

# **Explorative Studie zu PRIvaten Krankenversicherungen und ihrem Leistungs- und Gesundheitsmanagement (ESPRI-Studie)**

**Ein Mixed Methods Studiendesign**

**Dr. Christian O. Jacke<sup>1</sup>, Julia Schaarschmidt<sup>1</sup>, Hendrik Knutzen<sup>2</sup>, Kilian Gundlach<sup>2</sup>, Mirko Theine<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Wissenschaftliches Institut der PKV, Gustav-Heinemann-Ufer 74c, 50968 Köln

<sup>2</sup>zeb.rolfes.schierenbeck.associates gmbh, Hammer Straße 165, 48153 Münster

## **Korrespondenz**

Dr. Christian O. Jacke

Wissenschaftliches Institut der PKV

Gustav-Heinemann-Ufer 74c

D-50968 Köln

E-Mail: [Christian.jacke@wip-pkv.de](mailto:Christian.jacke@wip-pkv.de)

Tel: 0221/9987-1622

## Hintergrund

Mit den wachsenden Möglichkeiten der digitalen Vernetzung verfolgen die Privaten Krankenversicherungen (PKV) ihre Strategie „vom Payer zum Player“ konsequent weiter. Dieser gängige Reklameslogan beschreibt den Wandel vom reinen Kostenerstatter hin zu einer steuernden Organisation, oder mit anderen Worten, vom „Verwalter zum Gestalter“ [1]. Damit verbunden ist eine Ausweitung des Kompetenz- und Funktionsumfangs einer Krankenkasse oder -versicherung, die als „umfassender Gesundheitsdienstleister“ von bisherigen und zukünftigen KundInnen als Partner und Begleiter wahrgenommen werden will [2].

Das damit befasste Leistungs- und Gesundheitsmanagement zielt darauf ab, als „Kümmerer“ die Präferenzen der Versicherten zu erkennen und zu bedienen, in der medizinischen Versorgung und Koordination zu unterstützen, medizinische Ergebnisse zu verbessern sowie im Idealfall das Ausgabenwachstum zu verlangsamen und Einsparungen zu ermöglichen [2–5]. Allerdings gibt es im Lager der privaten Krankenversicherungen keine branchenübergreifenden und -einheitlichen Präventions-, Disease-, Case- oder Care-Management-Programme oder Dienstleistungen für chronische Erkrankungen, wie man das aus der Gesetzlichen Krankenversicherung kennt. Der Verband der PKV hat kein Handlungsmandat, weder für eine Standardisierung noch für eine Dokumentation. Die PKV-Mitgliedsunternehmen haben sich in dieser Frage entschieden, den Wettbewerb als Lösungsstrategie auszuwählen. Jedes PKV-Unternehmen muss daher für sich selbst die Strategie „vom Payer zum Player“ mit Inhalt füllen und ggf. zusätzliche Dienstleister suchen, um für das jeweils vorhandene Morbiditätsprofil die passenden Gesundheitservices und Versorgungslösungen zu finden.

## Leistungs- und Gesundheitsmanagement in der PKV

Infolgedessen herrscht ein allgemeines Informationsdefizit zum Leistungs- und Gesundheitsmanagement, wenn es um ein Gesamtbild der PKV-Branche geht. Die wenigen Überblicke über das Dienstleistungsspektrum liefern die alljährlichen Beiträge von „Focus Money“ oder dem „Map-Report“ [6, 7]. Den genannten Publikationen ist gemeinsam, dass sie aus einem Pool von selektiv ausgewählten PKVn bestimmte Dienstleistungsangebote auswählen und diese nach ihrer Existenz (ja/nein) einstufen und bewerten (von mangelhaft bis hervorragend). Offen dabei ist, woher die Daten stammen und nach welchen Kriterien eine Bewertung erfolgt. Die Frage nach der Unabhängigkeit der Bewertung kann zudem nur schwer beantwortet werden. Bei Nicht-Teilnehmern bleibt un-

klar, ob diese gar keine Services und Dienstleistungen anbieten. Selbstverständlich zielen diese „Branchenübersichten“ und Vergleiche auf den Endkonsumenten ab und bieten eine gewisse Orientierung in diesem unübersichtlichen Feld.

Unter wissenschaftlichen Gesichtspunkten bleibt festzuhalten, dass das Vorgehen in mehrfacher Hinsicht intransparent ist. Die Anzahl der eingeschlossenen Unternehmen ist begrenzt, die Anzahl der abgefragten Indikatoren bleibt selektiv und es ist unklar, ob auch alle relevanten „Services“ in die Überlegungen und Dokumentationen einfließen. Zudem fallen inhaltliche Überschneidungen zwischen einzelnen Kategorien in den o.g. Reports auf, sodass von den gewählten Schlagworten nicht auf deren (vergleichbare) Inhalte und Funktionen geschlossen werden kann. Die Inhalte und Bedeutungen der „Programme“ bleiben daher im Unklaren und verweisen oft auf eine fehlende Systematik. Eine klare Abgrenzung von Reklame- und Marketinginstrumenten ist zudem nicht möglich, da Zahlen der Inanspruchnahme und des gesundheitlichen bzw. medizinischen Ergebnisses („output“, „outcome“) weder hinterlegt noch gemessen sind.

### **Begrifflichkeiten und Studienobjekt**

Dabei geht der Begriff „Leistungs- und Gesundheitsmanagement“ weit über die speziellen Versorgungsprogramme für chronisch Erkrankte hinaus. Im Fortfolgenden sei unter Leistungsmanagement (LM) in Krankenkassen/-versicherungen das stetige Bestreben verstanden, die Produktion von Gesundheit unter Rückgriff auf personelle, strukturelle und technische Ressourcen zu leiten und zu unterstützen [8]. Demnach bestimmt sich die Güte eines LM nach der Größe des Beitrags zur Wiederherstellung oder Aufrechterhaltung von Gesundheit. Die Tabelle 1 (Seite 5) zeigt, welche Felder und Instrumente im Mittelpunkt der Studie stehen.

Auf die Praxis übertragen zielt das Vorgehen auf Einsparungen ab, die im Laufe der Zeit beispielsweise durch Gesundheitsförderung und Prävention oder frühzeitige Adressierung von Risikofaktoren etc. ermöglicht werden. Daher ist die Variation des Leistungskatalogs im Zusammenhang mit der *Tarifentwicklung* nur ein wichtiger Baustein. Alle anderen Instrumente des Tarifmanagements (Indeminitäts- oder Summentarif, Abzugsfranchise, Beitrags- und Prämienrückerstattung, Bonus-/Malus-System, proportionale oder fixe Selbstbeteiligungen) sind *nicht* Gegenstand der Untersuchung.

Aus dem Bereich des *Vertragsmanagements* können ebenso wettbewerbsdifferenzierende Leistungsangebote entstehen, die auf die Versorgungssteuerung abzielen. Das können selektive und/oder überregionale Versorgungsverträge mit Leistungserbringern (Ärztennetze, Klinikverbände, etc.) sein, die verbesserte und/oder qualitätsgestützte Behandlungen bestimmter Erkrankungen (z.B. Herzkreislauferkrankungen, Onkologie, Schlaganfall, Depression, Demenz, etc.) anbieten. Das können aber auch Ausschreibungen zu bestimmten Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln sein, die zu Preisnachlässen, Versorgungssicherheit oder –qualität führen können. Da die nachgefragten und zugesicherten Mengen in der Regel nicht ausreichend sind, können diese auch in allen Formen der Zusammenarbeit (Fusion, Joint Venture, Kooperation, Kooption) organisiert sein und bestimmte Vertragsformen (Zielvereinbarungen, Vergütungsvereinbarungen) wählen.

Tabelle 1: Instrumente des Leistungsmanagements

Ansatz	Instrumente	Beschreibung	Studienfokus
Tarifmanagement	Variation des Leistungskatalogs	- Bedarfsentsprechung (responsiveness) - Zusätzliche Leistungen über den MB/KK hinaus	Ja
Vertragsmanagement	Variation des Leistungsumfangs	- Selektivverträge - Überregionale Verträge - Ausschreibungen - Ergebnisorientierte Verträge - Zielvereinbarungen von Versorgungsverträgen - Kooperationen mit anderen Krankenkassen und -versicherungen (Joint-Venture, Kooperation, etc.)	Ja
Versorgungs- und Gesundheitsmanagement	Gestaltung der Versorgungsprozesse, vor/während/nach Leistungserbringung	- Hausarztzentrierte Versorgung - MVZ - Disease Management Programme - Integrierte Versorgung - Care Management - Case Management	Ja
Leistungskontrolle	Prüfung zurückliegender Versorgungsprozesse	- Utilization Review - Utilization Management - Peer Review - Gebührenrechtliche Rechnungsprüfung - Formale Rechnungsprüfung	- Ja - Ja - Ja - Nein - Nein

Quelle: Eigene Erweiterung in Anlehnung an Schreyögg (2006) [9]

Das *Versorgungsmanagement*, das auch das weiter gefasste Gesundheitsmanagement einschließt, greift gestalterisch in die Versorgungsprozesse ein und adressiert gesundheitsbezogene Bedarfe von Versichertenpopulationen, oft chronisch Kranke, um Gesundheitszustände zu stabilisieren oder zu verbessern. Die bereits klassischen Ansätze wie Disease Management Programme (DMP) gehören hier dazu. Aber auch Zweitmeinungen oder Behandlungsempfehlungen (wer ist der richtige und beste Arzt in meiner Nähe?) gehören dazu.

Schließlich spielt die *Leistungskontrolle* als zentrales Element der Managed Care-Ansätze mit seinen Instrumenten eine wichtige Rolle, um Erkenntnisse über die Effektivität, Effizienz und Angemessenheit der (nicht-)medizinischen Interventionen zu erhalten. Da mittlerweile alle privaten Krankenversicherungen die Rechnungsprüfungen anbieten, ist diese Dimension der Leistungskontrolle für die Studie nicht relevant.

## **Wissenschaftliche Erkenntnisse**

Die Diskussion um Leistungs- und Gesundheitsmanagement-Programme ist nicht neu. Seit etwa Ende der 1990er Jahre gibt es stetige Bemühungen, diese im o.g. Sinne auf Seiten der Privaten Krankenversicherungen sinnstiftend einzusetzen [10–12]. Einer wissenschaftlichen Analyse im Kontext der PKV wurden dabei nur die wenigstens Formen unterzogen [13]. Zu schwierig ist der Datenzugang, die Inanspruchnahme und die Auswahl nur von Privatversicherten für wissenschaftliche Studien. Zudem funktionieren Programme zum Leistungs- und Gesundheitsmanagement in der PKV auf eine andere Weise als in der GKV, sodass der Aufwand als unüberwindbar erscheint.

Die meisten wissenschaftlichen Untersuchungen zur PKV beschäftigen sich daher mit soziodemographischen Merkmalen und Unterschieden zwischen verschiedenen Subpopulationen [14, 15] sowie den ökonomischen Facetten der Risikoselektion [16–25], die über Gerechtigkeits- und Verteilungsfragen [26–30] hin zu Finanzierungsfragen in einem dualen Gesundheitssystem führen [31–34, 16]. Spezielle gesundheitsökonomische Fragestellungen zur Zahlungsbereitschaft [35–37, 26], zu Versicherungslücken der Versicherten [38], dem Investitionsportfolio von privaten Krankenversicherungen [29] oder Zuzahlungsregelungen im ambulant-niedergelassenen Bereich der PKV und GKV [39] sind da schon speziellere Themen, die im Zusammenhang mit der PKV neue Erkenntnisse lieferten. Studien zu Verteilungseffekten der PKV, die sich mit den höheren Arzthonoraren infolge der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) beschäftigen, erzeugen hingegen widersprüchliche Ergebnisse und werden zum Teil kontrovers diskutiert, was vor dem Hintergrund der verschiedenen Datenbasen, dem gezeigten wissenschaftlichen Rigor und dem darauf fußenden großen Interpretationsspielraum geschuldet ist [40, 41].

Weniger ideologisch aufgeladen und stärker empirisch orientiert sind dagegen Studien, die sich enger an der medizinischen Versorgung orientieren. Medizinische Über- und Fehlversorgung ist dabei ein wichtiges, aber empirisch schwer zu fassendes Thema [42–47]. Die wenigen, methodisch haltbaren Studien stellen noch enger auf Versorgungsunterschiede in der Arzneimittelversorgung ab, d.h. auf innovative, aber kostenintensivere pharmakologische Versorgung der Privatversicherten inklusi-

ve der damit verbundenen Risiken [48, 49]. Das mag wenig verwundern. Denn medizinisch-pharmazeutische Innovationen werden immer dann eingesetzt, wenn sie zur Verfügung stehen und medizinische Entscheidungsräume nicht durch Budgetrestriktionen eingeengt sind [50]. Auch diese Erkenntnis ist nicht neu [51–57], was aber in der Literatur im Zusammenhang mit der PKV immer wieder (negativ) hervorgehoben wird.

Zur Inanspruchnahme von medizinischen Versorgungsleistungen adressieren viele Studien die Wartezeiten im ambulant-niedergelassenen Bereich [58–61]. Die wenigstens Studien aber verknüpfen das mit (subjektiven) medizinischen Outcome-Parametern [51] oder speziellen Verfahren zum Entlassungsmanagement aus stationären Versorgungseinheiten [62]. Nur sehr wenige Studien schaffen es, auf die Wahrnehmung der Privatversicherten, die Gesundheitskompetenz und die Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems sowie auf die Bedarfe und Einschätzungen der Privatversicherten differenziert einzugehen und konkrete Anknüpfungspunkte für Verbesserungen zu benennen [63–67].

### **Erkenntnisse aus der „grauen Literatur“**

Daher dienen viele Meinungs- und Umfrageergebnisse aus der „grauen Literatur“ als Orientierung, um die Inanspruchnahme und Akzeptanz von Privatversicherten für die Instrumente des Leistungs- und Gesundheitsmanagements einzuschätzen. Richtungsweisend sind hier die Querschnittsstudien der Assekurata aus den Jahren 2020 und 2021 zu nennen [2]. Aktuelle Entwicklungen in den PKVn werden aufgegriffen und die Akzeptanz neuer digitaler Angebote wird gemessen. Offenbar wollen viele PKVn bereits vor dem eigentlichen Leistungsfall in Dialog mit den Privatversicherten treten, wie die Deloitte-Studie aus dem Jahr 2020 zeigte [68]. Der Zugang zu den Versicherten soll dabei über Vertriebsaktionen, fallinduzierte Ansprachen oder Apps mit Zusatzangeboten und –diensten gelingen [68]. Die dazu notwendigen (technischen) Kundenschnittstellen wie auch die Anbindungen an das „Back-Office“ liegen aber in den seltensten Fällen bereits vor. Der Wettbewerb hat – wie sollte es auch anders sein – eine hohe Heterogenität im Angebot der Gesundheitsservices verursacht, die von Nicht-Existent bis Voll-implementiert reicht und die „Big Player“ sowie die mittelständischen „challengers“ einschließt [69]. Der Abstand zu den sogenannten „slow mover“ innerhalb der PKV-Branche wird größer. Bekannt ist aber auch, dass Veränderungen in kürzerer Zeit in den Versicherungsunternehmen durchführbar sind, wie die „rising stars“ erkennen lassen [70]. Zukünftig wird erwartet, digitale Gesundheitsanwendungen (DiGAs) stärker einzusetzen, die wachsende IT-Infrastruktur besser nutzen zu können (z.B. ePA, eRezept, elektronische Rechnungseinreichung, etc.)

und neue Formen der Versorgung wie Telemedizinangebote in Verbindung mit „Smart Data“ und „Predictive Analytics“ zu entwickeln [71]. Unternehmensspezifischen Gesundheits-Apps wird dabei eine besondere Bedeutung zukommen, um den Privatversicherten einen Zugang zum IT-Gesundheitsökosystem und Dialog zu ermöglichen.

### **Ziel der ESPRI-Studie**

Der verfügbaren Literatur ist keine systematische Übersicht zu entnehmen, die einen Überblick und einen Eindruck über die Facetten der PKV-Leistungsmanagementsysteme im Sinne der Tabelle 1 geben könnten. Es herrscht ein allgemeines Informationsdefizit zum Leistungs- und Gesundheitsmanagement aus der Perspektive der PKV-Branche (Ziel 1). Gänzlich unbekannt ist zudem, wie groß die Inanspruchnahme dieser Angebote ist (Ziel 2) und welche Steuerungswirkungen erzielt werden können (Ziel 3). Die vorliegende Studie zielt daher darauf ab, diese Informationslücken zu schließen. Im Mittelpunkt stehen Maßnahmen und Programmen, die ihren Ursprung im LM haben und einen maßgeblichen Leistungs- und Versorgungsbezug besitzen. Auf Basis dieser Typologie sollen Inanspruchnahmen und Steuerungswirkungen quantifiziert werden, um die Relevanz der Leistungen für die Versicherten zu erkennen.

### **Studiendesign**

Das Studiendesign ist zweiteilig angelegt und folgt der Logik eines sequentiellen Mixed-Methods Designs [72]. Die erste Studienphase geht rein explorativ vor und zielt darauf ab, das Vorstellungsfeld einzugrenzen. Zweckdienlich sind dazu halbstandardisierte Interviews, die mittels offener Fragen auf das direkt verfügbare Wissen von Personen abzielen. Mit Hilfe von zuvor festgelegten Themenblöcken und Follow-Up-Fragen kann dieses Wissen spezifiziert und erweitert werden. Breites und vertieftes Wissen kann so systematisch erfasst werden. Gegen Ende der Studienphase 1 erfolgt eine Verdichtung der Informationen, die die Grundlage für Studienphase 2 (Querschnittsstudie) bilden. Die Abbildung 1 zeigt grob das Ablaufschema.

#### *Teilnahmeerklärung*

Mit der Rekrutierungsphase und den Einladungen seitens WIP und ZEB entscheiden die PKV-Versicherungsunternehmen über ihre Teilnahme. Das Anschreiben beinhaltet alle wesentlichen Angaben über die ESPRI-Studie und sichert die Vertraulichkeit der gesammelten Daten sowie der Er-

gebnisse zu. Rückfragen können von WIP und ZEB jederzeit beantwortet werden. Die schriftliche Teilnahmeerklärung wird in der Studienzentrale dokumentiert. Das WIP ist die Studienzentrale und übernimmt das Datenmanagement. Die Teilnahmeerklärung sieht ebenso vor, die an den Fokusgruppen-Interviews teilnehmenden Experten aus den einzelnen LM-Bereichen der Unternehmen mit E-Mail und Telefonnummer zu benennen. Die Teilnahmeerklärung gilt für alle Studienabschnitte.

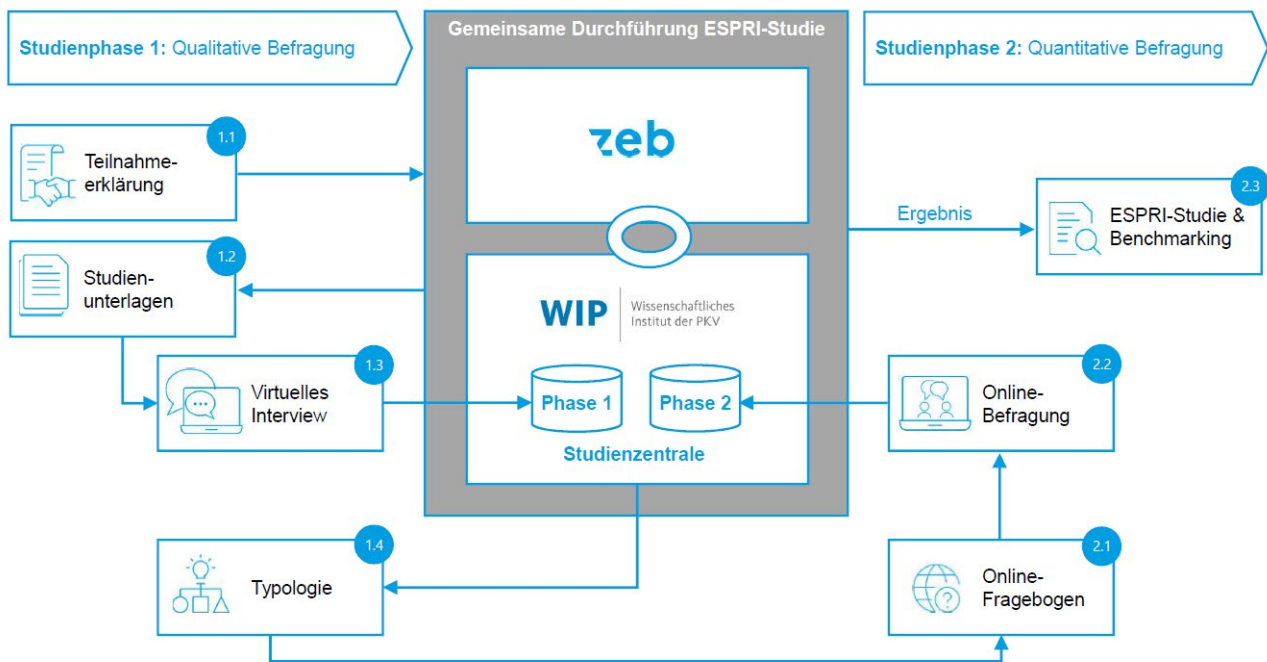


Abbildung 1: Mixed-Methods Studiendesign der ESPRI-Studie

Legende: (\*) Projektteilnehmer haben die Option, das Interview mit WIP, ZEP oder beiden gemeinsam durchzuführen

### Studienunterlagen

Im Anschluss erhalten die genannten Studienteilnehmer alle relevanten Studienunterlagen von der Studienzentrale (WIP). Das Vorgehen zielt darauf ab, im Vorfeld bereits mögliche unternehmensseitige Informationen zu sammeln und vorzubereiten, um im folgenden Interview weder Zeit zu verlieren noch Aspekte zu vergessen. Zu den Studienunterlagen gehören das Studiendesign, insbesondere der Interviewleitfaden, um die Ausrichtung und die angesprochenen Themen zu antizipieren.

### Virtuelles Interview

Ein qualitatives, halbstandardisiertes und leitfadengestütztes Interview im Rahmen von Fokus- und Diskussionsgruppen mit 2 bis 6 Teilnehmern eines Versicherungsunternehmens ist für 60 Minuten geplant (max. 90 Minuten). Das Interview findet online in einem geschützten Raum (MS-Teams)



statt. Das Interview wird aufgezeichnet und die Tonspur wird zu Analyse Zwecken extrahiert (transkribiert). Das Bild- und Tonmaterial wird nach Extraktion bzw. Transkription gelöscht. Jede Versicherung für sich kann entscheiden, ob sie das Interview mit den verfügbaren Moderatoren des WIP, ZEB oder beiden durchführen möchte.

#### *Datenauswertung (Studienphase 1) - Typologie*

Die Gesprächsinhalte werden einer qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring unterzogen [71]. Dieses Verfahren kann große Textmengen systematisch und anhand inhaltsanalytischer Regeln verarbeiten, latente Sinngehalte erfassen und bietet eine hohe intersubjektive Überprüfbarkeit der Ergebnisse [71]. Dabei erfolgt eine Zuordnung von Textstellen zu Kategorien auf Basis inhaltsanalytischer Zuordnungsregeln. Diese Regeln werden während der Analyse konstant gehalten (lineares Modell). Basierend auf der Fragestellung, der mangelhaften Studienlage und dem vorliegenden Datenmaterial ist die Interpretationstechnik der Zusammenfassung, konkret die systematische Kategorisierung des Materials mit induktiver Kategorienbildung, zweckmäßig. Die Kategorien werden somit nicht vorab theoriegeleitet entwickelt, sondern anhand des vorliegenden Datenmaterials definiert. Als Ergebnis ist eine Typologie von LM-Instrumenten im Sinne der Tabelle 1 zu erwarten.

#### *Online-Fragebogen (Studienphase 2)*

Auf Basis der Typologie ist es möglich, einen online Fragebogen mit geschlossenen Frage- und Antwortformaten für eine Querschnittstudie zu entwickeln. Die gebildeten LM-Kategorien, seine Untersektionen und einzelnen Dienstleistungen und Maßnahmen helfen, das Konstrukt „LM“ quantitativ in einzelne messbare Indikatoren zu zerlegen. Dabei geht es nicht nur um das „ob“ einer bestimmten Interventionsart, sondern auch um die Häufigkeiten in den dazugehörigen Zeiträumen und den entsprechenden Steuerungseffekten. Diese in einem online Fragebogen zu sammeln und als Befragungsinstrument anzulegen, markiert das Ende dieses Meilensteins.

#### *Online-Befragung (Studienphase 2)*

Alle Projektteilnehmer nehmen an der Befragung teil. Der Fragebogen soll selbsterklärend sein und die Beantwortung soll zwischen 15 und 20 Minuten dauern. Der online-Fragebogen kann von mehreren Personen einer Versicherung beantwortet werden, je nach Expertise und Wissensstand.

### *Datenauswertung (Studienphase 2)*

Die Auswertung der Befragungsergebnisse erfolgt explorativ-deskriptiv und uni- bis multivariat mit den gängigen statistischen Methoden, falls die Variablenverfügbarkeit und die fehlenden Datenfelder das zulassen sollten. Die PKV-bezogene Auswertung erfolgt durch das WIP. Benchmark-Analysen führt ZEB durch. Für den dazu notwendigen Datenaustausch erzeugt das WIP einen pseudonymisierten Datensatz, um allen Teilnehmern eine ausreichende Vertraulichkeit zusichern zu können.

### *ESPRI- und Benchmarking (Studienphase 2)*

Die explorative Studie zu Privaten Krankenversicherungen und ihrem Leistungs- und Gesundheitsmanagement gibt firmenübergreifend einen Überblick über die bisher verfügbaren und eingesetzten Instrumente des LM, deren Inanspruchnahme und die damit zusammenhängenden Steuerungseffekte. Nach derzeitigem Wissensstand dürften insbesondere die Zahlen der Inanspruchnahme sowie die Steuerungseffekte diejenigen Felder markieren, die Anlass für weitere Forschungsansätze begründen. Unternehmensspezifische Benchmarkanalysen mit Ergebnispräsentationen (mündlicher Vortrag) führt ZEB durch.

## **Zeitplan**

Mit dem „Tag der Versorgungsforschung 2023“ beginnt die Rekrutierungsphase, die 3 Monate andauern kann. Ein an die PKV-Vorstände adressiertes postalisches Anschreiben sowie eine E-Mail-Einladung an relevante Personen ist geplant. Ein individuelles Follow-Up der nicht-teilnehmenden Versicherungsunternehmen dient der Maximierung der Teilnehmerzahl. Die Rekrutierungsphase ist Ende 2023 abgeschlossen, wenn alle Teilnahmeerklärungen und Ansprechpartner mit den notwendigen Angaben vorliegen.

Tabelle 2: Zeitplan für Studienphase 1 der ESPRI-Studie

		2023			2024					
		Q4			Q1			Q2		
Studienphase	Aktivität	Okt.	Nov.	Dez.	Jan.	Feb.	Mrz.	Apr.	Mai	Jun.
SP1	Rekrutierung	X	X	X						
	Virtuelles Interview		X	X	X	X	X	X		
	Datenauswertung		(X)	X	X	X	X	X	X	X
	Zwischenpräsentation								X	X

Mit den ersten Teilnahmeerklärungen und etwas Vorlaufzeit können bereits ab November 2023 die ersten qualitativen Interviews beginnen. Die Organisation und Durchführung der virtuellen Inter-

views wird großzügig mit 6 Monaten bemessen. Bei einer geplanten Teilnehmerzahl von 20 Mitgliedsunternehmen und rund 25 Arbeitswochen im ersten Halbjahr kann unter Berücksichtigung der Urlaubs- und Krankheitstage knapp jede Woche ein Gespräch stattfinden. Die Datenauswertungen (Studienphase 1) können parallel erfolgen, sodass bereits Ende Q2/2024 mit ersten Zwischenergebnissen gerechnet werden kann. Diese bilden die Grundlage für die Studienphase 2.

Tabelle 3: Zeitplan für Studienphase 2 der ESPRI-Studie

		2024					2025		
		Q3		Q4			Q1		
Studienphase	Aktivität	Aug.	Sep.	Okt.	Nov.	Dez.	Jan.	Feb.	Mar.
SP2	Fragebogen-Entwicklung	X	X	X	X				
	Online-Befragung			X	X	X			
	Datenauswertung				X	X	X	X	
	Abschlusspräsentationen						X	X	X

Die Studienphase 2 nutzt die gesammelten Informationen aus Studienphase 1 und verdichtet diese zu einem quantitativen Fragebogen. Mit Pretest des Fragebogens kann ab Mitte 2024 mit der online Befragung begonnen werden. Die Datenaufbereitung und –analyse beginnt parallel und endet im ersten Quartal 2025. Eine Abschlusspräsentation und wissenschaftliche Publikation markieren den letzten Meilenstein dieses Projektes.

### **Kosten bei Teilnahme**

Den PKV-Versicherungen und teilnehmenden Personen entstehen keine Kosten. Die Teilnahme an Interviews und Zwischen- bzw. Abschlusspräsentationen sowie sämtliche Dokumentationen und Präsentationen sind frei zugänglich und über die WIP-Studienzentrale verfügbar. Das WIP und ZEB finanzieren ihre Aktivitäten für diese Studie aus eigenen Mitteln.

### **Studienorganisation**

Die Studienzentrale ist beim WIP angelegt. Alle Fragen zur Studie können hier jederzeit beantwortet werden. Die Studiendurchführung liegt bei WIP und ZEB gemeinsam. Die Ansprechpartner der ZEB stehen für Fragen zur Studie ebenso zur Verfügung.

Tabelle 4: Studienorganisation und -durchführung

Institution	Name	Vorname	Funktion
WIP	Dr. Jacke	Christian O.	Studienleitung und -durchführung
	Schaarschmidt	Julia	Studiendurchführung
	Dr. Wild	Frank	Supervision
ZEB	Gundlach	Kilian	Studienleitung und -durchführung
	Knutzen	Hendrik	Studiendurchführung
	Theine	Mirko	Supervision

### Studienkooperation zwischen WIP und ZEB

Die Kooperation zwischen WIP und ZEB begann mit dem Tag der Versorgungsforschung 2022. Die ZEB referierte über die digitale Entwicklung privater Krankenversicherungen und die Integration neuer Gesundheitsservices in die bestehenden Infrastrukturen [73, 70, 69]. Die Kooperation setzte sich mit der Formulierung der Studienfragen und der Entwicklung eines Studiendesigns für die ESPRI-Studie fort. Das gemeinsame Forschungsinteresse gibt die Basis der Kooperation. Ein weiterer Interessenkonflikt kann ausgeschlossen werden.

## Quellen

1. Bode I (2002) Vom Payer zum Player - oder. Krankenkassen im Wandel. DUISBURGER BEITRÄGE zur SOZIOLOGISCHEN FORSCHUNG 4
2. Germer E, Kruse M (2022) Vom Payer zum Player – Das Gesundheitsmanagement in der privaten Krankenversicherung. <https://www.assekurata.de/2022/03/16/vom-payer-zum-player-das-gesundheitsmanagement-in-der-privaten-krankenversicherung/>. Accessed 14 Jun 2023
3. Mattke S, Higgins A, Brook R (2015) Results from a national survey on chronic care management by health plans. *Am J Manag Care* 21(5):370–376
4. Robinson JC (2004) Reinvention of Health Insurance in the Consumer Era. *JAMA* 291(15):1880. doi: 10.1001/jama.291.15.1880
5. Weiner JP, Famadas JC, Waters HR et al. (2008) Managed care and private health insurance in a global context. *J Health Polit Policy Law* 33(6):1107–1131. doi: 10.1215/03616878-2008-034
6. FOCUS-MONEY (2022) PKV Gesundheitsservices. <https://www.dfsi-institut.de/referenz/316/focus-money-heft-43-2022-pkv-gesundheitsservices>. Accessed 14 Jun 2023
7. Franke, Bornberg (2022) Rating Private Krankenversicherung. Bilanz, Service, Vertrag 927
8. Busse R (2010) Leistungsmanagement im Gesundheitswesen. Einführung und methodische Grundlagen. In: Busse R, Schreyögg J, Gericke C (eds) *Management im Gesundheitswesen*, 2. Aufl. Springer, Heidelberg, pp 11–150
9. Schreyögg J, Busse R (2010) Leistungsmanagement von Krankenversicherungen. In: Busse R, Schreyögg J, Gericke C (eds) *Management im Gesundheitswesen*, 2. Aufl. Springer, Heidelberg, pp 22–54

10. Deutscher Ärzteverlag GmbH, Redaktion Deutsches Ärzteblatt (1998) Deutsche Krankenversicherung. Jetzt auch Disease-Management. <https://www.aerzteblatt.de/archiv/11707/Deutsche-Krankenversicherung-Jetzt-auch-Disease-Management>. Accessed 15 Jun 2023
11. Deutscher Ärzteverlag GmbH, Redaktion Deutsches Ärzteblatt (2002) Krankenversicherung. Verbesserte Compliance. <https://www.aerzteblatt.de/archiv/32956/Krankenversicherung-Verbesserte-Compliance>. Accessed 15 Jun 2023
12. Deutscher Ärzteverlag GmbH, Redaktion Deutsches Ärzteblatt (2003) Disease-Management-Programme. Unterschiedliche Ansätze von privater und Gesetzlicher Krankenversicherung. <https://www.aerzteblatt.de/archiv/35167/Disease-Management-Programme-Unterschiedliche-Ansaetze-von-privater-und-Gesetzlicher-Krankenversicherung>. Accessed 15 Jun 2023
13. Schlieker A (2009) Disease Management in der Privaten Krankenversicherung. Evaluation eines Programms für Typ2-Diabetiker. Zugl: Bremen, Univ., Diss., 2008. Schriftenreihe Gesundheitsmanagement und Medizinökonomie, vol 7. Kovač, Hamburg
14. Hoffmann F, Bachmann CJ (2014) Differences in sociodemographic characteristics, health, and health service use of children and adolescents according to their health insurance funds (Unterschiede in den soziodemografischen Merkmalen, der Gesundheit und Inanspruchnahme bei Kindern und Jugendlichen nach ihrer Krankenkassenzugehörigkeit). Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 57(4):455–463. doi: 10.1007/s00103-013-1916-x
15. Weisenfeld U, Sörensen C, Scherer C (2010) Medical services. Patients' and physicians' perceptions (Ärztliche Dienstleistung: eine Zufriedenheitsbefragung bei Patienten und niedergelassenen Ärzten). Gesundheitswesen 72(5):259–270. doi: 10.1055/s-0029-1220754
16. Greß S (2007) Private health insurance in Germany. Consequences of a dual system. Healthcare policy = Politiques de sante 3(2):29–37
17. Grunow M, Nuscheler R (2014) Public and private health insurance in Germany. The ignored risk selection problem. Health economics 23(6):670–687. doi: 10.1002/hec.2942
18. Hajek A, Bock J-O, Saum K-U et al. (2018) Morbidity Differences by Health Insurance Status in Old Age (Unterschiede in der Morbidität nach Krankenversicherterstatus im Alter). Gesundheitswesen 80(6):551–556. doi: 10.1055/s-0042-108584
19. Hoffmann F, Icks A (2012) Structural differences between health insurance funds and their impact on health services research. Results from the Bertelsmann Health-Care Monitor (Unterschiede in der Versichertenstruktur von Krankenkassen und deren Auswirkungen für die Versorgungsforschung: Ergebnisse des Bertelsmann-Gesundheitsmonitors). Gesundheitswesen 74(5):291–297. doi: 10.1055/s-0031-1275711
20. Hoffmann F, Koller D (2017) Different Regions, Differently Insured Populations? Socio-demographic and Health-related Differences Between Insurance Funds (Verschiedene Regionen, verschiedene Versichertenpopulationen? Soziodemografische und gesundheitsbezogene Unterschiede zwischen Krankenkassen). Gesundheitswesen 79(1):e1-e9. doi: 10.1055/s-0035-1564074
21. Huang S, Salm M (2020) The effect of a ban on gender-based pricing on risk selection in the German health insurance market. Health economics 29(1):3–17. doi: 10.1002/hec.3958
22. Huber J, Lampert T, Mielck A (2012) Unterschiede bei Gesundheitsrisiken, Morbidität und gesundheitlicher Versorgung zwischen Kindern GKV- bzw. PKV-versicherter Eltern. Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) (Inequalities in health risks, morbidity and health care of children by health insurance of their parents (statutory vs. private health insurance): results of the German KiGGS study). Gesundheitswesen 74(10):627–638. doi: 10.1055/s-0031-1301268
23. Huber J, Mielck A (2010) Morbidity and healthcare differences between insured in the statutory ("GKV") and private health insurance ("PKV") in Germany. Review of empirical studies (Morbidity and Gesundheitsversorgung bei GKV- und PKV-Versicherten. Forschungsstand empiri-

- scher Studien). Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 53(9):925–938. doi: 10.1007/s00103-010-1119-7
24. Panthöfer S (2016) Risk Selection under Public Health Insurance with Opt-Out. *Health economics* 25(9):1163–1181. doi: 10.1002/hec.3351
  25. Stauder J, Kossow T (2017) Selection or Better Service - Why are those with Private Health Insurance Healthier than those Covered by the Public Insurance System? (Selektion oder bessere Leistungen – Warum sind Privatversicherte gesünder als gesetzlich Versicherte?). *Gesundheitswesen* 79(3):181–187. doi: 10.1055/s-0042-104583
  26. Lange A, Prenzler A, Zuchandke A (2012) How do insured perceive their financial security in the event of illness?--a panel data analysis for Germany. *Value in health : the journal of the International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research* 15(5):743–749. doi: 10.1016/j.jval.2012.02.002
  27. McGuire TG, Schillo S, van Kleef RC (2021) Very high and low residual spenders in private health insurance markets. Germany, The Netherlands and the U.S. Marketplaces. *The European journal of health economics : HEPAC : health economics in prevention and care* 22(1):35–50. doi: 10.1007/s10198-020-01227-3
  28. Rothgang H (2010) Fairness in Germany's long-term care insurance. The relationship between social insurance and private mandatory insurance (Gerechtigkeit im Verhältnis von Sozialer Pflegeversicherung und Privater Pflegepflichtversicherung). *Gesundheitswesen* 72(3):154–160. doi: 10.1055/s-0030-1247575
  29. Schneider F, Gogolewska J, Ahrend K-M et al. (2020) Do private German health insurers invest their capital reserves of €353 billion according to environmental, social and governance criteria? *Journal of medical ethics*. doi: 10.1136/medethics-2020-106381
  30. Thong MSY, Doege D, Weißer L et al. (2022) Health and life insurance-related problems in very long-term cancer survivors in Germany. A population-based study. *Journal of cancer research and clinical oncology* 148(1):155–162. doi: 10.1007/s00432-021-03825-x
  31. Arentz C, Eekhoff J, Kochskämper S (2012) Private health insurance. A role model for European health systems. *The European journal of health economics : HEPAC : health economics in prevention and care* 13(5):615–621. doi: 10.1007/s10198-012-0406-7
  32. Baas J (2014) A dual system cannot survive forever (Zweiteiliges System kann nicht für immer überleben). *MMW Fortschritte der Medizin* 156(17):16
  33. Becher S (2013) The medical insurance in the private insurance industry (Die Versicherungsmedizin in der privaten Versicherungswirtschaft). *Versicherungsmedizin* 65(1):26
  34. Gepp C (2013) Is the great GOA breakthrough finally here? (Ist der grosse GOA-Durchbruch endlich da?). *MMW Fortschritte der Medizin* 155(17):16. doi: 10.1007/s15006-013-2210-4
  35. Bock J-O, Hajek A, Brenner H et al. (2017) A Longitudinal Investigation of Willingness to Pay for Health Insurance in Germany. *Health services research* 52(3):1099–1117. doi: 10.1111/1475-6773.12522
  36. Bock J-O, Heider D, Matschinger H et al. (2016) Willingness to pay for health insurance among the elderly population in Germany. *The European journal of health economics : HEPAC : health economics in prevention and care* 17(2):149–158. doi: 10.1007/s10198-014-0663-8
  37. Hajek A, Enzenbach C, Stengler K et al. (2020) Determinants of Willingness to Pay for Health Insurance in Germany-Results of the Population-Based Health Study of the Leipzig Research Centre for Civilization Diseases (LIFE-Adult-Study). *Frontiers in public health* 8:456. doi: 10.3389/fpubh.2020.00456
  38. Steinhäuser RT (2017) Die Bedeutung der wirtschaftlichen Aufklärung gegenüber Privatpatienten bei Erstattungslücken (Radiologie & Recht – Die Bedeutung der wirtschaftlichen Aufklärung gegenüber Privatpatienten bei Erstattungslücken). *RoFo : Fortschritte auf dem Gebiet der Röntgenstrahlen und der Nuklearmedizin* 188(1):89–91. doi: 10.1055/s-0042-124285

39. Schreyögg J, Grabka MM (2010) Copayments for ambulatory care in Germany. A natural experiment using a difference-in-difference approach. *The European journal of health economics : HEPAC : health economics in prevention and care* 11(3):331–341. doi: 10.1007/s10198-009-0179-9
40. Sundmacher L, Ozegowski S (2016) Regional distribution of physicians. The role of comprehensive private health insurance in Germany. *The European journal of health economics : HEPAC : health economics in prevention and care* 17(4):443–451. doi: 10.1007/s10198-015-0691-z
41. Kögel A, Lauerer M, Zank D (2023) Einkommen von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten in Deutschland. Ergebnisse des Mikrozensus (Income of physicians in private practice in Germany: Results of a micro census). *Gesundheitswesen*. doi: 10.1055/a-2075-7696
42. Alber K, Kuehle T, Schedlbauer A et al. (2017) Medical overuse and quaternary prevention in primary care - A qualitative study with general practitioners. *BMC family practice* 18(1):99. doi: 10.1186/s12875-017-0667-4
43. Brödlein I (2015) A quasi family practitioner model keeps private patients in the network (Ein Quasi-Hausarztmodell hält Privatpatienten im Netz). *MMW Fortschritte der Medizin* 157(4):8–9. doi: 10.1007/s15006-015-2739-5
44. Carlsson J (2013) "Is it possible to do less?" The current state of the debate in Sweden (Geht auch weniger? Stand der Diskussion in Schweden). *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 107(2):140–147. doi: 10.1016/j.zefq.2013.02.002
45. Dörmann M (2016) Assessment of prescriptive therapies and remedies - Experience and results. *Versicherungsmedizin* 68(4):176–179
46. Heidenreich S (2016) In Number 15 private insurance is responsible (Bei der Nr. 15 sind die Privatkassen penibel). *MMW Fortschritte der Medizin* 158(11):34. doi: 10.1007/s15006-016-8369-8
47. Murer E (2014) Disorders difficult to objectify. A basic problem in mandatory and private health insurance (Schwer objektivierbare Gesundheitsstörungen: Ein Grundproblem gesetzlicher und privater Versicherungen). *Versicherungsmedizin* 66(2):96–97
48. Laux G, Berger S, Szecsenyi J et al. (2016) Prescribing differences in family practice for diabetic patients in Germany according to statutory or private health insurance. The case of DPP-4-inhibitors and GLP-1-agonists. *BMC family practice* 17(1):146. doi: 10.1186/s12875-016-0543-7
49. Laux G, Szecsenyi J, Miksch A et al. (2009) Antihypertensive pharmacotherapy of patients in primary care with either a statutory or private health insurance (Antihypertensive medikamentöse Therapie von gesetzlich und privat versicherten Patienten in der Primärversorgung). *Medizinische Klinik (Munich, Germany : 1983)* 104(2):108–113. doi: 10.1007/s00063-009-1028-4
50. Pattloch D, Richter A, Manger B et al. (2017) The first biologic for rheumatoid arthritis. Factors influencing the therapeutic decision (Das erste Biologikum bei rheumatoider Arthritis: Einflussfaktoren auf die Therapieentscheidung). *Zeitschrift für Rheumatologie* 76(3):210–218. doi: 10.1007/s00393-016-0174-3
51. Hullegie P, Klein TJ (2010) The effect of private health insurance on medical care utilization and self-assessed health in Germany. *Health economics* 19(9):1048–1062. doi: 10.1002/hec.1642
52. Klemm H-T, Naumann A, Hofmann G et al. (2017) Prognostic assessment in private healthcare insurance part 2. Risk supplement for accidental endoprostheses (Prognosebeurteilung in der Privaten Unfallversicherung Teil 2 : „Risikozuschlag“ bei unfallbedingten Endoprothesen). *Der Unfallchirurg* 120(1):81–84. doi: 10.1007/s00113-016-0273-2

53. Krobot KJ, Miller WC, Kaufman JS et al. (2004) The disparity in access to new medication by type of health insurance. Lessons from Germany. *Medical care* 42(5):487–491. doi: 10.1097/01.mlr.0000124265.13559.02
54. Tille F, Gibis B, Balke K et al. (2017) Sociodemographic and health-related determinants of health care utilisation and access to primary and specialist care. Results of a nationwide population survey in Germany (2006-2016) (Soziodemografische und gesundheitsbezogene Merkmale der Inanspruchnahme und des Zugangs zu haus- und fachärztlicher Versorgung – Ergebnisse einer deutschlandweiten Bevölkerungsbefragung von 2006 bis 2016). *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 126:52–65. doi: 10.1016/j.zefq.2017.07.012
55. Wild F (2013) Pharmaceutical prescription for multiple sclerosis. Evaluation of pharmaceutical consumption at private health insurance (Arzneimittelversorgung bei Multipler Sklerose : Evaluation des Arzneimittelverbrauchs bei der Privaten Krankenversicherung). *Der Nervenarzt* 84(2):202–208. doi: 10.1007/s00115-012-3683-6
56. Wild F (2012) Medication supply of privately insured patients in 2010 (Die Arzneimittelversorgung der Privatversicherten im Jahr 2010). *Versicherungsmedizin* 64(2):85–86
57. Goetz K, Kalder M, Albert U-S et al. (2020) The usage of over-the-counter products by private insured patients in Germany - a claims data analysis with focus on complementary medicine. *BMC health services research* 20(1):651. doi: 10.1186/s12913-020-05501-1
58. Luque Ramos A, Hoffmann F, Spreckelsen O (2018) Waiting times in primary care depending on insurance scheme in Germany. *BMC health services research* 18(1):191. doi: 10.1186/s12913-018-3000-6
59. Muschol J, Gissel C (2021) COVID-19 pandemic and waiting times in outpatient specialist care in Germany. An empirical analysis. *BMC health services research* 21(1):1076. doi: 10.1186/s12913-021-07094-9
60. Schwierz C, Wübker A, Wübker A et al. (2011) Discrimination in waiting times by insurance type and financial soundness of German acute care hospitals. *The European journal of health economics : HEPAC : health economics in prevention and care* 12(5):405–416. doi: 10.1007/s10198-010-0254-2
61. Wietersheim Jv, Knoblauch JD, Valdes-Stauber J et al. (2019) Waiting Times For Admission Into A Psychotherapeutic Inpatient Treatment - Results of A Prospective Study In South-Württemberg (Wartezeiten auf die Aufnahme in eine Psychosomatische Klinik – Ergebnisse einer prospektiven Studie in Südwürttemberg). *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie* 69(8):323–331. doi: 10.1055/a-0813-1123
62. Sterl E, Böhme J (2016) Potential for intervention of private health insurers in discharge management using the example of stroke patients (Interventionspotenzial einer privaten Krankenversicherung beim Entlassmanagement am Beispiel von Schlaganfall-Patienten). *Versicherungsmedizin* 69(2):73–75
63. Achstetter K, Blümel M, Köppen J et al. (2022) Assessment of health system performance in Germany. Survey-based insights into the perspective of people with private health insurance. *The International journal of health planning and management* 37(6):3103–3125. doi: 10.1002/hpm.3541
64. Achstetter K, Köppen J, Haltaufderheide M et al. (2022) Health Literacy of People with Substitutive Private Health Insurance in Germany and Their Assessment of the Health System Performance According to Health Literacy Levels. Results from a Survey. *International journal of environmental research and public health* 19(24). doi: 10.3390/ijerph192416711
65. Blümel M, Röttger J, Köppen J et al. (2020) Integrating the Population Perspective into Health System Performance Assessment (IPHA). Study Protocol for a Cross-Sectional Study in Germany Linking Survey and Claims Data of Statutorily and Privately Insured. *International journal of health policy and management* 9(9):370–379. doi: 10.15171/ijhpm.2019.141



66. Achstetter K, Köppen J, Hengel P et al. (2022) Drivers of patient perceptions of health system responsiveness in Germany. *The International journal of health planning and management* 37 Suppl 1:166–186. doi: 10.1002/hpm.3570
67. Achstetter K, Köppen J, Hengel P et al. (2021) Methodological Challenges and Lessons Learned in the Scientific Use of Data from a Private Health Insurance Company within the IPHA Project (Methodische Herausforderungen und Lessons Learned bei der wissenschaftlichen Nutzung von Daten eines privaten Krankenversicherungsunternehmens im Rahmen des Projekts IPHA). *Gesundheitswesen*. doi: 10.1055/a-1658-0584
68. Neusius T, Teegelbekkers-Schmitz T, Kampmann S et al. (2020) PKV der Zukunft. Wo geht die Reise hin? <https://www2.deloitte.com/de/de/pages/financial-services/articles/pkv-der-zukunft.html>
69. zeb (2021) Der Weg zum Gesundheitsdienstleister. Studie zum privaten Krankenversicherungsmarkt 2021. <https://zeb-consulting.com/de-DE/publikationen/der-weg-zum-gesundheitsdienstleister>
70. zeb (2022) Digitalisierungsschub durch Gesundheitservices. Neue Wege im Krankenleistungsmanagement. <https://zeb-consulting.com/de-DE/publikationen/der-weg-zum-gesundheitsdienstleister>
71. Ameln Ov, Lücke J (2023) Die Rolle der PKV im Gesundheitssystem der Zukunft. <https://future. adesso-insure.de/studie-pkv>. Accessed 15 Aug 2023
72. Kelle U (2014) *Mixed Methods*
73. Jacke CO, Wild F (2022) Tag der Versorgungsforschung - „WIP-Tag der Versorgungsforschung 2022“ – Entwicklungen unter Pandemiebedingungen. *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement* 27(06):290–292. doi: 10.1055/a-1968-2974