährige: 25%, 60- bis 74-Jährige: 24%, 75- bis 79-Jährige: 22%) gegenüber. Unterschiede zeigen sich auch hinsichtlich der Frage, ob Kinder im Haushalt leben. Versicherte ohne Kinder im Haushalt sehen aktuell ihre Krankenversicherung nur in einem von zehn Fällen als Lotsen (10%), nur etwas mehr als ein Viertel (26%) wünscht sich in Zukunft diese Rolle für die eigene Krankenversicherung. Lebt mindestens ein Kind im Haushalt, so steigt der zukünftige Lotsenwunsch auf fast ein Drittel (31%). Auch aktuell sehen Versicherte mit mindestens einem Kind im Haushalt etwas häufiger (14%) die Krankenversicherung als Lotsen. Ein etwas anderes Bild zeichnet sich hinsichtlich des Gesundheitszustandes der Befragten ab. So sehen subjektiv Gesunde ihre Krankenversicherung aktuell häufiger in der Lotsenfunktion (12%) als Kranke (8%), Letztere wünschen sich aber dafür häufiger (29%) als Gesunde (27%) diese Funktion zukünftig für ihre Krankenkasse.

»»» Jüngere Versicherte sowie solche mit Kindern im Haushalt sehen ihre Krankenversicherung derzeit bereits häufiger als Lotse als andere. Darüber hinaus wünschen sie sich künftig deutlich häufiger eine noch aktivere Rolle ihrer Krankenversicherung. Dass sich junge Menschen sowie Personen mit Kindern im Haushalt Unterstützung bei der Orientierung innerhalb des Gesundheitssystems wünschen, ist dabei naheliegend. Jüngeren Menschen mangelt es womöglich an persönlichen Er-

Abbildung 28 Lotsenrolle aktuell und zukünftig gewünscht nach Alter, Kinder im Haushalt und Gesundheitszustand. Fragen: Welche der folgenden Rollen nimmt Ihre Krankenversicherung aktuell aus Ihrer Sicht am ehesten ein? Welche der folgenden Rollen sollte Ihre Krankenversicherung zukünftig aus Ihrer Sicht am ehesten einnehmen? Angaben in Prozent. Basis: n = 5.000



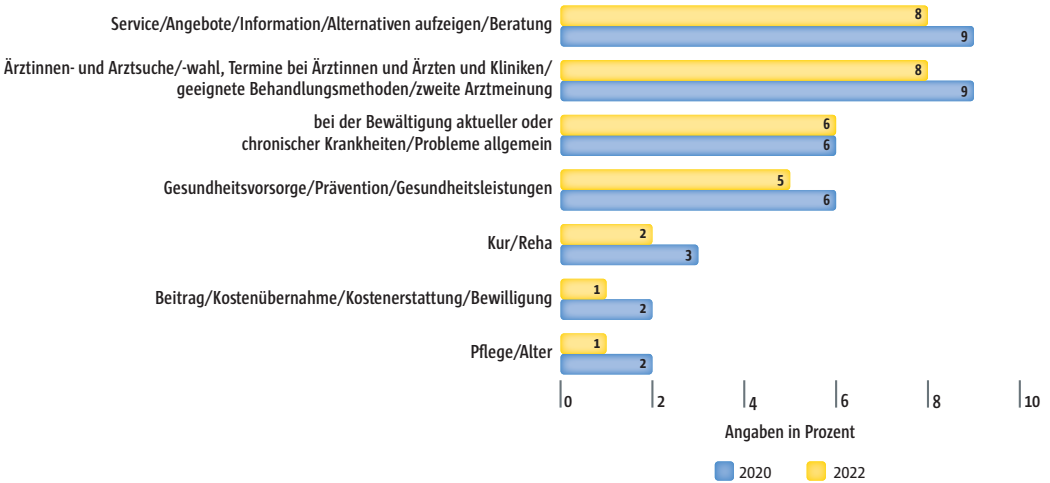
fahrungen innerhalb des Systems, während Eltern ebenso neue Erfahrungen hinsichtlich der gesundheitlichen Bedürfnisse ihrer Kinder innerhalb des Gesundheitswesens machen und auch insgesamt komplexeren Gesundheitsfragen gegenüberstehen. Dies ist aber nur eine mögliche Erklärung. Auch ist denkbar, dass die Krankenversicherungen derzeit bereits einen größeren Fokus auf diese Zielgruppen legen und selbige dadurch an eine stärkere Lotsenfunktion der Krankenversicherung bereits gewöhnt haben. Anhand der im Rahmen der Versichertenbefragung erhobenen Daten lässt sich dies nicht abschließend beantworten.

Welche Erwartungen knüpfen die Versicherten an die Rolle eines Lotsen?

Versicherte haben ein sehr unterschiedliches Bild davon, wo konkret die Krankenversiche-

rung als Lotse innerhalb des Gesundheitssystems agieren sollte. Allerdings blieb das Bild zwischen den Erhebungen 2020 und 2022 relativ stabil (»»» Abbildung 29). So gibt sowohl 2022 (8%) als auch 2020 (9%) knapp ein Zehntel der Befragten an, dass ihre Krankenversicherung in Bezug auf Service- und Beratungsaspekte in einer Lotsenfunktion agieren sollte. Dies inkludiert bedarfsgerechte Informationen, Beratungsleistungen, Gesundheitsangebote oder auch Vorschläge zu möglichen Alternativen bei Leistungsablehnungen. Am zweithäufigsten nennt ebenfalls etwa ein Zehntel der Versicherten 2022 (8%) und 2020 (9%) hingegen eine klare Orientierungshilfe im Gesundheitssystem: Suche nach Ärztinnen und Ärzten, Unterstützung bei der Terminfindung, das Angebot geeigneter Behandlungsmethoden sowie von ärztlichen Zweitmeinungen fallen darunter. Weniger konkret fällt die dritthäufigste Nennung aus. Mehr als ein Zwanzigstel der Versicherten (2022 und 2020 jeweils 6%) sieht die Krankenver-

Abbildung 29 Situationen, in denen die Krankenversicherung als Lotse agieren sollte. Fragen: In welchen konkreten Situationen können Sie sich vorstellen, Ihre Krankenversicherung als Lotsen im Gesundheitssystem in Anspruch zu nehmen? Wo sollte Sie Ihre Krankenversicherung gezielt unterstützen? (offene Frage); Basis 2022: n = 5.000; 2020: n = 4.728; Darstellung aller Nennungen > 1%



sicherung bei der Bewältigung aktueller oder chronischer Krankheiten sowie Probleme allgemein als Lotsen gefragt. Fast genauso viele (2022: 5%, 2020: 6%) wünschen sich einen Lotsen bei der Gesundheitsvorsorge, Prävention bzw. Gesundheitsleistungen. Seltener sind Nennungen wie Kur/Reha (2022: 2%, 2020: 3%), monetäre Aspekte (2022: 1%, 2020: 2%) sowie Pflege/Alter (2022: 1%, 2020: 2%). Das macht deutlich, dass Befragte die Lotsenfunktion insbesondere bei der Navigation durch das Gesundheitssystem bspw. durch Information und Beratung bei verschiedenen Angeboten sowie der Suche nach freien Behandlungsplätzen und Terminfindung verorten.

Wie in »» Abbildung 27 gezeigt, wünschen sich Versicherte einen Paradigmenwechsel. Durch die erneute Erhebung 2022 und den Vergleich mit den Ergebnissen aus der Versichertenbefragung 2020 wird deutlich, dass dieser Wandel noch lange nicht vollzogen und auch noch nicht spürbar in Gang gesetzt ist. Indes ist festzuhalten, dass der Wunsch nach einem solchen Wandel nicht auf

alle Befragten zutrifft. Gut ein Viertel (27%) sieht die Krankenversicherungen auch künftig nur in der Rolle des Bezahlers. Entsprechend verweist auch dieses Kapitel auf den Bedarf eines zielgruppenspezifischen Agierens. Nicht alle Versicherten wünschen einen Lotsen an ihrer Seite, vielen genügt auch ein Kümmerer oder gar nur ein Bezahler.

Wie beurteilen Versicherte das System der Krankenversicherung?

Ergänzend zu den zuvor beschriebenen Qualitätsdimensionen wurde auch das System der Krankenversicherungen bzw. der Blick der Versicherten auf das System erhoben. Dazu wurde der Grad der Zustimmung zu zehn Items erfragt (»» Abbildung 30). Die Zustimmungswerte („trifft voll und ganz“ und „trifft eher zu“) variieren dabei innerhalb der Items stark (zwischen 25% und 65%). Am höchsten, mit fast zwei Dritteln der Befragten (65%), fällt die Zustimmung zur Abschaffung des Nebeneinanders von gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen

Abbildung 30 Beurteilung von Rolle und System der Krankenversicherung. Frage: Geben Sie bitte an, inwieweit die folgenden Aussagen aus Ihrer Sicht zutreffen. Angaben in Prozent und Mittelwert (M). Basis 2022: n = 5.000/*4.584; 2020: n = 4.728/*4.336



aus. Fast genauso viele Befragte befürworten das Solidarprinzip der gesetzlichen Krankenversicherung (64%, wobei diese Frage nur gesetzlich Versicherten gestellt wurde) und sehen ihre Krankenversicherung als vertrauensvollen Partner (60%). Ein Großteil der Befragten empfindet selbige dabei als preiswürdig (57%) und wünscht sich zudem einen stärkeren Fokus der Krankenversicherungen auf Prävention und Gesund-

heitsförderung (55%). Vergleichsweise gering fällt die Zustimmung der Versicherten zu potenziellen Beitragserhöhungen aus. Nur etwa ein Viertel würde eine Erhöhung begrüßen, wenn dadurch direkte Zuzahlungen zu Gesundheitsleistungen gesenkt (26%) oder wenn dadurch bessere Versorgungsangebote zur Verfügung gestellt würden (25%). Umgekehrt ist bei diesen Items der Anteil derer, die selbige ablehnen, am

höchsten (Zuzahlungen: 38%, bessere Versorgungsangebote: 39%). Insgesamt variiert der Ablehnungsanteil ebenfalls stark (zwischen 8% und 39%). Besonders handlungsrelevant ist dieser etwa bezogen auf die Frage zur Möglichkeit der Qualitätseinschätzung in Bezug auf Krankenversicherungen (22%). Nur etwa jeder zehnte Befragte gibt an, dass ihm bzw. ihr dies sicher möglich ist, welches auf die Notwendigkeit zu mehr Qualitätstransparenz verweist.

Eher gemischte Einstellungen der Befragten sind bei den Fragen zur Einflussnahme der Krankenversicherungen auf Leistungsauswahl bspw. über individuelle Empfehlungen ($M = 2,5$) sowie zur Individualisierung des Beitragssatzes ($M = 2,6$) festzustellen. Bei der Beurteilung der Rolle und des Systems der Krankenversicherung fällt insgesamt der Anteil derer, die sich kein Urteil bilden, vergleichsweise gering aus (zwischen 6% und 13%). Am höchsten ist dies bei der Einschätzung der Qualität von Krankenversicherungen und am niedrigsten bei dem Vertrauen der Versicherten in ihre Versicherung. Zwischen den Erhebungen 2020 und 2022 sind keine signifikanten Unterschiede festzustellen.

Nachhaltigkeit im Kontext der Krankenversicherungen

Immer mehr Krankenkassen setzen auf das Thema Nachhaltigkeit. So wirbt unter anderem die Mobil Krankenkasse [18] mit Nachhaltigkeitsthemen, die TK [19] wirbt für eine gesetzliche Verankerung von Nachhaltigkeit in der Sozialversicherung, und die BKK ProVita [20] hat sich als erste Krankenkasse mit einem Schwerpunkt für pflanzliche Ernährung einen Namen gemacht. Allerdings ist Nachhaltigkeit nicht nur thematisch zu verstehen, sondern auch prozessual, etwa im Sinne einer nachhaltigen Finanzierung der Krankenversicherung. Nachhaltigkeit ist allgemein ein sehr weitgefasster Begriff und in den verschiedensten Kontexten vorzufinden [21] und so kursieren auch

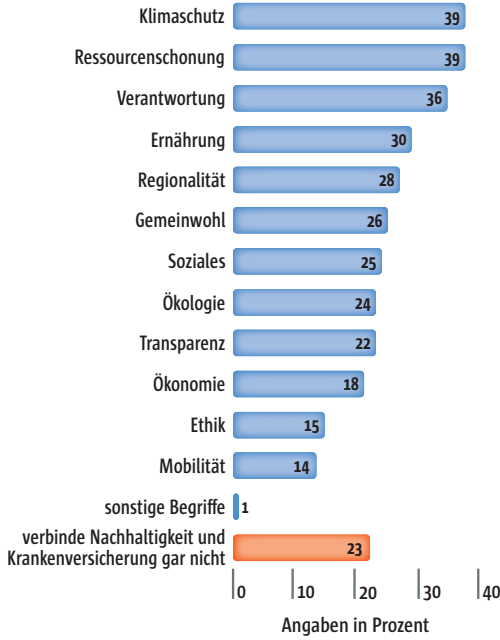
mannigfaltige Definitionen und Anwendungsbeispiele. Konsultiert man hierzu den Duden, ergibt sich eine einfache, aber womöglich gerade deshalb anwendbare Definition: ein „Prinzip, nach dem nicht mehr verbraucht werden darf, als jeweils nachwachsen, sich regenerieren, künftig wieder bereitgestellt werden kann“ [22]. Inwieweit die Befragten dieses Prinzip mit Krankenversicherungen und allgemeiner mit dem Gesundheitswesen assoziieren, ist ein neuer Schwerpunkt der Versichertenbefragung 2022.

Welche Begriffe assoziieren Versicherte mit den Themen Nachhaltigkeit und Krankenversicherungen?

Zunächst wurden die Befragten nach den Assoziationen gefragt, die sie zu Nachhaltigkeit haben, wenn sie an Krankenversicherungen denken. Dazu wurden den Befragten zwölf Begriffe vorgegeben, von denen sie angeben sollten, ob sie diese mit Krankenversicherungen verbinden oder nicht. Allen voran ist zu sehen, dass fast ein Viertel der Befragten (23%) die beiden Themen überhaupt nicht miteinander in Verbindung setzt (»» Abbildung 31). Am häufigsten wurden die Themen Klimaschutz und Ressourcenschonung in Assoziation zu Krankenversicherungen gebracht (jeweils 39%). Mehr als ein Drittel (36%) sah in diesem Zusammenhang Verantwortung als passend. Mehr als ein Viertel nannte die Themen Ernährung (30%), Regionalität (28%), Gemeinwohl (26%) und/oder Soziales (25%). Seltener genannt wurden Ökologie (24%), Transparenz (22%), Ökonomie (18%), Ethik (15%) sowie Mobilität (14%). Welche Teilaspekte dieser jeweils doch großen Themenfelder die Befragten genau in Verbindung mit Nachhaltigkeit und Krankenkassen brachten, ist anhand der im Rahmen der Versichertenbefragung erhobenen Daten nicht abzubilden. Hierfür bedarf es zielgerichteter qualitativer Ansätze.

Hinsichtlich der Häufigkeit der einzelnen Nennungen sind deutliche Unterschiede nach

Abbildung 31 Begriffe, die mit Nachhaltigkeit und Krankenversicherung verbunden werden. Frage: Welche der Begriffe verbinden Sie persönlich mit „Nachhaltigkeit“, wenn Sie an Krankenversicherungen denken? Angaben in Prozent. Basis n = 5.000



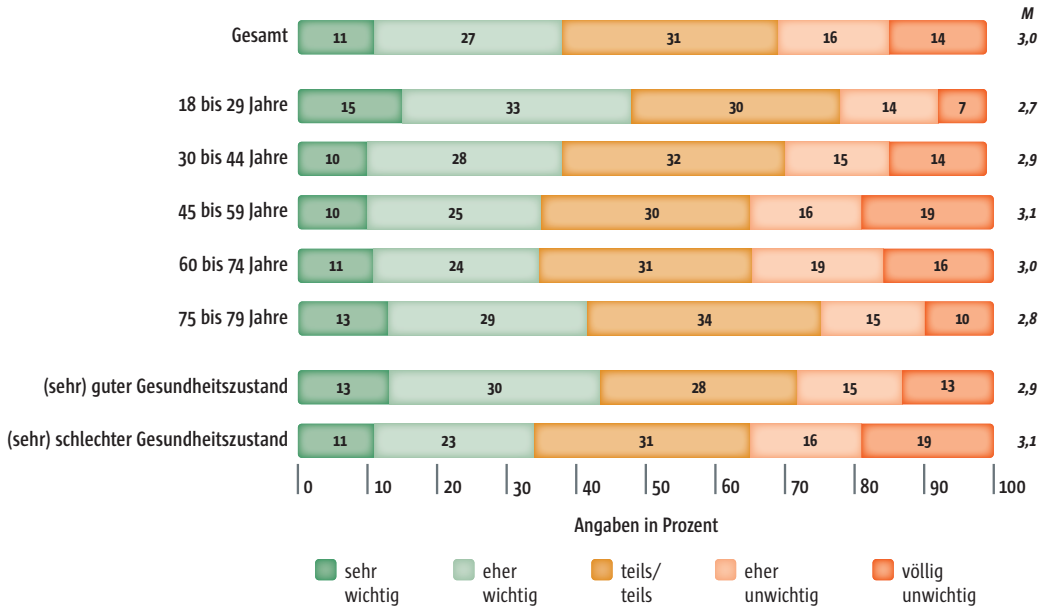
dem Alter der Befragten auszumachen (»»» Abbildung 32). So benennt fast die Hälfte der 18- bis 29-Jährigen (48%) den Klimaschutz. Mit steigendem Alter der Befragten sinkt die Häufigkeit dieser Angabe: Weniger als ein Drittel (31%) der 75- bis 79-Jährigen bringt die Begriffe Nachhaltigkeit und Krankenversicherungen mit dem Klimaschutz in Verbindung. Ähnliches, wenn auch mit etwas geringeren Differenzen, tritt bei den Themen Ressourcenschonung (18- bis 29-Jährige: 43%, 75- bis 79-Jährige: 31%), Ökologie (18- bis 29-Jährige: 34%, 75- bis 79-Jährige: 14%) und Ökonomie (18- bis 29-Jährige: 24%, 75- bis 79-Jährige: 15%) auf. Dazu passend gibt nur etwa ein Zehntel (12%) der 18- bis 29-Jährigen an, Nachhaltigkeit und Krankenversicherung gar nicht miteinander zu verbinden, während dies mehr als ein Viertel der über 45-Jährigen tut (zwischen 27% und 28%). Ein differenziertes Bild zeigt sich auch bei der Assoziation von Krankenversicherung und Ernährung: Während die jüngste Zielgruppe dies deutlich häufiger miteinander verbindet (41%), unterscheiden sich die anderen Altersgruppen geringfügiger (27% bis 34%). Die 75- bis 79-Jährigen asso-

Abbildung 32 Begriffe, die mit Nachhaltigkeit und Krankenkassen verbunden werden, nach Altersgruppen. Frage: Welche der folgenden Begriffe verbinden Sie persönlich mit „Nachhaltigkeit“, wenn Sie an Krankenversicherungen denken? Angaben in Prozent. Basis: n = 5.000

	Gesamt	18-29 Jahre	30-44 Jahre	45-59 Jahre	60-74 Jahre	75-79 Jahre
Klimaschutz	39	48 ▲	41 ►	35 ►	36 ►	31 ▼
Ressourcenschonung	39	43 ►	41 ►	37 ►	37 ►	31 ▼
Verantwortung	36	37 ►	35 ►	34 ►	37 ►	43 ▲
Ernährung	30	41 ▲	28 ►	27 ►	28 ►	34 ►
Regionalität	28	29 ►	27 ►	28 ►	29 ►	25 ►
Gemeinwohl	26	25 ►	23 ►	24 ►	31 ►	34 ▲
Soziales	25	28 ►	24 ►	23 ►	26 ►	31 ▲
Ökologie	24	34 ▲	26 ►	22 ►	21 ►	14 ▼
Transparenz	22	22 ►	20 ►	20 ►	23 ►	29 ▲
Ökonomie	18	24 ▲	18 ►	15 ►	16 ►	15 ►
Ethik	15	18 ►	15 ►	13 ►	16 ►	18 ►
Mobilität	14	19 ►	13 ►	11 ►	14 ►	16 ►
sonstige Begriffe	1	1 ►	1 ►	0 ►	0 ►	0 ►
verbinde Nachhaltigkeit und Krankenversicherung gar nicht	23	12 ▼	20 ►	27 ►	28 ▲	28 ►

Abweichung von Gesamt: ▲ Δ > 5% ▼ Δ < -5% ► Δ ≤ -5% und Δ ≥ 5%

Abbildung 33 Wichtigkeit des Themas Nachhaltigkeit bei der Auswahl der Krankenversicherung nach Alter und Gesundheitszustand. Frage: Wie wichtig ist Ihnen persönlich der Aspekt der Nachhaltigkeit bei der Wahl einer für Sie geeigneten Krankenversicherung? Angaben in Prozent und Mittelwert (M). Basis: n = 5.000



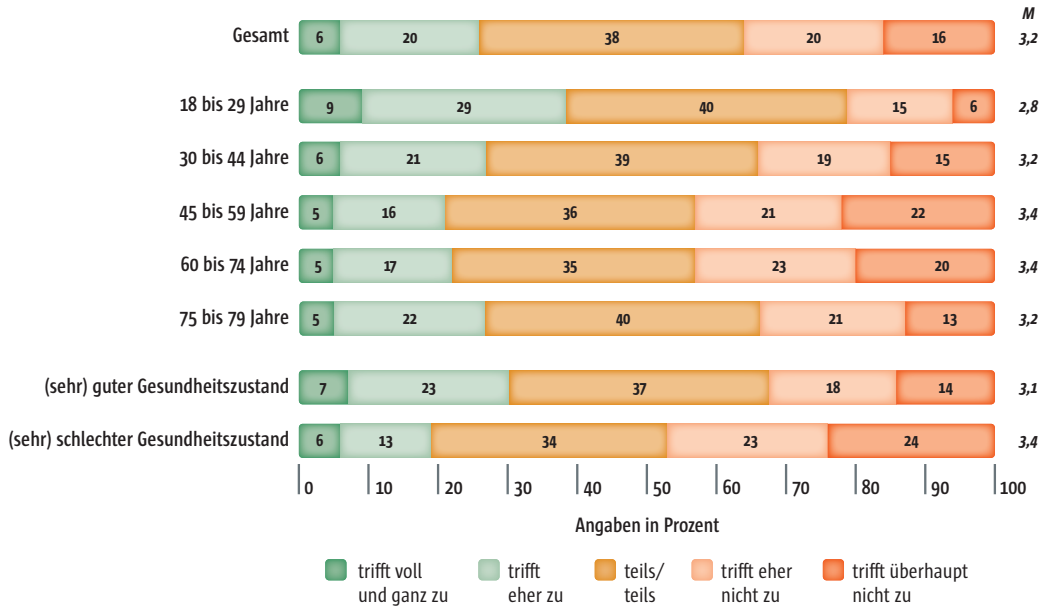
ziieren im Gegenzug Krankenversicherungen häufiger mit den Themen Verantwortung (43%), Gemeinwohl (34%), Soziales (31%) und Transparenz (29%) als Versicherte im Alter von 18 bis 29 Jahren (37%/25%/28%/22%).

Wie wichtig ist Versicherten das Thema Nachhaltigkeit bei der Auswahl von Krankenversicherungen?

Nachdem die grundlegenden Assoziationen der Versicherten in Bezug auf Nachhaltigkeit und Krankenversicherungen abgefragt wurden, stellte sich nun die Frage, welche Rolle das Thema bei der Auswahl spielt. Dazu wurden die Versicherten gefragt, wie wichtig ihnen persönlich der Aspekt der Nachhaltigkeit bei der Auswahl einer Krankenversicherung ist (»»» Abbildung 33). Auffällig ist, dass der größte Anteil der Angaben auf unentschlossene Befragte fällt (teils/teils = 31%). Sehr oder eher wichtig ist das Thema über einem Drittel der Versicherten (38%). Fast genauso groß ist allerdings auch der

Anteil derer, die es für eher oder völlig unwichtig halten (31%). Insgesamt ergibt sich somit ein sehr gemischtes Bild. Das arithmetische Mittel fällt genau auf die Skalenmitte (M = 3,0). Ein Blick auf einzelne Zielgruppen gibt mehr Aufschlüsse: So zeigt sich, dass fast die Hälfte der 18- bis 29-Jährigen (48%) dem Thema eine gewisse Bedeutung zuschreibt. Ein klarer Alterseffekt ist allerdings nicht zu erkennen, denn auch bei den 75- bis 79-Jährigen sehen überdurchschnittlich viele Befragte (42%) eine Relevanz des Themas bei der Auswahl der Krankenversicherung. Weniger wichtig erachten das Thema indes die 45- bis 59-Jährigen sowie die 60- bis 74-Jährigen, bei denen nur etwas mehr als ein Drittel (jeweils 35%) angibt, dass Nachhaltigkeit diesbezüglich wichtig sei. Bei der zweitjüngsten Zielgruppe, den 30- bis 44-Jährigen, sind es etwas mehr (38%). Unterschiede sind auch hinsichtlich des Gesundheitszustandes zu sehen. So gibt etwa ein Drittel (34%) der subjektiv Kranken an, dass ihnen das Thema sehr oder eher wichtig bei der Auswahl einer

Abbildung 34 Wahrnehmung der eigenen Krankenversicherung als nachhaltig nach Alter und Gesundheitszustand. Frage: Inwieweit trifft es zu, dass Sie Ihre Krankenversicherung als nachhaltig wahrnehmen? Angaben in Prozent und Mittelwert (M). Basis: n = 5.000



Krankenversicherung ist, während dies bei subjektiv Gesunden (43%) fast 10% mehr der Befragten tun.

Inwieweit nehmen Versicherte ihre eigene Krankenversicherung als nachhaltig wahr?

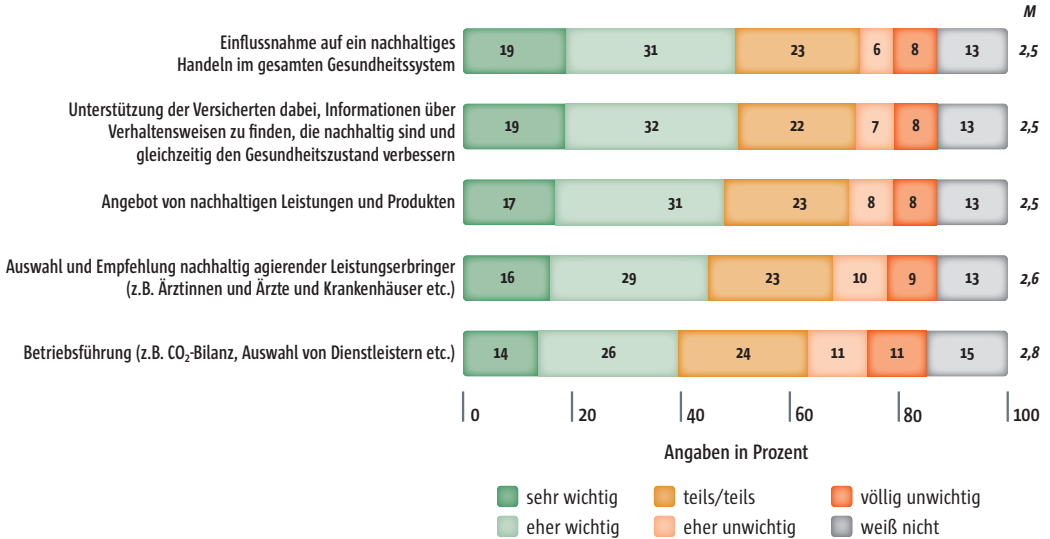
Nach der Abfrage zur Bedeutung des Themas Nachhaltigkeit wurde zudem erfasst, inwieweit die eigene Krankenversicherung der Befragten diesem Anspruch entspricht. »»» Abbildung 34 stellt dar, dass sich der Großteil der Befragten (38%) diesbezüglich unentschlossen zeigt. Nur etwas mehr als ein Viertel (26%) empfindet die eigene Krankenkasse als nachhaltig (Angaben „trifft voll und ganz“ und „trifft eher zu“), mehr als ein Drittel (36%) verneint dies (Angaben „trifft eher nicht“ und „trifft überhaupt nicht zu“). Im Mittel ist also eine leichte negative Tendenz erkennbar (M = 3,2). Mit Blick auf die Altersgruppen ergibt sich ein ähnliches Bild wie bei der Wichtigkeit zum Thema Nach-

haltigkeit. So ist kein klarer Alterseffekt zu erkennen, allerdings geben erneut die 45- bis 74-Jährigen im Durchschnitt die niedrigste Bewertung ab (45- bis 59-Jährige: M = 3,4; 60- bis 74-Jährige: M = 3,4). Sowohl bei den 30- bis 44-Jährigen (M = 3,2) als auch bei den 75- bis 79-jährigen (M = 3,2) fällt die Einschätzung positiver aus. Die jüngste Zielgruppe nimmt die eigene Krankenkasse am nachhaltigsten wahr (M = 2,8). Auch der Gesundheitszustand der Befragten offenbart Unterschiede: So sieht fast ein Drittel (31%) der subjektiv Gesunden ihre Krankenkasse als nachhaltig, aber nur knapp ein Fünftel (19%) der subjektiv Kranken.

Wie beurteilen Versicherte das Handeln ihrer Krankenversicherung in Bezug auf Nachhaltigkeitsaspekte?

Um einen genaueren Blick auf die Einstellungen der Befragten hinsichtlich des Nachhaltigkeitsaspektes im Handeln ihrer Krankenversi-

Abbildung 35 Wichtigkeit nachhaltigen Handelns der eigenen Krankenversicherung. Frage: Wie wichtig ist Ihnen ein Nachhaltigkeit orientiertes Handeln Ihrer Krankenversicherung in Bezug auf die folgenden Themen? Angaben in Prozent und Mittelwert (M). Basis: n = 5.000



cherung zu ermöglichen, wurden einige Detailfragen ergänzt (»»» Abbildung 35). Der Anteil derer, welche die einzelnen Dimensionen als wichtig erachten, liegt zwischen 39% und 50%. Am höchsten fällt dieser Anteil bei der Unterstützung der Beschaffung von Informationen zu nachhaltigem Verhalten und der Einflussnahme auf nachhaltiges Handeln im gesamten Gesundheitssystem (jeweils 50%) aus, dicht gefolgt von dem Angebot von nachhaltigen Leistungen und Produkten (48%). Der Anteil an Befragten, welche die einzelnen Dimensionen als eher oder völlig unwichtig bewerten, rangiert zwischen 14% und 22%. Am höchsten fällt er bei der Betriebsführung (22%) und der Auswahl und Empfehlung nachhaltig agierender Leistungserbringer (19%) aus.

Bei genauerer Betrachtung der einzelnen Zielgruppen ist erneut kein Alterseffekt zu sehen. Überraschend ist, dass nicht die jüngste Zielgruppe, sondern die 75- bis 79-Jährigen bei fast allen Items die durchschnittlich höchste Wichtigkeit angeben (M zwischen 2,2 und 2,6; Ø = 2,3). Ausnahme stellt hier die Betriebsführung (M = 2,6) dar, hier geben die 18- bis 29-Jäh-

rigen eine etwas höhere Wichtigkeit an (M = 2,5). Ein durchgehender Unterschied ist hingegen zwischen den subjektiv Gesunden und Kranken auszumachen: Subjektiv Gesunde geben über alle fünf Kriterien hinweg eine höhere Wichtigkeit an (M zwischen 2,4 und 2,7; Ø = 2,5) als Kranke (M zwischen 2,5 und 2,9; Ø = 2,7). Bei weiteren Zielgruppen fallen Unterschiede entweder nicht statistisch signifikant oder aber nicht konsistent aus.

»»» Befragte assoziieren vor allem Klimaschutz, Ressourcenschonung und Verantwortung mit Nachhaltigkeit im Kontext der Krankenversicherungen. Die Begriffe Klimaschutz und Ressourcenschonung nennen dabei die 18- bis 29-jährigen besonders oft. Verantwortung ist die häufigste Nennung der 75- bis 79-jährigen. Bei der Auswahl der Krankenversicherung scheint die Nachhaltigkeit zunächst nur eine untergeordnete Rolle zu spielen: Während 38% der Befragten angeben, Nachhaltigkeit eine hohe Bedeutung bei der Wahl der Krankenversicherung beizumessen, nehmen nur 26% der Befragten ihre Krankenversicherung als

in hohem Maße nachhaltig wahr. Im Gegensatz zur Bedeutung nachhaltigen Handels fällt die tatsächliche Wahrnehmung bereits gelebter Nachhaltigkeit der eigenen Krankenkasse deutlich geringer aus. Daraus lässt sich Handlungspotenzial für die Krankenversicherung ableiten, mehr Angebote und Prozesse nachhaltiger zu gestalten und nachhaltiges Handeln transparent zu machen. Hinsichtlich der Bestrebungen nach Nachhaltigkeit ist den Befragten wichtiger, dass die Krankenversicherungen Einfluss auf ein nachhaltiges Handeln im gesamten Gesundheitssystem nehmen und Versicherte zu nachhaltigem und gleichzeitig gesundheitsförderndem Verhalten befähigen, als dass die Versicherer eine nachhaltige Betriebsführung nachweisen.

Schlussfolgerung und Ausblick

Die Versichertenbefragung hat auch in der zweiten Erhebung im Jahr 2022 über die detaillierte Betrachtung der Qualitätsdimensionen Servicegeschehen, Versorgungsgestaltung und Leistungsbereitschaft gezeigt, dass die Versicherten insgesamt zufrieden mit der Qualität ihrer Krankenversicherungen sind. In puncto Nachhaltigkeit ergeben sich Handlungspotenziale, da ein Großteil der Befragten dem Thema hohe Wichtigkeit zuschreibt, die eigene Krankenkasse aber nicht als nachhaltig wahrnimmt. Zudem dokumentieren die Ergebnisse nach wie vor erhebliche Potenziale für eine qualitativ hochwertige Betreuung der Versicherten, die sich durch alle betrachteten Dimensionen ziehen und in der Versorgungsgestaltung umzusetzen sind.

Insgesamt zeigt sich, dass sich die vorgestellten Ergebnisse nur in Nuancen von denen der Vorerhebung 2020 unterscheiden. Dies ist so zu deuten, dass es den Krankenversicherungen in den vergangenen zwei Jahren nicht gelungen ist, Akzente innerhalb der Qualitätsarbeit so zu setzen, dass ihre Versicherten diese auch wahrnehmen. Diese Akzente können über eine Verbesserung der Qualität von Services und

Leistungen oder über eine stärkere Positionierung bei dem Thema Nachhaltigkeit oder dem Rollenverständnis des Gesundheitslotsen erzeugt werden.

- **Wunsch nach mehr Bedarfsorientierung, Individualität und Versichertenorientierung:** In den betrachteten Bereichen Service, Leistung und Versorgung wird deutlich, dass sich die Versicherten eine stärkere Ausrichtung des Handelns der Krankenversicherungen an der individuellen Bedarfssituation wünschen. Dies betrifft sowohl den Zuschnitt von Informationen und Versorgungsangeboten als auch die generelle Ausgestaltung von Service-, Beratungs- und Leistungsentscheidungsprozessen. Vor allem bei kritischen Ereignissen wie einer Leistungsablehnung wünschen sich die Versicherten eine höhere Versichertenorientierung in Form von individuellen Lösungen. Maßnahmen mit Fokus auf Individualität, Bedarfs- und Versichertenorientierung steigern die Qualität der Krankenkasse aus Versichertenperspektive.
- **Akzeptanz einer intensiveren Nutzung personenbezogener Versichertendaten durch die Krankenkasse:** Aufbauend auf dem Wunsch nach einer stärker an der einzelnen Person und ihren Anforderungen ausgerichteten Versorgung steht eine relevante Anzahl der Versicherten auch einer intensiveren Nutzung personenbezogener gespeicherter Daten und Informationen durch ihre Krankenversicherungen offen gegenüber. Diese im Vergleich zur Vorerhebung gesteigerte Einschätzung basiert vor allem auf dem Vertrauen, welches die Versicherten ihrer Krankenversicherung bezüglich der Einhaltung der gesetzlichen Datenschutzerfordernungen entgegenbringen. Dieser Wunsch nährt sich insbesondere auch durch die Wahrnehmung einer derzeit nur unzureichend bedarfsgerecht erfolgenden Information. Eine intensivere Nutzung personenbezogener Daten birgt das Potenzial, eine stärkere Bedarfsorientierung zu ermöglichen und hierüber auch die Qualitätseinschätzung der Krankenversicherungen zu verbessern.

- **Bedürfnis einer stärkeren Fokussierung auf Prävention und Gesundheitsförderung:** Neben der Sicherstellung einer bestmöglichen Versorgung ohne private Zusatzkosten sind den Versicherten Präventions- und Gesundheitsförderungsangebote der Krankenversicherer besonders wichtig. Der Beitrag der Krankenversicherung zur Gesunderhaltung prägt das Qualitätsempfinden der Versicherten entscheidend. Um die Qualität der Krankenversicherung zu verbessern, bedarf es aus Versichertenperspektive einer spürbaren Ausweitung des Angebots in den Bereichen Prävention und Gesundheitsförderung.
- **Notwendigkeit der Erhöhung individueller Gesundheitskompetenz:** Eng verwoben mit dem Wunsch nach einer stärkeren Fokussierung der Krankenversicherung auf Prävention und Gesundheitsförderung ist die Erhöhung der individuellen Gesundheitskompetenz der Versicherten. So kann die Krankenversicherung wichtiger Partner bei der Auswahl der passenden Versorgung, dem Verständnis von Gesundheitsinformationen und Arztanweisungen und der Auswahl digitaler Unterstützungsangebote sein. Aus den genannten Gründen sollte die Förderung der Gesundheitskompetenz weiter in den Fokus rücken.
- **Stärkung der Bekanntheit von Gesundheits- und Versorgungsangeboten:** Die Befragungsergebnisse machen deutlich, dass ein Großteil der angebotenen Gesundheits- und Versorgungsangebote der Krankenversicherung bei den Versicherten wenig bekannt ist. Daraus resultieren zwei Handlungsfelder: Versicherte sollten mehr über Existenz, Funktionsweise und Nutzen von Gesundheits- und Versorgungsangeboten informiert werden. Gleichzeitig erscheint gemessen an den zum Teil verhaltenen Beurteilungen auch eine verbesserte Ausgestaltung notwendig.
- **Wunsch nach mehr Navigation und Orientierung:** Die zukünftig gewünschte Rolle der Krankenversicherer aus Sicht der Befragten ist nach wie vor primär die des Kümmerers. Auch befinden sich Lotsenaufgaben weiter im Fokus der Erwartungen. Hier haben sich die Erwartungshaltung und die Versorgungsrealität nicht verändert. Dies stellt insofern nicht zu Frieden, als die Versicherten den Krankenversicherungen nicht nur die Kompetenz zusprechen, eine vernetzende und koordinierende Aufgabe im Gesundheitssystem zu übernehmen. Die Befragten halten die Krankenversicherungen auch für kompetent, Hilfestellung bspw. bei der Wahl einer geeigneten Behandlungsmethode zu geben. Hier zeigen sich durchaus Bereiche, in denen die Krankenversicherungen ihre Versicherten besser unterstützen können. Bei der Navigation und Orientierung im Gesundheitswesen sind insbesondere digitale Kanäle der Krankenkassen wie Arzt- und Krankenhaus-Navigatoren von Bedeutung.
- **Erwartung einer stärkeren Einflussnahme auf Versorgungsstrukturen:** Neben der perspektivischen Übernahme von Navigations-, Orientierungs- und Vernetzungsaufgaben erwarten die Versicherten von ihrer Krankenversicherung auch in der Befragung 2022 einen Einsatz für die Verbesserung der Strukturen des Gesundheitssystems. Dies betrifft insbesondere die Schaffung von Transparenz, etwa zur Qualität von Ärztinnen und Ärzten und Krankenhäusern und zu Behandlungsprozessen. Auch einer stärker qualitätsbezogenen Vergütung der Leistungserbringer stehen die Versicherten aufgeschlossen gegenüber.
- **Notwendigkeit von mehr Qualitätstransparenz:** Vergleiche von Krankenkassen fokussieren noch immer mehrheitlich objektive Merkmale wie Zusatzbeiträge und Leistungen, stellen aber zu wenig auf Qualitätsthemen ab. Nur rund ein Drittel der befragten Versicherten kann auch im Jahr 2022 Qualitätsunterschiede zwischen den Krankenkassen tatsächlich sicher beurteilen. Hier hat sich im Vergleich zur Vorerhebung keine Steigerung der Qualitätstransparenz ergeben. Daraus resultiert weiterhin der Handlungsauftrag, Verbesserungen der Qualität in den Dimensionen Service, Leistungserleben und Versorgung nicht nur für die Versicherten

sichtbar, sondern auch vergleichbar zu machen. Ziel für die Versicherten muss es sein, auf dieser Basis eine bewusste Entscheidung für oder gegen eine Krankenkasse unter Qualitätsgesichtspunkten treffen zu können.

- **Strategien für Kommunikationskanäle:** Versicherte wünschen sich mehr Optionen für digitale Kommunikation, Prozessabwicklung und Unterstützung. Dies heißt nicht, dass persönliche Kontakt- und Beratungsoptionen (v.a. Telefon und Filiale) an Bedeutung verlieren. Vielmehr steigen die Anforderungen an Multikanalangebote. Kommunikationskanäle müssen stärker inhaltlichen Schwerpunkten zugeordnet werden (etwa Fokussierung der Filialen auf komplexe Beratungsanliegen, digitale Kanäle auf Self Services). Gleichzeitig muss es den Versicherten möglich sein, ein und dasselbe Anliegen in einer vergleichbaren Ergebnisqualität in unterschiedlichen Kanälen zu platzieren. Zudem bedarf es anlassbezogen auch intelligenter hybrider Ansätze, die in unterschiedlichen Phasen einzelner Prozesse auf die jeweiligen Stärken der zur Verfügung stehenden Kanäle setzen – und darüber anforderungsgerechte Versorgungspfade sicherstellen.

Versichertengruppen schätzen die Qualität von Krankenversicherungen unterschiedlich ein: Insbesondere bei jüngeren Befragten, subjektiv kranken Personen und höher Gebildeten lassen sich verstärkt kritischere Stimmen erkennen. Insbesondere für die Gruppe der Jungen und die der Erkrankten zeigt sich die Bedeutung von bedarfsorientierten Versorgungsansätzen noch einmal stärker. Der Einbezug weiterer Kriterien wie Gesundheitsverhalten, gesundheitsbezogenes Themeninteresse oder mediale Erreichbarkeit der Versicherten würde zu einer deutlich passgenaueren Information und Versorgung führen. Im Gegensatz zu den thematisierten Gruppenunterschieden nach Alter, Gesundheitszustand und Bildung nehmen Befragte in ländlichen und städtischen Kontexten die Qualitätsbemühungen ihrer Krankenversicherung durchweg auf einem ähnlichen Niveau wahr.

Welche methodischen Limitationen bestehen für die Versichertenbefragung?

Die Versichertenbefragung soll Einblick geben, wie Krankenversicherte die Qualität ihrer Krankenversicherung bewerten. Da die Probanden ausschließlich online rekrutiert wurden, können einige Aussagen und Ergebnisse durch Response- und Selektionsbias verzerrt sein. Bspw. ist anzunehmen, dass die Gesamtbevölkerung die Krankenversicherung seltener online kontaktiert und die digitalen Anteile an gewünschten zukünftigen Kanälen geringer ausfallen. Hintergrund dessen ist, dass Probanden, die über ein Online-Panel an einer Befragung teilnehmen, onlineaffiner sind als durchschnittliche Versicherte. Diese systematische Abweichung zu einer mobilen und internetaffinen Stichprobe gilt es bei der Interpretation der Daten zu berücksichtigen.

Eine zusätzliche Gefahr bei der Befragung von Online-Panelisten, die sich bei einem Anbieter angemeldet haben und für die Beantwortung von Umfragen vergütet werden, ist, dass Panelisten möglicherweise mit geringerem Engagement Fragen beantworten und demzufolge häufiger Fragen mit Residualkategorien („weiß nicht“ oder „keine Angabe“) beantworten. Dem stand eine strenge Qualitätskontrolle entgegen. So wurden Probanden, die keine konsistenten Aussagen gemacht haben (z.B. bei Angabe des höchsten Schulabschlusses mit „Hauptschule“ und gleichzeitiger Angabe des höchsten Bildungsabschlusses mit „Promotion“) oder zu konsistentes Antwortverhalten (Stichwort: Durchklicker) gezeigt haben, ausgeschlossen. Zudem wurde die Ausfülldauer und der Anteil an Residualantworten kontrolliert. Über die zusätzliche Kontrolle von offenen Nennungen und deren Sinnhaftigkeit wurden $n = 263$ ausgeschlossen und nachrekrutiert, wodurch eine bereinigte und qualitativ hochwertige Stichprobe von $n = 5.000$ erzielt wurde.

Auf die Repräsentativität der Ergebnisse kann sich ebenfalls einschränkend auswirken, dass die realisierte Online-Stichprobe im Ver-

gleich zur Gesamtbevölkerung einen leicht erhöhten Anteil an Personen mit hoher Bildung und gleichzeitig zu geringe Befragtenanteile mit Migrationshintergrund und chronischen Erkrankungen aufweist.

Welcher zukünftige Forschungsbedarf resultiert aus der Versichertenbefragung?

Die vorliegende Versichertenbefragung leistet einen wichtigen Beitrag zur Bestimmung des Status quo der versichertenseitigen Beurteilung der Qualität und Nachhaltigkeit der Krankenversicherung in Deutschland und zeigt Handlungsfelder für deren Verbesserung auf. Gleichwohl verweisen die Ergebnisse auf forschungsbezogene Potenziale. Die Erklärungsstärke stößt bei der abgeschlossenen Befragung an Grenzen. In diesen Kontext ordnen sich Überlegungen zum zukünftigen Forschungsbedarf mit drei zentralen Schwerpunkten ein.

Erstens: Ist die Betrachtung der untersuchten Qualitätsdimensionen im weiteren Zeitverlauf, allerdings im Kontext einer inhaltlichen Weiterentwicklung, von Interesse? Eine dritte Auflage der Versichertenbefragung kann die bereits begründete Zeitreihe weiter fortzuschreiben und auf diese Weise eine Entwicklung der Qualitätsdimensionen verlässlich dokumentieren. Aus diesem Grund ist es ratsam, den inhaltlichen Kern der Studie entlang der Qualitätsdimensionen Servicegeschehen, Versorgungsgestaltung und Leistungserleben grundsätzlich zu erhalten, diesen jedoch im Vorfeld der nächsten Erhebung auf inhaltliche Potenziale zu prüfen. Hier ist vor allem zu prüfen, wie stark sich Kriterien in einzelnen Dimensionen inhaltlich überschneiden (Inter-Item-Korrelationen) und damit gegebenenfalls eine Bereinigung erfordern und ob sich die gesamthafte Erklärungsstärke der Erhebung über die Ergänzung neuer Themen und Inhalte in den einzelnen Qualitätsdimensionen weiter erhöhen lässt.

Zweitens: Wurden beide Versichertenbefragungen des BKK Dachverbandes 2020 und 2022 durch die Corona-Pande-

mie geprägt? Diese hat gezeigt, wie wichtig es ist, dass die Bevölkerung über gesundheitsrelevante Themen informiert ist und dass die Versicherten über eine ausgeprägte Gesundheitskompetenz verfügen. In diesem Licht sind auch die Ergebnisse der Versichertenbefragung 2022 zu betrachten: Die Ergebnisse zeigen, dass Versicherte ihren Krankenversicherungen großen Nachholbedarf beim Aufbau versichertenbezogener Gesundheitskompetenz attestieren, die auch und insbesondere im digitalen Bereich liegen. Zudem ist zu untersuchen, bei welchen (digitalen) Gesundheitsthemen die Versicherten ihre Krankenversicherung als kompetent wahrnehmen, wo sie sich konkrete Unterstützung beim Aufbau von (digitaler) Gesundheitskompetenz wünschen und wie diese Unterstützung im Detail aussehen kann. Daraus generierte Erkenntnisse, etwa auf der Basis qualitativer Methoden und tiefer gehender Analysen, könnten dazu dienen, die Rolle des Gesundheitslotsen noch stärker inhaltlich zu gestalten und die Digitalstrategie der Krankenversicherungen zu beschleunigen.

Drittens: Verweist auch die zweite Versichertenbefragung auf eine noch immer mangelnde Transparenz zu Qualitätsunterschieden innerhalb der Krankenversicherungen? Das entwickelte Befragungsinstrument bietet eine Grundlage für regelmäßige Qualitätsberichte auf Krankenkassenebene. Kontinuierlich publizierte Qualitätsberichte bieten zudem sowohl Versicherten als auch Krankenversicherungen eine qualitätsbezogene Orientierung.

Literatur

1. Busemeyer M (2020) Heilmittel oder Zankapfel? Vertrauen in das Gesundheitssystem während der Corona-Krise. Policy Papers: COVID-19 und soziale Ungleichheit – Thesen und Befunde. URL: <https://kops.uni-konstanz.de/server/api/core/bitstreams/422babd2-5921-42f9-8933-6f0e0740e1f8/content> (abgerufen am 18.03.2023)
2. Abshagen C (2021) Nachhaltiges Gesundheitswesen. Bulletin des médecins suisses. URL: <https://bullmed.ch/article/doi/bms.2021.19723> (abgerufen am 18.03.2023)
3. Walter U, Röding D (2019) Zielgruppenspezifische Prävention und Gesundheitsförderung. In: Robin Haring (Hrsg.) Gesund-

- heitswissenschaften. 391–402. Springer Berlin, Heidelberg. DOI: 10.1007/978-3-662-54179-1_36-1
4. Arnold N (2012) Gesundheitliche Ungleichheit als soziale und politische Herausforderung. In: Wolf J, Dabrowski M, Abmeier K (Hrsg.) Gesundheitssystem und Gerechtigkeit. 177–184. Ferdinand Schöningh Paderborn. DOI: 10.30965/9783657775347_013
 5. Reichheld F (2003) The one number you need to grow. *Harv Bus Rev* 81(12), 46–54, 124
 6. Schiller S, Tröger A (2020) Changing.Channels. Banken und Krankenkassen im digitalen Beschleuniger. *Welle 10/KW* 35. URL: <https://docplayer.org/211958903-Changing-channels-banken-und-krankenkassen-im-digitalen-beschleuniger-erfurt-02-juni-2021.html>. Abgerufen am 09.02.2021
 7. Sørensen K, van den Broucke S, Fullam J et al. (2012) Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC public health*, 12, 80. DOI: 10.1186/1471-2458-12-80
 8. Abel T, Sommerhalder K, Bruhin E (2018) Health Literacy/Gesundheitskompetenz: BZGA – Federal Centre for Health Education. DOI: 10.17623/BZGA:224-i065-2.0
 9. Bundesministerium für Gesundheit (2018) Aufgaben und Organisation der GKV. URL: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/grundprinzipien/aufgaben-und-organisation-der-gkv.html>, zuletzt aktualisiert am 19.04.2018 (abgerufen am 20.03.2023)
 10. BKK VerbundPlus (2023) Startseite. URL: <https://www.bkk-verbundplus.de/> (abgerufen am 20.03.2023)
 11. BKK SBH (2023) BKK SBH Gesundheitslotse. Orientierung leicht gemacht. URL: <https://bkk-sbh.de/gesundheitscenter/gesundheitslotse/> (abgerufen am 20.03.2023)
 12. hkk (2023) Die hkk-Gesundheitslotsen. URL: <https://www.hkk.de/leistungen-und-services/hkk-gesundheitslotsen> (abgerufen am 20.03.2023)
 13. KKH (2023) Arztlotse. Schnell und unkompliziert einen Arzt in Ihrer Nähe finden. URL: <https://www.kkh.de/leistungen/arztlotse> (abgerufen am 20.03.2023)
 14. IKK classic (2023) Pflegelotse. URL: <https://www.ikk-classic.de/pk/leistungen/pflegeversicherung/pflegelotse-pflegequalitaetsbericht> (abgerufen am 20.03.2023)
 15. BARMER (2023) Pflegelotse: Pflegeheime finden. URL: <https://www.barmer.de/unsere-leistungen/pflege/pflegelotse-hospizlotse-1003046> (abgerufen am 20.03.2023)
 16. AOK (2023) AOK-Pflegenavigator. URL: <https://www.aok.de/pk/cl/uni/pflege/pflegenavigator/> (abgerufen am 20.03.2023)
 17. BKK (2023) BKK PflegeFinder. URL: <https://pflegefinder.bkk-dachverband.de/> (abgerufen am 20.03.2023)
 18. Mobil Krankenkasse (2023) Bleiben Sie mit uns nachhaltig gesund. URL: <https://mobil-krankenkasse.de/nachhaltig-gesund.html> (abgerufen am 20.03.2023)
 19. TK (2023) Nachhaltigkeit im SGB V verankern. URL: <https://www.tk.de/presse/themen/medizinische-versorgung/patientensicherheit/nachhaltigkeit-verankern-2105354?tkcm=ab> (abgerufen am 20.03.2023)
 20. BKK ProVita (2023) Ihre nachhaltige Krankenkasse. Persönlich nachhaltig gesundversichert. Online verfügbar unter <https://bkk-provita.de/> (abgerufen am 20.03.2023)
 21. Grunwald A, Kopfmüller J (2022) Nachhaltigkeit. Campus Frankfurt a.M.
 22. Duden.de (2023) Nachhaltigkeit. URL: <https://www.duden.de/rechtschreibung/Nachhaltigkeit>. zuletzt (abgerufen am 20.03.2023)



Sören Schiller

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



Sarah-Maria Steppe

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



Maximilian Neubronner

Anschließend an das Masterstudium Öffentliche Kommunikation an der Friedrich-Schiller-Universität Jena Beginn der Tätigkeit am IMK Institut. Schwerpunkt auf quantitative Auswertung mit Fokus auf Gesundheitsforschung, partizipative und gesellschaftspolitische Themen sowie die Optimierung von Auswertungsprozessen.

Nachhaltigkeit und Qualität



Bedeutung der Nachhaltigkeit bei Krankenkassen für Kunden und in der Praxis

Dirk Janssen und Frauke Tzscheuschler

Welche Erwartungen haben Kundinnen und Kunden an ihre Krankenkassen im Hinblick auf „Nachhaltigkeit“? Verbinden sie nachhaltiges Handeln überhaupt mit Krankenkassen?

Doch was bedeutet „Nachhaltigkeit“ eigentlich? Der Begriff der Nachhaltigkeit geht im Ursprung auf die Forstwirtschaft zurück, wonach in einem Wald nur so viel abgeholzt werden sollte, wie auf natürliche Weise regenerieren kann. Die Definition, die bis heute am weitesten verbreitet und anerkannt ist, hat ihren Ursprung im sogenannten Brundtland-Bericht der Vereinten Nationen von 1987, der erstmals festschrieb:

„Dauerhafte Entwicklung ist Entwicklung, die die Bedürfnisse der Gegenwart befriedigt, ohne zu riskieren, dass künftige Generationen ihre Bedürfnisse nicht befriedigen können.“ [1]

Die Deutsche Nachhaltigkeitsstrategie der Bundesregierung [2, S. 9] differenziert die Nachhaltigkeit in

- eine wirtschaftlich leistungsfähige,
- sozial ausgewogene und
- ökologisch verträgliche Entwicklung.

Die Dimensionen der **ökonomischen und sozialen Nachhaltigkeit** bilden praktisch die DNA der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und können von den Kundinnen und Kunden als solche unmittelbar erlebt beziehungsweise im Handeln der Krankenkassen erfahren werden:

- Vom Abschluss von Versorgungsverträgen über die Bewilligung von Leistungsanträgen bis zur Abrechnungsprüfung – die ökonomi-

sche Nachhaltigkeit zieht sich durch sämtliche Ebenen und Aufgaben einer Krankenkasse. Ebenso fokussiert sich das Aufsichtshandeln insbesondere auf diese Nachhaltigkeitsdimension. Der Wettbewerb um möglichst preiswerte Zusatzbeiträge übt einen dauerhaften Druck auf die Verwaltungskosten und Leistungsausgaben aus. Letztendlich ist jede sachgerecht gekürzte Rechnung oder jede vermiedene überflüssige Operation ein Beitrag zur ökonomischen Nachhaltigkeit.

- Die solidarische Kranken- und Pflegeversicherung ist nach den Prinzipien organisiert, dass ökonomisch Stärkere für ökonomisch Schwächere eintreten, die Jüngeren für die Älteren und die Gesunden für die Kranken. Demzufolge erfolgt die Finanzierung nicht nach individuellem Risiko wie in der Privaten Krankenversicherung, sondern einkommensabhängig. Darüber hinaus sind verschiedene Entlastungen wie Härtefallregelungen bei Zuzahlungen gesetzlich verankert. Ganz elementar ist in der GKV, dass alle Patientinnen und Patienten unabhängig von ihrem Einkommen, ihrer Gesundheit und ihres Alters im Bedarfsfall Anspruch auf ein gleiches, insgesamt qualitativ hochwertiges Versorgungsangebot haben.

Die Dimension der **ökologischen Nachhaltigkeit** ist jedoch noch weitgehend Neuland im Gesundheitswesen im Allgemeinen und bei den Krankenkassen im Speziellen. Damit ist zunächst zu vermuten, dass auch aus der Kundenperspektive die ökologische Nachhaltigkeit

eher mit anderen Wirtschaftssektoren im positiven oder negativen Sinne konkret verbunden wird und weniger beziehungsweise nicht mit dem Gesundheitswesen oder gar den gesetzlichen Krankenkassen. Ein Befragungsergebnis der PwC, wonach die Befragten den Anteil des Gesundheitswesens an den Schadstoffemissionen unterschätzen, weist in diese Richtung: Während jede/r zweite Befragte die Schifffahrt im Vergleich zu den Sektoren Flugverkehr und Gesundheitswesen als Hauptverursacher sieht, haben nur 13% das Gesundheitswesen als größten Emittenten dieser drei Sektoren ausgemacht [3]. Tatsächlich ist das Gesundheitswesen mit einem Anteil von etwa 5% der globalen Treibhausgasemissionen der größte Emittent in diesem Vergleich und für mehr als das Doppelte der weltweiten Emissionen des Flugverkehrs verantwortlich [4].

Insofern wäre es auch nur naheliegend, wenn Kundinnen und Kunden der gesetzlichen Krankenversicherung wenig oder keine Erwartungen an ein ökologisch nachhaltiges Handeln an Krankenkassen richten.

Gegen diese These spricht jedoch, dass gerade in den letzten Jahren die Auswirkungen der Klimakrise in Form von Hitzewellen oder Extremwetterereignissen wie der Ahrtalkatastrophe in die Lebensrealität und in das Bewusstsein der Menschen gerückt sind. Dabei werden insbesondere deren Auswirkungen auf das Leben und die Gesundheit nicht nur sprichwörtlich „hautnah“ in Form von steigenden Hautkrebserkrankungen, zunehmenden Allergien und hitzebedingten Herz-Kreislauf-Notfällen erlebt. Mehr und mehr Menschen erkennen, dass Klimaschutz auch Gesundheitsschutz ist. Sie hinterfragen die Verantwortung von Unternehmen und versuchen durch Veränderungen im persönlichen Lebensumfeld ihren eigenen ökologischen Fußabdruck zu verringern. Dies kommt zum Beispiel in der Nachfrage nach biologisch produzierten Lebensmitteln zum Ausdruck, deren Umsatz im deutschen Lebensmittelhandel im Jahr 2021 mit 15,87 Milliarden Euro eine neue Rekordsumme erreichte und sich in

den vergangenen zehn Jahren mehr als verdoppelt hat [5] (infolge der aktuell hohen Inflationsraten und eines hieraus resultierenden geänderten Nachfrageverhaltens scheint es jedoch im Jahr 2022 erstmalig seit 20 Jahren zu einem Umsatzrückgang zu kommen).

Auch die Anzahl der Menschen in Deutschland, die sich selbst als Vegetarier einordnen, hat sich von 2021 auf 2022 weiter erhöht und lag im Jahr 2022 bei fast acht Millionen. Die Anzahl der Menschen in Deutschland, die sich selbst als Veganer einordnen, ist von 2021 auf 2022 um mehr als 10% auf rund 1,6 Millionen Menschen angestiegen [6]. Diese Veränderungen bewirken wiederum einen Wandel im Lebensmittelhandel. Biolebensmittel und Fleischersatzprodukte haben mittlerweile die Nische in Bio- oder Reformkostläden verlassen und sich auch bei den Discountern fest etabliert.

Beim Beispiel Ernährung zeigt sich, dass Gesundheitsschutz auch Klimaschutz sein kann: Eine stärker pflanzlich basierte Ernährung senkt nicht nur das Risiko von zum Beispiel Herz- und Kreislauf-Erkrankungen, sondern ist auch mit erheblich geringeren CO₂-Emissionen verbunden.

Die gesetzlichen Krankenkassen können in diesem Prozess wichtige Beiträge leisten und haben mit der im fünften Sozialgesetzbuch verankerten Gesundheitsförderung und Prävention einen originären gesetzlichen Auftrag. Sie unterstützen in Lebenswelten wie Kitas, Schulen, Kommunen oder Betriebe bei der Umsetzung und Etablierung gesundheitsfördernder Maßnahmen und Strukturen. Im Jahr 2021 konnten 5.961.940 Menschen direkt mit Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention in 40.650 Lebenswelten (davon über die Hälfte Kitas und Grundschulen) erreicht werden [7].

Am 24.11.2022 hat die Nationale Präventionskonferenz (NPK) die mit dem Klimawandel einhergehenden gesundheitlichen Risiken als neues Handlungsfeld der lebensweltbezogenen Prävention festgelegt und eine Handlungsgrundlage beschlossen [8]. Krankenkassen kön-

nen dabei helfen, das Thema Klima und Gesundheit als Querschnittsthema beziehungsweise in Kitas oder Betrieben zu verankern. Durch die aktive Mitwirkung in Steuerungs- und Koordinationsgremien zum Beispiel zur Hitzeaktionsplanung können sie die Planung und Umsetzung von Maßnahmen aktiv unterstützen und ihr Know-how einbringen.

Damit diese Maßnahmen nicht als reine Marketingaktionen im Sinne eines „Greenwashing“ interpretiert werden, muss die ökologische Nachhaltigkeitsdimension fest in der Unternehmensstrategie verankert werden. Dies ist zwangsläufig auch mit einer konsequent ökologisch nachhaltigen Ausrichtung im eigenen Verwaltungshandeln, beispielsweise durch freiwillige und proaktive Umsetzung des Maßnahmenprogramms der Bundesregierung „Nachhaltigkeit konkret im Verwaltungshandeln umsetzen“ [9], verbunden. Weiterhin sind in diesem Sinne ökologische Nachhaltigkeitskriterien auch bei Finanzanlagen oder der Ausschreibung von Arzneimitteln anzuwenden. Ebenso können Krankenkassen ihre Routinedaten der Wissenschaft für die klimabezogene Versorgungsforschung zur Verfügung stellen oder die gesellschaftliche Debatte von Fehlentwicklungen über den Tellerrand des Gesundheitswesens hinausbefördern. Die Folgen von billig „produziertem“ Fleisch zum Beispiel infolge zunehmender Antibiotikaresistenzen oder den gesundheitlichen Auswirkungen von Weichmachern in Lebensmittelverpackungen führen letztendlich zu erheblichen versteckten Kosten im Gesundheitswesen und betreffen nicht nur die ökologische, sondern auch die ökonomische und soziale Nachhaltigkeitsdimension.

Wie kann Nachhaltigkeit aktuell konkret bei einer Krankenkasse aussehen (am Beispiel der *vivida bkk*)?

Die direkten und indirekten Auswirkungen des Klimawandels sind mittlerweile im Bewusstsein vieler Menschen angekommen. Dies zeigt

sich auch in der PwC-Studie 2022 „Die Klimakrise entwickelt sich zum Gesundheitsrisiko“:

„Lediglich 13% glauben, dass die Klimakrise keine gesundheitlichen Auswirkungen hat.“ [10]

Bereits seit vielen Jahren setzen wir uns als *vivida bkk* mit dem Thema Nachhaltigkeit auseinander. Wichtig ist uns dabei, auch und gerade das Bewusstsein unserer Mitarbeitenden dafür zu stärken. Ein erster Schritt in diese Richtung war beispielsweise eine Befragung zum Thema CSR mit dem Ziel, die Mitarbeitenden für Nachhaltigkeit zu sensibilisieren und den Umfang des Themas zu verdeutlichen. Dies kann aus unserer Sicht langfristig auch identitätsstiftend wirken und sich positiv auf die Unternehmenskultur auswirken.

Aber nicht nur intern arbeiten wir daran, die *vivida bkk* nachhaltiger zu gestalten. Seit 2020 engagieren wir uns im Rahmen der BKK Green Health Initiative des BKK Dachverbandes. Diese Initiative hat sich zum Ziel gesetzt, eine gemeinsame Haltung zum Thema ökologische und soziale Nachhaltigkeit zu entwickeln und bis 2030 eine klimaneutrale Verwaltung anzustreben. Aktuell arbeiten hier 35 Betriebskrankenkassen gemeinsam an Standards, um die Krankenkassen nachhaltiger aufzustellen. Ziel dabei ist es, Entscheidungen ebenso wie das Handeln konsequent an diesen Maßstäben auszurichten:

- nachhaltige Entwicklung als Leitprinzip konsequent in allen Bereichen und bei allen Entscheidungen anwenden
- Verantwortung wahrnehmen
- natürliche Lebensgrundlagen erhalten
- nachhaltiges Wirtschaften stärken
- sozialen Zusammenhalt in einer offenen Gesellschaft wahren und verbessern
- Bildung, Wissenschaft und Innovation als Treiber einer nachhaltigen Entwicklung nutzen

Darüber hinaus haben wir mit der BKK Initiative das Thema politisch adressiert und uns für

die Aufnahme und Bedeutung der Nachhaltigkeit im fünften Sozialgesetzbuch eingesetzt. Denn nur dadurch wird es uns Krankenkassen ermöglicht, sich auch für ökologische Nachhaltigkeit einzusetzen. Wir als Krankenkasse sind nach dem Sozialgesetzbuch verpflichtet, alle Entscheidungen nach dem Wirtschaftlichkeitsgebot zu treffen. Aktuell sind den Körperschaften des öffentlichen Rechts bei Umweltschutz und Nachhaltigkeit dadurch die Hände gebunden – das wollen wir ändern!

CO₂-Fußabdruck verkleinern

Um die ökologische Nachhaltigkeit noch stärker in den Fokus zu rücken, hat die vivida bkk diese seit 2023 offiziell in ihrer Unternehmensstrategie verankert. Auf Basis der Messung des CO₂-Fußabdrucks planen wir aktuell weitere Maßnahmen, um bis 2030 eine klimaneutrale Verwaltung nach Vorgaben der Bundesregierung zu erreichen. Seit Jahren hat die vivida bkk viele kleine Maßnahmen wie beispielsweise Nachhaltigkeitskriterien in der Lieferantenbewertung aufgenommen, sowie die teilweise Umstellung auf digitale Broschüren und die damit verbundenen Einsparungen von Papier sowie Druck- und Energiekosten. In der Zentrale der vivida bkk in Villingen-Schwenningen setzen wir darüber hinaus schon seit Jahren auf erneuerbare Energien durch Geothermie.

Neben der ökologischen Nachhaltigkeit ist uns als vivida bkk insbesondere die ganzheitliche Gesundheit der Kundinnen und Kunden wichtig. Schließlich ist Prävention nichts anderes als Nachhaltigkeit für unseren Körper. Dabei haben wir nicht nur die körperliche, sondern auch die mentale und soziale Gesundheit unserer Kundinnen und Kunden im Blick.

Gesunde Kinder = gesunde Erwachsene

Wir als vivida bkk sehen dabei besonders die Prävention der Heranwachsenden im Fokus.

Denn wenn Kinder früh ein Gefühl für den eigenen Körper entwickeln, sich Gesundheitskompetenz aneignen und ihre seelische Widerstandsfähigkeit (Resilienz) gefördert wird, wirkt sich dies positiv auf ihr gesamtes Leben aus. Ganz im Sinne der Nachhaltigkeit!

Dass die vivida bkk ihre Verantwortung für die Prävention bei Kindern und Jugendlichen sehr ernst nimmt, zeigt sich nicht zuletzt darin, dass wir bereits 2012 – als erste gesetzliche Krankenkasse – eine Präventionsstiftung gegründet haben. Die Stiftung „Die Gesundarbeiter – Zukunftsverantwortung Gesundheit“ kümmert sich schwerpunktmäßig um Kinder und Jugendliche. In den Projekten der Stiftung lernen die jungen Menschen die Grundlagen für eine nachhaltige Lebensführung.

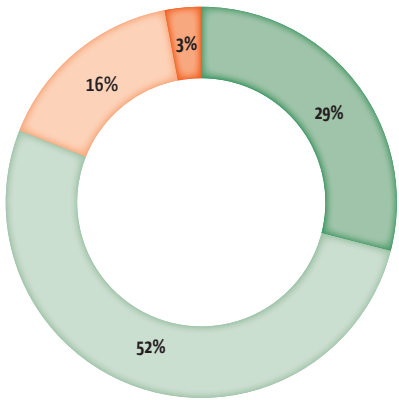
Nachhaltige Ernährung auf dem Vormarsch

Im ersten Teil wurden bereits einige Parameter angeführt, die ein stärkeres Bewusstsein der Kundinnen und Kunden für nachhaltige Produkte und Dienstleistungen untermauern. Dass die Bedeutung noch weiter zunehmen wird, macht die Tatsache deutlich, dass gerade junge Menschen Wert auf eine nachhaltige und gesunde Ernährung legen. Demnach spielt bereits für über die Hälfte der jungen Menschen nach der **Umfrage der vivida bkk und ihrer Stiftung** „Die Gesundarbeiter“ eine nachhaltige und gesunde Ernährung eine Rolle (» Abbildung 1) [11].

Bewegung als weiterer Baustein

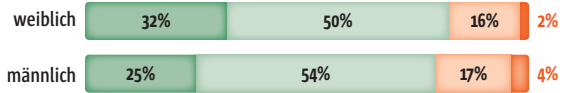
Auch Bewegung ist ein elementarer Baustein auf dem Weg zu einer nachhaltigen Gesundheit. So empfiehlt die Weltgesundheitsorganisation für Kinder eine **tägliche körperliche Aktivität** von mindestens 60 Minuten, um gesund und fit zu bleiben. Wie das „Bewegungs-Zeugnis“ der Technischen Universität München aus dem Jahr 2022 konstatiert, das die vivida bkk und ihre Stif-

Abbildung 1 Nachhaltigkeit und Gesundheit. Inwieweit stimmst du der Aussage zu: Eine nachhaltige und gesunde Ernährung spielt in meinem Leben eine immer größere Rolle.

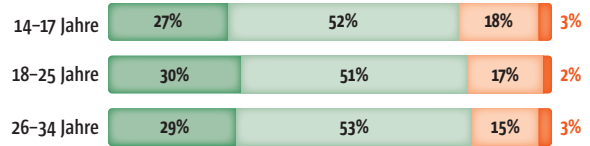


■ trifft zu
 ■ trifft eher zu
 ■ trifft eher nicht zu
 ■ trifft nicht zu

Vergleich Geschlechter



Vergleich Altersgruppen



tung „Die Gesundarbeiter“ unterstützt haben, erreichen das in Deutschland kaum ein Drittel aller Kinder und Jugendlichen [12]!

Dabei geben 77% der jungen Bundesbürger laut der Studie „Zukunft Gesundheit“ aus dem Jahr 2022 an, dass sie gern mehr Sport treiben würden – auf dem Weg dahin brauchen sie jedoch mehr Unterstützung [11]. Hierbei können die Krankenkassen eine wichtige Rolle einnehmen, indem diese Vereine vor Ort unterstützen und junge Menschen bei der Bewegung fördern.

Die vivida bkk bewerkstelligt dies beispielsweise über einen „Gesundheitsbaukasten“ für Vereine. Dieser enthält mit acht Modulen ein umfangreiches Angebot von geistiger Fitness und Konzentration mit „Train your brain“ über Verletzungsprophylaxe bis hin zu Gewaltprävention und Entspannungstechniken, die mit verschiedenen Anbietern entwickelt wurden.

Auch die bereits aufgestellte Gesundheitspartnerschaft mit dem Deutschen Basketball Bund (DBB) zielt darauf ab, Kinder und Jugendliche in ihrem natürlichen Bewegungsdrang zu fördern und soziale Kompetenzen zu stärken: Dies erfolgt durch kindgerechte Veranstaltungen, sogenannte „Minifestivals“.

Junge Menschen mental stärken

Neben diesen Angeboten ist für eine ganzheitliche Gesundheit auch die **mentale Gesundheit** ein entscheidender Faktor. Denn auch darauf hat der Klimawandel Auswirkungen: Bereits 57% der 14- bis 34-Jährigen bereiten die Folgen des Klimawandels Sorgen [11].

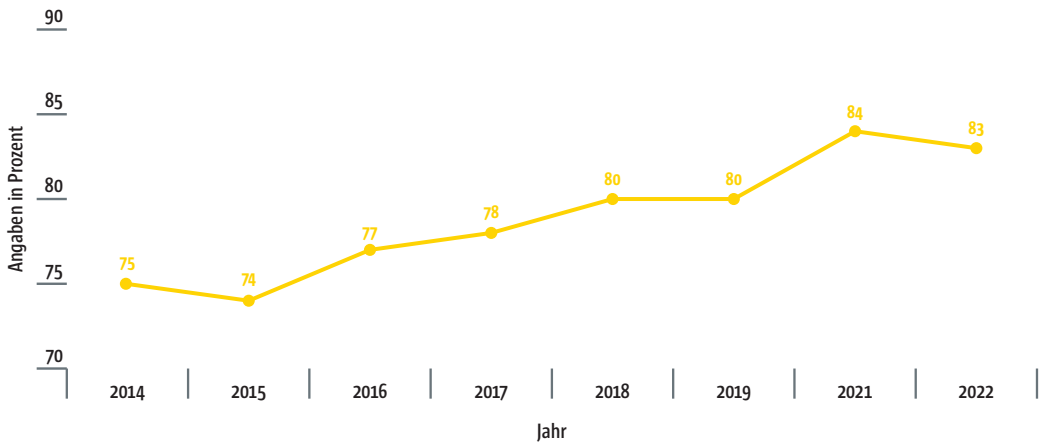
Um die mentale Gesundheit junger Menschen zu stärken, bietet die vivida bkk beispielsweise „Smog. Nicht mit mir“ – ein Projekt der SMOG e.V. an – ein Projekt, das bereits an Grundschulen ansetzt. Über Verhaltenstrainings und Selbstverteidigung unterstützen wir die Resilienz und das Selbstbewusstsein der Jüngsten.

Ein weiteres Projekt „Digitale Helden“ legt den Fokus auf Cybermobbing, Medienkonsum und Gefahren im Internet, um einen gesunden Umgang mit sozialen Netzwerken, dem Internet und anderen digitalen Medien zu erlernen.

Von Anfang an: Schulfach Gesundheit?

Um junge Menschen für ihre eigene nachhaltige Gesundheit zu sensibilisieren, setzen wir

Abbildung 2 Inwieweit treffen die folgenden Aussagen auf dich persönlich zu? Das Thema Gesundheit sollte an Schulen als eigenes Schulfach unterrichtet werden.



Jahresvergleich: Antwort „trifft zu“ & „trifft eher zu“; Im Jahr 2020 war diese Frage nicht in der Studie „Zukunft Gesundheit 2020“ enthalten und ist daher nicht in der Abbildung aufgeführt.

uns als *vidida bkk* seit Jahren für ein eigenständiges Schulfach Gesundheit ein. Wir sind davon überzeugt, dass wir dadurch sicherstellen, dass Kinder und Jugendliche – von der ersten Klasse bis zum Schulabschluss – die zusätzlichen Kompetenzen erwerben, die für einen nachhaltigen Lebensstil ausschlaggebend sind. Gemeinsam mit der *vidida bkk* hat die Stiftung „Die Gesundarbeiter“ hierzu ein Positionspapier erarbeitet. Die Argumentation wurde mit Unterstützung des BKK Dachverbandes bereits in den Forderungen zur Prävention aufgegriffen und politisch adressiert.

Durch das 2015 verabschiedete Präventionsgesetz wurde die Rolle der Krankenkassen im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung gestärkt. Der Schule kommt dabei eine besondere Bedeutung zu. Die Krankenkassen unterstützen die Schulen bereits mit Kooperationsangeboten zum Thema Gesundheit. Bestärkt wird die Forderung für ein Schulfach Gesundheit auch, in dem 83% der 14- bis 34-Jährigen der Ansicht sind, dass das Thema Gesundheit an Schulen als eigenes Schulfach unterrichtet werden sollte [11].

Das gestiegene Interesse und der Wunsch nach einem Schulfach Gesundheit bei den jungen Menschen zeigt sich auch in der Befragung (»»» Abbildung 2).

Zuspruch gibt es immer wieder auch aus medizinischer Sicht: Der Präsident der Bundesärztekammer, Dr. Klaus Reinhardt, möchte Kinder schon in der Schule systematisch für eine gesunde Lebensweise sensibilisieren und plädiert bereits in der Grundschule für ein Schulfach Gesundheitsförderung [13].

Krankenkassen in der Verantwortung – die Politik auch

Wir sind davon überzeugt, dass eine nachhaltige Lebensweise maßgeblich Einfluss auf künftige Generationen haben wird. Als Krankenkasse stehen wir hier besonders in der Verantwortung. Dieser Verantwortung stellen wir uns gern gemeinsam mit den anderen Krankenkassen. Doch wir müssen bei diesem Engagement über die Gesundheit und Prävention hinausgehen. Für ein ganzheitliches Konzept in einer Krankenkasse mit den ökologisch, ökonomisch und sozialen Dimensionen zu Nachhaltig-

tigkeit ist es notwendig, die Politik einzubinden und mit Nachdruck daran zu arbeiten, Nachhaltigkeit auch gesetzlich zu verankern.

Die Forderung der Bundesregierung für eine klimaneutrale Bundesverwaltung bis 2030 (§ 15 Bundes-Klimaschutzgesetz, KSG), unterstützt uns zwar als Krankenkassen nochmals in der Notwendigkeit, die ökologische Nachhaltigkeit als Auftrag der Krankenkassen zu legitimieren. Um aber als Krankenkasse hier tatsächlich wirksam tätig werden zu können, muss die Politik jetzt handeln! Einen ersten Impuls gibt es aus dem Bundeswirtschaftsministerium, um das Vergaberecht zu modernisieren. Dabei soll die öffentliche Beschaffung neben der Wirtschaftlichkeit auch sozial, ökologisch und innovativ ausgerichtet werden.

Aber auch das zunehmende Bewusstsein der Kundinnen und Kunden zu nachhaltiger Gesundheit bestärkt uns als Krankenkassen in unserem gemeinsamen Engagement in der BKK Green Health Initiative des BKK Dachverbandes nicht nachzulassen. Wir in der *vidiva bkk* sind uns der Verantwortung gegenüber unseren Kunden und Kundinnen bewusst und arbeiten weiter an dem ganzheitlichen Blick für eine nachhaltige Gesundheit.

Literatur

1. Weltkommission für Umwelt und Entwicklung der Vereinten Nationen (1987) Brundtland Bericht: Unsere gemeinsame Zukunft. URL: <http://www.un-documents.net/our-common-future.pdf> (abgerufen am 21.03.2023)
2. Die Bundesregierung (2021) Deutsche Nachhaltigkeitsstrategie. Kurzfassung. URL: <https://www.bundesregierung.de/resource/blob/992814/1875184/f2fbcd22ecdb457339bd90f9b06e4bod/deutsche-nachhaltigkeitsstrategie-2021-kurzfassung-bf-download-bpa-data.pdf> (abgerufen am 21.03.2023)
3. PwC (2023) Healthcare-Barometer 2023. URL: <https://www.pwc.de/de/gesundheitswesen-und-pharma/healthcare-barometer-2022-zum-schwerpunkt-klimawandel.html> (abgerufen am 27.03.2023)
4. Romanello M et al. (2021) The 2021 Report of the Lancet Countdown on Health and Climate Change: Code Red for a Healthy Future. *Lancet* 30, 398(10311):1619–1662. DOI: 10.1016/S0140-6736(21)01787-6
5. Statista (2023) Umsatz mit Bio-Lebensmitteln in Deutschland in den Jahren 2000 bis 2022. URL: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/4109/umfrage/bio-lebensmittel-umsatz-zeitreihe/> (abgerufen am 27.03.2023)
6. AWA – Allensbacher Markt- und Werbeträgeranalyse Institut für Demoskopie Allensbach (2022) Allensbacher Marktanalyse Werbeträgeranalyse. URL: https://www.ifd-allensbach.de/fileadmin/AWA/AWA2022/Codebuchauschnitte/AWA2022_Essen_und_Trinken.pdf
7. GKV Spitzenverband und Medizinischer Dienst Bund (2022) Präventionsbericht 2022. Berichtsjahr 2021. URL: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/praevention__selbsthilfe__beratung/praevention/praeventionsbericht/2022_GKV_MDS_Praeventionsbericht_barrierefrei.pdf (abgerufen am 21.03.2023)
8. Nationale Präventionskonferenz (2022) Prävention, Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung in Lebenswelten im Kontext klimatischer Veränderungen. URL: https://www.npk-info.de/fileadmin/user_upload/umsetzung/pdf/praevention_gesundheits_sicherheits_und_teilhabefoerderung_in_lebenswelten_im_kontext_klimatischer_veraenderungen.pdf (abgerufen am 21.03.2023)
9. Die Bundesregierung (2021) Nachhaltigkeitsstrategie für Deutschland. Maßnahmenprogramm Nachhaltigkeit – Weiterentwicklung 2021. „Nachhaltigkeit konkret im Verwaltungshandeln umsetzen“. URL: <https://www.bundesregierung.de/resource/blob/998008/1953740/d54a3a3d36e719c23f76bbd5d1edac5c/2021-08-25-massnahmenprogramm-nachhaltigkeit-2021-data.pdf?download=1> (abgerufen am 21.03.2023)
10. PwC-Studie (2022) Die Klimakrise entwickelt sich zum Gesundheitsrisiko. URL: <https://www.hcm-magazin.de/die-klimakrise-entwickelt-sich-zum-gesundheitsrisiko-292502/> (abgerufen am 21.03.2023)
11. Stiftung Die Gesundheitsarbeiter, *vidiva bkk* (2022) Zukunft Gesundheit 2022. URL: <https://stiftung-gesundarbeiter.de/portfolio-posts/zukunft-gesundheit-studie-2022/> (abgerufen am 21.03.2023)
12. Technische Universität München, *vidiva bkk*, Stiftung Die Gesundheitsarbeiter et al. (2022) Nicht sitzen bleiben – komm in Bewegung!“ Bewegungs-Zeugnis 2022 zur körperlichen Aktivität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. URL: https://stiftung-gesundarbeiter.de/wp-content/uploads/2022/10/bewegungszeugnis_2022_final.pdf (abgerufen am 21.03.2023)
13. *Ärzteblatt.de* (2019) Reinhardt für Gesundheitsförderung als Schulfach. URL: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/104282/Reinhardt-fuer-Gesundheitsfoerderung-als-Schulfach> (abgerufen am 21.03.2023)



Dr. rer. pol. Dirk Janssen

Dr. rer. pol. Dirk Janssen ist seit 2021 Vorstand des BKK-Landesverbandes NORDWEST. Zuvor war Janssen beim BKK-Landesverband verantwortlich für das Versorgungsmanagement und Controlling, zuletzt als stellvertretender Vorstand. Nach der Ausbildung zum Versicherungskaufmann und Zivildienst in der mobilen Altenhilfe studierte Janssen BWL in Hamburg. 1999 promovierte er zur Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsbewertung von Krankenhäusern.



Frauke Tzscheutschler

Frauke Tzscheutschler hat BWL/Gesundheit an der DHBW Stuttgart studiert. Anschließend war sie in einem Krankenhaus der Maximalversorgung im Bereich Planung und Organisation tätig. Seit 2005 ist Frauke Tzscheutschler bei der vivida bkk in unterschiedlichen Funktionen aktiv. Frauke Tzscheutschler hat eine Ausbildung zum systemischen Coach und berufsbegleitend ein MBA-Studium „Health Care Management“ an der Universität Bayreuth absolviert. Seit 2010 hat sie die Leitung der Unternehmensentwicklung bei der vivida bkk inne. Aktuell leitet sie den Bereich Unternehmensentwicklung & HR und ist seit 01.06.2023 Stellvertreterin des Vorstandes.

Klimawandel und Gesundheitsversorgung

Interview mit Claudia Traidl-Hoffmann

Der Klimawandel ist die größte Bedrohung für die Gesundheit der Menschen im 21. Jahrhundert. Den gesundheitlichen Auswirkungen kann sich niemand entziehen, auch uns in Deutschland betrifft das massiv. Hitzewellen wie die des vergangenen Jahres stimmen sehr nachdenklich. Sowohl während der Corona-Pandemie als auch bei der Flutkatastrophe im Ahrtal ist klar geworden, dass wir – allein, was Warnsysteme, Notfallkapazitäten und Abläufe angeht – nicht ausreichend vorbereitet sind. Was kommt im Zuge des Klimawandels auf uns, auf das Gesundheitssystem zu und wie können wir ihm begegnen?

Herausforderung: Blickwechsel

Die größte Herausforderung, die in den kommenden Jahren im Bereich der Umweltmedizin bewältigt werden muss, ist die Prävention. Es gilt, dem Entstehen von chronisch entzündlichen Erkrankungen möglichst flächendeckend vorzubeugen. Wir sollten uns weg vom pathogenetischen Ansatz und hin zum salutogenetischen Ansatz wenden und Prävention von Erkrankungen an erste Stelle setzen. Es geht in der Umweltmedizin und auch in der Gesundheitsversorgung insgesamt darum, dass wir Krankheiten nicht nur behandeln, sondern auch gezielt verhindern. Hierfür ist ein komplettes Umdenken erforderlich! Die Umweltmedizin, die schon immer Prävention mit im Blick hatte, kann und wird hier Vorreiterin sein. Warum sollten wir das tun, nicht nur in der Umweltmedizin, sondern in der Medizin insge-

samt? Die Umweltgefahren, die auf uns und unsere Gesundheit einwirken, sind so stark, dass wir immer kränker werden. Hitze, Chemikalien, toxische Stoffe in Luft, Wasser, Lebensmitteln, Spielzeug. Die Wirkungsweisen sind sehr komplex – hier präventiv tätig zu werden, ist unsere dringliche Aufgabe. Je gesünder wir sind, desto besser können wir uns anpassen und mit dem zurechtkommen, was im Zuge des Klimawandels auf uns zukommt. Eine Studie in Großbritannien belegt den Einfluss der unterschiedlichen gesundheitlichen Voraussetzungen darauf, wie die klimawandelbedingten Veränderungen gesundheitlich für den einzelnen relevant werden [1]. Wir müssen daran arbeiten, dass wir hier eine gute Grundlage haben.

Den Patienten in seiner Umwelt sehen

Betrachten wir die Hitze. Hitze ist der größte Risikofaktor für uns Menschen in Mitteleuropa [2]. Letztendlich verschlimmern sich alle chronisch entzündlichen Erkrankungen bei Hitze, Neurodermitis beispielsweise: meine Patient:innen, die an Neurodermitis leiden, erfahren in Hitzeperioden eine massive Verschlechterung ihrer Erkrankung. Kommt dann noch massiver Pollenflug hinzu, wie im Sommer die Gräserpollen, dann addieren sich Umweltfaktoren – Hitze und Pollen – die dann eine Verschlechterung dieser chronisch entzündlichen Erkrankung bedingen. Für meine Patient:innen ist das ganz konkret, unerträglich bisweilen, ein Riesenthema.

Um dieses Zusammenspiel an Faktoren bei umweltbedingten Erkrankungen wirkungsvoll behandeln zu können, müssen wir einen ganzheitlichen Blick einnehmen. Dieser jedoch fehlt in der Gesundheitsversorgung häufig, Umweltfaktoren finden wenig Beachtung. Welcher Arzt fragt seine Patient:innen, wenn sie mit Beschwerden (welche auch immer es sind) zu ihm kommen, unter welchen Umwelteinflüssen sie sich gerade befinden? Umwelt hier ganzheitlich gedacht, also als das, was wir einatmen, was wir essen, welche psychosozialen Faktoren auf uns einwirken. Der normale Arzt, die normale Ärztin fragt nicht nach diesen Aspekten. Warum? Weil man dafür überhaupt keine Zeit hat. Jemand mit einer chronischen Herzerkrankung zum Beispiel wird selten nach diesen Umweltfaktoren gefragt, vermutlich lediglich nach dem Rauchen oder Alkoholkonsum. Dass er in einem Dachgeschoss wohnt, scheint vielleicht zunächst vordergründig keine Rolle zu spielen. Es sollte aber unbedingt mit hineingebracht und betrachtet werden. Wir brauchen auch nicht so sehr eine Form der „Klimasprechstunde“, die den Patienten gezielt über Klimafaktoren aufklärt. Vielmehr sollte jedes Patientengespräch das Thema „Klima und Umwelt“ mit beinhalten. Auch den Patienten, der mit Hämorrhoiden zu mir kommt, auch den, vielleicht gerade den sollte ich nach den Umweltfaktoren fragen, die momentan auf ihn einwirken.

Die Vision – Resilienz und Nachhaltigkeit im Gesundheitssystem

Für das Gesundheitssystem sehe ich zwei Bereiche, in denen riesige Veränderungen notwendig sind. Ein „resilientes“ Gesundheitssystem ist auf Schocks, auf Katastrophen vorbereitet. Es ist dafür ausgelegt. Zum jetzigen Zeitpunkt ist unser System das nicht. Die Corona-Pandemie hat gezeigt, wie sehr wir hier in Schockstarre verharrten und bisweilen nicht entscheidend agieren konnten. Wir brauchen ein resi-

lientes Gesundheitssystem, das ist mehr als eine Anpassung an die absehbaren Herausforderungen. Es geht darum, dass wir ein Gesundheitssystem schaffen, das Schocks abfedern kann. Wir brauchen natürlich Hitzeschutzpläne, wir brauchen entsprechende Einsatzpläne, nicht nur in Krankenhäusern, sondern auch im Katastrophenschutz. Das Thema ist vielschichtig und involviert nicht nur Ärztinnen und Ärzte, sondern im Prinzip alle Menschen, die sich mit Gesundheit und Krankheit beschäftigen.

Der zweite große Bereich, in dem Änderungen erforderlich sind, ist die Nachhaltigkeit des Gesundheitssystems. Es muss zur Selbstverständlichkeit werden, den ökologischen Fußabdruck des Gesundheitssystems selbst zu betrachten und zu reduzieren. In der Produktion von CO₂-Äquivalenten ist der Gesundheitssektor gerade in Deutschland sehr groß. Hier muss ein Umdenken passieren, wir müssen nachhaltiger werden. Dabei ist spannend, dass zwei Drittel der Treibhausgasemissionen, die für den Betrieb notwendig sind, nicht innerhalb des Hauses passieren, sondern bereits davor. Der Transport von Substanzen und Personen zu den Krankenhäusern, das Essen, die Dinge, die irgendwo auf der Welt produziert und dann im Krankenhaus genutzt werden, machen den Löwenanteil der Emissionen aus. Die Zusammenhänge sind extrem vielschichtig. Jetzt, nach der Pandemie, sollte eine Neuausrichtung des Gesundheitssystems erfolgen (einige Anregungen auch hier [3]). Wir haben jetzt die Chance, hier Änderungen zu schaffen.

Helfer auf dem Weg – Digitalisierung und Datenaufbereitung

Um klimaresilienter und gesünder zu werden oder noch besser bleiben zu können, müssen wir noch viele Fragen klären, durch intensive Forschung Wissenslücken schließen. Wir haben eine riesige Chance, die Digitalisierung und die Datenaufbereitung der Krankenhausdaten für die Forschung zu nutzen, obwohl der

Weg hier nicht zuletzt aufgrund des Datenschutzes bisweilen steinig sein kann. Datenschutz und Wissenschaft sollten sich letztendlich ergänzen, Wissenschaft trotz oder eher mit Datenschutz möglich sein. Am Lehrstuhl für Umweltmedizin in Augsburg und dem Institut für Umweltmedizin bei Helmholtz Munich führen wir multifaktorielle oder multidimensionale Analysen der Gesundheitsdaten durch, kombinieren Krankendaten mit Umweltdaten, mit Medikationsdaten, mit allen möglichen weiteren Daten. Nur wenn diese Gesundheitsdaten in einer digitalisierten Krankenhauswelt zur Verfügung stehen, haben wir auch die Möglichkeit, den komplexen und nicht offensichtlichen Zusammenhängen auf die Spur zu kommen.

Die Möglichkeiten der Digitalisierung machen aber nicht bei dem Halt, was im Bereich der Forschung möglich ist. Sie eröffnet auch neue Wege, beispielsweise im Bereich der personalisierten Prävention. Wir entwickeln Apps, mithilfe derer Menschen in Bezug auf Gefährdungen wirklich früh gewarnt werden können. Wenn zum Beispiel eine Person unter einer bestimmten Kombination von Umweltbedingungen einen Herzinfarkt hatte, könnte sie zukünftig entsprechend gewarnt werden. Oder andere, die ähnliche Voraussetzungen oder Merkmale haben. Im Bereich der Neurodermitis sind wir schon sehr konkret und nahe dran. Die App soll genau dies können, individuelle Personen vor eventuellen Schüben warnen.

„Vorsorge ist besser als Nachsorge“

Dieses Sprichwort ist auch im Gesundheitsbereich gültig. Was können wir also tun, um die Gesundheit der Menschen – der Versicherten – in Zeiten des Klimawandels zu erhalten und zu fördern?

Mein Schwerpunkt als Ärztin ist die Behandlung von Allergien und chronisch-entzündlichen Hauterkrankungen wie Neurodermitis. Für die Prävention von Allergien brauchen wir

ganz klar Vorhersagemodelle für Wetter oder für Pollen zum Beispiel. Wir brauchen flächendeckend Messstationen in Deutschland. Lediglich Bayern verfügt über ein gutes Netz an Messstationen. Diese sollten nicht nur Pollen-, sondern auch Sporenkonzentrationen messen. Die gewonnenen Umweltdaten müssen dann wiederum in entsprechende Gesundheits-Apps einfließen, um dann Frühwarnsysteme für Personen zu entwickeln, nicht nur für Allergiker, sondern auch für weitere Gesundheitsgefährdungen und Risikogruppen. Wichtig ist die kombinierte Warnung, also Pollen plus Schadstoffe plus Hitze. Weitere Bereiche könnten integriert werden. Frühwarnsysteme sollten ein Grundpfeiler der Prävention werden. Krankenversicherer können hier enorm unterstützen, indem sie mit wissenschaftlichen Institutionen zusammenarbeiten und zum Beispiel Datengrundlagen schaffen.

Ein weiterer wichtiger Aspekt der Prävention kann ebenso durch die Krankenversicherer selbst enorm gestärkt werden: die Information und Edukation der Patient:innen, gemeinsam mit Expert:innen. Wenn man etwas für die Umwelt tut, für ein gutes Klima oder die Abmilderung des Klimawandels, kann das auch gut für die Gesundheit der Patienten sein, wie zum Beispiel eine pflanzenbasierte Ernährung oder mehr Fahrrad und weniger Auto. Die Nachricht über diese doppelte Gewinnsituation muss den Menschen nahegebracht werden. Die Krankenkassen haben hier Möglichkeiten und auch die Verantwortung, die Transformation in unserer Gesellschaft mit anzustoßen.

Ein Wunsch für die Zukunft: Nachhaltigkeit in den Krankenkassen

Krankenkassen können selbst viel auf den Weg bringen und – gefragt nach Nachhaltigkeit als Qualitätskriterium in einer Krankenkasse – würde ich mir erhoffen, dass die Kassen auch vor ihrer eigenen Tür kehren. Krankenkassen selbst sollten in ihren Kantinen möglichst

fleischfreies Mittagessen für ihre Mitarbeiter anbieten, Nachhaltigkeit sollte gelebt werden, nicht gepredigt. Die Unterstützung für Ärzte, damit diese – niedergelassen oder im Krankenhaus – nachhaltig handeln können, ist ein weiterer Aspekt. Initiativen wie „Choosing wisely“, Zeit für Beratungsgespräche, sinnvoller Einsatz von Medikamenten können letztlich auch die Kosten senken. Zuletzt kann ein Bonusssystem, nicht ein Malussystem, Patient:innen zum Beispiel zu klimafreundlicher Bewegung oder Ernährung ermutigen – auch dies fördert die Gesundheit und spart letztlich Kosten. Das Thema ist enorm wichtig. Krankenkassen erreichen alle Menschen in Deutschland. Sie können die Nachricht zu den Menschen bringen.

Literatur

1. Paavola J (2017) Health impacts of climate change and health and social inequalities in the UK. *Environ Health* 16(1):113. DOI: 10.1186/s12940-017-0328-z
2. IPCC Sixth Assessment Report (2023) Factsheet Europe. URL: <https://www.ipcc.ch/report/ar6/wg2/about/factsheets/> (abgerufen am 21.03.2023)
3. Herrmann A, Lenzer B, Müller BS et al. (2022) Integrating planetary health into clinical guidelines to sustainably transform health care. *Lancet Planet Health* 6(3), e184–e185. DOI: 10.1016/S2542-5196(22)00041-9



Prof. Dr. med. Claudia Traidl-Hoffmann

Claudia Traidl-Hoffmann ist Umweltmedizinerin. Als Professorin für Umweltmedizin an der Medizinischen Fakultät der Universität Augsburg, Direktorin der Hochschulambulanz für Umweltmedizin am Universitätsklinikum Augsburg und Direktorin des Instituts für Umweltmedizin am Helmholtz München erforscht sie durch Umweltfaktoren hervorgerufene und verstärkte Krankheiten, insbesondere Allergien. Der Fokus liegt hierbei auf dem Einfluss des Klimawandels auf die Gesundheit, auf Möglichkeiten der Prävention und Stärkung von Resilienz. Mit ihrem internationalen und interdisziplinären Team arbeitet sie innerhalb nationaler und multi-nationaler Netzwerke und setzt sich als Expertin in Gesellschaft, Öffentlichkeit und bei Politikern für die Umsetzung klimagerechter Transformationsprozesse und für planetare Gesundheit ein.

Fazit: Versorgungsqualität transparent machen und Nachhaltigkeit im Bewusstsein der Versicherten verankern

Franz Knieps und Sarah Kramer

Zum zweiten Mal haben die Betriebskrankenkassen ihre Versicherten dazu befragt, wie sie den Service, die Kommunikation und die Versorgungsangebote ihrer Krankenkasse bewerten. Nach der Erstauflage 2021 enthält unser diesjähriger BKK Kundenreport außerdem erstmalig ein eigenes Kapitel zur Nachhaltigkeit der Krankenversicherungen. Es zeigt, dass sich die Kassen bei dem Thema künftig besser positionieren und ihr nachhaltiges Handeln stärker in Richtung Versicherte kommunizieren sollten.

Die meisten Bürgerinnen und Bürger sind mit dem Service und dem Versorgungsangebot ihrer Krankenversicherung grundsätzlich zufrieden. Gleichwohl wünschen sie sich mehr digitale Kommunikationswege sowie bedarfsorientierte Informationen, individuelle Versorgungsangebote sowie eine stärkere Fokussierung auf Prävention und Gesundheitsförderung. Das sind die wesentlichen Erkenntnisse aus unserer zweiten repräsentativen Versichertenbefragung mit mehr als 5.000 Teilnehmenden. Unser diesjähriger Kundenreport zeigt außerdem, dass Bürgerinnen und Bürger von ihrer Krankenkasse mehr Transparenz hinsichtlich der Qualität der Versorgung erwarten. Besonders wichtig sind ihnen vor allem Informationen zur Güte der Behandlung bei Ärztinnen und Ärzten und in Krankenhäusern.

Obwohl die Krankenkassen seit Jahren auf nachhaltiges Wirtschaften setzen und Nachhaltigkeitsthemen bereits in der Gesundheitsversorgung und im Service der Krankenkassen integriert sind, ist dieses Engagement der Versicherten noch nicht hinreichend im Bewusstsein der Bürgerinnen und Bürger verankert.

Das ist ein deutlicher Hinweis darauf, dass es auch an dieser Stelle größerer Transparenz und deutlicher Kommunikation seitens der Kassen bedarf.

Die Pandemie als Beschleuniger der digitalen Transformation

Durch die schrittweise Erweiterung des Aufgabenspektrums der Kassen hat sich der Kontakt zwischen Krankenversicherern und Bürgerinnen und Bürgern intensiviert. Im Zuge der Corona-Pandemie und den damit verbundenen Einschränkungen haben die Krankenkassen zudem zahlreiche Prozesse, die zuvor hauptsächlich über analoge Kanäle wie das Telefon oder in der Filiale bearbeitet wurden, in digitale Kanäle wie Onlinegeschäftsstellen, Chats oder Apps verlagert. Die Versicherten sind im Vergleich zu unserer ersten Befragung nun eher bereit, Anliegen mit ihrer Krankenversicherung auch digital zu erledigen und zu diesem Zweck verstärkt auch persönliche Daten mit der Krankenkasse zu teilen. Für die Versicherten ergibt sich hieraus ein wachsendes Potenzial für die Nutzung personenbezogener Informationen. Gleichwohl sind zahlreiche digitale Angebote, die die Krankenkassen ihren Versicherten mittlerweile zur Verfügung stellen, den Befragten noch nicht bekannt. Daran sollten die Versicherten arbeiten. Denn gerade elektronische Pfade können den Bürgerinnen und Bürgern im weit verzweigten Gesundheitswesen Sicherheit und Orientierung bieten und die Krankenkas-

sen somit als Lotse fungieren – ein Punkt, der den Versicherten laut unserer aktuellen Erhebung ausgesprochen wichtig ist.

Versicherte wünschen trotz voranschreitender Digitalisierung weiter persönliche Beratung

Eine Mehrheit der Versicherten will in Zukunft sogar vorrangig digital mit ihrer Krankenkasse kommunizieren – wenn es um weniger komplexe Anliegen geht. Hierzu zählt beispielsweise das Einreichen von Krankenscheinen oder Rechnungen. Sind dagegen Erklärung und klassische Beratung gefragt, sind für die Bürgerinnen und Bürger auch weiterhin das Telefon, die (elektronische) Post oder der Besuch in der Krankenkassenfiliale das Mittel der Wahl.

Kunden wollen über mehrere Kanäle kommunizieren

Die Versicherten wünschen sich also auch in Zukunft verschiedene Kanäle, um mit ihrer Krankenkasse zu kommunizieren und sich zu informieren. Zudem sollte jeder Kanal einen für den Kunden deutlich erkennbaren Fokus haben. So könnte der Schwerpunkt der Krankenkassenfilialen künftig auf persönlicher Beratung liegen, die digitalen Angebote hauptsächlich Self-Services vorbehalten sein. Die Herausforderung für die Krankenkassen wird darin bestehen, qualitativ einheitliche Beratungs- und Prozessergebnisse unabhängig vom genutzten Medium sicherzustellen. Für mehrstufige Prozesse bieten sich zukünftig mehr und mehr hybride Kanalstrukturen an, die den jeweiligen Prozessphasen und Kundenanforderungen Rechnung tragen.

Schwierigkeiten bei der Qualitätsbewertung der Krankenkasse

Nach wie vor fällt es vielen Befragten schwer, Aussagen zur Qualität des Service- und Leis-

tungsangebots ihrer Krankenversicherung zu treffen. Bereits in unserer ersten Befragung im Jahr Herbst 2020 hatten sich nur rund ein Drittel der Versicherten im Stande gesehen, ihre Krankenkasse diesbezüglich zu bewerten. In der aktuellen Erhebung ist dies ebenso der Fall. Zwischen 8 und 42% der Befragten haben Schwierigkeiten, Qualitätsunterschiede zwischen den Krankenkassen auszumachen. Letztere sollten diese Lücke dringend schließen und Verbesserungen der Qualität bei Service und Versorgungsleistungen für Bürgerinnen und Bürger sicht- und vergleichbar machen. Den Versicherten muss es möglich sein, sich aufgrund entsprechender Informationen für oder gegen eine Krankenkasse zu entscheiden. Qualitätstransparenz entspricht nicht nur dem Bedarf der Versicherten, sondern ermöglicht es den Kassen zudem, sich im Wettbewerb von der Konkurrenz abzuheben.

Stärkere Fokussierung auf Prävention und Gesundheitsförderung

Wenngleich vielen Versicherten die Beurteilung von Qualität mit Blick auf ihre Krankenkasse grundsätzlich schwerfällt: Unsere Befragung zeigt, dass das Maß an Zufriedenheit erheblich damit einhergeht, welche Präventions- und Gesundheitsförderprogramme die Kassen den Versicherten bieten. Die Ausgestaltung eines entsprechenden Angebots ist für das Qualitätsempfinden der Befragten entscheidend. Um dieses zu steigern, sollten die Krankenkassen daher ihre Gesundheitsprogramme in den Bereichen Prävention und Gesundheitsförderung deutlich ausweiten.

Nachhaltigkeit im Bewusstsein der Versicherten verankern

Klimaschutz und nachhaltiges Handeln spielen in Politik, Wirtschaft und Gesellschaft eine zunehmend wichtige Rolle. Immer mehr

Unternehmen und gesellschaftliche Akteure setzen mittlerweile in der eigenen Organisation sowie im operativen Geschäft mit Partnern auf umwelt- und ressourcenschonende Prozesse. Auch die Betriebskrankenkassen haben das Thema auf ihre Agenda gesetzt und bieten ihren Versicherten mittlerweile nachhaltige Gesundheitsprogramme mit unterschiedlichen Schwerpunkten an. Eine gesetzliche Verankerung von Nachhaltigkeit in der Sozialversicherung ist ebenfalls im Gespräch.

Wir wollten in unserer diesjährigen Befragung von unseren Versicherten wissen, ob und wie dieser „Richtungswechsel“ der Krankenkassen hin zu mehr Nachhaltigkeit bei ihnen ankommt und welche Bedeutung sie dem Thema grundsätzlich beimessen. Der Kundenreport liefert diesbezüglich ein diffuses Bild. Zwar bringt ein großer Teil der Befragten Begriffe wie Klimaschutz, Ressourcenschonung oder Ernährung mit Krankenversicherungen in Verbindung, fast ein Viertel der befragten Bürgerinnen und Bürger stellt diese Verknüpfung jedoch überhaupt nicht her. Analog dazu stuften nur rund 26% der Erhebungsteilnehmer ihre eigene Krankenkasse als nachhaltig ein, und Nachhaltigkeitsaspekte spielen bei der Aus-

wahl der Krankenkasse bei fast einem Drittel der Befragten keine oder nur eine untergeordnete Rolle. Gleichwohl erwartet der überwiegende Teil der Versicherten nachhaltige Gesundheitsleistungen und Informationen zu nachhaltigem Handeln von den Krankenversicherern. Mit Blick auf die vorliegenden Daten muss ihr Ziel daher sein, sich beim Thema Nachhaltigkeit künftig besser zu positionieren und verstärkt in Richtung Versicherte zu kommunizieren.

Green Health – nachhaltige Gesundheitsversorgung – wird künftig zusätzlich zur betrieblichen Gesundheitsförderung und zum betrieblichen Gesundheitsmanagement ein weiterer Markenkern der Betriebskrankenkassen und Führungsaufgabe werden. Die Klimakrise hat direkte Auswirkungen auf die Arbeitswelt. Um zu besprechen, welche Chancen und Aufgaben sich für die betriebliche Gesundheitsförderung und Prävention ergeben, haben der BKK Dachverband und seine Mitgliedkassen in der Initiative BKK Green Health die Studie „BGM goes Planetary Health“ der Deutschen Allianz Klimawandel und Gesundheit (KLUG) sowie deren Format Lunchtalk zum Hitzeschutztag 2023 gefördert. Die Weichen sind gestellt.



Franz Knieps

Franz Knieps ist Vorstandsvorsitzender des BKK Dachverbandes. Der Jurist leitet die politische Interessenvertretung seit ihrer Gründung im Jahr 2013.



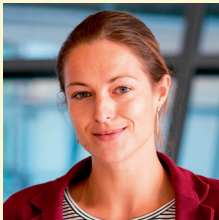
Sarah Kramer

Sarah Kramer arbeitet seit 2017 als Referentin für Kommunikation beim BKK Dachverband. Die Diplom-Politologin und Journalistin verantwortet die Website des Verbandes.

Fragen zu Klima und Gesundheit



Interview mit Tina Rudolph



Tina Rudolph
Mitglied des Deutschen
Bundestages
SPD-Fraktion

Auf einer Skala von 1–10: Wo ordnen Sie das Engagement im Gesundheitswesen ein, um Klimaneutralität zu erreichen und durch welche beispielhaften Ansätze könnte der Skalenwert erhöht werden?

Das Gesundheitswesen ist einer der größten Ressourcenkonsumenten der deutschen Wirtschaft. Es ist für rund 5% der Treibhausgasemissionen verantwortlich. Daraus ergibt sich die widersprüchliche Situation, dass das Gesundheitssystem auf der einen Seite für Prävention, Behandlung und Pflege zuständig ist, aber auf der anderen Seite eine der wesentlichen Gefährdungen von Gesundheit darstellt. Das Gesundheitswesen steht dadurch besonders in der Verantwortung, eine Vorreiterrolle in der Frage der Nachhaltigkeit einzunehmen und dabei eine Strahlkraft in alle anderen Gesellschafts- und Wirtschaftsbereiche zu erzeugen.

Wie sieht nach ihren Vorstellungen ein nachhaltiges und resilientes Gesundheitssystem aus? Welchen konkreten Beitrag leistet dabei die GKV schon heute bzw. muss sie noch leisten?

Ein nachhaltiges Gesundheitssystem ist auch unter Einbeziehung der Lieferketten von Produzenten, von Fuhrpark, Verpackungsmaterial oder medizinischen Geräten und Hilfsmitteln klimaneutral und basiert auf einer Kreislaufwirtschaft. Es hat die ökologische Dimension des Klima- und Umweltschutzes in der Prävention und Versorgung sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich vollumfänglich integriert. Damit werden auch sogenannte Co-Benefits maximiert, also die Wirkung von Maßnahmen, die Umweltschäden verringern, die sich wiederum positiv auf die menschliche Gesundheit auswirken oder umgekehrt Maßnahmen der Gesundheitsförderung, die sich positiv auf den Schutz der Umwelt auswirken. Dafür ist es notwendig, dass Nachhaltigkeit in die Aus- und Fortbildung aller relevanten Berufe im Gesundheitswesen angemessen Einzug findet und sie in dieser Hinsicht geschult werden. Ein ganz plastisches Beispiel dafür sind sogenannte klimasensible Patient:innengespräche. Dabei geht es sowohl darum, Patient:innen zum Einfluss des Klimawandels – also beispielsweise Hitze – auf die individuelle Gesundheit aufzuklären als auch sie dahingehend zu beraten, wie eine klimafreundliche Lebensweise die eigene Gesundheit beispielsweise durch eine überwiegend pflanzliche Ernährung verbessern kann.

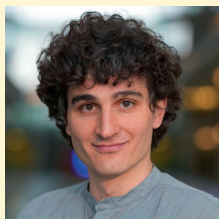
Ein resilientes Gesundheitssystem hingegen ist in der Lage, Mitarbeitende und Patient:innen aber letztlich beispielsweise auch Arzneimittel im stationären und ambulanten Bereich vor sich zuspitzender Klimaveränderungen – insbesondere steigender Hitze – adäquat zu schützen und seine Kernfunktionen aufrechtzuerhalten. Es ist darüber hinaus in der Lage, sowohl auf die direkten gesundheitlichen Folgen von steigender Hitze adäquat (auch präventiv) zu reagieren als auch auf die indirekten Folgen, wie beispielsweise Hautkrebserkrankungen, Allergien durch längere und neue Pollenflugzeiten, steigende Zahlen an Frühgeburten, Nierenerkrankungen und stärkere Beeinträchtigung von Menschen mit chronischen Atemwegserkrankungen oder neu auftretende Erkrankungen, die zum Beispiel von neu vorkommenden Mücken übertragen werden.

Die Aufgabe der GKV ist dabei, die notwendigen Maßnahmen engagiert – auch finanziell – einzuleiten und zu unterstützen. Sie ist eine wesentliche Triebkraft für die Generationenaufgabe einer nachhaltigen Transformation im Gesundheitswesen.

Was beinhaltet ihrer Ansicht nach ein auf Klima und Gesundheit angepasster Leistungskatalog im SGB V und SGB XI?

Damit Nachhaltigkeit und Gesundheit Hand in Hand in der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung und Prävention gehen können, darf man die Debatte nicht scheuen, auch darüber zu diskutieren, inwiefern Anpassungen in mehreren Sozialgesetzbüchern stattfinden müssen. So müssen wir auch darüber sprechen, ob das Wirtschaftlichkeitsprinzip um ein Nachhaltigkeitsprinzip erweitert werden muss und ob Krankenkassen die notwendigen Möglichkeiten haben, Mittel im Sinne der Nachhaltigkeit einzusetzen. Dazu gehört auch eine Prüfung dessen, ob die Leistungskataloge mit Aufklärung und Beratung zu sogenannten Co-Benefits, aber gerade auch im Bereich der Prävention ausreichend gut aufgestellt sind.

Interview mit Ates Gürpinar



Ates Gürpinar
Mitglied des Deutschen
Bundestages
Fraktion Die Linke

Auf einer Skala von 1–10: Wo ordnen Sie das Engagement im Gesundheitswesen ein, um Klimaneutralität zu erreichen und durch welche beispielhaften Ansätze könnte der Skalenwert erhöht werden?

Selbst wohlwollend betrachtet muss man feststellen, dass das Engagement des Gesundheitssystems zur Erreichung der Klimaneutralität maximal eine Vier ist. Um das zu verbessern, ist es notwendig, dass endlich neben wirtschaftlichen auch sozial-ökologische Indikatoren verankert werden. Außerdem muss ein Augenmerk auf diejenigen Einsparungen gelegt werden, die nicht spezifisch für den Gesundheitssektor sind: Wärmedämmung von Gebäuden, Einführung CO₂-effizienter Kühl- und Heizsysteme sowie generell Einsatz energieeffizienter Geräte und Strom aus erneuerbaren Energien.

Wie sieht nach ihren Vorstellungen ein nachhaltiges und resilientes Gesundheitssystem aus? Welchen konkreten Beitrag leistet dabei die GKV schon heute beziehungsweise muss sie noch leisten?

Im Gesundheitssystem selbst können zum Beispiel vielverwendete Gebrauchsgüter wie medizinische Handschuhe auf ihre Nachhaltigkeit geprüft werden. Neben rein finanziellen Entscheidungen muss beim Einkauf solcher Artikel auch deren Umweltbilanz eine Rolle spielen. Um hierbei Transparenz zu gewährleisten und den Aufwand für einzelne Akteur:innen möglichst gering zu halten, sollte es klare Kriterien und Empfehlungen etwa der Fachgesellschaften oder der Politik geben. Für die Durchführung und Unterstützung solcher Veränderungen wären der Einsatz einer Nachhaltigkeitsmanager:in in größeren Einrichtungen klar von Vorteil.

Jedoch ist dies alles nur bedingt umsetzbar in einem privatisierten Gesundheitssystem. Solange Gewinne aus dem Betrieb von Krankenhäusern in die Taschen von Eigentümer:innen und Aktionär:innen fließen, werden für diese Gruppen die finanziellen Aspekte vor gesellschaftlichen, moralischen, sozialen oder ökologischen Erwägungen stehen. Es braucht hier dringend einen Systemwechsel wieder hin zu den Menschen.

Ein gutes Beispiel ist hierbei das staatlich getragene britische National Health System (NHS), das seit Januar 2020 alle Anstrengungen hin zur Klimaneutralität verstärkt hat. Dafür wurden verschiedene Schritte angekündigt: eine Expert:innen-Kommission zur Erreichung

des Netto-Null-Emissionsziels, Reduktion der CO₂-Emissionen der Gebäude und Liegenschaften sowie Ersatz von treibhausgasintensiven Narkosegasen und Asthmainhalatoren durch klimafreundlichere Geräte. Außerdem beteiligt sich ein Bündnis, an dem unter anderen das British Medical Journal und The Lancet mitarbeiten, an der Kampagne zur Reduzierung des ökologischen Fußabdrucks.

Dies ist wegen der Unabhängigkeit der Sozialversicherungen, die ein hohes und wichtiges Gut ist, nicht eins zu eins auf Deutschland übertragbar. Aber genau diese Sozialversicherungen brauchen einen Umbau, damit wir ein nachhaltiges und resilientes Gesundheitssystem erschaffen können. Für diesen Umbau muss der politische Wille von Bund und Ländern gegeben sein. Nur so ist der Aufbau einer wertebasierten Gesundheitsversorgung möglich, die auf die Wünsche und Bedürfnisse aller Patient:innen und der Umwelt eingeht.

Was beinhaltet ihrer Ansicht nach ein auf Klima und Gesundheit angepasster Leistungskatalog im SGB V und SGB XI?

Bei der Ausweitung des Leistungskatalogs sind zum Beispiel zwei Aspekte wichtig: Benötigt wird zum einen ein langfristiger Blick, der nicht nur auf kurze finanzielle und wirtschaftliche Aspekte achtet, sondern im Hinblick auf die Klimakrise bestehende und künftige Problematiken meistert. Außerdem müssen die Klimaveränderungen in den Blick genommen werden, denen wir akut schon begegnen müssen. So ist die nötige Klimatisierung von stationären Pflegeeinrichtungen keine Zukunftsmusik mehr, sondern bei den hiesigen sommerlichen Temperaturen schlicht eine Notwendigkeit.

Interview mit Johannes Wagner



Auf einer Skala von 1–10: Wo ordnen Sie das Engagement im Gesundheitswesen ein, um Klimaneutralität zu erreichen und durch welche beispielhaften Ansätze könnte der Skalenwert erhöht werden?

Ob Ärzt:innen, Pflegende oder Apotheker:innen: Ich habe mich im letzten Jahr mit vielen Akteur:innen im Gesundheitswesen ausgetauscht, die engagiert an der Klimaneutralität des Gesundheitswesens arbeiten. Diese Menschen verdienen klar eine zehn von zehn.

Gut ist vor allem, dass sich so viele unterschiedliche Akteur:innen hier einbringen. Denn es kann an so vielen Stellschrauben gedreht werden: seien es Solarzellen auf den Dächern von Krankenhäusern, Dienstfahräder für die Mitarbeiter:innen und selbst das korrekte Mülltrennen in den Arztpraxen.

Die größten Stellschrauben sind natürlich solche, bei denen es auch politischen Handlungsbedarf gibt: Beispielsweise bei einem Lieferkettengesetz, das auch den Pharmasektor vermehrt in den Blick nimmt. Oder auch bei In-

vestitionen bei den besonders energieintensiven Krankenhäusern. Hier haben wir auf Bundesebene nur bedingt Handlungsoptionen, da Investitionskosten von Krankenhäusern bei den Ländern liegen. Denkbar wäre trotzdem ein gemeinsamer Fonds von Bund und Ländern, um Krankenhäuser auf dem Weg zu erneuerbaren Energien und vor allem einem geringeren Energieverbrauch zu unterstützen. Diese Prozesse anzustoßen ist nicht einfach – hier gilt es, Möglichkeitsfenster zu nutzen wie beispielsweise die Krankenhausreform.

Ich bin zuversichtlich, dass das Thema an Fahrt gewinnt: So hat sich der Bundesgesundheitsminister im Rahmen der G7 einem klimaneutralen Gesundheitssektor verpflichtet. Mir persönlich ist 2050 allerdings viel zu spät. Deswegen verbeuge ich der Politik eher eine fünf von zehn – bin aber hoffnungsvoll, weil sich in diesem Bereich gerade viel tut.

Wie sieht nach Ihren Vorstellungen ein nachhaltiges und resilientes Gesundheitssystem aus? Welchen konkreten Beitrag leistet dabei die GKV schon heute bzw. muss sie noch leisten?

Unser Gesundheitssystem ist zugleich Mitverursacher und Leidtragender der Klimakrise. Mitverursacher, weil 6,2% der deutschen CO₂-Emissionen hier entstehen. Leidtragender, weil die Klimakrise schon jetzt gravierende gesundheitliche Folgen mit sich bringt: von Allergien über Tropenkrankheiten bis hin zu hitzebedingten Erkrankungen und Todesfällen. Gleichzeitig sind klimabedingte Hitzetage eine

Belastung für alle Patient:innen wie Mitarbeiter:innen. Deswegen brauchen wir nicht nur ein klimaneutrales, sondern auch ein klimaresilientes Gesundheitssystem. Glücklicherweise geht das beides oft Hand in Hand: Ein gut isoliertes Pflegeheim spart Energie und schützt die Bewohner:innen gleichzeitig vor Hitze.

Wenn wir über ein nachhaltiges Gesundheitswesen sprechen, sprechen wir nicht nur über ökologische Nachhaltigkeit. Dass fast die Hälfte unseres medizinischen Personals permanent kurz vorm Kündigen steht, ist das Gegenteil von nachhaltig. Deshalb müssen wir eine nachhaltige Personalpolitik zum Kern der kommenden Gesundheitsreformen machen.

Die GKV leistet auf verschiedenen Ebenen einen wichtigen Beitrag. Der „Klimapakt Gesundheit“ ist dafür nur eines von vielen Beispielen. Für mich als Berichterstatter für Prävention sowie Klima & Gesundheit ist besonders wichtig: Programme der Krankenkassen in den Versorgungsstrukturen zu integrieren, die sich positiv auf Menschen und Klima auswirken. Zum Beispiel, wenn es um ausgewogene Ernährung oder aktive Mobilität geht. Hierbei entstehen zusätzliche Vorteile, sogenannte „Co-Benefits“ – eine Maßnahme kann gleichzeitig gut für die Gesundheit und für Umwelt

und Klima sein. Ein generelles Problem bei Präventionsmaßnahmen ist, dass meist nicht diejenigen erreicht werden, die es am meisten benötigen. Hier würde ich mir zukünftig einen besonderen Fokus der Krankenkassen wünschen.

Was beinhaltet Ihrer Ansicht nach ein auf Klima und Gesundheit angepasster Leistungskatalog im SGB V und SGB XI?

Nachhaltigkeit in die Sozialgesetzbücher aufzunehmen, halte ich für einen wichtigen Schritt. Aus diesem Grund habe ich bereits eine Anfrage an den wissenschaftlichen Dienst des Bundestags gestellt, deren Ergebnisse auch öffentlich zugänglich sind.

Was daraus und aus Gesprächen mit den zuständigen Ministerien deutlich wurde: erstens, zurzeit besteht noch kein Konsens, die Sozialgesetzbücher zu ändern. Zweitens ist auch die genaue Ausgestaltung des angepassten Leistungskatalogs noch nicht klar.

Deswegen setze ich mich derzeit dafür ein, dass wir eine mögliche juristische Ausgestaltung prüfen und vor allem die notwendigen Mehrheiten für eine solche Änderung bekommen.