

Bernard Braun

Stefan Greß

Heinz Rothgang

Jürgen Wasem

(Hrsg.)

Einflussnehmen oder Aussteigen?

Theorie und Praxis von Kassenwechsel und Selbstverwaltung in der GKV

Inhaltsverzeichnis

1	Bernard Braun, Stefan Greß, Heinz Rothgang, Jürgen Wasem	
	Einleitung	8
2	Stefan Greß, Heinz Rothgang Hirschmans Konzept: Exit, Voice und Loyalty in der GKV.....	10
2.1	Exit und Voice: Die Theorie	10
2.2	Exit und Voice in der gesetzlichen Krankenversicherung	15
3	Stefan Greß, Karin Höppner, Gerd Marstedt, Heinz Rothgang, Marcus Tamm, Jürgen Wasem Kassenwechsel als Mechanismus zur Durchsetzung von Versicherteninteressen.....	18
3.1	Kassenwahlfreiheit in der Gesetzlichen Krankenversicherung	18
3.1.1	Institutionelle Grundlagen	19
3.1.2	Funktionsbedingungen für die Durchsetzung von Versicherteninteressen durch den Mechanismus Kassenwechsel	20
3.1.3	Forschungsfragen für die empirischen Studien	20
3.2	Empirie des Kassenwechsels	22
3.2.1	Stand der Forschung	22
3.2.2	Versichertenbefragung zum Kassenwechsel	34
3.2.3	Discrete-Choice-Experiment	64
3.2.4	Diskussion der empirischen Befunde	82
3.3	Diskussion und Schlussfolgerungen	101
4	Bernard Braun, Martin Buitkamp, Daniel Lüdecke Selbstverwaltung als Mechanismus zur Durchsetzung von Versicherteninteressen	103
4.1	Systematische Bedeutung von „Voice“ als Repräsentationsmodus	103
4.1.1	Institutionelle Grundlagen	103
4.1.2	Selbstverwaltung in der GKV	104
4.2	Selbstverwaltung der gesetzlichen Krankenkassen	106
4.2.1	Allgemeine Funktionsbedingungen der Kassenselbstverwaltung	110

4.2.2	Besondere Funktionsbedingungen der Kassenselbstverwaltung	114
4.2.3	Vermutete Problemfelder und Defizite der Selbstverwaltung	123
4.3	Empirische Bedeutung von Voice in der GKV aus der Sicht von Selbstverwaltungsmitgliedern	128
4.3.1	Kurzüberblick zur Selbstverwaltungsforschung	128
4.3.2	Methodische Umstände und Probleme einer Selbstverwalterbefragung	130
4.3.3	Qualifikation und Engagement der Versichertenvertreter	136
4.3.4	Typologie der Selbstverwalter	139
4.3.5	Stellung im Verwaltungsrat, Zusammensetzung des Verwaltungsrats	145
4.3.6	Mitgliedschaften und Engagement in Organisationen und Verbänden	148
4.3.7	Sozialwahl 2005: Transparenz der Kandidatenauswahl, Listenplatzvergabe und Bewertung von Ur- oder Friedenswahlen	149
4.3.8	Information, Qualifikation und Weiterbildung	153
4.3.9	Zusammensetzung, Organisation und Arbeitsteilung des Verwaltungsrats	161
4.3.10	Urteile über das Treffen von Entscheidungen auf Ebene der Kassenverbände	166
4.3.11	Verhältnis Verwaltungsrat – Vorstand	168
4.3.12	Auswirkungen der Strukturreform 1993	173
4.3.13	Kontakt zu den Versicherten	180
4.3.14	Öffentlichkeitsarbeit	183
4.3.15	Gestaltungsspielräume des Verwaltungsrates in der Kranken- und Pflegeversicherung	186
4.3.16	Einbringung der Versichertenperspektive	195
4.3.17	Beschreibung der Arbeit des Verwaltungsrates	200
4.3.18	Ziele, Zustand, Probleme und Perspektiven der Selbstverwaltung	202
4.3.19	Beurteilung der Funktionalität, Akzeptanz, Legitimation und der Repräsentation der Versicherteninteressen	207
4.3.20	Verbesserungspotenziale	209
4.4	Diskussion und Schlussfolgerungen	214
4.4.1	Sozialwahlen	215
4.4.2	Rekrutierung und Qualifikation der Selbstverwalter	217
4.4.3	Unzulänglichkeit im Umgang mit alten und neuen Handlungsmöglichkeiten	219

4.4.4	Informationsmängel über Versichertenbedarfe	220
4.4.5	Makro- und Mikrokonzepte für Reformen der Selbstverwaltung	220
5	Bernard Braun, Heinz Rothgang, Jürgen Wasem Zusammenwirken der Mechanismen	223
5.1	Können Defizite des Steuerungsmodus „Kassenwahl“ durch die Selbstverwaltung verbessert werden?	223
5.2	Unbestimmtheit und Trägheit des Mechanismus Kassenwechsel	224
5.3	Können Defizite des Steuerungsmodus „Selbstverwaltung“ durch den Mechanismus des Kassenwechsels verbessert werden?	227
5.4	Schlussfolgerungen	228
6	Literatur	229
7	Anhang.....	237

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildung 1:	Aktuelle und frühere Wechselneigungen von Versicherten	55
Abbildung 2:	Typologie von Selbstverwaltern	144
Abbildung 3:	Besuch von Weiterbildungsveranstaltungen der Selbstverwalter, die Weiterbildung im jeweiligen Gebiet für notwendig hielten.....	159
Abbildung 4:	Bedeutung der neuen Selbstverwaltungsinstrumente des Gesundheitsstrukturgesetzes 1993	175
Abbildung 5:	Fragen von grundsätzlicher Bedeutung, bei denen die Selbstverwalter Entscheidungsgewalt einfordern (Sortiert nach Antworthäufigkeit „Eindeutig ja“)	178
Abbildung 6:	Informationsquellen bezüglich der Bedarfslagen und Bedürfnisse der Versicherten (Mehrfachantworten, Häufigkeiten in %, zehn häufigste Nennungen, N=361).....	181
Abbildung 7:	Vergleich der relativen Ausprägung der Informationsbeschaffung über die Bedarfslage der Versicherten der einzelnen Selbstverwaltertypen untereinander	182
Abbildung 8:	Generell und von Selbstverwaltern genutzte Initiativmöglichkeiten in der GKV aus Sicht von Selbstverwaltern 1999-2005	189
Abbildung 9:	Selbst wahrgenommene Nutzung der Überprüfungsmöglichkeiten der Verwaltungsräte in der Zeit 1999-2005	195
Tabelle 1:	Relevanzkriterien der Versicherten für Krankenkassen.....	67
Tabelle 2:	Mittelwertdifferenzen bei der Bewertung der Relevanz von Kassenmerkmalen	68
Tabelle 3:	Ergebnisse des Discrete-Choice-Experiments.....	71
Tabelle 4:	Bereitschaft, die eigene Kasse gegen die Kasse 2, 25 oder 35 einzutauschen	73
Tabelle 5:	Koeffizienten der Discrete-Choice-Analyse.....	75
Tabelle 6:	Teilnutzenwerte der Kassenmerkmale	76
Tabelle 7:	Gruppenspezifische Teilnutzenwerte der Kassenmerkmale.....	77
Tabelle 8:	Teilnutzenwerte der Kassenmerkmale für Versichertentypen	78
Tabelle 9:	Teilnutzenwerte der Kassenmerkmale – Vergleich mit eigener Kasse	80

Tabelle 10:	Gruppenspezifischer Teilnutzenwert der allgemeinen Wechselabneigung, Loyalität etc.	81
Tabelle 11:	Persönliche Einschätzung von Weiterbildungsmaßnahmen und Teilnahmehäufigkeiten (N=367) ⁹⁹	158
Tabelle 12:	Personelle Zusammensetzung im Verwaltungsrat in der Wahlperiode 1999 bis 2005	164
Tabelle 13:	Einschätzung der Bedeutung der Instrumente des Verwaltungsrates für die Handlungsfähigkeit desselben nach der 1993 beschlossenen Strukturreform der Selbstverwaltung.....	170
Tabelle 14:	Faktorenanalyse mit den Items der Frage Bedeutung von Verwaltungsratsinstrumenten für seine Handlungsfähigkeit (Frage 28).....	171
Tabelle 15:	Zuordnung der Variablen zu den Faktoren und inhaltliche Interpretation.....	172
Tabelle 16:	Beurteilung der Auswirkungen der Strukturreform 1993 auf die Handlungsfähigkeit der Selbstverwaltung nach Häufigkeit der als wichtig bezeichneten Instrumente (N=358).....	174
Tabelle 17:	Einschätzung der Verwaltungsratsmitglieder bezüglich der Informationsweitergabe durch den Vorstand der Kasse	179
Tabelle 18:	Faktorenbildung mit den Items der Frage, wie die Bedarfslagen und Bedürfnisse der Versicherten in Erfahrung gebracht werden	182
Tabelle 19:	Schon existente und zusätzlich gewünschte Formen der Öffentlichkeitsarbeit (N=367).....	185
Tabelle 20:	Zusätzlich gewünschte Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit.....	186
Tabelle 21:	Urheber von Initiativen zur Einführung von neuen Leistungen/Programme (N=367)	188
Tabelle 22:	Initiative der Einführung neuer Leistungen oder Programme durch den Verwaltungsrat (Frage 37A)	190
Tabelle 23:	Faktorenbildung mit den Items der Frage nach der Initiative der Einführung folgender Leistungen oder Programme (Frage 37A), hier die Antworten „Initiative vom Verwaltungsrat“	192
Tabelle 24:	Einbringen der Versichertenperspektiven bei der Einführung und Umsetzung von Leistungen/Programme der Krankenversicherung durch die Selbstverwalter	197
Tabelle 25:	Einbringen der Versichertenperspektiven bei der Einführung und Umsetzung von Leistungen/Programme der Pflegeversicherung durch die Selbstverwalter	198
Tabelle 26:	Gründe, weshalb Versichertenperspektive nur in (sehr) geringem Maße bei der Einführung und Umsetzung neuer Leistungen/Programme eingebracht werden konnte (N=367) (Mehrfachantwort möglich, Angaben summieren sich nicht zu 100%).....	200

Tabelle 27:	Prädiktoren für die Bewertung der Arbeit des Verwaltungsrates	201
Tabelle 28:	Beschreibungen, welche die Arbeit des Verwaltungsrates in der vergangenen Wahlperiode auf den Punkt bringen (N=345)	202
Tabelle 29:	Gewünschtes Extraengagement der Selbstverwaltung in verschiedenen Bereichen(N=367) (Mehrfachantwort möglich, Angaben summieren sich nicht zu 100%).....	203
Tabelle 30:	Faktorenbildung mit den Items der Frage nach den Bereichen, in denen sich die Selbstverwaltung künftig besonders engagieren sollte.....	204
Tabelle 31:	Nötige Maßnahmen zur Optimierung der Funktionalität, Akzeptanz, Legitimation und die Repräsentation der Versicherteninteressen (N=367) (Mehrfachantwort möglich, Angaben summieren sich nicht zu 100%)	210
Tabelle 32:	Faktorenbildung mit den Items der Frage nach den Bereichen, in denen die Selbstverwaltung optimiert werden müsste.....	211
Tabelle 33:	Typologie der Reformen der Selbstverwaltung	221

1 Bernard Braun, Stefan Greß, Heinz Rothgang, Jürgen Wasem Einleitung

„In order to retain their ability to fight deterioration those organizations that rely primarily on one of the two reaction mechanisms need an occasional injection of the other. Other organizations may have to go through regular cycles in which exit and voice alternate as principal actors ... an awareness of the inborn tendencies toward instability of any optimal mix may be helpful in improving the design of institutions that need both exit and voice to be maintained in good health” (Hirschman 1970: 126)

In der auch heute noch lesenswerten Abhandlung über Exit und Voice (zu Deutsch: Abwanderung und Widerspruch) in Unternehmen, Organisationen und Staaten diskutierte der deutschstämmige Ökonom Albert Hirschman die Vor- und Nachteile der beiden Reaktionsmechanismen. Eine der interessantesten Schlussfolgerungen Hirschmans war, dass die Kombination der beiden Reaktionsmechanismen die jeweiligen Schwächen von Exit und Voice kompensieren kann.

Das Forschungsprojekt – dessen Ergebnisse hier im Wesentlichen vorgestellt werden – wendet Hirschmans Hypothese auf die gesetzlichen Krankenkassen als Organisationsform an. Seit Mitte der 1990er Jahre werden die Interessen der Versicherten in den gesetzlichen Krankenkassen durchgängig sowohl durch Exit (freie Wahl der Krankenkassen) als auch durch institutionalisiertes Voice (Selbstverwaltung) repräsentiert. Vor dem Hintergrund des von Hirschman formulierten theoretischen Gerüsts war es zentrale Aufgabe dieser Untersuchung, die Funktionsfähigkeit von Exit (Kassenwahl) und Voice (Selbstverwaltung) zunächst getrennt voneinander zu untersuchen und Reformvorschläge zur Optimierung der beiden Modi zur Repräsentation der Versicherteninteressen zu entwickeln. Im letzten Schritt erfolgte dann die Analyse des Zusammenwirkens von Kassenwahl und Selbstverwaltung – wiederum mit der anschließenden Entwicklung von Reformvorschlägen für ein verbessertes Zusammenspiel der beiden Repräsentationsmodi – um die Schwächen des einen durch die Stärken des anderen kompensieren zu können.

Zur weiteren Darstellung: Abschnitt 2 fasst zunächst die zentralen Erkenntnisse aus Hirschmans theoretischen Überlegungen zusammen. Abschnitt 3 analysiert die Funktionsfähigkeit von Exit. Zunächst wird in diesem Abschnitt ein Überblick über die inzwischen sehr ergiebige Literatur zum Thema Kassenwechsel gegeben. Vorliegende Studi-

en untersuchen allerdings kaum, warum Versicherte trotz substantieller finanzieller Wechselanreize *nicht* wechseln. Das ist nicht deswegen problematisch, weil der Wechsel ein Wert an sich wäre. Vielmehr kann das Instrument des Wechsels bzw. der Möglichkeit des Wechsels nur dann seine steuernde Wirkung entfalten, wenn es keine relevanten Teile der Versichertenschaft gibt, die es systematisch nicht nutzen können oder wollen. Das Phänomen Nicht-Wechsel wurde daher im Rahmen einer repräsentativen Versichertenbefragung untersucht, deren Resultate ebenfalls präsentiert werden. Außerdem werden die Ergebnisse eines empirischen Experiments dargestellt, in dem Versicherte nach den Eigenschaften einer Krankenkasse gefragt werden, in die sie wechseln würden.

Im Abschnitt 4 erfolgt die Analyse der Funktionsfähigkeit des Repräsentationsmechanismus Voice. Sie konzentriert sich auf eines der zahlreichen kleinen und großen Instrumente dieses Mechanismus, nämlich die gewählte Kassen-Selbstverwaltung. Dies erfolgt zum einen qualitativ-institutionell und zum anderen empirisch durch die Auswertung einer schriftlichen Befragung von Selbstverwaltern und Selbstverwalterinnen. Weitere oder zusätzliche Instrumente innerhalb und außerhalb der Selbstverwaltung wie beispielsweise das systematische Beschwerdenmanagement oder die Widerspruchsaus-schüsse werden weder systematisch noch empirisch näher beleuchtet.

Einige der empirischen Ergebnisse über die real praktizierte Selbstverwaltung sind nur nach Überwindung enormer Zugangsbarrieren zustande gekommen und durch damit verbundene Selektionen und Verzerrungen beeinflusst. Die durch Be- oder Verhinderung der Artikulationsmöglichkeit von Voice-Akteuren durch diese selber oder durch Krankenkassenverwaltungs-Akteure bedingte partielle „Sprachlosigkeit“ stellt an vielen inhaltlich wichtigen Stellen eine mit Sicherheit relevante Erkenntnisbarriere dar und macht Bewertungen schwer oder unsicher.

Abschnitt 5 analysiert abschließend das Zusammenwirken von Exit und Voice und entwickelt einige Reformvorschläge für die Optimierung des Zusammenspiels der beiden Repräsentationsmodi. Auch wenn die kritische Auseinandersetzung mit beiden Modi häufig zum Ergebnis kommt, dass beide Modi reformiert werden müssen, war und konnte es aber nicht die Aufgabe dieser Studie sein, sämtliche Reformvorschläge insbe-

sondere für die Zukunft der Selbstverwaltung zusammenzutragen, sich mit ihnen theoretisch oder gar empirisch auseinanderzusetzen und fundierte Empfehlungen abzugeben. Dies gilt sowohl für Makrokonzepte wie den Ersatz der im Prinzip gewählten Verwaltungsräte durch berufene oder eingesetzte Gremien (wie die aus dem Bereich der Wirtschaft bekannten „Aufsichtsräte“ oder auch dem anstaltlichen Bereich der „Rundfunkräte“) als auch für die unterschiedlichsten Mikrokonzepte wie z. B. die Wahl und Legitimation von Verwaltungsräten durch ein aus gewählten Versichertenältesten bestehendes Wahlmännergremium.

2 Stefan Greß, Heinz Rothgang Hirschmans Konzept: Exit, Voice und Loyalty in der GKV

2.1 Exit und Voice: Die Theorie

Die Theorie von Exit und Voice – von Abwanderung und Widerspruch – wurde zwar von einem Ökonomen entwickelt, ist aber keineswegs nur auf Wirtschafts-Unternehmen anwendbar. Das wird nicht nur durch den Inhalt, sondern auch schon durch den Titel des Buches von Albert Hirschman – „Abwanderung und Widerspruch. Reaktionen auf Leistungsabfall bei Unternehmungen, Organisationen und Staaten“ – mehr als deutlich. Die Theorie Albert Hirschmans ist vor dem Hintergrund seiner Kritik an den meisten ökonomischen Konzepten zu verstehen, die sich zu sehr mit ideal funktionierenden Unternehmen beschäftigten, obwohl diese auf realen Märkten eher die Ausnahme denn die Regel bilden. Hirschman geht dagegen davon aus, dass in Unternehmen *und* Organisationen des privaten wie auch des öffentlichen Sektors in der Regel ein gewisser Grad der Unvollkommenheit und Ineffizienz besteht. Ökonomische Theorien gehen jedoch im Normalfall davon aus, dass der Wettbewerb zum sofortigen Ausschluss der unwirtschaftlich arbeitenden Produzenten vom Markt führt. Darum spielen bei Hirschman die Möglichkeiten der innerbetrieblichen bzw. innerorganisatorischen Veränderung, die zu einer Erholung (recuperation) des Unternehmens bzw. der Organisation führen, eine wichtige Rolle (Hirschman 1970: 3). Unternehmen wie anderen Organisationen wird innerhalb dieser Erholungsprozesse die Möglichkeit und die Fähigkeit zum Lernen und zu Veränderungen zugesprochen (Benschop et al. 2003: 143).

Die lernenden Unternehmen bzw. Organisationen erhalten im Rahmen dieses Prozesses von ihren Kunden bzw. Mitgliedern wichtige Informationen. Die Analyse der Rolle, die der Konsument bzw. das Mitglied in diesem Prozess spielt, bringt Hirschman zu seinen Konzepten Exit und Voice. Ergänzt werden Exit und Voice durch die Residualgröße Loyalty (siehe unten).

Ausgangspunkt des Konzepts von Exit und Voice ist die Leistungsverschlechterung in einem Unternehmen oder innerhalb einer Organisation.¹ Kunden von Unternehmen bzw. Mitglieder von Organisationen haben zwei Reaktionsmöglichkeiten, wenn sie einen solchen Leistungsabfall wahrnehmen: Entweder sie können abwandern (Exit) oder sie widersprechen (Voice).

Exit ist ein essentiell ökonomisches Konzept und spielt vor allem im Wirtschaftsleben eine Rolle. Mit der Abwanderung signalisieren Kunden dem Unternehmen, dass sie unzufrieden sind. Exit stellt damit eine wesentliche Voraussetzung für das Funktionieren marktwirtschaftlichen Wettbewerbs dar. Allerdings hat Exit aus funktionalistischer Sicht den Nachteil, dass die abwandernden Konsumenten bzw. Mitglieder dem Unternehmen bzw. der Organisation in der Regel keine Information darüber hinterlassen, was genau verbessert werden müsste.

Damit Exit in dem oben beschriebenen Sinne funktionieren kann, müssen mehrere Voraussetzungen vorliegen. Diese fasst Hirschman folgendermaßen zusammen:

- Es müssen Wahlmöglichkeiten, Wettbewerb und gut funktionierende Märkte vorhanden sein.
- Die Kosten für einen Wechsel müssen in Relation zum erhofften Nutzen der Abwanderung vertretbar sein.
- Die Elastizität der Nachfragefunktion darf nicht zu starr und nicht zu flexibel sein. Laut Hirschman führt eine sehr unelastische Nachfragefunktion zu so geringen Verlusten, dass das Unternehmen bzw. die Organisation nicht zum Handeln gezwun-

¹ Der Begriff Organisation ist sehr weit gefasst zu verstehen: Es kann sich auch um Familie, Partei oder Staat handeln.

gen wird. Bei einer sehr elastischen Nachfragefunktion hingegen würde die Rate der Wechsler so in die Höhe schnellen, dass das Unternehmen bzw. die Organisation sofort aus dem Markt ausscheiden müsste und keine Zeit hätte, Veränderungsprozesse einzuleiten. Für ein Unternehmen bzw. eine Organisation ist darum eine gute Mischung aus abwanderungsfreudigen und eher trägen Kunden bzw. Mitgliedern von großer Bedeutung. Da Hirschman die Begriffe Qualität und Preis teilweise synonym verwendet, wird nicht deutlich, worauf genau sich seine Forderung bezieht. In der Literatur wird von Preiselastizität gesprochen.² Theoretisch denkbar wäre jedoch auch eine Qualitätselastizität.³

Voice ist im Gegensatz zu Exit kein originär ökonomisches, sondern ein politisches Konzept. Weiterhin handelt es sich nicht um eine dichotome Reaktionsweise (abwandern oder bleiben), vielmehr kann Unzufriedenheit auf sehr unterschiedliche Art artikuliert werden.

Widerspruch ist damit direkter und aussagekräftiger als eine Abwanderung, das Management des Unternehmens bzw. der Organisation erhält dadurch wichtige Informationen über Fehler im Unternehmen bzw. der Organisation. Dies wiederum ist eine wichtige Voraussetzung für interne Lernprozesse, die sehr zeitaufwändig sein können. Dies nimmt der Konsument bzw. das Mitglied in Kauf und gewährt dem Unternehmen bzw. der Organisation damit eine Art zeitlichen Kredit. Voice hat viele verschiedene Facetten, z.B. kann es sich in Beschwerden, Erfahrungsaustausch oder eventuell sogar in der Partizipation an Entscheidungen des Unternehmens bzw. der Organisation äußern.

Grundsätzlich kann zwischen horizontalem und vertikalem Widerspruch differenziert werden (O'Donnell 1986). Vertikaler Widerspruch bedeutet, dass sich die Unzufriedenen mit ihrer Beschwerde an die Verantwortlichen wenden, beim horizontalen Widerspruch hingegen kommt es zu einem Austausch der Kritik unter den Bürgern oder Mitgliedern, was als „Murren im Volke“ bezeichnet werden kann. Der horizontale Wider-

² Die Preiselastizität der Nachfrage gibt an, wie stark die Nachfrage nach einem Produkt auf eine Preisänderung reagiert.

³ Sie würde angeben, wie stark die Nachfrage nach einem Produkt auf eine Qualitätsveränderung reagiert. Bedingung ist natürlich, dass ein metrisches Maß für Qualität existiert.

spruch stellt eine wichtige Voraussetzung für die Ausübung von vertikalem Widerspruch dar. Dies gilt insbesondere, wenn zur Ausübung von vertikalem Widerspruch ein Zusammenschluss der Betroffenen notwendig ist - etwa in einer Selbsthilfegruppe oder einem Verband. Hirschman (1989: 173) hat diese Erweiterung des Konzeptes von Voice durch O'Donnell sehr befürwortet.

Dowding et al. (2000: 472) schlagen darüber hinaus eine Einteilung von Voice in individuellen und kollektiven Widerspruch vor. Unter ersterem sind beispielsweise vom Bürger eingebrachte Petitionen zu verstehen. Beispiele für kollektiven Widerspruch sind gemeinschaftliche Protestaktionen oder die Teilnahme an Wahlen. Kollektiv geäußertem Widerspruch kann in der Regel mehr Nachdruck verliehen werden als individuellem Widerspruch.

Voice äußert sich laut Hirschman eher unter folgenden Bedingungen:

- Voice gewinnt um so mehr an Bedeutung, je geringer die Wahlmöglichkeiten der Konsumenten sind bzw. wenn die Wechselkosten sehr hoch sind.
- Voice wird eher geäußert, wenn in der Vergangenheit positive Erfahrungen mit dem Reaktionsmechanismus gemacht wurden (Hirschman 1970: 42). Strukturen für die Artikulation der Unzufriedenheit müssen also geschaffen und gepflegt werden. Das Unternehmen bzw. die Organisation muss signalisieren, dass die Meinung der Konsumenten bzw. der Mitglieder wichtig ist, und beispielsweise „Kummerkästen“ oder Meinungsfragebögen entwickeln. Möglichkeiten und Wege des Widerspruchs können auch zielgruppenspezifisch für Konsumenten entwickelt werden, die bisher bei der Wahrnehmung ihrer Voice-Optionen benachteiligt waren.
- Da der Zeit- und Kostenaufwand für den Einzelnen oft sehr hoch ist, kanalisiert sich der Widerspruch häufig im Zusammenschluss mit anderen. Hierbei ist dann entscheidend, welche Möglichkeiten für kollektives Handeln bestehen (Hirschman 1989).
- Der Äußerung von Widerspruch geht ein Abwägen zwischen den Kosten und dem erhofften Nutzen sowie der Wahrscheinlichkeit auf Erfolg voraus. Der Konsu-

ment bzw. das Mitglied muss also überzeugt sein, dass Voice zu einer gewünschten Veränderung führen könnte.

- Die Ausübung der Voice-Option darf mit keiner Gefahr oder mit Repressalien für das Individuum verbunden sein. Dies gilt insbesondere für totalitäre Regimes⁴.
- Schließlich fördert Loyalität die Äußerung von Voice (siehe unten).

Zwischen Abwanderung und Widerspruch bestehen Wechselwirkungen. Sie können sich gegenseitig verstärken oder abschwächen. Beispielsweise erhält der Widerspruch durch die Androhung einer Abwanderung mehr Nachdruck. Andererseits kann eine tatsächliche Abwanderung die Stärke des ansonsten zu erwartenden Widerspruchs mindern und schlimmstenfalls die Lage noch weiter verschlechtern. Bei sinkender Qualität⁵ können insbesondere die qualitätsbewussten Kunden abwandern, ohne dass das Unternehmen bzw. die Organisation erfährt, worauf sich die Kritik des Kunden bzw. des Mitglieds bezieht. Die verbleibenden Kunden bzw. Mitglieder, die nicht so qualitätsbewusst sind, nehmen die Leistungsverschlechterung hin, ohne Widerspruch einzulegen.

Exit und Voice wird von Hirschman durch die Residualgröße Loyalty (Loyalität) ergänzt. Da er versäumt hat, dieses Konzept eindeutig zu definieren, erhielt Hirschman für Loyalty viel Kritik. Barry (1975: 95) spricht in diesem Zusammenhang von einem „ad hoc equation filler“.

Exit und Voice sind Handlungen, die einer Unzufriedenheit entspringen. Neben diesen beiden Optionen besteht jedoch auch die Möglichkeit, *nicht* zu reagieren (z.B. weil die Opportunitätskosten für Exit und Voice zu hoch sind). Dieses widerspruchslose Verbleiben ist für Hirschman (1970: 78) als Loyalität zu bezeichnen, wenn trotzdem auf eine Verbesserung der Umstände gehofft wird. Unkritisches Verhalten oder Ignoranz gegenüber den Umständen wird von Hirschman außer Acht gelassen, er geht von mündi-

⁴ Beispielsweise hat Guillermo O'Donnell (1986) in eindrucksvoller Weise beschrieben, welche Gefahren mit der Ausübung der Voice-Option unter der argentinischen Militärdiktatur verbunden waren und wie insbesondere horizontale Formen von Voice weiterhin praktiziert wurden.

⁵ Hirschman geht in erster Linie von einem Qualitätsverlust aus, es kann jedoch auch der Anstieg des Preises gemeint sein.

gen, reflektierten und informierten Bürgern aus. Jemand, der die Leistungsverschlechterung nicht wahrgenommen hat, verhält sich also in Hirschmans Sinn nicht loyal (aber auch nicht illoyal).

Kritiker wie Barry (1975) und Dowding et al. (2000) merken an, dass sich Loyalität (ähnlich wie Voice) in verschiedenen Formen äußern kann. Für sie entspricht Hirschmans Beschreibung von Loyalität am ehesten „brand loyalty“, also Markentreue. Loyalität lässt sich jedoch auch anders verstehen, nämlich im Sinne von „group loyalty“ (Gruppenloyalität): „However, group loyalty is something quite different. Group loyalty depends upon one’s identification with the group itself“ (Dowding et al. 2000: 477). Nach Dowding et al. setzt sich Gruppenloyalität aus der *Identifikation mit dem Objekt* der Loyalität und aus der bisherigen *Investition in das Objekt* zusammen. Loyalität in diesem Sinne ist das Ergebnis von Identitätsbildungs-, Meinungsbildungs- und Abgrenzungsprozessen, die in den meisten Fällen konfliktreich verlaufen. Insofern ist Loyalität auch das Ergebnis von Voice. Die Objekte von Gruppenloyalität sind keine Produkte im Sinne von Waren, sondern gemeinschaftliche Institutionen wie die Nation, der man angehört, oder der Betrieb, in dem man arbeitet.

2.2 Exit und Voice in der gesetzlichen Krankenversicherung

In gesetzlichen Krankenkassen gibt es für die Versicherten sowohl Exit als auch Voice. Sind GKV-Mitglieder mit bestimmten Merkmalen ihrer Krankenkasse unzufrieden, können sie zurzeit nach einer Bindungsfrist von 18 Monaten zu einer Konkurrenzkasse abwandern. Für die Äußerung von Voice bestehen zahlreiche Möglichkeiten. Neben kollektivem Widerspruch im Rahmen der Selbstverwaltung der Kassen und der Sozialwahlen oder im Zusammenhang mit dem Engagement in Patientenberatungs- und Verbraucherorganisationen kann auch individueller Widerspruch geäußert werden. Letzteres kann beispielsweise durch Beschwerde bei der zuständigen Aufsichtsbehörde oder beim Widerspruchsausschuss der eigenen Kasse erfolgen. Durch die Androhung einer Abwanderung zum Konkurrenten erhält der individuelle Widerspruch zusätzliches Gewicht. Weiterhin lassen sich verschiedene Möglichkeiten von horizontalem und vertikalem Widerspruch ausmachen. Horizontaler Widerspruch könnte beispielsweise innerhalb von Selbsthilfegruppen geäußert werden, vertikaler Widerspruch könnte beispiels-

weise bei der Patientenbeauftragten der Bundesregierung erfolgen. Diese Studie richtet den Fokus ausschließlich auf die institutionell verankerte Mitsprache von Versicherten im Rahmen der Selbstverwaltung der Krankenkassen.

Sowohl für Exit als auch für Voice ist zu hinterfragen, inwieweit diese Repräsentationsmodi in der Lage sind, die Interessen der Versicherten aktiv aufzugreifen, in die institutionelle Binnenwelt zu integrieren und entsprechend der Versichertenpräferenzen Veränderungsprozesse zu stimulieren.

Hirschman geht davon aus, dass Unzufriedenheit mit der Qualität (oder dem Preis) einer Dienstleistung oder eines Produkts den Ausgangspunkt für die Reaktionsweisen Exit oder Voice bildet. In einer pluralistischen Gesellschaft können jedoch die Bedürfnisse der Individuen stark divergieren und die Auffassungen von guter oder schlechter Qualität sehr unterschiedlich sein. Dies gilt insbesondere für komplexe Güter, zu denen auch Krankenversicherungen und ihre Leistungen zu zählen sind.⁶

Analog der Argumentation von Hirschman bildet die Unzufriedenheit der Versicherten mit ihrer Krankenkasse den Ausgangspunkt für die Reaktionsweisen Exit oder Voice. Dies gilt wahrscheinlich grundsätzlich auch für die Ausübung von Voice. In Bezug auf die Sozialwahlen erscheint der Ausgangspunkt der Unzufriedenheit jedoch nur eingeschränkt geeignet. Denn an den Wahlen nimmt wahrscheinlich auch teil, wer mit der Arbeitsweise seiner Kasse einverstanden ist – in diesem Fall dient die Teilnahme an der Wahl der Bestätigung und ist Ausdruck der Zufriedenheit. Es lässt sich allerdings durchaus argumentieren, dass die Organe der Selbstverwaltung ihren Einfluss auf die Führung des Unternehmens Krankenkasse vor allem dann ausüben werden, wenn sie mit den Führungsentscheidungen unzufrieden sind oder sein könnten.

Steigt der Anteil derer, die trotz Unzufriedenheit ihre Partizipation an den Sozialwahlen grundsätzlich verweigern, die kein Interesse für ein Engagement in der Selbstverwaltung der Krankenkassen aufbringen oder die gegenüber dem Thema Kassenwechsel

⁶ Im weiteren Verlauf dieser Arbeit wird allgemein von Merkmalen der Krankenkassen gesprochen werden. Neben den zahlreichen Facetten des Begriffes Qualität (Servicequalität, Unterschiede im Leistungsangebot usw.) ist hiermit ebenfalls der Preis des Produktes Krankenversicherung gemeint.

vollständig desinteressiert sind, werden diese beiden Repräsentationsmodi ausgehöhlt.⁷ Als Folge erhalten die Krankenkassen keine Informationen über die Versichertenpräferenzen, wodurch keine internen Lern- und Veränderungsprozesse in Gang kommen, die wiederum zu einer Verbesserung der Krankenkasse aus Sicht der Versicherten führen – das System bleibt mehr oder weniger statisch. Im schlimmsten Fall kommt es sogar zu dem von Hirschman beschriebenen Phänomen, dass sich die Qualität des Produktes Krankenversicherung durchweg verschlechtert, ohne dass das Management der Kassen entsprechende Signale bekommt.

Im Grundsatz ist das Konzept von Exit und Voice zur Anwendung auf die Organisationsform gesetzliche Krankenkasse durchaus geeignet. Es hat sich aber auch gezeigt, dass Situationen vorstellbar sind, in denen sowohl Exit als auch Voice versagen. Zur Analyse solcher Situationen, wie es zu ihnen kommen kann und wie sie zu vermeiden sind, ist eine Weiterentwicklung von Hirschmans Konzept notwendig.

Erstens benötigen Versicherte hinreichende Informationen – sowohl über die Funktionsweise der beiden Mechanismen zur Repräsentation ihrer Interessen als auch über die Eigenschaften des Produktes Krankenversicherung. Zweitens ist zu klären, was aus Zufriedenheit beziehungsweise Unzufriedenheit der Versicherten im Hinblick auf die Ausübung von Exit und Voice folgt. Drittens bleibt Hirschman relativ vage, was die Eigenschaften von Produkten angeht. Es fehlt eine hinreichende Operationalisierung von Produkteigenschaften – insbesondere im Hinblick auf die vom Kunden wahrgenommenen Qualitätsunterschiede. Viertens hat Hirschman – wie oben angesprochen – die Residualgröße Loyalität nur sehr unzureichend definiert. Für die Analyse des Verbleibs in einer gesetzlichen Krankenkasse – trotz erheblicher Merkmalsunterschiede des Produktes gesetzliche Krankenversicherung – reicht das Konzept Loyalität nicht aus. Aus dieser Analyse folgt die zentrale empirische Frage, welche Motive für die Anwendung von Nicht-Abwanderung festzustellen sind.

⁷ Wie bereits beschrieben kommt es dabei natürlich auf die „richtige“ Mischung aus reaktionsfreudigen und zögerlichen Versicherten an.

3 Stefan Greß, Karin Höppner, Gerd Marstedt, Heinz Rothgang, Marcus Tamm, Jürgen Wasem Kassenwechsel als Mechanismus zur Durchsetzung von Versicherteninteressen

Während die Sozialwahlen als ein wesentliches Instrument zur Durchsetzung von Versicherteninteressen (vgl. Abschnitt 4) in der GKV eine lange Tradition aufweisen, sind Kassenwechsel und Kassenwettbewerb ein junger Mechanismus zur Interessendurchsetzung. Nachstehend wird dieser Mechanismus zunächst kurz dargestellt. Vor diesem Hintergrund werden dann im Hauptteil die Ergebnisse der empirischen Studie zum Kassenwechsel präsentiert, bevor abschließend geprüft wird, welche Aussagen sich aus der Konfrontation der präsentierten Funktionsbedingungen mit den Ergebnissen der empirischen Studie für die Funktionsweise, die Dysfunktionalitäten und die Optimierungspotentiale dieses Mechanismus ergeben.

3.1 Kassenwahlfreiheit in der Gesetzlichen Krankenversicherung

Damit Kassenwahlfreiheit positive Effekte erzeugen und zu einer besseren Durchsetzung der Versicherteninteressen beitragen kann, müssen bestimmte Funktionsbedingungen erfüllt sein. Nach einer kurzen Skizzierung der institutionellen Grundlagen des Kassenwechsels (Abschnitt 3.1.1) werden in Abschnitt 3.1.2 daher diese Funktionsbedingungen diskutiert. Inwieweit diese Funktionsbedingungen erfüllt sind, kann abschließend nur empirisch geklärt werden. In Abschnitt 3.1.3 werden daher aus den Funktionsbedingungen die Forschungsfragen herausdestilliert, zu deren Beantwortung die empirischen Studien durchgeführt wurden, über deren Ergebnisse dann in Kapitel 3.2 berichtet wird.

3.1.1 Institutionelle Grundlagen

Im Bereich der Krankenkassen ist die Exit-Option für Versicherte relativ jung. Die Kassenwahlfreiheit wurde 1996 für nahezu alle GKV-Mitglieder eingeführt⁸. Beitragsfrei mitversicherte Familienmitglieder haben kein eigenes Kassenwahlrecht, sondern sind an die Entscheidung des Beitrag zahlenden Mitglieds gebunden. Sind GKV-Mitglieder mit ihrer Krankenkasse unzufrieden, können sie nach einer Bindungsfrist von 18 Monaten zu einer Konkurrenzkasse abwandern. Die Kündigungsfrist beträgt – bei Kündigung zum Monatsende – zwei Monate. Bei einer Beitragssatzerhöhung entfällt die Bindungsfrist zugunsten der Fristen der normalen Kündigung.

Betriebs- und Innungskrankenkassen sind im Gegensatz zu Allgemeinen Ortskrankenkassen und Ersatzkassen nicht automatisch von allen Versicherten wählbar. Ein so genannter „Öffnungsbeschluss“ muss in der Satzung festgelegt werden und gilt dann ausnahmslos für alle Versicherten.

Unter bestimmten Bedingungen ist auch ein Wechsel in die Private Krankenversicherung (PKV) möglich. Damit scheidet der Versicherte gänzlich aus dem GKV-System aus. Beamte und Selbständige können unabhängig von ihrem Einkommen in die PKV wechseln. Angestellte hingegen dürfen nur wechseln, wenn ihr monatliches Bruttoeinkommen über der Versicherungspflichtgrenze von derzeit (Stand: 2007) 3.975 Euro liegt⁹.

Laut Monatsstatistik der GKV waren im Jahresdurchschnitt 2003 knapp 70,5 Millionen Deutsche und damit gut 85% der deutschen Bevölkerung in der GKV versichert. Davon

⁸ Nur für Angehörige der See- und Landwirtschaftlichen Krankenkassen sowie der Bundesknappschaft galt dieses Recht zunächst nicht, um den Bestand und die Leistungsfähigkeit dieser Kassenarten nicht zu gefährden, da es sich bei diesen Kassen um Sondersysteme mit zum Teil eigenen Finanzierungs- und Organisationsmechanismen handelt (vgl. Deutscher Bundestag 1992: 113, Drucksache 12/3608). Seit Inkrafttreten des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes zum 1. April 2007 sind auch die Bundesknappschaft und die Seekassen geöffnet.

⁹ Damit weicht die Versicherungspflichtgrenze seit dem 1.1.2003 von der Beitragsbemessungsgrenze ab.

durften rund 49 Millionen GKV-Mitglieder¹⁰ ihre Kasse aus einem Angebot von 108 bundesweit geöffneten Krankenkassen¹¹ wählen. Hinzu kamen 214 Krankenkassen, die regional geöffnet waren und 115 nicht geöffnete Kassen. Regional geöffnete Kassen dürfen gewählt werden, wenn der Wohn- oder Beschäftigungsort in dem entsprechenden Bundesland liegt. Die Anzahl der Kassen hat sich seit 1994 (1.149 Krankenkassen) – hauptsächlich durch Fusionen – sehr stark verringert. Im April 2007 lag die Zahl der frei wählbaren Kassen bei 241.

3.1.2 Funktionsbedingungen für die Durchsetzung von Versicherteninteressen durch den Mechanismus Kassenwechsel

Wie bereits dargelegt, beruht die Wirkungsweise der Exit-Option darauf, dass ein hinreichend großer Anteil der Kunden bei Unzufriedenheit den Anbieter – im hier interessierenden Fall also die Krankenkasse – wechselt, um diese so dazu zu bewegen, ihr „Produkt“ zu verbessern. Damit ein solcher Mechanismus funktionieren kann, muss eine Reihe von Bedingungen erfüllt sein, die bereits Hirschman in allgemeiner Form für das Funktionieren der Exit-Option benannt hat. Bezogen auf den Kassenwechselmechanismus lassen sich mindestens folgende fünf Funktionsbedingungen benennen: Vorhandensein attraktiver Alternativen, Markttransparenz und hinreichender Informationsstand der Versicherten, geringe Wechselkosten, optimale Wechselbereitschaft, Interesse der Kassen an Maximierung der Versichertenzahl, und kein Einfluss Dritter auf die Wahlentscheidung des Versicherten.

3.1.3 Forschungsfragen für die empirischen Studien

Ziel der empirischen Studien ist es, zu klären, inwieweit die vier erstgenannten Funktionsbedingungen erfüllt sind. Untersucht wird daher,

- inwieweit es von den Versicherten subjektiv wahrgenommene Unterschiede in den Angeboten der Krankenkassen gibt, die Versicherten also über attraktive Alternativen verfügen,

¹⁰ Abgezogen sind Mitglieder der Bundesknappschaft sowie der See- und der Landwirtschaftlichen Krankenkassen, da für diese Mitglieder die Kassenwahlfreiheit nicht gilt. Weiterhin gibt es in der GKV ca. 20 Millionen Mitversicherte, die nicht selbst wählen können, sondern an die Wahlentscheidung des Mitglieds gebunden sind.

- ob die Versicherten hinreichend informiert sind und eine ausreichende Markttransparenz gegeben ist,
- welches Ausmaß die Wechselkosten aufweisen und
- wie hoch die aus diesen Faktoren resultierende Wechselbereitschaft für die Gesamtheit aller Versicherten und einzelne Versichertengruppen ist.

Schließlich soll diskutiert werden, ob und wie die Funktionsbedingungen des Exit-Mechanismus verbessert werden können. Damit ergibt sich für das Projekt die grundlegende Fragestellung: „Wie ließe sich eine hinreichend große Wechselneigung der verschiedenen Versichertengruppen herstellen, damit sich die Kassen für die Versorgung und die Interessen aller Versicherten einsetzen?“ Diese Frage lässt sich empirisch allerdings nicht ohne weiteres beantworten, da sie zukünftige Entscheidungen und Handlungen von Versicherten zum Gegenstand hat.

Um die Frage dennoch beantworten zu können, wird daher gefragt, warum bislang nicht einmal jedes zweite GKV-Mitglied die Krankenkasse gewechselt hat, obwohl für die meisten damit nicht unerhebliche Vorteile zu erzielen wären. Immerhin kann die Einsparquote für den Arbeitnehmer bei 2.000 Euro Bruttoverdienst und Wechsel in eine um zwei Prozentpunkte günstigere Kasse 240 Euro im Jahr betragen. Wenn die Gründe dafür, dass nicht gewechselt bzw. ein Wechsel nicht einmal erwogen wird, identifiziert werden können, bieten sie entweder den Ansatzpunkt, um die potentielle Wechselbereitschaft zu erhöhen oder grundsätzlich über den Nutzen des Instruments nachzudenken.

Im Mittelpunkt der nachfolgenden Analysen stehen deshalb die Versichertengruppe der Nicht-Wechsler und ihre Gründe für den Kassenverbleib. Die zu dieser Frage nach den Beharrungstendenzen vieler GKV-Mitglieder und ihren Hintergründen herangezogenen Hypothesen und die daraus abgeleiteten Kategorien berühren sehr unterschiedliche Aspekte, informationelle Defizite über Modalitäten und Rechte im Kontext des Kassenwechsels ebenso wie eher emotionale Momente und Verhaltensorientierungen wie

¹¹ Laut der Monatsstatistik der gesetzlichen Krankenversicherung über Mitglieder und Kranke für 2003.

Loyalitätsbindungen oder eine Scheu vor dem intellektuellen und zeitlichen Aufwand für einen Kassenwechsel. Darüber hinaus wird versucht, Kassenmerkmale in ihrer Eigenschaft als potentielle Anreize für einen Wechsel näher zu überprüfen, um so auch ein wenig Licht auf die Frage zu werfen: Was müsste sich an den Rahmenbedingungen des Kassenwettbewerbs verändern, um die aktuell eher niedrige Wechselbereitschaft zu intensivieren? Dabei wurde auch das Interesse an zusätzlichen beitragsenkenden Kassentarifen (wie das Hausarztmodell) oder an neueren Versorgungsangeboten (wie Disease Management Programme) angesprochen.

3.2 Empirie des Kassenwechsels

Nachfolgend wird der Stand der empirischen Forschung zum Kassenwechsel beschrieben (3.2.1). Vor diesem Hintergrund werden dann die Ergebnisse der eigenen Befragung (3.2.2) und des eigenen Discrete-Choice-Experiments (3.2.3) dargelegt.

3.2.1 Stand der Forschung

3.2.1.1 Wechselbewegung und Wechselumfang

Für das Ausmaß des Kassenwechsels, also die Quote derjenigen Versicherten, die seit 1996 einmal oder öfter die Krankenkasse gewechselt haben, stehen keine Zahlen zur Verfügung, die aus Statistiken der Krankenkassen selbst abgeleitet sind, sondern nur Daten aus Befragungen. Gleichwohl liefern diese aus repräsentativen Bevölkerungsumfragen gewonnenen Ergebnisse ein sehr einheitliches Bild. Eine Auswertung von Daten des Sozio-ökonomischen Panels (SOEP) zeigt für den Zeitraum 1996-1997 einen Wechselumfang von insgesamt 4,7% (in der AKV, also ohne Rentner 6,3%) (Andersen et Schwarze 1998), für den Zeitraum 1999-2000 eine ähnlich hohe Quote von insgesamt 4,7% (in der AKV 5,2%) (Schwarze et Andersen 2001). Eine neuere Auswertung der SOEP-Daten für die Zeitspanne 1997-2004 von Andersen und Grabka zeigt dann, dass die Wechslerquote zwar nur leicht, aber kontinuierlich ansteigt – von 4% im Jahr 1997 auf fast 6% im Jahr 2004 (Andersen et Grabka 2006).

Nach einer repräsentativen Umfrage des Meinungsforschungsinstituts INRA im Auftrag des Bundesverbandes der Betriebskrankenkassen im Jahr 1999 hatten seit 1996, also in den ersten drei Jahren des Kassenwettbewerbs, insgesamt 7% der Versicherten gewech-

selt (Die BKK 1999: 472). Zu einem ähnlichen Ergebnis von insgesamt 7,3% Wechseln kommt im Jahr 1999 auch die Frühjahrsstudie des WidO (WidO 2003). Demnach hätte die jährliche Wechslerquote in den ersten Jahren nach Einführung des allgemeinen Kassenwahlrechts noch weniger als 3% betragen.

Da auch vor Einführung des allgemeinen Rechts auf Kassenwechsel 1996 zumindest in begrenztem Umfang Kassenwechsel möglich waren, können sich Fragen nach dem Kassenwechsel auf einen überhaupt jemals vollzogenen Wechsel oder aber auf einen Wechsel seit 1996 beziehen. Betrachtet man das gesamte Ausmaß des Wechsels, so zeigt die Umfrage des „GKV-Monitor“ 2003, dass fast jedes zweite GKV-Mitglied (45%) einmal oder öfter gewechselt hat (WidO 2003), im „Gesundheitsmonitor“ der Bertelsmann-Stiftung sind es für denselben Zeitraum etwa 40% der GKV-Versicherten (Höppner et al. 2004: 24). Berücksichtigt man nur den etwa zehnjährigen Zeitraum seit 1996, so liegen die Wechselquoten deutlich niedriger: Andersen/Grabka (2006) berichten für die Zeitspanne 1997-2004 über eine kumulierte Wechslerquote von 20%, nach eigenen Berechnungen aus Umfragen des Bertelsmann-Gesundheitsmonitor (Frühjahr und Herbst 2005, jeweils etwa 1500 Befragte) sind es etwa 27% bis 28% der GKV-Mitglieder (ohne mitversicherte Familienangehörige), die seit 1996 gewechselt haben.

Insgesamt wird damit deutlich: Ende des Jahres 2005 hat innerhalb eines zehnjährigen Zeitraums, in dem der Wechsel für alle Versicherten rechtlich möglich war, etwa jeder vierte oder fünfte Versicherte in der Gesetzlichen Krankenversicherung zumindest einmal die Krankenkasse gewechselt. Jährlich wechseln etwa 5% der GKV-Versicherten. Waren es anfänglich 3% bis 4%, so zeigt sich später eine geringfügig auf 5% bis 6% ansteigende Tendenz.

Um das Ausmaß der Wechselquote im Krankenkassenmarkt besser einschätzen zu können, werfen wir einen Blick auf das Wechsel- bzw. Nichtwechselgeschehen auf anderen Versicherungsmärkten mit Wechseltradition und hohen materiellen Anreizen:

- Weit über die Hälfte (57%) der PKW-Käufer verbleibt trotz des Anreizes, mehrere Hundert Euro pro Jahr zu sparen, bei ihrer alten KFZ-Versicherung (Spiegel Online 2005).

- Eine österreichische Studie hat gezeigt, dass etwa ein Drittel, also gut 30% der Inhaber eines Bankkontos schon einmal die Bankverbindung gewechselt hat (Wirtschaftsblatt Österreich 2005: 8-9).
- Rund 40% der Kunden, die vor der Organisation einer Anschlussfinanzierung ihrer Immobilie stehen, verlängern das Darlehen bei ihrem bisherigen Kreditinstitut, ohne Kostenvergleiche anzustellen, obwohl sie durch einen Wechsel einige Tausend Euro an Zinsen sparen könnten – im Maximalfall 15.000 Euro (Ing-DiBa o. J.).

Es bleibt festzuhalten, dass die Wechselquoten in der gesetzlichen Krankenversicherung mit denen in der Kfz-Haftpflichtversicherung oder denen von Bankkunden durchaus vergleichbar und nicht etwa unterdurchschnittlich sind. Damit wird deutlich, dass eine Erhöhung der tatsächlichen Wechselquoten nicht ohne weiteres möglich sein dürfte. Tatsächlich hat die Diskussion der Funktionsbedingungen von Wettbewerb (vgl. Abschnitt 3.1.2) auch ergeben, dass die potentielle Wechselbereitschaft das entscheidende Kriterium ist und nicht die tatsächliche Wechselquote. Maßnahmen zur Optimierung des Kassenwechsels sollten daher auf die potentielle Wechselbereitschaft abzielen und nicht etwa versuchen, die tatsächliche Wechselquote zu erhöhen.

3.2.1.2 Der Beitragssatz als Wechselanreiz

Die meisten Prognosen für die zukünftig zu erwartende Fluktuation von Kassenmitgliedern fielen vor 1996 verhalten bis skeptisch aus. So konstatierte der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 1995, dass für einen Wechselanreiz zu einer preisgünstigeren Krankenkasse wohl ein Beitragssatzunterschied von zumindest 10% gegeben sein müsse und die damaligen Differenzen wohl eine nur geringe Anreizwirkung haben würden (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 1995: 118, Tz. 364). Gleichwohl wurden Mitgliederbewegungen zwischen verschiedenen Kassenarten von Anfang an sehr aufmerksam beobachtet und analysiert.

Bereits ein Jahr nach Inkrafttreten des Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG) und des allgemeinen Kassenwahlrechts kamen Müller/Schneider zu der Feststellung, dass eine eindeutige Korrelation zu beobachten sei zwischen Beitragssatzhöhe und Mitgliede-

rentwicklung. Belegt wurde dieser Befund mit noch relativ groben Indikatoren, nämlich den Beitragssätzen von Kassenarten (AOKs, BKKs, IKKs) auf Landesebene einerseits und deren Veränderungen im Mitgliederbestand andererseits (Müller et Schneider 1997: 11-24).

Dieser Befund wurde von den Autoren im dritten Jahr des Kassenwahlrechts noch einmal ausdrücklich bestätigt, mit ähnlichen Indikatoren wie zuvor. So zeigen sich beispielsweise recht hohe Zusammenhänge zwischen dem Beitragssatz von Landes-AOKs und Veränderungen in deren Mitgliederbestand. Zusammenfassend wird weiterhin festgestellt, dass eindeutige Gewinner der Mitgliederwanderungen geöffnete BKKs mit niedrigen Beitragssätzen sind. Diese Kassen verbuchten von Anfang 1998 bis Anfang 1999 insgesamt einen Mitgliederzuwachs um +110% (Müller et Schneider 1999: 20-39).

Die Steuerungswirkung niedriger Beitragssätze ist inzwischen durch zahlreiche Studien belegt. So kommt Greß in einer Zusammenfassung des Forschungsstandes zu der Bilanz: „Der Zusammenhang zwischen Beitragssätzen und Mitgliederwanderungen auf Kassenartenebene in Deutschland ist eindeutig. Kassenarten mit niedrigen Beitragssätzen weisen hohe Mitgliedergewinne auf, während Kassenarten mit hohen Beitragssätzen hohe Mitgliederverluste haben.“ (Greß 2002: 490-497) Auch der Sachverständigenrat für die gesamtwirtschaftliche Entwicklung kommt zu ähnlichen Ergebnissen. Dort wurden die Beitragsunterschiede einzelner Kassenarten zum durchschnittlichen Beitragssatz mit den Mitgliederwanderungen in Beziehung gesetzt und es zeigte sich, dass die Wechselneigung der Versicherten im Zeitablauf zugenommen hat. Im Zeitraum 1995 bis 1997 musste eine Kassenart mit einem Beitragssatz von 1% über dem Durchschnittssatz mit einem anschließenden Mitgliederrückgang von 3,5% rechnen. Für den Zeitraum 1998 bis 2001 musste eine Kasse mit der gleichen Beitragssatzposition bereits mit einem Mitgliederrückgang von 10% rechnen (Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung 2000). Inzwischen liegt auch eine Studie vor, die die Preiselastizität zwischen Beitragssatz und Marktanteil von Einzelkassen berechnet. Danach lag die Preiselastizität im Zeitraum zwischen 2001 und 2005 bei -1 . Mit anderen Worten muss eine Krankenkasse bei einer Beitragssatzerhöhung um 1%

gegenüber den Mitbewerbern mit einem Mitgliederverlust von 1% rechnen (Greß et al. 2005).

3.2.1.3 *Wechselmotive und sozio-ökonomische Hintergründe des Kassenwechsels*

Informationen zu Wechselmotiven und sozio-ökonomischen Hintergründen sind in erster Linie aus Befragungsdaten generierbar.

Die wesentlichen Ergebnisse lassen sich so zusammenfassen:

- Daten des Sozio-ökonomischen Panels (SOEP) aus den beiden Jahren 1999 und 2000 bilden die Grundlage einer Analyse von Schwarze/Andersen, in der sie zentral der Frage nachgehen, welche Rolle der Beitragssatz für einen Kassenwechsel spielt (Schwarze et Andersen 2001). Daneben werden in der multivariaten Datenanalyse aber auch Einflüsse vieler anderer Aspekte überprüft: Morbiditätsindikatoren, Inanspruchnahme medizinischer Versorgung, sozialstatistische Variablen, Einkommenshöhe, Kassenzugehörigkeit und andere mehr. Analytische Basis sind dann Daten von 3600 Versicherten.

Ein Vergleich sozialstatistischer und anderer Merkmale bei Wechslern und Nichtwechslern ergibt deutliche Differenzen bei folgenden Variablen: Wechsler sind jünger, bewerten ihren Gesundheitszustand deutlich besser, sind seltener behindert, verzeichnen weniger stationäre Behandlungen, haben ein etwas höheres Einkommen. Nur minimale oder keine Unterschiede zeigen sich hinsichtlich des Bildungsniveaus.

- Die Autoren Lauterbach/Wille heben in ihrer Analyse besonders das folgende empirische Ergebnis hervor: „Wechsler verursachen vor ihrem Wechsel nur etwa 55% der durchschnittlichen Leistungsausgaben in den drei Hauptleistungsbereichen Arzneimittel, Krankengeld und Krankenhaus im Vergleich zu allen Versicherten der untersuchten Krankenkassen.“ (Lauterbach et Wille 2001: 9) Während also stationäre Behandlungen die Wechselneigung senken, zeigt sich umgekehrt, dass eine höhere Inanspruchnahme ambulanter Versorgungsleistungen auch mit höheren Wechselquoten einhergeht, was von Schwarze/Andersen als stärkere Präventions- und Vorsorgeorientierung der Kassenwechsler interpretiert wird.

- Basis der in der Region Augsburg durchgeführten KORA-Studie (Erhebungen 1999-2001) sind Daten von rund 3300 Versicherten in der GKV, die aus einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe ausgewählt wurden. Allerdings ist die Stichprobe beschränkt auf die Region Augsburg. Bei der Analyse der Wechselbewegungen zeigt sich zunächst, dass im Zeitraum 1996 bis zur Befragung insgesamt 14% der Versicherten die Kasse gewechselt haben, pro Jahr sind dies etwa 3,5% (John 2003: 77-90 sowie Werner et al. 2005: 158-166).

Die direkte Befragung nach den Wechselgründen ergibt zwar unterschiedliche Motive und Anlässe, von Leistungsablehnungen über Service-Kritik und schlechter Erreichbarkeit der Kasse bis hin zu attraktiven Zusatz-Angeboten der neuen Kasse. Nach dem wichtigsten Grund gefragt, zeigt sich jedoch, dass über die Hälfte der Versicherten (55%) den niedrigeren Beitragssatz der neuen Kasse nennt. Dahinter folgen „berufliche Gründe“ (18%) und familiäre oder persönliche Gründe (10%). Alle anderen Vorgaben, die Leistungs- oder Servicedefizite der alten Kasse bzw. entsprechende bessere Angebote der neuen Kasse benennen, werden bei der Frage nach dem wichtigsten Wechselgrund jeweils von weniger als 3% der Befragten genannt.

In einer multivariaten Analyse zeigt sich, dass das Lebensalter eine eindeutig dominierende Rolle auf das Wechselverhalten ausübt und die Wechselhäufigkeit nahezu linear mit steigendem Alter absinkt. An zweiter Stelle folgen als Einflussfaktor dann der Beitragssatz bzw. die mit dem Wechsel verbundenen Einsparungen bei Kassenbeiträgen. Und an dritter Stelle folgen zwei Morbiditäts-Indikatoren: „Chronische Morbidität“ (Betroffenheit von zumindest einer von 22 ausgewählten schwerwiegenden oder chronischen Erkrankungen) sowie die Anzahl der Krankenhausfälle.

- Fast alle Studien zum Thema Kassenwechsel¹² haben in ihren Analysen in erster Linie die Gruppe der Wechsler untersucht. Höppner et al. (hingegen stellen in einer

¹² Eine Ausnahme ist die Auswertung des GKV-Monitor 2003, in der neben Wechselmotiven auch Gründe erfragt wurden, warum die Kasse noch nicht gewechselt wurde. Dort zeigte sich: 75% gaben an „ich war immer zufrieden“, 19% erkennen keine Unterschiede zwischen den Kassen, 13% bewerteten den Wechsel als zu aufwendig, 1% wussten nicht, dass man wechseln kann, 17% gaben sonstige Gründe an (WidO 2003: 7).

Auswertung von Daten aus dem Bertelsmann-Gesundheitsmonitor erstmals die Frage in den Vordergrund, warum die große Mehrzahl der GKV-Versicherten seit 1996 die Kasse *nicht* gewechselt hat und damit auf nicht unerhebliche finanzielle Vorteile verzichtet (Höppner et al. 2004).

Zunächst kommen die Autoren bei einem Vergleich der bisherigen Kassenwechsler und Nicht-Wechsler zu Ergebnissen, wie sie auch schon in früheren Studien gefunden wurden: Versicherte, die bislang die Kasse noch nicht gewechselt haben sind im Durchschnitt älter, häufiger Rentner, chronisch erkrankt oder behindert, bewerten ihren Gesundheitszustand schlechter, sind häufiger allein stehend oder in einem Haushalt ohne Kinder und haben zumeist einen eher niedrigen Bildungsabschluss. Betrachtet man die durch diese Merkmale definierten Differenzen zwischen den beiden Gruppen der Wechsler und Nicht-Wechsler allerdings genauer, dann fällt auf, dass – wie auch schon in anderen Studien – die Grenzziehung zwischen beiden Gruppen eher unscharf verläuft. Die prozentualen Unterschiede machen zumeist nicht mehr als zehn bis fünfzehn Prozentpunkte aus. So bewerten beispielsweise 50% der Wechsler ihren Gesundheitszustand positiv, aber auch 42% der Nicht-Wechsler, 57% der Wechsler sind verheiratet, aber auch 47% der Nicht-Wechsler. Unter dem Strich bedeutet dies, dass die herangezogenen sozialstatistischen und morbiditäts-fundierte Variablen noch keine befriedigende und zuverlässige Erklärung zur Unterscheidung des Wechselverhaltens liefern.

Um eine genauere Bestimmung der Wechselhintergründe zu ermöglichen, wird daher in der Analyse auch eine große Zahl anderer Aspekte herangezogen, insbesondere Informationen und Kenntnisse über rechtliche Grundlagen der GKV in Bezug auf einen Kassenwechsel. Darüber hinaus wird aber auch die Bedeutung unterschiedlicher, z.B. zeitlicher oder psychologischer Barrieren für den Verbleib in der Kasse überprüft.

Unzureichende Informationen oder gar Irrtümer über rechtliche Grundlagen des Kassenwechsels innerhalb der GKV erweisen sich zu einem gewissen Grade als bedeutsam. Hier unterscheiden sich Wechsler und Nicht-Wechsler in begrenztem Umfang, was ihre Kenntnisse anbetrifft. Dies betrifft die Merkmale: Wechselrecht

für alle Versicherten, Höhe des Beitragssatzes (unabhängig von Alter und Gesundheitszustand), Leistungsgewährung (unabhängig von Mitgliedschaftsdauer), Kontrahierungszwang, kein Verlust von Rückstellungen bei Wechsel. Irrtümer hinsichtlich dieser Merkmale sind unterschiedlich stark, etwa zwischen 15% und 65% verbreitet, wobei einerseits das generelle Wechselrecht am häufigsten bekannt ist und umgekehrt am häufigsten vermutet wird, dass Rückstellungen („angesparte Beiträge“) bei einem Wechsel verloren gehen. Auch diese Dimension der Kenntnisse oder Irrtümer über rechtliche Grundlagen eines Kassenwechsels erlaubt keine scharfe Unterscheidung zwischen Wechslern und Nicht-Wechslern. Die Differenzen hinsichtlich zutreffender Kenntnisse machen zwischen beiden Gruppen nur etwa 10% bis maximal 15% aus.

In einem letzten Schritt der Analyse werden dann, beschränkt auf die Gruppe der Nicht-Wechsler, unterschiedliche Hypothesen über mögliche Wechselbarrieren überprüft. Solche Barrieren können unterschiedliche Wurzeln und Ausprägungen haben. Sie können etwa den zeitlichen und informationellen Aufwand für einen Wechsel betreffen, Loyalitätsgefühle gegenüber der Kasse aufgrund der persönlichen Kenntnis von Mitarbeitern, bekannt gewordene Negativerfahrungen von Freunden oder Kollegen oder auch Einschätzungen, dass sich ein Wechsel aufgrund nur marginaler Unterschiede im Preis-Leistungs-Verhältnis der einzelnen Kassen persönlich nicht lohnt.

Hier zeigt sich nun einerseits, dass sehr konkrete und erfahrungsgesättigte Hinderungsgründe von den Befragten eher selten genannt werden. Dies betrifft etwa die Loyalität gegenüber der aktuellen Kasse (von 8% genannt), Negativerfahrungen aus dem sozialen Umfeld (15%), mangelnde Differenzen zwischen einzelnen Kassen (24%) oder ein Zurückschrecken vor dem zeitlichen Aufwand und den Formalitäten (25%). Andererseits werden von sehr vielen Versicherten Gründe genannt, die sehr allgemeine, negativ besetzte Einstellungen und Gefühle gegenüber einem Kassenwechsel betonen, ohne dass damit deutlich wird, wo diese negativen Konnotationen herrühren. So stimmt ein Großteil (etwa 50% bis 60%) der Nichtwechsler Aussagen zu, in denen eine Gewöhnung an die Kasse, ein prinzipielles Desinteresse an einem Wechsel oder eine allgemeine Unsicherheit über potentielle Nachteile bei einem

Wechsel betont werden. Die Autoren charakterisieren diese Barrieren für einen Kassenwechsel zusammenfassend als „Angst, Unsicherheit und Gewöhnung“ oder auch als „diffuse Ängste“.

- Rund zehn Jahre nach Inkrafttreten der Wahlfreiheit versuchen Andersen/Grabka (2002), die in früheren Studien offen gebliebenen Fragen mit einem erweiterten methodischen Konzept anhand von Daten des Sozio-Ökonomischen Panels von 1997-2004 zumindest in einigen Aspekten näher zu klären. In mehreren Punkten unterscheidet sich ihre Analyse von früheren (auch eigenen) Ansätzen. Zum Ersten wird ein längerer Beobachtungszeitraum gewählt, Kassenwechsler und deren spezifische Charakteristika (Alter, Einkommen, Gesundheitszustand), aber auch Merkmale der neuen Kasse wie insbesondere der Beitragssatz werden mit jährlich erhobenen Daten im gesamten Zeitraum 1997-2004 betrachtet. Zum Zweiten werden Risikoprofile der Wechsler ermittelt, wie sie sich aus der Inanspruchnahme ambulanter und stationärer Versorgungsleistungen vor und nach dem Wechsel schätzen lassen. Solche Risikoprofile waren zuvor von Lauterbach/Wille auf der Basis von Routinedaten errechnet worden und werden hier von Andersen/Grabka aus den Daten des SOEP ermittelt. Zum Dritten schließlich wird ein Vergleich zwischen Einfachwechslern und Mehrfachwechslern („Kassenhoppfern“) durchgeführt, um zu klären, ob sich deren Wechselmotive systematisch unterscheiden.

In einem Vergleich sozio-ökonomischer Kennziffern der Wechsler und Mitglieder insgesamt zwischen 1997 und 2004 bestätigen sich dann im Wesentlichen Befunde früherer Studien: Wechsler sind jünger, haben etwas häufiger die Hochschulreife, sind deutlich öfter erwerbstätig (und keine Rentner). Für das in früheren Analysen gefundene Ergebnis, dass Wechsler einen besseren Gesundheitszustand aufweisen als Nichtwechsler, erkennen die Autoren eine mögliche Trendwende: Im Jahr 2004 steigt der Anteil derjenigen mit weniger gutem oder schlechtem Gesundheitszustand bei Wechslern von zuvor 7% bis 10% (in den Jahren 1997-2003) auf 14%.

- Die Annahme, dass es sich bei Kassenwechslern um unterschiedliche Versicherten-
gruppen mit abweichenden Motiven handelt, wurde unlängst auch durch eine Befragung von aktuellen und ehemaligen Mitgliedern der Taunus BKK nahegelegt. Dort (Kepplinger 2006: 7-12) zeigte sich, dass etwa drei Viertel der ehemaligen Mitglie-

der schon in drei oder mehr Kassen versichert waren, so dass zu vermuten ist, es handelt sich um „Kassenhopper“, deren Wechselmotiv ganz überwiegend Kosteneinsparung ist. Sehr viel systematischer als in dieser Analyse, in der der Zusammenhang zwischen Wechselhäufigkeit und Kostenmotivation eher vermutet als empirisch belegt wird, erfolgt bei Andersen/Grabka ein Vergleich der Einfach- und Mehrfachwechsler. Allerdings ergeben sich eher Tendenzen als konsistente und besonders prägnante Unterschiede. So liegen z.B. die Risikoprofile der Mehrfachwechsler im Westen eher über, im Osten eher unter den Werten der Einmalwechsler. Das Ergebnis, dass Mehrfachwechsler sich in der Zeit ab 2003 um etwa 0,3 Beitragssatzpunkte verschlechterten, wird dann so interpretiert, dass sich auch die Motive für einen Kassenwechsel in den letzten Jahren geändert haben könnten.

Diese Perspektive einer Veränderung von Wechselmotiven im Zeitablauf (1996-2004) steht auch im Zentrum der abschließenden Bilanzierung der Analysebefunde. Zusammenfassend wird eine „Trendverschiebung in den Präferenzprofilen“ der Versicherten und auch der Kassenwechsler konstatiert, dahingehend, dass Motive zur Senkung des Beitragssatzes tendenziell an Bedeutung verlieren und qualitäts- und versorgungsorientierte Motive an Bedeutung gewinnen.

Das pointierte Schlussfazit der Studienautoren lautet dann: „Der potentielle Markt für den Beitragssatzwettbewerb stagniert (oder auch: schrumpft), der potentielle Markt für Versorgungs- bzw. Qualitätsoptionen wächst.“

3.2.1.4 Interesse an differenzierten Versicherungsprodukten

Vor dem Hintergrund der zuletzt diskutierten anderen Motive für Kassenwechsel (unabhängig vom Beitragssatz) interessiert die potenzielle Relevanz differenzierter Versicherungsprodukte für die Versicherten.

Ergebnisse von Bevölkerungsumfragen deuten auf eine insgesamt sehr hohe Resonanz solch differenzierter Versicherungsverträge und Wahlmöglichkeiten hin. So zeigten sich 1999 beispielsweise Interessen zumindest bestimmter Bevölkerungsteile an differenzierenden Modellen wie etwa Beitragsrückerstattung oder leistungsergänzende Wahltarife. Solche Wahltarife fanden bei 42% der Versicherten Zustimmung, von 51% werden sie

eher abgelehnt (Wasem 1999: 74). „Individuelle Zusatzversicherungen“ stießen dann in einer Studie des Wissenschaftlichen Instituts der AOK bei noch größeren Bevölkerungskreisen, nämlich knapp drei Viertel aller Befragten, auf positive Resonanz (WidO 2002).

Besondere Aufmerksamkeit galt dieser Thematik 2002 in der Untersuchung „Der Patient vor der Wahl“ (Janssen-Cilag 2002). Versicherten waren dort 14 verschiedene Modelle und Tarife zur Auswahl und individuellen Gestaltung der Krankenversicherungsvertrags vorgegeben worden (darunter etwa: Hausarztmodell, Einschluss von Alternativmedizin, Ausschluss von Bagatell-Erkrankungen, verpflichtende Vorsorgeuntersuchungen usw.), die jeweils exakt bezifferte Beitragssenkungen oder auch Beitragserhöhungen mit sich brachten. Das Ergebnis war: 94% aller Befragten hatten zumindest an einer der 14 Wahlmöglichkeiten Interesse, im Durchschnitt wurden etwa fünf bis sechs Tarifangebote ausgewählt. Die populärsten beitragsenkenden Tarife waren: verpflichtende Vorsorgeuntersuchungen, Hausarztmodell, Arzneimittelliste. Bei den beitrags erhöhenden Modellen lagen eine „Innovationsgarantie“ (Kasse übernimmt neue Therapien, wenn der Arzt dies für richtig hält) und die Finanzierung von Alternativmedizin ganz vorne.

Hinsichtlich der Möglichkeit, Zusatzversicherungen wählen zu können, zeigte eine Repräsentativbefragung des WIdO im August 2004 bei etwa 3.000 GKV-Mitgliedern, dass insbesondere das Interesse an einer Zahnersatzversicherung hoch war, demgegenüber an Chefarztbehandlungspolice eher gering. Ein ähnliches Bild ergab eine Studie „Zusatzversicherung und GKV – Die Einstellung der Bevölkerung“ (Continentale-Studie 2002).

3.2.1.5 Kenntnis des kasseneigenen Beitragssatzes

Frühere Erhebungen des „Gesundheitsmonitor“ (im Zeitraum 2002-2005) haben gezeigt, dass von knapp 5.500 Befragten, die eine Angabe zum Beitragssatz gemacht und die Frage nicht übersprungen haben, etwa ein Drittel völlig unzutreffende Zahlen benennt (eigene Berechnungen). Definiert man in der Befragung angegebene Werte von unter 9% und über 16% als unzutreffend, also noch in recht großzügiger Auslegung korrekter Angaben, dann zeigt sich, dass von denjenigen Versicherten, die hier überhaupt eine Angabe gemacht haben, 1,4% viel zu niedrige und 28,4% viel zu hohe Beitragssät-

ze anführen (Eigene Berechnungen nach Bertelsmann-Gesundheitsmonitor, Welle 1-7, N=5.456) Die Frage ausgelassen und keinerlei Angabe gemacht haben rund 50% der Befragten, wobei dies sicher nicht durchgängig als Unkenntnis interpretiert werden kann, sondern teilweise auch ein Desinteresse an der Thematik war.

Zu ähnlichen Befunden kommt auch die WIdO-Erhebung „Wechselbereitschaft und Preissensitivität bei GKV-Mitgliedern“ bei ca. 3000 Versicherten (WIdO 2003). Dort ist der Prozentsatz derjenigen Versicherten, die keine Angabe zu ihrem Krankenkassen-Beitragssatz machen (vermutlich zu einem sehr hohen Anteil aus Unkenntnis), mit 42% deutlich höher als in unserer Erhebung mit 9%. Eine realistische Einschätzung des Beitragssatzes durch Nennung eines Zahlenwertes innerhalb der tatsächlich 2003 geltenden GKV-Beitragsmarge von 11,9% bis 15,7% machen in der WIdO-Studie rund 52% aller Befragten. Eine Einschätzung, die um maximal einen Prozentpunkt vom tatsächlichen Beitragssatz nach oben oder unten abweicht, geben 68%. Und eine Einschätzung, die um maximal zwei Prozentpunkte vom tatsächlichen Beitragssatz nach oben oder unten abweicht, geben 87% (ebd.).

Einige Jahre nach Einführung der Kassenwahlfreiheit gab es damit keine grundsätzlich anderen Ergebnisse zu dieser Frage als Anfang der 90er (Alber et Ryll 1990).

3.2.1.6 Zusammenfassung und Zwischenfazit

Etwa knapp die Hälfte der GKV-Versicherten hat überhaupt jemals und etwa ein Viertel hat in den letzten zehn Jahren seit Geltung der Kassenwahlfreiheit die Krankenkasse gewechselt. Pro Jahr beträgt die Wechselquote etwa 4% bis 6%, wobei anfänglich eine etwas niedrigere Rate zu beobachten war. Die Wechselquoten in der gesetzlichen Krankenversicherung sind damit nur geringfügig niedriger als in anderen Versicherungsmärkten (z.B. Kfz-Versicherungen).

Beim Vergleich der sozio-demographischen Merkmale der Kassenwechsler und Nicht-Wechsler zeigt sich folgendes: In allen bisherigen Analysen zum Kassenwechsel wurden bislang übereinstimmend zwei zentrale Einfluss-Faktoren für den Kassenwechsel identifiziert: Lebensalter und Gesundheitszustand: Ältere und Kranke wechseln deutlich seltener als Jüngere und Gesunde. Für viele andere sozialstatistische und sozio-

ökonomische Merkmale bleibt die empirische Lage hingegen widersprüchlich oder inkonsistent.

Wesentliches Motiv für einen Kassenwechsel war bislang der Krankenkassenbeitrag. Andere Gründe wie Wechsel des Arbeitgebers, familiäre Änderungen oder Unzufriedenheit über Leistungsrestriktionen der Kasse sind im Vergleich dazu (z.B. in der KORA-Studie: John 2003; Werner et al. 2005) absolut nachgeordnet und zweitrangig. In jüngster Zeit gibt es Hinweise, dass zunehmend auch „Qualitäts- und Versorgungsaspekte“ an Relevanz für einen möglichen Kassenwechsel gewinnen.

Die Frage nach Motiven für einen *Kassenverbleib* ist bislang noch weitgehend unbeantwortet. Sie ist jedoch von großer Relevanz um Optionen zu entwickeln, wie man die Wechselneigung von Versicherten stärken könnte, um u.a. damit einen versorgungs- und qualitätsorientierten Kassenwettbewerb zu verstärken.

3.2.2 Versichertenbefragung zum Kassenwechsel

Um zu eruieren, wie die potentielle Wechselbereitschaft erhöht werden kann, wurde in diesem Projekt eine Versichertenbefragung vorgenommen. Im Folgenden werden Daten, Methoden (3.2.2.1) sowie Ergebnisse dieser Befragung (3.2.2.2. – 3.2.2.7) dargestellt.

3.2.2.1 Daten und Methoden

Datengrundlage

Zur Erfassung der Verhaltensorientierungen und Einstellungen von Versicherten im Zusammenhang mit ihrer Krankenkassen-Mitgliedschaft und Wechsel- oder auch Verbleibens-Motiven wurde im Winter 2005/2006 einer Stichprobe von insgesamt 900 bundesweit repräsentativ ausgewählten GKV-Versicherten von Infratest TNS Healthca-

re ein 6-seitiger Fragebogen zugesandt. Es antworteten N=731 Versicherte, was einer außerordentlich hohen Ausschöpfung oder Responsequote von 81% entspricht.¹³

Alle Teilnehmer hatten zuvor auch an einer Befragung im Rahmen des „Bertelsmann Gesundheitsmonitor“ (Welle 8, Erhebung im März/April 2005) teilgenommen. In dieser Erhebung war eine Reihe von Themen abgefragt worden, die auch für dieses Projekt Bedeutung haben, wie u.a. Einstellungen zur Krankenversicherung, Meinungen zur Finanzierung und Struktur des Gesundheitswesens in Deutschland, Bewertung neuer Versorgungsformen in der GKV und Teilnahme daran (z.B. Disease Management Programme, Bonusprogramme, Beitragsrückerstattung). Die Kombination der beiden Datensätze (Gesundheitsmonitor Welle 8 und Kassenwechsel-Erhebung) erlaubte dann eine sehr umfassende Berücksichtigung von Normen und Verhaltensorientierungen der Versicherten.

Die Stichprobe ist hinsichtlich Alter und Geschlecht und Versichertenstatus der 20- bis 79-jährigen GKV-Versicherten hoch vergleichbar. AOK-Mitglieder sind in der Befragung leicht unterrepräsentiert, Mitglieder von Angestelltenersatzkassen entsprechend überrepräsentiert. Ausländer sind an der Gesamtbevölkerung unterrepräsentiert, Verheiratete überrepräsentiert, Personen mit hohem Bildungsabschluss sind etwas überrepräsentiert, Erwerbstätige sind überrepräsentiert, hierbei sind Angestellte über- und Arbeiter unterrepräsentiert.

Analysemethoden

In methodischer Hinsicht wurden bei den Datenanalysen neben Korrelationen und Kreuztabellen in den meisten Fällen auch multivariate Verfahren eingesetzt, und zwar insbesondere die binäre logistische Regression. Die binäre logistische Regression ist ein multivariates Analyseverfahren, das es erlaubt, den Einfluss einer größeren Zahl unabhängiger Variablen gleichzeitig auf ein dichotomes Merkmal (z.B. „ich habe schon einmal die Kasse gewechselt“ vs. „ich habe noch nie die Kasse gewechselt“) zu messen.

¹³ Der Rücklauf aus der Kassenwechsel-Befragung betrug N=742. Es mussten jedoch 11 Teilnehmer ausgeschlossen werden, da sie an der Gesundheits-Monitor-Befragung nicht teilgenommen hatten und somit sämtliche sozialstatistischen Daten (Alter, Erwerbsstatus, Geschlecht etc.) fehlten.

3.2.2.2 Wechselquoten und der Einfluss sozio-ökonomischer Merkmale

Der Anteil der befragten Versicherten, die seit Inkrafttreten des GSG und des Kassenwahlrechts für alle Versicherten 1996 die Krankenkasse gewechselt haben, beträgt etwas mehr als ein Viertel (27%). Davon haben 18% einmal, 7% zweimal und 2% dreimal oder öfter ihre Krankenkasse gewechselt.

Untersucht man zunächst im Rahmen bivariater Analysen durch Gruppenvergleich, welche Versichertengruppen schon einmal oder öfter seit 1996 die Kasse gewechselt haben und welche nicht, zeigen sich folgende Ergebnisse:

- Die *Mitgliedschaftsdauer* ist der bedeutsamste Einflussfaktor, muss hier aber nicht weiter berücksichtigt werden, da er hier in gewisser Hinsicht tautologisch ist: Wer schon 10 oder gar 20 Jahre in der jetzigen Kasse ist, kann qua Definition nicht nach 1995 gewechselt haben.
- Überaus bedeutsam ist das *Lebensalter*. Das Zusammenhangsmaß zu früheren Wechseln beträgt 0,31.¹⁴ Die Wechslerquoten der einzelnen Altersgruppen sinken kontinuierlich und betragen: unter 30-Jährige: 50%, 30- bis 39-Jährige: 45%, 40- bis 49-Jährige: 33%, 50- bis 59-Jährige: 26%, 60- bis 69-Jährige: 16%, 70-Jährige und Ältere: 6%.
- Das *Bildungsniveau* spielt eine moderate Rolle. Bedeutsam ist hier vor allem, dass Versicherte mit Hauptschulabschluss deutlich seltener gewechselt haben (17%) als Höherqualifizierte: Realschule: 30%, (Fach-)Hochschulreife: 36%.
- Das *Einkommen* spielt keine so große Rolle. Überdies zeigt das Haushaltseinkommen hier sogar einen etwas stärkeren Einfluss als das individuelle Nettoeinkommen. Bei letzterem schwanken die Wechslerquoten je nach Einkommensgruppe nur zwischen 26% und 32%, beim Haushaltseinkommen zwischen 22% und 37%. Das Maximum von 37% findet sich dabei in der Einkommensgruppe von 2.000 bis 2.499 Euro. In der Gruppe darüber (2.500 Euro und mehr) ist die

¹⁴ Ein statistischer Kennwert, der die Stärke des Zusammenhangs zwischen zwei Merkmalen angibt und zwischen -1 und +1 liegen kann. Ein hoher Wert, gleich ob positiv oder negativ, kennzeichnet einen sehr starken Zusammenhang, der Wert 0 keinerlei Zusammenhang.

Quote wieder etwas niedriger (30%), in allen Einkommens-Gruppen unter 2.000 Euro deutlich niedriger (20% bis 22%).

- *Geschlecht* und *Familienstand* spielen keine Rolle.
- Beim *Versichertenstatus* zeigt sich, dass Rentner, Arbeitslose und Studenten seltener gewechselt haben (14%) als Pflichtmitglieder und freiwillige Mitglieder (beide ca. 33%).
- Bedeutsam ist auch noch der Einfluss des *Gesundheitszustands*, und zwar insbesondere die Selbsteinstufung. Versicherte, die ihren Gesundheitszustand mit „ausgezeichnet“ oder „sehr gut“ bewerten, haben schon zu 44% gewechselt, bei „weniger gutem“ oder „schlechtem“ Gesundheitszustand beträgt diese Quote nur 18%. Die Betroffenheit von chronischer Erkrankung zeigt etwas geringere Einflüsse: Chroniker haben zu 19%, Nicht-Chroniker zu 31% schon die Kasse gewechselt.

In der multivariaten Analyse erweist sich allein das Alter als signifikante Einflussgröße. Die Effekte des Gesundheitszustands sind nicht mehr nachweisbar, da Alter und Gesundheitszustand sehr hoch miteinander korrelieren. Einen schwachen, allerdings statistisch nicht mehr hochsignifikanten Einfluss ($p=0,052$) zeigt noch das Haushalts-Nettoeinkommen. Seine Bedeutung wird aber auch dadurch eingeschränkt, dass es keinen linearen Effekt hat.

Nur in der Altersgruppe der unter 40-Jährigen zeigt sich ein deutlicher Effekt des Einkommens: Ab einem Haushalts-Nettoeinkommen von 1.500 Euro und mehr liegt hier der Anteil der Kassenwechsler mit etwa 50% bis 60% doppelt so hoch wie bei niedrigerem Einkommen. In der mittleren Altersgruppe weicht nur die Einkommensgruppe 2.000 bis 2.499 Euro nach oben ab, in der oberen Altersgruppe zeigen sich keine durch das Einkommen bewirkten signifikanten Differenzen.

Zusammengefasst bedeutet dies, dass frühere Kassenwechsel besonders häufig zu beobachten sind bei unter 40-jährigen Versicherten mit einem Haushalts-Nettoeinkommen von 1.500 Euro und mehr.

3.2.2.3 Externe Beeinflussung der Kassenwahl

In der Studie wurde thematisiert, welche externen Einflüsse auf die Wahlentscheidung einwirken. Es gibt keinen einzigen Faktor, dem mehrheitlich eine sehr große Einflussnahme zugesprochen wird. Den größten Einfluss üben Familienangehörige aus (28% der Befragten geben einen „großen“ oder „sehr großen“ Einfluss an). Am zweithäufigsten genannt werden Informationen oder Werbematerial der Krankenkassen (21% der Befragten geben hier einen sehr großen bzw. großen Einfluss an). Der Einfluss der Arbeitgeber wird bei fast einem Fünftel der Befragten (19%) als groß oder sehr groß eingeschätzt. Die Einflussnahme durch den eigenen Arzt wird hingegen nur von sehr wenigen Befragten gesehen (4% sehen eine sehr große oder große Beeinflussung). Insgesamt ist die Einflussnahme aller abgefragten Akteure eher gering – offenbar wird die Wechselentscheidung in starkem Ausmaß „intern“ abgeklärt.

3.2.2.4 Interesse der Versicherten an neuen Formen von Versicherungstarifen

Nachfolgend sollen die Präferenzen der Versicherten für einige neue Formen von beitragsenkenden und beitragssteigernden Versicherungstarifen, die im Rahmen der Gesundheitsmonitor-Erhebung genannt wurden, besprochen werden.

Das Interesse der Versicherten an beitragsenkenden Modellen weist große Unterschiede auf. Einige Konditionen erscheinen für nahezu alle Versicherten so attraktiv, dass sie diese Verträge unter der Voraussetzung einer deutlichen Beitragssenkung sofort abschließen würden. Dazu zählen die Verpflichtung zur jährlichen Teilnahme an Krebsfrüherkennungs-Untersuchungen, an einem Gesundheits-Checkup oder auch zur primären Inanspruchnahme des Hausarztes vor einem Facharztbesuch. Nicht ganz so attraktiv, aber immer noch für eine große Mehrheit von Interesse sind die Verpflichtung zur Arztkontrolle durch Erhalt einer Patientenquittung und Meldung von Unstimmigkeiten an die Kasse (83% Zustimmung), die Einschränkung der Klinikwahl für stationäre Behandlungen und Reha-Leistungen und Abgabe der Entscheidungen an die Kasse (74%) sowie die verpflichtende Teilnahme an Gesundheitskursen abends oder am Wochenende (70%).

Demgegenüber werden höhere Zuzahlungen für Medikamente (22%) oder für spezielle Therapien (31%), eine Selbstbeteiligungsregelung in Höhe von 500 Euro (15%) und die

Einschränkung der freien Arztwahl bzw. Eingrenzung der Wahlmöglichkeiten auf einen Ärzte-Pool, mit dem die Kasse Verträge abgeschlossen hat (21%), nur von Minderheiten der Versicherten zur Beitragsreduktion präferiert.

Etwa 14% der Befragten finden dabei ein bis vier Tarife interessant, die große Mehrheit (53%) fünf bis sechs Tarife und immerhin ein Drittel (34%) sogar sieben oder noch mehr Tarife. Für diese letzte Gruppe scheinen Veränderungsinteressen hinsichtlich der Konditionen ihrer Krankenversicherung besonders groß zu sein. Die Präferenz für solche Tarife hängt hierbei nicht mit Alter und Geschlecht, und ebenso wenig mit Morbiditäts-Indikatoren zusammen. Auch der Versichertenstatus, die Mitgliedschaftsdauer in der jetzigen Kasse, frühere Kassenwechsel oder der Erwerbsstatus sind ohne Einfluss. Die stärksten Effekte gehen vom Bildungsniveau aus und in zweiter Linie von der Höhe des Nettoeinkommens, wobei beide Effekte einander verstärken. Offensichtlich sind also materielle Anreize nicht in jedem Fall und für alle Bevölkerungsgruppen ein effektives Steuerungselement. Ein höherer Bildungsstand scheint zu bewirken, dass sich diese Versicherten eher in der Lage sehen „eigenverantwortlich“ den für sie besten Versicherungsschutz zu bestimmen, während Befragte mit geringerem Bildungsniveau sich lieber auf die quasi-staatliche Festlegung des „optimalen Versicherungsschutzes“ verlassen.

Die Unterschiede in der Akzeptanz von Wahlтарifen zeigen sich in erster Linie bei vier dieser Optionen: Selbstbeteiligung, höhere Zuzahlung für Medikamente, höhere Zuzahlung für spezielle Therapien und Arztkontrolle durch Patientenquittung. In geringem Umfang zeigt sich für das Bildungsniveau, nicht aber für das Einkommen auch noch ein Effekt für die Zustimmung zum Wahlтарif „Teilnahme an Gesundheitskursen“.

Das bedeutet, dass die insgesamt sehr viel höhere Aufgeschlossenheit besser gebildeter und besser verdienender Versicherter an beitragsenkenden Wahlтарifen sich im Wesentlichen aus finanziellen Kalkülen speist. Dies schränkt die oben getroffene Feststellung einer grundsätzlich höheren Aufgeschlossenheit oberer Sozialschichten gegenüber Wahlтарifen nicht grundsätzlich ein, relativiert sie allerdings.

Interesse und Teilnahme an Hausarztmodellen

Hausarztmodelle sind im Unterschied zu anderen Gestaltungsoptionen der GKV bereits seit längerer Zeit in der Erprobung; seit dem GMG sind die Krankenkassen verpflichtet, ihren Versicherten solche Modelle anzubieten. Nach Daten des BMG nahmen Anfang 2006 rd. 2,6 Mio. Patienten an solchen Modellen teil (Bundesministerium für Gesundheit 2006c).

In der Befragung gibt etwa jeder Fünfte an, dass auch seine Kasse ein Hausarztmodell anbietet und ebenso viele verneinen dies. Die weit überwiegende Mehrheit (59%) antwortet jedoch mit „weiß nicht“. Fast jeder zehnte Befragte (9,4%) gibt an, dass er derzeit schon an einem Hausarztmodell seiner Krankenkasse teilnimmt. Von denjenigen, die derzeit noch nicht an einem solchen Angebot teilnehmen, antworten über drei Viertel (78%), sie könnten sich vorstellen, in Zukunft an einem Hausarztmodell teilzunehmen.

Zu den wichtigsten Bedingungen, unter denen die Versicherten eine Teilnahme am Hausarztmodell als akzeptabel erachten würden, gehört, dass sie ihren Hausarzt nicht wechseln müssen (74%) und dass sie auch weiterhin autonom Fachärzte aussuchen können (77%), also nicht auf einen von der Kasse ausgewählten Pool von Fachärzten eingeschränkt sind. Die geringste Zustimmung findet sich für die Gewährung finanzieller Vorteile (51%).

Die multivariate Analyse zeigt, dass Alter, Einkommen und mit Abstrichen auch die Betroffenheit von chronischer Erkrankung Einfluss auf die Teilnahmewahrscheinlichkeit an einem Hausarztmodell haben.

Als Zwischenbilanz lässt sich damit nur konstatieren, dass finanzielle Anreize für die Teilnahme an einem Hausarztmodell für Versicherte weitaus weniger bedeutsam sind als andere Voraussetzungen. Dabei insbesondere hervorzuheben ist die grundsätzliche Möglichkeit zum Verbleib beim vorher schon gewählten (und vertrauten) Hausarzt und zum anderen auch die persönliche Entscheidungsfreiheit bei der Facharztwahl.

Interesse und Teilnahme an Tarifen mit Bonusregelungen, Beitragsrückerstattungen, DMPs, Kostenerstattung und Selbstbehalten

In der Befragung wurde auch nach der Bekanntheit von bzw. nach einer bereits realisierten oder beabsichtigten Teilnahme an strukturierten Behandlungsprogrammen, Bonusregelungen, Kostenerstattung, Selbstbeteiligung und Beitragsrückerstattung gefragt.¹⁵

Bonus-Regelungen sind mehr als zwei Dritteln der Versicherten bekannt, während die übrigen Modelle deutlich weniger publik geworden sind. Am wenigsten bekannt sind Regelungen zum Selbstbehalt. Bei den DMPs ist zu berücksichtigen, dass diese auf Chroniker abzielen und für die Mehrheit der Versicherten wahrscheinlich nicht von Interesse sind. Dies könnte auch für Tarife mit Kostenerstattung und Selbstbehalt gelten, da diese nur von freiwillig Versicherten wählbar sind.

Dabei zeigt sich im Übrigen, dass die Vermutung, die mit aktuellen oder früheren motivierten Kassenwechseln verbundene Wissensbasis oder Informationsbeschaffung würde die Kenntnis neuer Kassenangebote erhöhen, offenbar nicht zutrifft.

Für die Kenntnis strukturierter Behandlungsprogramme und Bonusprogramme ist deutlich geworden, dass hier die Betroffenheit von chronischer Erkrankung neben dem Bil-

15 Die Frage hieß im Wortlaut: Seit dem 1.1. 2004 gibt es eine Reihe neuer Möglichkeiten der Versorgung im deutschen Gesundheitswesen. Uns interessieren Ihr derzeitiger Kenntnisstand und Ihre aktuelle und geplante Inanspruchnahme dieser Versorgungsformen. Haben Sie bereits einmal ...

- von strukturierten Behandlungsprogrammen (DMP = Disease Management Programm) für chronisch Kranke, z.B. für Diabetiker, Asthmatiker, Herz-Kreislauf-Kranke und Brustkrebspatientinnen gehört? Diese Programme sind von den Krankenkassen und den Ärzten entwickelt worden. Jeder Arzt muss nach bestimmten qualitätsgeprüften Leitlinien seine Patienten behandeln. Aber auch jeder Patient muss sich an das Behandlungsprogramm halten
- von so genannten Bonusregelungen gehört? Dies sind Programme, in denen Sie durch die Inanspruchnahme gesundheitsförderlicher Aktivitäten Bonuspunkte sammeln können, mit denen Sie z.B. die Praxisgebühr reduzieren können
- von der Möglichkeit der Kostenerstattung von Kosten eines Arztbesuches etc. gehört? Anstatt die Versorgungsleistungen als so genannte Sachleistungen (Bezahlung erfolgt zwischen Krankenkasse und Ärzten) besteht die Möglichkeit, sich vom Arzt eine Rechnung ausstellen zu lassen und sich die Kosten in bestimmtem Rahmen von der Krankenkasse erstatten zu lassen
- von der Möglichkeit von Selbstbehalten gehört? Für Versicherte, welche die Möglichkeit von Kostenerstattung nutzen, besteht zusätzlich die Möglichkeit, einen Teil ihrer Versorgungskosten selbst zu übernehmen und dafür eine Beitragsermäßigung zu erhalten
- von der Möglichkeit der Beitragsrückerstattung bei Nicht-Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen gehört? Durch die Nicht-Inanspruchnahme bestimmter Leistungen (gilt z.B. nicht für Vorsorgeleistungen) während eines Jahrs können Versicherte einen Teil ihrer Beiträge zurückerstattet bekommen

dungsniveau (Bonusprogramme) bzw. dem Alter (DMPs) relativ bedeutsam ist. Für Bonusprogramme zeigt sich, dass chronisch erkrankte Versicherte diese seltener kennen als nicht Erkrankte.

Insgesamt ist damit festzuhalten, dass wechselinteressierte Versicherte über die Angebote der Kassen nicht besser informiert sind als „kassentreue“ Versicherte.

Infolge der geringen Informiertheit ist dann auch die aktuelle Nutzung der Angebote noch sehr niedrig. Noch am häufigsten in Anspruch genommen werden derzeit – von etwa 15% der Versicherten – Bonus-Programme. Bei allen anderen Angeboten liegt die Nutzerquote bei 5% oder noch darunter. Interpretiert man bei der Frage nach einer zukünftigen Nutzung der Angebote die Antwort „sehr wahrscheinlich“ als bereits getroffenen und weitgehend unumstößlichen Entschluss, die Antwort „wahrscheinlich“ als grundsätzliches Interesse, das aber noch an einer Reihe von Hindernissen scheitern kann, so zeichnet sich perspektivisch keine deutliche Steigerung der Nutzerquoten ab

Als Fazit hervorzuheben bleibt damit insbesondere ein negativer Befund: Die insbesondere durch das GMG seit 2004 den Krankenkassen ermöglichten neuen Angebote im Bereich der Versorgung (DMPs), der Gesundheitsförderung (Bonusprogramme) oder auch der Modifikationen des Sachleistungsprinzips und der Kostenregelungen (Kostenerstattung, Selbstbehalte, Beitragsrückerstattung) fungieren zumindest derzeit noch nicht als effektive Wettbewerbsparameter.

Von den in der Befragung „angebotenen“ beitrags- und leistungserhöhenden Zusatztarifen stieß nur die Zusatzpolice für Leistungen bei Zahnbehandlung bei einer Mehrheit auf Zustimmung. Die übrigen Tarife sind nur für etwa jeden Dritten oder Vierten von Interesse. Für die Interpretation dieser Befunde ist wieder im Auge zu behalten, dass die Kostendimension in der Fragestellung weitgehend ausgeblendet oder zumindest nicht spezifiziert wird.

Zwischenfazit

- Das allgemeine Interesse an einer größeren Zahl von Zusatz- und Wahlтарifen ist nicht abhängig vom Gesundheitszustand oder der Betroffenheit von chronischer

Erkrankung. Dies gilt auch, wenn man nur das Interesse an einzelnen Tarifen betrachtet, die für Kranke besonders attraktiv sein könnten.

- Für beitrags erhöhende Tarife mit zusätzlichen Kassenleistungen zeigt sich, dass dieses Interesse stark einkommensabhängig ist. Besserverdienende haben ein größeres Interesse.
- Für beitrags senkende Tarife zeigt sich, dass mit zunehmender Einkommenshöhe und auch mit steigendem Bildungsniveau das Interesse steigt. Dies impliziert, dass einkommensschwächere sehr viel seltener als einkommensstärkere Versicherte mit Möglichkeiten der Beitragssenkung sympathisieren. Die Chance, Kosten beim Krankenkassenbeitrag zu sparen, wird von denjenigen seltener wahrgenommen, die es finanziell eher nötig hätten, da sie sich scheuen, die damit verbundenen Entscheidungen über das Ausmaß ihres gewünschten Versicherungsschutzes selbst zu treffen, und sie sich mit einem Pauschalvertrag besser bzw. sicherer versorgt fühlen. Schichtdifferenzen zeigen sich im Wesentlichen für Wahltarife, die als Gegenleistung für eine Senkung des Kassenbeitrags fallbezogene finanzielle Mehrleistungen oder Vorleistungen verlangen. Man ist bereit zu Selbstbeteiligungsregelungen und höheren Zuzahlungen für Medikamente oder spezielle Therapien, wenn dem eine „erhebliche Senkung der Krankenversicherungsbeiträge“ andererseits gegenübersteht.
- Es gibt erhebliche Differenzen in der Akzeptanz unterschiedlicher beitrags senkender Wahltarife. Während auf der einen Seite die verpflichtende Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen und das „Hausarztmodell“ von nahezu allen Versicherten (95% bis 96%) unter der Kautel eine Beitragssenkung als attraktives Modell bewertet werden, sind andererseits Selbstbeteiligungsregelungen und der Verzicht auf die freie Arztwahl bzw. die Akzeptanz eines von der Kasse vorgegebenen Ärzte-Pools nur für eine Minderheit der Versicherten (15% bzw. 21%) akzeptabel.
- Die Analysen haben gezeigt, dass die Bonusregelungen überaus bekannt geworden sind, 70% der Versicherten wissen darüber Bescheid. Weniger stark (40%) gilt dies für das Angebot der Beitragsrückerstattung. Alle übrigen in der Befra-

gung thematisierten Angebote (Selbstbehalt, Kostenerstattung, DMPs) sind weniger als jedem dritten Versicherten bekannt. Bonusprogramme werden derzeit von etwa 15% der Befragten genutzt, alle übrigen Angebote von 5% oder weniger.

3.2.2.5 Kenntnisse des eigenen Beitragssatzes, der GKV-Rahmenbedingungen und der Kassenleistungen

Etwa die Hälfte aller Versicherten (52%) schätzt den Beitragssatz ihrer Kasse sehr genau ein, mit Abweichungen von maximal einem halben Prozentpunkt. Bei über drei Viertel (82%) beträgt die Fehlerspanne höchstens einen Prozentpunkt. Im Unterschied zu anderen Befragungen (WidO, Gesundheitsmonitor) lässt sich damit für unsere Erhebung eine recht profunde Kenntnis feststellen. Inwieweit dies auf methodischen Besonderheiten beruht (exponierte Position der Frage im Fragebogen) oder möglicherweise auch neuerdings veränderte Interessen und Informationsgewohnheiten von Versicherten wiedergibt, ist allerdings offen. Es besteht eher eine Tendenz zur Überschätzung des Beitragssatzes als zur Unterschätzung: 44% der Befragten überschätzen, 29% unterschätzen diesen Wert. Extreme Fehleinschätzungen sind überaus selten: Nur etwa 4% bis 5% machen eine Zahlenangabe, die um mehr als zwei Prozentpunkte vom tatsächlichen Kassen-Beitragssatz nach oben oder unten abweicht. Mitglieder von Betriebskrankenkassen zeigen die tiefendeste Kenntnis.

Die Einsparmöglichkeiten, die sich bei einem Kassenwechsel ergeben, werden von den Befragten relativ realistisch eingeschätzt. 24% der Befragten machen zu dieser Frage jedoch keine Angabe, 8% sind der Meinung, es gibt keinerlei Einsparmöglichkeiten, weitere 21% nennen einen Wert von ein bis zehn Euro. Das bedeutet, dass etwa jeder Vierte keine konkrete Vorstellung der Einsparmöglichkeiten hat.

Zwischen einzelnen Kassen werden durchaus Unterschiede wahrgenommen. Dies betrifft primär die „Kulanz“ bei der Bewilligung spezifischer Leistungen (64% erkennen hier Differenzen), in zweiter Linie auch den Beitragssatz (45%). Am wenigsten werden generelle Leistungsunterschiede konstatiert (36%). Über alle drei Merkmale hinweg wirken sich insbesondere das Lebensalter und eine aktuelle Wechselneigung darauf aus, ob zwischen Kassen eher Unterschiede oder Gemeinsamkeiten wahrgenommen werden.

Für die Kenntnis der rechtlichen Rahmenbedingungen hinsichtlich eines Kassenwechsels zeigt sich einerseits, dass sachlich völlig falsche Annahmen eher die Ausnahme sind. Gleichzeitig gibt es aber zum Teil hohe Raten an „Weiß-nicht-Antworten“. Dies betrifft insbesondere die Vermutung des „Ansparens individueller Beiträge“ (45% „Weiß-nicht-Antworten“) und die Annahme, dass Kassen auch Anträge von Versicherten auf Neumitgliedschaft ablehnen können (34% „Weiß-nicht-Antworten“). Nur jeder Dritte (35%) beantwortet drei oder vier (von vier) Fragen richtig und korrekte Antworten auf alle vier Fragen geben lediglich 20% der Versicherten. Das Bildungsniveau hat in dieser Frage zwar einen statistisch signifikanten Effekt. Quantitativ deutlicher wirken sich allerdings die Einkommenshöhe aus und ebenso ein früherer Kassenwechsel.

Die Befragungsergebnisse zeigen also in Bezug auf den Kenntnisstand der Versicherten über die GKV ein widersprüchliches Bild: Im Durchschnitt recht genaue Kenntnisse über die Beitragssatzhöhe und potentielle Ersparnisse bei einem Kassenwechsel kontrastieren mit insgesamt eher mangelhaften Kenntnissen über rechtliche Bedingungen, die bei den Versicherten dazu führen könnten, dass ein Kassenwechsel als potentielles Risiko wahrgenommen wird.

3.2.2.6 Stand der Informationen über Krankenkassen und Informationsinteresse

Zwar gibt es ein rudimentäres Informationsverhalten von Versicherten, dieses dürfte allerdings in den meisten Fällen nur Teilaspekte oder spezielle Fragen betreffen. Zu einer Bilanz jedenfalls, in der sie ihre Kasse mit anderen vergleichen und zu einem Gesamturteil kommen, gelangt allenfalls ein Drittel der Befragten. Dass über 80% vergleichende Informationen über Kassen wünschen, entspricht der allgemeinen Erfahrung in Meinungsumfragen, nach der kostenlose und wenig aufwändig zu beschaffende Dienstleistungen und Informationsangebote fast immer begrüßt werden. Dass solche Angebote auf eine sehr intensive Nutzung stoßen würden, darf jedoch bezweifelt werden, wenn man sich etwa vergegenwärtigt, welche geringe Bedeutung die oben erwähnten Medien- und Testberichte für einen Kassenwechsel haben.

Persönliche Bindungen an die jetzige Kasse

Inwieweit konstituieren persönlichen Bindungen, die zu Mitarbeitern der jetzigen Kasse im Rahmen von Informationsgesprächen entstanden sind, eine Wechselbarriere, etwa derart, dass eine gewisse „Loyalität“ zur Kasse entsteht? Für die in der Befragung hierzu vorgegebenen Statements ergeben sich zunächst wieder folgende Antworthäufigkeiten für alle Befragungsteilnehmer.

- „Ich habe mich an meine Kasse gewöhnt“ sagen 90% („trifft voll zu“ oder „trifft eher zu“, darunter 45% „trifft voll zu“.
- „Ich vertraue meiner Krankenkasse“ sagen ähnliche viele, nämlich 91%, darunter 26% „trifft voll zu“.
- Wiederum 90% sagen „Ich sehe keinen Grund, meine Kasse zu wechseln“, darunter 50% „trifft voll zu“.
- Deutlich niedriger sind die Zustimmungsquoten hingegen zum Statement „Ich habe eine persönliche Bindung zu einem oder mehreren Mitarbeitern meiner Kasse“. Hier sagen nur 11%, dass dies für sie eher zutrifft, weitere 8%, dass es für sie voll zutrifft.

Während also nur etwa jeder Fünfte eine auf persönlicher Kenntnis von Mitarbeitern basierende Bindung an die Kasse erkennen lässt, gelten andererseits für neun von zehn Versicherten sehr allgemeine Begründungsmuster des Kassenverbleibs: Gewöhnung, grundsätzliches Vertrauen, fehlende Unzufriedenheit oder Wechselanreize.

Antizipation eines persönlich hohen Aufwands beim Kassenwechsel

Ein Kassenwechsel kann für bestimmte Versichertengruppen einen zumindest subjektiv so empfundenen erheblichen Aufwand bedeuten. Daher sind in der Befragung auch einige Statements vorgegeben, die diesen Aspekt thematisieren. Bezogen auf alle Befragungsteilnehmer zeigen sich dann folgende Ergebnisse.

- Die Aktivitäten vor einem Kassenwechsel werden als sehr anstrengend und lästig empfunden von insgesamt 48%, darunter sagen 14% „trifft voll zu“.

- Dem Statement „Sich vor einem Kassenwechsel zu informieren, ist sehr mühsam und zeitaufwändig“ stimmen insgesamt 70% zu, darunter 19% voll und ganz.
- Unkenntnis darüber, wo sie sich vor einem Kassenwechsel informieren könnten, wird von insgesamt 50% artikuliert, darunter 15% voll und ganz.

Es ist also etwa die Hälfte der Befragten, die möglicherweise den Input für einen Kassenwechsel als sehr hoch erachtet. Alter sowie teilweise auch das Geschlecht erweisen sich in der logistischen Regression als Einflussfaktoren, die Effekte sind allerdings nicht sehr ausgeprägt.

Skepsis hinsichtlich der Verbesserungschancen durch einen Kassenwechsel

Grundlegende Formen der Skepsis gegenüber einem Kassenwechsel und eine eher kritisch-abwertende Beurteilung damit möglicher Vorteile wurden bereits beschrieben. Sie sind begründet in Irrtümern oder Unkenntnis über Risiken bei einem Wechsel oder auch einer Wahrnehmung, die zwischen Kassen keine nennenswerten Unterschiede im Kosten- oder Leistungsbereich erkennt. In der Erhebung sind noch weitere Schattierungen solcher Wahrnehmungsmuster vorgegeben. Hier zeigt sich dann, bezogen auf alle Versicherten, folgendes Bild:

- 74% der Befragten stimmen dem Statement „Ich zweifle daran, dass andere Kassen besser sind als meine“ zu, darunter 23% voll und ganz.
- Dass sie wenig Vertrauen in andere Kassen haben, wird von 40% der Befragungsteilnehmer gesagt („trifft voll zu“ oder „trifft eher zu“), darunter 8% „trifft voll zu“.
- „Ich zweifle daran, dass mich eine andere Krankenkasse aufnehmen würde“, diese Befürchtung hegen insgesamt 24%, darunter sagen 11% „trifft voll zu“.
- Der Aussage „Ich habe von anderen gehört, dass sie schlechte Erfahrungen mit einem Kassenwechsel gemacht haben“, stimmen insgesamt 24% der Befragten zu, darunter 7% voll und ganz.

Damit wird erneut deutlich, dass eher allgemeine und kaum auf konkrete Erfahrungen bezogene Einstellungsmuster in der Befragung sehr viel größere Zustimmung finden, wenn es um die Frage geht, warum Versicherte sich eher als kassenloyal darstellen und wenig interessiert sind an Angeboten und potentiellen Vorteilen anderer Kassen. Deutlich geworden war dies bereits weiter oben mit Zustimmungsraten von etwa 90% zu Statements, in denen die Gewöhnung an die jetzige Kasse, das Vertrauen in die Kasse und subjektiv fehlende Gründe für einen Wechsel genannt waren. Im Vergleich dazu wurden nur sehr kleine Versichertengruppen gefunden, die einem Kassenwechsel aufgrund persönlicher Bindungen an Kassenmitarbeiter ablehnend gegenüberstehen.

In der logistischen Regression wird deutlich, dass es keine Einflussfaktoren gibt, die durchgängig signifikante Effekte zeigen. Nimmt man Wechselneigungen als eher einstellungs- und verhaltensbezogene Variable einmal beiseite, dann zeigt sich, dass Versichertengruppen, die als „schlechte Risiken“ aufgrund höherer Leistungsausschöpfung betrachtet werden, hier häufiger Meinungen artikulieren, die Wechselvorbehalte mit sich bringen: Ältere, Rentner, Versicherte mit niedrigem Einkommen oder Bildungsniveau, chronisch Erkrankte und Versicherte mit schlechtem Gesundheitszustand.

Grundsätzliche Aufgeschlossenheit gegenüber einem Wechsel

Um zu überprüfen, inwieweit mentale Vorbehalte gegenüber einem Kassenwechsel völlig „abgeschlossene“, also auch durch Erfahrungen und neue Informationen weitgehend unbeeinflussbare Einstellungsmuster darstellen, wurden in der Erhebung einige Statements zur Bewertung vorgegeben, die eine prinzipielle Offenheit gegenüber Angeboten anderer Kassen thematisieren. Auch hier seien zunächst wieder die Ergebnisse für alle Versicherten vorgestellt:

- „Angebote anderer Kassen haben mich bisher nicht überzeugt“, hier stimmen insgesamt („trifft eher zu“ und „trifft voll zu“) 65% der Befragten zu, darunter 17% voll und ganz.
- „Ich würde meine Krankenkasse wechseln, wenn ich ein interessantes Angebot einer anderen Kasse bekäme“, eine solch prinzipielle Aufgeschlossenheit gegenüber einem Wechsel artikulieren insgesamt 48%, darunter 15% voll und ganz.

- „Ich bin daran interessiert, für mich (und meine Mitversicherten) die beste Kasse zu finden“ sagen insgesamt 65%, darunter 25% „trifft voll zu“.

Nach den bislang dargestellten empirischen Befunden, die unter dem Strich doch eine für die große Mehrheit der Versicherten sehr starke Distanz gegenüber einem Kassenwechsel gezeigt haben, muss überraschen, dass die zitierten Statements doch von so vielen Befragten (Zustimmungstendenz 48% bis 65%) bejaht werden. Nähme man die Antworttendenzen wörtlich und unhinterfragt als gegeben, dann würde dies bedeuten: Zumindest die Hälfte der Versicherten wäre durchaus zu einem Wechsel bereit. Wesentliche Hintergründe der bisherigen Wechsel-Immobilität liegen nicht so sehr in persönlichen Vorbehalten oder Risikobefürchtungen begründet, sondern sehr viel eher darin, dass die „Angebotspalette“ anderer Kassen bislang nicht so überzeugend war, als dass man einen Wechsel ernsthaft ins Auge fassen konnte.

Analysiert man die Einflussfaktoren mittels einer logistischen Regression, ergeben sich (nicht überraschend) die höchsten Zusammenhänge für die unabhängigen Variablen Wechselneigung und Lebensalter. Sozio-ökonomische Merkmale spielen keine Rolle.

Damit zeigt sich zwar einerseits ein Bild, in dem eine potentielle Wechselbereitschaft einhergeht mit einer höheren Einschätzung auch ökonomischer Verbesserungen, mit Interesse an differenzierenden Krankenkassentarifen und einer (geringfügig) besseren Kenntnis von GKV-Regelungen, so dass irrealer Wechselrisiken (Verlust „angesparter“ Beiträge, Einschränkungen von Leistungen für Neumitglieder) nicht oder nicht in so deutlicher Qualität erlebt werden wie von anderen Versicherten, die sich gegenüber einem Wechsel resistenter zeigen.

Gleichzeitig wird aber aus dem Vergleich der prozentualen Angaben für beide Gruppen auch deutlich, dass die analysierten Variablen durchgängig eine eher bescheidene Trennschärfe aufweisen.

Zwischenbilanz

Bei einem erheblichen Teil der Versicherten bestehen zumindest unterschwellige Befürchtungen, wenn nicht sogar Fehlannahmen, die einen Krankenkassenwechsel als erhebliches Risiko erscheinen lassen.

Gleichzeitig hervorzuheben ist aber auch, dass ein Kassenwechsel für viele Versicherte nicht schon deshalb als Verhaltensoption ausscheidet, weil keinerlei Unterschiede zwischen Kassen wahrgenommen werden. So erkennen viele Versicherte Unterschiede vor allem in der Praxis der Leistungsbewilligung („Kulanz“), dem Leistungskatalog und auch dem Beitragssatz. Nur etwa jeder vierte Befragte nimmt keinerlei Kassendifferenzen wahr.

Das Informationsbedürfnis von Versicherten über Vor- und Nachteile und unterschiedliche Leistungen einzelner Kassen ist nur sehr schwach ausgeprägt. Zwar gibt es rudimentäre Informationsbemühungen, diese dürften allerdings in den meisten Fällen nur Teilaspekte oder spezielle Fragen betreffen. Zu einer Bilanz, in der sie ihre Kasse mit anderen vergleichen und zu einem Gesamturteil kommen, gelangt allenfalls ein Drittel der Befragten.

Von einem großen Teil der Befragten werden die notwendigen Aktivitäten vor einem Kassenwechsel als sehr zeitaufwändig, anstrengend und lästig empfunden.

Versicherte, die unter bestimmten Umständen wechselbereit wären – nämlich bei einem „besseren Angebot“ anderer Kassen – lassen sich etwas näher charakterisieren: Sie zeigen ein höheres Interesse an Zusatztarifen und differenzierenden, beitragsenkenden Tarifen, ebenso an einer zukünftigen Nutzung neuer Kassenangebote (Bonusprogramm, Beitragsrückerstattung), nehmen deutlicher Differenzen zwischen Kassen wahr (Beitragssatz, Leistungen), sind unzufriedener mit ihrer Krankenkasse und wissen etwas besser Bescheid über GKV-Regelungen, wobei sie allerdings gleichzeitig ihren eigenen Beitragssatz etwas schlechter einschätzen. Schließlich schätzen sie auch die möglichen Ersparnisse durch einen Kassenwechsel etwas höher ein.

Damit ergibt sich ein Bild, in dem eine potentielle Wechselbereitschaft einhergeht mit einer höheren Einschätzung auch ökonomischer Verbesserungsmöglichkeiten, mit Interessen an differenzierenden Krankenkassentarifen und einer (geringfügig) besseren

Kenntnis von GKV-Regelungen. Fälschlich unterstellte Wechselrisiken werden somit nicht oder nicht so deutlich erlebt wie von anderen Versicherten, die sich gegenüber einem Wechsel distanzierter äußern. Gleichzeitig wird aber aus dem Vergleich der beiden Gruppen auch deutlich, dass die analysierten Aspekte durchgängig eine eher bescheidene Trennschärfe aufweisen.

3.2.2.7 Neigungen zum Kassenwechsel und konkrete Wechselabsichten

Im Verlauf der bisherigen Analyse wurden bereits einige Einstellungsmuster und Erfahrungen identifiziert, die sich hypothetisch als nachhaltige Barriere für einen Kassenwechsel auswirken können. In welchem Umfang dies der Fall ist und ob dies nur für bestimmte Gruppen gilt, soll im folgenden Kapitel geprüft werden.

Dies betrifft einerseits Argumentationsmuster, die in der Analyse zwar die höchsten Zustimmungsqoten finden, die aber wenig Erkenntnisse darüber liefern, aus welchen alltagspraktischen Kalkülen, sozialpsychologischen Einstellungen oder konkreten Erfahrungen sie resultieren. Angesprochen sind jene Aussagen, die auf „Gewöhnung“ und „Vertrauen in die Kasse“ rekurrieren oder schlichtweg auf fehlende Motive und Anlässe für einen Kassenwechsel und das eigene Desinteresse an Angeboten anderer Kassen verweisen.

Analysierte Wechselbarrieren und Wechselanreize

Davon noch einmal zu trennen sind folgende Aspekte, die sehr viel konkretere Hintergrundbedingungen benennen.

- (1) Risiko von Wechsel-Sanktionen: Hier erfasst sind Irrtümer oder Fehleinschätzungen über GKV-Regelungen, die ein vermeintliches Wechselrisiko beinhalten. Ausgegangen wird fälschlich davon, dass bei einem Kassenwechsel unter dem Strich ein eher negativer Saldo zu erwarten ist, selbst wenn unter Umständen der finanzielle Output überwiegt. Dies betrifft insbesondere die Annahmen über den Verlust „angesparter Beiträge“ bei einem Wechsel oder über reduzierte Kassenleistungen für Neumitglieder. In begrenztem Umfang gilt dies auch für die Annahme, dass Ältere und Kranke höhere Beiträge zahlen, eine Vermutung, die eben für diesen Personenkreis „schlechter Risiken“ als Barriere wirksam werden könnte.

- (2) Risiko der Mitgliedschafts-Ablehnung: Davon noch einmal analytisch zu trennen ist die Annahme, dass der Antrag auf eine neue Mitgliedschaft von anderen Kassen verweigert werden könnte, so dass Bemühungen in dieser Hinsicht von vornherein eine vergebliche Mühe darstellen.
- (3) Fehlende Verbesserungschance: Angesprochen sind hier Einschätzungen, dass Differenzen zwischen Kassen im Bereich der Beitragssätze, der Leistungen und der Praxis der Leistungsbewilligung allenfalls marginale Bedeutung haben oder aber für persönliche Ansprüche (z.B. Jüngerer und „Kerngesunder“, die nur selten Kassenleistungen in Anspruch nehmen) weitgehend irrelevant sind. Eine nicht seltene Variante solcher Annahmen dürfte sein, dass einzelne Positivaspekte durch andere Negativaspekte aufgewogen werden (z.B. geringere Beiträge, aber auch weniger Leistungen).
- (4) Irrelevanz finanzieller Verbesserungen: Ein spezieller Aspekt dabei ist die Annahme, dass die Einsparmöglichkeiten durch einen Kassenwechsel in quantitativer Hinsicht weitgehend unbedeutend sind, also sich im persönlichen Haushaltsbudget nicht als zusätzliche Margen z.B. für erweiterte Konsumchancen auswirken.
- (5) Loyalität zur Kasse: Dies betrifft persönliche Bindungen, die durch engeren Kontakt zu Kassenmitarbeitern entstanden sind. Diese Loyalität stellt für bestimmte Versichertengruppen sicher nicht nur eine moralische („lebensweltliche“) Treueverpflichtung dar, sondern hat wohl auch eine Bedeutung als Garant kommunikativer und sozialer Sicherheit aufgrund der Kenntnis zuständiger Ansprechpartner.
- (6) Scheu vor dem Aufwand für einen Wechsel: Hierbei sind Annahmen angesprochen, dass der zeitliche und intellektuelle Aufwand für einen Kassenwechsel durch die Beschaffung von Informationen, deren persönliche Bilanzierung und die Antragsprozedur so hoch ist, dass er einen eventuellen Positiv-Output keinesfalls übersteigt.
- (7) Kassenzufriedenheit: Auch eine hohe Zufriedenheit mit Service, Leistungen oder Beitragssatz der Kasse kann als Barriere definiert werden, weil damit zumeist auch die Überzeugung verbunden sein dürfte, dass ein Kassenwechsel unter dem

Strich nur Verschlechterungen mit sich bringen kann, zumindest aber keine nachhaltigen und persönlich relevanten Verbesserungen.

In Abhebung von diesen Wahrnehmungs- und Bewertungsmustern, die als Wechselbarriere wirksam werden können, lassen sich drei weitere Aspekte benennen, die eher in umgekehrter Richtung als möglicher Anreiz für einen Kassenwechsel wirksam werden könnten.

- (8) Damit angesprochen ist das Interesse an zusätzlichen, beitragsenkenden Kassentarifen, die entweder mit bestimmten Verpflichtungen verbunden sind (z.B. Teilnahme an Früherkennung oder Gesundheitskursen) und beitragsenkend wirken oder mit anderen Prämien und Gratifikationen belohnt werden.
- (9) Bedeutung haben könnte auch das Interesse an Zusatztarifen, die beitrags erhöhend sind, dafür aber zusätzliche Leistungen bieten z.B. im Bereich alternativer Heilmethoden.
- (10) Schließlich soll hier auch das Interesse an neuen Kassenangeboten berücksichtigt werden (DMPs, Bonusprogramme, Beitragsrückerstattung, Kostenerstattung, Selbstbeteiligung). Zwar bieten alle Gesetzlichen Krankenkassen die angesprochenen Tarife an, die Ausgestaltung ist jedoch durchaus unterschiedlich.

Zum Einbezug von Versicherten, die in den letzten 3 Jahren gewechselt haben

Geht man der Frage nach aktuellen Wechsel-Neigungen oder Abneigungen nach, dann ist zunächst einmal zu berücksichtigen, dass ein Teil der Versicherten in den letzten Jahren bereits die Kasse gewechselt hat. Etwa jeder fünfte Befragungsteilnehmer (19%) ist erst in den letzten 5 Jahren Mitglied der aktuellen Kasse geworden, darunter 12% erst in den letzten drei Jahren. Es sind nun zwei (konträre) Hypothesen denkbar über die Wechselneigung dieser Gruppe. Einerseits könnte unterstellt werden, dass die Wechselneigung zunächst einmal deutlich abnimmt, wenn man erst vor wenigen Jahren die Kasse gewechselt hat. Die Mühe erneuter Informationsbemühungen über Kassen könnte hierfür eine Rolle spielen oder auch der Zeitaufwand für Kündigung und Antragstellung. Darüber hinaus dürfte in vielen Fällen der Wechsel zu einer preisgünstigeren Kasse geführt haben, so dass diese ökonomischen Anreize jetzt bei einem weiteren Wechsel

nur noch minimal sind. Andererseits ist allerdings auch denkbar, dass die Gruppe der Versicherten, die erst vor kurzem gewechselt hat, nun eine besonders mobile Versichertenklientel darstellt, die aus Gründen der Kosten- oder Leistungsoptimierung auch den Zeit- und Verwaltungsaufwand eines weiteren Wechsels nicht scheut, der sich zudem aufgrund der bereits vorliegenden Erfahrungen reduziert haben sollte.

Zu überprüfen bleibt daher zunächst, ob für die folgenden multivariaten Analysen über Wechselbarrieren und Wechselanreize alle Versicherten berücksichtigt werden können oder ob hier jene Gruppe auszuschließen ist, die in den letzten drei Jahren gewechselt hat, einfach deshalb, weil bei ihnen aus unterschiedlichsten Gründen (z.B. „Wechselmüdigkeit“ aufgrund der Formalitäten und des zeitlichen Aufwands oder durch den Wechsel schon realisierte und kaum mehr steigerbare Verbesserung) die Wechselbereitschaft besonders stark gebremst ist.

Die Frage nach einer Bereitschaft oder auch konkreten Absicht zu einem Kassenwechsel wurde in der Erhebung auf mehrfache Weise gestellt, zum einen direkt gefragt, ob man in der nächsten Zeit beabsichtigt, die Krankenkasse zu wechseln – mit den Antwortvorgaben „ja bestimmt“, „vermutlich ja“, „vermutlich nein“, „nein sicherlich nicht“. Zum Zweiten wurde auch nach ernsthaften Erwägungen zu einem Kassenwechsel in den letzten drei Jahren gefragt. Drittens wurde die Zustimmung zum Statement herangezogen, dass man bei einem interessanten Kassenangebot durchaus wechselbereit wäre. Und viertens wurde im Anschluss an das Discrete-Choice-Experiment mit der Präsentation fiktiver Kassen mit unterschiedlichen Merkmalen noch einmal gefragt, ob man bereit wäre, für eine der vorgestellten Kassen die eigene Kasse zu verlassen.

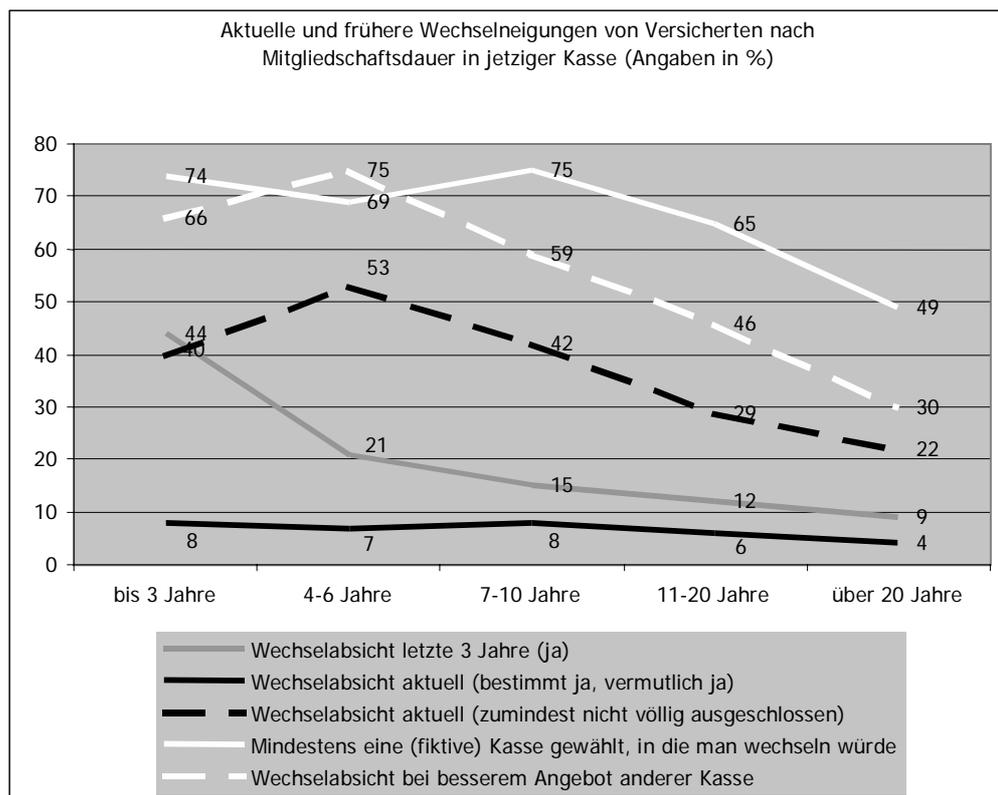


Abbildung 1: Aktuelle und frühere Wechselneigungen von Versicherten

Abbildung 1 zeigt, wie sich die Wechselneigung bzw. Wechselabneigung in Abhängigkeit von der Mitgliedschaftsdauer verändert. Tatsächlich ist es nicht so, dass man in den ersten drei Jahren nach dem Kassenwechsel eine starke „Wechselmüdigkeit“ beobachten könnte. Zwar ist bei zwei Indikatoren eine niedrigere Wechselbereitschaft erkennbar, wenn man Versicherte mit bis zu drei Jahren Mitgliedschaftsdauer und Versicherte mit vier bis sechs Jahren Mitgliedschaftsdauer vergleicht. Allerdings ist diese Differenz (mit jeweils neun Prozentpunkten) nicht extrem hoch und das Ausmaß der Wechselbereitschaft bei jenen Versicherten, die in den letzten drei Jahren gewechselt haben, tendiert nicht gegen Null. Damit ist gerechtfertigt, in den Analysen zu Wechselbarrieren und Wechselanreizen alle Versicherten einzubeziehen.

Zusammenhänge der Wechselindikatoren untereinander

Eine kurze Übersicht über das Ausmaß der von Versicherten artikulierten Wechselneigung bzw. Wechselabneigung verdeutlicht zunächst, dass die verwendeten vier Indikatoren sich in der quantitativen Ausprägung massiv unterscheiden.

Wechselabsicht in diesem Jahr (bestimmt oder vermutlich).....	6%
Wechselabsicht in diesem Jahr (bestimmt, vermutlich ja oder vermutlich nein).....	32%
Wechselabsicht in den letzten drei Jahren (ja)	16%
Wechselneigung bei besserem Angebot anderer Kassen (trifft eher zu oder voll zu).	48%
Wechselneigung zu fiktiver Kasse (ein oder mehrere Kassen angekreuzt)	62%

Eine Faktorenanalyse zeigt allerdings, dass für die vier Indikatoren nur ein Generalfaktor extrahiert werden kann, d.h. die Antworten auf die den Indikatoren zugrunde liegenden Fragen werden nicht von völlig unterschiedlichen Einstellungen oder Interessen beeinflusst. Die Korrelationen der vier Indikatoren untereinander sind relativ hoch und variieren zwischen 0,22 und 0,37, nur in einem Fall liegt eine eher niedrige Korrelation von 0,13 vor.

Frühere und aktuelle Wechselneigungen korrelieren recht hoch miteinander (0,32). Bei denjenigen, die in den letzten drei Jahren keine Wechselneigung hatten, artikulieren gegenwärtig auch nur 1%, dass sie in diesem Jahr bestimmt oder vermutlich die Kasse wechseln. In der anderen Gruppe (mit Wechselneigung in den letzten 3 Jahren) sind dies hingegen 30%. Es zeigt sich aber auch, dass frühere Überlegungen zu unterschiedlichen aktuellen Optionen führen: Etwa ein Drittel hat den Gedanken an einen Wechsel ganz aufgegeben, ebenso viele sind zumindest unsicher und knapp ein Drittel ist nach wie vor zum Wechsel entschlossen.

Die Frage nach fiktiven Kassen, zu deren Gunsten man sich eventuell entscheiden würde, zeigt: 38% wollen ihre Kasse auf keinen Fall verlassen, aber fast zwei Drittel (62%) kreuzen zumindest eine der fiktiven Kassen an. Darunter sind 42%, die eine Kasse nennen, 14%, die zwei Kassen nennen und 5%, die sogar drei oder vier Kassen bevorzugen würden.

Ferner kreuzen 55% derjenigen, die einen geplanten Kassenwechsel im kommenden Jahr definitiv bestreiten, noch eine oder mehr Kassen an, für die sie unter bestimmten Umständen ihre jetzige Kasse verlassen würden. Und weiterhin wird deutlich, dass kein linearer Zusammenhang besteht zwischen aktuellen Wechselabsichten und der in der Befragung artikulierten Entscheidung, für eine fiktive Kasse die jetzige Kasse zu verlas-

sen. Die Antwortquoten betragen 69%, 77%, 79%, 55% – gehen also nicht konstant nach unten.

Wie ist dieses Ergebnis zu interpretieren? Handelt es sich bei der ersten Frage um reale und konkrete Pläne, bei der zweiten um eher unverbindliche Gedankenexperimente, die aber weithin folgenlos bleiben? Oder ist die in der ersten Frage zutage getretene geringe Wechselneigung Effekt einer Alternativlosigkeit und bewirkt die in der zweiten Frage weiter reichende „Angebotspalette“ unterschiedlicher Kassen dann auch eine größere Wechselneigung, weil dort – im Unterschied zur realen Kassenlandschaft – überaus attraktive Merkmalskombinationen zur Auswahl stehen? Fundierte Antworten auf diese Frage liefert erst die Auswertung des Discrete-Choice-Experiments, die weiter unten vorgestellt wird. Festzuhalten bleibt allerdings jetzt schon, dass die gedankliche Resistenz der Versicherten gegen einen Kassenwechsel deutlich sinkt, wenn Möglichkeiten zur Auswahl stehen, die in der gegenwärtigen Kassenlandschaft nicht verfügbar sind oder (aufgrund von Informations- und Marketingmängeln) nicht als solche wahrgenommen werden.

In gewisser Hinsicht bestätigt sich damit auch das im vorigen Kapitel berichtete Ergebnis, dass knapp zwei Drittel der Versicherten äußern „Angebote anderer Kassen haben mich bisher nicht überzeugt“ und fast die Hälfte der Aussage zustimmt „Ich würde meine Krankenkasse wechseln, wenn ich ein interessantes Angebot einer anderen Kasse bekäme“.

Dass es sich hierbei aber wohl nicht um ein real existierendes und lediglich aufgrund unzureichender Alternativen brach liegendes Potential der Wechselbereitschaft handelt, verdeutlicht die folgende Gegenüberstellung: Zwar verlaufen die beiden Linien (vollzogene Wechsel und Wechselinteressen) weitgehend parallel. Insbesondere in den höheren Altersgruppen, in denen seit 1996 nur jeder vierte Versicherte oder noch viel weniger die Kasse gewechselt haben (50-59 Jahre: 26%, 60-69 Jahre: 16%, 70-79 Jahre: 6%), artikulieren gleichwohl etwa zwei- bis fünfmal so viele (66%, 53%, 34%), dass sie ihre Kasse für eine andere, im Discrete-Choice-Experiment vorgestellte Kasse, verlassen würden.

Das bedeutet nicht mehr und nicht weniger, als dass das Antwortverhalten und die artikuliert Wechselneigung bei der Abwägung des Interesses an bestimmten fiktiven Kassen weniger eine konkrete Handlungsoption oder Entscheidung beinhaltet als eher ein spezifisches inhaltliches Interesse an einer oder mehr alternativen Kassenangeboten. Dieses Interesse dürfte dann aber in einer Vielzahl von Fällen nicht in eine Wechselentscheidung einmünden, weil andere Faktoren dagegen stehen.

Verwendete Indikatoren der Wechselneigung

Es soll nun im Folgenden überprüft werden, welche sozio-ökonomischen Bedingungen einerseits und welche der im letzten Kapitel benannten Wechselbarrieren und Anreize andererseits eine Wechselneigung senken oder auch erhöhen. Für die beschriebenen Aspekte wurden dazu Einzelfragen des Fragebogens zumeist zu einem Gesamtwert zusammengefasst. Als abhängige Variablen sollen vier unterschiedliche Indikatoren der Wechselbereitschaft im Rahmen multivariater Analysen herangezogen werden:

(a) Aktuelle Pläne für einen Wechsel: Da nur insgesamt 6% aller Befragungsteilnehmer (N=43) auf die Frage „Beabsichtigen Sie selbst, die Krankenkasse in diesem Jahr zu wechseln?“ mit „ja bestimmt“ oder „vermutlich ja“ beantwortet haben, werden hier allerdings auch jene Befragten noch als potentiell wechselbereit eingestuft, die mit „vermutlich nein“ geantwortet haben, dies sind etwa 26%, so dass die Gruppe der potentiell Wechselbereiten bei dieser Variable insgesamt 32% der Befragten umfasst. Dem steht die Gruppe der „Wechselresistenten“ gegenüber (68%).

(b) Überlegungen zu einem Kassenwechsel in den letzten drei Jahren, unabhängig davon, ob sie realisiert oder fallen gelassen wurden: An einen solchen Wechsel haben insgesamt 16% gedacht.

(c) Wechselbereitschaft bei einem interessanten Angebot einer anderen Kasse: Hier wurden die Antworten auf das Statement „Ich würde meine Krankenkasse wechseln, wenn ich ein interessantes Angebot einer anderen Kasse bekäme“ zu zwei Gruppen zusammengefasst, „trifft eher zu“ und „trifft voll zu“ (48%) einerseits sowie „trifft überhaupt nicht zu“ und „trifft eher nicht zu“ (52%) andererseits.

(d) Interesse an einem Wechsel zu einer fiktiven, im Discrete-Choice-Experiment beschriebenen Kasse: Hier stehen sich die beiden Gruppen gegenüber, die auf jeden Fall in der jetzigen Kasse bleiben möchten (38%) oder aber artikuliert haben, sie würden eine oder mehr Kassen ihrer jetzigen vorziehen (62%).

Wie man sieht, schwankt die Quote potentiell wechselbereiter Versicherter damit je nach Variable und Operationalisierung zwischen 16% und 62%. Zur Beantwortung der Frage, welche der skizzierten theoretischen Wechselbarrieren und Anreize sich tatsächlich auch auswirken auf die Artikulation einer Wechselneigung im Sinne der drei Wechsel-Indikatoren, werden zusätzlich auch wieder einige zentrale sozialstatistische Variablen, die sich bereits im Laufe der bisherigen Analysen als relevante Einflussgrößen herausgestellt haben, integriert. Dazu zählen: Lebensalter, Geschlecht, Bildungsniveau, Haushalts- und Individualeinkommen, Versicherten- und Erwerbsstatus, chronische Erkrankung und Gesundheitszustand.

Einflüsse auf aktuelle Wechselpläne

Eine logistische Regression zum Indikator „aktuelle Wechselabsichten“ zeigt, dass die (Un)Zufriedenheit mit der Kasse der bedeutsamste Einflussfaktor ist. Eine höhere Wechselbereitschaft zeigt sich insbesondere bei Versicherten, die mit ihrer Kasse aus unterschiedlichen Gründen (Beitragssatz, Ablehnung von Leistungen, Service) unzufrieden sind. Ferner zeigen Rentner eine deutlich niedrigere Wechselneigung. Von den überprüften mentalen Wechselbarrieren haben primär folgende eine größere Bedeutung: Vermutungen oder Irrtümer über Wechselrisiken bzw. Wechselsanktionen (Verlust „angesparter“ Beiträge etc.), die Unterstellung nur minimaler Differenzen zwischen Kassen und die für einen Wechsel vermutete Höhe von Ersparnissen. Statistisch signifikant, aber von geringerem Einfluss sind noch das Geschlecht und das Interesse an (beitrags- und leistungserhöhenden) Zusatztarifen.

Insbesondere ist ein Unterschied zwischen Rentnern, Arbeitslosen und Studenten einerseits sowie Pflicht- und freiwillig Versicherten andererseits zu beobachten. Da sich die erstgenannte Gruppe auch in ihren früheren Wechselaktivitäten als sehr immobil herausgestellt hat, lohnt sich eine erneute Analyse, die nur Pflichtmitglieder und freiwillig

Versicherte berücksichtigt. Auch für diese Teilgruppe zeigt sich, dass die Zufriedenheit mit der jetzigen Kasse der stärkste Einflussfaktor ist, gefolgt von einigen Einschätzungs- und Kennnisdimensionen. Dass das Lebensalter in der multivariaten Analyse kein signifikanter Einflussfaktor ist, sowohl bei allen Versicherten wie bei der zuletzt betrachteten Teilgruppe von Pflichtversicherten und freiwilligen Mitgliedern, ist zunächst überraschend. Dies erklärt sich daraus, dass nennenswerte Unterschiede nur zwischen den unter 60-Jährigen und den über 60-Jährigen bestehen.

In welcher Größenordnung muss man sich nun den Effekt vorstellen, den die signifikanten Wahrnehmungs- und Einstellungsmuster für die Wechselbereitschaft haben? Bei den beiden höchsten Graden an Zufriedenheit mit der jetzigen Kasse zeigt sich kaum eine differenzierende Wirkung durch die Wahrnehmung von Kassenunterschieden oder Ähnlichkeiten (im Hinblick auf Leistungen, Beitragssatz, „Kulanz“). Bei niedrigerer Zufriedenheit steigt die Wechselneigung dann allerdings noch einmal um etwa 20 bis 30 Prozentpunkte nach oben, je nachdem, ob man eher minimale oder doch sehr große Differenzen zwischen einzelnen Kassen wahrnimmt.

In ähnlicher Weise wirkt sich auch die vermutete Höhe potentieller Ersparnisse bei einem Kassenwechsel noch einmal kumulativ aus – in deutlicher Weise allerdings erst bei jener Gruppe, die einen monatlichen Betrag von 30 Euro und mehr nennt.

Als Zwischenbilanz sind damit folgende Befunde hervorzuheben:

- Für die Gruppe der Rentner, Arbeitslosen und Studenten ergibt sich eine deutlich reduzierte Wechselneigung.
- Für das Lebensalter ergeben sich keine linearen Zusammenhänge, etwa derart, dass mit steigendem Alter die artikulierte Wechselneigung kontinuierlich absinkt. Allerdings zeigt sich ein Bruch: Befragte über 60 zeigen kaum noch Interessen an einem Kassenwechsel.
- Für die meisten als Hypothesen formulierten mentalen Wechselbarrieren ergeben sich keine oder keine statistisch signifikanten Effekte. Dies betrifft: das irrtümlich unterstellte Risiko einer Ablehnung der neuen Mitgliedschaft, eine hohe Loyalität zur Kasse aufgrund persönlicher Kontakte zu Mitarbeitern und Be-

fürchtungen eines hohen intellektuellen oder zeitlichen Aufwands für einen Wechsel.

- Sowohl für die Gesamtgruppe aller Versicherten als auch für die Teilgruppe der Pflicht- und freiwillig Versicherten zeigt sich jedoch, dass einige Wahrnehmungs- und Bewertungsmuster recht bedeutsamen Einfluss haben. Dies gilt in erster Linie für die Zufriedenheit mit der aktuellen Kasse.

Neben der Kassenzufriedenheit lassen sich drei weitere Wahrnehmungsmuster bzw. Annahmen und Kenntnisse ermitteln, die je nach Ausprägung die Wechselbereitschaft nachhaltig senken oder auch erhöhen. Dies betrifft 1.) Vermutete Ersparnisse bei einem Wechsel: Je höher diese eingeschätzt werden, desto größer die Wechselbereitschaft. 2.) Wahrgenommene Unterschiede oder Ähnlichkeiten zwischen Kassen (Leistungen, Beitrag, Kulanz): Einschätzungen, dass Kassen sich gar nicht oder nur minimal unterscheiden, korrespondieren mit niedrigen Wechselneigungen. 3.) Unkenntnis oder falsche Annahmen über Risiken eines Wechsels (z.B. Verlust „angesparter“ Beiträge, weniger Leistungen für Neumitglieder): Je stärker solche Irrtümer und damit assoziierte Risiken ausgeprägt sind, desto niedriger die Wechselneigung.

Einflüsse auf Wechselpläne in den letzten drei Jahren

In der multivariaten Analyse ergeben sich folgende Ergebnisse für den Indikator der Wechselbereitschaft: Das Lebensalter ist bedeutsamste Einflussdimension. Hohe Relevanz hat auch wieder die Kassenzufriedenheit. Bei den mentalen Wechselbarrieren zeigen die vermutete Höhe der Ersparnisse bei einem Wechsel, die Wahrnehmung nur geringer Kassenunterschiede und das Risiko von Wechselsanktionen einen Einfluss, der allerdings schwächer ausfällt als der Einfluss des Alters und der Kassenzufriedenheit.

Wechselbereitschaft bei einem interessanten Angebot einer anderen Kasse

Für den Indikator der Wechselbereitschaft gibt es sehr viel weniger statistisch signifikante Zusammenhänge. Nur drei Variablen sind von Bedeutung: Alter, Zufriedenheit mit der Kasse und Geschlecht. Mit Ausnahme der Kassenzufriedenheit sind alle in der Analyse einbezogenen mentalen Wechselbarrieren ohne Einfluss.

Damit bestätigt sich, was für diesen Aspekt bereits weiter oben festgestellt wurde: Die Artikulation eines potentiellen Wechsel-Interesses bei einem „besseren Kassenangebot“ stellt eine sehr „weiche“ und eher unverbindliche Meinungsäußerung dar. Darin eingeschlossen sind auch persönliche Optionen auf eher unrealistische Kassenangebote zum Beispiel mit deutlich niedrigerem Beitragssatz und deutlich ausgeweiteten Leistungen. Der Kreis potentieller Kassenwechsler ist mit dieser Frage so weit und zugleich unscharf abgesteckt, dass sich signifikante Zusammenhänge zu bestimmten Interessen und Kenntnissen nicht mehr herstellen lassen. Allein für das Lebensalter und die Kassenzufriedenheit (sowie in sehr moderatem Umfang das Geschlecht) lassen sich noch Effekte nachweisen.

Der kumulative Effekt der beiden Variablen auf die artikulierte Wechselbereitschaft bei Vorliegen eines besseren Kassenangebots ist erheblich: Während über 80% der jüngeren und tendenziell unzufriedenen Versicherten eine solche Wechselbereitschaft benennen, sind es bei den über 60-jährigen, vollkommen oder sehr zufriedenen Versicherten unter 20%.

Interesse an einem Wechsel zu einer fiktiven Kasse

Wie schon weiter oben beschrieben, zeigt sich für diesen Indikator die größte (theoretische) Mobilität. Fast zwei Drittel aller Befragten geben hier an, dass sie für eine (oder mehr) der im Discrete-Choice-Experiment beschriebenen Kassen durchaus bereit wären, ihre jetzige Kasse zu verlassen. Auch für diesen Indikator wurde wieder im Rahmen einer logistischen Regression überprüft, von welchen Faktoren diese Entscheidung abhängt.

Wie schon bei den Analysen zuvor spielt auch hier das Lebensalter und die Kassenzufriedenheit eine große Rolle, auch wenn der Effekt der Kassenzufriedenheit hier nicht ganz so hoch ausfällt. Vergleichsweise ebenso bedeutsam wie das Alter ist die Höhe der vermuteten Ersparnisse bei einem Kassenwechsel. Und einen signifikanten, aber eher schwachen Einfluss haben drei sozialstatistische Variablen: Bildungsniveau, Geschlecht und Haushaltsnettoeinkommen.

Es zeigt sich, dass der Alterseffekt nicht durchgängig wirksam ist. Besonders deutlich zeigt er sich nur bei einer sehr niedrigen Ersparnissumme. Bei einer vermuteten hohen Summe (30 Euro und mehr) sind die Altersdifferenzen sehr niedrig und betragen nur 12 Prozentpunkte. Schließlich sind auch – außer bei einer sehr niedrigen Ersparnissumme – die Differenzen zwischen 18- bis 39-Jährigen und 40- bis 59-Jährigen eher gering.

Die Wechselneigung bei sozial schwächeren Versichertengruppen

Eine Frage ist in diesem Kontext noch einmal gezielt aufzugreifen: Wie verhält es sich mit der Wechselbereitschaft bestimmter sozialer „Problemgruppen“ oder genauer: solcher Versichertengruppen, bei denen man theoretisch nur eine sehr geringe Flexibilität hinsichtlich eines Kassenwechsels erwarten würde? Wenn es sich zeigen sollte, dass chronisch Kranke oder einkommensschwache Versicherte durchweg eine extrem niedrige Wechselbereitschaft aufweisen, dann würde eine Ausweitung des Exit-Modus ein gravierendes strukturelles Manko implizieren, dadurch, dass ganz überwiegend nur besser verdienende, gesunde, höher gebildete oder jüngere Versicherte ihre Interessen – und damit möglicherweise Sonderinteressen – durch einen Kassenwechsel zum Ausdruck bringen.

Aus diesem Grunde wird überprüft, inwieweit vier bedeutsame „Risiko“-Kriterien (Risiko im Sinne einer geringeren Mobilität beim Kassenwechsel, aber auch im Sinne der von Kassen so definierten „guten“ und „schlechten“ Risiken) die Wechselneigung erheblich senken. Dabei werden berücksichtigt: ein hohes Lebensalter (60 und älter), ein niedriges schulisches Bildungsniveau (Hauptschulabschluss oder ohne Abschluss), das Vorliegen einer chronischen Erkrankung und ein niedriges Einkommen (unter 1.000 Euro individuelles Nettoeinkommen im Monat).

Untersucht man die Wechselneigung nach dem Vorhandensein eines oder mehrerer dieser Risikofaktoren, zeigt sich zwar einerseits, dass in den Gruppen mit keinem oder höchstens einem Risikofaktor die Wechselneigung deutlich höher ausfällt als in Gruppen mit drei oder vier Risikofaktoren. Gleichwohl wird andererseits auch deutlich, dass selbst in den Gruppen mit mehreren Risikofaktoren die Wechselbereitschaft nicht völlig gegen Null tendiert.

Fasst man hier Gruppen nach der Zahl der Risikofaktoren zusammen, ist das wichtigste Ergebnis, dass selbst bei Vorliegen von vier Risikofaktoren (hohes Alter, niedriges Bildungsniveau, niedriges Einkommen, chronische Erkrankung) noch über 30% der Versicherten eine Wechselbereitschaft artikulieren.

3.2.3 Discrete-Choice-Experiment

Neben der Befragung wurde in dieser Studie ein Discrete-Choice-Experiment (DCE) durchgeführt. Mit einem solchen Experiment ist es möglich, die relative Bedeutung einzelner Eigenschaften von Krankenkassen für die Versicherten zu ermitteln. Weiterhin können dadurch, dass die Versicherten vor die Wahl gestellt werden, eine fiktive Kasse mit ihrer eigenen zu vergleichen, auch Aussagen über die Stärke der unspezifischen Bindung an die eigene Kasse abgeleitet werden.

Im Folgenden wird zunächst kurz erläutert, welche Annahmen dem in der Conjoint-Analyse verwendeten DCE (3.2.3.1) und welches Design dem in diesem Projekt durchgeführten DCE zugrunde liegen (3.2.3.2). Anschließend werden die Ergebnisse des Experiments dargestellt und interpretiert (3.2.3.3 – 3.2.3.6).

3.2.3.1 Methodologie

Allgemein werden unter dem Begriff Conjoint-Analyse Verfahren zusammengefasst, anhand derer empirisch bestimmt wird, welchen Nutzen Individuen aus unterschiedlichen Gütern oder Serviceleistungen ziehen und insbesondere welchen Beitrag zum Gesamtnutzen die einzelnen Merkmale oder Eigenschaften der Güter beisteuern (Backhaus et al. 2000, Drummond et al. 2005, Green et Srinivasan 1978). Zur Bestimmung dieser „Teilnutzen“ der einzelnen Merkmale oder Eigenschaften existieren mehrere Verfahren, unter anderem so genannte klassische Ansätze der Conjoint-Analyse, bei denen die Befragten beispielsweise Güter nach deren Nutzen in eine Rangfolge einordnen müssen, Hybride Conjoint-Analyse, Adaptive Conjoint-Analyse und DCEs. Dieser Studie liegt ein DCE zugrunde.

Im DCE wird den Befragten ein Präferenzurteil abverlangt – der Befragte muss sich zwischen zwei Alternativen für diejenige entscheiden, die ihm den größeren Nutzen erbringt. Der Befragte gibt durch seine Wahl folglich ein Gesamtnutzenurteil ab. Um

Rückschlüsse auf die Teilnutzen der einzelnen Merkmale ziehen zu können, müssen in der Discrete-Choice-Analyse, ähnlich wie bei den anderen Verfahren, eine Reihe von Annahmen getroffen werden. Es wird angenommen, dass sich der Gesamtnutzen eines Gutes additiv aus den Teilnutzen der einzelnen Merkmale/Eigenschaftsausprägungen zusammensetzt. Daraus folgt beispielsweise, dass diese Merkmale Substitute darstellen, d.h. ein geringerer Nutzen durch Abwesenheit eines Merkmals kann durch die Anwesenheit eines anderen Merkmals kompensiert werden. Hieraus lässt sich der Trade-off zwischen Merkmalen bestimmen. Aus der Annahme folgt auch, dass die Befragten keine Mindestanforderungen an bestimmte Eigenschaften stellen dürfen, die ein K.o.-Kriterium bei der Wahl darstellen könnten. Des Weiteren wird in der Discrete-Choice-Analyse angenommen, dass die Merkmale unabhängig voneinander sind, dass also der Teilnutzen einer Eigenschaftsausprägung unabhängig von der Ausprägung einer anderen Eigenschaft ist. Die letztgenannte Annahme ließe sich jedoch durch eine geeignete empirische Modellierung vermeiden.

Formal lässt sich dies so darstellen:

$$U_{ik} = \sum_m \beta_m X_{km} + \varepsilon_{ik}.$$

Individuum i zieht aus dem Gut k den Gesamtnutzen U_{ik} . Dieser setzt sich aus einem deterministischen Teil und einer Zufallskomponente (ε_{ik}) zusammen. Im deterministischen Teil werden die Teilnutzen β_m der Eigenschaftsausprägungen X_m aufsummiert. Die β_m werden auch als Gewichte oder Koeffizienten bezeichnet. Jedes Individuum wählt nun das Gut k , das ihm den höchsten Nutzen bietet. Im Fall von zwei Alternativen, A und B , wird Individuum i die Alternative A also nur dann wählen, wenn die Nutzendifferenz zwischen A und B , $U_{iA} - U_{iB} = \Delta U_i = \sum \beta_m \Delta X_m + \Delta \varepsilon_i$, positiv ist, d.h. $\Delta U_i > 0$ gilt. Die unbekanntenen Koeffizienten β_m lassen sich in einem Logit- oder Probit-Modell schätzen.

Wenn, wie im vorliegenden Fall, eine der im Experiment berücksichtigten Eigenschaften der Preis des Gutes ist, so lassen sich aus den β -Koeffizienten auch die Teilnut-

zenwerte der Merkmale berechnen. Diese Teilnutzenwerte geben den Teilnutzen in Geldeinheiten wieder und lassen sich anhand folgender Formel berechnen:

$$\text{Teilnutzenwert von Eigenschaft } m = -\frac{\beta_m}{\beta_{\text{Preis}}}.$$

Der Vorteil von DCEs gegenüber anderen Ansätzen der Conjoint-Analyse besteht darin, dass eine echte Auswahlentscheidung simuliert wird und diese Wahl aus der Zufallsnutzentheorie (Random Utility Theory) abgeleitet werden kann (Backhaus et al. 2000). Außerdem können in der empirischen Analyse Inferenzstatistiken berechnet werden, die Aufschluss über die statistische Signifikanz von Ergebnissen oder Unterschieden zwischen Untergruppen liefern. Des Weiteren ermöglichen DCEs die Vorhersage von Marktreaktionen. Nachteil gegenüber anderen Verfahren ist, dass keine individuellen Teilnutzen bestimmt werden können, sondern nur durchschnittliche Teilnutzen für eine Gruppe von Individuen.

3.2.3.2 Design des Discrete-Choice-Experiments

Die im Experiment zur Wahl stehenden Krankenkassen unterscheiden sich in sechs systematisch variierenden Merkmalen, die den Umfang der Kassenleistung, den Service der Kasse und den Beitragssatz umfassen. Die Ausprägungen der Merkmale sehen wie folgt aus:

Erreichbarkeit	<ul style="list-style-type: none"> • Erreichbarkeit der Kasse nur über Telefon, Brief oder Internet • Geschäftsstelle in Wohnortnähe
Information	<ul style="list-style-type: none"> • Besonderer Informationsservice (geeignete Therapien, qualifizierte Ärzte und Kliniken) • kein spezieller Informationsservice
Leistungen	<ul style="list-style-type: none"> • zusätzlich interessante Versorgungsangebote (für chronisch Kranke, alternative Medizin, Prävention) • Gesetzlich festgelegter Versorgungsumfang
Wahlfreiheit	<ul style="list-style-type: none"> • Nur bestimmte Ärzte und Kliniken sind frei wählbar (außer bei Zuzahlung) • Freie Wahl von Ärzten und Kliniken
Beitragsreduktion	<ul style="list-style-type: none"> • finanzielle Belohnung bei wenig Arztbesuchen, geringen Krankheitsausgaben • keine finanzielle Belohnung
Beitragssatz	<ul style="list-style-type: none"> • 12,0% • 13,5% • 15,0%

Die Befragten werden in sechs Gruppen eingeteilt und müssen jeweils vier Paarvergleiche durchführen. Insgesamt kann in der Analyse also auf $6 * 4 = 24$ Kassenvergleiche zurückgegriffen werden. Von den 731 Befragten haben insgesamt 721 an dem DCE

teilgenommen, 677 der Befragten waren in der Lage, alle vier der ihnen vorgelegten Paarvergleiche durchzuführen.

Die Teilnehmer an der Befragung wurden vor der Präsentation der fiktiven Krankenkassen gebeten, die persönliche Relevanz der insgesamt sechs Merkmale (Beitragssatz, Informations-Service etc.) in eine Rangordnung zu bringen („1“ für das wichtigste Merkmal, „6“ für das unwichtigste) und weiterhin ihre jetzige Kasse hinsichtlich dieser Kennzeichen einzustufen (Geschäftsstelle in Wohnortnähe oder nur über Telefon, Brief, Internet zu erreichen; Beitragssatz eher 12,0%, eher 13,5% oder eher 15,0%; etc.).

Hinsichtlich der persönlichen Relevanzkriterien für eine Krankenkasse wird zunächst deutlich (Tabelle 1), dass ein niedriger Beitragssatz für die meisten Befragten das wichtigste Kriterium ist. Unmittelbar danach folgt jedoch die Wahlfreiheit für Ärzte und Kliniken. Im „Mittelfeld“ liegen Kasseninformation und ein weitergehendes Versorgungsangebot, am Ende rangiert die Erreichbarkeit der Geschäftsstelle und eine Beitragsrückerstattung bei geringer Inanspruchnahme der medizinischen Versorgung.

	Befragte (in %), die für das jew. Merkmal folgende Rangplätze vergeben:			Mittelwert	Median
	1	1 oder 2	5 oder 6		
Niedriger Beitragssatz	47	69	7	2,1	2
Wahlfreiheit (für Ärzte und Krankenhäuser)	39	62	11	2,4	2
Gute Kassenberatung und Information	32	50	19	2,8	2 und 3
Leistungsangebot über gesetzl. Versorgungsumfang hinaus	30	54	22	2,8	3
Gute Erreichbarkeit der Geschäftsstelle	31	46	36	3,3	3
Belohnung für geringe Inanspruchnahme med. Versorgung	14	32	40	3,7	4

Tabelle 1: Relevanzkriterien der Versicherten für Krankenkassen

Für einzelne Versichertengruppen ergeben sich dabei teilweise recht deutliche Diskrepanzen hinsichtlich der Wichtigkeit der einzelnen Merkmale. Tabelle 2 zeigt für einige ausgewählte sozialstatistische Merkmale die Mittelwert-Differenzen zwischen den jeweiligen „Extremgruppen“. Hohe Werte bedeuten dabei, dass zwischen den Gruppen (Jüngere bis 39 und Ältere ab 60, Befragte mit niedrigem und hohem Einkommen) markante Unterschiede in der Gewichtung bestehen. Ein negatives Vorzeichen bedeutet da-

bei, dass die zuerst genannte Gruppe dem Merkmal eine höhere Bedeutung zuerkennt, z.B.: Jüngere vergeben im Mittel Rangplatz 1,5 und Ältere Rangplatz 3,0. Dies ergibt eine Differenz von -1,5. Für Jüngere ist das Merkmal also bedeutsamer. In der Tabelle aufgeführt sind nur Differenzen, die in einer ANOVA-Varianzanalyse im Rahmen des Mittelwertvergleichs auf dem Ein-Promille-Niveau signifikant sind.

Merkmal / Gruppen	Gute Erreichbarkeit der Geschäftsstelle	Niedriger Beitragssatz	Gute Kassenberatung und Information	Wahlfreiheit (für Ärzte und Krankenhäuser)	Belohnung für geringe Inanspruchnahme med. Versorgung	Leistungsangebot über gesetzl. Versorgungsumfang hinaus
Jüngere bis 39 – Ältere ab 60	1,5		1,3	0,9		
Hauptschulabschluss – (Fach-)Hochschulreife	-1,4		-1,0	-0,5		
Niedriges – hohes Individ. Nettoeinkommen						
Niedriges – hohes Haushaltseinkommen	-1,4	-0,6				
Männer – Frauen						
Gesunde – weniger Gesunde	1,6		1,1	0,5		
Nicht chron. Erkrankte – chron. Erkrankte	0,7		0,5			
Kassenwechsel seit 1996 – kein Wechsel	0,7		0,6			

Tabelle 2: Mittelwertdifferenzen bei der Bewertung der Relevanz von Kassenmerkmalen

Aus der Tabelle ergeben sich dann für einige Merkmale Relevanzprofile, die für bestimmte Versichertengruppen unterschiedlich ausfallen. Für den Beitragssatz ergeben sich kaum Differenzen zwischen Versichertengruppen, lediglich Versicherte mit niedrigem Haushaltsnettoeinkommen messen diesem Aspekt etwas höhere Bedeutung zu. Für die Leistungspalette der Kasse (besondere Versorgungsangebote) und auch die „finanzielle Belohnung“ (Beitragsrückerstattung) lassen sich kaum unterschiedliche Relevanzkriterien finden.

Die meisten Differenzen zeigen sich für die Erreichbarkeit der Geschäftsstelle, die für Jüngere, Versicherte mit hohem Bildungsabschluss und Gesunde weitaus geringere Bedeutung hat. Dies gilt mit vergleichbarem Profil auch für die Kasseninformation und Beratung sowie die Wahlfreiheit für Ärzte und Kliniken. Keinerlei oder nur minimale

Differenzen zeigen sich für das Geschlecht und ebenso für das Merkmal, ob jemand seit 1996 die Kasse gewechselt hat oder nicht.

Festzuhalten bleibt damit, dass es für den Beitragssatz, jenes Merkmal, das bei der Gesamtstichprobe auf Platz 1 der Relevanzkriterien liegt, kaum Differenzen zwischen einzelnen Versichertengruppen gibt. Die größten Unterschiede zeigen sich für ein Merkmal, dem insgesamt eher nachgeordnete Bedeutung zuerkannt wird (Erreichbarkeit der Geschäftsstelle), das aber für Ältere sowie für Versicherte mit niedrigem Bildungsniveau und eher schlechtem Gesundheitszustand doch deutlich wichtiger ist.

Generell zeigt sich für diese Versichertengruppe mit Merkmalen unterer Sozialschichten (niedriger Schulabschluss, niedriges Einkommen, höhere Morbidität), dass sie vom Durchschnitt abweichen, was ihre Relevanzkriterien anbetrifft. Für sie sind die Erreichbarkeit der Geschäftsstelle, eine gute Kassenberatung und Information und auch eine Wahlfreiheit im Versorgungssystem noch einmal sehr viel bedeutsamer als für Angehörige oberer Sozialschichten.

3.2.3.3 Deskriptive Ergebnisse

Tabelle 3 gibt zunächst einen Überblick über die jeweils zur Auswahl stehenden Kassenpaare, deren Ausstattung mit Eigenschaftsausprägungen/Merkmal kombinationen sowie die Präferenzen der Befragten zwischen den jeweiligen alternativen Kassen. Hier zeigt sich (siehe Spalten 9 und 10), dass manche Merkmalskombinationen eindeutig gegenüber anderen präferiert werden, z.B. Kasse 17 gegenüber Kasse 18 oder Kasse 45 gegenüber Kasse 46, wohingegen bei anderen Vergleichen beide zur Wahl stehenden Alternativen fast gleich viele Stimmen auf sich vereinen, im Durchschnitt also als gleichwertig angesehen werden, z.B. Kasse 5 und 6 oder Kasse 33 und 34.

(1) Kassen- paar	(2) Kasse	(3) Ge- schäfts- stelle in Wohn- ortnähe	(4) Beson- derer Infor- mations- service	(5) Zusätz- liche Versor- gungs- ange- bote	(6) Freie Arzt- und Kli- nikwahl	(7) Finanzielle Belohnung	(8) Bei- tragssatz in %	(9) Kasse gegen- über der Al- ternative be- vorzugt	(10) keine Angabe/ Entscheidung zwischen Al- ternativen	(11) Bevorzugt gegenüber eigener Kasse
A1	1	ja	ja	nein	nein	nein	13,5	26 (20,63%)	6 (4,76%)	5 (3,97%)
	2	nein	nein	ja	ja	ja	12,0	94 (74,60%)		40 (31,75%)
A2	3	ja	nein	nein	nein	nein	12,0	54 (42,86%)	7 (5,56%)	6 (4,76%)
	4	nein	ja	ja	ja	ja	15,0	65 (51,59%)		10 (7,94%)
A3	5	nein	ja	ja	ja	nein	15,0	51 (40,48%)	11 (8,73%)	4 (3,17%)
	6	ja	nein	nein	nein	ja	13,5	64 (50,79%)		13 (10,32%)
A4	7	nein	nein	nein	nein	nein	13,5	25 (19,84%)	4 (3,17%)	3 (2,38%)
	8	ja	ja	ja	ja	ja	15,0	97 (76,98%)		34 (26,98%)
B1	9	ja	ja	ja	nein	ja	13,5	100 (84,75%)	7 (5,93%)	19 (16,10%)
	10	nein	nein	nein	ja	nein	15,0	11 (9,32%)		1 (0,85%)
B2	11	nein	ja	nein	ja	nein	15,0	29 (24,58%)	7 (5,93%)	2 (1,69%)
	12	ja	nein	ja	nein	ja	13,5	82 (69,49%)		5 (4,24%)
B3	13	ja	nein	ja	ja	nein	13,5	91 (77,12%)	3 (2,54%)	22 (18,64%)
	14	nein	ja	nein	nein	ja	12,0	24 (20,34%)		6 (5,08%)
B4	15	nein	ja	ja	nein	ja	12,0	79 (66,95%)	4 (3,39%)	33 (27,97%)
	16	ja	nein	nein	ja	nein	15,0	35 (29,66%)		1 (0,85%)
C1	17	ja	ja	nein	ja	ja	12,0	114 (95,80%)	5 (4,20%)	32 (26,89%)
	18	nein	nein	ja	nein	nein	15,0	keiner		1 (0,84%)
C2	19	nein	ja	ja	ja	nein	13,5	77 (64,71%)	4 (3,36%)	23 (19,33%)
	20	ja	nein	nein	nein	ja	12,0	38 (31,93%)		6 (5,04%)
C3	21	nein	nein	nein	nein	nein	13,5	17 (14,29%)	6 (5,04%)	keiner
	22	ja	ja	ja	ja	ja	15,0	96 (80,67%)		19 (15,97%)
C4	23	ja	ja	ja	nein	nein	12,0	64 (53,78%)	7 (5,88%)	17 (14,29%)
	24	nein	nein	nein	ja	ja	13,5	48 (40,34%)		4 (3,36%)
D1	25	nein	ja	ja	ja	ja	12,0	105 (88,24%)	2 (1,68%)	49 (41,18%)
	26	ja	nein	nein	nein	nein	15,0	12 (10,08%)		5 (4,20%)
D2	27	ja	nein	ja	nein	nein	15,0	16 (13,45%)	4 (3,36%)	3 (2,52%)
	28	nein	ja	nein	ja	ja	12,0	99 (83,19%)		17 (14,29%)
D3	29	ja	ja	nein	ja	nein	13,5	103 (86,55%)	1 (0,84%)	18 (15,13%)
	30	nein	nein	ja	nein	ja	15,0	15 (12,61%)		keiner
D4	31	nein	ja	nein	nein	ja	13,5	15 (12,61%)	5 (4,20%)	2 (1,68%)
	32	ja	nein	ja	ja	nein	12,0	99 (83,19%)		30 (25,21%)
E1	33	ja	ja	nein	ja	nein	15,0	64 (51,20%)	3 (2,40%)	7 (5,60%)
	34	nein	nein	ja	nein	ja	12,0	58 (46,40%)		5 (4,00%)
E2	35	nein	nein	ja	ja	ja	12,0	97 (77,60%)	6 (4,80%)	43 (34,40%)
	36	ja	ja	nein	nein	nein	15,0	22 (17,60%)		2 (1,60%)
E3	37	nein	ja	ja	nein	nein	13,5	19 (15,20%)	4 (3,20%)	3 (2,40%)
	38	ja	nein	nein	ja	ja	12,0	102 (81,60%)		32 (25,60%)

E4	39	ja	ja	ja	nein	ja	15,0	54 (43,20%)	7 (5,60%)	10 (8,00%)
	40	nein	nein	nein	ja	nein	13,5	64 (51,20%)		9 (7,20%)
F1	41	nein	ja	nein	nein	nein	12,0	20 (16,13%)	3 (2,42%)	2 (1,61%)
	42	ja	nein	ja	ja	ja	13,5	101 (81,45%)		22 (17,74%)
F2	43	nein	ja	ja	nein	nein	13,5	25 (20,16%)	5 (4,03%)	4 (3,23%)
	44	ja	nein	nein	ja	ja	12,0	94 (75,81%)		25 (20,16%)
F3	45	ja	ja	ja	ja	nein	13,5	117 (94,35%)	3 (2,42%)	29 (23,39%)
	46	nein	nein	nein	nein	ja	15,0	4 (3,23%)		keiner
F4	47	ja	nein	nein	ja	ja	15,0	24 (19,35%)	6 (4,84%)	1 (0,81%)
	48	nein	ja	ja	nein	nein	12,0	94 (75,81%)		21 (16,94%)

Tabelle 3: Ergebnisse des Discrete-Choice-Experiments

Da bei diesem Vergleich die Präferenz für eine Kasse nicht nur von der Merkmalskombination dieser Kasse abhängt, sondern jeweils auch von der zur Wahl stehenden Alternative, können aus dieser ersten Auswertung jedoch nur schwer Rückschlüsse auf besonders attraktive Merkmalskombinationen gezogen werden. Um auszuloten, welche Merkmalskombinationen besonders attraktiv für die Versicherten sind, ist vorzugsweise zu analysieren, wie viele Befragte die jeweilige Kasse gegenüber ihrer eigenen Krankenkasse bevorzugen würden (siehe letzte Spalte in Tabelle 3). Bei diesem Vergleich bleibt die Referenz, gegenüber der der Befragte die Merkmalskombinationen abwägt, nämlich für den jeweiligen Befragten konstant. Beim Vergleich mit der eigenen Krankenkasse zeigt sich, dass insbesondere die Merkmalskombination „12% Beitragssatz“, „finanzielle Belohnung bei wenig Arztbesuchen“, „freie Arzt- und Klinikwahl“ und „zusätzliche Versorgungsangebote“ besonders gut abschneidet. Hierfür wird auch in Kauf genommen, dass die Kasse „nur über Telefon, Brief oder Internet erreichbar ist“. Die Kombination dieser Merkmalsausprägungen trifft auf die Kassen 2, 25 und 35 zu, die jeweils von 32% bis 41% der Befragten gegenüber ihrer eigenen Kasse bevorzugt werden.

Besonders unvorteilhafte Merkmalskombinationen für Kassen sind ein hoher Beitragssatz (15%) verbunden mit Einschränkungen bei Leistungen und Wahlfreiheit sowie niedriger Servicequalität. Dies trifft insbesondere auf die Kassen 21, 30 und 46 zu, die von keinem der Befragten gegenüber der eigenen Kasse präferiert werden. Dass alleine ein niedriger Beitragssatz nicht genügt, um Einschränkungen bei Leistungen und Wahlfreiheit sowie niedrige Servicequalität auszugleichen, ist daran zu erkennen, dass

z.B. Kasse 41, trotz des günstigen Beitragssatzes von 12%, nur von zwei Personen gegenüber ihrer jetzigen Kasse bevorzugt wird.

Auf den ersten Blick scheint die Wechselneigung relativ niedrig zu sein. Maximal 40% der dazu Befragten wären bereit, zu Kasse 2, 25 oder 35 zu wechseln und das, obwohl diese im Vergleich zum tatsächlich existierenden Leistungsumfang der GKV keine Einschränkung beinhalten, der Beitragssatz jedoch wesentlich unter dem Durchschnitt der von den Befragten gezahlten Beitragssätze liegt. Dies könnte als Indiz dafür gelten, dass ein Großteil der Versicherten eine allgemeine Abneigung gegen Änderungen ihres Leistungspakets oder ihrer Versicherung hat, ähnlich wie dies in Nolting et al. (2006) gezeigt wurde. Auf der anderen Seite geben jedoch nur 37% der Befragten an, die eigene Kasse gegen keine einzige der vorgeschlagenen Alternativen aufzugeben.

Betrachtet man die im Experiment gezeigte Wechselneigung genauer, zeigt sich, dass insbesondere jüngere Befragte bereit wären, ihre eigene Kasse gegen eine der Kassen 2, 25 oder 35 einzutauschen (vgl. Tabelle 4). Die Wechselbereitschaft nimmt also nicht nur beim in der Realität beobachteten Kassenwechsel, sondern auch in diesem Experiment mit zunehmendem Alter stetig ab, insbesondere bei Personen mit über 60 Jahren. Ebenfalls einen signifikanten Einfluss auf die Wechselbereitschaft hat der Informationsstand der Befragten. Jene Befragten, die den Beitragssatz ihrer eigenen Kasse kennen, zeigen eine höhere Neigung, ihre eigene Kasse gegen eine der Kassen 2, 25 oder 35 einzutauschen. Vergleicht man die Wechselbereitschaft von Angehörigen verschiedener Kassen, so zeigen Versicherte bei einer BKK oder bei der TK eine signifikant höhere Bereitschaft zu wechseln als Versicherte der AOK. Überraschenderweise nimmt die Wechselbereitschaft mit zunehmendem Einkommen ab. Dieser Effekt ist zwar signifikant, jedoch nur sehr klein. Ein um 100 Euro höheres Monatseinkommen führt zu einer um 0,9 Prozentpunkte geringeren Wahrscheinlichkeit, eine der drei angebotenen Alternativen anzunehmen. Außerdem weisen freiwillig Versicherte eine geringere Tendenz auf, ihre Kasse gegen eine der Alternativen einzutauschen, als Pflichtversicherte (nur bei einer 10%-igen Irrtumswahrscheinlichkeit signifikant). Schulabschluss, Geschlecht und Gesundheitszustand haben hingegen keinen Einfluss auf die im Experiment gemessene Wechselneigung.

	Marginaler Effekt	t-Statistik
Frau	1,86	0,31
Alter...		
...30 – 39 Jahre	8,35	0,76
...40 – 49 Jahre	-5,70	-0,53
...50 – 59 Jahre	-6,94	-0,65
...60 – 69 Jahre	-29,06	-2,78
...ab 70 Jahre	-31,62	-3,08
Abitur, Fachhochschulreife	-2,93	-0,44
Einkommen	-0,01	-2,02
Schlechter Gesundheitszustand	5,11	0,67
Chronische Krankheit	1,90	0,25
Informiert über eigenen Beitragssatz	17,58	2,25
Versichert bei...		
...DAK	19,35	1,89
...Barmer	5,41	0,54
...TK	27,60	2,18
...Gmünder Ersatzkasse	-8,46	-0,38
...Kaufmännische Kasse	34,02	1,87
...IKK	2,11	0,16
...andere Kasse	23,98	1,34
...BKK	21,84	2,58
Versichert als...		
...freiwilliges Mitglied	-15,29	-1,93
...Rentner / Arbeitsloser / Student	1,08	0,13
...sonstiges (Mehrfachnennung)	-23,21	-1,31
Anzahl der Beobachtungen	339	
Pseudo R ²	0,1567	

Anmerkung: Der marginale Effekt gibt, im Vergleich zu einer Referenzperson, Unterschiede in der Wahrscheinlichkeit für einen Wechsel in Prozentpunkten an. Die Referenzperson ist hier ein Mann im Alter von unter 30 Jahren, ohne Abitur, bei guter Gesundheit, ohne chronische Krankheit, der seinen Beitragssatz nicht kennt und pflichtversichertes Mitglied bei einer AOK ist. Signifikante Effekte (95%-Niveau) des Probit Modells sind fett markiert.

Tabelle 4: Bereitschaft, die eigene Kasse gegen die Kasse 2, 25 oder 35 einzutauschen

3.2.3.4 Teilnutzenwertanalyse

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Discrete-Choice-Analyse dargestellt. Die Teilnutzen der Eigenschaftsausprägungen/Merkmale werden hierzu durch ein Logit-Modell berechnet. Zur Berechnung von Teilnutzenwerten wird in Discrete-Choice-Analysen normalerweise berechnet, welchen zusätzlichen Preis die Befragten aufbringen würden, um ein Produkt zu erwerben, das ein für sie wünschenswertes Merkmal aufweist. Eine solche Berechnung der Teilnutzenwerte bestimmter Merkmalsausprägungen von Kassen wird nachstehend *nicht* vorgenommen. Hierfür gibt es einen datentechnischen und einen theoretischen Grund. Datentechnisch müssten die Beitragssätze jeweils anhand des Bruttolohns des Befragten in Preise umgewandelt werden. Der Bruttolohn

ist aber in einer Befragung schwer erhebbar, weil die Angaben der Befragten zu diesem für sie theoretischen Konstrukt nicht sehr valide sind. In der dieser Studie zugrunde liegenden Befragung wurde daher darauf verzichtet, den Bruttolohn zu erheben. Zudem stellt sich aus theoretischer Sicht die Frage, ob Versicherte bei ihrer Entscheidung tatsächlich die für sie relevanten monetären Preise berechnen oder nicht allein auf Basis der Beitragssätze eine Entscheidung treffen. Die GKV wird durch einkommensabhängige Beiträge finanziert. In diesem System ist daher der Beitragssatz der am Markt ausgewiesene Preis der einzelnen Kassen. Aus beiden Gründen wird der „Preis“ verschiedener Kassenmerkmale daher in Beitragssatzpunkten ausgewiesen.¹⁶

Tabelle 5 fasst die Gewichte der Teilnutzen (β -Koeffizienten) zusammen, die sich aus dem DCE ergeben. Es zeigt sich, dass die „freie Wahl von Ärzten und Kliniken“ das Merkmal mit dem höchsten Gewicht ist, also die größte Bedeutung für Versicherte hat. Darauf folgen „Geschäftsstelle in Wohnortnähe“ und „zusätzliche Versorgungsangebote“. Schon bedeutend weniger wichtig sind ein „besonderer Informationsservice durch die Kasse“ und eine „finanzielle Belohnung bei wenig Arztbesuchen“. Der Koeffizient für die Preisdifferenz hat erwartungsgemäß ein negatives Vorzeichen, d.h. Kassen mit höherem Beitragssatz haben, bei ansonsten gleicher Ausstattung, einen geringeren Nutzen und werden mit geringerer Wahrscheinlichkeit gewählt.

¹⁶ Um zu testen, ob die Verwendung von Beitragssätzen anstelle von individuellen Preisen einen Einfluss auf die Ergebnisse hat, wurde versucht, die individuellen Preise zu approximieren und anstelle der Beitragssätze diese Proxies zu verwenden. Hierzu wurde anstatt des Bruttolohneinkommens das in der Befragung ermittelte individuelle Nettoeinkommen mit dem Beitragssatz multipliziert. Die Hälfte dieses Betrags wurde anschließend als Preis verwendet, da für die Wahlentscheidung des Befragten nur der vom Kassenmitglied zu zahlende Beitrag relevant sein sollte. Der so ermittelte Preis dürfte in den allermeisten Fällen den tatsächlichen Preis unterschätzen und somit zu nach unten verzerrten Ergebnissen für die Teilnutzenwerte führen. Ein Vergleich der beiden Vorgehensweisen weist keine größeren Unterschiede in den Ergebnissen auf, so dass diese zusätzlichen Analysen die im Text dar-

	β -Koeffizient	t-Statistik
Geschäftsstelle in Wohnortnähe	0,6483	13,52
Besonderer Informationsservice	0,2966	5,99
Zusätzliche Versorgungsangebote	0,4316	8,84
Freie Arzt- und Klinikwahl	0,9460	18,75
Finanzielle Belohnung bei wenig Arztbesuchen	0,2500	5,05
Preis	-0,4049	-16,65
Anzahl der Beobachtungen	2804	

Anmerkung: Der β -Koeffizient gibt den Teilnutzen des Kassenmerkmals wieder. Signifikante Effekte (95%-Niveau) des Logit Modells sind fett markiert.

Tabelle 5: Koeffizienten der Discrete-Choice-Analyse

Anhand der β -Koeffizienten können die Teilnutzenwerte der einzelnen Merkmale berechnet werden. Diese sind in Tabelle 6 wiedergegeben. Die „freie Arzt- und Klinikwahl“ ist dem durchschnittlichen Versicherten 2,34 Beitragssatzpunkte wert. Eine „Geschäftsstelle in Wohnortnähe“ ist dem durchschnittlichen Versicherten 1,60 Beitragssatzpunkte wert, ein „besonderer Informationsservice der Kasse“ hingegen nur 0,73. Die Beitragssatzdifferenz von 2,34 Prozentpunkten für die „freie Arzt- und Klinikwahl“ entspricht bei einem Bruttoverdienst von 2.000 Euro einem Betrag von 23,40 Euro, der jeweils vom Versicherten und von seinem Arbeitgeber an die GKV bezahlt werden muss. Bezieht man die 2,34 Prozentpunkte auf den durchschnittlichen Beitragssatz von 14 Prozentpunkten, so entspräche dies einer Veränderung der Beiträge um 17%. Das Ergebnis deckt sich folglich weitestgehend mit den Erkenntnissen von Nolting et al. (2006), die für die Kompensation der freien Arztwahl eine notwendige Beitragsreduktion um 17,6% und für die freie Krankenhauswahl um 7% ermittelt haben.

	Teilnutzenwert in Beitragssatzpunkten
Geschäftsstelle in Wohnortnähe	1,60
Besonderer Informationsservice	0,73
Zusätzliche Versorgungsangebote	1,07
Freie Arzt- und Klinikwahl	2,34
Finanzielle Belohnung bei wenig Arztbesuchen	0,62

gestellten Ergebnisse durchweg stützen. Insgesamt fallen die Teilnutzenwerte im Modell mit individuellen Preisen jedoch natürlich etwas niedriger aus.

Anmerkung: Teilnutzenwerte basierend auf Ergebnissen aus Tabelle 2.

Tabelle 6: Teilnutzenwerte der Kassenmerkmale

Die in Tabelle 6 enthaltenen Angaben geben die durchschnittlichen Teilnutzenwerte aller Befragten an. Diese Durchschnittswerte unterscheiden sich teils erheblich von den Ergebnissen für spezifische Untergruppen. Bestimmt man die Teilnutzenwerte separat für solche Untergruppen, so kann sich zum einen die Rangfolge, welche die Wichtigkeit der einzelnen Merkmale wiedergibt, ändern und zum anderen können die Teilnutzenwerte unterschiedlich groß ausfallen. Die Analyse wird jeweils separat für folgende dichotome Untergruppen durchgeführt: Männer – Frauen, Personen unter 55 Jahren – ab 55 Jahren, Personen mit Abitur – ohne Abitur, Befragte mit persönlichem Einkommen unter 1.500 Euro – über 1.500 Euro, Personen bei guter Gesundheit – bei nicht so guter Gesundheit, Personen mit chronischer Krankheit – ohne chronische Krankheit, „informierte“ Befragte (Beitragssatz der eigenen Kasse bekannt) – „uninformierte“ Befragte, Wechsler (Kasse seit 1996 gewechselt) – Nichtwechsler. Hierbei zeigt sich, dass sich die meisten Untergruppen in der Bewertung der Merkmale jeweils signifikant unterscheiden. Eine Ausnahme stellen die Gruppen, die nach dem Gesundheitsstatus differenziert sind, dar. Zwar ordnen Personen mit subjektiv wahrgenommener guter/sehr guter/ausgezeichneter Gesundheit den Kassenmerkmalen insgesamt andere Teilnutzenwerte zu als Personen bei nicht so guter/schlechter Gesundheit. Bei Personen mit bzw. ohne chronische Krankheit sind diese Differenzen jedoch nicht signifikant. Es ist daher nicht eindeutig, ob kranke und gesunde Personen sich in ihrer Wertschätzung von Kassenmerkmalen unterscheiden.

Die gruppenspezifischen Teilnutzenwerte für jene Untergruppen, die sich signifikant voneinander unterscheiden, können Tabelle 7 entnommen werden. Hierbei zeigt sich, dass beispielsweise eine gute Erreichbarkeit der Kasse, d.h. eine „Geschäftsstelle in Wohnortnähe“, insbesondere für Versicherte wichtig ist, die nie die Kasse gewechselt haben, die älter als 55 Jahre alt sind, die eine niedrige Schulbildung haben oder die relativ uninformiert sind. Personen, die ihre Kasse seit 1996 mindestens einmal gewechselt haben, legen einen besonders niedrigen Wert auf einen „besonderen Informationsservice der Kasse“. Der zugrunde liegende β -Koeffizient ist für Wechsler statistisch nicht von Null verschieden, so dass der Teilnutzenwert Null sein könnte. „Zusätzliche

Versorgungsangebote“ werden vor allem von Personen mit hohem Einkommen, hohem Alter oder nicht so guter Gesundheit geschätzt. Eine „finanzielle Belohnung bei wenig Arztbesuchen“ wird von Frauen etwas höher bewertet als von Männern und von Personen mit hohem Einkommen deutlich höher als von Personen mit niedrigem Einkommen. Bei Personen mit nicht so guter Gesundheit ist dieser Teilnutzenwert so gering, dass er statistisch nicht von Null verschieden ist. Interessant ist, dass Frauen und Befragte, die selbst nie die Kasse gewechselt haben, jeweils jedes einzelne Kassenmerkmal mit einem höheren Teilnutzenwert versehen als die jeweiligen Vergleichsgruppen. Mit Ausnahme der Bewertung der „finanziellen Belohnung bei wenig Arztbesuchen“ gilt dies ebenfalls für ältere Befragte im Vergleich zu jüngeren. Für diese Versicherten scheint der Preis eine geringere Rolle zu spielen als Leistung und Service der Kasse.

	Teilnutzenwerte in Beitragssatzpunkten					
	Anzahl der Beobachtungen	Ge-schäfts-stelle in Wohn-ortnähe	Beson-derer Infoma-tions-service	Zusätzli-che Ver-sorgungs-angebote	Freie Arzt-und Klinik-wahl	Finan-zielle Beloh-nung bei we-nig Arztbe-suchen
Gesamt	2804	1,60	0,73	1,07	2,34	0,62
Männer	1300	1,45	0,55	0,88	1,83	0,58
Frauen	1504	1,75	0,94	1,28	2,85	0,68
Unter 55 Jahre	1465	0,96	0,50	0,84	1,98	0,64
Ab 55 Jahre	1339	2,69	1,14	1,48	3,02	0,60
Ohne Abitur oder Fachhochschulreife	1946	2,06	0,72	1,03	2,56	0,54
Mit Abitur oder Fachhochschulreife	814	0,62	0,59	1,11	1,99	0,77
Persönliches Einkommen unter 1500 €	1680	1,80	0,90	0,93	2,56	0,55
Persönliches Einkommen über 1500 €	946	1,14	0,41	1,38	2,05	0,83
„Uninformiert“ (über Beitragssatz)	431	3,29	1,44	0,73	2,91	1,43
„Informiert“ (über Beitragssatz)	2373	1,39	0,65	1,12	2,28	0,53
Mit guter/sehr guter Gesundheit	2085	1,45	0,63	0,98	2,35	0,73
nicht so gute/schlechte Gesundheit	695	2,10	1,11	1,35	2,25	0,28
Kassenwechsler	775	0,56	0,33	0,88	1,63	0,44
Nichtwechsler	2029	2,23	1,01	1,20	2,79	0,77

Tabelle 7: Gruppenspezifische Teilnutzenwerte der Kassenmerkmale

Anstelle der oben genannten Untergruppen können auch spezielle Versichertentypen, die durch eine Kombination mehrere Charakteristika definiert sind, betrachtet werden.

Hier ergeben die Teilnutzenwerte wiederum ein anderes Bild. Bei der Analyse für spezielle Versichertentypen muss jedoch einschränkend angemerkt werden, dass die Berechnung der Teilnutzenwerte für die Versichertentypen teilweise auf sehr wenigen Beobachtungen basiert und dass die Teilnutzenwerte somit nicht so präzise geschätzt werden können wie für die Gesamtheit oder die oben aufgeführten dichotomen Untergruppen. Unterschiede in den Teilnutzenwerten zwischen den Versichertentypen können daher teilweise auf zufälligen Abweichungen beruhen und müssen keine systematischen Präferenzunterschiede wiedergeben.

Im Folgenden werden vier Versichertentypen unterschieden:

Typ 1: Alter unter 55 Jahre, hohe Schulbildung (Abitur), hohes Einkommen (über 1.500 Euro), gut informiert.

Typ 2: wie Typ 1, jedoch Alter ab 55 Jahre.

Typ 3: Alter unter 55 Jahre, niedrige Schulbildung, niedriges Einkommen, uninformiert.

Typ 4: wie Typ 3, jedoch Alter ab 55 Jahre.

	Teilnutzenwerte in Beitragssatzpunkten					
	Anzahl der Beobachtungen	Geschäftsstelle in Wohnortnähe	Besonderer Informationsservice	Zusätzliche Versorgungsbote	Freie Arzt- und Klinikwahl	Finanzielle Belohnung bei wenig Arztbesuchen
Versichertentyp 1	181	0,51	0,00	1,19	1,36	0,65
Versichertentyp 2	138	0,82	0,32	1,56	1,90	0,59
Versichertentyp 3	80	3,09	1,47	0,44	2,82	0,96
Versichertentyp 4	141	4,83	2,34	0,35	2,30	1,38

Tabelle 8: Teilnutzenwerte der Kassenmerkmale für Versichertentypen

Für die Typen 1 und 2 weist das Merkmal „besonderer Informationsservice durch die Kasse“ ein Gewicht (β -Koeffizient) auf, das nicht signifikant von Null verschieden ist. Dieses Merkmal könnte für diese Versichertentypen also ohne Bedeutung sein und hat einen Teilnutzenwert, der nur durch Zufall von Null abweichen könnte. Für Typ 2 ist zusätzlich das Merkmal „finanzielle Belohnung bei wenig Arztbesuchen“ insignifikant, für Typ 1 eine „Geschäftsstelle in Wohnortnähe“. Betrachtet man die Typen 3 und 4, so

sind dort jeweils die Merkmale „zusätzliche Versorgungsangebote“ und „finanzielle Belohnung bei wenig Arztbesuchen“ insignifikant. Deren Teilnutzenwerte könnten also nur durch Zufall von null abweichen. Bei der Betrachtung der Ergebnisse zeigt sich, dass die Versichertentypen 1 und 2 insbesondere Wert auf „zusätzliche Versorgungsangebote“ legen, während die Versichertentypen 3 und 4 vor allem eine „Geschäftsstelle in Wohnortnähe“ und einen „besonderen Informationsservice durch die Kasse“ schätzen (vgl. Tabelle 8). Die „freie Wahl von Ärzten und Kliniken“ ist für alle untersuchten Versichertentypen wichtig.

3.2.3.5 *Kassenloyalität und allgemeine Wechselabneigung*

Während der Fokus des letzten Abschnitts auf der Bestimmung der Teilnutzenwerte der Kassenmerkmale lag, soll in diesem Abschnitt untersucht werden, ob es eine allgemeine Abneigung gegen Kassenwechsel gibt, die beispielsweise durch Loyalität, durch Trägheit oder allgemeine Abneigung gegen Veränderungen begründet werden könnte. Hierzu wird erneut auf das DCE zurückgegriffen, jedoch werden nicht mehr die Paarvergleiche der fiktiven Kassen analysiert, sondern, ob die Befragten ihre eigene Kasse gegen eine der fiktiven Kassen aufgeben würden. Um die Analyse durchführen zu können, ist es notwendig, die jeweilige Kasse der Befragten ebenfalls anhand der Kassenmerkmale zu beschreiben. Hierzu wurden die Teilnehmer gebeten, ihre Kasse nach den oben beschriebenen Merkmalsausprägungen zu klassifizieren. Die aus dieser Zuordnung gewonnene Information wird nun im DCE verwendet, um ebenfalls Teilnutzenwerte der Merkmale zu bestimmen. Darüber hinaus wird jedoch ein zusätzlicher Koeffizient geschätzt, der die allgemeine Abneigung gegen einen Wechsel auffangen soll. Dieser Koeffizient wird als Konstante der Schätzgleichung spezifiziert. Zusätzlich unterscheidet sich das hier verwendete Modell von jenem des letzten Abschnitts darin, dass es sogenannte Random-effects beinhaltet. Diese Random-effects fangen nicht berücksichtigte Merkmale der jeweils eigenen Kasse auf, die nicht in den abgefragten Merkmalen berücksichtigt sind und die einen Wechsel mehr oder weniger wahrscheinlich machen können. Hierbei könnte es sich beispielsweise um den Effekt einer „netten Sachbearbeiterin“ handeln.

Die Ergebnisse der Discrete-Choice-Analyse sind in Tabelle 9 dargestellt, die die Teilnutzenwerte der Kassenmerkmale sowie den durchschnittlichen Wert der allgemeinen Wechselabneigung wiedergibt.

	Teilnutzenwert in Beitragssatzpunkten
Geschäftsstelle in Wohnortnähe	1,01
Besonderer Informationsservice	0,79
Zusätzliche Versorgungsangebote	1,17
Freie Arzt- und Klinikwahl	2,48
Finanzielle Belohnung bei wenig Arztbesuchen	1,12
Allgemeine Wechselabneigung, Loyalität etc.	5,09

Anmerkung: Teilnutzenwerte basierend auf Ergebnissen aus Tabelle 2.

Tabelle 9: Teilnutzenwerte der Kassenmerkmale – Vergleich mit eigener Kasse

Zum einen ist zu erkennen, dass die hier dargestellten Teilnutzenwerte der Kassenmerkmale jenen aus Tabelle 8 sehr ähnlich sind. Dies spricht für eine hohe Robustheit dieser Ergebnisse. Lediglich die Bewertung der „Geschäftsstelle in Wohnortnähe“ fällt etwas niedriger aus als im letzten Abschnitt, während sich die Bewertung einer „finanziellen Belohnung bei wenig Arztbesuchen“ fast verdoppelt. Von Interesse ist hier jedoch die Bewertung des „bei der alten Kasse verbleiben Könnens“, also des Effekts der Loyalität oder Trägheit. Diese beträgt im Durchschnitt aller Befragten über 5 Beitragssatzpunkte! D.h. das durchschnittliche Kassenmitglied ist erst bei einem um fünf Prozentpunkte niedrigeren Beitragssatz dazu bereit, die Loyalität zur eigenen Kasse bzw. die allgemeine Wechselabneigung zu überwinden und zu einer ansonsten mit gleichen Merkmalen ausgestatteten Kasse zu wechseln. Der Wert dieser allgemeinen Wechselneigung des durchschnittlichen Versicherten variiert zwar erneut relativ stark zwischen unterschiedlichen Versichertengruppen, liegt jedoch selbst bei höher ausgebildeten Personen oder jenen mit höherem Einkommen bei über vier Beitragssatzpunkten. Nur bei jüngeren Befragten liegt der Wert darunter. Selbst ehemalige Kassenwechsler, die schon einmal die Bereitschaft gezeigt haben, zu wechseln, und die daher wissen müssten, dass ein solcher Wechsel ohne großen Verwaltungsaufwand vollzogen werden kann, müssen im Durchschnitt mit einer Beitragsersparnis von 3,6 Beitragssatzpunkten gelockt werden, um erneut zu wechseln.

	Teilnutzenwert der allgemeinen Wechselabneigung, Loyalität etc. (in Beitragssatzpunkten)
Gesamt	5,09
Männer	4,69
Frauen	5,33
Unter 55 Jahre	3,83
Ab 55 Jahre	7,33
Ohne Abitur oder Fachhochschulreife	5,69
Mit Abitur oder Fachhochschulreife	4,31
Persönliches Einkommen unter 1.500 €	5,51
Persönliches Einkommen über 1.500 €	4,31
„Uninformiert“ (über Beitragssatz)	10,00
„Informiert“ (über Beitragssatz)	4,75
Mit guter/sehr guter Gesundheit	4,61
Mit nicht so guter/schlechter Gesundheit	6,82
Kassenwechsler	3,63
Nichtwechsler	5,77

Tabelle 10: Gruppenspezifischer Teilnutzenwert der allgemeinen Wechselabneigung, Loyalität etc.

Die unspezifische allgemeine Wechselabneigung bzw. Loyalität zur eigenen Kasse ist damit das Merkmal, das einem (potentiellen) Wechsel am stärksten entgegensteht.

3.2.3.6 Abschließende Bewertung der Ergebnisse des Discrete-Choice-Experiments

Die im DCE gezeigte Neigung, seine eigene Krankenkasse für eine Alternative aufzugeben, weist auf eine etwas höhere Bereitschaft hin, die Kasse zu wechseln, als die in Wirklichkeit vollzogenen Kassenwechsel. Im Experiment würden immerhin 63% der Befragten in Erwägung ziehen, die eigene Krankenkasse gegen mindestens eine der vorgeschlagenen Alternativen aufzugeben. Unter jenen, die zum Wechsel zu einigen mit besonders vorteilhaften Merkmalen ausgestatteten und daher relativ beliebten Kassen bereit wären, sind vor allem jüngere Versicherte, die den Beitragssatz ihrer eigenen Kasse kennen. Dies könnte daran liegen, dass sie besser dazu in der Lage sind, die Vorteilhaftigkeit eines Wechsels zu beurteilen. Versicherte bei einer BKK oder der TK sind ebenfalls häufiger zum Wechsel bereit als Versicherte einer AOK. Das Einkommen der Befragten hat in diesem Fall überraschenderweise einen negativen Einfluss auf die Wechselneigung, wenn auch nur einen geringen.

Aus dem DCE lassen sich Teilnutzenwerte für die Ausstattungsmerkmale der Kassen ableiten. Diese ordnen den Merkmalen einen Punktwert für den Beitragssatz zu, der dem durchschnittlichen Nutzen der Versicherten aus dem Merkmal entspricht. Den Ergebnissen zufolge hat die „freie Arzt- und Klinikwahl“ den größten Nutzen für Versicherte. Der Beitragssatz der Versicherten müsste um 2,34 Prozentpunkte sinken, um Versicherte für einen Wegfall dieser Wahlfreiheit zu entschädigen. Ebenfalls großen Nutzen ziehen Versicherte aus einer „Geschäftsstelle in Wohnortnähe“ und „zusätzlichen Versorgungsangeboten“. Wesentlich weniger wert ist ihnen ein „besonderer Informationsservice“ oder die Möglichkeit der „finanziellen Belohnung bei wenig Arztbesuchen“. Bei der Bewertung dieser Kassenmerkmale gibt es jedoch teilweise große Unterschiede zwischen Versichertengruppen. Erstaunlich hoch fällt die Bewertung der Möglichkeit, bei der eigenen Kasse verbleiben zu dürfen, aus. Um die allgemeine Wechselabneigung oder Loyalität zu überwinden, müsste einem durchschnittlichen Kassenmitglied ein um rund fünf Prozentpunkte niedrigerer Beitragssatz angeboten werden. Erst dann wäre dieses durchschnittliche Kassenmitglied zum Wechsel zu einer ansonsten gleichartigen Kasse bereit. Diese allgemeine Loyalität zur eigenen Kasse ist damit das wichtigste einem Wechsel entgegenstehende Merkmal.

3.2.4 Diskussion der empirischen Befunde

Wie können die bisher vorgetragenen Befunde also bilanziert werden? D.h. insbesondere: Welche Interessen und Kenntnisse, welche Einstellungen und Verhaltensorientierungen von Versicherten sind als besonders nachhaltige Barrieren oder aber auch umgekehrt als Anreize für einen potentiellen Kassenwechsel erkennbar?

3.2.4.1 Das Interesse an beitragsenkenden Wahlтарifen

Das Interesse von Versicherten an beitragsenkenden oder mit Prämien gratifizierten Zusatz-Verträgen lässt sich grundsätzlich als ein Merkmal definieren, das bei einer sehr prononcierten Ausprägung – im Sinne einer dezidierten individuellen Neigung zu einer Differenzierung des „GKV-Pauschaltarifs“ – als Motor oder zumindest zusätzlicher Katalysator für einen Kassenwechsel wirksam werden kann.

Als Ergebnis lässt sich weiterhin festhalten, dass das Bedürfnis nach differenzierten und auf persönliche Interessen zugeschnittenen Krankenversicherungsverträgen recht ein-

deutig durch den sozio-ökonomischen Status geprägt wird. Die Analyse zeigt die höhere Aufgeschlossenheit besser gebildeter und besser verdienender Versicherter an beitragsenkenden Wahlтарifen, die sich im Wesentlichen aus finanziellen Kalkülen speist.

Inwieweit ist nun das Interesse oder auch umgekehrt Desinteresse an beitragsenkenden Wahlтарifen ein Faktor, der die Neigung zum Kassenwechsel maßgeblich mit beeinflusst? Es zeigt sich zum einen, dass die Kassenzufriedenheit ein markanterer Einflussfaktor ist als das Interesse an beitragsenkenden Wahlтарifen. Deutlich wird zum anderen aber auch, dass sowohl der Effekt des Einkommens als auch der des Wahlтарif-Interesses sich erst bei einer stärkeren Unzufriedenheit mit der Kasse niederschlägt. In Anbetracht dieser Ergebnisse lässt sich das Interesse an beitragsenkenden Wahlтарifen nur mit Abstrichen als ein wesentlicher Motor oder Katalysator für die Neigung zum Kassenwechsel definieren – zumindest zum gegenwärtigen Zeitpunkt und bei den aktuell vorgehaltenen Angeboten der Kassen. Kürzer zusammengefasst: Versicherte, die sich differenziertere Vertragsmodalitäten im Rahmen ihrer Krankenversicherung wünschen, suchen solche differenzierteren Angebote nur begrenzt bei anderen Kassen.

3.2.4.2 Das Interesse an beitrags- und leistungserhöhenden Zusatz-Verträgen

Von den in der Befragung „angebotenen“ beitrags- und leistungserhöhenden Zusatzpolitiken fand nur die Zusatzversicherung für zahnärztliche Behandlung ein mehrheitliches Interesse. Die übrigen Tarife sind nur für etwa jeden Dritten oder Vierten von Interesse. Für die Interpretation dieser Befunde ist wieder im Auge zu behalten, dass die Kostendimension in der Fragestellung weitgehend ausgeblendet oder zumindest nicht spezifiziert wird, so dass hier keine Prognose über reale Entscheidungen möglich ist.

Welchen Einfluss auf die Neigung zum Kassenwechsel hat ein stärker oder schwächer ausgeprägtes Interesse an leistungs- und beitrags erhöhenden Zusatzтарifen? Die multivariate Analyse der Einflussfaktoren für die vier Indikatoren zur Wechselneigung hat deutlich gemacht, dass hier für den Indikator „aktuelle Wechselabsichten“ ein signifikanter Zusammenhang nachweisbar ist ($p < 0,05$), der allerdings etwa im Vergleich zur Kassenzufriedenheit ($p < 0,001$) schwächer ausfällt. Gleichwohl stellt dieses Interesse einen eigenständigen Faktor dar, der mit Wechselneigungen korreliert und – dies belegt

die logistische Regression – auch nicht erklärbar ist aus dahinter liegenden, verborgenen Kovariablen.

Wie man sieht, ist die Kassenzufriedenheit von größerer Bedeutung: Die aktuelle Wechselneigung steigt hier in den Extremgruppen von rund 10% auf 40% bis 70%. Im Vergleich dazu variiert diese Wechselneigung bei den Variablen Einkommen und Interesse an Zusatztarifen in geringerem Umfang. Gleichwohl verdeutlicht die Grafik auch den eigenständigen Einfluss dieser beiden Aspekte. Wie kann man interpretieren, dass Versicherte mit einem größeren Interesse an Zusatztarifen zugleich auch eher geneigt sind, ihre Kasse zu wechseln?

Empirisch nicht eindeutig zu belegen ist hier der Wirkungszusammenhang. Denkbar ist zum einen, dass Versicherte zunächst ein höheres Interesse an Zusatzversicherungen entwickeln, etwa aufgrund von Medienberichten, dass medizinische Versorgungsleistungen in der GKV zukünftig kaum noch finanzierbar sind und so für viele eine Versorgungslücke aufbricht. Vor dem Hintergrund solcher Befürchtungen werden dann Informationsanstrengungen unternommen und Angebote der eigenen Kasse, aber auch anderer Kassen für Zusatzversicherungen geprüft. Bereits diese Recherchen bewirken eine gewisse Destabilisierung der Kassenzugehörigkeit, oder anders formuliert: Ein Kassenwechsel erscheint nun grundsätzlich im Bereich des Möglichen, auch wenn eine definitive Entscheidung hierüber noch völlig offen ist.

Eine andere Interpretation ginge davon aus, dass aufgrund unterschiedlicher Erfahrungen (z.B. mit dem Kassenservice) oder Kalkulationen (z.B. über Ersparnisse durch einen Kassenwechsel) eine gewisse Vorentscheidung oder Tendenz zum Wechsel bereits eingetreten ist. Damit ist bereits eine gedankliche Neuorientierung in die Wege geleitet, im Rahmen derer es nahe liegen würde, mit dem eventuell bevorstehenden Wechsel der Kasse zu überprüfen, inwieweit es sich lohnt oder sogar erforderlich ist, auch die tariflichen Bedingungen zu verändern im Sinne eines Abschlusses beitrags-, aber auch leistungserhöhender Zusatzversicherungen.

Beide Wirkungszusammenhänge erscheinen plausibel, und es ist auch denkbar, dass sie in der Realität für verschiedene Versichertengruppen nebeneinander beobachtbar sind.

Die statistische Analyse kann hier keine kausalen Mechanismen oder zeitliche Abfolgen aufklären.

Kenntnis und Teilnahme an neuen Versorgungsformen und Tarifmodellen

Die Analyse hierzu hat gezeigt, dass die neueren Angebote im Bereich der Versorgung (DMPs), der Gesundheitsförderung (Bonusprogramme) oder der Modifikationen des Sachleistungsprinzips und der Kostenregelungen (Kostenerstattung, Selbstbehalte, Beitragsrückerstattung) derzeit für Kassen noch nicht als zugkräftige Argumente benutzt werden können, um Fremdversicherte zu einem Kassenwechsel zu motivieren. Frühere Kassenwechsler und ebenso Versicherte, die aktuell eine Neigung zum Kassenwechsel artikulieren, kennen die Programme nicht öfter als „kassentreue“ Versicherte.

Im Rahmen multivariater Analysen zur Wechselneigung ist das Interesse an solchen neuen Angeboten und Versorgungsformen insgesamt untersucht worden, ohne Berücksichtigung einzelner Modelle. Da neue Versorgungsformen (z.B. DMPs) eines der Merkmale sind, die im Rahmen des DCEs als besonderes Kassenmerkmal aufgeführt wurden, soll hier kurz geprüft werden, inwieweit das Interesse daran mit einer größeren oder geringeren Neigung zum Kassenwechsel einhergeht. Die multivariate Analyse zeigt, dass ein solches Interesse (operationalisiert als „wahrscheinliche“ oder „sehr wahrscheinliche“ zukünftige Nutzung) tatsächlich mit einem der vier Wechsel-Indikatoren zusammenhängt. Dies betrifft die Neigung zum Kassenwechsel, sofern interessante Angebote einer anderen Kasse vorlägen. Für die übrigen drei Indikatoren finden sich keine signifikanten Einflüsse.

Das Interesse an einer zukünftigen DMP-Nutzung zeigt auf dem 1%-Niveau signifikante Effekte, wobei gleichzeitig allerdings der Einfluss des Lebensalters und der Kassenzufriedenheit deutlich höher ausfallen ($p < 0,001$). Das Interesse an einer DMP-Nutzung hat insbesondere bei Älteren (ab 60) einen Einfluss auf die Wechselneigung, bei Jüngeren ist dies dagegen gar nicht der Fall.

Was den Bekanntheitsgrad der einzelnen Angebote anbetrifft, so hat sich gezeigt, dass Bonusregelungen hier an der Spitze stehen: Rund 70% der Versicherten wissen darüber Bescheid. Weitaus weniger stark gilt dies für die Beitragsrückerstattung (39%) und die

übrigen Angebote (Selbstbehalt, Kostenerstattung, DMPs), die nicht einmal jedem dritten Versicherten bekannt sind.

Bonusprogramme werden derzeit von etwa 15% der Befragten genutzt, alle übrigen Angebote von 5% oder weniger. Unter der Prämisse, dass die gegenwärtigen Informations- und Marketingstrategien der Kassen sich nicht nennenswert verändern und die materiellen Anreize sich nicht erhöhen, lässt sich vermuten, dass zukünftig kaum ein quantitativ gravierender Anstieg der Nachfrage zu beobachten sein wird. Bei Versicherten, die derzeit noch keine Nutzer sind, artikulieren nur jeweils 2% bis 5% ein deutliches zukünftiges Interesse an einem der Angebote.

Unter dem Strich zeigt sich damit, dass die partielle Öffnung der GKV für Kostenregelungen, die in der PKV seit längerem gängig sind (Selbstbeteiligung, Kostenerstattung, Beitragsrückerstattung), innerhalb der GKV-Versicherten bislang (im Zeitraum 2004-2005) nur wenig Resonanz gefunden hat und diese Angebote mit hoher Wahrscheinlichkeit auch in der nahen Zukunft nur von einer Minderheit genutzt werden dürften. Man kann vermuten, dass ein erheblicher Teil jener Versicherten, die sich mit dem „starren“ Sachleistungsprinzip in der GKV aus welchen Gründen auch immer (sozio-kulturelle Bedürfnisse nach individualisierten Regelungen, Kalkül finanzieller Vorteile) nicht anfreunden können, eher direkt in die PKV wechseln als innerhalb der GKV solche Angebote wahrzunehmen – vorausgesetzt sie unterliegen nicht der Versicherungspflicht in der GKV.

Was Bonusprogramme anbetrifft, so liegt die Problematik dieser Zusatzangebote hinsichtlich ihrer Tauglichkeit als Wettbewerbsargument wohl darin, dass sie der großen Mehrzahl der Versicherten bekannt sind als Angebot auch ihrer Kasse. Zugleich dürften aber, ohne dass dies empirisch fundiert belegt werden kann, die unterschiedlichen Konditionen der einzelnen Kassen sowohl auf der Verpflichtungsseite (erforderliche Leistungen der Versicherten: Gesundheitskurse oder Sport- und Fitness-Programme oder Teilnahme an Früherkennung) wie auf der Gratifikationsseite (Geld- oder Sachprämien mit oder ohne Selbstbeteiligungsregelung, Zuzahlungsnachlässe, Erstattung der Praxisgebühr) kaum im Detail bekannt sein. Die dahinter liegende Vermutung „Alle Kassen bieten ähnliche Bonusprogramme an“ disqualifiziert insofern Bonusregelungen zumin-

dest aktuell noch als potentiellen Anreiz für einen Kassenwechsel. Allerdings muss dies mittel- und langfristig nicht so bleiben: Zum einen ist das Interesse an einer zukünftigen Nutzung vergleichsweise hoch, zum anderen sind hier für Kassen relativ große Spielräume vorhanden, um ihre Angebote kassenspezifisch zu gestalten und zugleich für Versicherte in nachvollziehbarer Weise unterscheidbar zu machen.

Im Hinblick auf Disease-Management-Programme liegt die Problematik ihrer aktuellen Eignung als Wettbewerbsfaktor einerseits darin begründet, dass sie noch wenig bekannt sind, zum anderen darin, dass sie eher von gesundheitlich beeinträchtigten Versicherten und älteren Versicherten als attraktives Angebot wahrgenommen werden, Versichertengruppen also, die einem Kassenwechsel eher distanziert gegenüberstehen.

3.2.4.3 Kenntnis des Beitragssatzes und Schätzung der Einsparmöglichkeiten durch Kassenwechsel

Während bislang der Einfluss von Kassenangeboten und Tarifen in ihrer Funktion als Wechselanreiz betrachtet wurde, soll es im Folgenden um Merkmale gehen, die als Wechselbarrieren definiert werden können. Als zentrale Hypothesen hierzu wurde zunächst analysiert, ob sich a) eine unzureichende Kenntnis des aktuellen Beitragssatzes und der potentiellen Einsparmöglichkeiten durch einen Kassenwechsel, b) Vermutungen, dass zwischen Kassen keine nennenswerten Unterschiede bestehen und c) Irrtümer über die rechtlichen Bedingungen für einen Wechsel und damit verbundene Risiken und Sanktionen als nachhaltige Barrieren für einen Kassenwechsel identifizieren lassen.

Als bemerkenswertes Ergebnis der hierzu durchgeführten Analysen ist zunächst hervorzuheben, dass rund 80% der befragten Versicherten über eine recht realistische Einschätzung des Krankenkassen-Beitragssatzes verfügen, auch wenn diese Schätzung möglicherweise in manchen Fällen ein oder zwei Prozentpunkte über oder unter dem tatsächlichen Wert liegt. Nur etwa 10% der Befragten liegen mit ihrer Annahme völlig außerhalb der realen Streuung von Kassen-Beitragssätzen und weitere 10% geben an, dies nicht zu wissen bzw. machen keine Angabe zu dieser Frage. Überraschend ist dieser Befund insofern, als eine Sekundäranalyse früherer Befragungen im „Gesundheitsmonitor“ der Bertelsmann-Stiftung (Erhebungen 2002-2005) bei rund 30% aller Befragten eine Fehleinschätzung des Beitragssatzes (genannte Werte von 9% und weniger

oder 16% und mehr) erbringt. Da sich die Teilnehmerstruktur in der Erhebung nicht nennenswert unterscheidet von der in den „Gesundheitsmonitor“-Befragungen, erklären sich die unterschiedlichen Befunde aus der Fragebogenstruktur und der in der Befragung exponierten Position der Frage nach dem Beitragssatz: Die Frage war ganz am Anfang des Fragebogens platziert und forderte dadurch wohl zu mehr gedanklicher Anstrengung, eventuell auch zu Rückfragen im Familienkreis heraus.

Die Frage nach Gruppendifferenzen hinsichtlich der Kenntnis des Beitragssatzes erbringt im Rahmen einer multivariaten Analyse keine besonders herausragenden Ergebnisse. Zwei Variablen zeigen hier Einflüsse. Bei einer kurzen Mitgliedschaftsdauer ist die Kenntnis besser als bei langer Dauer, ebenso ist die Kenntnis bei hohem Einkommen besser. Für beide Variablen liegen die Werte jedoch lediglich um maximal zehn Prozentpunkte auseinander (z.B. persönliches Netto-Einkommen unter 1.000 Euro: 78% Kenntnis, Einkommen über 2.000 Euro: 87% Kenntnis), so dass in dieser Frage keine gravierenden Differenzen aufgrund sozio-ökonomischer Einflüsse erkannt werden können.

Im Vergleich zur Erhebung des WIdO ist man zu ähnlichen Ergebnissen gelangt, was eine ganz exakte Einschätzung des Beitragssatzes anbetrifft. Dort waren es 68%, bei uns (eingeschränkt auf Mitglieder in Angestelltenersatzkassen) 78%, die sich um maximal einen Prozentpunkt nach oben oder unten verschätzen.

Wenn knapp 80% der Befragungsteilnehmer sich nur um einen Prozentpunkt in ihrer Schätzung täuschen, so macht diese Fehleinschätzung bei einem Durchschnittseinkommen von 2.000 Euro Brutto etwa einen Arbeitnehmeranteil von monatlich 10 Euro aus. Das ist eine Summe, die bei der Planung und Umsetzung des privaten Haushaltsbudgets zu vernachlässigen ist, so dass von einer weitestgehend realitätsgerechten und korrekten Einschätzung des Beitragssatzes ausgegangen werden kann.

Für die Hypothese „Versicherte wechseln deshalb eher selten die Krankenkasse, weil sie die mit einem solchen Wechsel verbundenen Einsparmöglichkeiten stark unterschätzen“, haben Analysen gezeigt, dass die Angaben vieler Versicherter sich in dieser Hinsicht in einer durchaus realistischen Größenordnung bewegen. Allerdings zeigt sich hier auch, dass 24% zu dieser Frage keine Angabe machen, 8% sagen „null“ Einsparmög-

lichkeiten, weitere 21% nennen einen Wert von lediglich ein bis zehn Euro. Eine exakte Berechnung der tatsächlich möglichen Einsparungen bei einem Wechsel zu einer preisgünstigeren Kasse ließ sich im Rahmen der Analysen nicht durchführen. Dazu hätte man für jede einzelne Kasse der Befragungsteilnehmer den Beitragssatz recherchieren müssen, darüber hinaus hätte anstelle des Nettoeinkommens das Bruttoeinkommen erfragt werden müssen, eine Größe, die jedoch erfahrungsgemäß vielen unbekannt ist und eine erhebliche Zahl fehlerhafter Angaben in einer Befragung mit sich bringt. Zusammenfassend lässt sich jedoch feststellen, dass 24% keine konkrete Vorstellung der Einsparmöglichkeiten haben und eine nicht exakt zu beziffernde Gruppe von rund 30% der Versicherten diese Möglichkeiten mit der Angabe „null Euro“ oder „unter zehn Euro“ möglicherweise doch unterschätzt.

Eine Bewertung der damit implizierten Restriktionen und Barrieren für einen Kassenwechsel ist allerdings nur mit einigen Vorbehalten möglich. Die Beantwortung der Frage „Würden mehr Versicherte die Kasse wechseln, wenn sie wüssten, dass sie monatlich 20 oder 40 Euro oder teilweise noch mehr einsparen könnten?“, würde voraussetzen, dass man auch das genaue Gebaren der Versicherten im Finanzhaushalt kennt, ihre Neigung oder Abneigung gegenüber exakten Kalküls und Budget-Berechnungen, ihre Bewertungskriterien bei der Abwägung der finanziellen gegenüber immateriellen Merkmalen bei der Krankenversicherung (persönliche Verhaltenssicherheit, unterstellte Kassen-Kulanz, Image der Kasse).

Gleichwohl lässt sich die Frage stellen: Gibt es einen statistischen Zusammenhang zwischen einer eher hohen oder niedrigen Einschätzung der theoretischen Einsparmöglichkeiten durch Kassenwechsel und Indikatoren der Wechselneigung? Die multivariate Analyse hierzu hat gezeigt, dass dies tatsächlich der Fall ist. Bei drei der vier betrachteten Indikatoren der Wechselneigung zeigen sich signifikante Effekte. Besonders stark fällt dieser Einfluss aus für die im DCE artikulierte Neigung, zu einer (oder mehreren) der dort charakterisierten fiktiven Kassen zu wechseln.

Bei diesem Indikator ist auch der Einfluss des Lebensalters besonders stark. Die Einschätzung relativ hoher Einsparmöglichkeiten durch Kassenwechsel geht tatsächlich in allen Altersgruppen auch mit einer höheren Wechselneigung einhergeht. Diese Ein-

schätzung wirkt sich bei Älteren deutlicher aus als bei Jüngeren. Die Differenzen zwischen den Extremgruppen mit sehr niedriger und sehr hoher Einschätzung der Kostenvorteile liegen in der Gruppe der über 60-Jährigen bei rund 40 Prozentpunkten, bei unter 40-Jährigen hingegen nur bei etwas mehr als 20 Prozentpunkten. Gleichwohl ist festzuhalten, dass auch bei jüngeren (und daher prinzipiell wechselfreudigeren) Versichertengruppen die Einschätzung größerer Kostenvorteile durch einen Kassenwechsel mit einer höheren Wechselbereitschaft verbunden ist, als wenn diese Vorteile eher gering bewertet werden.

Auch hier lassen sich natürlich kausale oder zeitliche Wirkungsmechanismen anhand der Daten nicht belegen. Es kann zum einen sein, dass eine schon vorhandene Neigung zum Kassenwechsel im Verlaufe weiterer Entscheidungsprozesse und Informationsanstrengungen dann noch einmal zusätzlich verstärkt wird durch (behauptete oder recherchierte) Annahmen, dieser Wechsel bringe auch namhafte ökonomische Vorteile mit sich. Ebenso ist aber auch umgekehrt denkbar, dass die Erkenntnis (aus Medien, Gesprächen im Freundes- oder Kollegenkreis) bedeutsamer Einsparmöglichkeiten durch einen Kassenwechsel dann eine Willensbildung in Gang setzt, die einen tatsächlichen Wechsel zur wahrscheinlichen Verhaltensoption macht.

Welches Fazit ist hier unter dem Strich zu ziehen? Zu berücksichtigen ist einerseits eine insgesamt bei knapp 80% der Versicherten doch recht profunde Kenntnis ihres Krankenkassen-Beitragssatzes. Auf der anderen Seite wissen etwa ein Viertel der Befragten nicht, was sie durch einen Wechsel einsparen könnten und knapp ein Drittel schätzt diese Sparpotentiale sehr niedrig ein (null bis unter zehn Euro) – in vielen Fällen vermutlich eine Unterschätzung. Beide Befunde zusammengenommen bedeuten, dass entweder die tatsächlichen persönlichen Krankenkassenausgaben (Arbeitnehmeranteil) und deren Berechnung nicht bekannt sind und/oder die Kosten-Differenzen zwischen einzelnen Kassen.

Dass jüngere Versicherte, die die potentiellen Kostenvorteile eines Kassenwechsels hoch einschätzen (30 Euro im Monat oder mehr), in noch stärkerem Maße zu einem Wechsel neigen, deutet an, dass die – bei Älteren stärker verbreitete – Unkenntnis dieser Einsparmöglichkeiten auch als Wechselbarriere wirksam ist. Zwar finden sich in

Print-Medien ebenso wie im Internet immer wieder Artikel und tabellarische Übersichten, die auf diese Möglichkeiten verweisen. So wurde zuletzt in der Zeitschrift „Finanztest“ (2/2006) (Stiftung Warentest 2006) eine tabellarische Übersicht über die Beitragssätze nahezu aller GKV-Kassen bundesweit veröffentlicht. Dort findet sich auch der Hinweis „Weniger zahlen: Wechselt ein Angestellter mit 3.562,50 Euro oder mehr Bruttoeinkommen von einer Kasse mit 14,5% Beitragssatz zu einer mit 12,5%, verringert sich sein Beitrag um 35,60 Euro im Monat. Sein Arbeitgeber spart ebenso viel.“ Und für drei weitere Einkommensgruppen (1.000, 2.000 und 3.000 Euro brutto) werden ebenfalls die Einsparmöglichkeiten aufgelistet, die sich durch einen Kassenwechsel ergeben, wenn in der jetzigen Kasse 14,5% Beitragssatz gelten und die neue Kasse nur 12,5% verlangt.

Möglicherweise ist aber auch diese Beispiel-Übersicht für viele Versicherte noch zu wenig auf persönliche Verhältnisse zugeschnitten. Kann ein Versicherter einigermaßen fundiert abschätzen, was seine Einsparmöglichkeiten sind, wenn er 1.500 Euro brutto verdient und der Beitragssatz durch Kassenwechsel von 13,8% auf 12,6% sinkt? Es scheint, dass die für mathematisch durchschnittlich Gebildete einfache Rechnung gleichwohl für viele Versicherte zu intransparent und komplex bleibt.

3.2.4.4 *Wahrgenommene Unterschiede zwischen Kassen*

Barrieren für einen Kassenwechsel können auch einen sehr einfachen, wenngleich überaus nachhaltigen Grund haben: die Annahme, dass es zwischen GKV-Kassen im Hinblick auf Leistungen und Kosten kaum einen nennenswerten Unterschied gibt. In dieser Perspektive zeigt sich nun allerdings, dass solche Unterschiede von Versicherten bei Krankenkassen doch recht deutlich wahrgenommen werden. Am stärksten gilt dies im Hinblick auf die so vermutete „Kulanz“ bei der Bewilligung spezifischer Leistungen (64% erkennen hier Differenzen), nicht ganz so stark hinsichtlich des Beitragssatzes (45% erkennen hier Differenzen) und am wenigsten werden generelle Leistungsunterschiede konstatiert (36%). Insgesamt zeigt sich, dass nur etwa jeder vierte Befragte (23%) keinerlei Kassendifferenzen wahrnimmt, also alle drei genannten Aspekte der Unterscheidung bestreitet. 77% erkennen also in zumindest einem Aspekt Unterschiede, 47% in zwei oder drei Merkmalen. Das bedeutet, dass nur für jeden vierten Versicherten Wechselbarrieren darin bestehen, dass sie die Angebots- und Leistungspalette der

GKV-Kassen als uniform und weitgehend differenzlos bewerten, während umgekehrt etwa jeder zweite doch erbliche Merkmalsunterschiede betont.

Über alle drei Merkmale hinweg wirkt sich, wenn man Wechseltendenzen zunächst einmal außer Acht lässt, insbesondere das Lebensalter darauf aus, ob zwischen Kassen eher Unterschiede oder Gemeinsamkeiten wahrgenommen werden: Jüngere erkennen hier häufiger solche Unterschiede. Bei der Bewertung von Beitragssatzdifferenzen zeigt darüber hinaus auch die Einkommenshöhe einen deutlichen Effekt: Versicherte mit höherem Einkommen betonen Beitragssatz-Unterschiede häufiger.

Da auch das Lebensalter interpretierbar ist im Sinne einer mental größeren oder geringeren Bereitschaft zum Kassenwechsel, lässt sich bilanzieren, dass hier wohl Prozesse einer selektiven Wahrnehmung von Medienberichten wirksam werden. Wer mit dem Gedanken an einen Kassenwechsel spielt, nimmt auch öfter Zeitschriften-Testberichte oder tabellarische Übersichten im Internet zur Kenntnis, in denen auf relevante Unterschiede zwischen Kassen hingewiesen wird. Dies betrifft primär die „Kostenseite“, also den Beitragssatz, berührt partiell aber auch Aspekte der Leistungsbewilligung oder -verweigerung, die von Versicherten bei einer Krankenversicherung ähnlich wie der Hausrat- oder Haftpflichtversicherung so erlebte „Kulanz.“

Welche Bedeutung hat nun die Wahrnehmung von Kassendifferenzen für die Neigung zum Kassenwechsel bzw. die Abneigung gegenüber einem solchen Schritt? Die multivariaten Analysen haben gezeigt, dass hier für zwei der vier betrachteten Indikatoren signifikante Zusammenhänge nachweisbar sind: Aktuelle Wechselneigungen ($p < 0,01$) und Wechselabsichten in den letzten drei Jahren ($p < 0,05$). Für die Interpretation dieses Zusammenhangs gilt eine ähnliche Einschränkung wie jene, die weiter oben für den Aspekt „Einschätzung der Einsparmöglichkeiten durch einen Kassenwechsel“ gemacht wurde: Es ist empirisch nicht belegbar, ob Versicherte zunächst (durch Medienberichte, Erzählungen im Freundes- oder Kollegenkreis) sensibilisiert wurden für Leistungs- und Kostenunterschiede zwischen einzelnen Kassen und daraufhin dann eine Tendenz zum Kassenwechsel heranreift, oder ob umgekehrt zunächst eine Absicht zum Wechsel entsteht, etwa aus Verärgerung über Leistungsablehnungen oder erlebte Service-Defizite,

und ob diese Negativerfahrung dann generalisiert wird zu einem allgemeinem Urteil: „Es gibt gute Kassen und es gibt schlechte Kassen“.

3.2.4.5 *Kenntnis der GKV-Rahmenbedingungen*

Hinsichtlich der Kenntnis rechtlicher Rahmenbedingungen und Modalitäten bei einem Kassenwechsel zeigt sich einerseits, dass sachlich völlig falsche Annahmen eher die Ausnahme sind. Jeweils nur etwa 8% bis 16% der Befragten unterliegen dem Irrtum, dass Anträge auf eine neue Mitgliedschaft von einer Kasse auch abgelehnt werden können, dass bei einem Kassenwechsel „angesparte“ Beiträge verloren gehen, dass die Beitragssatzhöhe von Alter und Gesundheitszustand abhängt oder dass der Umfang von der Kasse gewährter Leistungen bei neuen Mitgliedern geringer ist als bei langjährigen Mitgliedern. Gleichzeitig wird aber auch deutlich, dass hier „Weiß-nicht-Antworten“ in teilweise recht erheblichem Maß auftauchen. Dies betrifft insbesondere die Vermutung des „Ansparens individueller Beiträge“ (45% „Weiß-nicht-Antworten“) und die Annahme, dass Kassen auch Anträge von Versicherten auf Neumitgliedschaft ablehnen können (34% „Weiß-nicht-Antworten“). Bei den übrigen beiden Merkmalen beträgt diese Quote 17% bzw. 18%.

Nimmt man Fehlannahmen und „Weiß-nicht-Antworten“ zusammen, dann liegt die Quote der Unkenntnis zwischen 30% (Beitragssatzhöhe in Abhängigkeit von Alter und Gesundheitszustand) und 59% (Verlust angesparter Beiträge bei einem Wechsel). Ein „Pisa-Test“ über die Grundlagen der GKV würde demzufolge eher ernüchternde Ergebnisse zeitigen: Nur jeder Dritte (35%) beantwortet drei oder vier (von vier) Fragen richtig und korrekte Antworten auf alle vier Fragen geben lediglich 20% der Versicherten.

Das Bildungsniveau hat in dieser Frage zwar einen statistisch signifikanten Effekt, quantitativ deutlicher wirkt sich allerdings die mit dem Bildungsniveau hoch korrelierende Einkommenshöhe aus. Auch ein früherer Kassenwechsel zeigt deutliche Effekte. Letzteres bedeutet, dass erst die konkrete persönliche Auseinandersetzung mit einem Kassenwechsel bzw. die Umsetzung einer solchen Entscheidung auch die Kenntnisse über die GKV erweitert und von Irrtümern befreit. Versicherte, die nie die Kasse gewechselt und auch nie mit dem Gedanken daran gespielt haben, unterliegen in hohem Maße falschen Annahmen oder latenten Befürchtungen, die auch als Barriere für einen

Wechsel bedeutsam sein können. Die vorgegebenen Statements implizieren ja als (subjektiv vermutetes) Risiko, dass bei einem Kassenwechsel „angesparte Beiträge“ verloren gehen könnten, die Beitragshöhe steigen, der Leistungsumfang reduziert werden und/oder ein Wechsel abgelehnt werden könnte.

Wenn man andere Aspekte wie Kenntnisse etwa über den Beitragssatz hinzunimmt, ergeben die Befragungsergebnisse damit ein widersprüchliches Bild: Im Durchschnitt recht genaue Kenntnisse über die Beitragssatzhöhe und potentielle Ersparnisse bei einem Kassenwechsel kontrastieren mit insgesamt eher mangelhaften Kenntnissen über rechtliche Bedingungen, die von sehr vielen Versicherte als potentielle Risiken eines Kassenwechsels befürchtet werden. Diese Disparitäten des Kenntnisstandes spiegeln allerdings recht genau jene Themenpalette wider, die in den Medien über die Gesetzliche Krankenversicherung vorherrscht. Während man Basiskenntnisse über die Prinzipien der GKV nirgendwo findet, sondern nur gesundheitspolitische und wissenschaftliche Beiträge über eine zukünftige Neuordnung, muss man nur einmal im Internet das Suchwort „GKV“ oder „Krankenkassen“ eingeben um Dutzende von Seiten zu finden, die über unterschiedliche Beitragssätze Gesetzlicher und Privater Krankenkassen und mögliche Einsparsummen informieren.

Mit dem sehr hohen Maß an Unkenntnis über Regelungen und Rechte bei einem Kassenwechsel und damit dem von vielen Versicherten als hoch eingestuften Risiko von Wechselsanktionen (eigene Beiträge gehen verloren, Neumitgliedern werden nicht alle Leistungen gewährt etc.) stellt sich die Frage, inwieweit sich dies auch in den Indikatoren zur Wechselneigung niederschlägt. Die multivariate Analyse hat hier gezeigt, dass solche irrtümlich vermuteten Risiken tatsächlich bei zwei der vier analysierten Wechsel-Indikatoren signifikante Effekte zeitigen, bei aktuellen Wechselneigungen ($p < 0,01$) und Wechselneigungen innerhalb der letzten drei Jahre ($p < 0,05$).

Die Kassenzufriedenheit ist für eine aktuelle Wechselneigung der stärkste Einflussfaktor. Interessant aber ist auch der kombinierte Einfluss dieser Variable und der wahrgenommenen Wechselsanktionen aufgrund irrtümlicher Vermutungen über Regelungen und Rechte beim Kassenwechsel. Wechselsanktionen spielen bei vollkommener und sehr hoher Kassenzufriedenheit so gut wie keine Rolle. Erst bei einer eingeschränkten

Zufriedenheit wird dieser Effekt deutlich. In der Extremgruppe (weder zufrieden, noch unzufrieden mit der Kasse) variiert dann die aktuelle Wechselneigung um rund 40 Prozentpunkte, je nachdem, ob Versicherte sehr vielen oder wenig bzw. keinerlei Irrtümern aufsitzen über potentielle Nachteile bei einem Kassenwechsel.

Zusammenfassend ist damit festzustellen, dass irrtümliche Vermutungen von Versicherten über Nachteile, die durch einen Kassenwechsel entstehen, eine überaus nachhaltige Wechsel-Barriere darstellen. Eine Detailanalyse für die vier einzelnen Vermutungen (Ablehnung neuer Mitglieder, unterschiedliche Beitragssätze für Versicherte nach Alter und Gesundheit, unterschiedliche Leistungen je nach Dauer der Mitgliedschaft, Verlust angesparter Beiträge beim Wechsel) zeigt dabei, dass der Effekt dieser Irrtümer auf die Wechselbereitschaft etwa gleich hoch ist (die Korrelationen mit der aktuellen Wechselneigung liegen alle vier zwischen 0,12 und 0,14). Besonders nachhaltig wirken sich die Annahmen jedoch aus, wenn ein Versicherter von mehreren falschen Annahmen zugleich ausgeht.

3.2.4.6 Persönliche Bindungen an die jetzige Kasse

Auch persönliche Bindungen, die zu Mitarbeitern der jetzigen Kasse im Rahmen von Telefonkontakten und Informationsgesprächen entstanden sind, können eine Wechselbarriere darstellen. Durch solche intensiveren oder häufigeren Kontakte kann eine gewisse „Loyalität“ zur Kasse entstehen oder zumindest ein bestimmtes Maß an kommunikativer Sicherheit dadurch, dass man Ansprechpartner namentlich kennt. Für die in der Befragung zu diesem Aspekt vorgegebenen Statements ergeben sich einerseits sehr hohe Zustimmungsraten, wenn man sehr allgemeine Merkmale der Bindung an die jetzige Kasse anspricht. So antworten 90%, sie hätten sich an ihre Kasse gewöhnt, 91%, sie würden ihrer Kasse vertrauen und 90% sehen keinen Grund, ihre Kasse zu wechseln.

Deutlich niedriger sind auf der anderen Seite die Zustimmungsqoten zum Statement „Ich habe eine persönliche Bindung zu einem oder mehreren Mitarbeitern meiner Kasse“. Hier sagen nur rund 20%, dass dies für sie zutrifft, darunter 8%, dass es für sie voll zutrifft. Während also nur etwa jeder Fünfte eine auf persönlicher Kenntnis von Mitarbeitern basierende Bindung an die Kasse erkennen lässt, gelten andererseits für neun

von zehn Versicherten sehr allgemeine Begründungsmuster des Kassenverbleibs: Gewöhnung, grundsätzliches Vertrauen, fehlende Unzufriedenheit oder Wechselanreize.

Für das Merkmal „Loyalität zur jetzigen Kasse aufgrund persönlicher Bindungen“ hat sich in der multivariaten Analyse für keinen der vier Wechselindikatoren ein signifikanter Einfluss auf die Wechselneigung ergeben. Zwar zeigt bei einer bivariaten Analyse (durch Korrelation oder Kreuztabellen) dass dieses Merkmal einen gewissen Einfluss auf die Wechselindikatoren hat – die Korrelationen liegen zwischen 0,01 und 0,09. Allerdings ist dieser Effekt daraus erklärbar, dass Ältere, chronisch Erkrankte und Versicherte mit eher niedrigem Bildungsniveau und niedrigem Einkommen auch eine höhere Loyalität zur Kasse aufweisen – eben diese Variablen sind jedoch zugleich sehr viel stärkere Einflussfaktoren für die Wechselneigung.

3.2.4.7 Antizipation eines persönlich hohen Aufwands beim Kassenwechsel

Für bestimmte Versichertengruppen kann ein Kassenwechsel einen zumindest subjektiv so empfundenen erheblichen Aufwand bedeuten, durch die notwendigen Aktivitäten zur Informationsbeschaffung über Leistungs- und Kostenunterschiede und die Auswertung und Bilanzierung dieser Informationen nach persönlich relevanten Kriterien wie Beitragssatz, Nähe einer Geschäftsstelle oder Kassenleistungen im Bereich alternativer Heilmethoden. Darüber hinaus kann aber auch – insbesondere bei mangelnder Erfahrung im Schriftverkehr oder unzureichender Routine im Ausfüllen von Formularen – die Prozedur der Antragstellung selbst als zeitaufwändig und kognitiv anstrengend wahrgenommen werden.

Daher sind in der Befragung auch einige Statements vorgegeben, die diesen Aspekt thematisieren. Hier zeigt sich zunächst, dass etwa 50% der Versicherten die Aktivitäten vor einem Kassenwechsel als sehr anstrengend und lästig empfinden. Dem Statement „Sich vor einem Kassenwechsel zu informieren, ist sehr mühsam und zeitaufwändig“, stimmen insgesamt 70% zu. Und eine Unkenntnis darüber, wo man sich vor einem Kassenwechsel informieren kann, wird von 50% artikuliert.

Etwa die Hälfte der Befragten erachtet also den intellektuellen und zeitlichen Input für einen Kassenwechsel als recht hoch. Die naheliegende Vermutung, dass diese Orientie-

rung sich bei unteren Sozialschichten und Versicherten mit niedrigem Bildungsniveau häufiger findet, lässt sich allerdings im Rahmen einer multivariaten Analyse nicht bestätigen. Auch andere mit intellektuellen Fertigkeiten und Gewohnheiten korrespondierenden Variablen wie z.B. die Stellung im Beruf zeigen keinen Einfluss. Ableiten lässt sich daraus, dass die Fragenformulierung mit hoher Wahrscheinlichkeit keine tief wurzelnden Vorbehalte oder gar Ängste gegenüber Antragsformalitäten und Informationsanstrengungen erfasst, sondern eher eine flüchtige Meinungsbekundung darstellt, für die dann aber keine allgemeineren (sozio-ökonomischen, einstellungs- oder verhaltensbezogenen) Einflussvariablen mehr aufgezeigt werden können.

Die Hypothese, dass die angesprochenen Vorbehalte und Wahrnehmungen eines hohen persönlichen Aufwands bei einem Kassenwechsel gleichwohl auch als Wechselbarrieren wirksam sind, konnte in der multivariaten Analyse nicht bestätigt werden. Für keinen der vier einbezogenen vier Wechsel-Indikatoren zeigt sich ein signifikanter Zusammenhang. Auch wenn man die drei oben beschriebenen Statements in einer bivariaten Analyse einzeln betrachtet, sind die Effekte sehr niedrig. Die Korrelationen zwischen der Zustimmung zu den drei Statements und den vier Wechselindikatoren schwanken zwischen einem Wert von 0,01 und 0,10, bei einem mittleren Koeffizienten von etwa 0,05.

Zusammengefasst bedeutet dieses Ergebnis, dass etwa jeder zweite Befragte die Formalitäten für einen Kassenwechsel als aufwändig bewertet. Gleichwohl scheint dieser zeitliche oder intellektuelle Aufwand nicht so groß und bedrohlich zu sein, dass er schon *eo ipso* als eine massive Barriere für einen Kassenwechsel fungiert. Vielmehr scheint diese Formalität eher den Charakter einer lästigen Pflichtübung zu haben, die man zwar nur ungern auf sich nimmt, für den Fall jedoch, dass ein angestrebter und beschlossener Kassenwechsel andere Gratifikationen mit sich bringt, ist man zur Übernahme der damit einhergehenden Verpflichtungen durchaus bereit.

3.2.4.8 Skepsis hinsichtlich der Verbesserungschancen durch einen Kassenwechsel

Die Bedeutung einer grundlegend skeptischen Haltung gegenüber einem Kassenwechsel, wie sie begründet sein kann in Irrtümern oder Fehleinschätzungen der Risiken bei einem Wechsel oder auch einer Wahrnehmung, die zwischen Kassen keine nennens-

werten Unterschiede im Kosten- oder Leistungsbereich erkennt, wurden bereits weiter oben dargestellt. In der Erhebung wurden noch einige weitere Nuancierungen solcher Wahrnehmungsmuster überprüft. Große Zustimmung finden auf der einen Seite sehr allgemein gehaltene Statements, wie z.B. „Ich zweifle daran, dass andere Kassen besser sind als meine“ (74% Zustimmung). Konkrete und auf einzelne Risiken bezogene Aussagen finden sich andererseits nur bei einer Minderheit der Versicherten: Zweifel daran, dass eine andere Krankenkasse sie aufnehmen würde, äußern 24%. Über schlechte Erfahrungen anderer bei einem Kassenwechsel berichten ebenfalls 24%, darunter 7% voll und ganz. Dies ist ein überraschend hoher Wert.

Deutlich wird damit erneut, dass eher allgemeine und kaum auf konkrete Erfahrungen bezogene Einstellungsmuster in der Befragung sehr viel größere Zustimmung finden, wenn es um die Frage geht, warum Versicherte sich eher als kassenloyal darstellen und wenig interessiert an Angeboten und potentiellen Vorteilen anderer Kassen sind. Deutlich geworden war dies bereits weiter oben mit Zustimmungsraten von etwa 90% zu Statements, in denen die Gewöhnung an die jetzige Kasse, das Vertrauen in die Kasse und subjektiv fehlende Gründe für einen Wechsel genannt waren. Im Vergleich dazu sind nur sehr kleine Versichertengruppen gefunden worden, die einem Kassenwechsel aufgrund persönlicher Bindungen an Kassenmitarbeiter ablehnend gegenüberstehen oder aufgrund konkreter Negativerfahrungen im Freundes- oder Verwandtenkreis.

Bei der Frage nach einer stärkeren Verbreitung solch skeptischer Einstellungen zeigt sich, dass Versichertengruppen, die als „schlechte Risiken“ aufgrund höherer Leistungsausschöpfung betrachtet werden, hier häufiger solche Meinungen artikulieren, die Wechselvorbehalte mit sich bringen: Ältere, Rentner, Versicherte mit niedrigem Einkommen oder Bildungsniveau, chronisch Erkrankte und Versicherte mit schlechtem Gesundheitszustand. Allerdings ist dieser Befund nicht besonders aufschlussreich: Dass die genannten Versichertengruppen höhere mentale Vorbehalte gegen einen Kassenwechsel in sich tragen, korrespondiert voll und ganz mit dem schon aus vielen anderen Studien berichteten Befund, dass es auch exakt diese Gruppen sind, die bislang eine sehr starke Immobilität (oder positiv: Kassentreue) aufgezeigt und nur unterdurchschnittlich die Kasse gewechselt haben.

Aus diesem Grund, aber auch aufgrund der Erwägung, dass eine „Skepsis hinsichtlich der Verbesserungschancen durch einen Kassenwechsel“ hinsichtlich der Motive und Einstellungen weitgehend deckungsgleich ist mit einer sehr geringen Neigung zum Kassenwechsel, wurde – um Tautologien zu vermeiden – dieser Indikator als Gesamteinstellung in der multivariaten Analyse zur Wechselneigung nicht berücksichtigt. Bei einer Detailanalyse zeigt sich allerdings auch, dass die Zustimmung zum einzelnen Statement „Kenntnis von Negativerfahrungen anderer bei einem Kassenwechsel“ keinen Einfluss hat auf die Wechselneigung.

Zusammenhänge der Indikatoren zur Wechselneigung untereinander

Die Übersicht über die vier Wechsel-Indikatoren und das Ausmaß der Wechselneigung hat erhebliche Differenzen zutage gebracht, die noch einmal kurz wiedergegeben seien:

Es haben in den letzten 12 Monaten die Kasse gewechselt	4%
Es haben in den letzten 3 Jahren die Kasse gewechselt	12%
Seit 1996 haben die Kasse gewechselt	27%
Es artikulieren eine Wechselabsicht in diesem Jahr (bestimmt oder vermutlich).....	6%
Wechselabsicht in diesem Jahr (bestimmt, vermutlich ja oder vermutlich nein).....	32%
Wechselabsicht in den letzten drei Jahren (ja)	16%
Wechselneigung bei besserem Angebot anderer Kassen (trifft eher zu oder voll zu).	48%
Wechselneigung zu fiktiver Kasse (ein oder mehrere Kassen angekreuzt)	62%

Trotz dieser massiven Differenzen ist (im Rahmen einer Faktorenanalyse) auch deutlich geworden, dass das Antwortverhalten auf jene Fragen, die den Wechselindikatoren zugrunde liegen, nicht von völlig unterschiedlichen Meinungen, Erfahrungen oder Interessen gesteuert wird, sondern von einem gemeinsamen und übergeordneten Einflussfaktor. Zu erinnern ist bei der Interpretation dieses Ergebnisses aber auch noch einmal daran, dass sogar 55% derjenigen, die einen geplanten Kassenwechsel im kommenden Jahr definitiv bestreiten (Antwort: „sicher nein“), im DCE eine oder mehr Kassen ankreuzen, für die sie ihre jetzige Kasse verlassen würden.

Die geringe Wechselneigung, die bei der Frage nach konkreten Wechselplänen im kommenden Jahr deutlich wird, ist auch Effekt einer von den Versicherten wahrgenom-

menen Alternativlosigkeit oder Gleichförmigkeit in der Kassenlandschaft. Die im DCE weiter reichende „Angebotspalette“ (fiktiver) Kassen bewirkt dann auch eine größere Wechselneigung, weil dort im Unterschied zur realen Kassenlandschaft noch andere, derzeit nicht vorfindbare attraktive Merkmalskombinationen zur Auswahl stehen oder (aufgrund von Informations- und Marketingmängeln) nicht als solche wahrgenommen werden.

Allerdings muss man diese Wechselneigung wohl eher interpretieren als zunächst unverbindliches Interesse der Versicherten, das noch keine klare Festlegung oder Entscheidung beinhaltet – auch wenn im Fragebogen nicht ein unverbindliches Interesse, sondern eine Wechselentscheidung gefordert wird („Für welche der hier beschriebenen Kassen würden Sie Ihre eigene Krankenkasse verlassen?“). Wie es scheint, wird diese Frage aber nicht so verbindlich interpretiert. Es ist denkbar, dass die zuvor betriebene Präsentation real nicht existenter Kassen den Eindruck eines eher spielerischen „Experiments“ hervorgerufen hat, das zu spontan-assoziativen Antworten herausfordert, nicht aber zu einer Entscheidung, die auch in der realen Situation des Befragten Geltung hat.

3.2.4.9 Gesundheitszustand und Wechselneigung

Der Gesundheitszustand hat sich im Rahmen der Analysen nicht als signifikanter Einflussfaktor für die artikulierte Wechselneigung und auch nicht für bislang vollzogene Wechsel herausgestellt. Das ist von Bedeutung, denn die Fragestellung nach Möglichkeiten zu einer Intensivierung des Kassenwechsels als Modus der Interessenartikulation ist an die Bedingung geknüpft, dass dieses Wechselverhalten sich nicht auf den Kreis „guter Risiken“ beschränkt.

Diese Feststellung gilt ebenso für den Indikator „chronische Erkrankung“. Auch hier wird deutlich, dass für einzelne Indikatoren und Altersgruppen durchaus feststellbar ist, dass die Wechselneigung der chronisch Erkrankten niedriger ausfällt als die der gesunden Befragungsteilnehmer. Es finden sich jedoch auch einzelne gegenläufige Tendenzen, und ebenso zeigen sich für die Wechselneigung teilweise keine Unterschiede beim Vergleich chronisch Erkrankter und nicht Erkrankter derselben Altersgruppe.

3.3 Diskussion und Schlussfolgerungen

In der Einleitung wurden folgende Funktionsbedingungen für den Exit-Mechanismus formuliert: Vorhandensein attraktiver Alternativen, Markttransparenz und hinreichender Informationsstand der Versicherten, geringe Wechselkosten, optimale Wechselbereitschaft bei Existenz attraktiver Alternativen, Interesse der Kassen an Maximierung der Versichertenzahl und kein Einfluss Dritter auf die Wahlentscheidung des Versicherten.

Gegenstand der empirischen Überprüfung des vorstehenden Kapitels 3 waren dabei nur die ersten vier Funktionsbedingungen. Dabei zeigte sich, dass die Leitfrage der empirischen Untersuchung, ob eine hinreichend große Wechselbereitschaft der Versicherten besteht, um über den Exit-Mechanismus Druck auszuüben, grundsätzlich bejaht werden kann. Hervorzuheben ist hierbei, dass dies für alle Versichertengruppen gilt. Selbst bei sozial schwächeren Versichertengruppen ist noch eine beachtliche grundsätzliche Wechselbereitschaft erkennbar. Wenn sich diese nicht in entsprechenden Wechselquoten niederschlägt, liegt dies an unzureichenden Alternativen und zu hohen Wechselbarrieren.

Kassenwechsel erfolgt derzeit vor allem, um Beiträge einzusparen. Die Befragung ebenso wie das DCE haben erneut bestätigt, dass der Beitragssatz in den Augen der Versicherten überragende Bedeutung für die Wahl der Krankenkasse hat. Allerdings bleibt die Frage nach dem Trade-off zwischen Beitragssatz und spezifischen Versorgungsformen solange fiktiv, wie die Angebote der Kassen in diesem Bereich nur wenig streuen. Es bleibt daher – hinsichtlich des Ziels einer Optimierung von Versorgungsstrukturen – zu hoffen, dass die Bedeutung von Versorgungsstrukturen für die Kassenwahl zunimmt, wenn auch die Vielfalt der Versorgungsangebote wächst.

Hinsichtlich des Informationsstands hat die Befragung ergeben, dass etwa Kenntnisse über den Beitragssatz besser sind, als dies allgemein vermutet wird. Dennoch stellen fehlende und falsche Informationen eine große Wechselbarriere dar: Falsche Vorstellungen über mögliche negative Folgen eines Kassenwechsels sind nämlich weit verbreitet. Hier ergeben sich Anknüpfungspunkte für eine Erhöhung der Wechselbereitschaft durch bessere Information der Versicherten.

Hervorzuheben sind abschließend aber auch die Funktionsdefizite, die nicht Gegenstand der empirischen Untersuchung waren, weil sie auf Seiten der Kassen liegen. Solange der Risikostrukturausgleich (RSA) nicht perfektioniert ist und solange die Kassen daher gar kein oder kein genügendes Interesse an der Versicherung „schlechter Risiken“, also insbesondere der chronisch Kranken haben, wird sie auch ein massiver Verlust von Mitgliedern mit schlechten Risiken nicht dazu bewegen, ihre Versorgungsangebote zu verbessern. Die Reform des RSA ist daher von zentraler Bedeutung, soll die Funktionalität des Exit-Mechanismus verbessert werden.

4 Bernard Braun, Martin Buitkamp, Daniel Lüdecke Selbstverwaltung als Mechanismus zur Durchsetzung von Versicherteninteressen

4.1 Systematische Bedeutung von „Voice“ als Repräsentationsmodus

4.1.1 Institutionelle Grundlagen

Sozialversicherung und Selbstverwaltung sind in der Geschichte der deutschen Sozialversicherung zwei untrennbar miteinander verbundene Begriffe. Grundgedanke der Sozialversicherung war, die Versichertengemeinschaft als eigenständige Selbsthilfe-Körperschaft einzurichten und sie durch Beiträge zu finanzieren. Tragendes Prinzip der Sozialversicherung ist die Mitwirkung und Mitbeteiligung der Betroffenen durch Organe, in die sie ihre gewählten Vertreter entsenden.

Eine strukturverändernde Reform der Selbstverwaltung in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gab es zuletzt mit dem Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) von 1993. Die wichtigsten Merkmale dieser Reform waren:

- Die Abschaffung der Zweigliedrigkeit der Selbstverwaltung. An die Stelle der aus Wahlen hervorgehenden Vertreterversammlung und des von der Vertreterversammlung gewählten Vorstandes trat der gewählte Verwaltungsrat.
- Die Wahl des hauptamtlichen Vorstands für 6 Jahre durch den Verwaltungsrat.
- Konzentration der Aufgaben des Verwaltungsrates auf Fragen von grundsätzlicher Bedeutung.
- Die vorübergehende Einführung von Regionalbeiräten mit allerdings höchstens beratender Funktion.

Bei der vor allem mit dem Gesundheitssystem-Modernisierungsgesetz (GMG) von 2004 erfolgten Verlagerung von immer mehr wichtigen Aufgaben der Leistungssteuerung in den „Gemeinsamen Bundesausschuss“ (GemBA), also ein Organ der so genannten gemeinsamen Selbstverwaltung, und bei der durch das Wettbewerbsstärkungsgesetz (WSG) von 2007 mit dem Gesundheitsfonds neu konzipierten Zukunft der Finanzierung

der GKV handelt es sich um Strukturveränderungen, die direkt und mittelbar auch eine Veränderung der Position und der Handlungsmöglichkeiten der gewählten Selbstverwaltung bedeuten. Mangels entsprechender empirischer Untersuchungen muss man es aber zurzeit bei diesem allgemeinen Hinweis bewenden lassen.

4.1.2 Selbstverwaltung in der GKV

In einer systemischen Betrachtung steht die Selbstverwaltung in der gesetzlichen Krankenversicherung zwischen dem *Staat*, der das Gesundheitssystem und das System der gesetzlichen Krankenversicherung gesetzlich regelt, und dem *Markt* von Nachfragern nach gesundheitlicher Versorgung und den Anbietern von Gesundheitsleistungen. Die Ziele der sozialen Selbstverwaltung¹⁷ sind nach Albeck (1984: 9) „die Gesellschaftsmitglieder vor einer unzumutbaren Verschlechterung ihrer Lebenslage oder überhaupt vor unzumutbaren Existenzbedingungen zu schützen“ (sozialpolitisches Ziel), dabei „den sozialen Schutz so zu gestalten, dass er den (marktwirtschaftlichen) Produktionsprozess und damit die materielle Grundlage für soziale Sicherungsmaßnahmen nicht beeinträchtigt, sondern eher fördert“ (Beachtung wirtschaftspolitischer Nebenbedingungen) und die „Machtdekonzentration und Sicherung privater Freiheitsräume, wie es u.a. im Subsidiaritätsprinzip zum Ausdruck kommt“ (gesellschaftspolitisches Ziel). Bezogen auf den Bereich der GKV bedeutet dies die Aufgabe der Organisation einer effektiven und effizienten Gesundheitsversorgung für die Versicherten und Patienten unter Einbeziehung/Mitwirkung der Betroffenen (Versicherte, Patienten, Leistungserbringer). Als Körperschaften öffentlichen Rechts besitzen die Träger der Selbstverwaltung dabei eine durch die gesetzlichen Vorgaben begrenzte Autonomie.

Die intermediäre Position der Selbstverwaltung in der GKV bedeutet, dass sie der Ort für die Schnittstellen der verschiedenen Interessen im Feld der Gesundheitsversorgung ist. Die Interessen des Staates, der Versicherten, der Leistungsanbieter und der Versicherungsträger prallen hier aufeinander. Da die Finanzierung der Krankenversicherung an das Arbeitsverhältnis gekoppelt ist, stehen sich weiterhin Arbeitnehmer- und Arbeitgeberinteressen gegenüber. Das Basisorgan der Selbstverwaltung ist an der Schnittstelle

¹⁷ Soziale Selbstverwaltung bezeichnet die Form der Selbstverwaltung im Bereich der sozialen Sicherung.

Versicherte – Versicherungsträger/Arbeitnehmer – Arbeitgeber („Kassenselbstverwaltung“) angesiedelt, darauf baut die „gemeinsame Selbstverwaltung“ auf, die die Schnittstelle Leistungserbringer – Versicherungsträger repräsentiert. Die Versicherungsträger vertreten in der gemeinsamen Selbstverwaltung die Interessen der Versicherten.

Die Hauptaufgabe der Kassenselbstverwaltung in der GKV besteht darin, die Interessen der Versicherten und der sie vertretenden Verbände im Handeln der Kassen zur Geltung zu bringen. Insofern ist die Selbstverwaltung in erster Linie die kollektive Interessenvertretung der Versicherten. Die Maxime des Handelns ist dabei „die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu verbessern“, indem sie den Versicherten „Leistungen unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes [...], soweit diese Leistungen nicht der Eigenverantwortung der Versicherten zugerechnet werden“ zur Verfügung stellen (§§ 1 und 2 SGB V).

Grenzen findet die Vertretung in den Ansprüchen der anderen Akteure in dem oben skizzierten Kräftefeld. Die Vertretungs- und Mitbestimmungsinstitution Selbstverwaltung kann grundsätzlich von zwei Seiten in Frage gestellt werden: von der Seite des Staates und der Seite des Marktes. Staatlich-administrative Eingriffe zu Lasten der Selbstverwaltung sind häufig und beschränken die Handlungsfreiheit der Krankenkassen. Durch die zunehmende Einführung von Marktmechanismen im GKV-System, wie z.B. bei privaten Krankenversicherungen, kann der kollektiven Interessenvertretung der Versicherten durch die Selbstverwaltung die Legitimation entzogen werden, indem die Versicherteninteressen zunehmend privatisiert und über das Medium Geld vermittelt werden.

Die Möglichkeit der Versicherten, die Institution Selbstverwaltung in Frage zu stellen (Abwanderung aus dem GKV-System), ist gesetzlich auf bestimmte Bevölkerungsgruppen (Einkommen oberhalb der Bemessungsgrenze, Selbständige, Beamte) beschränkt. Eine sich u.a. in niedrigen Beteiligungen an stattfindenden Sozialwahlen ausdrückende sinkende Akzeptanz des Vertretungssystems Selbstverwaltung kann jedoch die Legitimation der Institution aushöhlen.

4.2 Selbstverwaltung der gesetzlichen Krankenkassen

Auch hier hat es eine Neuregelung gegeben, die mit dem GSG 1993 beschlossen wurde und 1996 in Kraft trat.¹⁸ Vor 1996 waren die Organe der Selbstverwaltung in der GKV die ehrenamtliche *Vertreterversammlung* und der von der Vertreterversammlung gewählte, ebenfalls ehrenamtliche *Vorstand*. Für das laufende Verwaltungsgeschäft war ein – von der Selbstverwaltung praktisch auf Arbeitslebenszeit angestellter – hauptamtlicher Geschäftsführer zuständig. Diese Konstruktion erwies sich zunehmend als dysfunktional für die Organisation und behinderte notwendige Innovationen bei den Kassen: Ein ehrenamtlicher Vorstand, der die Leitlinien des Kassenhandelns bestimmt, war bei beginnendem Wettbewerb zwischen den Krankenkassen und notwendigen Marketing-Strategien einerseits überfordert, andererseits verselbständigte sich die Position des – zudem kaum absetzbaren – Geschäftsführers gegenüber der Selbstverwaltung. Eine Folge davon war, dass sich „insbesondere die Vertreterversammlung, ob aus eigenem Antrieb oder geschickt darauf hingelenkt, häufig in die so genannten ‚laufenden Geschäfte‘ eingemischt (beliebt war z.B. der mit Unmassen von Details betraute Bauausschuss) und so ein Teil ihrer Energie für die Repräsentation von Versicherteninteressen verloren [hatte; Einfügung des Autors]“ (Braun 2002).

Letzterem begegnete der Gesetzgeber, indem er *erstens* einen *hauptamtlichen* Vorstand mit bis zu drei Mitgliedern installierte, der vom Verwaltungsrat (ehemals Vertreterversammlung; nach wie vor ehrenamtlich und von den Kassenmitgliedern alle sechs Jahre gewählt) alle sechs Jahre neu gewählt wird. Dieser Vorstand bekam zusätzlich die Aufgaben des ehemaligen Geschäftsführers, die Verwaltung und die gerichtliche und außergerichtliche Vertretung der Krankenkasse, zugewiesen. Die nötige Professionalität des Vorstandes („Managerfunktion“) sollte dadurch gewährleistet werden, dass der Verwaltungsrat bei seiner Wahl darauf zu achten hat, „dass die Mitglieder des Vorstands die erforderliche fachliche Eignung zur Führung der Verwaltungsgeschäfte besitzen auf Grund einer Fort- oder Weiterbildung im Krankenkassendienst oder einer Fach- oder Hochschulausbildung sowie in beiden Fällen zusätzlich auf Grund mehrjähriger

¹⁸ Nur bei den Orts-, Betriebs- und Innungs-Krankenkassen sowie den Ersatzkassen; bei den anderen Krankenkassen und in den anderen Sozialversicherungszweigen blieb es bei der alten Regelung. Die Änderungen finden sich im SGB IV unter den §§ 33, 35, 36, 43, 44 und 89.

Berufserfahrung in herausgehobenen Führungsfunktionen“ (§ 35a, Abs. 6 SGB IV). Die Gründe für eine Amtsenthebung wurden um die Gründe „Unfähigkeit zur ordnungsgemäßen Geschäftsführung“ und „Vertrauensentzug durch den Verwaltungsrat“ (§ 35a, Abs. 7 SGB IV) erweitert. *Zweitens* wurde die Tätigkeit des Verwaltungsrats auf „Entscheidungen von grundsätzlicher Bedeutung“ bzw. „sonstige wichtige Anlässe“ (§ 35a, Abs. 2 SGB IV; § 197, Abs. 1 SGB V) beschränkt.

Zusammenfassend ging es dem Gesetzgeber bei der Novelle um eine funktionalere Organisationsstruktur, schnellere Entscheidungswege und höhere Professionalität in der Selbstverwaltung. Dies ging allerdings zu Lasten der Ehrenamtlichkeit in der Selbstverwaltung. In der Begründung zur Gesetzesänderung heißt es: „Durch die Konzentration der Selbstverwaltungsaufgaben auf den Verwaltungsrat als einziges Selbstverwaltungsorgan wird, zusammen mit der [...] Reduzierung der Mitgliederzahl [...], eine rasche und flexible Entscheidungsfindung gewährleistet.“ (Deutscher Bundestag 1992: 128).

Die jetzt in der GKV vorherrschende Einbindung der Kassenselbstverwaltung in die Organisation der Krankenkasse und ins Gesundheitssystem lässt sich folgendermaßen charakterisieren: Die Verwaltungsräte sind das – demokratisch gewählte – Parlament oder die Legislative der Krankenkassen (oder auch vergleichbar mit dem Aufsichtsrat bei AGs), der Vorstand die Exekutive, der vom Verwaltungsrat gewählt und kontrolliert wird, die laufenden Geschäfte führt und die „Tagespolitik“ macht. Die Verwaltungsräte sitzen sozusagen im „Zentrum“ des Gesundheitssystems, dort, wo die Mitgliedsbeiträge verwaltet und von wo aus wichtige Gremien besetzt werden (z.B. der GemBA).

Die Größe der Verwaltungsräte hängt von der Zahl der Versicherten des jeweiligen Trägers ab, sie beträgt seit 1996 nur noch max. 30 Personen (Arbeitnehmer- plus Arbeitgebervertreter). Die Besetzung des Verwaltungsrates durch Versicherten- und Arbeitgebervertreter ist in der KV grundsätzlich halbe/halbe (*Parität*), Ausnahmen, die auf historischen Bedingungen beruhen, existieren bei:

- Den BKKen: halbe/halbe, die Arbeitgeberseite kann nur mit einer Person vertreten sein, welche aber die Hälfte der Stimmen auf sich vereint. Bei Familienbetrieben ist es aber unmöglich, die entsprechende Anzahl Arbeitgebervertreter zu stellen.

- Der Bundesknappschaft: zwei Drittel (Arbeitnehmer) zu ein Drittel. Diese Struktur basiert auf der früheren Regelung, wonach die Versicherten zwei Drittel der Beiträge aufbrachten.
- Den Ersatzkassen: Ausschließlich Versichertenvertreter. Die Ersatzkassen waren ursprünglich rein privatrechtliche Versicherungsunternehmen mit einem Verhältnis ausschließlich zwischen Versichertem und der jeweiligen Ersatzkasse.

Die Kompetenzen der Verwaltungsräte erstrecken sich auf drei Bereiche: die Beziehung zum Vorstand, externe und interne Regelungen. Der Verwaltungsrat trifft wichtige personalpolitische Entscheidungen und hat ein umfassendes Kontroll- und Informationsrecht gegenüber dem Vorstand:

- Er besetzt den hauptamtlichen Vorstand und kann den Vorstand unter bestimmten Bedingungen absetzen.
- Er hat die Krankenkasse gegenüber dem Vorstand zu vertreten, er hat den Vorstand zu überwachen, er hat über die Entlastung des Vorstands zu beschließen (§ 197, Abs. 1 SGB V) und er kann „sämtliche Geschäfts- und Verwaltungsunterlagen einsehen und prüfen“ (§ 197, Abs. 2 SGB V).
- Er entsendet Delegierte an die Dachverbände/Spitzenverbände der Krankenkassen, welche wiederum Delegierte in den GemBA entsenden.
- Er kann im Rahmen von Modellvorhaben und neuen Versorgungsmodellen über Verträge mit einzelnen Ärzten, Ärztenetzen und anderen Leistungserbringern entscheiden.

Für kasseninterne Regelungen hat der Verwaltungsrat Grundlagenkompetenz:

- Er trifft Grundsatzentscheidungen und beschließt die *Satzung* sowie deren Änderungen (§ 197, Abs. 1 SGB V). In der Satzung der einzelnen Kasse werden die – rechtlich eng begrenzten – Handlungsspielräume der Kasse definiert, z.B. die Einführung von Gestaltungs- und Ermessensleistungen.

- Er stellt den Haushaltsplan fest (§ 197, Abs. 1 SGB V) und entscheidet über die Höhe des Beitragsatzes.
- Er beschließt über die Auflösung der Kasse oder die Fusion mit einer anderen Kasse (§ 197, Abs. 1 SGB V).
- Er soll Fachausschüsse zur Erfüllung seiner Aufgaben einsetzen (§ 197, Abs. 3 SGB V). Diese eröffnen „eine Reihe von Möglichkeiten, das für alle ehrenamtlichen Mitbestimmungsakteure virulente Know-how-Defizit gegenüber den hauptamtlichen Akteuren zu verringern“ (Braun 2002).
- Er kann regionale oder dezentrale selbstverwaltungsähnliche Beiräte bilden und ihre Rechte durch die Satzung regeln. Da aber der zwangsläufig ebenfalls zentralisierte Verwaltungsrat das de jure einzige Entscheidungs- und Legitimationsorgan der Kassen darstellt, waren die früheren Regionalräte oder heutigen Beiräte de facto so etwas wie zahnlose Tiger oder Versorgungseinrichtungen für freigesetzte Ex-Selbstverwalter.

Damit ist der gesetzliche Handlungsspielraum der Kassenselbstverwaltung abgesteckt. Wie die Selbstverwaltung der einzelnen Kasse diesen Spielraum ausgestaltet und wie sie ihre – begrenzte – Autonomie nutzt, wird formell in der Satzung festgeschrieben.

Es lassen sich vier Bereiche identifizieren, in denen die Selbstverwaltung Gestaltungsmöglichkeiten hat:

- Die Gestaltungsmöglichkeiten im Bereich Prävention, Gesundheitsförderung, Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsaufklärung sind relativ groß: Im § 20 SGB V werden die Krankenkassen ausdrücklich aufgefordert, Leistungen zur *primären Prävention* und zum Abbau sozial bedingter Ungleichheit in den Gesundheitschancen in die Satzung aufzunehmen. *Vorsorgeleistungen* im Rahmen von Kuren können bezuschusst und Schutzimpfungen bezahlt werden (§ 23 SGB V).
- Weiterhin können *Leistungen für besonders hilfebedürftige Versicherte* übernommen werden wie erweiterte häusliche Krankenpflege, Haushaltshilfe und die stationäre wie ambulante Versorgung in Hospizen (§§ 37, 38 und 39a SGB V).

- Relativ neu ist die Möglichkeit für die Selbstverwaltung, *differenzierte Versicherungentarife* anzubieten: Ermäßigte Selbstbehalts tarife, Kostenerstattungsmodelle und Beitragsrückzahlungen für ihre Mitglieder und deren mitversicherten Angehörigen (§ 53 SGB V) sowie Bonusmodelle (§ 65a SGB V) für gesundheitsbewusstes Verhalten oder die Teilnahme an Hausarztzentrierter Versorgung, DMPs, Integrierter Versorgung oder an Maßnahmen betrieblicher Gesundheitsvorsorge. Diese Modelle setzen ein höheres Maß an Eigenverantwortung bei den Versicherten voraus. Nach § 194, Abs. 1a SGB V kann die Selbstverwaltung auch private Zusatzversicherungsverträge zwischen ihren Versicherten und privaten Krankenversicherungsunternehmen vermitteln.
- Ein weiterer Bereich mit relativ großen Gestaltungsmöglichkeiten ist die Verbesserung der Versorgungsstrukturen. Modellvorhaben zu neuen Verfahrens-, Organisations-, Finanzierungs- und Vergütungsformen oder zu neuen Leistungen nach § 63 SGB V werden schon seit längerem von den Krankenkassen durchgeführt. Relativ neu und immer noch nicht in jeder Kasse von der Selbstverwaltung umgesetzt ist die Hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V. Im Fall der Modellvorhaben kann die Selbstverwaltung – an der sonst obligatorischen Vertragspartnerschaft zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen nach § 83 SGB V vorbei – selbständig über Verträge mit einzelnen Ärzten, Ärztenetzen und anderen Leistungserbringern entscheiden, im Fall der Hausarztzentrierten Versorgung kann sie das Nähere über die Durchführung der Teilnahme der Versicherten in der Satzung regeln. Die Einführung der weiteren neuen Versorgungsmodelle Strukturierte Behandlungsprogramme (DMPs) und Integrierte Versorgung wird *nicht* in der Satzung der Krankenkasse geregelt; hier hat die Selbstverwaltung folglich keinen direkten Einfluss.

4.2.1 Allgemeine Funktionsbedingungen der Kassenselbstverwaltung

Die wichtigste Funktion der *Voice-Option* ist laut Hirschman, eine Institution (ein Unternehmen) über die *Unzufriedenheit* der Mitglieder (Kunden) zu *informieren*; und zwar – über die Funktion von Exit hinaus – auch über die *Gründe* der Unzufriedenheit. Voice

ist kein dichotomes Verhalten wie Exit, sondern kann verschiedenste Formen annehmen, je nachdem in welchem historisch-gesellschaftlichen Kontext es sich realisiert.

Voice kann als politisches Handeln in verschiedenen Formen auftreten: Analytisch wurde die Unterscheidung in vertikalen und horizontalen Widerspruch (O'Donnell 1986) oder individuellen und kollektiven Widerspruch (Dowding et al. 2000) vorgenommen. „Vertikaler Widerspruch meint, dass sich ein Bürger oder (häufiger) eine Gruppe von Bürgern an die Verantwortlichen wendet, d.h. sich beschwert“ (Hirschman 1989: 173).

Individueller, vertikaler Widerspruch findet sich in der GKV in Beschwerden oder Petitionen, die von einzelnen Personen direkt an die Versicherungsträger (oder indirekt an Aufsichtsbehörden oder an Verbraucherschutzorganisationen) gerichtet werden und auch auf juristischem Wege behandelt werden können.

„Horizontaler Widerspruch hingegen meint die Äußerung und den Austausch von Meinungen, Bedenken und Kritik unter den Bürgern“ (ebd.: 173). Horizontaler kollektiver Widerspruch ist die Meinungsbildung und Interessenformation in der Gesellschaft, die in Bevölkerungsumfragen abgebildet werden kann.¹⁹ Dieser Prozess ist Grundlage für die Formierung vertikalen, kollektiven Widerspruchs. „[...] der vertikale Widerspruch [...] setzt häufig notwendig voraus, dass die Mitglieder Verbindlichkeiten untereinander eingehen und eine Organisation gründen, die ihre Belange energisch vertritt. [...] das angestrebte Ergebnis dieses kollektiven vertikalen Widerspruchs ist dann ein allen zugute kommendes öffentliches Gut“ (ebd.: 174). Kollektiver, vertikaler Widerspruch ist im Gegensatz zu kollektivem horizontalem Widerspruch der Versuch, Macht zu erringen und bestimmte kollektive Interessen durchzusetzen. Daher soll im Folgenden von *organisierter Interessenvertretung* gesprochen werden. Bezogen auf die Selbstverwaltung tritt Voice als kollektiver, vertikaler Widerspruch in der Form kollektiver *Interessenvertretung* (meist über Verbände) auf.

¹⁹ Hirschman (1989: 174) betont, dass kollektiver Widerspruch bereits in horizontaler Dimension Wirkungen hat. Bezogen auf Krankenkassen hieße das, dass diese in Umfragen erhobene negative Bewertungen nicht ohne weiteres ignorieren können.

Im sozialen Interessensfeld der GKV bestehen zwei Komponenten organisierter Interessenvertretung der Versicherten und Patienten. Die Vertretung durch Patientenberatungs- und Verbraucherorganisationen sowie durch Selbsthilfegruppen ist noch relativ jung und bisher nur in geringem Umfang institutionalisiert.²⁰ Braun (2002) sieht in dieser Form der Vertretung das Modell einer „new participation“. Kernelement der „old participation“ (ebd.) und seit 1952 wieder²¹ im bundesrepublikanischen Krankenversicherungssystem verankert ist die institutionalisierte Vertretung von Versicherteninteressen in der Selbstverwaltung der GKV. Das Gremium, in das die Versicherten Interessenvertreter entsenden können, ist seit 1993 als einziges Organ der Verwaltungsrat der einzelnen Krankenkassen.²² Die Interessenvertreter im Verwaltungsrat werden alle sechs Jahre durch Sozialwahlen bestimmt. In der historischen Konkretisierung der Interessenvertretung durch Selbstverwaltung und Sozialwahlen liegen jedoch Restriktionen der Voice-Option, von denen an dieser Stelle die wichtigsten genannt werden sollen:

- Es dürfen ausschließlich *Mitglieder* der GKV die Interessenvertreter wählen; dies waren 1999 71% der Versicherten. Mitversicherte Familienangehörige sind von der Wahl ausgeschlossen.
- Es finden lediglich für einen Teil der GKV-Mitglieder *Urwahlen* statt (1999: 37%). Der Rest der Interessenvertreter wird über „Friedenswahlen“ bestimmt.
- Die Interessenvertreter kommen nur in den seltensten Fällen („Freie Listen“) aus den Reihen der Versicherten selbst²³, in der Regel stellen Verbände die Vertreter.

²⁰ Die Untersuchung dieser Form der Interessenvertretung ist nicht Gegenstand des Forschungsprojektes.

²¹ Mit der bundesrepublikanischen Form der Selbstverwaltung enger oder weiter vergleichbar gab es Selbstverwaltung seit der Gründung der GKV bis zum Jahr 1934. Neben anderen organisatorischen Veränderungen wurde damals das Selbstverwaltungs- durch das Führerprinzip ersetzt.

²² Seit Anfang 2004 existiert innerhalb der Selbstverwaltung eine weitere Voice-Option: 9 Vertreter von Patientenverbänden haben seitdem eine beratende Stimme in der Gemeinsamen Selbstverwaltung.

²³ Sieht man sich die rechtlichen und politischen Voraussetzungen für die Zulassung dieser „Freien Listen“ zur Sozialwahl vor allem im § 48a SGB IV genauer an und auch ihre Praxis, weisen auch sie politisch gewollte Züge von Verbänden auf, wenn sie in der Lage sein sollen, sozial- und berufspolitische Zwecksetzungen verfolgen zu können (vgl. Kruse/Kruse 2006: 50). Wie es dabei mit der direkten Repräsentanz von Versicherten aussieht, hängt dann stark von den Binnenstrukturen dieser Listen ab.

- Bei den meisten Krankenkassen müssen sich die Versichertenvertreter die Macht im „Parlament“ (Verwaltungsrat) mit *Vertretern der Arbeitgeber* teilen.
- Der Verwaltungsrat der Krankenkassen (ehrenamtlich) ist für Entscheidungen von grundlegender Bedeutung zuständig, die „Tagespolitik“ erledigt der hauptamtliche Vorstand.

Eine organisierte, kollektive Interessenvertretung unterliegt nach Hirschman (1989: 175) folgenden besonderen Einflüssen: Es besteht ständig die Gefahr, dass sich die Organisationen zur Interessenvertretung bürokratisieren und von den eigentlichen Basisinteressen entfremden und selbst zum Gegenstand von (vertikalem) Widerspruch oder Abwanderung der Mitglieder werden. Weiterhin kann die institutionalisierte Vertretung von Interessen in einer Gesellschaft dazu führen, dass größere Bevölkerungsgruppen ihre Voice-Option nicht mehr wahrnehmen, weil sie davon ausgehen, dass andere ihre Interessen schon wahrnehmen werden („Trittbrettfahrer“-Verhalten). Hirschman sieht zwar diese Gefahr solch instrumentellen Handelns²⁴, hält sie allerdings nicht für sehr groß, da die Verfolgung von Interessen, die auf kollektive Güter gerichtet sind, attraktiv ist, weil sie „als eine Investition in die Identität von Individuen oder Gruppen“ (ebd.: 175) verstanden werden kann. Beide Einflüsse „machen es wahrscheinlich, dass der Widerspruch stärkeren Schwankungen unterworfen ist als die Abwanderung: Viele Menschen schwanken zwischen instrumentellem und nicht instrumentellem Verhalten hin und her, so dass kollektive Bewegungen deshalb wohl wellenförmige Zuläufe und Abgänge verzeichnen werden“ (ebd.: 175).

Bezogen auf die Selbstverwaltung und die Sozialwahlen in der GKV spielen beide Einflüsse eine große Rolle. Die Tendenz zur Bürokratisierung vor allem durch das Größenwachstum der Kassen als auch durch die mit der freien Kassenwahl geförderte Entfremdung von einstmals betrieblich, berufsständisch oder regional relativ homogenen Versichertenkollektiven ist feststellbar. Ebenso wird die Voice-Option dort, wo sie durch Urwahlen möglich ist, nur von einer Minderheit der Mitglieder (ca. 40% der Wahlberechtigten) tatsächlich wahrgenommen. Hier könnte das bereits oben erwähnte

²⁴ Im Sinne eines Kosten-Nutzen-Kalküls.

Trittbrettfahrer-Verhalten eine Rolle spielen, ebenso wie die konkrete restriktive Ausgestaltung der Sozialwahl oder auch der geringe Bekanntheitsgrad dieser Voice-Option.

Die Sozialwahlen mit einem komplizierten Repräsentationssystem Selbstverwaltung als kollektive²⁵ Voice-Option sind jedenfalls – was die Anforderungen an die Wähler betrifft – relativ voraussetzungsvoll und im Wahlverhalten (einschließlich der Wahlenthaltung) spiegelt sich eine große Bandbreite an Einstellungen und Interessenlagen der Mitglieder zur Krankenkasse und zum GKV-System wider. Bei dieser sehr indirekten Form von Voice (Vertretungssystem, Wahlen in großen zeitlichen Abständen) stehen in stärkerem Maße grundlegende Präferenzen und Einstellungen der Versicherten zur Wahl als das Abstimmen über konkrete Versicherungsprodukte. Insofern muss bei der Beurteilung der Funktionalität der Sozialwahlen und der Selbstverwaltung der dritte von Hirschmann berücksichtigte Faktor Loyalität in der Bedeutung von „Gruppenloyalität“ (Dowding et al. 2000) berücksichtigt werden. Gruppenloyalität betont nach Dowding et al. im Unterschied zur produktbezogenen Markentreue den *sozialen* Aspekt der Loyalität, der sich in der mehr oder weniger starken Identifikation einer Person mit den Werten und Zielen einer Institution (Krankenkasse) ausdrückt. Gruppenloyalität geht somit über ein rationales Kosten-Nutzen-Kalkül hinaus und bedeutet eine – psychologisch gesehen intrinsische – freiwillige Verpflichtung, sich für den Fortbestand der Institution einzusetzen.

4.2.2 Besondere Funktionsbedingungen der Kassenselbstverwaltung

Untersuchungen über den Zustand von sozialen Systemen oder Institutionen, die auf Äußerungen von Akteuren beruhen und damit deren Handlungen zu rekonstruieren versuchen, stehen häufig vor dem Problem, dass die dort beobachteten oder berichteten Aktivitäten oder Nichtaktivitäten auch überwiegend den Subjekten individuell und nicht selten moralisch bewertend oder vorwurfsvoll zugeschrieben werden. In der Folge solcher Zuordnungen erscheint dann auch eine Veränderung der subjektiven und individuellen Sicht- und Handlungsweisen oder der „Mängel“ und des „Fehlverhaltens“ der

²⁵ Zwar ist das Wählen ein individueller Akt, es stehen allerdings Vertreter von Interessenorganisationen (Listen) zur Wahl und die gewählten Vertreter entscheiden letztlich über kollektive Güter, die allen Versicherten zugute kommen.

Akteure als entscheidende Bedingung dafür, die sozialen Systeme und ihre als defizitär wahrgenommenen Zustände zu verändern.

Beides verkürzt und verfehlt allgemein und auch im Falle der hier untersuchten Selbstverwaltung und Selbstverwalter die tatsächliche Komplexität des Geschehens. Es handelt sich beim Handeln in sozialen Systemen immer um Handlungen in oder unter bestimmten Bedingungen oder Vorgaben, die weder willkürlich von den Handelnden genutzt und verändert werden können noch deren Handlungen vollständig determinieren. Strukturen werden hier also im Sinne von Anthony Giddens (1988) „als Ermöglichung *und* als Restriktion des Handelns, als Medium *und* als Resultat der Praxis“ (Hans Joas in Giddens 1988: 14) verstanden.

Für ein besseres Verständnis der von den Selbstverwaltern berichteten Handlungspraxis, ihrer Bewertung und der Voraussetzungen für ihre Veränderung, wollen wir uns daher die Handlungsbedingungen für die Repräsentation durch Selbstverwaltung noch etwas genauer und aktueller betrachten. Diese sind in der GKV, wie im vorhergehenden Abschnitt schon klar geworden ist, schon immer vielfältig und kompliziert gewesen, was sich aber in den letzten anderthalb Jahrzehnten nochmal erheblich vertieft hat. Dabei kann man Bedingungen der Makro- von solchen der Mikroebene unterscheiden.

Schon die Spezifik der *traditionellen* Bedingungen von Selbstverwaltung in der GKV ist durch mehrere Faktoren geprägt: Sie ist nämlich in der weiter unten noch ausführlicher dargestellten Analogie zum Repräsentationsorgan des „Betriebsrates“ nicht allein „Grenzinstitution“, „Bindeglied“ oder „intermediäre Institution“ zwischen Mitgliedern und Krankenkassenmanagement, sondern steht mindestens zusätzlich vermittelnd zwischen Mitglieder- und Arbeitgeberinteressen, zwischen Staats- und Mitgliederinteressen (z.B. bei der Umsetzung unbestimmter Rechtsbegriffe und der Gestaltung von Satzungsleistungen), zwischen Patienten- und Versicherteninteressen sowie im Falle der Gewerkschaftsmitgliedschaft von Selbstverwaltern zwischen Kassen- und Gewerkschaftsinteressen. Ein spezifisches Problem der Selbstverwaltungsarbeit besteht also darin, es mit mehreren „Grenzen“ und entsprechend mehreren, im Extremfall gleichzeitigen Gratwanderungen zu tun zu haben.

Zu diesen Basisbedingungen kommt in *jüngerer Zeit* auf der **Makroebene** noch eine Reihe von neuen oder sich rasch wandelnden Faktoren hinzu:

- Dazu gehört besonders das politisch explizit gewollte *Nebeneinander von kollektiver GKV- und wettbewerblicher Einzelkassen-Orientierung*. Die Eckpunkte sind das seit 1989 im § 1 des SGB V politisch verankerte Verständnis von der „Krankenversicherung als Solidargemeinschaft“ mit der Verpflichtung, in nicht wenigen Fragen „gemeinsam und einheitlich“ zu handeln, und der mit dem Gesundheitsstrukturgesetz von 1993 eingeführte Wettbewerb der einzelnen Krankenkassen bzw. die Wahlfreiheit zwischen ihnen. Insbesondere die beiden jüngsten Gesundheitsreformgesetze, das GKV-Modernisierungs- und das Wettbewerbsstärkungsgesetz, schaffen den einzelnen Krankenkassen auch eine zunehmende Anzahl von gewichtigen Wettbewerbsfeldern im Leistungsbereich. Damit ist beispielsweise ein Neben- oder auch Gegeneinander eines speziellen AOK-Baden-Württemberg- oder IKK-Nord-Interesses und eines bundesweiten DGB- oder IG-Metall-Interesses an der Gestaltung der integrierten Versorgung möglich. Ähnlich wie im Bereich der Tarifpolitik das konfliktträchtige Nebeneinander von „Flächentarif“- und „Betriebs“-Politik, gibt es daher auch im Verhältnis der Gewerkschaft(en) zu den gewerkschaftlichen Selbstverwaltern in den konkurrierenden Kassen zunehmend Verständigungs- und Abstimmungsprobleme über das „ob“ und „wie“ sozialpolitischer Aktivitäten ergänzend oder an Stelle von Maßnahmen, die auf Einzelkassen bezogen sind.
- Ähnlich wie in vielen Bereichen des neueren Leistungsrechts der GKV umschreibt der Gesetzgeber auch den Inhalt der Repräsentation durch Selbstverwaltung überwiegend mit unbestimmten Rechtsbegriffen und benennt noch am konkretesten die Instrumente, die helfen sollen, die erst noch zu konkretisierenden Aufgaben zu erfüllen. So fokussiert der § 35 a SGB IV die Information und Arbeit des Verwaltungsrates auf „Entscheidungen von grundsätzlicher Bedeutung“ und im Verhältnis von Vorstand zum Vorsitzenden des Verwaltungsrates auf „sonstige wichtigen Anlässe“, wozu es eindeutige Berichtspflichten des Vorstands für den Verwaltungsrat gibt. Während sich die Selbstverwaltung vor den 1990er Jahren in zahllosen Einzelheiten der täglichen Verwaltungsgeschäfte verzettelte oder verzettelt wurde, entsteht mit der neuen Aufgabenbestimmung eine komplexe und nichtöffentlich-

intransparente Auseinandersetzung darüber, ab welchem Punkt es nicht mehr um Grundsätzliches, sondern um laufende Verwaltungsgeschäfte geht oder was ein „wichtiger Anlass“ ist.

- Eine weitere Makrobedingung für das Selbstverständnis und das Setzen von Handlungsschwerpunkten der Selbstverwaltung ist der seit längerem mit wachsender Geschwindigkeit und unter politischer Zustimmung (z.B. durch die Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt) stattfindende *Konzentrationsprozess* der GKV-Kassen. Neben vielen anderen Veränderungen bedeutet dieser Prozess auch eine Reduktion der absoluten Anzahl von Selbstverwaltern. Jenseits der moralisierenden Rhetorik vom Ende der „Pöstchenjagd“ wird ein Teil der Repräsentanten, die nicht sicher sein können, dies auch noch in absehbarer Zeit zu sein, innerlich „kündigen“ und ihre Aktivitäten einschränken. Unabhängig von allem versprochenen Nutzen größerer Krankenkassen für die Versicherten bedeutet Konzentration für die Verwaltung und Selbstverwaltung der Kasse zunächst einen Verlust an sozialer „Versichertennähe“ und quantitativer „Repräsentationsdichte“ (z.B. durch das enorme Wachstum der Anzahl von Repräsentierten), der weder durch technische (z.B. Verbesserung der Internetpräsenz) noch durch wissenschaftliche Methoden der Bedarfserhebung (z.B. Versichertenbefragung) vollständig ersetzt werden kann. Dies betrifft vor allem den Verlust des Großteils der Möglichkeiten direkter und spontaner Kontakte und gemeinsamer Erfahrungen von Repräsentierten und Repräsentanten, wie das in örtlich oder betrieblich organisierten Krankenkassen noch der Fall war oder sein konnte.

Auszuschließen ist letztlich auch nicht, dass der Zusammenschluss zu größeren Kassenverbänden überwiegend deshalb erfolgt, um eine Kassenart in der Region etc. zu erhalten und nicht aufgrund der Interessen der Versicherten.

- Auch noch zu den Makrobedingungen des Selbstverwaltungshandelns können die Auswirkungen der massiven *Veränderungen der Handlungsfähigkeit der Gewerkschaften* als der noch immer relativ stärksten Trägerorganisation der Versichertenvertreter in der Selbstverwaltung gerechnet werden. Dazu gehören vor allem der Mitgliederschwund der Gewerkschaften und ihre seit über einem Jahrzehnt anhal-

tende Schwäche, Realloohnerhöhungen durchzusetzen. Die beobachtbare Konzentration der Selbstverwalter auf die Stabilität des Beitragssatzes beruht also auch auf gleichgerichteten Interessen des Kassenmanagements an Preiswettbewerb, der Versicherten in der Rolle des Beitragszahlers an der Höhe ihres Nettoeinkommens und der Gewerkschaften an der Abmilderung oder Nichtverschlimmerung der Folgen ihrer defensiven Lohntarifpolitik.

- Hinzu kommt ein in dieser Prominenz und Entschiedenheit bisher nicht geäußelter Zweifel „der Politik“ am Nutzen der ehrenamtlichen Selbstverwalter. Auch wenn die damit verbundene Absicht der Verhauptamtlichung der Mitglieder des GemBA letztlich nicht umgesetzt wurde, war die Begründung des entsprechenden Vorschlags des BMGS-Staatssekretärs Schröder im Vorfeld der Verabschiedung des WSG ein gewichtiger Beitrag das Selbstverständnis der ehrenamtlich aktiven Selbstverwalter zu erschüttern.

Auf der **Mikroebene** beeinflusst eine Reihe von neuen und alten sozialen und politischen Bedingungen die Repräsentationsarbeit der Selbstverwaltung:

- Schon immer spielten die gegenläufigen Interessen von kranken und gesunden Mitgliedern oder von Patienten und Beitragszahlern eine Rolle.
- Ebenfalls zu den traditionellen Bedingungen gehören die teilweise oder temporär gegenläufigen Interessen von erwerbstätigen Beitragszahlern und beitragsfrei mitversicherten Versicherten. Wie der Selbstverwalter damit umgeht, wird auch durch eine weitere traditionelle politische Bedingung beeinflusst; nämlich das ausschließlich Beitragszahlern zustehende Wahlrecht zur Selbstverwaltung.
- Eine Fülle jüngerer gesetzlicher Neuerungen trägt zusätzlich zu ihren erwünschten Folgen auch zu einer erheblichen Zersplitterung oder Erosion einer einheitlichen Versichertenschaft bei. Diese Art von Neuerungen reichen von der Einführung der Kassenwahlfreiheit in den 1990er Jahren bis zur Einführung von Wahlтарifen, Kostenerstattungsmodellen oder Selbstbehalten durch das GMG oder das WSG. All diesen Handlungsmöglichkeiten für Versicherte liegen die Möglichkeit der Differenzierung des „Versicherteninteresses“ und eine „Tendenz zur Individualisierung

und Subjektivierung“ zugrunde. Eine unbestimmte Anzahl von einzelnen Versicherten gestaltet einen Teil ihrer Versicherungsbedingungen selber, trägt selber Verantwortung – und die Selbstverwaltung schafft höchstens noch den Rahmen dafür. Das Dilemma der Repräsentation durch Selbstverwaltung entsteht dadurch, dass die gewollten Verhaltensweisen dieses Teils der Versicherten die Versicherungsbedingungen der anderen Versicherten tangieren. Je mehr auch die Selbstverwaltung darauf drängt, Wahltarife etc. anzubieten und damit die Wettbewerbsposition ihres AOK- oder TK-„Betriebes“ zu stärken, desto mehr riskiert sie, das „Wohl“ der restlichen Versicherten zu vernachlässigen oder zu beeinträchtigen.

Ein Element der Individualisierung der Pflichtmitglieder, die Kassenwahlfreiheit, stellt potenziell eine enorme Veränderung des Verhältnisses von Repräsentant und Repräsentierten dar. Zumindest in den wenigen Kassen, in denen Urwahlen der Selbstverwaltung stattfinden, stellt sich die Frage der Qualität dieses Verhältnisses bei Neumitgliedern während einer Verwaltungsratsperiode auf beiden Seiten. Die sogenannten Einwechsler haben den Verwaltungsrat ihrer neuen Kasse nie legitimiert, und andere Verwaltungsräte repräsentieren weiter Interessen von Versicherten oder Versichertengruppen, die gar nicht mehr der Kasse angehören.

- Zu den Mikrobedingungen gehören aber auch organisatorische oder Status-Veränderungen innerhalb der Selbstverwaltung sowie zwischen ihr und den hauptamtlichen Akteuren der Kassen. Auch wenn die Vorsitzenden der Selbstverwaltungsinstitutionen schon immer eine faktisch herausgehobene Position hatten, stärkt sie die Hervorhebung im § 35a SGB IV („Außerdem ist dem Vorsitzenden des Verwaltungsrates aus sonstigen wichtigen Anlässen zu berichten.“) nochmals erheblich. Damit wird das auch schon vorher sehr vielfältige und oft informelle Geflecht der Verständigung über Anforderungen und ihre Abstimmung zwischen dem Vorsitzenden und dem Kassenvorstand sowie den Mitgliedern des Verwaltungsrates zwar etwas formeller aber noch komplexer.
- Auch ein zunächst nicht als für die Selbstverwaltung relevant erscheinender Wandel der Gesetzes- und Kassenleistungskultur kann sich auf die Binnenlegitimation der Selbstverwaltung auswirken. Gedacht ist an das rasche Ende der Dominanz von be-

amtenähnlichen Sozialversicherungsfachangestellten und die faktische und teilweise durch gesetzliche Bestimmungen (z.B. die Möglichkeiten der Modellversuche und die Verpflichtung zur wissenschaftlichen Begleitung) geförderte Verwissenschaftlichung und Um-Professionalisierung der Kassenbeschäftigten. Zu den Aufgaben dieser Kategorie von Beschäftigten gehört dann nicht selten, mit entsprechenden analytischen Methoden Bedarfslagen der Versicherten und damit Handlungsansatzpunkte der Kassen in Erfahrung zu bringen, also Aufgaben, die u.a. die Existenz der Selbstverwaltung legitimieren. Aus deren Sicht erscheint daher die gesonderte Existenz von Selbstverwaltern, die vergleichbare Aufgaben haben, als konkurrent oder nutzlos.

Wie bereits angedeutet, beeinträchtigen die beschriebenen Veränderungen der Handlungsbedingungen der Repräsentation durch Selbstverwaltung die Eindeutigkeit, Homogenität, Unmittelbarkeit, Widerspruchsfreiheit oder Harmonie des Repräsentationshandelns und der Repräsentierten. Sie erschweren damit auch eindeutiges, stringentes, uneingeschränkt wirksames und harmonisch-befriedigendes Handeln der Selbstverwalter.

Was dies bedeutet und welcher Ressourcen es bei der Selbstverwaltung bedarf, um mit derartigen Anforderungssituationen für sich und andere zufriedenstellend umgehen zu können, soll in diesem Abschnitt noch etwas ausführlicher erläutert werden.

Nicht nur weil große Teile der Versichertenvertreter in der Selbstverwaltung Gewerkschaftsmitglieder sind, über DGB- oder Einzelgewerkschaftslisten in dieses Ehrenamt gekommen sind und ihre Tätigkeit häufig komplementär zur „betrieblichen“ als „sozialpolitische Mitbestimmung“ verstanden wird, orientieren wir uns dabei an wesentlichen Erkenntnissen über die bezüglich der Handlungsanforderungen und –probleme bereits etwas besser erforschten Probleme der Arbeit des „Betriebsrats“ und der „Betriebsräte“ (dazu vor allem Tietel 2006).

Die Erwartung eines Nutzens einer solchen vergleichenden Betrachtung beruht darauf, dass beide Institutionen zunächst einmal „Grenzinstitution“, „Bindeglied“ oder „intermediäre Institution“ zwischen Mitgliedern und Führung einer Institution sowie der außerinstitutionellen Organisation „Gewerkschaft“ sind. Sowohl Betriebsräte wie Selbst-

verwalter müssen bei ihrer Tätigkeit gleichzeitig mit verschiedenen, möglicherweise widersprüchlichen, gegensätzlichen oder gegenläufigen Interessen-, Erwartungs- und Anforderungsbündeln (Tietel 2006: 22) umgehen.

Die Eigenart aber auch die Wirksamkeit und der Nutzen des Handelns dieser Akteure orientiert sich daher nicht an der möglichst optimalen Bearbeitung irgendeines dieser Bündel allein, sondern am vermittelnden Umgang mit allen inhaltlichen Dimensionen und den dahinter stehenden Individuen oder Gruppen.

So gesehen sind auch Selbstverwalter „Grenzgänger“, die „um einen Ort ringen“ (Tietel 2006: 34) zwischen

- heterogenen Versicherteninteressen und –anliegen, die von der direkten Partizipation und Gestaltung durch Versicherte (Wahltarife, Kostenerstattung, Kassenwechsel) bis zum immobilen Angewiesensein anderer Versicherter auf eindeutig und paternalistisch z. B. von ihrer Krankenkasse vorgegebene und kontrollierte Leistungen reichen,
- den gesamtgesellschaftlich-gemeinwohlverpflichteten, politischen und sozialen Vorstellungen der Gewerkschaften, in denen die „GKV als Solidargemeinschaft“ verstanden wird, und den egoistischen Interessen konkurrierender und marktabhängiger „Kassen-Unternehmen“,
- den Problemen der eigenen Identität von Versicherten-Vertretern, d.h. der Verhinderung oder Beseitigung eines „Anerkennungsdefizits“ durch die Nachfrage Anderer nach den Kompetenzen des Selbstverwalters, und der Erosion der Vorstellung, „einziger und wahrer Repräsentant der Interessen ...(der Versicherten – Einfügung der Verfasser) zu sein (und immer schon zu wissen, was die zu vertretenden Interessen ... sind).“ (Tietel 2006: 324)
Die neuere Betriebsräte-Forschung spricht bei dem dort vergleichbar existierenden Dilemma von „partieller Dezentrierung“ und davon, „dem Anderen das Recht auf eine stärker eigenständige Beziehung zum Dritten zuzusprechen“ (Tietel 2006: 323).

Die charakterisierten Anforderungen an Interessenvertreter in Betriebsräten in Wirtschaftsunternehmen und den Verwaltungsräten in der GKV würden kein Problem darstellen, wenn es möglich wäre, sie nacheinander zu bearbeiten oder sich ohne etwaige Folgeprobleme temporär auf die eine oder andere Aufgabe zu konzentrieren. Dies ist aber ohne Wirksamkeits- oder Produktivitätsverluste und in der Folge Akzeptanzverluste nicht möglich. Die Aufgabe und Wirksamkeit von Repräsentation durch Selbstverwaltung besteht aktuell nämlich maßgeblich darin, die im Dreieck zwischen den Versicherten, dem durch den Vorstand vertretenen „Betriebswohl“ und den Organisationen und Verbänden der Selbstverwalter oder auch zwischen den Versicherten „auftretenden Widersprüche, ‚Sachzwänge‘ und Konflikte auszuhalten und zu balancieren, ohne in eine Richtung zu vereinfachen oder den Konflikt nach einer Seite hin abreißen zu lassen“ (Tietel 2006: 328).

Um dies schaffen zu können, bedarf es aber zweier subjektiver und zwar individueller wie gruppenkollektiver Voraussetzungen: Erstens müssen die Selbstverwaltungsakteure dazu zunächst einmal eine neue „Rollenidentität“ entwickeln, und das heißt vor allem auch Abstand zur relativ übersichtlichen „Stellvertreterpolitik-Identität“ finden. Analog zu der ebenfalls im Umbau befindlichen Rollenidentität von Betriebsräten, könnten auch die Selbstverwalter sich stärker als „Garant der Rechte“ der Versicherten verstehen und stärker als bisher „‚interest management‘ individueller Partizipationsansprüche“ (Tietel 2006: 322/23) betreiben. Zu diesem Rollenverständnis gehört dann aber auch, die Stabilität der Repräsentation von Interessen nicht mehr durch die Vertretung „eines Interesses“, sondern durch die der Vermittlung pluraler oder sogar gegensätzlicher Interessen (Müller-Jentsch zit, nach Tietel 2006: ebd.) gewährleistet zu sehen. Zweitens bedarf es dazu außerdem einer spezifischen, nämlich „triangulären“ oder „triadischen Kompetenz“ als der „sozio-emotionalen Fähigkeit, sich in den triadischen Bezügen, den Beziehungsdreiecken ... triangulär zu verhalten“ (ebd.). Dabei sind vor allem „Diskrepanztoleranz“, „Balancierungsfähigkeit“ und eine „innere Beweglichkeit“ gefordert, die verschiedenen Interessen etc. ein Stück in sich selbst zu repräsentieren (Tietel 2006: 320).

Da beide Voraussetzungen nicht „vom Himmel fallen“, müssen sie geschaffen oder angeeignet werden. Praktisch bedeutet dies beispielsweise die Schaffung wesentlich häu-

figerer, kommunikativerer und vielfältigerer gestalteter Kontakte zwischen Selbstverwaltern und Versicherten und die Ergänzung vorhandener kognitionslastiger Schulungsangebote um ein Handlungstraining für triadische Konstellationen.

4.2.3 Vermutete Problemfelder und Defizite der Selbstverwaltung

Auf der Basis eines Vergleichs der Ansprüche, die sich aus dem Selbstverwaltungsprinzip und der Funktionsfähigkeit der Voice-Option ergeben, mit den konkreten Bedingungen des historisch gewachsenen Selbstverwaltungssystems²⁶ in der GKV werden folgende "Problemfelder" der Repräsentation diskutiert:²⁷

4.2.3.1 Sozialwahlen – Legitimation der Selbstverwaltung

Als *erstes* Feld ist die besondere Form der demokratischen Legitimation der Selbstverwaltungsorgane über die Sozialwahlen zu nennen und die darin erkennbaren „Legitimationsdefizite“ (Kluth 2001: 31). Gemessen am Anspruch der Selbstverwaltung, Partizipation der *Betroffenen* zu garantieren, lässt sich an dem Wahlverfahren zuvorderst kritisieren, dass lediglich die Mitglieder der Krankenkasse Wahlrecht besitzen. Vor allem die Interessen von Frauen, die immer noch den Großteil der mitversicherten Familienangehörigen bilden, sind unterrepräsentiert. Ebenso stellt die Form der „Friedenswahl“ eine starke Einschränkung des Versichertenvotums dar.²⁸ Die Frage ist: „Kann eine ‚Wahl ohne Wahlhandlung‘ die Personen, die dann eben nicht wirklich von den Personen gewählt sind, deren Interessen sie vertreten sollen und wollen, in demokratischer Weise dazu legitimieren, für andere Personen Entscheidungen zu treffen“ (Muckel 2001: 152)? Muckel (2001: 177) beispielsweise sieht – unter Berücksichtigung der konkreten Organisationsstrukturen der Selbstverwaltung, deren Handlungsspielräume in der Sozialversicherung und der verfassungsrechtlichen Bedingungen – in Friedenswahlen

²⁶ Eine umfassende Darstellung der komplexen Struktur des Selbstverwaltungssystems findet sich in Leopold 1996.

²⁷ Grundlegende Analysen zu Strukturproblemen und zu Möglichkeiten der Weiterentwicklungen der Selbstverwaltung in der Sozialversicherung leisten Bogs 1976, v. Ferber 1976 und Deutscher Bundestag 1990 (Enquete-Kommission zur Neuordnung des Selbstverwaltungsrechts).

²⁸ Bei der Sozialwahl 2005 in der GKV konnten 30,4 % aller Wahlberechtigten tatsächlich wählen. Davon nahmen 32 % ihr Wahlrecht in Anspruch, was bedeutet, dass gerade einmal 9,74 % aller Mitglieder tatsächlich wählten.

ein sinnvolles Instrument „für eine Wahl, von deren Ausgang nicht viel abhängt“. Ob die Handlungsspielräume der Kassenselbstverwaltung tatsächlich so begrenzt sind, wie dies in dem Zitat unterstellt wird, und ob die Akzeptanz der Urwahlen ausschließlich an der Wahlbeteiligung zu messen ist, ist in weiteren Schritten zu analysieren. Die gesetzlich gewollte Zunahme von Einzelverträgen zwischen einzelnen Krankenkassen und einzelnen oder Gruppen von Leistungsanbietern verringert zumindest den Anteil der per Gesetz und auf Landes- oder Bundesebene von zentralisierten Einheitsverträgen bestimmten Leistungen und erhöht damit den Anteil der von der einzelnen Kasse zu bestimmenden Leistungsanteile von der Aushandlung bis zur Umsetzung und zum Herantragen der Leistungen an die Versicherten. Wenn man auf der Basis von Erkenntnissen der Versorgungsforschung davon ausgeht, dass die Wirksamkeit von vertraglich vereinbarten Leistungen maßgeblich von den „letzten Metern“ vor dem Versicherten/Patienten abhängig ist, ist deren nur dezentral mögliche Gestaltung von eminent hoher Bedeutung. Insofern geht der Satz „höchstens 10% der Leistungen sind noch Sache der einzelnen Krankenkasse“ an der Wirklichkeit der Versorgungsverhältnisse vorbei, ohne dies in einer Art Gesundheitleistungs-Gesamtrechnung neu quantifizieren zu können. Dabei ist kaum vorstellbar, dass damit nicht auch die Selbstverwaltung über die Grundstruktur solcher Verträge und die Grundmuster ihrer Umsetzung mitbestimmt und ihre Auswirkungen bilanziert.

Auch gilt es bei der häufig behaupteten niedrigen Akzeptanz der Sozialwahl zu beachten, dass der Versicherte kaum direkten Einfluss darauf hat, ob eine Urwahl bei seinem Versicherungsträger durchgeführt wird. Das einzige direkte Mittel für den Versicherten besteht in der Aufstellung einer eigenen Liste. Hier hat der Gesetzgeber allerdings hohe Hürden errichtet (Unterschriftenliste, Anforderungen an Form und Inhalt der Vorschlagsliste, Anforderungen an die Ernsthaftigkeit und Nachhaltigkeit der Arbeit). Bereits wieder indirekt ist seine Möglichkeit, als Mitglied einer der etablierten Listenverbände dort sowohl auf eine innerverbandlich offene Entscheidungsprozedur zu dringen als auch auf das Zustandekommen der Verbandsliste Einfluss zu nehmen.

Die grundsätzliche Frage, in welche Richtung die Besetzung der Selbstverwaltungsorgane (weiter) zu entwickeln ist, muss ebenfalls diskutiert werden. Bogs (1976: 40 ff.) spannte schon vor über 30 Jahren den Rahmen möglicher Alternativen zu dem beste-

henden System von einem „System obligatorischer Basiswahlen“ (alle 4 Jahre) bis zu einem „Berufungssystem“ (Verbände haben Vorschlagsrecht), wie es gegenwärtig bereits in der Selbstverwaltung der Bundesagentur für Arbeit etabliert ist.

4.2.3.2 *Interessenvertretung durch Verbände*

Ein *zweites* Feld ist die Vertretung der Versicherteninteressen durch Verbände. Hinter dieser Diskussion steht die Frage, ob die Selbstverwaltung eine „demokratische“ oder eine „ständisch-korporative“ (Kluth 2001: 32) Institution ist (zur korporatistischen Konzeption der Selbstverwaltung siehe v.a. Bogs 1976: 24 und Geis 2001). In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage nach der grundsätzlichen Bedeutung der Verbände bei der Interessenvertretung (siehe hierzu u.a. Streeck 1994) und den Kompetenzen der Sozialpartner. Zu fragen ist, ob insbesondere die Gewerkschaften besondere Interessen solcher gesellschaftlicher Gruppen hinreichend vertreten, die außerhalb des Erwerbslebens stehen. Fromm (1999: 165) plädiert dafür, das gewerkschaftliche Mandat dahingehend zu überdenken, gering organisierte und wenig artikulationsfähige sowie stark variierende Bedarfslagen stärker zu berücksichtigen. Weiterhin ist zu diskutieren, inwieweit die Vertretung der Interessen der Arbeitgeber zu legitimieren ist, die nicht von den Leistungen der Krankenversicherung betroffen sind. Das zentrale Argument für die Parität ist die Stärkung der Sozialpartnerschaft (Thiemeyer 1984: 66).

4.2.3.3 *Distanz zwischen GKV-Handeln und Bedarfslagen der Versicherten*

Ein *drittes* Feld leitet sich aus der generellen Tendenz der intermediären Organisation Krankenversicherung zur Bürokratisierung, Formalisierung und Standardisierung und der damit zusammenhängenden Entfernung verwaltungsförmiger Entscheidungen von den individuellen Bedarfen der Versicherten ab (siehe dazu Michels 1910, Kaufmann et al. 1971, Coleman 1992, Wippler 1985). Die zu beobachtende zunehmende Konzentration von Krankenkassen u.a. durch Fusionen repräsentiert diese Tendenzen. Und auch bei den Vorschlagslisten in den Sozialwahlen sind verstärkte Konzentrationsprozesse in Form von Zusammenschlüssen von Gewerkschafts- und sonstigen Arbeitnehmerverbände-Listen festzustellen (Der Bundeswahlbeauftragte für die Sozialversicherungswahlen 1999: 47). Es ist zu untersuchen, ob und in welchem Ausmaß sich Bürokratisierungs- und Professionalisierungstendenzen auch in den Organen der Selbstverwaltung

durchsetzen und damit der Repräsentations- und Vertretungsauftrag an Geltung verliert. Fromm (1999) jedenfalls stellt am Beispiel der Umsetzung betrieblicher Prävention durch die Selbstverwaltung in der Unfall- und Krankenversicherung „massive Zentralisierungen“ und eine „Verlagerung des strategischen Potentials von Selbstverwaltung auf die Ebene der Verbände“ fest (ebd.: 159). Als wesentliche Gründe nennt sie die Machtlosigkeit der Regionalräte und die veränderte Aufgabenteilung zwischen dem Verwaltungsrat und dem Vorstand durch die Reform des GSG 1996 (siehe dazu auch Felix 2001). Fromms Fazit „Selbstverwaltung als ein Modell der Partizipation Betroffener scheint hier endgültig obsolet geworden zu sein“ (Fromm: 160) spricht dem Anspruch des Selbstverwaltungsprinzips – Bürokratisierungstendenzen gerade zu verhindern – keine Geltung mehr zu. Zu überprüfen wäre, ob dieser Befund auch für andere Aktivitäten der Selbstverwaltung zutrifft, ob dort die veränderte Aufgabenteilung ähnlich negative Auswirkungen hat und welche Einflussmöglichkeiten die Regionalräte haben.

4.2.3.4 Rekrutierung und Qualifikation der Selbstverwalter

Eine *vierte* Art von immer wieder konstatierten Defiziten der Selbstverwaltung hat mehr mit Merkmalen, Eigenschaften, Fähigkeiten der subjektiven Akteure zu tun, als mit den Strukturen und Bedingungen, in und unter denen die Personen zu handeln versuchen. Die vermuteten Defizite bei der Rekrutierung von Kandidaten betreffen die mangelnde Transparenz der Auswahl bzw. der Kriterien der Auswahl, die zu große Bedeutung von Auswahlkriterien, die nichts mit den künftigen Aufgaben der Selbstverwalter zu tun haben, und das Gewicht von Selbstverwaltern, die nicht Kassenmitglied sind (in der Regel hauptamtliche Gewerkschafts- oder Arbeitgeberfunktionäre).

Sowohl neue wie langjährige Verwaltungsratsmitglieder beklagen selber Qualifikationsdefizite und die damit verringerten Chancen, Initiativen ergreifen, Kontrolle der Handlungen des Vorstandes ausüben und sich auch durchsetzen zu können. Bei den Qualifikationsdefiziten handelt es sich also um eine komplexe Mischung von unzureichendem Wissen und unzulänglichen Verhaltens- und Handlungsweisen.

4.2.3.5 Unzulänglicher Umgang mit gewandelten Handlungsanforderungen

Der Wandel von Handlungsanforderungen der Kassenselbstverwaltung leitet sich aus dem tief greifenden Transformationsprozess ab, in dem sich die Krankenkassen momentan befinden. Die Krankenkassen bewegen sich in einem Spagat zwischen den ambivalenten Anforderungen von Qualitäts- und Effizienzsteigerung, Solidarität und Wettbewerb sowie Rationierung und Rationalisierung (Bode 2002, Niedermeier 1999, Oppen 1991 und 1993, Blanke 1994, Marstedt et Niedermeier 2000). Dabei verändern sich die Leitbilder der Krankenkassen vom „verlängerten Arm der Staatsbürokratie“ zu „kundenorientierten Dienstleistungsunternehmen“ (Bode 2002: 2). Die Krankenkasse ist nicht mehr nur „payer“ (Verwalter, Parafiskus), sondern zunehmend „player“ (Gestalter, Innovationsagentur) in der Weiterentwicklung des Gesundheitssystems (Bode 2002, Niedermeier 1999). Die aus diesen ambivalenten Anforderungen resultierenden Spannungen wirken sich in den Kassen innerhalb der Selbstverwaltung (zwischen den Fraktionen der Versichertenvertreter und Arbeitgebervertreter aber auch teilweise zwischen verschiedenen Trägerorganisationen der Versichertenvertreter), innerhalb der Verwaltung (zwischen Abteilungskulturen) und in der „vertikalen Arbeitsteilung zwischen Marktverantwortung und Politik“ (zwischen dem geschäftsführenden Vorstand und dem Verwaltungsrat) aus.

Den Krankenkassen wachsen im Zuge der genannten Entwicklungen neue Aufgaben wie Lebenslagenorientierung (Marstedt et Niedermeier 2000) und Prävention (Rosenbrock/Hauss 1985, Hauss et al. 1985) zu, sowie durch gesundheitspolitische Vorgaben wie dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz aus dem Jahre 2004 und dem Wettbewerbsstärkungsgesetz aus dem Jahre 2007 die Aufgabe der Verbesserung der Prozessqualität in der Versorgung.

Es wird vermutet, dass die Selbstverwaltung diese Themen zu zögerlich oder noch gar nicht aufnimmt, was nicht zuletzt am Mangel an den dafür notwendigen Qualifikationen liegt (für die Unfallversicherung Wattendorff 1999). Dieser Mangel stellt insgesamt ein *fünftes* Defizitfeld dar.

Kunden- und Lebenslagenorientierung erfordern von den Krankenkassen, mehr Informationen über die Bedürfnisse und Interessen der Versicherten in ihr Handeln einzube-

ziehen. Bedingung dafür ist von Seiten der Krankenkasse die Schaffung von „Handlungs- und Unterstützungsstrukturen“ mit dem Ziel der Erhöhung der Kompetenz und der Aktivierung der „verunsicherten“ Nutzer/Versicherten (Hauss et Gatermann 2004: 9, 14). Nötig sind die Herstellung von „Entscheidungsmöglichkeiten“ für die Versicherten, von „Transparenz über Leistungen“ und von geeigneten „Kommunikationsbedingungen“ (ebd.: 10/11). Die Kassenselbstverwaltung könnte als „Scharnier zwischen Versicherten und der Bürokratie“ (ebd.: 59) ein geeigneter Ort für ein solches Vorhaben sein.

4.3 Empirische Bedeutung von Voice in der GKV aus der Sicht von Selbstverwaltungsmitgliedern

4.3.1 Kurzüberblick zur Selbstverwaltungsforschung

Die Anzahl der jüngeren Arbeiten über die rechtlichen, verwaltungswissenschaftlichen, ordnungspolitischen, politik- und gesundheitswissenschaftlichen Aspekte der Selbstverwaltung in der Sozial- und insbesondere gesetzlichen Krankenversicherung und ihre Funktionsweise ist eher gering. Oftmals sind Ausführungen über die Selbstverwaltung in der Sozialversicherung lediglich Anhängsel oder „Inkurse“ von Arbeiten, die sich wie ein Vortrag von Kluth (2005) vorrangig mit der „funktionalen Selbstverwaltung“ (Kluth 1997) im Allgemeinen oder in anderen Bereichen beschäftigen (vgl. hierzu den Tagungsband von Schnapp 2001 oder Kluth 1997). Eine Reihe von rechtswissenschaftlichen Studien befasst sich außerdem mit Detailuntersuchungen zu der natürlich auch für die Selbstverwaltung wichtigen Reichweite der Rechtsetzungsbefugnisse in der Sozialversicherung (Axer 2000) oder der demokratischen Legitimation der gemeinsamen Selbstverwaltung (Axer 2001). Selbstkritisch charakterisiert etwa Kluth (o. J.: 3-4) die älteren juristischen Arbeiten so: „Ein Blick auf die bereits erwähnten Untersuchungen vom Beginn der 90er Jahre ruft allerdings nicht selten den Eindruck hervor, dass hier ein übertriebener dogmatisch-konstruktiver Aufwand betrieben wird, dem es an Realitätsbezug fehlt. Das mag vor allem für die oft sehr feinsinnigen Aussagen zu Legitimationsmechanismen und Legitimationsketten gelten, die in der Praxis kaum nachvollziehbar sind. Doch ist gerade in jüngster Zeit durch die Betonung der Steuerungswirkung von organisatorischen Entscheidungen ein Orientierungswandel eingetreten, der mit einem heilsamen Zwang zur Orientierung an den realen Wirkungen von Organisati-

on verbunden ist und insoweit sicher dazu beiträgt, dass hier eine realitätsnahe und insoweit auch brauchbare Dogmatik entwickelt wird, ein Umstand, der bei organisationsrechtlichen Fragen von besonders großer Bedeutung ist.“

Gerade an empirischen Arbeiten über die dazu noch rasch wechselnde Wirklichkeit der Steuerung und damit auch der Steuerwirkung der Selbstverwaltung oder der selbstverwalteten Körperschaften öffentlichen Rechts in der GKV mangelt es unabhängig von der Fachdisziplin erheblich. Die vorhandenen Studien sind dazu entweder völlig veraltet (z.B. Braun 1989) oder beschäftigen sich mit ausgewählten Fragestellungen oder Gestaltungsfeldern (Fromm 1999) und/oder nicht mit der Selbstverwaltung in der GKV (Wattendorf 1999).

Aktuelle empirische Untersuchungen über die Selbstverwaltung in der GKV, die sich dabei auf schriftliche oder mündliche Befragungen der Akteure bzw. deren subjektiven Erfahrungen und Wahrnehmungen stützen, gibt es aus vielen Gründen praktisch keine.

Ein Kurzüberblick über die wissenschaftliche Literatur kann sich also bezogen auf diesen Typ von Studien nur darauf konzentrieren, Hypothesen zu den Ursachen dieses Zustands zu formulieren. Einerseits schrecken die objektive Komplexität des sozialen Bereichs, mit seinen juristischen, ökonomischen, medizinischen und politologischen Bezügen und Dimensionen sowie die Unübersichtlichkeit und der rasche Wechsel der gesetzlichen Regulierung sicherlich manche Wissenschaftler ab. Das Risiko, bei sinkender „Halbwertszeit“ gesundheitspolitischer Regulative und Bestimmungen Sachverhalte zu untersuchen, die noch vor Beendigung keine praktische Relevanz mehr haben oder bei empirischen Untersuchungen die Empirie zu „verlieren“, trägt sicherlich zu dieser Zurückhaltung bei. Andererseits wirken sich aber auch die mehrfach berichteten und auch von uns erfahrenen technischen, organisatorischen, politisch motivierten oder gar organisationspsychologischen²⁹ Schwierigkeiten eines offenen und ungestörten Zugangs zur Selbstverwaltung und ihren Akteuren aus.

²⁹ Eine nicht abgeschlossene und daher nicht veröffentlichte sozialpsychologische orientierte Dissertation eines mehrjährig in der GKV beschäftigten Personalentwicklers aus den 1990er Jahren attestierte den Krankenkassen sogar u.a. eine autistische Grundhaltung gegenüber ihrer Außenwelt. Auch wenn man soziale Verhältnisse und Verhaltensweisen nicht pathologisieren sollte, liegen der Kernthese zutreffende Erfahrungen und Beobachtungen zugrunde.

4.3.2 Methodische Umstände und Probleme einer Selbstverwalterbefragung

4.3.2.1 Umstände der Befragung

Zu den in fast allen bisherigen empirischen Untersuchungen der Selbstverwaltung genannten methodischen Problemen gehört an vorderster Stelle das des allgemein schwierigen Zugangs zu den Körperschaften öffentlichen Rechts in der Sozialversicherung und damit auch des Zugangs zu den Mitgliedern der Verwaltungsräte. Die Tatsache, dass weder die amtlichen (z. B. das Bundesgesundheitsministerium oder der beim Bundesarbeitsministerium angesiedelte Bundesbeauftragte für die Durchführung der Sozialwahlen) noch die verbandlichen Träger der Mehrheit der Verwaltungsratsmitglieder vollständige, aktuelle und technisch unaufwändig zugängliche Informationen über die Anzahl oder gar die sozialen Merkmale (z.B. Geschlecht oder Alter) der in ein öffentliches Amt Gewählten haben oder zur Verfügung stellen können, deutet die Tiefe dieses Problems an. Jede empirische Untersuchung war und ist daher bisher methodisch zu einem „second-best“- Vorgehen gezwungen.

Da diese Umstände mit Sicherheit die Ergebnisse der Erhebung beeinflussen und zugleich viel über die Verfasstheit dieses sozialen Feldes aussagen, sollen sie hier etwas ausführlicher dargestellt werden:

- Zahlreiche aufwändige Versuche scheitern, eine vollständige Adressenliste der am Ende der Selbstverwaltungsperiode 1999 bis 2005 aktiven Versichertenvertreter zusammenzustellen.
- Nach einschlägigen negativen Vorerfahrungen mit anonymen direkten Anschreiben an Verwaltungsratsmitglieder folgte daher der Versuch, über schriftliche und mündliche Kontakte zu den Vorständen der GKV-Spitzenverbänden sowohl die Akzeptanz für die Befragung als auch den persönlichen Zugang zu den Verwaltungsratsmitgliedern der Verbände und ihrer Mitgliedskassen zu erhalten. Dabei baten wir die Vorstände auch, ihren Verwaltungsrat zu informieren. Im Nachhinein erweist es sich als Fehler, dies nicht selber getan zu haben.

- Ein Teil der Spitzenverbände reagierte kooperativ und unterstützte z. B. das Projekt sogar schriftlich bei seinen Mitgliedern.³⁰ Ein Bundesverband ging widersprüchlich mit unserem Ansinnen um: Während führende Verwaltungsratsmitglieder kooperationsbereit waren, verlief die praktische Unterstützung auf der operativen Ebene äußerst schleppend und führte letztlich dazu, dass die Befragung bei der Mehrheit der einzelnen Mitgliedskrankenkassen nicht unterstützt wurde und durchgeführt werden konnte. Auch eine „Notlösung“ (direktes, aber anonymes Anschreiben des „Verwaltungsratsvorsitzenden“ jeder Kasse) führte letztlich nicht zu der gewünschten höheren Beteiligung von Versichertenvertretern dieser Kassenart.
- Trotz anfänglicher Bemühungen, eine Direktversendung an die Versichertenvertreter über uns zur Verfügung gestellte Namens- und Adresslisten zu erreichen, und dadurch vor allem einen exakten Überblick über die Grundgesamtheit zu erhalten, etablierte sich ein anderer, auch nicht problemloser Typus des Zugangs: In der Regel versandten wir an uns benannte hauptamtlich beschäftigte Kontaktpersonen (teilweise explizit hauptamtliche Mitarbeiter von Selbstverwaltungsbüros) Pakete mit der Anzahl von Fragebögen (plus Information und Rückumschlag), die von diesen Personen als notwendig erachtet wurden. Diese Fragebögen wurden dann von den Kassen an ihre Verwaltungsratsmitglieder verschickt. Diese konnten dann den ausgefüllten Fragebogen an die Projektgruppe zurückschicken. Als Begründung für dieses Verfahren wurde in den zahllosen zeitraubenden Gesprächen zwischen Kassenmitarbeitern und Mitarbeitern des Projekts immer wieder die „Vertraulichkeit“ der Namen und Adressen der Organmitglieder genannt. Wegen der mit diesem Vorgehen verbundenen Informationsmängel können wir aber auch nicht mehr den Standards einer Rücklaufanalyse genügen.
- Selbst wenn sich im Nachhinein einige Schritte des Projektteams als formal und protokollarisch falsch oder problematisch erweisen (z.B. die Ansprache der Vorstände wegen einer Verwaltungsratsbefragung vor der Information der Verwaltungsrats-Vorsitzenden), rechtfertigt dies in keiner Weise die Art und Weise der Be- und

³⁰ Der Vollständigkeit halber muss aber erwähnt werden, dass die Empfehlung des Spitzenverbandes zumindest in einem Fall eine Kasse der Kassenart von einer Beteiligung abhielt („Wenn der Verband

teilweise Verhinderung des Zugangs zu Interessenvertretern, die in Urwahlen oder Friedenswahlen in ein Ehrenamt einer Körperschaft öffentlichen Rechts gekommen sind. Hier handelt es sich um ein gesondertes und offensichtliches Strukturproblem der Handlungs- und Wirkungsweise der Selbstverwaltung, dies auch deshalb, weil derartige Schwierigkeiten und Blockaden des Zugangs zu Versichertenvertretern auch bei anderen Forschern mit anderen Fragestellungen und Vorgehensweisen zu anderen Zeitpunkten auftraten (z. B. Braun 1989).

4.3.2.2 Entwicklung des Fragebogens für die Selbstverwalter

Der Fragebogen für die schriftlich standardisierte Befragung wurde auf der Basis früherer Befragungen mehrerer aktueller mündlichen Interviews mit erfahrenen Selbstverwaltungsakteuren und in mehrfachen Diskussionen mit unterschiedlichen Gruppen von Selbstverwaltungsmitgliedern erstellt, in einer Gruppe von 80 Mitgliedern von Verwaltungsräten verschiedener norddeutscher Krankenkassen getestet und schließlich auch mit dem „Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen (ZUMA)“ abgestimmt. In diesem Prozess wurde mit zwingenden Argumenten eine Reihe von beabsichtigten Fragen verworfen, wie etwa die nach der konkreten Kasse und/oder der Kassengröße.

4.3.2.3 Durchführung der Befragung

Insgesamt gab es Mitte 2005 nach Expertenschätzungen ca. 2.100 Versichertenvertreter in den Selbstverwaltungsorganen (Verwaltungsräten) der Gesetzlichen Krankenversicherung. Befragt wurden mit den erwähnten Einschränkungen die Vertreter aller Arbeitnehmer-Organisationen (DGB und christliche Gewerkschaften, sonstige Arbeitnehmer-Vereinigungen, Freie Listen) in den Verwaltungsräten der Einzelkassen von AOK, IKK, Ersatzkassen und BKK. An der Befragung haben alle AOKen und Ersatzkassen teilgenommen, im IKK-Bereich verweigerten 2 Kassen (BIG und IKK-Hamburg) auch nach intensiver schriftlicher und mündlicher Information und Kommunikation die Teilnahme.

Damit kann die **Ausschöpfungsrate**, d.h. der Anteil der Kassen bzw. der dort aktiven Versichertenvertreter, die überhaupt angeschrieben werden konnten, für alle Kassenarten außer den BKKen als gut bis sehr gut bezeichnet werden. Die Rate für die BKKen ist dagegen sehr schlecht.

Von 183 Fragebögen, die an die Angestellten-Ersatzkassen geschickt wurden, kamen 87 zurück. Das entspricht einer Antwortrate von 47,5%. Im Bereich der Arbeiter-Ersatzkassen gab es eine ähnliche Ausschöpfungsquote von 45,5%, 20 der 44 versendeten Fragebögen wurden beantwortet. 188 Fragebögen erhielten die Vertreter der IKKen, 84 von ihnen füllten sie aus (44,7%). Von den 237 an die AOKen versendeten Fragebögen wurden 85 zurückgeschickt (35,9%).

Der gesamte Rücklauf der Einzelkassen von AOK, IKK und Ersatzkassen beträgt damit 42,3% (276 der 652 ausgesandten Fragebögen). 5 Befragte haben in ihrem ansonsten ausgefüllten Fragebogen keine Kassenart angegeben.

Von den an die BKKen versandten 160 Fragebögen kamen 86 zurück.

Die **Antwortrate** für AOKen, IKKen und EKen ist befriedigend, die für die BKK auch, aber angesichts der extrem niedrigen Ausschöpfungsrate mit massiven Einschränkungen.

Genauer zur **Repräsentativität** der Antworten zu sagen, ist aufgrund der geschilderten Zugangsprobleme und -arrangements sehr schwierig: Wir wissen selbst über die einfachsten sozio-demographischen Merkmale der Grundgesamtheit der Versichertenvertreter nichts und können daher nicht überprüfen, ob uns eine wie auch immer selektive Gruppe geantwortet oder uns Antworten verweigert hat. Streng genommen können wir auch nichts zur Repräsentativität der angeschriebenen Selbstverwalter sagen.

Die Mitglieder der Selbstverwaltung sollen die Interessen der Versicherten adäquat repräsentieren. Damit die umfassenden Bedarfslagen der Versicherten entsprechend repräsentiert werden können, sollte eine Verteilung von Alters- und Geschlechtsmerkmalen innerhalb der Selbstverwaltung im Idealfall den tatsächlichen Verteilungen dieser Merkmale unter allen GKV-Mitgliedern entsprechen. Inwiefern diese Kriterien erfüllt sind, können wir prüfen.

An der Befragung nahmen insgesamt 367 Personen teil. Von ihnen haben 331 die Frage nach dem Geschlecht beantwortet.³¹ 284 (85,8%) Personen sind männlich, 47 (14,2%) weiblich.

In der Statistik des Bundesministeriums für Gesundheit werden im April 2006 50.381.191 Mitglieder, also auch Wahlberechtigte für die Versichertenvertreter der Gesetzlichen Krankenkassen aufgeführt, davon waren 25.141.147 männlich und 25.199.822 weiblich (BMG 2006a: 37). Das entspricht einem Verhältnis von 49,9 zu 50,1 und ist damit fast ausgeglichen. In den Selbstverwaltungen ist damit eine deutliche Verzerrung gegenüber der Verteilung von männlichen und weiblichen Mitgliedern zu konstatieren.

Die männlichen Befragten sind im Durchschnitt 59,1 Jahre alt. Die weiblichen Personen sind mit 53,9 Jahren etwas jünger. Die jüngsten Männer in der Stichprobe sind 37 Jahre alt, die ältesten 81. Bei den Frauen reicht die Altersspannweite von 31 bis zu 75 Jahren.

Bezogen auf das Durchschnittsalter können nur Schätzwerte angegeben werden, da die Statistik des Bundesministeriums für Gesundheit die Mitglieder der Gesetzlichen Krankenkassen nur in Altersgruppen mit 5-Jahres-Abständen einteilt. Unter Verwendung des Mittelwertes jeder Altersgruppe ergibt sich sowohl für die männlichen als auch für die weiblichen Mitglieder ein Durchschnittsalter von ca. 39,6 Jahren (BMG 2005). Damit sind die Befragten dieser Untersuchung im Durchschnitt 15 bis 20 Jahre älter als die durch sie vertretenen Versicherten in den Gesetzlichen Krankenkassen. Diese Verzerrung ist bei den männlichen Befragten wesentlich deutlicher, während die Kohorte der 40 bis 54-jährigen weiblichen Versicherten sehr gut durch unsere Stichprobe repräsentiert ist.

Weitere sozio-demographische Merkmale der Befragten werden beschrieben, um den Überblick über die Zusammensetzung der Stichprobe zu komplettieren. Dabei handelt es sich um die Variablen Bildungs- sowie Erwerbsstatus.

³¹ Wie bereits hier deutlich wird, kommt zu den Zugangsproblemen das selektive Nichtbeantworten einzelner Fragen hinzu, selbst wenn viele inhaltliche Fragen beantwortet werden. Obwohl natürlich jedem Befragten das Recht zur Nichtantwort zusteht, ist nicht nachzuvollziehen, warum Angaben zum Geschlecht als so vertraulich angesehen werden, dass keine Angabe erfolgt.

Über zwei Drittel haben eine abgeschlossene Lehre oder einen Fachschulabschluss. Die meisten Befragten sind im Angestelltenverhältnis, knapp ein Fünftel sind Arbeiter und die kleinste Gruppe bilden die Beamten. Wiederum das Gros der an der Umfrage Beteiligten war zum Zeitpunkt der letzten Wahlperiode erwerbstätig.

4.3.2.4 Auswertungsmethoden

Zur Datenauswertung wurden mehrere inhaltliche und methodische Strategien eingesetzt.

Inhaltlich wurden zu Beginn die zentralen Variablen *Engagement* und *Qualifikation* der Befragten gebildet, die im Fragebogen einzeln nicht vorkamen, aber für die Datenauswertung benötigt werden.

Anschließend wurde eine Typologie von Versichertenvertretern erstellt. Diese Typologie soll anhand verschiedener Merkmale unterschiedliche Selbstverwaltertypen identifizieren, damit diese in weiteren Analysen als komplexe Erklärungsmuster fungieren können.

Methodisch werden neben einfachen Häufigkeits- und Kreuztabellen zusätzlich an bestimmten Punkten Faktorenanalysen eingesetzt, um die umfassenden Fragebatterien auf wenige Bereiche zu reduzieren, die sich dann auswerten lassen.

Bei einigen der durchgeführten Analysen kamen multivariate statistische Verfahren in Form von logistischen Regressionen zum Einsatz (über die Besonderheiten dieser Methode siehe Abschnitt 3 des Buches). Damit können insbesondere komplexere Fragestellungen beantwortet werden, bei denen zur Interpretation der Ergebnisse Einzelmerkmale nicht ausreichen würden, sondern eine Vielzahl von Variablen in die Modellrechnung mit einbezogen wurden.

Der Auswahl der Variablen lagen, wie bereits bei der Typenbildung, bestimmte theoretische Vorannahmen zugrunde. Neben den sechs Variablen, die schon in der Typologie enthalten sind, wurden folgende Merkmale zusätzlich für die logistischen Regressionen herangezogen: Transparenz bei Sozialwahlen (Kandidatenauswahl und Listenplatzver-

gabe), Bewertung der Kommunikationswege, Verhältnis zwischen Verwaltungsrat und Vorstand, Benotung der Öffentlichkeitsarbeit und Geschlecht.³²

Eine Annahme war, dass die Rekrutierung der Kandidaten bei der Sozialwahl durch die Organisationen intransparent ist, teilweise nicht basisdemokratisch erfolgt und Repräsentanzkriterien kaum eine Rolle spielen. Diese Merkmale sind vor allem für die Bewertung der Funktionalität, Legitimation und Repräsentanz der Selbstverwaltung wichtig und werden durch die ersten beiden Variablen abgebildet.

Das Verhältnis der Versichertenvertreter zum Vorstand ist wichtig, um zahlreiche Fragen zu prüfen: Gibt es z.B. Konflikte zwischen den Interessen der Versicherten an Umfang und Qualität der Versorgung und den Interessen des Vorstandes der Krankenkasse an der Wirtschaftlichkeit und den Wettbewerbsvorteilen des Unternehmens Krankenkasse? Hinzu kommt noch die Hypothese, dass nicht nur die Gestaltungsspielräume der Selbstverwaltung unausgeschöpft bleiben, sondern die Legitimation der Selbstverwaltung insgesamt schwindet. Vor allem liegt dies daran, so unsere Annahme, dass die Versichertenvertreter den Versicherten gegenüber keine oder wenig Rechenschaft über ihre Arbeit ablegen, die Öffentlichkeitsarbeit schlecht ist und die Kontakte zur Basis unzureichend sind. Zu wenig Kontakt zur Basis bedeutet aber auch zu wenige Kenntnisse über die Interessen der Versicherten. Um das zu untersuchen, wurden zusätzlich zu den Variablen Engagement und Qualifikationsniveau (siehe Typologie) auch noch der Bereich Öffentlichkeitsarbeit in die Modellrechnungen mit aufgenommen.

4.3.3 Qualifikation und Engagement der Versichertenvertreter

Zwei unabhängige Kernmerkmale, die zur Interpretation der Daten häufiger herangezogen werden, sind die *Qualifikation* und das *Engagement* der Selbstverwalter. Beide Merkmale wurden nicht durch eine einzelne Frage ermittelt. Vielmehr werden sie durch mehrere Merkmale abgebildet, d.h. verschiedene Variablen wurden gewichtet und zu einem Summenscore aufaddiert. Wie sich die Merkmale Qualifikation und Engagement genau zusammensetzen, wird im Folgenden beschrieben.

³² Sofern im weiteren Verlauf der Analysen auf Fragen des Fragebogens Bezug genommen wird, weisen wir auf den im Anhang abgedruckten Fragebogen, in dem der komplette Fragentext eingese-

4.3.3.1 Qualifikation

Um das Qualifikationsniveau der Befragten zu ermitteln, waren ursprünglich folgende Merkmale zur Bildung einer Gesamtvariablen vorgesehen: Ausbildungsabschluss (Frage C), Berufsgruppe des aktuell oder zuletzt ausgeübten Berufes (Frage D), Besuche von Weiterbildungsveranstaltungen (Frage 22) und Mitgliedschaft in Ausschüssen des Verwaltungsrates (Frage 5).

Fragen C und D wurden aus zwei Gründen *nicht* mit berücksichtigt:

1. Eine Angabe zu Antwort C wurde von 37 Befragten verweigert, 39 Personen machten zu Antwort D keine Angaben. Die Schnittmenge an Ausfällen für eine Gesamtvariable würde dazu führen, dass mehr als 40 Fälle aus weiteren Analysen ausgeschlossen wären.
2. Die Variablen C und D spielen im Hinblick auf das Qualifikationsniveau eher eine untergeordnete Rolle, da ein hohes formales Bildungsniveau über die Qualität der Vertretung (Durchsetzungsfähigkeit) nur sehr abstrakt, wenn überhaupt, etwas aussagt.

Der Ausschluss dieser beiden Merkmale hat demnach auch keine Nachteile für die Aussagekraft des Gesamtqualifikationsniveaus.

Frage 5 wurde mit aufgenommen, da der Nutzen von Mitarbeit in Ausschüssen von den Befragten selbst als „sehr hoch“ eingeschätzt wurde, um im Verwaltungsrat qualifizierte und fundierte Entscheidungen treffen zu können. Ein ähnlich hohe Bedeutung wurde Weiterbildungsmaßnahmen beigemessen, sodass letztendlich zwei Variablen aus dem Fragebogen zur Beschreibung des Qualifikationsniveaus von Selbstverwaltern herangezogen werden können: Fragen 5 und 22. Diese wurden folgendermaßen gewichtet:

- Die Anzahl an Fortbildungen wurde in Quartile aufgeteilt, sodass jeder Befragte einen Punktwert von 1 (wenig Fortbildungen besucht) bis 4 (viele Fortbildungen besucht) erhalten konnte.

- Aufgrund der Tatsache, dass bereits hoch qualifizierte Versichertenvertreter eher weniger Fort- und Weiterbildungen besuchen würden, schafft die Frage 5 einen Ausgleich, indem die Teilnahme an einem Ausschuss mit drei Punkten angerechnet wird. Die Befragten können hier also die Punktwerte 0 (keine Mitarbeit in Ausschüssen), 3 oder 6 (Mitarbeit in einem oder zwei Ausschüssen) erhalten.

Der hieraus gebildete Summenscore scheint das Qualifikationsniveau angemessen abzubilden. In der Häufigkeitsverteilung gibt es keine ungewöhnlichen Ausreißer, der Verlauf ähnelt einer Normalverteilung.

4.3.3.2 *Engagement*

Wird das Engagement der Befragten vorwiegend am durchschnittlichen Zeitaufwand als Versichertenvertreter sowie an zusätzlichen Verpflichtungen in weiteren Vereinen oder Organisationen abgelesen, schlägt die Variable *Alter* zu sehr durch, d.h. mit steigendem Alter nimmt auch das Engagement in der Tätigkeit als Versichertenvertreter zu. Diese Unterschiede sind zwar statistisch signifikant, jedoch greift diese Sichtweise „Alter = mehr Engagement“ zu kurz, da die älteren Befragten aufgrund ihrer beruflichen Situation (Rente/Vorruhestand) auch absolut mehr disponible Zeit zur Verfügung haben.

Auch bei differenzierten Altersgruppeneinteilungen entstehen ähnliche Ergebnisse, die die (signifikante) Korrelation zwischen Alter und (zeitlichem) Engagement deutlich werden lassen. Daher wurde der Versuch unternommen, das Engagement differenzierter abzubilden. Hierbei sind unsere Annahmen, dass neben der zeitlichen Komponente auch Erfahrungen und (ehrenamtliche) Aktivitäten in Ausschüssen, Verbänden und Vereinen oder die Kontakthäufigkeit zu den Versicherten wesentliche Merkmale des Gesamtkomplexes *Engagement* sind.

Zur Bestimmung eines Gesamtscores *Engagement* wurden mehrere Variablen verwendet. Im Einzelnen sind dies: Mitarbeit in Widerspruchs- oder sonstigen Ausschüssen, Mitarbeit in zusätzlichen Organen wie Landes- oder Bundesverband der Kasse oder des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK), durchschnittlicher monatlicher Zeitaufwand als Versichertenvertreter, ehrenamtliche Tätigkeit in der betrieblichen Arbeitnehmervertretung, Engagement in Verbänden/Organisationen/Vereinen mit gesund-

heits- oder sozialpolitischen Zielen und Häufigkeit des persönlichen Kontaktes zu Versicherten.

Die Frage nach der Mitgliedschaft in einer Gewerkschaft wurde *nicht* mit einbezogen, da das besondere Antwortverhalten von Gewerkschaftsmitgliedern in bestimmten Kontexten separat analysiert und als Erklärungsmerkmal herangezogen werden sollte. Außerdem würden damit die Vertreter der so genannten Interessengemeinschaften (sonstige Arbeitnehmer-Organisationen) systematisch benachteiligt.

Wie bei der Gesamtvariablen des Qualifikationsniveaus wurden die Einzelmerkmale auch hier unterschiedlich gewichtet, speziell entlang der Achse des Engagements innerhalb und außerhalb der Krankenkassen. Dabei wurde dem Engagement innerhalb der Kasse mehr Bedeutung beigemessen. Auch die Häufigkeitsverteilung des Summenscores *Engagement* zeigt keine Ausreißer, sondern ist normalverteilt.

4.3.4 Typologie der Selbstverwalter

Die Beantwortung der Fragen dieser Studie ist nicht bloß durch ein oder mehrere isoliert zu betrachtende Merkmale alleine – wie bspw. Alter, Qualifikation oder Engagement – geprägt. Vielmehr sind es viele und unterschiedliche Faktoren, die dazu führen, wie eine Frage beurteilt wird, auf welche Erfahrungen die Befragten zurückgreifen können oder wie die Personen in ihre Tätigkeit eingebunden sind und damit auch eine andere Perspektive auf bestimmte Sachverhalte haben. Somit ist es sinnvoll und notwendig, bei bestimmten Fragen und Analysen nicht nur vereinzelt Variablen, sondern ein Setting aus verschiedenen Merkmalen zu berücksichtigen. Dies geschieht mit Hilfe von Typen. Die Entwicklung einer Typologie der Versichertenvertreter ist somit zur Analyse verschiedener Fragestellungen hilf- und aufschlussreich. Eine Typologie umfasst unterschiedliche Merkmale und teilt die Fälle (also: die befragten Personen) entsprechend ihren Merkmalsunterschieden in verschiedene Gruppen ein. Wenn sich die Elemente eines Typus oder einer Gruppe³³ in vielen Merkmalen ähneln, kann davon ausgegangen werden, dass die „Korrelationen“ zwischen den Merkmalen dieses Typus

³³ Im Folgenden werden Begriffe wie Typen, Cluster und Gruppen synonym behandelt.

nicht zufällig sind, sondern dass sich hinter diesem Zusammentreffen bestimmter Merkmale „innere“ oder „Sinnzusammenhänge“ verbergen. Die Typenbildung ermöglicht dadurch nicht nur Aussagen über Häufigkeitsverteilungen bestimmter Merkmale im Datenmaterial, sondern dient ebenso als Ausgangslage für weitere Analysen wie beispielsweise die Untersuchung unterschiedlichen Antwortverhaltens.

Wie sich im Laufe der Analysen gezeigt hat, gibt es bestimmte strukturelle Eigenschaften und Konstellationen, die signifikante Einflüsse auf das Antwortverhalten haben bzw. als Prädiktoren für unterschiedliche Antwortmuster angesehen werden können. Diese Variablen sind:

■ Zeitpunkt der erstmaligen Tätigkeit als Versichertenvertreter

Mit dieser Frage werden die so genannten „alten Hasen“ identifiziert, die vor allem die Situation der Selbstverwaltung vor der Strukturreform in den 1990er Jahren besser kennen und die Änderungen durch diese Reform anhand eigener Erfahrungen beschreiben können. Die Reform hatte entscheidende Einflüsse auf die Aufgaben, Rechte und Pflichten des Verwaltungsrates.

■ Stellung im Verwaltungsrat

Diese Variable wurde dichotomisiert, sodass hier die Unterscheidung zwischen *ordentlichem Mitglied* oder *Vorsitzenden* beziehungsweise *stellvertretendem Vorsitzenden* gemacht wird. Im Text wird diese Unterscheidung durch *ordentliches Mitglied* respektive *(stellvertretender) Vorsitzender* gekennzeichnet.

■ Qualifikationsniveau (siehe voriges Kapitel)

Das Qualifikationsniveau wird über die neu gebildete Variable abgebildet. Für die Clusteranalyse wurde diese Variable dichotomisiert, sodass es die Ausprägungen „überdurchschnittliches“ bzw. „unterdurchschnittliches“ Qualifikationsniveau gibt. Werte wie „kein“ bzw. „perfektes“ Qualifikationsniveau sind damit praktisch aus-

geschlossen, da durch die Dichotomisierung und Zusammenfassung von Kategorien diese Ausprägungen nicht mehr auftauchen.³⁴

■ Engagement (siehe voriges Kapitel)

Das Engagement wird durch die neu gebildete Variable repräsentiert, die sich aus verschiedenen Fragen zum Engagement zusammensetzt. Auch diese Variable wurde dichotomisiert. Das Vorgehen entspricht dabei dem bei der Variable *Qualifikationsniveau*.

■ Alter

Aufgrund der Spannweite der Altersangaben der Befragten wurde diese Variable dichotomisiert und teilt die Befragten in die unter 65-Jährigen sowie Personen ein, die 65 Jahre oder älter sind. Damit sind die Befragten zwar nicht in zwei exakt gleichgroße Gruppen eingeteilt, jedoch stellte diese Altersgrenze eine wahrscheinlich relevante Schnittmarke für Verhaltensweisen und Einstellungen dar.

■ Zugehörigkeit zu einer Gewerkschaft

Unterscheidet die Personen, die Gewerkschaftsmitglied sind, von denen, die keiner Gewerkschaft angehören.

Von diesen sechs Variablen beeinflussen insbesondere die ersten fünf besonders stark das Antwortverhalten. Das Merkmal *Gewerkschaftsmitgliedschaft* aus dieser Gruppe hat einen etwas geringeren Einfluss auf globale Antwortmuster und sticht lediglich in bestimmten Fragekontexten besonders hervor. Als weitere bedeutende Variable für die Typenbildung wurde die Frage nach dem Zeitpunkt der erstmaligen Tätigkeit im Verwaltungsrat aufgenommen, um die erfahrenen „alten Hasen“ von den „Neulingen“ zu unterscheiden.

Mit Hilfe dieser sechs Variablen wurde eine Clusteranalyse durchgeführt. Die Clusteranalyse versucht, die „Fälle“ in der Stichprobe anhand der ausgewählten Merkmale (in

³⁴ Es könnte theoretisch durchaus vorkommen, dass bei einer dichotomisierten Variable eine der beiden Ausprägungen nur einen Extremwert enthält, dennoch wird diese Ausprägung nur mit „mehr“ oder „weniger“ bezeichnet, nicht aber mit „ganz“ oder „gar nicht“. Geht man von normalverteilten Antworten aus, sind ausschließlich vorkommende Extremwerte jedoch sehr unwahrscheinlich.

diesem Fall die sechs Variablen) in unterschiedliche Gruppen aufzuteilen, wobei die Gruppen bezüglich der Merkmalsausprägungen hohe interne Homogenität und hohe externe Heterogenität aufweisen sollen. Anders formuliert: Befragte, die ähnliche Merkmalsausprägungen aufweisen, sollen der gleichen Gruppe zugeordnet werden, während die Personen, deren Merkmalsausprägungen sich deutlich von anderen unterscheiden, auch in andere Gruppen eingeteilt werden.

Die für die hier vorgestellte Typologie verwendeten Variablen wurden nicht a priori zusammengestellt, sondern haben sich im Laufe der Analysen als besondere Merkmale erwiesen (Engagement, Qualifikationsniveau, Gewerkschaftsmitgliedschaft, Alter). Die Auswahl ist daher einerseits empirisch begründet. Andererseits wurden anhand theoretischer Überlegungen weitere Variablen (Zeitpunkt der erstmaligen Tätigkeit als Versichertenvertreter, Stellung im Verwaltungsrat) zur Clusteranalyse hinzugezogen. Grundlage für die theoretische Auswahl der Variablen sind die im Vorfeld und im Antrag des Forschungsprojektes aufgestellten Hypothesen, die zusammen mit den in den mit Selbstverwaltern geführten Interviews über ihre Arbeit gewonnenen Erkenntnissen in die Auswahl der Fragebogenfragen eingeflossen sind. Eine der Annahmen ist, dass die Versichertenvertreter eher die einflusspolitischen und sachlichen Eigeninteressen ihrer Organisationen vertreten, also vor allem die der Gewerkschaften, als die der Versicherten. Daher ist das Merkmal der Gewerkschaftsmitgliedschaft in der Typologie enthalten. Ferner gehen wir von einer unzureichenden Qualifikation der Versichertenvertreter bei den immer komplexer werdenden Entscheidungen im Verwaltungsrat aus. Die Gestaltungsspielräume der Selbstverwaltung in der GKV werden im Sinne der Versicherten nicht ausgeschöpft, weil die Versichertenvertreter nicht ausreichend informiert und qualifiziert sind. Auch das Verständnis von der eigenen Rolle und den Aufgaben als Versichertenvertreter variiert zwischen Eigeninitiative und Passivität. Damit sind Variablen wie Engagement und Qualifikationsniveau unverzichtbar für eine vernünftige Typenbildung. Die hier vorgestellte Typologie ist somit weder empirisch-naiv noch theoretisch-praxisfern. Auch wenn dies nicht die einzig mögliche Zusammensetzung ei-

ner Typologie ist³⁵, so sind mit dieser Typologie auch andere mögliche Einschränkungen, die durch Clusteranalysen entstehen, weitestgehend minimiert:

- Je nachdem, wie viele unterschiedliche Variablen und welche Variablen in die Clusteranalyse einbezogen werden, gibt es höhere Ausfallzahlen. Dies wiederum verkleinert die Gesamtanzahl der Fälle in der Typologie deutlich und erschwert vernünftige Analysen.
- Ferner gibt es durch die Einbeziehung bestimmter Variablen (wie beispielsweise Geschlecht oder Informiertheit der Befragten oder Zugehörigkeit zu einer Organisation) einen „Bias“, der dazu führt, dass einige Gruppen innerhalb der Typologie deutlich mehr Fälle haben als andere. Die dadurch entstehende Ungleichverteilung der Fallzahlen lässt keine abgesicherten Aussagen mehr zu, da einzelne Gruppen zu klein für signifikante Ergebnisse sind.

Die hier erstellte Typologie enthält 323 von 367 Fällen, die sich ausgewogen auf vier unterschiedliche Gruppen verteilen. Diese werden im Folgenden genauer beschrieben.

4.3.4.1 Charakteristik der unterschiedlichen Typen

Insgesamt sind vier unterschiedliche Gruppen oder Typen von Selbstverwaltern entstanden, die im Folgenden kurz charakterisiert werden sollen.

Abbildung 2 stellt die sechs ausgewählten Merkmale in ihren unterschiedlichen Ausprägungen pro Gruppe³⁶ dar. Dabei ist zu beachten, dass dies keine *absoluten*, sondern *relative* Ausprägungen sind, die ein Verhältnis der Merkmalsausprägung in der einen Gruppe *im Vergleich* zu den anderen Gruppen darstellen. Das heißt, wenn ein Merkmal

³⁵ In der folgenden Typologie wurde die Frage nach dem Zeitpunkt der erstmaligen Tätigkeit als Versichertenvertreter mit einbezogen. Der Versuch, eine Typologie ohne dieses Merkmal zu bilden, führte ebenso zu vier Gruppen mit fast identischen Merkmalsausprägungen. Die Einbeziehung der Variable „alte Hasen“ führt also nicht zu einer Verzerrung der Typologie, sondern ergänzt sie um ein weiteres wichtiges Merkmal. Dadurch bleiben möglichst gleichgroße Gruppen mit ausreichender Fallzahl für Analysen erhalten, bei gleichzeitig differenzierterer Analysemöglichkeiten durch den Einschluss zusätzlicher Variablen.

³⁶ Die gelben Balken stehen für die Merkmalsausprägungen der Gruppe 1, die grünen für Gruppe 2, rote Balken für Gruppe 3 und die blauen für Gruppe 4.

in einer Gruppe sehr stark ausgeprägt ist, bedeutet dies nicht, dass es in den anderen Gruppen notwendig gar nicht vorkommt, sondern nur, dass es in einer Gruppe proportional häufiger auftaucht und somit charakteristisch für diese Gruppe ist.

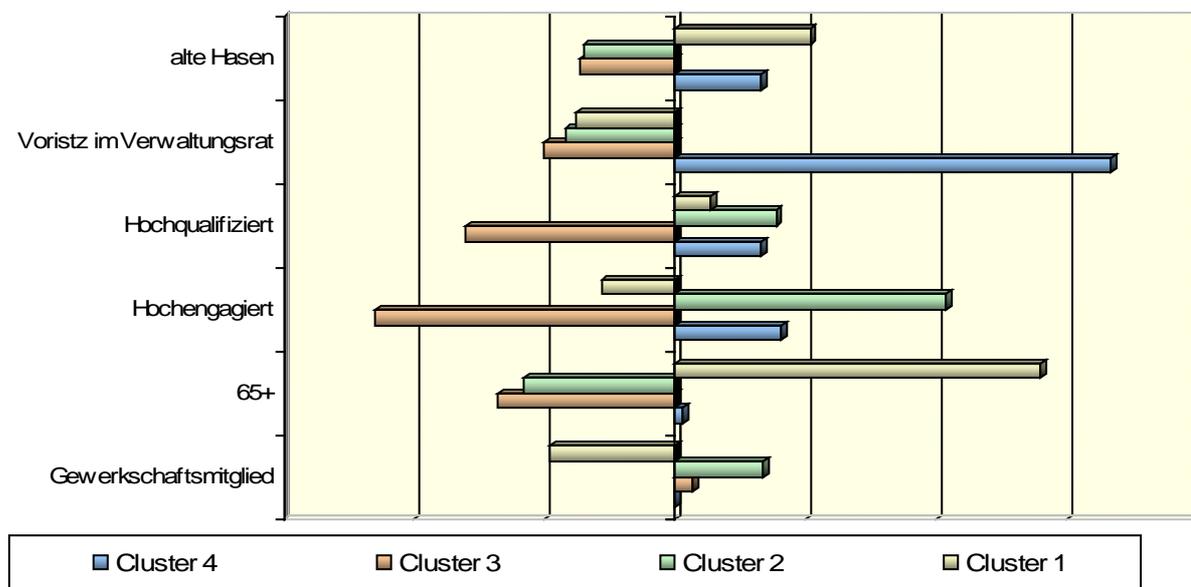


Abbildung 2: Typologie von Selbstverwaltern

Typ 1 – Die qualifizierteren, aber weniger engagierten älteren „alten Hasen“, kaum in der Gewerkschaft (N=70)

Diese Gruppe enthält den größten Anteil an Selbstverwaltern, die bereits längere Zeit als Versichertenvertreter tätig sind. Sie sind fast ausschließlich ordentliche Mitglieder ohne Vorsitz im Verwaltungsrat. Die Personen dieses Typs sind eher höher qualifiziert, jedoch unterdurchschnittlich engagiert. In dieser Gruppe finden sich die meisten älteren Befragten und zugleich die proportional wenigsten Gewerkschaftsmitglieder.

Typ 2 – Neue, jüngere, ordentliche Mitglieder, hoch qualifiziert und engagiert, in der Gewerkschaft (N=114)

In dieser Gruppe sind die meisten höher engagierten und qualifizierten Befragten. Ferner sind hier überproportional viele Gewerkschaftsmitglieder zu finden, die auch überwiegend jünger sind.

Typ 3 – Neue, jüngere, ordentliche Mitglieder, überwiegend niedrig qualifiziert und weniger engagiert (N=93)

Diese Gruppe ist dadurch charakterisiert, dass sie verhältnismäßig mehr jüngere, ordentliche Mitglieder ohne Vorsitz im Verwaltungsrat enthält. Sie sind ausschließlich unterdurchschnittlich engagiert und fast ausnahmslos unterdurchschnittlich qualifiziert. Darüber hinaus ist hier das Verhältnis zwischen jüngeren und älteren Befragten am stärksten zu Gunsten der unter 65-Jährigen ausgeprägt. Im Vergleich zu den ersten beiden Gruppen ist hier der Anteil an Gewerkschaftsmitgliedern im Vergleich zu den Nicht-Gewerkschaftern nur leicht höher.

Typ 4 – „Alte Hasen“ mit Vorsitz im Verwaltungsrat, vorwiegend engagiert und qualifiziert (N=46)

Dieser Typ ist am stärksten durch das Merkmal „Vorsitz im Verwaltungsrat“ geprägt. Auch der Anteil an Personen, die bereits längere Zeit als Versichertenvertreter tätig sind, ist hier sehr stark ausgeprägt. Die Befragten in dieser Gruppe sind überwiegend gut qualifiziert und sehr engagiert.

4.3.5 Stellung im Verwaltungsrat, Zusammensetzung des Verwaltungsrats

In diesem Block werden die genaue Funktion und Stellung des Befragten in der Selbstverwaltung geklärt. Dies sind wichtige Hintergrundvariablen für das weitere Antwortverhalten. Hat man es mit „alten Hasen“ oder eher noch unerfahrenen Vertretern zu tun? Inwieweit sind die Befragten besonders engagiert? Ferner ist das Kriterium einer Mitgliedschaft in Ausschüssen eine wichtige Qualifizierungsmöglichkeit.

Zeitpunkt der erstmaligen Tätigkeit

Bei dieser Frage ist besonders die Unterscheidung zwischen den ersten beiden und der letzten der drei Kategorien zu berücksichtigen, da 1993 das Gesetz zur Strukturreform im Gesundheitswesen in Kraft trat. Diese Reform hatte entscheidende Einflüsse auf die Aufgaben, Rechte und Pflichten des Verwaltungsrates.

Viele der befragten Frauen sind erst sehr viel später in die Selbstverwaltung gelangt, während der Zeitpunkt der erstmaligen Tätigkeit bei den männlichen Befragten schon

länger zurück liegt. Im Vergleich zur gesamten Stichprobe sind weibliche Personen in der Kategorie „Vor der Sozialwahl 1993“ deutlich unter-, in den Kategorien „Zur Wahl 1999“ und „Innerhalb der Wahlperiode 1999 bis 2005“ klar überrepräsentiert.

Wer verbirgt sich hinter den „alten Hasen“?

Anhand der ersten Frage des Fragebogens („Wann sind Sie zum ersten Mal in der Selbstverwaltung tätig geworden?“) lässt sich feststellen, wer von den Befragten bereits länger als Selbstverwalter tätig ist und somit zu den so genannten „alten Hasen“ gezählt werden kann. Bei Fragen zur Strukturreform beziehungsweise Veränderungen der Handlungsfähigkeit der Selbstverwaltung durch die Strukturreform werden diese Personen aufgrund ihrer langjährigen Erfahrungen anders antworten als die übrigen Befragten. Um diese Antwortmuster besser interpretieren zu können, sind auch die weiteren Merkmale der Gruppe der „alten Hasen“ wichtig.

Insgesamt 76,6% der 363 Befragten zählen zu den erfahrenen „alten Hasen“. Davon sind 88,9% männlich und 11,1% weiblich. Dieser Unterschied lässt sich zwar durch die allgemeine Häufigkeitsverteilung von deutlich mehr befragten Männern als Frauen erklären, aber auch die erwarteten Häufigkeiten zeigen hier ein statistisch signifikantes Zerrbild: Gegenüber dem erwarteten Anteil von 76,8% einer Gruppe sind es von den weiblichen Personen lediglich 59,6%, die sich zu den „alten Hasen“ zählen. Die Frauen sind in dieser Gruppe somit deutlich unterrepräsentiert.

Wie nicht anders zu erwarten, sind es vorwiegend ältere Personen, die bereits länger als Selbstverwalter tätig sind. Das Durchschnittsalter der „alten Hasen“ liegt bei 60, das der anderen Befragten bei 52 Jahren. Ähnlich sehen auch die Verteilungen der Erwerbstätigen aus, die sich häufiger bei den jüngeren Befragten befinden, während bereits in Rente oder im Vorruhestand befindliche Personen überwiegend in der Gruppe der „alten Hasen“ befinden. Dadurch haben diese mehr zeitliche Ressourcen, die sie z. B. in ihre Arbeit als Versichertenvertreter investieren können.

Die Mitgliedschaft in einer Gewerkschaft oder ein zusätzliches ehren- oder hauptamtliches Engagement in Verbänden steht in keinem Zusammenhang mit der Dauer der Tätigkeit als Versichertenvertreter. Sowohl bei den bereits längere Zeit in der Selbstver-

waltung tätigen Befragten als auch bei denjenigen, die neu dabei sind, finden sich gleichermaßen häufig Gewerkschaftsmitglieder und haupt- oder ehrenamtlich Engagierte. Beim letzten beruflichen Ausbildungsabschluss und auch der Zugehörigkeit zu Berufsgruppen zeigt sich ein ähnliches Bild, das heißt, es gibt bezogen auf diese Merkmale keine Unterschiede zwischen den beiden Gruppen der „alten Hasen“ und denen, die neu dabei sind. Lediglich die Beamten sind in der Gruppe der länger tätigen Selbstverwalter wesentlich häufiger anzutreffen.

Die jüngeren Versichertenvertreter sind überwiegend „ordentliche Mitglieder“, während Personen mit (stellvertretendem) Vorsitz im Verwaltungsrat eher zu den „alten Hasen“ zählen.

Betrachtet man die Anzahl der Arbeitsbereiche, in denen sich die Befragten zukünftig *mehr Engagement* seitens der Selbstverwaltung wünschen, fällt auf, dass es die älteren Befragten mit längerer Tätigkeit als Selbstverwalter sind, die sich in deutlich mehr Arbeitsbereichen zusätzlichen Einsatz wünschen. Gleiches gilt für das durchschnittliche Engagement und Qualifikationsniveau, das bei den „alten Hasen“ höher liegt als bei anderen Befragten. Jedoch gibt es keine Unterschiede im Hinblick auf die geäußerte Anzahl an notwendigen Veränderungen, um Funktionalität, Akzeptanz, Legitimation und die Repräsentation der Versicherteninteressen zu optimieren. Hier sind die Antworthäufigkeiten gleichmäßig über beide Gruppen verteilt.

Kassenzugehörigkeit

Bezüglich der Kassenzugehörigkeit lassen sich die Ersatzkassen insofern von den folgenden drei Kassen unterscheiden, als dass in ihren Verwaltungsräten nur Versichertenvertreter sitzen, während in den Verwaltungsräten der AOK, IKK sowie BKK auch paritätisch Arbeitgebervertreter sitzen, also auch Auseinandersetzungen mit ihnen stattfinden können.

Die drei größten Kassenarten, die sich in der Stichprobe finden lassen, sind die Angestellten-Ersatzkassen, die AOK und die IKK. BKK ist die viertgrößte Gruppe und nur unwesentlich kleiner als die ersten drei. Arbeiter-Ersatzkassen sind die deutlich kleinste Gruppe.

Die DGB-Einzelgewerkschaften (n=223; Mehrfachnennungen möglich) sowie der DGB (n=153) sind die Organisationen, die auf Seite der Versicherten am stärksten in den Verwaltungsräten der Kassen der Befragten vertreten waren. Die ACA (n=96) sowie sonstige Organisationen (n=105) sind die dritt- und viertgrößten Gruppen.

Stellung im Verwaltungsrat und Ausschussmitgliedschaft

Bei dieser Frage spielt vor allem die Mitgliedschaft in einem Ausschuss eine wichtige Rolle, da die Arbeit in Ausschüssen als Qualifikationsmerkmal für Verwaltungsratsmitglieder anzusehen ist.

Die meisten der Befragten sind ordentliche Mitglieder im Verwaltungsrat und dabei zusätzlich in einem Ausschuss tätig (n=222). Hier gibt es keine auffälligen Unterschiede in den Proportionen der Gruppen von männlichen und weiblichen Personen. Lediglich beim Vorsitz im Verwaltungsrat sind die männlichen Befragten überrepräsentiert (n=43 – n=4).

Zusätzliche Mitgliedschaften

Ein weiteres Qualifikationsmerkmal, das insbesondere für Erfahrung im Zusammenhang mit der Verwaltungsratarbeit steht, sind weitere Mitgliedschaften in anderen Organen der eigenen Kasse. Hierbei fällt auf, dass die männlichen Befragten überwiegend Mitglieder in den Landesverbänden waren, während die Frauen – sofern hier ein aussagekräftiges Urteil aufgrund der geringen Fallzahl überhaupt angebracht ist – eher auf Bundesverbandsebene aktiv waren.

Durchschnittlicher Zeitaufwand für Versichertenvertreterertätigkeiten

Der durchschnittliche Zeitaufwand pro Monat für die Tätigkeit als Versichertenvertreter im Verwaltungsrat der eigenen Kasse liegt bei den Männern mit 15,9 Stunden höher als bei den Frauen (11,3 Stunden). Berücksichtigt man den Erwerbsstatus wird diese Diskrepanz plausibel.

4.3.6 Mitgliedschaften und Engagement in Organisationen und Verbänden

Zugehörigkeit zu Organisationen

Die drei Einzelgewerkschaften, aus denen die größten Gruppen der Befragten stammen, sind die IG Metall, ver.di und die IG Bau. In der DGB-, IG BCE- und in der ver.di-Gruppe sind proportional etwas mehr Frauen als in der Gesamtheit vertreten, während besonders bei den IG Bau- und den ACA-Mitgliedern überproportional Männer sind.

Gewerkschaftsmitgliedschaften

224 männliche sowie 35 weibliche Befragte sind Mitglied in einer Gewerkschaft. Damit ist das Verhältnis zwischen Personen innerhalb einer Gewerkschaft und denjenigen, die kein Gewerkschaftsmitglied sind, bei den Männern nahezu genauso groß wie bei den Frauen. Von den 259 Gewerkschaftsmitgliedern sind 78 Personen als hauptamtliche/r Gewerkschaftsfunktionär/in tätig. Hierbei überwiegt jedoch der relative Anteil weiblicher hauptamtlicher Gewerkschaftsfunktionärinnen: 40% der befragten Frauen sind hauptamtliche Funktionärin, bei den Männern liegt der Anteil nur bei 28%.

Engagement in Organisationen/Verbänden/Vereinen mit gesundheits-/sozialpolitischen Zielen

Diese Frage könnte Hinweise auf unterschiedliche Typen verschieden starken Engagements geben. Dabei sind die weniger Aktiven und die vielseitig Engagierten zu unterscheiden und in späteren Analysen als wichtige Einflussgröße bei der Beantwortung von Fragen und auf Verhaltensweisen zu behandeln.

Die meisten Befragten engagieren sich haupt- oder ehrenamtlich in der Gewerkschaft. Am zweithäufigsten engagieren sie sich in einer politischen Partei gefolgt vom Engagement in Sozial- oder Wohlfahrtsverbänden. Engagement in anderen Organisationen ist unter den Befragten eher gering.

4.3.7 Sozialwahl 2005: Transparenz der Kandidatenauswahl, Listenplatzvergabe und Bewertung von Ur- oder Friedenswahlen

Hier war uns wichtig, wie die Selbstverwalter selber das Rekrutierungsverfahren wahrnehmen und wie transparent und demokratisch es sich für die Kandidaten darstellt. Von

Interesse ist die Bewertung der so genannten Friedenswahlen, welche eine der wichtigsten „Voice“-Möglichkeiten der unorganisierten Versicherten verhindern.

Die Befragten bestätigten den allgemeinen Trend zur Friedenswahl, d.h. auch in ihrem Umfeld fanden 2005 nochmals deutlich weniger Urwahlen statt als 1999. Rund ein Drittel von ihnen schieden 2005 aus der Selbstverwaltung aus, darunter mehr Männer als Frauen, und wurden dann auch nicht genauer zur Rekrutierung für die neue Amtsperiode befragt.

In der Gruppe der qualifizierteren, aber weniger engagierten älteren „alten Hasen“, die nicht in der Gewerkschaft sind (Typ 1), ist der *proportionale* Anteil an Urwahlbefragten deutlich höher als bei den Friedenswahlbefragten, d.h. die Urwahlbefragten tauchen in diesem Typ übermäßig oft auf. Bei den neuen, jüngeren, ordentlichen Mitgliedern, die überwiegend niedrig qualifiziert und weniger engagiert sind (Typ 3), ist dieses Verhältnis genau umgekehrt. Hier sind relativ viele Friedenswahlbefragte zu finden.

Die Typen 2 (neue, jüngere, ordentliche Mitglieder, hoch qualifiziert und engagiert, in der Gewerkschaft) und 4 („alte Hasen“ mit Vorsitz im Verwaltungsrat, vorwiegend engagiert und qualifiziert) weisen keine Auffälligkeiten auf, hier ist der proportionale Anteil beider Gruppen gleichmäßig verteilt.

Für die Mehrheit der Befragten, die nicht zum Ende der Wahlperiode 2005 aus dem Verwaltungsrat ihrer Kasse ausgeschieden sind, war die Kandidatenauswahl und die Vergabe der Listenplätze in ihrer Organisation bei der Sozialwahl im Juni 2005 transparent und nachvollziehbar (voll und ganz: 58,8%; im Großen und Ganzen: 30,3%).

Der überwiegenden Mehrheit der Befragten, nämlich 86,6%, waren auch die Kriterien der Organisation für die Kandidatenauswahl und Listenplatzvergabe bekannt.

Dennoch gibt es eine große Gruppe an Befragten, welche die Transparenz der Kandidatenauswahl und der Vergabe der Listenplätze als unzureichend oder gar nicht vorhanden bewertete. Die Beurteilung unterscheidet sich in Abhängigkeit von der Organisation, in deren Verwaltungsrat die Befragten tätig waren. So waren bei der Sozialwahl im Juni 2005 im DGB, der IG BCE oder der ACA die Kandidatenauswahl und Listenplatzvergabe eher transparent, während Befragte, die über ver.di, die IG Metall oder die IG

Bau in ihr Verwaltungsratsamt kamen, diese Aspekte viel öfter als intransparent bezeichneten. Die Kriterien für die Listenplatzvergabe und Kandidatenauswahl waren wiederum besonders häufig bei den Organisationen ver.di und IG Bau unbekannt, während es bei anderen Organisationen keine auffälligen Unterschiede in den erwarteten Häufigkeitsverteilungen gab.

Ferner lässt sich feststellen, dass insbesondere die weniger engagierten Selbstverwalter des Typs 3 Probleme mit der Transparenz bei den Sozialwahlen hatten und ihnen die Kriterien für die Listenplatzvergabe und Kandidatenauswahl seltener bekannt waren. Auf die Informiertheit der Personen, die weniger Zeit in ihre Tätigkeit als Selbstverwalter investieren können, sollte also künftig stärker geachtet werden.

Etwas mehr als jeder Zehnte der Befragten fordert die *Verbreiterung der Basis vorschlagsberechtigter Organisationen*. Diese Forderung ist eng verknüpft mit der erfahrenen Transparenz bei den Sozialwahlen und der Bekanntheit der Kriterien für die Listenplatzvergaben und Kandidatenwahl. Je intransparenter und undurchschaubarer die Sozialwahlen empfunden werden, desto größer der Wunsch nach Verbreiterung der Basis vorschlagsberechtigter Organisationen.

Der Wunsch nach mehr Transparenz im Hinblick auf die Sozialwahlen hängt im Wesentlichen von zwei Merkmalen ab: Alter und Mitgliedschaft in einer Gewerkschaft. Hier fällt auf, dass sich nur jeder zehnte Gewerkschafter mehr Veränderungen am derzeitigen Status quo der Form der Sozialwahlen wünscht, während auf Seiten der Nicht-Gewerkschaftsmitglieder fast 40% erheblichen Verbesserungsbedarf sehen. Auch ältere Versichertenvertreter fordern diesbezüglich mehr Veränderungen, jedoch sind die Unterschiede zu den jüngeren nicht ganz so stark ausgeprägt wie zwischen Gewerkschaftern und Nicht-Gewerkschaftern.

Im Hinblick auf die Form der Sozialwahlen lässt sich eine allgemeine Tendenz zu vermehrten Friedenswahlen konstatieren, wobei Kassen in denen Gewerkschaftsvertreter präsent sind davon besonders betroffen erscheinen: Während 1999 noch in 21,1% der Kassen, in denen Befragte für den DGB als Versichertenvertreter tätig waren, Urwahlen stattfanden, waren es 2005 nur noch 2,7%.

Der Typ 3 der Selbstverwalter – neue, jüngere, ordentliche Mitglieder, überwiegend niedrig qualifiziert und weniger engagiert – gelangt überproportional häufig durch Friedenswahlen in die Selbstverwaltung, während Personen aus dem ersten Typ – den qualifizierteren, aber weniger engagierten älteren „alten Hasen“, die nicht in der Gewerkschaft sind – wesentlich öfter als andere durch Urwahlen in die Selbstverwaltung gewählt wurden. Die anderen Gruppen von Versichertenvertretern weisen hier keine auffälligen Ergebnisse auf.

Während bisher zu den Sozialwahlen allgemeine Ergebnisse präsentiert wurden, soll dieses Kapitel klären, wie die Sozialwahlen in Abhängigkeit von den durch *Friedenswahlen* und *Urwahlen* gewählten Befragten beurteilt werden.

Die Transparenz der Kriterien bei der Kandidatenauswahl und Listenplatzvergabe wird von diesen beiden Gruppen stark unterschiedlich beantwortet. Personen, die durch Friedenswahlen in die Selbstverwaltung gelangt sind, gaben an, dass diese Kriterien eher unbekannt waren. Die durch Urwahlen zum Versichertenvertreter Gewählten teilten dagegen viel häufiger mit, diese Kriterien seien bekannt und transparent.

Die Legitimation der Selbstverwaltung durch Sozialwahlen wird ebenfalls wesentlich positiver bewertet, wenn in der Kasse Ur- statt Friedenswahlen durchgeführt wurden. Keinen Unterschied in der jeweiligen Beurteilung der Form der Sozialwahlen macht die *Transparenz bei der Auswahl der Kandidaten*. Hier gaben sowohl durch Urwahlen als auch durch Friedenswahlen gewählte Befragte gleich häufig an, dass eine Transparenz gegeben bzw. nicht gegeben war.

Ganz anders ist das Antwortverhalten bei der Frage, ob die Sozialwahlen ausschließlich in Form von Urwahlen stattfinden sollen. Wie bereits beschrieben, gibt es hier eine sehr große Gruppe, die am Status quo der Friedenswahlen festhalten möchte und sich gegen Änderungen an der Durchführung der Sozialwahlen ausspricht. Personen, die durch Friedenswahlen in ihre Position „gewählt“ wurden, sprechen sich entschieden gegen Sozialwahlen ausschließlich in Form von Urwahlen aus. Die andere Gruppe der durch Urwahl Gewählten sieht dies genau gegenteilig. Da bereits erwähnt wurde, dass es überwiegend Befragte aus den Gewerkschaften sind, die den Status quo von Sozialwahlen erhalten wollen, und diese Gewerkschaftsmitglieder überwiegend durch Frie-

denwahlen zum Versichertenvertreter „gewählt“ wurden, sind diese Ergebnisse auch nicht überraschend.

Die Verbreiterung der Basis vorschlagsberechtigter Organisationen und auch die Beschränkung der Vorschlagsberechtigung auf die Gewerkschaften werden von keiner Gruppe im Vergleich zur anderen besonders favorisiert oder abgelehnt. Ebenso verhält es sich mit der Summe der angegebenen Bereiche, in denen künftig mehr Engagement seitens der Selbstverwaltung notwendig ist und der Anzahl an Bereichen, in denen Veränderungen durchgeführt werden müssten, um die Funktionalität, Legitimation, Akzeptanz und Repräsentation der Selbstverwaltung zu verbessern. Auch hier gibt es keine quantitativen Unterschiede zwischen Urwahl- und Friedenswahlbefragten.

Die direkte Wahl der Kandidaten der Selbstverwaltung durch die Versicherten wird wiederum deutlich häufiger von den Urwahlbefragten gewünscht. Eine Änderung, die eine direkte *Beteiligung* von Versicherten ermöglicht, spielt aber in der Vorstellung aller Befragten keine Rolle.

4.3.8 Information, Qualifikation und Weiterbildung

In diesem Themenblock sind drei Fragen von besonderer Bedeutung: Inwieweit fühlen sich oder sind die Versichertenvertreter qualifiziert, fundierte Entscheidungen zugunsten der Versicherten zu treffen? Nimmt der Vorstand seine Informationspflichten gegenüber dem Verwaltungsrat wahr? Inwieweit informieren sich die Versichertenvertreter selbst aktiv und bilden sich weiter?

Informationsweitergabe und -beschaffung vor Entscheidungen

Der hauptamtliche Vorstand sowie der/die Verwaltungsratsvorsitzende haben gegenüber dem Verwaltungsrat eine Informationspflicht und müssen dessen Mitglieder über anstehende Entscheidungen und Abstimmungen informieren. Entsprechend hoch ist der Anteil der Befragten, die angaben, von diesen Akteuren im Vorfeld informiert worden zu sein (Vorstand: 81,5%; Verwaltungsratsvorsitzender: 69,2%). Der Vorstand wird von Verwaltungsratsmitgliedern außerdem am häufigsten angesprochen, wenn es um die Informationsbeschaffung geht (Vorstand: 24,5%; Verwaltungsratsvorsitzender: 19,6%).

Experten außerhalb der Kasse werden eher selten angesprochen (externe Experten: 17,2%). Interessant ist außerdem, dass sich 23,7% der Befragten direkt Informationen bei Mitarbeitern der Kassenverwaltung besorgten, dies also sogar für etwas mehr Organmitglieder eine Informationsquelle darstellte als ich eigener Vorsitzender.

Bewertung der Informiertheit vor Entscheidungen und Abstimmungen

Der Großteil der befragten Personen gibt an, sich vor Entscheidungen oder Abstimmungen „meistens“ (52,1%) oder „immer“ (39,7%) gut informiert zu fühlen. Keiner der Befragten fühlte sich „fast nie“ oder „nie“ gut informiert.

Bewertung der Informationen

Die Skala der Bewertung der Informationen reicht von 1 (sehr schlecht) bis 5 (sehr gut). Anhand der Mittelwerte lässt sich erkennen, dass die Informationen in allen Aspekten als überdurchschnittlich positiv bewertet werden. Besonders positiv wurden die Pünktlichkeit (4,15), Verständlichkeit (4,06) und die Begründung der Vorteile von Neuerungen (4,02) bewertet. Die Darlegung von Alternativen wurde von den Befragten am negativsten (3,66) beurteilt und liegt damit nur knapp über einer durchschnittlichen Note. Für den oft beklagten Mangel an Vorbereitungszeit bzw. ein Missverhältnis von Materialfülle und Zeit findet man hier keinen Beleg. Die Note für eine ausreichende Vorbereitungszeit beträgt 3,89 Punkte.

Bewertung der Zwischenergebnisse

In Bezug auf die aktive Informationsbeschaffung fallen zwei Tendenzen auf: Zum einen besorgen sich die Personen, die stärker engagiert sind und mehr Zeit in ihre Tätigkeit als Versichertenvertreter investieren, häufiger Informationen vom Vorstand oder Mitarbeitern der Kassenverwaltung. Zum anderen jedoch sind es nicht die älteren Befragten, die häufiger bei der Eigen-Information aktiv werden, obwohl höheres Engagement in dieser Stichprobe mit höherem Alter korreliert. Vielmehr verhält es sich so, dass innerhalb der Gruppe der stärker engagierten Versichertenvertreter überwiegend die jüngeren Kohorten initiativ bei der Besorgung von Informationen sind, während dies weniger auf

die älteren Befragten zutrifft. Alter und Engagement spielen somit zusammen eine Rolle bei der aktiven Eigen-Information.

Bei der Bewertung über die Informiertheit gibt zwar ein Großteil an, (fast) immer vor Entscheidungen und Abstimmungen gut informiert zu sein. Jedoch ist das Häufigkeitsverhältnis der beiden Antwortmöglichkeiten „immer“ und „meistens“ nahezu spiegelverkehrt, wenn man die Gruppen der Gewerkschaftsmitglieder und Nicht-Gewerkschaftsmitglieder unterscheidet. Demnach fühlen sich Gewerkschaftsmitglieder („immer“: 35,2% und „meistens“: 56%) tendenziell nicht ganz so optimal informiert wie andere oder stehen den Informationsgehalten und -inhalten kritischer gegenüber als Nicht-Gewerkschaftsmitglieder („immer“: 58,6% und „meistens“: 35,7%).

In Bezug auf das Engagement allgemein lassen sich keine nennenswerten Unterschiede feststellen. Lediglich ältere Befragte fühlten sich etwas besser informiert als die jüngeren.

Auch bei der Bewertung der Informationen fällt auf, dass Gewerkschaftsmitglieder sie tendenziell etwas negativer bewerteten als Nicht-Gewerkschaftsmitglieder.

Einschätzung der Bedeutung von Weiterbildungsangeboten

Mit der Frage „Halten Sie persönlich eine Weiterbildung in folgenden Themenfeldern für notwendig und haben Sie schon einmal eine Veranstaltung zu den folgenden Themenfeldern besucht?“ sollten differenziert die Qualifikationsdefizite der Befragten entlang der Aufgaben von Selbstverwaltern identifiziert werden. Hierbei geht es um die Einschätzung der Befragten, inwiefern sie eine Weiterbildung in einer Reihe vorgegebener Themenbereiche für notwendig halten und ob sie bereits Veranstaltungen zu den Themenfeldern besucht haben. Mit den Veranstaltungen sind nicht nur Weiterbildungsangebote in Seminarform, sondern auch Foren und Diskussionsveranstaltungen zu fachspezifischen oder gesundheits-/sozialpolitischen Themen gemeint.

Die Antwortmöglichkeiten lassen sich unterschiedlichen Kategorien zuordnen. Die ersten vier Antworten (Haushaltsplanung, Finanzplanung der Kasse, Strategische Unternehmensführung und Morbi-RSA) weisen auf Kenntnisse hin, die notwendig sind, um

die Tätigkeit des Vorstandes beurteilen zu können. Mitglieder der Selbstverwaltung, die viel Kenntnis über den Bereich ihrer Rechte und Pflichten besitzen, wissen somit, welche Handlungsspielräume ihnen zustehen und was sie vom Vorstand einfordern können. Entsprechend kann ein Wissensdefizit in diesem Bereich ein Hinweis auf eine dysfunktionale Zusammenarbeit von Vorstand und Verwaltungsrat sein.

Anschließend folgen Fragen, die den Bereich „Versorgung und Qualitätssicherung“ thematisieren. Zum Abschluss geht es bei den Fragen um die Weiterentwicklung und die aktuelle gesundheitspolitische Debatte um den Kenntnisstand der Befragten im Bereich Politik und Finanzierung.

Die „Haushaltsplanung“ wurde am häufigsten als Bereich für eine notwendige Fortbildung genannt (49,6%). Danach folgen „Neue Versorgungsmodelle“ bei 47,4% aller Befragten, und 46,6% erachten Weiterbildungen in Bezug auf die aktuelle gesundheitspolitische Debatte für notwendig. Neben dem Selbstverständnis der Verwaltungsratsmitglieder, eine ihrer Hauptaufgaben sei es, über die Haushaltsplanung den Beitragssatz für Mitglieder mitzubestimmen, sehen sie auch die Bedeutung der gesundheitspolitischen Entwicklung und ihren Einfluss auf die notwendigen Weiterentwicklungen innerhalb der GKV. Dies wird auch explizit deutlich, wenn 42,3% aller Befragten die „Weiterentwicklung der GKV und des Gesundheitswesens“ für wichtig halten.

Es fällt auf, dass vor allem in den von den Selbstverwaltern ausdrücklich für „wichtig“ gehaltenen Weiterbildungsthemenfeldern noch deutliche Qualifikationsdefizite bei den Selbstverwaltern vorhanden sind. Zur Erinnerung: Bei den Befragten handelt es sich um Verwaltungsratsmitglieder, die bereits mindestens eine Amtsperiode hinter sich haben. So gaben fast die Hälfte der Befragten an, für das Themenfeld „Neue Versorgungsmodelle“ sei eine Weiterbildung notwendig, aber erst 12,5% haben eine besucht. Ähnlich gravierende Qualifikationsdefizite lassen sich in den Bereichen „Finanzplanung der Kasse“, „Strategische Unternehmensführung und Wettbewerb“, „Weiterentwicklung der GKV und des Gesundheitswesens“ oder „Aktuelle gesundheitspolitische Debatte“ feststellen.

In Bezug auf die Bedarfslagen, Qualitätssicherung oder die pflegerische Versorgung der Versicherten scheinen die Selbstverwalter offensichtlich ausreichend ausgebildet und

informiert zu sein, wenn jeweils knapp $\frac{3}{4}$ aller Befragten eine Weiterbildung *nicht* für notwendig halten. Entsprechend hoch ist der Anteil der Personen, die in diesen Themenfeldern auch noch keine Weiterbildungsmaßnahme besucht haben – sowohl bei denen, die hier eine Weiterbildung für unbedeutend halten, als auch bei denen, die hier gerne weitere Maßnahmen hätten. Ein anderer Grund für das niedrige Interesse an diesen Themenfeldern könnte aber auch sein, dass zuerst einmal eine Basisqualifikation im Bereich betriebswirtschaftlicher Themen für notwendig erachtet wird, um mit dem Vorstand „auf Augenhöhe“ argumentieren und dann in einem zweiten Schritt besser die Versicherteninteressen durchsetzen zu können.

Themenfeld für Weiterbildung	Weiterbildung notwendig			Weiterbildung <i>nicht</i> notwendig		
	Veranstaltung besucht (in %)	Keine Veranstaltung besucht (in %)	Gesamt (in %)	Veranstaltung besucht (in %)	Keine Veranstaltung besucht (in %)	Gesamt (in %)
Haushaltsplanung	24,5	25,1	49,6	19,9	30,5	50,4
Finanzplanung der Kasse	13,4	30,2	43,6	18,0	38,4	56,4
Strategische Unternehmensführung und Wettbewerb	14,7	24,8	39,5	15,3	45,2	60,5
Morbi-RSA	11,2	28,6	39,8	19,6	40,6	60,2
Rechte/Pflichten des Verwaltungsrates	23,2	19,9	43,1	26,2	30,8	57,0
Neue Versorgungsmodelle	12,5	34,9	47,4	19,3	33,2	52,5
Qualitätssicherung und -standards in der GKV	9,8	26,2	36,0	12,8	51,2	64,0
Pflegerische Versorgung	3,0	24,8	27,8	10,4	61,9	72,3
Qualitätssicherung und -standards in der Pflegeversicherung	5,7	27,0	32,7	9,8	57,5	67,3
Bedarflagen der Versicherten	3,0	22,6	25,6	8,7	65,7	74,4
Prävention und Gesundheitsförderung	12,3	21,3	33,6	21,8	44,7	66,5
Öffentlichkeitsarbeit und Kommunikation mit Versicherten	7,9	25,6	33,5	11,2	55,3	66,5
Weiterentwicklung der GKV und des Gesundheitswesens	13,4	28,9	42,3	19,1	38,7	57,8
Weiterentwicklung der Pflegeversicherung	7,4	30,2	37,6	10,4	52,0	62,4
Aktuelle gesundheitspolitische Debatte	16,6	30,0	46,6	25,9	27,5	53,4
Sonstiges	0,8	4,1	4,9	1,9	93,2	95,1

Tabelle 11: Persönliche Einschätzung von Weiterbildungsmaßnahmen und Teilnahmehäufigkeiten (N=367)⁹⁹

Die bereits beobachtete Diskrepanz zwischen der explizit genannten Notwendigkeit der Weiterbildung in einer Fülle von Sachbereichen und der tatsächlichen Weiterbildung kommt in der Tabelle 11 sehr plastisch zum Ausdruck. In diese Darstellung gehen lediglich die Befragten ein, die die Weiterbildung in den ausgewählten Bereichen für notwendig erklärt haben. Hier wird gezeigt, ob diese Selbstverwalter tatsächlich eine Veranstaltung besucht haben oder nicht. Selbst bei den Themen, wo die Diskrepanz zwischen Postulaten und Verhalten am geringsten ist, nämlich „Haushaltsplanung“ und „Rechte und Pflichten des Verwaltungsrates“, besuchten nur knapp unter und über die Hälfte dieser Befragten eine Weiterbildungsveranstaltung. Bei allen anderen Themen

hatten jeweils zwischen knapp 60% und bis zu knapp 90% der von der Notwendigkeit einer solchen Veranstaltung voll überzeugten Akteure noch keine besucht.

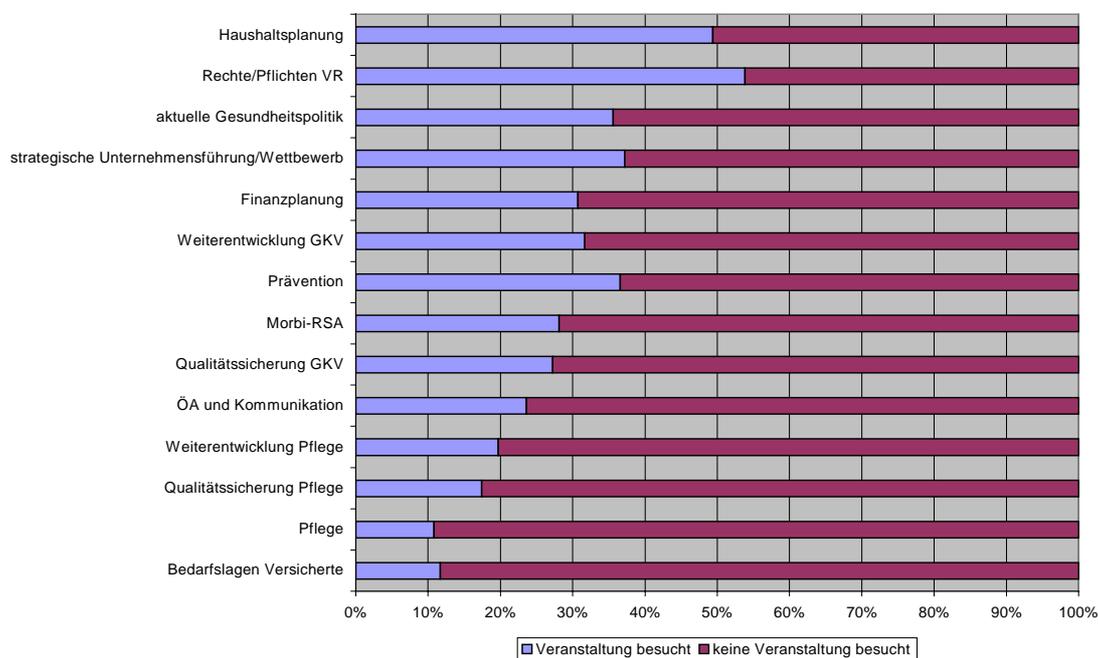


Abbildung 3: Besuch von Weiterbildungsveranstaltungen der Selbstverwalter, die Weiterbildung im jeweiligen Gebiet für notwendig hielten

Engagement bei notwendigen Weiterbildungsmaßnahmen

Wenn man das Augenmerk ausschließlich auf die Typen von Selbstverwaltern richtet, die Weiterbildungen für notwendig halten, ergibt sich ein sehr einheitliches Muster. Der dritte Typ der Versichertenvertreter, nämlich die überwiegend niedriger qualifizierten und weniger engagierten, stellen den größten Anteil derer, die von ihnen selbst als notwendig bewertete Fortbildungen noch *nicht* besucht haben. Der Gegenpart dazu ist der vierte Typ, die engagierten und qualifizierten „alten Hasen“. Diese haben als notwendig bewertete Weiterbildungsmaßnahmen auch fast immer besucht. Dazwischen bewegen sich die Typen 1 und 2, wobei der erste Typ – die qualifizierten, aber weniger engagierten „alten Hasen“ – noch etwas häufiger Fortbildungen besuchte als die hoch engagierten und qualifizierten jüngeren (Typ 2).

Qualifikations- und Weiterbildungsangebote

41,9% aller Kassen sowie 32,5% aller Organisationen der Befragten bieten regelmäßige Qualifikations- und Weiterbildungsangebote an. Hinzu kommen weitere unregelmäßige Angebote von jeweils 44,9% der Kassen respektive 47,8% der Organisationen. 10,1% aller Befragten gaben an, ihre Kasse würde keine Qualifikations- und Weiterbildungsangebote anbieten, während sogar 14,6% dies von ihrer Organisation behaupteten. Da andere Befragte aus denselben Kassen bzw. Organisationen Gegenteiliges behaupteten, ist davon auszugehen, dass es lokale Unterschiede im Hinblick auf die Veranstaltung solcher Angebote gibt oder dass ein Teil der Befragten darüber nicht ausreichend informiert ist oder wird. Somit ist es offensichtlich auch wichtig, nicht nur Qualifikationsmaßnahmen für die Versichertenvertreter zur Verfügung zu stellen, sondern diese auch ausreichend bekannt zu machen.

Bewertung der Zwischenergebnisse

Die Häufigkeit der Partizipation an Weiterbildungs- und Qualifikationsangeboten hängt entscheidend von zwei Faktoren ab: Sie ist dann besonders hoch, wenn entsprechende Voraussetzungen von Seiten der Kassen oder Organisationen geschaffen und derartige Angebote zur Verfügung gestellt werden. Werden Qualifikations- oder Weiterbildungsmaßnahmen angeboten, nehmen die Befragten diese signifikant häufiger in Anspruch. Auch wenn entsprechende Angebote nicht durch die Kassen oder Organisationen initiiert werden, unternehmen die Versichertenvertreter kaum etwas, um diese einzufordern. Hier müssten die Befragten stärker auf den Aus- und Aufbau von Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen insistieren.

Als zweiter Faktor ist der Typ „(Hoch-)engagierter Versichertenvertreter“, insbesondere die „alten Hasen“ unter den Engagierten, zu nennen, der viel Zeit für seine Tätigkeiten aufwendet. Hier lässt sich jedoch nicht eindeutig klären, was Ursache und was Wirkung ist: Weil jemand sehr engagiert ist, nimmt diese Person auch häufig an Qualifikations- und Weiterbildungsmaßnahmen teil; oder weil jemand oft Fortbildungen besucht, ist auch mehr oder weniger zwangsläufig sein durchschnittlicher Zeitaufwand als Versichertenvertreter sehr hoch – sofern Teilnahme an Qualifikations- und Weiterbildungsveranstaltungen seitens der Befragten mit in die Zeitberechnung einbezogen wurden.

Weiterhin unklar ist auch, inwiefern die Befragten bereits tatsächlich über ausreichend Kenntnisse in bestimmten Themenfeldern verfügen und aufgrund bereits vorhandenem Fachwissens gewisse Fortbildungen für unnötig halten.

Der stärkere dieser beiden hochsignifikanten Zusammenhänge wird jedoch durch den ersten Faktor, das Verfügbarsein von Angeboten, beschrieben. Das heißt wiederum, wenn die Krankenkassen Interesse an gut ausgebildeten Selbstverwaltern haben, müssen Fortbildungsangebote offensiv bereitgestellt werden, um die Versichertenvertreter zur Teilnahme zu motivieren. Alternativ wäre zu überlegen, ob und welche Form von „Bonussystem“ entwickelt werden könnte, um auch extern organisierte Angebote für die Befragten attraktiver zu machen.

Einschätzung des Nutzens von Informations-, Qualifikations- und Weiterbildungsmöglichkeiten

Die Teilnehmer der Studie wurden gefragt, wie sie den Nutzen der verschiedenen Informations-, Qualifikations- und Weiterbildungsmöglichkeiten für Selbstverwalter einschätzen, um im Verwaltungsrat ihrer Kasse qualifizierte und fundierte Entscheidungen treffen zu können. Ganz eindeutig wurden die Angebote „Mitarbeit in Ausschüssen des Verwaltungsrates“ sowie „Teilnahme an Vorbesprechungen der eigenen Organisation“ als am nützlichsten eingestuft. Besonders die Teilnahme an Vorbesprechungen ist ein sehr wichtiges Element der Absprachen, wenn es um bedeutende Entscheidungen geht.

Auf einer Skala von 1 (Nutzen sehr gering) bis 5 (Nutzen sehr hoch) erreichte die Kategorie „Mitarbeit in Ausschüssen“ einen Mittelwert von 4,28 und das Item „Teilnahme an Vorbesprechungen“ einen Mittelwert von 4,26. Die Mitgliedschaft im Verwaltungsrat des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) (3,24) sowie die Teilnahme an Foren und Diskussionsveranstaltungen der eigenen Organisation (3,68) hingegen scheinen für die Befragten weniger von Nutzen zu sein.

4.3.9 Zusammensetzung, Organisation und Arbeitsteilung des Verwaltungsrats

In diesem Abschnitt geht es um die Fragen: Ist die derzeitige Zusammensetzung des Verwaltungsrates aus Sicht seiner aktuellen Mitglieder für eine gute, qualifizierte Vertretung der Versicherteninteressen adäquat? Wollen die Versichertenvertreter lieber mehr Entscheidungen in der Kasse fällen?

Personelle Zusammensetzung im Verwaltungsrat

Weder der Fragestellung noch der Interpretation der Antworten liegt ein naives direktes Repräsentationsverständnis zugrunde, dass z. B. nur Junge über Bedürfnisse junger Versicherter oder kranke Personen über die Belange von Patienten mitreden könnten. Ebenso wenig ist ausgeschlossen, dass ältere Vertreter aufgrund ihrer Lebenserfahrung in der Lage sind, sich in die Interessen von Patienten hineinzusetzen und sie wirksam zu vertreten. Wenn trotzdem nach der sozio-demographischen Zusammensetzung der Vertretungsorgane gefragt und auf Verzerrungen gegenüber der Zusammensetzung der Versichertenschaft hingewiesen wird, geht es also nicht um schematische Quotenpolitik, sondern um den sogar von den bisherigen Organmitgliedern empfundenen Zusatznutzen unterrepräsentierter Akteure. Wie unsere Untersuchung in mehreren Sachgebieten nachweist, unterscheiden sich sowohl die inhaltliche Orientierung wie die Performance der Interessenrepräsentation zwischen den bisher eher über- und den eher unterrepräsentierten sozio-demographischen Gruppen deutlich. Diese Repräsentationsdefizite dürfen den Akteuren nicht moralisch vorgehalten werden und können auch nicht wesentlich pädagogisch gelöst werden. Sie sind im Wesentlichen durch die stärkere Beteiligung von Akteuren zu beseitigen, die sich dazu auf eigene Erfahrungen stützen können.

Im Verwaltungsrat sind nach Meinung von fast vier Fünfteln aller Befragten zu wenig junge Kandidaten präsent (Tabelle 12). Diese Meinung unterscheidet sich auch nicht in Abhängigkeit der verschiedenen Altersgruppen, d.h. sowohl die jüngeren als auch die älteren Verwaltungsratsmitglieder sind der Meinung, es seien zu wenig junge Kandidaten vorhanden. Auch die Stellung der Befragten im Verwaltungsrat oder ihre Mitgliedschaft in Ausschüssen führen zu keinen auffälligen Unterschieden im Antwortverhalten. Jedes Merkmal für sich betrachtet führt demnach zu keinen neuen Erkenntnissen, lediglich bei Berücksichtigung der Typologie von Selbstverwaltern kommen Differenzen

zum Vorschein: Typ 2 von Selbstverwaltern ist stärker in der Gruppe zu finden, nach deren Meinung junge Mitglieder zu selten im Verwaltungsrat vertreten sind. Vor allem die jüngeren, hoch engagierten und qualifizierten Gewerkschaftsmitglieder sind also dieser Auffassung.

Personen mit guten Kontakten zu Patienten- und Selbsthilfegruppen sind nach Meinung von 61,4% aller Befragten in der Zusammensetzung des Verwaltungsrates unterrepräsentiert. Hierbei zeigt sich, dass ältere Befragte ab 65 Jahren und vor allem Gewerkschaftsmitglieder eher zu dieser Meinung tendieren.

Während viele Untersuchungsteilnehmer angaben, dass Personen mit Kontakten zu Patientengruppen tendenziell zu gering im Verwaltungsrat vertreten sind, bewerten 71,2% der Befragten den Anteil der Personen im Verwaltungsrat mit guten Kontakten zu *Versicherten* als genau richtig.

In Bezug auf die Personengruppe, die häufig als zu stark im Verwaltungsrat vertreten bezeichnet wurde, fällt die Kategorie „Hauptamtliche Gewerkschaftsfunktionäre“ mit 29,0% aller Stimmen auf. Diese Meinung wurde auffällig oft von Befragten geäußert, die normales Mitglied in einem Verwaltungsrat sind und zusätzlich Mitglied von Ausschüssen waren, und insbesondere von Nicht-Gewerkschaftsmitgliedern. Diese Ergebnisse spiegeln sich auch bei der Betrachtung der Antwortmuster innerhalb der Typologie wider: Typ 1 der Versichertenvertreter, die qualifizierteren „alten Hasen“, die in keiner Gewerkschaft sind, gaben doppelt so häufig wie die Vertreter der anderen Typen an, hauptamtliche Gewerkschaftsfunktionäre seien zu stark vertreten.

Merkmale / Gruppen	Häufigkeit (in %)		
	Zu gering	Grade richtig	Zu stark
Junge Kandidaten (N=348)	79,0	20,4	0,6
Personen mit guten Kontakten zu Patienten-/Selbsthilfegruppen (N=332)	61,4	37,7	0,9
Weibliche Kandidaten (N=345)	57,7	41,2	1,2
Neue Kandidaten (N=344)	45,9	52,6	1,5
Personen mit speziellem Experten-/Fachwissen (N=356)	40,2	58,4	1,4
Personen mit guten Kontakten zur Versicherten (N=340)	28,2	71,2	0,6
Betriebs-, Personalräte oder Vertrauensleute (N=338)	21,9	66,9	11,2
Personen mit allgemeiner Fachkompetenz (N=355)	18,3	80,8	0,8
Personen, die bestimmte Regionen vertreten (N=334)	15,9	76,6	7,5
Hauptamtliche Gewerkschaftsfunktionäre (N=335)	8,7	62,4	29,0
Personen mit langjähriger Erfahrung (N=359)	5,0	82,5	12,5
Sonstiges (N=11)	36,4	9,1	54,5

Tabelle 12: Personelle Zusammensetzung im Verwaltungsrat in der Wahlperiode 1999 bis 2005 ³⁷

Wie oben bereits zu erkennen war, hängt die Beurteilung der Zusammensetzung des Verwaltungsrats von verschiedenen Faktoren ab. Im Folgenden soll untersucht werden, welche Variablen das Antwortverhalten bei den drei meist genannten Gruppen beeinflussen, die nach Auffassung der Befragten zu gering im Verwaltungsrat vertreten sind. Die Analysen wurden aus Gründen der Übersichtlichkeit auf die ersten drei Antworten beschränkt, aber gleichzeitig sind dies die einzigen Antworten, bei denen jeweils die Mehrheit der Befragten ihr Votum für die Kategorie „zu gering“ abgab.

Methodisch kommt die logistische Regressionsanalyse zum Einsatz. Zuerst werden alle Variablen dargestellt, von denen angenommen wird, dass sie einen Einfluss auf das Antwortverhalten haben können. Anschließend wird gezeigt, welche Auswahl aus den gesamten Merkmalen einen signifikanten Effekt hat, d.h. Personen mit den genannten Merkmalen tendieren deutlich häufiger dazu, die angegebenen Fragen mit „zu gering“ zu beantworten. Die aufgeführten Merkmale haben dabei unterschiedliche Effektstärken, die zur einfacheren Darstellung in die Ausprägungen „niedrig“, „mittel“ und „hoch“ eingeteilt wurden.

³⁷ Zeilenwerte summieren sich von links nach rechts zu 100% auf.

Statistische Aussagen unterliegen immer einer geringen Irrtumswahrscheinlichkeit, die durch die Signifikanzniveaus dargestellt werden. Hier werden die in den Sozialwissenschaften üblichen Signifikanzniveaus verwendet und mit Sternchen dargestellt. Ein * steht für 5% Irrtumswahrscheinlichkeit, ** = 1% Irrtumswahrscheinlichkeit und *** = 0,1% Irrtumswahrscheinlichkeit. Signifikanzniveaus geben somit Aufschluss über die Informationsqualität der Aussagen.

In den logistischen Regressionsrechnungen, deren Ergebnisse in den folgenden Kapiteln dargestellt werden, waren folgende Variablen in die Analyse einbezogen:

Dauer der Tätigkeit („alte Hasen“/neu dabei), Stellung im Verwaltungsrat (Ordentliches Mitglied/(Stellvertretender) Vorsitzender), Engagement, Qualifikationsniveau, Gewerkschaftsmitgliedschaft (ja/nein), Bewertung der Kommunikationswege zwischen Verwaltungsräten und Vorstand, Verhältnis zwischen Verwaltungsrat und Vorstand (Arbeitsteilung zw. Verwaltungsrat und Vorstand braucht zusätzliche Regelungen), Benennung der Öffentlichkeitsarbeit, Transparenz bei Sozialwahlen (Kandidatenauswahl und Listenplatzvergabe sowie deren Kriterien bekannt und transparent), Geschlecht.

Zu wenig Personen mit Kontakten zu Patientengruppen

Bei den Befragten, die meinen, es seien zu wenig Personen mit Kontakten zu Patientengruppen im Verwaltungsrat, handelt es sich um bereits länger in der Selbstverwaltung Tätige (***), bei denen außerdem das Verhältnis der Arbeitsteilung zwischen Verwaltungsrat und Vorstand nicht optimal funktioniert (**). Auch engagierte (***) und qualifizierte (*) Personen sehen dies so, wobei diese beiden Merkmale weniger ausschlaggebend für das Antwortverhalten waren.

Zu wenig junge Kandidaten

Es gibt kaum Befragtenmerkmale, die erklären können, warum jemand angibt, dass zu wenig junge Kandidaten im Verwaltungsrat sind. Auch durch die logistische Regression erhält man kein wesentlich klareres Bild. Lediglich die Frauen (*) und die Personen, die zusätzliche Regelungen für die Arbeitsteilung zwischen Verwaltungsrat und Vorstand

für nötig halten (*), tendieren etwas in die Richtung, junge Kandidaten seien unterrepräsentiert.

Zu wenig weibliche Kandidaten

Auch hier gibt es kaum hervorstechende Merkmale, anhand derer sich zeigen lässt, welche Personen überwiegend zu der Meinung tendieren, im Verwaltungsrat säßen zu wenig Frauen. Nur Frauen selber (*) und Befragte, die die Kriterien für Kandidatenauswahl und Listenplatzvergabe *nicht* kannten (Intransparenz) (*), neigen etwas stärker zur Beurteilung „zu gering“.

4.3.10 Urteile über das Treffen von Entscheidungen auf Ebene der Kassenverbände

Sofern wichtige Entscheidungen mit nachhaltiger Auswirkung auf die Versorgungsstruktur und -qualität ausschließlich auf Ebene der Kassenverbände getroffen werden, hat die Selbstverwaltung in den einzelnen Kassen „vor Ort“ keine oder lediglich eine mittelbare Chance, die Versichertenperspektiven bei der Gestaltung der Vertragspolitik einzubringen. Dies muss aber nicht völlige Einflusslosigkeit bedeuten, denn bei der Umsetzung der Verträge, d.h. der Information über die vereinbarten Leistungen und ihrem konkreten Angebot, gibt es unterschiedliche Varianten der Versichertenorientierung. Dies gilt auch für die Analysen der Wirkungen von Leistungen, bei denen es auch darauf ankommt, die konkrete Perspektive der Versicherten einzubringen. Die Frage nach der Beurteilung eben dieser Tatsache gibt Aufschluss darüber, wie die Versichertenvertreter die Probleme bei der Interessendurchsetzung/Interessenberücksichtigung im Spannungsfeld zwischen Versicherten- und Kasseninteressen bewerten. Das Ergebnis lautet: Weniger als ein Zehntel aller Befragten (8,7%) begrüßen die Tatsache, dass viele Entscheidungen mit Auswirkungen auf die Versorgungsstruktur und -qualität auf Ebene der Kassenverbände getroffen werden. 63,1% finden dies unproblematisch und immerhin fast 30% lehnen dieses ab (28,2%).

Bei der Beurteilung der Tatsache, dass viele Entscheidungen auf Ebene der Kassenverbände getroffen werden, fällt keine der Gruppen hoch/niedrig engagiert, Gewerkschaftsmitglied/Nicht-Gewerkschaftsmitglied oder ältere/jüngere Versichertenvertreter besonders auf. Vielmehr sind hier andere Merkmale ausschlaggebend:

- Zum einen lehnen insbesondere die weiblichen Befragten diese Entscheidungspraxis überproportional häufig ab. Die männlichen Probanden hingegen finden sie eher unproblematisch.
- Dann sind es vor allem die (stellvertretenden) Vorsitzenden im Verwaltungsrat, die signifikant häufiger angaben, es sei begrüßenswert, wenn viele ausschlaggebende Entscheidungen auf der Ebene der Kassenverbände getroffen werden. Der Zusammenhang zwischen den beiden Variablen *Geschlecht* und *Stellung im Verwaltungsrat* könnte dieses Antwortverhalten insofern gut erklären, weil relativ mehr Männer einen Vorsitz im Verwaltungsrat inne haben.
- Unterscheidet man Mitglieder aus den Landes- und Bundesverbänden von Krankenkassen, weichen die Antworten der Befragten aus den Landesverbänden nicht wesentlich von denen der Personen ab, die nicht im Landesverband sind. Anders sieht es bei Mitgliedern des Bundesverbandes von Krankenkassen aus: 13,7% dieser Gruppe begrüßen die Tatsache, dass viele Entscheidungen auf Ebene der Kassenverbände getroffen werden, während dies lediglich 7,9% der Befragten tun, die nicht im Bundesverband einer Kasse sind. Ablehnend zu einer Konzentration der Entscheidungen auf Verbandsebene äußerten sich 30,3% der Befragten, die kein Mitglied im Bundesverband einer Kasse sind. Unter den Bundesverbandsakteuren machten dies nur 15,7%.
- Bei einer Differenzierung nach Kassenart wiederum zeigt sich, dass insbesondere die Selbstverwalter aus Arbeiter-Ersatzkassen (11,1%) und AOKen (12,2%) dieser Praxis zustimmen, während sich die Befragten aus Angestellten-Ersatzkassen (7%), IKKen (7,5%) und vor allem den BKKen (71,1%)³⁸ ablehnend äußerten.

Bewertung der Kommunikationswege und gegenseitige Berichterstattung

Die Qualität und das Funktionieren der Kommunikationswege zwischen dem Verwaltungsrat der Befragten und dem Verwaltungsrat ihres Landes- und Bundesverbandes

³⁸ Hier könnte sich die geringe und mit Sicherheit selektive Teilnahme von BKK-Verwaltungsratsmitgliedern in einem deutlich untypischen Wert niederschlagen.

sowie die gegenseitige Berichterstattung wird überwiegend mittelmäßig bis gut bewertet ($M=2,43$).

Dabei hängt das Antwortverhalten von den Merkmalen *Geschlecht* und *Stellung im Verwaltungsrat* ab. Weibliche Befragte gaben deutlich seltener ein positives Urteil, dafür verstärkt eine negative Bewertung ab. Vorsitzende oder stellvertretende Vorsitzende im Verwaltungsrat wiederum beurteilen den kommunikativen Austausch und die gegenseitige Berichterstattung wesentlich besser. Diese Ergebnisse passen insofern zusammen, weil der relative Anteil an Frauen im Vorsitz klar niedriger ist im Vergleich zum Anteil der männlichen Befragten. Da dies ein statistisch hochsignifikantes Ergebnis ist, ist davon auszugehen, dass die Stellung im Verwaltungsrat entscheidend für die Bewertung der Kommunikation zwischen dem eigenen und den Verwaltungsräten auf Landes- und Bundesverbandsebene ist. So bewerten 72,1% der Vorsitzenden die Kommunikationswege und die Berichterstattung als gut und sehr gut, während dies lediglich 53,6% der einfachen Mitglieder taten. Folglich müssen die Kommunikationswege innerhalb des Verwaltungsrates zwischen den ordentlichen Mitgliedern und den Vorsitzenden verbessert werden.

4.3.11 Verhältnis Verwaltungsrat – Vorstand

Hier geht es vor allem darum, dass sich die Selbstverwaltung in einem Spannungsfeld zwischen der Durchsetzung von Versicherteninteressen in Bezug auf Qualität und bedürfnisnahe Versorgung(-angebote) auf der einen und den hauptsächlich vom Vorstand der Krankenkasse zu beachtenden Interessen an Wirtschaftlichkeit und Wettbewerbsvorteilen auf der anderen Seite befindet.

Bedeutung von Verwaltungsratinstrumenten für seine Handlungsfähigkeit

Dieser Abschnitt soll zeigen, wie die heutigen Versichertenvertreter die durch die Strukturreform 1993 eingeführten Gestaltungsmöglichkeiten und Instrumente einschätzen. Hierzu wurden alle relevanten „neuen“ Instrumente in Frageform aufgelistet. Gefragt wurde nach ihrer Bedeutung für die Handlungsfähigkeit des Verwaltungsrates.

Als besonders wichtige Instrumente wurden ausdrücklich die Berichte über interne Entwicklungen (38,8% schätzten die Bedeutung als „sehr hoch ein) sowie Berichte über Umsetzungen von Entscheidungen (38,2% der Befragten messen diesem Instrument eine „sehr hohe“ Bedeutung bei) angesehen. Insgesamt erreichten diese beiden Instrumente jeweils einen Mittelwert von 4,22 auf einer Skala von 1 (sehr niedrige Bedeutung) bis 5 (sehr hohe Bedeutung).

Die Feststellung des Haushaltsplans rangiert mit einem Mittelwert von 4,10 an dritter Stelle der bedeutendsten Instrumente für die Handlungsfähigkeit des Verwaltungsrats. Die Abnahme der Jahresrechnung sowie Berichte über die gesundheitlichen Entwicklungen folgen auf den Plätzen und haben einen Mittelwert von 4,02 und 4,00.

Instrumente des Verwaltungsrates	Häufigkeit (in %)					
	Sehr hoch	Hoch	Mittel	Gering	Sehr gering	Mittelwert ³⁹
Bericht über interne Entwicklungen (N=361)	38,8	47,6	11,9	0,6	1,1	4,22
Bericht über Umsetzung von Entscheidungen (N=356)	38,2	50,3	8,1	2,5	0,8	4,22
Feststellung des Haushaltsplans (N=360)	33,9	46,9	15,0	3,3	0,8	4,10
Abnahme der Jahresrechnung (N=355)	32,7	42,5	19,4	4,5	0,8	4,02
Bericht über gesundheitspolitische Entwicklungen (N=360)	27,8	49,7	18,1	3,3	1,1	4,00
Vereinbarungen zwischen Verwaltungsrat und Vorstand (N=358)	33,5	41,1	16,8	6,1	2,5	3,97
Bildung von Fachausschüssen (N=358)	26,8	47,5	19,8	4,5	1,4	3,94
Erlass der Geschäftsordnung (N=359)	25,1	40,9	27,6	5,3	1,1	3,84
Konkretisierung der Gesundheits-/Geschäftspolitik (N=358)	18,7	48,6	25,7	5,9	1,1	3,78
Wahl des Vorstands (N=361)	24,9	44,3	18,3	7,8	4,7	3,77
Gestaltung von Ermessensleistungen (N=359)	22,8	40,4	24,8	9,7	2,2	3,72
Recht auf vorzeitige Amtsenthebung (N=358)	21,2	38,8	20,9	14,0	5,0	3,57
Bildung von Regionalbeiräten (N=348)	21,1	25,0	24,7	23,6	14,7	2,96

Tabelle 13: Einschätzung der Bedeutung der Instrumente des Verwaltungsrates für die Handlungsfähigkeit desselben nach der 1993 beschlossenen Strukturreform der Selbstverwaltung

Zusammenfassung der Merkmale

Jede der in der Tabelle 13 aufgeführten Antworten konnte mit einer Fünf-Item-Skala beantwortet werden, mit den Ausprägungen „sehr geringe Bedeutung“ bis „sehr hohe Bedeutung“. Da bei dieser Frage zu allen Kategorien eine Antwort gegeben werden sollte, ist es für weiterführende Analysen angebracht, nicht jede Antwortmöglichkeit separat zu betrachten, sondern Typen unterschiedlichen Antwortverhaltens zu bilden. Dazu wurde im ersten Schritt eine Faktorenanalyse durchgeführt. Die Anzahl der Faktoren wurde nicht vorgegeben, fand also nicht theoretisch geleitet statt. Vielmehr wurde

³⁹ Die Bewertung reicht von 1 (sehr gering) bis 5 (sehr stark). Ein höherer Mittelwert bedeutet eine positivere Bewertung.

anhand des Antwortverhaltens der Befragten eine mathematisch basierte Analyse durchgeführt, bei der insgesamt drei Faktoren als Ergebnis herauskamen.

	Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3
Wahl des Vorstands		,822	
Recht auf vorzeitige Amtsenthebung		,824	
Feststellung des Haushaltsplans	,816		
Abnahme der Jahresrechnung	,786		
Gestaltung von Ermessensleistungen		,472	
Konkretisierung der Gesundheits-/Geschäftspolitik	,605		
Erlass der Geschäftsordnung	,535		
Bericht über Umsetzung von Entscheidungen	,724		
Bericht über gesundheitspolitische Entwicklungen	,681		
Bericht über interne Entwicklungen	,760		
Vereinbarungen zwischen Verwaltungsrat und Vorstand			,682
Bildung von Fachausschüssen			,615
Bildung von Regionalbeiräten			,740

Tabelle 14: Faktorenanalyse mit den Items der Frage Bedeutung von Verwaltungsratsinstrumenten für seine Handlungsfähigkeit (Frage 28)

Die Faktoren zeigen eine Gruppierung von Variablen, die hoch miteinander korrelieren. Dies ist die zentrale Aufgabe der Faktorenanalyse: Reduktion von komplexen Mehrfachantworten und Zusammenführung bzw. Gruppierung dieser in wenige Variablen. Diese Gruppen von Fragen sind im Idealfall intern inhaltlich sehr homogen (korrelieren also hoch miteinander), während zwischen den Gruppen deutliche inhaltliche Abgrenzungen möglich sind. Wenn dies gelingt, lassen sich die einzelnen Faktoren anhand der ihnen zugeordneten Variablen interpretieren und beschreiben im Sinne einer Kurzcharakteristik. Dies zeigt Tabelle 15.

Faktor	Variablen
<i>Faktor 1:</i> Berichte / Berichtswesen / Verwaltung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Feststellung des Haushaltsplans ▪ Abnahme der Jahresrechnung ▪ Konkretisierung der Gesundheits-/Geschäftspolitik ▪ Erlass der Geschäftsordnung ▪ Bericht über Umsetzung von Entscheidungen ▪ Bericht über gesundheitspolitische Entwicklungen ▪ Bericht über interne Entwicklungen
<i>Faktor 2:</i> Handlungsfähigkeit im Hinblick auf Macht und Entscheidungskompetenzen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Wahl des Vorstands ▪ Recht auf vorzeitige Amtsenthebung ▪ Gestaltung von Ermessensleistungen
<i>Faktor 3:</i> Handlungsspielräume und Kooperation verschiedener Beiräte/Gremien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vereinbarungen zwischen Verwaltungsrat und Vorstand ▪ Bildung von Fachausschüssen ▪ Bildung von Regionalbeiräten

Tabelle 15: Zuordnung der Variablen zu den Faktoren und inhaltliche Interpretation

Zwischenfazit

Die in Tabelle 13 aufgeführten Instrumente für die Handlungsfähigkeit des Verwaltungsrates sind nach der Beurteilung ihrer Wichtigkeit absteigend geordnet. Wird nun zusätzlich die Gruppierung dieser Instrumente zu den drei Dimensionen betrachtet, lässt sich ein auffälliges Muster erkennen: Der Großteil der Instrumente des ersten Faktors „Berichte/Berichtswesen/Verwaltung“ enthält die Instrumente, die von den Befragten überwiegend als am wichtigsten bezeichnet wurden. Faktor 2 „Handlungsfähigkeit im Hinblick auf Macht und Entscheidungskompetenzen“ umfasst die als am unwichtigsten bewerteten Instrumente, während der dritte Faktor „Handlungsspielräume und Kooperation verschiedener Beiräte/Gremien“ die Instrumente enthält, die von der Beurteilung der Wichtigkeit für die Handlungsfähigkeit im Mittelfeld rangieren. Damit sind die drei unterschiedlichen Gruppierungen von Instrumenten in ihrer Bedeutung für die Handlungsfähigkeit – aus Sicht der Befragten – eindeutig hierarchisierbar.

Die Bedeutung der ersten Gruppe *Berichte/Berichtswesen/Verwaltung* für die Handlungsfähigkeit des Verwaltungsrats wird insbesondere vom Typ 4 der Selbstverwalter (den hoch qualifizierten und engagierten älteren Vorsitzenden), aber auch von Typ 1 (qualifizierte „alte Hasen“) sehr hoch eingeschätzt. Die beiden anderen Gruppen von Versichertenvertretern schätzten diesen Bereich weniger bedeutend ein. Dabei ist vor

allem das Merkmal *Stellung im Verwaltungsrat* entscheidend für die Einschätzung der Bedeutung dieser Instrumente.

Auch der zweite Bereich, *Handlungsfähigkeit im Hinblick auf Macht und Entscheidungskompetenzen*, wird vorwiegend vom vierten Typ Selbstverwalter als sehr hoch in seiner Bedeutung eingestuft. Jedoch gibt es zu den einzelnen Antworten unterschiedliche Muster in Bezug auf die restlichen drei Gruppen. Das *Recht auf vorzeitige Amtsenthebung* wird in seiner Bedeutung von allen Typen von Selbstverwaltern ähnlich beurteilt. Hinsichtlich der *Gestaltung von Ermessensleistungen* ist es wieder der vierte Typ von Versichertenvertretern, die dieses Instrument als wichtig einstufen, während Personen des ersten Typs diesem Bereich die geringste Bedeutung beimessen.

Die Bedeutung der Bildung von Fachausschüssen für die Handlungsfähigkeit lässt sich aus keinen speziellen Variablen ableiten, d.h. es entsteht kein differenziertes Bild in Abhängigkeit der verschiedenen Personenmerkmale (wie bspw. Qualifikation, Gewerkschaftsmitgliedschaft, Alter, Geschlecht etc.). Lediglich das Engagement tritt hervor, was aber zu erwarten war, denn das Merkmal „Mitarbeit in Ausschüssen“ ist eine Komponente der Variable „Engagement“. Befragt man die Typen von Selbstverwaltern nach der Bildung von Fachausschüssen, so sind es hier die qualifizierten, aber eher weniger engagierten(!) „alten Hasen“ (Typ 1) sowie die engagierten „alten Hasen“ mit Vorsitz (Typ 4), die diesem Instrument hohe Bedeutung zusprachen.

4.3.12 Auswirkungen der Strukturreform 1993

Eine Bewertung der mit dem Gesundheitsstrukturgesetz von 1993 vollzogenen Strukturreform der Selbstverwaltung in der GKV ist insofern wichtig und interessant, weil es bisher keine systematische, umfassende und veröffentlichte Evaluation der Wirkungen dieser Reform gibt. Bevor man über weitere gesetzliche Veränderungen der Handlungsbedingungen der Selbstverwaltung nachdenkt oder sie gar mit einer positiven Erwartung beschließt, sollte aber ein gründlicher Rückblick stehen.

Etwas mehr als ein Viertel aller Befragten ist der Meinung, die Strukturreform von 1993 und ihre Umsetzung habe die Handlungsfähigkeit der Selbstverwaltung gestärkt. Fast

38% gaben jedoch an, sie sei geschwächt worden. Etwa ein Fünftel sehen keine Auswirkungen der Strukturreformen, während sich 14,2% kein Urteil zutrauen.

Zu den Personen, welche die Handlungsfähigkeit der Selbstverwaltung durch die Strukturreform geschwächt sehen, gehören die so genannten „alten Hasen“, die bereits längere Zeit als Versichertenvertreter tätig sind. Da diejenigen, die schon länger dabei sind, überwiegend auch zu den älteren Befragten gehören, erklärt, dass die Hälfte aller Personen des ersten Selbstverwaltertyps (hoch engagierte und qualifizierte Ältere) angaben, die Handlungsfähigkeit sei geschwächt worden.

Ferner scheint die Strukturreform konkrete und fassbare Auswirkungen auf das Verhältnis der Arbeitsteilung zwischen Vorstand und Versichertenvertreter zu haben, denn fast zwei Drittel der Personen, die meinten, die Regelung der Arbeitsteilung zwischen Verwaltungsrat und Vorstand brauche zusätzliche Richtlinien, sahen die Handlungsfähigkeit durch die Strukturreform geschwächt.

Interessant oder etwas paradox ist dieses Ergebnis insofern, als dass nach Einschätzung der Versichertenvertreter zwar viele der neuen Instrumente eine hohe Bedeutung für die Handlungsfähigkeit des Verwaltungsrates haben, insgesamt aber die Handlungsfähigkeit geschwächt worden ist.

Hat sich die Strukturreform 1993 auf die Handlungsfähigkeit der Selbstverwaltung ausgewirkt?	Häufigkeiten (in %)	
	Wenig Instrumente mit Bedeutung für Handlungsfähigkeit	Viele Instrumente mit Bedeutung für Handlungsfähigkeit
Ja, Handlungsfähigkeit ist gestärkt worden	22,0	31,8
Ja, Handlungsfähigkeit ist geschwächt worden	34,1	41,5
Nein	30,2	11,9
Kann ich nicht beurteilen	13,7	14,8
Gesamt	100,0	100,0

Tabelle 16: Beurteilung der Auswirkungen der Strukturreform 1993 auf die Handlungsfähigkeit der Selbstverwaltung nach Häufigkeit der als wichtig bezeichneten Instrumente (N=358)

Sieht man sich die Antworten nach der Bedeutung aller in der Frage vorgegebenen Instrumente genauer an, fallen mehrere Dinge auf: Mit Ausnahme der Regionalbeiräte schätzen zwischen 60% und fast 90% der Befragten die Bedeutung aller Instrumente als sehr hoch oder hoch ein. Dass diese Bewertung von der wirklichen praktischen Bedeu-

tung für die Handlungsstärke der Selbstverwalter abweichen kann, haben wir gerade beim Vergleich mit der allgemeinen Handlungsfähigkeit gesehen. Ähnliches lässt sich beispielsweise auch für das Instrument der Berichte zur Umsetzung von gesetzlichen oder anderen Vorgaben und Beschlüssen erkennen. Der überragenden Bedeutung im Allgemeinen steht ein deutlich geringerer Anteil von Selbstverwaltern gegenüber, der angab, sich über die Entwicklung von Initiativen berichten zu lassen.

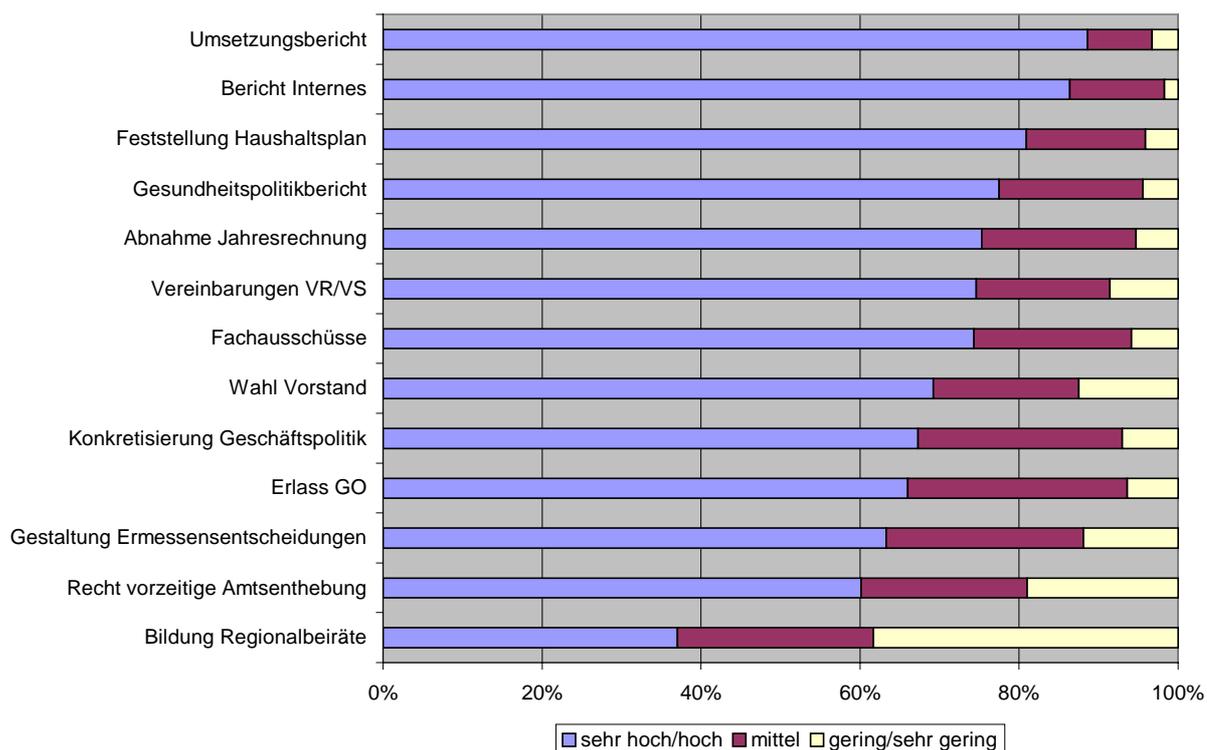


Abbildung 4: Bedeutung der neuen Selbstverwaltungsinstrumente des Gesundheitsstrukturgesetzes 1993

Wie beurteilen die „alten Hasen“ die Handlungsfähigkeit der Selbstverwaltung nach der Strukturreform?

Jeweils ein Viertel der „alten Hasen“ war der Meinung, dass die Handlungsfähigkeit durch die Strukturreform gestärkt wurde respektive sich nichts geändert hat. Knapp 42% gaben jedoch an, die Handlungsfähigkeit sei geschwächt worden. 7% wollten keine Beurteilung abgeben.

Bezieht man weitere Merkmale der Befragten in die Analyse mit ein, fällt auf, dass es keine besonderen Faktoren gibt, an denen sich festmachen lässt, welche Personen eher eine Stärkung der Handlungsfähigkeit durch die Strukturreformen sehen. Ausgeprägt sind die Unterschiede nur bei Angaben zur Schwächung der Handlungsfähigkeit bzw. wenn sich laut Befragten nichts geändert hat.

Vier Merkmale beeinflussen die Antworttendenzen der „alten Hasen“ zu den Auswirkungen der Strukturreform auf die Handlungsfähigkeit der Selbstverwaltung, wobei sich diese Merkmale deutlich *häufiger* bei den Befragten finden lassen, die sagen, dass die Handlungsfähigkeit eher geschwächt wurde, und deutlich *seltener* als erwartet bei Personen auftreten, die sagen, es habe sich nichts geändert: Vorsitz im Verwaltungsrat, haupt- oder ehrenamtliches Engagement in Verbänden oder Vereinen, überdurchschnittliches Engagement und Qualifikationsniveau.

Keine besonderen Auswirkungen auf das Antwortverhalten haben folgende überprüften Variablen: Alter, Geschlecht, Erwerbsstatus, Berufsgruppe und Bildungsabschluss sowie die Mitgliedschaft in einer Gewerkschaft.

Fragen von grundsätzlicher Bedeutung

Hier geht es um eine „Wissensfrage“. Alle aufgeführten Optionen sind im Grunde „Fragen grundsätzlicher Bedeutung“ für den Verwaltungsrat oder sollten es sein. Bei dem normativen Gehalt dieser Formulierung ist zu beachten, dass es während der ausführlichen Tests des Fragebogens mit unterschiedlichsten Verwaltungsratsmitgliedern keine massiven Einsprüche gegen die Vorgabe dieser Themengebiete als „grundsätzlich“ gab. In der Praxis ist es sehr unterschiedlich, wo der Verwaltungsrat seinen Einfluss geltend macht. Insofern geht es bei dieser Frage darum, inwieweit sich die Versichertenvertreter selbst beschränken und welche Interessen besonders im Fokus der Befragten liegen. Anhand der Rangfolge der Antworten⁴⁰ lässt sich dann auch ablesen, welchen Stellen-

⁴⁰ Die einzelnen Items dieser Frage wurden hierarchisch absteigend nach der Häufigkeit der Antwort „Eindeutig ja“ sortiert, d.h. die ersten Antwortmöglichkeiten werden von den meisten Befragten als eindeutige Frage grundsätzlicher Bedeutung angesehen, während die weiter hinten rangierenden Items für immer weniger Selbstverwalter als grundsätzlich bedeutende Fragen angesehen wurden.

wert Fragen grundsätzlicher Bedeutung, die die Versicherteninteressen tangieren, bei den Selbstverwaltern haben.

Die drei von den meisten Befragten für „grundsätzlich“ gehaltenen Bereiche sind die Beitragssatzhöhe, Satzungsleistungen und Fusionen mit anderen Kassen. Da dies durchschnittlich neun von zehn Befragten so sahen, treffen die Aussagen auf nahezu alle befragten Personen zu. Eine differenzierte Analyse dieses Ergebnisses nach unterschiedlichen Typen von Selbstverwaltern ist somit nicht möglich. Hier lässt sich bereits erkennen, was einleitend als potenzielles inhaltliches Problem der Selbstverwaltungsarbeit skizziert wurde: Die Gratwanderungen zwischen der breiten Palette der Versicherteninteressen und den „unternehmenspolitischen“ sowie finanziellen Interessen der Beitragszahler fällt zu Gunsten der beiden zuletzt genannten Schwerpunkte aus. Die Befragten legen ihren Interessenschwerpunkt in die Bereiche Kassenpolitik und Beitragsstabilität. Selbst wenn man einen stabilen Beitrag zu den Versicherteninteressen zählt, kann er alleine nicht als Indikator für Versicherteninteressen angesehen werden. Dies hängt damit zusammen, dass die Versicherten keine homogene Gruppe mit andauernd gleichgerichteten Interessen sind (Braun/Klenk 2006: 56), sondern z. B. in der Patientenrolle an möglichst vielen notwendigen Leistungen unabhängig von deren Beitragsatzrelevanz interessiert sind. Offensichtlich fällt es der Selbstverwaltung schwer zu entscheiden, wessen und welche Interessen sie nun vertreten (können). Öffentlichkeitsarbeit und Kontakte zu den Versicherten, innovative Versorgungsformen oder Qualitätssicherung sind Bereiche, die die Versicherteninteressen deutlicher tangieren, jedoch von den Selbstverwaltern weniger als Fragen grundsätzlicher Bedeutung angesehen werden.

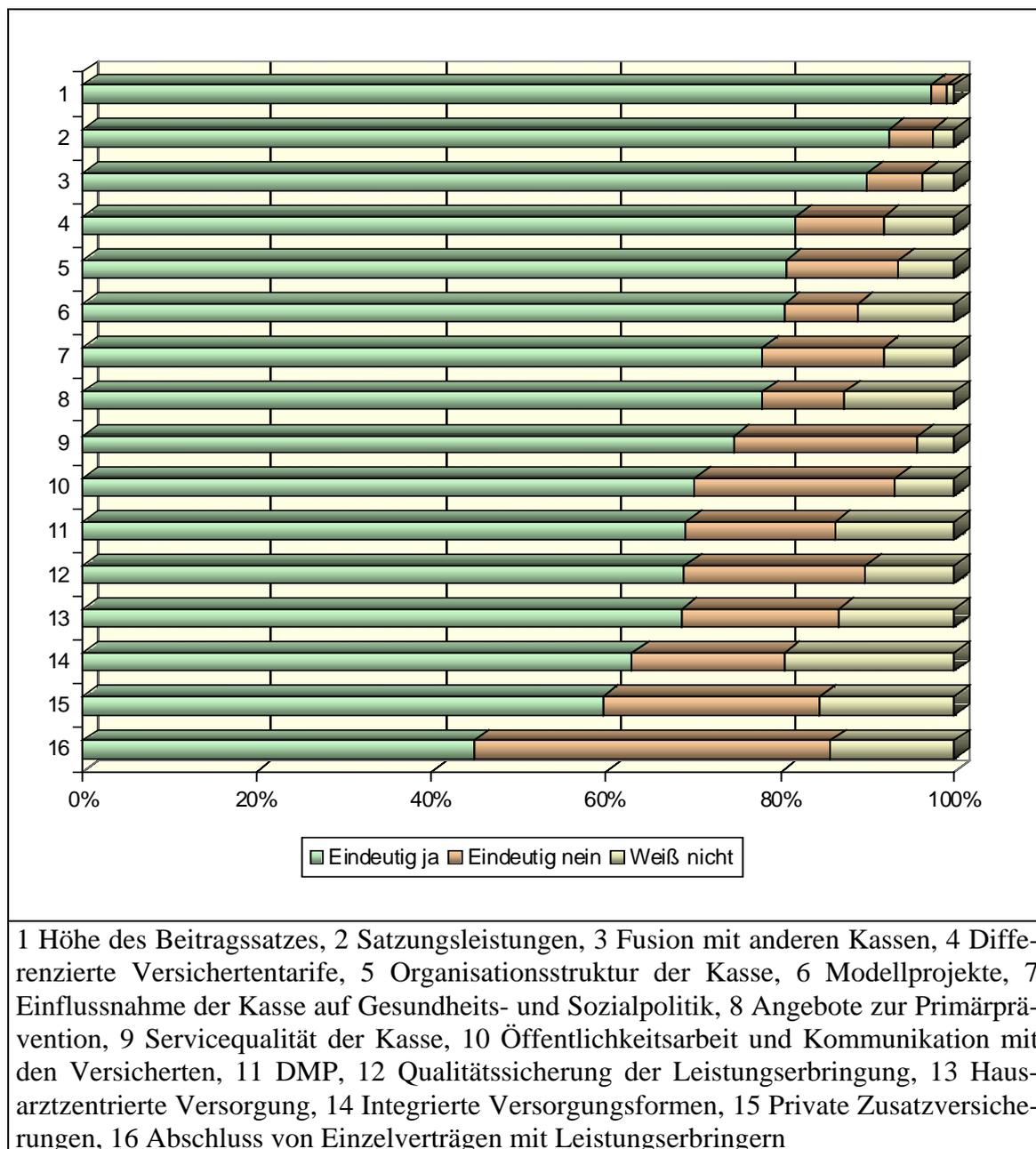


Abbildung 5: Fragen von grundsätzlicher Bedeutung, bei denen die Selbstverwalter Entscheidungsgewalt einfordern (Sortiert nach Antworthäufigkeit „Eindeutig ja“)

Nachfolgend sollen vor allem die Fragen genauer betrachtet werden, bei denen deutlich mehr Befragte angaben, es handle sich *nicht* um Fragen grundsätzlicher Bedeutung.

In Bezug auf den Abschluss von Einzelverträgen mit Leistungserbringern sind es hauptsächlich die qualifizierten, weniger engagierten „alten Hasen“ (Typ 1), die diese Option als Frage grundsätzlicher Bedeutung ansehen, während vor allem die engagierten „alten Hasen“ mit Vorsicht genau gegenteiliger Meinung waren. Entscheidend ist hier das

Merkmal der *Stellung im Verwaltungsrat*, das sich auch in der Regressionsanalyse als einzige signifikante Prädiktor-Variable (Beta-Koeffizient -0,161**) herausstellte.

Hinsichtlich privater Zusatzversicherungen sind es wiederum die hoch Engagierten mit (stellvertretendem) Vorsitz im Verwaltungsrat (Typ 4), die diese Option als Frage grundsätzlicher Bedeutung ansehen. Somit ist das Antwortverhalten dieser und der vorigen Option „Abschluss von Einzelverträgen“ spiegelverkehrt.

Bei der Frage nach der Öffentlichkeitsarbeit und Kommunikation mit den Versicherten lassen sich keine auffälligen Antwortmuster erkennen. Weder Alter, Qualifikationsniveau, Geschlecht, Gewerkschaftszugehörigkeit noch Stellung im Verwaltungsrat und Engagement scheinen einen Einfluss auf das Antwortverhalten zu haben.

Informationsweitergabe

Die nächste Frage sollte transparent machen, ob der Vorstand der Kasse den Verwaltungsrat bei wichtigen Entscheidungen informiert, also eine zentrale Pflicht erfüllt.

Art der vorenthaltenen Information	Häufigkeit (in %)		
	Häufig	Selten	Noch nie
Informationen zur Vorbereitung von Entscheidungen im Verwaltungsrat (N=358)	2,5	39,4	58,1
Informationen über den Stand der Umsetzung von Entscheidungen grundsätzlicher Bedeutung (N=353)	3,4	40,8	55,8

Tabelle 17: Einschätzung der Verwaltungsratsmitglieder bezüglich der Informationsweitergabe durch den Vorstand der Kasse

Der erste Teil der Frage – Informationen zur Vorbereitung von Entscheidungen – ist eng verknüpft mit der Frage nach der Bewertung der Informiertheit vor Entscheidungen. Tatsächlich korrelieren diese beiden Sachverhalte sehr stark miteinander, sodass auch keine unerwarteten Ergebnisse zu verzeichnen sind. Diejenigen, die angaben, ihnen wären noch nie Informationen vorenthalten wurden, fühlten sich auch immer oder meistens gut informiert. Wurden immerhin „selten“ Informationen vorenthalten, fühlten sich die Befragten „nur“ meistens gut informiert. Diese Ergebnisse sind hoch signifikant.

Regelung der Arbeitsteilung zwischen Verwaltungsrat und Vorstand

Hier geht es darum, ob die gesetzlich und praktisch unklare Arbeitsteilung zwischen Verwaltungsrat und Vorstand z.B. durch einen Kodex präzisiert werden sollte – wie dies schon in einigen Kassen geschehen ist. Ein solcher Kodex könnte ebenfalls dafür sorgen, dass Versicherteninteressen nicht zum großen Teil oder gar vollständig den „Unternehmensinteressen“ der Kassen weichen müssen.

41,2% der Befragten halten zusätzliche verbindliche Richtlinien nicht für notwendig, 40,9% halten dies zumindest für überlegenswert. Mehr als jeder Zehnte (11,5%) erachtet dies sogar als unbedingt erforderlich. Dabei sind es vor allem die Merkmale *Engagement* und *Stellung im Verwaltungsrat*, die das Antwortverhalten prägen. Die stärker Engagierten sowie (stellvertretenden) Vorsitzenden sehen zusätzliche Richtlinien anders als die weniger engagierten Personen oder ordentlichen Mitglieder wesentlich häufiger als unbedingt erforderlich an.

4.3.13 Kontakt zu den Versicherten

In diesem Abschnitt geht es um den Kontakt mit den Versicherten, die Rechenschaft über die Arbeit der Selbstverwaltung und die Öffentlichkeitsarbeit. Über die Funktionsdefizite dieses Bereichs der Selbstverwaltungsarbeit wird seit langem diskutiert. Der folgende Abschnitt gibt einen Überblick über die Quantität der Kontaktpflege. Der persönliche Kontakt und Austausch mit den Versicherten ist eine „conditio sine qua non“ für die Vertreter. Allerdings gibt es auch andere Wege, etwas über die Bedürfnisse/Bedarfe der Versicherten zu erfahren.

Häufigkeit der persönlichen Gespräche

28,4% aller befragten Selbstverwalter hatte seltener als einmal im Monat persönlichen oder telefonischen Kontakt zu den Versicherten seiner Kasse. Bei 23,7% geschah dies „kontinuierlich“ und bei 47,9% „mehrmals im Monat“. Verständlicherweise gehörten besonders die Selbstverwalter, die eher wenig Zeit für ihre Tätigkeit im Verwaltungsrat aufbringen (können) zu diesem Personenkreis. In der Gruppe der Befragten, die kontinuierlichen Kontakt zu den Versicherten pflegen, sind neben den stärker engagierten

mit höherem Zeitkontingent für die Selbstverwaltertätigkeiten auch verhältnismäßig mehr (stellvertretende) Vorsitzende zu finden.

Form der Informationsbeschaffung im Hinblick auf Versichertenbedürfnisse

Am häufigsten erfahren die Befragten im Rahmen ihrer (sonstigen) ehrenamtlichen Tätigkeiten über die Bedarfslagen und Bedürfnisse der Versicherten. Etwas mehr als 20% bekommen diese Eindrücke durch die Ergebnisse von Versichertenbefragungen vermittelt (Abbildung 6). Da diese Tätigkeiten nicht näher beschrieben sind, sollen konkrete Kontaktwege über die anderen Antworten eruiert werden. Die vorgegebenen 15 Antwortmöglichkeiten lassen sich dabei mit Hilfe einer Faktorenanalyse auf sechs unterschiedliche Dimensionen reduzieren.

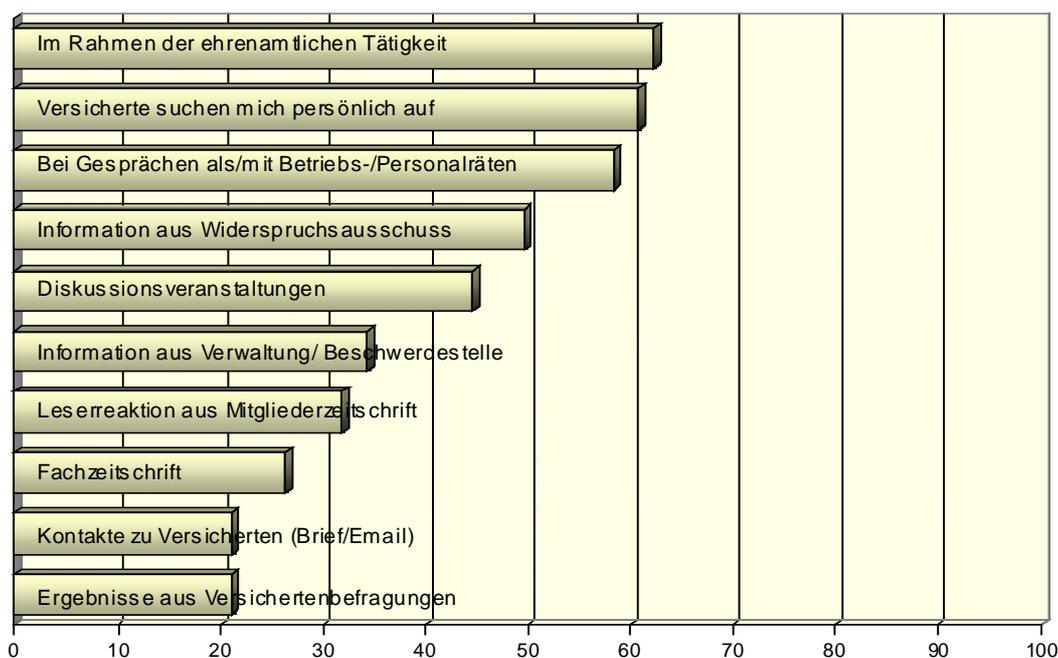


Abbildung 6: Informationsquellen bezüglich der Bedarfslagen und Bedürfnisse der Versicherten (Mehrfachantworten, Häufigkeiten in %, zehn häufigste Nennungen, N=361)

Faktor	Variablen
<i>Faktor 1:</i> Indirekte Meinungsäußerungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diskussionsveranstaltungen ▪ Ergebnisse aus Versichertenbefragungen ▪ Leserreaktion aus Mitgliederzeitschrift ▪ Fachzeitschrift
<i>Faktor 2:</i> Institutionen/Gruppen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kontakte zu Pflegeeinrichtungen ▪ Selbsthilfe- und Patientengruppen
<i>Faktor 3:</i> Kasseninterne Abteilungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Informationen aus Verwaltung/Beschwerdestelle ▪ Informationen aus Widerspruchsausschüssen ▪ Kontakte zu von der Kasse geförderten Einrichtungen/Gruppen
<i>Faktor 4:</i> Externe Abteilungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Im Rahmen der Regionalbeiräte ▪ Kontakte zum MDK
<i>Faktor 5:</i> Über Dritte	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bei Gesprächen als oder mit Betriebs-/Personalrat/Vertrauensperson ▪ Im Rahmen der ehrenamtlichen Tätigkeit
<i>Faktor 6:</i> Persönlich	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Versicherte suchen mich persönlich auf ▪ Kontakte zu Versicherten per Brief/Email

Tabelle 18: Faktorenbildung mit den Items der Frage, wie die Bedarfslagen und Bedürfnisse der Versicherten in Erfahrung gebracht werden

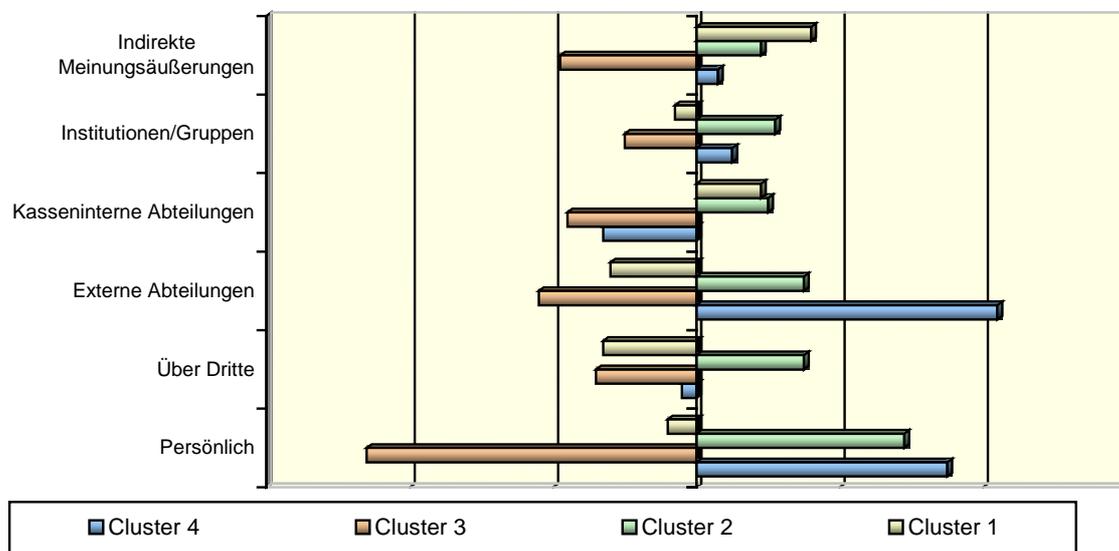


Abbildung 7: Vergleich der relativen Ausprägung der Informationsbeschaffung über die Bedarfslage der Versicherten der einzelnen Selbstverwaltertypen untereinander

Der erste Typ von Selbstverwaltern (qualifizierte, weniger engagierte „alte Hasen“) informiert sich im Vergleich zu den anderen Gruppen vorwiegend durch indirekte Meinungsäußerungen oder kasseninterne Abteilungen über die Bedarfslagen von Versicherten.

Die jüngeren, hoch engagierten und qualifizierten Gewerkschaftsmitglieder (Typ 2) sind vielseitig aktiv bei der Informationsbeschaffung über Versichertenbedarflagen, insbesondere aber erfahren sie viel über Dritte, externe Abteilungen und vor allem in persönlichen Kontakten.

Bei den weniger qualifizierten und engagierten Personen des dritten Selbstverwaltertyps fällt auf, dass vor allem der direkte Kontakt sehr selten stattfindet oder die indirekten Meinungsäußerungen sehr wenig in Anspruch genommen werden.

„Alte Hasen“ mit Verwaltungsvorsitz (Typ 4) nutzen neben persönlichen Kontakten vor allem ihre Beziehung zu den externen Abteilungen, um sich über die Versicherteninteressen zu informieren.

Insgesamt fällt auf, dass nur 15% aller Befragten einen direkten Kontakt über Selbsthilfe- und Patientengruppen nutzen. Neben dem persönlichen Kontakt via Brief oder Email ist der direkte Kontakt die wesentliche Form der persönlichen Kontaktaufnahme, die von Seiten der Selbstverwalter gepflegt wurde. Am stärksten wird dieses Kontaktmuster durch die Merkmale *Engagement*, *Qualifikation* sowie *Gewerkschaftsmitgliedschaft* beeinflusst. Folglich sind auch bei der Kontaktaufnahme über Selbsthilfe- und Patientengruppen die Typen der hoch engagierten und qualifizierten Selbstverwalter (Typ 2 und Typ 4) stärker engagiert als andere Befragte. Dennoch lässt sich ein deutliches Defizit beim Kontakt der Versichertenvertreter zur Basis konstatieren.

4.3.14 Öffentlichkeitsarbeit

Benotung der Öffentlichkeitsarbeit der Selbstverwaltung

Die Öffentlichkeitsarbeit der Selbstverwaltungen wurde von den Befragten durchschnittlich nur als *befriedigend* bewertet (sehr gut/gut: 40,6%, befriedigend: 33,1%, ausreichend: 15,7% und mangelhaft/ungenügend: 10,7%). Zwei Punkte fallen dabei besonders auf: Zum einen sind es gerade die (stellvertretenden) Vorsitzenden, welche die Öffentlichkeitsarbeit kritisieren und im Vergleich zu den ordentlichen Mitgliedern schlechter benoten. Zum anderen besteht zwischen der Benotung der Öffentlichkeitsarbeit und der Art und Weise der Kontaktaufnahme zu den Versicherten ein signifikanter

Zusammenhang. Das heißt, diejenigen Befragten, die eine etwas schlechtere Note hinsichtlich der Öffentlichkeitsarbeit abgaben, suchen verstärkt den persönlichen Kontakt zu den Versicherten über Institutionen oder Selbsthilfe- und Patientengruppen. Das legt die Vermutung nahe, dass versucht wird, die Unzufriedenheit über mangelnde Öffentlichkeitsarbeit durch eigene Initiativen zu beseitigen.

Wie erwartet werden konnte, besteht ein starker Zusammenhang zwischen der Bewertung der Öffentlichkeitsarbeit der Selbstverwaltung und der Bewertung, ob es gelungen ist, Versichertenperspektiven bei der Umsetzung von Leistungen und Programmen der Öffentlichkeitsarbeit und der Kommunikation einzubringen.

Selbstverwalter mit persönlichen Kontakten zu den Versicherten konnten mehr für eine verbesserte versichertenbezogene Öffentlichkeitsarbeit tun als Personen, die über kasseninterne Abteilungen oder über Dritte von den Belangen der Versicherten erfahren haben.

Die *Initiative* zur Umsetzung von Leistungen und Programmen hinsichtlich der Öffentlichkeitsarbeit hat dabei weniger Einfluss auf die *Benotung* der Öffentlichkeitsarbeit der Selbstverwaltung. Vielmehr war die Beurteilung, wie gut die Versichertenperspektive eingebracht werden konnte, umso besser, je stärker die Initiative für Leistungen und Programme zur Öffentlichkeitsarbeit vom Verwaltungsrat ausging. Fand eine Initiative unter Beteiligung des Verwaltungsrates statt, sei es allein (3,42 Punkte auf einer Skala von 1=sehr gering bis 5=sehr stark) oder zusammen mit dem Vorstand (3,19), konnte entsprechend die Versichertenperspektive gut bis sehr gut eingebracht werden. War nur der Vorstand allein initiativ, wurde die Einbringung der Versichertenperspektive als wesentlich geringer bewertet (2,71).

Daraus lässt sich zweierlei ableiten: Bei der Öffentlichkeitsarbeit spielen vor allem persönliche Kontakte eine wesentliche Rolle, und bei der Planung von Programmen zur Verbesserung der Öffentlichkeitsarbeit muss die Selbstverwaltung als „Draht zu den Kunden“ stark mit einbezogen werden.

Existente Formen der Öffentlichkeitsarbeit

Die Öffentlichkeitsarbeit ist ein wichtiger Bereich für die befragten Versichertenvertreter. Im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit kann die Selbstverwaltung ihre Arbeit und Aufgaben den Versicherten präsentieren, die sie vertreten. Zusätzlich besteht für die Selbstverwalter auch die Möglichkeit, stärker mit den Versicherten in Kontakt zu treten, um mehr über deren Bedürfnisse zu erfahren und somit zu versuchen, die Kassenpolitik entsprechend mitzugestalten.

Die häufigsten existenten Formen der Öffentlichkeitsarbeit bei den Befragten waren regelmäßige Berichte über ihre Arbeit in Mitgliederzeitschriften (62,9%) oder in Form von Rechenschaftsberichten (46,3%). Überdies werden Kontaktinformationen über Internetseiten bereitgestellt (41,7%), sodass interessierte Versicherte über Anlaufstellen Bescheid wissen.

Weitaus weniger existieren Formen direkter Öffentlichkeitsveranstaltungen, bei denen die Versicherten auch Gelegenheit haben, direkt mit ihren Vertretern zu sprechen (26,4%). Sprechstunden der Selbstverwaltung gibt es noch seltener (8,4%). Als nicht ortsgebundene Kommunikationsplattform steht bei knapp jedem sechsten Befragten (15,3%) ein Internetforum der Selbstverwaltung zur Verfügung.

Merkmale / Gruppen	Häufigkeit (in %)	
	Existiert	Zusätzlich sinnvoll
Regelmäßige Berichte über die Arbeit der Selbstverwaltung in der Mitgliederzeitschrift	62,9	33,5
Regelmäßiger Rechenschaftsbericht über die Arbeit der Selbstverwaltung	46,3	32,4
Veröffentlichung von Kontaktadressen und Telefonnummern der Selbstverwaltung auf der Internetseite	41,7	34,6
Organisation gezielter öffentlicher Informations- und Diskussionsveranstaltungen	26,4	38,1
Eigenständiges kassenübergreifendes Internetforum der Selbstverwaltung	15,3	39,8
Angebot regelmäßiger Sprechstunden mit den Selbstverwaltern	8,4	46,3

Tabelle 19: Schon existente und zusätzlich gewünschte Formen der Öffentlichkeitsarbeit (N=367)

Bei den drei am seltensten existenten Formen der Öffentlichkeitsarbeit gab es die meiste Zustimmung zur Aussage, dass diese zusätzlichen Maßnahmen durchaus sinnvoll wä-

ren. Dabei fällt auf, dass die Meinung der Befragten zu jedem dieser drei Öffentlichkeitsmaßnahmen einem bestimmten Muster folgt: Die neuen, jüngeren und ordentlichen Mitglieder, die hoch qualifiziert und engagiert sind, zudem überwiegend in der Gewerkschaft (Typ 2), sagen am häufigsten, dass diese Maßnahmen zusätzlich sinnvoll sind. Jeweils danach folgen die Personen des Typs 3 (neue, jüngere, ordentliche Mitglieder, überwiegend niedrig qualifiziert und weniger engagiert), wobei diese Gruppe doch auffällig seltener zustimmt. Als drittes folgen die Befragten des ersten Typs, die qualifizierteren, aber weniger engagierten älteren „alten Hasen“, die kaum in der Gewerkschaft sind. Am wenigsten waren die „Alte Hasen“ mit Vorsitz im Verwaltungsrat, die vorwiegend engagiert und qualifiziert sind, der Meinung, dass zusätzliche Maßnahmen sinnvoll wären.

Bereich der Öffentlichkeitsarbeit	Typ 1	Typ 2	Typ 3	Typ 4	Gesamt
Organisation gezielter öffentlicher Informations- und Diskussionsveranstaltungen	20,0%	36,2%	27,7%	16,2%	100,0%
Eigenständiges kassenübergreifendes Internetforum der Selbstverwaltung	23,3%	36,8%	25,6%	14,3%	100,0%
Angebot regelmäßiger Sprechstunden mit den Selbstverwaltern	22,9%	33,3%	26,1%	17,6%	100%

Tabelle 20: Zusätzlich gewünschte Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit

4.3.15 Gestaltungsspielräume des Verwaltungsrates in der Kranken- und Pflegeversicherung

In diesem Abschnitt werden Kernfragen der Untersuchung beschrieben. Dabei wird ausschließlich die Handlungsebene des gesamten Verwaltungsrates und nicht die des einzelnen Mitglieds angesprochen. Gegenstand der Fragen ist die selbstbewertete „Arbeit“ und der Erfolg der Versichertenvertretung bzw. des Verwaltungsrates in der vergangenen Wahlperiode.

Initiative bei der Einführung neuer Leistungen und Programme

Bei allen hier vorgegebenen Handlungsfelder und Aufgaben kann und darf der Verwaltungsrat (gegenüber dem Vorstand), wenn er will, in unterschiedlichster Form und Intensität Initiative zeigen, Dinge anschieben und Verantwortung übernehmen. Dies kann die Forderung nach bestimmten Leistungsverträgen umfassen, aber auch die nach der systematischen Evaluation der Wirkungen existierender Leistungen oder Verträge bei den Versicherten. Wir nehmen für die Praxis an, dass es traditionelle Felder wie etwa die „betriebliche Gesundheitsförderung“, „Primärprävention“, „Satzungsleistungen“ und „Qualitätssicherung“ gibt, für die sich der Verwaltungsrat eher verantwortlich fühlt als für andere Handlungsfelder. Bei der Bewertung der Handlungskraft der Selbstverwaltung betrachten wir die Überprüfung der Effekte von laufenden Maßnahmen bei den Versicherten als ebenso wichtig wie ihre Initiierung. Die Kenntnis der Wirkungen ist unabdingbare Basis, um gegebenenfalls Korrekturen vornehmen zu können.

Tabelle 21 zeigt jedoch, dass selbst die vermuteten „traditionellen Felder“ kaum initiativ vom Verwaltungsrat besetzt werden.

Leistung / Programm	Initiative (in %) ⁴¹				Durch Verwaltungsrat überprüft und bewertet (in %)
	Es gab keine	Verwaltungsrat	Vorstand	Von beiden	
Betriebliche Gesundheitsförderung	24,4	26,8	40,0	8,8	48,5
Individuelle Primärprävention	36,5	7,6	52,6	3,3	33,0
Lebensweltliche Primärprävention	57,5	4,6	36,2	1,6	17,7
Satzungsleistungen	22,6	14,7	51,8	10,9	54,0
Modellprojekte	21,3	15,0	57,8	6,0	48,2
Hausarztzentrierte Versorgung	32,7	9,3	55,0	3,0	36,8
DMP	19,1	4,6	73,0	3,3	52,9
Integrierte Versorgungsformen	38,4	5,7	54,2	1,6	31,6
Abschluss von Einzelverträgen mit Leistungserbringern	25,6	4,6	68,4	1,4	33,5
Differenzierte Versichertentarife	27,8	12,3	54,0	6,0	50,1
Private Zusatzversicherungen	25,9	10,9	58,6	4,6	43,1
Qualitätssicherung Krankenversicherung	30,0	7,9	59,1	3,0	41,7
Qualitätssicherung PV	33,2	8,4	55,3	3,0	39,0
Öffentlichkeitsarbeit und Kommunikation	31,9	23,7	34,1	10,4	33,8

Tabelle 21: Urheber von Initiativen zur Einführung von neuen Leistungen/Programme (N=367)

Die Abbildung 8 macht zwei wichtige Ergebnisse der Befragung noch etwas plastischer und deutlich: Zwischen rund einem und zwei Fünftel der Befragten sind in Verwaltungsräten aktiv, in denen es zu keinem der aufgezählten Aktivitäten Initiativen gab oder wo sie an den Befragten „vorbeigegangen“ sind. Zweitens beträgt der Anteil der initiativen Verwaltungsratsmitglieder in Kassen, in denen es zu dem Thema überhaupt eine Initiative gab, maximal 35% bei der betrieblichen Gesundheitsförderung. In allen anderen Themen war die Initiative von Selbstverwaltern bei Initiativen geringer.

⁴¹ Zeilenwerte summieren sich von links nach rechts zu 100% auf.

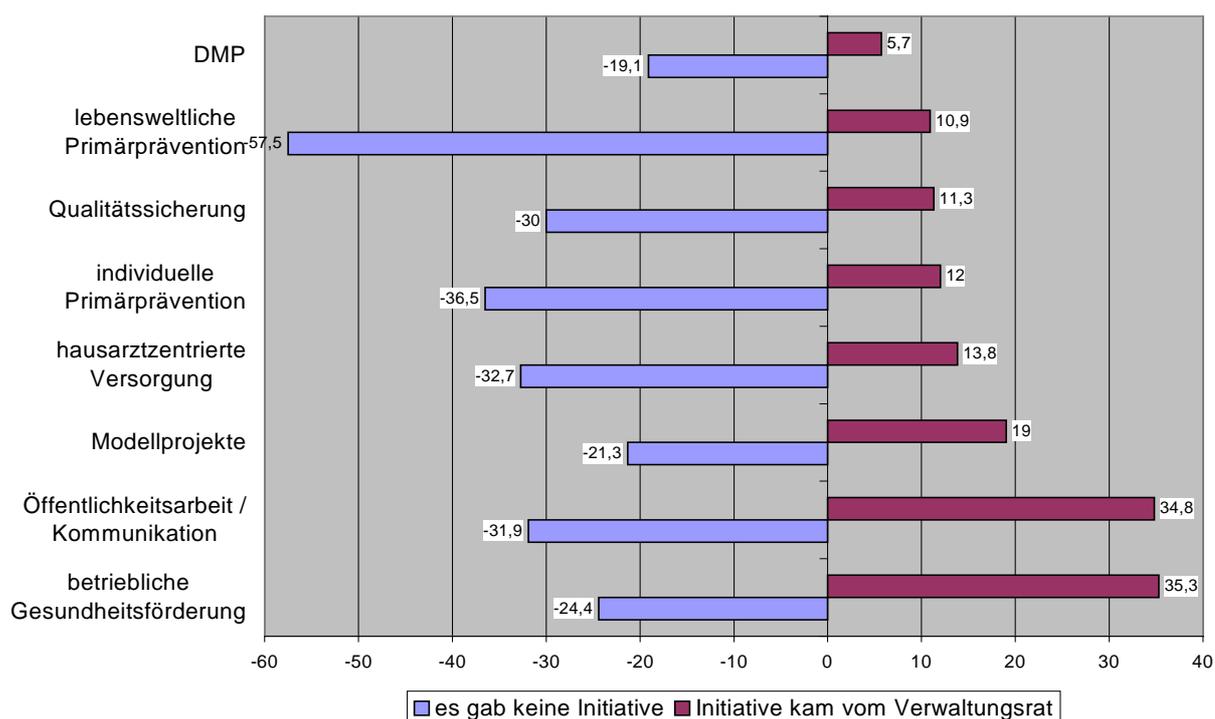


Abbildung 8: Generell und von Selbstverwaltern genutzte Initiativmöglichkeiten in der GKV aus Sicht von Selbstverwaltern 1999-2005

Die meisten Befragten waren bei nur wenigen der insgesamt 14 aufgeführten Leistungen oder Programme initiativ, unabhängig davon, ob die Initiative ausschließlich von den Versichertenvertretern ausging oder zusammen mit dem Vorstand durchgeführt wurde.

Berücksichtigt man *nur* die Initiativen seitens der *Befragten*, so gab es in 38,7% der Fälle *gar keine* Initiative. 35,4% setzten nur bei wenigen (ein bis zwei) Programmen oder Leistungen den ersten Impuls, die restlichen 25,9% gaben zumindest bei mindestens dreien den Anstoß. Durchschnittlich waren es 1,56 Leistungen oder Programme, bei denen der Verwaltungsrat den ersten Schritt machte. Lässt man diejenigen unberücksichtigt, die gar nicht initiativ wurden, wenn also zumindest irgendeine Initiative da war, erhöht sich der Durchschnittswert auf 2,55 Initiativen pro Versichertenvertreter.

Werden sämtliche Initiativen zusammengezählt, bei denen entweder der Verwaltungsrat alleine oder zusammen mit dem Vorstand initiativ war, sinkt der Anteil an Befragten ohne jegliche Initiative auf 27,5%. 33,2% konnten alleine oder mit dem Vorstand zumindest bei wenigen Programmen oder Leistungen Impulse setzen, 39,2% der Befrag-

ten gaben an, dass viele Leistungen oder Programme auf den Weg gebracht werden konnten. Durchschnittlich wurden 2,23 Leistungen bzw. Programme angegangen. Der Durchschnittswert an Initiativen bei Befragten, die zumindest in einem Bereich alleine oder mit Vorstand etwas bewegen konnten, beträgt 3,08.

Initiativen des Verwaltungsrates

Im Folgenden werden die Bereiche analysiert, in denen Einführungen von bestimmten Leistungen oder Programmen durch den *Verwaltungsrat* initiiert wurden. Da es generell eher selten der Fall war, dass ausschließlich der Verwaltungsrat initiativ wurde, werden hier nur die vier am meisten genannten Aktivitäten genauer untersucht. Anschließend werden die Antwortmöglichkeiten wieder nach thematisch zusammenhängenden Inhalten gruppiert und ausgewertet.

Einführung folgender Leistungen/Programme	Häufigkeit der Initiativen ausschließlich durch Verwaltungsrat (in %)
Betriebliche Gesundheitsförderung	26,7
Öffentlichkeitsarbeit und Kommunikation	23,7
Modellprojekte	15,0
Satzungsleistungen	14,7
Differenzierte Versichertentarife	12,3
Private Zusatzversicherungen	10,9
Hausarztzentrierte Versorgung	9,3
Qualitätssicherung PV	8,4
Qualitätssicherung Krankenversicherung	7,9
Individuelle Primärprävention	7,6
Integrierte Versorgungsformen	5,7
Lebensweltliche Primärprävention	4,6
DMP	4,6
Abschluss von Einzelverträgen mit Leistungserbringern	4,6

Tabelle 22: Initiative der Einführung neuer Leistungen oder Programme durch den Verwaltungsrat (Frage 37A)

Etwas über ein Viertel aller Befragten gaben an, der Verwaltungsrat habe Maßnahmen zur *betrieblichen Gesundheitsförderung* initiiert. Diese Maßnahmen wurden insbesondere vom zweiten Typ der Selbstverwalter initiiert, also den jüngeren, ordentlichen Mitgliedern, die hoch qualifiziert und engagiert sind und nicht zu den „alten Hasen“

zählen, aber in einer Gewerkschaft sind. Das Merkmal *Gewerkschaftsmitgliedschaft* ist hierbei besonders prägend. Das Engagement beeinflusst auch, ob ein Versichertenvertreter initiativ wird oder nicht, aber noch wesentlich stärker ist die Initiative durch den Verwaltungsrat bei den höher qualifizierten Personen. Das Alter spielt, ebenso wie die Stellung im Verwaltungsrat, keine bedeutende Rolle.

Maßnahmen im Bereich *Öffentlichkeitsarbeit und Kommunikation* wurden bei fast einem Viertel der Befragten durch den Verwaltungsrat initiiert. Hier ist es insbesondere der Typ 4 von Selbstverwaltern, also die „alten Hasen“ mit Vorsitz im Verwaltungsrat, die vorwiegend engagiert und qualifiziert sind, die dem aktiven Verwaltungsrat angehören. Im Bereich der Öffentlichkeitsarbeit und Kommunikation sind Gewerkschaftsmitglieder bei weitem nicht so aktiv wie bei der betrieblichen Gesundheitsförderung. Das Engagement spielt hierbei keine entscheidende Rolle, wohl aber das Qualifikationsniveau.

Bei den *Modellprojekten* sticht keine der verschiedenen Selbstverwaltergruppen besonders hervor. Lediglich bei Typ 1, den qualifizierteren, aber weniger engagierten älteren „alten Hasen“, die nicht in der Gewerkschaft sind, lässt sich eine leichte Tendenz zu mehr Initiative in diesem Bereich ausmachen. Auch Alter, Gewerkschaftsmitgliedschaft oder Stellung im Verwaltungsrat beeinflussen die Initiative bei Modellprojekten nicht, ebenso wenig wie Engagement oder Qualifikation.

Bei den *Satzungsleistungen* lassen sich gleich zwei Typen von Versichertenvertretern ausmachen, deren Verwaltungsrat eher initiativ wurde: Typ 1 (die qualifizierteren, aber weniger engagierten älteren „alten Hasen“, nicht in der Gewerkschaft) und Typ 4 („alte Hasen“ mit Vorsitz im Verwaltungsrat, vorwiegend engagiert und qualifiziert). Demnach sind es vor allem die älteren Befragten, die sich hier bei den aktiven Verwaltungsräten finden.

Das Engagement spielt eher eine untergeordnete, die Qualifikation hingegen eine wichtige Rolle.

In den folgenden Absätzen soll das Antwortverhalten der Befragten, ebenfalls unter dem Gesichtspunkt der Initiativen, die vom *Verwaltungsrat* ausgingen, untersucht wer-

den. Dabei wird jedoch nicht jede Frage einzeln abgearbeitet. Vielmehr werden die Antwortmöglichkeiten zu vier thematisch ähnlichen Gruppen zusammengefasst. Die Gruppierung ist nicht willkürlich, sondern basiert auf einer Faktorenanalyse, die die 14 Items auf vier Dimensionen reduziert hat.

Faktor	Variablen
<i>Faktor 1:</i> Modellprojekte und neue Versorgungsformen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Modellprojekte ▪ Hausarztzentrierte Versorgung ▪ Disease Management Programme ▪ Integrierte Versorgungsformen ▪ Abschluss von Einzelverträgen mit Leistungserbringern
<i>Faktor 2:</i> Qualitätssicherung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Qualitätssicherung in der Krankenversicherung ▪ Qualitätssicherung in der Pflegeversicherung
<i>Faktor 3:</i> Tarife, Beitragssätze	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Satzungsleistungen ▪ Differenzierte Versichertentarife ▪ Private Zusatzversicherungen
<i>Faktor 4:</i> Kontakt zu Versicherten / Prävention	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Betriebliche Gesundheitsförderung ▪ Individuelle Primärprävention ▪ Lebensweltliche Primärprävention ▪ Öffentlichkeitsarbeit und Kommunikation

Tabelle 23: Faktorenbildung mit den Items der Frage nach der Initiative der Einführung folgender Leistungen oder Programme (Frage 37A), hier die Antworten „Initiative vom Verwaltungsrat“

Die Initiative seitens des Verwaltungsrates bei der *Einführung von Modellprojekten und neuen Versorgungsformen* lässt sich insbesondere auf das Merkmal „hoch engagiert“ zurückführen. Dementsprechend häufig finden sich in all diesen Kategorien (Modellprojekte, Hausarztzentrierte Versorgung, DMP etc.) speziell die Personen des Typs 4 von Selbstverwaltern wieder, während Befragte des Typs 2 (hoch qualifizierte und engagierte Gewerkschaftler) hier im Vergleich zu den anderen Typen eher seltener auf der Verwaltungsratsinitiativseite zu finden sind. Am wenigsten finden sich hier die Personen des dritten Typs.

Insbesondere die *Modellprojekte* scheinen durch stark Engagierte und „alte Hasen“ forciert zu werden, während hier die Gewerkschaftsmitglieder auffällig selten die Initiative ergreifen.

Die *Qualitätssicherung* scheint vor allem von den (stellvertretenden) Vorsitzenden angegangen zu werden. Diese Gruppe, und damit auch Typ 4 der Selbstverwalter, gab verhältnismäßig häufiger an, dass der Verwaltungsrat solche Programme und Leistungen von sich aus veranlasste.

Die *Satzungsleistungen* gehören zu den Aktivitäten, die, sofern sie vom Verwaltungsrat initiiert werden, vorwiegend von höher qualifizierten „alten Hasen“ (mit Vorsitz) angegangen werden. Entsprechend häufiger als erwartet befinden sich Befragte vom Selbstverwaltertyp 1 und 4 in dieser Antwortkategorie.

Private Zusatzversicherungen ist ein Bereich, bei dem auch vorwiegend die älteren Personen und die so genannten „alten Hasen“, also diejenigen, deren Zeitpunkt der erstmaligen Tätigkeit vor oder zur Sozialwahl 1993 datiert werden kann, angaben, dass die Initiative vom Verwaltungsrat ausging. Gleiches gilt für den Bereich der *differenzierten Versicherungstarife*. Befragte vom Typ 3 (niedrig Qualifizierte und Engagierte) und Typ 2 (junge Gewerkschafter) sind bei diesen beiden Fragen hinsichtlich einer positiven Äußerung zur Verwaltungsratinitiative eher seltener zu finden.

Leistungen und Programme, die sich auf die *betriebliche Gesundheitsförderung* beziehen, wurden insbesondere von Personen angeregt, die Gewerkschaftsmitglieder und/oder hoch qualifiziert waren. Entsprechend häufig findet sich hier auch der Typ 2 von Selbstverwaltern (hoch qualifizierte und engagierte Gewerkschaftsmitglieder) wieder. Selbstverwalter der anderen Typen initiierten etwas seltener als erwartet derartige Programme, wobei es in diesen restlichen drei Gruppen keine Unterschiede untereinander gibt.

Die Forcierung von *individueller Primärprävention* wurde vorwiegend von hoch engagierten und qualifizierten Personen veranlasst, weniger jedoch von Gewerkschaftsmitgliedern. Entsprechend finden sich hier besonders Typ 4 und 1 von Selbstverwaltern wieder, die engagierten „alten Hasen“, während Typ 3 (wenig Qualifizierte und Engagierte) und vor allem Typ 2 (junge Gewerkschaftsmitglieder) deutlich weniger als erwartet die Initiative zu solchen Programmen und Leistungen ergriffen.

Lebensweltliche Primärprävention ist vorwiegend ein Interessengebiet der jüngeren Befragten, wobei „jünger“ hier für Personen bis 64 Jahre steht. Keiner der Befragten, die angaben, dass die Initiative zu Leistungen und Programmen für lebensweltliche Primärprävention vom Verwaltungsrat initiiert wurde, war älter als 64 Jahre (der Anteil der über 64-Jährigen liegt bei 25,8%)!

Wie bei der individuellen Primärprävention waren die Gewerkschaftsmitglieder auch bei der lebensweltlichen Primärprävention nicht auffällig häufiger initiativ als erwartet. Die Ausnahme bildet hier, wie einleitend bereits beschrieben, die betriebliche Gesundheitsförderung, die für Gewerkschaftsmitglieder von besonderem Interesse zu sein scheint.

Im Bereich *Öffentlichkeitsarbeit und Kommunikation* gaben insbesondere die hoch qualifizierten Befragten an, dass Programme und Leistungen dieser Art besonders häufig vom Verwaltungsrat angeregt wurden. Daher findet sich auch hier wieder häufig der Typ 4 (hoch qualifiziert und engagiert) von Selbstverwaltern wieder, während die niedrig qualifizierten und engagierten (Typ 3) hier verhältnismäßig seltener angaben, dass der Verwaltungsrat hier alleine initiativ war.

Überprüfung und Bewertung von Initiativen durch die Selbstverwaltung

Die mit dem Gesundheitsstrukturgesetz noch gestärkten Möglichkeiten einer umfassenden Berichterstattung des Vorstands für den Verwaltungsrat werden im Durchschnitt der 14 Sachbereiche von rund 40% der Befragten genutzt. Selbst im klassischen Gestaltungsbereich der Selbstverwaltung in einzelnen Krankenkassen, nämlich den Satzungsleistungen, lässt sich nur knapp mehr als die Hälfte der Verwaltungsräte darüber berichten und nutzt dies zur Grundlage von Bewertungen, die ihrerseits wieder zur Korrektur der Leistungsgestaltung genutzt werden können. Ähnlich sieht es bei Modellversuchen aus, bei denen eine begleitende externe Evaluation meist sogar vorgeschrieben ist, deren Ergebnisse damit also ohne großen Aufwand für die Kassenverwaltung die Basis für eine interne Berichterstattung und Diskussion sein könnten. Mehr als 60% der Befragten kümmerten sich schließlich nicht um ihre Information über so dynamische und häufig anpassungsbedürftige Sachbereiche wie die Qualitätssicherung im Pflegebe-

reich, die hausarztzentrierte Versorgung, die Öffentlichkeitsarbeit und die verschiedenen Möglichkeiten der Primärprävention außerhalb der betrieblichen Gesundheitsförderung. Aber selbst bei dieser ist es noch nicht einmal die Hälfte der Verwaltungsräte, die sich über deren konkretes Funktionieren informieren lässt.

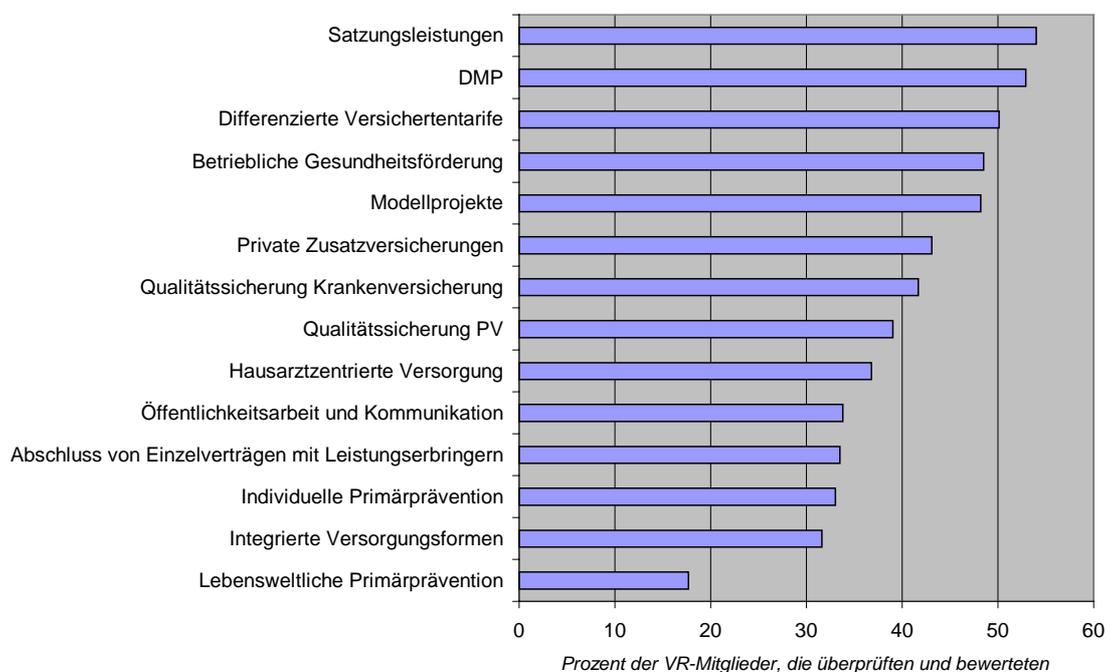


Abbildung 9: Selbst wahrgenommene Nutzung der Überprüfungsmöglichkeiten der Verwaltungsräte in der Zeit 1999-2005

4.3.16 Einbringung der Versichertenperspektive

Die Fragen zur Versichertenperspektive sind ein wichtiger „Erfolgsmesser“ für die Arbeit der Selbstverwaltung. Der Erfolg hängt dabei in erster Linie von der Informiertheit der Versichertenvertreter ab. Wurden Informationen zur Vorbereitung bei der Einführung oder Umsetzung bestimmter Programme vorenthalten oder nicht rechtzeitig weitergegeben, hatten die Selbstverwalter keine Gelegenheit mehr, die Versichertenperspektive einzubringen. Zwei weitere, fast genauso wichtige Bedingungen für Erfolg in diesem Bereich sind die Qualifikation und das Engagement der Versichertenvertreter. Das Engagement hat dabei einen etwas höheren Einfluss. Schlussendlich eröffnet auch der Vorsitz im Verwaltungsrat mehr Möglichkeiten, Versicherteninteressen durchzusetzen. Entsprechend sind es generell die hoch engagierten und hoch qualifizierten Selbstverwalter (Typ 4), die am meisten Erfolg hierbei hatten. Den zweitgrößten Erfolg hatten

die Versichertenvertreter aus der Gruppe der weniger qualifizierten, aber hoch engagierten Befragten (Typ 1).

Wenn es um Aushandlungen zum Beitragssatz geht, hatten die Selbstverwalter den größten Erfolg bei der Einbringung der Versichertenperspektive. Neben der Beitragshöhe konnten die Befragten auch in den Bereichen „Service“, „Satzungsleistungen“ oder „Modellprojekten“ viele Interessen der Versicherten einbringen. Bei den neueren Versorgungsformen und Programmen wie explizit der Hausarztzentrierten Versorgung, DMP oder der Integrierten Versorgung sahen sich die Versichertenvertreter selber aber kaum als die Kraft, die dabei Versicherteninteressen vertrat. Am wenigsten gelang ihnen dies bei Abschlüssen von Einzelverträgen mit Leistungserbringern.

Zugespitzt formuliert sehen sich die Selbstverwalter also vorrangig als erfolgreiche Vertreter der ökonomischen und sozialen Beitragssatzinteressen und nachrangig bis fast gar nicht als Vertreter von inhaltlichen Leistungsinteressen der Versicherten. Der eingangs skizzierte Spagat zwischen den unterschiedlichsten Interessen von Beitragszahlern und Patienten sowie zwischen ökonomischen, sozialen und gesundheitlichen Interessen scheint sehr einseitig aufgelöst bzw. vermieden worden zu sein. Ob sie hier nur dem Druck der Verhältnisse folgen oder dies auch ihren Handlungsabsichten entspricht müsste gesondert geklärt werden, stellt aber beides ein großes Problem dar.

Leistung / Programm	Häufigkeit (in %)					
	Sehr stark	Stark	Mittel	Gering	Sehr gering	Mittelwert ⁴²
Höhe des Beitragssatzes (N=322)	24,8	39,4	21,7	9,6	4,3	3,71
Servicequalität der Kassen (N=318)	12,6	42,1	26,7	14,2	4,4	3,44
Satzungsleistungen (N=323)	7,7	36,2	32,8	17,9	5,3	3,29
Modellprojekte (N=309)	5,8	33,3	40,1	15,2	5,5	3,19
Richtlinien zum Umgang mit den Versicherten (N=309)	5,8	31,4	36,6	18,8	7,4	3,09
Öffentlichkeitsarbeit und Kommunikation (N=304)	3,9	24,3	44,4	21,7	5,6	2,99
Differenzierte Versichertentarife (N=295)	4,4	28,5	34,9	23,4	8,8	2,96
Angebote zur Primärprävention (N=305)	1,3	25,9	42,3	22,3	8,2	2,9
DMP (N=308)	3,2	26,6	33,8	27,9	8,4	2,88
Hausarztzentrierte Versorgung (N=293)	2,4	21,5	39,9	23,9	12,3	2,78
Qualitätssicherung (N=284)	2,1	22,2	37,0	26,8	12,0	2,76
Integrierte Versorgungsformen (N=277)	2,9	20,9	36,1	29,2	10,8	2,76
Private Zusatzversicherungen (N=304)	3,6	21,4	36,8	23,0	15,1	2,75
Abschluss von Einzelverträgen mit Leistungserbringern (N=288)	1,7	12,5	28,8	32,6	24,3	2,35

Tabelle 24: Einbringen der Versichertenperspektiven bei der Einführung und Umsetzung von Leistungen/Programme der Krankenversicherung durch die Selbstverwalter

Die *Versicherteninteressen im Hinblick auf die Pflegeversicherung* konnten durch die Selbstverwaltung deutlich seltener durchgesetzt werden als Interessen, die sich auf die Krankenversicherung beziehen. Am stärksten konnten sich die Befragten noch für Beratungsleistungen, Qualitätssicherung und die Versorgung der Versicherten mit technischen Hilfsmitteln einsetzen.

Welche Ursachen, Motive oder Zwänge zu dieser deutlich schmalpurigeren Vertretung von Pflegeversicherteninteressen führen, wurde nicht tiefer gehend untersucht. Deshalb sei nur auf einen möglicherweise zentralen Unterschied zwischen Kranken- und Pflegeversicherung als Grund hingewiesen. Gedacht ist daran, dass sich ein- und dieselben Selbstverwalter in zwei unterschiedlichen und eher unterschiedlicher werdenden Versicherungen bewegen. In der Krankenversicherung nehmen der Wettbewerb und die Ori-

entierung am Unternehmensinteresse in der einen oder anderen Form zu und stimulieren sicherlich einige Initiativen. In der Pflegeversicherung gibt es dagegen keinen Wettbewerb und auch z. B. kein eigenes Interesse am Beitragssatz, was möglicherweise dazu führt, dass auch weitere Handlungsfelder für Selbstverwaltung wie z. B. die Details des Managements, uninteressant sind.

Leistung / Programm	Häufigkeit (in %)					
	Sehr stark	Stark	Mittel	Gering	Sehr gering	Mittelwert ⁴³
Beratung der Versicherten über Leistungen der PV (N=320)	1,6	17,2	38,4	28,8	14,1	2,63
Qualitätssicherung (N=306)	1,6	14,1	33,7	31,7	19,0	2,48
Versorgung mit Pflegehilfsmitteln und technischen Hilfen (N=307)	1,3	11,1	36,5	33,2	17,9	2,45
Unterstützung der Pflegebedürftigen bei der Wahl von Pflegeeinrichtungen/-leistungen (N=309)	0,3	11,3	33,3	37,2	17,8	2,39
Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen (N=299)	1,0	8,4	32,4	37,1	21,1	2,31
Neue Formen teilstationärer und Kurzzeitpflege (N=302)	0,3	5,3	34,1	42,1	18,2	2,27
Koordination der pflegerischen Versorgung (N=296)	0,3	6,4	31,4	42,6	19,3	2,26
Abschluss von Versorgungsverträgen (N=296)	0,3	6,8	29,4	38,5	25,0	2,19

Tabelle 25: Einbringen der Versichertenperspektiven bei der Einführung und Umsetzung von Leistungen/Programme der Pflegeversicherung durch die Selbstverwalter

Fast die Hälfte aller Befragten gaben Sachzwänge als die Ursache dafür an, wenn die Einbringung von Versichertenperspektiven bei der Einführung und Umsetzung von bestimmten Programmen kaum gelang. Dies ist der mit Abstand am häufigsten genannte Grund. Für ein Viertel der befragten Personen lag der Grund in widersprüchlichen Versicherteninteressen, die zu einer Kompromissposition zwangen. An dieser Stelle wird auch deutlich, wie wichtig der Kontakt zu den Versicherten für die Selbstverwaltung ist, um die immer vielfältiger werdenden Bedürfnisse und Interessen der Versicherten auf-

⁴² Die Bewertung reicht von 1 (sehr gering) bis 5 (sehr stark). Ein höherer Mittelwert bedeutet eine positivere Bewertung.

⁴³ Die Bewertung reicht von 1 (sehr gering) bis 5 (sehr stark). Ein höherer Mittelwert bedeutet eine positivere Bewertung.

zugreifen und in ihre Arbeit einzubinden (vgl. Rölke/Schröder 2006: 53). Dafür bedarf es aber auch der Fähigkeit, mit widersprüchlichen Interessen oder interessenmäßig unterschiedlichen Gruppen von Klienten/Versicherten etc. überhaupt und ergebnisorientiert umzugehen (Stichwort „triadische Kompetenz“).

Sachzwänge als Ursache für das geringe Maß an Berücksichtigung der Versicherteninteressen sind dabei für alle Befragten ein Problem, unabhängig davon, welche besonderen Merkmale sie aufweisen oder welchem Typ von Selbstverwaltern die befragten Personen zugeordnet sind. Hier zeigen sich keine auffälligen Muster, die darauf hinweisen würden, dass spezielle Gruppen besondere Probleme mit Sachzwängen hätten.

An den widersprüchlichen Versicherteninteressen scheiterten die Selbstverwalter (48,5%) erstaunlicherweise eher, wenn sie viele Fortbildungs- und Qualifikationsmaßnahmen besucht haben oder wenn der Zeitpunkt ihrer erstmaligen Tätigkeit in der Selbstverwaltung länger zurück liegt, sie also zu den „alten Hasen“ gehören. Die Frage ist, ob das höhere Qualifikationsniveau oder die langjährige Erfahrung im Bereich der Selbstverwaltung die Sensibilität für Versicherteninteressen steigern und somit zur differenzierteren und adäquateren Bedürfniserfassung beitragen.

Das Gefühl, dass die Versicherteninteressen keine Rolle spielen, trat signifikant häufig bei den zeitlich weniger Engagierten auf.

Grund	Häufigkeit (in %)
Berücksichtigung von Interessen scheiterte an Sachzwängen	48,5
Versicherteninteressen waren widersprüchlich, Kompromissposition musste erarbeitet werden	27,5
Unterschiedliche Positionen im Verwaltungsrat, Einigung auf kleinstem Nenner	21,0
Versichertenvertreter waren unzureichend beteiligt am Entscheidungs- und Umsetzungsprozess	20,7
Versichertenvertreter nicht ausreichend engagiert	17,4
Versicherteninteressen spielten kaum eine Rolle	15,5
Versichertenvertreter waren unzureichend informiert über Versicherteninteressen	12,9
Versichertenvertreter waren unzureichend informiert über die Gegenstände der Entscheidung	10,1

Tabelle 26: Gründe, weshalb Versichertenperspektive nur in (sehr) geringem Maße bei der Einführung und Umsetzung neuer Leistungen/Programme eingebracht werden konnte (N=367) (Mehrfachantwort möglich, Angaben summieren sich nicht zu 100%)

4.3.17 Beschreibung der Arbeit des Verwaltungsrates

Etwas mehr als die Hälfte aller Befragten gab an, dass der Verwaltungsrat nicht nur seine ihm zugeschriebenen Funktionen erfüllt, also seine „Pflicht“ erbracht habe, sondern zusätzlich seinen Handlungsspielraum im Sinne einer „Kür“ strategisch genutzt und entscheidende Impulse für die Kassenpolitik gegeben habe.

Dabei sind deutliche Antwortmuster in Abhängigkeit bestimmter Eigenschaften der Befragten zu erkennen. Die hoch engagierten und qualifizierten Personen attestierten dem Verwaltungsrat klar häufiger gelungene Arbeit und Impulse als andere Befragte. Gewerkschaftsmitglieder wiederum scheinen die Arbeit des Verwaltungsrates etwas kritischer zu betrachten: Zwar bemängeln sie nicht öfter als andere Defizite in der Arbeit, jedoch waren sie häufiger der Meinung, der Verwaltungsrat habe „nur“ seine Pflichtaufgaben erfüllt oder den Handlungsspielraum genutzt, ohne entscheidende Impulse zu geben.

Auch hier wird deutlich, dass die isolierte Betrachtung einzelner Merkmale keine eindeutige Erklärung liefert. Hinsichtlich der Ausschöpfung der Gestaltungsspielräume gibt es mehrere Aspekte, welche die Arbeit des Verwaltungsrates beeinflussen. Die fol-

gende Aufstellung zeigt das Ergebnis einer Regressionsanalyse, die die entscheidenden Einflussvariablen auf die Bewertung des Erfolgs der Arbeit des Verwaltungsrats erkennen lässt (Tabelle 27).

Merkmal der Befragten	Effektstärke
Engagement	Hoch *
Gewerkschaftsmitgliedschaft	Niedrig *
Bewertung der Kommunikationswege	Hoch **
Verhältnis zwischen Verwaltungsrat und Vorstand	Niedrig *
Benotung der Öffentlichkeitsarbeit	Hoch ***
Kandidatenauswahl / Listenplatzvergabe bekannt	Hoch *
Ausgeschlossene Variablen: Dauer der Tätigkeit, Stellung im Verwaltungsrat, Qualifikationsniveau, Geschlecht, Transparenz bei Sozialwahlen	

Tabelle 27: Prädiktoren für die Bewertung der Arbeit des Verwaltungsrates

Der Erfolg der Arbeit des Verwaltungsrates hängt also nicht von einem einzelnen Merkmal, sondern von verschiedenen, miteinander verketteten Aspekten ab. Bereits Defizite in lediglich einem der oben genannten Kennzeichen können die Verwaltungsratsarbeit negativ beeinflussen. Umso wichtiger ist es für die Versichertenvertreter, dass sie sich nicht nur engagieren und den Kontakt zur Basis suchen, sondern auch effektiv mit dem Vorstand zusammenarbeiten können. Dies erfordert nicht nur ausreichend Qualifikation der Selbstverwalter, um die Bedeutungen und Möglichkeiten verschiedener Instrumente zur Gestaltung von Kassenpolitik beurteilen zu können, sondern auch Bereitschaft seitens der Kassenvorstände, mit der Selbstverwaltung zusammenzuarbeiten.

„Denn selbst wenn die Kassenpolitik heute zu großen Teilen in den hauptamtlichen Vorständen stattfindet, so sind die Selbstverwaltungen noch immer die (einzigen) Organe, die relevante Unternehmensentscheidungen legitimierten und somit Versicherteninteressen einbringen würden“ (Schroeder/Jänicke 2006: 50f).

Beschreibung	Häufigkeit (in %)
Verwaltungsrat hat den Handlungsspielraum strategisch genutzt und entscheidende Impulse für die Kassenpolitik gegeben	60,9
Verwaltungsrat hat den gegebenen Handlungsspielraum ausgefüllt, konnte aber keine entscheidenden Impulse für die Gestaltung der Kassenpolitik geben	23,2
Der Verwaltungsrat hat formell seine ihm zugeschriebenen Funktionen erfüllt	11,6
Defizite des Verwaltungsrates bei der formellen Erfüllung seiner Funktionen sind sichtbar geworden	4,3
Gesamt	100

Tabelle 28: Beschreibungen, welche die Arbeit des Verwaltungsrates in der vergangenen Wahlperiode auf den Punkt bringen (N=345)

4.3.18 Ziele, Zustand, Probleme und Perspektiven der Selbstverwaltung

Zu den von den befragten Selbstverwaltern am häufigsten genannten Arbeitsbereichen, in denen sich die Selbstverwaltung künftig besonders engagieren sollte, gehören an erster Stelle die Versicherten- und Kundenbindung (61%). Danach folgen die Bereiche Neue Versorgungsmodelle (56,9%), Erhöhung der Mitgliederzahl der Krankenkasse (56,7%) sowie Kontrolle der Qualität der Versorgung (56,4%), die von der Häufigkeit der Nennung sehr nah beieinander liegen. Senkung des Beitragssatzes, gezielte Angebote für besondere Versichertengruppen und die Arbeit der Selbstverwaltung wurden ebenfalls von mehr als der Hälfte aller Befragten als Bereiche, die zukünftig besonderes Engagement verdienen oder erfordern, angesehen (Tabelle 29).

Bereich	Häufigkeit (in %)
Versicherten-/Kundenbindung	61,0
Neue Versorgungsmodelle (IV, DMP...)	56,9
Erhöhung der Mitgliederzahl der Kasse	56,7
Kontrolle der Qualität der Versorgung	56,4
Senkung des Beitragssatzes	52,3
Gezielte Angebote für besondere Versichertengruppen	51,8
Öffentlichkeitsarbeit der Selbstverwaltung	50,1
Betriebliche Gesundheitsförderung	48,2
Ermittlung Bedarfslagen der Versicherten	46,0
Kostendämpfung, Erschließung von Einsparungspotenzialen	45,0
Satzungsleistungen	44,1
Ausrichtung im Wettbewerb, Zielgruppenmarketing	43,1
Profilbildung der Kasse	40,3
Aktivierung der Versicherten zu „kompetenten Nutzern“	38,1
Entschuldung der Kasse	37,6
Lebensweltliche Primärprävention in Schulen, Stadtteilen etc.	30,8
Einzelverträge mit Leistungserbringern	30,2
Kontakte zu Selbsthilfe-/Patientengruppen	25,6
Individuelle Primärprävention (Kurse)	23,4

Tabelle 29: Gewünschtes Extraengagement der Selbstverwaltung in verschiedenen Bereichen (N=367)
(Mehrfachantwort möglich, Angaben summieren sich nicht zu 100%)

Auch bei dieser Menge an Antwortmöglichkeiten ist keine Einzelitemanalyse angebracht, sondern vielmehr eine Gruppierung nach inhaltlich ähnlichen Kriterien der Antwortmöglichkeiten. Tabelle 30 zeigt das Ergebnis einer Faktorenanalyse und die daraus resultierenden vier Dimensionen, auf die die oben genannten Antwortmöglichkeiten reduziert wurden.

Faktor	Variablen
<i>Faktor 1: Innovative Angebotsstrukturen</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Neue Versorgungsmodelle ▪ Einzelverträge mit Leistungserbringern ▪ Gezielte Angebote für besondere Versichertengruppen ▪ Betriebliche Gesundheitsförderung ▪ Lebensweltliche Primärprävention in Schulen, Stadtteilen etc. ▪ Kontakte zu Selbsthilfe-/Patientengruppen
<i>Faktor 2: Qualität und Außerendarstellung</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Profilbildung der Kasse ▪ Satzungsleistungen ▪ Kontrolle der Qualität der Versorgung ▪ Ermittlung Bedarfslagen der Versicherten ▪ Individuelle Primärprävention (Kurse) ▪ Öffentlichkeitsarbeit der Selbstverwaltung ▪ Aktivierung der Versicherten zu „kompetenten Nutzern“
<i>Faktor 3: Wettbewerb und Unternehmensposition</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ausrichtung im Wettbewerb, Zielgruppenmarketing ▪ Versicherten-/Kundenbindung ▪ Erhöhung der Mitgliederzahl der Kasse
<i>Faktor 4: Kosten</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Entschuldung der Kasse ▪ Kostendämpfung, Erschließung von Einsparungspotenzialen ▪ Senkung des Beitragssatzes

Tabelle 30: Faktorenbildung mit den Items der Frage nach den Bereichen, in denen sich die Selbstverwaltung künftig besonders engagieren sollte

Neue Versorgungsmodelle ist ein Arbeitsbereich, in dem vor allem die hoch engagierten und qualifizierten Selbstverwalter einen künftig besonderen Bedarf an ihrem Engagement sehen. Entsprechend hoch signifikant ist auch der Einfluss des Merkmals *Typen von Selbstverwaltern*, denn Befragte des vierten und zweiten Typs (hoch engagiert und qualifiziert) sahen hier wesentlich mehr Bedarf an künftigem Engagement als die Personen, die anderen Typen angehören.

Der Bereich der *gezielten Angebote für besondere Versichertengruppen* wird verstärkt von den weiblichen Befragten als ein künftig wichtiges Arbeitsfeld angesehen. Auch hoch engagierte und qualifizierte Personen sehen diesen Bereich als wichtig an, jedoch ist dieser Zusammenhang nicht so stark wie der zwischen *Geschlecht* und der Beurteilung der Bedeutung dieses Arbeitsbereichs. Betrachtet man die unterschiedlichen Typen, so fällt vor allem der erste Typ mit den engagierten „alten Hasen“ ohne Vorsitz im Verwaltungsrat besonders auf, während die anderen Gruppen von Selbstverwaltern hier wenig Bedarf an Engagement sahen.

Die *betriebliche Gesundheitsförderung* lässt sich weniger durch das Merkmal *Geschlecht* erklären, als vielmehr durch die Mitgliedschaft in einer Gewerkschaft. Wie bereits in vorigen Kapiteln dargestellt, sind es vor allem Gewerkschaftsmitglieder, die sich für ein größeres künftiges Engagement der Selbstverwaltung in diesem Bereich stark machen.

Lebensweltliche Primärprävention ist wiederum, und auch hier zeigen sich Parallelen zu Ergebnissen aus vorigen Kapiteln, keine besondere Domäne der Gewerkschaftsmitglieder. Hier fühlen sich vielmehr die hoch qualifizierten, aber auch die hoch engagierten dafür verantwortlich, das künftige Engagement der Selbstverwaltung zu stärken.

Der letzte Arbeitsbereich, der der Gruppe „Innovative Angebotsstrukturen“ zugeordnet wurde, sind *Kontakte zu Selbsthilfe- und Patientengruppen*. Hier sind es erneut Gewerkschaftsmitglieder und hoch qualifizierte Personen, die sich von der Selbstverwaltung in diesem Bereich künftig noch mehr Engagement wünschen. Ähnlich sehen es die ordentlichen Mitglieder im Verwaltungsrat, während (stellvertretende) Vorsitzende hier weniger Bedarf an zusätzlichem Engagement sehen.

Zusammenfassend kann konstatiert werden, dass die Bereiche, die auch insgesamt zu den häufigsten Nennungen mit erhöhtem Bedarf an Engagement gehören (neue Versorgungsmodelle und gruppenspezifische Angebote), besonders engagierte und vor allem qualifizierte Versichertenvertreter erfordern. Dies ist umso wichtiger, weil diese Bereiche nach Auffassung vieler Experten generell als zukunftsweisend angesehen werden (vgl. u.a. Rölke/Schroeder 2006).

Für die *Profilbildung* können keine signifikanten Aussagen über bestimmte Merkmale als Prädiktoren gemacht werden. In dieser Stichprobe teilen eher Männer und ältere Befragte die Vorstellung, dass dies ein Arbeitsgebiet mit besonderem künftigen Interesse sein sollte, jedoch sind diese Ergebnisse nicht so signifikant, als dass generalisierende Aussagen möglich sind.

Auch in Bezug auf *Satzungsleistungen* können nur leichte Tendenzen angedeutet werden. So sind es insbesondere die weniger qualifizierten aber hoch engagierten ordentli-

chen Mitglieder des zweiten Typs von Selbstverwaltern, die hier ein spezielles angehenes Aufgabengebiet sahen.

Für *Qualitätskontrollen in der Versorgung* sprachen sich vor allem die hoch qualifizierten Befragten aus. Dies schlägt sich auch in den Antworten der verschiedenen Selbstverwaltertypen nieder: Die hoch engagierten jüngeren Gewerkschafter (Typ 2) und „alten Hasen“ (Typ 4) sehen hier besonderen Engagementbedarf.

Die *Bedarflagen der Versicherten* sind insbesondere für diejenigen von Interesse, die sich haupt- oder ehrenamtlich in Verbänden und Vereinen engagieren und somit direkteren Kontakt zu den Versicherten haben können. Aber auch Gewerkschaftsmitglieder gaben häufiger als andere an, dass dieser Bereich künftig von stärkerem Interesse für die Selbstverwaltung sein sollte.

Individuelle Primärprävention ist der Arbeitsbereich, der von den wenigsten Befragten als wichtig für zukünftiges Extraengagement bezeichnet wurde (23,4%, siehe Tabelle 29). Entsprechend der wenigen Positivantworten ist die Fallzahl zu gering, als dass sich signifikante Unterschiede in den Antworthäufigkeiten finden lassen.

Ältere und diejenigen, die bereits länger in der Selbstverwaltung tätig sind, bezeichnen die *Öffentlichkeitsarbeit* als einen künftig wichtigen Arbeitsbereich, der mehr Engagement seitens der Selbstverwaltung verdient. Gewerkschaftsmitglieder sehen dies genau umgekehrt, unter ihnen finden sich auffällig wenige, die mehr Engagement in diesem Bereich bedeutsam finden.

Der Bereich *Aktivierung der Versicherten zu „kompetenten Nutzern“* ist vor allem bei den hoch qualifizierten Selbstverwaltern von besonderem Interesse.

Will man den Bereich Qualität und Außendarstellung zusammenfassend beschreiben und Einflussvariablen nennen, gibt es drei signifikante Prädiktoren: Qualifikation, Engagement und Bewertung der Kommunikationswege zwischen den Verwaltungsräten.

Das Merkmal „Anzahl der besuchten Fort- und Weiterbildungen“ beeinflusst signifikant das Antwortverhalten hinsichtlich der Arbeitsbereiche *Wettbewerbsausrichtung* sowie *Kundenbindung*. Je mehr Qualifikationsmaßnahmen die Befragten absolviert hatten, de-

sto eher sahen sie diese Bereiche als künftig wichtig für die Selbstverwaltung an. Die *Wettbewerbsausrichtung* wurde zudem wesentlich häufiger von männlichen Befragten als wichtig bezeichnet. Das Interesse an der Erhöhung der Mitgliederzahlen scheint insbesondere bei älteren Selbstverwaltern gegeben zu sein.

Der Wunsch nach mehr Engagement im Wettbewerb wird, zusammenfassend gesagt, vor allem durch die Variablen *Qualifikation* und *Geschlecht* bestimmt.

Bei allen drei Bereichen der Kategorie „Kosten“ (Entschuldung der Kasse, Kostendämpfung und Senkung des Beitragssatzes) sind es speziell die älteren Befragten, die meinen, die Selbstverwaltung solle sich in diesen Arbeitsbereichen künftig besonders engagieren.

Neben dem Merkmal „Alter“ hatte auch die „Anzahl der besuchten Fort- und Weiterbildungen“ noch signifikante Einflüsse auf das Antwortverhalten bei der *Kassenentscheidung*: Je weniger Maßnahmen besucht wurden, desto wichtiger war den Befragten dieser Bereich. Ferner ist die *Kostendämpfung* für Gewerkschaftsmitglieder wesentlich unwichtiger als für Nicht-Gewerkschaftsmitglieder. Gewerkschaftsmitglieder legen den Fokus damit weniger auf die ausschließlich ökonomischen Aspekte als vielmehr auf ein breiteres Wettbewerbsverständnis, das auch Qualität und Kundeninteressen mitberücksichtigt.

4.3.19 Beurteilung der Funktionalität, Akzeptanz, Legitimation und der Repräsentation der Versicherteninteressen

In diesem Abschnitt geht es um die Bewertung des Selbstverwaltungssystems in Bezug auf die vier Aspekte *Funktionalität*, *Akzeptanz*, *Legitimation* sowie *Repräsentation von Versicherteninteressen*. Während die Funktionalität des Selbstverwaltungssystems am positivsten (3,55 Punkte auf einer Skala von 1=sehr schlecht bis 5=sehr gut) von den vier Kategorien beurteilt wurde, bewerteten die Befragten die Akzeptanz der Selbstverwaltung bei den Versicherten am schlechtesten (3,25). Repräsentation der Versicherteninteressen und Legitimation durch Sozialwahlen lagen mit 3,39 und 3,32 dazwischen.

Da es auch hier von besonderem Interesse ist, welche Merkmale welches Antwortverhalten bedingen, versuchen wir mit Hilfe von Regressionsmodellen Erklärungen des Antwortverhaltens zu finden.

Die Funktionalität des derzeitigen Selbstverwaltungssystems wurde von der Mehrheit der Befragten als „gut“ oder „sehr gut“ eingestuft. Dabei ist die Bewertung der Funktionalität nicht auf die bisher häufig genannten Merkmale wie Qualifikation, Geschlecht, Alter etc. der Befragten zurückzuführen. Vielmehr sind für die Antworten die Aspekte der Öffentlichkeitsarbeit, des allgemeinen Engagements und die Bewertung der Kommunikationswege zwischen Verwaltungsrat und Vorstand von hoher Bedeutung. Als weitere wichtige Faktoren für die Funktionalität können die Transparenz bei Sozialwahlen, aber auch das Verhältnis zwischen Verwaltungsrat und Vorstand angesehen werden. Befragte, die angaben, die Regelung zur Arbeitsteilung zwischen Verwaltungsrat und Vorstand funktioniere bereits gut und müsse nicht durch zusätzliche Richtlinien präzisiert werden, bewerteten die Funktionalität des derzeitigen Selbstverwaltungssystems deutlich besser. Gewerkschaftsmitglieder hingegen urteilten etwas negativer über die Funktionalität.

Berücksichtigt man das gemeinsame Zusammenwirken verschiedener Merkmale, kann modellhaft dargestellt werden, welche Faktoren zusammen die Bewertung der Funktionalität beeinflussen:

Ähnlich wie bei der Bewertung der *Funktionalität* des derzeitigen Selbstverwaltungssystems beeinflussen auch hier Merkmale wie Geschlecht, Alter, Qualifikationsniveau usw. kaum das Antwortverhalten zur Frage nach der Repräsentation der Versicherteninteressen durch das Selbstverwaltungssystem. Vielmehr spielen erneut Aspekte des Engagements, der Zusammenarbeit zwischen Vorstand und Verwaltungsrat sowie die Bewertung der Kommunikationswege eine Rolle. Die Repräsentation von Versicherteninteressen durch die Selbstverwaltung ist demnach vor allem dann gegeben, wenn engagierte Versichertenvertreter gut mit dem Vorstand zusammenarbeiten und damit die Interessen einbringen können.

Die Öffentlichkeitsarbeit der Selbstverwaltung hat ebenfalls einen hohen Einfluss auf die Bewertung der Repräsentation der Versicherteninteressen. Dies mag damit zusam-

menhängen, dass im Rahmen von Tätigkeiten der Öffentlichkeitsarbeit vermittelt werden kann, welche Aufgaben die Selbstverwaltung hat und welche Chancen darin für die Versicherten liegen, ihren Bedürfnissen Gehör zu verschaffen.

Inwiefern die *Legitimation der Selbstverwaltung durch Sozialwahlen* als funktional respektive dysfunktional bewertet wird, hängt vor allem von vier Faktoren ab. Zum einen spielt die Bewertung der Öffentlichkeitsarbeit eine entscheidende Rolle. Hinzu kommen die Merkmale Transparenz und Bekanntheit der Kandidaten und ihrer Auswahl bei den Sozialwahlen. Zu guter Letzt ist auch das Engagement der Selbstverwalter eine Variable, die das Antwortverhalten der Befragten beeinflusst. Das lässt darauf schließen, dass im Zusammenspiel dieser genannten Faktoren nicht nur der „innere“ Ablauf bei den Sozialwahlen offen und demokratisch sein muss, sondern dass die Sozialwahlen auch bei den potenziellen Wählern – z.B. in Form eines Wahlkampfes – bekannt gemacht werden müssen.

Die Öffentlichkeitsarbeit ist ein wesentliches Instrument, um den Versicherten die eigene Arbeit näher zu bringen, ihre Bedürfnisse festzustellen und zu zeigen, welche Möglichkeiten der Einflussnahme die Versicherten auf die Ausgestaltung der Kassenpolitik über die Selbstverwaltung haben können. Daraus lässt sich erklären, warum die *Akzeptanz der Selbstverwaltung* auf Seiten der Versicherten nach Meinung der Befragten wesentlich davon abhängt, wie gut die Außendarstellung der Selbstverwaltung funktioniert. Ein weiteres wichtiges Kriterium für die Befragten ist die Bekanntheit der Kandidatenauswahl und Listenplatzvergabe bei Sozialwahlen.

Wenn das Verhältnis und die Zusammenarbeit zwischen Vorstand und Verwaltungsrat funktionieren, wird dadurch nach Meinung der Befragten die Akzeptanz der Selbstverwaltung positiv beeinflusst. Dabei fällt auf, dass (stellvertretende) Vorsitzende die Akzeptanz besser einstufen als ordentliche Mitglieder.

4.3.20 Verbesserungspotenziale

Auf die Frage, in welchen Bereichen der Selbstverwaltung Verbesserungen vorgenommen werden müssten, um die Funktionalität, Akzeptanz, Legitimation und die Repräsentation der Versicherteninteressen zu optimieren, waren die drei häufigsten Antworten

ten *Kommunikation mit den Versicherten* (63,8%), *Öffentlichkeitsarbeit und Berichterstattung durch die Selbstverwaltung* (62,1%) und *Qualifikation und Weiterbildung der Selbstverwalter* (61,6%) (Tabelle 31). Damit sind drei wesentliche Bereiche genannt, die oft auch als „Problemfelder“ der Selbstverwaltung angesehen werden: Kontakt zu Versicherten, Bekanntheit (und damit auch Legitimation) der Selbstverwaltung sowie Qualifikation der Selbstverwalter, um den heutigen Anforderungen (Wettbewerb, individuelle und gruppenspezifische Versorgungsangebote etc.) gerecht zu werden.

Bereich	Häufigkeit (in %)
Kommunikation mit den Versicherten	63,8
Öffentlichkeitsarbeit und Berichterstattung durch die Selbstverwaltung	62,1
Qualifikation und Weiterbildung der Selbstverwalter	61,6
Nutzung der Gestaltungsspielräume der Selbstverwaltung	49,0
Aktivierung der Versicherten zu „kompetenten Nutzern“	41,1
Kontrollfunktion gegenüber dem Vorstand	36,8
Interne Berichtswege über die Bedarfe der Versicherten	35,1
Transparenz bei Auswahl und Aufstellung der Kandidaten	30,2
Kontakte zum Selbsthilfe-/Patienten-/Verbraucherschutzbereich	28,3
Interne Transparenz bei Entscheidungen des Verwaltungsrates	24,5
Kommunikation mit dem Medizinischen Dienst	23,7
Beschränkung der Vorschlagsberechtigung auf die Gewerkschaften	19,6
Sozialwahl ausschließlich in Form von Urwahlen mit Wahlkampf und Wahlkampfkostenerstattung	17,2
Direkte Wahl der Selbstverwaltungsorgane durch die Versicherten (ohne Verbände)	16,6
Kommunikation mit den Landes-/Bundesverbänden	13,1
Verbreiterung der Basis vorschlagsberechtigter Organisationen	11,7
Direkte Beteiligung von Versicherten im Verwaltungsrat (mit beratender Stimme)	9,5
Es sind keine Maßnahmen notwendig	2,2

Tabelle 31: Nötige Maßnahmen zur Optimierung der Funktionalität, Akzeptanz, Legitimation und die Repräsentation der Versicherteninteressen (N=367) (Mehrfachantwort möglich, Angaben summieren sich nicht zu 100%)

Mit Hilfe einer Faktorenanalyse wird erneut versucht, eine Typologie von Antwortmustern zu bilden. Dabei ergaben sich fünf Dimensionen, die im Folgenden detaillierter analysiert werden.

Faktor	Variablen
<i>Faktor 1:</i> Qualifikation, Aktivismus, mehr Kompetenz	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Öffentlichkeitsarbeit und Berichterstattung durch die Selbstverwaltung ▪ Qualifikation und Weiterbildung der Selbstverwalter ▪ Nutzung der Gestaltungsspielräume der Selbstverwaltung ▪ Kontrollfunktion gegenüber dem Vorstand ▪ Transparenz bei Auswahl und Aufstellung der Kandidaten ▪ Interne Transparenz bei Entscheidungen des Verwaltungsrates ▪ Beschränkung der Vorschlagsberechtigung auf die Gewerkschaften
<i>Faktor 2:</i> Zielgruppenrechte Bedürfniserfassung und Bedarfsplanung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aktivierung der Versicherten zu „kompetenten Nutzern“ ▪ Interne Berichtswege über die Bedarfe der Versicherten ▪ Kontakte zum Selbsthilfe-/Patienten-/Verbraucherschutzbereich ▪ Verbreiterung der Basis vorschlagsberechtigter Organisationen
<i>Faktor 3:</i> Demokratie, Transparenz	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sozialwahl ausschließlich in Form von Urwahlen mit Wahlkampf und Wahlkampfkostenerstattung ▪ Direkte Wahl der Selbstverwaltungsorgane durch die Versicherten (ohne Verbände)
<i>Faktor 4:</i> Kommunikation mit externen Organen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kommunikation mit dem Medizinischen Dienst ▪ Kommunikation mit den Landes-/Bundesverbänden
<i>Faktor 5:</i> Versichertenkontakt	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kommunikation mit den Versicherten ▪ Direkte Beteiligung von Versicherten im Verwaltungsrat (mit beratender Stimme)

Tabelle 32: Faktorenbildung mit den Items der Frage nach den Bereichen, in denen die Selbstverwaltung optimiert werden müsste

Die *Öffentlichkeitsarbeit* gehört zu den drei meist genannten Antworten hinsichtlich der Frage nach Verbesserungsbedarf der Selbstverwaltung. Die unterschiedlichen Typen von Selbstverwaltern unterscheiden sich dabei in ihrem Antwortverhalten signifikant. Die wesentlich stärker engagierten „alten Hasen“ des Typs 4, aber auch die Befragten des ersten Typs sehen in Bezug auf die Öffentlichkeitsarbeit deutlich mehr Veränderungsbedarf als die weniger engagierten Befragten aus Typ 3 oder die jüngeren Gewerkschafter (Typ 2).

Verständlicherweise sehen hier ebenfalls genau jene Befragten ein Defizit der Selbstverwaltung, die die bisherige Öffentlichkeitsarbeit negativer bewerteten. Weniger als die Hälfte aller Personen, die die bisherige Öffentlichkeitsarbeit als gut bezeichneten, sahen hier Veränderungsbedarf, während fast vier Fünftel aus der Gruppe mit negativen Bewertungen der Öffentlichkeitsarbeit diesen Bereich auch eindeutig als verbesserungsbedürftig ansehen.

Interessant ist auch, dass die Befragten, die zusätzliche Regelungen zur Arbeitsteilung zwischen Verwaltungsrat und Vorstand als unbedingt erforderlich ansehen, zugleich viel mehr Veränderungsbedarf im Hinblick auf die Öffentlichkeitsarbeit sehen als andere Befragte. Inwiefern hier Kompetenzfestigung oder -ausbau eine Rolle spielt, müsste genauer analysiert werden.

Das Defizit in der Öffentlichkeitsarbeit wird von den Befragten vor allem der mangelnden *Qualifikation* der Selbstverwaltung zugeschrieben. Ebenso werden Defizite hinsichtlich der Transparenz bei den Sozialwahlen auf fehlende Qualifikation zurückgeführt. Im Umkehrschluss bedeutet dies, dass durch besseres Qualifikationsniveau in der Selbstverwaltung mehr (politische) Kompetenzen und „Mitsprache“ in Bezug auf die Zusammensetzung des Selbstverwaltungsrats über Wahlen erreicht werden können.

Die *Nutzung der Gestaltungsspielräume* seitens der Selbstverwaltung wird entscheidend durch das Verhältnis zwischen Verwaltungsrat und Vorstand bestimmt. Entsprechend häufig wird künftiger Veränderungsbedarf bei der Nutzung von Gestaltungsspielräumen von den Befragten angegeben, die ebenfalls zusätzliche Regelungen der Arbeitsteilung zwischen Vorstand und Verwaltungsrat für überlegenswert oder dringend erforderlich halten. Ebenso wünschen sich die hoch engagierten Personen eine bessere Nutzung der Gestaltungsspielräume. Befragte, die weniger Zeit für ihre Tätigkeiten in der Selbstverwaltung verbringen (können), haben tendenziell weniger Gestaltungsspielraum, den sie ausfüllen können.

Die *Kontrollfunktion über den Vorstand* wird primär über die Informiertheit der Selbstverwaltung ausgeübt, und in diesem Zusammenhang auch über bestimmte Instrumente, die die Handlungsfähigkeit der Selbstverwaltung stärken bzw. schwächen. Sofern der Vorstand rechtzeitig und ausgiebig informiert und über seine Tätigkeit Rechenschaft ablegt, verringert sich nach Ansicht der Befragten die Notwendigkeit, an der Kontrollfunktion gegenüber dem Vorstand künftig etwas verändern oder verbessern zu müssen.

Die von den Selbstverwaltern wahrgenommene *Transparenz bei der Auswahl und Aufstellung von Kandidaten* zur Sozialwahl hängt ebenfalls von der Informiertheit der Selbstverwalter sowie den Kommunikationswegen zwischen dem eigenen Verwaltungsrat und dem der Landes- und Bundesverbände, aber auch von der Zusammenarbeit zwi-

schen Vorstand und Verwaltungsrat ab. Dabei gibt es deutliche Unterschiede in Abhängigkeit von der Organisation, der die Befragten angehören.

Der Wunsch nach Änderungen in der *Beschränkung der Vorschlagsberechtigung auf die Gewerkschaften* wird deutlich häufiger von Gewerkschaftlern geäußert als von Nicht-Gewerkschaftsmitgliedern. Rund ein Viertel aller Gewerkschaftsmitglieder sehen hier Veränderungsbedarf, von den anderen Befragten sind es nur 7%.

Generell lassen sich folglich im Hinblick auf Qualifikation, Aktivismus und mehr Kompetenzen folgende Defizitbereiche der Selbstverwaltung herausfiltern, die nach Meinung der Versichertenvertreter verbesserungsbedürftig sind: Qualifikationsniveau der Selbstverwalter, Zusammenarbeit mit dem Vorstand und Informiertheit der Selbstverwalter.

Für den Bereich *Aktivierung der Versicherten zu kompetenten Nutzern* setzen sich ausdrücklich die weiblichen Befragten sowie Gewerkschaftsmitglieder ein.

Interne Berichtswege ist wiederum ein Instrument, dass vorwiegend von den höher qualifizierten und länger in der Selbstverwaltung tätigen Personen von Bedeutung ist, daher sind es auch Befragte des vierten Typs von Selbstverwaltern, die in diesem Bereich mehr Veränderungen fordern.

Die Bewertung von Defiziten im Bereich *Kontakte zum Selbsthilfe-/Patienten-/Verbraucherschutzbereich* hängt stark mit der Bewertung der Öffentlichkeitsarbeit zusammen. Wer die Öffentlichkeitsarbeit schlecht benotete, sah auch deutlichen Veränderungsbedarf bezüglich der Kontakte zu den Versicherten. Auffällige Unterschiede im Antwortverhalten der Typen von Versichertenvertretern gab es hier nicht.

Etwas mehr als jeder Zehnte der Befragten fordert, die *Basis der vorschlagsberechtigten Organisationen* zu verbreitern. Diese Forderung hängt entscheidend von zwei Faktoren ab: einerseits von der Bewertung der Kommunikationswege und der gegenseitigen Berichterstattung zwischen dem eigenen Verwaltungsrat und dem Verwaltungsrat des Landes- und Bundesverbandes bzw. VdAK/AEV. Zum anderen haben die Transparenz bei den Sozialwahlen und die Bekanntheit der Kriterien für die Listenplatzvergaben und Kandidatenwahl einen hohen Einfluss darauf, ob Veränderungen hinsichtlich der Ver-

breiterung der Basis vorschlagsberechtigter Organisationen als notwendig erachtet werden. Je intransparenter und undurchschaubarer die Sozialwahlen empfunden werden, desto größer ist erwartungsgemäß der Wunsch nach Veränderung und Transparenz in diesem Bereich.

Mehr Transparenz und Demokratie, hier operationalisiert durch die Fragen nach mehr Veränderungsbedarf in den Bereichen *Sozialwahl ausschließlich in Form von Urwahlen mit Wahlkampf und Wahlkampfkostenerstattung* sowie *Direkte Wahl der Selbstverwaltungsorgane durch die Versicherten (ohne Verbände)*, ist verständlicherweise eine Forderung von denjenigen Personen, die die Kandidatenauswahl und Vergabe von Listenplätzen in der eigenen Organisation als intransparent bezeichneten. Daneben gibt es jedoch noch zwei weitere Merkmale, die sogar einen noch größeren Einfluss auf das Antwortverhalten haben: Alter und Mitgliedschaft in einer Gewerkschaft. Hier fällt auf, dass sich nur jeder zehnte Gewerkschaftler mehr Veränderungen in Bezug auf Demokratie und Transparenz in Form von Urwahlen oder direkte Wahlen durch Versicherte wünscht, während auf Seiten der Nicht-Gewerkschaftsmitglieder fast 40% erheblichen Veränderungsbedarf sehen. Auch ältere Versichertenvertreter fordern diesbezüglich mehr Veränderungen, jedoch sind die Unterschiede zu den jüngeren nicht ganz so stark ausgeprägt wie die Diskrepanz zwischen Gewerkschaftlern und Nicht-Gewerkschaftlern.

Die Forderung nach direkter Beteiligung der Versicherten im Verwaltungsrat wird entscheidend durch die Bekanntheit der Kriterien bei der Listenplatzvergabe und Kandidatenauswahl geprägt. Wenn Defizite in diesem Bereich erkannt und die Versicherteninteressen als ungenügend berücksichtigt angesehen werden, herrscht offensichtlich der Wunsch, diese Mängel über eine direkte Beteiligung und Präsenz der Betroffenen zu kompensieren.

4.4 Diskussion und Schlussfolgerungen

Eine zusammenfassende Diskussion der Projektergebnisse zur Selbstverwaltung muss unter dem Vorbehalt der unzureichenden Kenntnis über die Repräsentativität der befragten und antwortenden Selbstverwaltungsmitglieder und damit der Verallgemeinerbarkeit der in der Befragung erhobenen Sicht- und Handlungsweisen sowie Strukturen

von Selbstverwaltern und Selbstverwaltung erfolgen. Obwohl dieser Vorbehalt teilweise auch von jenen Akteuren geäußert wird, die aktiv oder passiv zu den Problemen des Zugangs zur Selbstverwaltung beigetragen haben, deutet aber nichts darauf hin, dass die Gruppe der Selbstverwalter, die erreicht wurde und die geantwortet hat, eine völlig verzerrte Stichprobe ist – im Gegenteil.

Die über die Sozialwahlen befragten Versicherten können allerdings als repräsentativ für die Bevölkerung angesehen werden.

Zu den vermuteten Funktionsdefiziten der Selbstverwaltung zählten wir eingangs dieses Abschnitts u. a. folgende Aspekte

- Legitimationsschwäche durch die Art der Durchführung der Sozialwahlen,
- Rekrutierungs- und Qualifikationsdefizite der Selbstverwalter,
- unzulängliche Nutzung der Handlungsmöglichkeiten bzw. unzulänglicher Umgang mit den gewandelten Handlungserfordernissen und
- zu geringe Informiertheit über die Versichertenbedarfe.

4.4.1 Sozialwahlen

Eine Analyse der Sozialwahlen in der GKV von 1993 bis 2005 zeigt das Sinken dreier wichtiger Indikatoren für „aktive“ Wahlen im Sinne der Einbeziehung und Weckung von Interesse in und für die Sachfragen der Selbstverwaltung:

- Der Anteil der überhaupt für eine stattfindende Sozialwahl berechtigten Mitglieder einer gesetzlichen Krankenkasse sinkt von 33,2% (1993) auf 30,4% (2005). Die Anzahl der Kassen, in denen wirkliche Wahlen und nicht nur Friedenswahlen stattfanden, fiel entsprechend von 23 auf 6.
- Die Wahlbeteiligung sank von 44,4% über 37,6% auf 32%.
- Der Anteil der tatsächlichen Wähler an allen Mitgliedern einer gesetzlichen Krankenkasse sank damit von 14,8% über 13,8% auf zuletzt 9,74%.

Zugespißt könnte man formulieren, dass Sozialwahlen und Selbstverwaltung etwas für Mitglieder geworden ist, die den größten Bedarf an Leistungen und Unterstützung haben und am wenigstens in der Lage sind, ihre Interessen selber oder in anderer Weise zu vertreten. Für Mitglieder, die keinen vergleichbar hohen Bedarf an Gesundheitsleistungen haben und auch fähig und gewohnt sind, ihre dennoch existierenden Interessen über andere Wege als z.B. die Wahl von Vertretern zu artikulieren und durchzusetzen, spielen Sozialwahlen und Selbstverwaltung eine wesentlich geringere Rolle. Je weniger die GKV-Mitglieder also von der Existenz und den Aktivitäten der Selbstverwaltung mitbekommen bzw. je weniger diese wirksam initiativ ist und Interessen durchsetzt, desto mehr wird dadurch ein soziales Dilemma vertieft: Die Mitglieder mit einem überdurchschnittlichen Bedarf gesundheitlicher Versorgung haben meistens auch die geringsten aktiven Ressourcen und Möglichkeiten, ihre Belange selbst zu vertreten und sind am stärksten auf repräsentative Strukturen wie die Selbstverwaltung angewiesen.

Der Umgang mit Theorie und Praxis der Selbstverwaltung ist also nicht nur ein Kommunikationsproblem, sondern greift massiv in einen Teil der immateriellen Bedingungen der Lebensweise der sozialen Schichten ein, die den höchsten Bedarf an sozialer Absicherung haben. Dies gilt auch für viele Vorschläge, welche die auf Wahlen beruhende Selbstverwaltung durch professionellere und möglicherweise effektivere Strukturen ersetzen wollen (z.B. Aufsichtsrat-Modell, Berufung statt Wahlen) oder allein auf verbesserte technische Möglichkeiten der Wahlteilnahme (z.B. Wahl im Internet) setzen.

Zusammenfassend kann man also zum Thema Sozialwahlen sagen:

- Die Nichtwahl der Selbstverwaltungsakteure in Gestalt der "Friedenswahlen" führt zu einem erheblichen Bekanntheitsverlust der Selbstverwaltung und damit zu einem Schwund an aktivem subjektivem Potenzial. Noch so gut gemachte Anzeigen und Faltblätter vor einem Sozialwahltermin oder auch noch mehr barrierefreie Wahlmöglichkeiten können nicht die intensive Information vor einer tatsächlichen Wahl und die aktive Teilnahme an ihr ersetzen.
- Bessere und häufigere Informationen um Wahltermine herum oder auch zwischen den Wahlterminen, eine verbesserte personelle Repräsentativität der Selbstverwal-

tungsakteure oder eine verbesserte Qualifikation der Akteure alleine dürften aber bei weitem nicht ausreichen, mehr und andere GKV-Mitglieder für das Selbstverwaltungsprinzip zu mobilisieren. Dies alles sind zwar notwendige Elemente für eine Reaktivierung, sie reichen aber alleine nicht hin, das angestrebte Ziel zu erreichen.

- Jeder Versuch, Selbstverwaltung zu reaktivieren, sie in Teilen oder insgesamt umzustrukturieren oder durch andere Methoden und Akteure zu ersetzen, muss sich u.a. konkret der Frage stellen, für was oder wen es eigentlich solcher zusätzlicher Strukturen bedarf. Gibt es überhaupt (noch) genügend Sachfragen, deren Bearbeitung in den Aufgabenbereich der Selbstverwaltung fällt? Erst nach der Klärung dieser Fragen kann dann eine (Wieder-)Verständigung über die konkrete Art und Weise der Artikulation und Durchsetzung von sozialen Interessen (direkt oder repräsentativ) stattfinden.
- Erst danach sind sicherlich Überlegungen wichtig, dass eine Reaktivierung oder sogar eine Erhöhung der Bedeutung der Sozialwahl unter Umständen auch bedeutet, organisatorische Elemente parlamentarischer Wahlen mit zu übernehmen. Dazu gehören ein „echter“ Wahlkampf und evtl. auch die Einführung einer Wahlkampfkostenersatzung. Das ja bisher schon häufig gegen die Durchführung der Rest-Urwahlen geäußerte Argument der dann auch noch unnützen Kosten könnte dann natürlich ebenfalls bemüht werden. Dagegen ist festzuhalten aber bisher schwer zu quantifizieren, dass der Beitrag einer funktionierenden Selbstverwaltung für die Bedarfsgerechtigkeit, Wirksamkeit und Effizienz von Leistungen ein Vielfaches beträgt der Kosten für ihre Wahl.

4.4.2 Rekrutierung und Qualifikation der Selbstverwalter

Die Rekrutierung der meist über Friedenswahlen in die Selbstverwaltung gelangten Befragten verläuft nach ihrer Ansicht meist transparent und die dabei zur Anwendung kommenden Regeln sind weitgehend bekannt.

Auch wenn damit die internen Prozesse der Willensbildung und Entscheidungsfindung zu funktionieren scheinen, gilt dies nicht im gleichen Maße für die Ergebnisse dieser Prozesse – zumindest für die Vergangenheit. Dies ist insbesondere an der von den

Selbstverwaltern selbst geäußerten kritischen Bewertung der Repräsentanz wichtiger Untergruppen der Versicherten wie etwa der Frauen oder der Vertreter von Patientengruppen in den Verwaltungsräten. Da große Teile der aktiven Mitglieder von Verwaltungsräten dies als Einschränkung ihrer Handlungsfähigkeit sehen, müssen künftige Rekrutierungsprozesse sich um eine andere „Mischung“ von Kandidaten und Organmitgliedern bemühen.

Die Qualifikation der Selbstverwalter ist ein „anerkanntes“ Defizit und ihre Verbesserung durch „mehr Qualifizierungsangebote“ steht daher an der Spitze aller Maßnahmenkataloge nach der letzten wie auch nach vielen der davor stattgefundenen Sozialwahlen – ist also so etwas wie eine Daueraufgabe, um erkannte Funktionsdefizite der Selbstverwaltung zu beseitigen. Unsere Ergebnisse zeigen aber, dass eine Erhöhung der *Anzahl* von Weiterbildungsangeboten zwar sicher sinnvoll und notwendig, aber nicht hinreichend ist. Ebenfalls notwendig sind nämlich noch die Veränderung der angebotenen *Inhalte* und die Überwindung von offenkundig existierenden Problemen oder Barrieren bei der Umsetzung von Selbsterkenntnis über die Notwendigkeit der eigenen Weiterbildung in entsprechende Handlungen. Die Hinweise auf eine gewisse, teilweise selbst erkannte Schwäche vieler Selbstverwalter, Initiativen auf alten und neuen Handlungsfeldern zu ergreifen und diese auch zu kontrollieren oder neben dem traditionellen Thema Beitragssatz auch noch andere Felder zu bearbeiten, zeigen, dass es in Weiterbildungsangeboten nicht nur um kognitive Programme über „das SGB V“ und weitere normative Rahmen oder „die GKV“ gehen darf, sondern auch um den Erwerb von Handlungs- und Verständigungskompetenz in dem komplexen Handlungsfeld der Selbstverwaltung und GKV. Schaut man sich genauer an, was „Kompetenz“ bedeuten könnte, entpuppt sich auch diese Anforderung als eine äußerst vielschichtige. Ähnlich wie bei Betriebsräten geht es auch bei der für Verwaltungsratsmitglieder notwendigen Kompetenz um mindestens zwei unterschiedliche Kompetenztypen. Tietel (2006a: 11) unterscheidet „Beteiligungskompetenz“ von einer „triangulären Rollenkompetenz“ oder „triadischen Kompetenz“. Während die Beteiligungskompetenz „genuin psychologische und interaktive Kompetenzen...wie Selbstreflexion, Kommunikationsvermögen, Kooperations- und Teamfähigkeit, Konfliktverhalten“ umfasst, meint trianguläre oder triadische Kompetenz „die Fähigkeit, trotz widersprüchlicher Interessen, verschiedener Perspektiven und teilweise widerspenstiger Emotionen produktive Aushandlungsprozesse

zu entfalten und immer wieder aufs Neue einen klärenden Rollendialog mit den zahlreichen anderen Rollenträgern...zu gestalten“ (Tietel 2006a: 11) und „auftretende Widersprüche, ‚Sachzwänge‘ und Konflikte auszuhalten und zu balancieren, ohne in eine Richtung zu vereinfachen oder den Konflikt nach einer Seite hin abreißen zu lassen“ (Tietel 2006, 328).

Dass es auch eines gezielten Programms zur Überwindung von Barrieren bedarf, zeigen die enormen Diskrepanzen zwischen Selbsterkenntnissen über Qualifikationslücken und dem Finden wie der tatsächlichen Inanspruchnahme von Angeboten. Die Gründe für diese Diskrepanzen sollten aber vorher noch genauer untersucht werden.

4.4.3 Unzulänglichkeit im Umgang mit alten und neuen Handlungsmöglichkeiten

Die meisten Belege für die inhaltlichen und quantitativen Dimensionen dieses Defizits finden sich in der Selbstbewertung der Initiativ- und Evaluationskraft der Verwaltungsräte durch die Selbstverwalter. Selbst wenn man realistischerweise nicht erwarten kann, dass sich alle Selbstverwalter gleichrangig um alle Handlungs- und Gestaltungsmöglichkeiten und um die Transparenz der dortigen Entwicklungen kümmern, ist die Initiativschwäche der Hälfte oder von mehr als der Hälfte der Selbstverwalter ein komplexes strukturelles Problem. Ein Schlaglicht für die Komplexität der Gründe und Motive ist die Tatsache, dass selbst auf traditionellen Handlungsfeldern der gewerkschaftlichen Selbstverwalter wie der betrieblichen Gesundheitsförderung erhebliche Teile von ihnen über keine Initiativen bzw. kein Einfordern von Berichterstattung und Bewertungsmöglichkeiten berichteten. Selbst wenn man der mit einem richtigen sachlichen Kern versehenen Meinung folgt, die Initiative für viele Verträge liege auf Landes- oder Bundesebene und daher brauche sich der Verwaltungsrat einer einzelnen Kasse nicht darum kümmern, gilt dies nicht für die Frage, wie derartige Verträge bei den Versicherten der einzelnen Kassen umgesetzt werden und dort wirken. Aber auch hierzu ergreifen in vielen wichtigen Feldern mehr als die Hälfte der befragten Selbstverwalter keine Initiative. Dies relativiert dann auch das positive Bild, nach dem sich die meisten Selbstverwalter gut informiert fühlen.

Das bisher sich abzeichnende Bild wird durch die Beantwortung der Frage nach den *Fragen von grundsätzlicher Bedeutung* teilweise erweitert und bestätigt. Die Selbstver-

walter sehen diese vor allem im Bereich Unternehmenspolitik und Beitragssatzstabilität und weniger in den Bereichen Kontakte zu Versicherten, Öffentlichkeitsarbeit, innovative Versorgungsformen und Qualitätssicherung. Dies ist zumindest eine sehr einseitige Schwerpunktsetzung und Auflösung der triadischen Orientierung und Handlungsstruktur und wird von nicht wenigen Befragten als Defizit angesehen.

Die nicht wenigen Befragten, die zusätzliche Richtlinien für die Zusammenarbeit von Verwaltungsrat und Vorstand möchten, zeigen, dass dies sicherlich etwas mit der asymmetrisch verteilten Definitions-, Informations- und Orientierungsmacht zu tun hat. Genauere Untersuchungen müssten dies aber konkretisieren und evtl. weitere Determinanten der beobachteten Situation aufdecken.

4.4.4 Informationsmängel über Versichertenbedarfe

Auf der Grundlage einer überwiegend positiven Beurteilung der Repräsentation der Versicherteninteressen und der Akzeptanz der Selbstverwaltung bei den Versicherten durch die befragten Selbstverwalter verwundert es etwas, wenn diese gleichzeitig die Verbesserung der Kommunikation mit den Versicherten, der Öffentlichkeitsarbeit und der Berichterstattung durch die Selbstverwaltung sowie ihrer Weiterbildung als die wichtigsten notwendigen Veränderungen ihrer Arbeit angeben.

4.4.5 Makro- und Mikrokonzepte für Reformen der Selbstverwaltung

Auch wenn wir keine ausführliche und fundierte Auseinandersetzung mit grundlegenden Konzepten für eine Strukturreform der Selbstverwaltung führen wollen und können, soll ein kurzer Überblick über die dabei ins Spiel kommenden Dimensionen erfolgen.

Inkrementelle Reformen	Strukturreformen im Bereich ...	
	<i>Idealtypen der Organisationslogik</i>	<i>Äußere und innere Organisationsverfassung</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Verbesserung der technischen Wahlmöglichkeiten (z.B. Internet-Wahlen) • Verbesserung der Rekrutierung und Qualifikation • Verbesserung der formalisierten Kommunikation zwi- 	<ul style="list-style-type: none"> • Selbstverwaltung in Anstaltsform mit Schwerpunkt der Unterstützung der Ministerialbürokratie • Unternehmensnahe Selbstverwaltung mit hoher Handlungsautonomie in Bezug auf 	<ul style="list-style-type: none"> • Berufung der Selbstverwaltung aus vorhandenen Arbeitnehmer- und Arbeitgeberorganisationen („Rundfunkrats-Modell“) • Beiratsmodell bei parallelem Übergang von Aufsicht und

<p>schen SV und Versicherten</p> <ul style="list-style-type: none"> • Einführung von Transparenzpflichten • Professionalisierung der Selbstverwalter und professionelle Unterstützung ihrer Arbeit 	<p>marktförmiges Handeln</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beteiligungsorientierte Selbstverwaltung 	<p>Kontrolle an staatliche Einrichtungen (z. B. Bundesversicherungsamt)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aufsichtsratsmodell mit klarer Kontrollfunktion gegenüber dem Verwaltungsapparat • Vorgeschriebene Urwahlen in unterschiedlichen Versionen (z. B. auch Koppelung an andere „Sozialbereichs“-Wahlen wie Betriebsratswahlen) • Mischmodell Wahl / Berufung
--	--	--

Tabelle 33: Typologie der Reformen der Selbstverwaltung

Grundsätzlich ist nach zwei Reformtypen zu unterscheiden: Ein Typ der inkrementellen Reformen konzentriert sich auf eine Vielzahl von organisatorischen, technischen, normativen und auf die Fähigkeiten und Fertigkeiten von Selbstverwaltungsakteuren bezogenen Veränderungen. Diese werden teilweise seit längerer Zeit diskutiert und ihre Menge wächst. Eine Reihe der im vorhergehenden Text vorgestellten Reformen gehört zu diesem Reformtypus. Der zweite Reformtypus schließt inkrementelle Reformschritte nicht aus, hält davor aber Strukturreformen einer allerdings immer noch für notwendig erachteten gesonderten Selbstverwaltung für unabdingbar. Diese konzentrieren sich zum einen auf die grundlegende Organisationslogik der Selbstverwaltung und zum anderen auf die organisationssoziologisch verstandene äußere und innere Organisationsverfassung. Je nachdem, ob die Sozialversicherungsträger idealtypisch staatsnahe Anstalten, marktnahe Unternehmen oder mitgliedernahe Vereinigungen sind, passt die eine oder andere Organisationsverfassung dazu oder nicht.

Um nicht möglicherweise mit einer Strukturreform „vom Regen unter die Traufe“ zu kommen, müssen aber Überlegungen zur künftigen Organisationslogik und ihrer Verfassung auf der Basis zweier Analysestränge erfolgen: Erstens muss klar herausgearbeitet werden, worauf die Funktionsdefizite der gegenwärtigen Selbstverwaltung beruhen. Dazu liefert diese Studie bereits eine Vielzahl von Hinweisen. Zweitens sollte dort, wo die eine oder andere Logik sowie Organisationsverfassung bereits seit längerem

praktiziert wird, also z .B. in den Aufsichtsräten in Wirtschaftsunternehmen oder den Beiräten in zahlreichen öffentlichen Körperschaften, gründlich nach ihrer Wirksamkeit, Funktionserfüllung und Akzeptanz gefragt werden.

Bei diesen Analysen und sich anschließenden Reformüberlegungen lassen sich aus unserer Studie, den in ihrem Kontext vielfach erfahrenen qualitativen Schilderungen und Bewertungen der Selbstverwaltungswirklichkeit und der langjährigen Reformwirklichkeit eine Reihe von Hinweisen gewinnen, die auch aktuell von Bedeutung sind.

Dabei geht es u.a. um folgende Punkte:

- Den sehr begrenzten Nutzen von dazu noch häufig ritualisierten Einzelaktivitäten und Maßnahmen à la „mehr Qualifikation“, Gründung eines „Infodienstes für Selbstverwalter“ und letztlich auch um eine „stand alone“-Verpflichtung zu Urwahlen.
- Die Notwendigkeit einer Selbstvergewisserung über den Zweck von Selbstverwaltung, die offensiv und defensiv angelegt sein muss. *Offensiv* bedeutet, dass die Wirksamkeit und Effizienz von Gesundheitsleistungen maßgeblich von einer konkreten und aktiven Nähe zu regionalen oder gruppenspezifischen Versorgungsbedarfen abhängt und dass Selbstverwaltung eine organisatorische Möglichkeit dieser Nähe ist. *Defensiv* meint, dass vor allem wegen der gerade auch in dieser Studie identifizierten Defizite aller bekannten und implementierten Alternativen Versichertenvertreter in der Selbstverwaltung eine nicht ersetzbare Form für die Verbindung zwischen Versicherten- und Patientenbedarfen und der Allokation von GKV-Ressourcen im gerade angesprochenen Sinne sind.
- Die viel stärkere Beachtung der Gleichrangigkeit des aktiven Erwerbs von Beteiligungskompetenzen und triadischen Handlungsfähigkeiten sowie Wissensqualifizierung.

5 Bernard Braun, Heinz Rothgang, Jürgen Wasem Zusammenwirken der Mechanismen

Die vorangegangene Analyse in den Kapiteln 3 und 4 hat die beiden grundlegenden Steuerungsmechanismen in der gesetzlichen Krankenversicherung, Kassenwahl (also der Steuerungsmodus „Exit“) und Selbstverwaltung (also der Steuerungsmodus „Voice“), jeweils getrennt untersucht. Hierbei stellten wir fest, dass die Mechanismen zwar grundsätzlich funktionieren, aber mit einer Reihe von Funktionsdefiziten einhergehen.

In diesem Kapitel sollen die beiden Steuerungsmechanismen in ihrem Zusammenwirken analysiert werden. Dabei wird insbesondere die Frage untersucht, inwieweit die Defizite des einen Mechanismus durch eine entsprechende Ausgestaltung des jeweils anderen Modus ausgeglichen werden können. Die Ausgangshypothese ist hierbei, dass die Steuerungsfähigkeit des Gesamtsystems durch das Zusammenwirken beider Mechanismen besser ist als in einer Situation, in der es nur jeweils einen der beiden Mechanismen gibt. Zugleich stellt sich damit die Frage, ob die Mechanismen optimiert werden können – nicht nur in Bezug auf die je spezifischen Funktionsmechanismen, sondern auch hinsichtlich des Zusammenwirkens. So zeigen sich möglicherweise Optimierungspotentiale, die bei isolierter Betrachtung der Mechanismen nicht sichtbar würden.

5.1 Können Defizite des Steuerungsmodus „Kassenwahl“ durch die Selbstverwaltung verbessert werden?

Die Voraussetzungen, unter denen Kassenwahl, also die Abwahlmöglichkeit der Krankenkasse (Exit) funktioniert, sind in Kapitel 3 erörtert worden. Wir haben gesehen, dass bereits heute regelmäßig Kassenwechsel stattfindet und es möglich erscheint, die Zahl der potentiellen Kassenwechsler deutlich zu erhöhen, wenn die Wechselbarrieren gesenkt und die Wechselanreize erhöht werden. Denn die Zahl der Wechsler erscheint auch deswegen gering, weil die Wechselanreize bis heute nur begrenzt sind. Von einer Erhöhung des Wechslerpotenziales geht ceteris paribus aber eine Verbesserung der Chance aus, dass der Mechanismus wirkt, weil der Anreiz für das Management der Kassen erhöht wird, sich an den Präferenzen der Versicherten zu orientieren – was die zentrale Aufgabe des Wechselmechanismus als Operationalisierung der Exit-Option ist.

D.h. es bestehen Verbesserungspotentiale „innerhalb“ des Mechanismus Exit durch entsprechende Modifikationen seiner Ausgestaltung.

Im Folgenden wollen wir die Frage stellen, inwieweit ein denkbares Defizit des Mechanismus Kassenwechsel, dass er nämlich zu unbestimmt und zu träge ist, Versichertenpräferenzen zu transportieren, durch den Selbstverwaltungsmechanismus korrigiert werden kann.

5.2 Unbestimmtheit und Trägheit des Mechanismus Kassenwechsel

Ein zentrales Problem der Wirkungsweise von Kassenwechsel ist, dass zwar die Abwanderung das Management der Kasse alarmiert, jedoch unklar ist, warum die betreffenden Versicherten abgewandert sind – Kündigung und Kassenwechsel sind unspezifisch, sie lassen die Motivation für diesen Schritt nicht erkennen. Wie in Kapitel 2 gezeigt wurde, ist dies generell der zentrale Nachteil des Exit-Mechanismus. Zwar kann das Kassenmanagement sich bemühen, die Motive der kündigenden Versicherten durch Befragung zu erkunden, dies wird jedoch immer nur in Grenzen möglich sein und nur rudimentäre Erkenntnisse befördern. Dies dürfte u.a. auch daran liegen, dass die Bereitschaft von Personen, die sich von der Krankenkasse bereits abgewandt haben, zur Aufklärung über ihre Motive beizutragen, häufig nur begrenzt sein wird.

Darüber hinaus ist der Wahlmechanismus möglicherweise auch relativ träge: Viele Mitglieder mögen unzufrieden sein, aber die Unzufriedenheit erreicht nicht das Level, bei dem eine Kündigung der Mitgliedschaft ausgesprochen wird. Bis es zu einer nennenswerten Zahl von Kündigungen durch Mitglieder kommt, vergeht daher eine gewisse Zeit. Auch können nur Mitglieder kündigen, während etwa Familienversicherten diese Reaktionsmöglichkeit auf Unzufriedenheit nicht zur Verfügung steht – damit ist für mehr als ein Viertel der Versicherten keine direkte Wechselmöglichkeit gegeben (und umgekehrt müssen diese, wenn das Mitglied wechselt, ggfs. gegen ihren eigenen Willen ebenfalls die Kasse wechseln). Dies führt dazu, dass die Ankopplung des Kassenmanagements an die Wünsche und Präferenzen der Versicherten nicht eng ist.

In diesem Zusammenhang kann eine funktionierende Selbstverwaltung („Voice“) ein wichtiges Korrektiv zu den Defiziten des Kassenwahl-Mechanismus darstellen, indem

sie die Wünsche und Präferenzen der Versicherten erkennt und dafür sorgt, dass dies sich im Verwaltungshandeln des Kassenmanagements umsetzt. Im Dialog mit den Versicherten nimmt Selbstverwaltung in diesem Kontext die Aufgabe wahr, die Transformation der Versichertenwünsche in Kassenhandeln zu unterstützen, bereits deutlich bevor diese die Schwelle von zahlreichen Kündigungen erreicht. Die versichertenseitigen Selbstverwalter haben die Möglichkeit, zu einem deutlich früheren Zeitpunkt Signale von Unzufriedenheit aufzunehmen.

Zahlreiche Selbstverwalter haben (dies hat der entsprechende empirische Teil der vorliegenden Untersuchung noch einmal bekräftigt – siehe Abschnitt 4) regelmäßige Kontakte zu den Versicherten – diese mögen sich zu einem kleinen Teil in institutionalisierten Prozessen der jeweiligen Krankenkasse (etwa im Widerspruchsausschuss) abspielen, in der Mehrzahl der Fälle aber mit lebensweltlichen Kontexten außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung zusammenhängen. Auch wenn nicht ausgeschlossen werden kann, dass nicht nur der Wechselmechanismus, sondern auch der Selbstverwaltungsmechanismus relativ träge ist, besteht die Chance, dass die Selbstverwalter in der Lage sind, relevante Informationen über die Präferenzen der Versicherten zu erlangen.

Selbstverwaltung nimmt in diesem Kontext eine kommunikative Mittler-Aufgabe zwischen den Versicherten und dem Kassenmanagement wahr. Überspitzt formuliert, übernehmen die Selbstverwalter in diesem Kontext quasi spezifische Marktforschungsaufgaben für die Krankenkasse. Auch wenn es sich je für sich nicht um generalisierbare, repräsentative Informationen, sondern um spezifische, oftmals klientelistische Bezüge handelt, kann diese Kategorie von Informationen in der Summe wertvolle Informationen für das Kassenmanagement zu einem frühen Zeitpunkt generieren. Diese Art von Informationen dürfte auch nur teilweise durch professionelle Marktforschung substituierbar sein – letztere vermag zwar auf einer repräsentativen, breiten Basis mit standardisierten Methoden statistisch abgesichert Aussagen über bestimmte Versichertenpräferenzen insgesamt und für relevante Subgruppen zu identifizieren, jedoch sowohl der Zugang als auch die spezifische Tiefe und Kontextorientierung, die von den Selbstverwaltern generierte Kommunikation realisieren kann, lässt sich hierdurch nicht erreichen. Insofern bietet es sich an – vermutlich komplementär zum tatsächlichen Einsatz von Instrumenten standardisierter Marktforschung durch das Kassenmanagement – systemati-

scher das Wissen der Selbstverwaltung über Versichertenpräferenzen zu nutzen: Dies setzt ein entsprechendes Bewusstsein für die Sinnhaftigkeit und Notwendigkeit voraus; beides ist schulbar. Auch erscheint es sinnvoll, dass die Selbstverwalter Barrieren abbauen, die die Äußerung von Voice behindern. Strukturen zur Artikulation der Unzufriedenheit müssen geschaffen und gepflegt werden. Außerdem haben Selbstverwalter im Gegensatz zu Marktforschern evtl. den Vorteil, dass sie mehr Vertrauen genießen, da sie gewählt und damit legitimiert sind. Und schließlich ist die Kommunikation mit den Versicherten evtl. keine Einbahnstraße, sondern im Dialog kann auch auf Versichertenmeinungen eingewirkt werden.

Welche Schlussfolgerungen können aus einem so gearteten Verständnis von Selbstverwaltung als ein den Wechselmechanismus ergänzendes Steuerungstool mit Blick auf die Ausgestaltung des Selbstverwaltungsmechanismus gezogen werden? Offenbar ist für die Wahrnehmung dieser Funktion von besonderer Bedeutung, dass die Selbstverwalter in der Lage sind, die latenten Präferenzen der Versicherten zu eruieren. Sie müssen daher quasi als „Seismograph“ der Versicherten wirken. Die Versicherten müssen sich an diese Selbstverwalter wenden, um ihre Präferenzen zu artikulieren. Dies bedingt, dass die Selbstverwalter möglichst bekannt sind, so dass es realistisch ist, dass sich die Versicherten an sie wenden können, wie auch umgekehrt die Selbstverwalter aktiv auf die Versicherten zugehen müssen. Dies spricht für ein Modell der Selbstverwaltung, bei dem durch Wahlkampf die potentiell künftigen Selbstverwalter die Möglichkeit haben, sich den Versicherten zu präsentieren, um ihre Aufmerksamkeit auf sich zu lenken. Friedenswahlen erscheinen unter diesem Blickwinkel weniger geeignet als Urwahlen.

Über die Funktion des „Seismographen“ bedingt eine Ergänzung der Defizite des Wechselmechanismus durch die Selbstverwaltung in der beschriebenen Weise aber auch, dass die Selbstverwalter überprüfen, ob der Kassenvorstand die notwendige Differenzierung betreibt, welche der ihm über die Selbstverwaltung kommunizierten „Mängel“ (aus der Perspektive der sie vortragenden Versicherten) Einzelfälle sind (auf die mit einer generellen Neuausrichtung von bestimmten Teilbereichen der Geschäftspolitik des Kassenmanagements nicht sinnvoll ist), und welche über den reinen Einzelfallcharakter hinaus eher zumindest partiell generalisierbare Bedeutung haben, so dass es sinn-

voll erscheint, hierauf mit einer Änderung der Geschäftspolitik zu reagieren. Dies setzt einen Ausbau der Kontrollfunktion der Selbstverwaltung voraus.

5.3 Können Defizite des Steuerungsmodus „Selbstverwaltung“ durch den Mechanismus des Kassenwechsels verbessert werden?

Haben wir im vorangegangenen Abschnitt diskutiert, inwieweit Defizite des Steuerungsmechanismus Kassenwechsel durch den Mechanismus der Selbstverwaltung verbessert werden können, soll in diesem Abschnitt die umgekehrte Frage gestellt werden: Inwieweit könnten Defizite im Selbstverwaltungsmechanismus durch den Mechanismus des Kassenwechsels kompensiert werden?

Insbesondere soll hier der Fall betrachtet werden, dass der Selbstverwaltungsmechanismus nicht in der Lage ist, die Versichertenpräferenzen adäquat in die Krankenkassen zu transportieren – etwa aufgrund der in Abschnitt 4 beschriebenen Defizite des Wahlmechanismus. Es erscheint auch hier sinnvoll, zwei Konstellationen zu unterscheiden:

Liegen *homogene Präferenzen* der Versicherten vor, kann die Wechseloption dann zu einer Verbesserung des Selbstverwaltungsmechanismus beitragen, wenn die Versicherten unterschiedliche individuelle „Schwellenwerte“ haben, wann sie die Krankenkassen wegen Unzufriedenheit verlassen. Durch erste Kassenwechsel solcher Versicherter mit einem besonders niedrigen Schwellenwert werden die Selbstverwalter sensibilisiert, sich intensiver um die Präferenzen der Versicherten zu kümmern. Damit dies funktioniert, ist allerdings erforderlich, dass diejenigen Versicherten mit höheren Hemmschwellen auch bereit sind, die Unzufriedenheit so zu artikulieren, dass sie von der Selbstverwaltung in das Kassenmanagement transportiert werden kann.

Bei *heterogenen Präferenzen* ist diese unterstützende Funktion des Kassenwechselmechanismus durch den Selbstverwaltungsmechanismus allerdings nicht möglich. Denn die Versicherten, die durch den Wechselmechanismus die Kasse verlassen, haben andere Präferenzen als diejenigen, die bleiben. Es gelingt daher nicht, durch den Selbstverwaltungsmechanismus die „richtigen“ Schlussfolgerungen aus dem Kassenwechsel in Bezug auf die Politik des Kassenmanagements abzuleiten.

5.4 Schlussfolgerungen

Fassen wir zusammen, wird ersichtlich, dass der Steuerungsmodus „Selbstverwaltung“ in der Tat in der Lage ist, Defizite des Steuerungsmodus „Kassenwechsel“ zu kompensieren und damit zu einer Verbesserung der Steuerungsfähigkeit der GKV beizutragen. Auch umgekehrt ist es bei homogenen Präferenzen der Versicherten möglich, Steuerungsdefizite des Selbstverwaltungsmechanismus durch den Wahlmechanismus zu beeinflussen.

In allen hier untersuchten Konstellationen ist es erforderlich, dass die Selbstverwaltung in der Lage ist, in Bezug auf die Politik des Kassenmanagements wirksam zu intervenieren. Dies setzt nicht nur geeignete Instrumente (rechtlicher Rahmen), sondern auch entsprechende Fähigkeiten (faktischer Rahmen) voraus.

Die Parallelexistenz der Repräsentationsmodi Selbstverwaltung und Kassenwahlfreiheit führt aber schließlich auch noch zu speziellen Wechselwirkungen. So weist Schnapp (2006: 199) in einer Reflexion der Sozialwahlen darauf hin, dass „der ohnehin spärlich fließende Legitimationsstrom ... in der gesetzlichen Krankenversicherung vollends ab(reißt), wenn die Versicherten von ihrer Wahlfreiheit...Gebrauch machen und einer anderen Kasse als derjenigen beitreten, welcher sie ursprüngliche Legitimation vermittelt haben.“

6 Literatur

- Albeck, Hermann (1984): Organisationsformen der Selbstverwaltung und Sozialaufgaben. In: Winterstein, Helmut (Hg.): Selbstverwaltung als ordnungspolitisches Problem des Sozialstaates II. Schriften des Vereins für Socialpolitik, Band 133/II. Berlin: 9-35.
- Alber, Jens; Ryll, Andreas (1990): Die Krankenversicherung im Bewußtsein der Bevölkerung. Welt hinter den Bergen oder Objekt rationalen Kalküls, in: Sozialer Fortschritt 39: 165-172.
- Andersen, Hanfried H.; Schwarze, Johannes (1998): GKV '97: Kommt Bewegung in die Landschaft? Eine empirische Analyse der Kassenwahlentscheidungen, Veröffentlichungsreihe des Berliner Zentrums Public Health, 98-2, Berlin.
- Andersen, Hanfried H.; Grabka, Michael (2006): Kassenwechsel in der GKV 1997 – 2004. Profile – Trends – Perspektiven, in: Dirk Göppfarth, Stefan Greß, Klaus Jacobs, Jürgen Wasem (Hg.): Jahrbuch Risikostrukturausgleich 2006, St. Augustin.
- Andersen, Hanfried H.; Grabka Michael; Schwarze, Johannes (2002): Wechslerprofile – Risikoprofile. Relativer Beitragsbedarf der Kassenwechsler 1997 – 2001, Arbeit und Sozialpolitik, 56 (7/8): 19-32.
- Axer, Peter (2000): Normsetzung der Exekutive in der Sozialversicherung.
- Axer, Peter (2001): Zur demokratischen Legitimation in der gemeinsamen Selbstverwaltung - dargestellt am Beispiel des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen. In: Friedrich E. Schnapp (Hg.), Funktionale Selbstverwaltung und Demokratieprinzip - am Beispiel der Sozialversicherung, Frankfurt am Main, S. 115-149.
- Backhaus, Klaus; Erichson, Bernd/Plinke, Wulff; Weiber, Rolf (2000): Multivariate Analysemethoden. Berlin.
- Barry, Brian (1975): Review Article: Exit, Voice, and Loyalty. British Journal of Political Science 5: 79-107.
- Benshop, Ruth; Horstman, Klasien; Vos, Rein (2003): Voice Beyond Choice: Hesitant Voice in Public Debates About Genetics in Health Care. In: Health Care Analysis, 11 (2): 141-150.
- BKK (1999): „Wenige wollen wechseln – den Wettbewerb begrüßen viele“, in: Die BKK, Nr. 11: 472.
- Blanke, Bernhard (Hg.) (1994): Krankheit und Gemeinwohl. Gesundheitspolitik zwischen Staat, Sozialversicherung und Medizin. Opladen.

- Bode, Ingo (2002): Vom Payer zu Player – oder: Krankenkassen im Wandel. Der Fall der AOK und ein vergleichender Exkurs nach Frankreich. Duisburger Beiträge zur soziologischen Forschung 4/2002. Duisburg.
- Bogs, Harald (1976): Strukturprobleme der Selbstverwaltung einer modernen Sozialversicherung. In: Bogs, Harald/v. Ferber, Christian/Infas: Soziale Selbstverwaltung. Aufgaben und Funktion der Selbstverwaltung in der Sozialversicherung. Band 1. Bonn.
- Braun, Bernard (1989): Bewußtseinsformen und gesundheitspolitische Einstellungen gewerkschaftlicher Interessensvertreter in der Selbstverwaltung der Gesetzlichen Krankenversicherung, Bremen.
- Braun, Bernard (2002): Leistungsfähigkeit und Zukunft der Selbstverwaltung – Möglichkeiten und Chancen eines Neben- und Miteinanders von „old“ und „new participation“. Unveröff. Manuskript. Bremen.
- Braun, Bernard; Klenk, Tanja (2006): Soziale Selbstverwaltung: Traditionsreicher Steuerungsmechanismus - mit welcher Zukunft? In: Soziale Sicherheit 2/2006: 54-58.
- Bundesministerium für Gesundheit (2005): GKV-Versicherte nach Alter und Wohnort. GKV-Statistik KM6 zum 1. Juli 2005. Berlin.
- Bundesministerium für Gesundheit (2006a): Gesetzliche Krankenversicherung. Mitglieder, mitversicherte Angehörige, Beitragssätze und Krankenstand. Monatswerte Januar bis April 2006, S.37. Berlin.
- Bundesministerium für Gesundheit (2006b): Gesetzliche Krankenversicherung, Tabelle: KF05 Bund, Stand: 4. Januar 2006. Berlin.
- Bundesministerium für Gesundheit (2006c): Regionale Hausarztmodelle in Deutschland – Recherche des Redaktionsbüro Gesundheit bei den gesetzlichen Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen. Stand: Februar 2006; im Internet: http://www.diegesundheitsreform.de/zukunft_entwickeln-/hausarztmodell/beispiele/pdf/uebersicht_hausarztmodelle_deutschland.pdf.
- Bundesministerium für Gesundheit (Hg.) (2005): Statistisches Taschenbuch Gesundheit, Kap. 9.4, Zahl der Gesetzlichen Krankenkassen. Berlin.
- Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung (2006): Mitgliederstatistik KM6, Stand Oktober. Berlin.
- Coleman, James S. (1992): Grundlagen der Sozialtheorie. München.

- Continentale-Studie (2002): Zusatzversicherung und GKV – Die Einstellung der Bevölkerung, Dortmund 2002, im Internet: http://www.pkv-ratgeber.de/PDF/continentale-studie_2002.pdf.
- Der Bundeswahlbeauftragte für die Sozialversicherungswahlen (1999): Schlussbericht der Wahlbeauftragten über die allgemeinen Wahlen in der Sozialversicherung im Jahre 1999. Bonn.
- Deutscher Bundestag (1990): Verhandlungen des Deutschen Bundestages. 11. Wahlperiode, Anlagen Bd. 339, BTDrucks. Nr. 11/6380 vom 12. Februar 1990: 169-170.
- Deutscher Bundestag (1992): Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und F.D.P. Entwurf eines Gesetzes zur Sicherung und Strukturverbesserung der GKV (GSG). BTDrucks. Nr. 12/3608 vom 5. November 1992.
- Dowding, Keith; John Peter; Mergoupis, Thanos; Mark Van Vugt (2000): Exit, Voice and Loyalty: Analytic and Empirical Developments. *European Journal of Political Research* 37: 469-495.
- Drummond, Michael, Mark J. Sculpher, George W. Torrance (2005): *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes*. Oxford University Press.
- Felix, Dagmar (2001): Verwaltungsrat und Vorstand in der gesetzlichen Krankenversicherung – Aufgaben und Befugnisse. In: Schnapp, Friedrich E. (Hg.): *Funktionale Selbstverwaltung und Demokratieprinzip – am Beispiel der Sozialversicherung*. Bochumer Schriften zum Sozialrecht, Band 8. Frankfurt/M. et al.: 43-64.
- Ferber, Christian von (1976): Soziale Selbstverwaltung – Fiktion oder Chance? In: Bogs, Harald/v. Ferber, Christian/Infas: *Soziale Selbstverwaltung. Aufgaben und Funktion der Selbstverwaltung in der Sozialversicherung*. Band 1. Bonn.
- Fromm, Christine (1999): Betrieblicher Gesundheitsschutz und Soziale Selbstverwaltung. Gestaltungsaufgaben und Handlungsmöglichkeiten der Sozialen Selbstverwaltung im Zusammenhang mit der aktuellen Strukturreform des betrieblichen Gesundheitsschutzes. *Dortmunder Beiträge zur Sozial- und Gesellschaftspolitik*. Münster.
- Geis, Max-Emanuel (2001): Körperschaftliche Selbstverwaltung in der Sozialversicherung. In: Schnapp, Friedrich E. (Hg.): *Funktionale Selbstverwaltung und Demokratieprinzip – am Beispiel der Sozialversicherung*. Bochumer Schriften zum Sozialrecht, Band 8. Frankfurt/M. et al.: 65-88.
- Giddens, Anthony (1988): *Die Konstitution der Gesellschaft. Grundzüge einer Theorie der Strukturierung*. Frankfurt /New York.
- Green, Paul E; Srinivasan, V. (1978): Conjoint Analysis in Consumer Research: Issues and Outlook. In: *The Journal of Consumer Research*, 5, S. 103-122.

- Greß, Stefan (2002): Freie Kassenwahl und Preiswettbewerb in der GKV - Effekte und Perspektiven, in: Vierteljahreshefte zur Wirtschaftsforschung 4: 490-497.
- Greß, Stefan; Markus Tamm; H. Tauchmann; Jürgen Wasem (2005). Price Elasticities and Social Health Insurance Choice in Germany - A Dynamic Panel Data Approach. Essen, RWI: Discussion Paper No. 28.
- Hauss, Friedrich; Gatermann, Dörthe (2004): Die Erhöhung der Nutzerkompetenz von Krankenversicherten. Schaffung von Handlungs- und Unterstützungsstrukturen. Edition der Hans-Böckler-Stiftung 111. Düsseldorf.
- Hauss, Friedrich; Göckenjan, Gerd; Rosenbrock, Rolf (1985): Betriebskrankenkassen und Prävention. Berlin.
- Hirschman, Albert O. (1970): Exit, Voice and Loyalty – Responses to decline in firms, organizatione, and states. Cambridge: Harvard University Press.
- Hirschman, Albert O. (1989): Entwicklung Markt und Moral. Abweichende Betrachtungen. München/Wien.
- Höppner, Karin; Buitkamp, Martin; Braun, Bernard; Greß, Stefan; Müller, Rainer; Rothgang, Heinz; Wasem, Jürgen: Kassenwettbewerb (2004): Motive für einen Kassenverbleib (2004): in: Jan Böcken, Bernard Braun, Melanie Schnee (Hg.): Gesundheitsmonitor 2004, Gütersloh: 24-24.
- Ing-DiBa (o. J.): „Infas-Studie und aktuelle Berechnungen belegen: Vier von zehn Häuslebauern verschenken bei Anschlussfinanzierung bis zu 15.444 Euro“, Pressemitteilung der ING-DiBa Frankfurt am Main, im Internet: https://www.ing-di-ba.de/imperia/md/content/www/presse/journalistenservice/baufiinfos_anschlussfinanzierung.pdf.
- Janssen-Cilag GmbH (Hg.) (2002): Der Patient vor der Wahl – Durch mehr Wissen zu mehr Verantwortung, Eine Auswahl der Ergebnisse der Janssen-Cilag Bevölkerungsbefragung 2002, wissenschaftliche Konzeption und Betreuung: H.-D. Nolting, J. Wasem, Neuss.
- John, Jürgen (2003): Kassenwechsel und Risikostrukturausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung. In: GSF (Hg.) GSF - Jahresbericht 2002: 77-90.
- Kaufmann, Franz-Xaver; Hegner, Friedhart; Hoffmann, Lutz; Krüger, Jürgen (1971): Zum Verhältnis zwischen Sozialversicherungsträgern und Versicherten. Bielefeld.
- Kepplinger, Hans Mathias: Kassenhopper (2006): Chancen und Risiken von mehr Wettbewerb, in: BzG – Beiträge zur Gesellschaftspolitik 5: 7-12.

- Kluth, Winfried (1997): Funktionale Selbstverwaltung. Verfassungsrechtlicher Status - verfassungsrechtlicher Schutz. Tübingen 1997.
- Kluth, Winfried (2001): Demokratische Legitimation in der funktionalen Selbstverwaltung – Grundzüge und Grundprobleme. In: Schnapp, Friedrich E. (Hg.): Funktionale Selbstverwaltung und Demokratieprinzip – am Beispiel der Sozialversicherung. Bochumer Schriften zum Sozialrecht, Band 8. Frankfurt/M. et al.: 17-41.
- Kluth, Winfried (2005): Das Selbstverwaltungsrecht der Kammern und sein verfassungsrechtlicher Schutz. In: Die Öffentliche Verwaltung 2005, S. 368-376.
- Kluth, Winfried (o. J.): Demokratische Legitimation in der funktionalen Selbstverwaltung - Grundzüge und Grundprobleme; o. O.; <http://www.kammerrecht.de/downloads/legitimation.pdf>.
- Kruse, Silke; Kruse, Udo (2006): Welche Rolle spielen die Kassen der gesetzlichen Krankenversicherung in der Gesundheitspolitik? In: Gesundheits- und Sozialpolitik; Heft 11-12: 46-52.
- Lauterbach, Karl; Wille Eberhard (2001): Modell eines fairen Wettbewerbs durch den Risikostrukturausgleich – Sofortprogramm „Wechslerkomponente und solidarische Rückversicherung“ unter Berücksichtigung der Morbidität. Gutachten im Auftrag des VdAK, des AEV, des AOK-BV und des IKK-BV. Köln und Mannheim.
- Leopold, Dieter (1996): Die Selbstverwaltung in der Sozialversicherung. Fortbildung und Praxis, Schriftenreihe der Zeitschrift ‚Wege zur Sozialversicherung‘. Sankt Augustin.
- Marstedt, Gerd; Niedermeier, Renate (2000): Krankenversicherung und Lebenslauf. Zum Wandel einer Institution der sozialen Risikobearbeitung. In: Zeitschrift für Soziologie der Erziehung und Sozialisation, Beiheft 3: 234-247.
- Michels, Robert (1910): Zur Soziologie des Parteiwesens in der modernen Demokratie. Untersuchungen über die oligarchischen Tendenzen des Gruppenlebens. Stuttgart.
- Muckel, Stefan (2001): Friedenswahlen in der Sozialversicherung. In: Schnapp, Friedrich E. (Hg.): Funktionale Selbstverwaltung und Demokratieprinzip – am Beispiel der Sozialversicherung. Bochumer Schriften zum Sozialrecht, Band 8. Frankfurt/M. et al.: 151-177.
- Müller, Joachim; Schneider, Wolfgang (1997): Mitgliederbewegungen und Beitragssätze in Zeiten des Kassenwettbewerbs, ein erster empirischer Befund nach Inkrafttreten der Wahlfreiheit; in: Arbeit und Sozialpolitik 3-4: 11-24.
- Müller, Joachim; Schneider, Wolfgang (1999): Entwicklung der Mitgliederzahlen, Beitragssätze, Versichertenstrukturen und RSA-Transfers in Zeiten des Kassenwett-

bewerbs – empirische Befunde im dritten Jahr der Kassenwahlrechte, in: *Arbeit und Sozialpolitik* 3-4: 20-39.

Niedermeier, Renate (1999): *Vom Verwalten zum Gestalten? Neue Steuerungskonzepte und gewandeltes Selbstverständnis in der Gesetzlichen Krankenversicherung*. In: Marstedt, Gerd; Milles, Dietrich; Müller, Reiner (Hg.): *Gesundheitskonzepte im Umbruch*. Bremerhaven: 65-98.

Nolting Hans-Dieter; Grabbe Yvonne, Loos Stefan; Wasem Jürgen (2006): *Nutzen, Kosten, Präferenzen. 4. Delphi-Studie zur Zukunft des Gesundheitswesens*. Berlin.

O'Donnell, Guillermo (1986): *On the Fruitful Convergences of Hirschman's Exit, Voice, and Loyalty and Shifting Involvements: Reflections from the Recent Argentine Experience*. In: Foxley, Alejandro; Mc Pershon, Michael S.; O'Donnell, Guillermo: *Development, Democracy, and the Art of Trespassing. Essays in Honor of Albert O. Hirschman*. Notre Dame, Indiana.

Oppen, Maria (1991): *Vom Verwaltungsapparat zum Dienstleistungsunternehmen? Klientenorientierte Gestaltungsvarianten sozialpolitischer Administrationen*. Berlin.

Oppen, Maria (1993): *Neue Produktionskonzepte für öffentliche Dienstleistungen – Krankenkassen zwischen Markt und Staat*. WZB Discussion paper FS II 93-204. Berlin.

Rölke, Kirsten; Schroeder, Wolfgang (2006): *Selbstverwaltung zwischen Wettbewerb und Solidarität. Thesen zur Selbstverwaltung in der GKV im Jahr 2011*. In: *Soziale Sicherheit* 2/2006: 52-54.

Rosenbrock, Rolf; Hauss, Friedrich (Hg.) (1985): *Krankenkassen und Prävention*. Berlin.

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1995), *Sondergutachten* (1995): Tz. 364: 118. Bonn.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2000): *Chancen auf einen höheren Wachstumspfad, Jahrgutachten 2000/01*, Baden-Baden.

Schnapp, Friedrich E. (2006): *Gibt es noch eine Selbstverwaltung in der Sozialversicherung?* In: *Vierteljahresschrift für Sozialrecht*, Heft 3/2006. Köln: 191-203.

Schnapp, Friedrich E. (Hrsg.) (2001): *Funktionale Selbstverwaltung und Demokratieprinzip – am Beispiel der Sozialversicherung*. Frankfurt/Main u.a.

Schroeder, Wolfgang; Jänicke, Sophie (2006): *Zukunfts- oder Auslaufmodell? Perspektiven sozialer Selbstverwaltung*. In: *Soziale Sicherheit* 2/2006: 50-51.

- Schwarze Johannes; Andersen Hanfried H. (2001): Kassenwechsel in der Gesetzlichen Krankenversicherung: Welche Rolle spielt der Beitragssatz? Schmollers Jahrbuch, 121 (4): 581–602.
- Schwarze, Johannes; Andersen, Hanfried H. (2001): Kassenwechsel in der Gesetzlichen Krankenversicherung: Welche Rolle spielt der Beitragssatz? DIW Diskussionspapier Nr. 267, Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung, Berlin.
- Spiegel Online, 21. Juli 2005, KFZ-VERSICHERUNG, Sparen beim Autokauf.
- Stiftung Warentest: Günstige Beiträge, alle Leistungen, wichtige Extras, FINANZtest extra Krankenkassen, Ihr Führer zur besten Krankenkasse <http://www.stiftung-warentest.de/shop/alle/alles/shop/7619.html>
- Streeck, Wolfgang (1994): Staat und Verbände: Neue Fragen. Neue Antworten? In: ders. (Hg.): Staat und Verbände. Politische Vierteljahresschrift, Sonderheft 25/1994. Opladen: 7-34.
- Thiemeyer, Theo (1984): Selbstverwaltung im Gesundheitsbereich. In: Winterstein, Helmut (Hg.): Selbstverwaltung als ordnungspolitisches Problem des Sozialstaates II. Schriften des Vereins für Socialpolitik, Band 133/II. Berlin: 63-97.
- Tietel, Erhard (2006): Konfrontation – Kooperation – Solidarität. Betriebsräte in der sozialen und emotionalen Zwickmühle. Forschung aus der Hans-Böckler-Stiftung 79. Berlin.
- Tietel, Erhard (2006a): Wenn die Rolle ins Rollen kommt – Betriebsräte als Grenzgänger zwischen Beschäftigten, Geschäftsleitung und Gewerkschaft. In: Akademie für Arbeit und Politik der Universität Bremen (Hrsg.) (2006): Wenn die Rolle ins Rollen kommt. Interessenvertretung im Wandel der betrieblichen Arbeitsbeziehungen. Arbeit und Politik Mitteilungsblätter, 18. Jg., Nr. 31/32. Bremen: 6-12.
- Wasem, Jürgen (1999): Das Gesundheitswesen in Deutschland: Einstellungen und Erwartungen in der Bevölkerung, Janssen-Cilag GmbH. Neuss.
- Wattendorff, Frank (1999): Qualifizierung der Selbstverwaltung der gesetzlichen Unfallversicherung zur Erfüllung des Präventionsauftrages. Sankt Augustin.
- Wechseln lohnt sich immer noch (2006):, Finanztest 5: 65-79.
- Werner, Andreas; Reitmeir, Peter; John, Jürgen (2005): Kassenwechsel und Risikostrukturausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung – empirische Befunde aus der KORA-Studienregion Augsburg. Das Gesundheitswesen 67 (Sonderheft 1): 158-166.
- WiDO - Wissenschaftliches Institut der AOK (2002): GKV-Monitor 2002 – Was erwarten die Versicherten von der Gesundheitsreform? Bonn.

WidO (2003): Wechselbereitschaft und Preissensitivität bei GKV-Mitgliedern, GKV-Monitor 2003, WidO, unveröff. Manuskript, Bonn.

Wippler, Reinhard (1985): Die Entstehung oligarchischer Strukturen in demokratisch verfassten Organisationen. In: Büschges, Günter; Raub, Werner: Soziale Bedingungen – Individuelles Handeln – Soziale Konsequenzen. Frankfurt/M.: 23-48.

Wirtschaftsblatt (2005): Österreicher wechseln zu neuer Generation Bank. in: Issue 28.05.: 8-9.

7 Anhang

Stellung im Verwaltungsrat, Zusammensetzung Verwaltungsrat

1. Wann sind Sie zum ersten Mal in der Selbstverwaltung der Gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung tätig geworden?

- Vor der Sozialwahl 1993..... O₁
 Zur Sozialwahl 1993 O₂
 Innerhalb der Wahlperiode 1993 bis 1999 O₃
 Zur Sozialwahl 1999 O₄
 Innerhalb der Wahlperiode 1999 bis 2005 O₅

2. In welcher Kassenart waren Sie in der Wahlperiode 1999 bis 2005 Mitglied im Verwaltungsrat?

- Angestellten-Ersatzkasse O₁
 Arbeiter-Ersatzkasse O₂
 AOK O₃
 IKK O₄
 BKK O₅

3. Welche Organisationen waren auf Seite der Versicherten im Verwaltungsrat Ihrer Kasse vertreten? *Sie können hier mehrere Kreuze machen.*

- DGB O₁
 DGB-Einzelgewerkschaften..... O₁
 Arbeitsgemeinschaft christlicher
 Arbeitnehmerorganisationen (ACA)..... O₁
 Sonstige Arbeitnehmervereinigung
 (z.B. Mitglieder-, Interessen- oder Versichertengemeinschaft)..... O₁
 Freie Liste..... O₁
 Sonstiges *bitte eintragen:*

4. Welche Stellung hatten Sie im Verwaltungsrat?

- Ordentliches Mitglied..... O₁
 Vorsitzende/r (auch alternierend)..... O₂
 Stellvertretende/r Vorsitzende/r O₃

5. Waren Sie Mitglied in Ausschüssen des Verwaltungsrates?

- Ja, im Widerspruchsausschuss O₁
 Ja, in sonstigen Ausschüssen..... O₁
 Nein O₁

6. In welcher Eigenschaft waren Sie Mitglied im Verwaltungsrat Ihrer Kasse?

- Als Versicherte/r O₁
 Als Beauftragte/r O₂

7. Waren Sie auch Mitglied in Organen der folgenden Einrichtungen?

- Landesverband meiner Kasse..... O₁
 Bundesverband meiner Kasse O₁
 Medizinischer Dienst der Krankenversicherung O₁

8. Wie hoch war der durchschnittliche Zeitaufwand im Monat für Ihre Tätigkeit als Versichertenvertreter im Verwaltungsrat Ihrer Kasse?

_____ Stunden pro Monat

9. Hatten Sie ausreichend Zeit, ihre Aufgaben im Verwaltungsrat zu erledigen?

- Ja, immer O₁
 Ja, im Großen und Ganzen O₂
 Nein, da mir die Zeit fehlte, musste ich bestimmte Aufgaben schieben..... O₃
 Nein, unter dem Zeitmangel litt die Qualität meiner Arbeit O₄

Zugehörigkeit zu Organisationen

10. Für welche Organisation gehörten Sie dem Verwaltungsrat Ihrer Kasse an?

- DGB O₁
 ver.di..... O₂
 IG Metall O₃
 IG BCE..... O₄
 IG BAU O₅
 TRANSNET O₆
 GNGG O₇
 GEW..... O₈
 GDP O₉
 Organisation der AG christlicher Arbeitnehmerorganisationen (ACA) O₁₀
 Sonstige Arbeitnehmervereinigung
 (z.B. Mitglieder-, Interessen- oder Versicherungsgemeinschaft)..... O₁₁
 Freie Liste..... O₁₂

Sonstiges *bitte eintragen*:

11. Sind Sie Gewerkschaftsmitglied?

- Nein O₁ → *weiter mit Frage 13*
 Ja O₂

Falls ja, wie lange schon?

Seit _____ Jahren

12. Sind Sie hauptamtliche/r Gewerkschaftsfunktionär/in?

- Ja O₁
 Nein O₂

13. Sind Sie ehrenamtlich in der Arbeitnehmervertretung (z.B. Betriebs-/Personalrat, Vertrauensleute) tätig?

- Ja O₁
Nein O₂

14. Engagieren Sie sich haupt- oder ehrenamtlich in Organisationen/Verbänden/Vereinen mit gesundheits-/sozialpolitischen oder gesundheitlichen Zielen?

- Nein O₁
Ja O₂

Falls ja, in welcher/n? *Sie können hier mehrere Kreuze machen.*

- Politische Partei O₁
Gewerkschaft O₁
Selbsthilfegruppe/-verband O₁
Patientengruppe/-verband O₁
Verbraucherschutzverband O₁
Sozial-/Wohlfahrtsverband O₁
Sonstige O₁

Sozialwahl 2005

15. In welcher Form wurden die Sozialwahlen 1999 und 2005 in Ihrer Kasse durchgeführt?

- | | Friedenswahl | Urwahl |
|-----------|----------------|----------------|
| 1999..... | O ₁ | O ₂ |
| 2005..... | O ₁ | O ₂ |

16. Sind Sie zum Ende der Wahlperiode 2005 aus dem Verwaltungsrat Ihrer Kasse ausgeschieden?

- Ja O₁ → *weiter mit Frage 19*
Nein O₂

17. War die KandidatInnen-Auswahl und die Vergabe der Listenplätze in Ihrer Organisation bei der Sozialwahl im Juni 2005 für Sie transparent und nachvollziehbar?

- Ja, voll und ganz O₁
Ja, im Großen und Ganzen O₂
Nein, eher nicht O₃
Nein, überhaupt nicht O₄
Kann ich nicht beurteilen O₅

18. Waren Ihnen die Kriterien Ihrer Organisation, nach denen KandidatInnen für die Sozialwahl 2005 ausgewählt und die Listenplätze verteilt wurden, bekannt?

- Ja O₁
Nein O₂

Information, Qualifikation, Weiterbildung

19. Von wem wurden Sie vor Entscheidungen/Abstimmungen im Verwaltungsrat informiert und bei wem besorgten Sie sich Informationen über die zur Abstimmung stehenden Themen?
Sie können sowohl in Spalte A als auch in Spalte B mehrere Kreuze machen.

	A) wurde informiert von	B) besorgte mir Informationen von
Vorstand	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 1
Verwaltungsratsvorsitzender	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 1
Andere Verwaltungsratsmitglieder	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 1
Mitglieder der Fachausschüsse und anderer Ausschüsse	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 1
Selbstverwaltungsbüro meiner Kasse	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 1
Mitglieder meiner Organisation (Gewerkschaft etc.)	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 1
Experten außerhalb der Kasse	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 1
Mitarbeiter der Kassenverwaltung	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 1

20. Fühlten Sie sich generell bei Entscheidungen/Abstimmungen im Verwaltungsrat gut informiert?

Immer	<input type="radio"/> 1
Meistens	<input type="radio"/> 2
Oft	<input type="radio"/> 3
Selten	<input type="radio"/> 4
(Fast) nie	<input type="radio"/> 5

21. Wie bewerten Sie im Einzelnen die Informationen, die Ihnen von Ihrer Kasse vor Entscheidungen/Abstimmungen zur Verfügung gestellt wurden?

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.

	sehr schlecht	schlecht	mittel	gut	sehr gut
Pünktlichkeit der Informationen	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
Genügend Zeit zur Vorbereitung	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
Umsetzbarkeit der Informationen in Entscheidungen	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
Begründung der Vorteile der angestrebten Entscheidungen	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
Darlegung von Alternativen	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
Verständlichkeit, Lesbarkeit	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5

22. Halten Sie persönlich eine Weiterbildung in folgenden Themenfeldern für notwendig und haben Sie schon einmal eine Veranstaltung zu den folgenden Themenfeldern besucht?

Denken Sie dabei bitte nicht nur an Weiterbildungsseminare, sondern auch an Foren und Diskussionsveranstaltungen zu fachspezifischen oder gesundheits-/sozialpolitischen Themen.
Sie können sowohl in Spalte A als auch in Spalte B mehrere Kreuze machen.

A) Weiterbildung	B) Veranstaltung notwendig	besucht
Haushaltsplanung	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 1
Finanzplanung der Kasse	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 1
Strategische Unternehmensführung und Wettbewerb	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 1
Morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA)	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 1
Rechte und Pflichten des Verwaltungsrates	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 1
Neue Versorgungsmodelle (Disease Management Programme, Integrierte Versorgung, Hausarztzentrierte Versorgung)	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 1
Qualitätssicherung und -standards in der GKV	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 1
Pflegerische Versorgung	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 1
Qualitätssicherung und -standards in der Pflegeversicherung	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 1
Bedarfslagen der Versicherten	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 1
Prävention und Gesundheitsförderung	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 1
Öffentlichkeitsarbeit und Kommunikation mit den Versicherten	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 1
Weiterentwicklung der GKV und des Gesundheitswesens (z.B. GMG)	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 1
Weiterentwicklung der Pflegeversicherung	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 1
Aktuelle gesundheitspolitische Debatte (z.B. Bürgerversicherung/Kopfpauschale)	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 1
Sonstiges <i>bitte eintragen und ankreuzen:</i>	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 1

23. Bietet Ihre Kasse, Ihre Kassenart oder Ihre Organisation Gelegenheiten zur Qualifikation und Weiterbildung für Selbstverwalter an?

Denken Sie dabei bitte nicht nur an Weiterbildungsseminare, sondern auch an Foren und Diskussionsveranstaltungen zu fachspezifischen oder gesundheits-/sozialpolitischen Themen.

	ja, regelmäßig	ja, unregelmäßig	nein	weiß nicht
Kasse/Kassensystem	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
Organisation	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4

24. Wie schätzen Sie den Nutzen der folgenden Informations-, Qualifikations- und Weiterbildungsmöglichkeiten für Selbstverwalter ein, um im Verwaltungsrat Ihrer Kasse qualifizierte und fundierte Entscheidungen treffen zu können?

	sehr gering	gering	mittel	hoch	sehr hoch
Teilnahme an Weiterbildungsseminaren	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
Teilnahme an Foren und Diskussions- Veranstaltungen der eigenen Organisation	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
Teilnahme an den Vorbesprechungen der Organsitzungen	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
Mitarbeit in Fach- und anderen Ausschüssen des Verwaltungsrates	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
Mitgliedschaft im Verwaltungsrat des MdK	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5

Organisation und Arbeitsteilung
--

25. Wenn Sie an die personelle Zusammensetzung der Versichertenbank Ihres Verwaltungsrates in der Wahlperiode 1999 bis 2005 denken. Welche der folgenden Merkmale/Gruppen waren Ihrer Meinung nach gerade richtig, in zu geringem oder in zu starkem Maße vertreten?

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.

	zu gering	gerade richtig	zu stark
Personen mit speziellem Experten-/Fachwissen	O ₁	O ₂	O ₃
Personen mit allgemeiner Fachkompetenz	O ₁	O ₂	O ₃
Personen mit langjähriger Erfahrung	O ₁	O ₂	O ₃
Personen, die bestimmte Regionen vertreten	O ₁	O ₂	O ₃
Personen mit guten Kontakten zu den Versicherten	O ₁	O ₂	O ₃
Personen mit guten Kontakten zu Patientengruppen /-verbänden, Selbsthilfegruppen/-verbänden	O ₁	O ₂	O ₃
Hauptamtliche Gewerkschaftsfunktionäre	O ₁	O ₂	O ₃
Betriebsräte, Personalräte oder Vertrauensleute	O ₁	O ₂	O ₃
Junge KandidatInnen	O ₁	O ₂	O ₃
Neue KandidatInnen	O ₁	O ₂	O ₃
Weibliche Kandidatinnen	O ₁	O ₂	O ₃
Sonstige <i>bitte eintragen und ankreuzen:</i>	O ₁	O ₂	O ₃

26. Wie beurteilen Sie die Tatsache, dass nach wie vor viele Entscheidungen, die Auswirkungen auf die Versorgungsstruktur- und Qualität haben, auf der Ebene der Kassenverbände (Landes-/Bundesverbände, Spitzenverbände gemeinsam und einheitlich) getroffen werden?

Ich begrüße dies, weil dadurch die Arbeit des Verwaltungsrates meiner Kasse entlastet wird.....	O ₁
Ich finde dies unproblematisch, solange die Interessen unserer Kassen-Versicherten auf diesen Ebenen genügend berücksichtigt werden.	O ₂
Ich lehne dies ab, weil der Verwaltungsrat meiner Kasse näher an den Bedürfnissen der Versicherten ist.....	O ₃

27. Wie bewerten Sie die Kommunikationswege und die gegenseitige Berichterstattung zwischen Ihrem Verwaltungsrat und dem Verwaltungsrat Ihres Landes- und Bundesverbandes (bei Ersatzkassen: VdAK/AEV)?

Sehr gut	O ₁
Gut.....	O ₂
Mittel.....	O ₃
Schlecht.....	O ₄
Sehr schlecht	O ₅

Verhältnis Verwaltungsrat-Vorstand

28. Welche Bedeutung haben Ihrer Einschätzung nach die folgenden Instrumente des Verwaltungsrates für die Handlungsfähigkeit des Verwaltungsrates nach der Strukturreform der Selbstverwaltung 1996 (ehrenamtlicher Verwaltungsrat – hauptamtlicher Vorstand)?

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.

	sehr gering	gering	mittel	hoch	sehr hoch
Wahl des Vorstandes für einen befristeten Zeitraum.....	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄	O ₅
Recht auf vorzeitige Amtsenthebung/-entbindung des Vorstandes	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄	O ₅
Feststellung des Haushaltsplanes	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄	O ₅
Abnahme der Jahresrechnung	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄	O ₅
Gestaltung von freiwilligen, Kann- und Ermessensleistungen.....	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄	O ₅
Konkretisierung der Gesundheits- und Geschäftspolitik der Kasse.....	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄	O ₅
Erlass der Geschäftsordnung (Regelung des Verfahrens zwischen Verwaltungsrat und Vorstand).....	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄	O ₅
Bericht des Vorstandes über die Umsetzung von Entscheidungen grundsätzlicher Bedeutung.....	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄	O ₅
Bericht des Vorstandes über grundsätzliche gesundheitspolitische Entwicklungen	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄	O ₅
Bericht des Vorstandes über interne Entwicklungen der Kasse (z.B. Qualitätssicherung, Leistungsausgaben)	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄	O ₅
Vereinbarung von Zielvereinbarungen zwischen Verwaltungsrat und Vorstand	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄	O ₅
Bildung von Fachausschüssen.....	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄	O ₅
Bildung von Regionalbeiräten.....	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄	O ₅

29. Hat sich die Strukturreform 1996 nach Ihrer Meinung auf die Handlungsfähigkeit der Selbstverwaltung ausgewirkt?

- Ja, die Handlungsfähigkeit ist eher gestärkt worden..... O₁
 Ja, die Handlungsfähigkeit ist eher geschwächt worden..... O₂
 Nein, es hat sich nichts geändert..... O₃
 Kann ich nicht beurteilen..... O₄

30. Halten Sie die folgenden Leistungen/Programme/Maßnahmen für „Fragen von grundsätzlicher Bedeutung“, bei denen der Verwaltungsrat die Entscheidungen zu treffen hat?
Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.

	eindeutig nein	eindeutig ja	weiß nicht
Angebote zur Primärprävention	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
Satzungsleistungen	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
Modellprojekte	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
Hausarztzentrierte Versorgung	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
Disease Management Programme (DMP)	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
Integrierte Versorgungsformen	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
Abschluss von Einzelverträgen mit Leistungserbringern	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 4
Differenzierte Versichertentarife (einschl. Bonusmodelle)	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
Private Zusatzversicherungen	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
Qualitätssicherung der Leistungserbringung	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
Öffentlichkeitsarbeit und Kommunikation mit den Versicherten	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
Servicequalität der Kasse (Geschäftsstellen, Beratung)	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
Höhe des Beitragssatzes	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
Organisationsstruktur der Kasse	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
Fusionen mit anderen Kassen	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
Einflussnahme der Kasse auf die Gesundheits- und Sozialpolitik	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
Sonstiges <i>bitte eintragen und ankreuzen:</i>	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
.....	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3

31. Haben Sie bisher festgestellt, dass Ihnen vom Vorstand Ihrer Kasse wichtige Informationen vorenthalten wurden?

	häufig	selten	noch nie
Informationen zur Vorbereitung von Entscheidungen im Verwaltungsrat	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
Informationen über den Stand der Umsetzung von Entscheidungen grundsätzlicher Bedeutung	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3

32. Halten Sie die Regelung der Arbeitsteilung zwischen Verwaltungsrat und Vorstand durch das Sozialgesetzbuch für ausreichend, oder sollte diese in Ihrer Kasse durch zusätzliche verbindliche Richtlinien präzisiert werden?

Nein, zusätzliche Richtlinien sind nicht erforderlich	<input type="radio"/> 1
Zusätzliche Richtlinien sind überlegenswert	<input type="radio"/> 2
Ja, zusätzliche Richtlinien sind unbedingt erforderlich	<input type="radio"/> 3
Kann ich nicht beurteilen	<input type="radio"/> 4

Kontakt zu den Versicherten, Öffentlichkeitsarbeit

33. Wie häufig haben Sie in der Wahlperiode 1999 bis 2005 im Durchschnitt persönlich oder telefonisch mit Versicherten Ihrer Kasse über deren Anliegen gesprochen?

Denken Sie dabei bitte nicht nur an Ihre offizielle Tätigkeit als Selbstverwalter oder Betriebsrat, sondern auch an alle sonstigen Gelegenheiten.

- Kontinuierlich 1
 - Mehrmals im Monat 1
 - Seltener als einmal im Monat..... 1
-

34. Wie haben Sie am meisten über die Bedarfslagen und Bedürfnisse der Versicherten erfahren? *Sie können hier mehrere Kreuze machen.*

- Versicherte meiner Kasse suchen mich persönlich auf oder rufen mich an 1
 - Kontakte mit den Versicherten meiner Kasse über Briefe oder Email 1
 - Im Rahmen der Regionalbeiräte meiner Kasse 1
 - Bei Gesprächen in eigener Funktion als Betriebs-, Personalrat oder Vertrauensperson oder bei Gesprächen mit diesen 1
 - Informationen/Berichte aus der Verwaltung
 - Informationen/Berichte von der Beschwerdestelle 1
 - Informationen/Berichte von den Widerspruchsausschüssen 1
 - Im Rahmen meiner Kontakte mit dem
 - Medizinischen Dienst der Krankenversicherung 1
 - Im Rahmen meiner Kontakte mit Pflegeeinrichtungen 1
 - Im Rahmen sonstiger ehrenamtlicher Tätigkeiten 1
 - Bei Diskussionsveranstaltungen/Foren zu gesundheitspolitischen Themen 1
 - Kontakte mit Selbsthilfegruppen/-verbänden,
 - Patientengruppen/-verbänden 1
 - Kontakte mit von der Kasse geförderten Einrichtungen oder Gruppen 1
 - Aus Ergebnissen von Versichertenbefragungen 1
 - Aus Leserreaktionen Mitgliederzeitschrift 1
 - Aus Fachzeitschriften/Wissenschaftlichen Studien 1
 - Sonstiges *bitte eintragen:*
-

35. Welche Note würden Sie der Öffentlichkeitsarbeit der Selbstverwaltung (Kommunikation mit den Versicherten, Darstellung der Arbeit der Selbstverwaltung) in Ihrer Kasse geben?

Bitte eine Schulnote zwischen 1 = „sehr gut“ und 6 = „ungenügend“ eintragen:

36. Welche Formen der Öffentlichkeitsarbeit der Selbstverwaltung existieren schon in Ihrer Kasse und welche zusätzlichen Maßnahmen wären sinnvoll?

Sie können sowohl in Spalte A als auch in Spalte B mehrere Kreuze machen.

	A) existiert	B) zusätzlich sinnvoll
Regelmäßiger Rechenschaftsbericht über die Arbeit der Selbstverwaltung	O 1	O 1
Regelmäßige Berichte über die Arbeit der Selbstverwaltung in der Mitgliederzeitschrift der Kasse.....	O 1	O 1
Veröffentlichung von Kontakt-Adressen und -Telefonnummern der Selbstverwaltung auf der Internetseite der Krankenkasse.....	O 1	O 1
Eigenständiges kassenübergreifendes Internetforum der Selbstverwaltung	O 1	O 1
Organisation gezielter öffentlicher Informations- und Diskussionsveranstaltungen.....	O 1	O 1
Angebot regelmäßiger Sprechstunden mit den Selbstverwaltern	O 1	O 1

**Gestaltungsspielräume des Verwaltungsrates
in der Kranken- und Pflegeversicherung**

37. Auf wessen Initiative ging die Einführung der folgenden Leistungen/Programme zurück?
Kreuzen Sie dies bitte in Spalte A an.

Bei welchen Leistungen/Programmen war/ist der Verwaltungsrat in die Überprüfung und
Bewertung deren Ergebnisse eingebunden? *Kreuzen Sie dies bitte in Spalte B an.*

	A) Initiative ging aus vom...		B) Verwaltungsrat überprüft und bewertet
	...Verwal- tungsrat	...Vorstand	
Betriebliche Gesundheitsförderung	O 1	O 1	O 1
Individuelle Primärprävention (Kurse)	O 1	O 1	O 1
Lebensweltliche Primärprävention (in Schulen, Stadtteilen etc.).....	O 1	O 1	O 1
Satzungsleistungen	O 1	O 1	O 1
Modellprojekte (z.B. Akupunktur, Homöopathie, Früherkennungsprogramme, spezielle Therapien).....	O 1	O 1	O 1
Hausarztzentrierte Versorgung (Regelung der Durchführung).....	O 1	O 1	O 1
Disease Management Programme (DMP)	O 1	O 1	O 1
Integrierte Versorgungsformen	O 1	O 1	O 1
Abschluss von Einzelverträgen mit Leistungserbringern	O 1	O 1	O 1
Differenzierte Versichertentarife (Selbstbehalttarife/Beitrags- rückzahlungen, Bonusmodelle)	O 1	O 1	O 1
Private Zusatzversicherungen	O 1	O 1	O 1
Qualitätssicherung der Leistungserbringung in der Krankenversicherung.....	O 1	O 1	O 1
Qualitätssicherung der Leistungserbringung in der Pflegeversicherung	O 1	O 1	O 1

Öffentlichkeitsarbeit und Kommunikation

mit den VersichertenO₁ O₁ O₁

38. Ist es Ihnen gelungen, die Versichertenperspektiven bei der Einführung und Umsetzung der folgenden Leistungen/Programme der Krankenversicherung einzubringen?

	sehr gering	gering	mittel	stark	sehr stark
Angebote zur Primärprävention	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄	O ₅
Satzungsleistungen	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄	O ₅
Modellprojekte	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄	O ₅
Hausarztzentrierte Versorgung	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄	O ₅
Disease Management Programme (DMP)	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄	O ₅
Integrierte Versorgungsformen	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄	O ₅
Abschluss von Einzelverträgen mit Leistungserbringern	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄	O ₅
Differenzierte Versichertentarife (einschl. Bonusmodelle)	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄	O ₅
Private Zusatzversicherungen	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄	O ₅
Qualitätssicherung der Leistungserbringung.....	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄	O ₅
Öffentlichkeitsarbeit und Kommunikation mit den Versicherten.....	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄	O ₅
Höhe des Beitragssatzes.....	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄	O ₅
Servicequalität der Kasse (Geschäftsstellen, Beratung)	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄	O ₅
Richtlinien zum Umgang mit den Versicherten	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄	O ₅

39. Ist es Ihnen gelungen, die Versichertenperspektiven bei der Einführung und Umsetzung der folgenden Leistungen/Programme der Pflegeversicherung einzubringen?

	sehr gering	gering	mittel	stark	sehr stark
Beratung der Versicherten über Leistungen der Pflegeversicherung.....	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄	O ₅
Unterstützung der Pflegebedürftigen bei der Wahl von Pflege-Einrichtungen/-Leistungen	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄	O ₅
Neue Formen teilstationärer und Kurzzeit-Pflege	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄	O ₅
Koordination der pflegerischen Versorgung	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄	O ₅
Versorgung mit Pflegehilfsmitteln und technischen Hilfen	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄	O ₅
Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄	O ₅
Abschluss von Versorgungsverträgen.....	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄	O ₅
Qualitätssicherung der Leistungserbringung	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄	O ₅

40. Falls es überwiegend nur in geringem oder sehr geringem Maße gelang, die Versichertenperspektiven einzubringen: Woran lag es hauptsächlich?

Sie können hier mehrere Kreuze machen.

- Versicherteninteressen spielten im Entscheidungs- und Umsetzungsprozess gar keine oder kaum eine Rolle 1
- Die Berücksichtigung von Versicherteninteressen scheiterte an Sachzwängen (finanziell, organisatorisch etc.) 1
- Versicherteninteressen waren widersprüchlich; Kompromisspositionen mussten erarbeitet werden 1
- Positionen waren zwischen den verschiedenen Gruppen des Verwaltungsrates umstritten; Einigung auf kleinstem Nenner 1
- Versichertenvertreter wurden unzureichend beteiligt am Entscheidungs- und Umsetzungsprozess 1
- Versichertenvertreter waren unzureichend informiert über die Interessenlagen der Versicherten 1
- Versichertenvertreter haben sich nicht genügend engagiert 1
- Versichertenvertreter waren unzureichend informiert über die Gegenstände der Entscheidungen 1
- Sonstiges *bitte eintragen:*
-

41. Welche der folgenden Beschreibungen bringt die Arbeit des Verwaltungsrates Ihrer Kasse in der vergangenen Wahlperiode auf den Punkt?

- Der Verwaltungsrat hat den Handlungsspielraum strategisch genutzt und entscheidende Impulse für die Gestaltung der Kassenpolitik gegeben. 1
- Der Verwaltungsrat hat den gegebenen Handlungsspielraum ausgefüllt, konnte aber keine entscheidenden Impulse für die Gestaltung der Kassenpolitik geben. 2
- Der Verwaltungsrat hat formell seine ihm zugeschriebenen Funktionen erfüllt. 3
- Defizite des Verwaltungsrates bei der formellen Erfüllung seiner Funktionen sind sichtbar geworden. 4

Ziele, Zustand und Probleme der Selbstverwaltung

42. In welchen Arbeitsbereichen sollte sich die Selbstverwaltung in Zukunft besonders engagieren? *Sie können hier mehrere Kreuze machen.*

- Entschuldung der Kasse 1
- Kostendämpfung, Erschließung von Einsparpotentialen 1
- Ausrichtung im Wettbewerb, Zielgruppenmarketing 1
- Profilbildung der Kasse 1
- Versicherten-/Kundenbindung 1
- Erhöhung der Mitgliederzahl der Kasse 1
- Senkung des Beitragssatzes 1
- Satzungsleistungen 1
- Neue Versorgungsmodelle
(Integrierte Versorgung, DMPs, Hausarztzentrierte Versorgung) 1
- Einzelverträge mit Leistungserbringern 1

Kontrolle der Qualität der Versorgung	O ₁
Ermittlung Bedarfslagen der Versicherten.....	O ₁
Gezielte Angebote für besondere Versichertengruppen (Senioren, Chronisch Kranke, sozial Benachteiligte, Migranten etc.)	O ₁
Betriebliche Gesundheitsförderung.....	O ₁
Lebensweltliche Primärprävention in Schulen, Stadtteilen etc.....	O ₁
Individuelle Primärprävention (Kurse)	O ₁
Kontakte zu Selbsthilfegruppen/-verbänden, Patientengruppen/-verbänden	O ₁
Öffentlichkeitsarbeit der Selbstverwaltung	O ₁
Aktivierung der Versicherten zu „kompetenten Nutzern“	O ₁

43. Wie beurteilen Sie die Funktionalität, Akzeptanz, Legitimation und die Repräsentation der Versicherteninteressen im derzeitigen Selbstverwaltungssystem?

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.

	sehr schlecht	schlecht	mittel	gut	sehr gut
Funktionalität (Erfüllung der gestellten Aufgaben und Ziele)	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄	O ₅
Akzeptanz bei den Versicherten.....	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄	O ₅
Legitimation durch Sozialwahlen	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄	O ₅
Repräsentation der Versicherteninteressen (Vertretung und Durchsetzung)	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄	O ₅

44. In welchen Bereichen müsste man Ihrer Meinung nach Veränderungen vornehmen, um Funktionalität, Akzeptanz, Legitimation und die Repräsentation der Versicherteninteressen zu optimieren? Sie können hier mehrere Kreuze machen.

Kommunikation mit den Versicherten	O ₁
Aktivierung der Versicherten zu „kompetenten Nutzern“	O ₁
Öffentlichkeitsarbeit und Berichterstattung durch die Selbstverwaltung	O ₁
Kommunikation mit den Landes-/Bundesverbänden	O ₁
Kommunikation mit dem Medizinischen Dienst	O ₁
Interne Berichtswege über die Bedarfe der Versicherten	O ₁
Kontakte zum Selbsthilfe-/Patienten-/Verbraucherschutzbereich	O ₁
Nutzung der Gestaltungsspielräume der Selbstverwaltung.....	O ₁
Interne Transparenz bei Entscheidungen des Verwaltungsrates	O ₁
Kontrollfunktion gegenüber dem Vorstand	O ₁
Qualifikation und Weiterbildung der Selbstverwalter	O ₁
Transparenz bei Auswahl und Aufstellung der KandidatInnen	O ₁
Sozialwahl ausschließlich in Form von Urwahlen mit Wahlkampf und Wahlkampfkostenerstattung	O ₁
Verbreiterung der Basis vorschlagsberechtigter Organisationen (z.B. Patienten-, Verbraucherschutzorganisationen, Versicherteninitiativen).....	O ₁
Beschränkung der Vorschlagsberechtigung auf die Gewerkschaften.....	O ₁
Direkte Wahl der Selbstverwaltungsorgane durch die Versicherten (ohne Verbände)	O ₁
Direkte Beteiligung von Versicherten im Verwaltungsrat (mit beratender Stimme)	O ₁
Sonstiges <i>bitte eintragen:</i>	

Es sind keine Maßnahmen notwendig

Angaben zur Person

A. Ihr Geschlecht?

Männlich 1Weiblich 2

B. Wie alt sind Sie?

_____ Jahre

C. Welchen beruflichen Ausbildungsabschluss haben Sie?

Kein beruflicher Abschluss 1Beruflich-betriebliche Ausbildung (Lehre), beruflich-schulische
Ausbildung (Berufsfachschule, Handelsschule) 2Ausbildung an einer Fachschule, Meister-, Technikerschule,
Berufs- oder Fachakademie 3Fachhochschulabschluss 4Hochschulabschluss 5Anderer beruflicher Abschluss 6

D. Zu welcher Gruppe gehört Ihr Beruf (aktuell oder zuletzt ausgeübter Beruf)?

Arbeiter:- ungelernt/angelern 1- Facharbeiter 2- Vorarbeiter/Meister 3Angestellter:- Tätigkeit nach Anweisung 4- selbstständige Tätigkeit 5- umfassende Führungsaufgaben 6Beamter:- einfacher oder mittlerer Dienst 7- gehobener Dienst 8- höherer Dienst 9Selbständiger im Handel, Gewerbe, Handwerk, Industrie etc. 10Akademiker in freiem Beruf 11

E. Waren Sie in der Wahlperiode 1999 bis 2005 die überwiegende Zeit...

vollzeit erwerbstätig 1teilzeit erwerbstätig 2in Rente/Pension 3im Vorruhestand 4nicht erwerbstätig (nicht Rente/Pension/Vorruhestand) 5