

20 Jahre freie Kassenwahl: Was sich für die Versicherten geändert hat

von Dr. Bernard Braun¹

ABSTRACT

Vor zwanzig Jahren hat das Gesundheitsstrukturgesetz die Rolle der Versicherten verändert, indem diese ab 1996 das Recht erhielten, von einer Krankenkasse in eine andere zu wechseln. Der Beitrag analysiert, inwieweit dies die Rolle der Versicherten gestärkt hat. So untersucht er beispielsweise, wie viele Versicherte tatsächlich gewechselt sind und warum viele dies nicht getan haben. Außerdem geht es um die Repräsentation der Versicherten in der Selbstverwaltung. Der Blick auf die Fakten zeigt: Einiges hat sich gebessert, aber es gibt immer noch Hindernisse; einige Mittel, die Versichertenouveränität zu steigern, sind längst bekannt und sollten (wieder) eingesetzt werden.

Schlüsselwörter: gesetzliche Krankenversicherung, Gesundheitsstrukturgesetz, Versicherte

20 years ago the Health Structure Act changed the role of the insurees: In 1996 insurees were given the freedom to exit one sickness fund in order to enter another. The article analyses whether this and other measures have strengthened the role of the insurees, by examining how many of them have made use of this option and why so many insurees have not. It also assesses the insurees' representation in the self-governing bodies. A close look at the fact reveals: Some things have changed for the better, but some political blockades should still be lifted. Some of the measures to be taken are well-known and should be (re)vitalized.

Keywords: statutory health insurance, Health Structure Act, insurees

1 Einführung

Mit dem faktischen Start der Kassenwahlfreiheit in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) vor 20 Jahren wurde die Ära der lebenslangen Zwangsmitgliedschaft und der überwiegend passiven Position der meisten GKV-Versicherten beendet. Sie sollten mit der scharfen Waffe des angedrohten oder tatsächlichen Wechsels ihre Unzufriedenheit mit dem Beitrag, dem Leistungsumfang sowie der Leistungs- und Servicequalität ihrer Krankenkasse zum Ausdruck bringen dürfen und damit individuell Einfluss auf das finanzielle und leistungsbezogene Handeln ihrer Krankenkasse und damit letztlich auf den Umfang und die Qualität der gesamten Versorgung nehmen können. Die Einführung dieser individuellen Handlungsoption des *exits* impliziert eine Kritik an den traditionell in der GKV für die Artikulation und Repräsentation von Versicherteninteressen etablierten Formen und der praktischen Wirksamkeit des individuellen Widerspruchs durch Beschwerden

sowie des kollektiven Widerspruchs durch gewählte Versichertenvertreter in Selbstverwaltungsorganen.

Das faktische Nebeneinander und im Idealfall Zusammenspiel der Einflussnahme durch den individuellen *exit* mit der Einflussnahme durch kollektiven *voice* in Gestalt der alten Selbstverwaltung und einiger neuer kollektiver *voice*-Einflussformen – zum Beispiel die Etablierung des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) mit Patientenbeteiligung durch das GKV-Modernisierungsgesetz von 2004 – sollte die Schwächen des einen Repräsentationsmodus durch die Stärken des anderen kompensieren und die Position der Versicherten möglichst vielseitig zur Geltung bringen und allseitig verbessern.

Was dazu die Kassenwahlfreiheit beigetragen hat und ob und wie sich mit ihrem Rückenwind die kollektiven und individuellen Einflussmöglichkeiten von Versicherten und

¹ Dr. rer. pol. Bernard Braun, Universität Bremen, Forschungszentrum soziale Ungleichheit und Sozialpolitik (SOCIUM) · Bibliothekstraße 1 · 28359 Bremen · Telefon: 01520-2098343 · E-Mail: bbraun@zes.uni-bremen.de

Patienten empirisch verändert haben, soll im Folgenden auf Basis der dazu nur punktuell und lückenhaft vorliegenden Studien exemplarisch beleuchtet werden.

2 Zur Empirie des Kassenwechsels

Die Möglichkeit des Kassenwechsels stärkt nur dann die Position der Versicherten und verschafft ihnen Einfluss auf die Höhe der Beiträge sowie den Umfang und die Qualität von Leistungen, wenn eine spürbare und repräsentative Anzahl von Versicherten „grundsätzlich geneigt“ und auch fähig ist, „sich über Versicherungsangebote und die Rahmenbedingungen des Wettbewerbs zu informieren, möglichst günstige Preis-Leistungs-Verhältnisse zu suchen und gegebenenfalls die Kasse zu wechseln“ (Höppner et al. 2004). Eine weitere notwendige Bedingung für einen Nutzen des Kassenwechsels ist, dass die Gründe des Kassenwechsels hinreichend bekannt sind.

Die Unterscheidung von *exit* (Abwanderung) und *voice* (Widerspruch) als Modi der Artikulation von Interessen und Wünschen stammt von dem amerikanischen Ökonomen Albert Hirschman (1970), der sie ursprünglich für Wirtschaftsunternehmen entwickelt hat. Zusammen mit einem dritten Modus, der *loyalty*, eignen sich diese Modi auch gut zur Charakterisierung der Beteiligungsformen und der Beteiligungswirklichkeit in Sozialversicherungsträgern (dazu ausführlicher Braun et al. 2008).

Sieht man sich die quantitative Entwicklung der Nutzung der Kassenwahlfreiheit an, betrug die jährliche Wechslerquote nach diversen Befragungen zwischen 1996 und 2000 knapp unter fünf Prozent (siehe dazu Braun et al. 2008, 22 ff.) und fiel noch in der Phase kassenspezifischer prozentualer Beitragssätze zwischen 2000 und 2008 auf 4,4 Prozent und 3,1 Prozent (Abbildung 1). Nach der Einführung eines einheitlichen Beitragssatzes mit der Möglichkeit kasseneigener Euro-Zusatzbeiträge nahm die Wechslerquote bis in zwei Ausnahmejahren weiter ab, und zwar um fast die Hälfte. Der höhere Wert im Jahr 2010 war die Folge der Einführung von Zusatzbeiträgen in einigen Kassen, und 2011 waren Kassenschließungen für einen etwas höheren Wert verantwortlich. Bereits hier zeigt sich der enge Zusammenhang zwischen der Höhe des Beitrags als Anlass, die *exit*-Option zu nutzen. Eine GKV-Versichertenumfrage im Jahr 2010 (Zok 2011) quantifizierte auch zusätzlich die Anzahl und Bedeutung potenzieller Wechsler unter den Bedingungen von Zusatzbeiträgen: Insgesamt waren dies

12,5 Prozent aller Versicherten. Der Anteil stieg in Kassen mit Zusatzbeitrag auf 25,8 Prozent.

2005, das heißt nach rund einem Jahrzehnt Kassenwahlfreiheit, hatten zwischen 20 Prozent und 25 Prozent der GKV-Versicherten mindestens einmal die Kasse gewechselt. Allein schon wegen der erheblich abnehmenden Wechslerquoten dürfte dieser Anteil gegenwärtig immer noch unter 40 Prozent liegen.

An den zentralen Erkenntnissen einer Studie von Schwarze und Andersen (2001) über die soziale und gesundheitliche Charakteristik der Kassenwechsler und den Hauptgrund für ihre Entscheidung hat sich bis heute nichts geändert: Demnach waren und sind Kassenwechsler im Vergleich zu Nichtwechslern jünger, deutlich gesünder, seltener behindert, haben weniger stationäre Behandlungen und ein etwas höheres Einkommen – bei minimalen oder keinen Unterschieden beim Bildungsniveau. Das bestätigt Zok (2011) auch noch für die aktuellen Bedingungen des Kassenwechsels wegen Zusatzbeiträgen. Dies bedeutet, dass ausgerechnet die Versicherten mit Kenntnissen und Erfahrungen über mögliche Versorgungsmängel und qualitative Ineffizienzen entweder wegen vollkommener Zufriedenheit oder trotz erlebter Mängel aus Unkenntnis, wegen des damit verbundenen Aufwands oder wegen massiver Fehlannahmen (siehe dazu in Kapitel 5 einen Beleg) über die Möglichkeiten und Folgen eines Kassenwechsels weniger ihre Kasse wechseln als gesunde Junge.

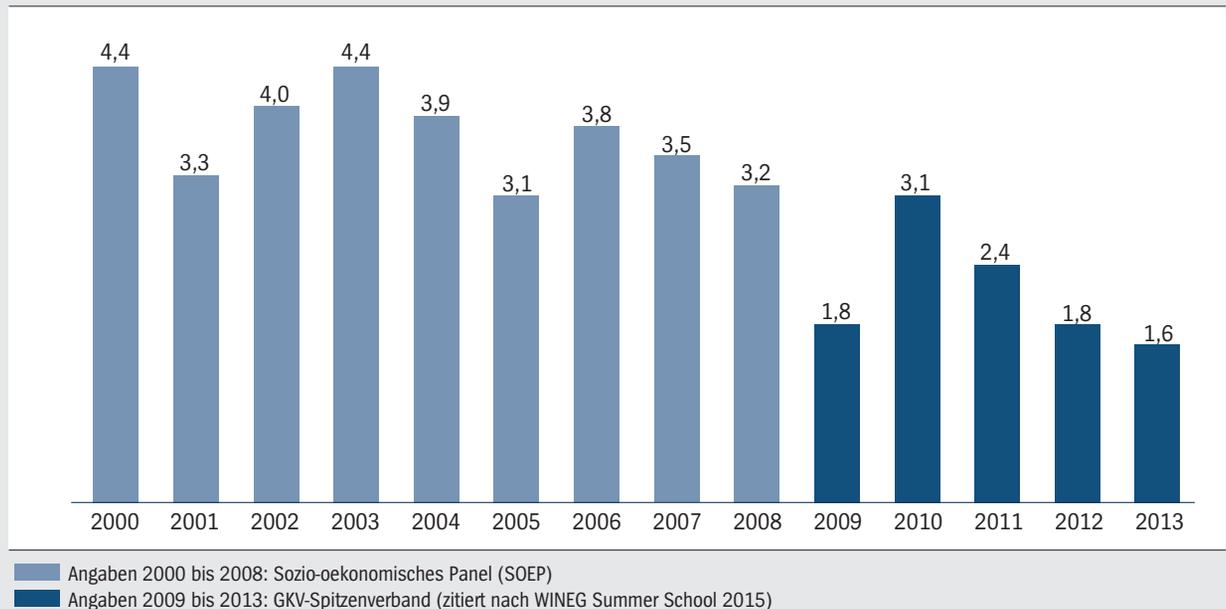
Zusammengefasst verliert das Instrument des Kassenwechsels stetig an quantitativer Bedeutung und erreicht durch die durchgängige überragende Bedeutung des Wechselgrunds „Höhe des Beitrags“ sowie die dominante Rolle von sogenannten gesunden Jungen unter den Kassenwechslern bis heute einen großen Teil seiner potenziellen Bedeutung für die patientenorientierte Versorgungsqualität nicht. Was damit aber erreicht wird, ist eine Verengung der Sicht- und Handlungsweise von Krankenkassen auf die Höhe des Beitragssatzes oder Zusatzbeitrags, die Reduktion ihrer Mitglieder auf mehr oder weniger flüchtige Kunden und eine trotz aller Bestimmungen und Bemühungen um Aspekte der Versorgungsqualität relative Vernachlässigung der weiterhin enormen Mengen an anbieterinduzierter Über- und Fehlversorgung.

3 Kollektive Beteiligung von Versicherten

Für die kollektive Einflussnahme von Versicherten auf das Geschehen im Krankenversicherungs- und Versorgungsgeschehen durch Versicherten- und Patientenvertreter stellt die alle sechs Jahre durch sogenannte Sozialwahlen legitimierte soziale Selbstverwaltung durch Versicherten- und Arbeitgebervertreter seit Gründung der GKV im Jahr 1883 eines ihrer

ABBILDUNG 1

Jährliche Wechslerquoten der Versicherten in der GKV von 2000 bis 2013



Quelle: WINEG Summer School 2015 auf Basis DIW und GKV-Spitzenverband; Grafik: G+G Wissenschaft 2015

bewährten konstitutiven Merkmale dar. Die mit dem GKV-Modernisierungsgesetz 2004 eingeführten Möglichkeiten, Patienteninteressen kollektiv durch Patientenvertreter in einer Vielzahl von Institutionen vertreten zu können, folgt im Großen und Ganzen dem Pfad der korporatistischen Selbstverwaltung. Obwohl die Einführung der Kassenwahlfreiheit als *exit*-Option der Einflussnahme die Notwendigkeit einer besseren Repräsentation und Beachtung von Versicherten- oder Patienteninteressen im Verwaltungsalltag unterstrichen und gestärkt hat, wurde die Chance, mit einer gleichzeitig initialisierten versichertenorientierten Revitalisierung der Selbstverwaltung die Rolle der Versicherten im Zusammenspiel der *exit*- und *voice*-Option insgesamt noch mehr zu stärken, bis zur Gegenwart (und nach allen Anzeichen auch in der näheren Zukunft) nicht wahrgenommen. Vielmehr setzte sich eine seit der Wiedereinführung der Selbstverwaltung im Jahre 1953 vorhandene Tendenz der expliziten und impliziten Schwächung oder Erosion der Möglichkeiten für Versicherte, aktiv (durch Kandidatur für das Selbstverwaltungsorgan) oder passiv (durch die Beteiligung an den Sozialwahlen) Einfluss auf Entscheidungen ihrer Krankenkasse zu nehmen, praktisch ungebrochen fort (Näheres in Braun et al. 2008 und Der Bundeswahlbeauftragte 2012).

Zu den neuen, seit dem 2004 verabschiedeten GKV-Modernisierungsgesetz existierenden und auch genutzten Einrichtungen kollektiver Beteiligung und Einflussnah-

me im Gesundheitswesen (siehe ausführlicher *Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2006* und *NAKOS 2014*) gehören vor allem der GBA und seine Unterausschüsse (Paragraf 91 SGB V) auf Bundes- und Landesebene; die Arbeitsgemeinschaft für Aufgaben der Datentransparenz (Paragraf 303 b SGB V); die Landesausschüsse (Paragraf 90 SGB V); die Zulassungsausschüsse (Paragraf 96 SGB V); die Berufungsausschüsse auf Landesebene (Paragraf 97 SGB V). Patientenvertreterinnen und -vertreter werden ferner bei Entscheidungen des Spitzenverbandes Bund der gesetzlichen Krankenkassen hinzugezogen, beispielsweise bei Entscheidungen über das Hilfsmittelverzeichnis oder die Festbeträge für Medikamente. Hinzu kommt die Beteiligung in Gesundheitskonferenzen der Länder und Kommunen. Die kollektive Beteiligung von Patientenvertretern erstreckt sich in den 29 dafür möglichen Einrichtungen achtmal auf das Recht, mitzuzustimmen, und ansonsten auf das Recht, angehört zu werden, Stellungnahmen einzureichen oder mitzuberaten.

Um bewerten zu können, welchen zusätzlichen Nutzen diese Beteiligungsmöglichkeiten für die Position und die Interessen der Patienten, Versicherten oder Bürger haben, fehlt es allerdings an einer kontinuierlichen und systematischen Transparenz über die Existenz dieser Gremien und ihre Tätigkeit. Ähnlich wie in der sozialen Selbstverwaltung

gaben daher von den dazu in einer Bevölkerungsumfrage im Jahr 2010 befragten GKV-Versicherten auch nur 21 Prozent und 17 Prozent an, jemals vom GBA und den dortigen Patientenvertretern gehört zu haben. Zehn Prozent hatten von regionalen Gesundheitsbeiräten oder Gesundheitskonferenzen gehört (Landmann et al. 2010, 109).

Zu den potenziellen Schwachpunkten zählen das Fehlen von Mitentscheidungsrechten in der Mehrzahl der genannten Gremien und die fehlende direkte aktive Legitimation der Vertreter durch geeignete Verfahren (zum Beispiel Wahlen). Stattdessen dominiert die indirekte Legitimation durch interne Prozesse in den aktuell vier per Gesetz dafür „anerkannten Organisationen“.

Zusammengefasst haben sowohl die alte Form der kollektiven Beteiligung von Versicherten durch *voice* beziehungsweise Selbstverwaltung als auch die diversen neuen Formen erhebliche und zum Teil extrem verfestigte Legitimations- und Repräsentativitätsschwächen. Weit mehr als die Hälfte der GKV-Versicherten hat während ihrer gesamten Mitgliedschaft kein einziges Mal aktiven Einfluss auf die Selbstverwaltung ihrer Krankenkasse nehmen können, und eine Zweidrittelmehrheit der Versicherten, die diese Möglichkeit besaß, machte davon keinen Gebrauch. Trotz einiger Verbesserungen (zum Beispiel Berichterstattung im Internet) ist außerdem die Transparenz über die Existenz der Einrichtungen mit Versicherten-/Patientenvertretern und vor allem über die dort stattfindenden Entscheidungen inhaltlich und formal unzureichend.

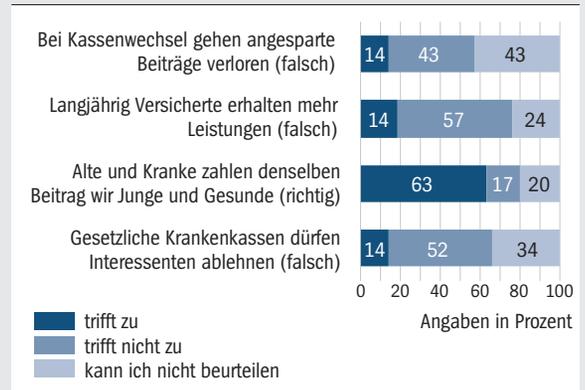
4 Position von Patienten in individuellen Beteiligungsformen

Zusätzlich zu den neuen individuellen Einflussmöglichkeiten von Versicherten auf ihre Versicherungsträger durch den Kassenwechsel entwickelten sich international, aber auch in Deutschland neuartige Verständnisse, Vorstellungen und Formen der Patientenrolle und der Einflussnahme von Patienten auf gesundheitsbezogene Versorgungsprozesse und auf Leistungsanbieter. Dies reicht von einer systematischen Patientenorientierung durch die Fokussierung auf Patientenpräferenzen bis zur aktiven Beteiligung von Patienten an Entscheidungsprozessen durch *informed consent* und *shared decision making*. Dies verbessert nachweisbar nicht nur die Lebensqualität der Patienten, sondern dient auch dazu, Über- und Fehlversorgung mit gesundheitlich nicht notwendigen Leistungen zu verringern und unnötige Kosten zu vermeiden.

Eine Reihe dieser Vorstellungen wurde in Deutschland auch normativ und institutionell aufgegriffen und umzusetzen ver-

ABBILDUNG 2

Wechselbarrieren



Unkenntnis im Jahr 2006: Viele Versicherte hatten vor zehn Jahren falsche oder unklare Vorstellungen von Regelungen der gesetzlichen Krankenversicherung. Schon bei einer einzigen der vier Fragen nicht die richtige Antwort zu wissen, konnte sich als Wechselbarriere erweisen.

Quelle: eigene Darstellung; Grafik: G+G Wissenschaft 2016

sucht. So hat der Sachverständigenrat Gesundheit in seinen Gutachten der Jahre 2000/2001 und 2003 Maßnahmen zur Nutzer- beziehungsweise Patientenorientierung vorgeschlagen, von denen die Politik einige aufgegriffen und normativ wie strukturell umgesetzt hat. So wurde die Position eines Patientenbeauftragten der Bundesregierung geschaffen. Die unabhängige Beratung von Bürgern und Patienten in medizinischen, juristischen und sozialen Fragen wurde zur Regelleistung erhoben (Paragraf 65 b SGB V). Bürger können auf die evidenzbasierten Patienteninformationen des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) zurückgreifen. Das Patientenrechtegesetz und das Krebsfrüherkennungsgesetz verpflichten die Ärzte, die Patienten über Nutzen und Risiken der vorhandenen Optionen im Sinne des *shared decision making* zu informieren. Die Abschottung der Versorgungsstrukturen wurde gemindert, die primärärztliche und sektorübergreifende Versorgung gefördert.

Trotz dieser Ansätze für ein Mehr an Patientenorientierung stellt sich die Frage, ob und wie das Gesundheitssystem dadurch bisher wirklich beeinflusst wurde und was dafür eigentlich noch nötig wäre. Dies lässt sich an den folgenden Beispielen ermesen:

- In den Jahren 2001 bis 2012 wünschten sich in 13 Befragungen auf eine inhaltlich identische Frage 55 Prozent beziehungsweise 24,3 Prozent einer repräsentativen Stichprobe der 14- bis 79-jährigen Bevölkerung bei Arztkontakten eine gemeinsame beziehungsweise autonome Entscheidungsfindung (Braun und Marstedt 2014). Obwohl es für die meisten Erkrankungen nicht nur eine Be-

handlungsmethode gibt, sagten im selben Zeitraum selbst 50 Prozent der chronisch Kranken, sie hätten im Rahmen einer ärztlichen Behandlung noch nie die Möglichkeit gehabt, eine Entscheidung über das weitere Vorgehen mitzutreffen.

- Trotz einer Fülle von gesicherten Nachweisen (vergleiche dazu unter anderem den systematischen Review von *Doyle et al. 2013; Joosten et al. 2008; Hibbard und Greene 2013; Hibbard et al. 2013*), dass die Verlaufs- und Ergebnisqualität verbessert wird, wenn Patientenerfahrungen berücksichtigt werden, fehlen zum Beispiel Merkmale für die Erhebung von *patient-reported outcomes* oft bereits in den Protokollen für klinische Studien oder die Protokolle sind in dieser Hinsicht unvollständig (*Kyte et al. 2014*).
- Obwohl *patient values* eine der drei Säulen von *evidence-based medicine* sind (siehe *Sackett et al. 2010*) und auch zwei methodische Pilotprojekte des IQWiG (*2013*) gezeigt haben, dass sich Präferenzen von Patienten erheblich und behandlungsrelevant von denen von Ärzten unterscheiden, hinkt ihre integrale Berücksichtigung bei der systematischen Überprüfung und Bewertung des Nutzens von Therapien weit hinter der von *research evidence* und *clinical practice* her. Was dies für die Position des Patienten konkret bedeutet, lässt das Beispiel des Einsetzens von Stents zur Behandlung der symptomatischen koronaren Herzkrankheit erkennen. Dadurch kann eine Beschwerdelinderung erzielt werden, nicht jedoch eine Minderung des Risikos für künftige Herzinfarkte oder eine Senkung des Mortalitätsrisikos. Braun und Klemperer (*2014*) führen zu den Konsequenzen dieser Erkenntnis aus Patientensicht Folgendes aus: „Ausschlaggebend für die Entscheidung über das Einsetzen eines Stents sollte also allein die Stärke des Patientenwunsches nach Symptomlinderung sein. Da sich vergleichbare Beschwerden sehr unterschiedlich auf das Befinden und den Alltag der Patienten auswirken können, muss hier jeder Patient nicht direktiv informiert werden und die Gelegenheit erhalten, Nutzenwahrscheinlichkeiten und Schadensrisiken abzuwägen. Eine sinnhafte Entscheidung ohne Information und persönliche Abwägung ist bei dieser präferenzsensitiven Versorgung nicht möglich. Untersuchungen zeigen jedoch (*Klemperer 2014*), dass Kardiologen im Gespräch mit den Patienten den Nutzen des Stents übertreiben oder falsch darstellen, die Risiken hingegen verharmlosen oder verschweigen. Folgerichtig haben Patienten, die einen Stent bei stabiler koronarer Herzkrankheit erhielten, fast ausnahmslos falsche Vorstellungen davon, was ihnen der Stent bringt. Wären sie gut informiert, würden sie also wissen, dass der Stent zwar Symptome lindert, aber weder das Herzinfarktrisiko noch das Sterberisiko mindert, würden viele Patienten auf den Stent verzichten (*Rothberg et al. 2014*). Vergleichbare Missstände bestehen bei den meisten, wenn nicht allen präferenzsensitiven Maßnahmen (*Stacey et al. 2014*). Patienten willigen somit

in Operationen und Untersuchungen ein, die sie ablehnen würden, wenn sie nur zutreffend informiert wären.“

5 Streitigkeiten zwischen Versicherten und Krankenkassen und Informiertheit

Zum Schluss betrachten wir noch zwei weitere Facetten der Wirklichkeit der Versichertenposition. Zum einen ist dies die Wirklichkeit der individuellen Einflussnahme von Versicherten durch Widersprüche und Klagen. Zum anderen wollen wir das Augenmerk auf die Informiertheit der Versicherten über einige für ihre Handlungsfähigkeit im Gesundheitswesen wichtige Bedingungen richten. Jährlich war laut einer 2007 durchgeführten Befragung ungefähr „ein Zehntel der Versicherten einmal uneins mit ihrer Krankenkasse“ (*Welti 2008, 75*).

Die Anzahl der dann bei den Sozialgerichten eingegangenen Klagen gegen gesetzliche Krankenkassen stieg von 14.752 im Jahr 1997 über 35.528 im Jahre 2002 und 33.829 im Jahr 2006 auf 41.121 im Jahr 2014 an (nach *Welti 2008* und verschiedenen Jahrgängen der Fachserie 10, Reihe 7.2 Rechtspflege. Sozialgerichte des Statistischen Bundesamtes). Welchen Anteil daran Versicherte haben, lässt sich mit Hilfe der amtlichen Statistik der Sozialgerichtsbarkeit für einen kürzeren Zeitraum nur mittelbar ermitteln. Danach wurden von den 23.833 von Sozialgerichten 2007 erledigten Verfahren 16.554 oder 69,5 Prozent von Versicherten oder Leistungsberechtigten eingereicht. 2014 wurden bereits 41.866 eingereichte Klagen erledigt, darunter 28.925 oder 69,1 Prozent von Versicherten oder Leistungsberechtigten.

Die Anzahl der durch Urteil oder Bescheid, also nicht zum Beispiel durch Rücknahme oder Vergleich, beendigten Klagen, an denen überhaupt Versicherte oder Leistungsberechtigte beteiligt waren, betrug 4.513 im Jahr 2007 und 7.265 im Jahr 2014. Bei 23,3 Prozent (2007) und 25,1 Prozent (2014) der so abgeschlossenen Verfahren kam es zu einem „Obsiegen“ oder „teilweisen Obsiegen/Unterliegen“ der Versicherten oder Leistungsberechtigten.

Knapp die Hälfte der Versicherten, die sich mit ihrer Kasse stritten, konnte durch ihr „Tätigwerden die Kassenentscheidung noch verändern“ (*Welti 2008, 75*). Das Tätigwerden umfasst eine Fülle von mündlichen und schriftlichen Interventionen beziehungsweise Verfahren, was nach dieser Untersuchung dazu führt, dass „höchstens ein Zwölftel der ausgetragenen Konflikte ... in einem rechtsförmigen Widerspruchsverfahren und höchstens die Hälfte davon in einem sozialgerichtlichen Verfahren“ entschieden wurden (*Welti 2008, 84*). Wissenslücken oder Irrtümer wirken sich auf die Position und das Handeln von Versicherten gerade im Zusammenhang mit

Kassenwechsel in vielfacher Weise aus. Bei der 2003 erfolgten Suche nach den Gründen, warum zum damaligen Zeitpunkt zwischen drei Viertel und vier Fünftel der GKV-Versicherten noch nie ihre Kasse gewechselt hatten, stießen Braun et al. (2006) auf weitverbreitete Fehlannahmen und Irrtümer über die Rahmenbedingungen in der GKV und mögliche unerwünschte Folgen eines Kassenwechsels. Die vier falschen Annahmen, dass die Beitragssatzhöhe sich nach Alter und Gesundheitszustand unterscheidet, angesparte Beiträge beim Kassenwechsel verloren gingen, langjährig Versicherte mehr Leistungen erhielten und Kassen Interessenten ablehnen dürften, wirkten praktisch als kognitive Wechselbarrieren. Fast zwei Drittel der Befragten beantworteten maximal zwei der vier Feststellungen und lediglich 20 Prozent alle Fragen richtig (Braun et al. 2006, 21 sowie Abbildung 2).

2014 war keines von vier für die gesundheitliche Versorgung weiter Teile der Bevölkerung relevanten Gesundheitsgesetze mehr als 50 Prozent einer repräsentativen Stichprobe der deutschen Bevölkerung bekannt. Die Bekanntheit konkreter gesundheitspolitischer und struktureller Maßnahmen schwankte zwischen 95 Prozent bei der Abschaffung der Praxisgebühr über 23 Prozent bei der Einführung erweiterter Satzungsleistungen der Krankenkassen bis zu neun Prozent bei der Einrichtung des unabhängigen Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (alle Angaben nach Bandelow et al. 2015).

In den genannten, aber auch in den Studien zur sogenannten Gesundheitskompetenz (vergleiche dazu Zok 2014) finden sich Hinweise, dass Wissensdefizite und Ähnliches ungleich verteilt sind; und zwar so, dass ausgerechnet die Versicherten, die aufgrund ihrer gesundheitlichen Situation besonders auf viel und verständliches Wissen angewiesen sind, überdurchschnittlich betroffen sind.

6 Perspektiven

Einer Reihe von normativen und strukturellen Verbesserungen zur Stärkung der Versicherten- und Patientenrolle, darunter sicherlich die Einführung der Kassenwahlfreiheit und anderer neuer Formen der individuellen und kollektiven Einflussmöglichkeiten oder Verbesserungen der Informationsmöglichkeiten durch Qualitätsberichte oder Faktenboxen, steht eine mindestens genauso lange Reihe von Reformblockaden und unbearbeiteten Schwachstellen gegenüber, die eine Stärkung der Versicherten-/Patientenposition verhindern oder behindern. Dazu zählen

- der Verzicht des Gesetzgebers und wichtiger sozialpolitischer Akteure auf eine Revitalisierung der Selbstverwaltung oder
- die Entwicklung eines besseren Alternativmodells,
- mangelnde Initiativen, um den Kassenwechsel zu einem

Instrument weiterzuentwickeln, das sämtliche Ineffizienzen thematisiert und nicht nur von sogenannten gesunden Jungen genutzt wird und ihnen nützt,

- die ohne den gesellschaftlichen Druck zum Beispiel durch die GKV nur langsam voranschreitende umfassende Patientenorientierung und der dazu notwendigen Instrumente (zum Beispiel *decision aids*) und
- konkrete Konzepte für ein synergetisches Zusammenspiel von *voice*- und *exit*-Optionen.

Außerdem sind trotz der sich langsam verbreitenden Erkenntnis über ungleich verteilte Gesundheitsrisiken und -chancen viele Instrumente zur Stärkung der Versicherten- und Patientenrolle nicht geeignet, daran etwas zu ändern. Beispielsweise helfen noch so gute Informationsangebote im Internet speziell den Versicherten mit hohem Bedarf nichts, wenn technische Möglichkeiten fehlen oder die Gesundheitskompetenz eingeschränkt ist. Den nötigen politischen Willen und die Erkenntnis vom umfassenden Nutzen von Versicherten- und Patientenorientierung vorausgesetzt, könnte also durch die Kombination der Weiterentwicklung bereits wirksamer und der (Re-)Aktivierung ebenfalls bereits vorhandener Instrumente, Verfahren und Erkenntnisse vieles erreicht werden, um Patienten zu besseren Beteiligten und (Mit-)Entscheidern zu machen.

Literatur

- Bandelow N, Eckert F, Rüsenberg R (2015):** Blackbox Gesundheitspolitik: Die (Un-)Bekanntheit wichtiger gesundheitspolitischer Entscheidungen in der Wählerschaft. In: Böcken J, Braun B, Meierjürgen R (Hrsg.): Gesundheitsmonitor 2015. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung, 37–57
- Braun B, Greß S, Höppner K et al. (2006):** Barrieren für einen Wechsel der Krankenkasse: Loyalität, Bequemlichkeit, Informationsdefizite? In: Böcken J, Braun B, Amhof R, Schnee M (Hrsg.): Gesundheitsmonitor 2006. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung, 11–31
- Braun B, Greß S, Rothgang H, Wasem J (2008):** Einfluss nehmen oder aussteigen? Theorie und Praxis von Selbstverwaltung und Kassenwechsel in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Berlin: Edition Sigma
- Braun B, Klenk T, Kluth W et al. (2008):** Modernisierung der Sozialversicherungswahlen. Baden-Baden: Nomos
- Braun B, Klemperer D (2014):** Patientenorientierung ernst nehmen. Public Health Forum; Band 23, Heft 1, 17–18
- Braun B, Marstedt G (2014):** Partizipative Entscheidungsfindung beim Arzt: Anspruch und Wirklichkeit. Newsletter 2/2014 Gesundheitsmonitor; www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Presse/imported/downloads/xcms_bst_dms_39951_39952_2.pdf
- Der Bundeswahlbeauftragte für die Sozialversicherungswahlen (2012):** Schlussbericht des Bundeswahlbeauftragten für die Sozi-

alversicherungenwahlen zu den Sozialwahlen 2011; www.bmas.de/DE/Themen/Soziale-Sicherung/Sozialversicherungswahlen/inhalt.html

Doyle C, Lennox L, Bell D (2013): A Systematic Review of Evidence on the Links between Patient Experience and Clinical Safety and Effectiveness; bmjopen.bmj.com/content/3/1/e001570.full.pdf+html

Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE) (2006): 6.2.2 Beteiligung an kollektiven Entscheidungen im Gesundheitswesen. In: Gesundheit in Deutschland; www.gbe-bund.de/pdf/GES-BER2006.pdf

Hibbard JH, Greene J (2013): What the Evidence Shows about Patient Activation: Better Health Outcomes and Care Experiences; Fewer Data on Costs. Health Affairs, Band 32, Heft 2, 207–214

Hibbard JH, Greene J, Overton V (2013): Patients with Lower Activation Associated with Higher Costs; Delivery Systems Should Know their Patient's "Scores". Health Affairs, Band 32, Heft 2, 216–222

Hirschman A (1970): Exit, Voice and Loyalty – Responses to Decline in Firms, Organizations, and States. Cambridge, Mass.: Harvard University Press

Höppner K, Buitkamp M, Braun B et al. (2004): Kassenwettbewerb: Motive für einen Kassenverbleib. In: Böcken J, Braun B, Schnee M (Hrsg.): Gesundheitsmonitor 2004. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung, 24–34

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) (2013): Wie sich die Präferenzen von Patienten ermitteln lassen. Pressemitteilung vom 7. Juni 2013; www.iqwig.de → Presse → Pressemitteilungen

Joosten, EA et al. (2008): Systematic Review of the Effects of Shared Decision-Making on Patient Satisfaction, Treatment Adherence and Health Status. Psychotherapy and Psychosomatic Band 77, Heft 4, 219–226

Klemperer D (2014): Vier neue Studien zur Überversorgung mit Stent. Forum Gesundheitspolitik; www.forum-gesundheitspolitik.de/artikel/artikel.pl?artikel=2394

Kyte D, Duffy H, Fletcher B et al. (2014): Systematic Evaluation of the Patient-Reported Outcome (PRO) Content of Clinical Trial Protocols. PLOS ONE Band 9, Ausgabe 10

Landmann J, Böcken J, Conklin A et al. (2010): 4 Gesundheitspolitische Beteiligungen im Licht internationaler Empirie. In: Böcken J, Braun B, Landmann J (Hrsg.): Gesundheitsmonitor 2010. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung, 91–117

NAKOS. Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (2014): Grundlagen der Patientenbeteiligung nach § 140 f SGB V. Erfahrungen einbringen, Interessen vertreten; www.nakos.de/data/Materialien/2014/NAKOS-Patient-und-Selbsthilfe.pdf

Rothberg MB, Scherer L, Kashef M, et al. (2014): The Effect of Information Presentation on Beliefs about the Benefits of Elective Percutaneous Coronary Intervention. JAMA Internal Medicine, Band 174, Heft 10, 1623–1629

Sackett D et al. (2010): Evidence-Based Medicine: How to Practice and Teach EBM. Edinburgh: Churchill Livingstone

Schwarze J, Andersen H (2001): Kassenwechsel in der gesetzlichen Krankenversicherung: Welche Rolle spielt der Beitragssatz? DIW Diskussionspapier 267; www.diw.de/documents/publikationen/73/diw_01.c.38505.de/dp267.pdf

Stacey D, Légaré F, Col Nananda F, et al. (2014): Decision Aids for People Facing Health Treatment or Screening Decisions. Cochrane Database of Systematic Reviews

Welti F (2008): Streitigkeiten zwischen gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen und ihren Versicherten. In: Böcken J, Braun B, Amhof R (Hrsg.): Gesundheitsmonitor 2008. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung, 67–87

Zok K (2011): Reaktionen auf Zusatzbeiträge in der GKV. Ergebnisse einer Repräsentativ-Umfrage. In: WIdO-Monitor, Jg. 8, Heft 1, 1–8; www.wido.de/wido_monitor_1_2011+M51b72d618bf.html?&contentId=5075

(letzter Zugriff auf alle Quellen: 10. Dezember 2015)

DER AUTOR



Dr. Bernard Braun,

Jahrgang 1949, Studium der Soziologie, Politikwissenschaft und Sozial- und Wirtschaftsgeschichte in Marburg/Lahn, seit Ende der 1970er-Jahre Forschung im Bereich der Gesundheitsberichterstattung mit GKV-Routinedaten, der Steuerung des Gesundheitswesens durch Selbstverwaltung, der Politikfolgenforschung im Bereich der stationären Versorgung und der Versorgungsforschung unter Berücksichtigung der Patienten- und Beschäftigtererfahrungen; seit 1995 wissenschaftlicher Mitarbeiter am Zentrum für Sozialpolitik (ZeS)/SOCIUM der Universität Bremen; seit 2001 Mitherausgeber des Gesundheitsmonitors der Bertelsmann Stiftung und Barmer GEK (seit 2012); seit 2005 Herausgeber der Gesundheitswissenschafts-Website www.forum-gesundheitspolitik.de