

# Servicequalität aus Sicht der GKV-Versicherten gestiegen

– Ergebnisse des M+M Versichertenbarometer<sup>1</sup> 2010 –



**Prof. Dr. Armin Töpfer,**  
Lehrstuhl für Markt-orientierte Unternehmensführung  
TU-Dresden; E-Mail: Armin.Toepfer@tu-dresden.de

Die Gesundheitsreform hat für die gesetzlich Krankenversicherten einschneidende Veränderungen gebracht. Befürworter des Gesundheitsfonds argumentierten vor dessen Einführung, dass durch einen einheitlichen Beitragssatz (seit Juli 2009 14,9%) der Wettbewerb zwischen den Kassen nicht mehr von der Höhe des Beitragssatzes, sondern stärker von Angebot, Qualität und Service der Gesundheitsleistungen bestimmt wird. Eine Untersuchung aus 2009<sup>2</sup> ergab, dass es hinsichtlich des Gesundheitsfonds und der Gesundheitsreform konkrete Erwartungen und Ängste bei den Versicherten gibt. So erwarten 88% der Befragten aufgrund der Tatsache, dass die Beitragssätze überall gleich sind, einen ganz besonderen Service ihrer Krankenkasse. Befürchtet wird dagegen eine Einschränkung des Leistungs-

sangebotes, d.h., dass in Zukunft Leistungsanträge häufiger abgelehnt und Behandlungskosten nicht übernommen werden. Ebenfalls befürchtet wird von vielen Versicherten, dass ihre Krankenkasse in Kürze einen Zusatzbeitrag erhebt.

## Der Wettbewerb um besseren Service hat begonnen

Mit der Einführung des einheitlichen Beitragssatzes verfolgte die Bundesregierung das Ziel, dass Krankenkassen untereinander nicht mehr um den niedrigsten Beitragssatz, sondern verstärkt um Qualität und spezielle Angebote für die Versicherten konkurrieren sollen. So meinte die ehemalige Bundesgesundheitsmini-

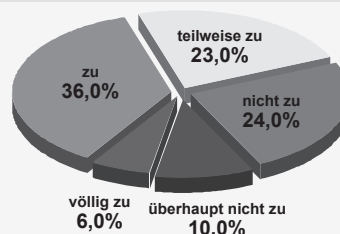


**Dipl.-Oec. Frank Opitz**  
Forschungsgruppe Management + Marketing der M+M Consulting GmbH Kassel; E-Mail: opitz@m-plus-m.de

### Generelle Beurteilung der Krankenkasse

Inwiefern stimmen die Befragten folgender Aussage zu: „Die Servicequalität in der Zusammenarbeit mit meiner Kasse hat sich im Jahr 2009 positiv verändert“?  
- nur GKV-Versicherte -

Dieser Aussage stimme ich ...



### Zustimmung nach Krankenkassen

Angaben in %

	AOK	DAK	TK	BARMER GEK	BKK	IKK	SBK	Sonstige GKV
<b>Zustimmung</b> (völlig zu / zu)	52,1	45,9	34,4	41,1	29,3	45,9	42,8	48,9
<b>Keine Zustimmung</b> (nicht zu / überhaupt nicht zu)	24,7	32,5	49,1	38,4	37,8	37,8	25,0	31,1

M+M Versichertenbarometer 2010

Abb. 1: Entwicklung der Servicequalität

## KASSENMANAGEMENT

sterin *Ulla Schmidt*: „Mit Einführung des Gesundheitsfonds erhalten die Kassen für gleichartige Versicherungengruppen gleich viel Geld. Auf dieser fairen Grundlage starten sie nun in den Wettbewerb um gute Qualität und besten Service.“ Doch ist man diesem Ziel gerecht geworden? Im M+M Versichertenbarometer 2010 wurde erfragt, ob von den Versicherten eine positive Veränderung in der Zusammenarbeit mit ihrer Krankenkasse wahrgenommen wurde. Immerhin 42% der Befragten sehen eine positive Veränderung in der Servicequalität ihrer Krankenkasse, keine Veränderung sehen 34% (Abb. 1). Anscheinend ist es vor allem den Allgemeinen Ortskrankenkassen in den letzten Monaten gelungen, ihre Servicequalität merklich zu verbessern.

Servicequalität wird maßgeblich durch die verschiedenen Facetten der Interaktion zwischen Krankenkasse und Versicherten beeinflusst. Die Zufriedenheit der Versicherten mit den Leistungen ihrer Krankenkasse oder Krankenversicherung wird verstärkt durch Leistungs- und Servicequalität erzeugt. Vor allem die Unterschiede in der Kundenzufriedenheit der Befragten mit und ohne persönlichen Kontakt mit ihrer Kasse sprechen eine eindeutige Sprache. In den meisten Fällen spielt sich das Geschehen zwischen zwei Menschen ab. Das bedeutet, dass die Mitarbeiter der Krankenkassen mit ihrem Wissen,

Engagement, Verhalten und ihrer Einstellung maßgeblich bestimmen, wie die Servicequalität ausgeprägt und wahrgenommen wird.

Damit Servicequalität aber zum Alleinstellungsmerkmal werden kann, bedarf es einer Servicekultur im Unternehmen, die auch gelebt werden muss. D.h. Serviceziele und Serviceprozesse müssen untereinander abgestimmt und stetig verbessert sowie in verständlicher Form an die Mitarbeiter kommuniziert werden. Fachkundige Beratung und ein hochwertiger Service funktionieren aber nur mit einer genauen Kenntnis der Kundenbedürfnisse und -erwartungen. Deshalb sind Marktforschung, Kundenbeobachtungen und Kundenbefragungen von besonderer Bedeutung. Nur wer die Bedürfnisse seiner Kunden genau kennt, kann auf sie eingehen und den perfekten Service liefern.

Aufgrund des hohen gesetzlichen Regelungsgrades der von den gesetzlichen Krankenkassen zu erbringenden Leistungen und des einheitlichen Beitragssatzes stehen viele Kassen nun vor der Herausforderung, sich im Markt neu und mit anderen Schwerpunkten zu positionieren.

### Versicherte befürworten mehrheitlich den einheitlichen Beitragssatz

Über die Hälfte aller gesetzlich Versicherten findet den einheitlichen

Beitragssatz für alle Kassen richtig (Abb. 2). Jeder Fünfte stimmt dieser Aussage noch teilweise zu und 26% lehnen diesen eher ab. Die Detaillauswertung nach Krankenkassen zeigt aber auch, dass es unter den Versicherten der einzelnen Kassen deutliche Unterschiede gibt. Die meisten Befürworter des einheitlichen Beitragssatzes findet man unter den AOK-Versicherten, die meisten Ablehner bei den Versicherten der Innungskrankenkassen und der TK.

### Wahlgründe für eine Kasse haben sich deutlich verändert

Durch die Veränderungen im Krankenkassenmarkt haben sich auch die Wahlgründe für eine Kasse deutlich verändert (Abb. 3). Trafen früher Versicherte ihre Wahl häufig ausschließlich aufgrund von Beitragsunterschieden, stehen nun andere Motive für oder gegen eine bestimmte Krankenkasse im Vordergrund. So gaben nur noch 24,5% der Befragten die günstigen Beiträge als Grund für die Wahl ihrer Krankenkasse an. Wesentlich häufiger wurde dagegen die Beratung / Anmeldung durch den Arbeitgeber (31,6%) genannt. Als Entscheidungsmotive deutlich an Einfluss gewonnen haben der Leistungsumfang (21,9%) und die Qualität der Kundenbetreuung (16,1%). Weiterhin nicht entscheidend für die Krankenkassenwahl sind Empfeh-

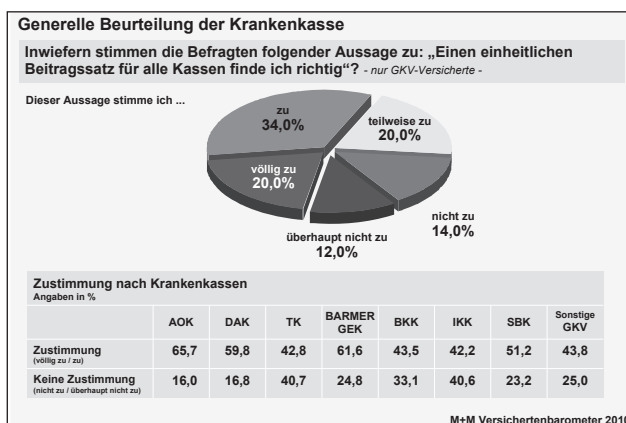


Abb. 2: Bewertung des einheitlichen Beitragssatzes

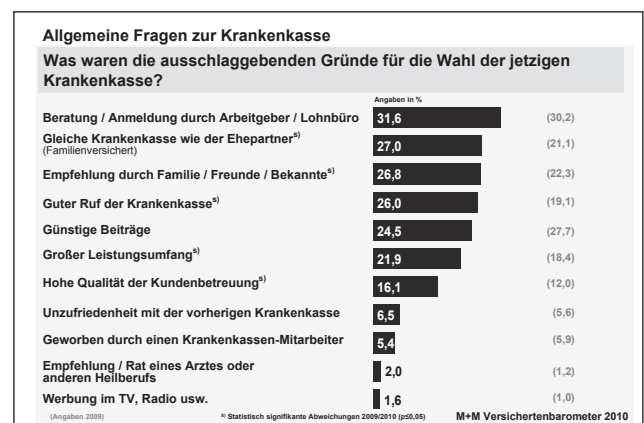


Abb. 3: Gründe für die Wahl der jetzigen Krankenkasse 2010



Abb. 4: Gründe für die Wahl einer Krankenkasse differenziert nach GKV- und PKV-Versicherten 2010

lungen / Rat eines Arztes oder eines Praktikers aus anderen Heilberufen bzw. Werbung im TV oder Radio.

Die genannten Gründe für die Wahl der jetzigen Krankenkasse/-versicherung unterscheiden sich zum Teil deutlich zwischen den Versicherten der Gesetzlichen und der Privaten Krankenversicherung (siehe Abb. 4).

Bemerkenswert ist, dass für Versicherte in der Privaten Krankenversicherung neben dem Preis aktuell Empfehlungen durch die Familie, Freunde und Bekannte deutlich an Bedeutung für die Wahl der Krankenversicherung gewonnen haben. Bei gesetzlich Versicherten stellen vor allem die Beratung, Anmeldung durch den Arbeitgeber bzw. der Wunsch nach einer gemeinsamen „Familienkasse“ die wesentlichen Einflussgrößen für die Wahl dar. Deutlich an Stellenwert verloren hat die Beitragshöhe in Zeiten des Einheitsbeitrages, dagegen werden guter Ruf der Krankenkasse, ein gro-

ßer Leistungsumfang und die Qualität der Kundenbetreuung wichtige Entscheidungsfaktoren. Werbung im TV, Radio usw. und die Empfehlung eines Arztes oder eines anderen Praktiker eines Heilberufs sind sowohl für die gesetzlich- als auch für die privatversicherten Befragten nicht von Bedeutung.

Auch wenn durch die momentane finanzielle Situation der gesetzlichen Krankenkassen Zusatzbeiträge im Fokus der Diskussion stehen und die Beitragshöhe als wesentliches Differenzierungsmerkmal kommuniziert wird, darf man keinesfalls die Ausgestaltung der Servicequalität aus den Augen verlieren. Servicequalität richtet sich dabei an den Erwartungen der Versicherten aus. Wie das M+M Versichertenbarometer seit Jahren zeigt, zählen zu den Erwartungen der Versicherten u.a. Einzelaspekte der Servicequalität wie eine kompetente Beratung und Problemlösung, Transparenz und Nachvollziehbarkeit, Flexibilität,

Schnelligkeit und Effizienz, Freundlichkeit und Hilfsbereitschaft sowie Aufmerksamkeit und Erreichbarkeit. Wesentliche Fundamente für eine erfolgreiche Differenzierung zum Wettbewerb über den Faktor Service sind zum einen eine konsequente Ableitung der Strategie, Prozesse und Unternehmensziele für eine eigenständige Servicekonzeption und damit das „Leben“ einer eigenen Servicekultur. Zum anderen müssen die Mitarbeiter als Träger von Servicequalität in die Lage versetzt werden (technisch, über Know-how und über ein entsprechendes Bewusstsein), den Serviceanforderungen der Kunden gerecht zu werden.

#### Maßnahmen mit großer Hebelwirkung

Steigende Prämien bei den Privaten Krankenversicherungen und Zusatzbeiträge in der GKV machen deutlich: Es müssen Wege gefunden wer-

## KASSENMANAGEMENT

den, damit das Gesundheitssystem auch in Zukunft bezahlbar bleibt. Ein Ansatz hierzu ist ein effektives Prozessmanagement, um die Servicequalität zu steigern und Kosten nachhaltig zu senken. Die Verzahnung von strategischer Planung und operativem Geschäft kann Veränderungen konsequent vorantreiben. Wie weit gesetzliche Krankenkassen bereits Prozessmanagement etabliert haben, untersuchte die KPMG-Studie „Prozessmanagement in Gesetzlichen Krankenversicherungen“.<sup>3</sup> Die Studie kam zu dem Ergebnis, dass ein Großteil der Krankenkassen in Deutschland bereits ein Prozessmanagement eingeführt hat, aber eine vollständige Integration des Prozessmanagements in die Unternehmensstrategie ist bei der Mehrzahl der Gesetzlichen Krankenversicherung noch nicht erreicht.

Versicherte wünschen von ihren Kassen in Zukunft verstärkt moderne Behandlungsprogramme für den Krankheitsfall gepaart mit medizinischer Fachkompetenz (Studie *terraconsult*<sup>4</sup>). Die Kasse sollte stärker mit Leistungserbringern wie Ärzten, Krankenhäusern, Reha-Einrichtungen und Heilberufen zusammenarbeiten und eine aktive Rolle bei der Koordination von Gesundheitsleistungen übernehmen. Eine Studie des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO)<sup>5</sup> kommt zu dem Schluss, dass Versicherte in ihren Rechten unterstützt werden wollen und Krankenkassen bei der Optimierung von Behandlung und Versorgung gestaltend mitwirken sollen.

### Abschließend lassen sich die Ergebnisse des M+M Versichertenbarometers 2010 folgendermaßen zusammenfassen:

- Die jüngste Entwicklung des Krankenversicherungs-Marktes hat den Krankenkassen in gewissem Sinne eine Verschnaufpause gewährt. Wenn die Eckpfeiler des Systems bezogen auf den Gesundheitsfonds aber in Zukunft stärker verändert werden, dann wird der Wettbewerb zwischen den Kassen wieder zunehmen.
- Leistungsangebote, Service und Reaktionsschnelligkeit gewinnen dabei weiterhin an Bedeutung. Damit rückt die Optimierung der Prozesse innerhalb der Kassen – mit dem Ziel einer gleichzeitig höheren Wirtschaftlichkeit und besseren Kundenorientierung – in den Vordergrund.
- Dies schafft eine wichtige Grundlage und Voraussetzung für stärker kundenorientierte und damit nach außen gerichtete Erfolgsfaktoren in den Prozessen. Die Krankenkassen haben auf diese Weise die Chance, die zentrale Leitfunktion für eine effiziente und zielgerichtete Koordination der Leistungsprozesse aller

wichtigen anderen Akteure des Gesundheitsmarktes, also der Krankenhäuser, niedergelassenen Ärzte und Heilberufe, weiter auszubauen. So lassen sich wesentliche Anforderungen der eigenen Versicherten umfassender erfüllen und gleichzeitig die Kosten im Gesundheitswesen besser in den Griff bekommen.

- Diese Ausrichtung gilt unabhängig von der zukünftigen – gegenwärtig noch unklaren – politischen Ausrichtung des gesamten Gesundheitssystems. Dabei steht jedoch außer Frage: Die Anforderungen an ein erfolgreiches Management in Krankenkassen werden erheblich steigen.

### Anmerkungen:

- 1 Seit dem Jahr 2005 wird als Kooperationsprojekt der Forschungsgruppe Management + Marketing in Kassel, der TU-Dresden - Lehrstuhl für Markorientierte Unternehmensführung (*Prof. Dr. Töpfer*) - und der USUMA GmbH in Berlin jährlich im Januar eine empirische, repräsentative Studie im Krankenkassenmarkt mit über 1.000 Befragten – das *M+M Versichertenbarometer* – durchgeführt.
- 2 *Terraconsult* (2009), Versorgungsmanagement und Kommunikation, Gesundheitsfonds 2009: Versorgungsmanagement wird zur Arena des Wettbewerbs in der Krankenversicherung
- 3 KPMG (2009), Prozessmanagement in gesetzlichen Krankenversicherungen
- 4 *Terraconsult* (2009), Versorgungsmanagement und Kommunikation, Gesundheitsfonds 2009: Versorgungsmanagement wird zur Arena des Wettbewerbs in der Krankenversicherung
- 5 WIDO (2009), Erwartungen an die GKV nach Einführung des Gesundheitsfonds, Ausgabe 01/2009