

Matthias Dressler (Hrsg.)

Zentrale Marketing-Aspekte im Public Health-Care

GABLER EDITION WISSENSCHAFT

Matthias Dressler (Hrsg.)

Zentrale Marketing-Aspekte im Public Health-Care

Word-of-Mouth (WoM) als
Kommunikationsinstrument und die
Akzeptanz der erweiterten Tarifwahl

Mit einem Geleitwort von Prof. Dr. Matthias Dressler
und Uwe Barth

GABLER EDITION WISSENSCHAFT

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

1. Auflage 2008

Alle Rechte vorbehalten

© Gabler | GWV Fachverlage GmbH, Wiesbaden 2008

Lektorat: Frauke Schindler / Britta Göhrisch-Radmacher

Gabler ist Teil der Fachverlagsgruppe Springer Science+Business Media.

www.gabler.de



Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

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.

Umschlaggestaltung: Regine Zimmer, Dipl.-Designerin, Frankfurt/Main

Gedruckt auf säurefreiem und chlorfrei gebleichtem Papier

Printed in Germany

ISBN 978-3-8349-1337-1

Geleitwort

Die beiden vorliegenden Arbeiten setzen die gemeinsame Forschungsarbeit der Fachhochschule Kiel und der Techniker Krankenkasse fort. Sie setzen sich mit zwei weiteren zentralen Marketing-Themen auseinander, die Krankenkassen derzeit beschäftigen. Im ersten Teil des Buches geht es um Erkenntnisse über das Entstehen, Wirken, Begünstigen und Verhindern von positiver und negativer persönlicher Kommunikation im Rahmen der Entscheidungsprozesse hinsichtlich der Wahl und des Wechsels der Krankenkasse. Im zweiten Teil des Buches werden die Wahrnehmungen und Reaktionen von Mitgliedern gesetzlicher Krankenkassen hinsichtlich der Leistungsvariationen bei Wahlтарifen analysiert (repräsentativ für Deutschland).

Obwohl bereits im Jahre 2002 erste Modellvorhaben im Markt getestet wurden (z. B. TK-Tarif Selbstbehalt) und vor einem Jahr weitere Wahlтарife eingeführt wurden, wird eine Etablierung im Markt in Zukunft noch erst erreicht werden müssen. Die Zahl der Nutzer der Wahlтарife ist derzeit noch gering, obwohl bislang schon zwei Drittel der Befragten von den Wahlтарifen Kenntnis genommen haben.

Besonders hervorheben möchten wir an dieser Stelle den besonderen Einsatz dreier Autorinnen, Frau Julia Brück und Frau Anne Beckmann (erste Studie, Word-of-Mouth) sowie Frau Vera Schuh (zweite Studie, Wahlтарife) der Fachhochschule Kiel, die maßgeblich an der Erstellung der ersten Manuskriptversionen beteiligt waren.

Professor Dr. Matthias Dressler
Lehrstuhl für Marketing und Management
Fachbereich Wirtschaft

Uwe Barth
Leiter Marketing-Planung
und Controlling

Vorwort

Die Herangehensweise bei der Studie zum Thema WoM unterstreicht den explorativen Charakter der Untersuchung, es gab zu Beginn der Studie wenige Erfahrungswerte und kaum Strukturvermutungen, geschweige denn bekannte Strukturen. Die Analyse und Auswertung der erhobenen Daten erfolgte daher auf der Basis der qualitativ-interpretativen Sozialforschung, der *Grounded Theory*. Das Interpretations-Unterstützungs-System ATLAS/ti machte die technische Umsetzung der Auswertung möglich. Grundlegende bislang noch wenig transparente persönliche Kommunikationsprozesse vor der Wahl einer Krankenkasse können mit Methoden der qualitativen Sozialforschung graduell transparenter gemacht werden.

Die zweite Studie zum Thema Wahltarife beinhaltet neben einem deskriptiven Teil auch einen explorativen Teil. Bei dieser Fragestellung konnte bereits auf Strukturen und Erfahrungswerte zurückgegriffen werden. Die Auswertung des explorativen Teils erfolgte auf der Basis einer quantitativen Methode (Conjoint-Analyse). Mit diesem quantitativen struktur-prüfenden Verfahren wurden Präferenzstrukturen für fiktive Wahltarife ermittelt.

Den Lesern wünschen wir eine kurzweilig Lektüre und interessante Anregungen zur Verfolgung ihrer eigenen Ideen und Handlungen. Kritische Stellungnahmen nehmen wir jederzeit gerne unter mba@wirtschaft.fh-kiel.de entgegen.

Dirk Adam, Anne Beckmann, Heiko Berndt,
Julia Brück, Christoph Günthner, Lena Hencke,
Laura Hohner, Katrin Ingwersen, Klaus Uhde,
Vera Schuh, Anika Weiß, Andrei Yushko

Inhaltsverzeichnis

Geleitwort	V
Vorwort	VII
Abbildungsverzeichnis	XIII
Tabellenverzeichnis	XV
Abkürzungsverzeichnis	XVII

Teil I Word-of-Mourh (WoM) als potentielles strategisches Kommunikationsinstrument am Beispiel von Krankenversicherungen	1
1 Anlass der Untersuchung	3
1.1 Ausgangspunkt	3
1.2 Fragestellung	3
1.3 Herangehensweise	4
2 Begriffsabgrenzung	5
2.1 Definition Word-of-Mouth	5
2.2 Einsatz von Word-of-Mouth als strategisches Kommunikationsinstrument	5
3 Untersuchung	7
3.1 Konzept und Vorgehensweise	7
3.2 Qualitative Personenbefragung	8
3.2.1 Theoretischer Bezugsrahmen	8
3.2.2 Erstellung eines Interviewleitfadens	9
3.2.3 Durchführung der Interviews	11
3.2.4 Transkription der Interviews	13
3.2.5 Auswertung der Befragung	13
3.2.5.1 Konzept der Grounded Theory	13
3.2.5.2 Auswertung mit Atlas/ti	14
4 Befragung zu den Krankenkassen	17
4.1 Grundlagen	17
4.2 Ergebnisse	17
4.2.1 Interesse am Thema Krankenkassen	17
4.2.2 Erwartungen an eine Krankenkasse	18
4.2.3 Anreize für Weiterempfehlung	18

4.2.4	Setting für eine Weiterempfehlung	21
4.2.5	Hemmnisse	22
4.2.6	Informationsverhalten	22
4.2.7	Kritik an Krankenkassen	23
5	Gesamtbetrachtung und Schlussfolgerung	25
5.1	Diskussion der Ergebnisse	25
5.1.1	Low-Involvement	25
5.1.2	Zwischenergebnis	30
5.1.3	Implikationen für die Praxis	30
5.1.4	Fazit	34
5.2	Zusammenfassung	35
5.3	Implikationen für die Forschung	35
	Literaturverzeichnis	37
Teil II	Akzeptanz und Attraktivität der erweiterten Tarifwahl in der gesetzlichen Krankenversicherung	39
1	Ziel und Struktur der Arbeit	41
2	Die Gesetzliche Krankenversicherung und die Gesundheitsreform 2007	43
2.1	Grundlagen	43
2.2	Der Gesundheitsfonds	47
2.2.1	Grundlagen	47
2.2.2	Der Risikostrukturausgleich (RSA)	49
2.3	Kritische Aspekte	50
2.3.1	Kurzfristige Umstellungsprobleme im Jahr 2009	50
2.3.2	Langfristige systemimmanente Probleme	51
2.4	Die Wahltarife	52
2.4.1	Grundlagen	52
2.4.2	Ziele der Wahltarife	53
2.4.3	Verpflichtende Tarife	54
2.4.3.1	Der Hausarzttarif	54
2.4.3.2	Tarife mit integrierter Versorgung	54
2.4.3.3	Disease Management Programme	55
2.4.3.4	Modellvorhaben	55
2.4.3.5	Besondere ambulante Versorgung	56

2.4.4	Optionale Tarife	56
2.4.4.1	Tarife mit Selbstbehalt	56
2.4.4.2	Tarife mit Kostenerstattung	57
2.4.4.3	Tarife mit Beitragsrückerstattung	57
2.4.5	Finanzierung der Tarife	58
2.5	Marktsituation der Wahltarife	59
3	Datenerhebung	63
3.1	Rahmendaten der Studie	63
3.2	Online-Befragung	63
3.3	Konzeption des Fragebogens	64
3.4	Auswahl des Marktforschungsinstitutes	67
3.5	Pretest	68
3.6	Soziodemographische Daten der Befragten	68
4	Datenauswertung	73
4.1	Erläuterung der Vorgehensweise	73
4.2	Empirische Analysemethode	73
4.2.1	Theoretische Grundlagen der Conjoint Analyse	73
4.2.1.1	Eigenschaften und Eigenschaftsausprägungen	74
4.2.1.2	Erhebungsdesign	76
4.2.1.3	Bewertung der Stimuli	78
4.2.1.4	Schätzung der Nutzenwerte	78
4.2.1.5	Aggregation der Nutzenwerte	78
4.2.2	Auswahl der Profilkarten	78
4.3	Ergebnisse des Fragebogens	79
4.3.1	Ergebnisaufbereitung	79
4.3.2	Wahl der Krankenkasse	79
4.3.3	Wissensstand zu den Krankenkassen	80
4.3.4	Das Vor-Wissen über die Wahltarife	84
4.3.5	Das Wissen über die Wahltarife	87
4.3.6	Der Selbstbehalttarif	91
4.4	Ergebnisse der Conjoint-Analyse mit Interpretationansätzen	98
4.4.1	Ranking Gesamt	98
4.4.2	Nutzenschätzungen Gesamt	100
4.4.3	Wichtigkeitswerte Gesamt	101
4.4.4	Ergebnisse einzelner Gruppierungen	102
4.5	Zusammenfassung der Ergebnisse	103
5	Vergleich mit der vorangegangenen Studie	105

6 Implikationen	109
6.1 Praktische Implikationen	109
6.2 Methodische Implikationen	110
7 Ausblick	111
8 Glossar	113
Literaturverzeichnis	115
Anhang	119
Anhang 1: Fragebogen	119
Anhang 2: Profilkarten der Conjoint-Analyse	122
Anhang 3: Online-Präsentation	124
Anhang 4: Vergleich Angebote Marktforschungsinstitute	126
Anhang 5: Stichprobe Grundgesamtheit	127
Anhang 6: Ergebnisse Pretest	128

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1.1:	Darstellung der Familien der Krankenkassen mit Atlas/ti	15
Abbildung 1.2:	Modell der Toleranzzone	27
Abbildung 1.3:	Service-Blueprint eines Besuchs des Kunden-Centers einer Krankenkasse	33
Abbildung 2.1:	Der Gesundheitsfonds	48
Abbildung 2.2:	Übersicht der Wahltarife	58
Abbildung 2.3:	Altersklassen der Befragten	69
Abbildung 2.4:	Berufe der Befragten	70
Abbildung 2.5:	Einkommensklassen der Befragten	70
Abbildung 2.6:	Versicherungsart der Befragten	71
Abbildung 2.7:	Ablaufschritte einer Conjoint Analyse	74
Abbildung 2.8:	Kriterien der KK-Wahl	80
Abbildung 2.9:	„Ich weiß gut über die Angebote meiner KK Bescheid“	81
Abbildung 2.10:	Wie wurden die Personen bisher auf die WT aufmerksam? . . .	84
Abbildung 2.11:	Wie wurden die Personen auf die WT aufmerksam? Zusammenhang Zeitschriften/ Einkommen	86
Abbildung 2.12:	Nutzer der WT nach Einkommen	88
Abbildung 2.13:	„Ich habe noch nichts von den WT gehört“, nach Altersklassen	88
Abbildung 2.14:	Ausgaben der Befragten für Zuzahlungen der medizinischen Leistungen in 2006	92
Abbildung 2.15:	Anzahl der Arztbesuche der Befragten in 2006	93
Abbildung 2.16:	Welche der 4 Möglichkeiten wäre für Sie am interessantesten?	96
Abbildung 2.17:	Zusammenhang Einkommen und Risikobereitschaft	97
Abbildung 2.18:	Karte Nummer 11	99
Abbildung 2.19:	Karte Nummer 4	99
Abbildung 2.20:	Karte Nummer 12	99
Abbildung 2.21:	CA-Ergebnisse für alle Befragten	101
Abbildung 2.22:	CA-Ergebnisse Studie Mai 2007	107
Abbildung 2.23:	Darstellung der konträren Zusammenhänge der GR	111

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1.1:	Fragenkomplexe im Interviewleitfaden	10
Tabelle 1.2:	Interviewübersicht Krankenkassen	12
Tabelle 2.1:	Die wichtigsten Änderungen der GR im Überblick	46
Tabelle 2.2:	Conjoint Matrix	75
Tabelle 2.3:	Die einzelnen Statements zum Wissen der KK im Überblick	83
Tabelle 2.4:	Ergebnisse der einzelnen Tarife im Vergleich	91
Tabelle 2.5:	Die einzelnen Statements des Selbstbehalttarifs im Überblick	95
Tabelle 2.6:	Darstellung der einzelnen Selbstbehalttarifvarianten	96
Tabelle 2.7:	Nutzenschätzungen der einzelnen Tarife mit ihren Ausprägungen	100
Tabelle 2.8:	Wichtigkeitswerte der einzelnen Tarife anhand der Gruppierungen	103
Tabelle 2.9:	Selbstbehalttarifvarianten Studie Mai 2007	106
Tabelle 2.10:	Beispiel einer Profilkarte	114

Abkürzungsverzeichnis

BKK	Betriebskrankenkasse
bzw.	beziehungsweise
CA	Conjoint Analyse
DGB	Deutscher Gewerkschaftsbund
DMP	Disease Management Programme
GKK	Gesetzliche Krankenkassen
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GR	Gesundheitsreform
HH	Haushalte
IGV	Integrierte Versorgung
KK	Krankenkasse(n)
PKV	Private Krankenversicherung
RSA	Risikostrukturausgleich
SGB	Sozialgesetzbuch
TK	Techniker Krankenkasse
WoM	Word-of-Mouth
WSG	Wettbewerbsstärkungsgesetz
WT	Wahltarife
Vgl.	vergleiche
z. B.	zum Beispiel

Teil I

Word-of-Mouth (WoM) als potentielles Kommunikationsinstrument am Beispiel von Krankenversicherungen

Abstract

Die Erfahrung, dass persönliche Kommunikation wirkungsvoller ist als Massenkommunikation, rückt das Phänomen „Word-of-Mouth“ (WOM) in den Mittelpunkt der Marketingaktivitäten von Unternehmen, dies gilt auch für Krankenkassen.

Die vorliegende Studie stellt die Untersuchung von Kommunikationsprozessen und -bedingungen, sowie die Motivation für Weiterempfehlungen am Beispiel von Krankenversicherungen dar.

Es gelang eine weitergehende Transparenz der Bedingungen herzustellen, unter denen eine Weiterempfehlung vermehrt ausgesprochen wird. So wurden als wichtige Einflussfaktoren beispielsweise die Veränderung der eigenen Lebenssituation oder die vermehrte Inanspruchnahme von Leistungen ebenso genannt, wie Vertrauen, ein guter und kompetenter Kundenservice, gute Konditionen bzw. ein gutes Leistungsangebot. Bei erfüllten Erwartungen erfolgte kein vermehrtes WOM; wurden die Erwartungen jedoch massiv enttäuscht oder übertroffen, so fungierte WOM als unterstützender Prozess. Hemmnisse in Bezug auf einen Krankenkassenwechsel stellen die komplexen Tarife, Skepsis, Tradition, Zeitmangel und die eigene Bequemlichkeit dar; Gründe für einen Krankenkassenwechsel waren Defizite im Servicebereich, bessere Konditionen und auch reine Neugierde.

1 Anlass der Untersuchung

1.1 Ausgangspunkt

Die amerikanischen Verhaltensforscher Derbaix und Vanhamme stellten bereits im Jahre 2003 fest, dass wir, die tagtäglich emotional eingefärbte Erfahrungen verarbeiten und Kommunikationsprozesse dergestalt initiieren, dass wir diese privaten Erfahrungen Personen aus unserem sozialen Netz mitteilen. Lediglich etwa 10% unserer emotional eingefärbten Erfahrungen behalten wir für uns.¹ Dies erscheinen grundsätzlich günstige Voraussetzungen dafür zu sein, bislang kaum vorhandene Daten über das Entstehen, Wirken, Begünstigen und Verhindern von positiver oder negativer persönlicher Kommunikation im Kontext des Untersuchungsgegenstandes „Wahl einer Krankenkassen“ mit Methoden der qualitativen Forschung zu erheben und zu analysieren.

In Gesprächen mit Mitarbeitern aus Dienstleistungsunternehmen, speziell Krankenkassen, der Bereiche Marketing und Vertrieb lässt sich folgendes feststellen: Das Thema „word-of-mouth“ sowie das Thema „Meinungsführerschaft“, scheint eine erhebliche Rolle bei der Wahl der Krankenkasse bzw. beim Wechsel der Krankenkasse zu spielen. Offenbar ist, in bestimmten Konstellationen, die Kraft der persönlichen Kommunikation der Kraft der Massenkommunikation weit überlegen und rückt somit sukzessive in den Blickwinkel der Marketingaktivitäten von Krankenkassen.

1.2 Fragestellung

Die Empfehlungen von Menschen aus dem unmittelbaren sozialen Umfeld üben bei der Kaufentscheidung eines Konsumenten einen starken Einfluss aus. Dieser Einfluss ist im allgemeinen stärker, als der Einfluss von massenmedialer Kommunikation.²

Die Entstehung und Funktionsweise von „Word-of-Mouth“ (WoM) soll in der vorliegenden Arbeit exemplarisch an Krankenkassen aufgezeigt werden. In diesem Zusammenhang ergeben sich weitere Betrachtungen des Phänomens WoM: Zunächst ist die Untersuchung des Kommunikationsprozesses erforderlich. Daraus sollen sich sowohl die Motivation als auch die Hemmnisse, eine Weiterempfehlung auszusprechen, ableiten lassen. Des weiteren stellt sich die Frage nach den unterstützenden Prozessen und den erforderlichen Rahmenbedingungen einer Weiterempfehlung und – mindestens ebenso bedeutsamer – die Vermeidung negativer WoM.

¹ Vgl. Derbaix, C./Vanhamme, J., 2003, p. 104.

² Vgl. Kroeber-Riel, W./Weinberg, P., Konsumentenverhalten, 2003, S. 510.

1.3 Herangehensweise

Zunächst wurden die regionalen Hochschulbibliotheken und die internationalen Datenbanken „Business Source Premier“ sowie „Emerald“ nach wissenschaftlichen Studien durchsucht, ob möglicherweise gleiche oder ähnliche Fragestellungen bereits in der Vergangenheit untersucht wurden. Drei wesentliche Aspekte fielen bei der Suche auf: Erstens, dass das Thema Krankenkassenwahl im Kontext von WoM bislang nicht untersucht wurde. Zweitens, dass die sich in der großen Mehrheit befindende angelsächsische Literatur ausschließlich quantitative Analysen beinhalten, die in nicht ausreichendem Maße präzise Rückschlüsse auf die Entstehung der verwendeten Fragebogen und den dazugehörigen Annahmen zuließen. Drittens, dass es eine Reihe von Bestsellern zum Thema WoM gibt, die überwiegend der Basis persönlicher oder berichteter Erfahrungen beruhen und keine wissenschaftliche Vorgehensweise für sich in Anspruch nehmen.

Insofern wurde zur Beantwortung der oben gestellten Fragen Methoden der qualitativen Sozialforschung als geeignet betrachtet, vor allem, um dem explorativen Charakter der Fragestellung gerecht zu werden. In der praktischen Umsetzung wurde ein Interviewleitfaden erstellt, der die Grundlage für die qualitativen Interviews bildete, die im Rahmen dieser Studie zur Auswertung gelangten.

Die Analyse und Auswertung der erhobenen Daten erfolgte auf der Basis der qualitativ-interpretativen Sozialforschung, der *Grounded Theory*, in deren Zentrum das sorgfältige Kodieren der Daten – die Zuordnung von Kodes zu bestimmten Phänomenen im Datenmaterial – mit anschließender Vernetzung steht.³ Das Interpretations-Unterstützungs-System ATLAS/ti machte die technische Umsetzung der Auswertung möglich.

Die vorliegende Arbeit gliedert sich in sechs Kapitel. Nach einer Erläuterung des Begriffs Word-of-Mouth folgt eine Beschreibung des Untersuchungsprozesses. Dem schließt sich die Auswertung der Daten an, die in einem fünften Abschnitt die Grundlage für die Diskussion und die Implementierung von Handlungsweisen darstellen. In einem Fazit sollen die gewonnenen Erkenntnisse zusammengefasst und ein Ausblick auf weitergehende Forschungsfragen gegeben werden.

³ Vgl. Glaser, B./Strauss, A., *The Discovery of Grounded Theory – Strategies for Qualitative Research*, 1967.

2 Begriffsabgrenzung

2.1 Definition Word-of-Mouth

Word-of-Mouth (WoM) bezeichnet die direkt von Person zu Person gerichtete Kommunikation; bei ihr stehen mindestens zwei Personen in kommunikativer Interaktion.⁴

Sie ist durch eine Unmittelbarkeit zwischen Kommunikator und Kommunikant gekennzeichnet. Es entsteht ein intensiver Kontakt, der eine direkte Rückkoppelung zwischen den Kommunikationsbeteiligten ermöglicht. Der Sender der Botschaft hat die Möglichkeit, die Reaktionen des Empfängers sofort zu erkennen. Auch können fehlende Informationen nachgefragt sowie Missverständnisse sofort aufgedeckt und beseitigt werden. Hierzu können auch die Rollen der Kommunikationspartner getauscht werden.⁵

Der Begriff Word-of-Mouth beschreibt unter anderem eine positive als auch eine negative Kommunikation zwischen verschiedenen Gesprächsgruppen: Vertriebsmitarbeiter und unabhängige Experten, Familie und Freunde, aktuelle und potenzielle Kunden. WoM ist eine Konversation über ein Produkt, die sich als verbale Person-zu-Person-Kommunikation über die Marke, die Dienstleistung oder über die anderen Merkmale des Produktes darstellt.⁶

Word-of-Mouth wird auch als persönliche Kommunikation, Mund-zu-Mund-Kommunikation, face-to-face-Kommunikation oder Individualkommunikation definiert.

2.2 Einsatz von Word-of-Mouth als strategisches Kommunikationsinstrument

Durch die Annahme, dass persönliche Kommunikation wirkungsvoller als Massenkommunikation ist, rückt WoM in den Mittelpunkt der Marketingaktivitäten.

Zurückzuführen ist dies auf drei Merkmale: Die größere Glaubwürdigkeit und stärkere soziale Kontrolle des Kommunikators, die bessere selektive Informationsaufnahme durch die Kommunikanten, sowie die größere Flexibilität beim gegenseitigen Informationsaustausch durch Rückkoppelung.⁷

⁴ Vgl. Kroeber-Riel, W., S. 502; Schweiger, G./Schrattenecker, G., Werbung, 2007, S. 7.

⁵ Vgl. Schweiger, 2001, S. 8.

⁶ Vgl. Ennew, C.T./Banerjee, A.K./Derek, L., Managing word of mouth communication: empirical evidence from India, 2000, S. 75.

⁷ Vgl. Kroeber-Riel, 2003, S. 511.

Die größere Glaubwürdigkeit beruht auf der subjektiv zugestandenen Unparteilichkeit des Senders. Er sucht offenbar keinen Vorteil wie etwa ein Verkäufer. Daher wird gerade bei Entscheidungen, die als risikoreich eingestuft werden, auf persönliche Kommunikation zurückgegriffen.⁸ Hier wird der Rat von unabhängigen Personen geschätzt.

Die bessere Informationsaufnahme resultiert aus der unmittelbaren Kommunikation. Die Rückkoppelung schließlich ergibt sich aus der Möglichkeit bei der persönlichen Kommunikation Fragen zu stellen und Missverständnisse zu beseitigen, wie bereits erwähnt. Es sollen zwei Optionen erwähnt werden, Word-of-Mouth als strategisches Kommunikationsinstrument einzusetzen:

Zum einen die Steuerung der persönlichen Kommunikation der Konsumenten untereinander sowie die Anwendung der persönlichen Kommunikation zwischen Verkäufer und Konsument⁹. Im Rahmen unserer Untersuchung ist vor allem die persönliche Kommunikation zwischen Mitgliedern gesetzlicher Krankenkassen von Interesse. Ebenso gilt es zu untersuchen, ob in diesem Verhältnis Meinungsführer Einfluss haben und inwieweit sich dieser Einfluss auswirkt. Auf die Rolle der Meinungsführer wird in dem Kapitel „Theoretischer Bezugsrahmen“ kurz näher eingegangen.

⁸ Vgl. Kotler, P./Lane Keller, K., Marketing Management, 2005.

⁹ Vgl. Kroeber-Riel, 2003, S. 514.

3 Untersuchung

3.1 Konzept und Vorgehensweise

Aufgrund des explorativen Charakters der Untersuchung wurde eine qualitative Herangehensweise gewählt. Mit dieser Untersuchungsmethode ist die Möglichkeit gegeben, das Phänomen „Word of Mouth“ näher zu beleuchten, indem sie versucht „zu verstehen, was Menschen in einem sozialen Kontext dazu bringt, in einer bestimmten Weise zu handeln, welche Dynamik dieses Handeln im sozialen Umfeld auslöst und wie diese auf die Handlungsweisen zurückwirkt“¹⁰. Dem qualitativen Ansatz folgend, orientiert sich die vorliegende Untersuchung am viergeteilten Phasenmodell, wie es bei Reinders¹¹ eingehend erörtert wird.

Der qualitative Forschungsprozess teilt sich hierbei in vier Phasen: die Basisphase, die Planungsphase, die Durchführungsphase sowie die Auswertungsphase.

In der Basisphase gilt es einen theoretischen Bezugsrahmen zu entwickeln, durch den die vorliegende Studie an bereits bekannte Untersuchungen zu jenem Gegenstandsbereich anknüpfen kann.¹² In diesem Zusammenhang wird auf drei Studien zurückgegriffen, welche in Kapitel 3.2.1 nähere Beachtung finden werden.

Davon ausgehend beschäftigt sich die anschließende Planungsphase mit der Festlegung der Interviewmethode ebenso wie mit der Wahl der Stichprobe.¹³ Um die Beantwortung der gestellten Forschungsfragen zu realisieren, fiel die Wahl auf das teilstrukturierte Leitfaden-Interview als Interview-Methode. Zudem wurde durch eine bewusste Auswahl eine Stichprobe zusammengestellt, deren Mitglieder in der Lage sind aussagekräftige Auskünfte zum behandelten Thema zu geben. In der Durchführungsphase konnten 15 längere Interviews zum Thema WoM hinsichtlich Krankenkassen durchgeführt werden. Die aufgezeichneten Interviews wurden anschließend transkribiert und in der darauf folgenden Auswertungsphase nach den Prämissen der *Grounded Theory* ausgewertet und interpretiert. Als Analysewerkzeug diente das Interpretations-Unterstützungs-System ATLAS/ti. Dieses EDV-gestützte Computerprogramm ermöglicht es, eine große Ansammlung von Daten strukturiert aufzuarbeiten sowie anschließend im Hinblick auf neuartige Theorien zu analysieren.¹⁴ Die Dar-

¹⁰ Froschauer, U./Lueger, M., Das qualitative Interview, 2003, S. 17.

¹¹ Reinders, H., Qualitative Interviews mit Jugendlichen führen. Ein Leitfaden, 2005, S. 50 ff.

¹² Vgl. ebenda, S. 51.

¹³ Vgl. Froschauer, 2003, S. 17.

¹⁴ Vgl. Muhr, T., ATLAS/ti ein Werkzeug für die Textinterpretation. In Böhm, A./Mengel, A./Muhr, T. (Hrsg.), Texte verstehen, Konzepte Methoden Werkzeuge, 1994, S. 317–324, S. 317 f.; ATLAS/ti – eine Einführung, online im Internet: 3.userpage.fu-berlin.de/~sruehl/ablauf/ablaufss05/9_ATLSti-Uebearbeitung%20sruehl.pdf, Abruf: 10.12.2007.

stellung der Ergebnisse mitsamt der Beantwortung der eingangs gestellten Forschungsfragen in der vierten Phase bildet den Abschluss des Forschungsprozesses. Die beschriebene Vorgehensweise wird aufgrund der besseren Nachvollziehbarkeit im Folgenden Schritt für Schritt detailliert beleuchtet.

3.2 Qualitative Personenbefragung

3.2.1 *Theoretischer Bezugsrahmen*

Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung standen der Kommunikationsprozess, Kommunikationsbedingungen sowie Motivation einer Weiterempfehlung im Vordergrund. Als theoretischer Bezugsrahmen dienten drei Studien aus dem Bereich der Kommunikationsforschung. Die Ergebnisse der Studien wurden auch bei der Entwicklung des Leitfadens berücksichtigt.

Bezüglich des Kommunikationsprozesses wurde angenommen, dass Weiterempfehlungen meist im engen sozialen Umfeld ausgesprochen werden. Als Grundlage für diese Hypothese diente die Untersuchung von Johnson Brown und Reingen zur Erschließung von Empfehlungspfaden¹⁵. Dabei wird persönliche Kommunikation bzw. WoM als soziales Phänomen bezeichnet. Johnson Brown und Reingen belegen, dass starke soziale Beziehungen mit höherer Wahrscheinlichkeit für den Fluss der Empfehlung aktiviert werden, als schwache soziale Beziehungen. Die Informationen, die durch diese engen sozialen Beziehungen gewonnen werden, haben einen stärkeren Einfluss auf die Entscheidung des Empfängers als eine Information, die von schwachen Verbindungsquellen eingeholt wurde.

Ein weiterer zentraler Aspekt im Rahmen des Kommunikationsprozesses, der bei der Konzeption des Leitfadens berücksichtigt wurde, ist die Rolle der Meinungsführer. Als Meinungsführer werden Mitglieder einer Gruppe bezeichnet, die einen stärkeren persönlichen Einfluss als andere ausüben¹⁶. Im Zusammenhang mit dem Kommunikationsprozess bedeutet dies unter anderem, dass die Meinungen von Gruppenmitgliedern beeinflusst werden können.

In der qualitativen Studie von Martilla¹⁷ wird dieser Einfluss von Meinungsführern im Annahmeprozess neuer Kaufentscheidungen untersucht. Obwohl der Untersuchungsgegenstand dieser Studie Industrieunternehmen sind, sind die darin enthaltenen Ergebnisse für die vorliegende Fragestellung in zweierlei Hinsicht relevant.¹⁸

¹⁵ Johnson Brown, J./Reingen, P., Social Ties and Word-of-Mouth Referral, 2001, S. 350–352.

¹⁶ Vgl. Kroeber-Riel, 2003, S. 518.

¹⁷ Martilla, J., (1971). Word-of-Mouth-Communication in the Industrial Adoption Process. 1971, S. 173–178.

¹⁸ Eine Studie zum Thema Meinungsführerschaft im Rahmen der Krankenkassenwahl wird derzeit vom Herausgeber bearbeitet. Sie wird voraussichtlich im Jahre 2009 vorgelegt werden.

Zum einen erweisen sich Meinungsführer im Rahmen von WoM als wichtige Träger des Kommunikationsprozesses. Zum anderen gibt die Untersuchung Aufschluss über den Anlass einer Weiterempfehlung: Meinungsführer sind in einer aktuellen Kaufentscheidung wichtiger als bei der Bekanntmachung des Produktes.

Im Hinblick auf die Kommunikationsbedingungen werden im Rahmen dieser Untersuchung die Hemmnisse und Stimuli bezüglich einer Weiterempfehlung erforscht. Zur Motivation, eine Weiterempfehlung auszusprechen, befasst sich die Studie von Derbaix und Vanhamme¹⁹. Die Autoren stellen einen Zusammenhang von Überraschung und der Bereitschaft, WoM zu betreiben her. Die Argumentation lautet dahingehend, dass Überraschung als Emotion nach dem Phänomen des *social sharing* zwecks Verarbeitung mit anderen geteilt wird. Mittels einer Konsumentenbefragung wurde die These der Autoren vorläufig bestätigt. Überraschung beeinflusst die Häufigkeit von WoM als nachfolgende emotionale Reaktion. Eine positive Überraschung hat demnach ein positives WoM zur Folge, eine negative Überraschung wiederum eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für negatives WoM. Ebenfalls wird deutlich, dass überraschende Erfahrungen generell förderlich für Weiterempfehlungen sind. Knapp zwei Drittel der nicht überraschenden Erfahrungen ergaben kein WoM während Überraschungen mehrheitlich mit mindestens einer Person geteilt wurden.

3.2.2 Erstellung eines Interviewleitfadens

Vor dem Hintergrund des theoretischen Bezugsrahmens und auf Basis der dieser Untersuchung zugrunde liegenden Fragestellung wurde für die gewählte Befragungsforn ein Interviewleitfaden erarbeitet.

Dieser ermöglicht die thematische Organisation des Hintergrundwissens des Forschers, sowie eine kontrollierte und vergleichbare Herangehensweise an den Forschungsgegenstand.²⁰

Damit wird garantiert, dass alle forschungsrelevanten Themen auch tatsächlich angesprochen werden und dass eine gewisse Vergleichbarkeit der Interviewergebnisse gewährleistet werden kann.²¹ Bei der Erstellung eines solchen Leitfadens werden zunächst thematische Blöcke festgelegt, für die dann die jeweiligen Fragen formuliert werden.

Der Hauptteil des Interviewleitfadens für die vorliegende Studie untergliedert sich in vier zentrale thematische Blöcke, welche sich aus dem Untersuchungs-

¹⁹ Derbaix, Ch./Vanhamme J., *Inducing Word-of-Mouth by Eliciting Surprise*, 2003, S. 99–116.

²⁰ Vgl. Spöhring, W., *Qualitative Sozialforschung: Studienskripten zur Soziologie*, 1995, S. 178.

²¹ Vgl. Schnell, R./Hill, P.B./Esser, E., *Methoden der empirischen Sozialforschung*, 2005, S. 378.

gegenstand dieser Arbeit bzw. anhand der in Kapitel 1.2 formulierten Fragestellung ergeben. Ergänzt wird dieser Hauptteil des Interviews durch eine einleitende und eine abschließende Sequenz. Tabelle 1.1 stellt diese Struktur des Interviewleitfadens dar.

Tabelle 1.1: Fragenkomplexe im Interviewleitfaden²²

Gliederung	Schwerpunkt der Fragestellung
Einleitung	Erhebung der soziodemographischen Daten Darstellung der Ziele und Ablauf des Interviews Erfragen des Einverständnisses zur Aufzeichnung Warm-up Fragen
Fragenkomplex 1 Kommunikationsprozess	Produktunabhängige Fragen zur Weiterempfehlungsbereitschaft
Fragenkomplex 2 Kommunikationsbedingungen	Personenbezogene Bereitschaft die untersuchte Dienstleistung weiterzuempfehlen
Fragenkomplex 3 Art der Weitempfung	Befragung nach tatsächlich gegebenen Weiterempfehlungen
Fragenkomplex 4 Hemmnisse	Allgemeine und personenbezogene Hemmnisse, eine Weitempfung auszusprechen
Abschluss	Raum für Fragen Danksagung und Verabschiedung

Der Interviewleitfaden bot die Möglichkeit einer individuellen Gestaltung der Gespräche und einer Anpassung an die jeweilige Interviewsituation. Es wurden keine Einschränkungen hinsichtlich einer exakten Frageformulierung oder der Reihenfolge der Fragen vorgenommen.

Durch die offen formulierten Fragen wurde der freien Antwortmöglichkeit ohne vorgegebene Antwortalternativen entsprochen.²³ Durch diesen Sachverhalt ist ein Einblick in die Relevanzstruktur und den Erfahrungshintergrund des Befragten gegeben.²⁴ Die Untersuchungsmethode durch ein freies Leitfadeninterview ermöglicht

²² Eigene Darstellung.

²³ Vgl. Mayring, P., Einführung in die qualitative Sozialforschung: Eine Anleitung zu qualitativem Denken, 1999, S. 51.

²⁴ Vgl. Schnell, 2005, S. 335.

darüber hinaus die Möglichkeit zur Nachfrage bei Unklarheiten und Fragen zu neuen, sich im Gespräch ergebenden, relevanten Aspekten.²⁵

Die Entwicklung des Interviewleitfadens und die inhaltliche Gestaltung der Interviewfragen konzentrierten sich auf vier zentrale Aspekte.

Im Fragenkomplexkomplex 1 soll herausgefunden werden, welche Rolle im Kommunikationsprozess die Befragten in undifferenzierten Situationen einnehmen. Die generalisierte **Bereitschaft Weiterempfehlungen auszusprechen wird befragt**. In einem abschließenden Frageblock des Fragenkomplex 1 soll die Reputation der Befragten, bezogen auf die Valenz der gegebenen Empfehlungen der Akteure analysiert werden.

Im Forschungskomplex 2 wird die Relevanz der auf die Akteure einwirkenden Kommunikationsbedingungen auf den Kommunikationsprozess untersucht. Neben allgemeinen Fragestellungen zu diesen Strukturen konzentriert sich die Fragestellung zunehmend auf die zu untersuchende Dienstleistung.

Es erfolgt eine zunehmende Präzisierung auf das Themengebiet der Weiterempfehlung zur befragten Dienstleistung im Fragenkomplex 3. Dieser untersucht die Bedingungen unter denen die Befragten in der Vergangenheit Empfehlungen aussprachen. Der Fokus dieses Themenbereichs richtet sich auf konkret erlebte Situationen. Die Befragten werden aufgefordert ihr Verhalten in diesen Situationen zu reflektieren.

Innerhalb der Fragen zum Fragenkomplex 4 wird der Untersuchungsschwerpunkt auf mögliche Hemmnisse der Befragten zur Durchführung einer Weiterempfehlung gelegt. Die mittels Interview befragten Personen werden gebeten, ihre persönlichen Hemmnisse aufzuzeigen. Des Weiteren werden sie aufgefordert, eine allgemeine Einschätzung zum Thema Weiterempfehlung und zu möglichen Hemmnissen zu diesem Thema abzugeben.

Eine Woche vor Beginn des Untersuchungszeitraums wurde der erstellte Leitfaden mittels Probeinterviews und Befragung von Bachelor und Master Studenten der Fachhochschule Kiel einem Pre-Test unterzogen. Aus dieser Überprüfung konnten Erkenntnisse zur Optimierung des Leitfadens gewonnen werden.

3.2.3 Durchführung der Interviews

Die Anzahl der Personen, die zur Beantwortung der in dieser Ausarbeitung gestellten Forschungsfragen herangezogen werden kann und für die die Feststellungen der Analyse gelten, lässt sich wie folgt beschreiben:

Geeignete Personen im Sinne der Untersuchung sind alle Personen, die die untersuchte Dienstleistung in freier Entscheidung für sich beanspruchen und die über eine

²⁵ Vgl. Kromrey, H., Empirische Sozialforschung: Modelle und Methoden der standardisierten Datenerhebung und Datenauswertung, 2000, S. 364.

Option zur offenen, unbeeinflussten, persönlichen Interaktion mit anderen Individuen verfügen. Da eine Vollerhebung dieser Grundgesamtheit innerhalb einer qualitativen Studie nicht zu realisieren wäre, bietet sich für die Erreichung der Zielstellung dieser Arbeit eine Teilerhebung in Form einer bewussten Auswahl an.²⁶

Tabelle 1.2: Interviewübersicht Krankenkassen

n	Datum	Dauer	Geschlecht	Alter	Ausbildung	Beruf	Familienstand
1	20. Nov	15:00	Weiblich	26	Sekretärin	Fremdsprachen-sekretärin	ledig
2	19. Nov	10:40	Weiblich	23	Einzelhandels-kauffrau	Einzelhandels-kauffrau	ledig
3	18. Nov	9:17	Weiblich	26	Studium	Student	ledig
4	27. Nov	17:30	Männlich	36	Studium	Facharzt	verheiratet
5	27. Nov	7:00	Weiblich	75	Angestellte	Rentnerin	verwitwet
6	27. Nov	7:00	männlich	28	Studium	Student	ledig
7	20. Nov	20:00	weiblich	29	Studium	Studentin	leidig
8	16. Nov	14:58	männlich	31	Studium	Diplomingenieur	verheiratet
9	22. Nov	11:28	weiblich	39	keine	Verkäuferin	verheiratet
10	16. Nov	18:05	weiblich	55	Berufs-fachschule	Pädagogische Fachkraft	verheiratet
11	12. Nov	15:03	weiblich	28	Studium	Diplom-Psychologin	ledig
12	18. Nov	12:17	männlich	28	Studium	Student	leidig
13	k.A.	k.A.	weiblich	40	Studium	Studentin	ledig
14	k.A.	k.A.	weiblich	39	Erzieherin	Ausbilderin	geschieden
15	k.A.	k.A.	männlich	23	k.A.	Redakteur	ledig

Die Interviews wurden entweder als Telefongespräch oder als persönliches Gespräch geplant und durchgeführt. Die Dauer der 15 Interviews, variierte sehr stark und lag zwischen 7 und 90 Minuten Länge. Alle Gespräche wurden mit Hilfe digitaler Aufzeichnungstechnik, nach der jeweils zu Beginn des Interviews eingeholten Aufnahmegenehmigung, aufgezeichnet.

²⁶ Vgl. Kronej, 2000, S. 267 und 297 ff.

3.2.4 *Transkription der Interviews*

Die Transformation der Audio-Interview-Aufzeichnungen in Schriftform erfolgte mittels eines Textverarbeitungsprogramms.

Am Ende des Transkriptionsprozesses lagen alle geführten Interviews in txt-Format vor. Die Überführung der Interviews in dieses Format ermöglicht eine zielgerichtete Auswertung mit Hilfe der in Kap. 3.2.3 aufgeführten Software-Lösung zur Auswertung von Befragungen.

3.2.5 *Auswertung der Befragung*

3.2.5.1 **Konzept der Grounded Theory**

Im Zentrum des Analysestils der Grounded Theory steht das sorgfältige Kodieren der Daten, d. h. die Zuordnung von Codes zu bestimmten Phänomenen im Datenmaterial.²⁷

Es handelt sich um eine zugleich systematische und kreative Methode der Textinterpretation. Textstellen werden als Indikatoren für zugrunde liegende Phänomene des interessierenden Wirklichkeitsbereichs aufgefasst.²⁸ Durch das Kodieren werden einer Textstelle ein oder mehrere Codes – Begriffe, Stichwörter, Konzepte – zugeordnet. Jeder Kode verweist über die ihm zugeordneten Textstellen auf Phänomene des untersuchten Bereichs.

Während des Kodierens hält der Interpret seine Einfälle und Überlegungen zu den Codes und zur sich entwickelnden Theorie fortlaufend in Kommentaren fest. Bei der Interpretationsarbeit sichtet er die Texte – anfangs oft Zeile für Zeile, später unter Heranziehen möglichst unterschiedlicher Texte. Es ist wichtig, nicht nur den Inhalt der Textstelle zu kodieren. Der Interpret bleibt nicht auf einer beschreibenden Ebene. Vielmehr soll der vordergründige Inhalt durch Text erschließende Fragen zu den interessierenden Phänomenen aufgebrochen werden. Dabei werden drei Haupttypen des Kodierens unterschieden: offenes Kodieren, axiales Kodieren und selektives Kodieren. Die Arbeit beginnt mit offenem Kodieren. Dabei werden für die Fragestellung bedeutsame Textstellen bearbeitet. Später wird das Kodieren zunehmend gezielter (axiales und selektives Kodieren), d. h. es geht um Interpretationen, die sich auf zentrale Kategorien der entstehenden Theorie beziehen.

Beim Fortschreiten der Theorieentwicklung werden die Codes ihrerseits miteinander verknüpft und zu übergeordneten Kategorien, den so genannten Familien, zu-

²⁷ Kuckartz, U., Einführung in die computergestützte Analyse qualitativer Daten, 2005, S. 76.

²⁸ Vgl. Böhm, A./Legewie, H./Muhr, T., Kursus Textinterpretation: Grounded Theory, 1992, S. 14.

sammengefasst. So schälen sich allmählich die zentralen Kategorien heraus und es entsteht das komplexe Begriffsnetz einer Theorie.²⁹

3.2.5.2 Auswertung mit Atlas/ti

Die Datenauswertung wurde mittels des Interpretations-Untertützungs-Systems ATLAS/ti vorgenommen, um den Prämissen der *Grounded Theory* Rechnung zu tragen. ATLAS/ti kann als Werkzeug der Textinterpretation verstanden werden, durch welches es gelingt, umfangreiches Textmaterial strukturiert aufzuarbeiten, zu analysieren sowie komplexe Beziehungen zwischen den einzelnen Textpassagen offen zu legen. Gleichzeitig schafft ATLAS/ti einen flexiblen Zugang zur Materie, um genügend Raum für die erforderliche Kreativität im Rahmen des Forschungsprozesses bereit zu stellen. Die im Fokus stehende Textinterpretation wird als Prozess begriffen, in welchem der Ausgangstext in Strukturen zerlegt und anschließend zu einem neuen Text verfasst wird. In der Anwendung ist es möglich, die Strukturierung des Datenmaterials zu gewährleisten, um Kodes zu vergeben und mit eigenen Kommentaren zu versehen und darüber hinaus eigenständige Memos zu erstellen, in denen sämtliche Anmerkungen des Forschenden festgehalten werden können. Beides kann ihm als wichtige Hilfestellung im Auswertungsprozess dienen.³⁰

Die Arbeit mit ATLAS/ti erfolgt auf zwei Ebenen – der textuellen sowie der konzeptuellen Ebene. Erstere umfasst sämtliche Tätigkeiten, welche sich mit dem Primärtext befassen. Dazu gehören das Kodieren sowie das Verfassen von Kommentaren. Auf der konzeptuellen Ebene steht dagegen das Erzeugen von Strukturen im Mittelpunkt. Hierbei ermöglicht das Programm die Einordnung von Kodes in so genannte Familien, um die Strukturierung der Texte zu verdichten. Durch die aktive Vernetzung der Begriffe kann der Forschende die einzelnen Beziehungen definieren. Grundsätzlich dient die konzeptuelle Ebene der Suche nach möglichen Theorien, wobei zu jeder Zeit auf die textuelle Ebene zurückgegangen werden kann. Werden beispielsweise neue Dimensionen entdeckt, ist der Forscher in der Lage gezielt neue Daten zu sammeln und auszuwerten. ATLAS/ti beinhaltet ein Werkzeug zur grafischen Veranschaulichung, um die konstruierte Textstruktur adäquat darzustellen. Auf diese Weise werden Beziehungen und Strukturen für den Forschenden auf einen Blick sichtbar.³¹

²⁹ Vgl. Böhm, 1992, S. 29.

³⁰ Vgl. Muhr, T., ATLAS/ti ein Werkzeug für die Textinterpretation, 1994, S. 317 f.

³¹ Vgl. Ebenda: 318 f.; Ebenda: 13 ff.

4 Befragung zu den Krankenkassen

4.1 Grundlagen

Ziel dieser qualitativen Untersuchung war es herauszufinden, welche Umstände gegeben sein müssen, damit ein Kunde eine Krankenkasse weiterempfiehlt oder beim ihm das Gefühl ausgelöst wird, ebenfalls Kunde dieser Krankenkasse sein zu müssen. Das Ergebnis dieser durchgeführten Befragung ist die Benennung von Bedingungen die das WoM-Phänomen begünstigten. Diese Bedingungen sind aus der Auswertung der Daten mit ATLAS/ti hervorgegangen und werden im Folgenden näher erläutert.

Das Kapitel *Interesse am Thema Krankenkasse* vermittelt einen Eindruck von der Präsenz dieses Themas bei den Befragten, während im Kapitel *Erwartungen* Wünsche und Ansprüche an einer Krankenkasse aufgenommen wurden. Der Bereich *Anreize für Weiterempfehlung* versammelt alle Aspekte, die eine Empfehlung begünstigen. Im Abschnitt *Setting* wird die Situation vorgestellt, in der WoM stattfindet. Ungünstige Faktoren, die eine Weiterempfehlung verhindern, behandelt das Kapitel *Hemmnisse*. Der Abschnitt *Informationsverhalten* gibt einen Einblick in die Nutzung des Informationsangebotes und beschreibt die Umstände, unter welchen die Befragten selber Kunde einer Krankenkasse wurden. Im letzten Kapitel *Kritik an Krankenkassen* werden Punkte aufgeführt, die es zu verbessern gilt.

4.2 Ergebnisse

4.2.1 *Interesse am Thema Krankenkassen*

Als Gesprächseinstieg wurde der Interviewte nach dem allgemeinen Interesse an Versicherungen und insbesondere an Krankenkassen befragt. Das Interesse am Thema Krankenkasse wurde als mäßig bezeichnet. Diese Einschätzung wird durch die Antwort eines Befragten bestätigt, der das Thema Krankenkasse für eine „langweilige Geschichte“ hält. Ein Grund für den geringen Enthusiasmus an diesem Thema ist der Umstand, dass einer Pflichtversicherung beigetreten werden muss. Die Mitgliedschaft wird demnach als notwendiges Übel angesehen. Neben dieser negativ gefärbten Äußerung gibt es die positive Einstellung, Mitglied einer Krankenkasse zu sein. Diese Äußerungen lassen auf unterschiedliche Vorerfahrungen schließen. Gründe für die positive Einstellung sind beispielsweise, dass nicht in jedem Land ein derartiger Versicherungsschutz existiert und dass bestimmte Umstände dazu führen können, aus einem Versicherungsschutz heraus zu fallen. Hat sich eine Person für eine Krankenkasse entschieden, ist dies für längere Zeit kein Thema, das Interesse verliert sich. Ein weiterer Grund für Desinteresse an dem Thema Krankenkasse ist nach Meinung

von Befragten der geringe Unterschied in den Kostensätzen. Die Studentenkonditionen seien bei allen Krankenkassen gleich.

Erst bei Veränderungen der Lebenssituation gerät das Thema Krankenkasse verstärkt in den Fokus des Interesses, beispielsweise beim Eintritt in das Berufsleben, beim Umzug oder bei Familienzuwachs.

Objekt des Interesses sind Basisinformationen zu den einzelnen Krankenkassen. Es erfolgt ein Abgleich der angebotenen Leistungen mit denen, die für den Befragten von Wichtigkeit sind. Ebenso fiel das Gesundheitspunktesystem in den Blickwinkel des Interesses.

Eine stärkere Auseinandersetzung mit einer Krankenkasse erfolgt, wenn gewünschte Leistungen wie beispielsweise die Kostenübernahme von homöopathischen Mitteln, übernommen werden. Mit zunehmendem Alter wird ein zunehmendes Interesse an Krankenkassen registriert, da der Bedarf an einer Unterstützung durch die Kassen steigt.

4.2.2 Erwartungen an eine Krankenkasse

Zu diesem Thema wurden Schlagworte wie Kompetenz, Vertrauen und Glaubwürdigkeit genannt. Dies bringt zum Ausdruck, dass der Kunde sich im Ernstfall auf seine Krankenkasse voll und ganz verlassen möchte. Die Institution Krankenkasse ist eine der wichtigsten Säulen, auf die er sich stützen kann, wenn er in eine bedrohliche Lage gekommen ist.

Der Kunde erwartet, dass sein Anliegen vertraulich behandelt und datentechnisch sicher aufgehoben wird. Der Wunsch nach einem Ansprechpartner macht deutlich, dass der Kunde das persönliche Gespräch sucht und nicht als Nummer behandelt werden möchte. Andere Befragte nutzen ausgiebig das Internet und sind froh, nicht bei ihrer Krankenkasse persönlich erscheinen zu müssen, um ihr Anliegen abzuklären.

Eng verbunden mit dem Begriff Vertrauen ist die Glaubwürdigkeit. Hier wird erwartet, dass Informationen und Veränderungen der Richtigkeit entsprechen. Eine Beratung sollte glaubwürdig erscheinen und den Betroffenen eine optimale Lösung bieten.

4.2.3 Anreize für Weiterempfehlung

Die volle Überzeugung des Kunden von seiner Krankenkasse erscheint Voraussetzung dafür zu sein, überhaupt in bestimmten Situationen Bereitschaft zu zeigen, eine Weiterempfehlung zu geben. Hinter dem Wort Überzeugung steckt, dass der Kunde keinen Zweifel an der Krankenkasse hegt, weil sie ihn nicht im Stich gelassen hat und Kritikpunkte kaum ins Gewicht fallen. Er steht voll und ganz hinter seiner Kasse und

ist unter sog. Equity-Bedingungen sogar bereit diese auch zu verteidigen: Dieser Zustand wird durch folgenden subjektiven Vergleich erreicht: Das Verhältnis zwischen selbst erfahrener Behandlung bei der eigenen Krankenkasse und Beitragssatz erscheint vorteilhafter, als das gleiche Verhältnis bei einer anderen persönlich bekannten Person bei einer anderen Krankenkasse.³² Freundliche Mitarbeiter sind ausschlaggebend für die Wahrnehmung einer besseren Behandlung.

Ein unkomplizierter, reibungsloser Ablauf im Krankheitsfall veranlasste weitere Interviewte zu Aussagen wie „alles läuft super“, etc. Damit wurden folgende Ursachen benannt: Eine schnelle und unbürokratische Abwicklung des jeweiligen Anliegens und die anstandslose schnelle Übernahme der Kosten. Darüberhinaus wurde mit Schwellenängsten bei Mitglieder mit schweren Krankheiten behutsam umgegangen und teilweise sogar erfolgreich abgebaut. Die Betroffenen werteten die angebotene Hilfe und die schnelle Reaktion bei ernsthaften gesundheitlichen Problem sehr positiv. Diese und weitere „spezielle Erfahrungen im Krankheitsfall“ wirken sich verstärkend auf die Bereitschaft zur Weiterempfehlung aus. Einige Befragte zeigten sich sogar bereit, ihre Krankenkasse weiterzuempfehlen, allein deswegen, wenn ihnen „keine Nachteile“ durch die Krankenkasse entstanden.

Eine gute Beratung der Krankenkasse wirkt sich begünstigend auf eine Weiterempfehlung aus. Die Befragten honorierten häufig das wahrgenommene Gefühl, kompetent beraten zu werden mit Weiterempfehlungen. Wie schon unter dem Punkt *Erwartungen an einer Krankenkasse* sollten diese Beratungen für den Bedarf optimal zugeschnitten sein, plausibel erläutert werden und glaubwürdig erscheinen.

Ebenfalls ausschlaggebend für eine Weiterempfehlung ist das Leistungsangebot der Krankenkassen. Ein Befragter gab eine Empfehlung weiter, weil sich seine Krankenkasse durch „Superleistungen“ auszeichnete. Leistungen, wie beispielsweise die Kostenübernahme bei Rückenschulung, werden positiv aufgenommen und weiter empfohlen. Die von den Krankenkassen eingeführten kostensenkenden Präventivmaßnahmen erfüllen hier einen doppelten Effekt, den der Kosteneinsparung und den der Werbebotschaft für potentielle neue Mitglieder. Derselbe Doppel-Effekt wird auch mit dem, von den Kassen propagierten Bonus-Gesundheitspunkteprogramm erreicht. Es entsteht nicht nur eine „win-win“ Situation für Klient und Kasse, sondern die Krankenkasse hat noch den Vorteil, dass dies ein Gesichtspunkt für eine Weiterempfehlung ist. Vorteilhaft für eine Weiterempfehlung sind Leistungen wie „spezielle Angebote für spezielle Gruppen“ an sich. In diesem Fall fühlen sich Kunden angesprochen, die genauere Vorstellung von den Leistungen einer Krankenkasse haben. Dieser Kundenkreis möchte mit ihrem speziellen Anliegen gezielt beraten und betreut werden. Der Leistungsumfang einer Krankenkasse, wie es auch schon im Kapitel

³² Vgl. Gebert, D./Rosenstiel, L., Organisationspsychologie, 2002, S. 77 f.

Interesse angemerkt wurde, ist eine Bedingung, die Anlass zur Weiterempfehlung gibt.

Ein interessanter Aspekt bei der einer Weiterempfehlung ist der Punkt Kosten. Eine Kasse wird weiterempfohlen, wenn der Prozentsatz, des vom Gehalt einbehaltenen Krankenversicherungsbeitrags als „günstig“ angesehen wird. Eine dahingehende Empfehlung spricht Personen an, die, wie im Kapitel *Interesse am Thema Krankenkasse* beschrieben, die Mitgliedschaft als notwendiges Übel ansehen. Sie müssen oder wollen für diese Verpflichtung so wenig Mittel wie nötig aufwenden. Service und Leistungen spielen in diesem Fall eine untergeordnete Rolle.

Der Umstand, dass ein Mitglied „gute Erfahrungen beim Aushandeln besserer Konditionen“ gemacht hatte, veranlasste ihn, seine Krankenkasse weiter zu empfehlen. Dies betrifft einen Personenkreis, der sich Krankenkassen differenzierter anschaut. Solche Mitglieder haben gerne einen Spielraum zur Verfügung, in dem sie aktiv an der Gestaltung der Geschäftsbeziehung mitwirken können. Es handelt sich hierbei um Personen, die überdurchschnittlich hoch wahrgenommene Freiheitsgrade mit Weiterempfehlungen honorieren.

Förderlich für eine Weiterempfehlung wirkt sich die Übernahme von Kosten aus, wie beispielsweise die Kosten für homöopathische Mittel. Diese Weiterempfehlung macht deutlich, dass der Wunsch nach alternativen Heilmethoden vorliegt und von Seiten der Krankenkasse finanziell unterstützt werden sollte. Die gezahlten Leistungen für kassenärztliche Versorgung reichen diesen Menschen nicht, oder führten nicht zu dem erwünschten Heilungserfolg bzw. zur Besserung eines Leidens. Die Diskussion über das Für und Wieder der Anerkennung von alternativer Medizin soll an dieser Stelle unbeachtet bleiben. Fest zu halten ist, dass Personen, die positive Erfahrungen mit alternativer Medizin gemacht haben, die Verweigerung der Kostenübernahme durch Krankenkassen als Defizit empfinden.

Der Service einer Krankenkasse ist eine weitere Bedingung eine Krankenkasse weiter zu empfehlen. Näher bezeichnet wurde der Service mit „netten Mitarbeitern“ oder langen Sprechzeiten bei einer Hotline sowie einem gut funktionierenden Internet-Service. In diesen Fällen wird der Service in Bezug auf die Kontaktaufnahme mit der Krankenkasse verstanden. Die Qualität dessen ist entscheidend für eine Weiterempfehlung. Die genannten „netten Mitarbeiter“ verstehen es eine vertrauensvolle Situation aufzubauen und helfen den Kunden Schwellenängste abzubauen; Missverständnisse können vor Ort ausgeräumt werden. Dahinter verbirgt sich auch der Wunsch, bei einer Notlage Verantwortung in kompetente Hände abgeben zu können, ohne dafür bewertet zu werden.

Lange Sprechzeiten bei einer Hotline geben Kunden ein Sicherheitsgefühl, weil sie fast rund um die Uhr einen Ansprechpartner vorfinden. Der gute Internet-Service kommt jenen Kunden entgegen, die völlig frei in der Terminierung ihrer Angelegenheiten sein möchten, sich nicht an Geschäftszeiten und Sprechzeiten halten

wollen. Bei ihnen spielt der Faktor Zeit eine große Rolle: freie Zeiteinteilung und Zeitersparnis.

Eine Empfehlung aufgrund von Kompetenz, Vertrauenswürdigkeit und Glaubwürdigkeit einer Krankenkasse decken sich mit den Ausführungen im Kapitel *Erwartungen an eine Krankenkasse* und werden an dieser Stelle ergänzt und erläutert. Diese Begriffe lassen auf eine Geschäftsphilosophie schließen, die dem Befragten sehr entgegen kommt und auf eine Weiterempfehlung begünstigend wirkt. Mitglied bei „einer der ältesten Krankenkassen“ zu sein, zeugt von einem großen Vertrauensverhältnis aufgrund des langen Bestehens dieser Kasse. Krankenkassen mit einer langen Tradition haben sich am Markt behaupten können und vermitteln Erfahrung und Sicherheit im Umgang mit Krankheitsfällen. Diese Vertrauenswürdigkeit lassen sich sicherheitsbewusste Personen auch etwas kosten, wie eine Befragte anmerkte: „es geht nicht darum, ein paar Euro zu sparen“, sondern auch um das sichere Gefühl bei einer Krankenkasse. Emotionalität spielt bei Weiterempfehlungen eine Rolle wie beispielsweise die Aussage „gut aufgehoben zu sein“ verdeutlicht. In einer Notsituation möchten diese Personen von einer gut organisierten, erfahrenen und zahlungsbereiten Instanz vertreten werden.

Interessant war bei dieser Untersuchung herauszufiltern, ob Anreize in Form von Privilegien, Gutscheinen und Geschenken eine Rolle bei der Weiterempfehlung spielen. Sie spielen eine Rolle – und auch nicht. Prämien oder sonstige Vergünstigungen steigern die Motivation Weiterempfehlungen auszusprechen und werden sogar als Anreiz vermisst: „es müsst da so etwas geben wie bei den Banken.“

Anreize in Form von Geschenken beeinflussen eine Weiterempfehlung nicht: „wegen eines Kochtopfsets würde ich ... keine Empfehlung geben.“ Weitere Anreize sind niedrige Prozentsätze und Zufriedenheit mit der Krankenkasse.

4.2.4 *Setting für eine Weiterempfehlung*

Dieses Kapitel beschäftigt sich mit den näheren Umständen, der Situation in der Empfehlungen ausgesprochen werden. Dabei wurde nur eine einzige Situation benannt, die fast allen Befragten angegeben wurde: Das persönliche Gespräch.

Das persönliche Gespräch bietet den Vorteil, dass offene Fragen im Laufe des Gespräches abgeklärt werden können. Der Empfehlende erweist sich im Gespräch als gut informiert. Die empfehlende Person erscheint vertrauenswürdig. Vertrauen ist eine wichtige Voraussetzung damit Empfehlungen ausgesprochen werden, wie schon im Kapitel *Bedingung für Weiterempfehlung* festgestellt wurde.

Die Gesprächssituationen ergeben sich zufällig im Bekannten-, Familien- oder Kollegenkreis. Zufällig ergaben sich auch Gesprächsthemen, in denen unbewusst Weiterempfehlungen gegeben wurden. Die befragten Personen sind nicht von sich aus aktiv geworden, um andere von ihrer Krankenkasse zu überzeugen. Die Weiter-

empfehlung erfolgt überwiegend auf Nachfrage. Hier werden weitere Untersuchungen zur Meinungsführerschaft bei Krankenkassen sicher noch weitere Erkenntnisse hervorbringen.³³

4.2.5 *Hemmnisse*

Ein Hemmnis in dem Sinne, dass das Thema Krankenkasse ein Tabu-Thema ist, über das man nicht gerne spricht, konnte nicht festgestellt werden. Es sei ein Thema „wie jedes andere auch“ wie beispielsweise Haushaltversicherungen etc. Grund für unterbleibende Weiterempfehlung ist das mangelnde Interesse an dem Thema oder dass die Befragten zu diesem Thema niemals befragt wurden. Empfehlungen auszusprechen wird als zu schwierig empfunden, weil die zu beratenden Fälle zu individuell seien. Strikte Weigerung etwas zu dem Thema Krankenkasse zu sagen belegt folgende Aussage: „ich unterhalte mich über meine Krankenkasse nicht.“ Eine Weiterempfehlung unterbleibt, weil keine Leistungen bei der eigenen Krankenkasse in Anspruch genommen werden und somit keine Kenntnis über den Leistungs- und Serviceumfang vorhanden ist. Empfehlungsresistenz herrscht vor bei der Annahme, dass es keine großen Unterschiede zwischen den Kassen gibt. Dazu zählt auch die Unzufriedenheit über die steigenden Kosten und gekürzten Leistungen.

Persönliche schlechte Erfahrungen mit Weiterempfehlungen verhindern ebenfalls eine Weiterempfehlung. Die Steigerung einer Nicht-Empfehlung ist negatives WoM. Es handelt sich dabei um Abraten von oder die Warnung vor einer Krankenkasse. Negative Erfahrungen insbesondere aufgrund falscher Beratung durch inkompetente Mitarbeiter machten dies möglich.

Die Hemmnisse in Bezug auf den Wechsel einer Krankenkasse sind in überlieferten Glaubenssätzen wie „Krankenkassen soll man nicht so häufig wechseln“ zu finden. Der „Tarifdschungel“ schreckt ab und wirkt sich ebenfalls hemmend auf einen Krankenkassenwechsel aus. Die Feststellung „jede Krankenkasse ist so gut wie die andere“ stellt keine Motivation dar, eine Krankenkasse zu wechseln. In der Bequemlichkeit ist ein weiterer Grund für den Verbleib bei einer Krankenkasse zu sehen. Ein Wechsel wird als problematisch empfunden, weil es zeitaufwendig ist nach Alternativen zu suchen.

4.2.6 *Informationsverhalten*

Die Untersuchung ergab auch Hinweise darüber, wie die Befragten selbst Mitglied einer Krankenkasse wurden. Die Situation ähnelt denen, die im Kapitel *Setting* be-

³³ Eine Studie zum Thema Meinungsführerschaft im Rahmen der Krankenkassenwahl wird derzeit vom Herausgeber bearbeitet. Sie wird voraussichtlich im Jahre 2009 vorgelegt werden.

schrieben werden. Genannt wurden Personen aus dem familiären Umfeld, wie Mutter oder der Vater, die ihrem Sohn beim Eintritt ins Berufsleben eine Krankenkasse empfahlen. In einem anderen Fall wurde die Krankenkasse „traditionell über die Eltern“ weitergegeben; die Tochter wurde Mitglied in der gleichen Krankenkasse wie ihre Eltern. Studenten haben sich von Kommilitonen über Krankenkassen informiert. Andere haben sich vom Finanzberater eine Krankenkasse empfehlen lassen. Wie beim Setting sind Empfehlungen von Arbeitskollegen angenommen worden. Lehrlinge haben sich von ihrem Lehrherrn beraten lassen.³⁴

Persönliche Empfehlungen sind zwar die wichtigste, aber nicht die einzige Informationsquelle. Zusätzlich werden Internet, Werbung per Post und von der Krankenkasse angeforderte Informationen studiert. Die Kombination von einer persönlichen Empfehlung und Eigeninitiative bei der Informationsbeschaffung tragen zur Auswahl einer Krankenkasse bei, wobei die persönliche Empfehlung Bestätigung für die ausgewählte Krankenkassenwahl sein kann.

Informationen werden nicht zwangsläufig bei Bekannten oder Freunden eingeholt, wenn die ebenso wenig über Krankenkassen wissen, wie sie selbst. Mit „Neutralen Informationsquellen“, sind hier Quellen wie unabhängige Testmagazine oder Fernsehsendungen zu diesem Thema gemeint, die zusätzlich genutzt werden, um eine Entscheidung hinsichtlich einer Krankenkasse zu treffen.

Eine Befragte sagte, dass sie sich bei den Freunden umhört, wie Mitglieder bei Krankenkassen behandelt werden. Für diese Person sind gute Umgangsformen einer Krankenkasse entscheidend für die Auswahl der Kasse.

Anlässe für Informationsgespräche sind Veränderungen der Lebenssituation. Der Betroffene begibt sich in der Familie oder im Bekannten- oder Kollegenkreis auf die Suche nach Personen, die in ähnlichen Situationen sind oder waren, um sich dort, bei Freunden in ähnlichen Situationen Rat zu holen.

Argumente, sich für eine bestimmte Kasse zu entscheiden waren u. a. Leistungen wie das Beitragserstattungs-Bonus-Programm, ein sehr guter Internetservice sowie gute Konditionen.

4.2.7 Kritik an Krankenkassen

Bemängelt wird an den Krankenkassen die Nichtanerkennung alternativer Medizin. Als weiterer Kritikpunkt wurde die Nichtübernahme von Zahnersatzkosten genannt.

³⁴ Hier wird in weiteren Studien zu analysieren sein, ob es Ähnlichkeiten zwischen den befragten Experten (oder Meinungsführern) über die unterschiedlichen Referenzgruppen hinweg gab.

5 Gesamtbetrachtung und Schlussfolgerung

5.1 Diskussion der Ergebnisse

5.1.1 Low-Involvement

Krankenversicherungen und Low-Involvement

Bereits aus den Ergebnissen zu der Familie *Interesse am Thema Krankenkassen* geht deutlich hervor, dass das Thema Krankenkassen bzw. Krankenversicherungen aus den verschiedenen Gründen, die hierzu seitens der Befragten genannt wurden, als ein eher uninteressantes Thema einzustufen ist. Die Versicherten müssen sich zwangsläufig mit dem Thema beschäftigen, da jeder eine Krankenversicherung haben muss, sind im Allgemeinen aber nicht näher interessiert. Die Krankenversicherung kann somit allgemeinen als ein Low-Involvement bezeichnet werden.

Das Involvement zu einem Thema ist maßgeblich dafür, ob und in welchem Maße über ein Thema kommuniziert wird.³⁵ Allein das hier festgestellte im Allgemeinen geringfügige Interesse an diesem Themenbereich führt damit schon zu einer verminderten Gesprächsbereitschaft. Somit wird also auch die Chance, dass Empfehlungen über Word-of-Mouth weitergegeben werden schon im Vorherein vermindert.

Das Low-Involvement gegenüber wird auch bei den Ergebnissen der Familie *Setting für Weiterempfehlung* deutlich. Das inaktive Gesprächsverhalten gerade von Informationsgebenden ist hier ein deutliches Anzeichen dafür. Bei der Familie *Hemmnisse* wurde ebenfalls auf das mangelnde Interesse hingewiesen.

Der Versicherte und Low-Involvement

Auch wenn die Krankenversicherung im Allgemeinen als Low-Involvement-Produkt angesehen werden kann, kann dennoch aus den Ergebnissen, die zu allen Familien der Auswertung hervorgebracht wurden, abgelesen werden, dass durchaus Unterschiede im persönlichen Involvement einzelner Befragter zu dem Thema vorhanden sind. Dies lässt sich hier unter anderem aus der Auswertung aus der Familie *Anreize für Weiterempfehlungen* ableiten.

So zeichnet sich ein Kunde, der nur auf die Kosten bzw. auf die Prozentsätze bei einer Krankenversicherung achtet, sicherlich durch ein deutlich stärkeres Low-Involvement aus als jener, der sich vor der Wahl einer Kasse informiert und bewusst geringfügige Unterschiede in den Prozentsätzen in Kauf nimmt.

Für die eher kostenorientierten Kunden kann sich hierbei das Potential für Weiterempfehlung inhaltlich lediglich auf die Prozentsätze beschränken.

³⁵ Vgl. Kroeber-Riel, 2003, S. 313.

Deutlich werden Extreme im Involvement auch bei dem Thema Prämien und Vergünstigungen. Das Mitglied, das auf Prämien und Vergünstigungen aus ist, wird in seiner Handlungsweise hier stark materiell gelenkt und auf seinen eigenen Vorteil bedacht sein. Das eigene Involvement zu den Inhalten der Leistungen der Krankenversicherung ist hiervon unabhängig. Im Gegensatz hierzu steht das Mitglied, das nur aus Überzeugung von seiner Krankenkasse diese auch weiterempfehlen würde.

Prämien und Vergünstigungen könnten somit durchaus zu Weiterempfehlung der Kasse führen. Was jedoch gezeigt wurde, ist dass eine Empfehlung auch nur ein rein materialistisches Denken als Anlass haben kann. Es nicht gesagt, dass bei derartigen Empfehlungen wirklich positive Empfehlungen aufgrund von überzeugenden Leistungen hervorgebracht werden. Inwieweit hier durch mögliche Prämiensysteme und Incentives Phänomene wie Mitnahmeeffekte oder Incentive-Nomadentum generiert würden, konnte im Rahmen der Studie nicht geklärt werden. Wie in anderen Branchen, wie z. B. im Bankgeschäft bekannt ist, könnten diese Phänomene zu einer stark wechselnden Kundengruppe führen.

Interesse

Das Involvement eines Kunden ist jedoch nicht statisch zu betrachten. Aus den Ergebnissen geht hervor, dass sich bei den Versicherten ein Interesse am Thema zeitweilig ändert. Dies sind zum einen typische Lebenssituationen in denen man sich zwangsweise mit dem Thema beschäftigen muss. Hierzu zählen z. B. der Berufseinstieg, der Berufswechsel, die Rückkehr vom Beruf ins Studium, Umzug, Familiengründung, etc. In diesen Situationen wird kurzzeitig ein starkes Interesse möglich, was in den jeweiligen sozialen Umfeldern auch zu erhöhter Gesprächsbereitschaft führt. Hier besteht eine erhöhte Chance, dass durch WoM Empfehlungen weitergegeben werden. Diese Erkenntnisse liefern den Krankenkassen wichtige Ansatzpunkte, um sich hier ins Gespräch zu bringen und positive Werbeeffekte erzielen zu können.

Sobald sich die Lebenssituationen geklärt haben, wird das Thema bei Versicherten zunehmend wieder uninteressant. Aus den Interviews wurde hier deutlich, dass das Thema Krankheit hier gerade auch bei jungen und gesunden Menschen verdrängt wird. Er ist im Alter bei zunehmender Inanspruchnahme von Leistungen wird das Thema Krankenversicherung auch inhaltlich wieder interessant.

Bei der Gruppe der älteren Versicherten wird auch die Gesprächsbereitschaft zunehmen und auch dauerhafter sein als bei den zuvor angesprochenen Personen in wechselnden Lebenssituationen. Ein erhöhtes Gesprächspotential bietet hier auch ein höheres Potential Empfehlungen über WoM weiterzugeben.

Überraschungen und Weiterempfehlungen

In den bisherigen Ausführungen sind die Umstände aufgeführt worden, die eine vermehrte Gesprächsbereitschaft hervorrufen. Wie aber aus den Interviews hervorging,

bedeutet dies noch nicht, dass hierdurch schon Gespräche stattfinden. Als Grundvoraussetzung neben einer situativen Gesprächsbereitschaft gilt gerade für den Informationsgebenden, dass weitere Voraussetzungen erfüllt sein müssten. Als Grundvoraussetzung für eine positive Weiterempfehlung sind grundsätzliche Erwartungen zu erfüllen. Hierzu wurden bereits in der Auswertung zu den Familien *Erwartungen* und *Anreize / Weiterempfehlungen* einige Informationen gegeben. Zu den grundsätzlichen Erwartungen zählen zum Beispiel, dass dem Versicherten Kompetenz, Vertrauen und Glaubwürdigkeit vermittelt werden. Der Versicherte muss von seiner Krankenkasse überzeugt sein. Dies kann neben der Erfüllung seiner Erwartungen auch durch, sofern vorhanden, gute Erfahrungen, die der Versicherte mit seiner Krankenversicherung gemacht hat, unterstützt werden. Auch auf emotionaler Ebene sind mit der Erfüllung von Urbedürfnissen gute Voraussetzungen für eine Gesprächsbereitschaft gegeben. Hier wurde erwähnt, dass für Versicherte wichtig ist, dass sie sich gut aufgehoben fühlen.

Sind diese Grundvoraussetzungen erfüllt besteht eine erhöhte persönliche Gesprächsbereitschaft. Gespräche finden jedoch noch nicht unbedingt statt. Der Versicherte befindet sich mit dem Zustand der Zufriedenheit in einer Toleranzzone. Um jetzt über seine Krankenkasse zu sprechen fehlt oft ein letzter Anreiz. Bei der Aus-

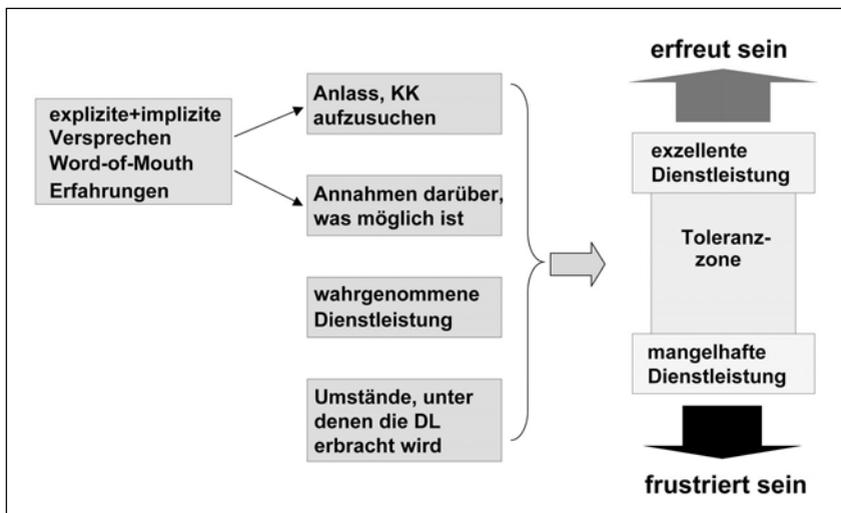


Abbildung 1.2: Modell der Toleranzzone³⁶

³⁶ Eigene Darstellung nach Söderlund, M., Customer satisfaction and its consequences on customer behavior revisited: The impact of different levels of satisfaction on word-of-mouth, feedback to the supplier, and loyalty, 1998, S. 169–188.

wertung unter der Familie *Anreize für Weiterempfehlung* wurde deutlich, dass das Thema Krankenkasse zum Gespräch wird, wenn dem Versicherten etwas Besonderes widerfahren ist. Der Zustand der allgemeinen Zufriedenheit wird durch eine Überraschung überwunden. Dies kann in die eine Richtung durch eine positive Überraschung erfolgen und die andere Richtung durch eine negative Überraschung. Die Toleranzzone ist dann durchbrochen. Es führt entweder zu Freude oder zu Frustration bzw. Enttäuschung. Diese emotionalen Regungen lösen hier eine aktive Gesprächsbereitschaft bzw. Gespräche selbst d. h. WoM aus.

Nähere theoretische Grundlagen zu den Wirkungsweisen von WoM in Verbindung mit Zufriedenheit und Überraschungen finden sich in den bei der Quellenanalyse gesichteten Studien von Derbaix und Vanhamme³⁷ sowie in der Studie von Söderlund³⁸. Die in diesen Studien aufgezeigten Ergebnisse lassen sich durchaus mit den hier erhaltenen Ergebnissen in Verbindung bringen und erklären.

Tritt nun also der Versicherte aus der Toleranzzone heraus, indem seine Erwartungen über- oder untertroffen werden oder er extrem gute bzw. schlechte Erfahrungen gemacht hat, versucht er im Gespräch das ihm Widerfahrene zu verarbeiten. Dabei kann positiv oder negativ über die Krankenkasse gesprochen werden. Auch wenn dabei keine direkten Empfehlungen weitergegeben werden, wird der Informationsaufnehmende Informationen erhalten, die ihn in seiner persönlichen Urteilsfindung zu der Qualität einer Krankenkasse bestärken, was so auch indirekt zu Werbeeffekten über WoM führen kann. Wie aus der Familie *Setting für eine Weiterempfehlung* hervorgeht, ist dennoch eher unwahrscheinlich, dass ein Gespräch durch den Informationsgebenden eingeleitet wird. Dass es zu einem Gespräch kommt, ist immer noch eher zufällig und hängt von dem Interesse eines Informationssuchenden ab.

Aus den Interviews ging hervor, dass positive Überraschungen bei den Befragten sehr stark durch hervorsteckende Produkteigenschaften wie z. B. besondere Leistungen wie Rückenschulung, alternative Heilmethoden, Präventivmaßnahmen, Bonusprogramme oder auch Angebote für spezielle Alters- oder Berufsgruppen hervorgerufen werden.

Die Überraschung kann hierbei zu verschiedenen Zeitpunkten eintreten und hängt dann auch vom Involvement der Versicherten ab. Der Versicherte, der sich vor Wechsel zu einer Kasse aktiv informiert, wird sich vorher schon mit den Leistungen befassen. Der Überraschungseffekt tritt hier dann schon vor bzw. beim Kassenwechsel auf. Bei einem Kunden mit niedrigem Involvement kann die Überraschung auch lange nach dem Wechsel der Kasse auftreten, da dieser weniger oder nicht informiert ist. Im Falle einer Inanspruchnahme von Leistungen fällt dann plötzlich auf, dass noch zusätzliche besondere Leistungen im Leistungsumfang der Krankenversicherung mit enthalten sind, von denen der Versicherte nichts wusste.

³⁷ Siehe Kapitel 3.2.1.

³⁸ Vgl. Söderlund, 1998.

Bei der Auswertung wurde deutlich, dass es einen Themenbereich gibt, der noch nicht einmal unbedingt mit den eigentlichen Leistungen einer Krankenversicherung in Zusammenhang steht, aber bei dem es vermehrt zu Gesprächen kommt. Das Thema Kundenservice und Beratung wurde in vielen Interviews angesprochen. Die Versicherten legen hier sehr viel Wert darauf, wie die Krankenkasse ihnen entgegentritt. Es handelt sich hier um den sichtbaren Bereich der im Service-Blueprint³⁹ als Frontstage bezeichnet wird. Treten hier Mängel auf ist die Wahrscheinlichkeit für negatives WoM sehr hoch. Zu beachten ist dabei, dass negative Erfahrungen wesentlich häufiger über WoM weitergegeben werden als negative.⁴⁰

Werbung als Nebeneffekt

Bereits in der Auswertung wurde ein interessanter Aspekt aufgeführt, der zu WoM führt. Es wurde erwähnt, dass ein Befragter über das Thema Krankenkasse spricht, wenn es im gelänge gute Konditionen auszuhandeln. Unabhängig davon inwieweit dies bei den einzelnen Krankenversicherungen tatsächlich möglich ist, kann hier angenommen werden, dass die Intention, über das Thema zu reden, nicht das Thema selbst ist. Dadurch, dass einem Versicherten ein Verhandlungsspielraum zur Verfügung steht, hat er die Möglichkeit erfolgreich zu verhandeln. Diesen Erfolg ist er durchaus bereit, anderen kundzutun und sich somit jemandem gegenüber hervorzutun. Die primäre Absicht kann hier die eigene Selbstdarstellung sein. Die Krankenversicherung mit der Eigenschaft, dass sie Verhandlungsspielräume bietet, wird beiläufig zum Gesprächsthema und erhält hier positives WoM.

Meinungsführer

Bei den Ergebnissen zur Familie *Setting für eine Weiterempfehlungen* werden einige Informationen gegeben, wie, mit wem und unter welchen Umständen eine Kommunikation stattfindet. Gespräche haben bei den meisten Befragten zwischen zwei Personen stattgefunden. Für den Informationssuchenden war es zudem wichtig, dass ein gewisses Vertrauen zu dem Informationsgeber vorhanden ist. Daher wurden Gespräche mit Personen aus der Familie, aus dem Bekannten-, Kollegen- und Freundeskreis geführt. Aufgefallen ist, dass sich zu den Gesprächen nicht gezielt verabredet wurde. Die Gespräche zum Thema Krankenversicherung haben rein zufällig stattgefunden, indem die Personen darüber ins Gespräch gekommen sind. Der Informationssuchende hat die aktive Rolle im Gespräch übernommen und das Thema durch Fragen vorangetrieben. Dabei wurde die Gesprächsbereitschaft des Informationsgebenden in

³⁹ Wird im Kapitel 5.1.3 näher ausgeführt.

⁴⁰ Vgl. Sweeney, J./Soutar, G. N./Mazzarol, T., The Differences Between Positive And Negative Word-of-Mouth – Emotion As A Differentiator?, 2005, S. 335.

Anspruch genommen. Die Voraussetzungen für die Gesprächsbereitschaft wurden bereits in den vorangegangenen Abschnitten ausführlich erläutert.

Hinweise auf Meinungsführer zum Thema Krankenversicherung konnten aus den Interviews dieser Studie nicht gezogen werden, hierfür wird im Jahre 2009 eine eigene Studie vorgelegt werden. Nach den Ausführungen von Kroeber-Riel und Weinberg zeichnen sich Meinungsführer durch ein „persönliches, anhaltendes Involvement“ und durch „die kommunikative und sachliche Kompetenz ...“⁴¹ aus.

Wie festgestellt wurde, ist beim Thema Krankenkassenversicherung das Involvement im Allgemeinen eher als sehr gering einzustufen. Hinzu kommt, dass durch das mangelnde Interesse am Thema ein inaktives Informationsverhalten zu Stande kommt. Beides erschwert hier die Identifikation von Meinungsführern.

5.1.2 Zwischenergebnis

Low-Involvement hat sich bei den Ergebnissen als wichtiges Thema herausgestellt. Zum einen durch die Krankenversicherung, zum anderen durch das mangelnde Interesse der Versicherten. Die hier erhaltenen Ergebnisse konnten gewisse Tendenzen hinsichtlich des Involvements und des Informationsverhaltens der Versicherten aufzeigen, sind aber nicht zu verallgemeinern.

Zusammenfassend lassen sich folgende theoretische Handlungsweisen ableiten, die Word-of-Mouth positiv beeinflussen.

Die bereits bestehende Gesprächsbereitschaft wird gezielt genutzt, um die Krankenversicherung zum Gesprächsthema zu machen. Die Gespräche werden über durch Überraschung entstehende Anreize ausgelöst. Diese Überraschungseffekte müssen gezielt initiiert bzw. negative Überraschungen verhindert werden. Gleichzeitig werden Hemmnisse durch Aufklärung bestehender Missverständnisse und Vorurteile verringert. Daneben muss das Involvement zum Thema generell gesteigert werden, beispielsweise durch Einräumung von Handlungsspielräumen.

Ansätze, wie dies in der Praxis genau durchgeführt bzw. erreicht werden kann, werden im folgenden Abschnitt an Beispielen aufgezeigt.

5.1.3 Implikationen für die Praxis

Gegenstand

Zunächst soll an dieser Stelle festgehalten werden, dass keine umfassend neue, oder gar überraschenden Empfehlungen für die Praxis hier erarbeitet werden konnten. Dazu ist die Datenbasis noch nicht breit genug. Weitere Empfehlungen bedürften der

⁴¹ Vgl. Kroeber-Riel, 2003, S. 519.

weiterer Forschung und weiterer Erkenntnisse. Insbesondere im Rahmen des Themas Meinungsführer und WoM sind noch weitere wichtige Bezugspunkte denkbar. Um auf Praxisimplikationen aber nicht vollständig zu verzichten, sind nachfolgend einige Anempfehlungen auf der Basis der vorgenannten Erkenntnisse und auf der Basis von empirischen Erkenntnissen aus dem Dienstleistungsbereich im allgemeinen transferiert worden.

Word-of-Mouth unterstützende Ansätze

Es ist es denkbar, sich WoM als unterstützenden Prozess zu Nutzen zu machen. Dies kann in Situationen der Fall sein, wenn die Krankenversicherung zum Gesprächsthema wird oder wenn es darum geht, (Neu-) Mitglieder in ihrer Entscheidung dauerhaft zu bestätigen. Umgekehrt können auch Situationen definiert werden, in denen es möglich ist, negatives WoM zu vermeiden. Im Folgenden sollen vier Ansatzpunkte erläutert werden, wie sie bereits in der vorangegangenen Diskussion erwähnt wurden.

Erster kritischer Punkt sind die Kosten. Eine Ablehnung einer Behandlung ist fast zwangsläufig mit negativem WoM verbunden, obwohl die Ablehnung der Kostenübernahme objektiv richtig sein mag. Dies impliziert zunächst eine offene Kommunikation zwischen Kasse und Mitglied. Eine begründete Ablehnung, womöglich in einem persönlichen Gespräch, kann ein negatives WoM zumindest abfedern. Wird gleichzeitig eine Alternative angeboten oder eine teilweise Übernahme in Aussicht gestellt, so kann dies im besten Fall negatives WoM verhindern. Es ist außerdem zu diskutieren, inwieweit im Niedrigkosten-Bereich die Bewilligung einer Behandlung den Kosten eines negativen WoM, sprich dem Verlust eines potentiellen neuen Mitglieds im Verhältnis steht.

In punkto Kosten lässt sich allerdings auch positives WoM herbeiführen. Dies ist bei einer überraschenden Leistungsanerkennung der Fall. Hierbei wäre zu überprüfen, ob die Tarife der jeweiligen Krankenkasse weitere Optionen für diese Art von WoM geben. Eine solche Option kann beispielsweise ein gewisser Spielraum für das Aushandeln von Konditionen sein. Dabei kann bei dem Versicherten ein Erfolgserlebnis ausgelöst werden, was als Nebeneffekt positives WoM generiert.

Einen weiteren Ansatzpunkt bieten die bereits angesprochenen Hemmnisse. Einerseits können Anstrengungen dahingehend unternommen werden, dass die Bequemlichkeit, sich mit Krankenkassen zu beschäftigen, überwunden wird. Andererseits können die als individuell empfundenen Erfahrungen für eine generelle Weiterempfehlung genutzt werden. Beides wird durch den erleichterten Zugang zu Informationen sowie durch eine Transparenz der Leistungen und Tarife erzielt.

Das Management von Schwellenängsten hat ein großes Potential für eine positive Weiterempfehlung. Schwellenängste können z. B. besondere Krankheitsbilder sein, über die nicht gerne gesprochen wird. In der Praxis bedeutet dies, das gezielte Trai-

ning von Mitarbeitern zu erweitern, so dass sie in der Lage sind, mit den Ängsten der Mitglieder umzugehen. Dies erzeugt bei den Versicherten das Gefühl, sich bei der Krankenkasse gut aufgehoben fühlen zu können und führt mit hoher Wahrscheinlichkeit zu einer positiven Weiterempfehlung. Dies impliziert wiederum dass eine Krankenkasse diese Wahrnehmung gezielt inszenieren kann. Ein Vorschlag dafür wird im nachfolgenden Kapitel dargelegt.

Beispiel für den Einsatz von Word-of-Mouth als strategisches Kommunikationsinstrument bei Krankenkassen

Das Bedürfnis, „sich gut aufgehoben zu fühlen“ kann von Krankenkassen ebenfalls zu gezieltem WoM benutzt werden. Dabei dient uns das Modell der Toleranzzone, wie sie bereits in 5.2 erläutert wurde. Werden die Erwartungen übertroffen, so führt dies mit hoher Wahrscheinlichkeit zu WoM. In Bezug auf die Erwartung, sich bei einer Krankenkasse „gut aufgehoben zu fühlen“ bedeutet dies, diese Erwartung zu übertreffen und durch eine positive Überraschung die Zone of Tolerance zu durchbrechen.

Als Hilfe für die „Inszenierung“ der Überraschung dient ein so genannter Service-Blueprint. Darunter ist eine visuelle Darstellung der Prozesse, die für die Erfüllung einer Dienstleistung notwendig sind, zu verstehen.⁴² Innerhalb dieses Blueprints werden die einzelnen Prozesse in eine *frontstage* und in eine *backstage* geteilt, d. h. in für die Kunden sichtbare und unsichtbare Aktivitäten. Durch den Service-Blueprint lassen sich Schlüsselaktivitäten der Dienstleistung und deren Verbindung zueinander identifizieren. Dadurch ist es möglich, für jeden Schritt des Dienstleistungsprozesses Standards zu entwickeln, die die Erwartungen der Kunden übertreffen.⁴³

Um eine Erwartung an ein Produkt zu übertreffen, ist es zunächst notwendig zu wissen, wie das Produkt vom Kunden beurteilt wird. Die Beurteilung erfolgt dabei durch so genannte innere Standards. Als innerer Standard dient in unserem Fall beispielsweise die Erfahrung bei einer anderen Krankenkasse, einem subjektiv vergleichbaren Dienstleister oder Werbeversprechen.

Um ein positives WoM zu Erzeugen, ist es notwendig, die Erwartungen eines Mitglieds während des Dienstleistungsprozesses zu übertreffen. Die Erwartungen dabei sind die „inneren Standards“ der Mitglieder, um die Qualität der erfahrenen Dienstleistung zu messen. Die Hauptschwierigkeit bei der Beurteilung einer Dienstleistung liegt in ihrer Eigenschaft: Sie ist variabel; das bedeutet, eine Dienstleistung ist immateriell und schwankungsanfällig. Damit ist es schwierig, ihre Qualität a priori zu überprüfen. Des Weiteren ist sie intangibel, d. h. immateriell und nicht objektiv mess-

⁴² Vgl. Lovelock, C./Wright, L., Principles of Service Marketing and Management, 2002, S. 82.

⁴³ Vgl. Lovelock, 2002, S. 160.

bar. Somit werden von tangiblen Randfaktoren wie z. B. Inneneinrichtung, Gebäude und Mitarbeiterverhalten Rückschlüsse auf die Qualität der Leistung gezogen.

Für die Inszenierung von „sich gut aufgehoben fühlen“ ist also herauszufinden, welche Randfaktoren besonders gut zu diesem Gefühl passen. Dieser Aspekt für sich allein genommen bedarf noch weiterer Forschung. Beispielhaft könnten es tangible Umfeldobjekte sein, wie entsprechende Sitzmöbel, passendes Interieur oder auch intangible Umfeldfaktoren, wie das Verhalten der Mitarbeiter. Inwieweit letzteres auf WoM wirkt, ist für sich selbst genommen bereits schon wieder ein eigenständiger Untersuchungsgegenstand, der einer eigenen Untersuchung bedarf.

Auf Basis des vorgenannten wird ein Service-Blueprint skizziert, der alle möglichen Risikopunkte und die passenden Reaktionsstrategien darstellt.

Abbildung 1.3 gibt ein Beispiel für die Darstellung eines solchen Blueprints bei einer Krankenkasse.

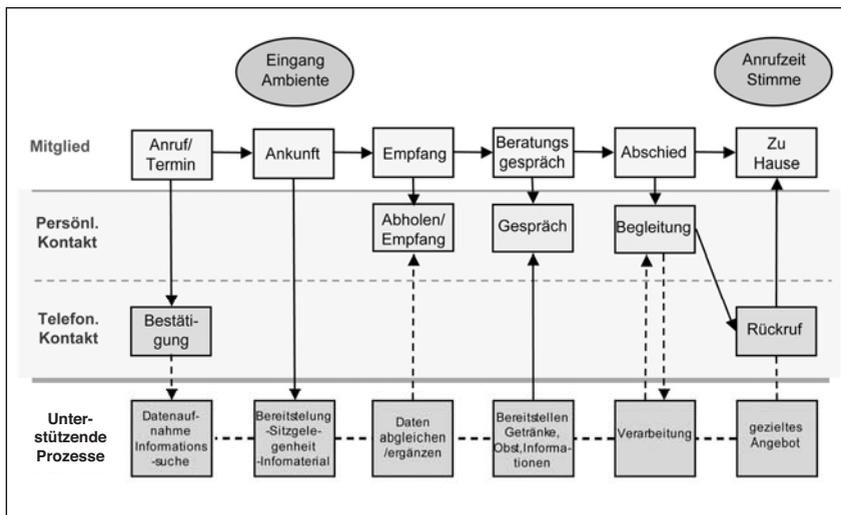


Abbildung 1.3: Service-Blueprint eines Besuchs des Kunden-Centers einer Krankenkasse⁴⁴

In diesem Blueprint sind die einzelnen Schritte, die beim Ablauf eines Besuchs des Kundencenters notwendig sind, beschrieben. Hier werden auch die kritischen Punkte deutlich, bei denen eine Überraschung hinsichtlich des Gefühls, „sich gut aufgehoben zu fühlen“ inszeniert werden kann.

⁴⁴ Eigene Darstellung nach Lovelock.

Der erste kritische Punkt ist die Datenaufnahme und Informationssuche bei der Terminvereinbarung. Sie dient der optimalen Vorbereitung des Gesprächs, so dass auf die Fragen des Kunden genau eingegangen werden kann.

Bei der Ankunft kommen die zuvor erwähnten tangiblen Randfaktoren zum Einsatz. Durch die Bereitstellung von Sitzgelegenheiten, Informationsmaterial usw. wird dem Kunden das Gefühl des „Gut-aufgehoben-seins“ vermittelt, genau so wie beim Empfang. Dort kann z. B. das persönliche Abholen durch den zuständigen Mitarbeiter einen Überraschungseffekt auslösen. Während des Gesprächs bewirken wieder die Randfaktoren, z. B. in Form von bereitgestellten Getränken, dass die Erwartungen seitens des Kunden übertroffen werden. Analog zum Empfang wird der Kunde nach dem Gespräch persönlich zum Ausgang begleitet. Zeitgleich beginnt die Verarbeitung des Gesprächs, so dass ein gezielter Rückruf mit konkreten Lösungsvorschlägen (z. B. mögliche Tarifoptionen) beim Kunden getätigt werden kann. Dadurch wird ihm suggeriert, dass sein Anliegen ernst genommen und seinen Problemen Gehör geschenkt wird.

Durch die Analyse des Blueprints ergeben sich folgende Handlungsoptionen:

Es muss stets ein einwandfreier Zustand der tangiblen Randfaktoren gewährleistet sein. Daneben gilt es, geeignete Mitarbeiter mit der gezielten Schulung für die Inszenierung von „sich gut aufgehoben fühlen“ vorzubereiten.

Dabei gewährleisten regelmäßige Prozesstests und Tests durch Dritte die Einhaltung der eingeführten Standards. Zu der Überprüfung der Wirkungsweise gehören auch regelmäßige Kundenbefragungen zur Optimierung dieser Standards.

5.1.4 Fazit

Für Unternehmen ist es sinnvoll, Word-of-Mouth als strategisches Kommunikationsinstrument einzusetzen. Im Rahmen unserer Untersuchung war vor allem die persönliche Kommunikation zwischen den Konsumenten von Interesse. So bestand das Ziel der vorliegenden Arbeit darin, die den Kommunikationsprozess, Kommunikationsbedingungen sowie Motivation einer Weiterempfehlung theoretisch und empirisch zu untersuchen und aus den Ergebnissen Schlussfolgerungen für folgende Fragestellung zu generieren.

Im Rahmen der qualitativen Studie wurde die Verhaltensweise „Weiterempfehlung“ in Bezug auf Krankenkassen erforscht. Die signifikanten Faktoren zur Auslösung eines – positiven oder negativen – WOMs konnten nicht eruiert werden. Es gelang vielmehr eine weitergehende Transparenz der Bedingungen darzustellen, unter denen eine Weiterempfehlung vermehrt ausgesprochen wird. Aus unseren Ergebnissen leiteten wir Hinweise und mögliche Implikationen für die Praxis ab, um die gesammelten theoretischen Erkenntnisse erfolgreich in praktische Handlungsempfehlungen umsetzen zu können.

5.2 Zusammenfassung

In Bezug auf Krankenkassen stehen folgende Erkenntnisse im Vordergrund: Grundsätzlich handelt es sich bei einer Krankenversicherung um ein Low-Involvement-Produkt, dem gegenüber die Kunden nur geringfügiges Interesse aufweisen. Grundsätzlich hat dieses eine verminderte Gesprächsbereitschaft bzw. ein inaktives Gesprächsverhalten zur Folge. Anders wird das zum einen in typischen Lebenssituationen wie z. B. Berufseinstieg, Familiengründung, bei denen man sich zwangsweise mit dem Thema beschäftigen muss. Auch im Alter bei zunehmender Inanspruchnahme von Leistungen wird das Thema Krankenversicherung inhaltlich wieder interessant. Durch Gesprächsbereitschaft in diesen Situationen besteht eine erhöhte Chance, dass durch WoM Empfehlungen weitergegeben werden.

Als Grundvoraussetzung für eine positive Weiterempfehlung sind grundsätzliche Erwartungen wie Kompetenz, Vertrauen und Glaubwürdigkeit zu erfüllen. Der Versicherte muss von seiner Krankenkasse überzeugt sein. Auch auf emotionaler Ebene sind mit der Erfüllung von Urbedürfnisse wie „sich gut aufgehoben fühlen“ gute Voraussetzungen für eine Gesprächsbereitschaft gegeben. Gespräche finden jedoch noch nicht unbedingt statt. Der Versicherte befindet sich mit dem Zustand der allgemeinen Zufriedenheit in einer Toleranzzone. Durch eine Überraschung wird dieser Zustand überwunden und die Toleranzzone durchbrochen. Die dadurch entstehenden emotionalen Regungen wie Freude oder Frustration, Enttäuschung lösen hier eine aktive Gesprächsbereitschaft bzw. Gespräche selbst d. h. WoM aus.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass WoM als wichtige Informationsquelle in Bereichen der Krankenkassen verstanden werden kann. Die Erkenntnisse der Untersuchung liefern wichtige Ansatzpunkte, um sich ins Gespräch zu bringen und positive Werbeeffekte erzielen zu können. Die bereits bestehende Gesprächsbereitschaft der Krankenkassenmitglieder wird gezielt genutzt, um die Krankenversicherung zum Gesprächsthema zu machen. Die Gespräche werden über durch Überraschung entstehende Anreize ausgelöst. Diese Überraschungseffekte müssen gezielt initiiert bzw. negative Überraschungen verhindert werden. Gleichzeitig werden Hemmnisse durch Aufklärung bestehender Missverständnisse und Vorurteile verringert. Daneben muss das Involvement zum Thema generell gesteigert werden, beispielsweise durch Einräumung von Handlungsspielräumen.

5.3 Implikationen für die Forschung

Grundsätzlich sollte die vorgelegte Studie noch einmal mit einer größeren Anzahl von Personen wiederholt werden. Wünschenswert wäre, dass die Teilnehmer dann noch heterogener sind, als in dieser Stichprobe.

Wie bereits schon zuvor angedeutet, erscheint der Bezugspunkt zur Meinungsführerforschung ein wichtiger Aspekt, der im Rahmen von WoM noch näher zu untersuchen ist. Die Differenzierung von WoM nach sozialen Gruppen erscheint ebenfalls vielversprechend für weitere Untersuchungen. Hochschulabsolventen haben andere Erwartungen an eine Krankenkasse als beispielsweise Familienväter – und unterscheiden sich womöglich in Art und Weise, WoM zu betreiben.

Teil II

Akzeptanz und Attraktivität der erweiterten Tarifwahl in der gesetzlichen Krankenversicherung

Abstract

Ein Jahr nach der Einführung der Wahltarife kann von einer Etablierung im Markt noch nicht gesprochen werden. Die Zahl der Nutzer der Wahltarife in Deutschland ist noch gering. Insofern kann die Akzeptanz momentan als tendenziell niedrig eingestuft werden. Der Bekanntheitsgrad der Wahltarife ist allerdings recht hoch, so haben bereits knapp zwei Drittel der repräsentativ in Deutschland Befragten bisher von den Wahltarifen Kenntnis genommen. Attraktiv erscheinen offenbar einzelne Elemente bzw. Elementekombinationen. So erhielt ein Selbstbehalttarif von 240 Euro in der Analyse den höchsten Wichtigkeitswert. Einen ebenfalls vergleichsweise großen Nutzen haben offenbar Tarife mit Beitragsrückzahlung von einem Monatsbeitrag. Überraschenderweise zeigte sich, dass Plus- und Bonus Programme eher negative Nutzenschätzungen erfuhren.

1 Ziel und Struktur der Arbeit

Ziel dieser Arbeit ist es, auf nachfolgenden Fragestellungen Antworten zu geben:

- Lohnen sich die Wahltarife (WT) aus Sicht der Versicherten?¹
- Ist Akzeptanz der WT bei den Versicherten gegeben?
- Werden die vorhandenen WT als „attraktiv“ wahrgenommen?
- Konnten sich die WT bisher auf dem Markt etablieren?
- Wie können die WT verändert bzw. verbessert werden?
- Wer soll durch Werbemaßnahmen angesprochen werden und wie sollte die Werbung kommuniziert werden?
- Wie können KK, speziell die TK, die WT bestmöglich nutzen?

Bei der vorliegenden Analyse wurde ein repräsentativer Querschnitt der deutschen Bevölkerung zwischen 18 und 55 Jahren berücksichtigt.

Die Arbeit ist wie folgt strukturiert: Zur Einführung in die Thematik wird zunächst der Aufbau und Ursprung des deutschen Gesundheitssystems kurz dargelegt, bevor ein Überblick über die Gesundheitsreform 2007 gegeben wird. Diese ist im „Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbes in der gesetzlichen Krankenversicherung“ geregelt, kurz GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz oder GKV-WSG.² Die aus der GR resultierenden Änderungen für einzelne Gruppierungen, Institutionen und Personen werden weiterhin dargelegt. Die WT, die auch später im Fokus der Betrachtung stehen, werden an dieser Stelle zuerst inhaltlich näher erläutert. In den folgenden Abschnitten werden sowohl die Ziele als auch die bisherige Annahme der WT seitens der Versicherten aufgezeigt. Zum Abschluss des Kapitels wird ein kurzer Überblick über das vorhandene Meinungsbild der Gesellschaft über die GR und die WT gegeben.

Im zweiten Teil der Arbeit, der Datenerhebung, werden die inhaltlichen Aspekte und die Vorgehensweise der Studie näher erläutert. Nachdem die Darstellung der Rahmenbedingungen der Untersuchung erfolgt, wird im weiteren Kapitel zunächst die empirische Analysemethode (Conjoint Analyse) erörtert. Im weiteren Teil folgt die detaillierte Datenauswertung des Fragebogens und der Conjoint-Analyse (CA). Diese wird sowohl in der Gesamtbetrachtung als auch ausführlich nach einzelnen Merkmalen dargestellt. Das fünfte Kapitel vergleicht eine Studie mit ähnlicher Thematik mit den erarbeiteten Ergebnissen.

¹ Im Folgenden wird, auf Grund der Abwechslung, von Versicherten und Mitgliedern gesprochen. In diesem Fall ist dasselbe gemeint, auch wenn eigentlich ein Unterschied besteht. Versicherte zahlen keine eigenen Beiträge und sind z. B. bei einem Familienmitglied mitversichert. Im Gegensatz zu den Mitgliedern, die pflicht oder freiwillig versichert sind und Beiträge zahlen. Vgl. Simon, M., Das Gesundheitssystem in Deutschland, 2005, S.105

² Vgl. Krankenkassen direkt (Hrsg.) <http://www.gkv-wettbewerbsstaerkungsgesetz.de>

Im letzten Teil der Arbeit werden auf Basis der gewonnenen Ergebnisse Handlungsempfehlungen als auch Anregungen für weiterführende Studien gegeben. Zum Abschluss werden im Ausblick die GR und die WT kritisch beleuchtet.

2 Die Gesetzliche Krankenversicherung und die Gesundheitsreform 2007

2.1 Grundlagen

Die gesetzliche Krankenversicherung ist eine der fünf Säulen der Deutschen Sozialversicherung. Neben dieser gehören die Renten-, Arbeitslosen-, Pflege- und Unfallversicherung zu diesem System. Die wesentlichen Strukturprinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung sind Solidarität, Sachleistung, paritätische Finanzierung, Selbstverwaltung und Pluralität.³ Die gesetzliche Krankenversicherung geht auf die Sozialgesetzgebung Bismarcks aus dem Jahre 1883 zurück.⁴ Zu diesem Zeitpunkt wurde erstmals eine Versicherungspflicht für gewerbliche Arbeiter (Industrie, Handel, Handwerk und Dienstleistungen) eingeführt. Leistungen wie freie ärztliche Behandlung, Arzneimittel und auch Krankengeld waren in diesem Erlass bereits begründet. Schon damals gab es weitere Punkte, die noch heute im Gesetz verankert sind. So durften die KK bereits zusätzliche Leistungen anbieten. Die Versicherung über die Familie war ebenso Inhalt des damaligen Gesetzes, wie die vom Bruttoarbeitsentgelt abhängige Beitragszahlung. Nach den Anfängen wurden immer wieder Änderungen und Erweiterungen an dem Gesundheitssystem vorgenommen. So wurde beispielsweise während der Zeit des Nationalsozialismus der Aufbau der KK neu strukturiert. Die Selbstverwaltung wurde abgeschafft, im Zuge der Gründung der Bundesrepublik jedoch wieder aufgenommen. 1996 wurde sowohl die KK-Wahlfreiheit für die Mitglieder als auch der Risikostrukturausgleich (vgl. Kapitel 2.2.2) eingeführt.

Seit 1976 wurden Änderungen am Gesundheitssystem zumeist als „Gesundheitsreform (GR)“ bezeichnet.⁵ Die GR 2007 ist im GKV-WSG geregelt.⁶

Die Anforderungen an das Gesundheitssystem sind einerseits, den Bürgern eine möglichst qualitätsgesicherte medizinische Versorgung zu gewähren und andererseits die Wirtschaftlichkeit der Leistungen. Ziel der Gesundheitsreformen ist, mit der Entwicklung der Zeit einen Ausgleich dieser beiden Anforderungen zu schaffen.⁷

³ Vgl. Deutsche Sozialversicherung (Hrsg.)

<http://www.deutsche-sozialversicherung.de/de/krankenversicherung/geschichte.html>

⁴ Vgl. Deutsche Sozialversicherung (Hrsg.)

<http://www.deutsche-sozialversicherung.de/de/krankenversicherung/geschichte.html>

⁵ Vgl. Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (Hrsg.)

<http://www.kvb.de/servlet/PB/menu/1106515/index.html>

⁶ Vgl. Deutscher Bundestag (Hrsg.) http://www.bundesrat.de/cln_051/SharedDocs/Drucksachen/2007/0001-0100/75-07,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/75-07.pdf

⁷ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.)

<http://www.die-gesundheitsreform.de/gesundheitsreform/index.html>

Begleitet durch den gesellschaftlichen, finanziellen und demographischen Wandel sowie den technischen und medizinischen Fortschritt, wurde es im Laufe der Zeit immer schwieriger, die vorgenannten Anforderungen zu erfüllen. Folgende Spiralentwicklung wird von vielen als eine unausweichliche Zwangsläufigkeit des sozialen Sicherungssystems betrachtet: Beitragssatzerhöhungen, zunehmendes Anspruchsdenken mit resultierender größerer Inanspruchnahme des sozialen Sicherungssystems, erneut steigenden Gesundheitsausgaben, weiter steigenden Beitragssätze.⁸

Am 1. April 2007 ist die neueste „GR“ in Kraft getreten. Hieraus ergeben sich für das gesamte Gesundheitswesen Veränderungen. Die wesentlichen Ziele dieser GR sind die Einführung eines allgemeinen Versicherungsschutzes, die Verbesserung der medizinischen Leistungen, die Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (*GKV*) und Privaten Krankenversicherung (*PKV*) und die Reform der Finanzierungsordnung. Letztere soll mittels eines Gesundheitsfonds durchgeführt werden.⁹

Im Folgenden wird ein Überblick über einige der wichtigen Punkte der GR gegeben:

- Damit niemand durch das Eintreten einer Krankheit in seiner wirtschaftlichen Existenz gefährdet ist, wurde am 1.4.2007 in der *GKV* eine Versicherungspflicht eingeführt.¹⁰ Hiermit sind die gesetzlichen Krankenkassen (GKK) nun verpflichtet, alle versicherungspflichtigen Personen aufzunehmen. Versicherte, die ehemals in der *PKV* Mitglied waren, können in den Standardtarif der *PKV* zurückkehren. Dies ist bereits seit dem 1.7.2007 möglich.
- Ab dem 1.1.2009 gilt erstmals eine Versicherungspflicht für jeden Bundesbürger in Deutschland. In der *PKV* wird ebenfalls ab diesem Zeitpunkt ein Basistarif (bis dahin: Standardtarif) eingeführt, in den auch Personen ohne vorherige gesundheitliche Untersuchung, wie sonst in der *PKV* üblich, eintreten dürfen.
- Die medizinische Versorgung wird gleichzeitig auf verschiedenen Ebenen angehoben. Empfohlene Impfungen, sowie Vater-/Mutter-Kind-Kuren werden, abweichend zur bisherigen Situation, zur Pflichtleistung der Kassen.¹¹
- Eine vermehrte ambulante Behandlung soll weiterhin zu einer verbesserten Versorgung beitragen. So können nun auch schwere Krankheiten wie z. B. Krebs ambulant in Krankenhäusern behandelt werden.
- Geht es um die Wahl der Rehabilitationseinrichtung können Patienten nun mitbestimmen.¹²

⁸ Vgl. Oberender, Peter O./Hebborn, A./Zeth, J., Wachstumsmarkt Gesundheit, 2006, S. 11.

⁹ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) <http://www.die-gesundheitsreform.de/gesundheitsreform/themen/thema.4ml?thema=gesundheitsfonds>

¹⁰ Vgl. o.V. Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.), Willkommen in der Solidarität – Informationen zur Gesundheitsreform 2007.

¹¹ Vgl. Deutscher Gewerkschaftsbund (Hrsg.) http://www.dgb.de/themen/gesundheitspolitik/gesundheitsreform/index_html

¹² Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) www.die-gesundheitsreform.de

- Seit 2007 ist es KK möglich, mit Pharmaunternehmen Rabattverträge für Arzneimittel auszuhandeln.¹³ Die Versicherten können in Folge dessen von den vergünstigten Preisen profitieren. Werden sehr teure Arzneimittel verschrieben, muss künftig eine Zweitmeinung eines weiteren Arztes eingeholt werden.

Nachdem bisher auf die Änderungen der allgemeinen Leistungen eingegangen wurde, geht es im Folgenden um den Wettbewerb unter den KK, der durch die GR verstärkt werden soll.

Basis der GR ist weiterhin das Solidarprinzip. Den Versicherten soll jedoch bewusst gemacht werden, dass die Ausgaben im Gesundheitssystem steigen. Dies wird z.B. durch den erhöhten einheitlichen Beitragssatz deutlich. Erstmals bekommen jedoch Versicherte z.B. durch die WT (vgl. Kapitel 2.4) Anreize, durch eine rationale Inanspruchnahme medizinischer Leistungen, Geld sparen zu können. Ziel dieser Maßnahme soll es sein, die steigenden Kosten im Gesundheitswesen u. a. bedingt durch die zunehmende Verschiebung in der Altersstruktur der Bevölkerungspyramide, zu senken, oder zumindest die Steigerung der Kosten zu entschleunigen.

Jede Kasse kann seit der neuen GR ihren Mitgliedern zusätzlich optionale WT anbieten. Hierdurch erhofft sich die Regierung eine Förderung des Wettbewerbes unter den KK, die sich nun individueller auf ihre Versicherten einstellen können.¹⁴

Der einheitliche Beitragssatz, der in der gesetzlichen Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung bereits existiert, wird ab dem 1. 1. 2009 bei allen KK eingeführt. Dies ist ein weiterer wichtiger Punkt der GR. Am 1. 11. 2008 wird er von der Bundesregierung festgelegt. Die KK gehen davon aus, dass dieser bei knapp 15,5% liegen wird.¹⁵ Zurzeit liegt der durchschnittliche Satz der *GKV* bei 14,8%.¹⁶ Durch diese Maßnahme soll zukünftig der Wettbewerb unter den Kassen auf Basis der Leistungen gestärkt werden. Das KK-Wahlkriterium des Beitragssatzes ist damit nicht mehr vorhanden. Im Zuge dessen wird es für die Krankenkassen noch wichtiger qualitativ hochwertige Leistungen anzubieten, um am Markt konkurrenzfähig zu bleiben und viele Mitglieder zu werben.

Fusionen zwischen den einzelnen Kassen sind demnächst ebenfalls möglich. Folglich können sich beispielsweise Ersatzkassen mit Innungskrankenkassen zusammenschließen. Die alte Regelung sieht nur krankenkasseninterne Fusionen vor. So möch-

¹³ Vgl. Deutscher Gewerkschaftsbund (Hrsg.) http://www.dgb.de/themen/gesundheitspolitik/gesundheitsreform/index_html

¹⁴ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) http://www.die-gesundheitsreform.de/gesundheitsreform/ueberblick/wettbewerb_im_gesundheitswesen/index.html

¹⁵ Vgl. Institut für Gesundheitsökonomik (Hrsg.) http://ifg-muenchen.com/Kassenstudie_Bericht_Jan_2008.pdf

¹⁶ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) www.die-gesundheitsreform.de

te das *Gesundheitsministerium* in Zukunft quantitativ weniger, aber dafür „schlagkräftigere“ KK auf dem Markt etablieren.¹⁷

Tabelle 2.1: Die wichtigsten Änderungen der GR im Überblick

Betreffende Gruppierung	Thema	Neue Regelung	Alte Regelung
Versicherte	Versicherungsschutz	- die Pflichtversicherung für alle Personen wird eingeführt	- Wer aus der Versicherung ausgeschieden war und nicht in der PKV versichert werden konnte, hatte keine Möglichkeit zur Rückkehr in eine Versicherung
	Wahl der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung	- Versicherte haben nun ein Wahlrecht über ihre Rehaeinrichtung, müssen jedoch zuzahlen, falls mehr Kosten entstehen als die der Vertragseinrichtungen - Zusätzliche Leistungen: geriatrische Reha und verbesserte Palliativversorgung	- Wünsche des Versicherten sollten berücksichtigt werden, die Wahl der Einrichtung wurde jedoch von der KK vorgenommen
	Leistungen	- Impfungen werden eine Pflichtleistung	- Katalog mit medizinisch notwendigen Leistungen - Empfohlene Impfungen als Satzungsleistung nicht zwingend
	Wahlmöglichkeiten	- Flexiblere Wahlmöglichkeiten - Die KK müssen bestimmte Wahltarife wie z.B. den Hausarzttarif anbieten, andere Tarife sind optional anzubieten (z.B. Selbstbehalte)	- Freiwillig Versicherte konnten z.T. Selbstbehalter wählen
KK	Beitragszahlung	- Ab 2009 gilt ein gesetzlich festgelegter einheitlicher Beitragssatz, dieser wird in den Gesundheitsfonds eingezahlt - die KK erhalten daraus für jedes Mitglied eine Grundpauschale plus Risikozuschläge	- Arbeitgeber zahlte die Krankenversicherung und den Sozialversicherungsbeitrag an die Einzugsstelle (jeweilige KK)
	Beitragssatz	- ab 2009 gilt ein gesetzlich festgelegter einheitlicher Beitragssatz	- KK konnten individuell den Beitragssatz festlegen
	Institutionell	- KK werden für den Wettbewerb geöffnet und können fusionieren	- KK konnten nur für einen begrenzten Personenkreis zugänglich sein - Fusionen waren nur kassenartintern möglich
Apotheke	Verträge mit Arzneimittelherstellern	- Verträge der KK mit Arzneimittelherstellern über Rabatte werden verbessert, damit können Versicherte bei bestimmten Medikamenten sparen	- KK können mit Arzneimittelherstellern Verträge schließen
	Rabatte	- Die Apotheker müssen 2,30 € pro Rezept Rabatt an die KK abführen	- Apothekenrabatt an die Kassen beträgt 2 €
	Abgabe von Medikamenten	- Bei Arzneimitteln dürfen nun auch einzelne Tabletten abgegeben werden	- Abgabe nur als Packung möglich
Ärzte	Verordnungen	- Spezielle Arzneimittelverordnungen müssen von einem Facharzt ausgestellt werden	- jeder Arzt kann Verordnungen ausstellen
	Vertragsregelungen	- Abweichende Vereinbarungen sind nun zulässig - Künftige Bezahlung nicht mehr über ein Punktesystem, sondern über eine feste Gebührenordnung	- Kollektivverträge zw. KK und Kassenärztlichen Vereinigungen
	Abrechnung mit den KK	- Bei allen KK gleiche Preise für dieselben Leistungen	- Honorar mit floatenden Punkwerten - Vergütungshöhe variiert nach KK
Selbstverwaltung	Krankenkassenverbände	- Ab 2008 ein Spitzenverband auf Bundesebene, der die Rahmenbedingungen für einen intensiveren Wettbewerb um Qualität und Wirtschaftlichkeit regeln soll	- Auf Bundesebene sieben kassenartbezogene Spitzenverbände, kein zentraler Spitzenverband

Quelle: www.die-gesundheitsreform.de

¹⁷ Vgl. Stern.de GmbH (Hrsg.) <http://www.stern.de/wirtschaft/finanzen-versicherung/versicherung/:Gesundheitsreform-Das-Aus-Krankenkassen/564200.html>

2.2 Der Gesundheitsfonds

2.2.1 Grundlagen

Die Ausgaben der GKV werden proportional auf alle Mitglieder umverteilt. Die zu zahlenden Beiträge richten sich nach dem jeweiligen Einkommen der Versicherten. Dies bedeutet, dass auch derjenige, der auf Grund eines geringeren Einkommens weniger einzahlt, dieselbe Versorgung erhält, wie eine Person mit einem höheren Einkommen (Solidaritätsprinzip). Der Anspruch auf medizinische Leistung ist demnach nicht vom gezahlten Beitrag und von der individuellen Krankheitswahrscheinlichkeit (Morbidität) abhängig (also keine aktuarische Prämie). Es erfolgen so genannten Solidarausgleiche zwischen gesunden und kranken Mitgliedern, zwischen alten und jungen, einkommensstarken und einkommensschwachen, sowie zwischen kinderlosen Versicherten und Familien.¹⁸

Ab 1. 1. 2009 wird der so genannte Gesundheitsfonds (GF) eingeführt. Ziel ist eine Umorganisation der Finanzierung der GKV in Deutschland ab 2009. Dieses Konzept ist ein Kompromiss der konträren Meinungen innerhalb der großen Koalition. Die Koalitionsparteien haben versucht, ihre Modelle, auf der einen Seite die „Bürgerversicherung“ (Einkommen zählt), auf der anderen die „Kopfpauschale“ (jeder zahlt denselben Beitrag) mit Hilfe des GF zu vereinigen.¹⁹ Finanziert wird der GF über die Beiträge der Versicherten und über Steuereinnahmen, die direkt in diese Art „Sammeltopf“ eingezahlt werden. Zur Abgeltung der Aufwendungen der KK für versicherungsfremde Leistungen (z. B. ambulante und stationäre Kuren), leistet der *Bund* für das Jahr 2009 vier Milliarden € an den GF. In den folgenden Jahren erhöhen sich die Zahlungen um jeweils 1,5 Milliarden € bis zu einer Summe von 14 Milliarden €. ²⁰

Aus dem Fonds erhalten die KK pro Versichertem eine Grundpauschale, welche die durchschnittlichen Behandlungskosten decken soll. Weitere Zu- und Abschläge gibt es je nach Alter, Geschlecht und Krankheitsfaktoren der Versicherten. Somit erhalten KK mit vielen gesunden Versicherten weniger Geld aus dem Gesundheitsfonds.²¹ Kommt eine KK mit den Zuteilungen aus dem Gesundheitsfonds nicht aus, kann sie von ihren Versicherten einen zusätzlichen Beitrag verlangen.²² Dieser ist je-

¹⁸ Vgl. Simon, M., (FN 1), S. 53.

¹⁹ Vgl. ZEIT online GmbH (Hrsg.)
<http://www.zeit.de/online/2007/06/bildergalerie-gesundheitsreform>

²⁰ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.)
<http://www.die-gesundheitsreform.de/glossar/gesundheitsfonds.html>

²¹ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.)
<http://www.die-gesundheitsreform.de/glossar/gesundheitsfonds.html>

²² Vgl. DAK-Unternehmen Leben (Hrsg.)
<http://www.dak.de/content/dakhome/gesundheitsfonds.html>

doch auf 1% des beitragspflichtigen Einkommens („ein Prozent-Regelung“) begrenzt. KK müssen ihre Versicherten in diesem Fall auf die Möglichkeit des Kassenwechsels hinweisen. Im umgekehrten Fall, bei guter wirtschaftlicher Lage, können die Kassen ihren Versicherten einen Teil der Zahlungen rückerstatten.²³ Durch diese Maßnahme sollen die Leistungen der KK transparenter werden.

Verwaltet wird der Fonds durch das *Bundesversicherungsamt*, welches auch den Risikostrukturausgleich (vgl. Kapitel 2.2.2) durchführt.²⁴

Voraussetzung für den Start am 1.1.2009 ist jedoch die vorherige Entschuldung der KK. Damit dieses Ziel erreicht werden kann, sind die Beiträge einiger KK zum 1.1.2007 erhöht worden.

Zur Veranschaulichung werden die Zusammenhänge, der vom GF betroffenen Institutionen, in der Abbildung 2.1 grafisch dargestellt.

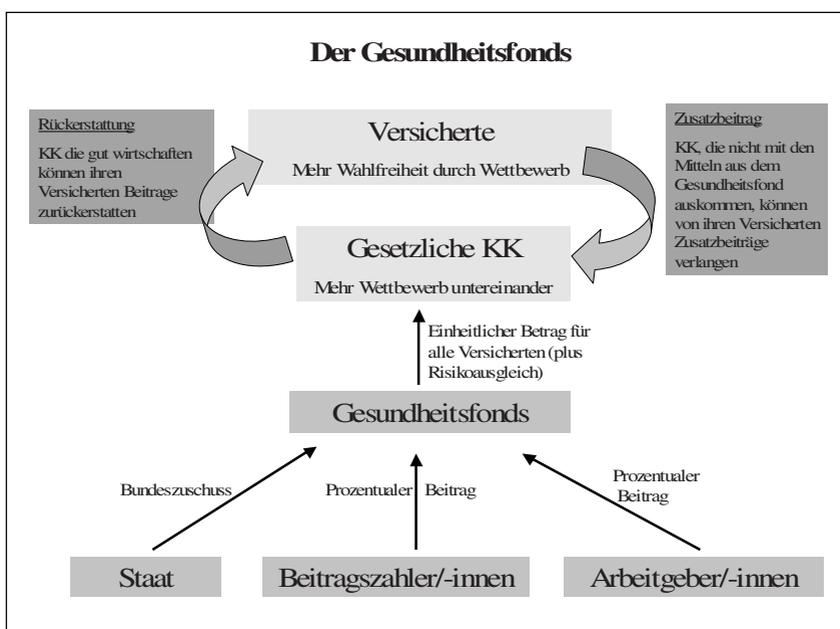


Abbildung 2.1: Der Gesundheitsfonds

Quelle: in Anlehnung an www.die-gesundheitsreform.de

²³ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) <http://www.die-gesundheitsreform.de/glossar/gesundheitsfonds.html>

²⁴ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) <http://www.die-gesundheitsreform.de/gesundheitsreform/themen/thema.4ml?thema=gesundheitsfonds>

2.2.2 Der Risikostrukturausgleich (RSA)

Modellhaft funktioniert der RSA wie folgt: Gelänge es, das Ausgabenrisiko der Versicherten perfekt abzubilden, so wären bei regulierten Prämien schlechte Risiken aus der Sicht der Kassen gar keine schlechten Risiken mehr. Anreize zur Risikoselektion würden so wegfallen. Gleichzeitig hätten nun die Kassen den Anreiz, mit den zugeleiteten „quasi-risikoäquivalenten“ Mitteln wirtschaftlich umzugehen, um so Wettbewerbsvorteile zu erreichen.²⁵

Der RSA entspricht nur ansatzweise diesem Modell, wie weiter unten noch aufgezeigt wird.

Der Risikostrukturausgleich (RSA) zwischen den KK wurde bereits 1994 eingeführt. Seit 1. 1. 1996 besteht die Kassenwahlfreiheit, wodurch auch Ersatzkassen den Versicherten offen stehen. Der RSA wurde eingeführt, da man befürchtete, dass sich in einzelnen KK Versicherte mit „guten Risiken“ und in anderen KK Versicherte mit „schlechten Risiken“ sammeln würden (Risikoentmischung).²⁶ Unter einem „guten Risiko“ versteht man gesunde und gutverdienende Versicherte. Mitglieder mit überdurchschnittlichem Erkrankungsrisiko und unterdurchschnittlichem Einkommen bezeichnet man hingegen als Mitglieder mit einem „schlechten Risiko“.²⁷ Ohne den RSA würden demnach KK mit vielen „schlechten Risiken“ einen hohen Beitragssatz anbieten müssen, im Gegensatz zu den KK mit „guten Risiken“. Um nicht gegen das Solidarprinzip, der *GKV* zu verstoßen, wurde der RSA eingeführt. Ohne eine solidarische Wettbewerbsordnung würde für die Kassen ein wirtschaftlicher Anreiz bestehen, insbesondere gut verdienende, junge und gesunde Versicherte zu werben. Diese Risikoselektion soll durch den RSA als zentrales Element einer solidarischen Wettbewerbsordnung verhindert werden.²⁸

Zeitgleich mit der Einführung des Gesundheitsfonds startet am 1. Januar 2009 der weiterentwickelte RSA, der so genannte morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich. Im Folgenden werden kurz der indirekte und der direkte morbiditätsorientierte RSA dargestellt.

1. Der indirekte RSA

Die Morbiditätsunterschiede werden zurzeit noch indirekt erfasst, d. h. es wird über die soziodemographischen Unterschiede indirekt das Risiko des Mitgliedes eingestuft. Bieten KK strukturierte Behandlungsprogramme, ebenfalls für Mitgliedergruppen hohen Risikos an, wird dies zusätzlich positiv bewertet.

²⁵ Vgl. Oberender, Peter O./Fleischmann, Jochen., Der Risikostrukturausgleich zwischen den Gesetzlichen Krankenkassen, in *WiSt*, H. 11, 2001, S. 602.

²⁶ Vgl. Simon, M., *Das Gesundheitssystem in Deutschland*, 2005, S. 120.

²⁷ Vgl. Simon, M., (FN 3), S. 120.

²⁸ Vgl. Oberender, Peter O./Hebborn, A./Zeth, J., *Wachstumsmarkt Gesundheit*, 2006, S. 225.

Was bisher jedoch nicht ausreichend einbezogen wurde, ist der individuelle Gesundheitszustand, sowie der jeweilige Versorgungsbedarf der Versicherten.²⁹ Dies soll sich mit der neuen GR ändern.

2. *Der direkte RSA*

Laut neuer Regelung ist ab 2009 eine direkte Erfassung der Morbiditätsunterschiede gegeben (§ 268 SGB V).³⁰

Die Versicherten werden nicht mehr in Klassen nach soziodemographischen Kriterien eingeteilt. Zukünftig wird auch der Gesundheitszustand des Einzelnen konkret berücksichtigt.³¹

Die Orientierung bei dem morbiditätsorientierten RSA erfolgt an 50 bis 80 Krankheiten. Bei diesen Krankheiten müssen die durchschnittlichen Leistungsausgaben pro Versichertem die GKV-weiten durchschnittlichen Ausgaben um mindestens 50% übersteigen.³²

Mit Hilfe des RSA wird so der Wettbewerbsnachteil der KK mit einer schlechten Risikostruktur ausgeglichen.

2.3 Kritische Aspekte

2.3.1 *Kurzfristige Umstellungsprobleme im Jahr 2009*

Problematisch erscheint die Einführung des Gesundheitsfonds vor allem für Kassen, die derzeit eine Versicherung zu einem vergleichsweise günstigen Beitrag anbieten. Sie müssten zum Jahreswechsel 2009 den Einheitsbeitrag von möglicherweise 15,5 Prozent des Bruttoeinkommens erheben, insofern dann von ihren Versicherten einen verteuerten Beitrag einfordern. Zusatzbeiträge könnten ergänzend von Versicherten gefordert werden, wenn die Kassen mit dem Geld aus dem Gesundheitsfonds nicht auskommen. Eine Reihe von Mitgliederbefragungen unterschiedlicher Marktakteure haben ergeben, dass der Beitragssatz der sensibelsten Parameter für die Versicherten ist, die für Wechselentscheidungen herangezogen werden. Seit 1996 herrscht Wahlfreiheit der Krankenkassen, insofern könnte es im Jahre 2009 zu einem Massenwechseln aufgrund von Beitragsänderungen kommen. Dies könnte einigen Kassen in

²⁹ Vgl. Krankenkassen direkt (Hrsg.) <http://www.gesundheitsstrukturreform.de/services/faq.pl?val=1196186028&job=uni&faq=9615795>

³⁰ Vgl. Simon, M., *Das Gesundheitssystem in Deutschland*, 2005, S. 123.

³¹ Vgl. AOK-Die Gesundheitskasse (Hrsg.) www.aok-bv.de/politik/agenda/rsa/index_03182.html

³² Krankenkassen direkt (Hrsg.) www.gesundheitsstrukturreform.de/services/faq.pl?val=11956584&job=uni&faq=9615795

erhebliche Schwierigkeiten durch die Mitgliederabwanderungen bringen. Sehr wahrscheinlich werden die Krankenkassen, die jetzt einen vergleichsweise günstigen Beitragssatz anbieten, diese Entwicklung vorwegnehmen und alles daran setzen, um eine Beitragserhöhung zu vermeiden. Dann verbliebe, bei ausgeschöpfter Optimierung der Verwaltungsprozesse, nur eine Kürzung bzw. Deckelung der Leistungen, um finanzielle Engpässe zu vermeiden. Dies käme einer Art Rationierung gleich.

2.3.2 *Langfristige systemimmanente Probleme*

Die Beiträge zur GKV sind einkommensabhängig (nach der Leistungsfähigkeit), die Leistungserbringung erfolgt aber bedarfsabhängig. Es gibt keine unmittelbare Verknüpfung zwischen geleisteten Beiträgen und in Anspruch genommenen Leistungen. Auch ist die Eintrittswahrscheinlichkeit von Schadensfällen nicht unabhängig von der Existenz eines Versicherungsschutzes. Es lässt sich beobachten, dass Versicherte Leistungen nachfragen, die sie ohne Versicherungsschutz nicht nachgefragt hätten (Freifahrerverhalten).³³ Es existiert bei den KK keine Einheit von Handeln und Haftem beim Versicherten.³⁴

Für KV besteht ein Anreiz, trotz Kontrahierungszwang, zur subtilen Risikoselektion (z. B. gezielt Ansprache von jungen Einkommensstarken Personen, Vermeidung von chronisch Kranken), um möglichst hohe Einnahmen und möglichst niedrige Risiken (= potentiell niedrige Ausgaben) zu realisieren. Dies hat eine höchste unsolidarische Konsequenz. Die Krankenkassen verwenden nämlich knappe Ressourcen zur Risikoreduzierung, anstelle diese Ressourcen in Innovationen (z. B. für chronisch Kranke) zu investieren. Risikoselektion an sich nicht zielführend, also ineffektiv, da sie Ressourcen bindet (Verschwendung). Hier setzt der morbiditätsorientierte RSA an. Er soll dafür sorgen, das solidarisch gezahlte Beiträge in „quasi-risikoäquivalente“ Prämien überführt werden. Diese umgerechneten Prämien entsprechen dann den vorhandenen Risiken der jeweiligen KV. Dies hätte tatsächlich zur Konsequenz, dass der Anreiz zur Risikoselektion entfällt. Allerdings schafft er noch immer keinen Anreiz zum wirtschaftlichen Handeln, da die Einheit von Handeln und Haftem verletzt bleibt. Einzelne Kassen können Mindereinnahmen und Mehrausgaben sozialisieren, denn es erfolgt später ein Ausgleich über die tatsächlichen Ausgaben. Ein Wirtschaftlichkeitsanreiz ergibt sich nur, wenn die Krankenkassen keinen Einfluss auf die Höhe dieser standardisierten Leistungsausgaben (RSA Verrechnungseinheiten) hätten und insofern kein „automatischer“ Ausgleich der tatsächlichen Ausgaben zu erwarten wä-

³³ Vgl. Oberender, Peter O./Hebborn, A./Zeth, J., Wachstumsmarkt Gesundheit, 2006, S. 53.

³⁴ Vgl. Oberender, Peter O./Fleischmann, Jochen., Der Risikostrukturausgleich zwischen den Gesetzlichen Krankenkassen, in WiSt, H. 11, 2001, S. 599.

re. Die Ermittlung der RSA-Ausgleichszahlungen erfolgen aber schwerpunktmäßig über den Beitragsbedarf (Ermittlung aus standardisierten Leistungsausgaben). Die KK haben aber Einfluss auf die standardisierten Leistungsausgaben, z. B. durch hohen Marktanteil innerhalb einer bestimmten Risikogruppe. Der Gesundheitsfonds auf der Basis des RSA wirken in letzter Konsequenz wie ein Bestandschutz der aktuellen Kassenstruktur.³⁵

2.4 Die Wahltarife

2.4.1 Grundlagen

Seit in Krafttreten der GR können die Mitglieder der *GKV* nun auch Wahltarife anstelle der Regelversorgung abschließen.³⁶ Laut einer Studie des *Marktforschungsinstitutes TNS EMNID*, Bielefeld, ist die Nachfrage bei den Versicherten in der *GKV* nach zusätzlichen Wahlmöglichkeiten gegeben.³⁷ So war u. a. ein Ergebnis der Studie, dass mehr als drei Viertel der Befragten gerne ihr individuelles Leistungspaket in der *GKV* wählen würden.

Seit der Gesundheitsreform haben nun die KK einerseits die Option, andererseits die Verpflichtung Wahltarife anzubieten.³⁸

Es wird also zwischen Tarifen, die KK anbieten müssen und denen die sie freiwillig anbieten können, unterschieden. Die Versicherten verpflichten sich „im Gegenzug“ mit Abschluss eines freiwilligen Angebotes der KK, drei Jahre an den Tarif und somit auch an die Kasse zu binden. In diesem Zeitraum ist kein Wechsel der Kasse möglich, auch nicht wenn der Beitragsatz angehoben wird. Bei den Tarifen, die KK anbieten müssen, beträgt die Vertragslaufzeit ein Jahr.

Die Wahltarife sind jedoch nicht ganz neu für die *GKV*, so hat z. B. die *TK* bereits vor der neuen GR schon einen Selbstbehalttarif in einem Modellvorhaben am Markt getestet.³⁹ Es wurde befürchtet, dass notwendige medizinische Leistungen auf Grund des Selbstbehaltes weniger nachgefragt würden. Dies konnte nicht bestätigt werden. Ergebnis war, dass die Leistungen lediglich gezielter nachgefragt wurden.

³⁵ Vgl. Oberender, Peter O./Fleischmann, Jochen., Der Risikostrukturausgleich zwischen den Gesetzlichen Krankenkassen, in *WiSt*, H.11, 2001, S. 605

³⁶ „Kundenbindung durch Wahltarife – Neue Möglichkeiten im Krankenkassen-Marketing“, G. Weber in: *Gesundheits- und Sozialpolitik (7–8/2007)*, S. 1.

³⁷ Vgl. Rebscher, H., *Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik*, 2006, S. 834.

³⁸ Vgl. *Krankenkassen direkt* (Hrsg.) <http://www.gesundheitsstrukturreform.de/services/faq.pl?val=1212649177&job=uni&faq=9804340>

³⁹ Vgl. *Techniker Krankenkasse* (Hrsg.) www.tk-online.de/centaurus/generator/tk-online.de/01_gut_versichert/10_wahltarife/02_pionierarbeit/pionierarbeit.html

2.4.2 Ziele der Wahltarife

Mit Hilfe der neuen Tarife soll der Wettbewerb unter den KK gefördert werden, die sich mittels der Wahltarife noch individueller auf die Bedürfnisse ihrer Versicherten einstellen können.⁴⁰ Wettbewerb ist ein ökonomisches Prinzip, welches gute Leistungen zu möglichst günstigen Preisen als Ziel hat. Doch was bedeutet Wettbewerb im Zusammenhang mit unserem Gesundheitswesen? Einige meinen, der Wettbewerb im Gesundheitswesen sei nicht mit anderen Branchen zu vergleichen. Gesundheit sei kein käuflich zu erwerbendes Produkt, sondern ein „existenzielles Gut“, welches nicht beliebig ersetzbar oder konsumierbar ist.⁴¹ Andere sind der Auffassung, dass ein Individuum sich nicht darauf einlassen würde, für die Gesundheit alle anderen Güter herzugeben oder auf deren Erwerb völlig zu verzichten. Würde das gesamte Einkommen zur Verbesserung des Gesundheitszustandes verwendet, so fehlten gerade die Mittel, diesen verbesserten Gesundheitszustand mit Leben zu erfüllen. Andere Grundbedürfnisse wie Ernährung, Kleidung oder Wohnen könnten aufgrund fehlender Mittel nicht befriedigt werden. Ökonomisch betrachtet liegt eine Knappheits-situation vor, die dazu führt, dass mit wirtschaftlichen Methoden eine knappheits-gerechte Verteilung der Ressourcen erforderlich ist.⁴²

Das Thema Wettbewerb wird in Zusammenhang mit der Gesundheit von vielen Menschen offenbar nicht im Kontext mit der sozialen Marktwirtschaft gesehen. Es gibt durch die WT dennoch positive Effekte des Wettbewerbes unter den KK. Dieser schützt vor der Marktmacht einzelner KK, wovon wiederum der Versicherte profitieren kann. Die Kassen werden somit teilweise angereizt, ihre finanziellen Mittel in „ihre möglichst produktivste Verwendung zu lenken“.⁴³

Durch die neuen WT sollen die KK die Möglichkeit nutzen, sich über die Qualität ihrer Versorgungsangebote im Wettbewerb zu differenzieren und ihre Tarifgestaltung an den Bedürfnissen der Versicherten auszurichten.⁴⁴ Die neuen WT, als zusätzliches Unterscheidungsmerkmal, stellen ein Instrument zu dieser Zielerreichung dar.⁴⁵ Gleichzeitig erhöhen sich durch die angebotenen Tarife die Wahlmöglichkeiten für die Versicherten.

⁴⁰ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) <http://www.die-gesundheitsreform.de/gesundheitsreform/themen/thema.4ml?thema=wahltarife>

⁴¹ Vgl. Rebscher, H., Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik S. 350.

⁴² Vgl. Oberender, Peter O./Hebborn, A./Zeth, J., Wachstumsmarkt Gesundheit, 2006, S. 23.

⁴³ Vgl. Rebscher, H., (FN 2), 2006, S. 45.

⁴⁴ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) <http://www.die-gesundheitsreform.de/gesundheitsreform/themen/thema.4ml?thema=wahltarife>

⁴⁵ Vgl. Kundenbindung durch Wahltarife – Neue Möglichkeiten im Krankenkassen-Marketing, G. Weber aus: Gesundheits- und Sozialpolitik (7–8/2007), S. 2.

Ursprüngliches Ziel der WT war es, Versicherte von der Abwanderung in die *PKV* abzuhalten.⁴⁶ Mittels der WT konnte ein neuer Markt für die *GKV* erschlossen werden, der vorher nur in Zusammenarbeit mit der *PKV* möglich war.

Neben einer verbesserten medizinischen Versorgung, soll eine intensivere Kundenbindung ebenfalls im Vordergrund stehen. Mit der gesetzlich vorgeschriebenen Bindung von drei Jahren an die optionalen Tarife ist diese automatisch und zwingend gegeben.⁴⁷ Bei den Pflichtangeboten hingegen besteht sie nur für den Zeitraum von einem Jahr.

Mit Hilfe der neuen Tarife möchte man zusätzlich die Wirtschaftlichkeit ausbauen.⁴⁸ Das rationale Verhalten der Versicherten soll gefördert werden, die vermehrt Verantwortung für ihre Gesundheit übernehmen sollen. Durch Anreize zur Kostenersparung bei den Versicherten soll in Folge dessen eine Kostensenkung erreicht werden. Anreize sollen z. B. die Selbstbehalttarife geben.

2.4.3 *Verpflichtende Tarife*

2.4.3.1 **Der Hausarzttarif**

Wählt der Versicherte den Hausarzttarif, verpflichtet er sich damit im Krankheitsfall immer erst seinen Hausarzt aufzusuchen. Ein Facharzt wird nur noch nach Überweisung durch den Hausarzt konsultiert. Die sonst fällige Praxisgebühr entfällt in diesem Fall. Der Versicherte kann so bis zu 40 € im Jahr sparen.

An diesen Tarif ist der Kunde in der Regel mindestens für ein Jahr gebunden.

Ziel dieses Tarifes ist es, Doppeluntersuchungen und die damit verbundenen höheren Kosten für die KK zu vermeiden.⁴⁹

2.4.3.2 **Tarife mit integrierter Versorgung**

Da sich früher die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Sektoren im Gesundheitsbereich oftmals als schwierig und „langatmig“ herausstellte, wird nun die integrierte Versorgungsform eine Pflichtleistung für KK. Ziel des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) ist es, die integrierte Versorgung als ein Instrument zur besseren Verzahnung zwischen den einzelnen Bereichen im Gesundheitsbereich zu nutzen. Integriert bedeutet, die KK können ihren Versicherten durch die Kooperation zwischen Haus- und Fachärzten, ambulanten und stationären Bereichen,

⁴⁶ Vgl. Weber, (FN 3), S. 2.

⁴⁷ Vgl. Weber, (FN 3), S. 1.

⁴⁸ Vgl. Weber (FN 3) S. 3.

⁴⁹ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.)
www.die-gesundheitsreform.de/glossar/hausarztssystem.de

ärztlichen und nichtärztlichen Leistungserbringer nun eine optimale Versorgung anbieten.⁵⁰ Weiteres Ziel ist es auch hier Doppeluntersuchungen zu vermeiden und somit Kosten zu sparen. Diese Art von Tarifen wird für verschiedene Krankheitsbilder angeboten, z. B. Bandscheibenerkrankungen.

Bereits seit 2004 haben laut *Deutschem Gewerkschaft Bund (DGB)*, die Kassen mehr als 3.000 Verträge mit Ärzten, Krankenhäusern und anderen Leistungserbringern abgeschlossen. Zum Stichtag des 30.09.2007 waren es bereits 4800 Verträge.⁵¹ Durch die Vernetzung der einzelnen Bereiche wird eine erhöhte Versorgungsqualität für die Patienten erreicht. Je nach KK bekommen die Teilnehmer bei diesen Tarifen z. B. Zuzahlungsermäßigungen. Die „eigentliche“ Teilnahme ist für die Versicherten kostenlos.

2.4.3.3 Disease Management Programme

Bereits seit 2002 können KK ihren Versicherten Disease Management Programme (DMP) oder auch strukturierte Behandlungsprogramme anbieten. Diese Programme werden für Patienten mit bestimmten chronischen Krankheiten angeboten und zielen darauf ab, die Versorgung dieser Patientengruppe zu verbessern. Beispiele für Krankheiten die zu den Programmen zählen sind u. a. Brustkrebs, Diabetes mellitus (Typ 1 und Typ 2), KHK (koronare Herzkrankheit) und Asthma. DMP sind langfristig ausgerichtet, d. h. die Patienten sollen nicht erst im akuten Fall zum Arzt gehen, sondern „durch eine [...] ständige Behandlung, Betreuung und Beratung mehr Lebensqualität erlangen und vor Spätfolgen der Krankheit bewahrt werden“.⁵² So gehören beispielsweise Kontrolluntersuchungen zu diesen Programmen. Die KK bekommen für Patienten, die sich in die Programme eingeschrieben haben, mehr Zahlungen aus dem RSA, auf Grund der damit verbundenen höheren finanziellen Belastungen. Diese Kosten sollen durch die Verknüpfung von RSA und DMP gerechter auf die KK verteilt werden.⁵³

2.4.3.4 Modellvorhaben

Modellvorhaben werden schon länger auf dem Markt angeboten und sind im eigentlichen Sinne keine Tarife die gewählt werden können. Es werden ständig neue Behandlungsformen angeboten, wobei die verschiedenen Angebote in den einzelnen Bundesländern jeweils unterschiedlich sein können.

⁵⁰ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) www.die-gesundheitsreform.de

⁵¹ Vgl. Angabe der Bundesgeschäftsstelle der Qualitätssicherung, aus Fokus Money Studie: „Detailliert durchleuchtet“

⁵² Vgl. Specke, H.K., *Der Gesundheitsmarkt in Deutschland* S. 108.

⁵³ Vgl. Specke, H.K., (FN 3), S. 109.

Ziel ist die Erprobung neuer Therapie- oder Versorgungsformen, diese wissenschaftlich zu evaluieren und ggf. anschließend in die Regelversorgung zu übernehmen. Beispiel für ein Modellvorhaben aus der Vergangenheit ist die Akupunktur.⁵⁴

2.4.3.5 Besondere ambulante Versorgung

Bei diesem Tarif schließen Ärzte oder Ärztgruppen direkte Verträge mit den Krankenkassen ab. Der Patient verpflichtet sich, bei Wahl des Tarifes die ambulante Versorgung ausschließlich bei den bestimmten vertraglich gebundenen Ärzten durchführen zu lassen.⁵⁵

2.4.4 Optionale Tarife

2.4.4.1 Tarife mit Selbstbehalt

Viele KK bieten ihren Versicherten seit Inkrafttreten der GR Selbstbehalttarife an. Bei diesem Tarif sind die Prämie (Bonuszahlung von der KK an den Versicherten) und der Selbstbehalt (max. Zuzahlung des Versicherten) festgelegt.

Wer einen Selbstbehalttarif wählt, verpflichtet sich einen Teil der Behandlungskosten selber zu tragen. Die maximale Zuzahlung ist jedoch begrenzt, so dass ein überschaubares „Risiko“ für die Versicherten gegeben ist. Im Falle einer Erkrankung werden die jeweiligen Behandlungskosten von der Prämie abgezogen. Diese sind nicht vorhersehbar. Auf Grund dessen kann man nicht pauschal sagen, bis zu welcher Anzahl von Arztbesuchen im Jahr sich der Tarif noch lohnt. Die Prämie kann unter Umständen mit einem Arztbesuch „aufgebraucht“ sein oder aber, wenn nur geringe Behandlungskosten anfallen, auch nach mehreren Konsultierungen des Arztes noch nicht „aufgebraucht“ sein.

Nimmt der Versicherte in einem Jahr keine Leistungen in Anspruch, erhält er die volle Prämie ausgezahlt. Impfungen und Vorsorgeuntersuchungen werden nicht von der Prämie abgezogen. Im Falle, dass die Behandlungskosten den Selbstbehalt übersteigen, bekommt der Versicherte keine Erstattung von der KK und hat gewissermaßen einen „Verlust“ in Höhe des Differenzbetrages zwischen der Prämie und dem Selbstbehalt erfahren.

Der Versicherte hat zusätzlich die Möglichkeit, wenn er z. B. am Ende des Jahres krank wird, bisher aber noch keine Leistungen in Anspruch genommen hat, die anfallenden Kosten selber zu tragen. In diesem Fall erhält er trotzdem die volle Prämie seiner KK.

⁵⁴ Vgl. Bundesärztekammer und Kassenärztliche Vereinigung
<http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?id=51889>

⁵⁵ Vgl. o. V. Studie aus Fokus Money: „Detailliert durchleuchtet“, 2007.

Die Selbstbehalttarife sind nach Einkommen gestaffelt, d. h. je höher das Einkommen, desto höher der Selbstbehalt und dementsprechend auch die mögliche Prämie. Jede KK hat bei diesem Tarif ihre individuellen Abstufungen.

Beispiel: Ein Versicherter wählt einen Selbstbehalttarif mit einer Prämie von 100 € und einem Selbstbehalt von 120 €. Das bedeutet ein maximales Risiko von 20 € im Jahr (Selbstbehalt-Prämie = max. Risiko). Die Behandlungskosten bei Arztbesuchen, werden von der Prämie (100 €) abgezogen. Der Versicherte trägt diese jedoch nur bis zu der Selbstbehaltsumme (120 €). Geht er in einem Jahr lediglich zu Vorsorgeuntersuchungen, erhält er die gesamte Prämie (100 €) von der KK. Bekommt er z. B. eine Grippe und wird für 50 € behandelt, bekommt er lediglich 70 € ($120 € - 50 € = 70 €$) von der KK erstattet. Übersteigen die Behandlungskosten den Selbstbehalt, verfällt die gesamte Prämie.

Bei den einzelnen KK werden jedoch verschiedene Modelle angeboten. Bei der AOK z. B. wird pauschal pro Arztbesuch oder Krankenhausaufenthalt ein festgelegter Betrag, der sich nach dem Einkommen der Versicherten richtet, von der Prämie abgezogen. Mit Hilfe dieser „Kostentransparenz“ können die Versicherten vor Wahl eines Tarifes das Risiko besser einschätzen.

2.4.4.2 Tarife mit Kostenerstattung

Bei einem Kostenerstattungstarif wird der Versicherte wie ein Privatpatient behandelt und bekommt bei Wahl dieses Tarifes z. B. schneller Termine bei Ärzten.⁵⁶ Die erbrachte Leistung des Arztes wird in Rechnung gestellt, die der Versicherte zunächst bezahlt und danach mit seiner KK abrechnet. Die Rechnungen mit Diagnose, Art und Umfang der Leistungen werden bei der KK eingereicht. In den meisten Fällen erfolgt dies nach einem Abrechnungszeitraum. Der Abrechnungssatz kann hier dem eines Privatpatienten gleich gestellt sein. Erstattet werden die Leistungen, die auch über die Versichertenkarte abgerechnet werden würden. Der Patient muss bei diesem Tarif demnach die Differenz zwischen dem Rechnungsbetrag und den Zuzahlungen, die die KK normalerweise erstattet, bezahlen.

Die Kostenerstattung kann dabei auf unterschiedliche Bereiche festgelegt werden, z. B. zahnärztliche, ambulante oder stationäre.⁵⁷

2.4.4.3 Tarife mit Beitragsrückerstattung

Dieser Tarif belohnt Personen, die innerhalb eines Jahres keine Leistungen in Anspruch genommen haben. Früherkennung, Vorsorge, Prävention und Impfungen sind hierbei ausgenommen. Der Versicherte bekommt in diesem Fall maximal ein Zwölf-

⁵⁶ Vgl. Handelsblatt GmbH (Hrsg.) <http://www.wiwo.de/finanzen/gesetzlich-versicherte-ein-bisschen-privat-dank-wahlтарifen270914/>

⁵⁷ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) http://www.die-gesundheitsreform.de/gesundheitsystem/themen_az/infoblaetter/wahlтарife/index.html?param=gl

tel seines Jahresbeitrages erstattet. Nimmt er Leistungen in Anspruch, die über die Versichertenkarte abgerechnet werden, verfällt die vollständige Prämie. Im Gegensatz zu den Selbstbehalttarifen hat der Versicherte bei dieser Art von Tarifen keinerlei Risiko.

Folgend werden in Abbildung 2.2 noch einmal die WT im Überblick dargestellt.

Die Wahltarife im Überblick*			
	Tarif	Angebot	Definition
§ 53 SGB V Wahl- tarife	Selbstbehalttarif	optional	Prämie für die Versicherten bei Beteiligung an den Behandlungskosten
	Beitragsrückzahlung	optional	Rückzahlung eines Monatsbeitrages, wenn innerhalb eines Jahres keine Behandlung (außer Vorsorge etc.) in Anspruch genommen wurde
	Hausarzttarif	verpflichtend	Erstattung der Praxisgebühr wenn der Versicherten immer zuerst zum Hausarzt geht
	Kosten- erstattungstarif	optional	Abrechnung wie bei Privatpatienten durch Rechnung, Kostenerstattung später durch die KK, auf versch. Bereiche festzulegen
	DMP	verpflichtend	Bessere Versorgung speziell für Patienten mit chronischen Krankheiten
	Tarif IGV	verpflichtend	Kooperationen der KK mit verschiedenen Leistungserbringern zur besseren Versorgung

*Auswahl

Abbildung 2.2: Übersicht der Wahltarife

2.4.5 Finanzierung der Tarife

Die Finanzierung der Tarife soll laut § 53 Abs. 9 SGB V über die Einsparungen, die die KK mit den Wahltarifen erreichen möchten, den Einnahmen und den Effizienzgewinnen erzielt werden.⁵⁸ Die Tarife sollen sich selbst tragen und dürfen nicht quer-subsventioniert werden.⁵⁹ Schwierig ist jedoch die Kalkulation der bevorstehenden

⁵⁸ Vgl. Kundenbindung durch Wahltarife – Neue Möglichkeiten im Krankenkassen-Marketing, G. Weber in: Gesundheits- und Sozialpolitik (7–8/2007), S. 3.

⁵⁹ Vgl. AOK-Bundesverband (Hrsg.) http://www.reform-aktuell.de/imperia/md/content/aok_bundesverband/dokumente/pdf/service/weller_gug_0407.pdf

bzw. vorhandenen Tarife durch die *GKV*, da noch unklar ist, wie präzise die Berechnung erfolgen kann. Die *PKV* ist mit dieser Art von Tarifen schon länger vertraut, die *GKV* jedoch erst seit kurzem. Ein Zugeständnis des *Bundesversicherungsamtes* erfolgt in dem Rahmen, dass die *KK* zunächst nur die Plausibilität der Tarife darlegen muss. Hieraus soll die Wirtschaftlichkeit der Tarife ersichtlich sein. Die Finanzierung der *WT* ist jedoch gefährdet wenn zumeist Versicherte mit einer positiven Risikostruktur die Tarife wählen, da diese ohnehin geringe Kosten verursachen.⁶⁰

2.4.6 Marktsituation der Wahltarife

Im folgenden Abschnitt wird auf die derzeitige Marktsituation eingegangen. Zunächst wird kurz die Sichtweise der Bevölkerung über die *GR* und die *WT* anhand einer Studie gezeigt. Dem folgend wird ein Auszug über die verschiedenen Kritikpunkte von Seiten der Politik als auch anderer Institutionen zu diesem Thema gegeben. Zum Abschluss wird zusätzlich die Marktsituation im Hinblick auf die bisher abgeschlossenen *WT* dargelegt.

Bei der Studie „Krankenkassen und Gesundheitsreform 2007“ im Auftrag des „Stern“ wurden 2.000 Bundesbürger im Zeitraum 30. 4.–13. 5. 07 zu der GR und den daraus resultierenden WT befragt. In der Stichprobe waren sowohl gesetzlich als auch privat versicherte Personen enthalten. Themen waren außer der GR u. a. die Zufriedenheit mit der KK und die KK-Wechselbereitschaft der Personen.

Geht es darum, ob die Personen ihrer Meinung nach ausreichend über die GR und die daraus resultierenden Veränderungen informiert worden sind, bestätigt dies lediglich jeder Dritte. Wobei sich privat Versicherte besser informiert fühlen als die gesetzlich Versicherten.

40% der Befragten gaben an, dass ihrer Meinung nach durch die GR die Probleme des Gesundheitswesens nicht gelöst werden. Dies bestätigen die weiteren Ergebnisse. Ein Ziel der Politik mit der GR die Versorgungsqualität zu erhöhen, wird nach Meinung der meisten Bürger nicht erreicht. So stimmen lediglich 4% dieser Aussage voll und ganz zu. Auch ein weiteres genanntes Ziel der Regierung, durch die GR Kosten zu sparen, sehen die Befragten nicht erfüllt. Lediglich 8% halten die Reform im Hinblick auf eine Kostenreduktion sinnvoll.

Geht es um die WT, stimmen lediglich 16% der gesetzlich Versicherten dem Statement voll und ganz zu, dass sie WT gut finden. Bei den privat Versicherten sind es hingegen 21%. Bei dem Thema, tatsächlich in einen WT zu wechseln, sind dies nur noch 11%.

Betrachtet man insgesamt die Ergebnisse der Studie, so wird deutlich, dass die Bevölkerung der *GR* und den *WT* eher kritisch gegenüber steht.

Bereits vor dem Start der neuen *GR*, wurde Kritik von verschiedenen Institutionen geäußert. So z. B. vom *Institut der deutschen Wirtschaft* aus Köln. Dies ist beispielsweise der Meinung, dass der gewünschte Wettbewerb unter den *KK* mit Einführung des Einheitsbeitrags, statt verstärkt zu werden, bereits wieder abnehmen wird.⁶¹

⁶⁰ Vgl. Kundenbindung durch Wahltarife – Neue Möglichkeiten im Krankenkassen-Marketing. G. Weber in: Gesundheits- und Sozialpolitik (7–8/2007), S. 4.

⁶¹ Iplus informationsienste gmbh (Hrsg.) www.vorsorge-und-finanzen.de

Weiterer Punkt der Debatte sind die neuen WT. So heißt es etwa in der *Financial Times Deutschland* vom 29.3.2007, dass durch diese ein „kaum durchschaubares Dickicht aus Selbstbehalt-, Bonus-, Erstattungs- und Premiumtarifen“ entsteht.

Auch die Zeitschrift „*Capital*“ vom 29.3.2007 übt Kritik an den Tarifen. Kritikpunkt ist hier die Finanzierung der WT, die sich nach Angaben der Regierung selber tragen sollen. Quersubventionierungen sind nicht erlaubt.

Laut *DGB* wird mit der neuen GR die Finanzierung der *GKV* nicht verbessert. Man ist sich sicher, dass die *GKV* zukünftig nicht mit den Geldern aus dem Gesundheitsfonds auskommen werden. Dies werde sich entweder in Zusatzzahlungen für die Versicherten niederschlagen, oder eine Einschränkung des Leistungskatalogs zur Folge haben. Auch die Kritik an den speziellen WT wird deutlich. So bewertet man die Prämien, die an die Versicherten gezahlt werden sollen eher negativ, da diese Gelder später an anderer Stelle fehlen werden.⁶²

Ähnlich sehen diesen Kritikpunkt auch die Angestellten der *GKV* selber, die ebenfalls der Meinung sind, dass dem System durch die Tarife später Geld fehlen wird. So werden nach Ansicht von *Herbert Rebscher* die WT sicherlich nie „ein Renner am Markt“ werden. So kritisiert der *DAK* Chef u. a. dass die Tarife sich v. a. an junge, gesunde Versicherte richten und damit zur Entsolidarisierung beitragen. Die KK sind seiner Meinung nach jedoch dazu gezwungen, die Tarife anzubieten um auf dem Markt wettbewerbsfähig zu bleiben. Er bezeichnet die Tarife eher als „Schmiergeld für gute Versicherungsrisiken als ein ökonomisch begründbares Wettbewerbsinstrument“.⁶³

Ein weiterer Kritikpunkt in der Diskussion um die WT geht von der *PKV* aus. Diese sieht durch die GR ihre Stellung im Markt der Zusatzversicherungen gefährdet. Die *Continental* sieht dies als frontalen Angriff der KK auf den privatwirtschaftlichen Markt der Zusatzversicherungen, so *Rolf Bauer*, Vorstandsvorsitzender der *Continental*. Dieser kritisiert weiterhin den unfairen Wettbewerb, da die *GKV* seiner Meinung nach über ihre eigentliche Aufgabe, die medizinisch notwendige Versorgung zu leisten, mit den neuen Zusatzversicherungstarifen hinausgeht.⁶⁴

Zum selben Thema nimmt auch die Politik Stellung. So will die *FDP* die Tarife mit Kostenerstattung streichen lassen um damit zu erreichen, dass die *GKV* nur in Zusammenarbeit mit der *PKV*, jedoch nicht selbstständig, derartige Wahltarife anbietet.⁶⁵

⁶² Vgl. Deutscher Gewerkschaftsbund (Hrsg.)

www.dgb.de/themen/gesundheitspolitik/gesundheitsreform/index_html

⁶³ Vgl. Krankenkassen direkt (Hrsg.)

www.krankenkassen-direkt.de/news/news.pl?val=1194883090&news=192994844

⁶⁴ Vgl. Krankenkassen direkt (Hrsg.)

www.krankenkassen-direkt.de/news/news.pl?val=<1195656555&news=183661240

⁶⁵ Vgl. Krankenkassen direkt (Hrsg.)

www.krankenkassen-direkt.de/news/news.pl?val=<1195656510&news=197812188

Nach obigen Meinungsbild hinsichtlich der GR und den WT, wird im folgenden Abschnitt die Marktsituation im Hinblick auf die bereits bisher abgeschlossenen Tarife erläutert. Diese wird in zwei Teile untergliedert. Zunächst wird die Situation kurz nach Einführung der WT dargestellt, bevor dann ein Marktüberblick über die Situation, ein Jahr nach Einführung der Tarife erfolgt. Hierfür wurden die KK angeschrieben und teilweise auch telefonisch kontaktiert. Die Resonanz auf die Anfragen war leider gering, weshalb die Angaben nicht vollständig dargelegt werden können.

Marktsituation November 2007

Wie bereits in der Studie vom „Stern“ deutlich wurde, zeigt die Bevölkerung eine eher defensive Haltung, wenn es um den Abschluss von WT geht. Dies zeigte auch die Praxis ein halbes Jahr nach Einführung der WT.

Erst 1.500 Verträge waren im November 2007 bei der Barmer abgeschlossen worden.⁶⁶ Bei der TK waren es ca. 3.000 Verträge. Mögliche Gründe für die bisherige Zurückhaltung der Versicherten könnte die Bindungsfrist von drei Jahren bei einigen Tarifen sein. Die vielen verschiedenen Tarife und Tarifvarianten (der „Tarifdschungel“), sind für Personen, die sich noch nicht mit dem Thema beschäftigt haben, zunächst schwer zu durchschauen. So kostet es die Mitglieder nicht nur Zeit die Angebote der eigenen KK zu überblicken, sondern auch Mühe die einzelnen Angebote der KK miteinander zu vergleichen. Schwierigkeiten gibt es auch bei der Erklärung der Tarife, die z. T. sehr viel Zeit in Anspruch nimmt.⁶⁷

Vorreiter bei den Wahlтарifen war zu diesem Zeitpunkt die *Kaufmännische Krankenkasse (KK)*, wo bereits fünf Monate nach Einführung mehr als 10.000 Verträge abgeschlossen waren. Laut dieser KK kam es bisher bei Tarifen, die gesundheitsbewusstes Verhalten belohnen zu den meisten Abschlüssen.⁶⁸

Die Ergebnisse einer weiteren Studie, des „Health Care Monitoring 2007“, (Halbjahresreport des *Marktforschungs- und Beratungsinstituts psychonomics AG*) zeigen jedoch, dass Versicherte durchaus an den WT interessiert sind und sich lediglich bei konkreten Abschlüssen eher noch abwartend zeigen.⁶⁹ Um feststellen zu können, ob sich dieses Ergebnis bestätigt, wird im folgenden Abschnitt die Marktsituation ein Jahr nach Einführung der WT dargestellt.

⁶⁶ Vgl. Statement von Dr. Johannes Vöcking, Vorstandsvorsitzender BARMER, (Interview Zeitschrift Hörzu).

⁶⁷ Vgl. F.A.Z. Electronic Media GmbH (Hrsg.) <http://www.faz.net/s/Rub8D05117E1AC946F5BB438374CCC294CC/Doc~EC379720B4BCB4B0FA85940908536C071~ATpl~Ecomon~Scontent.html>

⁶⁸ Vgl. Die Kaufmännische (Hrsg.) www.kkh.de/fileserver/kkh2006/FILES/Pressemitteilung_KKH_107375_711.pdf

⁶⁹ Vgl. Dt. Bundesverband für Logopädie (Hrsg.) [www.dbl-ev.de/index.php?id=687&no_cache=1&no_cache=1&tx_ttnews\[tt_news\]=485&cHash=376908add3](http://www.dbl-ev.de/index.php?id=687&no_cache=1&no_cache=1&tx_ttnews[tt_news]=485&cHash=376908add3)

Marktsituation April 2008

Im April, ein Jahr nach Einführung der Tarife, wurden die KK erneut angeschrieben und um Auskunft gebeten. Laut *AOK* sind bisher 10.000 WT abgeschlossen worden.⁷⁰ Diese Angaben beziehen sich in diesem Fall auf die sieben Selbstbehaltalttarife und einen Bonustarif der *AOK*.

Die *DAK* gibt an, dass die Tarife bisher gut angenommen werden, jedoch eine intensive Beratung voraussetzen. So sind bei dieser KK bereits 40.000 Verträge zustande gekommen, ausgenommen sind hier das Hausarztmodell und die DMP. Wären diese beiden Tarife in den Berechnungen enthalten, wäre die Angabe laut *DAK* bereits im sechsstelligen Bereich.⁷¹

Da die Angaben der KK nicht jeweils dieselben Tarife beinhalten und ebenfalls eine unterschiedliche Anzahl von Tarifen, sind die einzelnen Abschlusszahlen nicht wirklich miteinander vergleichbar. Es kann demnach nur eine generelle Tendenz dargestellt werden. Festzuhalten ist, dass ein Jahr nach Einführung der WT die Anzahl an Abschlüssen gestiegen ist.

⁷⁰ Schriftliche Auskunft Hr. Pisu, *AOK*.

⁷¹ Mündliche Auskunft Hr. Ploenes, *DAK*.

3 Datenerhebung

3.1 Rahmendaten der Studie

Nachdem die Hintergründe der Wahltarife erläutert und die derzeitige Marktsituation dargestellt wurde, soll mit der Befragung die Attraktivität und Akzeptanz der WT untersucht werden. Mit diesem Ziel, wurde ein Fragebogen entworfen und eine Conjoint-Analyse (CA) durchgeführt. Im folgenden Kapitel wird die genaue Vorgehensweise der Datenerhebung dargestellt.

Die der weiteren Arbeit zu Grunde liegende Studie wurde bundesrepräsentativ als Online-Befragung (vgl. Kapitel 3.2 und 8) durchgeführt. Da Online-Befragungen in der Marktforschung (noch) nicht als repräsentativ angesehen werden, wurde gezielt eine Stichprobe gezogen, um trotzdem einen repräsentativen Querschnitt für ganz Deutschland zu erlangen (vgl. Kapitel 3.2).

Die Grundgesamtheit besteht aus der deutschen Bevölkerung. Hieraus wurde die Stichprobe gezogen, die sich wie folgt zusammensetzt: Es wurden 1.000 deutschsprachige Personen im Alter von 18–55 Jahren befragt. Diese Altersstruktur wurde gewählt, da davon auszugehen ist, dass der Bezug zu dem Thema der KK bei Personen unter 18 Jahren noch sehr gering ist. Des Weiteren sind jüngere Personen oftmals nicht direkte Entscheider wenn es um die KK-Wahl geht, sondern übernehmen diese durch die Familie bzw. sind noch familienversichert. Zwar werden die WT auch für Personen über 55 Jahren angeboten, es ist aber davon auszugehen, dass diese nicht mehr zu den „attraktiven“ Kunden einer KK gehören. Je älter die Versicherten, desto höhere Kosten verursachen sie im Durchschnitt.⁷²

Im folgenden Abschnitt werden die einzelnen Teilschritte der Datenerhebung erklärt. Zunächst wird die Befragungsart erläutert.

3.2 Online-Befragung

Bei der vorliegenden Studie wurde die Form der Online-Befragung gewählt, da diese Befragungsart am geeignetsten für die Untersuchung war. Die Vorteile dieser Befragungsart stellen u. a. sowohl die relativ niedrigen Kosten, der nicht vorhandene Interviewereinfluss und die große Anzahl an Personen die in einem kurzen Zeitraum befragt werden können, dar. Des Weiteren kann ein Überblick über ganz Deutschland gewonnen werden, da mit der Befragung das gesamte Bundesgebiet abgedeckt wird.⁷³

⁷² Vgl. o. V. Statistische Bundesamt, „Gesundheit, Ausgaben, Krankheitskosten und Personal 2004“, S. 27.

⁷³ Vgl. Weis, H.C. Marktforschung, 2002, S. 64.

Wie bereits oben erwähnt werden Online-Befragungen in der Marktforschung (noch) nicht als repräsentativ angesehen, da nicht alle Haushalte über eine Internetverbindung verfügen (so genannte Offliner). Für die Grundgesamtheit wäre die Stichprobe somit nicht repräsentativ.⁷⁴ Um trotzdem eine repräsentative Studie zu erhalten, wurde vom Marktforschungsinstitut (vgl. Kapitel 3.4) eine quotierte Stichprobe angeboten. Grundidee der Quotenauswahl ist, dass gezielt eine Stichprobe konstruiert wird, die in ihrer Struktur der Grundgesamtheit gleicht.⁷⁵ Als Basis dienen soziodemographische Daten (z. B. Alter, Geschlecht etc). Die Verteilungen der Grundgesamtheit auf die soziodemographischen Angaben, sind in der Stichprobe abzubilden.

3.3 Konzeption des Fragebogens

Zunächst wird ein kurzer Überblick über die Konzeption des Fragebogens gegeben. Der standardisierte Fragebogen (d. h. der Inhalt ist fixiert und genormt) wurde für eine Online-Befragung (vgl. Kapitel 3.2) entwickelt. Er besteht aus:

- 1) *12 soziodemographischen Angaben*
- 2) *10 Fragen zu dem Wissen über die KK und die WT*
- 3) *einer Power-Point-Präsentation einzelner WT*
- 4) *12 Profilkarten, die im Rahmen einer CA in eine Rangfolge gebracht werden sollten*

Nachfolgend wird kurz eine Zusammenfassung der Durchführung der Befragung dargestellt, bevor detailliertere Informationen zu den oben aufgeführten Punkten folgen.

Nachdem die Zielgruppe durch die soziodemographischen Angaben herausgefiltert war, folgten die Fragen über den bisherigen Wissensstand zu den KK und den WT. Hier wurde überwiegend mit Statements gearbeitet, die die Befragten mit Hilfe verschiedener Skalen bewerten konnten. Danach folgte eine Power-Point-Präsentation, in der den Probanden einzelne WT vorgestellt wurden. Im Anschluss daran mussten die Befragten 12 verschiedene Profilkarten in eine Rangfolge bringen, die ihren Präferenzen entsprach. Als Profilkarten werden die einzelnen Karten bezeichnet, die im Rahmen einer CA (vgl. Kapitel 4.2) den Probanden zwecks Bewertung der einzelnen Produktkombinationen gezeigt werden. Die Profilkarten beinhalteten einzelne Tarifkombinationen, der in der Power-Point-Präsentation dargestellten WT.

⁷⁴ Eine Stichprobe ist repräsentativ „wenn sie in der Verteilung aller untersuchungsrelevanter Merkmale der Gesamtheit entspricht, d. h. ein zwar verkleinertes, aber sonst wirklichkeitsgetreues Abbild der Gesamtheit darstellt“, aus: Marktforschung, Berekhoven, L., Eckert, W., Ellenrieder, P., 2004.

⁷⁵ Vgl. Böhler, H., Marktforschung, 2004, S. 137.

Mit Hilfe der Rangfolgen wurde eine CA durchgeführt, mit dem Ziel, sowohl die beste Tarifkombination als auch einzelnen Bewertungen der WT zu erhalten.

Zu Punkt 1) Da es sich um eine Online-Befragung handelt, wurden die soziodemographischen Angaben nicht wie eigentlich in der Marktforschung üblich an das Ende, sondern an den Anfang des Fragebogens gesetzt. Zu den soziodemographischen Angaben gehörten Alter, Geschlecht, Einkommen etc. Der Fragebogen wurde so programmiert, dass die gesuchte Zielgruppe, innerhalb der Panelteilnehmer (siehe Glossar), optimal herausgefiltert wurde. Dies hat den Vorteil, dass nur Personen in der Befragung sind, die auch tatsächlich der Zielgruppe entsprechen. Die anderen Personen beantworten den Fragebogen, nach Angabe ihrer soziodemographischen Daten nicht weiter und bekamen eine Information, dass sie nicht der gewünschten Teilnehmergruppe entsprechen. (Der Vorgang ist im Glossar unter dem Punkt Online-Befragung noch einmal ausführlich nachzulesen.)

Zu Punkt 2) Wie bereits auf vorherigen Seiten erwähnt waren 10 Fragen gegeben, zwei offene und acht geschlossene. Eine offene Frage liegt vor, wenn keine Antwort für die Probanden vorgegeben ist. Dies bedeutet, dass die Antwort durch die Probanden selber formuliert werden muss. Eine geschlossene Frage beinhaltet, dass verschiedene Antwortmöglichkeiten gegeben sind. Die Anzahl der offenen Fragen ist bewusst gering gehalten, mit dem Ziel, die Antworten besser vergleichbar zu machen und somit eine einfachere Auswertung vornehmen zu können.

Um Demotivation und Überforderung der Teilnehmer zu vermeiden, wurde die generelle Anzahl der Fragen minimiert und auf eine gut verständliche Formulierung geachtet. Des Weiteren sollte der Zeitaufwand für die Teilnehmer der Befragung nicht zu hoch sein. Dies hatte einerseits den Grund, dass man nicht zu viele Personen in der Befragung haben wollte, die den Fragebogen nicht bis zum Ende beantworten („Abbrecherquote“). Andererseits wollte man das Risiko gering halten, dass die Befragten auf Grund einer zu hohen Anzahl an Fragen sich nicht genug Zeit für die Beantwortung nehmen. Die Antwortqualität sollte so hochwertig wie möglich sein. Thematisch ist der Fragebogen in drei Teile gegliedert, die weiter unten näher erläutert werden.

Bei dem Fragebogen wurde überwiegend mit vorformulierten Statements gearbeitet, wobei jeweils zu einer Frage mehrere Statements gegeben waren. Die Befragten konnten diesen u.a. auf einer fünfstufigen Skala von „trifft voll und ganz zu“ bis „trifft gar nicht zu“ zustimmen und somit durch diese Bewertung ihre Meinung darlegen. Die Statements wurden in Zusammenarbeit mit der TK entwickelt. Man versprach sich davon, im Gegensatz zur Antwortdichotomie (Ja/Nein Fragestellungen), mehr Informationen und somit ein komplexeres Bild über die einzelnen Fragestellungen zu erhalten.

In der Literatur wird oft über die optimale Anzahl von Kategorien auf einer Skala diskutiert. Bei einer ungeraden Zahl, wie die vorliegende, ist einer der am häufigsten genannten Kritikpunkte der, dass die Befragten, um eine wirklichen Entscheidung zu

umgehen oft zur Mittelkategorie, in diesem Fall der drei, tendieren. Bewusst wurde in der Befragung eine ungerade Zahl gewählt, da die Befragten nicht zu einer positiven oder negativen Antwort gedrängt werden sollten.⁷⁶ Zweiter Grund war, dass einige Statements wie beispielsweise „Ich bin gut über die Angebote meiner KK informiert“, nicht pauschal mit „Ja“ oder „Nein“ beantwortet werden kann, sondern durchaus Abstufungen gegeben sein können.

Im Zweiten und Dritten Teil des Fragebogens wurde anstatt der fünfstufigen Skala nur mit den Antwortmöglichkeiten „Stimme zu“ und „stimme nicht zu“ gearbeitet. In diesem Fall wurde auf weitere Abstufungen in der Bewertung verzichtet, da die Statements dementsprechend eindeutig formuliert waren und mit den gegebenen Antwortmöglichkeiten beantwortet und ausgewertet werden konnten.

Thematisch besteht der Fragebogen, wie bereits erwähnt, aus drei Blöcken:

- a) *Das allgemeine Wissen zu den KK*
- b) *Das Wissen über die WT*
- c) *Den Selbstbehalttarif*

Zu a) Im ersten Teil des Fragebogens waren Statements zum allgemeinen Kenntnisstand über die KK gegeben. Ziel war es herauszufinden, inwieweit sich die Befragten bisher mit dem Thema KK auseinander gesetzt haben. Bei den Antwortmöglichkeiten handelte es sich um eine fünfstufige Skala, wie bereits beschrieben wurde. Bei der näheren Betrachtung der Statements wird deutlich, dass einige vom Inhalt ähnlich sind. Dies wurde bewusst gemacht, um die Konsistenz der Antworten überprüfen zu können.

Die einzelnen Statements werden im Verlauf der Arbeit noch ausführlich dargestellt, außerdem sind diese im Fragebogen im Anhang (Anlage 1) einzusehen.

Zu b) Da das Ziel dieser Arbeit die Untersuchung der Attraktivität und Akzeptanz der WT ist, liegt auch inhaltlich auf dieser Thematik der Schwerpunkt des Fragebogens. Um Informationen darüber zu bekommen, wurde zunächst der allgemeine Kenntnisstand über die WT in der Bevölkerung erfragt. Hierfür wurden die Probanden gebeten, erneut sieben Statements zu bewerten. Wie bereits beschrieben, waren anstelle einer fünfstufigen Skala in diesem Fall nur zwei Antwortkategorien, „stimme zu“ und „stimme nicht zu“ gegeben.

Zu diesem Teil des Fragebogens gehörte ebenfalls, dass die Befragten außerdem zu sechs einzelnen Tarifen Stellung nehmen mussten. Bei der Bewertung waren ebenfalls Statements mit den oben genannten Antwortmöglichkeiten gegeben. Ziel war es, herauszufinden wie die einzelnen Tarife bewertet wurden. Auch im Hinblick auf die verschiedenen soziodemographischen Unterschiede, die in der Datenauswertung berücksichtigt wurden.

⁷⁶ Vgl. Diekmann, A., Empirische Sozialforschung, 2002, S. 405.

Zu c) Der letzte Teil des Fragebogens behandelt exemplarisch den Selbstbehalttarif. Dieser erhielt sieben individuelle Statements. Nachdem dieser WT inhaltlich erläutert wurde, waren weiterhin vier verschiedene Selbstbehalttarifvarianten gegeben, zwischen denen sich die Befragten entscheiden mussten. Da mit einem Selbstbehalttarif ein gewisses Risiko verbunden ist, war das Ziel, die Risikofreude der Personen zu untersuchen (vgl. Kapitel 4.3.6).

Zu Punkt 3) Die Tarife wurden anhand einer Power-Point-Präsentation (siehe Anhang) veranschaulicht. Inhalt der Präsentation waren die einzelnen Tarife, die mit Hilfe von Grafiken und Erklärungen den Probanden vorgestellt wurden. Um diese Präsentation anzuschauen, mussten die Probanden aktiv einen Button anklicken und konnten jederzeit zu der Präsentation zurückkehren, um sich die Tarife erneut anzusehen. Dies war bezüglich des Verständnisses von besonderer Bedeutung. Somit konnte vom gleichen Informationsniveau bezüglich der Tarife ausgegangen werden, was zugleich eine Voraussetzung für den letzten Teils des Fragebogens war.

Zu Punkt 4) Im Anschluss an den Fragebogen wurden die Probanden gebeten, 12 Profilkarten in eine Rangfolge zu bringen, das so genannte Ranking (siehe Glossar). Auf den Profilkarten waren verschiedene Tarifkombinationen, der in der Power-Point-Präsentation veranschaulichten WT, dargestellt. Zur Veranschaulichung wird im Glossar eine Profilkarte exemplarisch dargestellt und erläutert.

Die Aufgabe war nicht leicht, da die Teilnehmer alle zwölf verschiedenen Profilkarten miteinander vergleichen mussten um eine Rangfolge zu erstellen. Unterstützend wurde vom Programm jeweils die Profilkarte, die der Teilnehmer bereits einen Rang zugeordnet hatte, vom Bildschirm entfernt. So bekamen die Probanden einen besseren Überblick, welche Karten sie noch nicht ausgewählt hatten. Die Auswahl der Profilkarten wird im Kapitel 4.2.2 näher erläutert. Zusätzlich können diese im Anhang (Anlage 2) eingesehen werden.

3.4 Auswahl des Marktforschungsinstitutes

Zur Auswahl des Marktforschungsinstitutes wurden einzelne Anbieter per E-Mail um ein Angebot gebeten. Kontaktiert wurden, außer den Marktführern, weitere Marktforschungsinstitute auf Grund von Empfehlungen Dritter und Recherchen im Internet.

Als Basis für die Angebote der einzelnen Anbieter dienten einerseits die Angaben der Zielgruppe, Umfang und Thematik des Fragebogens, die Power-Point-Präsentation der einzelnen Tarife und die Angaben zu der CA. Die Angebote der Institute waren sehr unterschiedlich. Es gab wesentliche Differenzen in Bezug auf den Preis und die gebotene Leistung. Bewertungskriterien für die acht Angebote waren u. a. Reaktionsgeschwindigkeit, Qualität, öffentlicher Auftritt, angesetztes Timing für die Erhebung, Preis, Panelgröße und Erfahrung des Institutes (vgl. Anlage 4).

Ein weiterer bedeutender Punkt bei der Auswahl des Institutes war die Überprüfbarkeit der sorgsam datenerhebung unter Berücksichtigung des geltenden Datenschutzes. Der Anspruch war, randomisierte Kontrollanrufe bei den Teilnehmern der Befragung durchführen zu können, um sicher stellen zu können, dass der Fragebogen tatsächlich verstanden wird. Nach einem längeren Auswahlprozess wurde ein Institut ausgewählt. Das ausgewählte Institut lud einen Vertreter der *Fachhochschule Kiel* nach Hamburg ein, um unter Aufsicht stichprobenartig die Panelisten (siehe Glossar) anzurufen, die dann die Teilnahme an der Umfrage bestätigten. Mit Hilfe dieser Lösung wurde der Schutz der Teilnehmerdaten nicht verletzt.

3.5 Pretest

Ein Pretest ist ein Test, der vor der eigentlichen Befragung der Probanden vom Marktforschungsinstitut durchgeführt wird. Ziel ist es die durchschnittliche Befragungszeit zu ermitteln, primär steht aber die Prüfung der Verständlichkeit der Fragen im Vordergrund. Treten bei einem Pretest Verständnisprobleme seitens der Befragten auf, kann der Fragebogen dementsprechend angepasst werden.

Da die Teilnehmer bei auftretenden Verständnisschwierigkeiten keine Möglichkeit zur Nachfrage hatten, ist ein Pretest bei Online-Befragungen besonders wichtig, um die Eindeutigkeit der Fragestellungen zu prüfen.

Der Pretest wurde vom Marktforschungsinstitut am 22. und 23. 11. 2007 mit $n = 20$ Personen durchgeführt. Inhalt war sowohl der Fragebogen als auch die Profilkarten mit den einzelnen Tarifkombinationen, die die Probanden in eine Rangfolge bringen mussten.

Im Anschluss an die Befragung hatten die Personen die Möglichkeit, Stellung zu der gesamten Befragung zu nehmen. Verbesserungsvorschläge, Lob sowie kritische Anmerkungen waren das Ergebnis des Pretests. Die meisten Schwierigkeiten bereitete den Testpersonen das Ranking der Karten. Auf Grund dieser Erkenntnisse wurden Änderungen am Fragebogen vorgenommen, so wurde u. a. eingeführt, dass die Personen sich jeder Zeit die Power-Point-Präsentation der Tarife erneut aufrufen konnten und auch das Ranking der Profilkarten wurde detaillierter erklärt.

Insgesamt betrachtet waren die Resultate des Pretest jedoch zufrieden stellend und können im Anhang (Anlage 6) eingesehen werden.

Nachdem die Änderungen an dem Fragebogen vorgenommen wurden, erstreckte sich die Datenerhebung der Studie vom 26. 11. 2007 bis zum 27. 11. 2007.

3.6 Soziodemographische Daten der Befragten

Nachdem die Rahmenbedingungen der Studie und die Beschreibung der Durchführung der Untersuchung bereits erläutert wurden, folgen im nächsten Abschnitt die

wichtigsten soziodemographischen Daten der Teilnehmer. In der Betrachtung sind in diesem Fall nur die relevanten Merkmale, d. h. nicht alle Daten die abgefragt wurden, werden auch vorgestellt.

- *Geschlecht*

An der Online Befragung nahmen insgesamt 1.037 Personen teil, 459 Männer und 578 Frauen. Diese Werte entsprechen einem prozentualen Anteil von 44,3% männlichen Teilnehmer und 55,7% weiblichen.

Die Geschlechterverteilung in Deutschland innerhalb der Zielgruppe der 18–55-Jährigen, beinhaltet 47% männliche Personen und 53% weibliche.⁷⁷ Somit spiegeln die Teilnehmer der Studie die tatsächliche Geschlechterstruktur in Deutschland gut wieder.

- *Alter*

Die Zielgruppe der Befragung waren Personen im Alter von 18–55 Jahren. Die Altersangaben der Teilnehmer wurden zur besseren Übersichtlichkeit und aus Gründen der einfacheren Datenauswertung klassiert. Die folgende Grafik gibt einen Überblick über die entstandenen vier Gruppen mit den jeweiligen Größen:

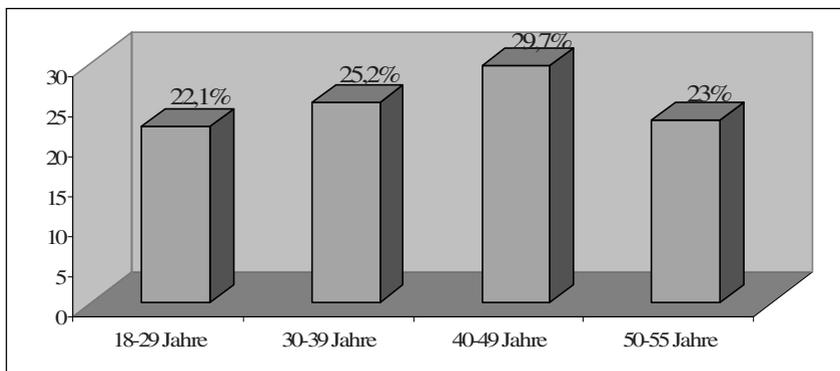


Abbildung 2.3: Altersklassen der Befragten

- *Schulbildung*

Der überwiegende Teil der Befragten mit 35,5% hat den Bildungsgrad der Mittleren Reife, gefolgt von den Abiturienten mit 26,1%. Einen Hauptschulabschluss haben 20,6% der Teilnehmer, 15,6% besitzen die Fachhochschulreife. Ohne Abschluss sind lediglich 0,6%. In der Kategorie „Sonstiges“ befinden sich 1,5%.

⁷⁷ Quelle: TdW 2007.

- *Beruf*

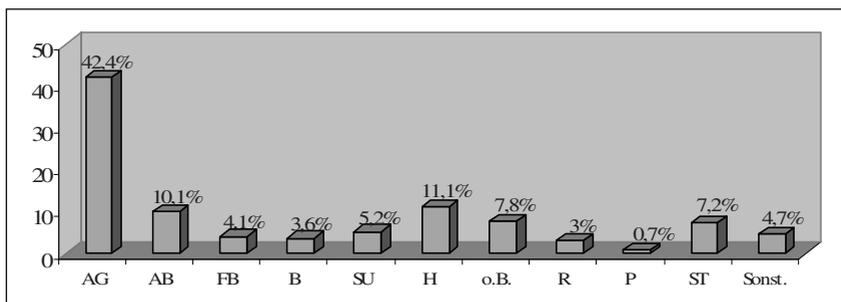


Abbildung 2.4: Berufe der Befragten

AG = Angestellter

AB = Arbeiter

FB = Freiberufler

B = Beamte

SU = Selbs. Unternehmer

H = Hausfrau/mann

o.B. = ohne Beschäftigung

R = Rentner

P = Pensionär

ST = Student

Sonst. = Sonstiges

Die berufliche Situation der Befragten spiegelt sich in elf verschiedenen Gruppen wider. Der größte Anteil entfiel hierbei auf die Angestellten mit 42,4%, gefolgt von den Hausfrauen/-männern mit 11,1% und den Arbeitern mit 10,1% Anteil der Befragten. Die Abbildung 2.4 stellt dies noch einmal dar.

- *Einkommen*

Bei dem Einkommen der Teilnehmer wurden, wie auch beim Alter schon, der Einfachheit halber Klassen gebildet. Im vorliegenden Fall entstanden sieben Klassen. Die Einkommensspanne lag hier bei einem Einkommen von weniger als 1.000 € bis

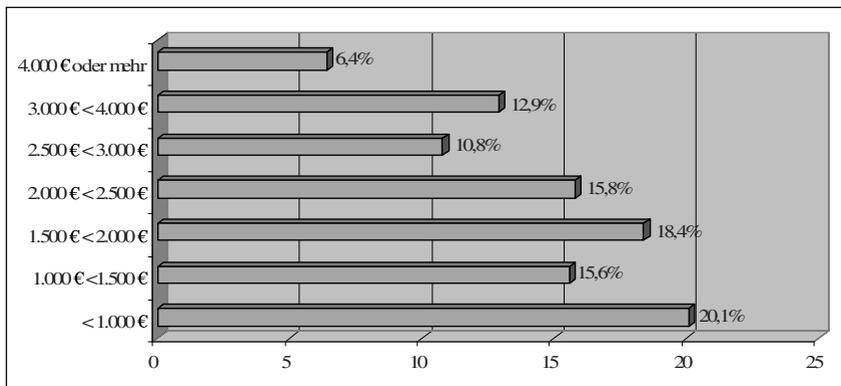


Abbildung 2.5: Einkommensklassen der Befragten

zu einem Einkommen von mehr als 4.000 €. Diese Angaben beziehen sich auf das Bruttomonatseinkommen der Personen. Den größten Anteil mit 20,1% hatte die Personen mit einem Einkommen von weniger als 1.000 €.

• **Versichertenstatus**

Der größte Teil (60,2%) der Befragten ist Pflichtmitglied in der Krankenversicherung. 31,6% geben an freiwilliges Mitglied zu sein und 7,5% nutzen die Angabe „weiß nicht“.

Die nachfolgende Grafik veranschaulicht die Versicherungsart der Befragten.

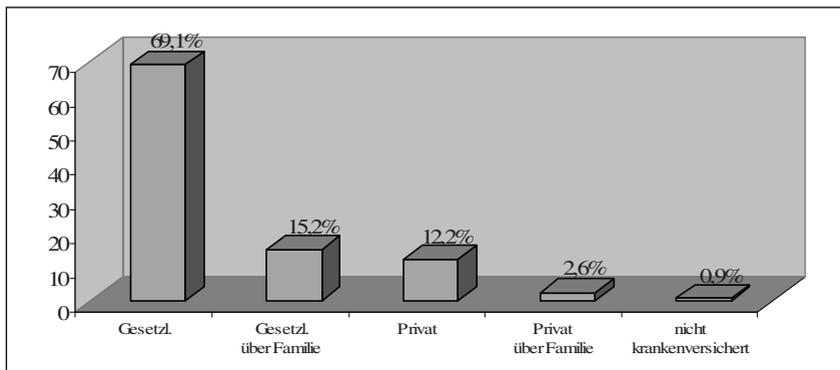


Abbildung 2.6: Versicherungsart der Befragten

Auf die Frage zu welcher einer Gruppe von Versicherungen ihre KK gehört, gaben 27,5% der Befragten an in einer Ersatzkasse versichert zu sein, 22,4% in einer *Betriebskrankenkasse (BKK)* und 21,8% in einer *Allgemeinen Ortskrankenkasse (AOK)*. 11,1% der Befragten sind in einer *PKV* Mitglied, 8,7% in einer *IKK* versichert und 8,6% gaben „Sonstige“ und „weiß nicht“ an.

Betrachtet man die obige Grafik und den nachfolgenden Text näher, so ergibt sich eine Unstimmigkeit. Gaben in der Grafik insgesamt 14,8% an, in der *PKV* versichert zu sein, so sind es bezüglich der Frage nach der Gruppe der Versicherungen nur noch 11,1% die angaben in der *PKV* versichert zu sein. Es ist möglich, dass der fehlende Teil die Angaben „weiß nicht“ und „Sonstige“ gewählt hat.

4 Datenauswertung

4.1 Erläuterung der Vorgehensweise

Die Auswertung der Daten wurde mit Hilfe der statistischen Software SPSS vorgenommen.⁷⁸ Im vorliegenden Projekt wurden zunächst mit Hilfe dieses Programms Häufigkeits- und Kreuztabellen erstellt. Des Weiteren wurde eine Conjoint Analyse (CA) (vgl. Kapitel 4.2.1) durchgeführt, um die Präferenzen der Versicherten in Bezug auf die einzelnen Tarife untersuchen zu können und die beste Tarifkombination festzustellen.

4.2 Empirische Analysemethode

4.2.1 *Theoretische Grundlagen der Conjoint Analyse*

Im Folgenden wird ein theoretischer Überblick über die Anwendungsmöglichkeiten und Ziele der Conjoint Analyse (CA) gegeben.

Die Bedürfnisse und Wünsche der aktuellen und potenziellen Kunden zu kennen, ist besonders im Hinblick auf die Wettbewerbsfähigkeit für Unternehmen wichtig. Dieser Faktor gewinnt, wie in Kapitel 2 bereits erwähnt, mit Einführung des einheitlichen Beitragssatzes 2009 für die KK noch mehr an Bedeutung.

Eine häufig eingesetzte Methode in der Marktforschung ist die CA, auch Verbundanalyse, Verbundmessung oder konjunkte Analyse genannt.⁷⁹ Die Bezeichnung „Verbund“ (engl. = verbunden) tritt in diesem Zusammenhang auf, da bei der Erhebung die Präferenzen der Produktkomponenten und der Merkmalsausprägungen verbunden gemessen werden.⁸⁰ Anwendung findet die Methode der CA u. a. bei der Produktentwicklung, der Marktsegmentierung, Verbesserung von Werbekonzepten oder der Ermittlung der Preisabsatzfunktion.⁸¹

Ziel der CA ist es, herauszufinden in wieweit die einzelnen Teilnutzen eines Produktes zum Gesamtnutzen für den Kunden beitragen. Hierfür arbeitet die CA nach dem dekompositionellen Prinzip (d.h. indirekt). Die Befragten bewerten die Produktvarianten im Ganzen, die später in die einzelnen Teilnutzenwerte zerlegt werden, die in die Bewertung mit eingeflossen sind.

So können die einzelnen Nutzenbeiträge ermittelt werden.

⁷⁸ SPSS GmbH (Hrsg.) www.spss.com

⁷⁹ Vgl. Rebborn, S., Stark, B., Döbler, T., Conjoint Analyse, 2001, S. 27.

⁸⁰ Vgl. Tscheulin, Helmig, Marktforschung, 2004, S. 97.

⁸¹ Vgl. Böhler H., Marktforschung, 2004, S. 243.

Die Abbildung 2.7: Ablaufschritte einer Conjoint Analyse veranschaulicht zunächst die einzelnen Schritte einer CA, bevor diese im folgenden Teil noch einmal erläutert werden.

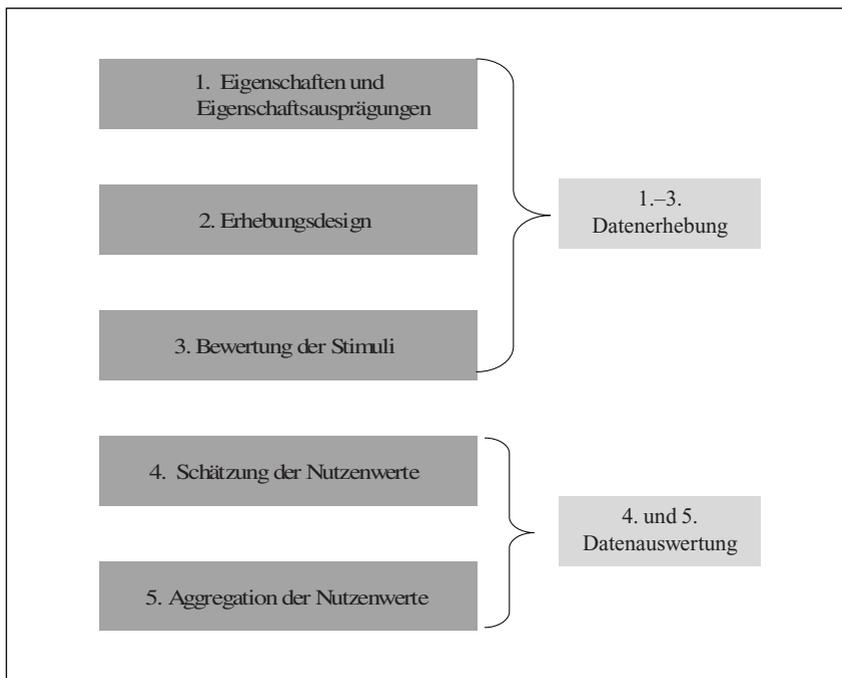


Abbildung 2.7: Ablaufschritte einer Conjoint Analyse, in Anlehnung an Backhaus S. 500

4.2.1.1 Eigenschaften und Eigenschaftsausprägungen

Im ersten Teil einer Conjoint Analyse werden die relevanten Eigenschaften/ Merkmale mit ihren Ausprägungen (siehe Kapitel 8) festgelegt, die durch die Befragten bewertet werden sollen. Unter einer Eigenschaft/Merkmal versteht man in der Marktforschung eine bestimmte Eigenheit eines Subjektes, z. B. *im vorliegenden Fall einen WT*. Eine Ausprägung bezieht sich immer auf das jeweilige Merkmal/ Eigenschaft. *So ist z. B. die Ausprägung des Tarifs Beitragsrückzahlung 1 Monatsbeitrag (MB), 2 MB und 3 MB gegeben.*

In der folgenden Conjoint Matrix werden die Merkmale mit den einzelnen Merkmalsausprägungen der Untersuchung noch einmal dargestellt:

Tabelle 2.2: Conjoint Matrix

Merkmal	Merkmalsausprägung			
Selbstbehalt Jährliche Prämie	100 €	240 €	400 €	600 €
Maximaler Selbstbehalt pro Jahr	120 €	300 €	580 €	960 €
Beitragsrückzahlung	1 MB	2 MB	3 MB	
Hausarztтарif	mit	ohne		
Bonusprogramm	mit	ohne		
Tarif IGV	mit	ohne		
Plus Programm	mit	ohne		
Fitnessprämie	mit	ohne		

Bei der Festlegung der Eigenschaften/Merkmalen ist zu beachten, dass sieben Kriterien erfüllt sein sollen, um valide (siehe Kapitel 8) Ergebnisse der Untersuchung zu erlangen.⁸² Um die Wichtigkeit dieser Kriterien zu unterstreichen, verweist Fabian in diesem Zusammenhang auf das GIGO Prinzip (Garbage In – Garbage Out).⁸³

Im Folgenden werden die Kriterien kurz dargestellt:

- die Relevanz der Eigenschaften. Es sollen nur Eigenschaften berücksichtigt werden, die zum Gesamtnutzen beitragen und von den Käufern bei ihrer Kaufentscheidung als relevant betrachtet werden. *D. h. nur Tarife, die wirklich wichtig für die Versicherten sind, sollen in der CA auch Berücksichtigung finden.*
- die Eigenschaften müssen beeinflussbar sein. Dies ist besonders wichtig, wenn die Conjoint Analyse durchgeführt wird, um eine Produktentscheidung zu fällen.⁸⁴ *Die Tarife müssen demnach „veränderbar“ sein.*
- die Eigenschaften sollen voneinander unabhängig sein, d. h. dass der einzeln empfundene Nutzen einer Eigenschaftsausprägung soll nicht durch Ausprägungen der anderen Eigenschaften beeinflusst werden.⁸⁵ *Der Selbstbehaltтарif 120 z. B. sollte demnach nicht von der Wahl des Hausarztтарifes (Ausprägung „mit“) abhängig sein.*
- die Realisierbarkeit der Eigenschaften, damit eine Produktentscheidung auch tatsächlich durchgeführt werden kann. *Die Tarife müssen so, wie sie den Befragten vorgestellt werden, realisierbar sein.*

⁸² Vgl. Fabian, S., Wettbewerbsforschung und Conjoint Analyse, 2005, S. 138.

⁸³ Vgl. Fabian (FN 1), S. 139.

⁸⁴ Vgl. Backhaus K. u. a. Multivariate Analysemethoden, 2003, S. 501.

⁸⁵ Vgl. Backhaus K. u. a., Multivariate Analysemethoden, 2003, S. 548.

- die kompensatorische Beziehung der einzelnen Eigenschaftsausprägungen. *Dies bedeutet, dass die Beurteiler bei der Bewertung der einzelnen Tarifkombinationen die relativen Vor- und Nachteile gegeneinander abwägen.*
- es dürfen keine Ausschlusskriterien (K.O.-Kriterien) gegeben sein. Dieser Fall liegt vor, wenn bestimmte Ausprägungen vorkommen müssen, damit der Kunde auch tatsächlich die Kaufentscheidung in Betracht zieht.⁸⁶ *Dies wäre der Fall wenn z. B. der Selbstbehalttarif 120 gegeben sein müsste, damit die Versicherten überhaupt den Tarif wählen.*
- die Eigenschaften und Ausprägungen sollen begrenzt sein, da der Befragungsaufwand überproportional mit der Zahl der Ausprägungen ansteigt.⁸⁷ *Im vorliegenden Fall sollten demnach nicht zu viele Tarife mit zu vielen Ausprägungen gegeben sein.*

4.2.1.2 Erhebungsdesign

Bei der Festlegung des Erhebungsdesigns sind zunächst zwei Fragestellungen zu klären. Die Art der Erhebungsmethode, wobei zwischen der „Zwei-Faktor-Methode“ und der „Profilmethode“ unterschieden wird, sowie der Anzahl der Stimuli. Als Stimuli bezeichnet man die zu bewertenden Kombinationen der Eigenschaftsausprägungen bzw. die fiktiven Produkte.⁸⁸ *Dies entspricht im vorliegenden Fall den einzelnen Tarifkombinationen.*

Differenziert wird zwischen dem vollständigen und dem reduzierten Design. Zum besseren Verständnis werden die beiden Methoden und Designs im folgenden Abschnitt kurz dargestellt.

a) Zwei-Faktor-Methode und Profilmethode

Bei der Anwendung der CA gibt es eine Reihe von verschiedenen Erhebungsmethoden. Zur Vereinfachung werden hier nur die beiden traditionellen Ansätze erläutert, die Profilmethode (auch Full profile), und die Zwei-Faktor-Methode (auch Trade off). Der wesentliche Unterschied besteht in der Anzahl der gleichzeitig zu beurteilenden Stimuli.^{89, 90}

Bei der Zwei-Faktor-Methode werden jeweils nur zwei Eigenschaften berücksichtigt, wobei alle Eigenschaften genau einmal miteinander kombiniert werden. Die Darstellung erfolgt bei diesem Ansatz in so genannten Trade-off-Matrizen, in denen

⁸⁶ Vgl. Fabian, S., Wettbewerbsforschung und Conjoint Analyse, 2005, S. 140.

⁸⁷ Vgl. Backhaus K. u. a. (FN 1), S. 503.

⁸⁸ Vgl. Dressler, M. (Hrsg.), Mitgliedergewinnung im Public Health Care, 2007, S. 12.

⁸⁹ Schubert, B. Entwicklung von Konzepten für Produktinnovationen mittels Conjoint Analysen, 1991, S. 147.

⁹⁰ Vgl. Fabian, S., Wettbewerbsforschung und Conjoint Analyse, 2005, S. 152.

die einzelnen Paare aufgezeigt werden.⁹¹ Inhalt der Matrizen ist die Kombination der Ausprägungen der Eigenschaften.

- Vorteil: die einfache Beurteilung für die Probanden, die immer nur zwei Eigenschaften miteinander vergleichen müssen
- Nachteil: eine weniger realitätsnahe Situation.⁹²

Diese Schwachstelle kann mit Hilfe der Profilmethode umgangen werden:

- Vorteil: die Entscheidung ist eher der Realität entsprechend, da vollständige Produkte miteinander verglichen werden. Im Unterschied zu dem „Trade-off“ Ansatz, wird jeweils eine Ausprägung aller Eigenschaften miteinander kombiniert.⁹³
- die Visualisierung, da die Beurteiler die Profilkarten auch in grafischer Form vorliegen haben, (trägt ebenfalls zur Realitätsnähe bei).

b) Vollständiges und reduziertes Design

Bei der CA unterscheidet man zwischen dem vollständigen und dem reduzierten Design. Bei Erhebungen mit einer höheren Anzahl von Eigenschaften und/oder Merkmalen wird meist zur Vereinfachung die Methode des reduzierten Designs gewählt.

Im vorliegenden Fall handelt es sich um ein reduziertes, asymmetrisches Design, d. h. die Merkmale haben eine unterschiedliche Anzahl von Ausprägungen, wie bereits in Tabelle 2.2 dargestellt wurde. Dadurch ist die Auswahl schwieriger als bei einem symmetrischen Design, wo alle Merkmale „m“ dieselbe Anzahl von „n“ Ausprägungen vorweisen.⁹⁴ Ein symmetrisches Design würde vorliegen, wenn alle Tarife dieselbe Anzahl an Ausprägungen hätten.

Im behandelten Fall entsprechen, wie bereits erwähnt, die verschiedenen Tarife den Merkmalen, die einzelnen Ausprägungen sind z.B. die verschiedenen Stufen des Selbstbehaltes (120 €, 240 €, 400 € und 600 €). Es ergeben sich somit ein Merkmal mit vier Ausprägungen (Selbstbehalttarif), ein Merkmal mit drei Ausprägungen (Tarif Beitragsrückzahlung) und fünf Merkmale mit jeweils zwei Ausprägungen (Fitnessprämie, DMP, Bonus Programm, Plus Programm, Tarif IGV).

In der vorliegenden Erhebung wären bei einem vollständigen Design folglich 384 ($4 \cdot 3 \cdot 2 \cdot 2 \cdot 2 \cdot 2 \cdot 2$) verschiedene Tarifkombinationen möglich. Da dies jedoch unrealistisch ist und zur Überforderung der Probanden geführt hätte, wurde die Anzahl der Karten reduziert („reduziertes Design“). Dies beinhaltet, dass mit Hilfe der Prozedur des „orthogonalen Designs“ des Statistikprogramms SPSS, aus der Menge eine sinn-

⁹¹ Vgl. Backhaus, K. u. a., Multivariate Analyseverfahren, 2003, S. 504.

⁹² Vgl. Rebhorn, S., Stark, B., Döbler, T., Conjoint Analyse, 2001, S. 50.

⁹³ Vgl. Backhaus, K. u. a., Multivariate Analyseverfahren, 2003, S. 503.

⁹⁴ Vgl. Rebhorn, S., Stark, B., Döbler, T., Conjoint Analyse, 2001, S. 57.

volle Teilmenge ausgewählt wird, die „das vollständige Design möglichst gut repräsentiert.“⁹⁵ Ziel der Reduzierung war es, die minimal mögliche Anzahl an Karten zu erzeugen um die Probanden nicht zu überfordern und bestmögliche Ergebnisse zu erlangen.

4.2.1.3 Bewertung der Stimuli

Bei der Bewertung bringen die Befragten die einzelnen Stimuli (*Tarifkombinationen*) in eine Reihenfolge, die ihren Präferenzen und somit Nutzensauffassung entsprechen. Unter dem Nutzen eines Produktes versteht man die subjektiv empfundene Fähigkeit des Produktes, die Bedürfnisse des Kunden zu befriedigen. Auch hier gibt es verschiedene Ansätze nach denen man vorgehen kann. Im vorliegenden Fall hat man sich für die gängigste Methode entschieden, in dem eine Rangfolge der Profilkarten mit den einzelnen Tarifkombinationen erstellt werden sollte⁹⁶ (vgl. *Kapitel 3.3, Punkt 4*).

4.2.1.4 Schätzung der Nutzenwerte

Anhand der Bewertung der Stimuli (*Tarifkombinationen*), welche den Gesamtpräferenzen der Probanden entsprechen, werden im nächsten Schritt mit Hilfe der CA die einzelnen Teilnutzenwerte der Eigenschaftsausprägungen ermittelt. *D. h. z. B. die einzelnen Nutzenwerte der Selbstbehaltstufen 120 €, 240 €, 580 € und 960 €.* Aus diesen lässt sich der metrische Gesamtnutzen für alle bewerteten Stimuli (*Tarifkombinationen*) und die relativen Wichtigkeiten für die einzelnen Eigenschaften ableiten.⁹⁷ Die Verknüpfung der Teilnutzen führt wiederum zum Gesamtnutzenwert der jeweiligen Stimuli.

4.2.1.5 Aggregation der Nutzenwerte

Da bisher nur die einzelnen Individualanalysen der Probanden betrachtet wurden, werden im letzten Schritt der CA diese Werte aggregiert, um Ergebnisse für alle Befragten zu erhalten (vgl. *Kapitel 4.4.3*). Voraussetzung dafür ist die Normierung der einzelnen Werte, um eine Vergleichbarkeit herzustellen.

4.2.2 Auswahl der Profilkarten

Im folgenden Abschnitt wird kurz die Auswahl der Profilkarten (siehe Glossar) für die CA dargestellt.

⁹⁵ Vgl. Fabian, S., Wettbewerbsforschung und Conjoint Analyse, 2005, S. 158.

⁹⁶ Vgl. Backhaus, K., u. a., Multivariate Analysemethoden, 2003, S. 508.

⁹⁷ Vgl. Backhaus, K. u. a. (FN 2), S. 509.

Wie bereits erwähnt (vgl. Kapitel 4.2.1.2) wären theoretisch 384 verschiedene Kombinationen der einzelnen Tarife möglich gewesen. Mit Hilfe der Statistiksoftware SPSS und der Prozedur „Orthoplan“, wurde ein orthogonales Design erstellt, welches die Reduzierung der Karten ermöglichte.⁹⁸ Um die Befragten nicht zu überfordern, wurde die minimal mögliche Anzahl an Karten ausgewählt. Dies entsprach zwölf Profilkarten. Die Auswahl erfolgte aus 16 Karten, die das Programm mit Hilfe der Prozedur „Plancards“ generiert hatte.⁹⁹ Kriterium war „nutzlose“ Karten herauszufiltern, wie z. B. eine Karte, die alle Tarife beinhaltet. Die Wahrscheinlichkeit, dass die Probanden diese Karte wählen, da sie sich daraus den größten Nutzen versprechen, wäre sehr hoch gewesen. Des Weiteren wurde bei der Auswahl darauf geachtet, dass bei den ausgewählten Karten jeweils ungefähr dieselbe Anzahl an Tarifen angegeben war. So konnte vermieden werden, dass die Befragten die Karten mit der größten Anzahl an Tarifen auch auf die vordersten Ränge wählen. Demzufolge war die Wahrscheinlichkeit am größten, dass sich die Probanden mit allen einzelnen Karten auseinander setzen.

Die ausgewählten Profilkarten sind im Anhang (Anlage 2) einzusehen.

4.3 Ergebnisse des Fragebogens

4.3.1 Ergebnisaufbereitung

Im folgenden Teil werden zuerst die erhobenen Daten beschrieben, bevor am Ende jeweils eine kurze Zusammenfassung der Ergebnisse der einzelnen Fragestellungen folgt. Nachdem zuerst die Auswertung der Frage nach der KK-Wahl beschrieben wird, folgen danach wie bereits in Kapitel 3.3 beschrieben, die Ergebnisse der drei thematischen Blöcke des Fragebogens.

4.3.2 Wahl der Krankenkasse

Die Frage nach welchen Kriterien die Personen ihre KK gewählt haben, wurde im Hinblick darauf gestellt, dass ab 2009 bei der KK-Wahl das Kriterium des Beitragsatzes entfällt.

Bei dieser Frage waren Mehrfachnennungen möglich, da davon auszugehen ist, dass der überwiegende Teil der Befragten bei seiner KK-Wahl nicht nur einen einzigen Faktor berücksichtigt.

⁹⁸ Vgl. Backhaus, Multivariate Analysemethoden, 2003, S. 590.

⁹⁹ Vgl. Backhaus K. u. a., Multivariate Analysemethoden, 2003, S. 590.

Der größte Teil der Befragten hat bei der Wahl ihrer KK den Kriterien Leistungen (52,7%) und Beitragssatz (48,1%) die größte Präferenz beigemessen.

Knapp ein Drittel (30,7%) haben die KK nur „indirekt“ gewählt, da sie durch die Familie übernommen wurde. Lediglich 4,2% haben auf Grund der Werbung einer KK diese gewählt. 11,1% gaben die Kategorie „Sonstiges“ an.

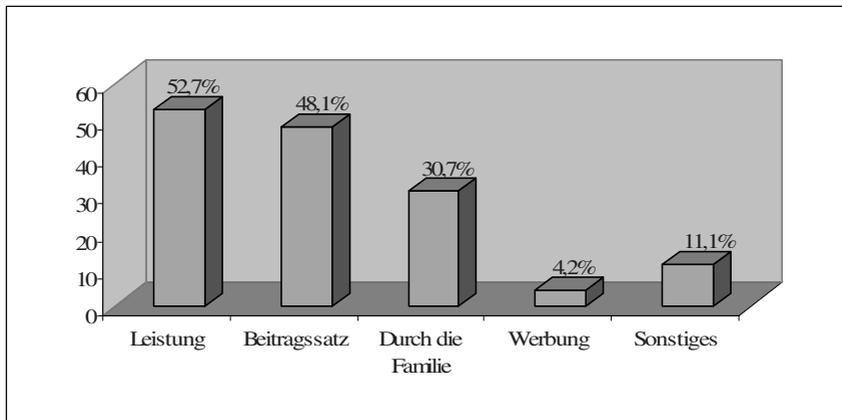


Abbildung 2.8: Kriterien der KK-Wahl

Zusammenfassend ist es wahrscheinlich, dass das ohnehin schon wichtige Kriterium für die KK-Wahl durch den 2009 eingeführten einheitlichen Beitragssatz noch mehr in den Vordergrund tritt. Aufgabe der Kassen ist es bis dahin, sich primär durch ihre Leistungen von der Konkurrenz abzuheben, um dadurch Wettbewerbsvorteile zu erlangen und neue Mitglieder zu gewinnen bzw. Bestandskunden an sich zu binden.

4.3.3 Wissensstand zu den Krankenkassen

Zu Beginn des Fragebogens waren neun Statements zum allgemeinen Wissen über die Krankenkassen aufgeführt. Die Befragten hatten die Möglichkeit auf einer fünfstufigen Skala von 1 = „trifft voll und ganz zu“ bis 5 = „trifft gar nicht zu“ zu antworten. (vgl. Kapitel 3.3)¹⁰⁰

¹⁰⁰ Auf Grund der 5er Skalierung kann man bei der Auswertung lediglich Tendenzen feststellen. 1 und 2 wurde zu gut zusammengefasst, 3 zu mittelmäßig und 4 und 5 zu schlecht. In der Auswertung wird nur auf die ersten beiden Punkte eingegangen, da diese am wichtigsten sind. Des Weiteren lassen sich aus diesen Ergebnissen die weiteren z. T. in Umkehrschlüssen ableiten.

Zur übersichtlicheren Auswertung wurden die neun Statements in drei Kategorien unterteilt:

- 1) 4 positive Statements
- 2) 3 Statements zum Wechsel der KK
- 3) 2 negative Statements

Im folgenden Teil werden zuerst jeweils die einzelnen Statements genannt, bevor dann die Auswertung, hinsichtlich der verschiedenen Merkmale vorgenommen wird. Auf Grund der umfangreichen Auswertungsmöglichkeiten werden lediglich die auffälligen bzw. relevanten Ergebnisse genannt.

1) Positive Statements

- „Ich weiß gut über die Angebote meiner KK Bescheid.“
- „Ich habe mich online über die Angebote meiner KK informiert.“
- „Ich weiß gut darüber Bescheid, was die einzelnen KK voneinander unterscheidet.“
- „Ich habe mir bereits Angebote mehrerer KK eingeholt.“

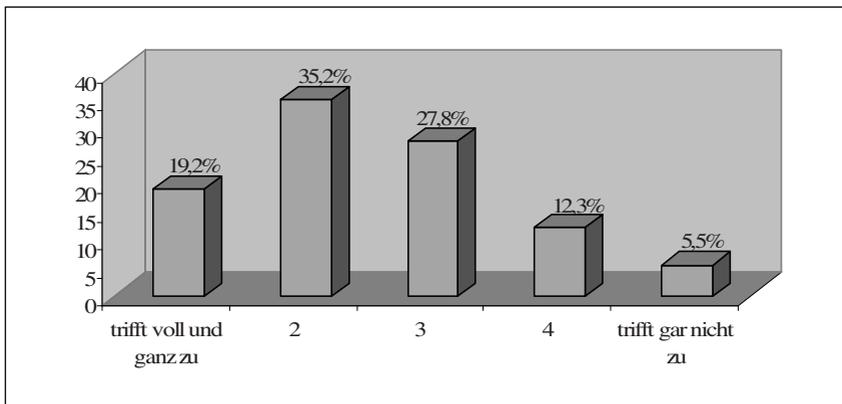


Abbildung 2.9: „Ich weiß gut über die Angebote meiner KK Bescheid“

Mehr als die Hälfte (54,4%) der Befragten stuft ihr Wissen über die Angebote ihrer KK als gut (mit einer 1 bzw. 2) ein. 28% bewerten ihr Wissen mittelmäßig.

Obwohl mehr als die Hälfte der Befragten angibt, gut über die Angebote ihrer eigenen KK informiert zu sein, können lediglich 22,6% dem Statement zustimmen, dass sie gut darüber Bescheid wissen, was die einzelnen KK voneinander unterscheidet. Je älter die Befragten sind und je höher das Einkommen, desto eher kennen sie die Unterschiede der KK. Auffällig ist, dass bei diesem Statement die selbstständigen Unternehmer am wenigsten zustimmen können (12,9%). Damit sind sie in diesem

Fall schlechter informiert als die Studenten (16%). Zum Vergleich: 42,8% der Pensionäre geben an, gut über die Unterschiede der einzelnen KK Bescheid zu wissen.

Obwohl die Befragten über die Angebote Ihrer KK relativ gut informiert sind, sieht die Situation anders aus, wenn es darum geht, ob die Befragten sich bereits konkrete Angebote von verschiedenen KK eingeholt haben. Diesem Statement konnte lediglich ein Drittel der Personen zustimmen. Zum größten Teil war dies die Gruppe der selbstständigen Unternehmer, sowie Personen mit einem Einkommen von 3.000 € und mehr.

Da die Bevölkerung zunehmend auf das Medium des Internets zurückgreift, um sich Informationen zu beschaffen, kam auch ein Statement zu diesem Thema im Fragebogen vor. Ergebnis war, dass sich bereits mehr als 40% der Befragten online über die Angebote ihrer KK informiert haben. Erneut zeigt sich in der Auswertung, dass die meisten Personen mit einem höheren Einkommen auch besser informiert sind. Während sich in der Einkommensgruppe unter 1.000 € nur jeder Dritte (32%) online informiert hat, ist bereits mehr als jeder Zweite (57%) mit einem Einkommen von über 4.000 € durch das Internet informiert worden.

Zusammenfassend ist das allgemeine Wissen über die Angebote der KK als zufrieden stellend zu bewerten.

2) KK-Wechsel

- „Ich habe schon einmal darüber nachgedacht die KK zu wechseln.“
- „Ich habe noch nie die KK gewechselt.“
- „Ich bin zufrieden mit meiner KK und habe keinen Grund zum wechseln.“

Fast jeder Dritte (30,5%) der Befragten hat schon einmal darüber nachgedacht die KK zu wechseln. Hinsichtlich des Alters und des Einkommens sind keine signifikanten Unterschiede festzustellen. Bei den einzelnen Berufsgruppierungen wird bei der Analyse deutlich, dass Selbstständige (50%) und Pensionäre (57%) bisher am ehesten darüber nachgedacht haben ihre KK zu wechseln.

35,5% geben an, noch nie die KK gewechselt zu haben. Bei diesem Statement stimmten hauptsächlich die jüngeren Personen zu und die 50 bis 55 Jährigen, des Weiteren Personen mit einem Einkommen von weniger als 1.000 €. Insbesondere die Berufsgruppen der Pensionäre, Rentner und Studenten geben an, noch nie die KK gewechselt zu haben.

60% der Befragten sind mit ihrer KK zufrieden, wobei insbesondere weibliche Personen sowie Hausfrauen/-männer besonders zufrieden sind. Selbstständige Unternehmer sind am ehesten nicht mit ihrer KK zufrieden. Hier geben lediglich 44,4% an zufrieden zu sein und sehen keinen Grund ihre KK zu wechseln.

3) Negative Statements

- „Ich bin nicht gut über die Angebote meiner KK informiert.“
- „Ich habe mich noch nicht mit dem Thema KK beschäftigt.“

Ein relativ geringer Teil der Befragten (knapp 17%) stimmen der Aussage zu, sich bisher noch nicht mit der Thematik der KK beschäftigt zu haben. Insbesondere sind dies jüngere Personen. Während in der Gruppe der 18–29-jährigen jeder Vierte (24,4%) zustimmt, sind es bei Personen ab 40 Jahren nur noch knapp 13%.

Betrachtet man den Zusammenhang zwischen dem Einkommen der Personen und deren Beschäftigung mit der Thematik der KK, stellt man fest, dass sich Personen mit einem höheren Einkommen eher mit diesem Thema auseinandersetzen. So stimmten knapp ein Viertel der Personen mit einem Einkommen unter 1.000 € dem Statement zu, bei der Einkommensgruppe zwischen 3000 € und 4.000 € waren es lediglich 9%. Hinsichtlich des Geschlechtes sind keine signifikanten Unterschiede festzustellen. Bei den Berufsgruppierungen sind die Studenten (36%) am schlechtesten informiert, nachfolgend die Beamten (27%). Viele der jüngeren Personen verfügen über ein geringes Einkommen und gehören gleichzeitig der Berufsgruppe der Studierenden an, so dass die Aussagen konsistent sind.

Hinsichtlich des Statements „Ich bin nicht gut über die Angebote meiner KK informiert“, werden die oben genannten Ergebnisse bestätigt. Auch bei diesem Statement stimmen mehr Personen mit einem niedrigeren Einkommen zu. Die Ergebnisse bestätigen außerdem die des Statement „Ich bin gut über die Angebote meiner KK informiert“, welches die Umkehrung dieses Statement darstellt. Wie oben bereits erwähnt wurde, diente dies auch zur Überprüfbarkeit der Antworten.

Zur besseren Übersicht werden die einzelnen Statements in der folgenden Tabelle noch einmal dargestellt. Die Prozentwerte beziehen sich hierbei auf die Zustimmung des Statements mit einer 1 bzw. einer 2 auf der Skala.

Tabelle 2.3: Die einzelnen Statements zum Wissen der KK im Überblick

„Ich weiß gut über die Angebote meiner KK Bescheid.“	54,4%
„Ich habe mich online über die Angebote meiner KK informiert.“	41,5%
„Ich weiß gut darüber Bescheid was die einzelnen KK voneinander unterscheidet.“	22,6%
„Ich habe mir bereits Angebote mehrerer KK eingeholt.“	30,6%
„Ich habe schon einmal darüber nachgedacht die KK zu wechseln.“	30,5%
„Ich habe noch nie die KK gewechselt.“	35,5%
„Ich bin zufrieden mit meiner KK und habe keinen Grund zum wechseln.“	60,0%
„Ich bin nicht gut über die Angebote meiner KK informiert.“	24,6%
„Ich habe mich noch nicht mit dem Thema KK beschäftigt.“	16,9%

Zusammenfassung

Das Wissen der Befragten über die KK ist als gut zu bewerten, nur ein sehr geringer Teil hat sich bisher noch überhaupt nicht mit dem Thema auseinandergesetzt. Wenn es um detaillierteres Wissen geht, wie z. B. den Unterschied der einzelnen KK, sind die Befragten nicht mehr ganz so gut informiert.

Knapp zwei Drittel der Befragten sind mit ihrer KK zufrieden und sieht keinen Grund zu wechseln. Auffällig ist, dass Personen mit einem höheren Einkommen besser informiert sind und die Gruppe der Studenten besonders schlecht informiert ist.

4.3.4 Das Vor-Wissen über die Wahltarife

Bonusprogramme

Um Informationen über die allgemeine Bereitschaft WT gegenüber zu erhalten, wurde die Frage gestellt wie viele Personen bereits ein Bonusprogramm ihrer KK nutzen. Mehr als die Hälfte, knapp 60% der Befragten, nutzt zurzeit keines der angebotenen Bonusprogramme der KK. 28,8% nutzen ein Bonusprogramm, 8,3% sogar zwei Bonusprogramme, 3,2% gaben an, mehr als zwei in Anspruch zu nehmen.

Zusammenfassung

Der größte Teil der Befragten nutzt zurzeit kein von ihrer KK angebotenes Bonusprogramm.

Wie wurden die Personen bisher auf die WT aufmerksam?

Um einen Überblick zu bekommen, wie die Personen bisher auf die WT aufmerksam wurden, ging man in der Studie dieser Fragestellung explizit nach.

Ergebnis war, dass der größte Teil der Bevölkerung bis zum jetzigen Zeitpunkt durch Pressemitteilungen (35,9%) und Zeitschriften (35%) auf die neuen WT aufmerksam wurde. Mit Pressemitteilungen ist in diesem Fall die Tagespresse bzw. die Tageszeitungen gemeint, unter das Stichwort Zeitschriften fallen Magazine wie z. B. der *Stern*.

20,1% wählten die Angabe „Sonstige“. 19,6% wurden durch den Rundfunk (Radio) aufmerksam, durch TV-Spots 17,6%. Mailings der KK erreichten 13,9% der Be-

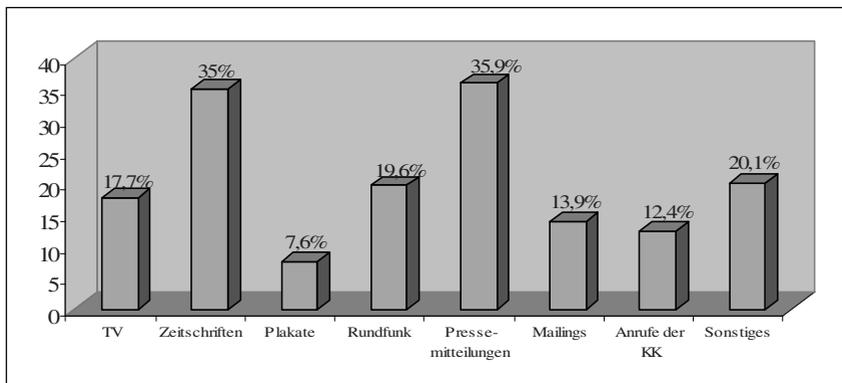


Abbildung 2.10: Wie wurden die Personen bisher auf die WT aufmerksam?

fragten und 12,4% wurden von den KK persönlich angerufen. Plakate hatten mit 7,6% den geringsten Anteil.

Da Mehrfachnennungen möglich waren, ergibt sich in diesem Fall ein Wert von mehr als 100%.

Analyse der Daten:

Die vorliegenden Daten wurden des Weiteren im Hinblick darauf untersucht, welche Gruppe der Bevölkerung durch welche Medien am ehesten auf die WT aufmerksam wurde. Die Merkmale hinsichtlich der Differenzierung waren die soziodemographischen Daten Alter, Geschlecht, Einkommen und Beruf.

Mit Hilfe von SPSS wurden Kreuztabellen erstellt, um die Zusammenhänge der Merkmale analysieren zu können.

Im Folgenden wird auf alle Medien eingegangen, mit Ausnahme der Kategorie „Sonstige“, da hier nicht explizit das Medium genannt wurde.

- *Alter*

Hinsichtlich des Alters ist festzustellen, dass durch den Einsatz der Medien durchgängig am ehesten ältere Personen erreicht wurden. So war beispielhaft bei den Pressemitteilungen festzustellen, dass lediglich 21,8% der 18–29-Jährigen über dieses Medium erreicht wurden, in der Gruppe der 50–55-Jährigen war es bereits jeder Zweite. Von den Personen die über dieses Medium erreicht wurden, war jeder Dritte zwischen 50 und 55 Jahre alt.

- *Geschlecht*

Bezüglich des Geschlechtes sind keine signifikanten Unterschiede festzustellen. Beide Geschlechter sind über die jeweiligen Medien gleichermaßen angesprochen worden.

- *Beruf*

Betrachtet man die Presse, sind in besonderem Maße die Rentner über dieses Medium erreicht worden. Fast jeder zweite Rentner (48%) wurde so auf die neuen WT aufmerksam. Studenten wurden mit 26,6% am wenigsten durch die Presse angesprochen.

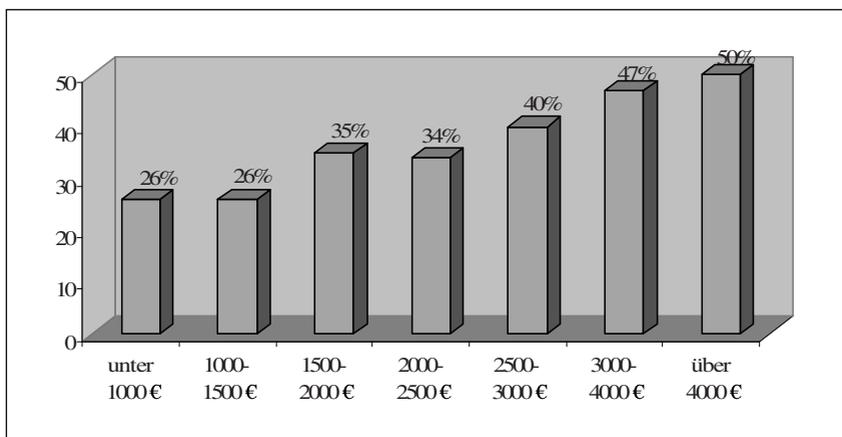
Durch Werbemaßnahmen im TV wurden am häufigsten Beamte angesprochen, so hat jeder Vierte (27%) von den Tarifen durch dieses Medium erfahren. Generell wurden 17,7% der Befragten durch dieses Medium auf die WT aufmerksam. Die Studenten wurden, wie auch schon bei den Pressemitteilungen, nur bedingt (12%) durch TV-Spots angesprochen.

Analog dem Ergebnis der TV- Spots ist auch das der Rundfunkwerbung. 37% der Beamten wurden durch dieses Medium erreicht, bei den Studenten waren es lediglich 9,3%.

Zeitschriften waren ebenfalls das Medium, durch das die Beamten am meisten von den WT erfahren haben. Nahezu jeder Zweite (48,6%) wurde so angesprochen. Pensionäre wurden am wenigsten durch Zeitschriften aufmerksam, so waren dies nur 14,3%.

- *Einkommen*

Stellt man den Einkommensklassen gegenüber, auf welche Art die Befragten auf die Tarife aufmerksam wurden, so wird deutlich, dass die Befragten mit einem höheren Einkommen auch generell mehr über alle Medien von den WT erfahren haben. Besonders deutlich wird dieses Ergebnis bei der Betrachtung der Zeitschriften. 26% der Personen mit einem Einkommen von unter 1000 €, aber 50% derer mit einem Einkommen von mehr als 4000 € wurden so angesprochen.



**Abbildung 2.11: Wie wurden die Personen auf die WT aufmerksam?
Zusammenhang Zeitschriften/Einkommen**

Zusammenfassung

Besonders die älteren Personen, vor allem die Rentner, wurden durch die Medien auf die neuen WT aufmerksam. Die jüngeren Personen wurden insgesamt weniger durch die Medien erreicht.

Festzustellen ist, dass sich die Bevölkerung, besonders die älteren Personen, eher „aktiv“ informiert haben, da bei den Medien die am häufigsten genannt wurden, die Initiative vom Versicherten ausging. So hatten Zeitschriften und Pressemitteilungen die größte Wirkung. Durch Mailings oder auch Anrufe von den KK, die nicht von den Versicherten ausgingen; wurde ein geringerer Teil Mitglieder auf die WT aufmerksam.

4.3.5 *Das Wissen über die Wahltarife*

Im Fragebogen waren sieben Statements zu den WT gegeben, denen die Probanden zustimmen oder sie ablehnen konnten.

Die Statements wurden auch diesmal wieder in zwei Kategorien unterteilt:

- 1) *2 Negative Statements*
- 2) *5 Positive Statements*

1) *Negative Statements*

- *„Ich habe noch nichts von den neuen WT gehört.“*
- *„Ich habe davon gehört, mich aber noch nicht damit beschäftigt.“*

Knapp die Hälfte (47,5%) gibt an, zwar schon von den WT gehört zu haben, sich jedoch noch nicht damit beschäftigt zu haben. Bei diesem Statement stimmen eher ältere Personen zu. Ist es bei den unter 30 jährigen nur jeder Dritte, so stimmt bei den über 30 jährigen schon jeder Zweite diesem Statement zu.

Geht es darum ob bisher noch nichts von den WT gehört wurde, so bestätigen dies 28%. Wiederholt zeigt sich auch hier, dass besonders jüngere Personen nicht gut informiert sind, ebenso Personen mit einem geringen Einkommen.

2) *Positive Statements*

- *„Ich nutze bereits einen WT.“*
- *„Ich weiß über die neuen WT gut Bescheid.“*
- *„Ich habe mich bereits bei meiner KK darüber informiert.“*
- *„Ich habe bereits davon gelesen/gehört.“*
- *„Ich habe im Internet davon gelesen.“*

Die obige Aussage wird bestätigt, wenn man den Anteil derer betrachtet, die dem Statement „Ich habe bereits von den WT gehört/gelesen“ zustimmen (63,3%). Somit haben fast zwei Drittel der Befragten schon von den WT gehört. Auch hier bestätigt sich wieder, dass je älter die Personen und je höher das Einkommen, desto eher haben sie schon von den WT gehört. Es ist anzunehmen, dass Personen die älter sind, meistens auch über ein höheres Einkommen verfügen. Betrachtet man die Berufsgruppen, sind die Freiberufler am besten informiert. Hier geben 83% an, gut über die WT Bescheid zu wissen. Das Geschlecht gibt keine Aussage darüber ob jemand gut oder weniger gut informiert ist.

Tatsächlich haben sich bisher nur 22,8% bei ihrer KK über die WT informiert. Diese Aussage kann mit den Statements über das allgemeine Wissen über die KK verglichen werden. Auch dort wurde festgestellt, dass die Personen glauben sich theoretisch relativ gut mit den KK auszukennen, geht es aber darum, sich konkret Angebote einzuholen, verringert sich der Anteil. Studenten haben sich den Angaben zufolge

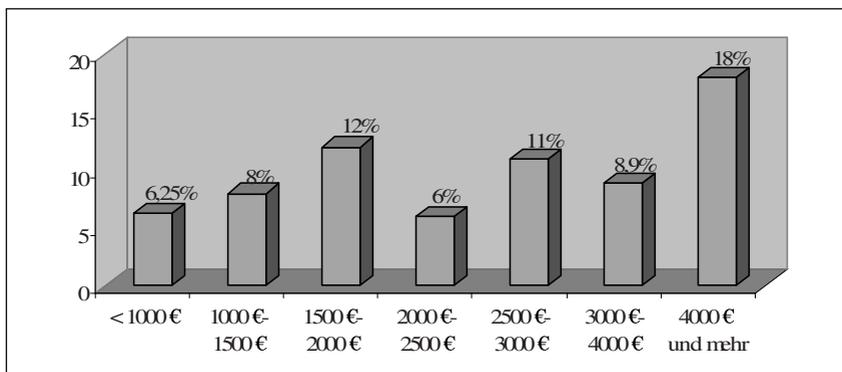


Abbildung 2.12: Nutzer der WT nach Einkommen

bisher am wenigsten damit beschäftigt (8%), Rentner am meisten (45%). Personen mit einem Einkommen von unter 1.000 € haben sich ebenfalls weniger damit beschäftigt. Hier kann man davon ausgehen, dass dies die Gruppe der Studenten ist.

40% haben von den neuen WT bereits im Internet gelesen. Abermals waren dies besonders die älteren Personen. Bei diesem Statement ist erstmals ein Unterschied bei den Geschlechtern zu erkennen. So haben 43% der Männer, aber nur 36% der Frauen durch das Internet davon erfahren. Bei allen anderen Statements waren keine Unterschiede bezüglich des Geschlechtes festzustellen.

Jeder Fünfte konnte der Aussage zustimmen, gut über die WT Bescheid zu wissen. Je älter die Befragten sind, desto besser ist ihr Wissensstand. Geben bei den 18–29-Jährigen lediglich 10% an, gut über die Tarife Bescheid zu wissen, sind es bei den 50–55-Jährigen schon 33%.

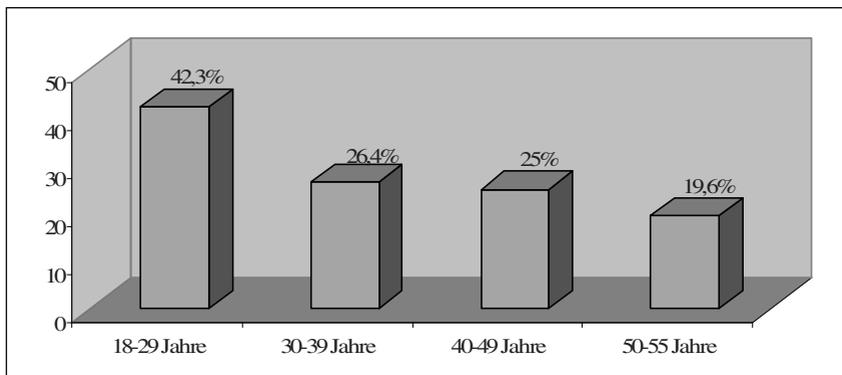


Abbildung 2.13: „Ich habe noch nichts von den WT gehört“, nach Altersklassen

Wie bereits erwähnt, haben bisher knapp zwei Drittel von den WT gehört. Es nutzen jedoch lediglich 9,3% der Befragten zurzeit einen der Tarife.

Am häufigsten werden die Tarife bisher von Personen mit einem Einkommen von mehr als 4.000 € genutzt (18%), sowie von älteren Personen. Von den Personen die bereits einen WT nutzen, sind 68% älter als 40 Jahre.

Zusammenfassung

36,7% haben bisher nichts von den WT gehört. Auch nach mehr als einem halben Jahr nach Einführung der Tarife, ist demnach noch ein hoher Informationsbedarf gegeben. Gleichzeitig bedeutet dies aber auch, dass fast zwei Drittel der Befragten von den WT gehört hat. Die Zahl der Nutzer der Tarife ist jedoch noch sehr gering. Dies kann mehrere Gründe haben. Entweder die Hürde, einen Tarifwechsel vorzunehmen erscheint den Versicherten zu groß, oder aber die Attraktivität der angebotenen WT ist in den Augen der Probanden nicht gegeben.

Je älter die Personen sind und je höher das Einkommen, desto eher haben sie bereits etwas von den WT gehört. Auffällig ist die Gruppe der Studenten, die besonders schlecht informiert ist. Besonders diese Zielgruppe sollte in der Zukunft angesprochen werden.

Die einzelnen Tarife

Nach einer Power-Point-Präsentation, die die verschiedenen Tarife erläuterte, wurde jeder Tarif durch die Probanden bewertet. Im Einzelnen waren dies die Tarife Beitragsrückzahlung, Fitnessprämie, der Hausarzttarif, das Bonus Programm, das Plus Programm, der Tarif IGV und der Selbstbehalttarif. Letzterer wird in der Auswertung noch einmal gesondert behandelt, da diesem Tarif auch im Fragebogen eigene Statements zugeordnet waren.

Die sechs Statements zu den Tarifen im Einzelnen:

- „Ich würde den Tarif wählen.“
- „Der Tarif klingt für mich interessant.“
- „Ich nutze bereits den Tarif.“
- „Der Tarif lohnt sich für mich nicht.“
- „Ich müsste mich intensiver damit beschäftigen.“
- „Der Tarif kommt für mich nicht in Frage.“

Im folgenden Abschnitt wird nicht jedes einzelne Statement zu jedem Tarif betrachtet, sondern nur die für die Analyse relevanten und auffälligen.

Die Auswertung ergab, dass die Tarife durchaus auf Interesse bei den Befragten stießen. So gaben jeweils mehr als 60% an, die Tarife interessant zu finden. Den Hausarzttarif bewerteten allein 77% der Befragten als interessant.

Lediglich bei den Tarifen Plus Programm (welches nur für chronisch Kranke Personen ist) und dem Tarif IGV stimmen weniger Personen zu. Der Tarif IGV wird be-

sonders von den Rentnern als positiv bewertet. So würden 61,2% den Tarif auch wählen. Auffällig sind hier die Unterschiede bei den Geschlechtern. So bewerteten lediglich 39,8% der Männer den Tarif als interessant, jedoch 47,7% der Frauen. Bei den weiteren Tarifen waren die Antworten der Geschlechter verhältnismäßig ausgeglichen.

Das Plus Programm bewerteten besonders junge Leute nicht so gut, insbesondere die Gruppe der Studierenden. So gaben lediglich 28% an, den Tarif zu wählen. Bei den Selbstständigen sind es bereits 51,8%. Rentner würden das Plus Programm am häufigsten wählen.

Jeweils ein Drittel gab an, dass die Tarife für sie nicht in Frage kommen würden bzw. sich für Sie nicht lohnen. Zieht man daraus den Umkehrschluss, sind die Tarife für zwei Drittel der Personen als interessant zu bewerten.

Der Hausarzttarif kommt nur für jeden Vierten nicht in Frage bzw. würde sich nicht lohnen. 88,5% der Arbeiter geben an, dass der Tarif für sie interessant klingt. In der Gesamtbetrachtung stößt der Hausarzttarif eher bei Personen mit niedrigerem Einkommen auf Interesse.

Die Fitnessprämie wird am besten von den jüngeren Leuten bewertet. 76% der Studenten finden diesen Tarif für sich interessant. Je älter die Personen, desto eher geben sie an, dass der Tarif für sie nicht in Frage kommt. Auffällig ist jedoch, dass gerade die älteren Personen angeben, diesen Tarif zu nutzen.

Beim Bonus Programm zeigt sich in der Auswertung ein ähnliches Bild. Auch dieser stößt eher bei den jüngeren auf Interesse. Geht es jedoch um die Nutzung des Tarifes, so geben 9,1% der 18–29-Jährigen an, den Tarif zu nutzen, jedoch 18,8% der 50–55-Jährigen.

Dieses Bild zeigt sich ebenfalls bei dem Tarif Beitragsrückzahlung. Die jüngeren Personen finden den Tarif positiv, konkrete Nutzer sind wiederum eher ältere Personen mit einem höheren Einkommen.

Insgesamt betrachtet gibt jeder Zweite an, die Tarife gegebenenfalls zu wählen, ausgenommen hier wiederum das Plus Programm für Chroniker und der Tarif IGV. In diesen beiden Fällen sind es nur 39,7% bzw. 34,5% der Befragten, die sich dafür entscheiden würden.

Die tatsächliche Nutzung der Tarife ist bisher jedoch sehr wenig verbreitet. Den Hausarzttarif nutzen knapp 16%, das Bonus Programm 14,9%. Alle anderen Tarife nutzen zwischen 4,2% und 8,7% der Befragten.¹⁰¹

¹⁰¹ Die Angaben über die Nutzung des Hausarzttarif und des Bonus Programms decken sich nicht mit den Angaben der Befragten, wie viele insgesamt bereits einen WT nutzen. Dies sind nur 9,3%. Die höheren Werte bei den beiden Tarifen lassen vermuten, dass die Personen den Hausarzttarif und das Bonus Programm nicht als WT angesehen haben, da diese bereits schon länger auf dem Markt sind.

Dass weiterer Informationsbedarf seitens der Befragten besteht, machen die Angaben der Befragten auf das Statement „Ich müsste mich intensiver damit beschäftigen“ deutlich. So geben jeweils über 60% an, sich intensiver mit den Tarifen auseinander setzen zu müssen. Lediglich beim Hausarzttarif (55%) und dem Tarif IGV (59,4%) wird dieser Wert nicht erreicht. Beim Hausarzttarif könnte dies darauf zurückzuführen sein, dass der Tarif einfach zu verstehen ist und schon länger auf dem Markt angeboten wird.

Tabelle 2.4: Ergebnisse der einzelnen Tarife im Vergleich

Statement	Beitrags- rückzahlung	Fitness- prämie	Bonus Programm	Plus Programm	Tarif IGV	Hausarzt- tarif
"Ich würde den Tarif wählen"	50,10%	49,50%	56,60%	39,0%	34,50%	68,10%*
"Der Tarif klingt für mich interessant"	68,80%	59,30%	67,0%	50,0%	44,40%	77,0%*
"Der Tarif kommt für mich nicht in Frage"	36,50%	38,70%	30,0%	46,0%	49,0%*	25,10%
"Der Tarif lohnt sich für mich nicht"	34,0%	36,40%	30,40%	43,90%	46,0%*	23,0%
"Ich müsste mich intensiver damit beschäftigen"	70,80% *	62,20%	63,10%	61,30%	59,40%	54,70%
"Ich nutze bereits den Tarif"	8,70% *	7,30%	14,90%	5,40%	4,20%	15,90%

Lesebeispiel: 50,1% würden den Tarif Beitragsrückzahlung wählen

* höchster Wert

■ niedrigster Wert

Zusammenfassung

Der Hausarzttarif wurde von den Befragten am besten bewertet. Der Tarif IGV und das Plus Programm wurden weniger gut beurteilt. Interesse an den Tarifen ist durchaus gegeben, allerdings geben auch rund zwei Drittel der Personen an, sich mehr damit beschäftigen zu müssen.

4.3.6 Der Selbstbehalttarif

Wie bereits in Kapitel 2.4.4.1 beschrieben, müssen Versicherte, die einen Selbstbehalttarif wählen, ihre Behandlungskosten bis zu einer bestimmten Höhe selber tragen. Der Selbstbehalttarif bedeutet für die Versicherten demnach ein gewisses Risiko. Nutzen sie jedoch keine Behandlung oder nur sehr wenige, bekommen sie die Prämie bzw. einen Teil der Prämie von ihrer KK erstattet und können so Geld sparen.

Wann lohnt sich ein SB Tarif für einen Versicherten?

Die Frage, ob sich ein Selbstbehalttarif (vgl. Kapitel 2.4.4.1) für einen Versicherten lohnt, kann nur der Einzelfall entscheiden. Der Versicherte beteiligt sich bei diesem Tarif an den Behandlungskosten. Da diese bei einigen KK, wie bereits am Anfang der Arbeit erklärt wurde, nicht explizit für jede einzelne Krankheit festgelegt sind und

die Versicherten nicht wissen ob sie innerhalb eines Jahres erkranken, kann man keine generelle Aussagen über den Nutzen eines Selbstbehalttarifes für die Versicherten treffen.

In jedem Fall ist festzuhalten, dass für Personen, die selten einen Arzt konsultieren, die Chancen größer sind, dass sich ein Selbstbehalttarif lohnt.

Da man zumeist, wie zuvor festgestellt, nicht definitiv sagen kann, dass sich ein Selbstbehalttarif bis zu einer bestimmten Anzahl an Arztbesuchen lohnt, kann man lediglich Vermutungen darüber anstellen. Im Fragebogen wurden demnach mehrere Fragen gestellt, die Hinweise darauf geben sollten, für wie viele Personen sich eventuell ein solcher Tarif lohnen könnte.

Zunächst wurde der Selbstbehalttarif im Fragebogen vorgestellt, dann wurden sieben Statements zu dem Tarif aufgeführt und durch die Befragten bewertet. Anschließend sollten diese zwischen vier verschiedenen Tarifvarianten des Selbstbehaltes wählen. Mit dieser Frage, wollte man einen Überblick über die Risikofreude der Personen bekommen, da die einzelnen Varianten jeweils unterschiedliches Risiko beinhalteten. Niedrigste Stufe waren 20 € Zuzahlungen im Jahr, bei der risikoreichsten Variante maximal 360 €.

In den letzten beiden Fragen wurden die Anzahl der Arztbesuche, sowie die Zuzahlungen, die von den Versicherten in 2006 geleistet werden mussten, ermittelt.

Im Folgenden wird zuerst auf die beiden letztgenannten Fragen eingegangen, bevor dann die Statements analysiert werden und die Risikofreude, anhand der vier verschiedenen Möglichkeiten des Selbstbehalttarifes, dargestellt wird.

Arztkosten 2006

Die Spanne der Ausgaben für medizinische Zuzahlungen, der von KK geförderten Leistungen, lag bei den Befragten im Jahr 2006, zwischen 0 € und 4.300 €, wobei

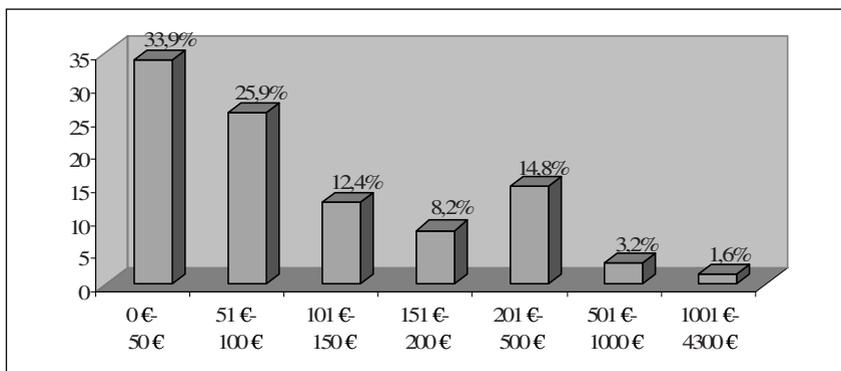


Abbildung 2.14: Ausgaben der Befragten für Zuzahlungen der medizinischen Leistungen in 2006

der letztgenannte Betrag sehr hoch erscheint. Jedoch kann man leider nicht prüfen, ob die Ausgaben sich tatsächlich nur auf die Zuzahlungen beziehen.

Zur Vereinfachung wurden auch in diesem Fall Klassierungen vorgenommen, so dass sieben verschiedene Gruppen entstanden. Die nachfolgende Grafik gibt einen Überblick über die Gruppierungen. Die Angaben beziehen sich auf Rezeptgebühren, Praxisgebühr, Medikamente etc.

Wie in der Grafik bereits dargestellt, hatten 33,9% im Jahr 2006 Behandlungskosten bzw. Ausgaben zwischen 0 und 50 €. 25,9% der Probanden bezahlten zwischen 51 € und 100 € für medizinische Leistungen. Fasst man diese Angaben zusammen, so haben nahezu 60% der Befragten 100 € oder weniger im Jahr 2006 ausgegeben. Alleine 12,1% der Befragten gaben an, genau 100 € dazu bezahlt zu haben. Lässt man diese Personen außer Betracht, haben folglich knapp 50% der Befragten weniger als 100 € ausgegeben.

Arztbesuche 2006

Bei der Frage nach den Arztbesuchen in 2006 gaben die Befragten eine Spanne zwischen einem und 250 Arztbesuchen in 2006 an. Bei einer Anzahl von 250 Arztbesuchen kann man vermuten, dass derjenige eventuell einen Krankenhausaufenthalt mitgezählt hat. Ansonsten erscheint diese Angabe zu hoch. Die folgende Grafik stellt dies noch einmal dar. Zur Vereinfachung wurden Klassierungen vorgenommen.

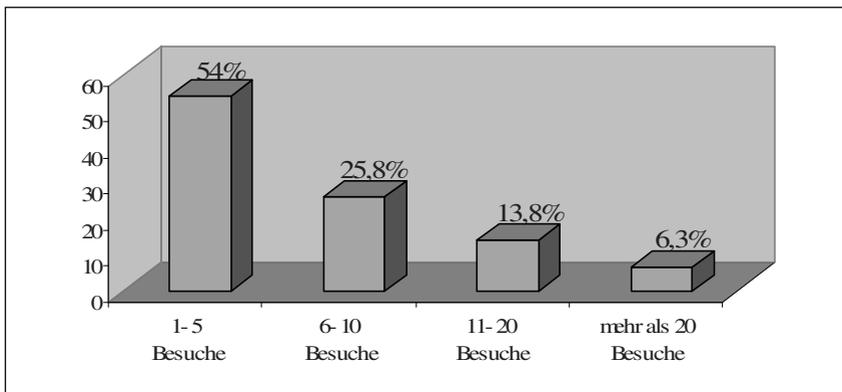


Abbildung 2.15: Anzahl der Arztbesuche der Befragten in 2006

Zusammenfassung

Mehr als die Hälfte (54%) waren 1–5-mal in ärztlicher Behandlung. 25,9% gingen 6–10-mal zum Arzt. Somit haben in 2006 knapp 80% der Befragten zehn oder weniger Male einen Arzt konsultiert.

Die Statements zu dem Selbstbehalttarif

Im Folgenden sind die sieben Statements, die im Fragebogen zu dem Selbstbehalttarif gegeben waren, dargestellt. Zur Vereinfachung wurden auch diese in zwei Kategorien unterteilt:

- 1) *4 Positive Statements*
- 2) *3 Negative Statements*

1) *Positive Statements*

- „*Ich würde den Tarif wählen*“
- „*Der Tarif hört sich für mich interessant an*“
- „*Ich nutze bereits den Tarif*“
- „*Ich bin mit meiner derzeitigen Situation zufrieden und möchte daran nichts ändern*“

Das Interesse seitens der Befragten ist auch bei diesem Tarif gegeben. So bewerteten insgesamt 57,4% den Tarif als interessant. 65,9% der 18–29-Jährigen, jedoch nur 51,4% in der Altersgruppe der 50–55-Jährigen stimmt hier zu.

41% gaben an, dass sie einen Selbstbehalttarif gegebenenfalls wählen würden. Auffällig ist bei diesem Statement, dass besonders die älteren Personen am wenigsten zustimmen. Sind es in der Gruppe der 30–39-Jährigen knapp 47%, so sind es bei den 50–55-Jährigen nur noch 36,4%. Man kann vermuten, dass der Grund dafür ist, dass ältere Menschen eher krank werden bzw. häufiger einen Arzt konsultieren müssen. Besonders die Gruppe der Freiberufler (51,1%) und die Selbstständigen (48,1%) gaben an, den Tarif gegebenenfalls zu wählen. Abweichend ist auch die Gruppe der Studenten, die zwar insgesamt schlecht informiert ist, trotzdem gaben 44% an, den Tarif wählen zu würden.

Bisher nutzen lediglich 6,3% der Befragten einen Selbstbehalttarif. Hinsichtlich des Einkommens und Geschlechts sind keine signifikanten Unterschiede feststellbar. Besonders Selbstständige und Freiberufler nutzen schon einen Selbstbehalttarif. Man kann annehmen, dass ein großer Teil dieser Personen privat versichert ist, da diese Art von Tarifen schon länger in der *PKV* angeboten wird. Studenten und Hausfrauen nutzen bisher sehr wenig bzw. gar keinen Selbstbehalttarif.

Dem gegenüber stehen jedoch 58%, die mit ihrer derzeitigen Situation zufrieden sind und nichts daran ändern möchten. Besonders die Gruppe der Beamten stimmt diesem Statement zu (78,3%). Selbstständige sind am ehesten nicht mit ihrer Situation zufrieden, so gaben lediglich 44,4% an, mit ihrer derzeitigen Situation zufrieden zu sein. Betrachtet man die Altersklassen, sind besonders die Personen ab 50 Jahre mit ihrer Situation zufrieden.

Wenn man davon ausgeht, dass Personen die mit ihrer Situation zufrieden sind, sich nicht für einen Selbstbehalttarif entscheiden werden, können nach Analyse der Daten theoretisch höchstens 42% der Befragten als Nutzer des Tarifes in Frage kommen.

Der Rest der Personen (42%) gibt an, mit ihrer derzeitigen Situation zufrieden zu sein und nichts daran ändern zu wollen.

2) Negative Statements

- „Der Tarif lohnt sich für mich nicht, da ich sehr oft zum Arzt gehe“
- „Ich habe keine Lust/Zeit mich damit zu beschäftigen“
- „Ich möchte kein Risiko eingehen“

27% der Probanden konnten zustimmen, keine Lust bzw. Zeit zu haben, sich mit einem Selbstbehalttarif zu beschäftigen. Je jünger die Befragten, desto eher stimmen sie diesem Statement zu. Sind es bei den 18–29-jährigen 32,3%, so sind es in der Altersgruppe der 50–55-jährigen lediglich nur noch 21,3%. Bei den Berufsgruppen stimmen besonders die Rentner und Studenten dem Statement zu. Besonders auffällig ist der Anteil bei den Rentnern, der einen Gegentrend in der Gruppe der älteren Personen darstellt.

Wie oben bereits beschrieben, birgt ein solcher Tarif für die Versicherten ein gewisses Risiko. Um zu erfahren, wie viele Personen nicht bereit sind, dieses einzugehen, war auch die Abfrage der Risikobereitschaft Teil der Befragung.

63,8% stimmten der Aussage zu, kein Risiko eingehen zu wollen. Dies sind fast zwei Drittel der Befragten. Auffällig ist hier, dass ältere Personen risikofreudiger sind als die jüngeren. In der ältesten Altersgruppe stimmen 55,6% dem Statement zu, bei den 18–29-Jährigen 66,8%. In diesem Fall ist hinsichtlich des Geschlechtes ein Unterschied festzustellen. Während 57,9% der Männer angaben kein Risiko eingehen zu wollen, sind es bei den Frauen bereits 86,5%. Hinsichtlich der Berufe, sind besonders Hausfrauen (75,6%) und Studenten (70,6%) eher risikoscheu.

Ein Drittel gab an, dass der Tarif sich für sie nicht lohnen würde, da sie sehr häufig zum Arzt gehen. Wie anzunehmen war, stimmen dieser Aussage eher ältere Personen zu, da diese häufiger einen Arzt konsultieren. 41% der 50–55-Jährigen bejaht dieses Statement, in der Altersgruppe der unter 39-jährigen sind es nur 26,8%. Die Betrachtung der Berufsgruppen bestätigt dies. 87% der Rentner stimmen diesem Statement zu, hingegen nur 25,3% der Studenten. Zusammenfassend würde sich also demnach theoretisch für zwei von drei Teilnehmern der Tarif lohnen.

Für die Ergebnisse der Gesamtaussagen der Befragten siehe Tabelle 2.5:

Tabelle 2.5: Die einzelnen Statements des Selbstbehalttarifs im Überblick

„Ich würde den Tarif wählen.“	41,0%
„Der Tarif hört sich für mich interessant an.“	57,4%
„Ich nutze bereits den Tarif.“	6,3%
„Ich bin mit meiner derzeitigen Situation zufrieden und möchte daran nichts ändern.“	58,0%
„Ich habe keine Lust/Zeit mich damit zu beschäftigen.“	27,0%
„Ich möchte kein Risiko eingehen.“	63,8%
„Der Tarif lohnt sich für mich nicht, da ich sehr oft zum Arzt gehe.“	32,5%

Risikobereitschaft

Um die Risikofreude noch näher zu untersuchen, wurden explizit vier verschiedene Tarifvarianten mit unterschiedlichen Risiken vorgestellt. Die Befragten mussten sich für eine der gegebenen Möglichkeiten entscheiden.

Wie bereits bei dem Statement zum Thema Risiko deutlich wurde, ist die Risikobereitschaft der Befragten nicht sehr ausgeprägt. Dieses Ergebnis wird bei der Bewertung der verschiedenen Möglichkeiten des Selbstbehalttarifes bestätigt. Zur besseren Übersicht werden die vier möglichen Varianten, noch einmal in einer Tabelle dargestellt:

Tabelle 2.6: Darstellung der einzelnen Selbstbehalttarifvarianten

SB-Tarif	Prämie	Selbstbehalt	=	max.Risiko
Variante 1	100 €	120 €	=	20 €
Variante 2	240 €	300 €	=	60 €
Variante 3	400 €	580 €	=	180 €
Variante 4	600 €	960 €	=	360 €

Wie bereits in Kapitel 2.4.4.1 erwähnt, werden bei einem Selbstbehalttarif, die einzelnen Stufen nach dem Einkommen der Personen gestaffelt. Personen mit einem höheren Einkommen können demnach z. B. nicht die Variante mit dem niedrigsten Risiko des Tarifes wählen. Da man aber u. a. herausfinden wollte, ob ein Zusammenhang zwischen dem Einkommen und der Risikofreude der Personen besteht, wurde diese zusätzliche Angabe im Fragebogen nicht gemacht. Alle Befragten konnten zwischen den vier gegebenen Möglichkeiten wählen.

Des Weiteren sollte mit dieser Frage untersucht werden, ob es sinnvoll ist, weitere Abstufungen des Selbstbehalttarifes anzubieten. Wäre ein Ergebnis, dass die Risiko-

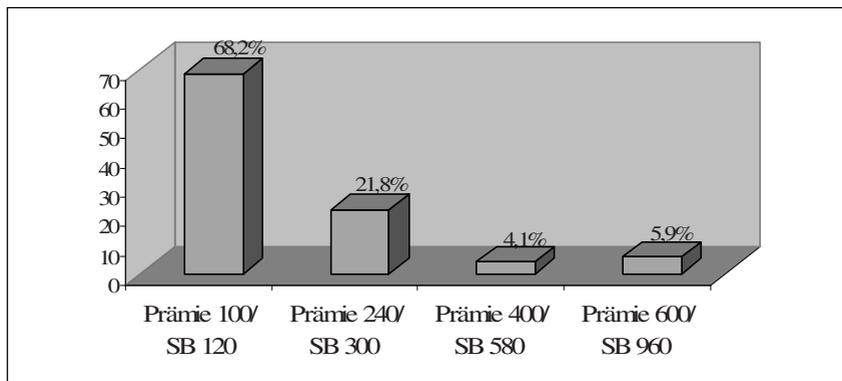


Abbildung 2.16: Welche der 4 Möglichkeiten wäre für Sie am interessantesten?

freude der Personen sehr ausgeprägt ist, könnte dies ein Hinweis für die KK sein, weitere Varianten des Selbstbehalttarifes auf den Markt zu bringen bzw. Varianten mit einem noch höheren Risiko.

Ergebnis der Befragung war, dass 68,2% der Befragten die Variante mit dem niedrigsten Risiko von maximal 20 € präferieren.

21,8% die zweitniedrigste Selbstbehaltstufe mit 60 € Risiko. Fasst man diese Anzahl der Personen zusammen, so entscheiden sich alleine 90% für die beiden Varianten mit dem niedrigsten Risiko. Nur 4,1% bevorzugen den Tarif mit einem Risiko von 180 €. Lediglich 5,9% würden die Variante mit dem höchsten Risiko von 360 € wählen.

Zusammenfassung allgemein

Der größte Anteil der Befragten zeigt kein Interesse an Tarifen mit einem höheren Risiko.

Risikoanalyse detailliert

Die Daten wurden weitergehend darauf untersucht, ob ein Zusammenhang zwischen der Risikobereitschaft und den soziodemographischen Merkmalen Geschlecht, Einkommen, Beruf und Alter besteht.

• *Geschlecht*

Bezogen auf das Geschlecht ist festzustellen, dass die männlichen Teilnehmer geringfügig risikofreudiger sind. So gaben 72% der Frauen an, die erste Möglichkeit wählen zu würden, bei den Männern waren es lediglich 62%.

• *Einkommen*

Weiterhin sind bei der Auswertung, wie in Abbildung 2.17 dargestellt, einkommensspezifische Unterschiede hinsichtlich der Risikofreude der Personen festzustellen.

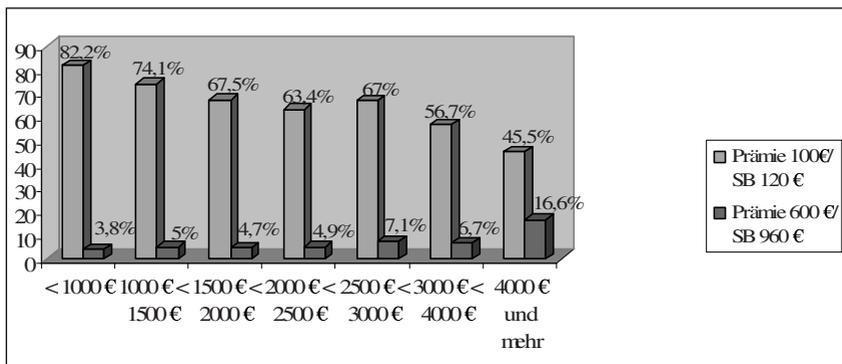


Abbildung 2.17: Zusammenhang Einkommen und Risikobereitschaft

Personen mit einem hohen Einkommen erscheinen im Ergebnis risikofreudiger als Personen mit einem niedrigeren Einkommen. Für jemanden der ein höheres Einkommen hat, ist jedoch ein max. Selbstbehalt von 960 € weniger als für jemanden mit einem niedrigeren Einkommen. Wird die Relation vom Einkommen zu dem jeweiligen Risiko betrachtet, ist das Ergebnis nicht so eindeutig wie es auf den ersten Blick erscheint.

- *Beruf*

Ähnliches Bild zeigt sich in der Untersuchung der Risikobereitschaft der Befragten hinsichtlich der beruflichen Tätigkeit. Deutlich niedrig ist die Risikofreude bei den Rentnern. Hier geben 93,5% an, die erste Variante des Selbstbehalttarifes zu bevorzugen. Ebenso 86% der Personen ohne Beschäftigung und 80% der Arbeiter. Bei den Angaben zeigt sich, dass jeweils mehr als 50% der befragten Gruppen die Variante mit dem geringsten Risiko wählen würden, ausgenommen die selbstständigen Personen mit einem Anteil von 40%. Die zuletzt genannte Gruppe würde am ehesten das höchste Risiko eingehen, mit einem SB von 960 € (16%).

- *Alter*

Hinsichtlich des Alters ist annehmen, dass die jüngeren Personen nicht so risikofreudig sind, da sie meist über weniger Einkommen verfügen. Bei der Studie ist dies jedoch nicht explizit zu erkennen. So präferieren 70% der über 40-Jährigen die erste Variante des Selbstbehalttarifes. In der Gruppe der 30–39-Jährigen sind dies knapp 64%, bei den 18–29-Jährigen 67%.

Hinsichtlich des Alters sind folglich keine signifikanten Unterschiede in Bezug auf die Risikobereitschaft festzustellen.

4.4 Ergebnisse der Conjoint-Analyse mit Interpretationansätzen

4.4.1 *Ranking Gesamt*

Ziel der Conjoint Analyse ist es, die optimale Tarifkombination und die einzelnen Nutzenwerte bzw. Wichtigkeitswerte der Tarife für die Befragten herauszufiltern.

Bereits in Kapitel 3.3 wurde beschrieben, dass die Befragten eine Rangfolge der zwölf Tarifkombinationen bilden mussten. Im folgenden Abschnitt wird das Ergebnis dargestellt. Zur besseren Veranschaulichung werden die Karten, die am häufigsten auf die ersten drei Plätze gewählt wurden, noch einmal in den Abbildungen 2.18–2.20 dargestellt.

Obwohl nachfolgendes nicht Kern der CA ist soll dennoch ein Blick auf die gewählte Reihenfolge der zwölf Profilkarten geworfen werden. Es wurde die Karte elf,

Karten-ID	Selbst-behaltarif	Beitrags-rückzahlung	Fitness-prämie	Haus-arzttarif	Bonus Programm	Plus Programm	Tarif IGV
11	120 SB	3 MB	ohne	ohne	mit	mit	ohne

Abbildung 2.18: Karte Nummer 11

Karten-ID	Selbst-behaltarif	Beitrags-rückzahlung	Fitness-prämie	Haus-arzttarif	Bonus Programm	Plus Programm	Tarif IGV
4	120 SB	2 MB	ohne	mit	ohne	ohne	ohne

Abbildung 2.19: Karte Nummer 4

Karten-ID	Selbst-behaltarif	Beitrags-rückzahlung	Fitness-prämie	Haus-arzttarif	Bonus Programm	Plus Programm	Tarif IGV
12	120 SB	1 MB	mit	ohne	ohne	ohne	mit

Abbildung 2.20: Karte Nummer 12

278 Mal von den Befragten auf Rang eins gesetzt, dies entspricht 26,8%. Somit erhielt diese Karte von jedem vierten Befragten die beste Bewertung. Knapp 20% wählten die Karte Nummer vier auf den vordersten Platz. Mit 16,5% wurde die Karte zwölf am drithäufigsten auf Rang eins gewählt.

Alle drei Karten beinhalten den Selbstbehaltarif 120, den Tarif mit dem niedrigsten Risiko von 20 €. Dies spiegelt erneut die geringe Risikobereitschaft der Personen wieder. Ein weiterer Anhaltspunkt für die niedrige Risikofreude der Befragten könnte sein, dass auf der favorisierten Karte 11, außerdem das Bonus Programm zu finden ist, welches ebenfalls kein Risiko für die Versicherten darstellt.

Bei der Beitragsrückzahlung fällt auf, dass die Karten in absteigender Reihenfolge die einzelnen Monatsbeiträge enthalten. So bekommt der Befragte bei der Karte elf drei Monatsbeiträge, bei der Karte vier zwei und bei der Karte zwölf einen Monatsbeitrag erstattet. Dieses Verhalten bei der Wahl ist durchaus nachvollziehbar, da die Befragten bei drei Monatsbeiträgen mehr Geld von ihrer KK erhalten, als bei der Erstattung von einem.

Weiterhin ist festzustellen, dass den Befragten vermutlich bei der Bestimmung der Rangfolge, der Selbstbehaltarif und die Beitragsrückzahlung am wichtigsten waren. Belegt wird dies wenn man die Karte elf, die am häufigsten auf Rang eins gewählt wurde, näher betrachtet. Diese beinhaltet das Plus Programm, welches eigentlich nur von chronisch kranken Personen zu wählen ist. Es kann davon ausgegangen werden, dass die Anzahl an chronisch kranken Personen eher gering sein wird. Somit kann man vermuten, dass der Fokus der Befragten bei der Wahl der Karten eher auf den beiden erstgenannten Tarifen lag und die Wahl des Plus Programms „in Kauf genommen wurde“, um die anderen Tarifvarianten auf dieser Profilkarte zu erhalten.

Des Weiteren ist auffällig, dass der Tarif IGV auf keiner der beiden erstgenannten Karten wieder zu finden ist. Dies deutete sich bereits bei der Bewertung der einzelnen Tarife an. Dort wurden der Tarif IGV und das Plus Programm am schlechtesten von den Tarifen bewertet. Der Hausarzttarif, der in der Bewertung der einzelnen Tarife am besten abschnitt, ist lediglich auf einer der drei meistgewählten Karten enthalten.

Aus den Ergebnissen des Rankings, wurden mit Hilfe von SPSS die einzelnen Nutzenwerte und daraus wiederum die Wichtigkeitswerte der Tarife errechnet. Im folgenden Abschnitt werden die Ergebnisse der Gesamtanalyse dargestellt, bevor in Kapitel 4.4.4 einzelne Gruppierungen genauer untersucht werden.

4.4.2 Nutzenschätzungen Gesamt

Im Zuge einer CA werden zuerst die einzelnen Nutzenschätzungen errechnet, bevor dann aus diesen die Wichtigkeitswerte für jeden Tarif ermittelt werden.

Wie bereits kurz in Kapitel 4.2.1.4 beschrieben, werden die Nutzenwerte für jede einzelne Tarifausprägung ermittelt. Positive Nutzenschätzungen haben dabei einen positiven Nutzen für den Versicherten, negative Nutzenschätzungen folglich „negativen Nutzen“. Je höher der Nutzenwert, desto höher auch der Nutzen für die optimale Tarifkombination. In der nachfolgenden Tabelle sind die Ergebnisse der Nutzenschätzungen noch einmal dargestellt:

Tabelle 2.7: Nutzenschätzungen der einzelnen Tarife mit ihren Ausprägungen

Tarif	Ausprägung	Nutzenschätzung
Selbstbehalt	120 €	-0,608
	240 €	1,925*
	580 €	0,167
	960 €	-1,483
Beitragsrückzahlung	1 MB	1,54
	2 MB	-0,357
	3 MB	-1,183
Fitnessprämie	mit	1,3
	ohne	-1,3
Hausarzttarif	mit	0,054
	ohne	-0,054
Bonus Programm	mit	-0,828
	ohne	0,828
Plus Programm	mit	-0,385
	ohne	0,385
Tarif IGV	mit	-0,472
	ohne	0,472

* höchster Wert
 ■ niedrigster Wert

Wie in der Tabelle ersichtlich wird, hat der Selbstbehalttarif mit einem Selbstbehalt von 240 € den größten Nutzen für die Befragten (1,925), gefolgt vom Tarif Beitragsrückzahlung mit einem Monatsbeitrag (1,54), der Fitnessprämie (1,3) und dem Bonus Programm (0,828).

Weiterhin wird deutlich, dass bei dem Tarif IGV, dem Plus- und Bonus Programm negative Nutzenschätzungen vorhanden sind, wenn diese Tarife in den Profilkarten vorhanden sind. Bei der Fitnessprämie und dem Hausarzttarif wiederum tritt der umgekehrte Fall auf, hier erhält der Versicherte einen positiven Nutzenwert durch die beiden Tarife.

Den niedrigsten Nutzen hat der Selbstbehalttarif 960 (-1,483). Dieses Ergebnis bestätigt die Ergebnisse des Fragebogens, wo diese Tarifvariante von den Befragten eher schlecht beurteilt wurde und auch die Ergebnisse des Rankings (vgl. Kapitel 4.4.1). Den zweitniedrigsten Nutzen hat der Tarif Beitragsrückzahlung mit drei MB, dies Ergebnis war nicht zu erwarten, da die Versicherten bei diesem Tarif relativ viel Geld von der KK bekommen.

4.4.3 Wichtigkeitswerte Gesamt

Aus den Nutzenschätzungen wurden mit Hilfe von SPSS die einzelnen Wichtigkeitswerte für die Tarife errechnet. Die folgende Grafik gibt einen Überblick über diese, deren Summe immer eins ergibt:

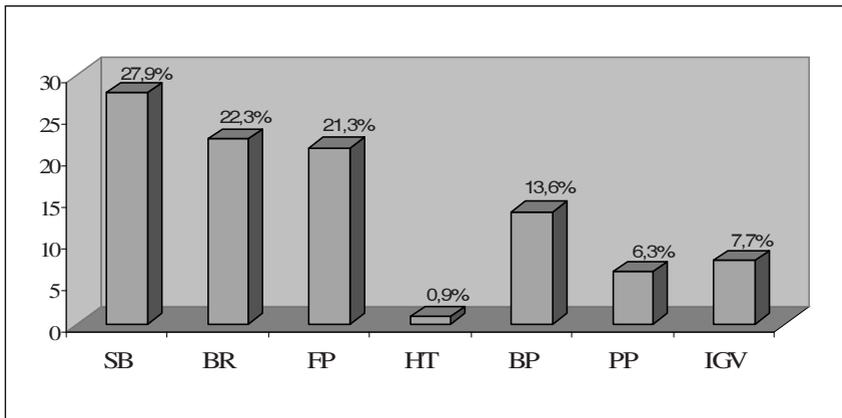


Abbildung 2.21: CA-Ergebnisse für alle Befragten

SB = Selbstbehalttarif
 BR = Beitragsrückzahlung
 FP = Fitnessprämie
 HAT = Hausarzttarif

BP = Bonus Programm
 PP = Plus Programm
 IGV = Tarif IGV

Wie bereits bei den Nutzenschätzungen gesehen, ist eine der Varianten des Selbstbehalttarifes, eine des Tarifs Beitragsrückzahlung sowie die Fitnessprämie am Nutzenträchtigsten für die Versicherten. Folglich spiegeln sich diese Ergebnisse auch in den Wichtigkeitswerten wieder.

Bei der vorliegenden Gesamtbetrachtung hat der Selbstbehalttarif mit 27,9% den höchsten Wichtigkeitswert, gefolgt von dem Tarif Beitragsrückzahlung mit 22,2% und der Fitnessprämie mit einem Wert von 21,2%. Das Bonus Programm erhält einen Wert von 13,5%, der Tarif IGV 7,7% und das Plusprogramm 6,3%. Den niedrigsten Wichtigkeitswert erhält der Hausarzttarif, mit lediglich 0,8%. Dies ist abweichend von dem Ergebnis der Statements der einzelnen Tarife, da der Hausarzttarif bei dieser Bewertung am besten abschnitt. Man kann somit feststellen, dass die Versicherten den Hausarzttarif an sich attraktiv finden. Stehen sie aber vor der Wahl und müssen sich zwischen mehreren Tarifen entscheiden, erscheint ihnen der Nutzen anderer Tarife höher. Man kann hier nur spekulieren, was die Ursache dafür ist. Möglicher Grund könnte sein, dass die Versicherten die höheren Prämien anderer Tarife (beim Hausarzttarif max. 40 Ersparnis) bevorzugen, auch wenn diese z. T. mit einem Risiko verbunden sind.

Zusammenfassend sind der Selbstbehalttarif, der Tarif Beitragsrückzahlung sowie die Fitnessprämie die Tarife mit den höchsten Wichtigkeitswerten für die Versicherten.

4.4.4 *Ergebnisse einzelner Gruppierungen*

Um noch detailliertere Ergebnisse zu bekommen, wurden Analysen für einzelne Gruppierungen durchgeführt. Untersucht wurden verschiedene Alters- und Einkommensklassen, die Geschlechter, Bildung und einzelne Berufsgruppen.

Deutlich unterschiedliche Ergebnisse, im Vergleich zu den anderen Gruppierungen, lieferten die Rentner und Selbstständigen. Die folgende Grafik (Tabelle 2.8) verdeutlicht dieses und gibt einen Überblick über die einzelnen Ergebnisse.

Während der Hausarzttarif in der Gesamtbetrachtung einen geringen Wichtigkeitswert hat (0,9%), erhält dieser bei der Gruppe der Rentner einen relativ hohen Wert mit 8,1%. Möglicher Grund könnte die langjährige Treue bei dem Hausarzt sein. Andererseits haben besonders Rentner mehr Zeit als z. B. selbständig tätige Personen, so dass eventuelle Wartezeiten bei ihrem Hausarzt nicht als störend empfunden werden. Genaue Ursachen können jedoch nicht genannt werden.

Bei dem Tarif IGV ist auffällig, dass der Wichtigkeitswert besonders bei den Selbstständigen sehr gering ist (0,6%). Personen mit einem geringen Einkommen messen diesem Tarif jedoch eine höhere Bedeutung bei. Für Selbstständige ist der Tarif Beitragsrückzahlung am wichtigsten. Dies könnte eventuell daran liegen, dass viele Selbstständige privat versichert sind. In der PKV ist diese Art von Tarifen bereits längere Zeit auf dem Markt.

Tabelle 2.8: Wichtigkeitswerte der einzelnen Tarife anhand der Gruppierungen

	Selbst-behalttarif	Beitrags-rückzahlung	Fitness-prämie	Haus-arzttarif	Bonus Programm	Plus Programm	Tarif IGV
Frauen	28,3	22	20,9	1,7	12,8	5,6	8,6
Männer	27,3	22,6	21,7	0,2	14,4*	7,1	6,6
Rentner	26,1	18,1	24,1*	8,1*	12,8	3,2	7,6
Angestellte	27	23,4	20,6	0,2	13,8	6,1	8,8
Studenten	28,8	20,9	21,9	2,7	11,8	7,8	6,4
Selbstständige	27,2	27,6*	23,3	0,4	12,2	8,6*	0,6
Beamte	28,8	20,6	21,6	6,3	11,2	4	7,5
Einkommen <1000	30,6*	20,5	21	1,9	12,6	4,2	8,9*
Einkommen >4000	27,2	26,9	21,2	0,6	13,5	6,7	3,7
18-29 Jahre	28,4	21,7	20,9	1,9	12,3	6,2	8,2
50-55 Jahre	29,2	22,2	21,9	0,1	13,2	6,9	6,2
Gesamt CA	27,9	22,2	21,2	0,8	13,6	6,3	7,7

* höchster Wert

■ niedrigster Wert

Der Selbstbehalttarif hat für alle Gruppierungen eine relativ hohe Wichtigkeit. Besonders für Personen mit dem niedrigsten Einkommen. Für Rentner hat der Selbstbehalttarif, im Vergleich zu den anderen Gruppierungen, eine geringere Bedeutung. Dies kann wiederum darauf zurückzuführen sein, dass diese Personen öfter einen Arzt konsultieren und sich somit in diesen Fällen ein Selbstbehalttarif nicht so oft lohnen würde. Hinsichtlich des Geschlechts, des Alters und der Bildung sind keine signifikanten Unterschiede festzustellen. Betrachtet man die Berufsgruppen so fällt auf, dass der Tarif Beitragsrückzahlung bei den Studenten einen relativ niedrigen Wichtigkeitswert aufweist. Dieses Ergebnis ist nicht zu erwarten gewesen, da gerade Studenten besonders wenig zum Arzt gehen und sich somit der Tarif, der keinerlei finanzielles Risiko birgt, lohnen würde.

Zusammenfassung

Der Selbstbehalttarif hat in der Gesamtanalyse den höchsten Wichtigkeitswert. Betrachtet man die einzelnen Gruppierungen, ändert sich dieses Bild lediglich bei den Selbstständigen, bei denen der Tarif Beitragsrückzahlung einen höheren Wert aufweist. Auffällig ist der niedrige Wichtigkeitswert des Hausarzttarifes, der in der Einzelanalyse am besten von den Tarifen bewertet wurde.

4.5 Zusammenfassung der Ergebnisse

Ein halbes Jahr nach der Einführung der WT kann von einer Etablierung im Markt wohl noch nicht gesprochen werden. Die Zahl der Nutzer der WT ist noch sehr gering (unter 10%). Insofern kann die Akzeptanz momentan als tendenziell niedrig ein-

gestuft werden. Allerdings haben bereits knapp zwei Drittel der Befragten bisher von den WT Kenntnis genommen. Je älter die Personen sind und je höher das Einkommen, desto eher haben sie bereits etwas von den WT gehört. Attraktiv erscheinen offenbar einzelne Elemente bzw. Elementekombinationen, wenn man die Probanden mit unterschiedlichen fiktiven WT-Kombinationen konfrontiert. So erhielt der Selbstbehalttarif in der Gesamtanalyse den höchsten Wichtigkeitswert. Ein Selbstbehalttarif mit einem Selbstbehalt von 240 € hätte dabei den größten Nutzen für die Befragten. Einen ebenfalls vergleichsweise großen Nutzen hätte ebenfalls ein Tarif mit Beitragsrückzahlung von einem Monatsbeitrag. Weiterhin zeigte sich, dass bei dem Tarif IGV, dem Plus- und Bonus Programm negative Nutzenschätzungen auftauchten, wenn diese Tarife gleichzeitig in einem Angebotspaket enthalten sind. Den niedrigsten Nutzen hätte ein vergleichsweise hoher Selbstbehalttarif (960,- €). Auf Basis der geschätzten Werte hätte eine Kombination aus Selbstbehalttarif (240 €), Beitragsrückzahlung (ein Monat) sowie einer Fitnessprämie den höchsten Nutzen für die Versicherten.

5 Vergleich mit der vorangegangenen Studie

Angesichts der Tatsache, dass es sich um eine relativ neue Fragestellung handelt, gibt es auf dem Markt bisher nur eine geringe Anzahl an Vergleichsstudien.

Wie bereits am Anfang erwähnt, ging dieser Studie eine Pilotstudie an der *Fachhochschule Kiel* voraus, indem eine Marktstudie mit einer ähnlichen Thematik durchgeführt wurde.¹⁰² Die Zielgruppe bezog sich damals nur auf Studierende. Im Folgenden wird die Studie, die im Mai 2007 durchgeführt wurde, näher betrachtet und einzelne Ergebnisse miteinander verglichen. Ziel ist es, u.a. herauszufinden, ob die einzelnen Stichproben der Befragungen sich in ihrem Wissen über die WT signifikant voneinander unterscheiden.

Rahmenbedingungen der Studie Mai 2007

Gegenstand der Studie mit der Zielgruppe der Studierenden waren auch im damaligen Fall die WT und das allgemeine Wissen über die KK. Des Weiteren wurde auch innerhalb dieser Studie eine CA durchgeführt. 114 Studenten im Alter von 19–33 Jahren, ausgewählt nach dem Quotenverfahren, wurden befragt. Die Untersuchung wurde an sechs verschiedenen Fachbereichen der *C.A.U. Kiel* und der *Fachhochschule Kiel* durchgeführt. Im Einzelnen waren dies die Fachbereiche Wirtschaft, Maschinenbau, Sozialwesen, Medizin, Naturwissenschaften und Philosophie.

Die Studie wurde im Mai 2007 durchgeführt. Zu diesem Zeitpunkt waren die WT erst einen sehr kurzen Zeitraum auf dem Markt.

Der Fragebogen bestand damals aus 13 Fragen, soziodemographischen Angaben und 16 Profilkarten, welche die Studierenden in eine Rangfolge bringen mussten. Die Erkenntnisse der Studie lieferten Hinweise bei der Erstellung des FB und der Durchführung der CA für die vorliegende Studie.

Ergebnisse

Im Folgenden werden die Ergebnisse der studentenorientierten Studie aus dem Mai 2007 mit den Aktuellen verglichen.

Der Kenntnisstand der Studenten zum Thema KK war im Mai 2007 wesentlich geringer als in der aktuellen Befragung. Damals gaben lediglich 6% der Studenten an, gut über die Angebote ihrer KK informiert zu sein. In der Befragung vom November 2007 sind die Studenten zwar im Gegensatz zu den anderen Berufsgruppen relativ schlecht, im Unterschied zu der Studie vom Mai jedoch bereits besser informiert. 30,5% gaben im November an, gut über die Angebote ihrer KK informiert zu sein.

¹⁰² Vgl. Dressler, M. u. a., Selbstbehalte – Studierende als lukrative Zielgruppe, in: Versicherungsmagazin 2, 2008, S. 30.

Der Bekanntheitsgrad der WT ist ebenfalls im November höher. Mehr als drei Viertel der Studenten hatte im Mai noch nichts von den neuen WT gehört, im November hatten bereits 46% der Studenten von den neuen WT gelesen bzw. gehört.

Auch in der Befragung vom Mai wurde, im Hinblick auf den Selbstbehalttarif, erfragt, wie oft Studenten zum Arzt gehen und wie hoch die Zuzahlungskosten sind. Im Gegensatz zu der gesamten Bevölkerung gehen die Hochschüler seltener zum Arzt. Mehr als die Hälfte der Studenten, die befragt wurden, gaben an, weniger als vier Mal im Jahr zum Arzt zu gehen. Annähernd 7% konsultierten 2007 keinen Arzt. Diese Angabe wurde ein halbes Jahr später in der Befragung von keiner Person gemacht.

Ein Viertel der Studenten gab an, bis zu dem damaligen Zeitpunkt in 2007 weniger als 10 € bezahlt zu haben. 50% gaben an, zwischen 10 € und 50 € ausgegeben zu haben und 16,6% zwischen 51 € und 100 €. Mehr als 100 € gaben lediglich 7% der Studenten aus. Da der Zeitraum, für den die Angaben damals gemacht wurden, nicht mit dem jetzigen identisch war, sind die Ergebnisse nicht vergleichbar. In der damaligen Umfrage bezog sich die Angabe der Studierenden lediglich auf die ersten fünf Monate des Jahres 2007. Festzuhalten ist dennoch, dass Studenten im Vergleich zur Gesamtbevölkerung weniger zum Arzt gehen.

Das Interesse an den WT war auch seitens der Studenten vorhanden. 63% gaben an, dass ein Selbstbehalttarif für sie interessant klingt. Hinsichtlich der Risikoabfrage waren bei der damaligen Studie nicht vier Selbstbehaltvarianten gegeben, sondern lediglich drei. Zur besseren Übersicht werden die drei Varianten in einer Tabelle dargestellt:

Tabelle 2.9: Selbstbehalttarifvarianten Studie Mai 2007

SB-Tarif	Selbstbehalt	Prämie	=	Max.Risiko
Variante 1*	120 €	100 €	=	20 €
Variante 2**	240 €	200 €	=	40 €
Variante 3	360 €	300 €	=	60 €

* real von der TK angebotener Tarif

** fiktiv gewählte Tarifvarianten

Ziel war es, zu untersuchen, ob eine höhere Prämie auch gleichzeitig einen höheren Anreiz für die Studenten darstellt den Tarif zu wählen. Obwohl davon auszugehen ist, dass die meisten Studenten nur den Selbstbehalttarif mit der niedrigsten Stufe wählen können, da sie zumeist über ein sehr geringes bzw. gar kein Einkommen verfügen.

Eine hohe Risikofreude war auch damals nicht vorhanden, jedoch waren die Studenten im Vergleich zu der gesamten Bevölkerung risikofreudiger. Knapp 60% gaben im Mai an, dass sie sich für die Selbstbehalttarifvariante mit dem geringsten Risiko

von 20 € entscheiden würden. 17,5% hätten sich für die Variante mit einem Risiko von 40 € entschieden und knapp 23% für den Tarif mit dem höchsten Risiko von 60 €.

Der Tarif Beitragsrückzahlung und die Fitnessprämie waren damals die Tarife, die Studenten für sich am interessantesten bewerteten. (In diesem Fall waren die sechs Tarife, außer dem Selbstbehalttarif zu bewerten). Zum Vergleich: Im November 2007 wurde in der Einzeltarifbewertung der Hausarzttarif am besten bewertet.

Bei der CA war das Ergebnis der Studentebefragung, im Vergleich zu dem vom November, ausgeglichener und wird in der Abbildung 2.22 dargestellt.

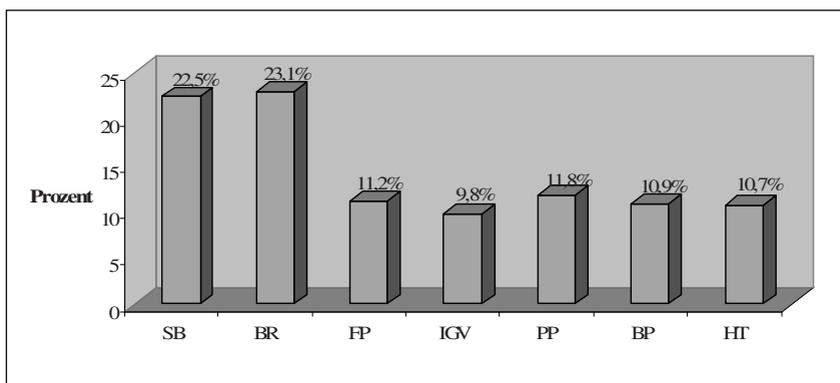


Abbildung 2.22: CA-Ergebnisse Studie Mai 2007

SB = Selbstbehalttarif

BR = Beitragsrückzahlung

FP = Fitnessprämie

HT = Hausarzttarif

BP = Bonus Programm

PP = Plus Programm

IGV = Tarif IGV

Der Hausarzttarif, der bei der Betrachtung der Gesamtbevölkerung sehr schlecht abschnitt, wurde von den Studenten nicht so schlecht bewertet. Allerdings war die Auswahl der Karten in der Studie vom Frühjahr nicht identisch mit den Karten der jetzigen Studie. So war damals die beliebteste Karte die, die alle Tarife beinhaltet. Bei der obigen Studie wurde auf Grund dieser Erkenntnisse darauf geachtet, dass diese Profilkarte nicht in der Bewertung vorhanden ist. Bei der CA waren den Studenten der Selbstbehalttarif und die Beitragsrückzahlung am wichtigsten. Dieses Ergebnis ist ebenfalls in der jetzigen Gesamtbetrachtung zu finden. Die Werte sind zwar nicht identisch, jedoch waren die beiden oben genannten Tarife auch im November die beiden, mit den höchsten Wichtigkeitswerten. Betrachtet man nur die Studenten der jetzigen Studie, hatten diesmal der Selbstbehalttarif und die Fitnessprämie die höchsten Wichtigkeitswerte für diese Gruppe.

Zusammenfassung

Die Studenten der vorliegenden Studie geben im Gegensatz zu der Befragung vom Mai 2007 an, besser über die WT und die KK allgemein informiert zu sein. Waren die Studenten in der ersten Befragung noch risikofreudiger als die Gesamtbevölkerung, ist dies in der vorliegenden Studie nun nicht mehr festzustellen. Jedoch ist anzumerken, dass die verschiedenen Selbstbehalttarifvarianten mit denen die Risikofreude getestet wurde, nicht identisch in den Befragungen waren, so dass ein direkter Vergleich schwierig ist.

Allgemein betrachtet, sind keine signifikanten Unterschiede der beiden Studien ersichtlich geworden. Die Ergebnisse der beiden Studien sind somit konsistent.

6 Implikationen

6.1 Praktische Implikationen

Bestimmte WT sind für bestimmte Zielgruppen interessant. Personen mit vergleichsweise geringer Risikoaversion und geringer Inanspruchnahme des Gesundheitssystems können bei Selbstbehalt und Beitragsrückerstattung Kosten sparen. Im Jahre 2006 gingen immerhin 54% der Befragten lediglich ein bis maximal fünf Mal zum Arzt, 60% der Befragten haben im Jahre 2006 max. 100 € oder weniger für Rezeptgebühren, Praxisgebühr, Medikamente dazu bezahlt. Empfehlenswert wäre es bei den Tarifen mit Selbstbehalt darauf zu achten, dass die Spanne zwischen Prämie und Selbstbehalt nicht zu groß ist. Eine Kombination aus Selbstbehalt von 960 € und einer Beitragsrückzahlung von drei Monatsbeiträgen hätte z.B. einen negativen Nutzen. Auf Basis der geschätzten Werte hätte eine Kombination aus Selbstbehalttarif (240 €), Beitragsrückzahlung (ein Monat) den höchsten Nutzen für die meisten Versicherten. Denkbar wären auch mehrere, dafür aber geringere Abstufungen bei diesen Tarifen anzubieten, als es bei der Befragung umgesetzt wurde. Das Risiko der Selbstbehalttarife ist maßgeblich durch zwei Einflussgrößen begründet: Zum einen sind die genauen Kosten der Behandlungen dem Versicherten nicht genau bekannt. Zum anderen hat der Versicherte keine Informationen über sein Erkrankungsrisiko. Beide Einflussgrößen, vor allem der erste, könnten von den KK mit Informationen für die Versicherten aufbereitet werden. Transparente Behandlungskosten bzw. Abrechnungsbeträge pro Rezept und Krankenhausaufenthalt, wie z.B. die AOK diese bei Selbstbehalttarifen anbietet, wären in diesem Fall sinnvoll, um den Versicherten Richtwerte zu geben. Der Selbstbehalttarif erhielt in der CA den höchsten Wichtigkeitswert und ist somit ein Tarif, in den sich eine Investition für die KK lohnen würde.

Nach Auswertung der Ergebnisse wird besonders deutlich, dass jüngere Personen noch relativ wenig über die WT informiert sind. Da dies jedoch eine besonders attraktive Zielgruppe für KK ist (geringe Morbidität, daher potenziell geringe Ausgaben und ein langer Einnahmenzeitraum), sollte diese zielgruppenadäquate Werbemaßnahmen angesprochen werden. Die Art der Kommunikation sollte sich in diesem Fall gezielt auf ein Medium richten, welches diese Zielgruppe häufig nutzt (Internet). Empfehlenswert wäre es, nach sog. Anschlussfragen zu suchen, welche die Anziehungskraft haben, die Aufmerksamkeit der Studenten auf das Thema „Krankenkasse“ zu lenken. Besonders die Gruppe der Studenten ist eine interessante Zielgruppe, da erwartet werden kann, dass diese nach Beendigung ihrer akademischen Ausbildung ein relativ hohes Gehalt bekommen und gleichzeitig vergleichsweise geringe Behandlungskosten verursachen wird.

6.2 Methodische Implikationen

Durch die Wahl der Befragungsart ergaben sich bestimmte Restriktionen hinsichtlich der Repräsentativität. Nach Angaben des statistischen Bundesamtes verfügen zurzeit lediglich 65% der Haushalte in Deutschland über einen Internetanschluss.¹⁰³ Die vollständige Repräsentativität für die gesamten Haushalte in Deutschland, ist in diesem Punkt nicht gegeben. Zukünftige Untersuchungen sollten die Methode der persönlichen Befragung wählen. So würden auch „Nicht-PC-Anwender“ in der Stichprobe berücksichtigt werden und die Ergebnisse wären repräsentativ für alle Haushalte in Deutschland.

Weiterhin konnte nicht kontrolliert werden, wie intensiv sich die Personen mit dem Fragebogen auseinandergesetzt haben. Zwar ist überprüfbar, wie lange die durchschnittliche Bearbeitung des Fragebogens dauerte, (im Pretest 14, bei der Befragung 17 Minuten) jedoch kann keine Aussage darüber getroffen werden, ob inhaltlich Unklarheiten aufgetreten sind, da die Personen keine Nachfragen stellen konnten. Demnach konnte nicht geprüft werden, ob die Befragten die Tarife inhaltlich verstanden haben. Offene Fragen z. B., in denen die Probanden aufgefordert werden, die Tarife noch einmal zu erklären, könnten diesen Schwachpunkt verbessern. Die Form der Online-Befragung würde sich dann besser eignen, wenn die Panelisten, bei entsprechender Programmierung, nicht wieder auf die vorherige Seite der Tarifierklärungen gelangen könnten. Somit könnte kontrolliert werden, ob die Probanden die Thematik tatsächlich verstanden haben.

Des Weiteren wäre es hilfreich, wenn man überprüfen könnte, ob die Befragten tatsächliches Interesse an der Thematik haben. Wie bereits in Kapitel 6. erwähnt, gibt es Themen, an denen Personen nur Interesse zeigen, weil sie meinen, dass die Gesellschaft dies verlangt. Gesundheit ist sicherlich für den größten Teil der Bevölkerung ein wichtiges Thema, jedoch zumeist erst mit zunehmendem Alter. Ob die Personen tatsächlich so gut informiert und interessiert sind, wie sie angeben, kann nicht genauer untersucht werden.

Nachdem die Studie ein allgemeines Bild über die Marktsituation gibt, wäre es in möglichen Folgeuntersuchungen sinnvoll, gezielter die Hintergründe zu erfragen, weshalb die Tarife nicht gewählt werden.

Bei der Analyse der Daten wurde weiterhin deutlich, dass, obwohl ein großer Teil der Befragten angibt, gut informiert zu sein und die Tarife für sich als interessant bewertet, ist die Differenz zwischen den Interessenten und den tatsächlichen Nutzern groß. Dies genau zu erklären ist Ziel zukünftiger Studien gegebenenfalls unter Berücksichtigung motivations- und volitionstheoretischer Ansätze.¹⁰⁴

¹⁰³ Quelle: Globus Infografik GmbH, Angabe vom Statistisches Bundesamt, Anfang 2006.

¹⁰⁴ Dazu vertiefend Achtziger, A., Gollwitzer, P.M., Motivation und Volition im Handlungsverlauf, S. 277 ff., 2006.

7 Ausblick

Wie in Abbildung 2.23 dargestellt wird, können sich die KK durch die WT theoretisch zukünftig differenzieren, da ein weiteres Unterscheidungsmerkmal wegfällt. Durch den einheitlichen Beitragssatz ab 2009 wird ein Wettbewerbsparameter standardisiert. Wie aus der Darstellung hervorgeht, könnte diese Maßnahme zwei verschiedene Reaktionen der Versicherten mit sich bringen.

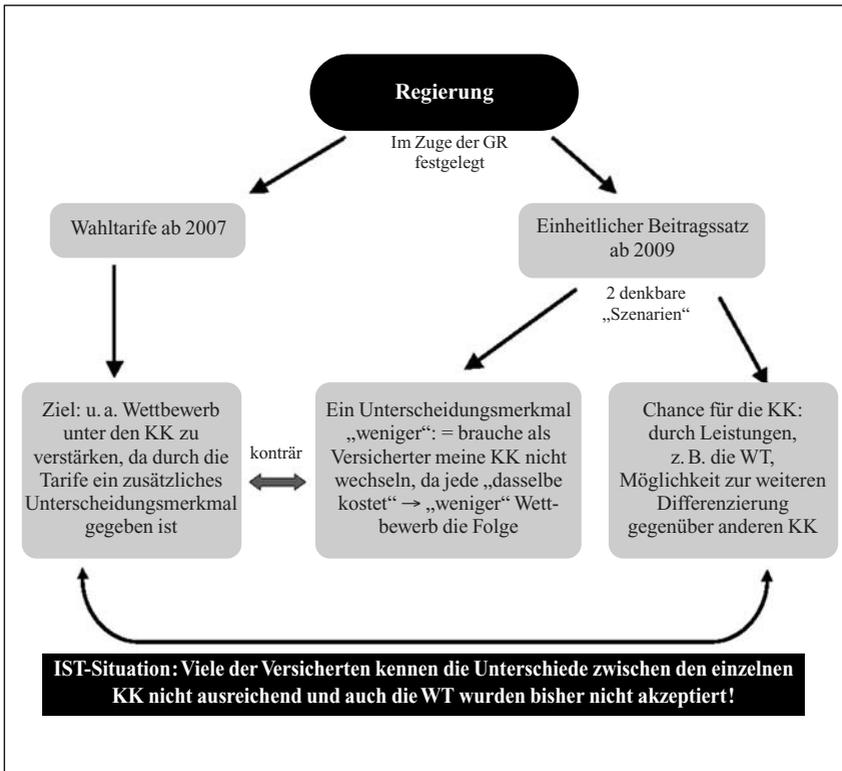


Abbildung 2.23: Darstellung der konträren Zusammenhänge der GR

Szenario 1:

Für viele Versicherte wird es nicht mehr so wichtig sein, welche KK sie wählen oder ob sie die bestehende wechseln sollen, da ein wichtiges Unterscheidungsmerkmal nicht mehr vorhanden ist (Beitrag). Die Folge wäre, dass der Wettbewerb unter den

KK eher abnehmen wird und einem Bestandschutz der aktuellen Kassenstruktur gleichkommt.¹⁰⁵

Szenario 2:

Die Versicherten sind durch den Wegfall eines entscheidenden Kriteriums der KK-Wahl nun eher bereit, sich auch mit den noch übrig gebliebenen Wettbewerbsparametern und somit auch mit den WT der Kassen zu beschäftigen. Dies wiederum könnte eventuell einen leicht steigenden Wettbewerb zur Folge haben. Tatsächlich gibt es für die Versicherten bereits jetzt mehr Wahlmöglichkeiten als je zuvor. Die Vielzahl der angebotenen Tarife mit den unterschiedlichsten Bedingungen, führt teilweise dazu dass die Transparenz unter diesem differenzierten Angebot leidet.

Einerseits bleibt es für die Versicherten auch in Zukunft ungewiss, ob sich durch die GR tatsächlich etwas für sie verbessert, auch wenn dies laut Regierung ein Ziel der GR ist. Sollte der Gesundheitsfonds nicht alle Kosten decken können, werden die Versicherten zusätzlich finanziell belastet werden. Andererseits könnte mit Hilfe der WT auch viel Geld eingespart werden. Dies wäre der Fall wenn die Versicherten die Tarife in großer Zahl wählen würden und sich dementsprechend zunehmend auch gesundheits- und kostenbewusst Verhalten würden.

¹⁰⁵ Vgl. Oberender, Peter O./Fleischmann, Jochen, Der Risikostrukturausgleich zwischen den Gesetzlichen Krankenkassen, in WiSt, H.11, 2001, S. 605.

8 Glossar

Ausprägung

Eine Ausprägung bezieht sich immer auf das jeweilige Merkmal. So ist z. B. die Ausprägung bei dem Merkmal Geschlecht weiblich und männlich gegeben.

Merkmal/Eigenschaft

Unter einem Merkmal versteht man in der Marktforschung eine bestimmte Eigenheit eines Subjektes, z. B. bei dem Subjekt KK-Versicherten das Geschlecht.

Online-Befragung (auch Internet-Befragung)

Eine Online-Befragung ist eine Befragungsart die bei den Zielpersonen zu Hause stattfindet. Die Teilnehmer sind in einem Online-Panel (siehe Online-Panel) von einem Marktforschungsinstitut registriert und bekommen per Mail eine Einladung an Umfragen teilzunehmen. Mit einem Code, der in der Mail enthalten ist, können die Teilnehmer sich dann in die Umfrage „einloggen“ und sich durch den Fragebogen „klicken“. Entgegen den meisten anderen Befragungen sind die soziodemographischen Angaben bei dieser Art von Befragung am Anfang anzugeben. Die gewünschte umfragespezifische Zielgruppe ist auf dem Server programmiert und erlaubt es die gewünschten Teilnehmer herauszufiltern. Gehört jemand nicht zu der Zielgruppe der Befragung, bekommt er diese Information nach Angabe seiner soziodemographischen Daten und beantwortet den Fragebogen nicht. In der Marktforschung sind Online-Befragungen noch nicht als repräsentativ anzusehen, da die Grundgesamtheit lediglich aus Internetnutzern besteht.¹⁰⁶

Online-Panel

Dies ist ein registrierter Teilnehmerkreis, der regelmäßig Einladungen bekommt, an Online-Befragungen (siehe Online-Befragung) teilzunehmen. Nahezu jedes Marktforschungsinstitut hat bereits ein eigenes Online-Panel zur Verfügung.

Panelisten (Panelteilnehmer)

Als Panelisten werden die registrierten Teilnehmer in einem Panel bezeichnet.

Pretest

Ein Pretest wird in der Marktforschung der eigentlichen Erhebung vorgeschaltet. Der Test beinhaltet die Befragung einer kleinen Stichprobe. Ziel ist es, den Fragebogen auf Handhabbarkeit zu prüfen um eventuelle Verbesserungen vornehmen zu können. Pretests werden u. a. auch in der Produkt- und Werbemaßnahmenforschung durchgeführt.

¹⁰⁶ Vgl. Tscheulin, D.K., Helmig, B., Marktforschung, 2004, S. 398

Profilkarte

Profilkarten werden im Rahmen einer Conjoint Analyse verwendet. Die Probanden bekommen diese zur Beurteilung von möglichen Kombinationen von Eigenschaftsmerkmalen vorgelegt. Anhand der Beispielkarte wird kurz eine Profilkarte, die im Rahmen der Studie verwendet wurde, erläutert.

Tabelle 2.10: Beispiel einer Profilkarte

Selbst-behalttarif	Beitrags-rückzahlung	Fitness-prämie	Haus-arzttarif	Tarif IG V	Bonus Programm	Plus Programm
960 €	2 MB	mit	ohne	ohne	mit	ohne

In der ersten Zeile sind alle vorgestellten Tarife aufgeführt, in der zweiten Zeile die möglichen Ausprägungen der Tarife. Bei dem Selbstbehalttarif waren vier verschiedene Varianten gegeben. Auf der Abbildung ist beispielhaft die Variante mit dem höchsten Selbstbehalt gegeben. Bei dem Tarif Beitragsrückzahlung gab es die Ausprägungen 1 Monatsbeitrag (= MB), 2 MB oder 3 MB. Dies bedeutet, wenn ein Versicherter ein Jahr lang keine Leistungen in Anspruch genommen hat, bekommt er 1 MB von der KK erstattet. Ist der Versicherte 2 Jahre ohne Leistungsanspruch ausgekommen, bekommt er 2 MB zurück, (insgesamt also 3 MB) und bei 3 Jahren Leistungsfreiheit 3 MB (insgesamt 6 MB). Bei den Tarifen Fitnessprämie, Hausarztтарif, Tarif IG V, dem Bonus Programm und dem Plus Programm gab es nur die Ausprägungen „mit“ und „ohne“. Dies bedeutet, dass der Tarif entweder gewählt wird oder nicht.

Ranking

So wird das Verfahren genannt, bei dem die Personen innerhalb einer Conjoint-Analyse die vorgegeben möglichen Eigenschaftskombinationen eines Produktes in eine Rangfolge bringen, die ihren Präferenzen entspricht.

Stimuli

Als Stimuli bezeichnet man die zu bewertenden Eigenschaftskombinationen der fiktiven Produkte.

Validität

Die Validität ist ein Wert für die Gültigkeit einer Umfrage.

Zielgruppe

Die Zielgruppe ist im Marketing ein Personenkreis, an den sich z. B. eine bestimmte Werbemaßnahme oder eine Befragung richtet. Je nach Problem- und Fragestellung setzt sich diese aus verschiedenen Merkmalen (z. B. soziodemographisch und/oder auch psychographisch) zusammen.

Anhang

Anhang 1: Fragebogen

Fachbereich Wirtschaft



FACHHOCHSCHULE KIEL UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Fragebogen zur Analyse der Wahltarife von Gesetzlichen Krankenkassen (Grundlagen für die Online-Version)

1. Wie intensiv haben Sie sich bis jetzt mit dem Thema „Krankenkasse“ auseinander gesetzt?

	trifft voll und ganz zu	1	2	3	4	5	trifft gar nicht zu
Ich weiß gut über die Angebote meiner Krankenkasse Bescheid	<input type="checkbox"/>						
Ich habe mir bereits Angebote mehrerer Krankenkassen eingeholt	<input type="checkbox"/>						
Ich bin nicht gut über die Angebote meiner Krankenkasse informiert	<input type="checkbox"/>						
Ich habe schon einmal darüber nachgedacht die Krankenkasse zu wechseln	<input type="checkbox"/>						
Ich bin zufrieden mit meiner Krankenkasse und habe keinen Grund zu wechseln	<input type="checkbox"/>						
Ich habe mich noch nicht mit dem Thema Krankenkasse beschäftigt	<input type="checkbox"/>						
Ich habe noch nie die Krankenkasse gewechselt	<input type="checkbox"/>						
Ich weiß gut darüber Bescheid was die einzelnen Krankenkassen voneinander unterscheidet	<input type="checkbox"/>						
Ich habe mich online über die Angebote meiner Krankenkasse informiert	<input type="checkbox"/>						

2. Nach welchen Kriterien haben Sie Ihre Krankenkasse ausgesucht?

(Mehrfachnennungen möglich)

Beitragsatz	<input type="checkbox"/>
Leistungen	<input type="checkbox"/>
Durch die Familie übernommen	<input type="checkbox"/>
Werbung	<input type="checkbox"/>
Sonstiges	Textfeld (Liste 1)

3. Wie viele Bonusprogramme Ihrer Krankenkasse nutzen Sie bereits?

gar keins	<input type="checkbox"/>
1	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>
mehr als 2	<input type="checkbox"/>

4. Wissen Sie schon etwas über die neuen Wahltarife, die es durch die Gesundheitsreform gibt?

	stimme zu	stimme nicht zu
Ich habe bereits davon gelesen/ gehört	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe mich bereits bei meiner Krankenkasse darüber informiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe im Internet davon gelesen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich weiß über die neuen Wahltarife gut Bescheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich nutze bereits einen Wahltarif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe noch nichts von den Wahlтарifen gehört	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe davon gehört, mich aber noch nicht damit beschäftigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Wenn ja, wie wurden Sie auf die neuen Wahltarife aufmerksam?
(Mehrfachnennungen möglich)

- | | |
|--------------------------|--------------------------|
| Fernsehspots | <input type="checkbox"/> |
| Zeitschriften | <input type="checkbox"/> |
| Plakate | <input type="checkbox"/> |
| Rundfunk | <input type="checkbox"/> |
| Pressemitteilungen | <input type="checkbox"/> |
| Mailings | <input type="checkbox"/> |
| Anrufe der Krankenkassen | <input type="checkbox"/> |
| Sonstiges | Textfeld (Liste 2) |

→ Power Point Präsentation der Tarife!

6. Wie attraktiv sind die angebotenen Tarife für Sie?

- Beitragsrückzahlung
- Fitness-Prämie
- Hausarztmodell
- Bonus Programm
- Plus Programm
- Tarif IGV

Achtung : Die nachfolgenden Statements sind für jeden der 6 vorgenannten Tarife auszufüllen!

	stimme zu	stimme nicht zu
Der Tarif kommt für mich nicht in Frage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Tarif klingt für mich interessant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Tarif lohnt sich für mich nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich müsste mich intensiver damit beschäftigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich würde den Tarif wählen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich nutze bereits den Tarif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Selbstbehalttarif:

Der Selbstbehalttarif funktioniert ähnlich wie eine Autoversicherung mit Selbstbeteiligung:

Pro Jahr ist eine max. Selbstbeteiligung an den Behandlungskosten festgelegt, diese wird fällig für Krankenhausaufenthalte und Arztbesuche mit Rezept. Da die max. Selbstbeteiligung pro Jahr festgelegt ist, ist das Risiko für die Versicherten überschaubar. Impfungen, Vorsorgeuntersuchungen, Arztbesuche ohne Behandlung bzw. Rezept werden nicht angerechnet bzw. nicht von der Prämie abgezogen. Sie sind 3 Jahre an den Tarif und die Kasse gebunden.

Wird keine Leistung oder nur wenige Leistungen in Anspruch genommen, bekommt man die Prämie ausgezahlt bzw. anteilig ausgezahlt.

	Stimme zu	stimme nicht zu
Der Tarif hört sich für mich interessant an	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Tarif lohnt sich für mich nicht, da ich sehr oft zum Arzt gehe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin mit meiner derzeitigen Situation zufrieden und möchte daran nichts ändern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe keine Zeit/Lust mich damit zu beschäftigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich möchte kein Risiko eingehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich würde den Tarif wählen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich nutze bereits den Tarif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Welche der 4 Möglichkeiten wäre für Sie am interessantesten?

- | | | |
|----|---------------------------------|--------------------------|
| 1. | 100€ Prämie - 120€ Selbstbehalt | <input type="checkbox"/> |
| 2. | 240€ Prämie - 300€ Selbstbehalt | <input type="checkbox"/> |
| 3. | 400€ Prämie - 580€ Selbstbehalt | <input type="checkbox"/> |
| 4. | 600€ Prämie - 960€ Selbstbehalt | <input type="checkbox"/> |

9. Was haben Sie im letzten Jahr (2006) an Behandlungskosten insgesamt dazu bezahlt (Praxisgebühr, Rezepte, Medikamente etc.)?

ca. _____ €

10. Wie oft waren Sie im letzten Jahr (2006) beim Arzt? _____ Mal

Angaben zur Person:Männlich Weiblich

Alter: _____ Jahre

Wie viele Personen leben in Ihrem Haushalt? _____ (Anzahl Personen)

Wie viele Kinder leben in Ihrem Haushalt? _____ (Anzahl Personen)

Wie viele Personen in Ihrem Haushalt tragen zum Haushaltseinkommen bei? _____ (Anzahl Personen)

Bundesland: _____

Postleitzahl: _____

Bruttojahreseinkommen:

- unter 5.000 €
- 5.001 € - 12.000 €
- 12.001 € - 18.000 €
- 18.001 € - 24.000 €
- 24.001 € - 36.000 €
- 36.001 € - 48.000 €
- 48.001 € - 60.000 €
- 60.001 € - 72.000 €
- 72.001 € - 84.000 €
- mehr als 84.000 €

- Bildung:** Hauptschulabschluß
- Mittlere Reife
- Fachhochschulreife
- Abitur
- Ohne Abschluss
- Sonstiges Textfeld (Liste 3)

- Beschäftigung:** Angestellte(r)
- Arbeiter(in)
- Freiberufler(in)
- Beamter (in)
- Selbst. Unternehmer(in)
- Hausfrau (mann)
- Ohne Beschäftigung
- Student/in
- Sonstiges Textfeld

Bei welcher Krankenkasse sind Sie versichert? _____

Wie sind Sie versichert?

- privat
- privat (noch über die Familie versichert)
- gesetzlich
- gesetzlich (noch über die Familie versichert)
- gar nicht

Vielen Dank für Ihre Geduld!

Anhang 2: Profilkarten der Conjoint-Analyse

Karte 1

Selbstbehalt: 960 SB
Beitragsrückzahlung: 1MB
Fitnessprämie: ohne
HHTarif: ohne
Bonuspro: ohne
Pluspro: mit
IGV: mit

Karte 2

Selbstbehalt: 300 SB
Beitragsrückzahlung: 2MB
Fitnessprämie: ohne
HHTarif: ohne
Bonuspro: mit
Pluspro: mit
IGV: mit

Karte 3

Selbstbehalt: 960 SB
Beitragsrückzahlung: 1MB
Fitnessprämie: ohne
HHTarif: mit
Bonuspro: mit
Pluspro: ohne
IGV: mit

Karte 4

Selbstbehalt: 120 SB
Beitragsrückzahlung: 2MB
Fitnessprämie: ohne
HHTarif: mit
Bonuspro: ohne
Pluspro: ohne
IGV: ohne

Karte 5

Selbstbehalt: 580 SB
Beitragsrückzahlung: 1MB
Fitnessprämie: ohne
HHTarif: mit
Bonuspro: mit
Pluspro: ohne
IGV: ohne

Karte 6

Selbstbehalt: 960 SB
Beitragsrückzahlung: 2MB
Fitnessprämie: mit
HHTarif: ohne
Bonuspro: mit
Pluspro: ohne
IGV: ohne

Karte 7

Selbstbehalt: 580 SB
Beitragsrückzahlung: 3MB
Fitnessprämie: mit
HHTarif: ohne
Bonuspro: mit
Pluspro: ohne
IGV: mit

Karte 8

Selbstbehalt: 960 SB
Beitragsrückzahlung: 3MB
Fitnessprämie: mit
HHTarif: mit
Bonuspro: ohne
Pluspro: mit
IGV: ohne

Karte 9

Selbstbehalt: 300 SB
Beitragsrückzahlung: 3MB
Fitnessprämie: ohne
HHTarif: mit
Bonuspro: ohne
Pluspro: ohne
IGV: mit

Karte 10

Selbstbehalt: 580 SB
Beitragsrückzahlung: 2MB
Fitnessprämie: mit
HHTarif: mit
Bonuspro: ohne
Pluspro: mit
IGV: mit

Karte 11

Selbstbehalt: 120 SB
Beitragsrückzahlung: 3MB
Fitnessprämie: ohne
HHTarif: ohne
Bonuspro: mit
Pluspro: mit
IGV: ohne

Karte 12

Selbstbehalt: 120 SB
Beitragsrückzahlung: 1MB
Fitnessprämie: mit
HHTarif: ohne
Bonuspro: ohne
Pluspro: ohne
IGV: mit

Anhang 3: Online-Präsentation

Wahltarife der Krankenkassen

Die Gesundheitsreform

Was sich ändert:

Mehr
Wahlmöglichkeiten

Neue Tarife



Einheitsbeiträge

Alle Tarife im Überblick

1. Selbstbehalt
2. Beitragsrückzahlung
3. Hausarzttarif
4. Fitnessprämie
5. Bonusprogramm
6. Tarif IGV
7. Plus Programm

1. Selbstbehalttarif

Funktioniert wie eine Autoversicherung mit Selbstbeteiligung

1 Jahr völlig gesund

→



Überschaubares Risiko, da max. Zuzahlung im Jahr festgelegt ist

2. Beitragsrückzahlung

Rezeptfrei für ein Jahr, dann winken die Scheine!



1 Jahr rezeptfrei → bekomme 1 Monatsbeitrag (MB) zurück
 2 Jahre rezeptfrei → bekomme 2 MB zurück = insges. 3 MB
 3 Jahre rezeptfrei → bekomme 3 MB zurück = insges. 6 MB

3. Hausarzttarif



Immer zuerst zum Hausarzt

→ Dann muss keine Praxisgebühr gezahlt werden

→ Ersparnis 40 € pro Jahr

4. Fitnessprämie



Die Krankenkasse beteiligt sich an den Kosten für Kurse im Fitnesscenter, zahlt z. B. bis 150 € im Jahr



5. Bonusprogramm

Punkte sammeln ...

durch z.B. Sport oder regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen

→ Prämien kassieren !!!



6. Tarif IGV

- IGV = Integrierte Versorgung
- Leistung & Services, die über den normalen Qualitätsstandard hinausgehen
- z. B. kürzere Terminwartezeiten bei speziellen Ärzten und Kliniken

7. Plus Programm

Nur für Versicherte mit **chronischen Erkrankungen**
 z. B. Diabetes, Koronare Herzkrankheit

Nach 1 Jahr Teilnahme
 wahlweise z. B. 100 € auszahlen lassen
 oder man wird
 bis zu einem Eigenanteil von z. B. 60 €
 von Zuzahlungen befreit

Anhang 4: Vergleich Angebote Marktforschungsinstitute

Mafo-Institut	Ansprechpartner	Preis	Reaktions-schnelligkeit	Pretest (PT)/Befragungs-dauer (BD)	Öffentlicher Auftritt	Layout Angebot	Timing	Panel-größe	Daten-prüfung TN	Beurteilung insg.
		6.250 €	Bonus	PT: k.A.? BD: 30 min	sehr freundlich, junges UN, gute Webseite	ansprechendes Layout	ca. 1 Wo	k. A.	ja, aber f. Anzahl keine Garantie	Preis i.O., guter Service, Termin eingehalten, k.A. Panelgröße und PT
		7.200 €	29.10.	PT: ja (n=10), BD: 20 min	Empfehlung von Hr. Wendt (TK)	sehr ansprechend	ca. 1 Mo	ca. 80.000	keine Email, aber Anruf der TN unter Aufsicht	gut am Telefon, Termin nicht eingehalten (entschuldig) junges Timing
		10.100 €	26.10.	PT: ja BD: k.A.	Studien für <i>Bärner</i> u. <i>AOK</i> , Webseite ok	i. O.	2 Wo	275.000	nein	keine Überprüfung TN, großes Panel, Keine Angabe, BD
		6.100 €	29.10.	PT: (n=20) BD: k.A.	Studien für die <i>AOK</i>	i.O., nichts besonderes	15 Tage	k.A., arbeiten mit Partner zusammen	ja	Termin nicht eingehalten, Preis ok, Timing ok, Panel?
		6.950 €	Bonus!	PT: ja (n=10) BD: 15min	schlechte Webseite	nicht ansprechend	ca. 10 T	k. A.	keine Email, aber CATI (zusätzl. Kosten!)	zusätzl. Kosten für Überprüfung TN, Preis ok, Termin eingehalten, schlechtes Angebot
		12.400 €	26.10.	PT: ja (n=10) BD: k.A.	Pionier i.d. Online-Mafo	nicht ansprechend	ca. 10 T.	68.000	Lieferung Daten unter Vorbehalt	hoher Preis, Angebot nicht ansprechend, Erfahrung
		21.950 €	Bonus	PT: ja (n=20) BD: 15 min	viel Erfahrung, Webseite ok	ansprechend und sehr ausführlich	ca. 7 Wo	37.300 (18-55J)	ja	Qualität sehr gut, Termin eingehalten, zu hoher Preis, Timing zu lang
		24.900 €	29.10.	PT: ja (n=25)	viel Erfahrung	nicht ansprechend	9 Wochen	10.000 HH omni.net (keine "normale" Internet-befragung)	k. A.	Preis inakzeptabel, zu langes Timing, schlechtes und zu spätes Angebot

Anhang 5: Stichprobe Grundgesamtheit

Grundgesamtheit: Deutschsprachige Bevölkerung im Alter von 18 bis 55 Jahren

	in %	absolut auf n=1.000
Alter (Quelle: TdW, 2007)		
18-29 Jahre	24	240
30-39 Jahre	25	250
40-49 Jahre	29	290
50-55 Jahre	22	220
Gesamt	100	1000
Geschlecht (Quelle: TdW, 2007)		
männlich	47	470
weiblich	53	530
Gesamt	100	1000
Region (Nielsen) (Quelle: TdW, 2007)		
Nielsen I: Bremen, Hamburg, Niedersachsen, Schleswig-Holstein	17	170
Nielsen II: Nordrhein-Westfalen	21	210
Nielsen IIIa: Hessen, Rheinland-Pfalz, Saarland	13	130
Nielsen IIIb: Baden-Württemberg	12	120
Nielsen IV: Bayern	15	150
Nielsen V: Berlin	4	40
Nielsen VI: Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt	9	90
Nielsen VII: Sachsen, Thüringen	9	90
Gesamt	100	1000
Versichertenstatus (Quelle: Soll und Haben 6, 2007)		
Pflichtmitglied	93	930
Freiwilliges Mitglied	7	70
Gesamt	100	1000
Versichernde GKV/ PKV		
AOKen	36	360
BKKen	19	190
EK	25	250
IKK	5	50
PKV	15	150
Gesamt	100	1000

Anhang 6: Ergebnisse Pretest

Zusammenfassung und Empfehlung

Insgesamt ist der Fragebogen vor dem Hintergrund der Ergonomie und Funktionsfähigkeit sowie seiner inhaltlichen Verständlichkeit als sehr gut zu bezeichnen.

Dennoch gibt es folgende Optimierungspunkte:

1. Um eine höhere Verständlichkeit zu erzielen, sollten die Zielpersonen an jeder Stelle des Fragebogens die Möglichkeit haben, sich noch einmal die Power-Point-Präsentation anzusehen.
2. Vermeidung von Abkürzungen oder Erklärungen in Klammern: im beigefügten Fragebogen Page 20 (71%): „Wie attraktiv sind die angebotenen Tarife für Sie? Bitte bewerten Sie das Tarif IGV“
3. Pages 17–20 (61%): Fehler raus: Statement 55 ist eine Einleitungsfrage, auf die nicht geantwortet werden soll.
4. Karten Ranking:
 - a) Bevor die Zielpersonen das Ranking durchführen, sollte eine Fragebogenseite vorgeschaltet werden, auf der alle 12 Modelle zur genaueren Betrachtung gezeigt werden.
Text: „Im folgenden sehen Sie verschieden Karten, auf denen die unterschiedlichen Kostenmodelle noch einmal dargestellt sind. Bitte sehen Sie sich diese Modelle zunächst einmal genau an. Wenn Sie alle Modelle aufmerksam gelesen haben, klicken Sie bitte auf “Weiter”.
Auf der nächsten Seite zeigen wir Ihnen dann erneut die Modelle, die Sie dann bitte nach Ihrer persönlichen Präferenz ordnen.“
 - b) Die Bilder werden in der Größe angepasst, um größere Übersichtlichkeit zu erzielen.
 - c) In der Testanweisung stärker hervorheben, dass es sich um ein Ranking handelt. Ergänzender Text: „Bitte klicken Sie das Modell als erstes an, das Sie persönlich am meisten präferieren. Klicken Sie dann auf das Modell, das Sie als zweites bevorzugen. Bitte machen Sie dies so lange, bis keine Karten mehr zur Wahl stehen.“