

GGW Wissenschaft

GESUNDHEIT UND GESELLSCHAFT

GGW – Das Wissenschaftsforum in Gesundheit und Gesellschaft

Januar 2016, 16. Jahrgang

NOTIZEN

Zeitschriftenschau

von *Thomas Engel*, Institut für Soziologie
an der Friedrich-Schiller-Universität Jena 2

Drei Fragen an

Florian Steger, Institut für Geschichte und Ethik der Medizin
an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg 3

Buchtipps

von *Ines Behn-Künzel*, Fachbereich Wirtschaft,
Jade Hochschule Wilhelmshaven 4

WIDO

Versorgungs-Report 2015/2016

Bei einer Mandel-OP entscheidet auch der Wohnort 5

Heilmittelbericht 2015

Ältere Menschen nutzen oft Physiotherapie 6

ANALYSEN

Schwerpunkt: GSG-Reformen und ihre Folgen

20 Jahre GKV-Organisationsreform:

Was sich bei den Krankenkassen geändert hat

Wilfried Boroch, FOM Hochschule Essen 7

20 Jahre freie Kassenwahl:

Was sich für die Versicherten geändert hat

Bernard Braun, Universität Bremen 15

Die Krankenversicherung von Selbstständigen:

Reformbedarf unübersehbar

Dietmar Haun und Klaus Jacobs, Wissenschaftliches Institut
der AOK (WIDO), Berlin 22

STUDIE IM FOKUS

Stadt-Land-Unterschiede bei hausärztlicher Lebensstilberatung 31

SERVICE

Köpfe, Kongresse, Kontakte 32

Liebe Leserinnen und Leser,

„Zwang ist die These, Freiheit die Antithese und Ordnung die Synthese.“ So dozierte mein Vater gerne am Mittagstisch, als ich zehn oder elf Jahre alt war – wie ich gestehen muss, tendenziell zu meinem Ärger. Ich hatte zwar schon damals ein gewisses Faible für Fremdwörter und die Welt gedanklicher Konstrukte (der Ausdruck Philosophie fehlte noch in meinem Vokabular), doch ich fand solche Einlassungen unfair gegenüber meiner Mutter. Zum einen beschränkte die ihre Vorträge auf ihre Hochschultätigkeit, zum anderen lenkten solche Äußerungen unnötig ab von den in der Regel köstlichen Mahlzeiten, die sie uns vorzusetzen pflegte. Über Hegel & Co. wurde bei uns manche Suppe kalt.

Warum ich das alles erzähle? Nun, vier Jahrzehnte später, stelle ich eine GGW zusammen, in der es um Zwang und Freiheit geht. Vor zwanzig Jahren traten nämlich wesentliche Neuerungen des Gesundheitsstrukturgesetzes in Kraft: Die Krankenkassen wurden damals angehalten, ihre Organisationen zu reformieren, und auch für die Versicherten änderte sich einiges. Sie durften zum Beispiel nun ihre Kasse frei wählen. Wir wollten anlässlich des Reform-Jubiläums von **Wilfried Boroch** mit Blick auf die Kassen und **Bernard Braun** mit Fokus auf den Versicherten wissen, wie diese Maßnahmen die gesetzliche Krankenversicherung verändert haben. Was ist nun das Fazit? Kam in der Summe ein optimales Maß an Ordnung ins System? Müssen Freiheit und Zwang anders austariert werden? Bilden Sie sich Ihr eigenes Urteil. Das gilt selbstverständlich auch für unseren dritten Beitrag. In dem geht es um die Krankenversicherung von Selbstständigen. **Dietmar Haun** und **Klaus Jacobs** machen hier gleich zweifachen Reformbedarf aus. Wie intensiv auch immer Sie das diskutieren wollen, als inzwischen passionierte Hobbyköchin habe ich eine Bitte an Sie: Lassen Sie darüber Ihre Suppe nicht kalt werden!

Viel Vergnügen beim Lesen wünscht Ihnen



Allgemeinmedizin
Förderprogramm auf Erfolgskurs

Die Weiterbildungsinitiative Allgemeinmedizin wirkt: Die Zahl der geförderten angehenden Allgemeinmediziner stieg im ambulanten Bereich von 2010 bis 2014 um 50 Prozent auf 4.902 Ärzte, im stationären Bereich um 34 Prozent auf 2.583 Ärzte an, so das Ergebnis des aktuellen Evaluationsberichts. Die Initiative ist ein Projekt des Spitzenverbandes der gesetzlichen Krankenversicherung, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung unter

Beteiligung des Verbandes der Privaten Krankenversicherung und der Bundesärztekammer. ■

Mehr Informationen:
www.gkv-spitzenverband.de > Presse > Pressemitteilungen

Gesundheitsforschung
Förderinitiative „Gesund – ein Leben lang“ startet

Unter der Überschrift „Gesund – ein Leben lang“ stellt das Bundesministerium für Bildung und Forschung bis zum Jahr 2021 rund 100 Millionen Euro für Forschungsvorhaben bereit, die helfen, Prävention und Therapie passgenau auf die Bedürfnisse

der Menschen in verschiedenen Lebensphasen abzustimmen. In einer ersten Verfahrensstufe können bis zum 10. März (Kinder- und Jugendmedizin) beziehungsweise 28. April 2016 (Versorgung und Pflege älterer Menschen) formlose Projektskizzen eingereicht werden. Weitere Förderrichtlinien zu gesundheitsförderlichen Strukturen in der Arbeitswelt, zur Entwicklung geschlechtersensibler Präventions- und Versorgungskonzepte sowie zu Mehrfacherkrankungen und Arzneimitteltherapie im Alter sollen folgen. ■

Mehr Informationen:
www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/gesund-ein-leben-lang

ZEITSCHRIFTENSCHAU

Arbeitsstress schädigt das Herz

Ungünstige Arbeitsbedingungen wie Stress, Mobbing, Arbeitsplatzunsicherheit und -verlust sowie Überforderung durch Mehrarbeit erhöhen das Risiko koronarer Herzerkrankungen (KHK). Ein systematischer Studienüberblick ergab, dass psychosozialer Stress am Arbeitsplatz auch mit unangemessenen Immunantworten einhergeht und ein eigenständiges KHK-Gesundheitsrisiko darstellt, dessen Stärke im Vorhersagebereich von klassischen Risikofaktoren liegt. Dieser Effekt verstärkt sich, wenn im Privatleben weitere ungünstige psychosoziale Faktoren wie Schlafstörungen oder Partnerschaftskonflikte hinzukommen. Zur wirksamen Prävention empfehlen die Autoren Kurz-Anamnesen, die sowohl die Arbeits- als auch die private Situation erfassen. In ihrem Beitrag stellen sie ein entsprechendes Befragungsinstrument vor. ■
Deutsches Ärzteblatt 2015;112(38):30–32



Von **Thomas Engel**,
 Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Soziologie (Arbeits-, Industrie-, Wirtschaftssoziologie) an der Friedrich-Schiller-Universität Jena

Adresse:
 Carl-Zeiss-Straße 2
 07737 Jena
 Telefon:
 03641 945529
thomas.engel@uni-jena.de
www.sozioogie.uni-jena.de

Heimarbeit birgt Gesundheitsrisiken

Unabhängig von festen Orten und Zeiten zu arbeiten, kennzeichnet in zunehmendem Maße die abhängige Erwerbsarbeit. Die Autoren einer Literaturübersicht zu diesem Thema kommen zu dem Schluss, dass der Nutzen flexibel mobiler Arbeitsformen trotz vieler Potenziale (bessere Vereinbarkeit von Arbeit und Beruf, ungestörte Arbeit, Zeitautonomie) hinter den Ansprüchen der Beschäftigten zurückbleibt. An Heimarbeitsplätzen

wird vermehrt zusätzlich und regelmäßig in den Nachtstunden sowie an Wochenenden gearbeitet. In dieser Zeit werden vor allem tagsüber liegen gebliebene Aufgaben erledigt. Leichte bis mittlere Einschlafstörungen und weitere gesundheitliche Belastungen können eine Folge dieser Zeitpufferlogik sein. Um dem Risiko der Isolation vorzubeugen, empfehlen die Autoren, Heimarbeit mit Anteilen betrieblicher Arbeit zu mischen. ■
Wirtschaftspsychologie/Themenheft „Gestaltung mobil-flexibler Arbeit“ 2014-4/2015-1:3–10

Weniger Gesundheitsschutz für Leiharbeiter

Am Beispiel des Arbeits- und Gesundheitsschutzes untersuchte eine deutsche Soziologin die Umsetzung überbetrieblicher Normen in der betrieblichen Praxis. Ihr Fazit: Gerade hochflexible, prekäre Arbeits- und Beschäftigungsformen wie Leiharbeit weisen deutliche Defizite in der gesundheitsgerechten Gestaltung auf, insbesondere bei psychischen Belastungen. Offenbar, so die Schlussfolgerung, verlieren diese Belastungen vom Kern (Stammbelegschaft) zu den Rändern des regulierten Arbeitsmarktes (Leiharbeit, Werkverträge) an Beachtung. Als Gründe für diesen „blinden Fleck“ werden neben fehlender überbetrieblicher Kontrolle die unklare Verantwortungssituation in der Ent- und Verleihpraxis sowie schwache Interessenvertretungen für die Anliegen prekär Beschäftigter genannt. ■
Berliner Journal für Soziologie 2015;25:161–185

Prävention**Bundesweite Datenbank sammelt Vergiftungsfälle**

Die acht deutschen Giftinformationszentralen haben eine gemeinsame bundesweite Falldatenbank gegründet. Die Auswertung der zentral gesammelten Daten soll helfen, Programme zur Prävention von Vergiftungen zu entwickeln, Erkenntnisse über kritische (Über-)Dosierungen etwa von Medikamenten zu gewinnen und ein flächendeckendes Frühwarnsystem für Vergiftungserscheinungen aufzubauen. ■

Mehr Informationen:
www.idw-online.de/de/news641907

Forschungskooperation Therapie nach Maß gegen Infektionen

Individualisierte Therapien zur Infektionsbekämpfung sind das Ziel des „Centre for Individualised Infection Medicine“ (CIIM), das im Dezember als gemeinsame Einrichtung des Helmholtz-Zentrums für Infektionsforschung (HZI) und der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) gegründet wurde. Die Forscher wollen untersuchen, welche individuellen Gegebenheiten den Krankheitsverlauf beispielsweise bei chronischen Infektionen mit Hepatitis und Herpesviren beeinflussen. ■

Mehr Informationen:
www.helmholtz-hzi.de > Organisation > Standorte > Centre for Individualised Infection Medicine

Politikberatung**Neues Forum für die Gesundheitsforschung**

Auf Einladung des Bundesministeriums für Bildung und Forschung hat sich in Berlin das Forum Gesundheitsforschung gegründet. Dem Gremium, das

das Ministerium bei der Ausgestaltung der Gesundheitsforschung beraten und Vorschläge für Forschungsfragen erarbeiten soll, gehören Vertreter führender

deutscher Forschungsorganisationen sowie der Wirtschaft an. ■

Mehr Informationen:
www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/forum

DREI FRAGEN AN ...**Medizinische Innovation bedarf kritischer Reflexion**

... Professor Dr. phil. Florian Steger, Direktor des Instituts für Geschichte und Ethik der Medizin an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Forschungsschwerpunkte:

Geschichte, Theorie, Ethik der Medizin; Antike Medizin und ihre Rezeption; Medizin und Künste (vor allem Literatur); Neuere und Neueste Geschichte; Klinische Ethik

Jahresetat:

Grundfinanzierung durch das Land plus Drittmittel

Zahl und Qualifikation der Mitarbeiter:

1 Universitätsprofessor, 2 Sekretärinnen, 10 Wissenschaftliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, 5 Studentische/Wissenschaftliche Hilfskräfte

Adresse:

Institut für Geschichte und Ethik der Medizin
Medizinische Fakultät
Martin-Luther-Universität
Halle-Wittenberg
Magdeburger Straße 8
06112 Halle (Saale)
Telefon: 0345 5573550
Fax: 0345 5573557
geschichte.ethik@uk-halle.de
www.medicin.uni-halle.de/igem

Was ist derzeit Ihre wichtigste wissenschaftliche Fragestellung?

Wir verfolgen historische, theoretische und ethische Fragestellungen zur Medizin und den Biowissenschaften. Einen besonderen Fokus legen wir seit geraumer Zeit auf das Gesundheitssystem der DDR. So haben wir uns mit den geschlossenen venerologischen Stationen beschäftigt, in denen Frauen traumatisiert wurden. Wir haben uns auch mit Arzneimittelstudien westlicher Pharmaunternehmen in der DDR befasst. Wir bemühen uns stets, unsere Forschungsergebnisse in das politische Gespräch einzubringen. Dies ist insofern von Bedeutung, als durch unsere Forschung zum Gesundheitssystem der DDR nicht zuletzt Fragen der Anerkennung und Rehabilitation politisch anzugehen sind. Darüber hinaus engagieren wir uns bei aktuellen Fragestellungen zu biowissenschaftlichen Innovationen in der Politikberatung.

Wie fördern Sie die Kooperation wissenschaftlicher Disziplinen und die Netzwerkbildung?

Unser Team setzt sich aus verschiedenen Fachdisziplinen zusammen. Dies ist auch notwendig, da die wissenschaftlichen Fragestellungen, die wir verfolgen, genuin interdisziplinär sind und entsprechend bearbeitet werden sollten. Durch regelmäßige Workshops, Tagungen und Konferenzen pflegen wir unsere interdisziplinären und internationalen Netzwerke.

Ist die Politik gut beraten, wenn sie auf die Wissenschaft hört?

Die von uns geleistete geisteswissenschaftliche Reflexion medizinischer und biowissenschaftlicher Neuerungen und Innovationen stellt einen wichtigen gesellschaftlichen Beitrag dar. Dabei ist auch ein historischer Blick wertvoll, wie wir gerade an unserer medizinhistorischen Forschung zur DDR zeigen können. Die gegenseitig wertschätzende Begegnung und der offene Austausch zwischen Wissenschaft und Politik sind zentrale Elemente unserer freiheitlichen Demokratie.

Studium I

Pharma- und Medizinökonomie

Die Rheinische Fachhochschule Köln bietet ab dem Sommersemester 2016 gleich zwei neue Ausbildungsgänge im Gesundheitsbereich an: ein neu strukturiertes, auf vier Semester angelegtes Masterstudium der Medizinökonomie mit den Schwerpunkten Gesundheitsindustrie sowie Medizin- und Behandlungsmanagement in der Patientenversorgung und einen Bachelorstudiengang Pharmaökonomie, der entweder als Vollzeitstudium in sechs oder berufs begleitend in sieben Semestern zu absolvieren ist. ■

Mehr Informationen:
www.rfh-koeln.de > Studium > Studiengänge

Studium II

Soziale Arbeit mit Flüchtlingen

Ein neuer Masterstudiengang „International Social Work with Refugees and Migrants“ startet zum Sommersemester an der Hochschule für angewandte Wissenschaft Würzburg-Schweinfurt. Das dreisemestrige Studium soll fachliche, soziale und professionsbezogene Kompetenzen für die soziale Arbeit mit Migranten und Flüchtlingen vermitteln. Unterrichtssprache ist Englisch. Im Rahmen einer geplanten Kooperation kann auf Wunsch ein Auslandssemester an der Deutsch-Jordanischen Hochschule in Amman absolviert werden. ■

Mehr Informationen:
mrm.fhws.de/startseite.html

Studium III

Masterstudiengang Arzneimittelforschung

Die Fakultät für Angewandte Naturwissenschaften der Technischen Hochschule Köln und die Medizinische Fakultät der Universität zu Köln bieten zum Wintersemester 2016/2017 einen neuen, gemeinsam entwickelten Masterstudiengang „Drug Discovery and Development“ an. Das interdisziplinäre Studium ist auf vier Semester angelegt, Unterrichtssprachen sind Deutsch und Englisch. Die Ausbildung soll die Absolventen für eine Tätigkeit in der Arzneimittelforschung qualifizieren. ■

Mehr Informationen:
www.th-koeln.de/hochschule/masterstudiengang-drug-discovery-and-development_27957.php

BUCHTIPPS

Zum Thema Gesundheitstourismus



Die Buchtipps in GGW wurden diesmal zusammengestellt von **Prof. Dr.**

Ines Behn-Künzel,
Professorin für Allgemeine BWL, Freizeit- und Gesundheitsmanagement an der Jade Hochschule Wilhelmshaven

Friedrich-Paffrath-Straße 101
26389 Wilhelmshaven
Telefon: 04421 985-2341
Fax: 04421 985-2596
ines.behn-kuenzel@jade-hs.de
www.jade-hs.de

Autoren/Titel	Inhalt
<i>Kai-Torsten Illing</i> Gesundheitstourismus und Spa-Management	Das bewährte Grundlagenwerk liefert einen umfassenden Überblick über den Gesundheitstourismus aus betriebswirtschaftlicher Perspektive, mit Schwerpunkt auf dem deutschsprachigen Raum. Es stellt wesentliche Trends und
<i>Monika Rulle, Wolfgang Hoffmann, Karin Kraft</i> Erfolgsstrategien im Gesundheitstourismus <i>Analyse zur Erwartung und Zufriedenheit von Gästen</i>	Angesichts der zunehmenden gesundheitsbezogenen Eigenvorsorge beleuchtet dieses Buch die Nachfrage nach sogenannten Medical-Wellness-Leistungen, also Angeboten zur allgemeinen Gesundheitsförderung. Auf der Grundlage einer repräsentativen Untersuchung trifft der Band, der sich an Anbieter des ersten
<i>Manfred Cassens</i> Gesundheitstourismus und touristische Destinationsentwicklung <i>Ein Lehrbuch</i>	Dieses Lehrbuch betrachtet den Gesundheitstourismus nicht nur aus betriebswirtschaftlicher Sicht, sondern lässt anthropologische, psychologische, soziologische, pädagogische und ethische Perspektiven einfließen und reflektiert

Angebotsstrukturen dar, systematisiert die Nachfrage nach gesundheitstouristischen Leistungen und gibt konkrete, praxisorientierte Hilfestellungen für das Planen und Betreiben von Spa-Einrichtungen und -regionen. (Oldenbourg, 2009)

und zweiten Gesundheitsmarktes richtet, wissenschaftlich fundierte und praxisrelevante Aussagen zu kundenbezogenen Parametern, identifiziert verschiedene gesundheitstouristische Zielgruppen und liefert Informationen zur Zufriedenheit der Gäste mit diversen Angeboten. (Erich Schmidt Verlag, 2010)

auch die historische Entwicklung des Gesundheitstourismus. Die Verknüpfung von theoretischem Wissen mit Praxisbeispielen und Literaturhinweisen macht dieses Werk für Studierende wie Praktiker lesenswert. (Oldenbourg, 2013)

Foto: Jade Hochschule Wilhelmshaven

Versorgungs-Report 2015/2016

Bei einer Mandel-OP entscheidet auch der Wohnort

Wenn es darum geht, ob Kinder und Jugendliche an den Mandeln oder am Blinddarm operiert werden, spielt der Wohnort eine große Rolle. Das belegt der neue Versorgungs-Report 2015/2016 des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (Wido). Auch bei anderen Krankheitsbildern gibt es deutliche regionale Unterschiede in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen.

Der neue Versorgungs-Report hat mit den Mandel- und Blinddarmoperationen die beiden häufigsten Eingriffe bei Kindern und Jugendlichen untersucht. Tonsillektomien, also die vollständige Entfernung der Gaumenmandeln, wurden im Jahr 2014 rund 68.000 Mal bei jungen Menschen bis zu 24 Jahren durchgeführt. Insgesamt hat die Zahl dieser Operationen in den Jahren 2006 bis 2012 in allen Bundesländern im Mittel um 22,2 Prozent abgenommen. Dieser Rückgang der Behandlungsraten war im Saarland mit 6,4 Prozent am geringsten und mit 34,7 Prozent in Bayern am stärksten. Auf ge-

ringerem Niveau zugenommen haben im selben Zeitraum die Teilentfernungen (Tonsillotomien) von Mandelgewebe.

Eine differenzierte Betrachtung ermöglichen die für Deutschland geltenden 96 Raumordnungsregionen (siehe Abbildung unten). Im Vergleich dieser Regionen variierte im Jahr 2012 bei Tonsillektomien die standardisierte Behandlungsrate bei Patienten bis 24 Jahre zwischen 13 und 61 Operierten je 10.000 Einwohner. Bei Tonsillotomien lag die Rate zwischen 0,2 und 24 operierten Patienten. Für beide Verfahren zusammen schwankte die Rate 2012 zwischen 17 und 66 je 10.000 Einwohner. Auffällig ist dabei, dass 35 Prozent der jungen Menschen, denen die Gaumenmandeln komplett entfernt wurden, im Jahr vor der Operation keine antibiotisch behandelte Mandelentzündung hatten.

Bei den Blinddarmentfernungen lagen die Operationszahlen der Jungen und Mädchen unter 18 Jahren zwischen 13 operierten Patienten je 10.000 Einwohner in der Region Schleswig-Hol-

stein Ost und 51,8 Operierten in der Region Ingolstadt. Der bundesweite Durchschnitt liegt bei 27 Blinddarmentfernungen je 10.000 Einwohner. Für den Versorgungs-Report haben Experten aus Medizin, Epidemiologie und Prävention in insgesamt 14 Beiträgen die Gesundheitssituation und Trends in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen analysiert und kommentiert.

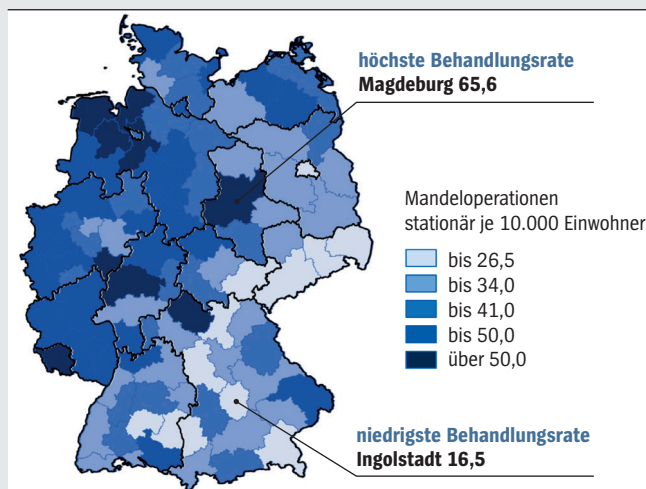
In der Rubrik „Monitoring“ geht es diesmal um die Therapie von Patienten mit Depression und um Operationen an der Prostata. Wie gewohnt verzeichnet der Versorgungs-Report für alle Altersgruppen die Krankheitshäufigkeit und die Hospitalisierungsquoten, differenziert nach den Diagnosen der 24 Millionen AOK-Versicherten. ■



Christian Günster, Leiter des Forschungsbereichs Integrierte Analysen im Wido

„Die regionalen Unterschiede bei Operationen weisen oft auf eine schwierige Indikationsstellung hin. Hier können Behandlungsleitlinien für mehr Sicherheit sorgen.“

Behandlungsrate Mandeloperationen* bei Patienten bis 24 Jahre nach Raumordnungsregionen



Quelle: Versorgungs-Report 2015/2016; Grafik: G+G Wissenschaft 2016

* Die Raten wurden standardisiert nach Alter- und Geschlecht auf die deutsche Wohnbevölkerung übertragen.



Klauber J, Günster C, Gerste B, Robra BP, Schmacke N (Hrsg.): Versorgungs-Report 2015/2016. Schwerpunkt: Kinder und Jugendliche. Stuttgart: Schattauer 2015; 471 Seiten, mit Online-Zugang, 54,99 Euro, ISBN 978-3-7945-3144-8

Wido-TICKER: Informationen zum Praktikantenprogramm des Wido unter www.wido.de +++ Bestellung von Einzelexemplaren von GGW unter www.wido.de +++ Direktbestellungen von Wido-Publikationen unter Telefon 030 34646-2393, Fax 030 34646-2144

Heilmittelbericht 2015

Ältere Menschen nutzen oft Physiotherapie



Der Heilmittelbericht 2015 des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WidO) zeigt: Ältere Menschen ab 60 Jahren bedürfen besonders oft einer Heilmittelbehandlung wie Ergo-, Physio- oder Sprachtherapie.

Über 37 Millionen Mal haben Ärzte 2014 eine Heilmitteltherapie verordnet. Mehr als die Hälfte aller Behandlungen (52,1 Prozent) nutzten dabei Patienten ab 60 Jahren. Von den über 7,7 Millionen AOK-Versicherten ab 60 Jahren haben knapp 29 Prozent mindestens eine ergo-, sprach- oder physiotherapeutische Behandlung erhalten. Erkrankungen wie zum Beispiel Schlaganfälle oder Einschränkungen in der Beweglichkeit nehmen in dieser Altersgruppe zu und werden mit diesen Therapien behandelt. Mit zunehmendem Alter der Versicherten wächst deshalb sowohl der Anteil der Ergo- und Sprachtherapie an allen Heilmittelbehandlungen als auch die Zahl der Patienten, die alle drei Therapieformen gleichzeitig nutzt.

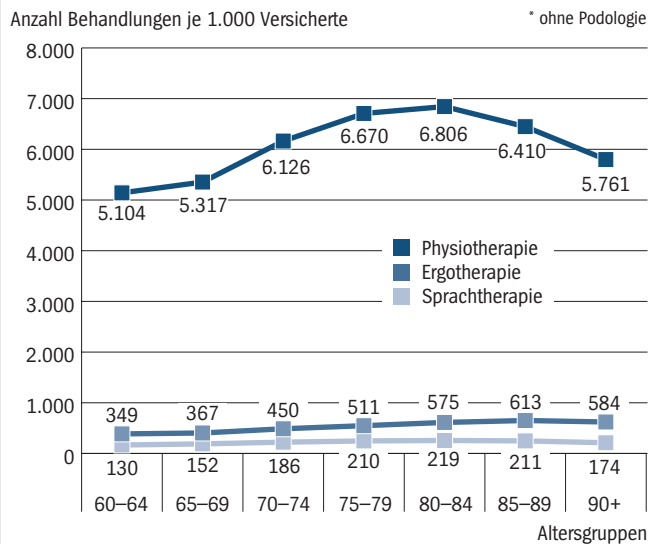
Während sich bei den jüngeren Senioren zwischen 60 und 64 Jahren nur zehn von 1.000 Versicherten in Ergotherapie und 4,4 von 1.000 in Sprachtherapie befunden haben, liegt der Wert bei den 84- bis 89-Jährigen nahezu doppelt so hoch: 18,3 von 1.000 Versicherten wurden ergotherapeutisch und 8,4 von 1.000 Versicherten sprachtherapeutisch be-

handelt. Dass die Therapien den besonderen Bedürfnissen in den verschiedenen Altersgruppen folgen, zeigt der vermehrte Heilmiteleinsatz bei Pflegebedürftigen. So erhielten 42,3 Prozent der pflegebedürftigen AOK-Versicherten ab 60 Jahren Heilmitteltherapien, bei den Nicht-Pflegebedürftigen waren es 24,5 Prozent. Zu den häufigsten Verordnungen zählt über alle Altersgruppen hinweg die Physiotherapie. Während jüngere Pflegebedürftige zwischen 60 und 64 Jahren durchschnittlich 20,1 Physiotherapien pro Versicherten erhielten, waren es bei den Nicht-Pflegebedürftigen durchschnittlich 4,5.

Insgesamt wurden in der gesetzlichen Krankenversicherung 43,4 Millionen Leistungen verordnet, davon entfielen 84,6 Prozent auf Physiotherapie. Das entspricht knapp 251 Millionen einzelnen Behandlungen im Gesamtwert von 4,17 Milliarden Euro. Die Kosten für Heilmittel insgesamt betragen 5,77 Milliarden Euro. Das WIDo analysiert jährlich die Heilmittelrezepte aller rund 70 Millionen gesetzlich Versicherten. Der Bericht zeigt Versorgungstrends für die vier Bereiche Ergotherapie, Sprachtherapie, Physiotherapie sowie Podologie und stellt dar, wie oft Versicherte diese regional beanspruchen. ■

Waltersbacher, A.: Heilmittelbericht 2015 – Ergotherapie, Sprachtherapie, Physiotherapie. 67 Seiten, kostenloser Download unter: wido.de/heilmittel_2015.html

Heilmittelbehandlungen* für AOK-Versicherte ab 60 Jahre



Physiotherapie ist die mit Abstand am meisten verordnete Heilmittelbehandlung.

Quelle: Heilmittelbericht 2015; Grafik: G+G Wissenschaft 2016

DAS WIDO AUF KONGRESSEN: Gisbert W. Selke: „Optionen und Probleme bei der Steuerung der Arzneimittelpreise“, 16. Deutsch-Österreichische Sozialrechtsgespräche, Passau, 1/16 +++ Christian Günster: „Das QSR-Verfahren zum therapeutischen Herzkatheter“, Bund-Land-Konferenz Kardiologie 2015, Frankfurt a. M., 12/15 +++ 22. Jahrestagung der Gesellschaft für Arzneimittelwissenschaft und Arzneimittel-epidemiologie e.V.(GAA), Dresden, 12/15: Irene Langner: „Hepatitis-C-Therapie: Ordnungspraxis im Umbruch“, Uwe Eichler: „Direkte orale Antikoagulantien (DOAKs) – für wen? Sekundärdatenanalyse zur aktuellen Entwicklung der Verordnungen“ +++ Prof. Dr. Klaus Jacobs: „Gesundheitssystem und Gesundheitsversorgung – Wohin geht die Reise?“, Was auch morgen noch zählt...! Entwicklungstendenzen in der Suchthilfe – 10 Jahre Caritas Suchthilfe e.V., Potsdam 11/15 +++ Prof. Dr. Klaus Jacobs: „Qualitäts- und Effizienzdefizite in der Gesundheitsversorgung in Deutschland“, Vernetzte Versorgung – 7. APOLLON Symposium der Gesundheitswirtschaft, Bremen, 11/15

20 Jahre GKV-Organisationsreform: Was sich bei den Krankenkassen geändert hat

von Wilfried Borch¹

ABSTRACT

Das Gesundheitsstrukturgesetz brachte den Versicherten die Wahlfreiheit zwischen den Krankenkassen und den Krankenkassen selbst eine Organisationsreform. Der Artikel konzentriert sich auf Letztere und analysiert die daraus resultierenden Veränderungen. Dabei geht es unter anderem um Konzentrationsprozesse, Professionalisierung, Wettbewerb unter den Kassen und den Wandel vom Payer zum Player. Gemessen an den (rechtlichen) Rahmenbedingungen waren die Fortschritte in den ersten zwanzig Jahren nach Start des Transformationsprozesses beeindruckend.

Schlüsselwörter: gesetzliche Krankenversicherung, Organisationsreform, Professionalisierung

The Health Structure Act implemented the insurees' freedom of choice between sickness funds and an organizational reform of the sickness funds themselves. The article centres on the latter and analyses the changes the sickness funds underwent, particularly concentration, professionalization, competition between sickness funds, and becoming players instead of remaining payers. Considering the overall set-up and the legal restrictions, the progress made within the first 20 years after the reform must be considered impressive.

Keywords: statutory health insurance, organizational reform, professionalization

1 Gründe und Zielsetzung der Reform

Seit der Organisationsreform der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zum 1. Januar 1996 können Versicherte ihre Krankenkasse weitgehend frei wählen. Zuvor hatte es ein nichtwettbewerbliches Zuweisungssystem gegeben. Dieses wirkte prinzipiell wie eine Zwangsmitgliedschaft in einer bestimmten Kasse, sodass die Kassen selbst keine großen Anreize hatten, sich um die Interessen und Präferenzen ihrer Versicherten zu kümmern und intensive Auseinandersetzungen mit Leistungserbringern um Qualität, Wirtschaftlichkeit und Effizienz zu führen. Sie waren von ihrem Verständnis her reine Finanzverwaltungen (Cassel 1993; Jacobs 1994, 170 ff.). Strukturelle Verhärtungen, fehlende Innovationen sowie zahlreiche ökonomische und versorgungsseitige Fehlallokationen waren die Folge. Zudem hatte das Zuweisungssystem nicht hinnehmbare sozialpolitische Verwerfungen aufgrund der Ungleichbehandlung von Arbeitern und Angestellten und der extrem hohen Beitragsdifferenzen zwischen den Kassen zur Folge. Da die Beitragssatzunterschiede systematisch durch die strukturellen Vor- und Nachteile der Zwangsmitglieder bestimmt wurden, gab es an den wenigen Stellen, an denen Wettbewerb überhaupt möglich war, allenfalls ei-

nen Wettbewerb um günstige Risiken. Diese Situation sollte daher mit der Erweiterung der Wahlmöglichkeiten für Versicherte und der Neuordnung des Finanzausgleichs zum Positiven gewendet werden. Mit Einführung eines regulierten und zugleich funktionsfähigen Wettbewerbs sollte ein spürbarer Änderungs- und Anpassungsdruck auf die Kassen ausgeübt werden (Cassel 1993, 132 ff.; Borch und Cassel 1995, 658 ff.). Unternehmerisches Denken und Handeln sollte in ihre Organisationen Einzug halten und dazu beitragen, dass sich die Krankenkassen zum Wohle ihrer Versicherten, die seither ihre Kunden sind, und zur Beförderung von Qualität und Wirtschaftlichkeit gegenüber Leistungserbringern dynamisch wandeln.

2 Wettbewerbsmärkte und Erfolgsfaktoren

Die weitgehende Öffnung der Krankenkassen in Verbindung mit dem Risikostrukturausgleich hat die Entstehung von Wettbewerbsmärkten befördert. Zahlreiche sich daran anschließende Gesundheitsreformen mit gradueller Erweiterung der Handlungsspielräume für die Kassenakteure haben diese Ent-

¹ Dr. rer. oec. Wilfried Borch, FOM Hochschule Essen · Herkulesstraße 32 · 45127 Essen · Telefon: 01520 1565777 · E-Mail: wilfried.borch@fom.de

wicklung tendenziell verstetigt. Dazu zählten die Einführung von Wahltarifen und das verbreitete Spektrum von Satzungsleistungen, mit denen die Präferenzen der Versicherten heute deutlich besser abgebildet werden können, die moderate Erweiterung von vertraglichen Entscheidungsmöglichkeiten und die Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs hin zu einem morbiditätsorientierten Ausgleich. Von der Idealform eines regulierten Wettbewerbs, der produktive, allokativen und dynamische Effizienz möglichst optimal in Verbindung mit der Realisierung von Solidaritätszielen erfüllt (Greß 2002, 490 ff.), ist das GKV-System aber auch heute noch weit entfernt. Aktuell lassen sich drei Märkte zwischen den Krankenkassen, Versicherten und Leistungserbringern identifizieren (Cassel und Wasem 2014, 24 ff.) (Abbildung 1):

- der Versicherungsmarkt: gekennzeichnet durch einen Wettbewerb um Versicherte,
- der Leistungsmarkt: gekennzeichnet durch einen Wettbewerb um Verträge sowie
- der Behandlungsmarkt: gekennzeichnet durch einen Wettbewerb um Patienten.

Für die Krankenkassen sind insbesondere die ersten beiden Märkte relevant, da sie darauf mehr oder weniger direkt einwirken können, während sich der Behandlungsmarkt allenfalls indirekt über ihr Tun beeinflussen lässt. Für jeden relevanten Markt und für die Optimierung der Kassen intern gibt es wiederum relevante Aktionsparameter. Diese sind bezüglich des ergebnisorientierten Managements einer Krankenkasse bestimmten Erfolgsfaktoren und einem Oberziel wie beispielsweise Wachstum zuzuordnen (Abbildung 2). Bei der praktischen Ausgestaltung im Hinblick darauf, welcher Faktor strategisch der wichtigste für einen wachstumsorientierten Wettbewerb ist, gibt es durchaus unterschiedliche Bewertungen (Neumann 2013, 239 f.; Schmahl 2015). Im Zusammenhang dieses Beitrags stellt sich die Frage, wie sich die Krankenkassen und ihr Markt tatsächlich entwickelt haben.

3 Finanzen und Marktstruktur

Zunächst ist festzustellen: Alle Krankenkassen stehen derzeit ohne Schulden da; allerdings schwankt die finanzielle Leistungsfähigkeit zwischen einzelnen Kassen deutlich: Während einige von ihnen ein kommoden Finanzpolster ausweisen, stehen andere vor roten Zahlen. Es ist kein Geheimnis, dass vor allem positive Finanzergebnisse nicht kausal auf die Managementfähigkeit einzelner Krankenkassen zurückzuführen sind, sondern mitunter stark von regionalen Besonderheiten wie besonders günstigen Krankenhausstrukturen abhängen.

Massiv verändert hat sich die Marktstruktur. Gab es bei Ankündigung der Organisationsreform nach den Lahnstei-

ner Beschlüssen 1993 noch über 1.200 Krankenkassen, so schrumpfte ihre Zahl 1996 bereits auf unter 650 (Abbildung 3). Anfang 2016 waren es nur noch 118 Krankenkassen. Prägnantes Beispiel für diese Entwicklung sind die Allgemeinen Ortskrankenkassen (1994: 236) die sich zunächst auf örtlicher, dann auf der Ebene der Bundesländer zusammenschlossen und mittlerweile auch zwischen Bundesländern fusionieren. Andere Kassenarten wie die Betriebskrankenkassen (1994: 706, 2015: 99) und Innungskrankenkassen (1994: 165, 2015: 6) folgten diesem Konzentrationstrend (Wikipedia 2015).

Damit einher geht ein drastischer Versicherten- und Mitgliederanstieg bei marktstarken Akteuren. So hatten zum 1. Januar 2015 die Top-10-Krankenkassen einen mitgliederbezogenen Marktanteil von 67 Prozent. Die Top-25-Krankenkassen hatten einen Anteil von 89 Prozent, während sich die restlichen 95 Kassen mit einem Anteil von rund elf Prozent zufriedengeben mussten. Diese hohe Marktkonzentration hat merkliche Konsolidierungsprozesse bewirkt sowie Änderungen in der Aufbau- und Ablauforganisation nach sich gezogen. Das umfasst unter anderem die Zentralisierung von Entscheidungen und bereichsübergreifenden Aufgaben wie Controlling, Personalmanagement, Kommunikation sowie die Datenverarbeitung, die Professionalisierung von Standardprozessen wie Beitragseinzug und Krankengeldmanagement und partiell auch das Vertragsmanagement. Zugleich entstanden zur Unterstützung der Wachstumsziele neue Bereiche wie der Vertrieb oder das Versorgungsmanagement.

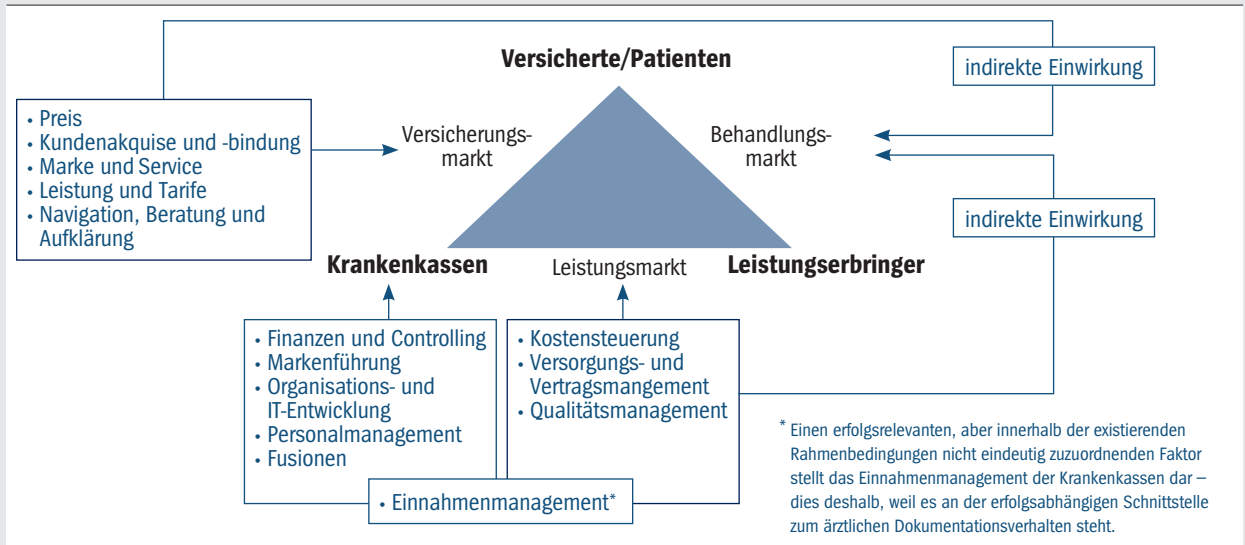
4 Von der Sozialverwaltung zum (faktischen) Unternehmen

Eine der großen Herausforderungen für die Kassen ist seit 1996 das Spannungsverhältnis zwischen sozialrechtlichen Regelungen und Regulierungen einerseits sowie Wettbewerbsbedingungen andererseits: Krankenkassen sind unverändert öffentlich-rechtliche Unternehmen, deren Handlungsspielräume vor allem leistungs- und personalrechtlich deutlich eingeschränkt sind, während sie sich, getrieben vom Mitgliederwettbewerb, faktisch wie Unternehmen verhalten müssen. Die unternehmensbezogene Professionalisierung von Krankenkassen erforderte vorrangig vier zentrale Änderungen:

1. eine strikte Trennung zwischen Haupt- und Ehrenamt. Während das Ehrenamt in Verwaltungsräten grundsätzlich strategische Entscheidungen treffen soll, muss die operative Verantwortung für die Geschäftsergebnisse und die Führung des Hauses möglichst in der Hand von hauptamtlichen Vorständen liegen. Damit verringert sich automatisch der politisch motivierte Einfluss von Gewerk-

ABBILDUNG 1

Die drei Wettbewerbsmärkte und die Aktionsparameter der gesetzlichen Krankenkassen



Die Krankenkassen agieren über unterschiedliche Aktionsparameter mit Versicherten und Leistungserbringern auf zwei Märkten, dem Versicherungsmarkt und dem Leistungsmarkt. Ihr Einfluss auf den dritten Markt, den Behandlungsmarkt, ist allenfalls indirekt. Um im Wettbewerb erfolgreich zu sein, müssen sie zudem ihre internen Prozesse und Herausforderungen managen.

schaften und Verbänden der Arbeitgeber auf die Aufgaben und Organisation von Krankenkassen, während die betriebswirtschaftliche Professionalisierung derselben vorangetrieben werden kann

2. die Flankierung durch bereichsübergreifende Planungs-, Steuerungs- und Überwachungsinstrumente, die eine professionelle Führung einer Organisation ermöglichen
3. die Einführung eines professionellen Projektmanagements, das eine systematische Organisations- und Unternehmensentwicklung befördert
4. den Einzug von unternehmerischem Denken und Handeln über alle hierarchischen Unternehmensstufen einer Krankenkasse hinweg.

Zu 1.: Die Professionalisierung und inhaltliche Stärkung der Vorstände ist merklich erfolgt. Die heutigen Vorstände sind in ihrer Autonomie überwiegend gestärkt worden. Die qualitativen Anforderungen an sie sind deutlich gestiegen, während die Zahl der Verwaltungsräte erheblich reduziert werden konnte. Damit einher ging zugleich eine moderate Transfusion durch externe Kompetenzen, indem die Vorstände aus fachfremden Bereichen berufen wurden und ihr spezifisches Know-how in die sozialversicherungsrechtlich geprägten Krankenkassen einbringen konnten. Gefragt waren insbesondere Ökonomen und Ärzte. Aktuelle Beispiele

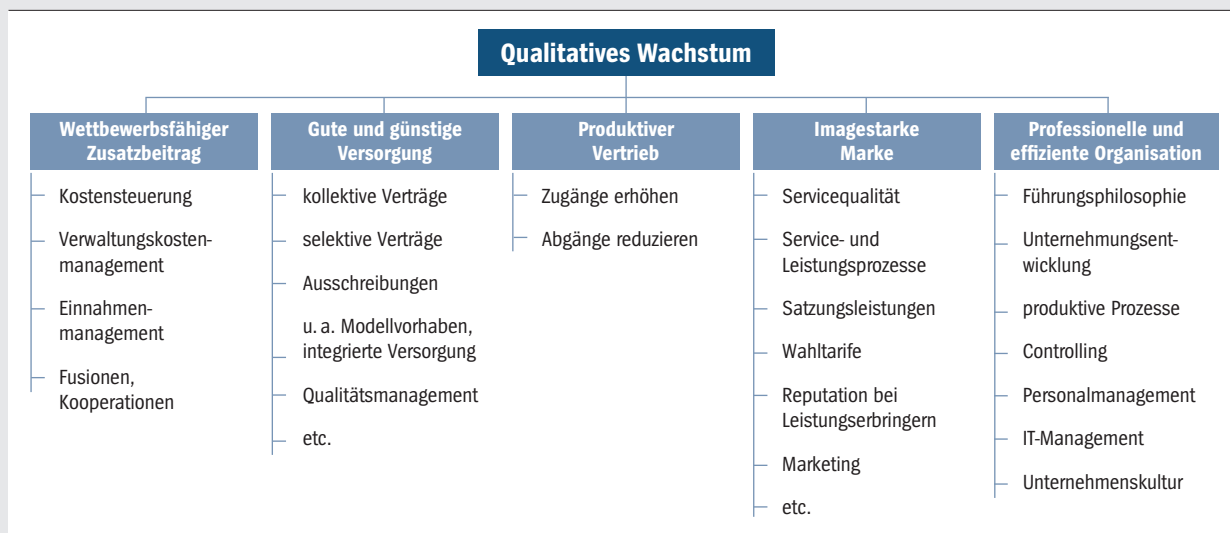
sind Jens Baas (Arzt, TK) und Irmgard Stippler (Volkswirtin, AOK Rheinland-Pfalz/Saarland).

Zu 2.: Die ergebnisorientierte und wettbewerbliche Wahrnehmung von Aufgaben bedarf dieser bereichsübergreifenden Instrumente. Denn das Management braucht genügend gesicherte Informationen, um die richtigen Entscheidungen treffen zu können. Das systematische Schaffen von Transparenz, operative Ergebnissicherung und -verbesserung, Zukunftssicherung und Zukunftsgestaltung gehörten aber früher nicht zum originären Selbstverständnis der Krankenkassen (Jacobs 1994, 176 f.). Entsprechend sind übergreifende Unternehmensplanungs- und Controllinginstrumente eher zögerlich eingeführt und angewendet worden. Strategische Unternehmenskonzepte, Kennzahlensysteme und das Führen mit Zielen gehören aber mittlerweile zum gängigen Repertoire wettbewerblich gut aufgestellter Krankenkassen.

Zu 3.: Für Maßnahmen der Organisationsentwicklung ist es vorteilhaft, sie projektseitig zunächst als eine Art Zweitorganisation modellhaft anzustoßen und Erfahrungen zu sammeln, um sie dann später reibungsfrei in die Linie überführen zu können. Zur Organisationsentwicklung haben sich die Krankenkassen umfang-

ABBILDUNG 2

Erfolgsfaktoren des Oberziels Wachstum



Eine Krankenkasse sollte fixieren, wie sie ihre Ziele erreichen will. Sie kann beispielsweise zu dem Ergebnis kommen, dass sich qualitatives Wachstum, also die absolute Zahl und Struktur der Versicherten, als Oberziel über fünf wesentliche Erfolgsfaktoren erreichen lässt.

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

lich der Unterstützung externer Beratungsunternehmen bedient. Auch aktuell verfügen viele große Beratungsunternehmen wie McKinsey & Company, The Boston Consulting Group und Bain & Company über Mandate. Zugleich hat ein erheblicher Know-how-Transfer in die Organisationen der Krankenkassen eingesetzt, die sich zunehmend emanzipieren und Projekte eigenständig professionell führen.

Zu 4.: Der Einzug unternehmerischen Handelns ist in erster Linie ein Unternehmenskulturprozess. Die in vielen Häusern aufgesetzten Change-Management-Prozesse beförderten stärkere Eigenverantwortung, spürbare Serviceorientierung, betriebswirtschaftliches Denken und Handeln. Insbesondere die jüngere Generation lebt die unternehmerische Orientierung deutlich engagierter. Auch werden zunehmend andere Qualifikationen als der klassische Sozialversicherungsfachangestellte von außen eingekauft. Zwar gehören in den fachbezogenen Kernprozessen heute noch rund 60 bis 85 Prozent der Beschäftigten der Qualifikationsgruppe der Sozialversicherungsfachangestellten (SoFas) an (Paquet 2013, 40). Dies bedeutet jedoch, dass inzwischen 15 bis 40 Prozent des beschäftigten Personals anderen Berufsgruppen entstammt. Dabei dürfte dieser Anteil in Stabsbereichen und bei strategischen Ar-

beiten deutlich höher liegen. So werden neben IT-Fachleuten allen voran fachspezifische Qualifikationen aus den medizinischen und medizinischen sowie den kaufmännischen Bereichen benötigt. Dies betrifft Ärzte und Apotheker, aber auch Personal aus dem Krankenpflegebereich sowie Betriebswirte. Nachgefragt werden zudem (Versicherungs-)Mathematiker, Gesundheitsökonominnen und Ernährungsberater. Entsprechend dieser erhöhten Qualifikationsanforderungen bilden Krankenkassen ihre Fach- und Führungskräfte inzwischen in Eigenregie und zunehmend in Kooperationen mit Hochschulen und Berufsakademien aus.

Die Tendenz zur Akademisierung der GKV-Kassen beförderte den Unternehmenskulturprozess deutlich, weil behördlich eingeschliffene Verhaltensweisen aufgebrochen wurden und so unternehmerisches Denken und Handeln in die Organisationen sickern konnte. Zugleich musste aber das Bestandspersonal systematisch weiterentwickelt werden. Das zeigt: Das Personalmanagement einer Krankenkasse nimmt im Veränderungsprozess eine besonders bedeutsame Rolle ein. Seine Funktion geht weit über die Personalentwicklung hinaus. Es schiebt über Restrukturierungen der Organisation, Verwaltungskostendruck und den Zwang zu Produktivitätssteigerungen die professionelle Weiterentwicklung der Krankenkassen systematisch an (Kötter und Behrens 2010, 288 ff.).

5 Vom Payer zum Player

Die Organisationsreform war nur der erste Schritt, um Effizienzreserven im GKV-System zu heben. Die Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Gesundheitsversorgung sollte auch durch ein Mehr an Selektivverträgen und eigenverantwortlichem Handeln auf der Ebene der Einzelkassen erfolgen. Tatsächlich hat der Gesetzgeber zahlreiche Reformen zur Stärkung der vertraglichen Handlungsspielräume der Krankenkassen initiiert. Allerdings blieben die vertraglichen Freiheitsgrade der Kassenakteure stark eingeeignet, sodass sich Wettbewerbswirkungen um Qualität und Innovationen sowie Wirtschaftlichkeit und Effizienz nur unzureichend entfalten konnten. Beispielsweise gelten im Krankenhausbereich weiterhin nahezu durchgehend kollektivvertragliche Regelungen.

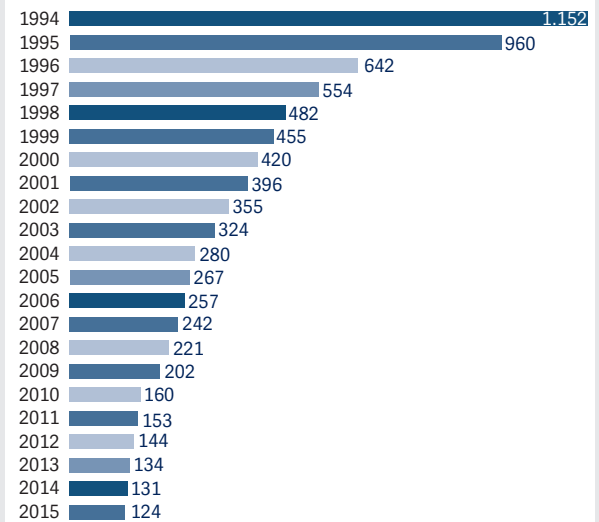
Entsprechend ernüchternd muss das Fazit ausfallen: Der vielfach eigenständig erhobene Anspruch, Player statt Payer im Versorgungsbereich zu sein und die Versorgungslandschaft mitzugestalten, konnte nur punktuell umgesetzt werden. Selbst zu den Hochzeiten der Integrierten Versorgung (IV) zwischen 2007 und 2008, als mittels Anschubfinanzierung das Versorgungsmanagement der Krankenkassen angetrieben werden sollte, machten die rund 6.400 registrierten IV-Verträge nicht mehr als rund 0,7 Prozent an den GKV-Gesamtausgaben aus. Seitdem die Anschubfinanzierung Ende 2008 weggefallen ist, stagniert die Entwicklung (*Sachverständigenrat 2012, 340 ff.*). Transparenz zum aktuellen Umsetzungsstatus von Versorgungsverträgen gibt es keine. Die Krankenkassen publizieren hierzu nicht proaktiv. Gäbe es aber echte versorgungspolitische Innovationen auf dem GKV-Markt, wären sie vermutlich bekannt und würden bei Effizienz und Wirtschaftlichkeit bereits durch leistungsstarke Wettbewerber imitiert. Zweifellos existieren einige seriöse Versorgungsansätze wie der Hausarztvertrag Baden-Württemberg, Prosper und proGesund oder die Disease-Management-Programme. In Bezug auf die Versorgungsqualität, das Versorgungsniveau und die Versorgungsdichte ist man aber nach wie vor weit von ganzheitlichen, sektorübergreifenden Leistungen entfernt.

Professionell engagierten sich die Leistungsbereiche der Krankenkassen vor allem dort, wo sie im Einklang mit dem Erfolgsfaktor „günstige Versorgung“ Kosteneinsparungspotenziale erschließen konnten:

- bei den Arzneimittelrabattverträgen,
- bei Apothekenverträgen zur Dispensierung von hochpreisigen Arzneimitteln,
- mittels Ausschreibungen beim Einkauf von Heil- und Hilfsmitteln,
- beim Krankengeldmanagement,
- beim Fallmanagement und der Leistungssteuerung von antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen.

ABBILDUNG 3

Anzahl der gesetzlichen Krankenkassen zum 1. Januar des jeweiligen Jahres



Nach Ankündigung der Lahnsteiner Beschlüsse und der darin vorgesehene Organisationsreform sank die Zahl der Krankenkassen zunächst sprunghaft. Dann verlangsamte sich der Konzentrationsprozess.

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

6 Von der Behörde zum Dienstleister

Die Transformation der Kassen zum Dienstleister war und ist damit verbunden, unternehmerisches Denken und Handeln zu initiieren und personalseitig systematisch weiterzuentwickeln. Dabei musste der daraus resultierende Veränderungsprozess jeweils über die gesamte Organisation ausgerollt werden. Kundenferne Hintergrundabteilungen hatten demnach genauso Dienstleistungsorientierung neu zu erlernen wie die kundennahen Servicebereiche, der Vertrieb und das flankierende Marketing.

Vertrieb

Das Ende des Zuweisungssystems der GKV erforderte die aktive Akquise von Neumitgliedern. Entsprechend sind nahezu flächendeckend in größeren Krankenkassen Vertriebseinheiten aufgebaut worden. Diese tragen direkt zum Wachstumsziel bei, sind aber aufgrund ihrer Kundennähe auch service- und marktrelevant. Der effiziente Einsatz vertrieblicher Ressourcen bedurfte zwingend klarer Informations- und Steuerungsgrundlagen zu den Kundensegmenten und Regionalgebieten. Gleichzeitig veranlasst der Vertrieb einen hohen Unterstützungsbedarf beispiels-

weise bei der Generierung von Adressen oder bei der Bereitstellung verkaufsfähiger Produkte. Auf diese Weise treibt der Vertrieb andere Fachgebiete der Kassen permanent an.

Service- und Zusatzleistungen

Die Servicepolitik der Krankenkassen steht mitunter in Konkurrenz zum Erfolgsfaktor „wettbewerbsfähiger Zusatzbeitrag“, ihre Wirkung auf das Wachstumsziel ist unspezifisch. Gleichwohl wurde hier viel verbessert, etwa durch flexiblere Öffnungszeiten, 24-Stunden-Hotline, telefonische medizinische Beratung, erweiterte Erreichbarkeit über Callcenter, moderne Geschäftsstellenausstattung und kundenfreundliche Atmosphäre sowie kurze Bearbeitungszeiten bei Anfragen und Anträgen. Mitarbeiter werden bezüglich ihres Kunden- und Kommunikationsverhaltens geschult und kontrolliert. Damit die Serviceprozesse professionalisiert werden, bedienen sich moderne Krankenkassen Verfahren zur Messung der Kundenzufriedenheit. Durch die Implementierung eines Beschwerdemanagements werden unterstützend Kunden-O-Töne erfasst, Prozesse geprüft und Veränderungsmaßnahmen abgeleitet. Entsprechend bieten Krankenkassen im Branchenvergleich bei ihrer Dienstleistungsorientierung inzwischen eine gute Performance, wenngleich es weiterhin Optimierungspotenzial gibt.

Spürbar verbreitert hat sich das Leistungsangebot der Krankenkassen. Dies betrifft vor allem:

- die Gesundheitsförderung mit zunehmend werthaltigen Angeboten für Privat- und Firmenkunden,
- kassenindividuelle Satzungsleistungen, mit denen zielgruppenadressiert beispielsweise professionelle Zahnreinigung, Osteopathie, bestimmte Auslandsimpfungen oder finanzielle Unterstützung bei der künstlichen Befruchtung angeboten wird,
- tarifliche Zusatzleistungen, deren Leistungsspektrum Bonuszahlungen, Selbstbehalte, Beitragsrückerstattungen, Tarife für besondere Versorgungsformen, Arzneimittel oder zusätzliche Leistungen umfassen.

Insbesondere mit den tariflichen Zusatzleistungen bekamen die Krankenkassen ein wettbewerbles Instrument gesetzlich zur Hand, mit dem sie ihr Leistungsspektrum deutlich spreizen konnten und seither unterschiedliche Leistungspakete, zugeschnitten auf die jeweiligen Kundenpräferenzen, anbieten (Abbildung 4). Eine wettbewerbliche Differenzierung innerhalb der GKV ist allerdings nur moderat gelungen. Das liegt unter anderem daran, dass trotz Verbreiterung des leistungsseitigen Handlungsspielraums der GKV-Markt weiterhin sehr eng ist. Schließlich werden über 90 Prozent der Leistungen auch heute noch einheitlich über den gesetzlichen Leistungskatalog angeboten. Die verbleibenden Gestaltungsoptionen für vor- und nachstoßenden Wettbewerb sind daher gering. Schnelle Imitationen von neuen Produkten und Leistungen sind auf dem GKV-Markt die Regel.

Merklich verbessert hat sich die GKV-Wettbewerbsfähigkeit gegenüber der PKV. Dies liegt insbesondere in den Tarifen begründet, die PKV-ähnliche Leistungen wie Ein- und Zweibettzimmer, Auslandsreise oder Zahn umfassen. Hier bietet die GKV ihren Kunden echte alternative Wahlmöglichkeiten zu den PKV-Zusatzversicherungen, wobei die GKV-Produkte deutlichen rechtlichen Anforderungen unterliegen (*Schreyögg und Busse 2010, 2A, 26 f.*). Krankenkassen versuchen teilweise eigens gebrandete tarifliche Produktlinien aufzulegen, mit denen sie sich gezielt von der PKV absetzen wollen. Die seit 2004 bestehende Möglichkeit, Kooperationen mit der PKV einzugehen, um deren Zusatzversicherungen zu vergünstigten Konditionen zu vermitteln, wurde ebenfalls stark wahrgenommen. So kooperierten beispielsweise die AOKs vorwiegend mit der Deutschen Krankenversicherung, viele Betriebskrankenkassen mit der Barmenia, die Techniker Krankenkasse mit der ENVIVAS oder die Deutsche Angestellten-Krankenkasse (seit 2012 Teil der DAK Gesundheit) mit der Hanse Merkur. Angesichts der Verbreitung des GKV-eigenen Tarifangebots hat sich die anfängliche Intensität der Zusammenarbeit allerdings abgeflacht.

Marketing und Kommunikation

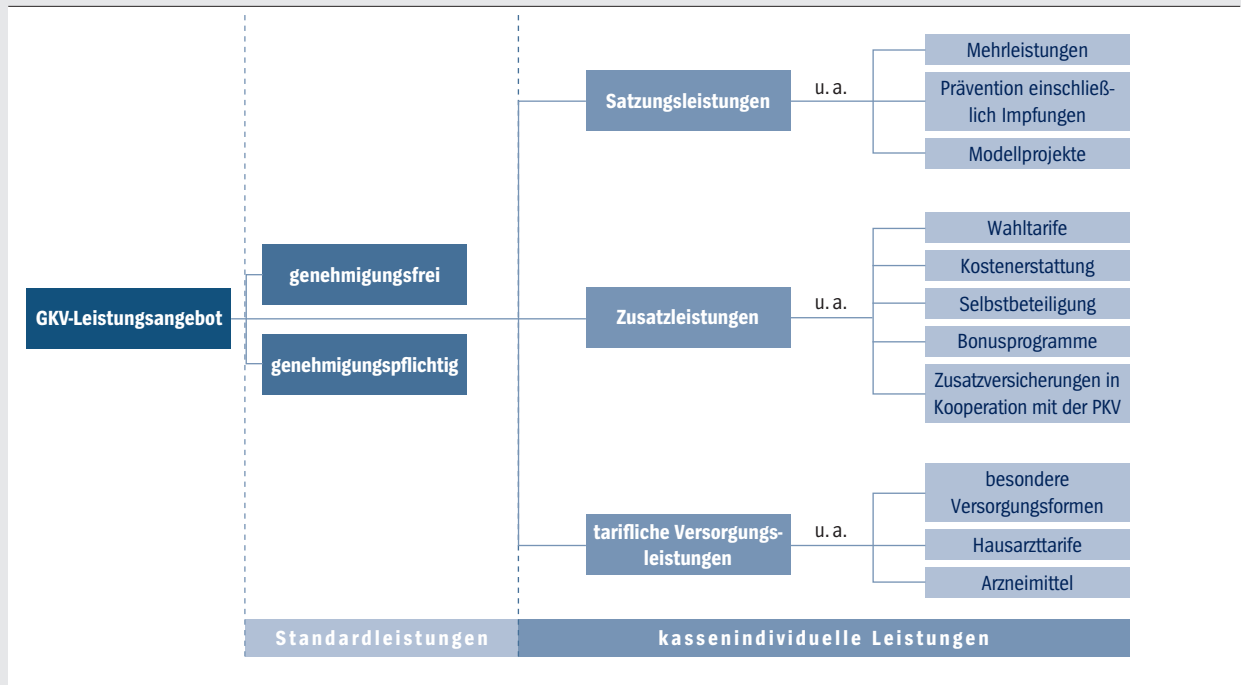
Professionalisiert haben sich auch das Marketing und die Kommunikation. Während noch zu Beginn der GKV-Organisationsreform die Kundenansprache wenig differenziert über wenige Kanäle erfolgte, werden heute Kunden zielgruppenadäquat mittels einer Multikanalkommunikation angesprochen. Marketing und politische Öffentlichkeitsarbeit sind zwar weiterhin zu verzahnen, werden heute aber überwiegend als voneinander getrennte Aufgabenfelder behandelt. In nahezu allen großen Häusern werden die Werbekampagnen inzwischen von Top-Werbeagenturen konfektioniert und mit Begleitung von professionellen Mediaagenturen kanalgerecht umgesetzt. Die Umstellung auf die Onlinekommunikation schreitet dynamisch voran. Zielgruppenorientierte und informative Websites – zum Teil mehrsprachig – stehen dem Kunden zur Verfügung, Social-Media-Kanäle werden gespielt, Apps und Wearables werden zur Kundenansprache und -bindung eingesetzt. Der Wandel von der Push- zur Pull-Kommunikation vollzieht sich soeben in fortschrittlichen Häusern. Zunehmend wird Marketing in der GKV zu dem, was es in dienstleistungsintensiven Branchen sein muss: zu einem zentralen Wettbewerbs- und Erfolgsparameter (*Boroch und Matusiewicz, 2016*).

7 Einnahmenmanagement

Die Einführung des Gesundheitsfonds in Verbindung mit dem morbiditätsorientierten RSA bewirkte weitere deutliche strategische und organisatorische Anpassungen in den Krankenkassen. Dies umso mehr, weil mit ihm die Finanzposition ei-

ABBILDUNG 4

Spreizung des Leistungsangebots der gesetzlichen Krankenkassen



Das Gesundheitsmodernisierungsgesetz eröffnete Kassen erstmals die Chance, ihr Leistungsangebot mehr auf die Kundenpräferenzen zuzuschneiden. Da aber auch heute noch über 90 Prozent der Leistungen einheitlich über den GKV-Leistungskatalog angeboten werden, gelang keine genügend spürbare Differenzierung.

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

ner Krankenkasse und damit der wettbewerbsfähige Preis entscheidend beeinflusst wird. Da es beim Morbi-RSA finanziell letztlich um den Deckungsbeitrag geht, wurden mit seiner Einführung nahezu sämtliche der zuvor beschriebenen wettbewerblichen Handlungsfelder spürbar tangiert. Politisch diskutiert wurden mehrfach potenzielle Hebel und Entwicklungsmöglichkeiten auf der Ausgabenseite (siehe hierzu *Jacobs 2015, 28f.*), faktisch dominierend ist die Einnahmenseite. Diesbezüglich gibt es zwei einfache Wahrheiten: Erstens sind die Gesunden diejenige Kundengruppe, bei der zweifelsfrei feststeht, dass sie zu positiven Finanzergebnissen beiträgt. Das hat zur Konsequenz, dass ein zielgruppenadäquates und qualitatives, die Versicherungsstruktur verbesserndes Wachstum über Kundengewinnung und -bindung weiterhin sehr bedeutsam für den Unternehmenserfolg der Krankenkassen ist. Zweitens sind Einnahmen zu sichern. Es nutzt einer Kasse nichts, wenn sie viele Kranke in ihrem Versichertenportfolio hat, deren morbiditätsrelevante Krankheiten aber nicht oder nur unzureichend ärztlich dokumentiert werden. Dann fehlen Zuweisungen, um die Deckungsbeitragslücke für die betroffe-

ne Risikogruppe zu schließen. Die Implementierung eines professionellen Einnahmenmanagements, das auf die Optimierung der Zuweisungen hinwirkt, ist somit ein zentraler, wenn nicht gar der zentrale Erfolgsfaktor für viele Häuser. Ein partnerschaftliches Verhältnis zu den niedergelassenen Ärzten ist dabei besonders hilfreich.

8 Fazit

Die Krankenkassen leisteten in den vergangenen 20 Jahren über alle Geschäfts- und Handlungsfelder hinweg Beträchtliches. Sie haben sich dem Wettbewerb gestellt, wachstumsorientierte Strategien verfolgt und sich zweifelsohne professionalisiert. Diese Einschätzung mag bei all den offenen Baustellen auf den ersten Blick erstaunen. Zu bedenken ist aber, dass die Komplexität der GKV-Aufgaben einerseits und die sozialrechtlichen Schranken andererseits nicht förderlich sind, schnelle und reibungsfreie Lösungen herbeizuführen: Also Chapeau, GKV!

In der nächsten Stufe ihrer Marktreife werden die Kassen ihre Leistungs-, Produkt- und Servicekompetenzen ganzheitlich mittels Markenführung lenken, um so den Erfolgsfaktor Image gezielt zu stärken. Ob bei den weiterhin existierenden Interessenkonflikten zwischen den Akteuren das Versorgungsmanagement und Versorgungsprodukte spürbar die Kosten- und Marktseite befruchten werden, bleibt abzuwarten. Wünschenswert wäre es, dass der GKV-Innovationsfonds die notwendigen Impulse setzen kann, ist zu bezweifeln. Die Gesundheitspolitik generell ist schwierig einzuschätzen, da sie zwischen Reformen für wettbewerbliche Spielräume und der Einführung neuer korporatistischer Institutionen schwankt. Der tiefste Innovationsimpuls und die vielleicht größte organisatorische und wettbewerbliche Herausforderung für die Krankenkassen scheint von der Kommunikationswelt und der Notwendigkeit, künftig zunehmend Geschäfts-, Kunden- und Versorgungsprozesse zu digitalisieren, auszugehen.

Literatur

Boroch W, Cassel D (1995): Free Choice of Sickness Funds: Economic Implications and Ethical Aspects of the 1992 Health Care Reform in Germany. In: *The Journal of Medicine and Philosophy*, Jg. 20, Heft 6, 657–667

Boroch W, Matusiewicz D (2016): Vierfelder-Matrix der Marktpositionierung von gesetzlichen Krankenkassen. Erscheint in: *Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft* (in review)

Buchner F, Greß S, Wasem J (2010, 2A): Finanzmanagement in Krankenversicherungen. In: Busse R, Schreyögg J, Tiemann O (Hrsg.): *Management im Gesundheitswesen*. Berlin/Heidelberg: Springer, 219–234

Cassel D (1993): Organisationsreform in der GKV zwischen Kassenwettbewerb und Einheitskasse. *Wirtschaftsdienst*, Jg. 73, Heft 3, 131–137

Cassel D, Wasem J (2014): Solidarität und Wettbewerb als Grundprinzipien eines sozialen Gesundheitswesens. In: Cassel D, Jacobs K, Vauth C, Zerth J (Hrsg.): *Solidarische Wettbewerbsordnung. Genese, Umsetzung und Perspektiven einer Konzeption zur wettbewerblichen Gestaltung der Gesetzlichen Krankenversicherung*. Heidelberg: medhochzwei, 3–43

Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE): Rahmenbedingungen der gesetzlichen Krankenversicherung; www.gbe-bund.de → Rahmenbedingungen → gesetzliche Krankenversicherung

GKV-Spitzenverband: www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/krankenversicherung.jsp

Greß S (2002): Freie Kassenwahl und Preiswettbewerb in der GKV – Effekte und Perspektiven. *Vierteljahreshefte zur Wirtschaftsforschung*, Jg. 71, Heft 4, 490–497

Jacobs K (1994): Krankenkassen unter Wettbewerbsdruck – Neugewichtung der Handlungsfelder und organisatorische Anpassungserfordernisse. In: Steger, U (Hrsg.): *Lean Administration. Die Krise der öffentlichen Verwaltung als Chance*. Frankfurt/New York: Campus, 169–188

Jacobs K (2015): Aktuelle RSA-Debatte: Mehr Ordnung täte gut. *Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft*, Jg. 15, Heft 4, 23–30

Kötter P M, Behrens A (2010, 2A): Personalmanagement in Krankenversicherungen. In: Busse R, Schreyögg J, Tiemann O (Hrsg.): *Management im Gesundheitswesen*. Berlin/Heidelberg: Springer, 285–292

Krankenkasseninfo: www.krankenkasseninfo.de/zahlen-fakten/, 8. Juni 2015

Kundenmonitor. Kennziffern zur Kundenorientierung: www.servicebarometer.net/kundenmonitor/de/start.html, 18. Mai 2015 und 3. Dezember 2015

Neumann K (2013): Erfolgsfaktoren im GKV-Wettbewerb – Was ist entscheidend für die Mitgliedergewinnung? In: *Welt der Krankenversicherung*, Jg. 2, Heft 10, 239–243

Paquet R (2013): Auswirkungen der Bürgerversicherung auf die Beschäftigung in der gesetzlichen und der privaten Krankenversicherung. In: Hans-Böckler-Stiftung (Hrsg.): *Arbeit und Soziales*. Arbeitspapier 284

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2012): Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung, Sondergutachten 2012, Bonn; www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2012/GA2012_Langfassung.pdf

Schmahl M (2015): Wettbewerb in Zeiten des individuellen Zusatzbeitrags. Die Gesetzliche Krankenversicherung im Spannungsfeld zwischen Kunden- und Kostenexzellenz. In: *Kompass*, Jg. 3, Heft 4, 3–11

Schreyögg J, Busse R (2010, 2A): Leistungsmanagement in Krankenkassen. In: Busse R, Schreyögg J, Tiemann O (Hrsg.): *Management im Gesundheitswesen*. Berlin/Heidelberg: Springer, 21–46

Wikipedia (2015): Krankenkasse; de.wikipedia.org/wiki/Krankenkasse

(letzter Zugriff auf alle Quellen: 14. Dezember 2015)

DER AUTOR



Dr. rer. oec. Wilfried Boroch,

Jahrgang 1961, ist seit dem 1. Oktober 2015 Hochschullehrer für Gesundheits- und Sozialmanagement an der FOM Hochschule in Essen. Zuvor Studium der Volkswirtschaftslehre in Duisburg und Indiana, Pennsylvania (USA) sowie später Promotion. Anschließend Forschungsgruppenleiter am Weltwirtschaftsinstitut Hamburg und Referatsleiter Gesundheitsökonomie bei der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe. 15 Jahre bei der AOK Hessen als Hauptabteilungsleiter Unternehmenspolitik, Kommunikation und Marketing. Mitglied des exekutiven Managementboards und Unternehmenssprecher.

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 Versicherungssouveränität 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.

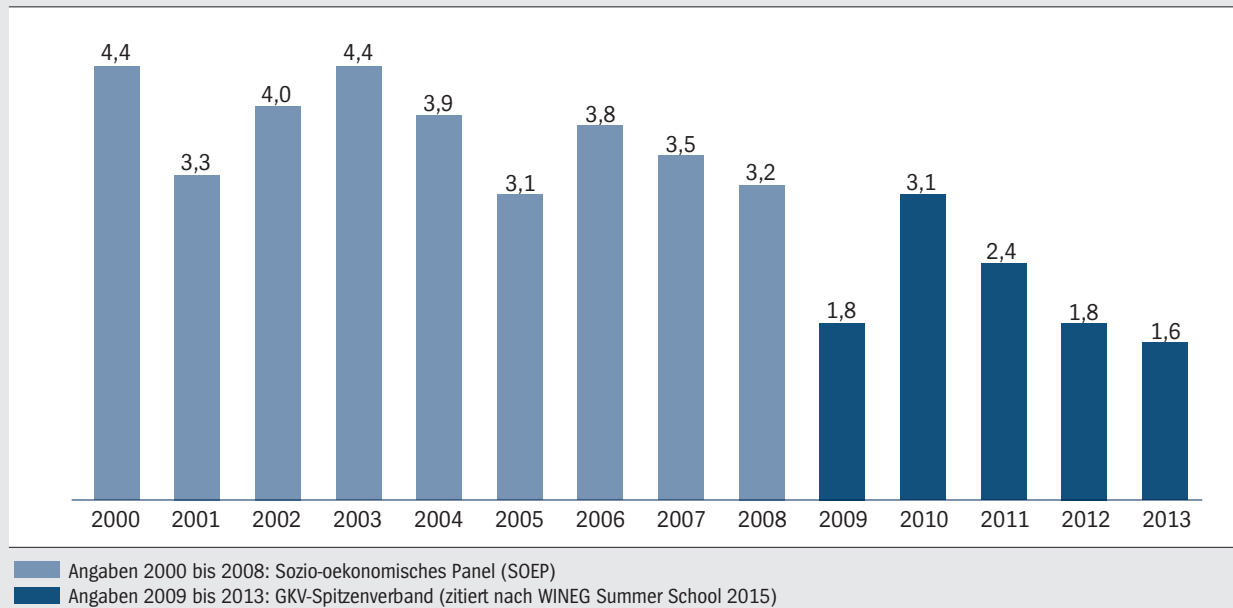
Zusammengefasst verliert das Instrument des Kassenwechsels stetig an quantitativer Bedeutung und erreicht durch die durchgängige überragende Bedeutung des Wechselgrunds „Höhe des Beitrags“ sowie die dominante Rolle von sogenannten gesunden Jungen unter den Kassenwechslern bis heute einen großen Teil 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, mitzuentcheiden, 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.

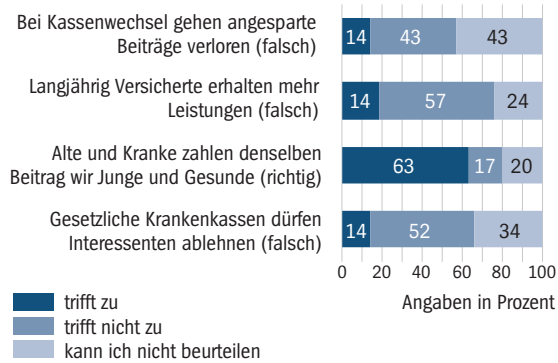
4 Position von Patienten in individuellen Beteiligungsformen

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.

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 Herzinfarkt- 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, Klensk 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-

alversicherungen 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/GESBER2006.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)/SOCIMUM 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

Die Krankenversicherung von Selbstständigen: Reformbedarf unübersehbar

von Dietmar Haun¹ und Klaus Jacobs²

ABSTRACT

Selbstständige können sich in Deutschland unabhängig vom Einkommen zwischen gesetzlichem und privatem Krankenversicherungsschutz entscheiden. Vor dem Hintergrund des strukturellen Wandels der Selbstständigkeit, insbesondere mit einer Zunahme von Solo-Selbstständigen mit niedrigen Einkommen, wird in diesem Beitrag eine Bestandsaufnahme des Krankenversicherungsschutzes der Selbstständigen vorgenommen. Mit Daten des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP) wird analysiert, wie sich die Selbstständigen in unterschiedlichen Einkommensgruppen auf die gesetzliche und private Krankenversicherung verteilen und wie hoch ihre jeweiligen Beitragsbelastungen sind. Aus den Ergebnissen wird zweifacher Reformbedarf abgeleitet: zum einen im Hinblick auf das nicht mehr zeitgemäße Wahlrecht zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung, zum anderen in Bezug auf die in beiden Systemen bestehenden Beitragsregelungen.

Schlüsselwörter: Selbstständigkeit, Krankenversicherungsschutz, gesetzliche Krankenversicherung, private Krankenversicherung

Self-employed persons in Germany are free to seek protection by either statutory or private health insurance, no matter how high their income. There has recently been a noticeable structural change, particularly towards more solo self-employment combined with low income. Against this background the authors use data provided by the Socio-Economic Panel Study (SOEP) and take stock of the overall scheme of health insurance protection provided for self-employed persons. They analyse how self-employed persons spread out over different income brackets within both statutory and private health insurance and assess the respective contribution or premium load. The results suggest a twofold need for reform. One concerns the outdated freedom of choice between statutory and private health insurance, the other one focuses on the rules governing the contribution/premium scheme.

Keywords: self-employment, health insurance protection, statutory health insurance, private health insurance

1 Einleitung

In historischer Perspektive wurde die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) als solidarische Versicherung für Arbeiter konzipiert und im Verlauf ihrer über 130-jährigen Geschichte obligatorisch auf immer mehr Personengruppen ausgeweitet. Selbstständige zählen bis heute nicht dazu, was vielfach damit begründet wird, dass sie nicht als schutzbedürftig gelten. Somit haben sie unabhängig von ihrem Einkommen die Wahl, sich entweder in der privaten Krankenversicherung (PKV) oder freiwillig in einer gesetzlichen Krankenkasse zu versichern.

Doch hat die Selbstständigkeit in den vergangenen Jahrzehnten einen substanziellen Wandel erfahren. Während die Zahl der klassischen Unternehmer und selbstständigen Arbeitgeber in Deutschland stagnierte, stieg vor allem die Zahl der Solo-Selbstständigen, für die nicht selten unstete Beschäftigungsformen und geringe Einkommen typisch sind.

Nach der Einführung der Versicherungspflicht zum 1. April 2007 in der GKV und zum 1. Januar 2009 in der PKV zeigte sich rasch, dass sich insbesondere viele kleine Selbstständige die Krankenversicherungsbeiträge nicht leisten konnten

¹ Dietmar Haun, Wissenschaftliches Institut der AOK · Rosenthaler Straße 31 · 10178 Berlin · Telefon: 030 346462148
E-Mail: dietmar.haun@wido.bv.aok.de

² Prof. Dr. rer. pol. Klaus Jacobs, Wissenschaftliches Institut der AOK · Rosenthaler Straße 31 · 10178 Berlin · Telefon: 030 346462182
E-Mail: klaus.jacobs@wido.bv.aok.de

und bis heute eine Kerngruppe unter den Beitragsschuldnern in GKV und PKV bilden. Vor diesem Hintergrund wird in diesem Beitrag eine Bestandsaufnahme des Krankenversicherungsschutzes der Selbstständigen vorgenommen. Dazu wird zunächst ein Blick auf den Wandel in der Struktur der Selbstständigen geworfen (Abschnitt 2), ehe das Augenmerk auf die gesetzlichen Regelungen zur Beitragsbemessung für die Selbstständigen gerichtet wird, einschließlich dabei bestehender Umsetzungsprobleme (Abschnitt 3). Im vierten Abschnitt werden die Ergebnisse eigener empirischer Analysen zum Krankenversicherungsschutz der Selbstständigen auf Basis von Daten des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP) der Erhebungswelle des Jahres 2012 vorgestellt. Ein Fazit der vorgenommenen Analysen sowie ein Ausblick schließen den Beitrag ab (Abschnitt 5).

2 Wandel der Selbstständigkeit in Deutschland

Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes, basierend auf Ergebnissen des Mikrozensus, stieg die Anzahl der Selbstständigen einschließlich mithelfender Familienangehöriger in Deutschland zwischen 2002 und 2012 um fast 600.000 auf insgesamt rund 4,5 Millionen Personen (Mai und Marder-Puch 2013). Dabei spielte vor allem zwischen 2003 und 2006 die staatliche Förderung zur Aufnahme einer selbstständigen Tätigkeit eine wesentliche Rolle und ließ die Zahl der Selbstständigen ohne Mitarbeiter nach oben schnellen. Über das Förderprogramm der Ich-AGs erhielten Arbeitslose durch eine dreijährige finanzielle Unterstützung einen Anreiz zur Aufnahme einer selbstständigen Tätigkeit. Als diese Fördermaßnahmen ab 2006 wieder reduziert wurden, schwächte sich das Wachstum deutlich ab. Neben den staatlichen Förderprogrammen profitierte die Zunahme der Selbstständigkeit aber auch von der partiellen Abschaffung des Meisterzwangs durch die Novellierung der Handwerksordnung 2004 sowie durch den generellen Strukturwandel in Richtung Dienstleistungsgesellschaft.

Die Struktur der Selbstständigen veränderte sich im Zeitraum von 2002 bis 2012 erheblich: So stieg der Anteil der Solo-Selbstständigen von 51 auf 57 Prozent. Mehr als drei Viertel aller Selbstständigen waren 2012 im Dienstleistungsbereich tätig, davon knapp 24 Prozent im Bereich Handel, Verkehr, Gastgewerbe und rund 20 Prozent im Bereich Unternehmensdienstleister. Allein auf diesen Bereich entfiel fast die Hälfte des gesamten Zuwachses der Selbstständigkeit (Mai und Marder-Puch 2013, 489). Das Einkommensniveau der Selbstständigen ist nach den Ergebnissen des Mikrozensus im Vergleich zu den Arbeitnehmern insgesamt zwar überdurchschnittlich hoch, weist jedoch starke Unterschiede auf. Den partiell sehr hohen Einkommen von Selbstständigen mit

Beschäftigten stehen geringere Durchschnittseinkommen von Solo-Selbstständigen gegenüber, die etwa dem durchschnittlichen Einkommensniveau der Arbeitnehmer entsprechen (Mai und Marder-Puch 2013, 495).

Auch einer DIW-Studie zufolge ist die Expansion der Selbstständigkeit in Deutschland nahezu ausschließlich auf den kräftigen Anstieg der Selbstständigen ohne Arbeitnehmer zurückzuführen (Brenke 2013). Das im Vergleich zum Anstieg der Erwerbstätigkeit insgesamt überproportionale Wachstum bei den Solo-Selbstständigen wird als Zeichen für eine Veränderung des Arbeitsmarktes gewertet, bei der bestimmte Funktionen ausgelagert und in die Selbstständigkeit übertragen werden. Zwar erzielt ein Teil der Solo-Selbstständigen auch recht hohe Einkommen, mittlere Einkommen sind hingegen seltener zu beobachten, und rund ein Drittel der Solo-Selbstständigen muss mit Erwerbseinkommen wie im Niedriglohnssektor auskommen. Somit lautet das Fazit dieser Studie, dass es „zwar eine Renaissance der Selbstständigkeit in Deutschland gegeben (hat), gewachsen ist aber im Wesentlichen die Zahl der Kleingewerbetreibenden – mit oft spärlichen Einkünften“ (Brenke 2013, 15).

Bögenhold und Fachinger (2012) fassen die Entwicklung der beruflichen Selbstständigkeit in drei Trends zusammen, die ihnen zufolge in ihren Auswirkungen interdependent und problematisch sind: Es gibt erstens eine Zunahme der Solo-Selbstständigkeit bei gleichzeitiger Dynamik und Unstetigkeit. Zweitens geht damit eine Erwerbshybridisierung einher, worunter verstanden wird, dass nicht nur die Erwerbsbiografie verschiedene Phasen von abhängiger Erwerbstätigkeit und Selbstständigkeit beinhaltet, sondern auch Mehrfachbeschäftigungen und Kombinationen zeitgleich vorzufinden sind. Drittens gibt es eine Erwerbsprekarisierung angesichts einer erheblichen Einkommensspreizung bei den Selbstständigen und der Zunahme instabiler Soziallagen vor allem bei Solo-Selbstständigen. Letzteres ist häufig eine Folge von geringen Einkommen, kurzfristigen Kontrakten und gestiegenen Insolvenzen von Kleinunternehmen. Dies führt zu der Einschätzung, dass „der Status quo von Selbstständigen prinzipiell von einer hohen Heterogenität geprägt ist, die eine pauschalisierende Behandlung von vornherein verbietet und vor deren Hintergrund allgemeine Aussagen zu den Selbstständigen ohne Gehalt sind“ (Bögenhold und Fachinger 2012, 277).

Im hier betrachteten Kontext des Krankenversicherungsschutzes bleibt festzuhalten, dass die Selbstständigkeit insbesondere mit der Zunahme der Solo-Selbstständigkeit und der damit verbundenen Ausbreitung unsteter und sozial prekärer Formen von Selbstständigkeit einen gravierenden Wandel erfahren hat. Dass die Selbstständigkeit – parallel zur anhaltenden Zunahme sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung – seit 2012 wieder zurückgeht und auch diese Entwicklung vor allem auf den Rückgang an Solo-Selbst-

ständigen zurückzuführen ist (Brenke 2015), unterstreicht nur den Befund der Unstetigkeit bei dieser Teilgruppe von Selbstständigen. In den sozialen Sicherungssystemen und hier speziell bei der Frage des Krankenversicherungsschutzes sind diese Veränderungen bislang ohne jegliche Konsequenz geblieben, denn nach wie vor wird pauschal unterstellt, dass die Selbstständigen nicht auf den Schutz der Solidargemeinschaft angewiesen sind.

3 Beitragsregelungen für Selbstständige in GKV und PKV

Unabhängig von ihrem Einkommen steht es Selbstständigen generell frei, sich privat zu versichern. Die Kalkulation ihrer Prämien erfolgt wie in der PKV üblich im Rahmen eines privaten Versicherungsvertrags und ist abhängig vom Eintrittsalter und Gesundheitszustand sowie vom gewählten Versicherungsumfang einschließlich Selbstbeteiligungen. Für Kinder und Familienangehörige sind eigene Verträge abzuschließen.

Zeitgleich mit der Einführung der Versicherungspflicht wurde 2009 durch den Gesetzgeber der Basistarif eingeführt, der Elemente von Einkommenssolidarität enthält, die dem PKV-System ansonsten fremd sind. Der Basistarif entspricht vom Umfang her dem Leistungskatalog der GKV und darf nicht teurer sein als der GKV-Höchstbeitrag. Bei sozialer Hilfebefürdigkeit im Sinne des Sozialhilferechts ist eine Halbierung des Beitrags möglich. Die Zahl der Privatversicherten im Basistarif ist allerdings bis heute überschaubar geblieben: Ende 2014 waren es weniger als 29.000, davon etwas mehr als die Hälfte mit halbiertem Beitrag (PKV 2015 a, 30). Zahlenmäßig bedeutsamer ist der seit August 2013 als Reaktion auf die trotz Basistarif wachsende Zahl von „Nichtzahlern“ eingeführte Notlagentarif für säumige Beitragszahler, dem nach weniger als eineinhalb Jahren Ende 2014 schon 114.000 Versicherte angehörten (PKV 2015 a, 31). Bei Zahlung einer verminderten Prämie und unter Rückgriff auf bestehende Altersrückstellungen ermöglicht der Notlagentarif die Versorgung von akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen der PKV-Versicherten. Das mit der Einführung der generellen Krankenversicherungspflicht angestrebte Ziel einer umfassenden Absicherung aller Bürger wird damit allerdings erkennbar verfehlt (Münstermann et al. 2014, 232). Erst nach Begleichung der Prämienrückstände können die betroffenen Personen wieder in ihren ursprünglichen Tarif wechseln und umfassende Gesundheitsleistungen beanspruchen.

Hauptberuflich Selbstständige können sich aber auch freiwillig in der GKV versichern. In diesem Fall sind nach Paragraph 240 des Fünften Sozialgesetzbuchs (SGB V) grundsätzlich beitragspflichtige Einnahmen in Höhe der Beitrags-

bemessungsgrenze zu veranschlagen, die 2016 monatlich 4237,50 Euro beträgt (wobei hier auf Sonderregelungen für selbstständige Künstler und Publizisten beziehungsweise Landwirte nicht näher eingegangen wird). Bei einem Beitragssatz von durchschnittlich 15,7 Prozent einschließlich Zusatzbeitrag liegt der Monatsbeitrag 2016 damit bei 665,29 Euro. Bei Verzicht auf Krankengeld wird der ermäßigte Beitragssatz von durchschnittlich 15,1 Prozent fällig, und der Monatsbeitrag beträgt 639,86 Euro. Die Mindestbemessungsgrenze (75 Prozent der monatlichen Bezugsgröße) beträgt 2016 monatlich 2.178,75 Euro und der Monatsbeitrag entsprechend 342,06 Euro mit beziehungsweise 328,99 Euro ohne Krankengeldanspruch. Beiträge von Selbstständigen, deren Einkünfte zwischen diesen Werten liegen, werden auf Basis der nachgewiesenen Ertragslage berechnet.

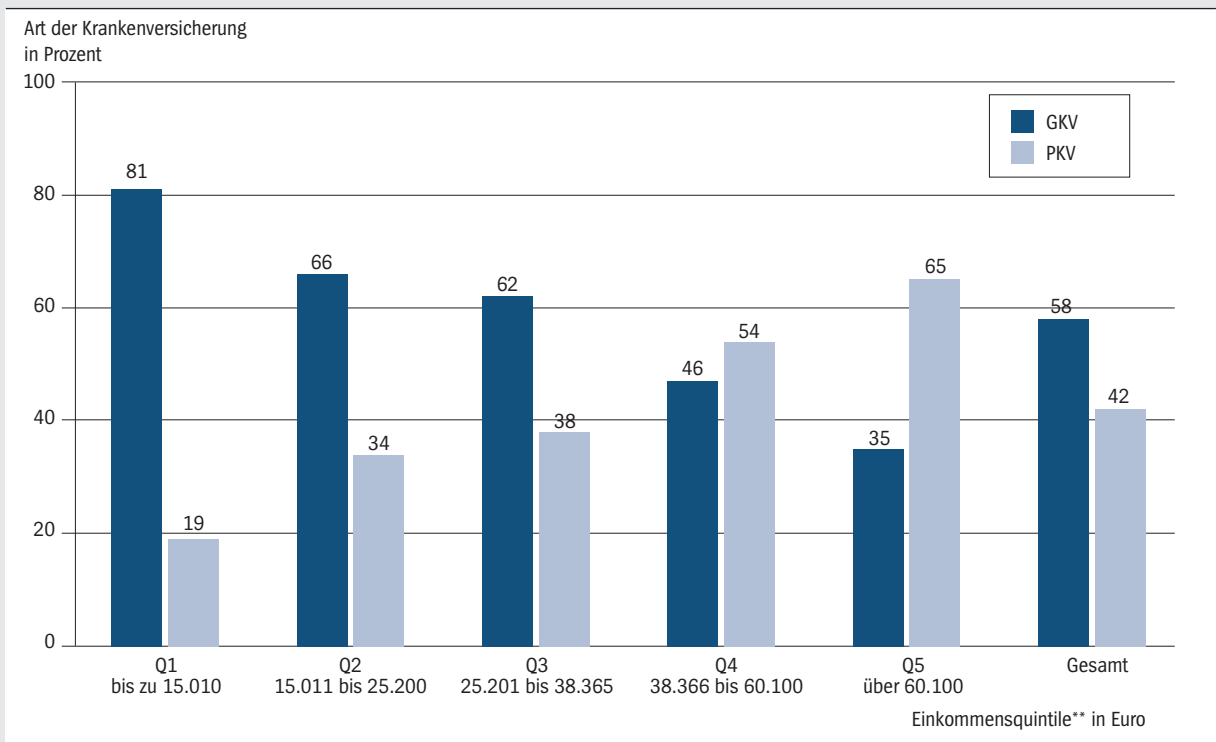
Für Selbstständige mit Erträgen unter der Mindestbemessungsgrenze besteht als Ausnahmeregelung die Möglichkeit, bei der Krankenkasse einen Härtefallantrag nach Paragraph 240 Absatz 4 SGB V zu stellen. Hierdurch kann der Beitrag noch einmal um etwa ein Drittel auf monatlich 228,04 beziehungsweise 219,33 Euro gesenkt werden. Die Einstufung als Härtefall ist jedoch an restriktive Bedingungen geknüpft. So wird das Einkommen eines Partners mit berücksichtigt, und es dürfen bis auf einen Sockelbetrag keinerlei Einnahmen aus Kapitalanlagen sowie aus Vermietung und Verpachtung erzielt werden.

Zweifel an der Angemessenheit dieser Regelungen vor dem Hintergrund der gewandelten Struktur der Selbstständigen können daraus abgeleitet werden, dass die bereits für die PKV angeführte Nichtzahler-Problematik auch in beträchtlichem Umfang in der GKV besteht und auch hier den Gesetzgeber auf den Plan gerufen hat, etwa um Beitragsschulden rückwirkend zu erlassen und Säumniszuschläge zu reduzieren (BMG 2013). Ob damit jedoch eine Verringerung der Zahl der Nichtzahler gelingt, wird insoweit durchaus skeptisch beurteilt, als die meisten Nichtzahler Selbstständige seien, die durch die bestehende Beitragsbemessung gegenüber Arbeitnehmern benachteiligt würden (Münstermann et al. 2014, 234). Dass der Mindestbeitrag für Selbstständige höher ist als für sonstige freiwillig Versicherte, hält der GKV-Spitzenverband für sachlich gerechtfertigt, weil der Beitragsbemessung bei den Selbstständigen Nettoerträge nach dem Abzug von Betriebsausgaben zugrunde liegen und der daraus resultierende Vorteil gegenüber Arbeitnehmern, deren Beitrag auf der Basis von Bruttoeinkommen ermittelt wird, „typisierend durch die Festsetzung einer besonderen Mindestbemessungsgrenze ausgeglichen wird“ (GKV-Spitzenverband 2015, 7).

Inwieweit eine solche Typisierung angesichts des strukturellen Wandels der Selbstständigkeit noch trägt, erscheint jedoch zumindest fraglich. Darauf verweisen auch die zunehmenden Herausforderungen bei der Abgrenzung von Selbst-

ABBILDUNG 1

Selbstständige nach Einkommensquintilen und Krankenversicherungsschutz 2012



Population: Selbstständige in Privathaushalten, 18 Jahre und älter* (Gesamt = 3.736.747 Selbstständige)

* In Haupttätigkeit selbstständig Erwerbstätige ohne Landwirte und mithelfende Familienangehörige

** Brutto-Jahreseinkommen gesamt, basierend auf differenzierter Abfrage der persönlichen Vorjahreseinkünfte

Quelle: eigene Berechnungen auf Basis des sozio-oekonomischen Panels, SOEP29 (Hrsg. DIW Berlin); Grafik: G+G Wissenschaft 2016

ständigkeit. Dabei geht es zum einen um die regelmäßig von Sozial- und Arbeitsgerichten zu beantwortende Frage, ob überhaupt eine selbstständige Tätigkeit vorliegt oder – im Fall einer negativen Antwort – Sozialversicherungspflicht. Entscheidende Abgrenzungskriterien dabei sind laut Bundessozialgericht die persönliche Abhängigkeit vom Arbeitgeber, die Eingliederung in den Betrieb und das Weisungsrecht des Arbeitgebers, das Zeit, Dauer, Ort und Art der Ausführung der Tätigkeit umfasst (Wenner 2014). Zum anderen haben die Krankenkassen in vielfach aufwendigen Einzelfallprüfungen festzustellen, ob die Ausübung der selbstständigen Erwerbstätigkeit hauptberuflich erfolgt. Das ist angesichts der bereits angesprochenen Erwerbshybridisierung mit einem dynamischen Nach- und vor allem auch Nebeneinander unterschiedlicher Erwerbsformen keineswegs trivial. Im Interesse eines einheitlichen Vorgehens gibt es dazu detaillierte „Grundsätzliche Hinweise“ des GKV-Spitzenverbandes (GKV-Spitzenverband 2015). Nach der Rechtsprechung gilt eine selbstständige

Erwerbstätigkeit dann als hauptberuflich, wenn sie von der wirtschaftlichen Bedeutung und dem zeitlichen Aufwand her die übrigen Erwerbstätigkeiten deutlich übersteigt und den Mittelpunkt der Erwerbstätigkeit darstellt. Wann das konkret der Fall ist, ist aber oft nicht eindeutig und in jedem Fall nur mit hohem bürokratischen Aufwand zu bestimmen.

4 Empirische Ergebnisse zu Einkommenslage und Krankenversicherung

Vor dem Hintergrund der aufgezeigten Veränderungen der Selbstständigkeit stellt sich die Frage, wie und zu welchen Kosten Selbstständige abhängig von ihrer finanziellen Lage in Deutschland krankenversichert sind. Die nachfolgende Beantwortung dieser Frage basiert auf Analysen mit Querschnittsdaten des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP) der

Erhebungswelle des Jahres 2012 (Goebel et al 2008). Die Abgrenzung der Selbstständigen erfolgt über Angaben zur derzeitigen beruflichen Stellung der Befragten. In die Analyse einbezogen werden allein die in beruflicher Haupttätigkeit selbstständig Erwerbstätigen im Erwachsenenalter – ohne mithelfende Familienangehörige und selbstständige Landwirte aufgrund ihrer Sonderstellung im Krankenversicherungskontext. Die Ergebnisse des SOEP werden personengewichtet und zugleich auf den Querschnitt der Bevölkerung hochgerechnet ausgewiesen. Graduelle Abweichungen gegenüber den Ergebnissen des Mikrozensus (Abschnitt 2) sind vor allem auf die etwas unterschiedliche Abgrenzung der Analysepopulation zurückzuführen.

Zur Differenzierung der Einkommenssituation der Selbstständigen wurde eine Verteilungsanalyse auf Grundlage der im Vorjahr erzielten Gesamteinkommen durchgeführt, bei der alle gut 3,7 Millionen in der Analyse erfassten Selbstständigen nach der Rangfolge ihrer Einkommen in Quintile, also fünf gleich große Gruppen, aufgeteilt wurden. Neben den Einkünften aus selbstständiger Tätigkeit wurden dabei auch Einkünfte aus weiteren beruflichen Tätigkeiten berücksichtigt sowie aus weiteren Quellen, wie etwa aus Kapitalanlagen, aber auch aus Versicherungen oder sozialen Transfers.

In Abbildung 1 sind die Ergebnisse zum Krankenversicherungsschutz der Selbstständigen dargestellt. Von den 3,7 Millionen Selbstständigen im Jahr 2012 waren rund 58 Prozent gesetzlich und 42 Prozent privat krankenversichert. Abhängig von der Einkommenslage zeigen sich deutliche Unterschiede in der Zugehörigkeit zu GKV und PKV. Selbstständige im unteren Einkommensquintil Q1 mit Jahreseinkünften von weniger als 15.011 Euro sind zu über 80 Prozent gesetzlich und nur zu rund 19 Prozent privat versichert. Im obersten Einkommensquintil verhält es sich umgekehrt: Hier sind fast zwei Drittel privat versichert und nur ein gutes Drittel gehört einer gesetzlichen Krankenkasse an. Somit ist ein klares Muster erkennbar: Je höher die Einkommenslage von Selbstständigen, desto größer der Anteil der Privatversicherten. Und umgekehrt: Je geringer das Einkommen, desto größer die Anteile der GKV-Versicherten. Diese Ergebnisse korrespondieren mit früheren Analyseergebnissen zur Entwicklung der Versichertenstrukturen in Deutschland, wonach sich die Unterschiede in den Erwerbs- und Einkommensstrukturen zwischen GKV- und PKV-Versicherten im Zeitraum von 2000 bis 2010 verstärkt haben (Haun 2013, 101).

Weil die Zunahme der Solo-Selbstständigkeit ein wesentliches Merkmal des beschriebenen Strukturwandels der Selbstständigkeit in Deutschland darstellt, ist die Frage nach dem Krankenversicherungsschutz von Solo-Selbstständigen im Vergleich zu Selbstständigen mit Mitarbeitern von besonderem Interesse.

Nach den in Tabelle 1 dargestellten Ergebnissen handelt es sich bei den in der GKV versicherten Selbstständigen nur selten um Selbstständige mit Mitarbeitern. Rund 71 Prozent der gesetzlich versicherten Selbstständigen sind Solo-Selbstständige. Anders in der PKV: Von den privat versicherten Selbstständigen hat fast jeder zweite angestellte Mitarbeiter, der Anteil der Solo-Selbstständigen liegt hier insgesamt bei 51 Prozent. Differenziert nach Einkommensquintilen zeigen sich sowohl in der GKV als auch in der PKV durchweg höhere Anteile von Solo-Selbstständigen in den unteren Einkommenslagen. Insbesondere in den beiden unteren Einkommensquintilen liegen die Anteile in der GKV mit 82 beziehungsweise 76 Prozent jedoch deutlich über den entsprechenden Werten in der PKV. Auffällig ist bei den privat versicherten Selbstständigen der mit 31 Prozent vergleichsweise geringe Anteil von Solo-Selbstständigen im obersten Einkommensquintil, das immerhin fast eine halbe Million Menschen umfasst. Diese Ergebnisse lassen den Schluss zu, dass Solo-Selbstständige und Selbstständige mit geringen Einkommen sich überwiegend gesetzlich krankenversichern, während Selbstständige mit Mitarbeitern und Selbstständige mit hohem Einkommen sich eher privat versichern.

Was ist die Ursache dieser Segregation, welche Bedeutung haben hierbei womöglich die unterschiedlichen Kosten für den Krankenversicherungsschutz von Selbstständigen in GKV und PKV? Für PKV-versicherte Selbstständige kann die Höhe der Beiträge direkt aus der entsprechenden persönlichen Abfrage im SOEP ermittelt werden. Die Beitragskosten in der GKV wurden dagegen näherungsweise über eine Simulation ermittelt. Die persönlichen beitragspflichtigen Einnahmen von Selbstständigen 2012 wurden auf Basis der einzelnen Komponenten ihrer Vorjahreseinkünfte bestimmt. Die Simulation der GKV-Beiträge erfolgte dann nach den in Abschnitt 3 beschriebenen Regelungen zur Beitragsbemessung, wobei der 2012 gültige ermäßigte Beitragssatz von 14,9 Prozent zugrunde gelegt wurde.

In Tabelle 1 sind die durchschnittlichen individuellen Jahreseinkommen sowie auch die für 2012 berechneten jährlichen Krankenversicherungsbeiträge für GKV- und PKV-versicherte Selbstständige dargestellt. Insgesamt weisen die PKV-versicherten Selbstständigen ein durchschnittlich fast doppelt so hohes Jahreseinkommen auf wie die GKV-versicherten Selbstständigen. Die durchschnittlichen jährlichen Beitragskosten von GKV-versicherten Selbstständigen liegen mit 4.603 Euro um rund 300 Euro unter den durchschnittlichen Jahresbeiträgen der PKV-versicherten Selbstständigen. Aufgrund ihres im Durchschnitt deutlich geringeren Einkommens ist der von den gesetzlich versicherten Selbstständigen aufzubringende Anteil ihres Krankenversicherungsbeitrags am Einkommen mit 23,2 Prozent jedoch erheblich höher als bei den PKV-versicherten Selbstständigen mit einem Anteil von 14,8 Prozent.

TABELLE 1

Ausgewählte Kennzahlen zu GKV- und PKV-versicherten Selbstständigen nach Einkommensquintilen 2012

Einkommensquintile nach Jahreseinkommen* in Euro	Gesamt Anzahl	Anteil Solo-Selbstständige in Prozent	Durchschnittliches Einkommen* in Euro p. a.	Durchschnittlicher Beitrag** in Euro p. a.	Durchschnittlicher Anteil Beitrag/Einkommen in Prozent
GKV-versicherte Selbstständige					
Q1	597.337	82	9.444	3.520	46,5
Q2	494.840	76	20.243	3.534	17,9
Q3	462.241	69	30.759	4.451	14,5
Q4	346.671	63	47.262	6.499	13,9
Q5	263.351	51	107.112	6.839	7,5
Gesamt	2.164.440	71	34.406	4.603	23,2
PKV-versicherte Selbstständige					
Q1	143.629	63	8.041	3.792	58,0
Q2	250.937	61	20.515	4.258	21,3
Q3	286.412	65	31.710	4.438	14,2
Q4	399.270	56	48.809	4.877	10,1
Q5	492.059	31	127.737	5.820	6,0
Gesamt	1.572.307	51	62.155	4.941	14,8
Selbstständige gesamt	3.736.747	63	45.864		

Population: Selbstständige in Privathaushalten, 18 Jahre und älter (ohne Landwirte und mithelfende Familienangehörige)

* Brutto-Jahreseinkommen gesamt, basierend auf differenzierter Abfrage der persönlichen Vorjahreseinkünfte

** Simulierte GKV-Beiträge auf Grundlage des durchschnittlichen ermäßigten Beitragssatzes von 14,9 Prozent

Quelle: eigene Berechnungen auf Basis des sozio-ökonomischen Panels, SOEP29 (Hrsg. DIW Berlin), Grafik: G+G Wissenschaft 2016

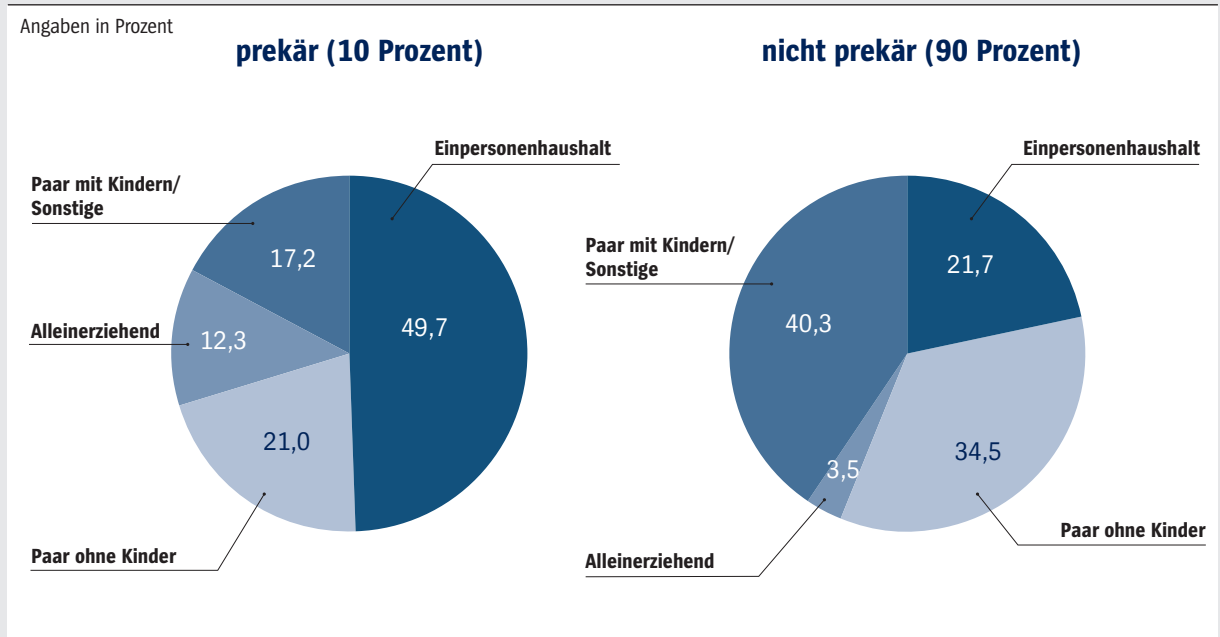
Im untersten Einkommensquintil ist die Belastung durch die Krankenversicherungsbeiträge bei GKV- wie PKV-versicherten Selbstständigen erheblich: Gesetzlich versicherte Selbstständige mussten durchschnittlich 3.520 Euro jährlich an Beiträgen aufwenden, entsprechend einem Anteil von durchschnittlich 46,5 Prozent ihrer Einkünfte. Mit 58 Prozent liegt die entsprechende Belastung für privat versicherte Selbstständige sogar noch über diesem Wert. Ohne finanzielle Unterstützung, zum Beispiel von Familienangehörigen, sind die Belastungen in diesem Einkommenssegment für PKV- und GKV-versicherte Selbstständige kaum zu schultern. Im zweiten Einkommensquintil fällt die durchschnittliche Beitragsbelastung der Selbstständigen mit knapp 18 (GKV) beziehungsweise 21 Prozent (PKV) schon merklich geringer aus. Doch darf die Durchschnittsbetrachtung nicht darüber hinwegtäuschen, dass es auch in diesem Einkommenssegment teilweise noch hohe Belastungen gibt. In den höheren Einkommensquintilen Q3 bis

Q5 liegen die durchschnittlichen Jahresbeiträge der privat versicherten Selbstständigen durchweg unter den entsprechenden Beitragskosten in der GKV. Damit bestätigt sich, dass die PKV unter Kostenaspekten vor allem für einkommensstarke Selbstständige attraktiv ist.

Allerdings muss darauf hingewiesen werden, dass die in Tabelle 1 dargestellten Ergebnisse keine unmittelbaren Rückschlüsse auf das Ausmaß prekärer Einkommenslagen von Selbstständigen erlauben. Denn es ist durchaus möglich, dass Selbstständige mit geringen eigenen Einkünften etwa durch den Ehepartner oder andere im selben Haushalt lebende Personen finanziell unterstützt werden. Auch im zweiten Einkommensquintil können sich Selbstständige in prekärer Lage befinden, zum Beispiel wenn ihr Einkommen ausreichen muss, um weitere Haushaltsangehörige ohne eigenes Einkommen mitzuversorgen.

ABBILDUNG 2

Haushaltskonstellation von Selbstständigen in prekärer und nicht-prekärer Einkommenslage 2012*



Population: Selbstständige in Privathaushalten, 18 Jahre und älter (ohne Landwirte und mithelfende Familienangehörige)

* Auf Basis der Summe der äquivalenzgewichteten Brutto-Vorjahreseinkünfte der Haushaltsmitglieder, bei einem Schwellenwert für die Einstufung als prekär von zehn Prozent (= unter 13.740 Euro)

Quelle: eigene Berechnungen auf Basis des sozio-ökonomischen Panels, SOEP, 2012 (Hrsg. DIW Berlin); Grafik: G+G Wissenschaft 2016

Um Selbstständige in prekärer Soziallage zu identifizieren, ist eine Analyse auf Basis von äquivalenzgewichteten Haushaltseinkommen erforderlich. Dabei wird die Bedarfssituation der Haushalte abhängig von der jeweiligen Haushaltsgröße berücksichtigt – bei unterschiedlicher Gewichtung von erwachsenen Personen und Kindern. Wenn man dabei der international üblichen Äquivalenzgewichtung nach OECD-Kriterien folgt und sich als Schwellenwert für die relative Armut an den vom Statistischen Bundesamt auf Basis der Studie „Leben in Europa (EU-SILC)“ für die Gesamtbevölkerung berichteten Ergebnissen für 2011 orientiert (*Statistisches Bundesamt 2012*), lässt sich abschätzen, wie viele Selbstständige in einer Einkommenssituation leben, die gemeinhin mit relativer Armut assoziiert wird. In der genannten Studie lag der Schwellenwert für Armutsgefährdung (in Höhe von 60 Prozent des Medianwerts des äquivalenzgewichteten Haushaltsnettoeinkommens von 1.633 Euro) bei einem Einkommen von 980 Euro monatlich beziehungsweise einem Jahreseinkommen von 11.760 Euro für eine alleinstehende Person (*Deckl 2013, 895*).

Wenn man die Selbstständigen nach diesem Forschungsansatz auf Basis ihres Haushaltseinkommens analysiert, kommt man zu dem Ergebnis, dass sich zumindest zehn Prozent der Selbstständigen – und damit fast 375.000 Personen – jenseits der Schwelle zur relativen Armut befinden. Es handelt sich hierbei um Selbstständige, deren äquivalenzgewichtetes Haushaltsbruttoeinkommen 2011 unter 13.740 Euro lag. Gut drei Viertel dieser Selbstständigen waren in der GKV, ein knappes Viertel in der PKV versichert – bei einem Gesamtanteil an Solo-Selbstständigen von 81 Prozent. Bei durchschnittlichen jährlichen Krankenversicherungsbeiträgen von 3.520 Euro in der GKV beziehungsweise 3.895 Euro in der PKV im Jahr 2012 ist der auf Basis des Nettoeinkommens ermittelte Schwellenwert für Armutsgefährdung deutlich unterschritten. Wie die Analyse der SOEP-Daten zeigt, sind rund zwei Drittel der gesetzlich versicherten Selbstständigen in prekärer Lage freiwillig in der GKV versichert, das restliche Drittel ist entweder als Familienangehöriger mitversichert oder als Arbeitnehmer gesetzlich pflichtversichert. Dies deutet darauf hin, dass zumindest ein Teil der Selbstständigen gewisse

Spielräume nutzt, die in der GKV bei der Gestaltung des Versichertenstatus bestehen.

Wie in Abbildung 2 dargestellt, unterscheiden sich die Selbstständigen in prekärer Einkommenslage in Bezug auf ihre Haushaltskonstellation recht deutlich von den übrigen Selbstständigen. Jeder Zweite von ihnen lebt in einem Einpersonenhaushalt, bei den übrigen Selbstständigen dagegen nur gut jeder Fünfte. Eine weitergehende Analyse verweist zudem auf zwei Zusammenhänge. Der erste betrifft das Alter: Jüngere selbstständige Singles befinden sich vielfach noch in einer instabilen Lage. Der zweite Zusammenhang betrifft die Auflösung von Partnerbeziehungen: Die Trennung einer Beziehung oder die Auflösung einer Familie nach einer Scheidung trägt häufig mit zu einer prekären Einkommenslage von Selbstständigen bei. Auffällig ist zudem auch der mit über zwölf Prozent hohe Anteil von Selbstständigen in prekärer Lage, die als Alleinerziehende häufig nur in eingeschränktem Umfang erwerbstätig sein können.

5 Fazit und Ausblick

Selbstständige können sich als einzige Personengruppe in Deutschland unabhängig vom Einkommen zwischen gesetzlichem und privatem Krankenversicherungsschutz entscheiden. Das gilt zumindest, wenn man akzeptiert, dass es für Beamte aufgrund der bestehenden Beihilferegulungen und der Abwesenheit beihilfekompatibler GKV-Tarife keine echte Wahloption zwischen GKV und PKV gibt (dazu *Haun und Jacobs 2014*). Auf die Fragwürdigkeit der pauschalen Annahme, Selbstständige generell als nicht schutzbedürftig einzustufen, ist bereits wiederholt hingewiesen worden (etwa *Jacobs 2013*; *Kingreen 2014*) – ganz abgesehen von der (rhetorischen) Frage, wie sich eigentlich eine Solidargemeinschaft tragen soll, die ganz oder zumindest überwiegend nur aus Schutzbedürftigen besteht.

Die Ergebnisse von Analysen auf der Datengrundlage des SOEP belegen eindrucksvoll, dass sich ein substanzieller Teil der Selbstständigen in einer Einkommenssituation befindet, die nach gängigen Bewertungskriterien dringend der solidarischen Absicherung bedarf. Dass die PKV ihre seit 2012 rückläufigen Versichertenzahlen mit dem Rückgang der Selbstständigkeit in Deutschland begründet, entbehrt insofern nicht einer gewissen Pikanterie, als dieser Rückgang vor allem auf die abnehmende Zahl an Solo-Selbstständigen zurückzuführen ist, die vielfach niedrige Einkommen beziehen und überwiegend GKV-versichert sind. Die Feststellung, „dass viele vormals privat versicherte Selbstständige beim Wechsel

in eine sozialversicherungspflichtige Anstellung unter der Entgeltgrenze in die GKV wechseln mussten, egal ob sie das wollten oder nicht“ (*PKV 2015 b*), mag zwar für einen Teil der Betroffenen zutreffen. Es ist aber auch nicht auszuschließen, dass die Motivation für viele Wechsel von der Selbstständigkeit in ein abhängiges Beschäftigungsverhältnis gerade in der damit verbundenen GKV-Versicherung liegt, die anders nicht zu erreichen ist.

Somit folgen nicht allein Regelungen zum Krankenversicherungsschutz – in durchaus fragwürdiger Weise – überholten Erwerbskriterien. Vielmehr ist auch umgekehrt zu beobachten, dass bestimmte Erwerbskonstellationen gezielt im Hinblick auf damit verbundene Krankenversicherungsoptionen gewählt werden. Das gilt keinesfalls allein für Geringverdiener, die den Schutz der Solidargemeinschaft suchen. Es gibt auch etliche Beispiele dafür, dass sich „hochqualifizierte Personen auf der Flucht aus der Sozialversicherung“ (*Wenner 2014, 247f.*) befinden und sich mit Hilfe oft zweifelhafter Konstrukte von Selbstständigkeit – etwa im IT-Geschäft oder bei Honorarärzten – ihres im Fall eines abhängigen Beschäftigungsverhältnisses fälligen Solidarbeitrags zu entledigen suchen.

Das macht deutlich: Die Option GKV oder PKV pauschal am Kriterium der Selbstständigkeit festzumachen, hat mit der Arbeitsmarkt- und Einkommensrealität schon längst nichts mehr zu tun. Dass dabei Entscheidungen über den Krankenversicherungsschutz mit potenziell lebenslanger Bindungswirkung getroffen werden, passt nicht mehr zu den immer häufigeren Patchwork-Erwerbsbiografien. Aber noch etwas ist bei der empirischen Analyse deutlich geworden: Die Beitragsregelungen sowohl in der GKV als auch in der PKV sind für viele Selbstständige nicht mehr angemessen. In der PKV wird die Intention der erst 2009 eingeführten Krankenversicherungspflicht durch den Notlagentarif bereits heute ausgehöhlt. Das Geschäftsmodell der PKV ist vom Grundsatz her nicht in der Lage, auf sich ändernde individuelle Erwerbs- und Lebenslagen der Versicherten zu reagieren. Doch auch in der GKV werden die weithin auf Typisierungen basierenden Beitragsregelungen der konkreten Situation vieler Selbstständiger nicht mehr gerecht, wie nicht zuletzt die hohe Zahl von Nichtzahlern unterstreicht. Allerdings prallen hier zwei Schutzinteressen aufeinander: einerseits die Schutzbedürftigkeit kleiner Selbstständiger in prekären Einkommenslagen, aber andererseits auch die Notwendigkeit, die Solidargemeinschaft der GKV vor Überforderung zu schützen. An der solidarischen Finanzierung des Krankenversicherungsschutzes müssen sich deshalb alle Bürger beteiligen, nicht zuletzt auch die nach wie vor vielen Selbstständigen mit hohen und sehr hohen Einkommen. Vor entsprechendem Reformbedarf darf die Politik die Augen nicht länger verschließen.

Literatur

Bögenhold D, Fachinger U (2012): Selbstständigkeit im System der Erwerbstätigkeit. Sozialer Fortschritt, Jg. 61, Heft 11/12, 276–287

Brenke K (2013): Allein tätige Selbständige: starkes Beschäftigungswachstum, oft nur geringe Einkommen. DIW-Wochenbericht, Jg. 80, Nr. 7, 3–16

Brenke K (2015): Selbstständige Beschäftigung geht zurück. DIW-Wochenbericht, Jg. 82, Nr. 36, 790–796

Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2013): Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung tritt am 1. August in Kraft. Pressemitteilung Nr. 59, 30.07.2013; www.bmg.bund.de → Presse → Pressemitteilungen

Deckl S (2013): Armut und soziale Ausgrenzung in Deutschland und der Europäischen Union. Ergebnisse aus LEBEN IN EUROPA (EU-SILC) 2012. Wirtschaft und Statistik, Heft Dezember, 893–906; www.destatis.de → Publikationen → WISTA – Wirtschaft und Statistik → Archiv

GKV-Spitzenverband (2015): Grundsätzliche Hinweise zum Begriff der hauptberuflich selbstständigen Erwerbstätigkeit vom 23. Juli 2015; www.mediafon.net/upload/2015_GKV_Kriterien_Hauptberuf.pdf

Goebel J, Grabka M, Krause P et al. (2008): Mikrodaten, Gewichtung und Datenstruktur der Längsschnittstudie Sozio-oekonomisches Panel (SOEP). Vierteljahreshefte zur Wirtschaftsforschung, Jg. 77, Heft 3, 77–109

Haun D (2013): Quo vadis, GKV und PKV? Entwicklung der Erwerbs- und Einkommensstrukturen von Versicherten im dualen System. In: Jacobs K, Schulze S (Hrsg.): Die Krankenversicherung der Zukunft. Anforderungen an ein leistungsfähiges System. Berlin: KomPart, 75–106

Haun D, Jacobs K (2014): Beihilfe ohne Perspektive? Die Zukunft der Gesundheitskostenabsicherung für Beamte. Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft, Jg. 14, Heft 1, 23–30

Jacobs K (2013): Wettbewerb im dualen Krankenversicherungssystem in Deutschland – Fiktion und Realität. In: Jacobs K, Schulze S (Hrsg.): Die Krankenversicherung der Zukunft. Anforderungen an ein leistungsfähiges System. Berlin: KomPart, 47–73

Kingreen T (2014): Wandel durch Annäherung: Perspektiven für eine integrierte Krankenversicherungsordnung. In: Wallrabenstein A, Ebsen I (Hrsg.): Stand und Perspektiven der Gesundheitsversorgung. Optionen und Probleme rechtlicher Gestaltung. Frankfurt/Main: Peter Lang, 13–35

Mai C-M, Marder-Puch K (2013): Selbstständigkeit in Deutschland. Wirtschaft und Statistik, Heft Juli, 482–497; www.destatis.de → Publikationen → WISTA – Wirtschaft und Statistik → Archiv

Münstermann L, Arentz C, Läufer I (2014): Zum Umgang mit Nicht-Zählern in der Krankenversicherung. Sozialer Fortschritt, Jg. 63, Heft 9, 231–238

Statistisches Bundesamt (2012): Wirtschaftsrechnungen. LEBEN IN EUROPA (EU-SILC): Einkommen und Lebensbedingungen in Deutschland und in Europa. Fachserie 15, Reihe 3; www.destatis.de → Publikationen → Thematische Veröffentlichungen

Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV) (2015 a): Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung 2014; www.pkv.de/service/broschueren/daten-und-zahlen/zahlenbericht-2014/

Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV) (2015 b): PKV-Zahlen 2014: Über 200 Milliarden Euro als Demografie-Vorsorge für die Versicherten. Pressemitteilung vom 13.03.2015; www.pkv.de/presse/pressemitteilungen/2015/0313-pkv-geschaeftszahlen-2014/

Wenner U (2014): Sozialversicherungsrechtliche Beschäftigung oder selbstständige Tätigkeit? Aktuelle Problemfelder einer unendlichen Abgrenzungsgeschichte. Soziale Sicherheit, 63. Jg., Heft 6, 245–250

(letzter Zugriff auf alle Quellen: 18. Dezember 2015)

DIE AUTOREN

**Dietmar Haun, Diplom-Soziologe,**

Jahrgang 1962, Studium der Soziologie, BWL und Sozial- und Wirtschaftspsychologie an der Universität Mannheim und der Indiana University, Bloomington, USA. Anschließend wissenschaftlicher Mitarbeiter am Lehrstuhl für Methoden der empirischen Sozialforschung und angewandte Soziologie der Universität Mannheim. Seit 2001 beim AOK-Bundesverband, zunächst im Geschäftsbereich Change Management, anschließend als Referent für Risikomanagement im Geschäftsbereich Finanzen. Seit 2012 wissenschaftlicher Mitarbeiter im Forschungsbereich Gesundheitspolitik und Systemanalysen des WIdO.

**Prof. Dr. rer. pol. Klaus Jacobs,**

Jahrgang 1957, ist seit 2002 Geschäftsführer des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) und leitet dort den Forschungsbereich Gesundheitspolitik und Systemanalysen. Zuvor Studium der Volkswirtschaftslehre in Bielefeld und Promotion an der Freien Universität (FU) Berlin. Wissenschaftliche Tätigkeiten an der FU Berlin, am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) und im Institut für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES), Berlin. Honorarprofessor der Fakultät für Wirtschaftswissenschaften der Universität Duisburg-Essen, Campus Essen.

Stadt-Land-Unterschiede bei hausärztlicher Lebensstilberatung

von Christiane Roick*

Ein gesunder Lebensstil verringert die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten zahlreicher chronischer Erkrankungen und wirkt sich im Krankheitsfall positiv auf den Verlauf aus. Deshalb sollen Ärzte ihre Patienten entsprechend beraten und motivieren. Eine Befragung deutscher Hausärzte zeigt jedoch, dass besonders Ärzte in ländlichen Regionen solche Beratungen seltener anbieten und sich dafür nicht gut ausgebildet fühlen.

1 Was ist das Problem?

Lebensstilberatungen sind ein wichtiges Instrument zur Prävention vieler chronischer Erkrankungen. Hausärzte spielen dabei eine zentrale Rolle, weil sie der erste Ansprechpartner der Patienten sind und deren Lebensumstände gut kennen. Sie können Lebensstilberatungen bei normalen Patientenkontakten, aber auch bei der Gesundheitsuntersuchung, die allen GKV-Versicherten ab 35 Jahren alle zwei Jahre empfohlen wird, durchführen. Bei der Gesundheitsuntersuchung sollen sie explizit das Risikoprofil des Patienten ansprechen und auf Möglichkeiten zur Reduktion gesundheitsschädigender Verhaltensweisen hinweisen. Untersucht wurde, wie gut Hausärzte in ländlichen und städtischen Regionen dieser Aufgabe nachkommen.

2 Wie wurde untersucht?

4.074 Hausärzte nahmen 2011 und 2012 an einer bundesweiten Befragung zur Lebensstilberatung teil. Analysiert wurden Unterschiede zwischen Hausärzten aus ländlichen, halbstädtischen und städtischen Niederlassungsgebieten (< 100, 100–500, > 500 Einwohner pro Quadratkilometer) unter Kontrolle des Alters und Geschlechts sowie der Fachrichtung (Internist versus Allgemeinmediziner/Praktischer Arzt).

3 Was ist rausgekommen?

Hausärzte aus ländlichen und halbstädtischen Regionen gaben signifikant seltener an, für die Lebensstilberatung gut ausgebildet zu sein und ihre Patienten erfolgreich zu einer gesünderen Lebensweise motivieren zu können. Sie erfassten im Vergleich zu Stadtärzten signifikant seltener den Alkohol- und Tabakkonsum ihrer Patienten. Landärzte erfassten zudem seltener die körperliche Aktivität. Bei der Beratung zur Gewichtsreduktion und zu körperlicher Aktivität schnitten Ärzte aus halbstädtischen Regionen signifikant und Ärzte aus ländlichen Regionen tendenziell schlechter ab als ihre städtischen Kollegen. Zudem überprüften Ärzte aus ländlichen und halbstädtischen Regionen signifikant seltener, ob die Patienten ihre Ziele bezüglich körperlicher Aktivität, Tabakentwöhnung und Reduktion des Alkoholkonsums erreichten.

Als Hindernisse für die Lebensstilberatung nannten Landärzte häufiger eine geringe Patientenadhärenz, eine unzureichende Vernetzung mit anderen Leistungsanbietern der kardiovaskulären Prävention sowie Zeitmangel und eine fehlende Ausbildung in der Lebensstilberatung.

4 Wie gut ist die Studie?

Da nur ein Drittel der angesprochenen Ärzte an der Studie teilgenommen hat, ist deren Repräsentativität fraglich. Es ist auch nicht auszuschließen, dass die Resultate durch erwünschtes Antwortverhalten, das bei Land- und Stadtärzten unterschiedlich ausgeprägt sein könnte, verzerrt wurden. Zudem lassen die Ergebnisse keine Aussage zum Erfolg der Lebensstilberatungen zu. Trotz dieser Limitationen deutet die Studie darauf hin, dass sich viele Land-, aber auch einige Stadtärzte für die Lebensstilberatung nicht gut ausgebildet fühlen. Für diese Ärzte könnten internetbasierte, CME-zertifizierte Tutorials eine gute Unterstützung sein. Darüber hinaus könnte das Beratungsangebot in ländlichen Regionen auch durch die Einbindung geschulter Praxismitarbeiter verbessert werden.

Quelle: Görig T et al.: Stadt-Land-Unterschiede im Angebot von Lebensstilberatung zur Prävention kardiovaskulärer Erkrankungen in der Hausarztpraxis. Ergebnisse einer bundesweiten Hausärztebefragung. Gesundheitswesen 2015, <http://dx.doi.org/10.1055/s-0035-1564208>

* PD Dr. med. Christiane Roick, MPH, Stellv. Leiterin des Stabs Medizin im AOK-Bundesverband, E-Mail: christiane.roick@bv.aok.de

DER KOMMENTAR

Hausärzte auf dem Land arbeiten schon jetzt mehr Stunden pro Woche als ihre Kollegen in der Stadt. Da stellt sich die Frage, was sie überhaupt noch zusätzlich leisten können. Man sollte versuchen, bei der Prävention im ländlichen Raum neue Wege zu gehen. Ein Landarzt ist vielleicht nicht so gut mit anderen Leistungserbringern vernetzt, kennt aber in der Regel die Leute im Ort sehr gut: den Metzger, den Bäcker, den Lehrer, den Apotheker. Wenn es gelingt, die in die Prävention mit einzubinden, zum Beispiel im Rahmen einer Gesundheitswoche zum Thema „Gesunde Ernährung“, dann hat der Doktor in seiner Praxis auch wieder Kapazitäten frei.

Prof. Dr. med. Elisabeth Steinhagen-Thiessen

Leiterin des Interdisziplinären Stoffwechselzentrums und der Ernährungsberatung und Diätetik an der Charité Berlin



KÖPFE

Prof. Dr. phil. Antje Ducki und **Prof. Dr. rer. oec. Jonas Schreyögg** sind in den Beirat des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) berufen worden. Ducki lehrt Arbeits- und Organisationspsychologie an der Beuth Hochschule für Technik Berlin und ist Mitherausgeberin des Fehlzeiten-Reports des WIdO. Schreyögg hat den Lehrstuhl für Management im Gesundheitswesen an der Universität Hamburg inne und ist Mitglied des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen.

Prof. Dr. med. Rainer Kiefmann ist auf die Stiftungsprofessur für Gerontoanästhesiologie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) berufen worden. Die Professur ist deutschlandweit die erste, die sich der Verbesserung der Behandlung älterer Patienten vor und nach chirurgischen Eingriffen widmet. Kiefmann war zuvor bereits als Oberarzt im Zentrum für Anästhesiologie und Intensivmedizin des UKE tätig.

Prof. Dr. med. Tobias Kurth leitet seit dem 1. Januar 2016 das Charité Institut Public Health (IPH) in Berlin und hat zugleich eine Stiftungsprofessur am Institut für Public Health der Charité – Universitätsmedizin Berlin und am Centre Virchow-Villermé für Public Health Paris-Berlin (CVV) angetreten. Der Humanmediziner und Epidemiologe lehrte unter anderem an der Harvard Medical School und wirkt seit 2014 als außerordentlicher Professor an der Harvard T.H. Chan School of Public Health in Boston. Seit 2009 war Kurth als Wissenschaftsdirektor am Nationalen Institut für Gesundheit und medizinische Forschung (Inserm) in Paris. Zugleich lehrte er an der Universität Pierre und Marie Curie in Paris und seit 2011 auch an der Universität in Bordeaux.

Prof. Dr. med. Michael Jansky hat die neu eingerichtete Professur für Allgemeinmedizin an der Universitätsmedizin Mainz übernommen

und ist seit dem 1. Januar 2016 auch Direktor des neu gegründeten Zentrums für Allgemeinmedizin und Geriatrie. Nach dem Medizinstudium in Mainz arbeitete er an der Deutschen Klinik für Diagnostik in Wiesbaden, 1991 ließ er sich als Allgemeinmediziner nieder. Jansky, der 2012 den Master of Medical Education erwarb, lehrt seit 1998 an der Universität Mainz, ist dort seit 2004 Honorarprofessor und leitet seit 2009 die Lehrplattform Allgemeinmedizin.

Prof. Dr. med. Heinz-Peter Schmiedebach hat die bundesweit erste Professur für Medical Humanities an der Charité Berlin übernommen. Die Stiftungsprofessur soll das Medizinstudium um kulturwissenschaftliche, zum Beispiel medizinethische und -historische Inhalte bereichern. Der Arzt und Medizinhistoriker Schmiedebach war zuletzt Direktor des Instituts für Geschichte und Ethik der Medizin am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf.

KONGRESSE

Thema	Inhalt	Datum/Ort	Veranstalter	Anmeldung
32. Deutscher Krebskongress „Krebsmedizin heute: präventiv, personalisiert, präzise und partizipativ“	Gesundheitspolitische Aspekte der Krebsversorgung, aktuelle Forschungsergebnisse	24.–27.2.2016 Berlin	Deutsche Krebsgesellschaft e. V. Kuno-Fischer-Straße 8 14057 Berlin (mit der Stiftung Deutsche Krebshilfe)	www.dkk2016.de/anmeldung-hotel.html E-Mail: elisabeth.schlegel@kukm.de Telefon: 03643 2468-116
10. Gesundheitskongress des Westens „Gutes Personal – Gute Medizin“	Recruiting-Strategien im Gesundheitswesen, Digitalisierung des Gesundheitssektors	8.–9.3.2016 Köln	WISO S. E. Consulting GmbH Nymphenburger Straße 9 10825 Berlin	www.gesundheitskongress-des-westens.de > Anmeldung; E-Mail: info@gesundheitskongress-des-westens.de; Telefon: 02234 95322-51
60. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Klinische Neurophysiologie und funktionelle Bildgebung (DGKN)	Bewegungsstörungen, Neurofeedback, Erhalt der Gehirnfunktion im Alter, Hirntoddiagnostik	16.–19.3.2016 Düsseldorf	DGKN – Sekretariat Robert-Bosch-Straße 7 64293 Darmstadt	www.dgkn-kongress.de/registrierung-abstracts/anmeldung/ E-Mail: registrierung@conventus.de Telefon: 03641 3116-160
Kongress Armut und Gesundheit 2016 „Gesundheit ist gesetzt!“	Gesundheit in verschiedenen Lebenslagen und -phasen, Gesundheitspolitik, Salutogenese	17.–18.3.2016 Berlin	Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V. – Kongress Armut und Gesundheit, Friedrichstraße 231, 10969 Berlin	www.armut-und-gesundheit.de > Anmeldung E-Mail: kongress@gesundheitbb.de Telefon: 030 443190-73
121. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin „Molekulare Prinzipien der Inneren Medizin“	Innovationen in Diagnostik und Therapie, „Unterlassen“ als ärztliche Aufgabe	18.–21.4.2016 Mannheim	Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e. V. Irenenstraße 1 65189 Wiesbaden	www.dgim2016.de/teilnehmer/gebuehren-registrierung, E-Mail: alexander.rossnagel@mcon-mannheim.de, Telefon: 0621 4106-343
4. Caritaskongress „DemografieFest“	Demografischer Wandel, Migration und Integration	13.–15.4.2016 Berlin	Deutscher Caritasverband e. V. Karlstraße 40 79104 Freiburg	www.caritas.de/fuerprofis/caritaskongress/anmeldung/ E-Mail: info@caritaskongress.de Telefon: 0761 200 408

Kontakte

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Nachdruck nur mit schriftlicher Genehmigung der Herausgeber.

G+G Wissenschaft (GGW)

GGW ist eine Verlagsbeilage von *Gesundheit und Gesellschaft*
Herausgeber: *Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO)*

Verantwortliche Redakteure:

Ines Körver (KomPart),
Prof. Dr. Klaus Jacobs, Sabine Schulze (WIdO)
Red.-Mitglieder: Dr. Silke Heller-Jung, Annegret Himrich; Grafik: Geertje Steglich (KomPart)

Anschrift der Redaktion:

Gesundheit und Gesellschaft – Wissenschaft, Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin
Telefon: 030 22011-201, Fax: 030 22011-105
E-Mail: ggw-redaktion@kompart.de