

**Die Repräsentation von Versicherten und Patienten in der
Gesetzlichen Krankenversicherung durch Selbstverwal-
tung und Kassenwahl**

**- Theoretische Erfolgsfaktoren, praktische Erfahrungen,
Optimierungspotenzial und Reformperspektiven -**

Antrag an die Hans-Böckler-Stiftung

Bernard Braun

Rainer Müller

Heinz Rothgang

Stefan Greß

Jürgen Wasem

Bremen/Essen, 30. Juni 2003

1 Allgemeine Angaben

1.1 Antragsteller

Dr. Bernard Braun, geb. 1949, geschieden

Prof. Dr. Rainer Müller, geb. 1941, verheiratet (Federführung)

Dr. Heinz Rothgang, geb. 1963, verheiratet

Zentrum für Sozialpolitik

Universität Bremen

(Budget verwaltende Institution)

Dr. Stefan Greß, geb. 1967, ledig

Prof. Dr. Jürgen Wasem, geb. 1959, verheiratet

Alfried Krupp von Bohlen und Halbach-Stiftungslehrstuhl für Medizinmanagement

Universität Duisburg-Essen, Standort Essen

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. Rainer Müller

Zentrum für Sozialpolitik

Parkallee 39

D 28209 Bremen

Tel.: +49 421 218 4377

Fax: +49 421 218 7540

email: dkoch@zes.uni-bremen.de

1.2 Vorgesehene Projektleitung

Die Projektleitung erfolgt durch die Antragsteller unter Federführung von Prof. Dr. Rainer Müller.

1.3 Vorgesehene Projektbearbeitung

Die Mitarbeiterstellen zur Projektbearbeitung werden ausgeschrieben.

1.4 Antragstitel

Die Repräsentation von Versicherten und Patienten in der Gesetzlichen Krankenversicherung durch Selbstverwaltung und Kassenwahl – Theoretische Erfolgsfaktoren, praktische Erfahrungen und Optimierungspotenzial

1.5 Kurztitel

Die Repräsentation von Versicherten und Patienten in der GKV

1.6 Forschungsförderungsschwerpunkt

Zukunft des Sozialstaates

1.7 Bezüge zur Genderperspektive/-forschung

In diesem Forschungsvorhaben sollen zwei verschiedene Modi zur Repräsentation von Versicherten- und Patienteninteressen in der Gesetzlichen Krankenversicherung und deren Wechselwirkungen untersucht werden. Dabei ist von einer geschlechtsspezifischen Wahrnehmung dieser Repräsentationsmodi auszugehen, die aber empirisch noch weiter untersucht werden muss. So sind Frauen bei den aus Sozialwahlen hervorgehenden Versichertenvertretern mit Sicherheit aus zwei Gründen deutlich unterrepräsentiert: Die mitversicherten Familienangehörigen, d.h. mehrheitlich Frauen sind nicht wahlberechtigt und Frauen sind auch in den gewerkschaftlichen Führungspositionen in den Betrieben und bei den hauptamtlichen Funktionären, also in Positionen aus deren InhaberInnen wiederum die Mehrheit der Kandidaten für Selbstverwaltungsmitglieder stammen, in der Minderheit. Im Hinblick auf die Häufigkeit von Kassenwechseln sind geschlechtsspezifische Unterschiede nicht bekannt (Knaus/Nuscheler 2002; Schwarze/Andersen 2001) aber im Hinblick auf die unterschiedlichen Risikopräferenzen von Männern und Frauen in der Erwerbsphase nicht auszuschließen. Allerdings ist es für die Fragestellung dieses Projektes von hohem Interesse, aus welchen Gründen ein Kassenwechsel stattfindet. Etwaige geschlechtsspezifische Unterschiede wären auch politisch von hoher Relevanz, wenn diesbezüglich Kenntnisse dazu beitragen könnten, etwa die Wechselneigung von Frauen gezielt zu erhöhen und ihnen damit mehr Einfluß zu verschaffen. Bestätigt sich die Arbeitshypothese von einer geschlechtsspezifischen Wahrnehmung der untersuchten Repräsentationsmodi, kommt damit dem Verhältnis dieser Modi untereinander auch unter Genderperspektive eine gesteigerte Bedeutung zu.

1.8 Anwendungsorientierter Nutzen/Transferqualität

Die gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland werden durch einen Mix von Steuerungsformen beeinflusst: Direkte Steuerung durch den Staat, Selbstverwaltung durch ehrenamtliche Verbandsvertreter, die durch Sozialwahlen legitimiert sind, und Steuerung durch wettbewerbliche Mechanismen stehen weitgehend unkoordiniert nebeneinander. Hinzu kommt eine bisher nur schwach kodifizierte und eher informell wirkende, jüngst aber zunehmende Einflussnahme durch diverse Patienten-, gesundheitsbezogene Verbraucherorganisationen sowie Selbsthilfeszusammenschlüsse. Folgt die derzeitige Regierung den im Koalitionsvertrag beschriebenen Vorhaben, wird die mittlere (kollektivvertragliche) Steuerungsebene der gemeinsamen Selbstverwaltung nach der nächsten Gesundheitsreform an Bedeutung verlieren und die Steuerung durch wettbewerbliche (einzervertragliche) Mechanismen an Bedeutung gewinnen.¹ Damit wird auch die Bedeutung des Einflusses der einzelnen Versicherten auf das Unternehmen Krankenkasse zunehmen, weil die Krankenkassen in zunehmendem Maße Instrumente zur Beeinflussung des Versorgungsgeschehens in die Hand bekommen. Bezogen auf diese Entwicklungsperspektive hat das hier beschriebene Forschungsvorhaben erstens das Ziel, relevante empirische Forschungslücken im Bezug auf die Repräsentation von Versicherten in den Krankenkassen zu schließen. Auf der Grundlage dieser Empirie und bekannter – allerdings bislang in diesem Kontext wenig genutzter – theoretischer Grundlagen soll das Projekt außerdem Argumentationshilfen in folgenden Bereichen liefern:

- grundsätzliche Funktionsbedingungen,
- tatsächliche Funktionsfähigkeit und
- Reformperspektiven zur Optimierung

der Repräsentationsmechanismen Selbstverwaltung und Kassenwahl und. Es sollen Konzepte für einen zukunftsfähigen „Mix“ dieser Repräsentationsmodi entwickelt werden. Der Repräsentationsmodus „Selbsthilfe“ soll vor allem durch die Kooperation mit einem ebenfalls von der Böttcher-Stiftung geförderten Forschungsvorhaben von „Braintools“ einbezogen werden.

Für die Versicherten (Voll- wie Zusatzversicherte) der Privaten Krankenversicherung (PKV) - rund 8% der deutschen Bevölkerung - existiert keine vergleichbare Voice-Option (fehlende Selbstverwaltung) und allenfalls eine halbierte bzw. nur für jüngere Mitglieder rationale Exit-Option.² Die Möglichkeiten der Interessenartikulation und -repräsentation durch die Ausgestaltung individueller Versicherungsverträge sind für PKV-Vollversicherte praktisch begrenzt und

¹ So heißt es auf Seite 54 des Koalitionsvertrages: „Die Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen und die Krankenkassen werden in die Lage versetzt, neben den notwendigen kollektiven Verträgen Einzelverträge mit festgelegten Qualitätsniveaus abzuschließen. Der Kontrahierungszwang wird modifiziert.“

² Zwar besteht die Möglichkeit der Kündigung. Da die bis dahin angesparten „Altersrückstellungen“ im Kündigungsfall aber nicht mobilisiert und dem Versicherten „mitgegeben“ werden, sondern vielmehr an

konzentrieren sich hauptsächlich auf monetäre Gestaltungsmöglichkeiten. Etwas anders sieht dies bei Versicherten aus, die weiterhin voll in der GKV versichert sind und die PKV nur nutzen, um bestimmte Leistungen in Anspruch nehmen zu können. Ob, wie und warum sich die Zufriedenheit mit und Bindung an ihre Versicherung zwischen Personen unterscheidet, die allein in der GKV, allein in der PKV oder dort nur zusatzversichert sind, soll anhand einer Sekundärauswertung mehrerer Bevölkerungsumfragen (z.B. Janssen-Cilag, Bertelsmann-Gesundheitsmonitor) genauer untersucht werden.

1.9 Bezüge zu den Querschnittsthemen des Forschungsförderprogramms

Ein Bezug zu den Querschnittsthemen des Forschungsförderprogramms ergibt sich im Bereich der „nachhaltigkeitsgerechten Zukunftsgestaltung“ und der Forderung nach dazu geeigneten Politikkonzepten. In der Einheit von ökonomischen, ökologischen und sozialen Gestaltungsprinzipien dieser Konzepte spielt die wirkungsvolle Partizipation von BürgerInnen, Versicherten und PatientInnen und die strukturell verlässlich erfahrbare Orientierung an ihren Interessen eine bedeutende Rolle für die Akzeptanz wie die Effektivität und Effizienz politischer Regulation. Das für den gesamten Lebenslauf unkalkulierbare Erkrankungsrisiko und das damit verbundene Verunsicherungspotenzial sind schon allgemein Bedingungen, die negativ auf die Bereitschaft und Fähigkeit von Individuen wirken können, die künftigen gesellschaftlichen Verhältnisse mitzugestalten. Wenn dann bei Versicherten und/oder PatientInnen noch der Eindruck entsteht, das Gesundheitswesen kümmere sich nur unzulänglich um ihre realen Interessenlagen und mache auch nichts, die vorhandenen Repräsentationsmodi und –kanäle zu verbessern oder zu ergänzen, gehen dem Ziel nachhaltigkeitsgerechter Zukunftsgestaltung weitere subjektive Ressourcen verloren.

Über die Querschnittsthemen hinaus knüpft das vorgeschlagene Forschungsvorhaben an die im Förderungsschwerpunkt „Zukunft des Sozialstaates“ angesprochene Frage eines neuen „Steuerungs- und Policy-Mix“ (Punkt 5.2) an. Im Zentrum des Vorhabens steht genau die Frage, wie Instrumente zur Optimierung der Repräsentation von Versicherteninteressen neu justiert werden können. Letztendlich bedeutet das auch, dass Versicherte durch effektive Repräsentationsmodi aktiviert und in ihrem eigenverantwortlichen Handeln gestärkt werden.

1.10 Voraussichtliche Gesamtdauer

30 Kalendermonate

1.11 Dauer der beantragten Förderung

30 Kalendermonate

1.12 Beginn der Förderung

1.1.2004

1.13 Datum der Antragstellung

30.6.2003

2 Kurzfassung

Ziel des geplanten Forschungsvorhabens ist es, zwei Repräsentationsmodi von Versicherten- und Patienteninteressen in der Gesetzlichen Krankenversicherung, nämlich „Kassenwahl und -wettbewerb“ sowie „Selbstverwaltung durch Sozialwahlen“ zunächst isoliert und dann in ihrem Wechselspiel zu untersuchen. Bei der Untersuchung der einzelnen Modi gilt es jeweils, die institutionellen Regelungen detailliert zu beschreiben, die Funktionsbedingungen des einzelnen Repräsentationsmodus theoretisch zu erörtern sowie empirisch zu prüfen, ob es dem jeweiligen Modus gelingt, die Interessen der Versicherten/Verbraucher angemessen zu repräsentieren.

Da von der Arbeitshypothese ausgegangen wird, dass die beiden genannten Mechanismen – ebenso wie auch ein dritter Mechanismus „Patienten-/Verbraucherorganisation/Selbsthilfe“ – Funktionsdefizite aufweisen, sollen im nächsten Schritt die Ursachen für diese Funktionsdefizite durch Konfrontation der theoretischen Funktionsbedingungen mit der institutionellen Ausgestaltung in Deutschland aufgedeckt werden. Im letzten Schritt ist dann zu fragen, welche Maßnahmen ergriffen werden können, um die Funktionalität des jeweiligen Mechanismus zu erhöhen.

Allerdings geht es in diesem Forschungsvorhaben nicht nur um die parallele Untersuchung der genannten Mechanismen, sondern zentral auch um die Analyse der Wechselwirkungen zwischen diesen Repräsentationsmodi. Hierbei wird als Arbeitshypothese unterstellt, dass die Funktionalität des Gesamtsystems gesteigert werden kann, wenn verschiedene Mechanismen in geeigneter Weise kombiniert werden und sich verschiedene Repräsentationsmodi wechselseitig verstärken. Dementsprechend gliedert sich das geplante Forschungsvorhaben in drei Arbeitspakete – zwei davon haben die Untersuchung der Repräsentationsmodi isoliert voneinander zum Gegenstand, das dritte und letzte analysiert das Wechselspiel der Modi miteinander und erarbeitet Reformperspektiven.

Im ersten Arbeitspaket wird der Repräsentationsmodus Exit (Abwanderung) analysiert. In der GKV wird dieser Modus durch die Möglichkeit der Versicherten dargestellt, im Rahmen des Kassenwettbewerbs ihre Krankenkasse zu wechseln. Dazu gilt es zunächst die theoretischen Funktionsbedingungen für einen zielführenden Kassenwettbewerb zu untersuchen als auch empirisch das tatsächliche Wechselverhalten der Versicherten in der GKV zu analysieren. An dieser Stelle sollen mit Hilfe einer Repräsentativbefragung im Rahmen des Bertelsmann-Gesundheitsmonitors bestehende Forschungslücken – insbesondere im Hinblick auf Gründe für das Nicht-Wechseln von Krankenkassen – geschlossen werden. Abschließend wird danach gefragt, auf welche Art und Weise die Funktionsfähigkeit des Repräsentationsmodus Exit in der Zukunft optimiert werden kann.

Der Repräsentationsmodus Voice (Widerspruch) in der GKV besteht aus zwei Komponenten. Die erste Komponente – die institutionell verankerte Mitsprache von Versicherten in der Selbstverwaltung der Krankenkassen – wird im zweiten Arbeitspaket analysiert. Im Hinblick auf die Selbstverwaltung gilt es ebenfalls zunächst, die theoretischen Funktionsbedingungen darzustellen. Es ist vor allem danach zu fragen, ob die institutionelle Verfassung und Einbettung der Selbstverwaltung in das institutionelle Gesamtgefüge der Einzelkasse und der GKV die in ihr repräsentierten Versicherteninteressen überhaupt praktisch zur Geltung bringen kann. Darüber hinaus sind in diesem Arbeitspaket weit reichende empirische Forschungslücken über das tatsächliche Funktionieren des Repräsentationsmodus Selbstverwaltung – insbesondere im Hinblick auf die Effektivität der Sozialwahlen und die Effekte der durch das GSG 1992 geschaffenen neuen Rahmenbedingungen der Selbstverwaltung – zu schließen. Auf der Grundlage sowohl der theoretischen Überlegungen als auch der umfassenden empirischen Analyse sollen abschließend Möglichkeiten aufgezeigt werden, die Funktionsfähigkeit der Selbstverwaltung im Hinblick auf die Repräsentation von Versicherteninteressen zu erhöhen.

In einem weiteren Arbeitspaket war ursprünglich geplant, die Untersuchung der zweiten Komponente von Voice in der GKV – die Vertretung von Versicherteninteressen durch Patientenberatungs- und Verbraucherorganisation sowie durch Selbsthilfe zu untersuchen. Diese zweite Komponente von Voice ist wesentlich jüngeren Ursprungs als die Selbstverwaltung und in wesentlich geringerem Umfang institutionalisiert. Es ist aber zukünftig mit einem nachhaltigen Bedeutungsgewinn dieses Repräsentationsmodus zu rechnen. Hierauf deutet auch der Koalitionsvertrag hin. Es stellt sich daher die Frage nach den Ursachen für das Entstehen der zweiten Komponente von Voice. Bei einer Untersuchung dieser Frage ist auch hier von theoretischen Überlegungen dazu auszugehen, welche Bedingungen für die Funktionsfähigkeit von Patientenberatungs- und Verbraucherorganisation sowie Selbsthilfe gegeben sein müssen. Vor diesem Hintergrund kann die empirische Analyse dann das Ziel verfolgen, vorhandene Forschungslücken vor allem im Hinblick

blick auf die Rolle von Unternehmen der Gesundheitswirtschaft bei der finanziellen Unterstützung von Selbsthilfegruppen sowie die Stärkung des Verbraucherschutzes zu schließen. Abschließend könnten Vorschläge für die Optimierung dieser zweiten Komponente von Voice erarbeitet werden. Nach Absprache mit der Leiterin der Abteilung Forschungsförderung der Hans Böckler Stiftung wird dieses Arbeitspaket aus forschungsökonomischen Gründen derzeit aber nicht weiter verfolgt. Vielmehr wird zu prüfen sein, inwieweit die genannten Fragestellungen durch eine Kooperation mit dem von der Hans Böckler Stiftung geförderten Projekt von „Braintools“ beantwortet werden können.

Im dritten und letzten Arbeitspaket steht das Wechselspiel zwischen den drei Repräsentationsmodi im Mittelpunkt der Analyse. Im ersten Schritt werden grundsätzliche Überlegungen zu Wechselwirkungen zwischen Exit und Voice auf die GKV übertragen. Empirisch werden diese Wechselwirkungen am Beispiel des Angebots von Präventions- und Satzungsleistungen durch die Krankenkassen untersucht. Ein Schwerpunkt des dritten Arbeitspaketes ist darüber hinaus die Erarbeitung von Reformoptionen für einen zukunftsweisenden „Mix“ der Repräsentationsmodi, der den Grundprinzipien einer responsiven, effizienten und effektiven, das Solidarprinzip währenden Gesundheitsversorgung Rechnung trägt.

3 Gesellschaftspolitischer Begründungszusammenhang

Im Rahmen der durch einen Prüfbericht des Bundesrechnungshofes Anfang 2002 zu Tage geförderten unzulänglichen Effektivität der Arbeitslosenvermittlung durch die Bundesanstalt für Arbeit geriet neben den hauptamtlichen professionellen Akteuren der Bundesanstalt auch die in diesem Sozialversicherungszweig drittelparitätische Selbstverwaltung durch Versicherten-, Arbeitgeber- und Vertreter der Bundesregierung selbst ins Kreuzfeuer der Kritik. Dabei ging es sowohl um die praktischen Möglichkeiten der Selbstverwaltung, die Tätigkeit der Bundesanstalt – vom Präsidenten bis auf die Ebene des einzelnen Arbeitsamtes - zu kontrollieren als auch um ihre grundsätzliche Fähigkeit, die Interessen der Versicherten der Arbeitslosenversicherung dort wirksam einzubringen und in Verwaltungshandeln umzusetzen.

Unabhängig davon, wie sich die Stellung der Selbstverwaltung in der Bundesanstalt zukünftig noch verändert, wurde zum ersten Mal in der bundesrepublikanischen Geschichte der selbstverwalteten Sozialversicherung ernsthaft und praktisch an der Funktionsberechtigung dieser Form der Repräsentation gezweifelt und über einen ordnungspolitischen Systemwechsel, d.h. über einen grundsätzlichen Umbau traditioneller Steuerungs- und Kontrollmechanismen eines öffentlich-körperschaftlich verfassten Sozialversicherungsträgers nachgedacht. Die seit langem von Wissenschaft und Politik geäußerten Zweifel an der Funktionsfähigkeit der Selbstverwaltung führten

bisher nämlich nicht zur offenen Forderung nach ihrer Abschaffung. Die Schlussfolgerung liegt nahe, dass sich die Zweifel an der Funktionsfähigkeit von Repräsentationsmöglichkeiten für die Versicherten auch auf die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) übertragen lassen.

Auch in der GKV erfolgt die Interessenwahrnehmung der Betroffenen stellvertretend durch intermediäre Organisationen, die Krankenkassen. Diese Stellvertreterfunktion der Krankenkassen wirft allerdings neue Probleme auf. Hierzu gehört erstens die Frage, wie „die Interessen der Versicherten“ Eingang in die Sichtweisen, Zielsetzungen und Handlungsweisen der Krankenkassen finden. Zweitens ergibt sich für die Krankenkassen das Problem, es mit einer Vielfalt gleichzeitiger und unterschiedlicher, wenn nicht gar gegensätzlicher Interessen zu tun zu haben. Interessensinkongruenzen zeigen sich dabei zum einen zwischen Beitragszahlern, Beschäftigten und Unternehmen hinsichtlich der Finanzierung, zum anderen aber auch zwischen den Beitragszahlern – zu denen auch die Arbeitgeber zählen –, die vor allem an einer Beitragsbegrenzung interessiert sind, und den Patienten, die im Krankheitsfall erwarten, ohne monetären Rücksichten alles für ihre Gesundheit Mögliche zu erhalten. Hier stellt sich also die Frage, wie und mit welchem Ergebnis dieser mehrfache „Interessen-Spagat“ bewältigt wird. Ein drittes Problem entspringt der Organisation intermediärer Prozesse selber. Die dafür notwendigen eigenständigen Institutionen – in unserem Fall die Krankenkassen – weisen zwei organisatorische bzw. strukturelle Eigenheiten und Dynamiken auf, die für ihre Funktionsfähigkeit und Bestandssicherheit wichtig sind, diese Funktionsbedingungen selbst aber auch zerstören können. Gemeint sind erstens die Bürokratisierungs-, Formalisierungs- und Standardisierungstendenzen dieser immer größer und zentraler werdenden Sozialversicherungsinstitutionen und die damit verbundene Entindividualisierung und Ferne zu individuellen Bedarfen von verwaltungsförmigen Entscheidungen. Zweitens entwickelt sich auch in diesen Organisationen ein „Interesse an sich selbst“, das u.a. eigenständige Wahrnehmungs-, Thematisierungs- und Deutungsmuster umfasst. Driften die individuellen Bedarfe der Versicherten und die strategischen Ziele der Krankenkassen – als Folge intermediärer Vergesellschaftung von Problemen – zu weit auseinander, drohen nachhaltige Effektivitäts- und Akzeptanzverluste. Dadurch kann das GKV-System delegitimiert und mittel- bis langfristig in seinem Bestand gefährdet werden.³ Wie in jedem intermediären System muss daher auch in der GKV ein Hauptaugenmerk darauf liegen, das Auseinanderdriften von Versicherten- und Organisationsinteressen zu vermeiden und dauerhafte und wirksame Repräsentationsformen für die Versicherten zu finden.

³ Folgt man der Annahme, ein funktionsfähiges Gesundheitswesen habe durch die Reduktion von biographischer Unsicherheit auch Funktionen für die Bereitschaft und Fähigkeit zu gesellschaftlichem Handeln und das Vertrauen in die Zukunft, wirken sich Delegitimationsprozesse der beschriebenen Art auch auf die gesamtgesellschaftliche Stabilität aus.

Hirschmann (1970) zeigt, dass es dazu grundsätzlich zwei Mechanismen gibt.⁴ Unter *Exit* (*Abwanderung*) ist zu verstehen, dass der Organisation oder dem Unternehmen durch Abwanderung der Mitglieder oder Kunden Unzufriedenheit signalisiert wird. *Voice* (*Widerspruch*) dagegen bedeutet, dass die unzufriedenen Organisationsmitglieder oder Unternehmenskunden durch Einwirkung innerhalb des Unternehmens die Ursachen ihrer Unzufriedenheit abzustellen versuchen. Hirschmann plädiert dann letztlich für eine Kombination beider Mechanismen, insbesondere innerhalb komplexer sozialer Systeme wie Bildung oder Gesundheit (Hirschmann 1970).

In der GKV gibt es in der Tat Elemente beider Repräsentations- und Steuerungsmodi. Die über fast ein Jahrhundert dominierende Form der Selbstverwaltung bewusst staatsferner eigenständiger Krankenkassen durch Vertreter von Versicherten und Arbeitgebern und deren legitimatorischen Verbindung zu ihrer Basis durch so genannte Sozialwahlen, ist eine historische Konkretisierung der „voice“-Option. Mit den ersten empirisch begründeten Zweifeln an der organisatorischen Funktionsfähigkeit und der Bedarfsangemessenheit dieser Form der Repräsentation entwickeln sich im deutschen Gesundheitssystem seit etwa 30 Jahren zusätzliche Repräsentationsformen, die durch die zusätzliche Bündelung und öffentliche Artikulation von gesundheitlichen Problemen Einfluss auf die Sicht- und Handlungsweisen der intermediären Institutionen des Gesundheitssystems nehmen wollen. Dazu gehört vor allem die schnell wachsende Zahl von zuerst weitgehend informellen Selbsthilfegruppen kranker Bürger oder Versicherter. Beginnend in den 90er Jahren werden sie zu zunehmend formelleren Bestandteilen der Interessenartikulation und – einflussnahme im Gesundheitssystem. Dies geschieht in einer Mischung aus passiver Anerkennung und schließlich aktiver Integration. Mit der seit dem Jahr 2000 existierenden Verpflichtung, Aktivitäten der Selbsthilfegruppen und Patientenorganisationen finanziell zu unterstützen, ist der formelle Institutionalisierungsprozess dieser Art von „voice“-Interessenrepräsentation vorläufig – aber nicht endgültig – abgeschlossen.

Die „exit“-Option, d.h. die Möglichkeit über tatsächliche oder auch nur angekündigte und antizipierte Aus- und Eintritte in unterschiedliche Krankenkassen, z.B. Einfluss auf die Menge, Qualität, den Preis und die Umstände der Gewährung von Gesundheitsleistungen zu nehmen, ist im GKV-System als Standardoption – abgesehen von sehr eingeschränkten Vorläufern für Minderheiten von Versicherten – relativ jung. Die freie Kassenwahl wurde 1993 mit dem Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) für nahezu alle Versicherten eingeführt und kann seit 1996 tatsächlich zur Einflussnahme genutzt werden. Anders als in den meisten anderen Gesundheitssysteme vergleichbarer Länder existieren also gegenwärtig in Deutschland mehrere formelle, d.h. normativ ver-

⁴ Mittels der von Hirschmann als dritten Mechanismus behandelte Loyalty (Loyalität) kann der Vertretene nur seine Zustimmung, nicht aber seine Änderungswünsche zum Ausdruck bringen. Diese Handlungsalternative muß im vorliegenden Zusammenhang daher nicht weiter betrachtet werden.

ankerte und betriebene Repräsentationsmodi beider Grundformen der Interessenartikulation nebeneinander. Die Repräsentation der Versicherten ist durch das Zusammenspiel der verschiedenen Repräsentationsmodi bereits äußerst komplex und kompliziert. Eine empirische Untersuchung und Bewertung der Repräsentationsmodi hat also nicht nur zu untersuchen, ob die Repräsentationsmodi überhaupt in der Lage sind, Interessen zu erkennen, aktiv aufzugreifen und in die institutionelle Binnenwelt zu integrieren, sondern muss sich auch mit den dabei möglicherweise stattfindenden Abwägungs-, Auswahl- und Priorisierungsprozessen beschäftigen.

4 Zielsetzung und Fragestellung des Projektes

Ziel des geplanten Forschungsvorhabens ist es, die beiden Repräsentationsmodi von Versicherten- und Patienteninteressen in der Gesetzlichen Krankenversicherung, nämlich „Kassenwahl und -wettbewerb“ sowie, „Selbstverwaltung durch Sozialwahlen“ zunächst isoliert und dann in ihrem Wechselspiel zu untersuchen. Auf die zunächst ebenfalls geplante Untersuchung des Mechanismus „Patienten-/Verbraucherorganisation/Selbsthilfe“ wird im Rahmen dieses Projektes aus den genannten Gründen bis auf weiteres verzichtet.

Bei der Untersuchung der beiden untersuchten Modi gilt es jeweils

- die institutionellen Regelungen detailliert zu beschreiben,
- die Funktionsbedingungen des Repräsentationsmodus theoretisch zu erörtern
- empirisch zu prüfen, ob es ihm gelingt, die Interessen der Versicherten/Verbraucher angemessen zu repräsentieren.

Da von der Arbeitshypothese ausgegangen wird, dass alle Mechanismen Funktionsdefizite aufweisen, sollen darauf aufbauend die Ursachen für diese Funktionsdefizite durch Konfrontation der theoretischen Funktionsbedingungen mit der institutionellen Ausgestaltung in Deutschland aufgedeckt werden. Im letzten Schritt ist dann zu fragen, welche Maßnahmen ergriffen werden können, um die Funktionalität des jeweiligen Mechanismus zu erhöhen.

Allerdings geht es in diesem Forschungsvorhaben nicht nur um die parallele Untersuchung der genannten Mechanismen, sondern zentral auch um die Analyse der Wechselwirkungen zwischen diesen Repräsentationsmodi. Hierbei wird als Arbeitshypothese unterstellt, dass die Funktionalität des Gesamtsystems gesteigert werden kann, wenn verschiedene Mechanismen in geeigneter Weise kombiniert werden und sich „exit“ und „voice“ wechselseitig verstärken.

Die Zielsetzungen und Fragestellungen des Projektes richten sich somit auf zwei Mechanismen und auf deren Zusammenspiel, also auf drei Bereiche die im folgenden näher dargestellt werden.

Ausdrücklich ausgenommen sind in der Untersuchung die ebenfalls durch Wahlen zustande kommende und legitimierte Selbstverwaltung der ambulanten Leistungsanbieter in den Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) und die so genannte „gemeinsame Selbstverwaltung“ in gesetzlich geschaffenen Bundesausschüssen. Trotz der enormen Bedeutung dieser Ausschüsse für die Art der gesundheitlichen Versorgung setzen sich diese meist aus hauptamtlichen Vertretern von GKV und KV sowie Experten zusammen, so dass eine unmittelbare Repräsentation der Versicherten von vorne herein nicht gegeben ist.

4.1 Kassenwettbewerb

Die Untersuchungsfragen für den Repräsentationsmodus Exit (Verlassen der Krankenkasse durch Wahl einer neuen Krankenkasse) orientieren sich an der oben formulierten Vorgehensweise. Zunächst gilt es die theoretischen Funktionsbedingungen für einen zielführenden Kassenwettbewerb zu untersuchen. Auf Basis des derzeitigen Kenntnisstandes (s. hierzu auch Abschnitt 5.1.1) kann davon ausgegangen werden, dass insbesondere zwei Funktionsbedingungen von entscheidender Bedeutung sind: eine hinreichende Wechselbereitschaft aller Versichertengruppen und ein Interesse der einzelnen Kassen an der Versicherung aller Versicherten. Ist die Wechselbereitschaft einer spezifischen Versichertengruppe wie etwa der chronisch Kranken gering und/oder ist deren Abwanderung für die einzelne Krankenkasse ökonomisch unerheblich oder sogar attraktiv, kann durch einen potenziellen Kassenwechsel kein Druck auf die Kasse zur Verbesserung für deren Versorgungssituation ausgeübt werden. Die vermuteten und im weiteren zu untersuchenden Funktionsdefizite des deutschen Kassenwettbewerb liegen daher vor allem darin, dass zum einen nicht alle Versicherten die gleiche Wechselneigung haben und zum anderen die Kassen – trotz der derzeitigen Regelungen des Risikostrukturausgleichs – nach wie vor gute und schlechte Risiken unterscheiden können und sie diesen Umstand zur Risikoselektion nutzen. Im Ergebnis werden die Interessen der schlechten Risiken durch den Exit-Mechanismus des Kassenwettbewerbs dann nicht vertreten.

Zu fragen ist daher zum einen, wie die Wechselbereitschaft der Versichertengruppen erhöht werden kann, die bisher nicht von ihrer Wechselmöglichkeit Gebrauch machen. Hierzu müssen zunächst die Gründe, die in den Augen der Versicherten für und gegen einen Kassenwechsel sprechen, empirisch untersucht werden. Weiterhin ist aber auch zu eruieren, wie den Kassen die Risikoselektion erschwert werden kann bzw. ob und wie es gelingen kann, die Anreize zur Risikoselektion – durch Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs und weiterer Instrumente – abzubauen.

Im Einzelnen ergeben sich damit folgende Untersuchungsfragen:

1. Welche Bedingungen müssen im Hinblick auf Wechselanreize theoretisch erfüllt sein, damit Kassenwettbewerb funktionieren kann?
2. Wie stellt sich das Wechselverhalten in der GKV empirisch dar?
3. Worauf ist eine unzureichende Funktionserfüllung zurückzuführen? D.h.
 - a) Wie groß ist die Wechselneigung der Versicherten – im Zeitablauf und im internationalen Vergleich – in der GKV tatsächlich und in welcher Art und Weise und warum unterscheidet sich das Wechselverhalten von unterschiedlichen Versichertengruppen?
 - b) Auf welche Art und Weise verfolgen Krankenkassen Strategien zur Risikoselektion (gute Risiken halten bzw. anziehen; schlechte Risiken abschrecken)?
4. Wie kann die Funktionserfüllung verbessert werden? D.h.
 - a) Wie können Wechselanreize im System der GKV so gesetzt werden, dass die Attraktivität des Wechsels für alle Versichertengruppen (einschließlich alter und chronisch kranker Versicherter) hoch ist?
 - b) Welche Möglichkeiten und Grenzen bestehen, um durch Bereitstellung unabhängiger Information eine informierte Wahl der Versicherten herbeizuführen?
 - c) Wie kann die Risikoselektion durch Krankenkassen eingeschränkt werden?

4.2 Selbstverwaltung

Auch bei der Selbstverwaltung gilt es zunächst, die theoretischen Funktionsbedingungen einer Repräsentation der Versicherteninteressen darzustellen. Dabei ist prinzipiell der Tatsache Rechnung zu tragen, dass Beitragszahler- und Patienteninteressen berücksichtigt werden müssen.

Hierbei sind zwei Funktionsbedingungen von entscheidender Bedeutung: Tragen die normativen, organisatorischen und prozeduralen Umstände der Bildung von Selbstverwaltungsorganen dazu bei, die Interessen der Versicherten widerzuspiegeln? Erlaubt die institutionelle Verfassung und Einbettung der Selbstverwaltung in das institutionelle Gesamtgefüge der Einzelkasse und der GKV, die in ihr repräsentierten Versicherteninteressen überhaupt praktisch zur Geltung bringen zu können?

Aus früheren Untersuchungen (s.u.) und einer ersten Beobachtung der aktuellen Praxis ergeben sich aber in mehrerlei Hinsicht Zweifel daran, dass die Selbstverwaltungsorgane die Versicherteninteressen umfassend repräsentieren können. Diese Vermutung folgt insbesondere daraus, dass bei den alle fünf Jahre erfolgenden Sozialwahlen immer noch in der Mehrzahl der Krankenkassen tatsächliche Wahlen durch so genannte „Friedenswahlen“ ersetzt werden. Bei einer „Friedenswahl“ nach § 46 Abs. 3 SGB IV gelten Vorschlagslisten als gewählt, wenn nicht mehr Bewerber benannt sind, als gewählt werden können. So fand – nach Angaben des Bundesverbandes der Verbraucherzentralen – 1999 bei insgesamt 796 der 810 Versicherungsträger überhaupt keine Wahlhandlung statt, da die eingereichten Vorschlagslisten in der Regel die Zahl der zu vergebenen Plätze nicht überschreiten („Friedenswahl“). In diesem Falle betrachtet das Gesetz die Wahl der entsprechenden Kandidaten auch ohne eigentlichen Wahlvorgang als erfolgt. Lediglich bei 14 –

allerdings mitgliederstarken – Krankenkassen kam es zu echten Wahlprozessen. Allerdings lag die Wahlbeteiligung dabei auch nur bei knapp 40%. Trotz des enormen Kostenaufwands bei der Organisation der Sozialwahlen von über 35 Mio. € (für 1999) ist die unmittelbare Versichertenbeteiligung und effektive Wahlbeteiligung damit mangelhaft.

Diese in demokratiethoretischer Hinsicht einmalige Ausschaltung tatsächlicher Wahlen und der damit verbundenen Einwirkungsmöglichkeiten der Versicherten auf die Zusammensetzung der Selbstverwaltung durch Friedenswahlen können die bisherigen verbandlichen Träger der Selbstverwaltung wie beispielsweise die DGB-Gewerkschaften nach wie vor durch eine interne Einigung über die Zusammensetzung der Mitglieder des zukünftigen Verwaltungsrates betreiben. Bei der hier sichtbaren aber auch anderweitig großen Bedeutung etablierter sozialer Verbände stellt sich zusätzlich die Frage, ob und in welcher möglicherweise einseitigen Hinsicht z.B. Gewerkschaften und die von ihnen benannten Selbstverwaltungsmitglieder die spezifischen ökonomischen aber vor allem gesundheitsbezogenen Interessen von Mitgliedern einer Krankenversicherung repräsentieren können. Unabhängig davon, dass die Gewerkschaften quantitativ nur eine Minderheit der BürgerInnen organisieren, existieren auch berechtigte Zweifel an ihrer qualitativen Repräsentativität. So sind z.B. Frauen oder ältere Personen aus unterschiedlichen Gründen unterrepräsentiert. Selbst die Repräsentativität von tatsächlichen Wahlen ist aber dadurch eingeschränkt, dass nur beitragszahlende Mitglieder wahlberechtigt sind, mitversicherte erwachsene Versicherte aber nicht.

Zusätzlich zu diesen hemmenden Bedingungen für die Repräsentation von Versicherteninteressen durch Selbstverwaltung zeigen sich aber auch in ihrem Steuerungsalltag alte und neue Friktionen. Hierzu zählen z.B. die eher noch zunehmende Tendenz der Verlagerung von Entscheidungen über wichtige Leistungen auf die Ebene zentraler Verbände oder in den Bereich der faktisch und im wortwörtlichen Sinn „selbstverwalterfreien“ gemeinsamen Selbstverwaltung der Bundesausschüsse von Krankenkassen und Anbietern oder die nach wie vor schwierige Grenzziehung zwischen den Aufgaben von Verwaltung und Selbstverwaltung.

Zu fragen ist also hier, ob und wie – unter Nutzung von Erkenntnissen über andere funktionsfähige repräsentativen Interessenvertretungen (z.B. der in Betrieben) – die Repräsentation von Versicherteninteressen durch Sozialwahlen und durch gewählte Organe von Versicherten- und Arbeitgebervertretern überhaupt noch sinnvoll und möglich ist, und wenn ja, wie sie zu verbessern ist.

Diese Frage stellte sich schon immer, aber angesichts der Nichtexistenz alternativer Repräsentationsmodi und von ihnen ausgehenden Steuerungsimpulsen meist nur als theoretischer Diskurs. Von der Nutzung der Exit-Option gehen nun jedoch kräftige und direkte praktische Anreize für das Handeln der Krankenversicherungsträger aus. Unabhängig davon, ob man dies als die Einwirkung einer sozial sehr spezifischen Minderheit unter den Mitgliedern kritisiert, stellt sich die Fra-

ge, wie man ähnlich kräftige und legitimierte Impulse aus dem Bereich der Voice-Option erreichen kann. Als Kandidat hierfür kommt eigentlich nur eine Reaktivierung der Legitimation durch Wahlen in Frage.

Im Einzelnen ergeben sich folgende Untersuchungsfragen:

1. Welche Bedingungen müssen erfüllt sein, damit Selbstverwaltung im Sinne der Interessenrepräsentation funktioniert?
2. Inwieweit sind diese Bedingungen z.Zt. erfüllt und wie (wenig) funktioniert die Selbstverwaltung im Sinne der Interessenrepräsentation?
3. Wie laufen Sozialwahlen ab?
 - Organisatorische Bedingungen
 - „Friedenswahlen“?
 - Zutrittsmöglichkeiten für neue Listen
4. Wie wird die Funktionalität der Sozialwahlen im Sinne der Partizipation von Versicherten eingeschätzt
 - a) von Versicherten
 - b) von Gewählten?
5. Welche Indikatoren gibt es für Dysfunktionalitäten in der Selbstverwaltung?
6. Welche Veränderungen oder Verbesserungen ergaben sich durch die durch das GSG für die Selbstverwaltung und das Verhältnis von ihr zur Kassenverwaltung geschaffenen neuen Bedingungen?
7. Welche weiteren Möglichkeiten bestehen, die Funktionalität der Selbstverwaltung zu erhöhen?

4.3 Zusammenspiel der Mechanismen

In der theoretischen Literatur (Hirschmann 1970) wird davon ausgegangen, dass eine sinnvolle Ergänzung der Repräsentationsmodi „Exit“ und „Voice“ möglich ist. In diesem abschließenden Teil des Projektes soll daher herausgearbeitet werden, unter welchen Bedingungen ein sinnvolles Zusammenwirken möglich ist (erster Schritt). Im zweiten Schritt wird sodann empirisch untersucht, welche Erfahrungen andere europäische Länder mit einer Kombination der Repräsentationsmodi gemacht haben. Im dritten Schritt werden vor dem Hintergrund der ersten beiden Untersuchungsschritte – und natürlich der Erkenntnisse aus den Projektteilen 1 bis 3 – Reformoptionen für die deutsche GKV im Hinblick auf ein optimiertes Zusammenwirken der Repräsentationsmodi erörtert.

Im Einzelnen ergeben sich damit folgende Untersuchungsfragen:

1. Theoretische Perspektive: Inwieweit können sich die untersuchten Repräsentationsmodi untereinander sinnvoll ergänzen und inwieweit schließen sie sich gegenseitig aus?
2. Praktische Perspektive: Welche Erfahrungen liegen in anderen Sozialversicherungsstaaten, die sowohl den Voice- als auch den Exit-Mechanismus nutzen, zum Zusammenspiel dieser Mechanismen vor?

3. Welche Reformoptionen ergeben sich aus den beiden Perspektiven – und den Projektergebnissen der Projektteile 1 bis 3 - für Deutschland?

5 Forschungsbedarf

5.1 Stand der Forschung

Gemäß der Aufgliederung der Fragestellung wird auch für den Forschungsstand eine Aufgliederung in die zwei zu untersuchenden Repräsentationsmodi und – als dritten Gegenstand – ihr Zusammenwirken vorgenommen.

5.1.1 Kassenwahl

Seit Einführung der umfassenden Kassenwechselföglichkeiten für die Versicherten im Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) von 1992 kommt dem Kassenwechsel der Versicherten entscheidende Bedeutung für die Steuerung der Gesundheitsversorgung zu. Trotz skeptischer Einschätzungen im Hinblick auf die Wechselneigung im Vorfeld (Ullrich et al. 1994) und eines nur zögerlich einsetzenden Wechsels der Versicherten zu anderen Krankenkassen unmittelbar nach Inkrafttreten der entsprechenden Regelungen hat das Ausmaß des Wechsels inzwischen ein – auch im internationalen Vergleich – hohes Ausmaß erreicht.

Die Effekte des Kassenwettbewerbs in der GKV sind allerdings nur in Teilbereichen gut erforscht. So ist bekannt, dass die Wechselintensität der Versicherten seit Einführung der Wahlfreiheit kontinuierlich zunimmt und die Wechselneigung der Versicherten insgesamt sehr stark mit dem Preis der Versicherung (d.h. dem Beitragssatz) korreliert (Greß et al. 2002c). Da in Deutschland nach wie vor deutliche Beitragssatzunterschiede bestehen, unterscheidet sich die Entwicklung des Kassenwettbewerbs hier von der in anderen Sozialversicherungsländern wie etwa in der Schweiz (Colombo 2001) und in den Niederlanden (Greß et al. 2002b), in denen keine gleich großen Preisunterschiede zwischen den einzelnen Versicherungsträgern bestehen. Darüber hinaus zeigen empirische Auswertungen des Sozio-Oekonomischen Panels (SOEP) beim Deutschen Institut für Wirtschaftsforschung, dass nicht alle Versichertengruppen gleichmäßig wechseln (Schwarze/Andersen 2001) und dass dieses unterschiedliche Wechselverhalten nicht durch die Ausgleichsparameter des Risikostrukturausgleichs kompensiert wird (Knaus/Nuscheler 2002). So weisen Kassenwechsler im Durchschnitt einen positiven Deckungsbetrag aus, tragen also – auch unter Berücksichtigung des Risikostrukturausgleichs – zur Subventionierung der anderen Versicherten bei (Lauterbach et al. 2001). Da in erster Linie aber nur die „guten Risiken“ mit unterdurchschnittlichen Leistungsausgaben wechseln, kommen die Interessen der „schlechten Risiken“, d.h. insbesondere der chronisch Kranken und (multimorbiden) Alten nicht zur Geltung.

Eine entscheidende Lücke im Stand der Forschung gibt es im Zusammenhang mit der Frage, warum bestimmte Versichertengruppen eine größere Wechselneigung haben und insbesondere warum andere Gruppen eine geringere oder auch gar keine Wechselneigung haben – obgleich insbesondere die preislichen Wechselanreize für alle Gruppen vergleichsweise hoch sind. So wird im SOEP zwar gefragt, warum die Versicherten wechseln – aber es wird nicht gefragt, warum Versicherten *nicht* wechseln. Das gleiche Problem ergibt sich bei der Auswertung von Exit-Befragungen von Krankenkassen (Braun 1998), die in der Regel ohnehin nicht veröffentlicht werden. Erheblichen Forschungsbedarf gibt es darüber hinaus bei der Analyse von Selektionsstrategien der Krankenkassen, die zwar in Fachkreisen immer wieder – und meist kritisch – diskutiert werden bislang in Deutschland aber noch nicht systematisch untersucht worden sind.

5.1.2 Selbstverwaltung

Das generelle Problem der Vernachlässigung von Mitgliederinteressen in den im gesellschaftlichen Differenzierungsprozess entstandenen sozialen Organisationen und die Notwendigkeit, dies durch gesonderte zusätzliche Strukturen und Verfahren zu vermeiden, ist in einer Reihe älterer theoretischer und empirischer Studien hinreichend und auch für die heutige Debatte noch gültig und nutzbar analysiert und dargestellt worden (Coleman 1982; Coleman 1992; Hirschmann 1970; Kaufmann 1987; Kaufmann et al. 1971; Michels 1910). Allerdings ist diese theoretische Literatur, in der auch die Bedingungen untersucht werden, unter denen Michels „ehernes Gesetz der Oligarchie“ nicht zum Zuge kommt (Lipset et al. 1951; Wippler 1985), bislang noch nicht auf die Gesetzliche Krankenversicherung angewandt worden, so dass mit einer solchen Anwendung theoretisches Neuland betreten wird.

Der Schwerpunkt systematischer empirischer Forschung über die Akzeptanz, Rahmenbedingungen und Funktionsdefizite von Selbstverwaltung in der GKV liegt in den 1970er Jahren und führte damals u.a. zu einem Selbstverwaltungsbericht der Bundesregierung und mehreren wissenschaftlichen Veröffentlichungen unter maßgeblicher Beteiligung Christian v. Ferbers (Ferber 1977). Ein Teil der Defizitanalysen wurden in den 1980er Jahren u.a. durch Fallstudien und Befragung gewerkschaftlicher Selbstverwaltungsmitglieder aktualisiert und erweitert (Braun 1989). Trotz gravierender Veränderungen in den Rahmenbedingungen der GKV-Selbstverwaltung hat in den 1990er Jahre lediglich Fromm die Funktionsweise der Selbstverwaltung am Rande ihrer Untersuchung zur Rolle der Selbstverwaltung bei der Implementation des Arbeits- und Gesundheitsschutzes in der GKV und Unfallversicherung etwas systematischer erforscht (Fromm 1999). Auch die Studien zur demokratie- und steuerungstheoretisch fragwürdigen Wirklichkeit der Sozialwahlen (Winterstein 1983/84) sind meist sehr alt, was insofern problematisch ist als sich evtl. die Relevanz der Wahlen im Bewusstsein der potenziellen Wähler verändert haben könnte – wenn sie denn von dieser Möglichkeit wüssten und Einfluss nehmen könnten.

Zudem ist hinsichtlich des Forschungsstands eine thematische Verengung zu beklagen. So gibt es trotz einer Fülle von Leistungsveränderungen auf GKV- und Einzelkassenebene kaum Untersuchungen über die Rolle, welche die Selbstverwaltung bei der Thematisierung und Implementation oder auch der Dethematisierung von Veränderungen im Leistungsspektrum gespielt hat. Zu den wenigen, überwiegend eher struktur- als handlungstheoretisch orientierten Ausnahmen gehört die Untersuchung des WZB zur Prävention bei den Betriebskrankenkassen und der dabei auch bedachten hemmenden und fördernden Rolle der paritätischen Selbstverwaltung aus dem Jahre 1985 (Hauss et al. 1985). Die jüngsten empirischen Arbeiten über die Selbstverwaltung, wie die bereits erwähnte Studie von Fromm und die Untersuchung von Wattendorf (1999) über die Selbstverwaltung in der Unfallversicherung (Wattendorf 1999) konzentrieren sich auf deren Rolle bei der Umsetzung präventiver Aufgaben im Arbeits- und Gesundheitsschutz und die Möglichkeiten dabei auftauchende Umsetzungsdefizite durch die Qualifizierung von Selbstverwaltern (dies steht bei Wattendorf im Vordergrund) zu beseitigen. Wozu es keine Forschung gibt, ist dagegen die spezifische Rolle der Selbstverwaltung bei der Fülle von neuen gesetzlichen und satzungsmäßigen Leistungen (z.B. Komplementärmedizin, Gesundheitsförderung, Beratungs- und Informationsverhalten der Kassen, Modellversuche im Leistungsbereich) in der GKV bzw. im Rahmen der Satzung einzelner Krankenkassen. Was außerdem völlig fehlt, sind systematische Untersuchungen zum Nebeneinander, synergetischen Miteinander oder Gegeneinander von Selbstverwaltung und Kassenwettbewerb seit Mitte der 90er Jahre und zur Wirkung der seit 1993 geänderten Rahmenbedingungen von Selbstverwaltung (z.B. Einführung des Verwaltungsrates, regelmäßige Wahl des Vorstands).

Insgesamt ist der systematische und empirische Forschungsstand über die tatsächliche Funktionsfähigkeit der Selbstverwaltung in der GKV damit entweder veraltet oder thematisch eingeschränkt und beschäftigt sich lediglich mit der Bedeutung der Selbstverwaltung in einzelnen Gestaltungsfeldern wie z.B. des Arbeits- und Gesundheitsschutzes. Insbesondere die Effekte der mit dem Gesundheitsstrukturgesetz von 1993 vorgenommenen Umstrukturierungen der Selbstverwaltung und ihres Verhältnisses zur hauptamtlichen Ebene in den Kassen und Verbänden⁵ und das mit demselben Gesetz geschaffene Nebeneinander von Selbstverwaltung und Kassenwettbewerb sind bisher nicht untersucht worden.

⁵ Hierzu zählen u.a. die Beendigung des Nebeneinanders von ehrenamtlicher Vertreterversammlung und Vorstand zugunsten der Bildung des Verwaltungsrates als einzigem Selbstverwaltungsorgan, zeitlich befristete Wahl der Vorstandsvorsitzenden, Möglichkeit zur Bildung lokaler und regionale „Selbstverwaltungsorgane“ (§ 31 Abs.4 SGB IV) mit gegenüber dem Verwaltungsrat deutlich eingeschränkten Kompetenzen in fusionierten Krankenkassen.

5.1.3 Zusammenspiel der Mechanismen

Zum Zusammenspiel der Mechanismen Exit und Voice gibt es nur wenige theoretische Vorarbeiten. Exit (Abwanderung) ist ein essentiell *ökonomisches* Konzept: "... the exit option is widely held to be uniquely powerful: by inflicting revenue losses on delinquent management, exit is expected to induce that 'wonderful concentration of the mind' akin to the one Samuel Johnson attributed to the prospect of being hanged" (Hirschmann 1970: 21). Abwanderung setzt allerdings Wahlmöglichkeiten, Wettbewerb und gut funktionierende Märkte voraus. Nach Hirschmann, der den exit-Mechanismus insbesondere auf Gütermärkten untersucht hat, ist Abwanderung ein zwar mächtiges, aber indirektes und in gewisser Weise auch stumpfes Instrument, um ein Management auf eventuelle Fehler aufmerksam zu machen. Zum Einen sind abwandernde Kunden nicht daran interessiert, einen Anstoß zur Verbesserung zu geben. Zum Anderen wird das Management nur unpräzise darüber informiert, was genau nicht gestimmt hat.

Inwieweit die Ausübung der Exit-Option zu einer veränderten Firmenpolitik führen kann, hängt entscheidend von der Nachfragefunktion ab. Bei einer sehr preiselastischen Nachfrage, bei der die Kunden schon bei geringen Anlässen den Anbieter wechseln, würde die Firma bei Fehlentwicklungen sofort aus dem Markt ausscheiden.⁶ Bei sehr unelastischer Nachfrage gäbe es ebenfalls keine oder zumindest kaum Reaktion, da die entstehenden Verluste zu unbedeutend wären. Nur wenn die Nachfrageelastizität weder sehr hoch noch sehr niedrig ist, ist eine Anpassung der Unternehmensstrategie möglich.

Voice (Widerspruch) ist kein ökonomisches, sondern ein *politisches* Konzept und beschreibt den Versuch, die Praktiken, die Politik und die Produkte der Firma (oder der Organisation) direkt zu beeinflussen, bei der der Konsument (Individuum) Kunde (Mitglied) ist. Voice ist nach Hirschmann eine residuale Größe, da Exit den vorherrschenden Reaktionsmodus darstellt. In der Regel hängt die Stärke von Voice demnach von der Möglichkeit ab, die Exit-Option auszuüben. Je weniger Exit-Möglichkeiten es gibt, desto höher ist die Gelegenheit zur Ausübung von Voice. Hirschmann plädiert allerdings dafür, Voice von einer Restgröße zu einer echten Alternative zu erheben: "...while exit requires nothing but a clear-cut either-or decision, voice is essentially an

⁶ Eine (preis)elastische Nachfragefunktion liegt dann vor, wenn eine kleine Preiserhöhung zu einem großen Nachfragerückgang führt. In der ökonomischen Theorie hat sich die Konvention herausgebildet, dann von preiselastischer Nachfrage zu sprechen, wenn eine 1%ige Preiserhöhung einen mehr als 1%igen Nachfragerückgang auslöst. Eine preisunelastische Nachfrage liegt vor, wenn der prozentuale Mengenrückgang kleiner ist als der prozentuale Preisanstieg. Reagiert die Menge überhaupt nicht auf Preiseffekte wird von einer vollkommen preisunelastischen Nachfrage gesprochen. Die Nachfrage nach Gesundheitsgütern ist – so die Ergebnisse des RAND-Experiments (Manning, et al. 1987; Newhouse/Insurance Experiment Group 1993) zwar preisunelastisch, aber nicht vollkommen preisunelastisch. Die Nachfrage auf dem Markt für gesetzliche Krankenversicherungen ist in Deutschland – im Gegensatz etwa zu der Schweiz und den Niederlanden – ausgesprochen preiselastisch (Greß, et al. 2002c).

art constantly evolving in new directions ... The presence of the exit alternative can ... tend to atrophy the development of the art of voice (Hirschmann 1970: 42)."

Der Gebrauch der Exit-Option ist in dieser Sichtweise vom Willen und von der Fähigkeit der Konsumenten abhängig, die Voice-Option wahrzunehmen. Die Bedingungen für die Wahrnehmung der Voice-Option sind allerdings grundsätzlich schlechter. Normalerweise wird erwartet, dass Exit zu schnelleren und besseren Ergebnissen führt als Voice. Außerdem sind die Opportunitätskosten von Voice hoch, da die Voice-Option ein starkes Engagement der betroffenen Kunden/Mitglieder voraussetzt. Schließlich geht es bei der Voice um die Produktion eines Kollektivgutes („Verbesserung“ der Organisation), an dessen Produktion durch monetäre oder – wie in diesem Fall – andere Beiträge sich eigennützige Individuen wenn irgend möglich nicht beteiligen. Allerdings wird Voice je wahrscheinlicher ausgeübt, desto bedeutender der Kauf oder die Entscheidung in einer Organisation vom Konsumenten oder Mitglied bewertet wird, je größer die Anreize zur Mitarbeit für Konsumenten und Mitglieder sind und je größer die Erfolgsaussichten des Engagements sind. Zudem hat schon Olson (1968) darauf verwiesen, dass die Wahrscheinlichkeit für ein Engagement negativ mit der Größe der betroffenen Gruppe korreliert ist (Olson 1968).⁷ Trotz der offensichtlichen inhaltlichen Nähe sind diese Überlegungen bislang noch nicht systematisch auf die GKV übertragen worden. Dies dürfte nicht zuletzt an dem bisher unzureichenden empirischen Informationen über die tatsächliche Wirkungsweise der unterschiedlichen Repräsentationsmodi gescheitert sein.

Von der Analyse des Zusammenspiels der Mechanismen ist im Projekt insbesondere auch der Schritt zur Entwicklung von Reformperspektiven hinsichtlich eines zukunftsfähigen Mix an Repräsentationsmodi zu leisten. Hierfür liegen unseres Wissens nach keine verwertbaren Forschungsarbeiten vor; vielmehr bedarf dies der konzeptionellen Eigenentwicklung.

5.2 Eigene Vorarbeiten

Alle beteiligten Forscher verfügen über langjährige nationale wie internationale Erfahrungen auf dem Gebiet der gesundheitsökonomischen und –politischen Forschung und Politikberatung. Sie haben zudem bereits eine Reihe erfolgreicher Forschungsvorhaben für die Hans-Böckler-Stiftung durchgeführt (Übersicht 1).

⁷ In Anschluß an Olson (1968) hat insbesondere die dem „resource mobilization approach“ zuzurechnende Literatur (Jenkins 1983; McCarthy/Zald 1977) immer wieder betont und auch empirisch gezeigt, dass die Mobilisierung auch großer Kollektive dann gelingen kann, wenn „selektive Anreize“ für ein Engagement bestehen. Diese können insbesondere in einer moralischen Gratifikation liegen.

Übersicht 1: Von der Hans-Böckler-Stiftung geförderte Projekte mit Beteiligung der Antragsteller

Beteiligte(r) Forscher	Projekttitel	Projektnummer und Laufzeit
Prof. Dr. Jürgen Wasem; Dr. Stefan Greß; Dr. Heinz Rothgang (Projektleiter)	Kopfprämien in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Eine Perspektive für die Zukunft?	Projektnummer: 2003-X-X Laufzeit: 4/2003 – 6/2003
Prof. Dr. Jürgen Wasem; Dr. Stefan Greß; Dr. Heinz Rothgang (Projektleiter)	Verfahren und Kriterien zur Bestimmung des Leistungskatalogs in der Gesetzlichen Krankenversicherung	Projektnummer: 2002-349-4 Laufzeit: 4/2002 – 8/2003
Prof. Dr. Jürgen Wasem (Projektleiter)	Weiterentwicklung einer leistungsfähigen und solidarischen Krankenversicherung unter den Rahmenbedingungen der europäischen Integration	Projektnummer: 99-110-4 Laufzeit: seit 12/1998
Dr. Bernard Braun; Prof. Dr. med. Rainer Müller (Projektleiter); Dr. Stefan Greß (Projektmitarbeiter)	Allokative und distributive Wirkungen von Wettbewerb im Gesundheitswesen – Das Beispiel des sozial kontrollierten Wettbewerbs in den Niederlanden	Projektnummer: 1998-77-4 Laufzeit: 12/1998 – 6/2000
Dr. Heinz Rothgang (Projektleiter)	Die Auswirkungen der 2. Stufe der Pflegeversicherung auf die Hilfe zur Pflege in Einrichtungen im Rahmen der Sozialhilfe im Land Bremen“	Projektnummer: 1997-920-4 Laufzeit: 3/1997 – 12/1997
Dr. Heinz Rothgang (Projektleiter)	„Implementation der Pflegeversicherung: Entscheidungsprozeß und Auswirkungen“	Projektnummer: 1996-808-4 Laufzeit: 6/1996 – 6/1997
Dr. Heinz Rothgang (Projektmitarbeiter)	Die gesetzliche Absicherung des Pflegefallrisikos. Eine Untersuchung der Konsensbildungsprozesse und Wirkungen der Einführung einer gesetzlichen Pflegeversicherung“	Projektnummer: 1992-415-4 Laufzeit: 3/1993 – 7/1995

Speziell für das beantragte Projekt kann *Bernard Braun* auf eigene theoretische, ordnungspolitische und empirische Arbeiten zur Selbstverwaltung in der GKV (Braun 1989; Braun et al. 1984), von ihm inhaltlich begleitete empirische Fallstudien zur Funktionsfähigkeit der Selbstverwaltung in der GKV (Fromm 1999) wie in der Unfallversicherung (Wattendorf 1999) sowie auf erste Versuche der Thematisierung und Problematisierung des Nebeneinander unterschiedlicher Repräsentationsmodi im deutschen Gesundheitssystem (Braun 2001) zurückgreifen.

Stefan Greß hat sich in den letzten Jahren intensiv mit Chancen und Risiken wettbewerblicher Steuerungsmechanismen in Systemen mit sozialer Krankenversicherung auseinandergesetzt. International hat er dazu insbesondere die wettbewerbsorientierten Reformen in den Niederlanden analysiert (Greß 2002), das Zusammenspiel von Exit und Voice in den Niederlanden untersucht (Greß/Groenewegen 2001) und die Effekte des Kassenwettbewerbs dort mit den Effekten in Deutschland verglichen (Greß et al. 2002a). Darüber hinaus hat er Überlegungen zum Zusammenspiel von Exit und Voice in Deutschland publiziert (Greß et al. 2002d). Diese Arbeiten sind gemeinsam mit internationalen Kooperationspartnern und/oder anderen Antragstellern dieses Projektes entstanden.

Die Weiterentwicklung des deutschen Gesundheitswesens hat *Rainer Müller* seit vielen Jahren wissenschaftlich begleitet. Mit dem Innenleben der gesetzlichen Krankenkassen hat er sich insbesondere als Projektleiter des Projektes „Institutionelle Steuerung und individuelle Steuerung und individuelle Verarbeitung gesundheitlicher Risikolagen – Ansätze zu einer Lebenslaufpolitik der Krankenkassen?“ im Rahmen des Bremer Sonderforschungsbereichs 186 „Statuspassagen und Risikolagen im Lebensverlauf“ intensiv befaßt (Müller 1999; Müller/ Marstedt 1996).

Heinz Rothgang hat sich bereits 1994 im Rahmen eines Vergleichs des englischen und deutschen Gesundheitswesens mit den Einflußmöglichkeiten der Bevölkerung auf die gesundheitliche Versorgung beschäftigt. Die Möglichkeiten und Grenzen wettbewerblicher Steuerung hat er für Gesundheitsversorgung (Rothgang 1996), Langzeitpflege (Rothgang 2000a; Rothgang 2000b) und vergleichend für die genannten Sektoren und die Eingliederungshilfe (Rothgang 2003) untersucht. Für das vorgeschlagene Forschungsprojekt kann er zudem auf den Arbeiten zu einem in Vorbereitung befindlichen Lehrbuch zur Gesundheitsökonomie (Rothgang/Greß 2003) sowie dem mit Stefan Greß und Jürgen Wasem gemeinsam geleiteten von der HBS geförderten Forschungsvorhaben zu den Verfahren und Kriterien zur Bestimmung des Leistungskatalogs in der Gesetzlichen Krankenversicherung zurückgreifen, in denen auch die Partizipationsmöglichkeiten der Versicherten untersucht werden. Seit Beginn des Jahres 2003 leitet er zudem das Teilprojekt „Wandel der Staatlichkeit von Gesundheitssystemen in OECD-Ländern“ im Rahmen des DFG-geförderten Sonderforschungsbereichs 597 „Staatlichkeit im Wandel“, das ebenfalls die Mitwirkungsmöglichkeiten der Bevölkerung an gesundheitspolitischen Entscheidungen thematisiert.

Jürgen Wasem befasst sich seit Mitte der achtziger Jahre mit den Steuerungsmodi der GKV. Er hat – neben den schon bei Greß genannten Arbeiten – unter anderem zur Leistungsfähigkeit der Sozialwahlen als Steuerungsmechanismen (Müller/Wasem 1984), zu den Möglichkeiten und Grenzen der Wahlfreiheit und des Wettbewerbs (Wasem 1989), zum dem Stellenwert von Selbsthilfe in der Perspektive der Bevölkerung (Wasem 1999; Wasem/Güther 1998) gearbeitet.

6 Arbeitsprogramm und Forschungsmethoden

Die Untersuchung der beiden Repräsentationsmodi und deren Zusammenwirken erfolgt in drei Arbeitspaketen, die im folgenden beschrieben werden. Dabei wird insbesondere verdeutlicht, mit welcher Methode und welchen Daten die einzelnen Fragestellungen untersucht werden sollen.

6.1 Arbeitspaket I: Kassenwettbewerb

Im Mittelpunkt dieses Arbeitspakets steht die systematische Prüfung der Funktionsfähigkeit des Repräsentationsmodus Kassenwettbewerb (Exit) – sowohl theoretisch als auch empirisch – und die Ableitung von Reformperspektiven für den Kassenwettbewerb. Übersicht 2 fasst die dabei zu behandelnden Fragen und die zugehörige methodische Vorgehensweise tabellarisch zusammen.

Wie die Übersicht zeigt, steht eine Versichertenbefragung im Zentrum der empirischen Arbeit. Diese soll im Zusammenhang mit dem von der Bertelsmann-Stiftung projektierten so genannten Gesundheitsmonitor durchgeführt werden, der am Zentrum für Sozialpolitik (ZeS) wissenschaftlich betreut wird. Der Gesundheitsmonitor ist eine regelmäßige derzeit im halbjährlichen Rhythmus durchgeführte Bevölkerungsumfrage zu Fragen der Gesundheitsversorgung, die von Infratest durchgeführt wird. Das ZeS ist nicht nur für die wissenschaftliche Auswertung der Befragung verantwortlich, sondern entscheidet zusammen mit der Projektarbeitsgruppe bei der Bertelsmann-Stiftung auch über die Befragungsinhalte. Vorgespräche haben dabei ein auf allen Seiten hohes Interesse an Fragen zum Kassenwechsel ergeben. Es wurde daher beschlossen, eine der nächsten Befragungen schwerpunktmässig zum Thema Kassenwechsel durchzuführen, falls das hier beantragte Forschungsvorhaben genehmigt wird und damit die Ressourcen zur Erarbeitung eines entsprechenden Erhebungsinstruments vorhanden sind.

Da in dieser Erhebung erstmalig versucht wird, gerade auch die Motive für das Nicht-Wechseln zu ermitteln, wird Neuland betreten. Daraus resultieren gesteigerte Ansprüche an das Erhebungsinstrument. Um eine sorgfältig Entwicklung zu gewährleisten wird hierbei auf die Erarbeitung der Fragen in so genannten Fokus-Gruppen zurückgegriffen. Hierbei handelt es sich um kleine Gruppen von Kassenwechslern und Nicht-Kassenwechslern, mit denen die Inhalte und die Art der Fragen zur Nutzung oder Nichtnutzung der „exit“-Option entwickelt werden.

Übersicht 2: Fragestellungen und Untersuchungsmethoden in Arbeitspaket I

Fragestellungen	Methoden
1. Welche Bedingungen müssen im Hinblick auf Wechselanreize theoretisch erfüllt sein,	Theoretische Erörterungen und Ableitungen

damit Kassenwettbewerb funktionieren kann und sind diese Bedingungen in der GKV erfüllt?	
2. Wie groß ist die Wechselneigung der Versicherten – im Zeitablauf und im internationalen Vergleich – in der GKV tatsächlich?	Aktualisierung und Auswertung vorliegender Informationen und Studien zum Kassenwechsel
3. Auf welche Art und Weise verfolgen Krankenkassen Strategien zur Risikoselektion (gute Risiken halten bzw. anziehen; schlechte Risiken abschrecken)?	Identifizierung und Klassifizierung möglicher Strategien (Literaturrecherche) Experteninterviews mit a) Aufsichtsbehörde(n); b) Marktbeobachtungsabteilung der Kassen über das Verhalten der jeweils anderen Kassen.
4. In welcher Art und Weise und warum unterscheidet sich das Wechselverhalten von unterschiedlichen Versichertengruppen?	Versichertenbefragung als Teil des Bertelsmann-Gesundheitsmonitors
5. Wie können Wechselanreize im System der GKV so gesetzt werden, dass die Attraktivität des Wechsels für alle Versichertengruppen hoch ist?	Theoretische Diskussion (Vor- und Nachteile) a) des Morbi-RSA, b) der risikoäquivalenten Tarifierung und c) des Vertragswettbewerb Empirische Auswertung der Versichertenbefragung u.a. mit den Methoden der Conjoint-Analyse (Bryan et al. 2000)
6. Welche Möglichkeiten und Grenzen bestehen, um durch Bereitstellung unabhängiger Information eine informierte Wahl der Versicherten herbeizuführen?	Auswertung der US-Erfahrungen speziell zu dieser Frage. Erhebung mittels Experteninterviews in den USA und Dokumentenanalyse dort erhobener Materialien

Der Vorteil einer mündlich oder auch schriftlich durchführbaren Conjoint-Analyse besteht darin, dass die für eine Wechselentscheidung relevanten Erwartungen und Kalküle nicht einzeln abgefragt und beantwortet und damit oft unrealistische Maximalkataloge entstehen, sondern zusammen und in ihrer wechselseitigen Abhängigkeit abgefragt werden.

6.2 Arbeitspaket II: Selbstverwaltung

In diesem Arbeitspaket geht es um die Ermittlung der Funktionsbedingungen von Selbstverwaltung, der Beschreibung der derzeitigen Praxis und der darin erkennbaren Funktionsdefizite sowie den Vergleichs von theoretischem „Soll“ und praktischem „Ist“, um so die Gründe für Funktionsdefizite aufzuzeigen, und Verbesserungsvorschläge zu entwickeln. Übersicht 3 enthält die dabei zu behandelnden Fragen und die zugehörige methodische Vorgehensweise.

Übersicht 3: Fragestellungen und Untersuchungsmethoden in Arbeitspaket II

Fragestellungen	Methoden
1. Welche Bedingungen müssen erfüllt sein, damit Selbstverwaltung funktioniert?	Theoretische Erörterungen und Ableitungen
2. Inwieweit sind diese Bedingungen z.Zt. erfüllt und wie (wenig) funktioniert die Selbstverwaltung im Sinne der Interessenrepräsentation?	a) Sekundäranalyse der Wahlbeteiligung an Sozialwahlen b) Erhebung der sozio-demographischen Angaben der Repräsentanten in einer schriftlichen Repräsentativbefragung (n=2.500)
3. Wie laufen Sozialwahlen ab? • Organisatorische Bedingungen • „Friedenswahlen“? • Zutrittsmöglichkeiten für neue Listen	• Dokumentenanalyse • (5) Experteninterviews
4. Wie wird die Funktionalität der Sozialwahlen im Sinne der Partizipation von Versicherten eingeschätzt a) von Versicherten b) von Gewählten	• Erhebung der Einschätzung der Versicherten im Rahmen der Versichertenbefragung aus Block I • Erhebung der Erfahrungen und Einschätzung von Gestaltungsmöglichkeiten der gewählten „Selbstverwalter“ in einer schriftlichen Repräsentativbefragung (s.o.)
5. Welche Indikatoren gibt es für Dysfunktionalitäten in der Selbstverwaltung?	Fallrekonstruktion von 5 Entscheidungen zu gesetzlichen und Satzungsleistungen (z.B. § 20 SGB V und zusätzliche Leistungen im Bereich Rehabilitation) durch Experteninterviews mit je 3 Selbstverwaltern
6. Welche Veränderungen ergaben sich durch die im GSG neu geschaffenen Bedingungen für die Selbstverwaltung und das Verhältnis von hauptamtlichen Funktionären und Selbstverwaltung?	• Dokumentenanalyse • Experteninterviews mit Beteiligten in Kassen- und Selbstverwaltung • Fragenbatterie in der schriftlichen Repräsentativbefragung
7. Welche Möglichkeiten bestehen, die Funktionalität der Selbstverwaltung zu erhöhen?	Theoretische Analyse der Empirie zum Scheitern der Selbstverwaltung vor dem Hintergrund der Funktionsbedingungen
8. Gibt es Unterschiede bei leistungsbezogenen Zufriedenheitsindikatoren zwischen GKV- und PKV-Versicherten und wie sind die Unterschiede zu erklären?	Sekundäranalyse von Bevölkerungs-Surveys mit Befragten aus GKV und PKV (z.B. Gesundheitsmonitor)

Der empirische Kern dieses Arbeitspakets besteht demnach in

- der Dokumentenanalyse der Bedingungen von Sozialwahlen,
- der Durchführung von Experteninterviews,
- der schriftliche Befragung der Selbstverwalter,

- der Fallkonstruktion der Entscheidungen zur Satzungsleistungen sowie
- der vergleichenden Analyse von Indikatoren der Versicherteninteressen-Repräsentativität von GKV- und PKV-Versicherten.

Der Fragebogen für die schriftliche Befragung von Selbstverwaltern soll dabei wiederum in Fokus-Gruppen entwickelt werden.

6.3 Arbeitspaket III: Zusammenwirken der beiden Repräsentationsmodi

Im Mittelpunkt dieses abschließenden und zeitlich nachgelagerten Arbeitspakets steht zunächst die systematische Prüfung des Zusammenwirkens der Repräsentationsmodi Kassenwettbewerb (Exit) und Selbstverwaltung (Voice) in theoretischer und empirischer Hinsicht. Grundlage hierfür sind zum einen die Ergebnisse der ersten beiden Arbeitspakete sowie möglicherweise nutzbarer Ergebnisse des genannten „Braintools“-Projekt, die hier aufeinander bezogen werden sollen. Zum anderen soll das Zusammenwirken von „exit“ und „voice“ aber empirisch anhand einzelner Fallbeispiele untersucht werden. Hierzu wird das Zustandekommen von Kassenentscheidungen in solchen Bereichen, in denen die Kassen Handlungsautonomie besitzen, in Bezug auf die Bedeutung untersucht, die Exit und Voice dabei gespielt haben. Die Fallbeispiele werden dazu aus dem Bereich der Prävention, des Beitrags der GKV zum Abbau sozialer Ungleichheit, des Informations- und Beratungsangebots für Krankenversicherten und ausgewählten Satzungsleistungen z.B. im Bereich Rehabilitation ausgewählt.

Zugleich wird in diesem Arbeitspaket aber auch die internationale Erfahrung integriert und zwar aus solchen Ländern, die zur Repräsentation der Patienten- und Beitrags-/Steuerzahler in der Gesundheitsversorgung ebenfalls über Exit- und Voice-Optionen verfügen. Hierbei kommen insbesondere die Niederlande, Belgien, Israel und die USA in Betracht. Allerdings erscheint es unter forschungsökonomischen Gesichtspunkten unrealistisch, diese Fragen ausschließlich durch Forschungsaufenthalte der Forschergruppe in diesen Ländern selbst bearbeiten zu lassen. Dies gilt ausdrücklich nicht für die USA, weil dort durch unterschiedliche Forscher und Forschungsgruppen bereits seit längerem eine intensive Untersuchung der empirischen Auswirkungen der dort dominierenden Exit-Option stattfindet. Die Fülle der Ergebnisse lässt sich am vollständigsten im Rahmen eines Kurzbesuchs der relevantesten Forschungsgruppen nutzbar machen. Da zudem enge Kooperationsbeziehungen zu einer niederländischen Forschergruppe bestehen, die mit ähnlichen Fragen befasst ist, und auch Kontakte zu einschlägig ausgewiesenen Forschern in den übrigen Ländern bestehen, wird zu Beginn des Arbeitspakets IV eine internationale Konferenz der Hans-Böckler-Stiftung zum Thema „Exit und Voice im Gesundheitssystem“ organisiert, deren Finanzierung getrennt beantragt wird. Die Ergebnisse dieser Konferenz werden wesentliche Impulse zur Bearbeitung dieses Arbeitspakets liefern.

Übersicht 4: Fragestellungen und Untersuchungsmethoden in Arbeitspaket III

Fragestellungen	Methoden
1. Theoretische Fragestellung: Inwieweit können sich die untersuchten Repräsentationsmodi untereinander sinnvoll ergänzen und inwieweit schließen sie sich gegenseitig aus?	Theoretische Erörterungen und Ableitungen
2. Empirische Fragestellung: Welchen Einfluß hatten Exit und Voice bei Entscheidungen der Kassen zur Prävention und zu Satzungsleistungen ?	Fallstudien zu Kassenentscheidungen zu Prävention und Satzungsleistungen
3. Welche Reformoptionen ergeben sich aus den beiden Perspektiven einschließlich der Ergebnisse aus den Arbeitspaketen I bis III für Deutschland?	Theoretische Analyse der erhobenen Empirie in Block I – IV; konzeptionelle Entwicklungsarbeit

Schließlich soll in diesem Arbeitspaket der Schritt von der analytischen und empirischen Bestandsaufnahme zu den konkreten Reformperspektiven unternommen werden. Es geht dabei darum, unter den spezifischen Rahmenbedingungen, in denen sich das bundesdeutsche Gesundheitswesen und die gesetzliche Krankenversicherung gegenwärtig befinden, einen zukunftsweisenden „Mix“ der drei Repräsentationsmodi zu entwickeln, der den Grundprinzipien einer responsiven, effizienten und effektiven, das Solidarprinzip wahrenen Gesundheitsversorgung Rechnung trägt.

6.4 Projektmanagement

Die Budgetverwaltung soll in der Universität Bremen erfolgen, die einzustellenden wissenschaftlichen Mitarbeiter/innen werden im Zentrum für Sozialpolitik angesiedelt. Bereits durch die Einstellung von zwei Personen, die am gleichen Projekt arbeiten und im gleichen Haus angesiedelt sind, wird dafür Sorge getragen, dass sich eine rege Diskussion entwickelt. Zur internen Projektsteuerung wird zudem ein monatliches Treffen der Projektmitarbeiter/innen mit den Bremer Projektleitern als Jour fixe festgelegt, auf dem die Arbeitsfortschritte des vergangenen Monats und die Arbeitsplanung für den Folgemonat diskutiert werden. Ein Mal im Quartal kommt es zudem zu einem Treffen mit allen Projektleitern und –mitarbeiterInnen.

Zur externen Steuerung werden insgesamt drei Workshops vorgesehen, die am Ende des 1. Halbjahrs, nach Ende der Erhebung in Arbeitspaket I-III und nach zwei Jahren statt finden sollen. Der Gegenstand dieser Workshops ist die Diskussion

- der Erhebungsinstrumente (1. Workshop),
- des Zwischenberichts (2. Workshop) und
- des Entwurfs des Endberichts (3. Workshop).

6.5 Zeitplanung

Da für jedes der Arbeitspakete I und II eigene Mitarbeiter/innen beschäftigt werden, können diese Arbeitspakete gleichzeitig bearbeitet werden. Die Arbeitspakete sollen nach 1,5 Jahren abgeschlossen sein. Das Arbeitspaket III ist hingegen – abgesehen vom einführenden Literaturbericht, der parallel mit den Literaturberichten zu den anderen Arbeitspaketen erfolgt – zeitlich nachgelagert. Der empirische Teil dieses Arbeitspakets erfolgt erst nach Abschluss der Arbeiten an den Arbeitspaketen I und II. Die nachstehende Übersicht enthält eine Aufgliederung der einzelnen Arbeitsschritte auf die insgesamt zehn Quartale der Projektlaufzeit.

Übersicht 5: Zeitplanung für die einzelnen Arbeitsschritte

Arbeitsschritte	2004				2005				2006	
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2
<i>Arbeitspaket I: Kassenwettbewerb</i>										
Literaturbericht zum Kassenwechsel										
Experteninterviews im In- und Ausland										
Erarbeitung des Erhebungsinstruments zur schriftlichen Befragung										
Durchführung der Erhebung										
Auswertung der Erhebung										
Verfassen des Teilberichts										
<i>Arbeitspaket II: Selbstverwaltung</i>										
Literaturbericht zur Selbstverwaltung										
Experteninterviews zum Ablauf von Sozialwahlen										
Erarbeitung des Erhebungsinstruments zur schriftlichen Befragung										
Durchführung der schriftlichen Befragung										
Auswertung der schriftlichen Befragung										
Fallrekonstruktionen										
Verfassen des Berichts										
<i>Arbeitspaket III: Zusammenspiel der Repräsentationsmodi</i>										
Literaturbericht: Zusammenspiel der Repräsentationsmodi										
Synoptische Auswertung der Arbeitspakete I-III										
Internat. Konferenz: Exit und Voice im Gesundheitswesen										
Empirische Erhebung: Rekonstruktion der Fallbeispiele										
Auswertung der Erhebung und Verfassen des Berichts										
Verfassen des Abschlussberichts										

7 Literatur

Badura, B., Hrsg. (1999). *Bürgerorientierung des Gesundheitswesens*. Baden-Baden.

Böcken, J./B. Braun/M. Schnee (2002). *Ergebnisse des Gesundheitsmonitors*. Gütersloh.

Braun, B. (1989). *Bewußtseinsformen und gesundheitspolitische Einstellungen gewerkschaftlicher Interessenvertreter in der Selbstverwaltung der gesetzlichen Krankenkassen*. Bremen.

- (1998). *Ergebnisse einer Befragung von Ein- und Auswechslern der Gmünder Ersatzkasse*. Bremen/Schwäbisch Gmünd.
- (2001). *Leistungsfähigkeit und Zukunft der Selbstverwaltung - Möglichkeiten und Chancen eines Neben- und Miteinanders von "old" und "new participation"*. Düsseldorf.
- Braun, B./H. Reiners/U. Teske (1984). "Selbstverwaltung und Gesundheitspolitik." *Argument* **113**: 147-59.
- Bryan, S./L. Gold/R. Sheldon/M. Buxton (2000). "Preference management using conjoint methods: an empirical investigation of reliability." *Health Economics* **9**: 385-95.
- Coleman, J. S. (1982). *The asymmetric society*. Syracuse.
- (1992). *Grundlagen der Sozialtheorie*. München.
- Colombo, F. (2001). *Towards more choice in Social Protection? Individual choice of insurer in basic mandatory health insurance in Switzerland*. Labour Market and Social Policy Occasional Papers No. 53. Paris.
- Ferber, C. v. (1977). *Soziale Selbstverwaltung - Fiktion oder Zukunft? Bericht der Bundesregierung zu Fragen der Selbstverwaltung in der Sozialversicherung*. Bundesregierung, Bundestagsdrucksache 7/4244, Bonn.
- Francke, R./D. Hart (1999). *Charta der Patientenrechte*. Baden-Baden.
- (2001). *Bürgerbeteiligung im Patientenwesen*. Baden-Baden.
- Fromm, C. (1999). *Betrieblicher Gesundheitsschutz und soziale Selbstverwaltung*. Münster.
- Greß, S. (2002). *Krankenversicherung und Wettbewerb - Das Beispiel Niederlande*. Frankfurt/New York.
- Greß, S./B. Braun/P. Groenewegen/J. Wasem (2002a). "Erfahrungen mit der freien Kassenwahl in Deutschland und in den Niederlanden." *Sozialer Fortschritt* **51**: 97-101.
- Greß, S./P. Groenewegen (2001). "Wettbewerb und Selbstverwaltung im niederländischen Gesundheitswesen." *Arbeit und Sozialpolitik* **55**: 32-41.
- Greß, S./P. Groenewegen/J. Kerssens/B. Braun/J. Wasem (2002b). "Free choice of sickness funds in regulated competition: evidence from Germany and the Netherlands." *Health Policy* **60**: 235-54.
- Greß, S./E. Schut/J. Wasem (2002c). *Free Choice of Sickness Funds in Social Health Insurance - Theoretical Foundation and Empirical Findings in Germany*. Paris.
- Greß, S./C. Tophoven/J. Wasem (2002d). "Exit und Voice - Steuerungsmöglichkeiten für Versicherte und Patienten." *Forschungsjournal NSB* **15**: 29-38.
- Hauss, F./G. Glöckenjan/R. Rosenbrock (1985). *Betriebskrankenkassen und Prävention*. Berlin.
- Hirschmann, A. (1970). *Exit, voice and loyalty - Responses to decline in firms, organizations and states*. Cambridge.
- Jenkins, C. (1983). "Resource mobilization theory and the study of social movements." *Annual Review of Sociology* **9**: 527-33.
- Kaufmann, F. X., Hrsg. (1987). *Staat, intermediäre Instanzen und Selbsthilfe*. München.
- Kaufmann, F. X./F. Hegner/L. Hoffmann/J. Krüger (1971). *Zum Verhältnis zwischen Sozialversicherungsträgern und Versicherten*. Bielefeld.
- Knaus, T./R. Nuscheler (2002). *Health Status and Health Insurance Choice: an Empirical Model for Germany*. Paris.
- Lauterbach, K./E. Wille/S. Stock/G. Wendland (2001). "Die Weiterentwicklung Risikostrukturausgleichs unter Wettbewerbsbedingungen." *Wirtschaftsdienst* **81**: 191-94.
- Lipset, S./M. Trow/J. S. Coleman (1951). *Union democracy*. Garden City.

- Manning, W. G./J. P. Newhouse/N. Duan/E. B. Keeler/A. Leibowitz/M. S. Marquis (1987). "Health insurance and the demand for medical care: evidence from a randomized experiment." *American Economic Review* **77**: 251-77.
- McCarthy, J./ M. N. Zald (1977). "Resource mobilization and social movement: a partial theory." *American Journal of Sociology* **82**: 1212-41.
- Michels, R. (1910). *Zur Soziologie des Parteiwesens in der modernen Demokratie. Untersuchungen über die oligarchischen Tendenzen des Gruppenlebens*. Stuttgart, 1. Auflage.
- Müller, J./J. Wasem (1984). "Funktionsdefizite in den Wahlen zu den Sozialversicherungsträgern." *Die Sozialversicherung* **39**: 85-88 und 113-15.
- Müller, R. (1999): Lebenslaufpolitik der Krankenkassen zwischen Arbeit und Gesundheit, in: G. Marstedt; D. Milles; R. Müller (Hg.): *Gesundheitskonzepte im Umbruch*, Bremerhaven
- Müller, R. / G. Marstedt (1996): „Institutionelle Steuerung und individuelle Steuerung und individuelle Verarbeitung gesundheitlicher Risikolagen - Ansätze zu einer Lebenslaufpolitik der Krankenkassen? (Institutionelle Regulierung im Wandel - Teil III)“, Projektantrag an die DFG im Rahmen des Sfb 186, Statuspassagen und Risikolagen im Lebensverlauf, Bremen.
- Newhouse, J. P./Insurance Experiment Group (1993). *Free for all? Lessons from the RAND health insurance experiment*. Cambridge.
- Olson, M. (1968). *The logic of collective action*. New York.
- Rothgang, H. (1996). "Auf dem Weg zur Effektivitäts- und Effizienzsteigerung? Der 'Umbau des Sozialstaats' in der gesetzlichen Krankenversicherung." *Zeitschrift für Sozialreform* **42**: 725-54.
- (2000a). "Die Wettbewerbskonzeption in der Pflegeversicherung: Grundlagen, Probleme und Lösungsoptionen." *Die Betriebskrankenkasse* **88**: 2-9.
- (2000b). "Wettbewerb in der Pflegeversicherung." *Zeitschrift für Sozialreform* **46**: 423-48.
- (2002). "Markt und Wettbewerb bei der Erstellung personenbezogener sozialer Dienstleistungen." *Beiträge zum Recht der sozialen Dienste und Einrichtungen (RsDE)* **i. E.**
- Rothgang, H./S. Greß (2003). *Gesundheitsökonomie*. Weinheim i.V.
- Schwarze, J./H. H. Andersen (2001). "Kassenwechsel in der Gesetzlichen Krankenversicherung: Welche Rolle spielt der Beitragssatz?" *Schmollers Jahrbuch* **121**: 581-602.
- Trojan, A./H. Döhner, Hrsg. (2002). *Gesellschaft, Gesundheit, Medizin*. Frankfurt/M.
- Ullrich, C./I. Wemken/H. Walter (1994). "Leistungen und Beiträge als Determinanten der Zufriedenheit mit der Gesetzlichen Krankenversicherung. Ergebnisse einer empirischen Untersuchung zur Akzeptanz des Krankenversicherungssystems bei den gesetzlich Versicherten." *Zeitschrift für Sozialreform* **40**: 249-75.
- Wasem, J. (1989). "Zwischen Wahlfreiheit und Finanzausgleich - Thesen zur Weiterentwicklung des gegliederten Systems der GKV." *Die Krankenversicherung* **41**: 205-12.
- (1999). *Das Gesundheitswesen in Deutschland: Einstellungen und Erwartungen der Bevölkerung: Wissenschaftliche Analyse und Bewertung einer repräsentativen Bevölkerungsstudie*. Neuss.
- Wasem, J./B. Güther (1998). *Das Gesundheitssystem in Deutschland: Einstellungen und Erwartungen der Bevölkerung. Eine Bestandsaufnahme*. Neuss.
- Wattendorf, F. (1999). *Qualifizierung der Selbstverwaltung der gesetzlichen Unfallversicherung zur Erfüllung des Präventionsauftrages*. St. Augustin.
- Winterstein, H. (1983/84). *Selbstverwaltung als ordnungspolitisches Problem des Sozialstaates, Bd. I und II*. Berlin.
- Wippler, R. (1985). Die Entstehung oligarchischer Strukturen in demokratisch verfassten Organisationen. *Soziale Bedingungen - Individuelles Handeln - Soziale Konsequenzen*. G. Büschges, W. Raub. Frankfurt/M.: 23-48.

