

Hauss, Friedrich; Gatermann, Dörthe

Book

Die Erhöhung der Nutzerkompetenz von Krankenversicherten: Schaffung von Handlungs- und Unterstützungsstrukturen

edition der Hans-Böckler-Stiftung, No. 111

Provided in Cooperation with:

The Hans Böckler Foundation

Suggested Citation: Hauss, Friedrich; Gatermann, Dörthe (2004) : Die Erhöhung der Nutzerkompetenz von Krankenversicherten: Schaffung von Handlungs- und Unterstützungsstrukturen, edition der Hans-Böckler-Stiftung, No. 111, ISBN 3-93514-588-8, Hans-Böckler-Stiftung, Düsseldorf

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/116363>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.

Die Erhöhung der Nutzerkompetenz von Krankenversicherten

*Friedrich Hauss
Dörthe Gatermann*

Die Erhöhung der Nutzerkompetenz von Krankenversicherten

**Schaffung von Handlungs- und
Unterstützungsstrukturen**

edition der Hans-Böckler-Stiftung 111

Dr. Friedrich Hauss, Dipl. Soz., Braintools. Forschung, Entwicklung und Beratung im Gesundheitswesen, Entwicklung und Betreuung von Berichtssystemen, Evaluation und Qualitätsmanagement, Modernisierung des öffentlichen Bereichs.

Dörthe Gatermann, Studentin der Sozialwissenschaften an der Humboldt Universität Berlin, seit drei Jahren Projektassistentin bei Braintools. Schwerpunkte: Qualitative Methoden, Arbeits- und Organisationssoziologie, Lebensformen und soziale Lage.

© Copyright 2004 by Hans-Böckler-Stiftung
Hans-Böckler-Straße 39, 40476 Düsseldorf
Buchgestaltung: Horst F. Neumann Kommunikationsdesign, Wuppertal
Produktion: Der Setzkasten GmbH, Düsseldorf
Printed in Germany 2004
ISBN 3-935145-88-8
Bestellnummer: 13111

Alle Rechte vorbehalten, insbesondere die des öffentlichen Vortrages,
der Rundfunksendung, der Fernsehausstrahlung,
der fotomechanischen Wiedergabe, auch einzelner Teile.

0 VORWORT	7
1 DER ANSATZ	9
2 ALLGEMEINE VERUNSICHERUNG	13
2.1 Verunsicherte Versicherte	14
2.1.1 Qualität und Leistungsfähigkeit der Anbieter und der Angebotsstrukturen	14
2.1.2 Finanzierung des Gesundheitswesens	15
2.1.3 Wachsender Informationsbedarf – Anforderungen an die Krankenkassen	15
2.1.4 Nicht zu viel des Guten	17
2.1.5 Zusammenfassung: Partnerschaftliche Problemlösung ist erwünscht	18
2.2 Verunsicherte Krankenkassen	18
2.2.1 Strategische Optionen der Krankenkassen im Umgang mit den Versicherten	19
2.2.2 Umsetzung der Optionen in Kommunikations- strategien	19
2.2.3 Zusammenfassung: Straffung und Ausweitung	23
3 KOMMUNIKATIONSBEDINGUNGEN	25
3.1 Die Anlässe der Kommunikation	26
3.1.1 Anlässe in den Beratungszentren	26
3.1.2 Anlässe im Callcenter	27
3.2 Nutzertypen	28
3.3 Kommunikationsbedingungen in den Krankenkassen	29
3.3.1 Widersprüchliche Tendenzen beim Umgang mit den Versicherten	31

3.3.2	Verwaltungsinterne Voraussetzungen für den Umgang mit den Versicherten	32
3.3.3	Das Alltagsgeschäft in den Beratungszentren	34
3.4	Zusammenfassung der Ergebnisse in Bezug auf »Aktivierung«	37
4	KRANKENKASSEN IM ÜBERGANG – EINIGE ÜBERRASCHUNGEN	39
4.1	Entscheidungsmöglichkeiten und Nutzerkompetenz	39
4.1.1	Exit-Option: Beiträge sparen	40
4.1.2	Voice-Option: Was gestalten?	40
4.2	Krankenkassen in der Zwickmühle	41
4.2.1	Einschränkungen ...	41
4.2.2	... und Ausweitungen	42
4.3	Viele Kommunikationsmöglichkeiten	43
4.3.1	Disease Management-Programm (DMP)	43
4.3.2	Kommunikation in den Geschäftsstellen	44
4.3.3	Beratung durch Callcenter	44
4.3.4	Prävention und Gesundheitsförderung	44
4.3.5	Interessenvertretungen	44
4.3.6	Einbeziehung der Leistungsanbieter in eine Ermüdungsstrategie	45
5	ANDOCKFLÄCHEN	47
5.1	Krankenkassen zwischen Wettbewerb und Bürokratie	47
5.2	Krankenkassen von innen: Die gleichen Widersprüche	48
5.3	Legitimation statt Problemlösung	50
5.4	Grundlagen für praktisches Handeln	51
6	PRAKTISCHE MÖGLICHKEITEN	53
6.1	Wissenslücken	53

6.2	Anforderungen an Instrumente	54
6.2.1	Ideen produzieren	54
6.2.2	Methodische Vielfalt und Angemessenheit	54
6.2.3	Aggregation im Datenpool	55
6.2.4	Vorschlag: Ein Versicherteninformationssystem (VIS)	55
6.3	Die Verarbeitung der Informationen durch ein Kommunikations- und Aktivierungssystem (KAS)	56
6.4	Schichtenspezifische Instrumente der Versichertenaktivierung	57
6.5	Verankerung in der Krankenkasse – Verortung in der Selbstverwaltung	58
7	LITERATUR	61
	SELBSTDARSTELLUNG DER HANS-BÖCKLER-STIFTUNG	73

Die gegenwärtigen Unsicherheiten im Gesundheitswesen verlangen den Versicherten viel ab, denn es geht nicht nur um die zukünftige Qualität der medizinischen Versorgung, die viele in Gefahr sehen. Es geht um Entscheidungen, die plötzlich in einem größeren Ausmaß zu treffen sind als dies vor einiger Zeit noch der Fall war, ständig wechselnde Leistungsberechtigungen und schließlich auch um Zuzahlungen, Zusatzversicherungen und um neue Behandlungsformen für oder gegen die man sich entscheiden muss. In einer solchen Situation wird häufig der »mündige Versicherte« oder auch der »kompetente Nutzer« gefordert.

Aber kompetenten Nutzer entstehen nicht aus dem Nichts. Sie brauchen Unterstützungsstrukturen und ein Umfeld, in dem sie ihre Entscheidungen informiert treffen können. Sie erwarten dabei, wie die Ergebnisse dieser Studie belegen, Unterstützung durch ihre Krankenkasse. Um aber diese Unterstützung leisten zu können, muss jede Krankenkasse und auch die IKK wissen, wo die Versicherten der Schuh drückt, sie muss deren Einstellungen, Vorteile, Tabuzonen, Erwartungen und Befürchtungen kennen, um mit ihnen so kommunizieren zu können, dass die Wiederherstellung der Gesundheit in den Mittelpunkt gerät und Entscheidungsmöglichkeiten transparent werden.

Die Ergebnisse dieses Berichtes zeigen, dass inzwischen bei den Versicherten eine große Skepsis gegenüber den Leistungen des Gesundheitswesens besteht und dass sie weitere Leistungskürzungen fürchten. Dies ist keine gute Grundposition, aus der heraus Mündigkeit und Kompetenz entstehen. Umso größer müssen die Anstrengungen dafür sein.

Die gesundheitspolitischen Veränderungen gehen aber an den Krankenkassen nicht spurlos vorüber. Der Bericht stellt sie als Institutionen im Übergang dar. Die Richtung, in die sich diese Übergangssituation entwickeln wird, ist offen. Aber, so interpretieren die Autoren ihre Ergebnisse: Je mehr Informationen über die Versicherten vorliegen und je deutlicher deshalb die Kommunikation mit den Versicherten gesundheitliche, schichten- und milieuspezifischen Gesichtspunkte berücksichtigen kann, je praktischer es gelingt, diese Informationen für die Krankenkassen verarbeitbar zu machen, desto eher wird es auch möglich sein, die Balance zwischen einer ökonomisch scharf kalkulierenden und trotzdem solidarisch handelnden Krankenversicherung immer wieder neu zu finden.

Der Hans-Böckler-Stiftung sei für ihre schnelle und unbürokratische Unterstützung des Vorhabens genau so gedankt wie den Kolleginnen und Kollegen in der IKK Westfalen-Lippe, die großzügig alle Möglichkeiten eingeräumt haben, um die hier vorliegenden Ergebnisse erheben und darstellen zu können.

Gez.

Rolf Habermann

Alternierender Vorsitzender des Bezirks-Beirates

Westfalen-Mitte in der IKK Westfalen-Lippe

Der folgende Text stellt das Ergebnis eines Projektes dar, das in Kooperation zwischen der Hans-Böckler-Stiftung und der IKK Westfalen-Lippe vom 15.5.03 bis zum 15.11.03 gefördert wurde. Der Titel des Vorhabens lautet: »*Schaffung von Handlungs-, und Unterstützungsstrukturen zur Erhöhung der Nutzerkompetenz von Krankenversicherten*«.

Da die Fragestellung in Zusammenarbeit mit einer Krankenkasse entwickelt und bearbeitet wurde und sehr praktisch angelegt ist, könnte es zunächst nahe liegen, dass es im Folgenden um die Entwicklung einer Art Gebrauchsanweisung geht, mit deren Hilfe die Nutzerkompetenz der Versicherten wirkungsvoll erhöht werden soll. Vielleicht war das auch die Vorstellung einiger Partner in diesem Projekt, die uns freimütig alle Möglichkeiten eingeräumt haben, die Strategien, Chancen und Hindernisse im Umgang mit den Versicherten kennen zu lernen.

Tatsächlich hat die Untersuchung aber gezeigt, dass sich einfache Gebrauchsanweisungen nicht entwickeln lassen, denn die Erhöhung der Nutzerkompetenz oder die Ermüdigung der Versicherten (Hauss 2004) wird ein langwieriger Prozess sein, der jedoch durch konkretes Handeln beeinflusst werden kann. Möglichkeiten dazu werden wir im letzten Kapitel aufzeigen.

Das Ziel eines mündigen Versicherten wird auch deswegen schwierig zu erreichen sein, weil im Krankenversicherungssystem seit mehr als 100 Jahren Bedingungen herrschen, die genau das Gegenteil von Mündigkeit bewirkt haben. Denn seit Bestehen der Krankenversicherung werden den meisten Bürgern sowohl die Art der Krankenversicherung als auch das Ausmaß des Versicherungsschutzes und letztlich auch die Qualität der Leistungen gewissermaßen staatlich verordnet. Es blieb wieder eine Exit-Option (man konnte die Krankenkasse nicht wechseln), noch eine Voice-Optionen (man konnte die Leistungen nicht oder nur über die Selbstverwaltung mitgestalten). Bei so wenigen Freiheitsgraden für Entscheidungen ist Nutzerkompetenz schlicht unnötig und deswegen hat sie sich auch nicht entwickeln können.

Erst seit der Wettbewerb um Beitragshöhen (nicht um die bessere Gesundheitsversorgung!) unter den Krankenkassen ausgerufen wurde und seitdem der Erhalt von Leistungen an immer mehr und neue Zugangsvoraussetzungen gebunden wird, seitdem also »mehr Markt« und gleichzeitig »mehr Bürokratie« das

Gesundheitswesen regulieren, ohne dass dessen Qualität damit verbessert würde (siehe Gutachten des Sachverständigenrates), seit dem also die Versicherten in Grenzen entscheiden müssen und können, erinnert man sich wieder daran, dass sie durchaus auch als Koproduzenten ihrer eigenen Gesundheit eine Rolle spielen könnten. Dazu müssen sie jedoch »kompetent« sein.

Wir verstehen im Rahmen dieser Untersuchung unter *Nutzerkompetenz* im Gesundheitswesen die individuelle Fähigkeit mit Angeboten und Leistungen des Gesundheitswesens so umzugehen, dass ein möglichst großer Nutzen für die individuelle Gesundheit entstehen kann.

Neben dieser individuellen Dimension der Nutzerkompetenz ergeben sich weitere Effekte:

- Für die Krankenkassen und das gesamte Versorgungssystem reduzieren nutzungskompetente Versicherte alle möglichen Steuerungsaufwände und senken damit die Transaktionskosten.
- Tautologisch ist der Zusammenhang zwischen hoher Nutzerkompetenz und hoher Selbststeuerungsfähigkeit. Dem Zugewinn an Selbststeuerungskompetenz auf der Versichertenseite entspricht die Abnahme an Steuerungsnotwendigkeiten seitens der Krankenkassen. Badura (2000) leitet daraus sogar eine sinkende Rolle des Staates bei der Setzung von Rahmenbedingungen ab.

Nutzerkompetenz wird umso eher entstehen, desto mehr Elemente der folgenden Bedingungen erfüllt sind:

- Individuelles Handeln im Gesundheitswesen muss möglich sein und es muss sich »lohnen«. Dazu müssen *Entscheidungsmöglichkeiten* vorliegen und durch Auswahl von Alternativen müssen Ergebnisse erzielt werden können, die sich ohne diese Auswahl nicht eingestellt hätten. Unsere These dazu lautet, dass dies im Gesundheitswesen bisher nicht der Fall war und dass sich Nutzerkompetenz deswegen nicht herausbilden musste.
- Es muss *Transparenz über Leistungen* und die vorhandenen Handlungsalternativen hergestellt werden, damit die Versicherten wissen, in welchem Fall sie sich für welche Alternativen entscheiden können und wann sie dies tun müssen. Unsere These dazu: Zwar nimmt die Menge der Entscheidungsnotwendigkeiten und Entscheidungsmöglichkeiten für die Versicherten zu (siehe unten), aber in der gegenwärtigen Phase, in der einerseits starke Deregulierungstendenzen, aber gleichzeitig auch wachsende Verregelungs- und Bürokratisierungstendenzen zu erkennen sind, ist weder auf der Seite der Krankenkassen, noch auf Seite der Versicherten Transparenz hergestellt oder gar herstellbar. Es herrscht Unsicherheit vor (siehe unten).

- Es müssen *Kommunikationsbedingungen* mit den Versicherten geschaffen werden, die helfen Transparenz herzustellen um damit die Entscheidungsfindung zu erleichtern. Unsere These dazu: Solche Kommunikationsbedingungen gibt es bereits und sie werden sogar ausgebaut. Die Adressaten der Kommunikation sind jedoch weitgehend unbekannt und werden kaum systematisch beobachtet. Die andauernde Ökonomisierung von Gesundheit zwingt die Krankenkassen dazu, wesentlich intensiver die Konkurrenz und deren Beitragsstrategien zu beobachten als die eigenen »Kunden« mit ihren widersprüchlichen Wünschen, Anforderungen, Argumentationen und Vorurteilen. Unter diesen Bedingungen ist jede Kundenorientierung schwer herzustellen.

Diesen drei Thesen sind wir im Folgenden nachgegangen. Wir haben zu diesem Zweck unter anderem

- 9 Experteninterviews auf der Entscheider-Ebene (Regionaldirektoren, Abteilungsleiter und Mitglieder der Selbstverwaltung) einer Krankenkasse geführt, um mehr über die strategische Orientierung der Krankenkassen im Umgang mit ihren Versicherten zu erfahren;
- 10 telefonische Interviews mit Beschäftigten in Beratungszentren von Krankenkassen geführt, um zu erfahren, wie die strategischen Orientierungen in die Praxis umgesetzt werden. Wir beziehen in diesen Teil der Darstellung allerdings auch 30 weitere Beschäftigteninterviews ein, die wir 2002 in einem anderen Zusammenhang, jedoch mit ähnlicher Fragestellung, durchgeführt haben;
- 17 persönliche Interviews mit Besuchern von Beratungszentren geführt um festzustellen, welche Erwartungen die Nutzer des Gesundheitswesens an die Krankenkasse haben, wie sie die gegenwärtigen Veränderungen im Gesundheitswesen einschätzen, und was ihre Ängste und Vorurteile sind. Hierzu beziehen wir die Ergebnisse repräsentativer Untersuchungen anderer Institute ein, aber auch die Ergebnisse einer schriftlichen Versichertenbefragung, die wir 2001/2002 (N = 414) durchgeführt haben sowie die Ergebnisse, die bei der Befragung von Nutzern eines Callcenters laufend anfallen (N = 450, Stand Dezember 2003).

Von der Zusammenführung der Ergebnisse versprechen wir uns eine relativ umfassende Darstellung der Möglichkeiten und Defizite, bei der Erhöhung der Nutzerkompetenz.

2 ALLGEMEINE VERUNSICHERUNG

Seit etwa fünf Jahren werden Themen wie Nutzerkompetenz, Patientenrechte, mündiger Patient, Patientenschutz, größere Rolle für die Patienten, Stärkung der Versichertenautonomie in fast allen gesundheits- und populärwissenschaftlichen Werken abgehandelt.

Allein die Homepage des Bundesministeriums für Gesundheit präsentiert 30 Ergebnisse unter dem Suchbegriff »Patientenrechte« und 265 unter Begriff »mündiger Bürger«. Der Sachverständigenrat im Gesundheitswesen (2003) hat sein Gutachten zu großen Teilen auf die Stärkung der Rolle der Versicherten abgestellt. Krankenkassenzeitschriften beschäftigen sich in fast jeder Nummer mit Patientenrechten, Patienten-Obleuten, Selbstverantwortung und betonen die gewachsene Rolle des Patienteneinflusses in den neuesten Reformvorschlägen (Stand Oktober 2003). Ärzteverbände basteln an einer Patienten-Charta.

Bei genauerer Betrachtung dieser Bemühungen stellt sich jedoch heraus, dass die Steigerung der Kompetenz bzw. die Erhöhung der Mündigkeit nur selten als eine funktionale Voraussetzung für individuelle Gesundheit gefordert werden, wie es zum Beispiel die Ergebnisse der Compliance-Forschung nahe legen. Hier ist in zahlreichen empirischen Untersuchungen bestätigt worden, dass der individuelle Gesundheitszustand auch eine Funktion der Aktivität ist, mit der der Einzelne sich um seine Gesundheit kümmern kann (Petermann 1998). Dies wäre auch der einzige Bezug, der im Gesundheitswesen überhaupt eine Rolle spielen könnte, wenn es um die Erhöhung der Kompetenz und um die Aktivierung der Versicherten geht. Die oft geäußerten Ziele des mündigen und aktiven Versicherten lassen diesen Gesundheitsbezug jedoch mehrheitlich vermissen und setzen stattdessen eher auf normative, politische Konzepte des mündigen Bürgers und aktivierenden Staates (vgl. z.B. die Ausgabe Nr. 33 der Zeitschrift *Impulse*, Landesvereinigung ..., 2001). Wir wollen das zunächst nicht weiter verfolgen, jedoch auf folgenden Widerspruch hinweisen: Auch Konzepte eines aktivierenden, appellierenden und Handlungsnormen setzenden Staates, versetzen die Adressaten letztlich auch nur wieder in den Objektstatus, aus dem heraus sie schon bisher nicht in der Lage waren, eigene Handlungsperspektiven zu entwickeln.

An Bekundungen, die Rolle des Patienten oder Versicherten zu stärken, fehlt es also nicht und es fragt sich, wieso sich angesichts dieser vielstimmigen Appelle die Situation praktisch nicht verändert hat. Im Gegenteil: Alle Versichertenbefragungen, die in den letzten drei bis fünf Jahren veröffentlicht wurden, und auch unsere eigenen Befragungen haben eher gegenteilige Effekte aufgedeckt. Bei den Versicherten und Patienten wächst der Grad an Unsicherheit und Skepsis gegenüber dem gesamten Gesundheitswesen und der Qualität der Leistungsanbieter. Dies ist keine günstige Ausgangsposition, um Mündigkeit bzw. Kompetenz zu befördern, obwohl beide Aspekte gerade in dieser Situation besonders nötig wären.

2.1 VERUNSICHERTE VERSICHERTE

Dazu einige Zahlen:

- Ungefähr 25 bis 30 Prozent der Befragten (je nach Untersuchung: Wasem 1999, ZOK 2002, Bertelsmann Stiftung 2003) geben an, dass der behandelnde Arzt nicht genügend Zeit für sie aufwenden würde,
 - dass sie uninformiert bleiben,
 - dass sie in die Entscheidungen des Arztes nicht genügend einbezogen werden.
- Weniger als die Hälfte der Befragten stimmt noch der Aussage zu »die Ärzte in Deutschland nehmen sich genug Zeit für die Patienten« (Wasem 1999). Aus eigenen Untersuchungen erfahren wir, dass sich etwa 20 Prozent der Befragten von ihrem Hausarzt nicht ausreichend informiert fühlen. Hinsichtlich der Fachärzte sind es jedoch bereits 42 Prozent der befragten Callcenter-Nutzer, N = 450).

2.1.1 Qualität und Leistungsfähigkeit der Anbieter und der Angebotsstrukturen

Angesichts der laufenden Veränderungen im Gesundheitswesen sind die Versicherten ausgesprochen verunsichert, was die Qualität der Versorgung betrifft. Über die Hälfte der Bürgerinnen und Bürger die in der GKV versichert sind halten die Qualität der medizinischen Versorgung in Deutschland für verbesserungswürdig. Sogar fast die Hälfte der befragten Mediziner stimmt der Aussage zu, dass die Qualität der Behandlung nicht mehr den neuesten medizinischen Standards entspricht (Bertelsmann Stiftung 2003). Fast 60 Prozent sind der Ansicht, dass sich das Gesundheitssystem in den nächsten Jahren insgesamt verschlechtern wird. Im Einzelnen rechnen 63 Prozent damit, dass die Qualität weiter nachlassen wird, mehr

als 70 Prozent befürchten, dass Leistungsarten gestrichen werden und nur 30 Prozent glauben noch, dass es eine Gleichbehandlung aller Versicherten im Gesundheitswesen gibt (Zok 2002).

2.1.2 Finanzierung des Gesundheitswesens

Auch finanzielle Aspekte des Gesundheitswesens werden ausgesprochen kritisch betrachtet: 80 Prozent der Befragten stimmen dem Statement zu »im Gesundheitswesen wird viel Geld verschwendet« (Wasem 1999). In unserer Befragung der Besucher von Beratungszentren stimmen mehr als 70 Prozent der Aussage zu »im Gesundheitswesen handelt jeder nur nach seinen eigenen Interessen« (Hauss 2004). Fast alle Befragten plädieren aus den genannten Gründen für nachhaltige Reformen im Gesundheitswesen, fürchten aber gleichzeitig deren Konsequenzen.

Hilfe in dieser misslichen Situation erwarten sie von ihrer Krankenkasse.

2.1.3 Wachsender Informationsbedarf – Anforderungen an die Krankenkassen

Aus dieser Unsicherheit heraus entsteht ein wachsender Informationsbedarf der Versicherten, vor allem wenn sie sich im Patienten-Modus befinden. Das sind ständig 20 Prozent aller Versicherten. Ihr Informationsbedarf richtet sich vor allem an die Krankenkassen.

Wie Wasem (1999) berichtet, sehen 60 Prozent der Befragten in ihrer Krankenkasse den wichtigsten Vertreter ihrer Interessen. Die Erwartungen an die Krankenkassen, die sich aus dem Informationsbedarf und den Vertretungsansprüchen ergeben, sind recht konkret.

2.1.3.1 Qualitätssicherung der medizinischen Versorgung

Alle Untersuchungen kommen zu dem gleichen Ergebnis: Die Qualität der medizinischen Versorgung ist nach Meinung der Befragten in Gefahr und die Krankenkassen sollen dafür sorgen, dass die Qualität im erwarteten Umfang hoch bleibt. In unserer eigenen Untersuchung bezeichnen 60 Prozent der Befragten eine stärkere Kontrolle der ärztlichen Qualität durch die Krankenkassen als »sehr wichtig«, 33,2 Prozent halten dies noch für »wichtig«. Wasem (1999) findet heraus, dass 51 Prozent der Befragten der Meinung sind, die Ärzte sollten bei Behandlungsfehlern stärker zur Rechenschaft gezogen werden.

Die Verunsicherung vieler Versicherter über die Qualität der medizinischen Leistungen und die Unzufriedenheit mit der Beratungs- und Informationsdichte durch die behandelnden Ärzte führen zu Forderungen nach mehr Informationen über die Qualität niedergelassener Ärzte und Krankenhäuser. Auch hierbei wird den Krankenkassen eine größere Rolle zugeschrieben. In allen greifbaren Untersuchungen sind es 60 bis 80 Prozent der Befragten, die Informationen über die Qualität einzelner Ärzte erhalten wollen (Schwartz 1999, Wasem 1999). Und auch in den Callcentern macht die Frage nach geeigneten und spezialisierten Ärzten oder nach angemessenen Behandlungsmethoden mehr als der Hälfte aller Anfragen überhaupt aus.

Auch für eine stärkere Vernetzung der medizinischen Leistungsanbieter untereinander finden sich in allen Untersuchungen entsprechende Mehrheiten. In unseren Befragungen beurteilen es sogar 80 Prozent der Befragten als »wichtig« oder »sehr wichtig«, dass die Krankenkassen mit den Ärzten besondere vertragliche Vereinbarungen eingehen. Fast 43 Prozent sind pauschal der Meinung, man sollte der Krankenkasse unbedingt mehr Einfluss auf die medizinische Versorgung einräumen.

Zur Qualitätssicherung zählt für die meisten Befragten auch die Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung. Eine Mehrheit unterstützt auch hierbei eine stärkere Kontrollfunktion der Krankenkassen (Zok 2000, Wasem 1999, BZPH 1999).

2.1.3.2 Adressaten- und krankheitsspezifische Informationen

Neben Informationen über die Qualität der Leistungserbringer erwarten die Versicherten von ihrer Krankenkasse ebenfalls mehr und intensivere, vor allem aber auf ihre individuellen Krankheiten und Behandlungsmöglichkeiten ausgerichtete Informationen und eine entsprechende Beratung. In der Untersuchung des BZPH (1999) wünschen sich zum Beispiel 77,8 Prozent der Befragten Informationen und Therapieempfehlungen bei bestimmten (hauptsächlich chronischen) Erkrankungen. 56 Prozent würden medizinische Informationen durch einen Patienten-Berater begrüßen und mehr als 70 Prozent wünschen sich unaufgefordert Informationen zur Nachbehandlung und zur Rehabilitation nach längeren Krankenhausaufenthalten.

Auch in unserer Befragung treffen wir auf ähnliche Interessen: Genau die Hälfte der Befragten ist der Meinung, dass die Krankenkassen von sich aus stärker auf chronisch kranke Versicherte zugehen sollten. Von den Befragten, die chronisch krank sind (N = 100, Callcenter-Nutzer), würden es 80 Prozent begrüßen, wenn sie

regelmäßig speziell auf ihre Krankheit bezogene Informationen per Post bekommen würden. Auch in Bezug auf die Teilnahme an DMPs bestehen gute Möglichkeiten: Rund 70 Prozent der chronisch Kranken würden sich an solchen Programmen beteiligen. Genauso viele würden gerne an einer Patientenschulung teilnehmen.

2.1.4 Nicht zu viel des Guten

Wenn die Krankenkassen den Wünschen und Erwartungen der Versicherten nach mehr Information, Beratung und Unterstützung entgegenkommen wollen, dürfen sie jedoch ein wichtiges Detail nicht übersehen: Aus den Umfragen wird deutlich, dass sich die Versicherten bei allen Wünschen nach Information und Unterstützung immer vor dem Hintergrund einer wachsenden Skepsis gegenüber dem Leistungsumfang und der Qualität der Leistungen im Gesundheitswesen äußern (BZPH 1999). Auch in unseren Untersuchungen scheint diese Skepsis auf, wenn etwa 50 Prozent der Befragten der Meinung sind, »Veränderungen im Gesundheitswesen gehen immer nur zu Lasten der Versicherten«.

Die Autoren des BZPH (1999) entwickeln in ihren Daten eine Art »Wunschskala«. Danach ist bei den Versicherten der

- Wunsch nach Informationen am höchsten,
- Beratungsangebote werden von den Versicherten bereits weniger bereitwillig akzeptiert und
- im Fall einer angebotenen Unterstützung sinkt die Zustimmung noch mehr ab (BZPH 1999:24).

Ähnliches können wir auch unseren eigenen Untersuchungen entnehmen. Hier zeigt sich ein Trend, der offensichtlich dahin geht, eine stärkere Rolle der Krankenkassen vor allem bei der Gestaltung und Veränderung der *gesundheitpolitischen Rahmenbedingungen* zu wünschen. Gleichzeitig werden aber auch Informationen zu *individuellen Handlungsmöglichkeiten* gefordert, bei denen jedoch die individuelle Entscheidungsfreiheit (vor allem die Freiheit den Arzt wählen zu können) gewährleistet bleiben muss. So stehen die Versicherten individuellen Informationsangeboten positiv, aber einer *individuellen Leistungssteuerung* (also zum Beispiel Case-Management) sehr skeptisch gegenüber.

2.1.5 Zusammenfassung:

Partnerschaftliche Problemlösung ist erwünscht

In Bezug auf Kommunikationsmöglichkeiten und die Kommunikationsinhalte kann aus den zitierten Untersuchungen geschlossen werden:

- Die Versicherten möchten die Krankenkassen in einer stärkeren Rolle bei der Gestaltung der Versorgungsprozesse und bei der Qualitätssicherung sehen. Die Gestaltung der gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen durch die Krankenkassen wird von einer Mehrheit der Versicherten begrüßt.
- Dem stehen jedoch auf Seiten der Versicherten wachsende Skepsis und Unsicherheit allen Veränderungen im Gesundheitswesen sowie Unklarheit über die jeweiligen Rahmenbedingungen gegenüber.
- Auf individueller Ebene möchten die Versicherten deshalb mehr Informationen über die Qualität der Leistungsanbieter und auf ihren individuellen Fall zugeschnittene Informationen über Gesundheit und Krankheit erhalten. Dieser Wunsch wird vor allem von chronisch kranken und älteren Personen, aber auch von jungen Frauen mit Kindern geäußert.

Im nächsten Kapitel werden wir untersuchen, wie die Krankenkassen diesen Bedürfnissen entgegenkommen können und welche Defizite bleiben.

2.2 VERUNSICHERTE KRANKENKASSEN

Im Zuge der Veränderungen im Gesundheitswesen, die wir als gleichzeitige Bewegung von »mehr Markt« und »mehr Bürokratie« bezeichnet haben, lassen sich erhebliche Veränderungen bei den Krankenkassen im Umgang mit ihren Versicherten beobachten. Aber auch hier ist die Entwicklung noch nicht abgeschlossen. Neben Elementen, die dem »alten« solidarischen Versicherungssystem zuzuordnen sind, haben sich neue Elemente herausgebildet, die die Krankenkassen einer modernen Dienstleistungseinrichtung ähneln lassen.

Wenn die Strukturen so flüssig sind wie in der gegenwärtigen Zeit, bleibt viel Freiraum für individuelles Handeln und die persönliche Auslegung von strategischen Optionen. Das gilt vor allem auf der Ebene der Entscheider in den Krankenkassen. Es bleiben aber auch Freiheitsgrade für die Auslegung und Umsetzung der Strategien auf der Ebene der Beschäftigten. Wie wir sehen werden, ergeben sich aus dieser Situation zahlreiche Möglichkeiten, aber auch Hindernisse für die Ge-

staltung der Kommunikations- und Handlungsbedingungen, welche die Herausbildung von Nutzerkompetenz erleichtern können.

2.2.1 Strategische Optionen der Krankenkassen im Umgang mit den Versicherten

Die strategischen Optionen für die Krankenkassen, die sie bei der Kommunikation mit ihren Versicherten (oder zukünftigen Versicherten) haben, sind nicht nur durch die jeweiligen sachlichen und rechtlichen Gegebenheiten definiert, sondern auch durch die Ziele und Vorstellungen, welche die jeweiligen Krankenkassen aufgrund dieser Gegebenheiten formuliert haben.

Die wichtigsten Ziele, die auf Entscheider-Ebene genannt wurden, sind:

- Die Sicherung des Fortbestandes der Krankenkassen (dazu auch Haenecke 2001). Dies wird erreicht durch
- die Erhöhung des Mitgliederbestandes bzw. durch das Halten von Mitgliedern. Allerdings gilt dies vor allem für
- die Akquisition von Mitgliedern, die einen möglichst hohen Deckungsbetrag mitbringen, das heißt, die nach dem jeweiligen Alters- und Gesundheitszustand und nach Einsetzen des Risikostrukturausgleichs immer noch möglichst »günstige Risiken« sind.

Da auf der Seite der Versicherten der Beitragssatz das wesentliche Auswahlmerkmal darstellt, zielen fast alle Handlungen, Reformen und Aktivitäten der Krankenkassen auf die Beobachtung der Mit-Wettbewerber (die »Kunden« werden nicht annähernd so detailliert beobachtet) und auf die Senkung des Beitragssatzes. Da dieses Ziel nur sehr eingeschränkt durch einen günstigeren Einkauf von medizinischen Leistungen erreicht werden kann, werden die Verwaltungskosten gesenkt und Personal abgebaut. Dabei soll jedoch die Qualität des Services insgesamt nicht gefährdet werden. Vielmehr ist die Erhöhung der Servicequalität ein ausgesprochenes Ziel der meisten Entscheider in den Krankenkassen.

2.2.2 Umsetzung der Optionen in Kommunikationsstrategien

Aus den benannten Zielen ergeben sich in Bezug auf die Kommunikation bzw. den Umgang mit den Versicherten folgende Ausgangsbedingungen für die Erhöhung der Nutzerkompetenz:

- Es werden neue und zusätzliche Kommunikationsmöglichkeiten für die Versicherten geschaffen. Diese Kommunikationsmöglichkeiten, die erst in letzter Zeit eingerichtet wurden (Callcenter), bieten den Versicherten die Möglichkeit, sich mit niedriger Zugangsschwelle medizinischen Rat einholen zu können.
- Es werden allerdings auch Kommunikationsinhalte und -formen entwickelt, die nur bestimmte Mitglieder (»gute Risiken«) ansprechen sollen. Es findet also da, wo es möglich ist eine Selektion unter den sozialversicherungspflichtigen Bürgerinnen und Bürgern statt. Man will die »guten Risiken« für die jeweilige Kasernenart gewinnen.
- Schließlich werden durch den Kostendruck personelle und räumliche Bedingungen für die Kommunikation verändert. Diese bestehen in Personaleinsparungen, Streichungen von Geschäftsstellen in der Fläche und in der Zentralisierung von Entscheidungen.

Es wird im Folgenden gezeigt, welche Effekte dies auf die Art und das Ausmaß der Kommunikation hat. Um es vorweg zu nehmen: Überraschenderweise hat es keine generelle Verschlechterung der Kommunikationsbedingungen und der Kommunikationsgelegenheiten gegeben. Wer mit seiner Krankenkasse kommunizieren will, hat dazu reichlich Gelegenheit. Aber auch umgekehrt: Die Krankenkassen haben reichlich Gelegenheit mit ihren Versicherten zu kommunizieren und können dies für die Erhöhung der Kompetenz ihrer Versicherten nutzen.

2.2.2.1 Zusätzliche Kommunikationsmöglichkeiten

Bedingt durch die Änderungen im Leistungszugang und der Leistungsgewährung aber auch bedingt durch die offensichtlich immer mehr abnehmende Informationsbereitschaft der behandelnden Ärzte¹, ist der Informationsbedarf der Versicherten angewachsen. Aus diesem Grund, haben viele Krankenkassen und auch die hier untersuchte IKK ihr Beratungsangebot neu gestaltet und ausgeweitet (medizinische Informationszentren, Callcenter etc.). Im Falle der IKK ist in diesen Callcentern eine wachsende Nachfrage zu verzeichnen. Es gibt viele Wiederholungsanrufe (ca. 30 Prozent), die sich gewissermaßen vom Callcenter durch ihren Patienten-Modus mit Rat und Tat begleiten lassen. Am häufigsten werden Ratschläge zur Behandlung von Krankheiten oder eine ärztliche Zweitmeinung zu einem vorliegenden Gesundheitsproblem nachgefragt. Aber auch Fragen nach der

1 In unseren eigenen Untersuchungen (N = 450) berichten ca. 20 Prozent der Befragten, dass sie sich durch ihren Hausarzt nicht ausreichend informiert fühlen, 43 Prozent fühlen sich durch Fachärzte nicht ausreichend informiert. Andere Untersuchungen kommen zu wesentlich höheren Werten (Bertelsmann Stiftung: Gesundheitsmonitor, 2003).

Übernahme von Leistungen durch die Krankenkassen (ca. 30 Prozent der Anfragen) und zur Qualität von Ärzten und Krankenhäusern (die nur eingeschränkt beantwortet werden können) stehen im Mittelpunkt der Beratung und Information.

Die Einrichtung von Callcentern als eine zusätzliche Kommunikationsmöglichkeit ist einem Bedarf der Versicherten gefolgt. Sie stellen inzwischen eine eigenständige Leistungssäule im Gesundheitswesen dar. Da der Zugang zu diesen Callcentern nicht eingeschränkt ist, haben sie keinerlei selektive Wirkung. Andererseits liegt es in der Natur des Angebotes, dass es eher von denen genutzt wird, die sich im Patienten-Modus befinden und sich mit ihrer Krankheit immerhin irgendwie auseinandersetzen und wenigstens als Nachfragende eine aktive Rolle eingenommen haben.

2.2.2.2 Selektion als Strategie

Inzwischen muss eine einzelne Krankenkasse in Bezug auf ihre Kunden genauso verfahren wie ein Betrieb: Sie muss versuchen, bei Gefahr des Unterganges »gute Kunden« zu gewinnen, das heißt solche, bei denen der positive Anteil der Kostendeckung aufgewendet werden kann um den negativen Deckungsbeitrag anderer Mitglieder auszugleichen. Darin besteht die Umverteilungsfunktion im Krankenversicherungssystem. Dieses Prinzip findet große Zustimmung bei den Versicherten. Nur 17 Prozent der Befragten (schriftliche Befragung von Besuchern in Beratungszentren, N = 414, 2001/2002) stimmen der Aussage zu: »Wer mehr einzahlt soll auch mehr und bessere Leistungen erhalten«. 80 Prozent sind für einen solidarischen Ausgleich.

Inzwischen ist es allen Krankenkassen bekannt, wer ein »gutes Risiko« und wer ein »schlechtes Risiko« darstellt. Es ist auch bekannt, wie sich die »guten« und »schlechten« Risiken räumlich und sozialdemografisch verteilen (in Großstädten gibt es mehr »schlechten Risiken«, in ländlichen Gegenden gibt es mehr »gute Risiken«).

Durch Bewerbung und Kommunikation soll sich die Mitgliedergewinnungs- und Haltearbeit nun eher auf die »guten« als auf die »schlechten Risiken« beziehen. Das heißt trotz einer allgemeinen Aufnahmepflicht werden Selektionsstrategien eingesetzt. Es gibt mehrere solcher Selektionsstrategien:

- Selektion durch *ZugangsfILTER*, wie zum Beispiel Beitritt zur Krankenkasse nur über das Internet. Mit dieser Strategie werden eher jüngere, besser verdienende Versicherte erreicht, von denen man aus der Analyse von Inanspruchnahmedaten weiß, dass sie einen hohen Deckungsbeitrag mitbringen, das heißt weniger in Anspruch nehmen als sie einzahlen. Wenn solche Aufnahmefilter gesetzt

werden, bezeichnen wir dies als technische Selektion. Diese Art der Selektion ist allerdings in der IKK nicht vertreten, wird aber von den Interviewpartnern als Beispiel aus anderen Kassenarten genannt.

- Selektion durch *regional gesteuerte Bewerbung*. Eine Krankenkasse, die neue Mitglieder wirbt, kann dies ganz gezielt in Gebieten tun, in denen bisher die Inanspruchnahme von Leistungen eher gering ausgefallen ist und wo der Deckungsbeitrag der einzelnen Mitglieder deshalb hoch war. In der Regel ist dies meist in ländlichen Gebieten bzw. ländlichen Verdichtungsräumen der Fall. Diese Art der Selektion bezeichnen wir als *regionale Selektion*. Verkaufsargumente sind vor allem die Kundennähe und die Vertrautheit mit der Arbeits- und Lebenswelt der Versicherten. Wie die Interviewpartner erläutern, hat diese Art der Vertrautheit neben dem Effekt zusätzliche Mitglieder gewinnen zu können vor allem auch einen Halteeffekt für bereits bestehende Mitgliedschaften.
- Schließlich gibt es noch die unmittelbare *soziale Selektion*, die zum Beispiel darin besteht, sich aus Leistungsbereichen zurückzuziehen, die ursprünglich einmal für besonders bedürftige oder stigmatisierte Gruppen (im konkreten Beispiel: Aussiedler) entwickelt wurden. Da man vermutet, dass dies potentielle Versicherte mit niedrigem Deckungsbeitrag sind, werden zum Beispiel Präventionsleistungen für diese Gruppen bewusst zurückgeschraubt. Diese Art der *sozialen Selektion* scheint allerdings noch nicht verbreitet zu sein, wird aber auch aus »Image-Gründen« von einigen Entscheidern in ihr Kalkül einbezogen, denn man will nicht als »Armeleutekasse« gelten .

Es soll schon an dieser Stelle festgehalten werden, dass diese selektiven Strategien nicht flächendeckend greifen und nicht überall angewendet werden. Als Folge dieser Strategien kann auch keine einseitige Bevorzugung von »guten Risiken« oder eine Benachteiligung von »schlechten Risiken« festgestellt werden. Diese Strategien führen (noch) nicht dazu, dass Mitgliedern oder potentiellen Mitgliedern in strategisch relevantem Ausmaß Krankenversicherungsleistungen vorenthalten würden.

Etwas anders sieht es jedoch offensichtlich aus, wenn es um die Gewährleistung von Leistungen im Rahmen von Ermessensentscheidungen geht. Erstens gibt es hier Leistungen, die bereits für bestimmte Versichertengruppen definiert sind, wie zum Beispiel spezielle »Meisterkuren«. Zweitens werden die Beschäftigten in den Beratungszentren offensichtlich immer wieder aufgefordert, den vorhandenen »Ermessenspielraum« für »gute Risiken« voll auszuschöpfen. Auf der anderen Seite hören wir aber auch, dass in bestimmten Fällen die Widerspruchsausschüsse gezielt

genutzt werden, um Mitgliedern bestimmte Leistungen zukommen zu lassen und zwar völlig unabhängig von ihrem sozialen Status.

Diese Entwicklung befindet sich im Übergang, der sich z.B. in der einzelnen Kasse als Konflikt zwischen den MitarbeiterInnen und den Vorgesetzten niederschlägt, wenn bestimmte Leistungen den »guten Risiken« gewährt aber den »schlechten Risiken« verweigert werden sollen. Dies bestätigte sich an Hand der vorliegenden Interviews. Wird eine solche Selektionsstrategie allerdings zur Regel, könnte sich »unter der Hand« tatsächlich eine »Zweiklassenmedizin« etablieren, wie sie in meist polemischer Absicht schon als existent dargestellt wird.

2.2.2.3 Straffung der Kommunikationsmöglichkeiten

Eine weitere Gestaltung der Kommunikation mit den Versicherten besteht in der Straffung und Neuformatierung der Kommunikationsmöglichkeiten und in Bemühungen, die Zugangsgewohnheiten der Versicherten zu verändern. Diese Maßnahmen unterliegen einem Kostenspar- und einem Rationalisierungsziel.

Unter diesem Gesichtspunkt werden vor allem persönliche Informations- und Kommunikationsmöglichkeiten verringert, indem Geschäftsstellen geschlossen oder zentral zusammengelegt werden. Zum Teil wird versucht, diesen Verlust an Kommunikationsgelegenheiten durch ehrenamtliche Repräsentantenmodelle zu ersetzen. Ob dies Einfluss auf die Art und die Qualität sowie den Umfang der persönlichen Kommunikation mit den Versicherten hat, bleibt abzuwarten.

Außerdem wird angestrebt einen Teil der bisherigen Anfragen (über die Art der Anfragen siehe unten) über das Telefon und das Internet, oder wie bereits dargestellt über Callcenter abzuleiten.

2.2.3 Zusammenfassung: Straffung und Ausweitung

Zusammenfassend kann zur Entwicklung von Kommunikationsmöglichkeiten als einer Voraussetzung für alle Bemühungen um die Steigerung der Versichertenkompetenz festgestellt werden:

- Es findet ein Ausbau von Kommunikations-, Informations- und Beratungsmöglichkeiten für alle Versicherten statt. Dies geschieht im Wesentlichen durch beauftragte Dritte. Hier findet die Kommunikation über gesundheitliche Inhalte statt, die nachweislich zu Verhaltensänderungen und praktischen Handlungen bei den Versicherten führt, also geeignet ist, deren Kompetenz zu steigern.

- Gleichzeitig werden Kommunikationsmöglichkeiten, bei denen der Versicherte persönlich anwesend ist, die aber eher technisch-bürokratischer Natur sind, abgebaut bzw. auf andere als persönliche Kontakte verlagert.
- Eine selektive Kommunikation, deren Adressaten vor allem die »guten Risiken« sind, wird angestrebt, ist aber noch nicht Realität geworden.

Damit haben sich in den letzten Jahren die Kommunikationsmöglichkeiten, die zur Steigerung der Versichertenkompetenz genutzt werden können, insgesamt verbessert: Es sind Möglichkeiten geschaffen worden gesundheitliche Inhalte in größerem Ausmaß zu kommunizieren. Gleichzeitig bemüht man sich um besondere Kommunikation mit bestimmten Versichertengruppen, ohne dass absehbar wäre, dass andere dadurch einen Nachteil erleiden würden, denn die Widerstände gegen alle Selektionsversuche sind überraschenderweise sehr hoch.

3 KOMMUNIKATIONS- BEDINGUNGEN

Wir haben gesehen, dass es durchaus Kommunikationsmöglichkeiten gibt, die genutzt werden können, um die Nutzerkompetenz der Versicherten zu erhöhen. Besonders für die Callcenter trifft dies zu. Aber es droht auch die Gefahr einer selektiven Kommunikation. Dadurch werden genau die Versicherten nicht mehr erreicht, bei denen die Erhöhung der Nutzerkompetenz besonders dringlich wäre. Um hierzu differenziertere Aussagen treffen zu können, beschäftigen wir uns im Folgenden mit den Nutzern dieser Kommunikationsgelegenheiten. Dabei konzentrieren wir uns auf die beiden Hauptarten der Kommunikation: Die *Beratungszentren* der Krankenkassen und die *Callcenter*. Wenn erwogen wird, die Kommunikation so zu gestalten, dass sie eine Steigerung der Nutzerkompetenz bewirken kann und gleichzeitig Bedingungen geschaffen werden sollen, unter denen sich eine gesteigerte Nutzerkompetenz entfalten kann, dann sollte an diesen beiden »Gelegenheiten« der Kommunikation zuerst angesetzt werden.

In ihrer überwiegenden Mehrheit (ca. 70%) sind die Nutzer beider Informations- und Beratungsmöglichkeiten Versicherte im Patienten- bzw. im Leistungsempfängermodus, also Personen, die aktuell in ärztlicher Behandlung sind, aus der sich Fragen ergeben haben. Diese Nutzer sind etwas älter als der Durchschnitt der IKK-Versicherten (ca. 43 Jahre gegenüber 39 Jahren im IKK Durchschnitt). Dieses etwas höhere Durchschnittsalter erklärt sich jedoch epidemiologisch und nicht etwa durch die Qualität der Angebote, da die Wahrscheinlichkeit eines Versicherten in den Patienten-Modus zu wechseln und deshalb Fragen zu Gesundheit und Krankheit zu haben, mit dem Alter zunimmt.

Fast zwei Drittel der Nutzer beider Beratungseinrichtungen sind Frauen. Dies ist ein weit überproportionaler Frauenanteil gemessen an den Versicherten der IKK. Etwa 30 Prozent der Frauen nutzen die Callcenter, um Informationen und Ratschläge für Angehörige einzuholen, hauptsächlich für Kinder. Von den Männern nutzen nur 18 Prozent die Callcenter aus diesem Grund. Noch immer ist also offensichtlich die Frau die »Gesundheitsverantwortliche« in den Familien und Partnerschaften. Das zeigt sich auch bei der Teilnahme an Gesundheitsförderungskursen, die zu etwa 70 Prozent von Frauen genutzt werden.

In den Beratungszentren der Krankenkassen erscheinen eher die bildungsärmeren Versicherten die, wie es MitarbeiterInnen ausdrücken, der unteren sozialen

Schicht angehören. Es sind Personen, die sich schwer tun, selbst die benötigten Informationen zu beschaffen und/oder die ungeübt im Umgang mit der ausufernden Bürokratie sind. Besonders in Großstädten scheint dieser Besuchertyp sehr verbreitet zu sein. Es sind Besucher, die wahrscheinlich von allen IKK-Versicherten

- die geringste Nutzerkompetenz aufweisen,
- die eher zu den »schlechten Risiken« zählen, und die, wie man auch aus der Präventionsforschung weiß,
- nur über geringe eigene Handlungs- und Entscheidungsressourcen verfügen. Aktive, mit mehr Ressourcen ausgestattete Versicherte, gehören praktisch überhaupt nicht zu der Klientel, mit der die Krankenkasse in ihren Beratungszentren persönlich kommunizieren kann.

Die Nutzer des *Callcenters* dagegen entsprechen in ihren soziodemografischen Merkmalen eher dem Durchschnitt aller IKK-Versicherten, hier findet keine »Negativauswahl« statt.

3.1 DIE ANLÄSSE DER KOMMUNIKATION

Naturgemäß unterscheiden sich die Anlässe für die Beratung in dem Beratungszentrum und bei der medizinischen Hotline.

3.1.1 Anlässe in den Beratungszentren

In die Beratungszentren werden hauptsächlich bürokratische Anliegen hineingetragen, Dinge, von denen die Besucher selbst sagen, dass es sich um »Kleinigkeiten« handelt. Formulare werden abgeholt und abgegeben und zusammen mit den Beraterinnen und Beratern ausgefüllt.

Bereits an nächster Stelle stehen jedoch Fragen der Kostenübernahme von Leistungen. Wie die MitarbeiterInnen der Beratungszentren berichten, hat diese Art der Nachfrage in den letzten Jahren erheblich zugenommen. Dies sei nicht nur den immer wieder neuen Gesetzen und Verordnungen geschuldet, sondern vor allem auch der Praxis der Ärzte, die den Versicherten offensichtlich immer häufiger Leistungen empfehlen, die nicht erstattungsfähig sind. Damit würden die Unsicherheiten bei den Versicherten geradezu heraufbeschworen.

Die Erledigung dieser kleinen Angelegenheiten und die Klärung von Fragen zur Kostenübernahme machen ca. 80 Prozent des gesamten Beratungsgeschehens aus. Zwar sind die meisten dieser Anfragen durch Gesundheit und Krankheit

bedingt, was in der Natur der Sache liegt. Aber diese gesundheitsbezogenen Anlässe spielen in der konkreten Beratung keine Rolle mehr. Sie werden zu technisch-bürokratischen Inhalten umformuliert. Allerdings gilt diese Umformulierung von Gesundheitsanlässen in bürokratisch-technische Beratungsinhalte nicht, wenn gesundheitliche Fragen bzw. Alternativen der Krankenbehandlung selbst der Gegenstand der Beratung sind, wie dies z.B. beim Case-Management (z.B. Krankengeld) der Fall ist. Meistens wird hier auf der Grundlage von Gutachten des MdK zusammen mit den Versicherten erörtert, ob die bisherige Behandlung angemessen war, ob zusätzliche Schritte erforderlich sind oder aber ob andere Leistungsträger mit dem Fall befasst werden sollten. Wie jedoch MitarbeiterInnen und Entscheider berichten, wird auch diese Form der Beratung, in welcher Gesundheitsthemen eine Rolle spielen, zunehmend genutzt um die Versicherten in andere Leistungsbereiche, die nicht von der GKV finanziert sind, zu verlagern (hauptsächlich in den Bereich der Rentenversicherung oder sogar in den Bereich der Sozialhilfe). So enden auch solche Beratungsgespräche oft in kostenorientierten und organisatorischen Inhalten bzw. in Vorschlägen, hinter denen der gesundheitliche Anlass zu versiegen droht.

3.1.2 Anlässe im Callcenter

Etwas anders gelagert sind die Anlässe die zur Nutzung des Callcenters führen. Auch hier machen Fragen zur Kostenübernahme und zu versicherungsrechtlichen Regelungen und Problemen ca. 30 Prozent aller Anfragen überhaupt aus. Diese Anrufe werden an die jeweils zuständige IKK weitergeleitet. Weitere 30 Prozent der Anrufe beziehen sich auf Fragen nach Adressen von Ärzten, Krankenhäusern und Selbsthilfegruppen. Häufig werden diese Anlässe auch mit Fragen nach der Qualität der Anbieter verbunden. Ein weiteres Drittel der Anfragen bezieht sich ausschließlich auf Behandlungsmöglichkeiten und auf Informationen über Gesundheit und Krankheit. Die aktivierende Wirkung dieser Beratungsart wird deutlich, wenn man weiß, dass in ca. 60 Prozent der Fälle aus der Beratung ein konkretes, auf die Problemlösung bezogenes Handeln oder irgendeine Art von Aktivität erfolgt. So werden z.B. die neuen Informationen mit dem Arzt besprochen, es werden Ärzte gewechselt, es werden Selbsthilfegruppen bemüht oder sich ihnen sogar angeschlossen.

3.2 NUTZERTYPEN

Aus dem vorliegenden Material können wir folgende Nutzer-Typen identifizieren:

- Die *Informations- und Unterstützungssammler*. Diese klären eigene Angelegenheiten gerne im persönlichen Gespräch, auch wenn die Probleme telefonisch oder schriftlich hätten gelöst werden können. *Informations- und Unterstützungssammler* sind gerne bereit, auch für Bekannte und Nachbarn Informationen einzuholen und sie sind oft nicht berufstätig. Die Mitglieder dieses Typs sind auf die technisch-bürokratische Abwicklung ihres Anliegens orientiert, im Callcenter sind es jene, die lediglich Adressen von Ärzten und Krankenhäusern erfragen, oder sich nach der Öffnungszeit einer Apotheke erkundigen.
- Die *verunsicherten Rückversicherer*: Dieser Typ zeichnet sich durch Unsicherheit und Skepsis den ständigen Veränderungen im Gesundheitswesen gegenüber aus. Oft haben diese Versicherten das Vertrauen in ihren Hausarzt verloren und sie wollen sich bei der Krankenkasse erkundigen, ob alles seine »Richtigkeit« hat. Sie fragen nach Kostenübernahmen, nach der Auslandskrankenversicherung, nach der Qualität von Ärzten und manchmal auch nach Behandlungsmöglichkeiten. Mitglieder dieses Typs kommen wahrscheinlich (in Zukunft eher mit wachsendem Anteil) am zweithäufigsten in den Beratungszentren vor. Wie MitarbeiterInnen berichten und wie sich auch aus den Interviews mit Nutzern des Callcenters ergibt (dort ist dieser Typ am häufigsten vertreten) sind Mitglieder dieses Typs eher aufgeschlossen für gesundheitliche Tipps und besondere Behandlungsverfahren (möglicherweise auch für die Teilnahme an DMPs), wenn ihnen stabile Möglichkeiten aufgezeigt werden wie sie die Vor- und Ratschläge in konkretes Handeln umsetzen können.
- Besonders in den Beratungszentren der Großstädte trifft man auf den Typus des *Unerfahrenen und Hilflosen* im Umgang mit dem gesamten Sozialversicherungssystem. Es handelt sich hier häufig um Personen, die nicht fließend deutsch sprechen oder schreiben können, oder die schon gar nicht die (oft unverständliche) Handlungslogik des Sozialversicherungssystems verstehen und manchmal nicht genau wissen, warum sie mit ihrem Anliegen überhaupt bei der Krankenkasse gelandet sind. Die Tatsache, dass die Besucherzahl in Beratungszentren mit der Entfernung ihrer Lage vom Stadtzentrum erheblich zurückgeht, verweist darauf, dass es zahlreiche Gelegenheitsbesuche in den Beratungszentren geben muss. Beim Fehlen einer nahe liegenden Beratungsgelegenheit, werden die Probleme anderweitig gelöst. Besucher dieses Typs wären auch bei Bürgerberatungsstellen etc. gut aufgehoben.

- *Die Forderer*: Wie MitarbeiterInnen der Zentren berichten, neigen bestimmte Versicherte (hauptsächlich junge Männer) dazu, sehr fordernd und nachdrücklich aufzutreten. Die *Forderer* sehen ihre Krankenkasse eher als Verhinderer von Leistungen. Die Mitglieder dieser Gruppe neigen bei abschlägigen Bescheiden zu einem Wechsel der Krankenkasse.
- *Die Erpresser*: Es gibt auch Fälle, in denen die Forderer als Erpresser auftreten. Vor allem Besitzer kleiner Betriebe drohen ihren gesamten Mitarbeiterstamm bei einer anderen Krankenkasse anzumelden, wenn bestimmte Leistungen oder Bevorzugungen nicht gewährt werden.

In den Beratungszentren finden sich hauptsächlich die Typen des *Verunsicherten und Hilflosen*, selten der des *Forderers oder Erpressers*. Im Callcenter treffen wir eher auf den Typ des *Informationssammlers* und den des *verunsicherten*, jedoch krankheitsbewussten Mitgliedes.

Für alle Besucher der Beratungszentren sowie für die Nutzer des Callcenters trifft jedoch zu, dass es sich hauptsächlich um Versicherte im Patienten-Modus handelt. Nicht alle setzen sich jedoch gleichermaßen intensiv mit Gesundheit und Krankheit auseinander, bringen also nicht die gleichen Voraussetzungen als Ermündigungsgrundlage mit. Im Beratungszentrum erwarten die Versicherten eher technische und bürokratische Hilfe bzw. Rechtsauskünfte, während es bei den Nutzern des Callcenters doch eher um gesundheitliche Fragen und um Ratschläge geht, wie mit Gesundheit und Krankheit umzugehen ist.

3.3 KOMMUNIKATIONSBEDINGUNGEN IN DEN KRANKENKASSEN

Die Nutzerkompetenz der Versicherten kann durch geeignete Kommunikationsmaßnahmen erhöht werden. Dazu gehören die Kenntnis der Vorurteile, Einstellungen und Erwartungen der Versicherten und darauf abgestellte Inhalte der Kommunikation. Aber wie bereits erläutert wurde, gehören dazu auch die organisatorischen und technischen sowie arbeitsteiligen Voraussetzungen in der Krankenkasse selbst. Die Bedingungen, unter denen die Kommunikation stattfindet, werden einen Einfluss auf die Ergebnisse der Kommunikation selbst haben.

Die gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen schlagen sich als Rationalisierungs-, Zentralisierungs- und Hierarchisierungstendenzen nieder. Diese Tendenzen kennzeichnen in allen Kassenarten im Wesentlichen den Kern der organisatorischen Neuformatierung der Kommunikationsbedingungen. Diese Neufor-

matierung setzt sich jedoch innerhalb der einzelnen Krankenkasse nicht linear, sondern in Sprüngen und mit vielen Brüchen um.

Denn das Ausmaß und die Art, in der die »neuen« organisatorischen Paradigmata mehr oder minder langsam oder schnell, oder mehr oder minder vollständig und/oder unvollständig umgesetzt werden, ist in nicht geringem Umfang von den persönlichen Einschätzungen und Präferenzen der Umsetzer selbst (also hier der Entscheider auf regionaler Ebene und der Beschäftigten) abhängig. Die Ergebnisse zeigen, dass die klassischen bürokratischen Entscheidungswege, die man in der Literatur zusammenfassend als »Hierarchie« bezeichnet, auch in ihren letzten Bastionen, nämlich in allen Sparten der öffentlichen Verwaltung, nicht mehr in der gewohnten Art funktionieren. Die »alten« Regulierungssysteme, die im Wesentlichen auf »Befehl und Gehorsam« beruht haben, weichen allmählich Regulierungsformen, die eher auf horizontale Vernetzung, auf Überzeugung und auf Problemlösung beruhen (Oppen, Sack, Wegener 2003). Die so entstehenden neuen Prozesse und Strukturen werden sich nicht mehr als Ergebnis linearer Entscheidungswege, sondern eher als Folgen immer wieder neuer Austausch- und Konfliktprozesse interpretieren lassen. Dies sehen wir gerade sehr deutlich an den ständigen Änderungen im Gesundheitswesen.

Die Zentralisierungs-, Rationalisierungs- und Hierarchisierungstendenzen, die wir bei der Formatierung der Kommunikationsbedingungen festgestellt haben, sind die »alte Antwort« auf die beschriebenen Entwicklungen. Aus diesem Grund zeigen sich hier auch zahlreiche Widersprüchlichkeiten, die lineare Entscheidungsprozesse immer wieder produzieren, wenn ihre Umgebung nicht den gleichen linearen Bewegungen folgt.

Im konkreten Fall speisen sich die Widersprüche vor allem aus zwei Quellen:

- Aus der *individuellen Bewertung* des Gesamttrends und seiner Folgen für die zukünftige Formatierung der Krankenkassen durch die Entscheider auf regionaler Ebene und durch die Beschäftigten. Wer der zunehmenden Ökonomisierung und versicherungsmathematischen Orientierung skeptisch gegenübersteht und in ihr mehr Risiken als Chancen für die Versicherten und für den Fortbestand der solidarischen Krankenversicherung sieht, wird den, meist der gewerblichen Wirtschaft entlehnten, Rationalisierungsinstrumenten, eher skeptisch gegenüberstehen. Aber diese Instrumente können teilweise auch für die effiziente Gestaltung einer solidarischen Krankenversicherung genutzt werden. Man sucht sich dann diejenigen aus, die kompatibel mit den eigenen Vorstellungen von Krankenversicherung sind und passt sie (auch aus legitimatorischen Gesichtspunkten) in die »neuen« Vorgehensweisen ein (z.B. Zusammen-

legung von Abteilungen, um mehr aus einer Hand beraten zu können). Dies ist die individuell gestaltete Übernahme von Rationalisierungs- und Modernisierungselementen. Sie folgt nur teilweise den hierarchisch vorgegebenen »Richtlinien«, ohne sie jedoch gänzlich außer Kraft zu setzen. Diese Strategie ist die Begründung für die große Varianz regionaler Differenzen, die wir in der Kommunikation mit den Versicherten empirisch feststellen können.

- Aus der »*Unterschichtung*« (Oppen 2003) der alten Elemente und Verfahren durch neue, noch nicht bewährte Elemente der Organisation, der Kommunikation und des Umgangs mit den Versicherten entsteht ein Funktionsverlust für die alten Instrumente, weil sie auf einer Problemsicht beruhen, die längst nicht mehr dem Stand der Entwicklung entspricht. Dies wird besonders bei allen Diskussionen um die Bedeutung der Beitragshöhe deutlich, in denen ein »Homo oeconomicus« oder eine »Cassa oeconomica«, also ein ausschließlich am rationalen Nutzungskalkül orientierter Versicherter oder eine entsprechende Krankenkasse vorausgesetzt werden, die jedoch in dieser Form nicht existieren. Auch in diesem Fall werden die Instrumente von den Regionalverantwortlichen pragmatisch angepasst und so weit wie möglich für die jeweils vor Ort geltenden Bedingungen funktionalisiert.

Diese regionalisierte Instrumentalisierung von zentral vorgegebenen Leitlinien, Instrumenten und Vorgehensweisen stellt einerseits eine (wenigstens eingeschränkte) Funktionsgarantie für die »neuen« Vorgehensweisen dar und dient damit auch der Legitimation für ihre Anwendung gegenüber der zentralen Ebene. Auf der anderen Seite helfen die »neuen« Instrumente aber auch, die örtlichen Probleme besser zu lösen als bisher. Damit steigt ihre Attraktivität für die Anwendung in der Fläche. Was dabei am Ende herauskommen kann, beschreiben die Interviewpartner als einen je regional modifizierten Set neuer Maßnahmen, der sich letztlich in einem Versuchs- und Irrtums-Prozess zwischen der Zentrale und der Fläche herausbilden wird. Den generellen Trend hat ein Interviewpartner treffend zusammengefasst: »Von der gemütlichen und versorgenden Bürokratie zur rationalen Problemlösung«.

3.3.1 Widersprüchliche Tendenzen beim Umgang mit den Versicherten

Diese Entwicklungen führen auch zu Widersprüchen im Umgang mit den Versicherten:

Da es offensichtlich ist, dass die Entscheidungen über die eine oder andere Krankenversicherung oft nicht bei einzelnen Versicherten fällt, sondern vom Betrieb quasi kollektiv entschieden wird, rücken zunehmend Betriebe in das Blickfeld von Bewerbungsmaßnahmen der einzelnen Krankenkasse. Nicht mehr einzelne Versicherte stehen dann im Mittelpunkt der Beitrittserwartungen, sondern der Betrieb mit allen seinen potentiellen Mitgliedern. Diese Strategie ist unaufwendiger als die Einzelansprache von Versicherten, da sich über die Ansprache von Betriebseignern Multiplikatoreffekte entfalten können. Ähnliche Überlegungen gibt es auch in Bezug auf junge Familien. Aus der Analyse der Nutzerdaten des Callcenters weiß man, dass der Status der gesundheitlichen Versorgung in Familien nicht individuell bewertet wird, sondern sich immer auf die gesamte Familie bezieht.

Bei der Einzelbewerbung von Mitgliedern wird »positiv« selektiert: Auf der einen Seite werden Mitgliedern, die zu den »guten Risiken« gerechnet werden, großzügig Leistungen im Rahmen des Ermessensspielraums eingeräumt. Auf der anderen Seite fließt das gleiche Ausmaß an Aufwand aber auch den Mitgliedern zu, die zu den »schlechten Risiken« gehören. Hier schlägt er sich jedoch weniger in zusätzlich gewährten gesundheits- bzw. krankheitsbezogenen Leistungen nieder, sondern als Hilfs- und Unterstützungsangebot zur Erlangung der Regelleistungen. Man könnte diesen Zusammenhang in einer Art Gleichung formulieren. Was den »schlechten Risiken« an fürsorgender Beratungsleistung zufließt, damit sie die Regelleistung erhalten können, erhalten die »guten Risiken« als gesundheitsbezogene Satzungsleistungen. Dabei wird für jeden Versicherten-Typ die gleiche »Energie«, allerdings in unterschiedlicher Form verausgabt. Auf Grund dieses Widerspruches wird in der Kasse eine Strategie diskutiert, die mit dem Schlagwort »aus schlechten Risiken gute machen« und die »guten Risiken halten«, bezeichnet werden könnte.

Das Extrem, dass bewusst Mitglieder mit wahrscheinlich negativem Deckungsbeitrag aus den Kassen herausgedrängt werden sollen, kommt vor, ist aber in dieser Untersuchung nicht aufgetreten.

3.3.2 Verwaltungsinterne Voraussetzungen für den Umgang mit den Versicherten

Voraussetzung für alle Formen des Umgangs mit den Versicherten ist eine entsprechende Organisation des Beratungs- und Leistungsangebotes in den Krankenkassen selbst. Alle Interviewpartner sehen hier einen erheblichen Modernisie-

rungsbedarf. Alle berichten jedoch auch von zeitlich flüchtigen Organisationsversuchen, von vielen (erfolgreichen und gescheiterten) Versuchs- und Irrtumsprozessen und von der Gefahr, aktuellen Management- und Organisationsmoden zu unterliegen.

Dabei werden vor allem folgende Widersprüche und Rahmenbedingungen für die Gestaltung und Organisation des Umgangs mit den Versicherten genannt:

- Wettbewerb und marktliche Regulierungsformen innerhalb und zwischen den Krankenkassen haben zugenommen. Damit haben aber die Regelungsichte und die Bürokratie keinesfalls abgenommen, wie es eigentlich ein Effekt von »mehr Markt« sein sollte. Die gleichzeitige Zunahme von marktlichen Regelungen und die Zunahme der Verrechtlichung erfordern eine hohe Spezialisierung der MitarbeiterInnen und eine weitere Zerlegung der Aufgaben unter den Beschäftigten. Beratung aus einer Hand ist unter diesen Bedingungen immer schwerer zu realisieren, zumal die Entwicklung zu erheblicher zeitlicher Überlastung der Beschäftigten führt, wie die Interviews mit den Beschäftigten ergaben.
- Unter diesen Bedingungen ist zu befürchten, dass die Beratungsqualität bei zeitlicher Überlastung der MitarbeiterInnen und bei gleichzeitig steigendem Beratungsbedarf der Versicherten eher abnimmt. Oder es muss sehr viel Energie aufgewendet werden, um eine Verschlechterung zu vermeiden.

Alle Interviewpartner auf der Entscheider-Ebene bescheinigen den MitarbeiterInnen eine hohe fachliche Beratungsqualität und betonen, dass die Mehrarbeit infolge gestiegener Nachfrage und komplizierter werdenden Antworten durch organisatorische Maßnahmen (Zusammenlegen von Zuständigkeiten, Teilung von Fachbereichen und kundennahen Bereichen) bewältigt wird.

Bemängelt wurden aber vor allem die *kommunikativen Kompetenzen* und Fertigkeiten der kundennah arbeitenden MitarbeiterInnen. Die bisher zur Verfügung stehenden Schulungs- und Trainingsmaßnahmen bzw. die Umsetzung entsprechender Richtlinien und Empfehlungen erscheinen zu oberflächlich. Allerdings unterscheiden sich hier die Einschätzungen der Entscheider und der Beschäftigten erheblich. Die MitarbeiterInnen beklagen nämlich vor allem *fachliche Mängel* und melden einen erheblichen fachlichen Informationsbedarf angesichts sich ständig ändernder Gesetze und Verordnungen an. Über fehlende kommunikative Kompetenzen beklagen sie sich nicht.

Angesichts der aufgeführten Mängel berichten die Interviewpartner von einer gewissen Ratlosigkeit gegenüber den Interessen, Wünschen und Einstellungen der Versicherten. Sie haben weder die Möglichkeit das Beratungsgeschehen nach

quantitativen Merkmalen der Inanspruchnahme, noch nach qualitativen Merkmalen (»Was wollen die Versicherten?«) zu gestalten. Die wenigen verfügbaren Informationen werden nur sporadisch gewonnen und unsystematisch ausgewertet. Nicht einmal innerhalb von Beratungsteams (wenn es sie denn gibt) findet ein organisierter Austausch von Erfahrungen statt, zwischen Abteilungen noch seltener. Allerdings kann dieser fehlende Austausch auch eine Folge eines zum Zeitpunkt der Untersuchung noch nicht abgeschlossenen Umorganisationsprozesses sein.

Im Wesentlichen fehlen für diese Art des Wissensmanagements die Informationsgrundlagen, wie zum Beispiel eine Art Berichtswesen über die Versicherten. Auch fehlt es an Vorstellungen darüber, wie der Austausch innerhalb der einzelnen Krankenkasse so organisiert werden kann, dass sowohl eine Vereinfachung des Verwaltungshandelns und der Beratung, gleichzeitig aber auch wirkungsvolle Problemlösungen für die Versicherten erreicht werden können.

3.3.3 Das Alltagsgeschäft in den Beratungszentren

Das Beratungszentrum der Krankenkasse stellt fast die einzige Gelegenheit dar, bei der die Krankenkassen in persönlichen Kontakt mit den Versicherten treten können. Da man weiß, dass der persönliche Kontakt die größte Wirkung auf Verhaltensänderungen der Versicherten hat, bemühen sich alle Krankenkassen trotz vielfältiger Rationalisierungszwänge um eine personelle und qualitativ angemessene Ausstattung dieser Zentren. Hier wird über die Informiertheit der Versicherten entschieden, hier können die Änderungen des Leistungsgeschehens transparent gemacht, Ängste und Vorurteile der Versicherten abgebaut sowie die Fähigkeit, angemessen mit Leistungen und Leistungsprozessen im Gesundheitswesen umzugehen, erhöht werden.

Wir haben bereits über die Beratungsanlässe berichtet. Nun wollen wir darstellen, wie diese Beratungsanlässe durch die Krankenkassen bearbeitet werden.

3.3.3.1 Wie werden die Anlässe beraten?

Es gilt (noch): Wo Krankenversicherte ihr Anliegen persönlich erledigen möchten, ist dies möglich. Auf dem Land sind sogenannte Sprechtage eingerichtet, so dass auch weniger mobile Versicherte die Möglichkeiten zum persönlichen Kontakt haben. In großen Geschäftsstellen beträgt der Durchlauf bis zu 200 Versicherte pro Tag.

Folgende Trends lassen sich aus den Interviews mit den MitarbeiterInnen und teilweise auch aus den Interviews mit den Entscheidungsträgern ableiten:

- Zwischen 80 und 90 Prozent der Fragen und Probleme werden anlässlich des Besuches abschließend geklärt.
- Die MitarbeiterInnen betonen, dass jeder zu seinem Recht kommt und es keine Leistungszurückhaltung für bestimmte Versichertengruppen gäbe. Auf der anderen Seite scheint es jedoch eine Ausnutzung des Ermessensspielraums zu geben, wenn es sich um »freiwillig Versicherte« handelt. Diese sollen eher großzügig mit Leistungen bedacht werden. Die MitarbeiterInnen lehnen solche Praktiken ab und geraten dadurch teilweise in Konflikt mit ihren Vorgesetzten.
- Wenn die MitarbeiterInnen den Eindruck haben, ein Versicherter ist nicht in der Lage, die notwendigen Schritte zur Lösung seines Anliegens selbst zu erledigen, nehmen sie den Fall »in die Hand«. Diese MitarbeiterInnen sehen ihre Tätigkeit durchaus auch unter sozialarbeiterischen Gesichtspunkten und finden es korrekt, dass eine Krankenkasse solche Aufgaben übernimmt.
- Die MitarbeiterInnen berichten, dass die Nachvollziehbarkeit der (oft negativen) Entscheidung für die Versicherten besonders wichtig ist. Die Versicherten würden abschlägige Bescheide akzeptieren, wenn sie gut erklärt würden. Eine Mehrheit ist der Meinung, dass diese Transparenz den Versicherten wichtiger ist als die Leistungsgewährung selbst (dies stimmt mit den Angaben der Versicherten überein).
- Die Mehrzahl der BeraterInnen berichtet von einer erheblichen Verdichtung ihrer Arbeit, die dazu führen könne, dass die Versicherten zunehmend »abgefertigt« würden. Dies führe allerdings (noch) nicht dazu, dass jemand nicht bekäme, was ihm zustehe.
- Allerdings konfligiert die Verdichtung der Arbeit mit den Anforderungen heute stärker als in der Vergangenheit, da die MitarbeiterInnen mehr sachliche und fachlich-rechtliche Informationen bereithalten müssen als noch vor wenigen Jahren (Beratung aus »einer Hand« bei einer Flut von fast wöchentlich neuen Gesetzen, Richtlinien, Entscheidungspfaden). Dies sei nicht immer möglich, so dass langfristig nicht nur eine bürokratische und wieder »schaltermäßige« Behandlung der Kunden drohe, sondern auch ein Qualitätsverlust auf der sachlichen Ebene zu befürchten sei.

3.3.3.2 Wie wird die Arbeit der Beraterinnen und Berater organisiert?

In der hier untersuchten Krankenkasse hat zum Zeitpunkt der Befragung eine Umorganisation der Beratungstätigkeit stattgefunden, die noch nicht abgeschlossen war, so dass die Bewertung ihrer eigenen organisatorischen Praktiken durch

die MitarbeiterInnen mit vielen Unsicherheiten belegt ist. Dies muss bei den folgenden Antworten berücksichtigt werden. Die Kritik, die teilweise an dem jetzigen Zustand geübt wird, kann aber auch als Möglichkeit erkannt werden, Fehler bei der Weiterentwicklung der organisatorischen Rahmenbedingungen zu vermeiden.

- Alle MitarbeiterInnen sollen unter den »neuen Bedingungen« alle Fragen ihrer jeweiligen Kunden beraten können. Ausnahmen sind definiert (z.B. Krankengeld, Arbeitgeberberatung) und werden bereits im Vorfeld der Beratung ausgefiltert. Dies stößt auf Schwierigkeiten bei den MitarbeiterInnen, die sich zu dieser Beratung aus einer Hand (noch) nicht in der Lage sehen und mehr Unterstützung (z.B. Qualifizierung) erwarten. Die jetzige Praxis der Information durch E-Mail wird als unzureichend eingeschätzt.
- Es besteht die Gefahr, dass die MitarbeiterInnen angesichts dieser Überforderung resignieren und auf der jahrelang bewährten Praxis des lautlosen Durchwurstelns verharren.
- Auf der anderen Seite wird allerdings auch bestätigt, dass Unterstützung durch KollegInnen während des Beratungsgesprächs jederzeit abrufbar ist und den Gesprächsablauf nicht stören. Einige MitarbeiterInnen haben sogar betont, dass die Recherche in Anwesenheit der Versicherten ihrer Meinung nach einen »guten Eindruck« macht, weil es die Besucher in das Gespräch einbindet und zeigt, dass die Beraterinnen und Berater engagiert sind.
- Kaum ein(e) Mitarbeiter(in) fühlt sich einem Beratungsteam zugehörig. Diese Teamzugehörigkeit kann sich auch kaum herausbilden, und die Synergieeffekte, die eigentlich möglich wären, werden zur Zeit (fast systematisch) nicht erzeugt:
 - Es finden nur unregelmäßig Gruppen- bzw. Abteilungssitzung statt (dies ist jedoch der gegenwärtigen Übergangssituation geschuldet).
 - Es gibt kein Feedback für die eigene Arbeit und die gängigen Bewertungsgespräche mit den Vorgesetzten sind folgenlos oder werden (beidseitig) nicht ernst genommen.
 - Kritische Fälle, Probleme und Schwierigkeiten werden kaum systematisch gesammelt, besprochen und ausgewertet. Versuche in dieser Richtung versanden schnell.
 - Die »Informationskaskade« mit der MitarbeiterInnen über laufende Änderungen informiert werden, wird als quasi wirkungslos eingeschätzt, weil sie zu »technisch« sei.
 - Eine Erfassung der Fälle und Anlässe der Besucher findet nur unsystematisch statt und die MitarbeiterInnen können sich an keine Rückvermittlung

der Ergebnisse erinnern, obwohl solche Ergebnisse mit großem Interesse aufgenommen worden sind.

3.4 ZUSAMMENFASSUNG DER ERGEBNISSE IN BEZUG AUF »AKTIVIERUNG«

Die Beratungseinrichtungen funktionieren offensichtlich genau auf dem Niveau, das sowohl für die jetzige Form der Beratung als auch bezogen auf die Beratungsanlässe notwendig ist.

- Der Umgang mit den Versicherten ist eher patriarchalisch-routinisiert, ohne jedoch »entmündigend« zu wirken.
- Es gibt keine unkontrollierte oder auffällige Selektion der Leistungsgewährung. Sie ist aber dennoch vorhanden und stößt auf Widerspruch bei den MitarbeiterInnen.
- Wie die Befragung der Versicherten ergeben hat, herrscht eine hohe Zufriedenheit mit der Beratung.

Eine Erweiterung der Beratungsfunktion in Bezug auf Aktivierung stößt derzeit jedoch auf folgende Hindernisse und strukturelle Bedingungen:

- In die Beratungsstelle kommen nach Aussagen der Beschäftigten kaum Besucher, die zu einer Aktivierung bereit wären oder die mit vertretbarem Aufwand zu aktivieren wären. Es fehlt an Informationen über diese Versicherten und vor allem an Informations- und Kommunikationsstrategien, mit denen diese Versicherten, die zu den sozial Schwachen gerechnet werden müssen und deshalb einen hohen »Aktivierungsbedarf« haben, zu erreichen und zu überzeugen² wären.
- Durch die zunehmende zeitliche Verdichtung des Beratungsvorgangs werden die Inhalte der Beratungen eher formalen Kriterien unterworfen, so dass das Aufgreifen gesundheitlicher Aspekte kaum noch möglich scheint. Dies wird auch nicht zum Selbstbild und zum Kompetenzbereich der Beratenden gerechnet und
- es fehlen entsprechende Informations- und Beratungsmaterialien.

2. In Deutschland sind Ermündigung- und Aktivierungsstrategien für sozial schwache Gruppen insgesamt ausgesprochen wenig entwickelt. In dem Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention, aber auch für den hier relevanten Bereich der Kompetenzsteigerung, könnte ein Blick in die USA oder auch nach Großbritannien wertvolle Ideen und Erkenntnisse zu Tage bringen (s. Vorschläge in Kapitel 6).

Unter den derzeitigen Verhältnissen scheint es weder möglich noch notwendig, den Beratungszentren sofort eine Schlüsselrolle bei der Aktivierung der Versicherten zuzuweisen. Sie nehmen derzeit ihre Funktion gegenüber ihrer handlungsschwachen Klientel gut, wenn auch nicht perfekt wahr. Diese Funktion kann im Laufe eines längeren Prozesses ausgebaut werden.

4 KRANKENKASSEN IM ÜBERGANG – EINIGE ÜBERRASCHUNGEN

Wenn die These zutrifft, dass Versicherte ihre Krankheiten oder Befindlichkeitsstörungen um so erfolgreicher bewältigen können, je höher ihre Kompetenz im Umgang mit »sich selbst« und mit den Leistungen des Gesundheitswesens ist, und wenn gleichzeitig zutrifft, dass die Kompetenzsteigerung der Versicherten auch das Ergebnis eines Kommunikationsprozesses zwischen Krankenkassen und Versicherten ist, und dass die Bedingungen, unter denen diese Kommunikationsprozesse stattfinden sowie die Inhalte der Kommunikation ebenfalls Auswirkungen auf die Nutzerkompetenz haben, dann lohnt es sich, diese Bedingungen näher zu untersuchen. Nur dann ist es nämlich auch möglich zu entscheiden ob

- Strategien der Kompetenzerweiterung sowohl innerhalb der Krankenkassen als auch bei den Versicherten überhaupt nachvollziehbare Realisierungschancen haben, oder ob dieses Thema weiterhin nur in Form von sonntäglichen Appellen abgehandelt werden soll,
- weitere Bedingungen auf der rechtlichen, finanziellen, organisatorischen und personellen Grundlage erfüllt sein müssten, damit kompetenzsteigernde Strategien mit einer gewissen Aussicht auf Erfolg umgesetzt werden können.

Die Ergebnisse dieser Studie haben dazu teilweise überraschende Zusammenhänge zu Tage gebracht.

4.1 ENTSCHEIDUNGSMÖGLICHKEITEN UND NUTZERKOMPETENZ

Ein Gesundheitswesen, dessen einzelnen Teilnehmern bis vor kurzem noch die Art der Versorgung, als auch ihr Ausmaß unabhängig von den individuellen Präferenzen und Bedürfnissen vorgeschrieben wurde, und dessen Präventions- und Versorgungsprozesse ausschließlich von den Anbietern selbst definiert wurden, braucht keine Versicherten mit einer besonderen Nutzerkompetenz, es wünscht sie sich auch nicht. Da alle Zugänge sowie die einzelnen Leistungen und der Ablauf der einzelnen Leistungen im Rahmen eines Heilungs- oder Versorgungsprozesses

relativ eng definiert sind, bleiben keine Freiheitsgrade für individuelle Entscheidungen übrig.

Auch die gängigen Auswahl- und Entscheidungsoptionen, die in der Literatur als »Exit« und »Voice« beschrieben worden sind, waren den einzelnen Versicherten nicht wirklich verfügbar.

4.1.1 Exit-Option: Beiträge sparen

Die Exit-Option, die zum Beispiel in einem Krankenkassenwechsel besteht, ist erst seit 1997 (in Grenzen) wahrnehmbar und stellt jedenfalls unter gesundheitlichen Aspekten keine echte Alternative dar: Alle Kassen der gesetzlichen Krankenversicherung bieten nahezu identische Regelleistungen an, höchstens fünf Prozent der Leistungen, die sogenannten Satzungsleistungen, sind frei gestaltbar.

Das Unterscheidungs- und Auswahlmerkmal zwischen den Krankenkassen ist daher die Höhe des Beitrages geworden. 25 Prozent der Versicherten haben schon einmal einen Wechsel ihrer Krankenkasse erwogen, für über 80 Prozent von ihnen wäre die Höhe des Beitrages der ausschlaggebende Faktor, und nicht etwa die Qualität des Services oder besondere Satzungsleistungen (Andersen, Schwartz 1999).

Damit werden zwangsläufig beitragsbezogene, nicht aber gesundheitsbezogene Entscheidungen auf Seiten der Versicherten heraufbeschworen und die Wahrnehmung der Exit-Option zeichnet die Versicherten eher als »homo oeconomicus«, also als Kosten/Nutzen abwägend, denn als gesundheitsbewusste Menschen aus. Versicherte können nur in Richtung des Beitrages optimieren, nicht aber in Hinblick auf die eigene gesundheitliche Versorgung.

Auf der Seite der Krankenkassen muss sich diese Ökonomisierung ebenfalls in iatrogenen Entscheidungen niederschlagen: Da die Leistung der Krankenkassen trotz Wettbewerbsbedingungen gesetzlich vorgeschrieben und weitgehend gleich sind, kann das Preis-Leistungsverhältnis nur über den Preis bzw. die Kosten, nicht aber über die Art und Qualität der Leistung selber gestaltet werden. Auch dadurch werden kaum Bedingungen geschaffen, die erwarten lassen, dass sich die Nutzerkompetenz gesundheitsbezogen verändern würde.

4.1.2 Voice-Option: Was gestalten?

Auch die Wahrnehmung der Voice-Optionen, ein Begriff, den man als »gestaltende Einwirkung« übersetzen könnte, hat das Krankenversicherungssystem in Deutschland bisher nicht hinreichend bestimmt. Die Voice-Optionen wurden, wenn über-

haupt, nicht von Versicherten (etwa durch Entscheidung für unterschiedliche Listen bei Sozialwahlen, (Gesundheits- und Sozialpolitik 1998)) wahrgenommen, sondern durch die Selbstverwaltung als institutionalisierte Wahrnehmung und Vertretung von Versicherteninteressen. Allerdings gilt die Selbstverwaltung heute als weitgehend defunktionalisiert.

Wenn Mitglieder von Krankenkassen eine Voice-Option wahrgenommen haben, sind sie einen gänzlich anderen Weg gegangen. Wer mehr Selbstbestimmung wollte, ohne die Leistungen des Krankenversicherungssystems zu verlieren, hat außerhalb dieses Systems seine Kompetenzen eingesetzt, zum Beispiel in einer der zahlreichen Selbsthilfegruppen. Wer sich einer Selbsthilfegruppe angeschlossen hat, hat gegenüber dem Krankenversicherungssystem weder eine Exit- noch eine Voice-Option wahrgenommen. Er hat die Krankenkasse mit ihren beschränkten Entscheidungsmöglichkeiten nicht verlassen (können), sondern sich einen Bereich außerhalb des institutionalisierten Systems geschaffen, oder sich ihm angeschlossen, in dem Nutzerkompetenz gefragt war und die sich inzwischen zu einer beträchtlichen Wirkungsmächtigkeit entwickelt hat.

Auf Seiten der Krankenkassen führte die Wettbewerbsorientierung zur teilweise gewollten Ökonomisierung, jedoch auch hier verläuft die Entwicklung widersprüchlich und bezogen auf die Ermüdung der Versicherten mit höchst merkwürdigen Resultaten.

4.2 KRANKENKASSEN IN DER ZWICKMÜHLE

4.2.1 Einschränkungen ...

Je stärker die Höhe des Beitragssatzes zum wichtigsten Wettbewerbsargument zwischen den Krankenkassen wird, desto mehr geraten die einzelnen Krankenkassen in diesem Wettbewerb in eine Zwickmühle: Auf der einen Seite können Sie den Beitrag nur senken, wenn sie Kosten einsparen. Diese Kosteneinsparungen sind jedoch nicht so einfach. Gegenüber den Leistungsanbietern sind Kostenziele offensichtlich kaum oder nur gegen heftige Widerstände und sehr langfristig umzusetzen. Würde es trotzdem in einem Umfang gelingen, der einen fühlbaren Einfluss auf die Höhe des Beitrages hätte, so kann dies nur mit einer Verringerung des Leistungsumfanges, der Leistungsbreite oder sogar der Leistungsqualität einhergehen, oder mit einer volkswirtschaftlich neutralen Verschiebung der Leistungsfinanzierung auf die Leistungsnehmer selbst. All diese Folgen des Kostenparens

führen jedoch aus Sicht der umworbenen Kunden nicht zu einer Attraktivitätssteigerung des Angebotes und reizen nicht dazu an, die Nutzungskompetenz zu erhöhen.

Eine zweite Falle droht, wenn Kosteneinsparungen durch Reduktion von Personal und/oder durch Ausschöpfung von Rationalisierungseffekten innerhalb der Krankenkassen erzielt werden sollen. Zweifellos gibt es auch Rationalisierungsmöglichkeiten, deren Umsetzung ohne jeden negativen Effekt für die Servicequalität wäre. Solche Effekte werden von den Krankenkassen zunächst angestrebt, denn neben Beitragsargumenten ist das Argument hoher Servicequalität der wichtigste Wettbewerbsparameter, der das jeweilige »Alleinstellungsmerkmal« der Krankenkassen bewirken soll.

Wie wir aber aus Befragungen wissen (Wasem 1999, Zok 2002, Hauss 2004) schätzen genau die Patienten einen guten und vor allem persönlichen Service, die ihn benötigen: Es sind Versicherte im Patienten-Modus, bildungsärmere, ältere, im Umgang mit Leistungen und Verwaltungen eher ungeübte. In der Regel gehören diese Versicherten zum unteren Einkommensegment. Es handelt sich bei dieser Gruppe genau nicht um jene, die im Mittelpunkt der Werbung durch die Krankenkassen stehen. Das heißt aber konsequent weiter gedacht: Einsparungen der Servicequalität, oder umgekehrt Investitionen in eine hohe Servicequalität, werden zuerst von denen bemerkt und mit Kassentreue oder Unzufriedenheit honoriert, die nicht das Ziel der wettbewerblichen bzw. serviceverbessernden Maßnahmen ausmachen.

4.2.2 ... und Ausweitungen

Auf der anderen Seite stellen wir aber gleichzeitig auch eine Ausweitung des Serviceangebotes fest. So wurden zum Beispiel die medizinischen Informations- und Beratungszentren, zu denen die Mehrheit der Versicherten heute Zugang hat, bewusst als Serviceleistung bzw. als »Alleinstellungsmerkmal« geschaffen. Aber wie die Evaluation der Nutzung zeigt, wird auch dieser Service vor allem von denen genutzt, die sich im Patienten-Modus befinden, die sich durch ihre Ärzte nicht ausreichend informiert fühlen und die im Wortsinn hilfsbedürftig sind. Es zeigt sich allerdings auch, dass diese Zentren zunehmend in den Alltagsgebrauch der Versicherten übergehen und zunehmend von Versicherten genutzt werden, die unterhalb der »Arztschwelle« Informationen zu Krankheits- und Behandlungsmöglichkeiten erwarten oder die arztkritisch eine zweite Meinung einholen bzw. sich über die Qualität von Leistungsanbietern erkundigen wollen. Insofern wurde hier ein

Service geschaffen, der tatsächlich einen Beitrag zur Erhöhung der Nutzerkompetenz leisten kann bzw. einen (langfristig angelegten) Beitrag zur Strategie: aus »schlechten Risiken« »gute Risiken« zu machen.

Aber das angestrebte Ziel, mit der Ausweitung des Service »gute Risiken« anzulocken beziehungsweise zu halten wird auch hier nicht aufgehen, denn jedes Angebot, dass eine Krankenkasse in Richtung zu mehr Service macht, wird zunächst von jenen genutzt, die auch mehr Service benötigen und das sind die weniger »guten Risiken«. Für diese ist tatsächlich in der letzten Zeit der Service verbessert worden, allerdings als nicht intendierte Folge des Bewerbungshandels.

Deshalb wäre es auch unnötig, Kommunikationsformen und Strategien für die Erhöhung der Nutzerkompetenz ausschließlich mit dem Ziel zu entwickeln, damit »gute Risiken« gewinnen zu können.

4.3 VIELE KOMMUNIKATIONSMÖGLICHKEITEN

Derzeit gibt es eine Fülle von Kommunikationsgelegenheiten, die sich (manchmal abseits der offiziellen Strategie) an solche Mitglieder richten, die nicht zu den »guten Risiken« gehören, bei denen sich aber ein Ermüdungsaufwand eher lohnen würde als bei anderen, denn es sind Versicherte, die ohnehin kaum die Krankenkasse wechseln, und bei denen die möglichen »Erträge« der Erhöhung der Nutzerkompetenz innerhalb einer Kasse verbleiben würden.

4.3.1 Disease Managementprogramme (DMP)

Seit neuestem gibt es weitere ökonomische aber auch gesundheitliche Gründe, die Erhöhung der Nutzerkompetenz an alle denkbaren Kommunikationsgelegenheiten anzudocken: zunehmend werden für bestimmte Krankheitsgruppen evidenzbasierte Behandlungsverfahren entwickelt. Für jeden Versicherten, der sich in Zukunft *nicht* an einem DMP beteiligt (vorausgesetzt er gehört zur Gruppe der Berechtigten), entgehen der Krankenkasse ca. € 5.000,- aus dem Risikostrukturausgleich. Es wird also das Ziel der Krankenkassen sein müssen, die Versicherten von der Teilnahme an diesen Programmen zu überzeugen. Die Teilnahme selbst kann durchaus kompetenzsteigernde Wirkung haben, da in einigen Programmen patientenbezogene Aktivitäten vorgesehen sind (z.B. Schulungen). Wie wir aus eigenen Befragungen von chronisch kranken Versicherten wissen, wäre eine Mehrheit spontan bereit, sich an solchen Programmen zu beteiligen. Aber, wie wir auch

wissen, gibt es zahlreiche Vorurteile, Ängste, Furcht vor Unbequemlichkeiten und vor allem die Angst die freie Arztwahl aufgeben zu müssen, die eine Teilnahme in Frage stellen können. Um die Versicherten zur Beteiligung an diesen Programmen gewinnen zu können, muss sorgfältig auf deren mögliche Argumentationsmuster eingegangen werden. Dazu müssen diese jedoch bekannt sein (siehe unten).

4.3.2 Kommunikation in den Geschäftsstellen

In den Geschäftsstellen hat sich offensichtlich eine umfassende, fast schon betreuende Art der Beratung und Information herausgebildet. Wie MitarbeiterInnen und auch die Versicherten berichten, wird eine hohe Zufriedenheit mit der Beratung erreicht, wenn hohe Transparenz über die Leistungsstruktur und Leistungsanbieter geboten wird. Dies ist ebenfalls eine gute Voraussetzung für eine Kommunikation, die auf die Steigerung der Nutzerkompetenz zielt.

4.3.3 Beratung durch Callcenter

Die Kommunikation in den medizinischen Callcentern ist bereits auf die Steigerung der Nutzerkompetenz angelegt. In über 60 Prozent der Fälle folgt aus dem Anruf in einem Callcenter konkretes Handeln. Das dort angesammelte medizinische und im Umgang mit den Versicherten erworbene Wissen und die Fertigkeiten auch schwierige Zusammenhänge einfach erklären zu können sowie die Tatsache, dass es sich gewissermaßen um eine freiwillige Nutzung handelt, könnte ebenfalls zur Erhöhung der Nutzerkompetenz beitragen.

4.3.4 Prävention und Gesundheitsförderung

Nicht zuletzt führen Krankenkassen Präventions- und Gesundheitsförderungsaktivitäten durch, deren Ziel die Erhöhung der Nutzerkompetenz ist. Die Beteiligung an diesen Aktivitäten ist in den letzten Jahren ständig gestiegen. Aber auch hier stellt sich die Frage, wie diese Angebote an diejenigen gebracht werden können, die sie besonders nötig haben.

4.3.5 Interessenvertretungen

Und schließlich gibt es auch in allen Kassenarten immer noch Bemühungen mit Hilfe von »Patientenbeauftragten«, »Obleuten« und Beschwerdestellen mehr Kun-

denorientierung zu zeigen aber auch Grundlagen für ihre Entwicklung zu schaffen.

4.3.6 Einbeziehung der Leistungsanbieter in eine Ermüdungsstrategie

Eine Krankenkasse kann jedoch auch bei den Leistungsanbietern Bedingungen schaffen, die auf eine Erhöhung der Nutzerkompetenz hinauslaufen würden. Hier sollen nur zwei Beispiele genannt werden:

Wenn die Krankenkasse Gelegenheit bekommt mit einzelnen Leistungsanbietern oder mit Behandlungs- bzw. Betreuungsnetzwerken Verträge zu schließen, können diese durchaus kompetenzsteigernde Aspekte enthalten. Dies kann zum Beispiel durch Vereinbarungen geschehen, die Patienten besonders intensiv in das Behandlungsgeschehen einzubeziehen und es ihnen transparent zu machen. Es können systematisch Möglichkeiten geschaffen werden sich eine Zweitmeinung einholen zu können oder es könnte vereinbart werden, dass keine Informationen zurückgehalten werden, sondern die Patienten so informiert werden, dass sie sich mit der Information aktiv auseinandersetzen können. Dazu werden Unterstützungsangebote entwickelt.

Und nicht zuletzt kann die Steigerung der Nutzerkompetenz auch mit jenen zusammen entwickelt werden, die darin bereits eine gewisse Fertigkeit entwickelt haben, nämlich mit den Selbsthilfegruppen. Da diese auf Grund eines sich ständig ändernden Paragraphenwerkes ohnehin von den Krankenkassen »subventioniert« werden, müsste sich die jetzt meist durch Subventionsverhandlungen geprägte Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen qualitativ erweitern. So ließe sich zum Beispiel vorstellen, dass die Selbsthilfegruppen mehr Informationen über ihre Patienten und deren soziodemografische Merkmale preisgeben (natürlich unter Berücksichtigung des Datenschutzes) oder die Krankenkassen an ihren Erfahrungen im Umgang mit ihren Mitgliedern teilhaben lassen.

Das Vorhaben hat Probleme und Möglichkeiten zu Tage gebracht, die auftreten können, wenn die Aktivierung der Versicherten zum Handlungsziel von Krankenkassen werden soll. Damit ist ein sehr praktischer Zweck verfolgt.

Aber die Ergebnisse verweisen auch auf einige allgemeine Entwicklungslinien in der Gesundheits- und Krankenkassenpolitik und auf methodische Anforderungen an Instrumente. Sie belegen diese Entwicklungslinien und Trends nicht, sie lassen sich aber (in Grenzen) durch diese deuten und ordnen sich damit in zahlreiche Debatten ein, die derzeit über die Neugestaltung des Gesundheitswesens geführt werden.

5.1 KRANKENKASSEN ZWISCHEN WETTBEWERB UND BÜROKRATIE

»Mehr Wettbewerb« zwischen den Krankenkassen und Leistungsanbietern ist erklärtes Ziel der derzeitigen Gesundheitspolitik. Wir haben auf allgemeiner Ebene abgeleitet, dass »mehr Wettbewerb« Aktivierungsstrategien erleichtern würde, weil Wettbewerb den Versicherten Auswahlmöglichkeiten bietet, so dass sie sich um die Auswahl von Produkten »kümmern« müssen. Diese Argumentation stellt jedoch nur eine logische Funktionsgleichung (mehr Wettbewerb = mehr Aktivität) dar. Empirisch verhält sich das Problem etwas anders, denn der Wettbewerb ist höchst unvollständig und findet im Wesentlichen um »gute Risiken« und nicht um gute Gesundheitsleistungen statt. Die Leistungen, die Krankenkassen anbieten, sind gesetzlich geregelt und unterscheiden sich kaum. Auswahlprozesse finden, wenn überhaupt über den Preis (Beitragssatz), nicht aber über Gesundheitsleistungen statt.

Auf Seiten der Krankenkassen wird versucht die Kommunikation mit den Versicherten so zu gestalten, dass möglichst viel »gute Risiken« erreicht werden. Dies führt noch nicht zu einer Verschlechterung der Kommunikation mit den weniger guten Risiken, verbraucht aber Energie, die zur *Förderung* der weniger guten Risiken fehlt. Die einzige Strategie, die zu insgesamt »mehr« Gesundheit führen könnte, würde zum Ziel haben müssen aus »schlechten« Risiken »gute« zu machen. Eine solche Strategie kann jedoch unter den Bedingungen des simulierten Wett-

bewerbs nicht greifen. Unter diesen Bedingungen werden vielmehr Ressourcen der Krankenkassen, die für die Gesundheitssicherung aufgebracht werden müssten an dieser vorbei geschleust, um im schwarzen Loch nicht weiter hinterfragter Marketingstrategien zu versinken. Diese Form des simulierten Wettbewerbs kann nicht zu mehr Aktivität oder gar zu mehr Gesundheit führen.

So unvollständig und simuliert der Wettbewerb auch ist: Er hat allerdings auch (ungewollt) Bedingungen produziert, die Chancen zur Aktivierung erhalten: Durch die Budgetierungen ärztlicher Leistungen, durch immer neue (und wettbewerbsfeindliche) Verregelungen von Erstattungs- und Zugangsbedingungen, sind die Versicherten so stark verunsichert worden, das die Krankenkassen mit der Einrichtung telefonischer Beratungszentren reagiert haben. Damit ist gewissermaßen eine Beratungssäule im Gesundheitswesen entstanden, die die Beratungsdefizite des medizinischen Versorgungssystems ausgleicht. Allein weil der Zugang zu diesen Beratungseinrichtungen durch die Versicherten selbst gesteuert wird (man kann dort anrufen oder es bleiben lassen), haben sie Aktivierungspotenziale, denn wer anruft, hat sich mit seiner Gesundheitsstörung mehr auseinandergesetzt, als jemand, der nicht anruft.

So hat der simulierte Wettbewerb unter den Krankenkassen nicht pauschal zu weniger Aktivierungsmöglichkeiten geführt. Nur: das war nicht geplant. Die aktivierungshemmenden und aktivierungsfördernden Elemente haben sich eher als nicht intendierte Folgen eines Handelns entwickelt, das Auswahl und Wettbewerb zwar fördern wollte, dafür aber die notwendigen Umsetzungsschritte (die allerdings auch eine erhebliche Umgestaltung des Gesundheitswesens bedeuten würde) nicht konsequent bedacht hat. So bleibt die Lösung höchst widersprüchlich.

5.2 KRANKENKASSEN VON INNEN: DIE GLEICHEN WIDERSPRÜCHE

Diese halbherzige Wettbewerbsorientierung im Gesundheitswesen schlägt sich auch im Handeln der einzelnen Krankenkassen, in ihren Arbeitsweisen und in der Kommunikation mit den Versicherten als Widerspruch zwischen einer selektiven Akquisitions- und Haltearbeit (nur »gute Risiken«) und einer solidarischen Kommunikations- und Leistungssteuerungspolitik nieder.

Die Entscheider-Ebene in den Krankenkassen versucht die selektiven Akquisitions- und Kommunikationsstrategien an die Umsetzungsebene zu vermitteln. Die

Umsetzung erfolgt jedoch praktisch den »alten«, sozial zugewandten und solidarischen Prinzipien, an die die MitarbeiterInnen gewohnt sind.

Solange es sich um eine solidarische, umverteilende Krankenkasse handelt, darf die Strategie der Risikoselektion nicht »öffentlich« werden. Sie muss aber dennoch verfolgt werden, um möglichst viele Versicherte mit hohen Deckungsbeiträgen akquirieren zu können. Dieser Widerspruch zwischen Selektion und Solidarität bestimmt zurzeit den Umgang der Krankenkassen mit ihren Versicherten. Als ein Ergebnis können wir die Konzentration von »Energie« auf die »guten Risiken« feststellen. Diese Verausgabung der Energie fehlt zur Förderung der Gesundheit für die weniger guten Risiken. Diese Gefahr sehend, sind die Krankenkassen schon im §20 des SGB V aufgefordert »... insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial benachteiligter Ungleichheit von Gesundheitschancen (zu) erbringen«.

Eine solche tatsächlich »gesundheitsfördernde« Strategie kann jedoch aus mehreren Gründen nicht verfolgt werden:

Solange die Beitragssetzungs- und Marketingstrategien der jeweiligen Mitbewerber von den einzelnen Krankenkassen intensiver beobachtet werden müssen, als die Entwicklung von Unsicherheiten, Vorurteilen, Sorgen und Nöten der Versicherten, solange wird eine aktivierende, auf die Bedürfnisse der Versicherten abgestellte und kundennahe Kommunikation nur in der Art möglich sein, die wir tagtäglich erleben: als ziemlich platte Nachahmung von Produktwerbung mit erzieherischem Anspruch. Dabei wäre gerade die Entwicklung von mehr Kunden- und Versichertenorientierung ein notwendiger Wettbewerbsvorteil.

Der Widerspruch zwischen den Akquisitionsnotwendigkeiten von »guten Risiken« und der Tatsache, dass jede Krankenkasse faktisch ausschließlich mit ihren schlechten Risiken kommuniziert (weil diese einen hohen Beratungsbedarf haben) schlägt sich in jedem Beratungszentrum jeder einzelnen Krankenkasse nieder. Die Beschäftigten sollen »guten Risiken« besondere Sachleistungen zukommen lassen und sie großzügig behandeln, aber die Kosten, die durch weniger gute Risiken entstehen auf andere Kostenträger abwälzen. Da jedoch diese Strategie ausgesprochen brüchig ist, lässt sie sich schwer oder gar nicht als neues Handlungskonzept an die Mitarbeiter vermitteln. Diese folgen einer solchen Strategie in der tagtäglichen Praxis einfach nicht.

Da auch die Personalführung, der Personaleinsatz und die Qualifizierung des Personals sowie das Wissensmanagement in einer Krankenkasse immer noch dem alten Verwaltungs- und Zuständigkeitsschema einer Behörde folgen und eine Modernisierung des Verwaltungshandelns, das auch eine Reflexion seiner eigenen Grundlagen möglich machen würde, noch nicht erfolgt ist, lassen sich die »neuen«

Strategien kaum nach innen vermitteln. Oder vielmehr: Der Stand der Verwaltungsmodernisierung der Krankenkassen entspricht genau dem Stand der Modernisierung des Gesundheitswesens. Eine Richtung, die diese Entwicklung nehmen könnte, ist derzeit nicht erkennbar.

5.3 LEGITIMATION STATT PROBLEMLÖSUNG

Die behördlichen Verwaltungsstrukturen einer Krankenkasse zeigen sich auch in ihrer starken Legitimitätsorientierung und in fehlender Problemlösungsorientierung. Dies ist nur eine logische Folge davon, dass eine Krankenkasse fast 100 Jahre lang keine Probleme zu lösen hatte. Die Versicherten wurden »zugewiesen«, die Leistungen erbrachten andere, die Umverteilung zwischen »oben und unten« (die eigentlich kein gesundheitliches Ziel ist) war gesetzlich vorgegeben. Deshalb kann der Problemlösungsdruck, aber auch der Legitimationsdruck für die Krankenkassen in der Vergangenheit nicht besonders hoch gewesen sein, da weder das gegliederte System der Krankenkassen, noch ihre Umverteilungs-, Informations- und Aufklärungsfunktion ernsthaft in Frage gestellt wurden. Erst die Einführung des simulierten Wettbewerbes hat die Legitimationsfrage virulent werden lassen und damit ebenfalls Ressourcen von möglichen Problemlösungen abgezogen. Die freie Kassenwahl bei gleichen Leistungen zu fast identischen Preisen stellt die Frage nach dem funktionalen Äquivalent jeder einzelnen Krankenkasse und lässt die Frage aufkommen: wozu braucht eine Gesellschaft ca. 300 bis 400 Krankenkassen, die alle das Gleiche anbieten? Unter diesen Bedingungen ist der Legitimationsdruck hoch. Die Legitimation erfolgt jedoch hauptsächlich über die Preisgestaltung. Je mehr jedoch der Preis zum Unterscheidungsmerkmal zwischen den Krankenkassen und zum Legitimationsinstrument ihrer Existenz wird, desto mehr tendieren sie dazu, Leistungskürzungen hinzunehmen oder sie sogar als Grundlage für einen neuen »Preis« zu forcieren.

Auch nach Innen werden die alten Legitimationsparameter in Frage gestellt. Die für alle Behörden gültigen Orientierungen der Rechtmäßigkeit des Handelns, der Angemessenheit und der Wirtschaftlichkeit gelten heute so nicht mehr, weil sie untereinander in Konflikt geraten: Wirtschaftliches Handeln wird einzelwirtschaftliches Handeln und kann unter diesen Bedingungen mit der Rechtmäßigkeit konfliktieren (z.B. durch Selektion). Andere Kombinationen sind denkbar.

Es hat sich also viel verändert. Aber eine Orientierung hin zu problembezogenen Einrichtungen (wobei es sich immer um Gesundheitsprobleme handelt!) haben die Krankenkassen noch nicht vollziehen können. Es hat auf der Legitimationsebene ein Formwandel stattgefunden: von der rechtlichen, sozialpolitischen Legitimation zu einer, die sich über die Höhe des Beitrags vermittelt.

5.4 GRUNDLAGEN FÜR PRAKTISCHES HANDELN

Die Bewegung der Krankenkassen in Richtung »guter Risiken« ist nicht zwangsläufig vorgezeichnet. Vor die individuelle Entscheidungsfreiheit, die ja auf der Entscheider-Ebene immer noch darin besteht, die guten Risiken zu akquirieren, ohne in den Bemühungen nachzulassen aus den schlechten Risiken gute zu machen ist, nicht geringer geworden. Aber die Empirie zeigt, dass praktische Instrumente fehlen, die helfen könnten, die Forderung des §20 umzusetzen und vor allem jene zu aktivieren, bei denen auf Grund ihrer sozialen Lage ein besonderer Handlungsbedarf vorliegt. Wir sehen Bedarf an solchen Instrumente auf folgenden Ebenen:

- Es fehlt ein *Berichtssystem* über die Versicherten, an dem sich die Kommunikationsinhalte und die Art der Kommunikation mit den Versicherten orientieren könnten. Kundenfreundlichkeit und Versichertennähe könnten durch ein solches Berichtssystem erheblich gesteigert werden (s. dazu 6.3.4).
- Es fehlen *Strategien und Technik* um besonders diejenigen fördern zu können, die es am nötigsten haben. Denn die soziale Ungleichverteilung von Gesundheitsrisiken führt zu einer sozialen Ungleichverteilung von Krankheiten und Gesundheitsstörungen. Dies ist nicht etwa Ergebnis einer funktional defizitären Ungleichbehandlung der Versicherten im Versorgungs- und Behandlungssystem, sondern eine Folge eben ihrer Gleichbehandlung. Denn die Gleichbehandlung ungleicher Fälle kann deren Ungleichheit nicht aufheben. Nötig wären also besondere Maßnahmen der Behandlung, der Prävention, der Kommunikation und der Leistungssteuerung für die Versicherten zu entwickeln, deren Gesundheitsrisiken besonders hoch sind (s. Kap. 6.4).
- Schließlich fehlen, wie wir auch gesehen haben, *kasseninterne Handlungs- und Verarbeitungsroutinen*, die es gestatten würden, mit neuen Informationen versichertennah umzugehen. Der Mangel zeigt sich empirisch vor allem an der Nichtvermittelbarkeit der »neuen« Risikoselektionsstrategien an die Umsetzerebene.

6 PRAKTISCHE MÖGLICHKEITEN

Offensichtlich sprechen einige historische, strukturelle, durch die jüngsten Unsicherheiten in der Gesundheitspolitik bedingte sowie in der Strategie der Krankenkassen angelegte Gründe nicht dafür, eine einfache Umstellung der Kommunikation in Richtung Steigerung der Nutzerkompetenz unbekümmert zu beginnen. Wir wollen deshalb im Folgenden einige Anforderungen diskutieren, die an die Entwicklung von Instrumenten und Verfahren gestellt werden sollten, mit denen die aktivierende Kommunikation unter den geschilderten schwierigen Bedingungen erleichtert werden könnte.

6.1 WISSENSLÜCKEN

Nahezu alle Gesprächspartner dieser Studie haben erhebliche Wissenslücken über »die Versicherten« beklagt. Diese Wissenslücken setzen sich in fehlenden Verarbeitungsroutinen auf allen Ebenen der Krankenkassen fort, das heißt: Selbst wenn Wissen über die Versicherten (zurzeit meist sporadisch oder sogar zufällig) produziert oder verfügbar wird, gibt es kaum Möglichkeiten, es für den Umgang mit den Versicherten zu nutzen. Für diese Defizite gibt es oft sehr praktisch-instrumentelle Ursachen, die sich allerdings durch eine strategische Planung der Kundenorientierung in Zukunft vermeiden ließen.

- Wenn Informationen über Versicherte vorliegen, beziehen sie sich meistens auf den »ideellen Gesamtversicherten«, also auf ein statistisches Durchschnittsprodukt. Für konkret zugeschnittene Maßnahmen, Kommunikationsinhalte etc. sind die Merkmale dieses Durchschnittsproduktes zu allgemein. Außerdem sind die Umfragen, die diese Ergebnisse befördern, sehr teuer.
- Die Instrumente, mit denen die Ergebnisse produziert werden, sind zu unflexibel und zu sehr auf eine Ein-Zweck-Nutzung ausgelegt, so dass bei jedem neuen Problem und für jede neue Situation immer wieder neue Instrumente entwickelt werden müssen. Dies ist zeitaufwendig und teuer. Die Instrumente haben in der Regel auch das Handikap, nicht von der Krankenkasse selbst eingesetzt werden zu können.

- Schließlich gehört, wie bereits erwähnt wurde, die Verarbeitung von Wissen über die Kunden nicht zum kulturell-organisatorischen Bestandteil von Krankenkassen. Wie in einer Behörde üblich werden hier weitgehend Regeln, Gesetze und Kostenfragen verarbeitet beziehungsweise kommuniziert. Die Nutzung von Instrumenten, die aus dem Alltagshandeln der Krankenkassen heraus Wissen über die Versicherten produzieren, könnten freilich helfen, dass sich allmählich auch innerhalb der Krankenkassen ein Verständnis davon durchsetzt, dass eine Krankenkasse in Zukunft sowohl Gesetze, Regeln und Finanzen im Auge haben muss, als vor allem auch diejenigen, auf die sich diese Regeln beziehen.

6.2 ANFORDERUNGEN AN INSTRUMENTE

Aus den genannten Defiziten können für die Ausarbeitung der geforderten Instrumente folgende Schlussfolgerung gezogen werden:

6.2.1 Ideen produzieren

Alle Erhebungsinstrumente und Berichtsinstrumente müssten sich an einem praktischen Zweck orientieren. Dies bedeute keinen Verzicht auf wissenschaftliche und methodische Redlichkeit. Auf methodischer Ebene wäre nur zu klären, dass mit solchen Instrumente nicht Thesen überprüft sondern Ideen produziert werden sollen, die helfen können, Umfang und Richtung der Kommunikation zu steuern. Dies ist jedoch ein ganz praktischer Zweck.

6.2.2 Methodische Vielfalt und Angemessenheit

Eine zweite Anforderung wäre die methodische Angemessenheit der Instrumente gegenüber der jeweiligen Kommunikationssituation bzw. ein modulares Set von unterschiedlichen Erhebungsmethoden. Die Instrumente müssen auf die Situationen abstellen, in denen sie eingesetzt werden. Es gibt viele solcher Situationen: in der Geschäftsstelle, im Callcenter, am Telefon, in Gesundheitszirkeln, auf Innungsversammlungen, im Widerspruchsausschuss, auf Messen und Kongressen, beim Zu- und Abgang von Versicherten, in den Betrieben, bei Beschwerden und so weiter. Für diese Situationen sind höchst unterschiedliche Erhebungsinstrumente

erforderlich: Leitfäden für persönliche Interviews, Fragen, die am Telefon gestellt werden können, schriftliche Befragungsunterlagen sowie Internetfragebögen.

6.2.3 Aggregation im Datenpool

Die Ergebnisse werden gruppenbezogen und zeit-, themenspezifisch, situations- und instrumentenbezogen anfallen, sollen aber hauptsächlich themenspezifisch zur Beantwortung von Fragestellungen und gruppenspezifisch zur Differenzierung der Antworten ausgewertet werden. Dazu ist ein elaboriertes Datenbank- und Dokumentationssystem notwendig. Über dessen Design wollen wir an dieser Stelle nicht weiter reflektieren. Es genügt festzuhalten, dass sich solche Systeme speziell für die Bedürfnisse von Krankenkassen entwickeln lassen und dass mit ihnen ein Datenpool »Versicherte« eingerichtet werden könnte.

6.2.4 Vorschlag:

Ein Versicherteninformationssystem (VIS)

Seit langem versuchen Krankenkassen immer wieder strategische oder auch alltagspraktische Schlussfolgerungen aus den persönlichen Daten ihrer Versicherten zu ziehen. Besonders in letzter Zeit wird versucht, damit das Zu- und Abwandergeschehen zu beeinflussen, bzw. den Kontakt mit den Versicherten zu erleichtern. Aber diese Systeme (die im übrigen sehr modern aufgebaut sind) greifen zu kurz, wenn es um die Fragen geht:

Welche Versicherte haben

- welche Einschätzungen zu den Akteuren und Leistungen im Gesundheitswesen und zu ihrem eigenen Verhalten in diesem System?
- welches Gesundheits- und Krankheitsverhalten, wie wird es begründet und wie wirkt es sich auf die Aktivierungsbereitschaft und in Hinblick auf die Erhöhung der Nutzerkompetenz aus?
- Welche Erwartungen und Anforderungen bestehen an die Krankenkassen bzw. die Leistungsanbieter?
- Ein Berichtssystem besteht nicht nur aus einmaligen Befragungen. Vielmehr sollte es folgende Merkmale aufweisen:
 - Es solle handhabbar und schließlich von der Krankenkasse selbst durchführbar sein. Das wird am wirkungsvollsten erreicht, wenn
 - die jeweils interessierenden Fragen und Vorgehensweisen innerhalb bzw. zusammen mit der Krankenkasse und aus der Praxis des Alltagshandelns

heraus entwickelt werden. Wir schlagen vor, diese Schritte an die Selbstverwaltung der Krankenkassen zu knüpfen (siehe unten);

- wenn die Versicherten (als »Datenquelle«) dort befragt werden, wo sie mit der Krankenkasse tatsächlich kommunizieren;
- wenn die Ergebnisse schnell und aktuell, vor allem aber anlassspezifisch abgerufen werden können. Sie sollen nicht nur als »Schlussbericht mit Tabellen« der Krankenkasse zur Verfügung stehen, sondern für alle berechtigten Krankenkassen- Mitarbeiter/innen je nach Fragestellung online abrufbar sein.

6.3 DIE VERARBEITUNG DER INFORMATIONEN DURCH EIN KOMMUNIKATIONS- UND AKTIVIERUNGS- SYSTEM (KAS)

Neben diesen methodisch-technischen Anforderungen besteht jedoch die wichtigste Anforderung zur Sicherstellung einer intelligenten Nutzung der Informationen darin, sie in das Alltagshandeln der Kassen zu vermitteln und sie dort nutzbar zu machen. Dies wird umso mehr gelingen, je mehr die Beschäftigten in die Erhebung der Information eingebunden sind, je mehr sie verstehen lernen, dass diese Informationen ihrer tagtäglichen Arbeit nutzen und je mehr die jeweiligen Erkenntnisse zum Gegenstand der Kommunikation im Beratungsteam oder in anderen Arbeitszusammenhängen werden.

Erst wenn die *Verarbeitung* der Informationen an einem Kommunikationsort (hier müssten natürlich auch die Redaktionsstuben der Printmedien, die Pflege der Internetseiten etc. einbezogen werden) gewährleistet ist, kann die Information sinnvoll für die Kommunikation mit den Versicherten eingesetzt werden.

Das bestorganisierte Wissen und detaillierte Informationen über die Versicherten nützen für die praktische Aktivierungsarbeit wenig, wenn sie nicht in einem bewusst organisierten Prozess für die Praxis verarbeitet werden können.

Dazu gehören vor allem zwei Aspekte:

- Das Material muss überhaupt erst einmal praxisgerecht zur Verfügung stehen, dies soll das (VIS) leisten.
- Es sollen organisatorische und atmosphärische Bedingungen geschaffen werden, damit die Informationen und Instrumente an die Umsetzer vermittelt und von diesen eingesetzt werden können.

Die Krankenkassen haben bereits viele Orte und Gelegenheiten, bei denen diese zu Wissen aufgearbeiteten Informationen, nützlich sein könnten. Hier sollen exemplarisch genannt werden:

- Alle Aktivitäten in der *Prävention und der betrieblichen GSF*, wo bessere und auf den Alltag der Versicherten und Betriebe (!) abgestimmte Argumente helfen könnten, die Teilnehmerzahlen zu erhöhen und damit mehr Mitgliedern die Gelegenheit zu geben, sich an aktivierenden Angeboten zu beteiligen.
- Die Gewinnung von Versicherten zur *Teilnahme an DMPs*, wo die Ergebnisse bisher schon gezeigt haben, dass ein eher vorsichtiges Vorgehen angebracht ist und wo man noch über sehr wenig Erfahrungen verfügt, wie Versicherte, die die Teilnahme am nötigsten hätten, gewonnen werden können.
- Die *Ansprache und Gewinnung* von Mitgliedern insgesamt und die Verknüpfung von bestimmten Leistungen und Angeboten mit den Erwartungen und Interessen der Mitglieder.
- Die *Zusammenarbeit mit anderen Leistungsanbietern* (zum Beispiel auch mit SH-Gruppen), in die die aufgearbeiteten Ergebnisse eingehen könnten, damit die Interessen der spezifischen Versichertenklientel so weitgehend wie möglich zu Geltung gebracht werden können.

Der Nutzen der Informationen für die Bewältigung der »Aktivierungsprobleme« muss ständig überprüft und verbessert werden. Dazu müssten zum Beispiel Feedback-Schleifen (was die Personalführung betrifft) und Qualitäts-Management-Prozesse (was zum Beispiel auch den Wettbewerb innerhalb der einzelnen Krankenkassensysteme betrifft) entwickelt werden.

6.4 SCHICHTENSPEZIFISCHE INSTRUMENTE DER VERSICHERTENAKTIVIERUNG

Sollen auf Grundlage der mit dem VIS gefundenen Ergebnisse tatsächlich so mit den Versicherten kommuniziert werden, dass dies aktivierende Effekte hat, würden dafür zum jetzigen Zeitpunkt vor allem die Kenntnisse über schichtenspezifische Instrumente der Aktivierung fehlen. Die Ergebnisse dieser Studie haben nämlich gezeigt, dass es massive schichtenspezifische Probleme in der Kommunikation zwischen Versicherten und ihren Krankenkasse gibt. Normalerweise kommunizieren diese hauptsächlich mit Versicherten, die einen hohen Aktivitätsbedarf haben, andererseits aber auf Grund ihrer Zugehörigkeit zu bildungs- und einkommens-

schwächeren Schichten kaum über Aktivierungspotenziale verfügen, an denen angeknüpft werden könnte.

Dieses Problem tritt nicht nur im Gesundheitswesen auf. Es ist aus der Stadtentwicklung, der Arbeitsmarkt- und Sozialhilfepolitik bekannt. In Deutschland gibt es allerdings wenige Kenntnisse über schichten- und milieuspezifische Aktivierungsstrategien. Insofern würde es nützen, dass das wenige, das in Deutschland bekannt ist, durch sehr brauchbare und praxisnahe Ansätze, die vor allem in England, Schweden, Finnland und den USA entwickelt wurden, zu ergänzen und für die Verwendung in den Krankenkassen aufzubereiten.

6.5 VERANKERUNG IN DER KRANKENKASSE – VERORTUNG IN DER SELBSTVERWALTUNG

Wie wir gesehen haben, gibt es immer noch vielfältige und zum Zeitpunkt ihrer Entstehung auch durchaus ernst zu nehmende Ansätze, mit denen die Kompetenz der Nutzer im Gesundheitswesen gesteigert werden soll. Aber diese Bemühungen zeichnen sich dadurch aus, dass sie, wie es ein amerikanischer Präventions-Forscher einmal festgestellt hat: »... alle mit großem Tamtam gestartet werden um dann in warmer Luft zu enden".

Die Instabilität solcher Vorhaben ist auch durch ihre notwendige Komplexität begründet. Es ist eben nicht einfach für eine Krankenkasse

- ausgerechnet diejenigen unter den Versicherten zu aktivieren, die als relativ aktivierungsresistent gelten und nicht zu den »guten Risiken« gehören. Damit wird tendenziell gegen aktuell herrschende Akquisitionsstrategien verstoßen,
- die Beschäftigten in die Aktivierungsarbeit einzubeziehen. Dies ist zwar eine wirksame, aber in den Krankenkassen noch ungewöhnliche Strategie. Sie muss zudem berücksichtigen, dass die Mitarbeiter bisher schon über zunehmenden Arbeitsdruck klagen. Neue Formen der Personalführung und der Arbeitsorganisation werden notwendig. Das würde tendenziell gegen herrschende Rationalisierungs- und Ausdünnungsstrategien verstoßen.
- Versicherte zu mehr Eigenaktivität in einer Zeit zu ermuntern, in der Eigenaktivität mit Eigenbeteiligung finanzieller Art gleichgesetzt wird. Das kollidiert mit den teilweise durchaus realistischen Ängsten und Befürchtungen der Versicherten.

Wer also ernsthaft die Aktivierung der Versicherten betreiben will, muss zunächst die Gegenströmungen einschätzen können, die ihn erwarten, und sich Stellen im

Fluss suchen, an denen diese Gegenströmungen abgeschwächt oder umgeleitet werden können, ohne den Lauf des Flusses gänzlich zu behindern. Dafür wäre ein großer Brocken nötig. Um vom romantischen Fluss-Bild wieder in die kalte Wirklichkeit zu kommen: Ein solches Vorhaben könnte institutionell sichtbar und wirksam bei der Selbstverwaltung verortet werden. Die klassischen Argumente dafür sind schnell aufgezählt:

- Die Selbstverwaltung gilt als Scharnier zwischen Versicherten und »der Bürokratie«.
- Sie ist an strategischen Entscheidungen, zu der die Neuorganisation der Kundenorientierung zweifellos gehört, zu beteiligen.
- Sie könnte auch (gewissermaßen unter dem Aspekt, dass Krankenkassenmitarbeiter/innen auch Arbeitnehmer und Krankenkassenvorgesetzte auch Arbeitgeber sind), die Arbeitsorganisation in den Krankenkassen wenigstens mit Vorschlägen bereichern, die zu einer Steigerung der Kundenorientierung und Kundennähe der Mitarbeiter führen könnte.
- Mitglieder der Selbstverwaltung sind meist sehr erfahrene und mit den konkreten Handlungsbedingungen ihrer Krankenkasse vertraute Menschen, so dass gewährleistet werden kann, dass das geplante Berichtswesen nicht zu einer Datenwüste erstarrt, sondern zu einem die Arbeit erleichternden und auf die Gesundheit der Versicherten orientierten Instrument entwickelt werden kann.

Nun werden aber seit einigen Jahren immer wieder die Defunktionalisierung und der Bedeutungsverlust der Selbstverwaltung festgestellt. Dies würde nicht dafür sprechen, dass sie die geeignete institutionelle Absicherung eines Aktivierungsvorhabens leisten könnte. Allerdings sind bisher aber auch nur wenig brauchbare Vorschläge entwickelt worden, mit denen die Defunktionalisierung aufgehalten werden könnte. Die meisten diese Vorschläge suchen nämlich nach Erweiterungs- und Ergänzungsmöglichkeiten für die Selbstverwaltung zum Beispiel durch die Versicherten selbst, wie durch Selbsthilfegruppen und durch kommunale Repräsentanten. Solche Ansätze (vgl. z.B. Hörnemann 1997) argumentieren eher quantitativ und demokratiebezogen. Aus ihnen ist nicht abzuleiten, wie die Selbstverwaltung qualitativ ihren drohenden Funktionsverlust ausgleichen könnte.

Andere Autoren, wie zum Beispiel Böcken (2002) argumentieren eher qualitativ. Sie schlagen vor, die Selbstverwaltung durch den Zuwachs an Kenntnissen, Kompetenzen und modernen Verfahren der Kommunikation und Vertretungspolitik »aufzurüsten«, so dass sie im Alltagsgeschäft einer Krankenkasse präsent sein kann und damit die Chance hat, als Vertretung der Versicherten wahrgenommen zu werden.

Würde sich die Selbstverwaltung der Krankenkassen ein solches Vorhaben zu Eigen machen, und sich (in welcher Form auch immer) an seiner Entwicklung, Erprobung und Umsetzung beteiligen, könnte sie ihre Kompetenz erweitern und würde über detailliertes Wissen über die Versicherten verfügen, so dass sie schon einfach deshalb an Funktionalität und Legitimation gewinnen würde, weil sie informiert über etwas sprechen könnte, für das sie als zuständig angesehen wird: die Versicherten.

- Ahrens, Hans Jürgen: Kassen haben das Know-how. In: G und G – Gesundheit und Gesellschaft, 7-1999, S. 49.
- Andersen, H.H. und Schwarze, J. (1998): GKV 97: Kommt Bewegung in die Landschaft? Eine empirische Analyse der Kassenwahlentscheidungen. In: Arbeit und Sozialpolitik, 9-10/98, S. 11-23.
- Antal, A., Dierkes, M. (2001): Organisationslernen und Wissensmanagement: Überlegungen zur Entwicklung und zum Stand des Forschungsfeldes. FS2 02-113. Forschungsbericht, Serie, Berlin WZB.
- Baberg, H.T. u.a. (2001): Erwartungen und Zufriedenheit von Patienten während eines stationären Krankenhausaufenthaltes, in: Gesundheitswesen 63/2001, S. 297-301.
- Badura, Bernhard (2001): Beteiligung von BürgerInnen und PatientInnen im Gesundheitswesen, in: Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V. (Hrsg.): Impulse. Newsletter zur Gesundheitsförderung. Nr.33, 12-2001, S. 2.
- Badura, Bernhard (2001a): Thesen zur Bürgerorientierung im Gesundheitswesen, in: Reibnitz von, Christine et al., Der mündige Patient, München.
- Badura, Bernhard (2000): Bürgerorientierte Basisinnovationen im Gesundheitswesen, in: AOK-Forum »Gesundheit und Gesellschaft«.
- Berliner Zentrum Public Health (1999): Der Versicherten Report. Methodische und inhaltliche Aspekte einer standardisierten Versichertenbefragung. Berlin.
- Bitzer, Eva Maria, Dierks, Marie-Luise, Döring, Hans, Schwartz, Friedrich-Wilhelm (1999): Zufriedenheit in der Arztpraxis aus Patientenperspektive. Psychometrische Prüfung eines standardisierten Erhebungsinstrumentes, in: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften 3/1999, S. 196-209.
- Borgetto, Bernhard: Sozialmedizin – Health-related self-groups – A contribution towards the care of the chronically ill and handicapped persons in the German health System. In: Arbeitsmedizin Sozialmedizin Umweltmedizin, Vol. 37, Heft 8, 2002, S. 382-387.
- Böcken, Jan (2002): Gesundheitsreform auf dem Prüfstand, in: Forschungsjournal Neue Soziale Bewegungen, Jg. 15/2002, H. 3, S. 52-55.
- Büchi, M. et al.: Alle Macht den Patienten. In: Schweizerische Ärztezeitung, Nr. 49, 2000 PDF.

- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, Bundesministerium der Justiz (Hrsg.): Patientenrechte in Deutschland. Leitfaden für Patienten und Ärzte. (Broschüre) Berlin, 2002.
- Coulter, Angela: Evidence based patient information. Is important, so there needs to be a national strategy to ensure it. In: *BMJ*, Vol. 317, 7-1998, p. 225-226.
- Dammann, Klaus (1994): Die Verwaltung des politischen Systems (Niklas Luhmann zum 65. Geburtstag), Opladen.
- Elsner, Christian et al.: Wenn der Arzt und Patient zu Partnern werden. In: *Deutsches Ärzteblatt*, Nr. 36, 1997 PDF.
- Eschner, Monika: Disease-Management. Chronisch Kranke gezielter versorgen. In: *Gesundheit und Gesellschaft*, 10-2001, S. 14-15.
- Faltermaier, Toni et al.: Subjektive Gesundheitstheorien: Inhalt, Dynamik und ihre Bedeutung für das Gesundheitshandeln im Alltag. In: *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaft*, 6. Jg., 1998, Heft 4, S. 309-326.
- Frazier, J. B.: Current Trends in American Managed Care: Economic, Technological, and Political Factors. In: *Gesundh.ökono.Qual.manag.* 4-1999, 48-54.
- Fretschner, Rainer, Hilbert, Josef: Zukunftsbranche Gesundheit und Soziales. Modernisierungs- und Wachstumsstrategien auf betrieblicher und regionaler Ebene. In: *Sozialer Fortschritt*, 11/12-2000, S. 284-288.
- Geisler, Linus S. (2003): Der mündige Patient ist ein Phantom, in: *Gesundheit und Gesellschaft*, 9/2003.
- Gerlinger, Th., Rosenbrock, R. (2003): *Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung*. Berlin.
- Gesundheitsbezogene Lebensqualität. in: *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 3-2000, S. 166-186.
- Gesundheits- und Sozialpolitik (1998): Blickpunkt Versicherter/Patient. Das schwierige Gesetz von normsetzenden Gestaltungsmechanismen und Gestaltungsmächten. In: *Gesundheits- und Sozialpolitik*, 02/1998.
- Greulich, A. u.a. (2000): *Disease Management. Patient und Prozesse im Mittelpunkt*, Heidelberg.
- Haenecke, H.: Unternehmensziele von Krankenkassen – eine empirische Analyse. In: *Arbeit und Sozialpolitik*, 1-2/2001, S. 27-33.
- Hauss, Friedrich, Rosenbrock, Rolf (1985): *Krankenkassen und Prävention*, Berlin.
- Hauss, Friedrich (2004): Disease-Management-Programme: Neue Kommunikationsformen mit den Versicherten nötig, in: *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften*, Heft 1/2004.

- Häussler, B., G. Glaeske, H. Gothe: Disease-Management in der GKV – Konzept für die Durchführung. In: Arbeit und Sozialpolitik, 9-10, 2001, S. 30-34.
- Häussler, B., G. Glaeske, H. Gerd: Unbeantwortete Fragen zum Disease-Management. In: Arbeit und Sozialpolitik, 9-10, 2001, S. 35-37.
- Häussler, B., G. Glaeske, H. Gerd: Durchführbare Konzepte erforderlich. Wie man Disease-Management in Deutschland einführen sollte. In: Forum für Gesundheitspolitik, Themenschwerpunkt »Disease-Management-Programme konkret«, 10-2001.
- Heskett, J., Sasser, L., Earl, W., Schlesinger, L. (1997): The Service Profit Chain How leading companies link profit and growth to loyalty, satisfaction and value, New York.
- Hildebrandt, H., Hesselmann, H.: Patientenrecht und Partizipation: Wahl- und Abwahlmöglichkeiten der Patienten und Versicherten im Zusammenhang mit integrierten Versorgungsformen. In: Sozialer Fortschritt, 6-2000, S. 130-137.
- Hörnemann, Gerd (1997): Die Selbstverwaltung im Gesundheitssystem: ein Weiterentwicklungsvorschlag, (Konstanzer Schriften zur Sozialwissenschaft, Bd. 43), Konstanz.
- Hüllen, B.: BKK-Fallmanagement. Tagungsbericht. In: Die BKK, 1-1999, S. 48-51.
- Hummel (2001): Das Gesundheitswesen aus Perspektive der BürgerInnenengesellschaft. In: Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V. (Hrsg.): Impulse. Newsletter zur Gesundheitsförderung. Nr.33, 12-2001, S. 4-5.
- Jazbinsek, D. (2000): Gesundheitskommunikation, Wiesbaden.
- Kranich, Christoph et al.: Verbraucherinformation über Leitung und Qualität der Anbieter von Gesundheitsdienstlern in Europa. Band 1: Der Bericht. Verbraucherzentrale Hamburg e.V. 9/ 2002 PDF.
- Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V. (Hrsg.): Impulse. Newsletter zur Gesundheitsförderung. Nr.33, 12-2001.
- Mertens, A.: Patientenrechte – Noch ein langer Weg zum Ziel. In: G und G – Gesundheit und Gesellschaft, 5-2002, S. 16.
- Modellprojekt zur Versorgung geriatrischer Patienten/Erläuterung Gesundheitsmappe (1997): Bessere Versorgung durch Gesundheitsmappe. Hamburger Krankenhaus erprobt Fallmanagement.
- Naschold, F., Oppen, M., Wegener, A. (1997): Innovative Kommunen. Internationale Trends und deutsche Erfahrungen. Sammelwerk Stuttgart.
- Naschold, F. (1996): Leistungstiefe im öffentlichen Sektor, Reihe Modernisierung des öffentlichen Sektors, Berlin.

- Oppen, M. (1984): Vom Verwaltungsapparat zum Dienstleistungsunternehmen? Berlin.
- Oppen, M. (1995): Qualitätsmanagement, Reihe Modernisierung des öffentlichen Sektors, Berlin.
- Oppen, M., Sack, D., Wegener, A. (2003): Innovationsinseln jenseits kooperativer Verflechtungsstrukturen, WZB-Discussion-Paper, Berlin.
- Petermann, F. (1998): Compliance und Selbstmanagement, Göttingen.
- Picot, A., Reichwald, R., Wigand, R. (2001): Die grenzenlose Unternehmung. Information, Organisation und Management. Lehrbuch zur Unternehmensführung im Informationszeitalter, Wiesbaden.
- Reibnitz von, Chr., Schnabel, E., Hurrelmann, K. (2001): Der mündige Patient, München.
- Reinhard, K.: Themen-Selbsthilfe in der Medizin – Profis nutzen Patientenwissen zu wenig. In: G und G – Gesundheit und Gesellschaft, 8-2000.
- Rosenbrock, Rolf (2001a): Verbraucher, Versicherte und Patienten als handelnde Subjekte, in: Reibnitz von, Christine et al., Der mündige Patient, München.
- Rosenbrock, Rolf (2001): Funktionen und Perspektiven gesundheitsbezogener Selbsthilfe im deutschen Gesundheitssystem. In: Borgetto, Bernarhard, von Troschke, Jürgen (Hrsg.): Entwicklungsperspektiven der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe im deutschen Gesundheitswesen. Deutsche Koordinierungsstelle für Gesundheitswissenschaften an der Abteilung für medizinische Soziologie, Universität Freiburg 2001, S. 28-40.
- Rosenbrock, Rolf: Neue Wege zu alten Zielen? Anforderung an eine Strukturreform der Gesetzlichen Krankenversicherung. In: WZB, 1999 PDF.
- Rosenbrock, Rolf: Verbraucher, Versicherte und Patienten als handelnde Subjekte. In: von Reibnitz, Christine, Schnabel, Peter-Ernst, Hurrelmann, Klaus (Hrsg.): Der mündige Patient. Juventa, Weinheim, 2001, S. 25-33.
- Roth, K.: Patientenrechte – Der erste Schritt ist vollzogen. In: G und G – Gesundheit und Gesellschaft, 9-1999, S. 48.
- RUNDRUF- Ombudsmann für Patienten? In: G und G – Gesundheit und Gesellschaft, 10-2002, S. 9.
- Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2003): Finanzierung, Nutzenorientierung und Qualität. Band 1 Finanzierung und Nutzenorientierung und Band 2 Qualität und Versorgungsstrukturen. Kurzfassung. Bonn.

- Schaeffer, D. (2002): Wissenschaftliche Begleitforschung des Modellprogrammes zur Verbraucher- und Patientenberatung nach § 65b SGB V. Zwischenbericht. Universität Bielefeld.
- Schnabel, P. (2001): Präventive Gesundheitsberatung als Grundlage der Patientenberatung, in: Reibnitz von, Christine et al., Der mündige Patient, München.
- Schönbach, K.-H.: Disease-Management-Programme in der GKV. In: Arbeit und Sozialpolitik, 11/12-2001, S. 22-29.
- Schwartz, F.-W.: Der »kundige Kunde« – sein Informationsbedarf, seine Informationsdefizite. In: Die BKK, 7-1997, S. 334-338..
- Schwartz, F.-W.: Die Bedeutung einer Konsumenteninformation für Public Health. In: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften, Beiheft, 4-2001.
- Schwartz, F.-W.: Patienten- und Konsumentensouveränität: Ein neues Leitbild?! Referat der Tagung: Patientenschutz in Deutschland. Arbeitsgemeinschaft der Verbraucherverbände e.V. und Verbraucherzentrale Berlin, 12/1999.
- Standfest, E. (Hrsg.) (1978): Sozialpolitik und Selbstverwaltung zur Demokratisierung d. Sozialstaats, Köln.
- The European Opinion Research Group (EORG): European Citizens and Sources of Information About Health. 2003.
- Ullrich, C. (1996): Verhaltenssteuernde Eingriffe in der GKV. Zur Bewertung von Selbstbeteiligungen und Risikozuschlägen durch die Versicherten. In: Die Betriebskrankenkasse, 1-1996, S. 2-9.
- Verband der Angestellten Krankenkassen e.V. und Arbeiter Ersatzkassen-Verband e.V. (2002): Ersatzkassen: Was wollen die Patienten? Versichertenbefragung zu Disease-Management vorgestellt.
- Wasem, J. (1999): Das Gesundheitswesen in Deutschland: Einstellungen und Erwartungen der Bevölkerung. Wissenschaftliche Analyse und Bewertung einer repräsentativen Bevölkerungsstudie. Neuss: Janssen-Cilag.
- Wasem, J. (1999): Einstellungen und Erwartungen der Bevölkerung an das Gesundheitssystem, in: Die BKK 9/99, S. 434-440.
- Weith, J.: Optimierung der vernetzten Versorgungsprozesse – der Weg zum Health Management. In: GesPol, 1-2001, S. 15-18.
- Wiesemann, C.: Selbstbestimmte Patienten? In: Das Gesundheitswesen, 10-2001, S. 591-596.
- Zok, K.: Vor der Wahl – Einschätzungen und Erwartungen der Versicherten zum Gesundheitssystem. In: Sozialer Fortschritt, 9-2002, S. 220-223.

INTERNET-ADRESSEN

Ergebnisse der WidO- Frühjahrsstudie1999: Versicherte stehen zu Qualität und Wirtschaftlichkeit,

<http://www.aok.de/bundesverband/presse/aktuell/620543602520162304.html>

Bertelsmann Stiftung. Ärzte und Patienten einig: Qualität der medizinischen Versorgung unbefriedigend. <http://www.bertelsmann-stiftung.de>

Bundesärztekammer legt Entwurf einer »Charta der Patientenrechte« vor.

http://www.kvno.de/texte/aktuell/kvnoaktu/88_11/patchart.htm

Bundesministerium für Gesundheit. »dialog gesundheit« Selbsthilfe/Patientenrechte; <http://www.bmggesundheits.de/themen/selbst/selbst/s-schul.htm>

- Mehr Informationen für Patientinnen und Patienten; <http://www.bmggesundheits.de/themen/selbst/info/g-pinfo.htm>

- Patientenrechte stärken;

<http://www.bmggesundheits.de/themen/selbst/recht/g-prect.htm>

- Qualität braucht das Licht nicht zu scheuen. Patienten-Charta und Patientenvertrauenspersonen der Verbraucher-Zentrale im Diakonie-Krankenhaus Alten Eichen;

<http://www.bmggesundheits.de/themen/selbst/recht/hh.htm>

- Patienten müssen die dritte Säule unseres Gesundheitswesens werden.

Interview mit Christoph Kranich. Verbraucherzentrale Hamburg.

<http://www.bmggesundheits.de/themen/selbst/recht/i-kran1.htm>

Charta der Patientenrechte. <http://www.patientenstellen.de/patientencharta.html>

Ein Viertel der EU-Bürger konsultiert bei Gesundheitsfragen das Internet.

<http://www.heise.de/newsticker/data/anw-17.04.03-001>

Gesundheitsinfos im Internet als Trendthema.

<http://www.heise.de/newsticker/data/tol-27.02.03-006/>

Kuhlmei, A., Dräger, D.: Zielgruppenorientiertes Beraten: Gesundheitsförderung und Krankheitsbewältigung älterer und alter Menschen, Forschungsprojekt der Medizinischen Soziologie im ZHGB;

<http://www.fu-berlin.de/medsoz/projekte.html>

Letter: Grassi, Marco, general practitioner: Patient information is often misleading.

<http://www.bmj.com/cgi/content/ful...arch=&FIRSTINDEX=10&fdate=1/1/1999>

Patientenrechte in der Diskussion. 4. Fachtagung in der Reihe »Gesund in eigener Verantwortung?« 2001; http://www.dhmd.de/forum-wissenschaft/fachtagung04/ft04-berger_ref.htm

Patientenrechte in Deutschland heute. Beschluss der 72. Gesundheitsministerkonferenz am 9./10. Juni 1999 in Trier;
<http://www.gqmg.de/Links/Patientenrechte99.htm>

Quality of Health Information on the Internet. Enabling Consumers to Tell Fact from Fraud.; <http://www.ahcpr.gov/qual/hiirpt.htm>

Riess, Barbara: 5 Minuten Medizin ist passé. In: Pharmazeutische Zeitung Online. 2002; <http://www.apoline.de/pza/2002-36/pharm4.htm>

Verbraucher-Newsletter. Patientenrechte und Kassenwettbewerb. Der Kranke steht im Mittelpunkt – nicht der Gesunde!;
<http://www.ve...eit/versicherungen/0000001781.html>

In der edition der Hans-Böckler-Stiftung sind bisher erschienen:

Nr.	Autor/Titel	€	Bestell-Nr.	ISBN-Nr.
50	<i>Peter Kalkowski/Matthias Helmer/ Otfried Mickler</i> Telekommunikation im Aufbruch	10,23	13050	3-935145-22-5
51	<i>Dunja M. Mohr</i> Lost in Space: Die eigene wissen- schaftliche Verortung in und außerhalb von Institutionen	14,32	13051	3-935145-23-3
53	<i>Wolfhard Kohte</i> Störfallrecht und Betriebsverfassung	10,23	13053	3-935145-25-X
54	<i>Manfred Deiß/Eckhard Heidlring</i> Interessenvertretung und Expertenwissen	13,29	13054	3-935145-28-4
55	<i>Herbert Bassarak/Uwe Dieter Steppuhn (Hrsg.)</i> Angewandte Forschung und Entwicklung an Fachhochschulen in Bayern	15,00	13055	3-935145-29-2
56	<i>Herbert Bassarak/Uwe Dieter Steppuhn (Hrsg.)</i> Angewandte Forschung und Entwicklung an Fachhochschulen Sozialer Arbeit	23,00	13056	3-935145-30-6
57	<i>Heide Pfarr (Hrsg.)</i> Ein Gesetz zur Gleichstellung der Geschlechter in der Privatwirtschaft	12,00	13057	3-935145-31-4
58	<i>Stefan Eitenmüller</i> Reformoptionen für die gesetzliche Rentenversicherung	15,00	13058	3-935145-32-2
59	<i>Bernd Kriegesmann/Marcus Kottmann</i> Neue Wege für Personalanpassungen in der Chemischen Industrie	10,00	13059	3-935145-33-0
60	<i>Hans-Böckler-Stiftung/DGB-Bundesvorstand</i> Welthandelsorganisation und Sozialstandards	7,00	13060	3-935145-34-9
61	<i>Renate Büttner/Johannes Kirsch</i> Bündnisse für Arbeit im Betrieb	11,00	13061	3-935145-35-7
62	<i>Elke Ahlers/Gudrun Trautwein-Kalms</i> Entwicklung von Arbeit und Leistung in IT-Unternehmen	9,00	13062	3-935145-36-5
63	<i>Thomas Fritz/Christoph Scherrer</i> GATS 2000. Arbeitnehmerinteressen und die Liberalisierung des Dienstleistungshandels	12,00	13063	3-935145-37-3
64	<i>Achim Truger/Rudolf Welzmüller</i> Chancen der Währungsunion – koordinierte Politik für Beschäftigung und moderne Infrastruktur	13,00	13064	3-935145-38-1
65	<i>Martin Sacher/Wolfgang Rudolph</i> Innovation und Interessenvertretung in kleinen und mittleren Unternehmen	19,00	13065	3-935145-39-X

Nr.	Autor/Titel	€	Bestell-Nr.	ISBN-Nr.
66	Volker Meinhardt/Ellen Kirner/ Markus Grabka/Ulrich Lohmann/Erika Schulz Finanzielle Konsequenzen eines universellen Systems der gesetzlichen Alterssicherung	12,00	13066	3-935145-40-3
67	Thomas Ebert Langfrist-Arbeitszeitkonten und Sozialversicherung	12,00	13067	3-935145-41-1
68	Jan Prieue unter Mitarbeit von Christoph Scheuplein und Karsten Schuldt Ostdeutschland 2010 – Perspektiven der Innovationstätigkeit	23,00	13068	3-935145-42-X
69	Sylke Bartmann/Karin Gille/Sebastian Haunss Kollektives Handeln	30,00	13069	3-935145-43-8
70	Bernhard Nagel Mitbestimmung in öffentlichen Unter- nehmen mit privater Rechtsform und Demokratieprinzip	12,00	13070	3-935145-44-6
72	Eva Kocher Gesetzentwurf für eine Verbandsklage im Arbeitsrecht	12,00	13072	3-935145-46-2
73	Hans-Böckler-Foundation (ed.) Future Works	10,00	13073	3-935145-47-0
74	Reinhard Schüssler/Claudia Funke Vermögensbildung und Vermögensverteilung	16,00	13074	3-935145-48-9
75	Ingrid Ostermann (Hrsg.) Perspektive: GLOBAL! Inter-nationale Wissenschaftlerinnenkooperationen und Forschung	20,00	13075	3-935145-49-7
76	Christine Schön Betriebliche Gleichstellungspolitik	12,00	13076	3-935145-50-0
77	Volker Korthäuer/Marius Tritsch US-Cross-Border-Lease	8,00	13077	3-935145-51-9
78	Jörg Towara Tarifvertragliche Regelungen zur Teilzeitarbeit	8,50	13078	3-935145-52-7
79	Anja Riemann Auswertung und Darstellung gesetzlicher Bestimmungen zur Teilzeitarbeit	8,00	13079	3-935145-53-5
80	Heide Pfarr/Elisabeth Vogelheim Zur Chancengleichheit von Frauen und Männern im Bündnis für Arbeit, Ausbildung und Wettbewerbsfähigkeit	12,00	13080	3-935145-56-X
81	Wilfried Kruse/Daniel Tech/Detlev Ullenbohm Betriebliche Kompetenzentwicklung. 10 Fallstudien zu betrieblichen Vereinbarungen	12,00	13081	3-935145-57-8

Nr.	Autor/Titel	€	Bestell-Nr.	ISBN-Nr.
82	<i>Stefan Bach/Bernd Bartholmai</i> Perspektiven der Vermögensbesteuerung in Deutschland	12,00	13082	3-935145-58-6
83	<i>Charlotte Wahler (Hrsg.)</i> Forschen mit Geschlecht? Zwischen Macht und Ohnmacht: Frauen in der Wissenschaft	20,00	13083	3-935145-59-4
84	<i>Henry Schäfer</i> Sozial-ökologische Ratings am Kapitalmarkt	16,00	13084	3-935145-60-8
85	<i>Maliszewski/Neumann</i> Bündnisse für Arbeit – Best Practice aus Ländern und Regionen	14,00	13085	3-935145-61-1
86	<i>Matthias Müller</i> International Accounting Standards	9,00	13086	3-935145-62-4
87	<i>Arno Prangenberg</i> Grundzüge der Unternehmensbesteuerung	8,00	13087	3-935145-63-2
88	<i>Klaus Jacobs/Jürgen Wasem</i> Weiterentwicklung einer leistungsfähigen und solidarischen Krankenversicherung unter den Rahmenbedingungen der europäischen Integration	12,00	13088	3-935145-64-0
89	<i>Thomas Schönwälder</i> Begriffliche Konzeption und empirische Entwicklung der Lohnnebenkosten in der Bundesrepublik Deutschland – eine kritische Betrachtung	25,00	13089	3-935145-65-9
90	<i>Helene Mayerhofer</i> Handbuch Fusionsmanagement Personalpolitische Aufgaben im Rahmen von Fusionen	10,00	13090	3-935145-66-7
91	<i>Helene Mayerhofer</i> Handbuch Fusionsmanagement Fusionsbedingte Integration verschiedener Organisationen	10,00	13091	3-935145-67-5
92	<i>Hans-Erich Müller</i> Handbuch Fusionsmanagement Übernahme und Restrukturierung: Neuausrichtung der Unternehmensstrategie	8,00	13092	3-935145-68-3
93	<i>Christian Timmreck</i> Handbuch Fusionsmanagement Unternehmensbewertung bei Mergers & Acquisitions	10,00	13093	3-935145-69-1
94	<i>Volker Korthäuer, Manuela Aldenhoff</i> Handbuch Fusionsmanagement Steuerliche Triebfedern für Unternehmensumstrukturierungen	6,00	13094	3-935145-70-5
95	<i>Dieter Behrendt</i> Ökologische Modernisierung: Erneuerbare Energien in Niedersachsen	11,00	13095	3-935145-73-X

Nr.	Autor/Titel	€	Bestell-Nr.	ISBN-Nr.
96	<i>Uwe Wilkesmann/Ingolf Rascher</i> Wissensmanagement – Analyse und Handlungsempfehlungen	12,00	13096	3-935145-71-3
97	<i>Tanja Klenk/Frank Nullmeier</i> Public Governance als Reformstrategie	12,00	13097	3-935145-72-1
98	<i>Reiner Hoffmann/Otto Jacobi/Berndt Keller/ Manfred Weiss (eds.)</i> European Integration as a Social Experiment in a Globalized World	14,00	13098	3-935145-74-8
99	<i>Angelika Bucerius</i> Alterssicherung in der Europäischen Union	25,00	13099	3-935145-75-6
100	<i>Werner Killian/Karsten Schneider</i> Die Personalvertretung auf dem Prüfstand	12,00	13100	3-935145-76-4
102	<i>Susanne Felger/Angela Paul-Kohlhoff</i> Human Resource Management	15,00	13102	3-935145-78-0
103	<i>Paul Elshof</i> Zukunft der Brauwirtschaft	16,00	13103	3-935145-79-9
104	<i>Henry Schäfer/Philipp Lindenmayer</i> Sozialkriterien im Nachhaltigkeitsrating	19,00	13104	3-935145-80-2
107	<i>Axel Olaf Kern/Ernst Kistler/Florian Mamberer/ Ric Rene Unteutsch/Bianka Martolock/ Daniela Wörner</i> Die Bestimmung des Leistungskataloges in der gesetzlichen Krankenversicherung	18,00	13107	3-935145-84-5
108	<i>Dea Niebuhr/Heinz Rothgang/Jürgen Wasem/ Stefan Greß</i> Die Bestimmung des Leistungskataloges in der gesetzlichen Krankenversicherung	28,00	13108	3-935145-85-3
109	<i>Yasmine Chahed/Malte Kaub/Hans-Erich Müller</i> Konzernsteuerung börsennotierter Aktiengesellschaften in Deutschland		13109	3-935145-86-1

**Bestellungen
bitte unter
Angabe der
Bestell-Nr. an:**



Kreuzbergstraße 56
40489 Düsseldorf
Telefax: 02 11 / 408 00 90 40
E-Mail: mail@setzkasten.de

Hans-Böckler-Stiftung

Die Hans-Böckler-Stiftung ist das Mitbestimmungs-, Forschungs- und Studienförderungswerk des Deutschen Gewerkschaftsbundes. Gegründet wurde sie 1977 aus der Stiftung Mitbestimmung und der Hans-Böckler-Gesellschaft. Die Stiftung wirbt für Mitbestimmung als Gestaltungsprinzip einer demokratischen Gesellschaft und setzt sich dafür ein, die Möglichkeiten der Mitbestimmung zu erweitern.

Mitbestimmungsförderung und -beratung

Die Stiftung informiert und berät Mitglieder von Betriebs- und Personalräten sowie Vertreterinnen und Vertreter von Beschäftigten in Aufsichtsräten. Diese können sich mit Fragen zu Wirtschaft und Recht, Personal- und Sozialwesen, Aus- und Weiterbildung an die Stiftung wenden. Die Expertinnen und Experten beraten auch, wenn es um neue Techniken oder den betrieblichen Arbeits- und Umweltschutz geht.

Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliches Institut (WSI)

Das Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliche Institut (WSI) in der Hans-Böckler-Stiftung forscht zu Themen, die für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer von Bedeutung sind. Globalisierung, Beschäftigung und institutioneller Wandel, Arbeit, Verteilung und soziale Sicherung sowie Arbeitsbeziehungen und Tarifpolitik sind die Schwerpunkte. Das WSI-Tarifarchiv bietet umfangreiche Dokumentationen und fundierte Auswertungen zu allen Aspekten der Tarifpolitik.

Forschungsförderung

Die Stiftung vergibt Forschungsaufträge zu Strukturpolitik, Mitbestimmung, Erwerbsarbeit, Kooperativer Staat und Sozialpolitik. Im Mittelpunkt stehen Themen, die für Beschäftigte von Interesse sind.

Studienförderung

Als zweitgrößtes Studienförderungswerk der Bundesrepublik trägt die Stiftung dazu bei, soziale Ungleichheit im Bildungswesen zu überwinden. Sie fördert gewerkschaftlich und gesellschaftspolitisch engagierte Studierende und Promovierende mit Stipendien, Bildungsangeboten und der Vermittlung von Praktika. Insbesondere unterstützt sie Absolventinnen und Absolventen des zweiten Bildungsweges.

Öffentlichkeitsarbeit

Im Magazin »Mitbestimmung« und den »WSI-Mitteilungen« informiert die Stiftung monatlich über Themen aus Arbeitswelt und Wissenschaft. Mit der homepage www.boeckler.de bietet sie einen schnellen Zugang zu ihren Veranstaltungen, Publikationen, Beratungsangeboten und Forschungsergebnissen.

Hans-Böckler-Stiftung
Abteilung Öffentlichkeitsarbeit
Hans-Böckler-Straße 39
40476 Düsseldorf
Telefax: 0211/7778 - 225
www.boeckler.de

**Hans Böckler
Stiftung** 

Fakten für eine faire Arbeitswelt.

