

**Branchenbarometer**

# Krankenversicherung

Aktuelle Entscheider- und Bürgerbefragung:  
Herausforderungen und Reformen



# Vorwort

## INHALT

Vorwort	2
Executive Summary	4
Engpass beim Faktor Arbeit	8
Kapitaldeckung statt Umlage	12
Überblickskarte Gesundheitsreform	18
Effizienz senkt Kosten	20
Wettbewerb statt Monopole	26
Fortbildung für mehr Qualität	30
Glossar	34

## IMPRESSUM

Januar 2004

### Haftungsausschluss:

Alle Angaben wurden sorgfältig recherchiert und zusammengestellt. Für die Richtigkeit und Vollständigkeit des Inhalts sowie für zwischenzeitliche Änderungen übernehmen Herausgeber, Redaktion und Verlag keine Gewähr.

### Herausgeber:

©2004 Allianz Private Krankenversicherungs-AG  
Fritz-Schäffer-Straße 9, 81737 München

F.A.Z.-Institut für Management-, Markt-  
und Medieninformationen GmbH  
Postfach 20 01 63, 60605 Frankfurt am Main

Mummert Consulting AG  
Hans-Henny-Jahnn-Weg 29, 22085 Hamburg

Alle Rechte vorbehalten, auch die der fotomechanischen  
Wiedergabe und der Speicherung in elektronischen  
Medien.

Redaktion: Dr. Guido Birkner, Eric Czotscher  
Gestaltung, Satz und Korrektur:  
Nicole Jäger, Bernd Kampe, Anna-Luise Knetsch, Vera  
Pfeiffer  
Druck: Boschen Offsetdruck GmbH,  
Frankfurt am Main  
Titelfoto: Feingerätebau K. Fischer GmbH, Drebach

Wissenschaftliche Begleitung  
und Entscheiderbefragung:  
forsa Gesellschaft für Sozialforschung  
und statistische Analysen mbH  
Max-Beer-Straße 2/4  
10119 Berlin

Das neuerliche Defizit der gesetzlichen Krankenkassen von rund 3 Milliarden Euro im abgelaufenen Jahr führt drastisch vor Augen, wie dringend das Gesundheitswesen Systemveränderungen benötigt. Unklar ist, wie der fortlaufende Anstieg der Beitragssätze in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) langfristig gestoppt werden kann. Das Gesetz zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GMG), das seit Anfang 2004 schrittweise in Kraft tritt, wird nur für kurze Zeit den Druck auf die Beitragssätze der GKV-Kassen abschwächen. Steigen sie weiter, werden die Lohnnebenkosten so stark belastet, dass in den kommenden Jahrzehnten Hunderttausende Arbeitsplätze in Gefahr sind. Das bisherige Umlagesystem und die Koppelung der Krankenversicherungsbeiträge mit den Lohnnebenkosten scheinen angesichts der ungünstigen demographischen Entwicklung und der hohen Arbeitslosigkeit ausgedient zu haben.

Die Alterung der Gesellschaft und der immer raschere medizinisch-technische Fortschritt treiben die Kosten im Gesundheitswesen in die Höhe. Dabei weist die medizinische Versorgung an vielen Stellen Potenzial für mehr Kosteneffizienz auf. Die Qualität der ärztlichen Leistungen steht ebenfalls auf dem Prüfstand. Die existierenden Strukturen lassen wenig Transparenz bei der Qualität und bei den Kosten zu. Die Gesundheitsmärkte werden mit eher planwirtschaftlich anmutenden Instrumenten mehr schlecht als recht gesteuert, so dass sich auf dem Gebiet bislang noch kein tatsächlicher Leistungsmarkt herausbilden konnte.

Im „Branchenbarometer Krankenversicherung“ bewerteten Bürger, Entscheider aus Medizin, GKV/PKV und Großunternehmen sowie Mittler aus Politik und Verbänden Herausforderungen und Reformmaßnahmen für



das Gesundheitswesen. Wie lässt sich die Finanzierung des Gesundheitswesens über den Kostenträger Krankenversicherung – die gesetzlichen Krankenkassen und die privaten Krankenversicherungen – auf gesunde Beine stellen? An welchen Stellen kann die Effizienz der medizinischen Versorgung erhöht werden? Wie entsteht ein echter Vertragsmarkt zwischen Leistungserbringern, z.B. Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten, und Kostenträgern? Wo muss die Qualität der medizinischen Versorgung sichergestellt und gegebenenfalls verbessert werden? Wir haben die Probleme des Gesundheitswe-

#### Überblickskarte zum Reformbedarf im Gesundheitswesen auf S. 18/19

sens, ihr Gefährdungspotenzial und ihre Dringlichkeit in einer Überblickskarte auf S. 18/19 zusammengestellt.

In einer Befragung vom Oktober und November 2003 äußerten sich 100 Entscheider bei Leistungserbringern, Kostenträgern und Großunternehmen. Sie setzten sich aus 30 Ärzten und Klinikmanagern sowie aus Topmanagern von 30 Krankenkassen und Krankenversicherungen und von 40 Großunternehmen zusammen.

Befragt wurden niedergelassene Ärzte, Chefarzte an Kliniken sowie Direktoren und Mitglieder der Geschäftsführung von Kliniken mit Verantwortungskompetenz in Strategie und Finanzen. Bei den Kostenträgern wurden kaufmännische Vorstände, Vorstandsvorsitzende, Leiter und Mitglieder der Geschäftsführung interviewt. Die Gesprächspartner in Großunternehmen waren Personalverantwortliche in Vorstand und Geschäftsführung. Die Entscheiderbefragung erfolgte in Telefoninterviews nach der Methode des

Computer Aided Telephone Interviewing (CATI). Die gleichen Fragen legten wir elf Mittlern aus Parteien und Verbänden der Leistungserbringer, Kostenträger und Patienten vor. Interviewpartner waren Gesundheitsexperten der Parteien, bei den Verbänden der Leistungserbringer Vorsitzende, gesundheitspolitische Sprecher und Pressesprecher, Pressesprecher der GKV/PKV sowie Vorsitzende und Pressesprecher der Patientenverbände.

In einer repräsentativen Bevölkerungsbefragung im Oktober 2003 wurden 512 Bürger ab 16 Jahren zur Gesundheitsversorgung und zu Reformen im Gesundheitswesen interviewt. Diese Busbefragung – Telefoninterviews anhand eines strukturierten Fragebogens – erfolgte ebenfalls nach der CATI-Methode. Die Befragten wurden nach einer mehrstufigen systematischen Zufallsauswahl ausgewählt.

An der Studie fällt auf, dass die befragten Bürger und Entscheider vereinzelt inkonsequent antworten. Viele Topmanager in Großunternehmen sind bei der Finanzierung des Gesundheitswesens ambivalent, da sie jeweils mehrheitlich für den Ausbau der Kapitaldeckung und für die Einführung der Bürgerversicherung stimmen. Ein anderes Beispiel: Eine Mehrheit der Unternehmen lehnt die Einbeziehung aller Einkommensarten zur Beitragsberechnung der GKV ab, spricht sich aber gleichzeitig für die Bürgerversicherung aus. Offenbar bestehen hier noch Informationslücken. In der Bevölkerung scheint sich das Bild langsam zu wandeln. Ende Juli 2003 haben 78% der Interviewten in einer Emnid-Befragung eine Einführung der Bürgerversicherung begrüßt. In unserer Befragung stimmten diesem Weg nur noch 61% zu.

*Allianz Private Krankenversicherungs-AG (APKV)  
F.A.Z.-Institut  
Mummert Consulting*

# Executive Summary

## HERAUSFORDERUNG: ALTERUNG UND ARBEITSLOSIGKEIT

Von der ungünstigen demographischen Entwicklung und der hohen Arbeitslosigkeit geht nach Ansicht von Medizin, GKV/PKV und Wirtschaft die größte Bedrohung für die zukünftige Gesundheitsversorgung in Deutschland aus. Eine breite Mehrheit der befragten Topmanager der Kostenträger – also der gesetzlichen Krankenkassen und der privaten Krankenversicherungen – und der Großunternehmen sowie der Ärzte nennt damit diejenigen Faktoren, die auch für den Anstieg der GKV-Beiträge mitverantwortlich sind.

*Ungünstige demographische Entwicklung und hohe Arbeitslosigkeit haben Priorität, aber Lösung des Alterungsproblems wird auf die lange Bank geschoben (S. 8, S. 10).*

Nicht schlüssig nachvollziehbar ist, dass nur die Hälfte der Topmanager fordert, das Problem der demographischen Entwicklung kurz- bis mittelfristig in Angriff zu nehmen. Insbesondere die befragten gesetzlichen Krankenkassen schieben das Problem auf die lange Bank. Für fast alle Entscheider hat die Bekämpfung der Arbeitslosigkeit Priorität.

## REFORMVORSCHLAG: KAPITALDECKUNG STATT UMLAGE

Die Mehrheit der Entscheider bei Leistungserbringern – also den Kliniken und niedergelassenen Ärzten –, bei Kostenträgern und Großunternehmen fordert die Umstellung der GKV-Finanzierung vom einkommensabhängigen Umlagesystem auf eine Kapitaldeckung nach dem Vorbild der PKV. Immerhin erachtet ein Drittel der befragten Kassen die Stärkung der Kapitaldeckung für sinnvoll. Die Akzeptanz grundlegender Systemreformen wächst.

*Medizin, Assekuranz und Wirtschaft fordern Kapitaldeckung, doch Politik zaudert (S. 12).*

Die Kopfpauschale – ein einheitlicher Betrag pro Kasse für alle krankenversicherten Erwachsenen – hat sich noch nicht in den „Köpfen“ etabliert. Nur vier von zehn befragten Entscheidern halten eine solche Gesundheitsprämie für sinnvoll, um die Lohnnebenkosten von der Entwicklung der Krankenkassenbeiträge abzukoppeln und dadurch den Faktor Arbeit zu entlasten. Informationsdefizite herrschen bei den Großunternehmen, die die Umstellung auf eine Kapitaldeckung und die Bürgerversicherung mit einkommensabhängigen Beiträgen in einem Atemzug nennen, denn beide sind nicht miteinander zu vereinbaren.

Unter den Bürgern, die in einer repräsentativen Busbefragung interviewt wurden, befürwortet jeder Zehnte die Kopfpauschale. Die relativ größte Zustimmung findet diese einheitliche Gesundheitsprämie bei den Selbstständigen. Die Bevölkerung gibt mehrheitlich der wohlklingenden Bürgerversicherung den Vorzug. Sie entscheidet sich also für ein System, in dem die gesamte Bevölkerung nach dem Umlagesystem krankenversichert ist und dessen Beiträge sich überwiegend nach dem Erwerbseinkommen richten. Offenbar schreiben die Befragten der Bürgerversicherung vordergründig ein höheres Maß an Solidarität zu.

*Weniger Last für Arbeitgeber: „Große Koalition“ im Gesundheitswesen für Festschreibung des Arbeitgeberanteils (S. 12/13).*

Auf eine positive Resonanz unter den befragten Entscheidern aus Medizin, GKV/PKV und Wirtschaft stoßen Reformmaßnahmen zur Erweiterung der Beitragsbasis und damit zu einer geringfügigen Entlastung des Faktors Arbeit.



## HERAUSFORDERUNG: KOSTEN UND EFFIZIENZ

Die mangelnde Effizienz der medizinischen Versorgung ist für das Gesundheitswesen in Deutschland offensichtlich das zweitgrößte Problem. Der größte Teil der drei befragten Entscheidergruppen sieht das Gesundheitswesen durch ein Defizit an Effizienz gefährdet und fordert kurzfristige Verbesserungen. Die größten Kritiker sind die befragten Kostenträger. Schwer wiegend ist auch das Problem der steigenden Kosten für den medizinisch-technischen Fortschritt. Nach Ansicht der Topmanager und Ärzte muss diese Bedrohung rasch angegangen werden. Die Befragten sehen im Leistungsumfang der GKV eine Gefährdung für die medizinische Versorgung. Trotz der jüngsten Gesundheitsreform fordert eine Mehrheit der drei Entscheidergruppen eine Verschlankung des Leistungskatalogs der Krankenkassen.

## REFORMVORSCHLAG: EFFIZIENZ SENKT KOSTEN

Das Gros der befragten Bevölkerung und der Entscheider aus Medizin, GKV/PKV und Wirtschaft fordert eine höhere Effizienz der medizinischen Versorgung. Dazu gehören eine bessere Information der Patienten durch die Ärzte, die Einführung der elektronischen Patientenakte und der Ausbau der integrierten Versorgung. Insbesondere die Aufhebung der institutionellen Trennung von ambulantem und stationärem Bereich befürworten viele Entscheider. Die Kostenträger wollen die Steuerung der medizinischen Versorgung mehrheitlich selbst in die Hand nehmen.

*Sektorenmauern durchbrechen: Ausbau der integrierten Versorgung ist überfällig (S. 21).*

Maßnahmen zur Entlastung der Kassen und Versicherungen stoßen bei den Befragten aus Medizin, GKV/PKV und Wirtschaft über-

wiegend auf große Zustimmung, so eine Novellierung der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte und Zahnärzte – maßgeblich bei Privatpatienten – mit kostendämpfenden Elementen. Gleiches gilt für die Einführung von Fallpauschalen im ambulanten Bereich. Das Gros der drei Entscheidergruppen unterstützt zudem die Einführung von Selbstbeteiligungen bei medizinischen Leistungen und die Ausgliederung versicherungsfremder Leistungen aus der GKV.

*Stoßdämpfer gegen Kostenexplosion: Gebührenordnung für Ärzte und Zahnärzte muss auf den Prüfstand (S. 20).*

Die Kosten für den medizinisch-technischen Fortschritt lassen sich durch vielfältige Maßnahmen in den Griff bekommen. Die befragten Entscheider begrüßen mehrheitlich die Einrichtung von Zentren für medizinische Großgeräte und effizientere Wirtschaftlichkeitsprüfungen für Leistungserbringer. Neue Medikamente sollen nur bei gesichertem medizinischem Fortschritt zugelassen werden.

Die Bevölkerung ist bereit, für die Reform des Gesundheitswesens finanzielle Opfer zu bringen. Jeweils rund drei Viertel der interviewten Bürger wollen die Kosten für Arzneimittel und einzelne medizinische Leistungen anteilig aus der eigenen Tasche zahlen. Mehr als ein Drittel von ihnen akzeptiert Selbstbeteiligungen bei allen Behandlungen. Für niedrigere Beiträge nehmen die Bürger Auflagen von GKV/PKV wie die regelmäßige Teilnahme an Präventionsmaßnahmen in Kauf. Sieben von zehn Befragten sind bereit, sich so weit einschränken zu lassen, dass sie bei Erkrankungen zunächst den Hausarzt aufsuchen, anstatt direkt zum Facharzt zu gehen. Die Zugeständnisse der Bevölkerung enden aber bei der „Vertrauensfrage“. Nur gut jeder zehnte Bürger will zu Gunsten niedriger Beiträge auf die freie Arztwahl verzichten.

## HERAUSFORDERUNG: WETTBEWERB UND TRANSPARENZ

Die dritte große Herausforderung im Gesundheitswesen ist das Defizit an marktwirtschaftlichen Strukturen. Die meisten Topmanager bewerten den fehlenden Wettbewerb unter Leistungserbringern und Kostenträgern als Gefährdung für die medizinische Versorgung, die dringend zu beseitigen ist. Die befragten Mediziner hingegen sprechen sich mehrheitlich gegen mehr Wettbewerb aus. Als dringliches Problem stufen die Entscheider die mangelnde Transparenz im Gesundheitswesen ein.

## REFORMVORSCHLAG: WETTBEWERB STATT MONOPOLE

Um den Wettbewerb zwischen Medizin und Kostenträgern zu beleben, sollen nach Meinung der drei Entscheidergruppen weitere Monopole und staatliche Planungsinstrumente wie beispielsweise die Krankenhausplanung beseitigt werden. An ihre Stelle sollen Einzelverträge zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern treten. Zustimmung findet auch die Freigabe kassenartenübergreifender Fusionen, wodurch v.a. die Zahl der Betriebskrankenkassen sinken würde. Nur das Gros der Kostenträger hängt immer noch am Status quo.

*Neues Unternehmertum: 40% der Mediziner akzeptieren Vertragsvergütungen mit PKV-Unternehmen (S. 27).*

Das Gros von GKV/PKV begrüßt Direktverträge zwischen privaten Versicherungen und Ärzten, wobei die Verträge auch die Honorarhöhe regeln sollen. Auch 40% der Krankenhäuser und der niedergelassenen Ärzte sind zum Abschied vom geltenden Honorarkatalog bereit.

Neben Wettbewerbsbarrieren ist auch der Informationsaustausch im Gesundheitswesen verbesserungswürdig. Der Großteil der drei befragten Entscheidergruppen befürwortet die Einführung des elektronischen Rezepts. Trotz der Bedenken beim Datenschutz sprechen sich die meisten Topmanager und Ärzte für einen Zugang der Krankenkassen zu allen patientenbezogenen Informationen aus.

## HERAUSFORDERUNG: QUALITÄT

Die Qualität der medizinischen Leistung stellt derzeit das geringste Problem des Gesundheitswesens dar. Sie besitzt in Deutschland offenbar ein so hohes Niveau, dass weniger als ein Drittel der drei befragten Entscheidergruppen darin ein Problem für die medizinische Versorgung sieht. Dem in der Befragung am niedrigsten eingestuften Gefährdungspotenzial durch Qualität steht nach Einschätzung der Topmanager und Ärzte die höchste Eile gegenüber. Die Entscheider aus Medizin, GKV/PKV und Wirtschaft mahnen an, die weißen Flecken in der Qualität der medizinischen Versorgung kurz- bis mittelfristig in Angriff zu nehmen.

## REFORMVORSCHLAG: FORTBILDUNG FÜR MEHR QUALITÄT

Die Schlüssel zu besserer Qualität in der medizinischen Versorgung heißen Fortbildung, Kontrolle und Spezialisierung. An erster Stelle nennen die drei Entscheidergruppen und die Bevölkerung die Fortbildungspflicht für Kassenärzte. Die Mehrzahl der Entscheider aus Medizin, GKV/PKV und Wirtschaft fordert zudem eine Leistungsüberprüfung der Mediziner durch die Kostenträger. Die meisten befragten Leistungserbringer wehren sich gegen eine Kontrolle ihrer Arbeit, begrüßen aber eine Fortbildungspflicht und Gesundheitszentren. Eine knappe Mehrheit der drei Entscheidergruppen lehnt die Übertragung der Verantwortung für die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung von den kassenärztlichen Vereinigungen auf die Kostenträger ab.

*Rankings: Ärzte und Kliniken sind zu stärkerem Qualitätswettbewerb bereit (S. 31).*

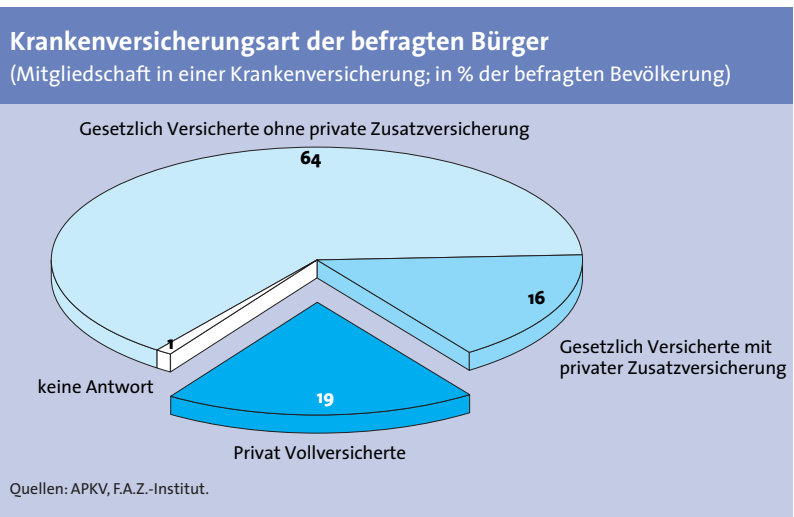
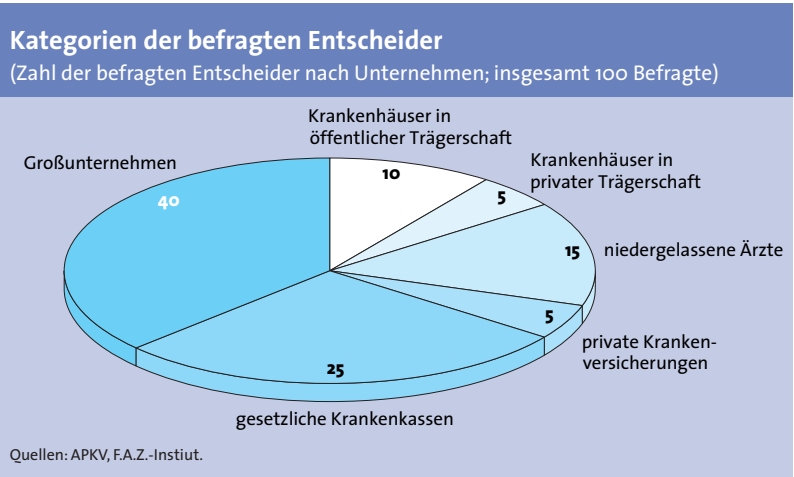
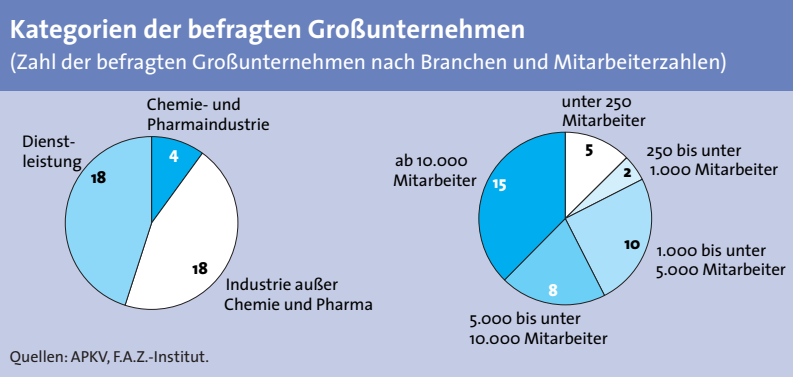
Die drei Entscheidergruppen sprechen sich mehrheitlich für Befristungen von Facharztanerkennungen aus. Groß ist die Zustimmung zu Gesundheitszentren, die standardisierte Behandlungen durchführen. Ein wichtiges Thema in dem für Patienten bislang undurchsichtigen Gesundheitsmarkt ist die mangelnde Transparenz. Drei Viertel der befragten Leistungserbringer, Kostenträger und Großunternehmen erachten unabhängige Klinik-Rankings und Zertifizierungen von Arztpraxen für sinnvoll.

### ZUSAMMENSETZUNG DER BEFRAGTEN BEVÖLKERUNG, ENTSCHEIDER UND MITTLER

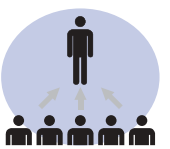
In einer repräsentativen Busbefragung, d.h. mittels computergestützter Telefoninterviews anhand eines strukturierten Fragebogens, haben wir 512 deutschsprachige **Bürger ab 16 Jahren** befragt. Deren Zusammensetzung erfolgte über eine mehrstufige systematische Zufallsauswahl. Für Einzelvergleiche haben wir die Befragten nach Kriterien wie Alter, Geschlecht, Familienstand, Erwerbstätigkeit, Einkommen, Region und Art der Krankenversicherung aufgeschlüsselt. Tatsächlich sind rund neun von zehn Erwachsenen gesetzlich krankenversichert.

Die 100 befragten **Entscheider** repräsentieren die drei größten Bereiche, die eine Reform des Gesundheitswesens direkt betreffen würde: 15 **Krankenhäuser** und 15 **niedergelassene Ärzte**, 5 **private Krankenversicherungen** und 25 **gesetzliche Krankenkassen** sowie die Personalverantwortlichen von 40 **Großunternehmen**. Befragt wurden jeweils die größten Player einer Branche.

Die Gruppe der **Mittler** umfasst elf Parteien und Verbände. Neben vier Bundestagsparteien haben wir in Interviews Verbände der Leistungserbringer und der Kostenträger sowie Patientenvertretungen befragt.

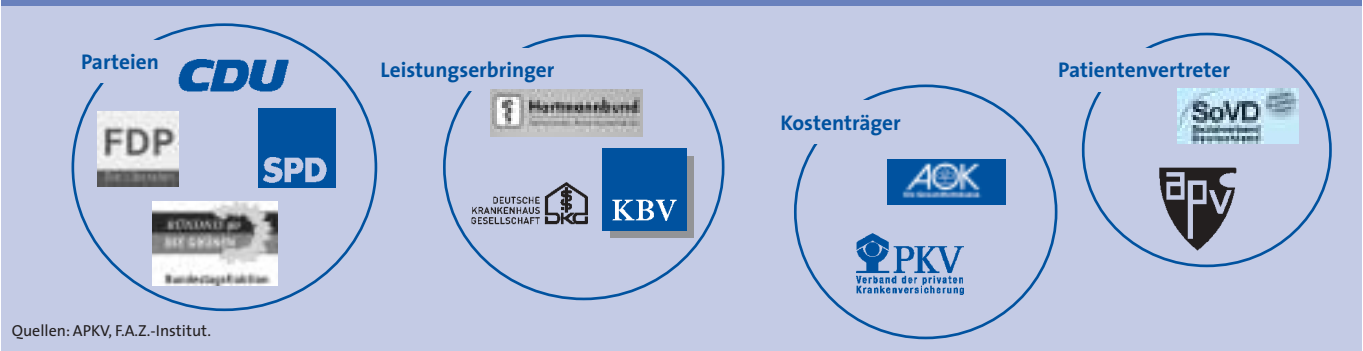


Dieses Piktogramm kennzeichnet die Analyse der Bevölkerungsbefragung.



Dieses Piktogramm kennzeichnet die Analyse der Mittlerbefragung.

### Befragte Mittler nach Zugehörigkeit



Ansprechpartner:

F.A.Z.-Institut für Management-, Markt-  
und Medieninformationen GmbH  
Dr. Guido Birkner, Eric Czotscher  
Postfach 20 01 63  
60605 Frankfurt am Main  
Telefon: 0 69 / 75 91 - 32 51  
Telefax: 0 69 / 75 91 - 19 66  
E-Mail: g.birkner@faz-institut.de

Allianz Private Krankenversicherungs-AG  
Unternehmenskommunikation  
Kathrin Ehrig  
Fritz-Schäffer-Straße 9  
81737 München  
Telefon: 0 89 / 67 85 - 0  
Telefax: 0 89 / 67 85 - 21 34

Mummert Consulting AG  
Jörg Forthmann  
Hans-Henny-Jahnn-Weg 29  
22085 Hamburg  
Telefon: 0 40 / 2 27 03 - 77 87  
Telefax: 0 40 / 2 27 03 - 79 61  
E-Mail: Joerg.Forthmann@mummert-consulting.de





1000

750

VERÄND

990

740

REGEN

086

730

970

mm