

## Editorial

Auf den ersten Blick ist das deutsche Gesundheitswesen ein Muster an Demokratie: Die Kassen sind selbstverwaltet, und jeder Versicherte wählt alle sechs Jahre mit der „Sozialwahl“ seine Vertreter. Aber bei näherem Hinsehen erweist sich die Selbstverwaltung als papiernes Versprechen. Die meisten wissen gar nicht, was ihre Vertreter in den Verwaltungsräten tun. Und meistens haben sie auch gar keine wirkliche Wahl: Gewerkschaften und Sozialverbände stellen Einheitslisten zusammen, denen man nur noch zustimmen kann. Dass nach dem Gesundheitsmonitor der Bertelsmann Stiftung trotzdem so viele Versicherte ihre Selbstverwaltung noch für wichtig halten, deutet auf ein großes, leider meist ungenutztes Demokratie-Potenzial.

Wie Patienten an Entscheidungen teilhaben können, ist überall auf der Welt ein Thema. In den Niederlanden etwa sind Patientenverbände und Selbsthilfegruppen in allen relevanten Gremien vertreten. Sie handeln sogar eigene Verträge für ihre Mitglieder mit den Krankenkassen aus. In Finnland ist Gesundheit Gemeindegange und damit ein lokalpolitischer Dauerbrenner. Und in Israel wirken die Versicherten über ausführliche zweijährliche Umfragen an Entscheidungen mit. Deren Ergebnisse sind präzise, konkret und bilden die Interessen der einzelnen gut ab. Manche gewünschte Reform wurde dadurch schon auf den Weg gebracht, doch verbindlich sind die Umfrageergebnisse für die Politik nicht. Anderswo wiederum können Bürger ihr eigenes Wohngebiet gesünder gestalten. In einigen sozialen Brennpunkten französischer Städte, scheint es, funktioniert das gut.

## Wie bürgernah sind Selbstverwaltung und Sozialwahlen?

*Bernard Braun und Gerd Marstedt*

Seit Gründung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) existiert in Deutschland ein staatsfernes, bedarfsorientiertes und auf solidarischen Ausgleichsprozessen beruhendes öffentliches Krankenversicherungs- und Gesundheitssystem. Zu dessen Grundprinzipien gehört eine über die parlamentarische Repräsentation und Legitimation hinausgehende, eigenständige Form der Beteiligung sowie Interessenartikulation und -vertretung der Versicherten und später auch eines Teils der Leistungserbringer. Dieses korporative Prinzip ging und geht von der Annahme aus, dass ein Gesundheitswesen wirksamer und wirtschaftlicher ist und vor allem besser akzeptiert wird, wenn es sich so direkt wie möglich am konkreten Bedarf der Versicherten orientiert. Ein dafür geschaffenes Instrument sind die Sozialwahlen. Sozialwahlen sind eigenständige, alle sechs Jahre stattfindende Wahlen zumeist von Versicherten- und Arbeitgebervertretern in die Selbstverwaltungsorgane der Kranken-, Renten-, Unfall- und Pflegeversicherung. Im Falle der GKV heißt dieses Organ Verwaltungsrat. Wahlberechtigt sind in der GKV alle beitragszahlenden Mitglieder. Wie GKV-Versicherte das Prinzip Selbstverwaltung, ihre Ziele, organisatorischen Formen, ihre Arbeit und die Sozialwahlen kennen und bewerten, ist entsprechend von großer Bedeutung.

## Bekanntheit und Akzeptanz bis 2005

Bei der operativen Durchführung der Sozialwahlen wird in den meisten Fällen von der eigentlich als Ausnahmeregelung konzipierten so genannten „Friedenswahl“ Gebrauch gemacht. Das heißt, die Gewerkschaften und Sozialverbände stellen zu den Sozialwahlen gemeinsame Listen auf, zu denen es keine oder keine nennenswerte Konkurrenz gibt. Im Gegensatz dazu besteht aber natürlich auch grundsätzlich die Möglichkeit der so genannten „Urwahl“, bei der die Versicherten tatsächlich die Auswahl zwischen verschiedenen Kandidaten haben. Für den GKV-Bereich in Zahlen ausgedrückt, sieht das Verhältnis wie folgt aus: Nur in 6 der 267 gesetzlichen Krankenkassen gab es im Jahr 2005 Urwahlen, sodass der Anteil der GKV-Mitglieder, die selber ihre Selbstverwalter wählen konnten, bei 30 Prozent lag. 1993 fanden in 23 von damals etwas mehr als 1.000 Krankenkassen Urwahlen statt, und 33 Prozent aller GKV-Mitglieder waren dabei zur Teilnahme



berechtigt (Braun et al. 2009: 142ff.). Der Kreis der Kassen mit Urwahlen beschränkte sich fast immer auf die großen Ersatzkassen. Seit der Wiedereinführung der Selbstverwaltung und Sozialwahlen in der Bundesrepublik im Jahre 1953 hat es in fast keiner Orts-, Betriebs- oder Innungskassen je eine Urwahl gegeben.

Die Ergebnisse dreier repräsentativer Bevölkerungs- bzw. Versichertenbefragungen zur Selbstverwaltung in der GKV und dem Legitimationsmodus der Sozialwahlen aus den Jahren 1975 (INFAS 1977), 2004 und 2004/2005 (Braun et al. 2009: 147ff.) fallen dementsprechend so aus:

- Die Bekanntheit von Selbstverwaltung, ihrer Organe sowie der Sozialwahlen ist in der Bevölkerung zwar in zeitlicher Nähe zum Wahltermin etwas höher als sonst, aber selbst dann noch gering. Der Wert lag in den Jahren 1975, 2004 und 2005, also zum Teil kurz vor und nach Sozialwahlen, bei knapp unter oder knapp über 50 Prozent. Zwischen den Wahlen konnte höchstens noch ein Drittel der Bevölkerung und der GKV-Versicherten etwas mit dem Begriff Selbstverwaltung anfangen. Der Wert ist bei jenen höher, die konkrete Erfahrungen mit den Kassen gemacht oder regelmäßig Informationen der Träger erhalten und genutzt haben. Ebenfalls besser Bescheid wussten Gruppen mit höherem Sozialstatus.
- Obwohl die Bekanntheit der Selbstverwaltung so gering und der Stand der Kenntnisse zu deren operativen Details so niedrig war, maß die Bevölkerung den Mitwirkungsrechten in der Sozialversicherung 1975 und auch 2005 eine hohe Bedeutung zu. 1975 gaben 64 Prozent der Bevölkerung an, ihnen seien Partizipationsrechte in der Sozialversicherung besonders wichtig. Vor der Sozialwahl 2005 fanden zwischen 64 Prozent (unmittelbar vor der Wahl) und 85 Prozent (rund ein Jahr vor der

Wahl) der Bevölkerung die Partizipation durch Sozialwahlen wichtig oder sehr wichtig. Während 1975 besonders Angehörige der höheren Sozialschichten an dieser Art der Partizipation interessiert waren, galt dies 2004 und 2005 vorrangig für die Angehörigen statusniedriger Gruppen.

- Die gesellschaftliche Akzeptanz und die Bewertung der Wirksamkeit von Selbstverwaltung sinken insgesamt zwischen 1975 und 2004/2005, und das von einem bereits 1975 relativ niedrigen Niveau. Die Akzeptanz der Selbstverwaltung und das Vertrauen in die Arbeit ihrer Organe ist 2004/2005 bei den „kleinen Leuten“ am höchsten, denen also, „die den größten Bedarf an Leistungen und Unterstützung haben und am wenigsten in der Lage sind, ihre Interessen selber oder in anderer Weise zu vertreten“ (Braun et al. 2009: 154).

## Wie sieht es im Jahr 2010 aus?

Die 17. Befragung des Gesundheitsmonitors fand im Frühjahr 2010 statt, das heißt etwas mehr als ein Jahr vor den nächsten Sozialwahlen. Wir nutzten diese Gelegenheit, die 1.520 GKV-Versicherten der insgesamt 1.789 befragten Bürger und Bürgerinnen nach der Bekanntheit des Verwaltungsrates und der Sozialwahlen, ihren Einstellungen zur Sozialwahl und ihrer Bewertung der Arbeit sowie ihrer Erwartung bezüglich der Eigenschaften des Verwaltungsrates zu befragen.

### Bekanntheit des Verwaltungsrates und der Sozialwahlen

37 Prozent der in einer GKV-Kasse versicherten Bürger war bekannt, dass es in ihrer Krankenkasse einen aus ehrenamtlich tätigen Vertretern der Versicherten und Arbeitgeber (mit Ausnahme der Ersatzkassen, in deren Verwaltungsrat allein Versichertenvertreter sitzen) zusammengesetzten so genannten

„Verwaltungsrat“ gibt. Dabei muss der interessierte Versicherte schon relativ viel wissen, um bei der Bezeichnung „Verwaltungsrat“ auch wirklich an die Selbstverwaltung und nicht an die hauptamtliche Kassenverwaltung zu denken und sich somit etwas genauer für deren Arbeit interessieren. Es stellt sich die Frage, ob nicht ein Teil des Interesses und Engagements der Versicherten auch durch Mogelbegriffe wie den von den „Friedenswahlen“ erstickt oder geschwächt wird. Zwar sind solche Friedenswahlen gesetzlich zulässig, werden aber bei sinkender Wahlbeteiligung politisch immer problematischer. Warum sich jemand, dem die Möglichkeit der Auswahl entzogen wurde, später noch für die Arbeit der so zustande gekommenen Einrichtung interessieren soll, ist das Dauergeheimnis der Organisatoren von „Friedenswahlen“.

32 Prozent derjenigen, die überhaupt von einem Verwaltungsrat in ihrer Krankenkasse wussten, gaben an, ihnen seien schon einmal nähere Einzelheiten aus dessen Arbeit bekannt geworden. Bezieht man diesen Anteil auf alle GKV-Versicherten, hatten lediglich 12 Prozent schon einmal etwas über ihre Selbstverwaltung gehört.

Vor weiteren Analysen ist ein kurzer methodischer Hinweis notwendig: Bei sämtlichen Fragen zur Bewertung des Prinzips und der Funktionen von Selbstverwaltung und Sozialwahlen stellte sich die Frage, ob wir nur die Antworten derjenigen auswerten sollten, die von der Selbstverwaltung oder etwas über deren Arbeit gehört hatten. Da wir aber den Befragten nach den Fragen zur Bekanntheit des Verwaltungsrates und seiner Arbeit immer erläutern haben, um welche Aspekte von Selbstverwaltung es in den Fragen geht, verwenden wir im Folgenden die Antworten aller befragten GKV-Versicherten. Den normativ und faktisch immer problematischer werdenden Zustand, dass

die nicht beitragszahlenden Versicherten kein Wahlrecht für die Selbstverwaltung haben und ihr entsprechend fern stehen, konnten wir hier nicht berücksichtigen. Dass sich die Bekanntheit der Selbstverwaltung und die Kenntnisse über sie auf die Bewertung auswirken, stellen wir bei jeweils passender Gelegenheit dar.

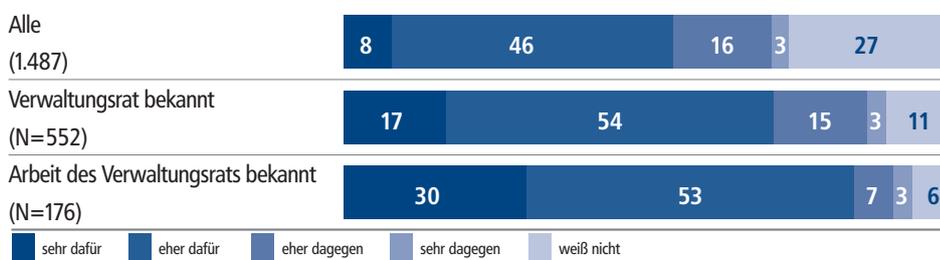
Wie relevant die bloße Bekanntheit des Verwaltungsrates und dazu noch die Kenntnisse über dessen Arbeit für die Einstellung zur Selbstverwaltung und zu den Sozialwahlen sind und wie hoch entsprechend die politische Rendite wäre, wenn man die Kenntnis- und Informationsdefizite ausgleiche, zeigt sich in Abbildung 1. Unter allen Befragten unabhängig von ihrem Kenntnisstand sind 54 Prozent „sehr“ oder „eher“ für Sozialwahlen und Selbstverwaltung. Bei denen, die immerhin von der Existenz des Verwaltungsrates wissen, steigt die Zustimmungsrate schon auf 71 Prozent. Von denen schließlich, die schon einmal etwas über die Arbeit dieses Verwaltungsrates gehört haben, sprechen sich 83 Prozent dafür aus.

### Einstellungen zur Sozialwahl

Dass auch von denen, die vom Verwaltungsrat nicht wissen oder über seine Arbeit noch nichts gehört haben, sich immerhin 45 Prozent bzw. 65 Prozent, für Sozialwahlen und Selbstverwaltung aussprechen, deutet darauf hin, dass das Verhältnis der Versicherten zur Selbstverwaltung noch von anderen Faktoren als von Information abhängt.

Auf die Frage, was sie alles in allem von den Sozialwahlen und der Selbstverwaltung in der GKV halten (Abbildung 1), fällt zunächst das gute Viertel der Befragten auf, das dazu nichts zu sagen weiß. Rund 19 Prozent der Befragten sind zudem explizit „eher“ oder „sehr“ gegen die Selbstverwaltung und die Sozialwahlen eingestellt.

### „Alles in allem“ – Meinung zu Sozialwahlen und Selbstverwaltung in der GKV (in Prozent)



Quelle: Gesundheitsmonitor Frühjahr 2010, N=1.520 GKV-Versicherte

Abbildung 1

BertelsmannStiftung

Nimmt man die Befragten, die mit „weiß nicht“ geantwortet haben, aus der folgenden Analyse heraus, gehen folgende soziale Faktoren signifikant mit der mehr oder weniger starken Zustimmung zu Selbstverwaltung und Sozialwahlen einher: höheres Vertrauen in die Gegenwart und Zukunft des Gesundheitswesens ( $p < 0,001$ ), Alter über 60 Jahre ( $p < 0,05$ ), wohnhaft in Westdeutschland ( $p < 0,01$ ), häufigere Lektüre von Kassenzeitschriften ( $p < 0,001$ ), Krankenkassen-Internetangeboten ( $p < 0,05$ ), Gesundheitsseiten im Internet ( $p < 0,05$ ) und natürlich die Bekanntheit des Selbstverwaltungsorgans Verwaltungsrat ( $p < 0,001$ ) sowie Kenntnisse über dessen Arbeit ( $p < 0,001$ ). – Die Irrtumswahrscheinlichkeit der Zusammenhänge reicht von weniger als 5 Prozent ( $p < 0,05$ ) über weniger als 1 Prozent ( $p < 0,01$ ) bis zur geringsten Irrtumswahrscheinlichkeit von weniger als einem Zehntelprozent ( $p < 0,001$ ).

Nachdem die befragten GKV-Versicherten in der Fragestellung in knapper Form über die weitverbreitete Praxis der Friedenswahlen informiert wurden, stimmten zunächst 38 Prozent aller Befragten der Position zu, die Wahlen seien generell überflüssig, weil der Verwaltungsrat nichts bewirken könne. 47 Prozent aller Befragten halten „Friedenswahlen“ nicht für gut, weil eine Wahl ohne Wahlmöglichkeit undemokratisch sei. Nur etwas

weniger, nämlich 45 Prozent der Befragten, halten die „Friedenswahlen“ „für akzeptabel, weil es ja schließlich nur wenig Wahlalternativen gibt und man damit Ausgaben spart.“

Für die weitere Debatte über das Pro und Contra der Sozialwahl und vor allem der „Friedenswahl“ ist festzuhalten: Fast zwei Drittel der GKV-Versicherten halten Sozialwahlen „irgendwie“ nicht für überflüssig. Rund 45 Prozent derer, die „Friedenswahlen“ für akzeptabel halten, begründen dies mit der weitgehend zutreffenden Feststellung, es mangle an Wahlalternativen. Es gehört tatsächlich zur historisch gewachsenen Normalität der Sozialwahlen, dass neue oder andere Listen gegen die kartellähnlich etablierte Gruppe der gewerkschaftlichen Sozialverbände und einiger Versichertenvereinigungen nur mit großem Aufwand überhaupt die Zulassung zur Wahl erreichen können.

29 Prozent der Befragten wissen nicht mehr, ob sie an der Sozialwahl 2005 teilgenommen haben. 25 Prozent erinnern sich, dass sie gewählt, und 45 Prozent, dass sie nicht gewählt haben. Stellt man in Rechnung, dass ein Teil der Befragten mit Erinnerungsschwierigkeiten tatsächlich gewählt hat, entsprechen die Ergebnisse der Gesundheitsmonitorbefragung in etwa der tatsächlichen Wahlbeteiligung von 32 Prozent im Jahr 2005.

Von den Nichtwählern gaben 64 Prozent als Grund an, sie hätten keine Kenntnis von der Wahl gehabt. 6 Prozent begründeten ihre Wahlabstinenz damit, dass bei ihrer Kasse „Friedenswahlen“ stattgefunden hätten. 28 Prozent hatten zu wenige Informationen über den Zweck der Wahl, die Bewerber und die Programme zur Verfügung. Für 6 Prozent entsprach kein Kandidat ihren Interessen, und 7 Prozent haben sich schließlich aus Unzufriedenheit trotz einer Wahlmöglichkeit bewusst enthalten. Mehrfachnennungen waren möglich.

### Bewertung der Arbeit des Verwaltungsrates

Um genauer zu erfahren, wie die Versicherten die konkrete Funktion und Praxis der Selbstverwaltung bzw. des Verwaltungsrats bewerten, haben wir die Versicherten zwischen neun Aussagen auswählen lassen. Mit der Zustimmung zu drei Aussagen konnten die GKV-Versicherten zum Ausdruck bringen, ob und warum sie die Selbstverwaltung für wichtig und gut halten. Zwei Aussagen bewerteten die Selbstverwaltung als „grundsätzlich gut“, enthielten aber auch inhaltliche Einschränkungen. Mit ihrer Zustimmung zu den restlichen vier Aussagen erklärten die Befragten Selbstverwaltung und/oder Verwaltungsrat für überflüssig.

Die Abbildung 2 zeigt die folgenden Antworthäufigkeiten: Die Zustimmung zu den drei Positionen, welche die Selbstverwaltung aus relativ konkreten Gründen für gut und wichtig halten, fällt mit einer Ausnahme am höchsten aus. Durchweg mehr als 50 Prozent und bis hin zu 70 Prozent der GKV-Versicherten bewerteten sie so positiv, weil sie (68 %) in der Selbstverwaltung ein demokratisches Grundrecht sehen, weil sie (70 %) meinen, über die Selbstverwaltung bei der Verwendung ihrer Beiträge mitbestimmen zu können, und weil sie (56 %) annehmen, dass sie über die Selbstver-

waltung schließlich auch Einfluss auf das Leistungsangebot nehmen können. Am zweitstärksten fällt die Zustimmung zu Bewertungen aus, nach denen Selbstverwaltung und Verwaltungsrat noch immer für gut erachtet werden, die aber auch Schattenseiten vermerken. 62 Prozent halten die realen Mitbestimmungsmöglichkeiten für zu gering, und immer noch die Hälfte der GKV-Versicherten (50 %) sehen dort „bisher“ ihre Interessen nicht repräsentiert. Den letzten vier Aussagen, mit denen die Selbstverwaltung aus verschiedenen konkreten Gründen für „überflüssig“ gehalten wird, stimmen durchweg nur noch weniger als die Hälfte und ein rasch kleiner werdender Anteil der Versicherten zu: 42 Prozent meinen, der Verwaltungsrat sei überflüssig, „weil die wichtigen Entscheidungen über die Krankenkassen an anderer Stelle fallen“, 35 Prozent glauben, ihre Interessen gingen „in der Bürokratie der Krankenkasse sowieso“ unter. 25 Prozent meinen, die Krankenkasse sei „als Wirtschaftsunternehmen sowieso gezwungen ... ihr Angebot an den Interessen der Versicherten auszurichten“. 20 Prozent schließlich sagen, sie würden ihre Interessen gegenüber der Krankenkasse „auf anderem Wege (z. B. durch die Ankündigung oder Realisierung eines Kassenwechsels) durchsetzen“.

Wer die Selbstverwaltung wegen ihrer Defizite für überflüssig hält, muss sie deshalb nicht prinzipiell ablehnen. Würden gesetzliche Möglichkeiten zu Satzungsleistungen und Selektivverträgen auf lokaler und regionaler Ebene wesentlich stärker und kreativer genutzt und die Verwaltung versichertennäher gestaltet, könnte ein Teil der Gegner seine ablehnende Haltung wohl auch ändern. Mit Blick auf die vielen sozialen Einflussfaktoren wie den Gesundheitszustand, das Alter, die Bekanntheit von Einzelheiten aus der laufenden Arbeit

des Verwaltungsrats, die Nutzung verschiedener Informationsquellen, das Haushaltseinkommen oder das Vertrauen in die Gegenwart wie Zukunft des Gesundheitswesens zeichnen sich in einer multivariaten statistischen Analyse (logistische Regression) spezielle Muster ab: Die Wahrscheinlichkeit, dass jemand „Alles in Allem“ gegen die Selbstverwaltung und die Sozialwahlen eingestellt ist, verringert sich durch ein höheres Vertrauen in die Zukunft des Gesundheitswesens signifikant um rund 70 Prozent. Bei ostdeutschen Bürgern, häufigem Lesen von Fachliteratur, Befragten mit hohem Haushaltseinkommen und Befragten, die nichts über die Arbeit ihres Verwaltungsrats erfahren haben, steigt die Wahrscheinlichkeit einer Ablehnung der Selbstverwaltung signifikant um das Fünffache, das 5,5-Fache, das 4,2-Fache und das 5,5-Fache. Die Position, Sozialwahlen seien generell überflüssig, weil der Verwaltungsrat nichts bewirken könne, tritt bei Männern, Personen mit höherem Zukunftsvertrauen und häufigeren Lesern von Krankenkassenzeitschriften mit einer um 60, 70 und 80 Prozent geringeren Wahrscheinlichkeit auf als bei Frauen, Zukunftspessimisten und selteneren Lesern von Kassenspublikationen. Die Wahrscheinlichkeit, dass jemand die Sozialwahlen fundamental negativ bewertet, steigt bei Personen, die sich häufiger bei Patientenverbänden und Selbsthilfegruppen informieren, signifikant um das 43-Fache. (Dieser Wert ist aber mit Vorsicht zu bewerten, weil er auf Angaben der wenigen Personen beruht, die sich bei diesen Verbänden und Gruppen häufiger informieren und beraten ließen.) Bei über 60-Jährigen steigt die Wahrscheinlichkeit der Ablehnung um das Doppelte und bei den Personen, die nichts über die Arbeit ihres Verwaltungsrates erfahren, um das Sechsfache. Wie oben belegt, spielt die Informationslage über den Selbstverwal-

## Bewertungen und Einstellungen zur durch Verwaltungsräte ausgeübten Selbstverwaltung (in Prozent)

Ich finde...



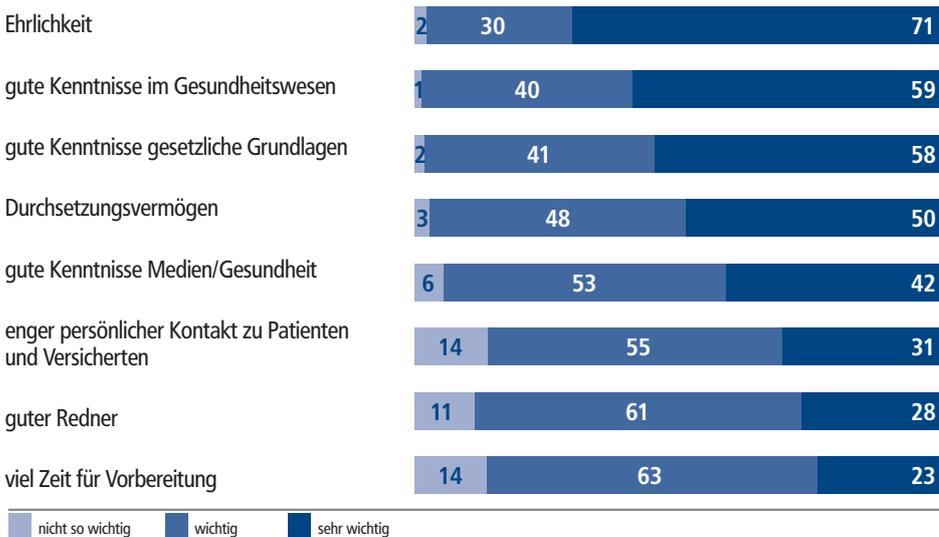
Quelle: Gesundheitsmonitor Frühjahr 2010, N=1.520 GKV-Versicherte

Quelle: Gesundheitsmonitor Frühjahr 2010, N=1.520 GKV-Versicherte

Abbildung 2

BertelsmannStiftung

## Wichtigkeit von Eigenschaften für Vertreter in Verwaltungsräten in der GKV (in Prozent)



Quelle: Gesundheitsmonitor Frühjahr 2010, N=1.520 GKV-Versicherte

Abbildung 3

BertelsmannStiftung

tungsalltag bei vielen Bewertungen der Selbstverwaltung eine durchweg große Rolle. Hinzu kommt außerdem noch der Einfluss des Bildungsstandes: Personen mit niedrigerem Bildungsabschluss bewerten die Selbstverwaltung positiver. Bei einigen Aspekten spielt auch der Gesundheitszustand eine Rolle.

## Welche Eigenschaften erwarten Versicherte von Selbstverwaltern?

Zu den Eigenschaften, die ein Mitglied eines Selbstverwaltungsorgans aufweisen muss, hat es in der kritischen Auseinandersetzung mit der Praxis der Selbstverwaltung über die Jahre immer wieder engagierte Debatten und Reformanläufe gegeben. Für die Vertreter selbst und auch für ihre Kritiker ging es dabei meistens um Handlungs- und Durchsetzungsfähigkeit oder um kommunikative Fertigkeiten (Braun et al. 2008). Entsprechend liegt auch dort der Schwerpunkt von langjährigen Bemühungen, die vorhandenen Funktionsmängel zu beseitigen und zu vermeiden. Die von den Versicherten für wichtig gehaltenen Eigenschaften der Mitglieder in Verwaltungsräten (Abbildung 3) unterscheiden sich von dem dort diskutierten Spektrum allerdings erheblich. Daran wirken wahrscheinlich auch einige veröffentlichten oder skandalisierten Ereignisse und Phänomene über „zu hohe“ Gehälter von Kassenvorständen, „üppige“ Tagungsprämien für Verwaltungsratsmitglieder oder tatsächliche oder vermeintliche Korruption auf Vorstands- und Verwaltungsratsniveau (z. B. vor einigen Jahren bei der AOK Niedersachsen und bei diversen aktuellen Kassenfusionen) prägend mit. Dies würde auch erklären, warum über 70 Prozent der GKV-Versicherten die Ehrlichkeit und nicht die eine oder andere Sachkompetenz der Selbstverwalter für „sehr wichtig“ halten.

Gute Kenntnisse über Kosten und gesetzliche Grundlagen des Gesundheitssystems

## „Hier muss sicher der Gesetzgeber ran“

Bundewahlbeauftragter für die Sozialversicherungswahlen Gerald Weiß über Sozialwahlen und die Möglichkeit jetzt Urwahlen zu erzwingen



**Bundewahlbeauftragter Weiß** „Eine Urwahl erzwingen können nur die Kassenmitglieder bzw. die Arbeitgeber“

**Gesundheitsmonitor:** Zu den zentralen Ergebnissen unserer Befragung gehört, dass gerade einmal jeder dritte GKV-Versicherte weiß, dass seine Krankenkasse eine Selbstverwaltung hat, und nur jedem Zehnten Näheres über deren Arbeit bekannt ist. Was müsste aus Ihrer Sicht passieren, damit sich daran etwas ändert?

**Weiß:** Der Hauptgrund für diese Unkenntnis liegt darin, dass die Versicherten kaum etwas über die Selbstverwaltung erfahren. In den allgemein zugänglichen Medien spielt die Selbstverwaltung praktisch keine Rolle. Bei der Darstellung der Arbeit der Selbstverwaltung in den Medien der Krankenkassen bestehen große Unterschiede. In der Tendenz kann man sagen, dass überall dort, wo regelmäßig gewählt wird, in den Mitgliedermagazinen eine ausführlichere Berichterstattung über die Arbeit der Selbstverwaltung dieser Kassen erfolgt. Ähnliches gilt auch für die jeweilige Homepage. In diesem Jahr habe ich den Verwaltungsrat einer BKK besucht. Ich habe sie

darauf hingewiesen, dass auf der Homepage der Vorstand ausführlich dargestellt wird, der Verwaltungsrat aber nicht. Daraufhin erklärten mir die Verwaltungsräte, es sei eine gute Idee, mal dafür zu sorgen, dass die Arbeit des Verwaltungsrates auf der Homepage dargestellt wird. In den allgemein zugänglichen Medien wird man wahrscheinlich kein radikales Umdenken erreichen können. Aber die Verwaltungsräte müssten selbst dafür sorgen, dass über ihre Arbeit regelmäßig in den Medien ihrer Kassen berichtet wird.

**Gesundheitsmonitor:** Obwohl fast zwei Drittel der Versicherten die Sozialwahlen „irgendwie“ nicht für überflüssig halten, stellt sich die Frage, ob die gegenwärtige Normalität, „in Frieden“ nicht zu wählen, wirklich wünschenswert ist. Was ist möglich, um den Anteil der Urwahlen bei der Sozialwahl 2011 zu erhöhen?

**Weiß:** Leider habe ich es nicht in der Hand, die Anzahl der Urwahlen zu erhöhen. Natürlich werbe ich dafür, aber ich kann Urwahlen nicht anordnen. Ob meine Bemühungen erfolgreich sein werden, kann man frühestens Ende November dieses Jahres sagen. Eine Urwahl erzwingen können nur die Kassenmitglieder bzw. die Arbeitgeber. Diese können jetzt an die etablierten Kräfte appellieren und im Notfall durch die Aufstellung einer „freien Liste“ eine Urwahl erzwingen.

**Gesundheitsmonitor:** Gibt es bei Ihnen Überlegungen wie mittelfristig sowohl der Anteil echter Wahlen aber auch die Beteiligung an den Sozialwahlen erhöht werden kann?

**Weiß:** Zurzeit wissen wir noch nicht, bei welchen Versicherungsträgern eine Urwahl stattfindet. Noch weniger lässt sich prognostizieren, wie hoch die Wahlbeteiligung 2011 sein wird. 2005 lag die Wahlbeteiligung bei etwa 30 Prozent. Dies ist ein Wert, den man immer häufiger bei Kommunalwahlen fest-

stellt. Das Interesse an der Sozialwahl lässt sich nur steigern, wenn auch zwischen den Wahlen kontinuierlich und für die Mitglieder gut nachvollziehbar über die Arbeit der Selbstverwaltung berichtet wird. Außerdem müssen die Versicherungsträger darüber nachdenken, wie es gelingen kann, dass das Thema Selbstverwaltung auch von den frei zugänglichen Medien aufgegriffen wird. Ich habe den Eindruck, dass allein durch Appelle keine Bereitschaft zur Durchführung einer Urwahl entsteht. Hier muss sicher der Gesetzgeber ran. Nach Abschluss der Sozialwahlen 2011 werde ich einen Bericht verfassen, in dem ich meine Vorschläge unterbreite.

**Gesundheitsmonitor:** Einige Versicherte aber auch nicht wenige Selbstverwaltungsmitglieder beklagen, es gäbe in der GKV eigentlich gar nichts mehr zu gestalten, was Versicherten- und Arbeitgebervertreter erfordere. Ist da etwas dran?

**Weiß:** Die Selbstverwaltungen in der gesetzlichen Krankenversicherung entscheiden darüber, welche Präventions- oder Reha-Maßnahmen gefördert oder übernommen werden, entscheiden darüber, wer Chefin oder Chef der Krankenkasse wird und wie hoch deren oder dessen Gehalt ist, stellen den Haushaltsplan fest und nehmen die Jahresrechnung ab, beauftragen Wirtschaftsprüfer zur Prüfung von Betriebsabläufen, setzen ehrenamtlich besetzte Widerspruchsausschüsse ein, an die sich Versicherte wenden können, wenn die jeweilige Kasse Entscheidungen gegen sie getroffen hat. Sollte die Gesundheitsreform so verwirklicht werden, wie es die Bundesregierung plant, entscheidet die Selbstverwaltung künftig über die Einführung und die Höhe des Zusatzbeitrages.

Interview: Bernard Braun, Juliane Landmann

werden von knapp 60 Prozent der GKV-Versicherten für sehr wichtig gehalten. Handlungs- und Durchsetzungsfähigkeit sind für 50 Prozent sehr wichtige Eigenschaften künftiger Selbstverwalter. Wider Erwarten liegt der Anteil der Versicherten, die von den Vertretern ihrer Interessen in den Selbstverwaltungsorganen einen engen persönlichen Kontakt zu Versicherten und Patienten erwarten, mit 31 Prozent relativ niedrig. Dies könnte bedeuten, dass viele Versicherte auch heute noch ein bereits 1975 konstatiertes vorherrschend „technokratisches Bewusstsein“ (INFAS 1977: 231) gegenüber der GKV und auch den Selbstverwaltern hegen. Von diesen wird Expertenwissen und -verhalten erwartet, das sie dann auch ohne weitere Abstimmungen mit ihrer sozialen Basis einsetzen können.

### Alternative Artikulationsformen für GKV-Versicherte

Fast die Hälfte der GKV-Versicherten gab in der aktuellen Gesundheitsmonitorbefragung an, sich im Rahmen von repräsentativen Bevölkerungsumfragen regelmäßig zu sie interessierenden Themen befragen lassen zu wollen. Rund 42 Prozent sähen auch noch in Abstimmungen über politische Vorschläge ein geeignetes Mittel, ihre Interessen direkt und nicht nur durch die Wahl von Repräsentanten zum Ausdruck zu bringen (Abbildung 4).

Praktisch alle anderen denkbaren Artikulationsformen stoßen aber nur noch auf das Interesse bei höchstens einem Viertel der Versicherten. In dieser Gruppe finden sich auch die Formen, welche eine hohe Eigenaktivität der Befragten erfordern, wie zum Beispiel die Beteiligung an einer örtlichen Diskussionsgruppe aber auch an internetbasierten Aktivitäten.

Ob sich jemand für eine der Artikulationsmöglichkeiten interessiert oder nicht, hängt aber nicht nur von dem

### Wahl der Artikulationsmöglichkeiten bei Themen, die GKV-Versicherte interessieren (in Prozent)



Quelle: Gesundheitsmonitor Frühjahr 2010, N=1.520 GKV-Versicherte

Abbildung 4

| BertelsmannStiftung

damit verbundenen Aufwand ab, sondern auch wieder von verschiedenen sozialen Merkmalen. So interessieren sich signifikant mehr GKV-Versicherte mit höherem Bildungsabschluss für die Teilnahme an telefonischen Interviews ( $p < 0,05$ ) und Abstimmungen, ( $p < 0,001$ ) aber weniger für örtliche Diskussionsgruppen ( $p < 0,05$ ). Männer sind signifikant mehr an der Teilnahme an telefonischen Interviews ( $p < 0,01$ ), an Umfragen ( $p < 0,05$ ), an einer Diskussionsgruppe ( $p < 0,05$ ) und an Abstimmungen interessiert als Frauen. Krankenversicherte, die am nächsten Sonntag SPD, Grüne oder Linke wählen würden, sind signifikant mehr an der Beteiligung an Umfragen ( $p < 0,01$ ), an Anhörungen von Wissenschaftlern und Experten ( $p < 0,01$ ) und an einer Diskussionsgruppe ( $p < 0,05$ ) interessiert. Erwartbar war, dass sich jüngere Befragte bis 40 Jahre wesentlich häufiger als über 40- und vor allem über 60-Jährige für eine Beteiligung an Internetforen und an Beiträgen im Internet interessieren ( $p < 0,001$ ). Überraschend war, dass Jüngere ein wesentlich höheres Interesse an Abstimmungen haben als die über 40-Jährigen: Während unter den bis

40-Jährigen 50 Prozent an Abstimmungen interessiert sind, waren es lediglich 31 Prozent unter den über 60-Jährigen (40-59-Jährige 44 %). Personen über 60 neigen dagegen häufiger als alle Jüngeren dazu, passiv Anhörungen von Wissenschaftlern zuzuhören, ( $p < 0,01$ ), sind dann aber eher wieder aktiv an Diskussionsgruppen zu beteiligen ( $p < 0,05$ ). Das Interesse an der Mitarbeit an einem Internetforum ist bei westdeutschen Befragten signifikant ( $p < 0,05$ ) höher. Bei Personen mit schlechtem Gesundheitszustand und vielen Arztkontakten ist lediglich das Interesse, an einer örtlichen Diskussionsgruppe teilzunehmen, statistisch signifikant höher ( $p < 0,01$ ) als bei den Gesünderen mit wenig Arztkontakten. Bei Personen mit vielen Arztkontakten ist dies auch noch bei der Teilnahme an Wissenschaftleranhörungen ( $p < 0,05$ ) und Befragungen ( $p < 0,01$ ) der Fall.

Zusätzlich zur potenziellen Überrepräsentanz sozial eher bessergestellter Bevölkerungsgruppen gibt es aber auch Anzeichen, dass bei einigen der aufgezählten Artikulationsforen auch kompetentere Nutzern und Nutzerinnen des

Gesundheitswesens überrepräsentiert sind. Wer von sich selbst sagt, er wisse über Patientenrechte gut Bescheid, ist auch signifikant mehr an telefonischen Interviews ( $p < 0,001$ ), Umfragen ( $p < 0,01$ ), Anhörungen ( $p < 0,001$ ), Abstimmungen ( $p < 0,05$ ) oder einer örtlichen Diskussionsgruppe ( $p < 0,05$ ) interessiert.

An „nichts von alledem“ interessiert sind schließlich die über 60-Jährigen ( $p < 0,01$ ), die Personen mit niedrigerem Schulabschluss ( $p < 0,001$ ) und mit nach eigenem Urteil schlechten Kenntnissen über Patientenrechte ( $p < 0,001$ ).

## Fazit

Ein seit mehreren Wahlperioden in etwa gleich bleibender oder sogar wachsender Anteil der Versicherten hält das Prinzip der Selbstverwaltung und deren theoretische Möglichkeiten für gut und nicht für überflüssig.

Dass es sich dabei häufig um „Stimmungen“ und insofern um möglicherweise sehr fragile Positionen handelt, liegt vor allem an drei Bedingungen: Erstens sind die Selbstverwaltung und die Arbeit des Verwaltungsrates vielen Versicherten nicht bekannt. Zweitens sind es die seit langem üblichen „Friedenswahlen“, die damit geringe und auch gar nicht vermisse Basisbindung der Verwaltungsräte und der „Einheitslisten-Charakter“ der Mehrzahl der Selbstverwaltungen, die verhindern, dass die Sozialwahlen, die gewählten Vertreter und ihre Arbeit mehr Aufmerksamkeit bekommen. Drittens können die Versicherten wegen der Fusionen zu immer größeren und überregionalen Kassen und wegen der politisch gewollten Zentralisierung von Entscheidungen über Kassenleistungen über ihre Selbstverwaltung auch tatsächlich weniger Einfluss nehmen.

Wer also aus strukturkonservativen Gründen und dem Nutzen einer mit Selbstverwaltung verbundenen gesellschaftlichen Arbeitsteilung zwischen Staat und Gesellschaft oder im schlimmsten Fall mangels besserer Alternativen an Selbstverwaltung und Sozialwahlen festhalten will, muss gleichzeitig an einer ganzen Reihe von Stellschrauben drehen:

- Ganz wichtig ist eine umfangreichere, bessere (z. B. weg von der Mitteilungs-Berichterstattung hin zu modernen Reportagen), vielfältigere (z. B. stärkere Nutzung des Internets) und vor allem kontinuierliche Transparenz über das Prinzip, die normativen Möglichkeiten und die tatsächliche Arbeit der Selbstverwaltungsräte.
- Gerade bei immer größer und anonymer werdenden Kassen müssen sämtliche Möglichkeiten genutzt werden, eine „Selbstverwaltung zum Anfassen“ zu schaffen. Der Weg dahin können regelmäßige Sprechstunden von Verwaltungsratsmitgliedern sein, möglichst dezentrale Veranstaltungen für Versicherte über aktuelle gesundheitspolitische Angelegenheiten oder die regelmäßige Befragung von Versicherten, an denen viele Befragte großes Interesse zeigten.
- Gearbeitet werden muss auch an einer Reaktivierung der Urwahlen. Sie sollten die Regel sein, denn sie verschaffen der Selbstverwaltung nachhaltige Legitimation.
- Gleichzeitig muss der durch den sozialstrukturellen Wandel (Veränderungen der Anteile erwerbstätiger und nicht-erwerbstätiger Versicherter) schon lange gebotene Paradigmenwechsel von der Beitragszahler- und Arbeitsweltorientierung zu einer Betroffenenorientierung praktisch angegangen werden. Dies sorgt auch u. a. für die Schaffung von Wahlalternativen und die Repräsentanz der Interessen bisher vernachlässigter Versichertengruppen

(z. B. nicht erwerbstätige Jugendliche oder Ehegatten).

- Gegen die verbreitete Wahrnehmung, die Selbstverwaltung der einzelnen Kasse habe nichts mehr zu sagen, sollte jede bestehende, aber auch jede neu zu schaffende Möglichkeit genutzt werden, wichtige Entscheidungen über die vertragliche Gestaltung von gesetzlich zugelassenen und vom G-BA auf ihren Nutzen überprüften Leistungen wieder auf die Ebene der einzelnen Kasse zurückzuverlagern. Ein Instrument könnten auch lokale und regionale Selektivverträge sein, die bisher von der Selbstverwaltung zu wenig und zu phantasielos genutzt werden.

Da unter den GKV-Versicherten der Anteil von Erwerbstätigen sinkt und mithin die Relevanz der Arbeitswelt abnimmt und da der Finanzierungsanteil der Arbeitgeber ohnehin schrumpft, sollte auch über eine Verringerung des Arbeitgeberanteils auf weniger als die Hälfte der Sitze nachgedacht werden. Die frei werdenden Plätze könnten von kompetenten Vertretern der Zivilgesellschaft besetzt werden.

## Literatur

- Braun B., T. Klenk, W. Kluth, F. Nullmeier, F. Welti (2009): Modernisierung der Sozialversicherungswahlen. Baden-Baden.
- Braun B., S. Greß, H. Rothgang, J. Wasem (Hrsg.) (2008): Einfluss nehmen oder aussteigen? Theorie und Praxis von Kassenwechsel und Selbstverwaltung. Berlin.
- Infas (1977): Die Selbstverwaltung in der Sozialversicherung – Ihre Bedeutung für die Versicherten. In: Bogs W, Ferber Chr. V., Tennstedt F.: Aufgaben und Funktion der Selbstverwaltung in der Sozialversicherung, Bd. I: 201-255.

# Abstimmen, verhandeln, evaluieren – Bürgerbeteiligung anderswo

## Frankreich: Sozialer Brennpunkt als Ideenschmiede

Ein Programm zur Verbesserung der Gesundheit bei der städtischen Bevölkerung in Frankreich legt einen besonderen Akzent auf die Einbeziehung und Beteiligung der Betroffenen. Bei den „Ateliers Santé Ville“, so der Name des Programms, werden zunächst auf lokaler Ebene die besonderen Bedürfnisse und die Risikofaktoren der Menschen in sozialen Brennpunkten erhoben. Danach werden die unterschiedlichen Akteure vor Ort in medizinisch-sozialen Netzwerken zusammengeführt. Hauptziel ist, dass alle Zugang zu Gesundheitseinrichtungen bekommen. An den Betroffenen selbst ist es, die örtlichen Gesundheitsprobleme zu benennen, Prioritäten festzulegen, Pläne aufzustellen und diese dann auch zu evaluieren. Bei Befragungen im Quartier Nord von Toulouse etwa stellte sich heraus, dass beson-

ders ältere Einwanderer weder über die Notwendigkeit von Vorsorgeuntersuchungen Bescheid wussten, noch die entsprechenden Einrichtungen kannten. Ergebnis war eine Aufklärungskampagne. Um Qualität und Effizienz der ambulanten Pflege zu verbessern, wurde ein Kurs für Gemeindegewestern aufgelegt. Im Kampf gegen die Fettsucht entwickelte das lokale Netzwerk eine Anzahl von Freizeitaktivitäten: ein Picknick im Wald, Kochkurse, Sport.

Frankreich erreicht bei der gerechten Verteilung von Gesundheitsleistungen im internationalen Vergleich besonders schlechte Werte. Menschen in Wohngebieten mit geringem Einkommen haben schlechtere Gesundheitswerte und schlechteren Zugang zur Versorgung. Die meisten Problemzonen sind durch prekär lebende

Menschen mit geringer Schulbildung und hoher Arbeitslosigkeit gekennzeichnet. Seit Mitte der Neunzigerjahre hat die Regierung in ganz Frankreich 751 solcher „sensibler urbaner Zonen“ identifiziert. Mehr als ein Viertel von ihnen liegt in der Banlieue von Paris.

Erste Berichte zeigen, dass das Programm Erfolg hat. Schwierigkeiten macht allerdings die genaue Evaluierung, da die Gesundheitsziele von Ort zu Ort verschieden sind und der Prozentsatz derer, die daran teilnehmen, oft wenig über den Erfolg aussagt. Kritik richtet sich gegen die zu schwache finanzielle Ausstattung des Programms und die mangelnde langfristige Absicherung.

<http://www.hpm.org/survey/fr/a13/3>

## Finnland: Bleibt Gesundheit Gemeindegache?

Bürgerpartizipation ist im stark dezentralisierten Gesundheitswesen Finnlands ganz in die staatliche Struktur eingebaut: Die 448 Gemeinden des dünn besiedelten Landes unterhalten teils für sich allein, teils gemeinsam mit Nachbarkommunen 237 Gesundheitszentren. Für den Unterhalt von Krankenhäusern bilden sie Gemeindeverbände. Sowohl die Zentren als auch die Krankenhäuser werden von Ausschüssen geleitet, die der Gemeinderat zu diesem Zweck bildet und die sich meist - nach parteipolitischer Parität - aus Kommunalpolitikern zusammensetzen. Pläne der Regierungsparteien sehen nun vor, wesentliche sozialpolitische Entscheidungen zu zentralisieren. Nach einem Vorschlag sollen im ganzen Land 40 bis 60 „Gesundheits- und Sozialgebiete“ entstehen, denen dann keine gewählte Gebietskörperschaft mehr gegenüber stünde. Heute ist Gesundheit neben der Schule und der Sozialhilfe noch Hauptfeld der Kommunalpolitik und daher auch Hauptthema der vierjährigen Kommunalwahlen.

<http://www.hpm.org/survey/fi/a15/2>

## USA: Oregons Prioritätenliste findet Nachahmer

Anfang der 1990er Jahre beschritt der US-Bundesstaat Oregon neue gesundheitspolitische Wege. Ziel war es, das Gesundheitsprogramm Medicaid auf alle Bürger unterhalb der Armutsgrenze auszudehnen. Zur Gegenfinanzierung sollten einige Leistungen aus dem Programm gestrichen werden. Für die Kürzung des Leistungskatalogs hatte eine Kommission zuvor elf öffentliche Anhörungen und 47 Bürgerversammlungen organisiert sowie eine Telefonumfrage durchgeführt. Doch die zunächst vorgestellte Prioritätenliste, mit Kosteneffizienz als entscheidendem Auswahlkriterium, stieß auf öffentlichen Protest. Seither fließen in weit höherem Maße Expertenwissen und Laienmeinungen in die Leistungsauswahl mit ein und das Verfahren wird nicht mehr in Frage gestellt. Im Jahr 2000 legte Oregon eine Arzneimittel-Positivliste auf. Mittlerweile haben elf Bundesstaaten diese Liste priorisierter Medikamente übernommen. Die Auswahl von Medikamenten für die Positivliste können Bürger im Internet kommentieren.

<http://www.hpm.org/survey/us/a15/1>

## Niederlande: Patientenverbände reden mit

In den Niederlanden handeln Patientennorganisationen kollektive Verträge für Krankenversicherte aus und legen dabei sowohl den Umfang als auch die Kosten der Versorgung mit fest. Die Möglichkeit ist Teil eines Systems, das als „Neokorporatismus“ beschrieben wird und Patientenverbänden auf vielen Ebenen Mitwirkungsrechte gibt.

Auch bei der Konzeption von vier sektorenübergreifenden Behandlungsprogrammen für Chroniker waren die Verbände beteiligt. Dabei tun sich Haus- und Fachärzte sowie andere Gesundheitsberufe zusammen und bieten eine gemeinsame Leistung zu einem Pauschalpreis an. Das neue System betrifft die Versorgung für: Diabetes, chronisch-obstruktive Lungenerkrankung, Herzversagen und Herzin-

farkt-Risikofaktoren. Bei der Festsetzung der Qualitätskriterien für die Behandlungsprogramme haben Patientenvertreter ebenfalls mitgewirkt.

Auch das Gesundheitsministerium, das Parlament, einzelne Städte und Gemeinden sowie Expertengremien ziehen Patientenverbände beratend hinzu. Anbieter nutzen Qualitätskriterien, die von Patientennorganisationen oder in Zusammenarbeit mit ihnen erstellt wurden. Auch beim Aufstellen von Forschungsplänen reden Patienten mit. Alle öffentlich finanzierten Gesundheitseinrichtungen müssen nach dem Gesetz einen ständigen Patientenvertreter in den Vorstand einbeziehen. Tonangebend ist die Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie, ein Dachverband von 22 Organisationen, die meisten

von ihnen Selbsthilfeverbände für chronisch Kranke. Das niederländische System setzt sich ab von anderen Partizipationsmodellen, etwa der Bildung von Beratungsgremien, die die Gesamtbevölkerung repräsentieren sollen, oder der gezielten Teilhabe durch diejenigen, die von einer bestimmten Entscheidung betroffen sind.

Die kollektiven Mitwirkungsmöglichkeiten gehen in die Siebziger- und Achtzigerjahre zurück. Seit Ende der Neunzigerjahre hat sich der Fokus auf Mitwirkung und Entscheidungsrechte des einzelnen Versicherten und Patienten verschoben. Der organisatorische Rahmen aber blieb.

<http://www.hpm.org/survey/nl/a13/2>  
<http://www.npcf.nl/>

## Israel: Umfragen steuern Ärzte, Kassen und Politiker

In Israel reden die Bürger bei Fragen rund um das Gesundheitswesen mit – und zwar über das Telefon: Schon seit 1995 befragen drei israelische Forschungsinstitute Patienten und Versicherte nach ihren Erfahrungen im Gesundheitswesen. Alle zwei Jahre wird ein Sample von 1800 Erwachsenen telefonisch nach Inanspruchnahme, Zufriedenheit, Zugangshürden, finanzieller Belastung und ihr Wissen über Rechte und Leistungen befragt. Nach dem Resümee der Forscher haben die Umfragen nicht nur viel öffentliche Aufmerksamkeit erzielt, sondern auch zu konkreten Verbesserungen beigetragen. Genutzt werden die Daten vom medizinischen Personal, den Krankenkassen – die in Israel zugleich Anbieter von Leistungen sind – und dem Gesundheitsministerium.

Besonders groß ist das Interesse bei den vier großen Kassen, die über die Umfrage genau über die Zufriedenheit ihrer Versicherten und ihr Image ins Bild gesetzt werden. Als etwa der Großanbieter Maccabi 2003 schlechte Werte bei Mammographie-Screenings erzielte, habe man dort zunächst wütend reagiert, berichten die Forscher, dann aber große Anstrengungen unternommen, die Defizite auszugleichen.

Erstmals aufgelegt hat das Gesundheitsministerium Befragungen nach der großen Gesundheitsreform Mitte der Neunziger. Das Ziel war, Reaktionen in der Bevölkerung aufzufangen und bei unerwünschten Reformwirkungen gegenzusteuern zu können. Mehrere Reformen haben die Umfragen schon hervorgebracht: Weil viele Patienten aus Kostengründen auf eine notwendige Behandlung verzichteten, änderte die Regierung die Zuzahlungsmodalitäten. Außerdem können sich jetzt auch Ältere und chronisch Kranke eine private Zusatzversicherung leisten, und die Kassen schulen Hausärzte in psychischer Versorgung.

Gefragt wird im Einzelnen nach Professionalität und Einstellung von Haus- und Fachärzten, Pflegepersonal und Kassenangestellten, nach Wartezeiten und dem Zugang zu Verordnungen, Überweisungen und Laborwerten. Die Parameter werden von Mal zu Mal von einem Steuerungsgremium aus Kassen, Patientenverbände, Gesundheits- und Finanzministerium verändert.

[www.hpm.org/Downloads/Symposium\\_2010/4-2\\_Gross\\_Using\\_Patient\\_Experiences\\_to\\_Improve\\_the\\_Healthcare\\_System\\_in\\_Israel.pdf](http://www.hpm.org/Downloads/Symposium_2010/4-2_Gross_Using_Patient_Experiences_to_Improve_the_Healthcare_System_in_Israel.pdf)

## Kanada: Debatte im Internet

Kanadas Nationaler Gesundheitsrat bezieht die Bevölkerung an einer Debatte über das Preis-Leistungs-Verhältnis im Gesundheitswesen ein. Auf seiner Homepage hat der Rat Anfang 2009 einen entsprechenden Blog und ein Diskussionsforum eingerichtet. Am interessantesten findet die mitlesende Web-Community die Themen Prävention und Gesundheitsförderung, Versorgung im Team, unnötige Inanspruchnahme des Gesundheitswesens und Vergütung. In vielen Postings geht es aber auch um den Zugang, um den Mangel an Fachkräften, Altenpflege und um Technologie.

Hintergrund des Web-Brainstorming ist ein steigender Finanzierungsdruck: Zwischen 1997 und 2007 stiegen die Gesundheitsausgaben auf das Doppelte; die Hälfte der Mehrkosten entfiel auf neue, zusätzliche Leistungen. Ob sich der Mehraufwand in gesundheitlichem Sinne gelohnt hat, ist schwer zu erfassen, weil es dafür nur wenige klare Kriterien gibt. Die Provinzen, die in Kanada für das Gesundheitssystem zuständig sind, geben schon jetzt 40 Prozent ihres Budgets dafür aus. Wenn der Anteil auf 45 Prozent steigt, drohen Zugangsbeschränkungen und Zuzahlungen.

Mit dem Versuch, abstrakte gesundheitspolitische Grundsatzfragen im Netz zur Diskussion zu stellen, ist der Nationale Gesundheitsrat bisher eher mittelmäßig erfolgreich: Nur zu einem Blog-Beitrag gibt es Kommentare, und im Diskussionsforum gingen bisher ganze 280 Postings ein. Jetzt suchen die Kanadier nach anderen Formen, die Bürger einzubeziehen.

[www.hpm.org/survey/ca/b14/1](http://www.hpm.org/survey/ca/b14/1)  
<http://canadavalueshealth.ca>

## Schweiz: Langsame Demokratie

Direkte Demokratie und kantonaler Föderalismus führen im Schweizer Gesundheitswesen zu einem besonders langsamen Reformtempo. 2007 ließen die Stimmbürger mit 72 Prozent Nein-Stimmen eine Initiative der Linken scheitern, die die Einrichtung einer Einheitskasse sowie einkommensabhängige Versicherungsbeiträge zum Ziel hatte. Im Jahr darauf lehnten die Wähler mit knapp 70 Prozent eine Initiative der Rechten zu mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen ab.

Gesundheitsexperten rechnen vor, dass etwa vom ersten Entwurf zur Reform der Krankenhausfinanzierung bis zu ihrer vollen Umsetzung im Jahr 2017 mehr als 16 Jahre vergangen sein werden. Von der wissenschaftlichen Erkenntnis, dass die Alters- und Geschlechterstruktur für den Kassen-Finanzausgleich nicht ausreicht, bis zu deren Übersetzung in ein neues Recht seien 22 Jahre vergangen. Die Einführung von Managed Care-Modellen wiederum nahm 20 Jahre in Anspruch, und auch jetzt stößt das Modell in manchen Kantonen noch auf Skepsis: In der Westschweiz nimmt nur jeder fünfte Versicherte daran teil, im Wallis und im Tessin sind es gar weniger als zehn Prozent.

Seit 1974 sind die Schweizer zwölf Mal in gesundheitspolitischen Fragen zu den Urnen gerufen worden, nur drei Mal gaben sie ihre Zustimmung. Seit 1994 haben die Stimmbürger alle Initiativen, die ihnen vorgelegt wurden, mit Mehrheit abgelehnt und für die Beibehaltung des Status quo votiert.

[www.hpm.org/Downloads/Symposium\\_2010/3-3\\_Crivelli\\_The\\_impact\\_of\\_consensusalism\\_corporatism\\_and\\_direct\\_democracy\\_on\\_Swiss\\_healthcare\\_reform.pdf](http://www.hpm.org/Downloads/Symposium_2010/3-3_Crivelli_The_impact_of_consensusalism_corporatism_and_direct_democracy_on_Swiss_healthcare_reform.pdf)  
<http://www.hpm.org/survey/ch/a12/3>

## Großbritannien: Bürger reden bei Evaluation mit

Interessierte Bürger und zivilgesellschaftliche Organisationen reden mit, wenn das britische National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) staatliche Gesundheitsprogramme evaluiert. In einem 26-köpfigen Beirat sitzen nicht nur Public-Health-Experten und klinisch tätige Ärzte, sondern auch Gemeindevertreter und einfache Bürger. Entsprechend grundsätzlich, originell und spannungsvoll sind die Diskussionen. Aufgabe des Beirats ist es, bestimmte, schon laufende Programme zur Gesundheitsförderung auf ihre Kosteneffektivität zu evaluieren. Für die Beurteilung hat das Gremium jeweils ein Jahr Zeit. Das Ergebnis wird auf der NICE-Website veröffentlicht.

Die fachfremden Interessenten stellen auch ein Scharnier zu anderen Politikfeldern dar, was gerade bei Public-Health-Programmen besonders wichtig ist. Viele Programme stoßen mit ihren Interventionen in Bereiche vor, in denen Gesundheit nur am Rande eine Rolle spielt: Sie reichen von Sport- und Aktivierungsprogrammen wie Volksläufen über Raucherentwöhnung bis hin zu Umweltmaßnahmen, Verkehrsberuhigung oder Wohnungsbau. Hintergrund der Initiative war die Kritik von Public-Health-Experten an der stark klinischen Ausrichtung von NICE. Sie argumentierten, dass mit lebensweltlichen Verbesserungen viel mehr für die öffentliche Gesundheit erreicht werden könne als mit Änderungen im Gesundheitssystem.

[www.hpm.org/survey/uk/a12/5](http://www.hpm.org/survey/uk/a12/5)  
<http://www.nice.org.uk/getinvolved/>

## Buchtipp: Qualität in integrierten Versorgungsstrukturen

Vernetzen, koordinieren und integrieren - immer mehr Leistungserbringer schließen sich in Gemeinschafts- und Teilgemeinschaftspraxen, in Verbänden, Genossenschaften und Praxisnetzen oder auch Medizinischen Versorgungszentren zusammen. Doch inwiefern korrespondieren die neuen Organisationsstrukturen auch mit besseren Prozessen und Ergebnissen in der Versorgung?

In dem Projekt „Qualität in integrierten Versorgungsstrukturen“ wurden gemeinsam mit Pilot- und Expertengruppen Qualitätsindikatoren für integrierte Versorgungsanbieter wie MVZ oder große fachübergreifende Gemeinschaftspraxen entwickelt und in der Praxis getestet. 77 neue Indikatoren bilden nun die komplexen Strukturen und Abläufe in diesen Häusern ab.

Die Indikatoren können im Rahmen eines internen Qualitätsmanagements Hinweise

geben, inwiefern ein Haus seine Strukturen und Prozesse bereits auf eine patientenorientierte, koordinierte Versorgung abgestellt hat. Analysiert wird etwa, ob sich die Ärzte über die Versorgung von Patienten mit komplexen Krankheitsbildern verständigen, sich auf bestimmte Leitlinien einigen oder ein gemeinsames Fehlermanagement durchführen. Die im Anhang aufgelisteten Indikatoren stehen allen interessierten Anwendern zur freien Verfügung.

Marion Grote Westrick, Uwe Schwenk (Hrsg.):  
**Qualität in integrierten Versorgungsstrukturen. Qualitätsindikatoren für Medizinische Versorgungszentren.**

1. Auflage 2010 • 84 Seiten, Broschur

[http://www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xbcr/SID-916B744D-84356ECA/bst/xcms\\_bst\\_dms\\_27851\\_31959\\_2.pdf](http://www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xbcr/SID-916B744D-84356ECA/bst/xcms_bst_dms_27851_31959_2.pdf)



# BertelsmannStiftung

**Programm Versorgung  
verbessern – Patienten  
informieren**

Carl-Bertelsmann-Str. 256  
33311 Gütersloh  
[www.bertelsmann-stiftung.de](http://www.bertelsmann-stiftung.de)

[www.gesundheitsmonitor.de](http://www.gesundheitsmonitor.de)  
[www.hpm.org](http://www.hpm.org)

**Redaktion**

Marion Grote Westrick,  
Dr. Juliane Landmann

**Autoren**

Dr. Bernard Braun  
(Universität Bremen),  
Marion Grote Westrick,  
Norbert Mappes-Niediek  
(freier Journalist),  
Dr. Gerd Marstedt  
(Universität Bremen)

**Kontakt**

Heike Clostermeyer  
Tel.: (05241) 81-8 13 81  
Fax: (05241) 81-68 13 81  
[heike.clostermeyer@bertelsmann-stiftung.de](mailto:heike.clostermeyer@bertelsmann-stiftung.de)