



Krankenkassen Kompass®

Stand 08-07-2010

Bewertungsrichtlinien und statistische Fundierung

INHALT

1	EINFÜHRUNG IN DIE PROBLEMSTELLUNG	2
2	GEWICHTUNG DES LEISTUNGSBEREICHS	3
2.1	Fundierung der Gewichte im Leistungsbereich	4
2.1.1	Satzungsmehrleistungen.....	4
2.1.1.1	Satzungsmehrleistungen allgemein.....	4
2.1.1.2	Schutzimpfungen	4
2.1.2	Modellvorhaben.....	5
2.1.3	Bonusmodelle.....	6
2.1.4	Disease Management Programme (DMP).....	6
2.1.5	Integrierte Versorgung.....	7
2.1.6	Patientenschulungsmaßnahmen.....	8
2.1.7	Wahltarife	8
2.1.8	Prävention und Gesundheitsförderung	9
2.1.9	Naturheilverfahren.....	9
2.2	Übersicht	11
3	GEWICHTUNG DES SERVICEBEREICHS	12
3.1	Fundierung der Gewichte im Servicebereich	12
3.2	Übersicht	13
4	GEWICHTUNG DES FINANZPLUS UND DES PREISBEREICHS	13
4.1	Fundierung der Gewichtungen im FinanzPlus	13
4.2	Fundierung der Gewichtungen im Preisbereich	14
4.3	Übersicht	15
5	BEWERTUNG DER EINZELNEN LEISTUNGS- UND SERVICEANGEBOTE DER KRAANKASSEN – EIN BEWERTUNGSBEISPIEL.....	15

1 Einführung in die Problemstellung

Im Hinblick auf die Entwicklung eines umfassenden Krankenkassen-Vergleichs müssen durch den Krankenkassen Kompass unterschiedlich dimensionierte Kriterien aus dem **Leistungs-** sowie aus dem **Servicebereich** der Krankenkassen zu einem Gesamtwert „Leistung“ bzw. „Service“ aggregiert, sprich zusammengefasst werden.

Diese Form der Aggregation setzt allerdings – neben einer Bewertung der einzelnen Angebote via Punktevergabe – die Gewichtungen der einzelnen Kriterien sowie den übergeordneten Kriteriendimensionen voraus. Dies stellt sich in der Beurteilungspraxis als ein äußerst schwieriges Problem dar. Eine Möglichkeit, die zu bewertenden Leistungs- bzw. Servicekriterien bzw. -dimensionen zu gewichten, stellt die **Gleichgewichtung** dar. Diese wird im Rahmen des Krankenkassen Kompass jedoch inhaltlich ausgeschlossen, da verschiedene Gründe (u.a. Plausibilitätsgründe, Realitätsnähe/-ferne und individuelle Bedürfnisse der Versicherten) dagegen sprechen.

Das hier zugrunde gelegte Konzept sieht daher die Gewichtung einzelner Kriterien des **Leistungs-** sowie des **Servicebereichs** der Krankenkassen wie folgt vor: Während die spezifischen Kriterien des Leistungsbereichs der Krankenkassen nach der **potenziellen Inanspruchnahme** durch die verschiedenen Anspruchsgruppen (z.B. Versicherte, Mitglieder, Kinder, Rentner etc.) gewichtet werden, erfolgt eine Gewichtung der Servicekriterien auf Basis der **Bedeutsamkeit** von Kunden- nahe und Serviceleistungen gemäß einer empirischen Befragung der Versichertengemeinschaft.

Seit Beginn des Jahres 2010 gerät allerdings noch eine weitere Bewertungsdimension in den Fokus des Krankenkassen Kompass – der „**Preis**“. Einige der am Krankenkassen Kompass teilnehmenden Krankenkassen erheben aktuell einen **Zusatzbeitrag**, also einen höheren „**Preis**“ für ihr Leistungs- und Serviceangebot. Auch haben sich mittlerweile wenige Krankenkassen dazu entschlossen, eine **Prämie** an ihre Beitragszahler auszuschütten, d.h. ihre Leistungen „preiswerter“ anzubieten als andere Krankenkassen. Der Hintergrund ist allein ein gesundheitspolitischer: Denn übersteigen die Zuweisungen aus dem **Gesundheitsfonds** den Finanzbedarf einer Krankenkasse, kann diese einen Teil der Beiträge wieder an ihre Mitglieder zurückzahlen. Insofern können die Mitglieder von einer betriebswirtschaftlich solide geführten Krankenkasse durchaus finanziell „profitieren“. Es wird ihnen ein „Preisnachlass“ gewährt, was im Übrigen nichts über die Güte des Leistungsprogramms der Krankenkasse aussagt.

Für die Bewertung innerhalb des Krankenkassen Kompass bedeutet dies, dass gegenwärtig nicht nur eine Unterscheidung der Krankenkassen nach **Leistungen** und **Service**, sondern auch nach dem „**Preis**“ möglich ist, den das Mitglied für das Leistungs- und Serviceangebot seiner Krankenkasse zu zahlen hat – sei es pauschal 8 € im Monat (maximal ohne Einkommensprüfung) oder auch 1% des beitragspflichtigen Haushaltseinkommens (maximal aber 37,50 € im Monat). Gewiss zahlen viele Versicherte mit Wirksamkeit des Gesundheitsfonds zunächst noch denselben Preis, sprich einen einheitlichen Beitrag von vormals 15,5%, derzeit 14,9% (seit dem 01. 07.2009).¹ Aktuell findet jedoch verstärkt eine **Preisdifferenzierung** über Prämienausschüttungen und Zusatz-

¹ Der Beitragssatz von derzeit 14,9 % soll laut Bundesregierung zu Beginn des Jahres 2011 wiederum auf 15,5 % erhöht werden. Zudem will die Koalition die bestehende Obergrenze für Zusatzbeiträge der Versicherten streichen.

beiträge statt. Zusätzlich gewähren Krankenkassen **finanzielle Vorteile** im Rahmen von Wahlтарifen (Prämien), Bonusprogrammen (Geldleistungen) oder auch finanzielle Anreize bei Maßnahmen zur Gesundheitsförderung (Zuschüsse zu Präventionsreisen etc.). Auch diese gilt es durch den Krankenkassen Kompass zu bewerten und auszuweisen – und zwar als finanzielles Einsparpotenzial „**FinanzPlus**“, das allerdings *nicht* die monatlichen Beitragszahlungen der Mitglieder enthält, sondern allein die durch Bonusprogramme, Wahlтарife etc. realisierbaren Einsparpotenziale je Krankenkasse.

Das folgende Konzept skizziert nun die Gewichtung der einzelnen Kriterien in den verschiedenen Preis-, Leistungs-, Service- und FinanzPlus-Kategorien sowie die sich anschließende Berechnung der Kriterien zu einem **aggregierten Rankingwert**.

2 Gewichtung des Leistungsbereichs

Die Gewichtung der durch den Krankenkassen Kompass ausgesuchten Kriterien des Leistungsbereichs erfolgt über das Ausmaß einer **möglichen Inanspruchnahme** der jeweiligen Leistungen durch die verschiedenen Anspruchsgruppen unseres Gesundheitssystems. Wer kann also ein spezifisches Leistungsangebot einer Krankenkasse in Anspruch nehmen – jeder Versicherte, alle oder nur bestimmte Mitglieder, mitversicherte Kinder oder nur chronisch Kranke? Diese verschiedenen Adressaten von kassenspezifischen Leistungen – so die Annahme des Krankenkassen Kompass – sagen auch etwas über die Bedeutsamkeit des Leistungsangebots einer Krankenkasse für die Versicherten aus. Denn bietet eine Krankenkasse eine bestimmte Leistung an, die nur von ganz wenigen Menschen in unserer Gesellschaft in Anspruch genommen werden kann (z.B. ein strukturiertes Behandlungsprogramm für Personen, die an Diabetes mellitus Typ I erkrankt sind), so darf diese Leistung im Zuge der **mathematischen Aggregation** nicht in gleicher Weise „hoch“ gewichtet werden, wie bspw. ein Leistungsangebot, das nahezu durch jedes Mitglied einer Krankenkasse in Anspruch genommen werden *kann* (z.B. der Zuschuss zu ambulanten Kuren für Erwachsene).

Die Datengrundlage für die Generierung der Gewichte innerhalb des Leistungsbereichs des Krankenkassen Kompass bilden erstens die durch das **Bundesministerium für Gesundheit** publizierte „**Mitgliederstatistik KM6**“ – eine jährliche Statistik über alle Versicherte in der GKV, gegliedert nach Status, Alter, Wohnort und Kassenart der Versicherten. Zweitens werden verschiedene durch das **Bundesamt für Statistik** veröffentlichte Daten bspw. auf Basis der **International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems** zugrunde gelegt. Und schließlich werden drittens – und dies betrifft bspw. die Bedeutung der sog. Disease Management Programme – **Prävalenzen**, sprich Krankheitswahrscheinlichkeiten den Auswertungen des Kompass zugrunde gelegt. Diese Daten sind bspw. dem **Schätzerkreis** zu entnehmen – einem Gremium in der GKV, dem Experten des Bundesversicherungsamtes (BVA), des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) und des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen angehören.

Demgemäß werden allen hier nachfolgend kurz beschriebenen Leistungsangeboten der Krankenkassen die Wahrscheinlichkeiten ihrer möglichen Inanspruchnahme durch die Leistungsabnehmer

(z.B. alle Versicherten, nur Kinder etc.) gegenüber gestellt. Diese Wahrscheinlichkeiten der Inanspruchnahme werden als prozentuales Gewicht jedem einzelnen Leistungskriterium bzw. der übergeordneten Leistungsdimensionen zugeordnet.

2.1 Fundierung der Gewichte im Leistungsbereich

2.1.1 Satzungsmehrleistungen

Wie der Name bereits impliziert handelt es sich bei dieser Leistungsdimension um sog. Satzungs*mehrleistungen* und nicht um die gesetzlich vorgeschriebenen Kassen*regel*leistungen, da schließlich letztere die Kassenlandschaft nicht „echt differenzieren“.

2.1.1.1 Satzungsmehrleistungen allgemein

Die allgemeinen Satzungsmehrleistungen beinhalten Leistungen zu ambulanten Kuren für Erwachsene und für Kinder, die erweiterte häusliche Krankenpflege, die erweiterte Haushaltshilfe sowie die Bezuschussung von Schutzimpfungen. Eine Gewichtung der übergeordneten Leistungsdimension sowie der allgemeinen Satzungsmehrleistungen untereinander erfolgt auf der Basis der Mitgliederstatistik KM6 in der jeweils zum Ranking-Stichtag jüngsten verfügbaren Fassung.

Sowohl für die übergeordnete Leistungsdimension „Satzungsmehrleistungen allgemein“ als auch für die einzelnen Leistungsbestandteile dieser Dimension (Kuren, häusliche Krankenpflege etc.) gilt:

- **Kriterium:**
Ausmaß der potenziellen Inanspruchnahme der allgemeinen Satzungsmehrleistungen durch die jeweilige Anspruchsgruppe – hier im Einzelnen: durch alle Versicherten, alle Erwachsenen, alle Kinder, alle Sterbenden etc.).
- **Indikator:**
Größe der jeweiligen Anspruchsgruppe gemäß KM6 bzw. ICD-10 (Gewicht: Anzahl der Personen innerhalb der betrachteten Anspruchsgruppe im Verhältnis zu allen Versicherten in der GKV).

2.1.1.2 Schutzimpfungen

Die Dimension „Satzungsmehrleistungen“ beinhaltet zudem die Bezuschussung von Schutzimpfungen. Eine Gewichtung dieser Leistungsdimension erfolgt gleichfalls auf der Basis der Mitgliederstatistik KM6 in der jeweils zum Ranking-Stichtag jüngsten verfügbaren Fassung.

Für diese Dimension gilt:

- **Kriterium:**
Ausmaß der potenziellen Inanspruchnahme der Schutzimpfungen durch die jeweilige Anspruchsgruppe – hier im Einzelnen: durch alle Versicherten (Erwachsene, Kinder).
- **Indikator:**
Größe der jeweiligen Anspruchsgruppe gemäß KM6 (Gewicht: Anzahl der Personen innerhalb der betrachteten Anspruchsgruppe im Verhältnis zu allen Versicherten in der GKV).

2.1.2 Modellvorhaben

Auch kassenspezifische Modellvorhaben wie z.B. „Hautkrebs Screening“ oder „Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie“ gehören inhaltlich der Gruppe der Satzungs-mehrleistungen an. Insofern werden auch die Modellvorhaben nach ihrer möglichen Inanspruchnahme durch Menschen mit spezifischen Krankheitssymptomen gewichtet. Datengrundlage liefert auch hier das Bundesamt für Statistik: Die 20 häufigsten Hauptdiagnosen von männlichen sowie weiblichen Patienten (einschl. Sterbe- und Stundenfälle) nach der International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10). Für die übergeordnete Leistungsdimension „Modellvorhaben“ gilt:

- **Kriterium:**
Ausmaß der potenziellen Inanspruchnahme der Modellvorhaben insgesamt durch die jeweilige Anspruchsgruppe – hier: durch Versicherte mit spezifischen Krankheitssymptomen.
- **Indikator:**
Größe der jeweiligen Anspruchsgruppe gemäß ICD-10 (Gewicht: Anzahl der Personen innerhalb der betrachteten Anspruchsgruppe im Verhältnis zu allen Versicherten der GKV).

Darüber hinaus werden die einzelnen Arten an Modellvorhaben untereinander noch anhand ihrer aktuellen Teilnehmeranzahlen gewichtet, die durch den Krankenkassen Kompass abgefragt werden. Schließlich sollte ein Modellvorhaben, das von einer Krankenkasse angeboten und vielen Versicherten in Anspruch genommen wird, auch höher gewichtet werden als ein Vorhaben, das nur wenig frequentiert wird.

Für die einzelnen Modellvorhaben (z.B. Hautkrebsvorsorge, Akupunktur gegen Migräne etc.) gilt demgemäß:

- **Kriterium:**
Ausmaß der tatsächlichen Inanspruchnahme der einzelnen Modellvorhaben durch die jeweiligen Anspruchsgruppen.
- **Indikator:**
Anzahl der Teilnehmer an diesen Modellvorhaben gemäß Erhebung durch den Krankenkassen Kompass.

2.1.3 Bonusmodelle

Auch die Gewichtung der Bonusmodelle, genauer gesagt der durch die Krankenkassen gewährten Sach- bzw. Geldleistungen, erfolgt auf der Basis der Mitgliederstatistik KM6 in der jeweils zum Ranking-Stichtag jüngsten verfügbaren Fassung. Eine weitere differenzierte Gewichtung zwischen Sach- und Geldleistungen findet nicht statt, d.h. hier erfolgt eine Gleichgewichtung zwischen Sach- und Geldleistungen. Für die übergeordnete Leistungsdimension „Bonusmodelle“ (Sach- und Geldleistungen) gilt:

- **Kriterium:**
Ausmaß der potenziellen Inanspruchnahme von Bonusmodellen insgesamt durch die jeweilige Anspruchsgruppe – hier: durch alle Mitglieder.
- **Indikator:**
Größe der jeweiligen Anspruchsgruppe gemäß KM6 (Gewicht: Anzahl der Personen innerhalb der betrachteten Anspruchsgruppe im Verhältnis zu allen Versicherten der GKV).

2.1.4 Disease Management Programme (DMP)

Die Gewichtung der strukturierten Behandlungsprogramme für chronisch Kranke - sog. Disease Management Programme - lässt sich anhand der **Prävalenz**-Daten des Schätzerkreises in der jeweils zum Ranking-Stichtag jüngsten verfügbaren Fassung realisieren.

Dabei erfolgt sowohl für die übergeordnete Leistungsdimension „DMP“ (inkl. der damit verbundenen finanziellen Anreize für DMP-Teilnehmer) als auch für die hier betrachteten sechs DMP untereinander, also Asthma, Diabetes Typ I und II, Koronare Herzkrankheiten (KHK), Brustkrebs, Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) eine Gewichtung anhand ihrer jeweiligen **Krankheitswahrscheinlichkeiten** (statistische Verteilung innerhalb der Bevölkerung) auf Basis der vom Schätzerkreis publizierten Prävalenz-Werte. Hier gilt: Behandlungsprogramme, die wahrscheinlich von vielen chronisch Kranken in Anspruch genommen werden müssen (z.B. Diabetes Typ II), werden auch höher gewichtet als Programme, die wahrscheinlich nur wenig frequentiert werden (z.B. Brustkrebs).

Finanzielle Vorteile, die von allen DMP-Teilnehmern – egal mit welchem Krankheitsbild – in Anspruch genommen werden können, werden demgemäß hoch gewichtet. Daher gilt:

- **Kriterium:**
Ausmaß der potenziellen Inanspruchnahme von strukturierten Behandlungsprogrammen durch die jeweilige Anspruchsgruppe – hier: durch chronisch Kranke.
- **Indikator:**
Die Wahrscheinlichkeit, innerhalb der Bevölkerung an dem jeweiligen Krankheitsbild zu erkranken (Gewicht ist gleich dem **Prävalenz**-Wert).

2.1.5 Integrierte Versorgung

Die "Integrierte Versorgung" (IGV) führt die medizinischen Leistungen von Fachärzten und Sektoren (Hausärzte, Fachärzte, Krankenhäuser) zusammen – integriert sie also. Das Ziel dieser stärkeren Vernetzung dieser Leistungserbringer besteht darin, die Patientenversorgung durch optimierte Behandlungsabläufe qualitativ zu verbessern.

Die Gewichtung dieser Leistungsdimension „IGV“, inkl. der Vorsorgeuntersuchungen für Kinder findet ebenfalls auf der Basis der Mitgliederstatistik KM6 in der jeweils zum Rating-Stichtag jüngsten verfügbaren Fassung statt. Für die übergeordnete Leistungsdimension „IGV“ gilt:

- **Kriterium:**
Ausmaß der potenziellen Inanspruchnahme dieser Versorgungsformen durch die jeweilige Anspruchsgruppe – hier: durch Versicherte mit spezifischen Krankheitssymptomen sowie (Klein-)Kinder.
- **Indikator:**
Größe der jeweiligen Anspruchsgruppe gemäß ICD-10 (Gewicht: Anzahl der Personen innerhalb der betrachteten Anspruchsgruppe im Verhältnis zu allen Versicherten der GKV).

Die einzelnen IGV-Arten untereinander wie bspw. „Endoprothetik“ oder „Augenerkrankung“ werden zudem durch den Krankenkassen Kompass anhand der Anzahl der mit den erwähnten Leistungserbringern abgeschlossenen Verträgen je IGV-Art gewichtet. Damit soll – analog den Teilnehmererhebungen bei den DMP – eine gewisse Bedeutsamkeit (Wichtigkeit) einer bestimmten IGV-Art (z.B. „Ambulante OP“) gegenüber anderen Arten (z.B. „Parkinson“) im Zuge des Ratingverfahrens Rechnung getragen werden. Für einzelne IGV-Verträge (z.B. Parkinson, Endoprothetik etc.) gilt folglich:

- **Kriterium:**
Ausmaß der tatsächlichen Inanspruchnahme der einzelnen Versorgungsformen durch die jeweiligen Anspruchsgruppen.

- **Indikator:**

Anzahl der zwischen Leistungserbringer und Krankenkasse abgeschlossenen Verträge gemäß Erhebung durch den Krankenkassen Kompass.

2.1.6 Patientenschulungsmaßnahmen

Krankenkassen können bei Bedarf Patientenschulungen für chronisch Kranke, z.B. für Diabetiker, erbringen. Voraussetzung ist, dass die Wirksamkeit und Effizienz des Schulungsprogramms nachgewiesen wurde. Datengrundlage liefert hier erneut das Bundesamt für Statistik: Die 20 häufigsten Hauptdiagnosen von männlichen sowie weiblichen Patienten (einschl. Sterbe- und Stundenfälle) nach der International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10). Für die übergeordnete Leistungsdimension „Patientenschulungsmaßnahmen“ gilt also:

- **Kriterium:**

Ausmaß der potenziellen Inanspruchnahme der Modellvorhaben insgesamt durch die jeweilige Anspruchsgruppe – hier: durch Versicherte mit spezifischen Krankheitssymptomen.

- **Indikator:**

Größe der jeweiligen Anspruchsgruppe gemäß ICD-10 (Gewicht: Anzahl der Personen innerhalb der betrachteten Anspruchsgruppe im Verhältnis zu allen Versicherten der GKV).

2.1.7 Wahltarife

Durch die Gesundheitsreform haben gesetzliche Krankenkassen verschiedene Optionen, ihren Versicherten neue Tarife anzubieten: Selbstbehalttarife, Tarife für Nicht-Inanspruchnahme von Leistungen, Tarife für Teilnahme an besonderen Versorgungsformen, Kostenerstattungstarife, Tarife für Arzneimittel besonderer Therapierichtungen sowie der Wahltarif Krankengeld. Vor dem Hintergrund eines umfassenden Leistungs-, Service- und nun auch Preiswettbewerbs werden Wahltarife damit zu einem wichtigen Unterscheidungskriterium zwischen den Krankenkassen.

Auch die Gewichtung der übergeordneten Dimension „Wahltarife“ erfolgt auf der Basis der Werte der Mitgliederstatistik KM6 in der jeweils zum Rating-Stichtag jüngsten verfügbaren Fassung sowie auf der Datengrundlage des Statistischen Bundesamtes zum Thema „Anteil Selbstständige an den Erwerbstätigen in Deutschland“ nach Berechnungen des Instituts für Mittelstandsforschung Bonn (IfM). Für die übergeordnete Leistungsdimension „Wahltarife“, aber auch für alle Tarifarten untereinander gilt dementsprechend:

- **Kriterium:**

Ausmaß der potenziellen Inanspruchnahme von Wahltarifen durch die jeweilige Anspruchsgruppe – hier: durch alle Mitglieder, selbstständig tätige Mitglieder, Mitglieder mit spezifischen Krankheitssymptomen.

- **Indikator:**

Größe der jeweiligen Anspruchsgruppe gemäß KM6 (Gewicht: Anzahl der Personen innerhalb der betrachteten Anspruchsgruppe im Verhältnis zu allen Versicherten der GKV), gemäß Daten des Statistischen Bundesamtes nach Berechnungen des IfM (Gewicht: Anzahl der selbstständig tätigen Erwerbstätigen, inkl. Künstler und Publizisten im Verhältnis zu allen Versicherten der GKV) sowie gemäß ICD-10 (Gewicht: Anzahl der Personen innerhalb der betrachteten Anspruchsgruppe im Verhältnis zu allen Versicherten der GKV).

2.1.8 Prävention und Gesundheitsförderung

Im Sozialgesetzbuch wurde den Krankenkassen durch den Gesetzgeber vorgeschrieben, den allgemeinen Gesundheitszustand der Versicherten zu verbessern. Dies ist schon allein aus ökonomischen Aspekten für alle Krankenkassen sinnvoll, denn wenn sie ihre Versicherten von einem gesunden Lebensstil überzeugen können, bleiben ihnen künftig die Kosten für teure Behandlungen erspart. Aus diesem Grund bieten derzeit viele Kassen verschiedene Präventions- und Gesundheitskurse zu den Themen „Bewegungsgewohnheiten“, „Ernährung“, „Genuss- und Suchtmittel“, „Zahngesundheit“ etc. an.

Ferner soll durch eine gezielte Gesundheitsförderung die Gesundheit der Bevölkerung gestärkt werden, indem die "Lebensumstände" der Versicherten nachhaltig verändert werden sollen. Vor diesem Hintergrund haben viele Krankenkassen spezielle Gesundheitstage, Präventionsreisen und/oder Kuren im EU-Ausland in ihren Angebotskatalog übernommen, die thematisch gleichfalls in diese Leistungskategorie „Prävention und Gesundheitsförderung“ fallen.

Auch die Gewichtung des Themenbereichs „Prävention und Gesundheitsförderung“ erfolgt auf der Basis der möglichen Inanspruchnahme durch die Versicherten gemäß der Mitgliederstatistik KM6 in der jeweils zum Rating-Stichtag jüngsten verfügbaren Fassung. Für die übergeordnete Leistungsdimension „Prävention und Gesundheitsförderung“ gilt daher:

- **Kriterium:**

Ausmaß der potenziellen Inanspruchnahme der Kurse durch die jeweilige Anspruchsgruppe – hier: durch alle Versicherte.

- **Indikator:**

Größe der jeweiligen Anspruchsgruppe gemäß KM6 (Gewicht: Anzahl der Personen innerhalb der betrachteten Anspruchsgruppe im Verhältnis zu allen Versicherten der GKV).

2.1.9 Naturheilverfahren

Unter der Überschrift Naturheilverfahren (Naturheilkunde) werden verschiedene Methoden zusammengefasst, die die körpereigene Selbstheilung ansprechen. Die Naturheilkunde stellt einen ganzheitlichen Ansatz dar, um die gestörte Harmonie des Organismus wieder ins Gleichgewicht zu

bringen. Zu diesem Themenkreis gehören u.a. anthroposophische Therapien (z.B. die Heileurythmie), homöopathische Arzneimittel sowie alternative Behandlungsmethoden. Letztere sind als Ergänzung oder Alternative zur Schulmedizin zu verstehen. Sie stellen den Oberbegriff für verschiedene Behandlungsmethoden dar. Die bekannteste alternative Behandlungsmethode ist die Akupunktur (Traditionelle Chinesische Medizin); es gehören aber auch Atemtherapien, Licht- und Elektrotherapien, Fangobehandlungen oder die Osteopathie dazu.

Auch für die übergeordnete Leistungsdimension „Naturheilverfahren / Alternative Behandlungsmethoden“ gilt:

- **Kriterium:**
Ausmaß der potenziellen Inanspruchnahme der Kurse durch die jeweilige Anspruchsgruppe – hier: durch alle Versicherte.
- **Indikator:**
Größe der jeweiligen Anspruchsgruppe gemäß KM6 (Gewicht: Anzahl der Personen innerhalb der betrachteten Anspruchsgruppe im Verhältnis zu allen Versicherten der GKV).

2.2 Übersicht

Folgende Abbildung fasst das Gesagte hinsichtlich der Kategorie „Leistung“ noch einmal zusammen:

Krankenkasse	
LEISTUNGSBEREICH	
Satzungsmehrleistungen	
Satzungsmehrleistungen allgemein	Kriterium: Potenzielle Inanspruchnahme der Leistung durch die verschiedenen Versichertengruppen Indikator: Anteil der möglichen Inanspruchnehmer (z.B. Kinder, Kranke etc.) einer Leistung im Verhältnis zu den Gesamtversicherten (GKV) gem. KM6
Zuschuss zu ambulanten Kuren - Erwachsene	
Zuschuss zu ambulanten Kuren - Kleinkinder	
Erweiterte Häusliche Krankenpflege	
Erweiterte Haushaltshilfe	
Schutzimpfungen	
Modellvorhaben	Kriterium: Potenzielle Inanspruchnahme der Leistung durch erkrankte Versicherte Indikator: Anzahl gem. Bundesamt für Statistik
Bonusmodelle	
Sachleistung	Kriterium: Potenzielle Inanspruchnahme der Leistung durch die Mitglieder Indikator: Anzahl Mitglieder gem. KM6
Geldleistung	
DMP	
Asthma	Kriterium: Potenzielle Inanspruchnahme der Leistung durch Versicherte, die von diesen Krankheiten möglicherweise betroffen werden. Indikator: Anzahl potenzieller Inanspruchnehmer gem. Prävalenz (Krankheitshäufigkeit) Indikator bei DMP untereinander: dito
Diabetes I	
Diabetes II	
KHK	
Brustkrebs	
COPD	
Finanzielle Anreize	
Wahltarife	
Selbstbehalttarif	Kriterium: Potenzielle Inanspruchnahme der Leistung durch die jeweiligen Mitglieder Indikator: Anzahl Mitglieder gem. KM6 Indikator bei Wahltarife untereinander: gem. KM6 (Ausnahme DMP-Tarif: siehe Prävalenz; IGV-Tarif: siehe IGV; Krankengeld-Tarif: Anzahl "Selbstständige" gem. Bundesamt für Statistik)
Tarif für nicht in Anspruch genommenen Leistungen	
Tarif für Teilnahme an besonderen Versorgungsformen	
Modellvorhaben nach § 63 SGB V	
Hausarztzentrierte Versorgung nach §73b SGB V	
Besondere ambulante ärztliche Versorgung nach §73b SGB V	
Strukturierte Behandlungsprogramme (DMP)	
Integrierte Versorgung	
Kostenerstattungstarif	
Tarif für Arzneimittel besonderer Therapierichtungen	
Wahltarif Krankengeld	
Besondere Versorgungsformen	
Integrierte Versorgung (IGV)	Kriterium: Potenzielle Inanspruchnahme der Leistung durch die Versicherten Indikator: Anzahl Versicherte gem. KM6 Indikator bei IGV-Verträgen untereinander: Anzahl Verträge
Vorsorgeuntersuchungen für Kinder	
Patientenschulungsmaßnahmen	
Prävention und Gesundheitsförderung	
Naturheilverfahren / Alternative Behandlungsmethoden	

Abb. 1: Gewichtung der Kriterien im Leistungsbereich

3 Gewichtung des Servicebereichs

3.1 Fundierung der Gewichte im Servicebereich

Die Gewichtungen der einzelnen Kriterien in den übergeordneten Dimensionen „Kundennähe“ und „Serviceleistungen“ erfolgen auf Basis der **Bedeutsamkeit** dieser Servicekomponenten für die Versichertengemeinschaft. Die Wichtigkeit des Serviceangebots der Krankenkassen für die Kunden lässt sich dabei anhand der Ergebnisse einer Befragung, die 2008 durch das Marktforschungs- und Beratungsinstitut psychonomics AG (Köln) bei Versicherten durchgeführt wurde, ablesen. In einer repräsentativen Studie wurden Kassenpatienten verschiedenen Geschlechts, Alters, Einkommens in ganz Deutschland zu den im Folgenden aufgeführten 9 Kriterien befragt:

- Kundennähe
 - Geschäftsstellennähe /-erreichbarkeit
 - Öffnungszeiten
- Serviceleistungen
 - Angebot einer persönlichen Beratung zu Hause
 - Telefonische Erreichbarkeit (Hotline etc.)
 - Internetangebot
 - Unterstützung bei Behandlungsfehlern
 - Institutionalisierung eines Beschwerdemanagements
 - Zertifizierung durch Dritte
 - Angebot einer medizinischen Beratung

Die Gewichtung dieser Servicekriterien erfolgte auf Basis der Auswertung dieser Studie.

Zusätzlich wurde für die aktuelle Bewertungsperiode ein weiteres Kriterium „Rabattverträge mit Arzneimittelherstellern“ aufgenommen. Dieses soll den Versicherten als zusätzliche Information dienen, wird aber aktuell keiner Bewertung bzw. Bepunktung unterzogen.

3.2 Übersicht

Folgende Abbildung fasst das Gesagte mit Blick auf den Servicebereich noch einmal zusammen:

Krankenkasse	
SERVICE	
Kundennähe	
Anzahl der für den Publikumsverkehr geöffneten Betreuungsstellen	
Öffnungszeiten	
Anzahl der für den Publikumsverkehr geöffneten Betreuungsstellen im Ausland*	
Serviceleistungen	
Persönliche Beratung zu Hause	
Hotline	
Medizinische Beratung	
Internet	
Zertifizierung	
Rabattverträge mit Arzneimittelherstellern*	
Kooperationspartner mit Kliniken im Ausland*	
Unterstützung bei Behandlungsfehlern	
Aktives Beschwerdemanagement	

Kriterium: Bedeutsamkeit der Servicekomponenten für die Versicherten

Indikator: Prozentwerte gem. den Ergebnissen einer Studie

(* = Kriterien, die den Versicherten als zusätzliche Information dienen, aber aktuell keiner Bewertung bzw. Bepunktung unterzogen werden)

Abb. 2: Gewichtung der Kriterien im Servicebereich

4 Gewichtung des FinanzPlus und des Preisbereichs

4.1 Fundierung der Gewichtungen im FinanzPlus

Die Gewichtungen einzelner Kriterien der übergeordneten Dimension „**FinanzPlus**“ erfolgt auf Basis aktueller **Marktwerte** (tatsächliche Eurowerte), die sich aus den jeweiligen Angaben der am Krankenkassen Kompass teilnehmenden Krankenkassen zu spezifischen „**Einsparpotenzialen**“ ergeben bzw. sich auf diesbzgl. Erkenntnisse der kompass-eigenen Research-Abteilung beziehen. Eine Gewichtung der Kriterien untereinander ist in diesem Fall einfacher herzustellen als im Leistungs- und Servicebereich, da sich ein objektiver Wert zur Gewichtung einzelner finanzieller Leistungsangebote der Kassen heranziehen lässt – nämlich ihr **Eurowert**. So gesehen ist eine gewährte Bonuszahlung aus einem Bonusprogramm von 400€ durch Krankenkasse X immer „besser“ als eine gewährte Zahlung einer anderen Krankenkasse Y von 200€ – und zwar genau um das Doppelte!² Gleichzeitig ist eine Vergleichbarkeit von Bonuszahlungen und Zuschüssen aus der Gesundheitsförderung gegeben, da auch hier objektive Eurowerte zu deren Bewertung existieren.

Ein Transfer qualitativer Daten in ein komplexes Bewertungssystem ist daher nicht notwendig, da sich das **Einsparpotenzial** für die Versicherten aus den einzelnen Kriterien

² Zahlungen von Geld- und Sachleistungen aus Bonusprogrammen sind natürlich immer an gewisse Voraussetzungen gebunden, die von Krankenkasse zu Krankenkasse unterschiedlich sind und in der Bewertung durch den Krankenkassen Kompass im Leistungsbereich auch berücksichtigt werden.

- Maximaler Wert der Sach- bzw. Geldleistungen aus den jeweiligen Bonusprogrammen,
- Maximale Prämie aus dem Selbstbehalttarif,
- Maximale Prämie aus dem Tarif für die Nicht-Inanspruchnahme von Leistungen,
- Maximale Prämie aus dem Tarif für Hausarztzentrierte Versorgung,
- Maximale Prämie aus dem Tarif für besondere ambulante ärztliche Versorgung
- Maximale Zuschüsse mit Blick auf durchgeführte Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung

durch simple Addition zu einem Eurowert direkt ablesen lässt.

Dieses Einsparpotenzial ist allerdings als **theoretisch** zu bezeichnen, da bspw. der maximale finanzielle Vorteil aus den Geld- bzw. Sachleistungen der Bonusprogramme an gewisse Bedingungen geknüpft ist, die von Krankenkasse zu Krankenkasse differieren können. D.h. einem Versicherten werden diese Zahlungen nur dann gewährt, wenn dieser gewisse Voraussetzungen erfüllt (z.B. Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen, regelmäßiger Besuch von Gesundheits-Checks etc.). Erfüllt er sie nicht, gewährt ihm die Krankenkasse auch keine Bonuszahlung.

Ein maximaler finanzieller Vorteil mit Blick auf die Prämie bei einem Selbstbehalttarif – um ein anderes Beispiel zu nennen – ist in manchen Krankenkassen nur dann möglich, wenn das Mitglied über ein bestimmtes Jahreseinkommen verfügt (sofern der Tarif einkommensabhängig gestaltet ist). So gesehen kommen gewisse Versichertengruppen gar nicht in den Genuss einer solchen maximalen Prämie, sondern eher einer geringeren Prämienzahlung. Ausgewiesen wird zur besseren Vergleichbarkeit der Krankenkassen untereinander der maximal erreichbare finanzielle Vorteil. Daher spricht der Krankenkassen Kompass in diesem Fall auch von einem **theoretischen (maximalen) Einsparpotenzial**.³

4.2 Fundierung der Gewichtungen im Preisbereich

Erhebt eine am Krankenkassen Kompass teilnehmende Krankenkasse einen **Zusatzbeitrag** bzw. schüttet einer Krankenkasse an die Versicherten eine **Prämie** aus, so wird dies nicht dem *theoretischen* Einsparpotenzial „FinanzPlus“ hinzugerechnet, sondern separat als „**Preis**“ ausgewiesen. Schließlich handelt es sich bei einer an den Versicherten gezahlten Prämie nicht um ein theoretisches Einsparpotenzial, sondern doch eher um eine **faktische Geldleistung**, sprich um eine Zahlung. Diese wird dem Versicherten qua Mitgliedschaft zuteil und nicht, wenn bspw. bestimmte Gesundheitskurse besucht werden.

³ Herausgerechnet wurden an dieser Stelle finanzielle Vorteile aufgrund eines abgeschlossenen DMP- bzw. IGV-Tarifs, eines Wahltarifs Krankengeld, eines Tarifs für Modellvorhaben sowie für Arzneimittel besonderer Therapierichtungen, da in diesen Fällen spezifische Krankheiten bzw. Berufsbilder vorliegen müssen, um in den „Genuss“ dieser Zahlungen kommen zu können. Mit dem Begriff „Einsparpotenzial“ unterstellt der Krankenkassen Kompass jedoch einen für jeden Versicherten („Otto Normalverbraucher“) realisierbaren finanziellen Vorteil.

Analog dem FinanzPlus muss auch im Preisbereich keine Gewichtung der Kriterien untereinander hergestellt werden, da sich ein objektiver Wert zur Gewichtung heranziehen lässt – nämlich der **Eurowert** (der Prämie bzw. des Zusatzbeitrags).

4.3 Übersicht

Folgende Abbildung fasst das Gesagte mit Blick auf das FinanzPlus sowie dem Preisbereich noch einmal zusammen:

Krankenkasse		
FINANZPLUS		
	Einsparpotenzial	Kriterium: Marktwert der Leistungskomponenten für die Versicherten Indikator: Eurowerte gem. Angabe durch die Krankenkassen
	Maximal gewährter Betrag aus den Sach- bzw. Geldleistungen der Bonusprogramme	
	Maximal gewährte Prämie aus dem Selbstbehalttarif	
	Maximal gewährte Prämie aus dem Tarif für Nicht-Inanspruchnahme von Leistungen	
	Maximal gewährte Prämie aus dem Tarif zur Hausarztzentrierten Versorgung	
	Maximal gewährter finanzieller Vorteil aus dem Tarif für besondere ambulante ärztliche Versorgung	
	Maximal gewährter Zuschuss aus den Maßnahmen zur Prävention	
	Maximal gewährter Zuschuss aus den Maßnahmen zur Gesundheitsförderung	
Krankenkasse		
PREIS		Keine Gewichtung erforderlich - Krankenkassen erheben einen Einheitsbeitrag, einen Zusatzbeitrag oder schütten eine Prämie aus. Es gilt der Euro-Wert gem. Angabe durch die Krankenkasse bzw. Presse.
	Zusatzbeitrag	
	Prämie	

Abb. 3: Bewertung der Kriterien im FinanzPlus

5 Bewertung der einzelnen Leistungs- und Serviceangebote der Krankenkassen – ein Bewertungsbeispiel

Nachdem in den vorherigen Kapiteln 2 und 3 beschrieben wurde, wie die einzelnen Leistungs- und Servicekategorien des Krankenkassen Kompass gewichtet, d.h. in Ihrer Bedeutsamkeit für die Versicherten in einem Gesamtzusammenhang eingeordnet werden, gilt es nun darzulegen, mit welchen Punktwerten die einzelnen Leistungs- und Serviceangebote der Krankenkassen zu bewerten sind. Dies soll im Folgenden kurz anhand eines beispielhaften Falles innerhalb des Leistungsbereichs erläutert werden.

So ergibt sich bspw. eine Punkteverteilung für das Leistungskriterium „**Zuschuss zu ambulanten Kuren – Kleinkinder**“ wie folgt:

Wenn eine Krankenkasse diesen Zuschuss gewährt, dann erhält sie bei einem maximalen Zuschuss von 21€ (=100%) 3 Punkte, ansonsten einen prozentualen Abschlag auf diesen Höchstwert. Weitere 3 Punkte erhält die Krankenkasse, wenn sie diesen Zuschuss über die gesamte Dauer gewährt. Tut sie dies nicht, werden ihr 1,5 Punkte abgezogen.

Beispiel: Eine Krankenkasse, die also diesen Zuschuss in der Höhe von 21€ (3 Punkte) für 21 Tage (1,5 Punkte) gewährt, erhält folglich durch den Krankenkassen Kompass insgesamt 4,5 Punkte (zzgl. Gewicht, vgl. dazu aber folgendes Beispiel).

Wie wird aber nun ein spezielles Leistungs- bzw. Serviceangebot einer Kasse **gesamthhaft** beurteilt, d.h. wie wird ein berechneter Punktwert in den Gesamtzusammenhang gestellt, sprich mit anderen Kriterien zu einem Rankingwert aggregiert?

Hierzu sei beispielhaft auf das Kriterium „**Unterstützung bei Behandlungsfehlern**“ aus dem Servicebereich verwiesen:

Unterstützt eine Krankenkasse ihre Versicherten bei Behandlungsfehlern und bietet sie diese Unterstützung kostenlos (unter Angabe einer gebührenfreien Rufnummer) an, so erhält sie 5 Punkte. Wenn sie diesen Service nicht kostenlos anbietet (kostenpflichtige Festnetz- oder Servicenummer), bekommt die Krankenkasse 2,5 Punkte, ansonsten werden gar keine Punkte vergeben, wenn dieser Service nicht gewährt wird. Wenn diese Form der Unterstützung (a) überwiegend durch Juristen, (b) überwiegend durch Mediziner, (c) durch überwiegend Sozialversicherungsfachangestellte oder (d) durch Personen mit sonstiger Ausbildung wahrgenommen wird, dann erhält die Krankenkasse weitere (a) 5 Punkte, (b) 3 Punkte, (c) 2 Punkte bzw. (d) 1 Punkt.

Eine Krankenkasse, die diesen Service unter Angabe einer kostenfreien Servicenummer anbietet (5 Punkte) und diesen Service überwiegend durch Sozialversicherungsfachangestellte durchführen lässt (2 Punkte), erhält durch den Krankenkassen Kompass insgesamt 7 Punkte. Dieser Punktwert wird mit dem Gewicht 7,95% (= relatives Gewicht als Ergebnis einer durchgeführten Befragung) multipliziert. So geht das Kriterium „**Unterstützung bei Behandlungsfehlern**“ mit insgesamt 5,565 Punkten in die Gesamtrechnung zur Aggregation des Servicebereichs der Krankenkasse ein.

Diese Multiplikation des Punktwertes mit seinem relativen Gewicht wird analog für alle anderen Servicekriterien (vgl. Abbildung 2) durchgeführt. Danach werden alle Punktwerte zusammen addiert, d.h. zu einem **Rankingwert „Service“ aggregiert**. Ein Prozentwert, der das Verhältnis der erreichten Gesamtpunktzahl einer Krankenkasse zum maximal erreichbaren Gesamtpunktwert ausweist, lässt letztlich Rückschlüsse über die Güte des Service der jeweiligen Krankenkasse zu. Dem Prozentwert wird daher ein Gütesiegel in Form eines Bewertungs-Codes (A bis D) zugeordnet, wobei den höchsten Gesamtpunktwerten der Buchstabe A „für einen ausgezeichnetes Serviceangebot“ zugewiesen wird. Geringere Punktesummen erhalten dementsprechend die Bewertungs-Codes B, C, oder D. Die einzelnen Klassen A bis D sind dabei bezogen auf die zugrunde gelegten Punkteanzahlen gleich verteilt.

Die Berechnungen und Bewertungen für den Leistungsbereich werden analog durchgeführt.

Die beispielhafte Bewertung des **FinanzPlus** lässt sich an dieser Stelle aufgrund der Unkompliziertheit der zugrunde liegenden Berechnungen wie folgt skizzieren:

Bietet diese Krankenkasse ihren Kunden Zahlungen aus dem kasseneigenen Bonusprogramm an (Wert der Geldleistung: 150€), gewährt sie ferner Zuschüsse zu Präventionsmaßnahmen (Wert: 400€) sowie eine maximal erreichbare Prämie aus dem Selbstbehalttarif (Wert 600€), so errechnet der Krankenkassen Kompass mit Blick auf das theoretische Einsparpotenzial „**FinanzPlus**“ einen maximalen finanziellen Vorteil für die Versicherten von **1.150€**.

Der Ausweis der Eurowerte in der **Preiskategorie** lässt wie im FinanzPlus eine eindeutige Reihung der Krankenkassen durch den Versicherten zu. Dabei werden die absoluten Prämien (in €) anhand von („schwarzen“) Pluswerten dargestellt (z.B. „+ 70 €“), während die Zusatzbeiträge in Form von („roten“) Minuswerten veröffentlicht werden (z.B. „-96 €“ bei 8€ Zusatzbeitrag pauschal pro Monat).

Eine Krankenkasse, die weder einen Zusatzbeitrag erhebt noch ihren Versicherten eine Prämie ausschüttet (ein aktuell *noch* häufig anzutreffender Fall in der GKV), weist in dem **Preiskriterium** „**Zusatzbeitrag/Prämie**“ demgemäß einen Wert von +/- **0€** aus. Es werden stets **Jahreswerte** aufgeführt.

Erhebt eine Krankenkasse dagegen einen Zusatzbeitrag von 1% des beitragspflichtigen Haushaltseinkommens, so wird die Beitragsbemessungsgrenze von 3.750 € (Monatswert) zunächst mit 0,01 (1%), dann mit 12 (Jahreswert) multipliziert und schließlich als maximaler Zusatzbeitrag von „-450,00 €“ in der Preiskategorie ausgewiesen.