

Aktuelle Ergebnisse
zum Thema Unisex-Tarife

Continentale-Studie 2012:

Positive Dualität: PKV und GKV aus Sicht der Bevölkerung

Impressum

September 2012

Herausgeber: Continentale Krankenversicherung a.G.

Ein Unternehmen des Continentale Versicherungsverbundes auf Gegenseitigkeit

Ruhrallee 92, 44139 Dortmund

Alle Rechte vorbehalten. Nachdruck nur
mit Genehmigung des Herausgebers.

ISBN 978-3-9815136-1-5

I. Vorwort	5
II. Zusammenfassung	6
III. Das deutsche Gesundheitswesen im internationalen Vergleich	8
1. Beurteilung des deutschen Gesundheitswesens	9
2. Das deutsche Gesundheitswesen im internationalen Vergleich	10
3. Effektivität bei Behandlungen	11
4. Bevorzugtes Land für Behandlungen	12
5. Der Einfluss des Staates	13
6. Preis des Gesundheitswesens	14
IV. Zukunft von GKV und PKV	15
1. Zukunftssicherheit von PKV und GKV	16
2. Teilhabe am medizinischen Fortschritt	17
3. Sicherung bezahlbarer Beiträge	18
4. Die Zukunft der GKV	19
V. Skepsis gegenüber der Bürgerversicherung	20
VI. Geringe Informiertheit über Unisex-Tarife	22
1. Informiertheit über Unisex-Tarife	23
2. Beitragsveränderungen in verschiedenen Sparten	24
3. Informationsweise über Unisex-Tarife	25
VII. Selbst- und Zuzahlungen	26
1. Selbst- und Zuzahlungen nach Leistungsarten	27
2. Höhe der Selbst- und Zuzahlungen	28
3. Entwicklung von Selbst- und Zuzahlungen	29

Continentale-Studie 2012

4. Unterlassene Behandlungen	30
5. Gründe für unterlassene Behandlungen	31
6. Beurteilung von Selbst- und Zuzahlungen	32
VIII. Zufriedenheit und Zukunftserwartungen	33
1. Unzufriedenheit mit Preis und Leistung des Gesundheitswesens	34
2. Entwicklung des Gesundheitswesens	35
3. Informiertheit über das Gesundheitswesen	36
IX. Grundlagen und Soziodemografie	37
X. Die Continentale-Studien	38

I. Vorwort

Das deutsche Gesundheitswesen steht immer wieder in der Kritik: Nicht leistungsfähig genug, zu teuer, nicht effektiv. Das sind nur einige Kritikpunkte, die immer wieder geäußert werden. Und immer wieder werden andere Länder zum Vorbild erklärt, an deren Beispiel das deutsche Gesundheitswesen verbessert werden kann. Aber wie sieht die Bevölkerung in Deutschland ihr Gesundheitssystem?

Sie findet es auf jeden Fall besser, als es von vielen Experten und in vielen Studien dargestellt wird. Das deutsche Gesundheitswesen halten die Menschen für ungewöhnlich leistungsfähig und sie wollen auch aus medizinischen Gründen nirgendwo anders behandelt werden. Allerdings bestätigen auch sie einen Kritikpunkt: Die Mehrheit findet das deutsche Gesundheitswesen zu teuer.

Doch was heute gut ist, muss nicht so bleiben. Diese Befürchtung haben viele gesetzlich Versicherte. An bezahlbare Beiträge in der GKV glauben sie zwar, aber nicht an einen Fortbestand des heutigen Leistungsniveaus. Vielmehr sehen sie die Notwendigkeit privater Vorsorge.

Die Einführung einer Bürgerversicherung ist für die Mehrheit der Bevölkerung dabei keine Lösung. Gleichbehandlung, stabile Beiträge, konstantes Leistungsniveau – nichts davon lässt sich mit einer Bürgerversicherung erreichen, so die Überzeugung der Bevölkerung.

Etwas, wovon die gesetzlich Versicherten offenbar zunehmend betroffen sind, sind Selbst- und Zuzahlungen im Gesundheitswesen. Fast alle Befragten haben im vergangenen Jahr aus eigener Tasche gezahlt.

Wie in jedem Jahr wurde im Rahmen der Studie auch wieder die allgemeine Zufriedenheit der Bevölkerung mit dem Gesundheitswesen ermittelt. Nachdem die Unzufriedenheit im vergangenen Jahr erstmals seit geraumer Zeit wieder gestiegen ist, setzte sich im Jahr 2012 der positive Trend der Vorjahre zu immer mehr Zufriedenheit fort.

II. Zusammenfassung

Das deutsche Gesundheitswesen im internationalen Vergleich

Die deutsche Bevölkerung schätzt ihr Gesundheitswesen. Die medizinische Versorgung wird als erstklassig und wirkungsvoll beurteilt. Noch entscheidender ist aber die Frage, in welchem Land man aus medizinischen Gründen behandelt werden möchte. Und hier nennen 95 Prozent der Bevölkerung Deutschland – ein extrem einhelliges Votum. Ausschließlich positiv ist die Einschätzung des deutschen Gesundheitssystems allerdings nicht. Bei allen Stärken auf der Leistungsseite halten über 80 Prozent das System für zu teuer. Ein weiterer Kritikpunkt der Bevölkerung: Ihr ist der Einfluss des Staates auf das Gesundheitswesen zu groß. Fast zwei Drittel der Bevölkerung monieren dies.

Zukunft von GKV und PKV

Wenn es um die Zukunft von GKV und PKV geht, werden der PKV einige Vorteile zugebilligt, aber auch Nachteile. Die Zukunft der GKV insgesamt wird mit Skepsis betrachtet. Dabei hat es im Vergleich mit dem Jahr 2010, in dem einige Fragen bereits identisch gestellt wurden, allerdings einige Veränderungen gegeben. Vorteile billigt man der PKV gegenüber der GKV auf der Leistungsseite zu. Ihr traut die Bevölkerung eher zu, langfristig eine gute medizinische Versorgung für ihre Versicherten zu bieten und sie auch langfristig vom medizinischen Fortschritt profitieren zu lassen. Was langfristig bezahlbare Beiträge angeht, wird dagegen eindeutig die GKV im Vorteil gesehen. Hier setzt noch ein gutes Drittel der Bevölkerung Vertrauen in die PKV. Aber auch die Zukunft der GKV wird skeptisch gesehen. Eine Mehrheit geht davon aus, dass die GKV in 20 Jahren in der heutigen Form nicht mehr finanzierbar sein wird und auch ihr Leistungsniveau über diesen Zeitraum nicht halten kann. Einhellig möchte die Bevölkerung eine Abkehr vom bisherigen reinen Umlagesystem. Fast 90 Prozent der Bevölkerung fordert, die GKV solle Rücklagen für die Zukunft aufbauen.

Skepsis gegenüber der Bürgerversicherung

Eine Mehrheit der Bevölkerung ist von der Idee einer Bürgerversicherung nicht überzeugt. Zentrale Argumente für die Bürgerversicherung werden nicht geteilt. So glaubt die Bevölkerung nicht, dass eine Bürgerversicherung alle Unterschiede beseitigen würde: Nur 37 Prozent meinen, bei einer Bürgerversicherung würden Besserverdienende sich keine bessere Versorgung mehr leisten. Auch als Problemlöser für die GKV wird die Bürgerversicherung nicht gesehen: Ein Ende der Leistungskürzungen in der GKV durch eine Bürgerversicherung sehen nur 43 Prozent der Bevölkerung. Stabile Beiträge verspricht sich ebenfalls nur eine Minderheit. 37 Prozent der Bevölkerung meinen, mit einer Bürgerversicherung werde die Krankenversicherung langfristig nicht mehr teurer. Zumindest eine relative Mehrheit hält den derzeitigen Wettbewerb zwischen GKV und PKV für positiv im Sinne einer guten Versorgung aller Versicherten in Deutschland. 49 Prozent der Befragten sagen, ohne den Wettbewerb zwischen GKV und PKV würde sich die Versorgung für alle Menschen verschlechtern, aber auch 46 Prozent widersprechen dieser Aussage.

Geringe Informiertheit über Unisex-Tarife

Noch ist die Bevölkerung ausgesprochen schlecht über das Thema „Unisex-Tarife“ informiert – nicht einmal jeder Fünfte fühlt sich gut informiert. Vor diesem Hintergrund werden auch die Beitragsveränderungen in den verschiedenen Sparten falsch beurteilt. Für vier Sparten sollten die Befragten einschätzen, ob der Versicherungsschutz für Männer oder für Frauen teurer wird – bei keiner Frage gab die Mehrheit die richtige Antwort. Angesichts des komplizierten Themas möchte eine Mehrheit durch ihren Versicherungsvertreter beraten werden. Nur 22 Prozent wollen ganz auf sich selbst vertrauen und eigenständig Informationen einholen. Und gut ein Fünftel der Bevölkerung möchte sich gar nicht informieren.

Selbst- und Zuzahlungen

Im Rahmen der Continentale-Studie 2012 wurden die GKV-Versicherten gefragt, in welchen Bereichen sie selbst zahlen und, wenn ja, wie viel*. Klare Antwort: Fast alle zahlen. Und sie zahlen nicht wenig. 96 Prozent der befragten deutschen GKV-Versicherten im Alter ab 25 Jahren haben in den vergangenen zwölf Monaten Leistungen komplett oder teilweise selbst bezahlt. Im Durchschnitt beziffern die Befragten die von ihnen geleisteten Selbst- und Zuzahlungen auf 380 Euro pro Jahr. Dies sind rund 30 Euro im Monat und so das Vierfache der im vergangenen Jahr von verschiedenen Krankenkassen erhobenen und oft kritisierten Zusatzbeiträge. Unabhängig von der aktuellen Höhe der Selbst- und Zuzahlungen haben diese nach Meinung von rund drei Viertel der GKV-Versicherten in den vergangenen fünf Jahren zugenommen, fast ein Drittel spricht von einer deutlichen Steigerung. Bei allen finanziellen Belastungen: Zum Verzicht auf Behandlungen führen Selbst- und Zuzahlungen bei einer Minderheit von rund 20 Prozent der gesetzlich Versicherten.

Zufriedenheit und Zukunftserwartungen

Zufriedenheit und Unzufriedenheit der Bevölkerung mit Preis und Leistung des Gesundheitswesens werden in der Continentale-Studie seit dem Jahr 2001 jährlich ermittelt. In diesem Jahr ging die Unzufriedenheit der GKV-Versicherten deutlich zurück und erreichte insgesamt die niedrigsten bisher gemessenen Werte. Mit den Leistungen sind 33 Prozent unzufrieden, mit dem Preis 39 Prozent. Die Zufriedenheit der PKV-Versicherten bleibt auf hohem Niveau. 75 Prozent von ihnen sind mit den Leistungen zufrieden, 57 Prozent mit dem Preis. Die Zukunftserwartungen der gesetzlich Versicherten sind allerdings nach wie vor negativ. Viele von ihnen rechnen langfristig nicht mit einer guten medizinischen Versorgung und der Teilhabe am medizinischen Fortschritt. Dafür gehen sie davon aus, viel selbst bezahlen und privat vorsorgen zu müssen. Die Informiertheit der gesetzlich Versicherten hat sich im Vergleich zum Vorjahr noch verschlechtert. Nur rund jeder Zehnte weiß, dass es in der GKV keine Leistungsgarantie gibt, wohl aber in der PKV.

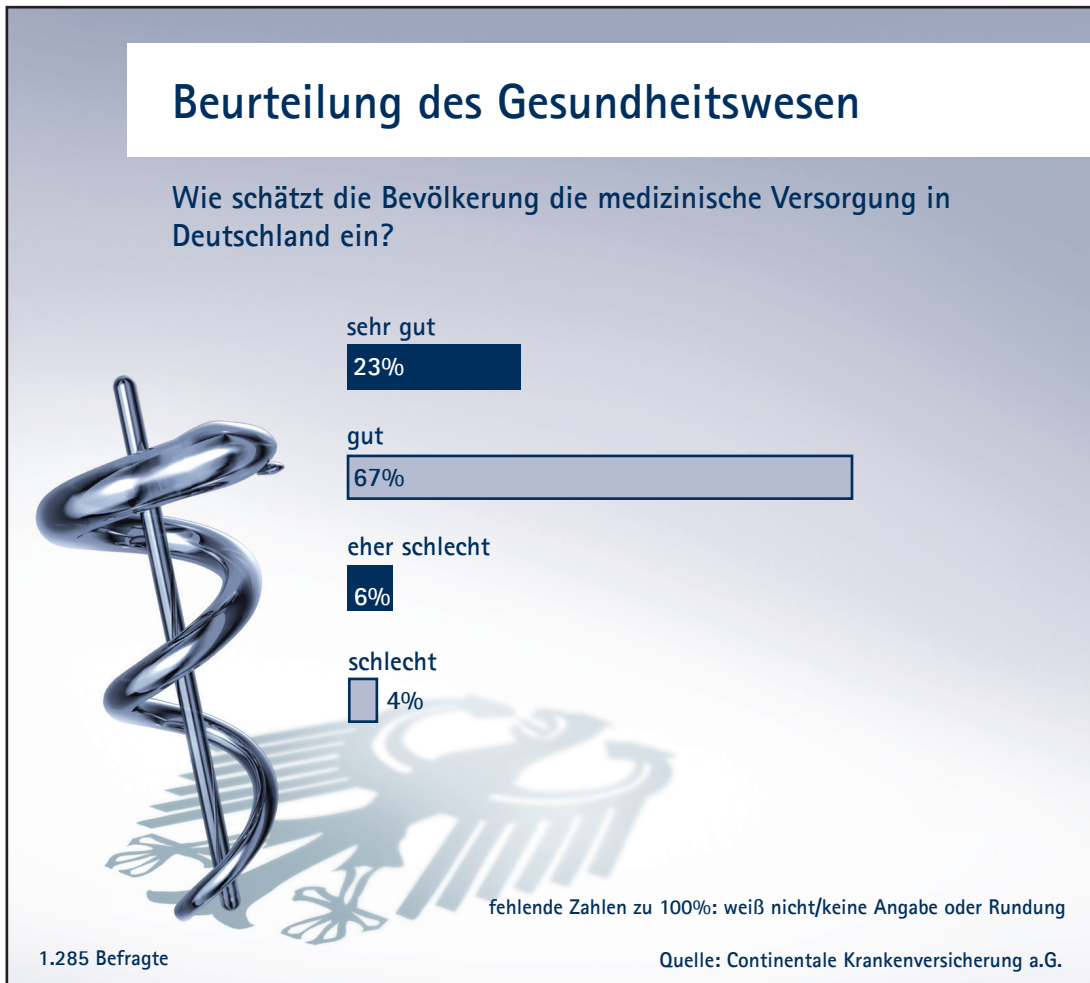
*) Gefragt wurde nach allem, was die Befragten aus eigener Tasche gezahlt haben. Dabei wurde nicht nach Zuzahlungen im Sinne von § 61 SGB V und Selbstzahlungen differenziert. In den Antworten können auch Zahlungen der Befragten enthalten sein, die zum Beispiel für Kinder entrichtet wurden.

III. Das deutsche Gesundheitswesen im internationalen Vergleich

Es gibt immer wieder Untersuchungen, die das deutsche Gesundheitswesen als mittelmäßig bezeichnen. Jüngst platzierte der europäische Gesundheitskonsumentenindex Deutschland auf Rang 12 in Europa – hinter England und knapp vor Kroatien. Das sieht die deutsche Bevölkerung anders. Sie schätzt ihr Gesundheitswesen. Die medizinische Versorgung wird als erstklassig und wirkungsvoll beurteilt. Noch entscheidender ist aber die Frage, in welchem Land man aus medizinischen Gründen behandelt werden möchte. Und hier nennen 95 Prozent der Bevölkerung Deutschland – ein extrem einhelliges Votum.

■ Gut, aber zu teuer

Ausschließlich positiv ist die Einschätzung des deutschen Gesundheitssystems allerdings nicht. Bei allen Stärken auf der Leistungsseite halten über 80 Prozent das System für zu teuer. Ein weiterer Kritikpunkt der Bevölkerung: Ihr ist der Einfluss des Staates auf das Gesundheitswesen zu groß. Fast zwei Drittel der Bevölkerung monieren dies.



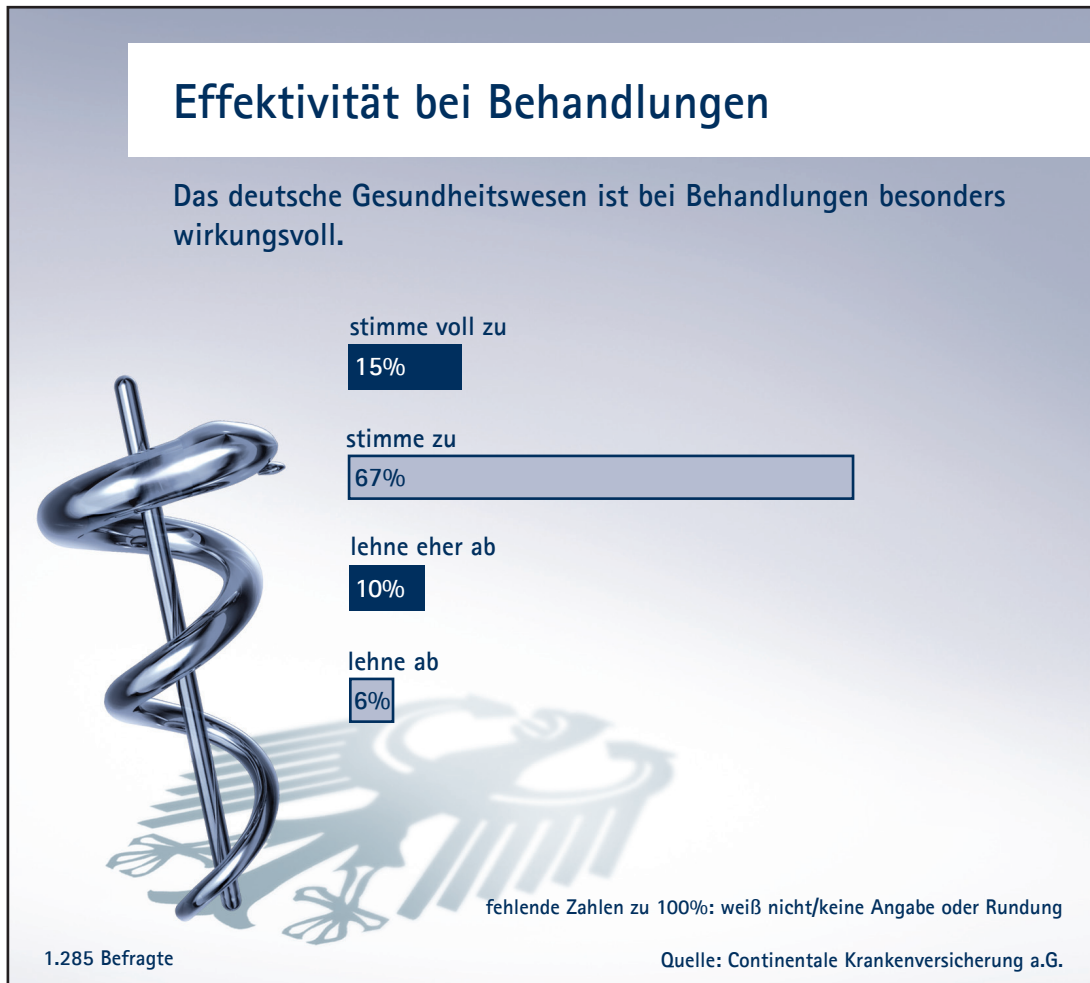
1. Beurteilung des deutschen Gesundheitswesens

Die Deutschen schätzen ihr Gesundheitssystem. 23 Prozent finden die medizinische Versorgung „sehr gut“, 67 Prozent „gut“. Insgesamt geben also 90 Prozent der Bevölkerung der medizinischen Versorgung eine positive Bewertung; nur 6 Prozent finden sie „eher schlecht“ und 4 Prozent „schlecht“. Diese positive Sicht zieht sich ohne signifikante Abweichungen durch die gesamte Bevölkerung.



2. Das deutsche Gesundheitswesen im internationalen Vergleich

86 Prozent der Bevölkerung sind der Meinung, das deutsche Gesundheitswesen sei eines der leistungsfähigsten der Welt. Lediglich 10 Prozent lehnen diese Aussage ab. Diese Ansicht zieht sich geschlossen durch die gesamte Bevölkerung ohne Abweichungen unter soziodemografischen Aspekten.



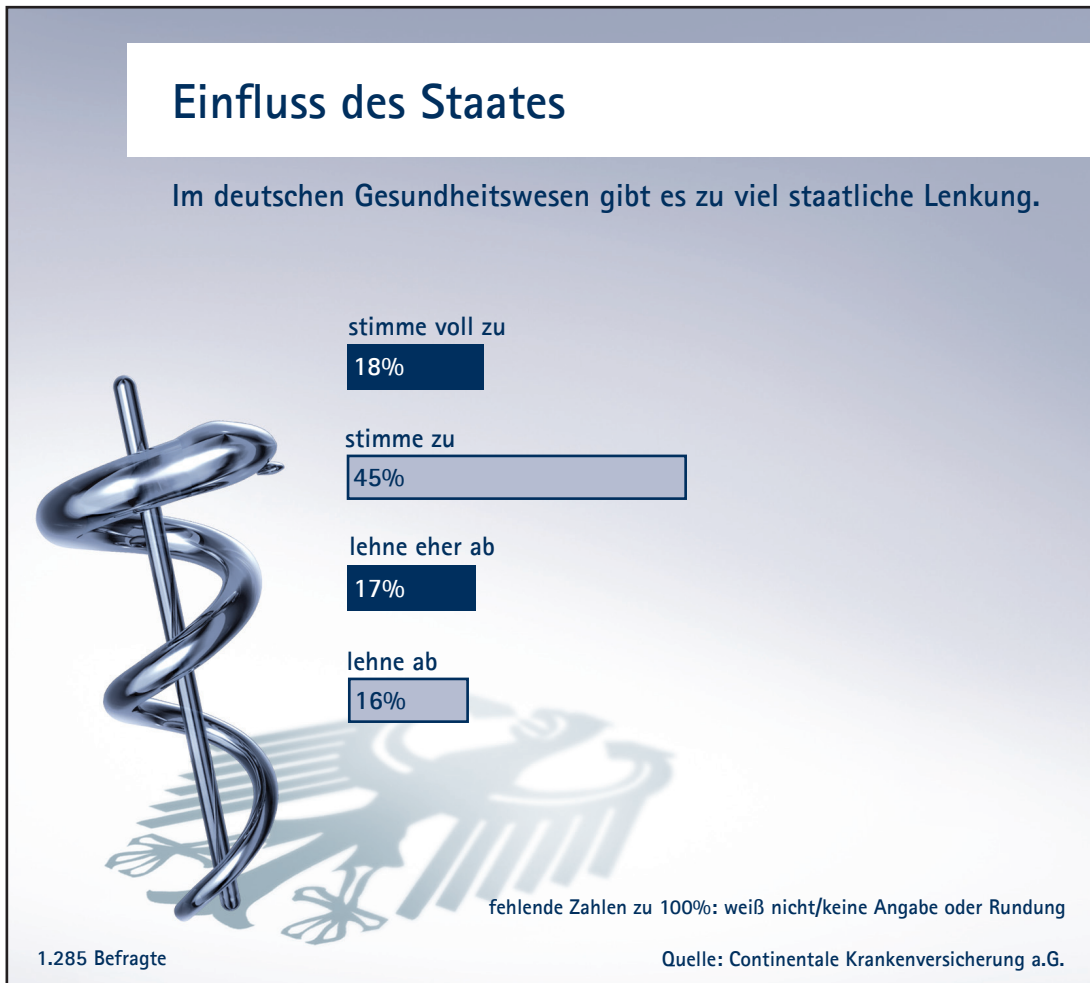
3. Effektivität bei Behandlungen

Auch bei der Effektivität wird das deutsche Gesundheitswesen von der Bevölkerung sehr positiv gesehen; 82 Prozent halten es bei Behandlungen für wirkungsvoll, 16 Prozent sind nicht dieser Auffassung. Und auch hier gibt es keine signifikanten Abweichungen unter soziodemografischen Aspekten.



4. Bevorzugtes Land für Behandlungen

Bei allen abstrakten Einschätzungen zählt am Ende eine einfache Frage: Wenn ich krank bin, in welchem Land möchte ich behandelt werden? Und zwar aus medizinischen Gründen, nicht aus persönlichen wie der Sprache oder der Nähe zu Verwandten. Die Antwort der deutschen Bevölkerung ist eindeutig: 95 Prozent möchten in Deutschland behandelt werden. Dass die Extremnennung „stimme voll zu“ von 57 Prozent der Befragten gewählt wurde, belegt zusätzlich, wie sehr die medizinische Versorgung in Deutschland geschätzt wird.



5. Der Einfluss des Staates

Die Bevölkerung schätzt ihr Gesundheitssystem, aber der staatliche Einfluss ist ihr zu groß. Insgesamt 63 Prozent sagen, im deutschen Gesundheitswesen gebe es zu viel staatliche Lenkung; nur 33 Prozent bestreiten diese Aussage.

Westdeutsche sehen dabei häufiger zu viel staatliche Lenkung als Ostdeutsche (West: 64 Prozent, Ost: 59 Prozent). Auch Frauen kritisieren überdurchschnittlich oft staatliche Eingriffe (65 Prozent, Männer 60 Prozent).

Bei den formal Höhergebildeten mit Abitur meinen hingegen nur 51 Prozent, im deutschen Gesundheitswesen gebe es zu viel staatliche Lenkung.



6. Preis des Gesundheitswesens

Bei allem Lob für die Leistungsfähigkeit des deutschen Gesundheitswesens: Vier von fünf Deutschen ist es zu teuer. Lediglich 19 Prozent stimmen der Aussage nicht zu. Allerdings gibt es Unterschiede zwischen den Bevölkerungsgruppen.

Unter den Höhergebildeten mit Abitur halten 71 Prozent das deutsche Gesundheitswesen für zu teuer, also weniger als im Durchschnitt. Auch der Blick der Jüngeren ist nicht ganz so negativ. Während bei den über 60-Jährigen 83 Prozent das deutsche Gesundheitswesen für zu teuer halten, sind es bei den 25- bis 39-Jährigen nur 73 Prozent. Das Einkommen spielt ebenfalls eine Rolle: Während sich 84 Prozent der Befragten mit einem Haushaltsnettoeinkommen von unter 2.500 Euro kritisch äußern, sind es bei Befragten mit mehr als 2.500 Euro lediglich 74 Prozent.

IV. Zukunft von GKV und PKV

Wenn es um die Zukunft von GKV und PKV geht, werden der PKV einige Vorteile zugebilligt, aber auch Nachteile. Die Zukunft der GKV insgesamt wird mit Skepsis betrachtet. Dabei hat es im Vergleich mit dem Jahr 2010, in dem einige Fragen bereits identisch gestellt wurden, allerdings einige Veränderungen gegeben.

■ Leistungsvorteile der PKV bestätigt

Vorteile billigt man der PKV gegenüber der GKV auf der Leistungsseite zu. Ihr traut die Bevölkerung eher zu, langfristig eine gute medizinische Versorgung für ihre Versicherten zu bieten und sie auch langfristig vom medizinischen Fortschritt profitieren zu lassen. Ihr Vorsprung auf die GKV ist, was die gute Versorgung angeht, allerdings in den vergangenen zwei Jahren deutlich geschrumpft, nur beim Thema „Teilhabe am medizinischen Fortschritt“ liegt die PKV weiterhin deutlich vorn.

■ Bezahlbare Beiträge in der GKV

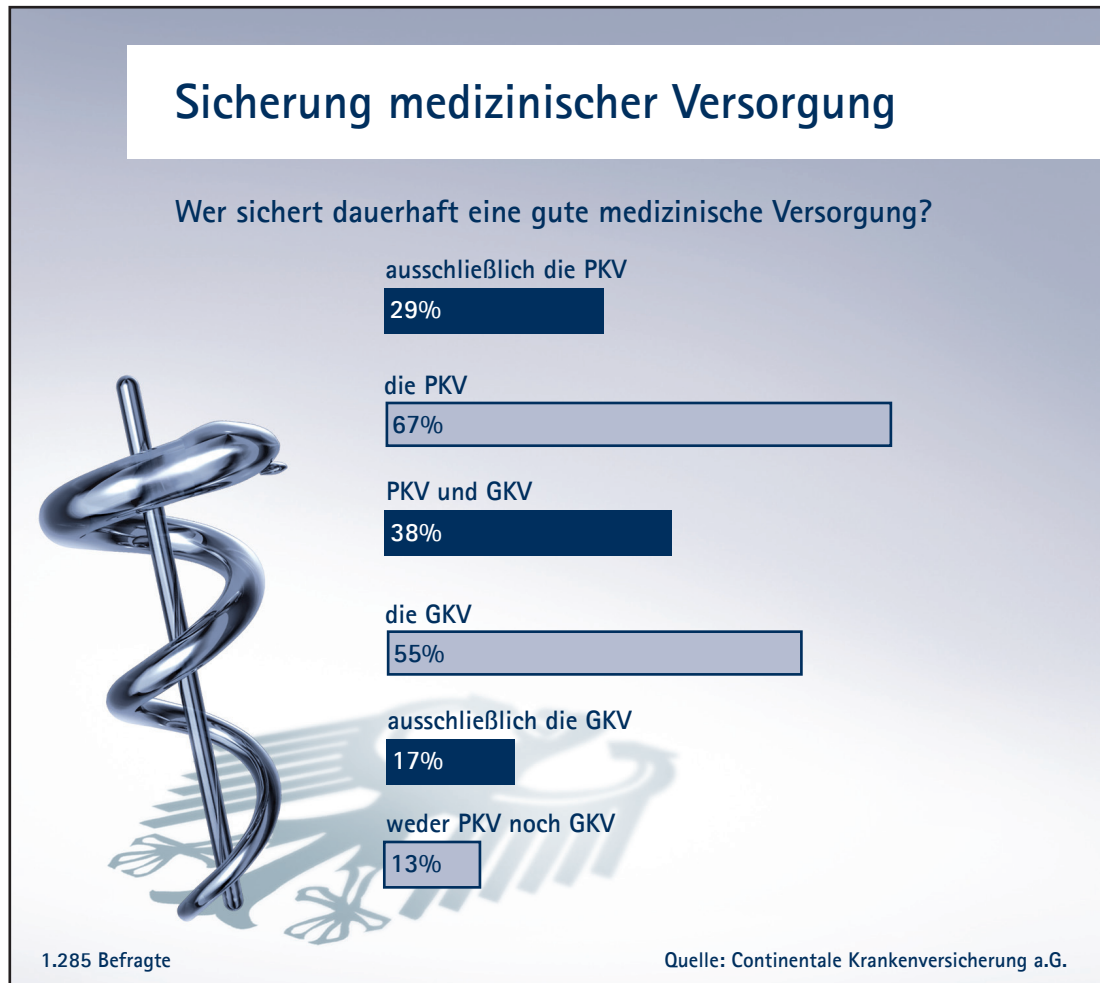
Was langfristig bezahlbare Beiträge angeht, wird dagegen eindeutig die GKV im Vorteil gesehen – und zwar noch eindeutiger als vor zwei Jahren. Hier setzt nur noch ein gutes Drittel der Bevölkerung Vertrauen in die PKV, ein deutlicher Rückgang gegenüber den Werten des Jahres 2010.

■ Kein Vertrauen in die Zukunftsfähigkeit der GKV

Aber auch die Zukunft der GKV wird skeptisch gesehen. Eine Mehrheit geht davon aus, dass die GKV in 20 Jahren in der heutigen Form nicht mehr finanzierbar sein wird und sie auch ihr Leistungsniveau über diesen Zeitraum nicht halten kann. Besonders jüngere Menschen zweifeln an der Zukunftsfähigkeit des Systems.

■ Bevölkerung möchte Rücklagen auch in der GKV

Einhellig möchte die Bevölkerung eine Abkehr vom bisherigen reinen Umlagesystem. Fast 90 Prozent der Bevölkerung fordert, die GKV solle Rücklagen für die Zukunft aufbauen.

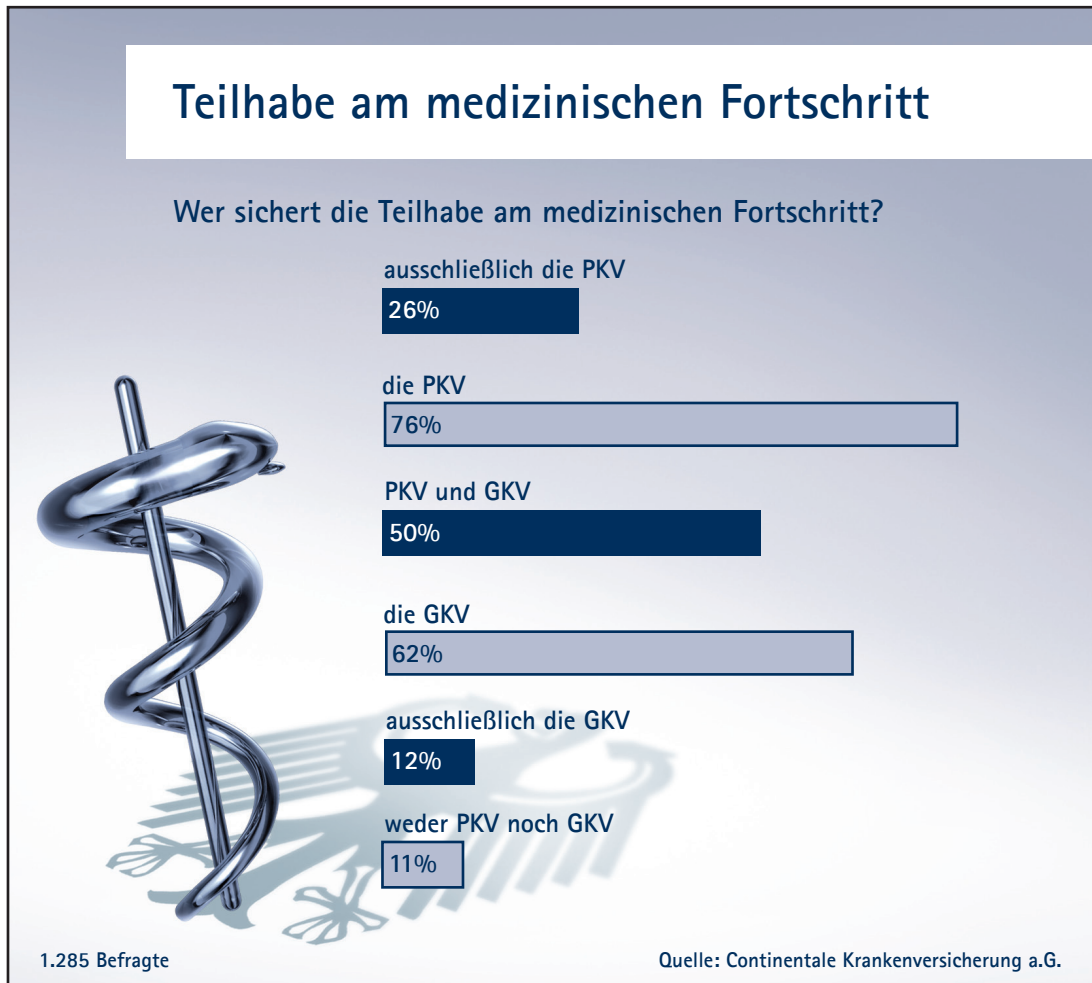


1. Zukunftssicherheit von PKV und GKV

67 Prozent der Bevölkerung trauen der PKV zu, für ihre Versicherten dauerhaft eine gute medizinische Versorgung zu sichern. 29 Prozent gehen sogar davon aus, dass dies nur die PKV könne. 55 Prozent trauen der GKV das gleiche zu, 17 Prozent nur der GKV. Damit ist das Vertrauen der Bevölkerung in die PKV eindeutig größer als in die gesetzlichen Kassen.

In einigen Gruppen ist das Vertrauen in die PKV besonders groß: Bei den 25- bis 39-Jährigen meinen 76 Prozent, die PKV sichere dauerhaft eine gute Versorgung, 36 Prozent billigen dies nur der PKV zu. Hohe Zustimmungswerte erreicht die PKV auch bei den Berufstätigen (72 Prozent) und Befragten mit einem Haushaltsnettoeinkommen von mehr als 2.500 Euro im Monat (74 Prozent).

Aber auch wenn das Vertrauen der Bevölkerung in die PKV hoch ist: Die gleiche Frage wurde bereits im Jahr 2010 gestellt und seitdem hat sich die Sicht von PKV und GKV deutlich verändert – zulasten der PKV und zugunsten der GKV. Vor zwei Jahren hatten noch 73 Prozent der PKV die dauerhafte Sicherung einer guten Versorgung zugetraut und nur 45 Prozent der GKV. Der Vorsprung der PKV ist hier also in nur zwei Jahren um 16 Prozentpunkte zurückgegangen. Nur der PKV hatten vor zwei Jahren noch 37 Prozent vertraut, nur der GKV 9 Prozent, ebenfalls eine Verschiebung von 16 Prozentpunkten.

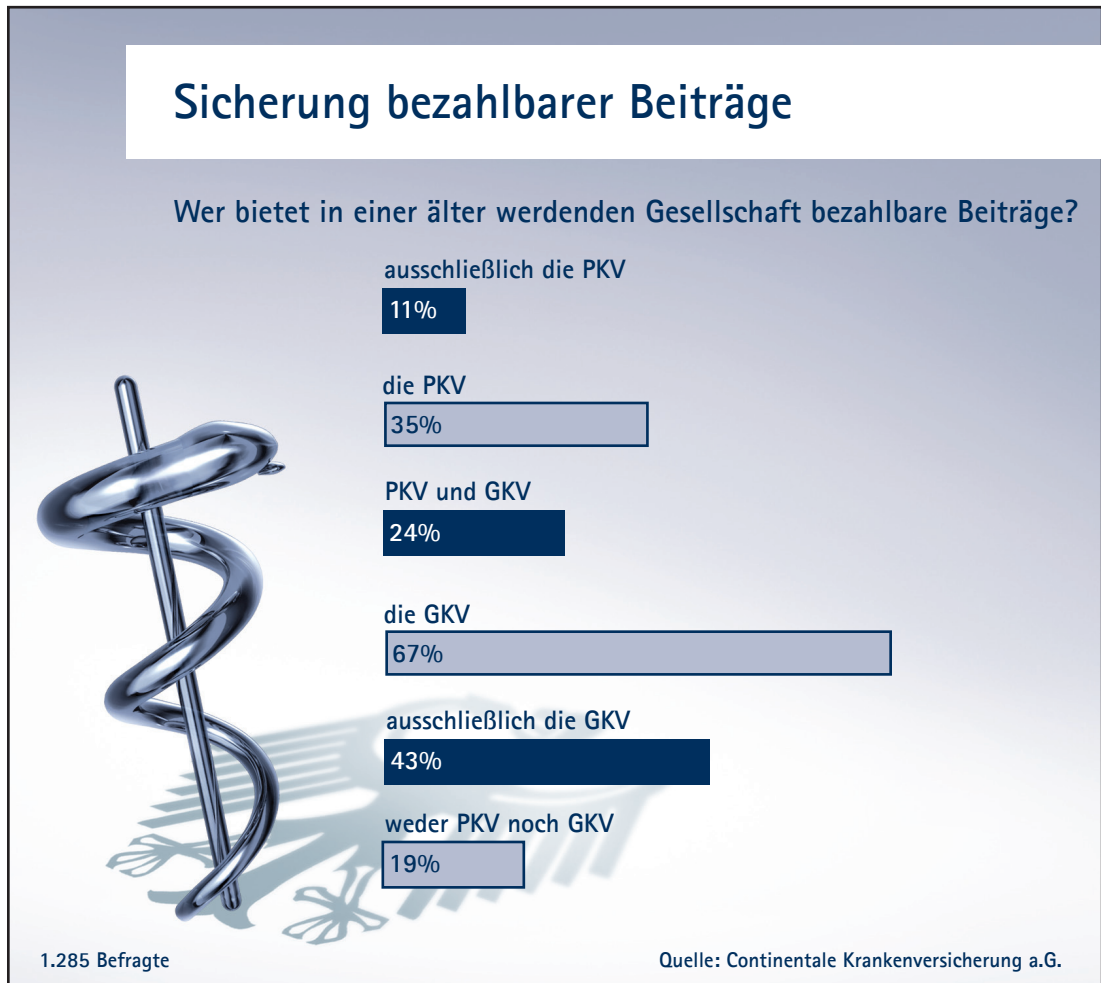


2. Teilhabe am medizinischen Fortschritt

Auch bei der Frage, wer für seine Versicherten die Teilhabe am medizinischen Fortschritt sichert, sieht die Bevölkerung Vorteile bei der PKV. 76 Prozent trauen dies der PKV zu, 26 Prozent nur ihr. Vertrauen in die GKV haben mit 62 Prozent deutlich weniger Menschen, ausschließlich der GKV vertrauen lediglich 12 Prozent.

Auch unter diesem Aspekt ist das Vertrauen in die PKV in einigen Bevölkerungsgruppen besonders groß, zum Beispiel bei den jüngeren Menschen im Alter von 25 bis 39 Jahren. Hier vertrauen 81 Prozent der PKV, 31 Prozent ausschließlich ihr.

Große Verschiebungen wie bei der Frage nach der dauerhaften Sicherung der medizinischen Versorgung gab es bei diesem Thema im Vergleich zum Jahr 2010 nicht.

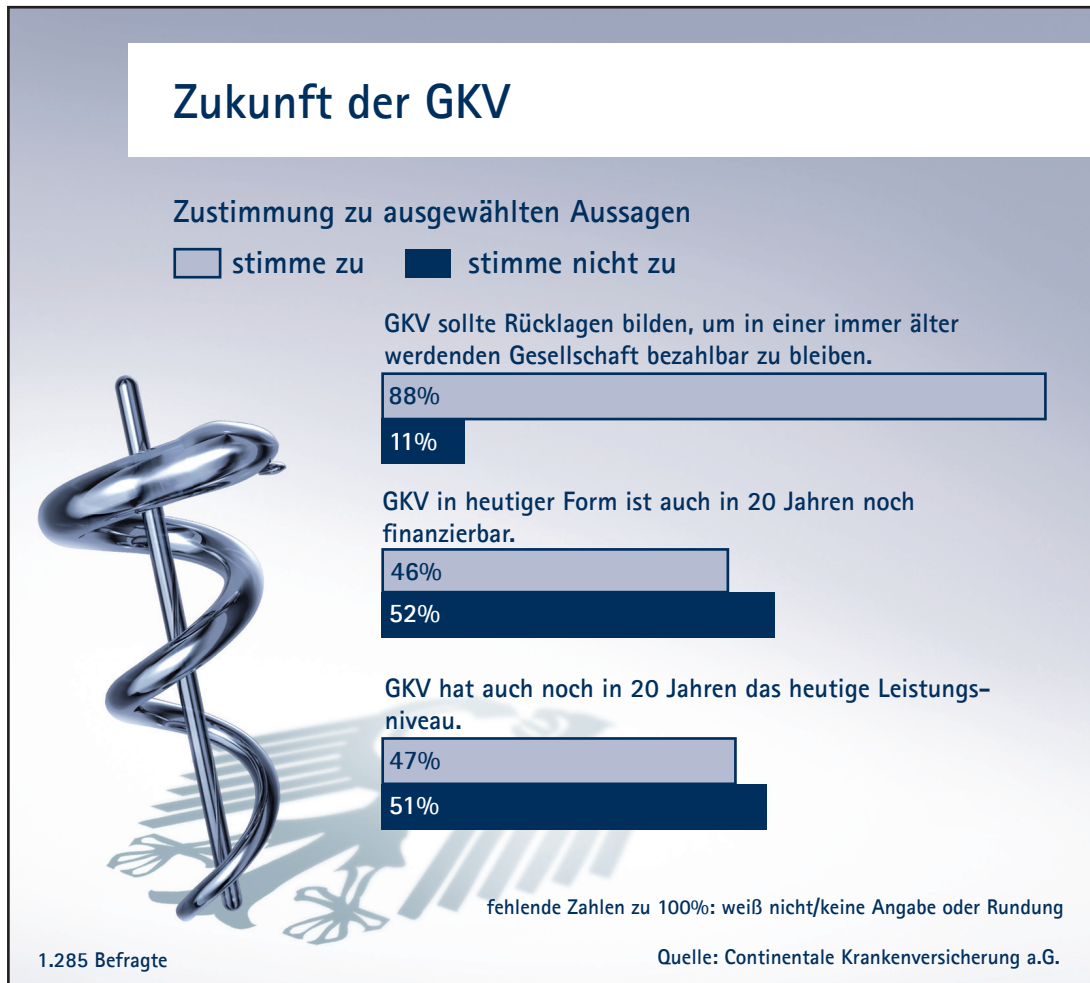


3. Sicherung bezahlbarer Beiträge

Wer sichert seinen Versicherten langfristig bezahlbare Beiträge? Hier ist aus Sicht der Bevölkerung eindeutig die GKV im Vorteil. 67 Prozent trauen der GKV zu, ihren Mitgliedern in einer älter werdenden Gesellschaft bezahlbare Beiträge zu sichern. 43 Prozent trauen dies nur der GKV zu. Dieses Vertrauen bringen der PKV 35 Prozent entgegen, 11 Prozent meinen, ausschließlich die PKV sei dazu in der Lage.

Auch diese Frage wurde bereits im Rahmen der Continentale-Studie 2010 gestellt – und die Schere zwischen GKV und PKV ist weiter auseinander gegangen. Vor zwei Jahren trauten noch 40 Prozent der PKV bezahlbare Beiträge zu und 56 Prozent der GKV. Der Abstand hat sich also von 16 Prozentpunkten auf 32 Prozentpunkte verdoppelt.

Offenkundig hat die teilweise initiierte Kampagne zum Thema „Beitragssteigerungen in der PKV“ Wirkung gezeigt. Offensichtlich geht man davon aus, dass die Beiträge der GKV tatsächlich immer bezahlbar bleiben; dafür werde die Politik im Rahmen ihrer Möglichkeiten sorgen. Die Frage wird nur sein, welche Leistungskürzungen und wie hohe Steuerzuschüsse dafür notwendig sein werden.



4. Die Zukunft der GKV

Die Zukunft der GKV wird von der Bevölkerung eher negativ gesehen. Jeweils eine, wenn auch knappe, Mehrheit glaubt, die GKV werde in heutiger Form in 20 Jahren nicht mehr finanzierbar sein und auch nicht mehr das heutige Leistungsniveau haben. Fast 90 Prozent der Bevölkerung fordern dagegen, dass die GKV Rücklagen für die Zukunft bilden soll – eine Abkehr vom heutigen reinen Umlageverfahren.

Die Zukunft der GKV wird in einigen Gruppen besonders kritisch gesehen: bei den Jüngeren, den Höhergebildeten und den Gutverdienern. 62 Prozent der 25- bis 39-Jährigen glauben nicht, dass die GKV in 20 Jahren noch finanzierbar ist, wie auch 59 Prozent der Befragten mit Abitur und 57 Prozent der Befragten mit einem monatlichen Haushaltsnettoeinkommen von 2.500 Euro und mehr.

Ein ähnliches Bild bietet sich auch bei der Frage nach dem Leistungsniveau der GKV in 20 Jahren. 63 Prozent der 25- bis 39-Jährigen glauben nicht, dass die GKV auch in 20 Jahren noch ihr heutiges Leistungsniveau haben wird. Dies sagen auch 57 Prozent der Befragten mit Abitur und 58 Prozent der Befragten mit einem Haushaltsnettoeinkommen von 2.500 Euro und mehr pro Monat.

Die Forderung, die GKV solle Rücklagen für die Zukunft bilden, kommt hingegen ohne große Unterschiede aus allen Bevölkerungsgruppen.

V. Skepsis gegenüber der Bürgerversicherung

Die Einführung einer Bürgerversicherung wurde in den vergangenen Monaten wieder offensiver in die politische Diskussion eingebracht, auch wenn sie derzeit kein dominierendes Thema darstellt. Ein Grund dafür könnte sein, dass eine Mehrheit der Bevölkerung von dieser Idee nicht überzeugt ist, wie die Continentale-Studie 2012 zeigt. Einzige Ausnahme: Ostdeutsche.

■ Ungleiche Behandlung auch mit Bürgerversicherung

Ein zentrales Argument der Befürworter einer Bürgerversicherung ist, in Deutschland könne mit ihr eine Zwei-Klassen-Medizin abgeschafft werden. Unterschiede mag es in Deutschland geben, allerdings sind sie faktisch nicht so groß wie in anderen Ländern mit einer Einheitsversicherung, etwa England oder Spanien. Und auch die Deutschen glauben nicht, dass eine Bürgerversicherung alle Unterschiede beseitigen würde: Nur 37 Prozent meinen, bei einer Bürgerversicherung würden Besserverdienende sich keine bessere Versorgung mehr leisten.

Dieses Meinungsbild gibt es in allen Bevölkerungsgruppen, unabhängig von Alter, Geschlecht, Einkommen oder Bildung. Nur in Ostdeutschland hat die Bürgerversicherung höhere Akzeptanz. Hier versprechen sich 43 Prozent eine einheitliche Versorgung, im Westen gehen nur 35 Prozent davon aus.

■ Leistungskürzungen trotz Bürgerversicherung

Auch als Problemlöser für die GKV wird die Bürgerversicherung nicht gesehen:

Ein Ende der Leistungskürzungen in der GKV durch eine Bürgerversicherung sehen nur 43 Prozent der Bevölkerung. Besonders skeptisch sind jüngere Befragte und Menschen mit höherem Einkommen. Während 39 Prozent der 25- bis 39-Jährigen Leistungskürzungen durch eine Bürgerversicherung für vermeidbar halten, sind es bei den Befragten ab 60 Jahren 47 Prozent. Bei den Befragten mit einem Haushaltsnettoeinkommen von mehr als 2.500 Euro sagen 41 Prozent, mit einer Bürgerversicherung ließen sich Leistungskürzungen verhindern; bei den Befragten mit einem geringeren Einkommen sagen dies 48 Prozent.

Höhere Akzeptanz hat die Bürgerversicherung auch unter diesem Aspekt in Ostdeutschland. 52 Prozent der Ostdeutschen versprechen sich von der Bürgerversicherung ein Ende der Leistungskürzungen, aber nur 41 Prozent der Westdeutschen.

■ Keine Aussicht auf stabile Beiträge

Stabile Beiträge verspricht sich ebenfalls nur eine Minderheit von einer Bürgerversicherung. 37 Prozent der Bevölkerung meinen, mit einer Bürgerversicherung werde die Krankenversicherung langfristig nicht mehr teurer. Und auch bei diesem Aspekt zeigt sich: Die Jungen und Gutverdienenden sind besonders skeptisch, ebenso die Höhergebildeten. 31 Prozent der Befragten im Alter von 25 bis 39 Jahren glauben an stabilere Beiträge durch eine Bürgerversicherung, ebenfalls 31 Prozent der Menschen mit einem Haushaltsnettoeinkommen von mehr als 2.500 Euro im Monat und nur 27 Prozent der Befragten mit Abitur.

Positiver sehen die Auswirkungen der Bürgerversicherung wieder die Ostdeutschen. In Ostdeutschland meinen 49 Prozent, die Bürgerversicherung könne für stabile Beiträge sorgen; in Westdeutschland sind es nur 35 Prozent.

Skepsis gegenüber Bürgerversicherung

Zustimmung zu ausgewählten Aussagen

stimme zu stimme nicht zu



Besserverdienende können sich trotz Bürgerversicherung eine bessere medizinische Versorgung leisten.



Mit einer Bürgerversicherung können Leistungskürzungen in der GKV langfristig vermieden werden.



Mit einer Bürgerversicherung wird die GKV langfristig nicht mehr teurer.



Ohne Wettbewerb zwischen PKV und GKV verschlechtert sich die Versorgung für alle.



1.285 Befragte

Quelle: Continentale Krankenversicherung a.G.

■ Positive Auswirkung des Wettbewerbs von GKV und PKV

Zumindest eine relative Mehrheit hält den derzeitigen Wettbewerb zwischen GKV und PKV für positiv im Sinne einer guten Versorgung aller Versicherten in Deutschland. 49 Prozent der Befragten sagen, ohne den Wettbewerb zwischen GKV und PKV würde sich die Versorgung für alle Menschen verschlechtern, aber auch 46 Prozent widersprechen dieser Aussage. Auch hier gibt es wieder einen signifikanten Unterschied zwischen West- und Ostdeutschland: Im Westen stimmen 50 Prozent der Bevölkerung der Aussage zu, im Osten sind es nur 45 Prozent.

VI. Geringe Informiertheit über Unisex-Tarife

Die Versicherungswirtschaft wird zum 21. Dezember 2012 ihre Tarife auf Unisex-Grundlagen umstellen, da die geschlechtsspezifische Kalkulation nicht mehr gestattet ist. Das bedeutet konkret: Renten- und Krankenversicherungen werden in der Tendenz für Männer teurer, Risiko- und Lebensversicherungen und Kfz-Versicherungen für Frauen. Verbraucher sollten daher langfristige Verträge vor dem 21. Dezember abschließen, wenn dies für sie günstiger ist. Noch ist die Bevölkerung aber ausgesprochen schlecht über dieses Thema informiert – nicht einmal jeder Fünfte fühlt sich gut informiert.

■ Vier Fragen, vier falsche Antworten

Vor diesem Hintergrund werden die Beitragsveränderungen in den verschiedenen Sparten falsch beurteilt. Für vier Sparten sollten die Befragten einschätzen, ob der Versicherungsschutz für Männer oder für Frauen teurer wird – bei keiner Frage gab die Mehrheit die richtige Antwort.

■ Versicherungsvertreter soll informieren

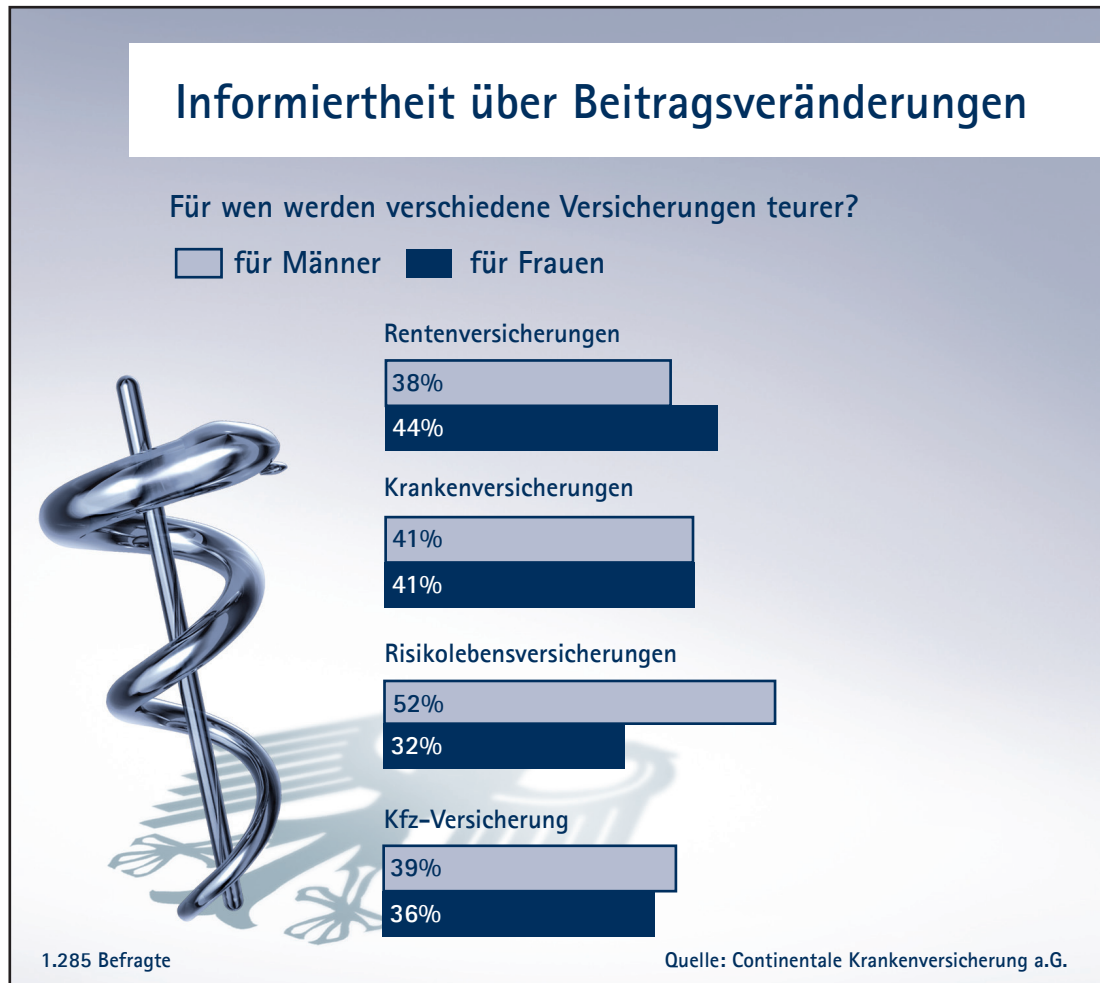
Angesichts des komplizierten Themas möchte eine Mehrheit durch ihren Versicherungsvertreter beraten werden. Nur 22 Prozent wollen ganz auf sich selbst vertrauen und eigenständig Informationen einholen. Und gut ein Fünftel der Bevölkerung möchte sich gar nicht informieren.



1. Informiertheit über Unisex-Tarife

Die Unisex-Tarife werden in der Versicherungswirtschaft bald eingeführt – „gut“ oder „sehr gut“ informiert fühlt sich zu diesem Thema aber nicht einmal ein Fünftel der Bevölkerung.

Ältere Menschen ab 60 Jahren fühlen sich ein wenig häufiger „gut“ oder „sehr gut“ informiert (22 Prozent) als jüngere Menschen der Altersgruppe 25 bis 39 Jahre (14 Prozent). Auch mehr Westdeutsche fühlen sich informierter als Ostdeutsche (West: 17 Prozent, Ost: 12 Prozent), aber auch diese Unterschiede sind relativ geringfügig. Es gibt keine Bevölkerungsgruppe, die mehrheitlich meint, über das Thema „Unisex-Tarife“ gut informiert zu sein.



2. Beitragsveränderungen in verschiedenen Sparten

Je nach Versicherungssparte wird die Absicherung durch Unisex-Tarife mal für Männer teurer, mal für Frauen. Für die Continentale-Studie 2012 sollte die Bevölkerung für vier Sparten einschätzen, ob es für Männer oder für Frauen teurer wird. Und bei allen vier Sparten lag die Bevölkerung falsch, bei keiner gab die Mehrheit die richtige Antwort.

- Rentenversicherungen werden in der Tendenz für Männer teurer – das sagen aber nur 38 Prozent der Bevölkerung.
- Auch bei privaten Krankenversicherungen steigt der Beitrag in der Regel für Männer. Dies meinen aber lediglich 41 Prozent der Bürger.
- Risikolebensversicherungen werden hingegen für Frauen teurer – hier liegen nur 32 Prozent richtig.
- Teurer wird es für Frauen ab dem Stichtag ebenfalls in der Kfz-Versicherung. Aber auch hier geben nur 39 Prozent die richtige Antwort.

Bei Renten- und Krankenversicherungen ist das Antwortverhalten zudem geschlechtsabhängig. Hier meint jeweils eine relative Mehrheit der Männer, es werde für Männer teurer, und eine Mehrheit der Frauen, es werden für Frauen teurer.



3. Informationsweise über Unisex-Tarife

Die Informationsdefizite zum Thema Unisex sind nach wie vor groß. Doch wie möchte sich die Bevölkerung informieren? Das Thema scheint auch aus Sicht der Befragten kompliziert zu sein, denn nur 22 Prozent möchten sich eigenständig informieren, zum Beispiel über das Internet. 55 Prozent hingegen möchten eine persönliche Beratung durch einen Versicherungsvertreter. Weitere 21 Prozent brauchen oder möchten keine Informationen.

Bei den jüngeren Befragten im Alter von 25 bis 39 Jahren ist der Anteil derjenigen, die sich eigenständig informieren wollen, mit 34 Prozent besonders hoch und der Anteil derjenigen, die keine Informationen möchten, mit 13 Prozent besonders gering.

VII. Selbst- und Zuzahlungen

Selbst- und Zuzahlungen* in der GKV sind immer wieder ein umstrittenes Thema – von der Praxisgebühr bis hin zu den viel diskutierten IGeL-Leistungen. Nur gibt es hierzu keine verlässlichen Statistiken. Erfasst werden zwar die Praxisgebühr und alle Leistungen, bei denen auch die Krankenkasse etwas bezahlt. Leistet der Versicherte hingegen vollständig selbst, tauchen weder die Leistungen noch die gezahlten Summen in einer übergreifenden Statistik auf. Wie viele GKV-Versicherte zahlen aber überhaupt etwas dazu? Und wie viel pro Jahr?

■ 96 Prozent zahlen – 380 Euro pro Jahr

Im Rahmen der Continentale-Studie 2012 wurden die GKV-Versicherten gefragt, in welchen Bereichen sie selbst zahlen und, wenn ja, wie viel. Klare Antwort: Fast alle zahlen. Und sie zahlen nicht wenig. 96 Prozent der für die Continentale-Studie 2012 befragten deutschen GKV-Versicherten im Alter ab 25 Jahren haben in den vergangenen zwölf Monaten Leistungen komplett oder teilweise selbst bezahlt. Für jeden Befragten summieren sich die Selbst- und Zuzahlungen auf durchschnittlich 380 Euro pro Jahr. Dies sind rund 30 Euro im Monat und so das Vierfache der im vergangenen Jahr von verschiedenen Krankenkassen erhobenen und oft kritisierten Zusatzbeiträge. Bei Geringverdienern fallen die Zahlungen niedriger aus, sie sind aber gemessen am Einkommen wohl sogar noch erheblicher. Bei einem Haushaltsnettoeinkommen von 1.000 bis 1.500 Euro nennen die Befragten 325 Euro pro Jahr.

■ Selbst- und Zuzahlungen für Frauen bedeutsamer

Deutlich wird auch: Das Thema „Selbst- und Zuzahlungen“ ist für Frauen bedeutsamer als für Männer. Sie leisten in mehr Bereichen selbst und sie zahlen auch absolut gesehen mehr. Vorsorgeuntersuchungen spielen hier eine große Rolle, aber auch ein stärkeres Interesse an Naturheilkunde.

Unabhängig von der aktuellen Höhe der Zahlungen haben diese nach Meinung von rund drei Viertel der GKV-Versicherten in den vergangenen fünf Jahren zugenommen, fast ein Drittel spricht von einer deutlichen Steigerung.

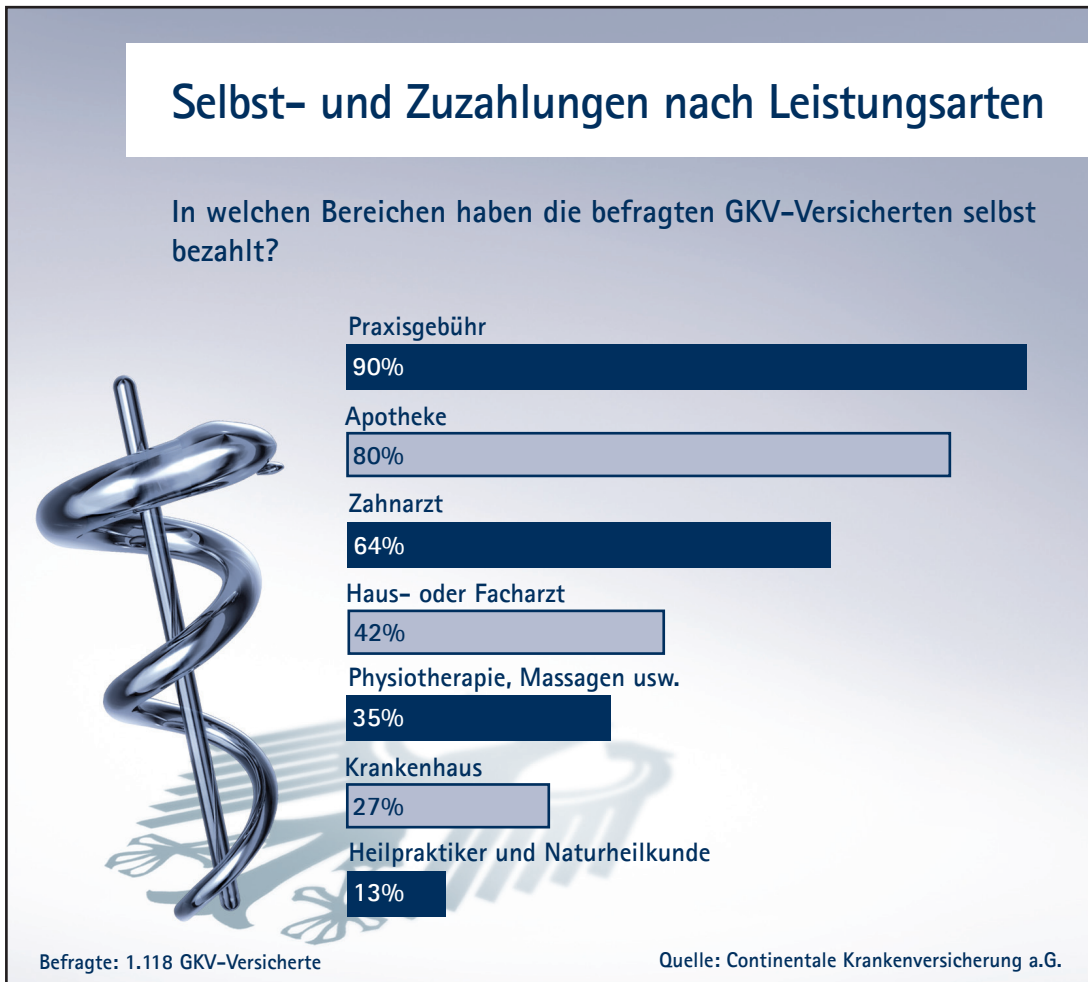
■ Trotz Selbst- und Zuzahlungen wird auf Behandlungen selten verzichtet

Bei allen finanziellen Belastungen: Zum Verzicht auf Behandlungen führen Selbst- und Zuzahlungen bei einer Minderheit von rund 20 Prozent der gesetzlich Versicherten.

■ Bevölkerung sieht keine positiven Auswirkungen von Selbst- und Zuzahlungen

Positive Auswirkungen, etwa eine Steuerungswirkung oder eine verbesserte finanzielle Ausstattung des Gesundheitswesens, spricht eine Mehrheit der gesetzlich Versicherten Selbst- und Zuzahlungen nicht zu. Eine Mehrheit hat allerdings die Befürchtung, Patienten würden wegen dieser Zahlungen wichtige Behandlungen unterlassen – eine Befürchtung, die aber zumindest in der Regel nicht zutreffend ist (s.o.).

*) Gefragt wurde nach allem, was die Befragten aus eigener Tasche gezahlt haben. Dabei wurde nicht nach Zuzahlungen im Sinne von § 61 SGB V und Selbstzahlungen differenziert. In den Antworten können auch Zahlungen der Befragten enthalten sein, die zum Beispiel für Kinder entrichtet wurden.



1. Selbst- und Zuzahlungen nach Leistungsarten

Inzwischen ist es für gesetzlich Versicherte alltäglich, in vielen Bereichen etwas selbst zu bezahlen – ob als offizielle Zuzahlung nach dem Sozialgesetzbuch wie bei der Praxisgebühr oder als reine Selbstzahlung wie etwa bei den IGeL-Leistungen.

Gar nichts bezahlt haben in den vergangenen 12 Monaten nur 4 Prozent der Befragten – und dies unabhängig vom Alter. 4 Prozent sind es bei den 25- bis 39-Jährigen und auch bei Befragten im Alter ab 60 Jahren.*

Diejenigen, die selbst bezahlen, tun dies im Schnitt in drei bis vier Leistungsarten. Frauen leisten dabei wesentlich häufiger Selbst- und Zuzahlungen als Männer – sie zahlen im Schnitt in vier, Männer in drei Bereichen.

*) Kieferorthopädische Leistungen wurden erfragt, aber nicht in die Darstellung aufgenommen, da diese bei erfolgreicher Behandlung erstattet werden. Genannt wurden sie von 10 Prozent der Befragten. Wenn gezahlt wurde, waren es im Durchschnitt 940 Euro. Zahlungen für Brillen/Sehhilfen wurden nicht abgefragt, da hier wahrscheinlich auch Zahlungen für Gestelle genannt worden wären, die rein modisch motiviert gewesen wären.



2. Höhe der Selbst- und Zuzahlungen

380 Euro* zahlt jeder Befragte pro Jahr aus eigener Tasche für medizinische Leistungen – über seinen normalen GKV-Beitrag hinaus**. Dies sind rund 30 Euro im Monat und so das Vierfache der im vergangenen Jahr von verschiedenen Krankenkassen erhobenen und oft kritisierten Zusatzbeiträge. Die Bandbreite nach Leistungsarten ist dabei groß: Befragte, die die Praxisgebühr bezahlten, kamen auf rund 40 Euro im Jahr, für den Zahnarzt waren es im Durchschnitt 260 Euro.

Zwischen den einzelnen Bevölkerungsgruppen gibt es allerdings zum Teil große Unterschiede. So zahlen weibliche Befragte im Schnitt 440 Euro selbst, Männer nur 300 Euro. Westdeutsche leisten 395 Euro Zuzahlung, Ostdeutsche lediglich 325 Euro. Die Einkommenshöhe spielt zwar eine Rolle, aber auch Beziehler geringer Einkommen zahlen erhebliche Summen. Befragte mit einem Haushaltsnettoeinkommen von mehr als 2.500 Euro zahlen im Schnitt 465 Euro dazu, Befragte mit einem Haushaltsnettoeinkommen von weniger als 2.500 Euro tragen 350 Euro selbst. Aber auch bei Befragten mit einem Haushaltsnettoeinkommen von 1.000 bis 1.500 Euro wurden 325 Euro im Jahr genannt.

*) Alle Zahlen wurden auf glatte 5-Euro-Beträge gerundet. Die Angaben basieren auf persönlichen Schätzwerten für die vergangenen 12 Monate. Zuzahlung pro Leistungsart für diejenigen, die die Leistung in Anspruch nahmen. Die Gesamtsumme für Zuzahlungen bezieht sich auf alle Befragten.

**) Gefragt wurde nach allem, was die Befragten aus eigener Tasche gezahlt haben. Dabei wurde nicht nach Zuzahlungen im Sinne von § 61 SGB V und Selbstzahlungen differenziert. In den Antworten können auch Zahlungen der Befragten enthalten sein, die zum Beispiel für Kinder entrichtet wurden.

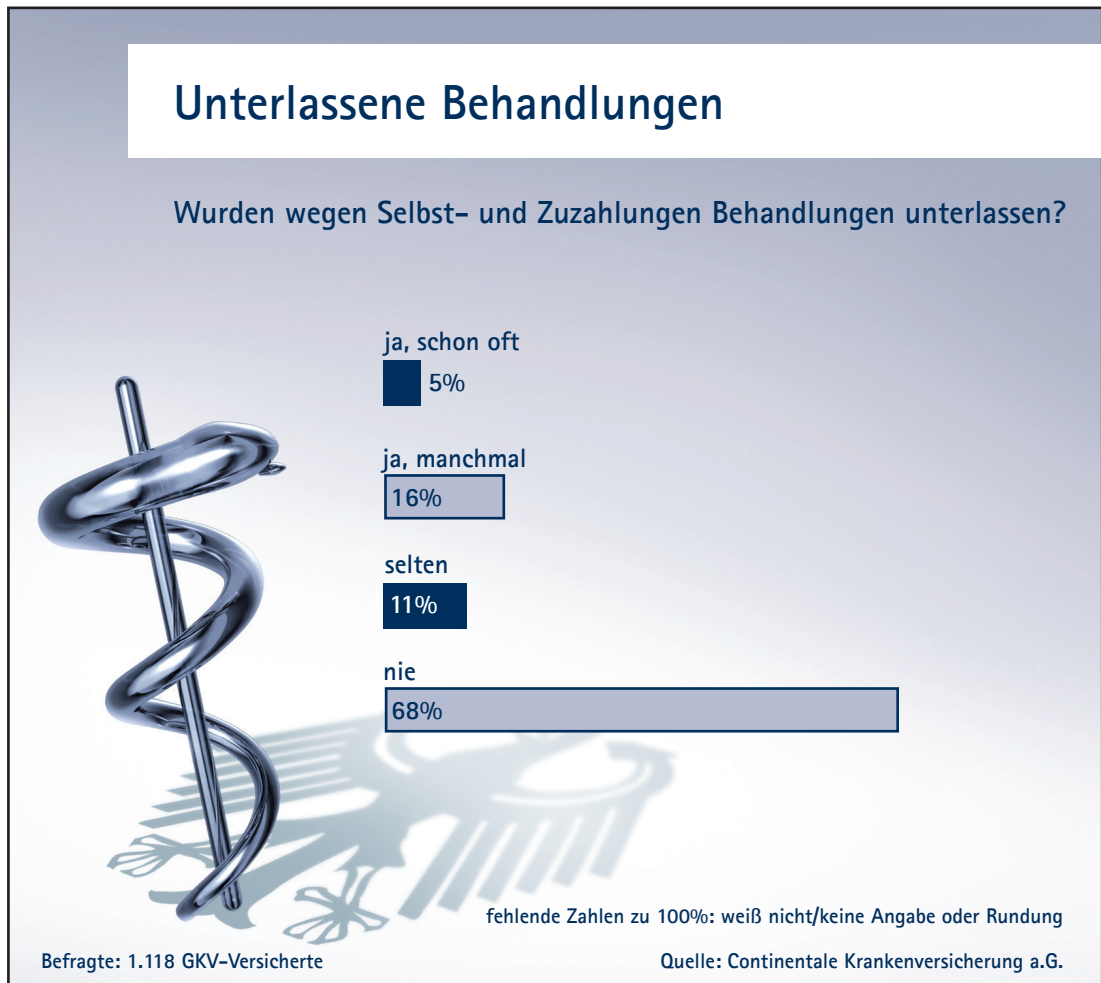


3. Entwicklung von Selbst- und Zuzahlungen

76 Prozent der befragten gesetzlich Versicherten sagen, bei ihnen hätte die Höhe der Selbst- und Zuzahlungen in den vergangenen 5 Jahren zugenommen; fast ein Drittel meint sogar, stark zugenommen. Rund ein Fünftel sagt, es hätte keine Veränderung gegeben, von rückläufigen Zahlungen berichtet dagegen nahezu niemand.

Insbesondere jüngere Menschen berichten von höheren Selbst- und Zuzahlungen – in der Altersgruppe der 25- bis 39-Jährigen sind es 84 Prozent, bei Befragten im Alter von über 60 Jahren hingegen nur 72 Prozent.

Andere soziodemografische Faktoren wie zum Beispiel Bildungsniveau oder Einkommen haben hingegen keine Auswirkungen.



4. Unterlassene Behandlungen

Selbst- und Zuzahlungen wird in der GKV auch immer eine Steuerungsfunktion beigemessen. Die haben sie aber nur für einen geringen Teil der gesetzlich Versicherten. 21 Prozent sagen, sie hätten deswegen manchmal oder öfter Behandlungen, Untersuchungen oder Impfungen unterlassen oder verschoben.

Deutlich wird, dass dieses Verhalten sehr altersabhängig ist: Bei den 25- bis 39-Jährigen haben 30 Prozent Behandlungen verschoben oder unterlassen, bei den Befragten ab 60 Jahren sind es lediglich 9 Prozent.

Ferner zeigt sich: Westdeutsche verzichten wegen Selbst- und Zuzahlungen häufiger auf Behandlungen als Ostdeutsche (West: 23 Prozent, Ost 12 Prozent) und Frauen häufiger als Männer (Frauen: 24 Prozent, Männer 17 Prozent).

Einen, wenn auch relativ geringen, Einfluss hat auch das Einkommen. Bei einem Haushaltsnettoeinkommen ab 2.500 Euro haben 17 Prozent Behandlungen unterlassen oder verschoben, bei einem Einkommen darunter waren es 23 Prozent.



5. Gründe für unterlassene Behandlungen

Es kann unterschiedliche Gründe geben, angebotene Zusatzleistungen nicht in Anspruch zu nehmen: 61 Prozent derjenigen, die Behandlungen oder Untersuchungen wegen Zuzahlungen abgelehnt haben, taten dies aus finanziellen Gründen, 50 Prozent sogar ausschließlich deshalb. 46 Prozent fanden die Leistung nicht sinnvoll; für 35 Prozent war dies der alleinige Ablehnungsgrund.

Finanzielle Gründe sind dabei für 55 Prozent der Frauen der alleinige Ablehnungsgrund, aber nur für 42 Prozent der Männer.

Das Einkommen der Befragten spielt für das Antwortverhalten eine bedeutende Rolle: Wer wenig Geld hat, verzichtet öfter aus finanziellen Gründen. 59 Prozent der Befragten mit einem Haushaltsnettoeinkommen von bis zu 2.500 Euro machen diese Angabe. Unter denjenigen, die mehr als 2.500 Euro zur Verfügung haben, sind es 40 Prozent.



6. Beurteilung von Selbst- und Zuzahlungen

Grundsätzlich ist die Einstellung der GKV-Versicherten zu Selbst- und Zuzahlungen sehr indifferent. Eine Mehrheit spricht ihnen weder eine Steuerungswirkung zu noch einen positiven Einfluss dadurch, dass sie mehr Geld in das Gesundheitssystem bringen. Einen konstruktiven Beitrag zum Gesundheitswesen leisten diese Zahlungen also nach Meinung einer Mehrheit nicht.

Hier gibt es einen Unterschied zur PKV, bei der Selbstbeteiligungen durchaus eine Steuerungswirkung haben. Diese folgen aber oft anderen Modellen und werden von den Versicherten beim Vertragsabschluss bewusst ausgewählt. In der GKV werden Zuzahlungen hingegen, wie bei der Praxisgebühr, vom Gesetzgeber einfach verordnet.

Auch für den Vorwurf, die Leistungserbringer würden über Selbst- und Zuzahlungen zusätzlich Kasse machen, findet sich keine Mehrheit bei den deutschen GKV-Versicherten.

Allerdings: Fast zwei Drittel glauben, andere Menschen würden wegen Selbst- und Zuzahlungen auf wichtige Untersuchungen oder Behandlungen verzichten. Hier wird den Zahlungen eine eindeutig negative Auswirkung bescheinigt. Zu Unrecht, denn nur 21 Prozent verzichten wegen Selbst- und Zuzahlungen auf Behandlungen (siehe VII.4.) und nur bei der Hälfte dieser Gruppe hat dies ausschließlich finanzielle Gründe (siehe VII.5.). Ob rund 10 Prozent der GKV-Versicherten viel oder wenig sind, kann hier nicht diskutiert werden, es scheint aber so, als schätze die Bevölkerung das Problem deutlich größer ein, als es ist.

VIII. Zufriedenheit und Zukunftserwartungen

Zufriedenheit und Unzufriedenheit der Bevölkerung mit Preis und Leistung des Gesundheitswesens werden in der Continentale-Studie seit 2001 jährlich ermittelt. Die Unzufriedenheit der gesetzlich Versicherten erreichte im Jahr 2004 – mit Einführung der Praxisgebühr – Höchstwerte. Mehr als 70 Prozent der GKV-Versicherten waren mit dem Preis unzufrieden. Seitdem sank die Unzufriedenheit kontinuierlich. Im vergangenen Jahr kam es allerdings zu einem leichten Anstieg, wahrscheinlich bedingt durch die Einführung von Zusatzbeiträgen bei einigen Krankenkassen.

■ Geringste Unzufriedenheit seit Beginn der Untersuchung

In diesem Jahr – nach der Abschaffung der Zusatzbeiträge – ging die Unzufriedenheit wieder deutlich zurück und erreichte insgesamt die niedrigsten bisher gemessenen Werte. Mit den Leistungen sind 33 Prozent unzufrieden, mit dem Preis 39 Prozent.

■ Privatversicherte bleiben zufrieden

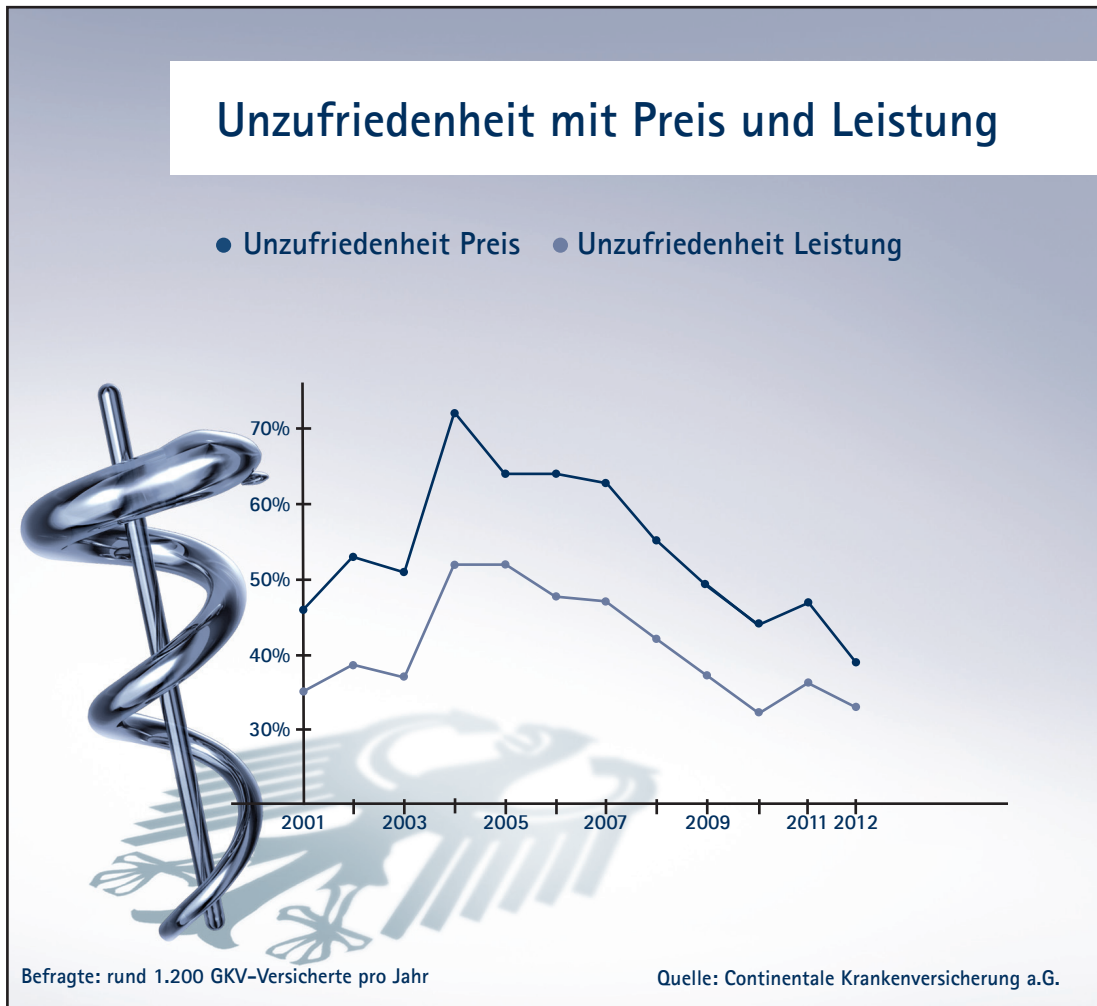
Die Zufriedenheit der PKV-Versicherten bleibt auf hohem Niveau. 75 Prozent von ihnen sind mit den Leistungen zufrieden, 57 Prozent mit dem Preis.

■ Zukunftserwartungen weiter negativ

Die Zukunftserwartungen der gesetzlich Versicherten sind allerdings nach wie vor negativ. Viele von ihnen rechnen langfristig nicht mit einer guten medizinischen Versorgung und der Teilhabe am medizinischen Fortschritt. Dafür gehen sie davon aus, viel selbst bezahlen und privat versorgen zu müssen.

■ Informiertheit weiter zurückgegangen

Die Informiertheit der gesetzlich Versicherten hat sich im Vergleich zum Vorjahr noch verschlechtert. Nur rund jeder Zehnte weiß, dass es in der GKV keine Leistungsgarantie gibt, wohl aber in der PKV.



1. Unzufriedenheit mit Preis und Leistung des Gesundheitswesens

Die Unzufriedenheit der GKV-Versicherten mit dem Gesundheitswesen ist insgesamt so niedrig wie nie seit dem Beginn der Messung im Jahr 2001. Mit den Leistungen sind 33 Prozent unzufrieden, 3 Prozentpunkte weniger als im Vorjahr und nur 1 Prozentpunkt mehr als beim bislang niedrigsten Wert aus dem Jahr 2010. Unter dem Gesichtspunkt Preis sind 39 Prozent unzufrieden. Dies waren im Jahr 2011 noch 47 Prozent. Der bislang niedrigste Wert aus dem Jahr 2010 wurde um 5 Prozentpunkte unterboten.

Vom Jahr 2010 auf das Jahr 2011 hatte es erstmals seit 2004 wieder einen Anstieg der Unzufriedenheit gegeben. In der Continentale-Studie 2011 war dieser auf die Einführung von Zusatzbeiträgen bei verschiedenen Krankenkassen zurückgeführt worden. Dabei war die These aufgestellt worden, direkte Zahlungen würden sich sofort in Unzufriedenheit niederschlagen, Änderungen des Beitragssatzes hingegen nicht. Der drastische Zuwachs der Unzufriedenheit von 2003 auf 2004 fiel mit der Praxisgebühr zusammen. Die Einführung des Gesundheitsfonds 2010 hatte hingegen keine negativen Auswirkungen, obwohl die finanziellen Auswirkungen gerade für Versicherte günstiger Kassen erheblich schwerwiegender waren. Von 2011 auf 2012 zeigt sich: Die Zusatzbeiträge sind abgeschafft, die Unzufriedenheit sinkt, was die These des Vorjahres stützt.

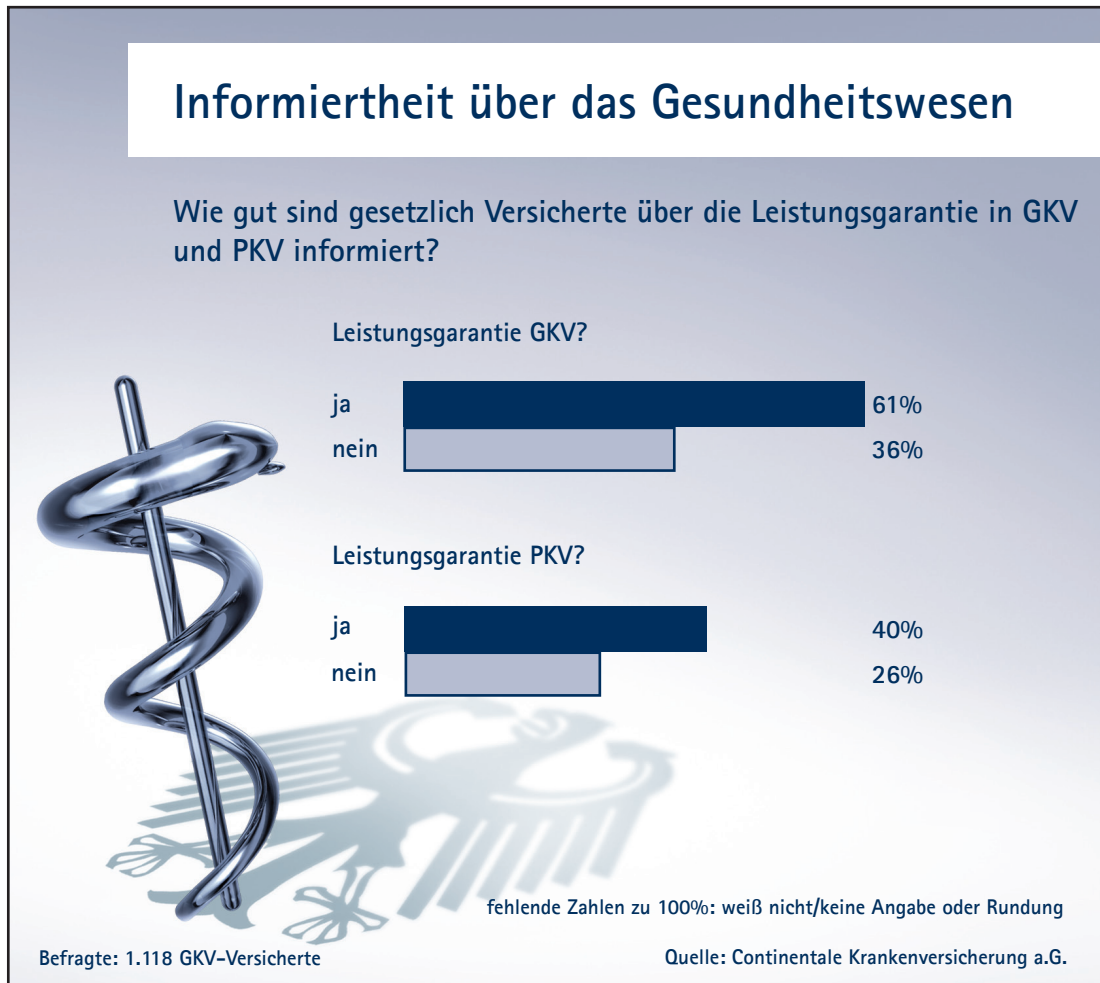
Die Zufriedenheit der PKV-Versicherten ist gegenüber dem Vorjahr nahezu unverändert: 75 Prozent von ihnen sind mit den Leistungen zufrieden, 23 Prozent nicht. Mit dem Preis sind 57 Prozent zufrieden und 39 Prozent unzufrieden.



2. Entwicklung des Gesundheitswesens

Die Zukunft des Gesundheitswesens sehen viele GKV-Versicherte weiterhin skeptisch. 69 Prozent gehen davon aus, dass es mindestens in Zukunft keine ausreichende medizinische Versorgung durch die GKV geben wird. 83 Prozent meinen, für eine gute medizinische Versorgung sei private Vorsorge erforderlich. 90 Prozent sagen, für eine gute medizinische Versorgung müsse man schon heute oder in Zukunft über den GKV-Beitrag hinaus viel Geld bezahlen. Und 78 Prozent gehen davon aus, langfristig nicht mehr vom medizinischen Fortschritt zu profitieren.

Die Einschätzungen sind über die Jahre erstaunlich stabil. Von 2011 auf 2012 kam es nur zu einer merklichen Verschiebung: 2011 meinten noch 57 Prozent, eine ausreichende medizinische Versorgung durch die Krankenkassen werde es in Zukunft nicht mehr geben. Im Jahr 2012 waren nur noch 49 Prozent dieser Ansicht – ein signifikanter Rückgang.



3. Informiertheit über das Gesundheitswesen

Die Informiertheit der GKV-Versicherten über das Gesundheitswesen ist traditionell schlecht, aber vom Jahr 2011 zum Jahr 2012 hat sie sich noch einmal spürbar verschlechtert: 61 Prozent glauben fälschlicherweise an eine Leistungsgarantie in der GKV, 8 Prozentpunkte mehr als im Vorjahr. 36 Prozent wissen, dass es eine derartige Leistungsgarantie nicht gibt, ein Rückgang um 6 Prozentpunkte innerhalb eines Jahres.

40 Prozent der GKV-Versicherten sagen richtigerweise, in der PKV gebe es eine Leistungsgarantie, 26 Prozent meinen, dies sei nicht der Fall – dies entspricht in etwa den Werten des Vorjahres.

Von Informiertheit kann allerdings insgesamt nicht die Rede sein. Von den 40 Prozent, die wissen, dass es in der PKV eine Leistungsgarantie gibt, wissen nur 28 Prozent, dass es in der GKV keine gibt – insgesamt hat also nur rund jeder zehnte Befragte beide Fragen richtig beantwortet.

IX. Grundlagen und Soziodemografie

- **Identische Trendfragen, die jedes Jahr wieder gestellt werden, ermöglichen für die Branche einzigartige Aussagen über die Entwicklung der Einstellung der Bevölkerung.**
- **Für Deutschland repräsentative Befragung.**
- **Aussagekräftige Ergebnisse für Teilgruppen.**

Die Continentale-Studie 2012 wurde, wie schon in den vergangenen Jahren, in Zusammenarbeit mit dem Meinungsforschungsinstitut TNS Infratest umgesetzt. Die Studie wird seit dem Jahr 2000 jährlich durchgeführt und ist so die langfristige empirische Betrachtung des Gesundheitswesens durch die Versicherungsbranche. Fragen, die über Jahre hinweg immer in identischer Form gestellt werden, ermöglichen eine einzigartige Betrachtung von Entwicklungen im deutschen Gesundheitswesen aus Sicht der GKV- und PKV-Versicherten.

Die Ausrichtung der Befragung wurde von der Continentale festgelegt, auch die Fragebögen wurden vom Unternehmen erarbeitet. Ausrichtung und Fragebögen wurden mit TNS Infratest umfassend abgestimmt. Die Interpretation der Ergebnisse wurde mit TNS Infratest abgestimmt.

Befragt wurden Menschen ab 25 Jahren – wie auch bei den vorherigen Studien. Um Entwicklungen, etwa bei der Zufriedenheit mit dem Gesundheitswesen, verfolgen zu können, wurden Fragen aus den Untersuchungen der vergangenen Jahre in die Continentale-Studie 2012 übernommen.

Zur aktuellen Continentale-Studie 2012 wurden 1.285 Personen befragt – darunter 167 PKV-Versicherte. Die Befragung ist für Deutschland bevölkerungsrepräsentativ. Sämtliche soziodemografische Kennziffern wie zum Beispiel Alter, Bildung, Geschlechterverteilung oder Einkommen entsprechen in etwa der Verteilung in der Gesamtbevölkerung und sind daher ebenfalls repräsentativ. Alle Untergruppen sind groß genug für aussagekräftige Teilauswertungen.

Trotz der repräsentativen Zahl der Befragten besteht eine Schwankungsbreite von 2 bis 3 Prozentpunkten. Daher werden Abweichungen in dieser Größenordnung auch nicht in die Interpretation einbezogen.

Wenn die Addition aller dargestellten Antworten nicht 100 Prozent ergibt, haben einige Befragte keine Meinung geäußert. Bei Werten über 100 Prozent waren Mehrfachnennungen möglich. Alle Prozentwerte wurden kaufmännisch gerundet, was in der Summe von Prozentwerten ebenfalls zu Abweichungen zu 100 Prozent führen kann.

Besteht eine Frage aus mehreren Einzelfragen, so wurden diese in einer durch den Computer ermittelten Zufallsreihenfolge gestellt, um eventuelle Verfälschungen durch die Anordnung der Einzelfragen zu vermeiden.

X. Die Continentale-Studien

Bereits seit dem Jahr 2000 erscheinen jährlich die Continentale-Studien. Sie beschäftigen sich zum einen mit aktuellen Fragen des Gesundheitswesens, zum anderen ermitteln sie kontinuierlich und mit immer gleichen Trendfragen die Zufriedenheit der Bevölkerung mit dem Gesundheitswesen, die Zukunftserwartungen und die Informiertheit.

Alle Continentale-Studien stehen unter www.continentale.de im Pressebereich zum Download als PDF-Dokument bereit. Bisher erschienen sind folgende Studien:

- Continentale-Studie 2000: Informiertheit und Kriterien zur PKV und GKV
- Continentale Studie 2001: Die Deutschen und ihr Gesundheitssystem
- Continentale-Studie 2002: Zusatzversicherung und GKV - die Einstellung der Bevölkerung
- Continentale-Studie 2003: Zusatzversicherung – Leistung im Mittelpunkt
- Continentale-Studie 2004: Die Deutschen haben das Vertrauen in das Gesundheitssystem verloren
- Continentale-Studie 2005: Versicherungsvergleiche – Anhänger und Kritiker
- Continentale-Studie 2006: Gesundheitsreform – die Meinung der Bevölkerung
- Continentale-Studie 2007: Privatversicherte zum Wechselzeitraum – Qualität steht im Mittelpunkt
- Continentale-Studie 2008: Basistarif und Wechselmöglichkeiten – Betroffene sind schlecht informiert und nicht interessiert
- Continentale-Studie 2009: Der Einfluss des Staates auf das Gesundheitswesen – die Meinung der Bevölkerung
- Continentale-Studie 2010: PKV und GKV aus Sicht der Bevölkerung
- Continentale-Studie 2011: Risiko Pflegebedürftigkeit – viele Sorgen, keine Vorsorge
- Continentale-Studie 2012: Positive Dualität: PKV und GKV aus Sicht der Bevölkerung

Über die Continentale-Studien zum Gesundheitswesen hinaus erschien 2011 die

- Continentale-Studie zur Berufsunfähigkeit: Berufsunfähigkeit – das unterschätzte Risiko

