

Politischer Wettbewerb im Interesse der Versicherten

Der Gesundheitsmonitor der Bertelsmann Stiftung

Eine Vielzahl verschiedenster Interessengruppen meldet Ansprüche an den rund 170 Mrd. Euro GKV-Versichertengeldern an. Angesichts dieser von organisationsspezifischen Mitgliederstrukturen abhängigen Ansprüche und spätestens der seit Max Weber allgemein bekannten Eigendynamik administrativen Handelns stellt sich die Frage: Wer übernimmt eigentlich die Interessenvertretung des gemeinen Versicherten, also der Nutzer und Zahler? Damit diese Aufgabe mit solidem Wissen von Krankenkassen, Leistungserbringern, Patientenvertretern und Politikern übernommen werden kann, hat die Bertelsmann Stiftung im Jahr 2001 den Gesundheitsmonitor ins Leben gerufen. Nun ist er bekannt und er wird bei der gesundheitspolitischen Arbeit genutzt. Dass er sich zur Mitnahme der Versicherten auf dem Weg in ein zukunfts-festes Gesundheitssystem eignet, wird dabei allerdings kaum wahrgenommen.

■ Juliane Landmann

1. Interessenunternehmer in der Gesundheitspolitik

Die Anzahl der verschiedenen organisierten Interessen ist im deutschen Gesundheitswesen außerordentlich hoch. Zur Untermauerung dieser Aussage erfolgt zunächst eine grobe Aufzählung. Aus weiter Ferne betrachtet, erkennt man als erstes das Bundesministerium für Gesundheit (BMG), die Leistungserbringer und die Krankenversicherungen. Da sich während der Konzeption unseres Gesundheitssystems der bundesdeutsche Staat vor allem fachlich aber auch politisch entlasten wollte, wird unser gegenwärtiges GKV-System arbeitsteilig gesteuert. Übrigens ein Umstand, der im Prinzip jede regierungspolitische Steuerungsabsicht zum heißen Eisen macht. Dem Gesetzgeber obliegt im Wesentlichen die Rahmengesetzgebung und die Leistungserbringer- und Krankenkassenseite klären Details wie beispielsweise die Bestimmung des gesetzlichen Leistungskataloges in der so genannten gemeinsamen Selbstverwaltung. Beiden Seiten sind nicht zwingend einheitliche Interessen zuzuordnen.

Die Leistungserbringerseite ist mit Blick auf die Unterscheidbarkeit von Versorgungsaktivitäten im ambulanten- und stationären Sektor sowie im Bereich der Versorgung

mit Pharmazeutika dreigeteilt. Dem ambulanten Sektor sind die Kassenärztliche Bundesvereinigung mit ihren siebzehn KVen oder auch die an Bedeutung gewinnenden Hausärzteverbände zuzurechnen. Für die Interessen der Krankenhausseite ist dagegen vor allem die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) zuständig. Mitglieder der DKG sind zwölf Spitzenverbände und sechzehn Landesverbände von Krankenhausträgern. Exemplarisch seien hier die Bundesverbände der Arbeiterwohlfahrt und der Deutschen Privatkliniken oder auch die sächsische Krankenhausgesellschaft genannt. Innerhalb des ambulanten und stationären Sektors sowie sektorenübergreifend gibt es zudem Organisationen, die sich primär berufsgruppenspezifischen Interessen verschrieben haben. Einen recht großen Bekanntheitsgrad genießen die Bundesärztekammer, der Marburger Bund oder auch die Bundespsychotherapeutenkammer. Etwas übersichtlicher ist die Interessenlandschaft in dem Bereich, der sich mit Handel, Entwicklung und Herstellung von Medikamenten beschäftigt. Die häufig als sehr mächtig bezeichneten Spieler auf diesem Feld sind die Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA) und die Pharmazeutische Industrie mit ihren Verbänden. Unterschiedliche Interessen innerhalb der als besonders reich geltenden Pharmabranche (Marstedt/Klemperer 2009, 6) gibt es vor allem zwischen den nicht-forschenden und forschenden Unternehmen. Vertreter der letztgenannten sind zum Beispiel die Bayer AG und die Pfizer GmbH. Ebenso durchorganisiert und gleichzeitig heterogen ist die

Dr. rer. pol. Juliane Landmann, Politikwissenschaftlerin, ist Projektmanagerin bei der Bertelsmann Stiftung

Krankenkassenseite aufgestellt. Die 169 Krankenkassen¹ stehen sich zunächst mit kassenspezifischen Interessenlagen im Versorgungswettbewerb um Versicherte gegenüber. Für die Durchsetzung allgemeiner Kasseninteressen gegenüber dem BMG sowie in der gemeinsamen Selbstverwaltung ist der Spitzenverband der GKV zuständig. Der, wenn es nach dem Gesetzgeber geht, bis 2012 die immer noch aktiven Bundesverbände der einzelnen Kassenarten abgelöst haben soll. Auf den ersten Blick könnte man annehmen, am Ende der Aufzählung angekommen zu sein. Weit gefehlt, die Krankenkassen führen ein interessenpolitisch interessantes Innenleben. Dort wo bei der Pharmaindustrie die Aufsichtsräte über das Schicksal des jeweiligen Unternehmens mitbestimmen, sitzen im Fall der Krankenkasse meist paritätisch aus Gewerkschaften und Arbeitgeberverbänden zusammengesetzte Verwaltungsräte.

Ob es sich nun um Unternehmen, um Verbände mit Interessenvermittlungs- oder mit reinem Interessenvertretungsanspruch handelt, am Ende sind sie alle Interessenunternehmer², die gezielt Ansprüche an den rund 150 Mrd. Euro GKV-Versichertengeldern anmelden. Angesichts dieser von Mitgliederstrukturen abhängigen Ansprüche und der spätestens seit Max Weber intensiv diskutierten sowie anerkannten Eigendynamik administrativen Handelns scheint die Frage berechtigt: Wen kümmern eigentlich ernsthaft die Interessen der Versicherten, also der Nutzer und Zahler? Auf der Suche nach einer Antwort zeigt sich, im Gesundheitssystem sind fünf mögliche Zugänge institutionalisiert:

1. Der Versicherte kann zwischen Krankenkassen, Ärzten, Krankenhäusern, Apotheken u. ä. frei wählen.
2. Im Gemeinsamen Bundesausschuss gibt es neuerdings auch eine dritte Bank, die der Patientenbeteiligung.
3. Alle sechs Jahre können die Versicherten den Verwaltungsrat ihrer Kasse wählen. – Zumindest dann, wenn Gewerkschaften und Arbeitgeberverbände keine Friedenswahlen verabreden.
4. Das BMG leitet ein Mitglied der Bundesregierung.
5. Im Bundestag sitzen gewählte Volksvertreter.

Allen diesen teilweise relativ neuen Zugängen liegt die Idee zugrunde, Krankenkassen, Leistungserbringer, Patientenvertreter oder Politiker zu Interessenunternehmer für Versicherteninteressen zu machen. – Zumindest gelegentlich. Dass sie dies auch mit solidem Wissen über deren Interessen tun können, das ist die Idee des Gesundheitsmonitors. Um dieses Wissen zur Verfügung zu stellen, hat sich das Projektteam der Bertelsmann Stiftung direkt an die Schnittstelle zwischen Politik und Wissenschaft begeben.

2. Die Idee des Gesundheitsmonitors – Kurze Projektskizze

Dreh und Angelpunkt des Projekts ist das Angebot an einschlägig renommierte Fachleute – zumeist aus der

Wissenschaft –, Zugang zu einer bundesweit repräsentativen Versichertenumfrage zu erhalten. Die Experten haben dabei drei Möglichkeiten: Sie können eigene aus ihrer Sicht relevante Fragen platzieren, sie können den Standardteil zur Abfrage der Versorgungssituation im ambulanten Bereich um einzelne Fragen ergänzen oder sie nutzen ausschließlich die standardmäßig immer wieder neu gestellten Fragen zum Beispiel über den subjektiven Gesundheitszustand. Die Routinefragen machten bisher gut die Hälfte des Fragebogens aus und eignen sich aufgrund ihrer Wiederholung für Zeitreihenanalysen (Böcken 2009, 123ff.; Feld- und Methodenbericht, Welle 16, 8ff. oder Abschnitt 4). Egal für welche Variante sich die Experten entscheiden, finales Ziel der Versichertenumfrage sind Publikationen, die gesundheitspolitische Entscheidungsträger zur Hand nehmen, wenn sie etwas über die Interessen der Nutzer und Zahler des Gesundheitssystems wissen wollen. Das heißt, die Themen sollten den Nerv der Zeit treffen und die Aussagen müssen verlässlich sowie verständlich sein.

Die inzwischen wohl bekannteste Publikation ist das jährlich erscheinende Buch namens Gesundheitsmonitor. Angesichts der Vielzahl von publizierten Umfrageergebnissen sind die handwerkliche Qualität des Fragebogens und dessen richtige Auswertung für den USP des Buches von großer Bedeutung. Die methodische Qualität ist neben der Auswahl der Experten der zweite Garant für eine möglichst objektive und damit verlässliche Darstellung der Versicherteninteressen. Aus erhebungsmethodischer Sicht heißt das beispielsweise, dass hypothetische oder suggestive Fragen möglichst vermieden werden müssen. Auswertungsmethodisch sind dagegen möglichst aussagekräftige Kennziffern wie zum Beispiel Odds Ratios bei multivariaten Regressionsmodellen wünschenswert.

Zentrales Instrument zur Qualitätssicherung stellt das mehrstufige Reviewverfahren dar, vergleichbar mit der in der Wissenschaft üblichen Vorgehensweise für ein peer-reviewed Journal. Das heißt, zunächst reichen die Experten ihre Vorschläge bei einer so genannten Redaktionskonferenz ein. In diesem Exposé muss dargestellt werden: Was genau untersucht werden soll, wie das Thema in die aktuelle gesundheitspolitische Diskussion passt und welche Hypothesen in der wissenschaftlichen Fachwelt zurzeit als relevant angesehen werden. Zudem muss deutlich werden, wie diese Thesen mittels Versichertenumfrage überprüft werden können. Abhängig davon, ob der jeweilige Fachmann umfragemethodisch versiert ist, sind Angaben zur konkreten Form der statistischen Auswertung sowie Vorschläge für Fragen an die Versicherten wünschenswert. Fehlt dieses methodische Know-how, wird kompetente Unterstützung über das Zentrum für Sozialpolitik in Bremen organisiert. Sind all diese Punkte zu aller Zufriedenheit beantwortet, gibt die Redaktionskonferenz grünes Licht für die Erstellung des Buchbeitrags, nennt die nächste Deadline und begleitet die weiteren Arbeiten daran kritisch. Sobald alle, meist zwischen zehn bis vierzehn, Einzelstudien für das Buch vorliegen, sorgt zuletzt ein Lektor für den finalen stilistischen Schliff und das fertige Manuskript kann in Druck gehen.

Damit dieses in Buchform gegossene Wissen über Versicherteninteressen letztendlich auch wirklich von den gesundheitspolitischen Entscheidungsträgern in Politik und Selbstverwaltung bemerkt wird und damit überhaupt in der Lage ist, einen Beitrag zum politischen Wettbewerb um Versicherteninteressen zu leisten, werden üblicherweise zwei Vermittlungswege beschritten. Der eine ist der klassische Weg, den jedes Buch mit einer ISBN geht. Das Buch Gesundheitsmonitor wird im Buchhandel geführt. Der zweite Weg erfordert mehr Aktivität. Das heißt, mit Blick auf die tagesaktuelle Debatte werden passende Studien im Buch ausgesucht und entweder auf Konferenzen oder über klassische Pressearbeit den Krankenkassen, Leistungserbringern, Patientenvertretern und Politikern zur Kenntnis gebracht. Dabei ist die Konferenz der direktere Weg. Ein gutes Beispiel für eine solche Konferenz ist die gesundheitspolitische Tagung im Oktober letzten Jahres, die die Bertelsmann Stiftung gemeinsam mit dem Verbraucherzentrale Bundesverband veranstaltet hat. Anlässlich der damals aktuell laufenden Koalitionsverhandlungen zwischen CDU und FDP und des für Ende 2010 anstehenden Endes der Modellphase zur Förderung von Einrichtungen zur Verbraucher- und Patientenberatung nach § 65b SGB V stellte Professor Marie-Luise Dierks ihre Gesundheitsmonitor-Studie in Berlin zur Diskussion. Die Vermittlung über Pressemitteilungen schlägt dagegen eine Flanke über Massenmedien und damit über die Versicherten selbst.

3. Theorie und Praxis

Eine gute Praxis setzt eine gute Theorie voraus. Die Idee des Gesundheitsmonitors ist im vorliegenden Fall die Theorie. Der Anspruch, ihren Erfolg in der Praxis zu messen, ist vermutlich zu hoch gesteckt. Es ist so gut wie unmöglich festzustellen, ob der Gesundheitsmonitor den politischen Wettbewerb um Versicherteninteressen zum Beispiel mit der BILD-Schlagzeile vom 11. März 2010 „Umfrage: Rösler-Vorstoß trifft Nerv der Versicherten“ und der dazugehörigen Studie über die Kosten-Nutzen-Bewertung von Medikamenten von Professor Mathias Kifmann wirklich im Sinne der Versicherten befruchtet hat. Man kann einfach nicht seriös einschätzen, was bei wem wann ankommt und warum das Thema genau in diese Richtung vorangetrieben wird. Das Einzige was man überprüfen kann, sind allgemein anerkannte Parameter für eine erfolgreiche Kommunikation wie zum Beispiel Bekanntheit, Verwendung der Ergebnisse für die eigene Arbeit und Meinungen zur Wirkung.

Alle im Folgenden vorgestellten Ergebnisse wurden im Zuge einer telefonischen Befragung von 320 Experten im Bereich Gesundheitsversorgung und Gesundheitspolitik im Jahr 2007 von Forsa ermittelt. Je 100 Personen sind davon den Bereichen Gesundheitspolitik und Selbstverwaltung zuzuordnen und ungefähr 60 haben einen verbändepolitischen- bzw. einen journalistischen Hintergrund. Jeder Zweite der Befragten beschäftigt sich hauptberuflich mit Gesundheitspolitik. Davon wiederum sind 43 Prozent in hoher leitender Funktion als Geschäftsführer, Vorstand,

Abteilungsleiter oder Abgeordneter tätig. Die übrigen 57 Prozent gehören als Referatsleiter oder Referent zur unteren Leitungsebene.

Auf die Bekanntheit des Gesundheitsmonitors kann am besten anhand eines Vergleichs mit anderen Umfragen im Themenbereich Gesundheit geschlossen werden. Der Bekanntheitsgrad fällt je nach Zielgruppe unterschiedlich aus. In der Gesamtwertung teilen sich der GKV-Monitor des wissenschaftlichen Instituts der Ortskrankenkassen (WidO) und der Gesundheitsmonitor mit 85 Prozent den ersten Platz. Bei den Gesundheits- und Verbändepolitikern liegt der Gesundheitsmonitor mit 93 und 85 Prozent an der Spitze. Im Bereich Selbstverwaltung führt dagegen der GKV-Monitor mit 91 Prozent. Bei den Medienvertretern sind dagegen beide Monitore gleich auf (Abbildung 1). Angesichts dieser Zahlen kann geschlussfolgert werden, der Gesundheitsmonitor ist bekannt. Wie sieht es nun mit seiner Verwendung aus?

Jeder vierte der 320 Befragten hat schon einmal Ergebnisse des Gesundheitsmonitors in eigenen Veröffentlichungen oder hausinternen Papieren zitiert, zwölf Prozent haben sie zudem auch schon für Vorträge verwendet. Etwas mehr, nämlich 17 Prozent, halfen außerdem bei der Weiterverbreitung, indem sie jemandem die Veröffentlichungen empfohlen haben. Das heißt, die Ergebnisse des Gesundheitsmonitors spielen ganz offenbar eine Rolle in der gesundheitspolitischen Diskussion und sie sind wichtig für die Arbeit der damit Befassten. Wiederum jeder vierte hat sie darüber hinaus auch schon einmal für die eigene Diskussion verwendet und 39 Prozent aller Befragten gaben an, bereits selbst mit den Ergebnissen in einer Diskussion konfrontiert worden zu sein (Abbildung 2). Dieses gute Resultat bezüglich der Wichtigkeit für die berufliche Tätigkeit deckt sich mit dem Befund für die andere Seite. Wonach immerhin jeder zehnte der Befragten angab, zuletzt von Ergebnissen des Gesundheitsmonitors in Gesprächen mit Kollegen und Bekannten gehört oder gelesen zu haben. Mit 7 Prozent scheint die Selbstverwaltung den geringsten und mit 12 Prozent die Politik den aktivsten Austausch miteinander zu pflegen (ohne Abbildung).

Wenn diejenigen, die den Gesundheitsmonitor kennen, mit Aussagen zu seinem möglichen Nutzen befragt werden, zeigt sich dennoch ein Schönheitsfehler. Es offenbart sich, dass für die Hälfte der erreichten Zielgruppe der größte Nutzen darin besteht, gut aufbereitete Informationen zur Verfügung gestellt zu bekommen (51 Prozent). Diese Bewertung stellt zwar ein gutes Zeugnis für die Bemühungen bezüglich der Qualitätssicherung aus, allerdings dominiert dieses Merkmal die zentrale Idee, dass es eigentlich um die Stärkung der Versicherteninteressen geht. Nur jeder Vierte (27 Prozent) der Zielgruppe in Politik, Selbstverwaltung, Verbände und Medien zieht in Betracht, dass die zentrale Wirkung des Gesundheitsmonitors die stärkere Berücksichtigung der Versichtersichtweise(n) sein könnte (Abbildung 3). Besonders deutlich zeigt sich das Missverständnis bei den Akteuren in der Politik. Die Vermittlung von Versicherteninteressen belegt bei den Politikern den letzten Platz (30 Prozent). Noch bevor sie dem

Abbildung 1: Bekanntheit verschiedener Umfragen

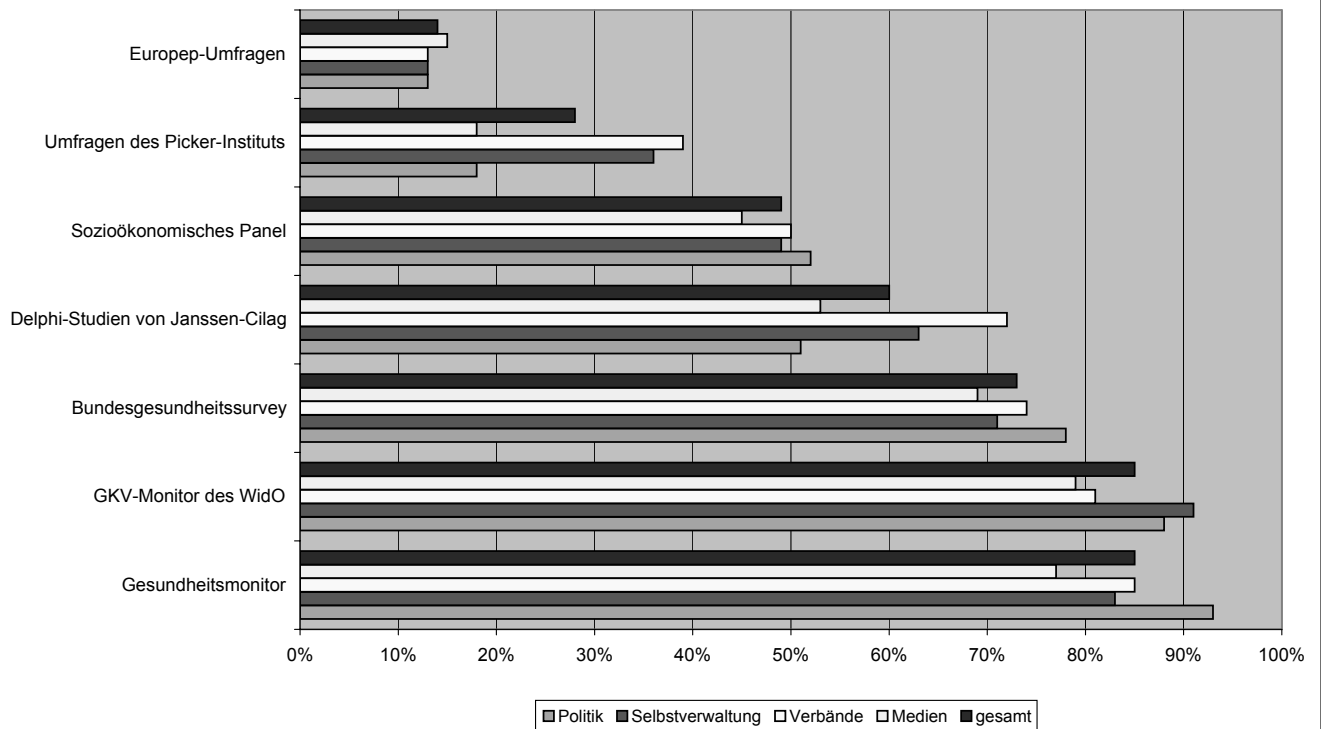


Abbildung 2: Verwendung der Ergebnisse des Gesundheitsmonitors

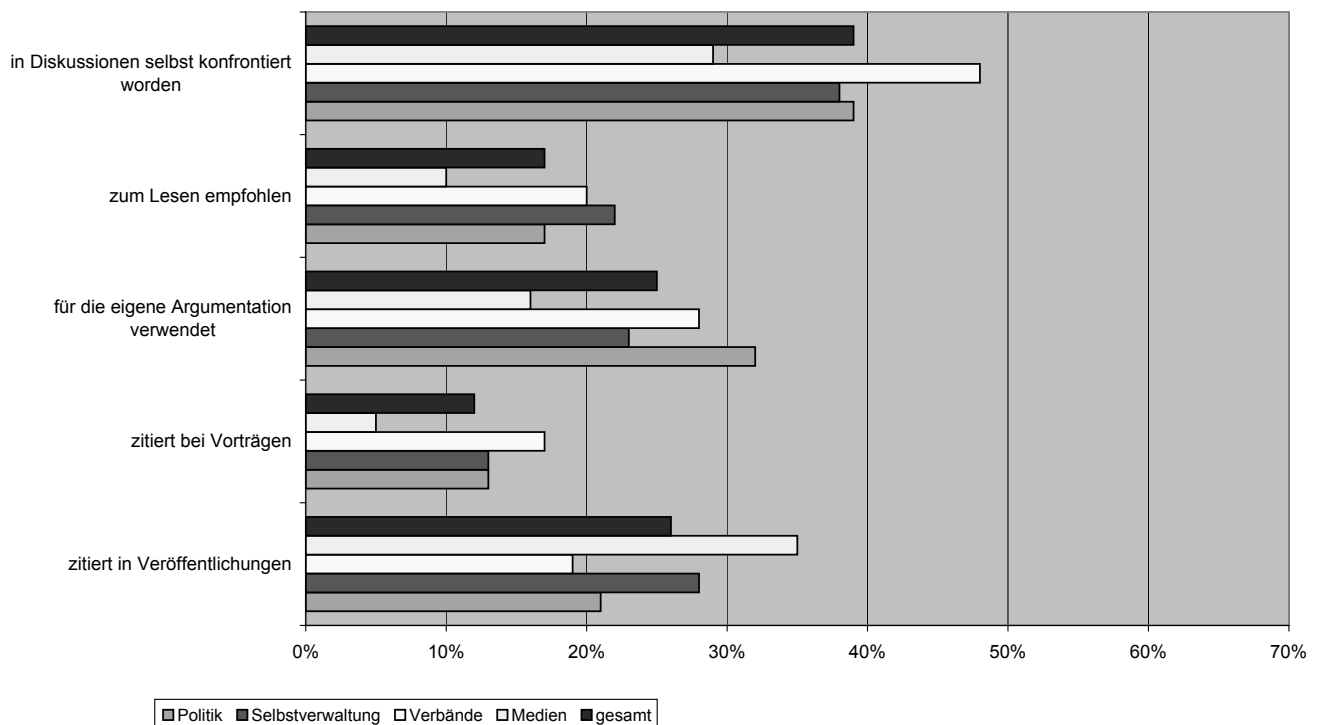
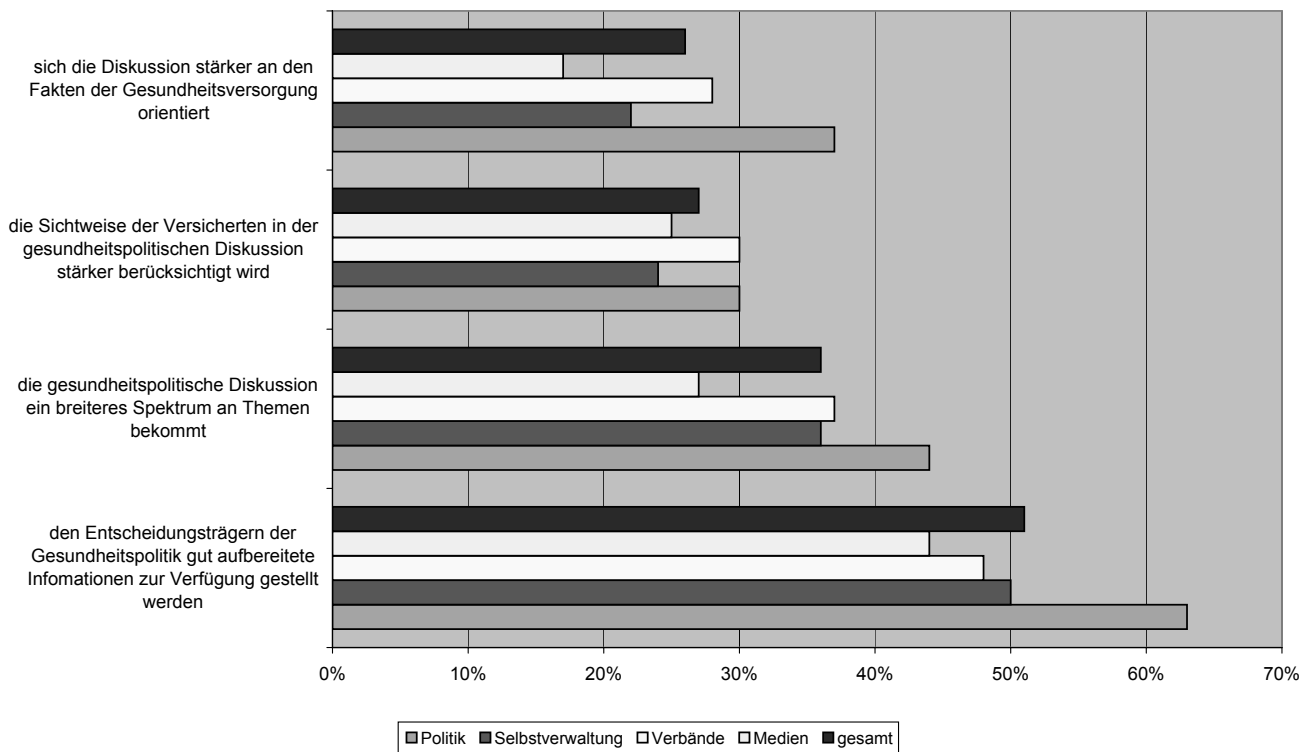


Abbildung 3: Es trifft zu, dass durch den Gesundheitsmonitor...



Gesundheitsmonitor diese Wirkung bescheinigen, werden mehr Faktenorientierung (37 Prozent), die Möglichkeit, ein breites Spektrum an Themen für die gesundheitspolitische Diskussion zu bekommen (44 Prozent) und gut aufbereitete Informationen (63 Prozent) genannt.

Möglicherweise ist der erstmalig freie Zugang zu den nackten Umfragedaten über das Internet geeignet, die Nutzer des Gesundheitsmonitors dafür zu sensibilisieren, dass sie es vor allem mit Erfahrungen und Überzeugungen der Versicherten zu tun haben.

4. www.gesundheitsmonitor.de/Umfragedaten

Seit März können alle seit 2001 erhobenen Umfragedaten des Gesundheitsmonitors über das Internet kostenfrei heruntergeladen werden.³ Das heißt jeder, der Zugang zu einem der Statistikpakete SPSS oder SAS hat, kann sich jetzt selbst ein Bild über die Interessen der Versicherten machen. Der Aufbau der Webseite ist simpel. Es gibt im Wesentlichen zwei Angebote: Unter der Überschrift ‚Jahresdatensätze‘ sind alle 16 Befragungswellen zugänglich, für die es unter dem Reiter ‚Fragebogen & Methoden‘ auch einen Fragebogen gibt. Das zweite Angebot ist der so genannte ‚Zeitreihendatensatz‘. In diesem Datensatz sind alle Antworten der Versicherten enthalten, die zu mindestens zwei Zeitpunkten erfragt wurden und sich damit

für Längsschnittanalysen eignen. Eine Auswahl der dort verfügbaren Befragungsschwerpunkte bietet Tabelle 1.

Tabelle 1: Eine Auswahl verfügbarer Befragungsschwerpunkte

Einmalig abgefragte Themen	Mehrmals abgefragte Themen
Arztsuche im Internet	Gesundheitliche Lage
Kosten-Nutzen-Bewertung von Arzneimitteln	Kontakte mit Ärzten oder (mit) deren Praxispersonal
Nutzung und Einrichtung zur Patienten- und Verbraucherberatung	Zufriedenheit mit dem Hausarzt
Patientenmeinung zur Qualitätssicherung	Zusammenarbeit mehrerer Ärzte
Behandlung von Rückenschmerzen	Information über Gesundheit
Pharma-Industrie und Information über rezeptpflichtige Medikamente	Gemeinsame Entscheidungsfindung von Arzt und Patient
Auswirkungen des Wettbewerbsstärkungsgesetzes 2007	Kassenart, bei der man versichert ist, vollzogene Kassenwechsel, ...
Psychische Belastung am Arbeitsplatz	Sonntagsfrage: Welche Partei würden Sie wählen?
...	...

Auch wenn die meisten Fragebatterien entlang bestimmter Hypothesen entwickelt und bereits für Gesundheitsmonitorstudien genutzt wurden, stecken in diesem riesen großen Datenpool, bestehend aus zirka 2.100 Fragen (ohne Soziodemographie), ziemlich sicher noch viele nicht entdeckte Erkenntnisse über Versichertenbelange.

Ein gutes Beispiel für die Hebung eines solchen Datenschatzes ist die aktuelle Vertrauensstudie von Bernard Braun und Gerd Marstedt. Die beiden Sozialwissenschaftler haben alle Befragungsinhalte der letzten Jahre, die das Vertrauen der Versicherten in das deutsche Gesundheitssystem in irgendeiner Weise abbilden, gesammelt und systematisch ausgewertet. Neu war unter anderen der empirische Nachweis eines großen und bereits seit mindestens 2001 anhaltenden Vertrauensdefizits mittels Zeitreihen über Befürchtungen bezüglich zunehmender Wartezeiten auf Behandlung, Leistungskürzungen, nicht mehr ausreichender Versorgung im Alter und Behandlungsfehler (Braun/Marstedt 2010). Aber auch die dort ermittelten Rangfolgen für Einrichtungen, die aus Versichertensicht besonderes Vertrauen genießen, sind neu. Gewonnen haben übrigens die Einrichtungen zum Verbraucherschutz und mit relativ großem Abstand belegen die Krankenkassen den zweiten Platz.

Nicht unerwähnt bleiben sollen an dieser Stelle auch die Fragebatterien die ins Feld gingen und die es nicht geschafft haben, von ihrem jeweiligem Bearbeiter in einen allen Kriterien genügenden Artikel gegossen zu werden. Exemplarisch seien hier die Fragen zur Nutzung neuer Versorgungsformen (zum Beispiel das Hausarztprogramm) in Befragungswelle 16 oder der Fragenblock über die Auswirkung des Wettbewerbsstärkungsgesetzes in Welle 15 genannt. Für alle auf der Webseite angebotenen Datensätze gibt es ausführliche Datensatzbeschreibungen. Zudem gibt es einen Überblick über alle Themenschwerpunkte und wer will, kann sich anhand von Übungsaufgaben in den richtigen Umgang mit den Gesundheitsmonitordaten einarbeiten. Wenn zum Beispiel das BMG-Referat Vertragszahnärztliche Versorgung wissen will, wie oft Zahnärzte im Vergleich zu anderen Arztgruppen aufgesucht werden, sollte zunächst ein Blick in den Fragebogen geworfen werden. Im Fragebogen für die aktuellste Welle wird man beispielsweise unter ‚Kontakte mit Ärzten und Praxispersonal‘ fündig. Mit der Fragebogennummer ist man sodann in der Lage, die gesuchten Umfragedaten im passenden Datensatz zu finden und die selbstständige Berechnung kann starten.

5. Resümee

Der Bertelsmann Stiftung ist es gelungen, den Gesundheitsmonitor innerhalb weniger Jahre der Mehrheit der Entscheider, Führungskräfte und Mitarbeiter im Politikfeld Gesundheit bekannt zu machen. Viele Befragte halten die Ergebnisse des Gesundheitsmonitors für so vertrauenswürdig bzw. finden sie auch so verständlich, dass sie diese für ihre Arbeit verwenden. Sie zitieren, empfehlen

und argumentieren mit ihnen. Die zentrale Intention des Gesundheitsmonitors, eine stärkere Berücksichtigung der Versicherteninteressen erreichen zu wollen, kommt bei den meisten allerdings nicht an. Dass mehr als die Hälfte der gesundheitspolitischen Zielgruppe die besondere Rolle des Gesundheitsmonitors darin sieht, gut aufbereitete Informationen zur Verfügung gestellt zu bekommen, macht deutlich, dieses Profil könnte bzw. sollte geschärft werden. Vielleicht ist das neue ‚public use file‘-Angebot ein geeigneter Wink mit dem berühmten Zaunpfahl?

Klar ist, die Mehrheit der interessenunternehmerischen Zielpersonen bei den Krankenkassen, Leistungserbringern, Patientenvertretern und in der Politik findet Informationen wichtig, wie sie der Gesundheitsmonitor bereit stellt. Dass sie diese allerdings nicht als Steuerungsinstrument zur Stärkung der Versichertenperspektive wahrnehmen, könnte daran liegen, dass Umfragen generell kein Steuerungscharakter zugeschrieben wird. Dieses Argument kann man allerdings nur gelten lassen, wenn man der Meinung ist, Versicherte könnten nicht einschätzen, ob die Behandlung gut war oder ob eine Kosten/Nutzen-Bewertung zur Bildung von Medikamentenpreisen eine Idee mit Kosteneinsparpotential sein könnte. Mein Appell ist, die Versicherten nicht zu unterschätzen und zu versuchen, sie bei der Gestaltung unseres Gesundheitswesens mit ins Boot zu holen. Entscheidend für die Funktionstüchtigkeit eines jeden gesellschaftlichen Systems ist bekanntlich, ob die Menschen mitziehen. Die Berücksichtigung ihrer Erfahrungen aber auch ihrer Überzeugungen bei der Gestaltung unseres Gesundheitssystems ist möglicherweise die einzige realistische Chance, unserem gegenwärtigen System auf der Ausgabenseite mehr Effizienz abzutrotzen. Diese Aussicht konterkariert keineswegs die Notwendigkeit, auf gesundheitspolitischem Parkett strategiefähig sein zu müssen. Präferenzstrukturen von Versicherten, wie sie der Gesundheitsmonitor anbietet, eignen sich als Ausgangspunkt für weitere Überlegungen im politischen Wettbewerb. Wie man damit im Kontext tagesaktueller Diskussionen oder politischer Machtfragen agiert und reagiert, bleibt natürlich Sache der gesundheitspolitischen Akteure. Diese wiederum sollten aber auch zur Kenntnis nehmen, dass Umfragen wie der Gesundheitsmonitor einen (zumindest vagen) Maßstab dafür bieten, ob ein Interessenunternehmer, der angibt als Versichertenvertreter zu agieren, auch ein solcher ist. – Passend zum Ziel, das Reinhard Mohn, der Stifter der Bertelsmann Stiftung, eigentlich im Sinn gehabt haben wird, als er schrieb: dass mit Hilfe seiner Stiftung „dem Staat und gesellschaftlich bedeutsamen Institutionen die sinnvolle Nutzung messbarer Leistungskriterien veranschaulicht werden soll“ (Mohn 2008, 97).

Fußnoten:

- 1 Auskunft des Bundeswahlbeauftragten für Sozialversicherungswahlen am 5. März 2010.
- 2 Ursprünglich hat Wolfgang Streeck den Begriff des Interessenunternehmers geprägt. Die zentrale Denkfikur dazu ist, dass Gruppeninteressen in Reaktion auf institutionalisierte Handlungspotentiale entdeckt werden (Streeck 1994, 13).

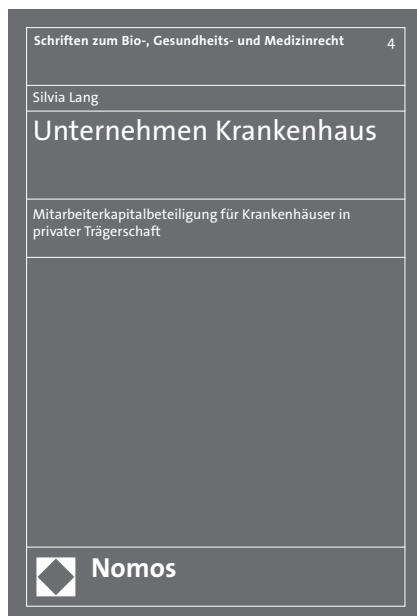
- 3 Schon immer frei verfügbar sind im Übrigen auch alle vierteljährlich erscheinenden Newsletter, Fragebögen, Feldberichte und Bücher, die nicht mehr im Buchhandel erhältlich sind.

Literatur:

Böcken, Jan: Gesundheitspolitische Beratung durch unabhängige Stiftungen am Beispiel des Gesundheitsmonitors der Bertelsmann Stiftung. In: Joseph Kuhn, Jan Böcken (Hg.): *Verwaltete Gesundheit*, 2009.
Braun, Bernard / Gerd Marstedt: Vertrauen ins Gesundheitssystem: Bei Kassenpatienten Fehlanzeige. *Gesundheitsmonitor Newsletter* 01/2010: www.gesundheitsmonitor.de

Marstedt, Gerd / David Klemperer: Lesen Sie den Beipackzettel? Patientenwünsche zur Arzneimittelinformation. *Gesundheitsmonitor Newsletter* 02/2009: www.gesundheitsmonitor.de
Feld- und Methodenbericht Welle 16: www.gesundheitsmonitor.de unter „Fragebögen & Methoden“.
Mohn, Reinhard: *Von der Welt lernen. Erfolg durch Menschlichkeit und Freiheit*. 2008.
Streeck, Wolfgang: *Staat und Verbände. Politische Vierteljahresschrift. Sonderband 25*, 1994.
Weber, Max: *Wirtschaft und Gesellschaft*, Erstausgabe 1922.

Das Krankenhaus als Unternehmen



Unternehmen Krankenhaus
Mitarbeiterkapitalbeteiligung für
Krankenhäuser in privater Trägerschaft
Von Dr. Silvia Lang
2010, 319 S., brosch., 69,- €,
ISBN 978-3-8329-5204-4
(Schriften zum Bio-, Gesundheits- und
Medizinrecht, Bd. 4)

Bitte bestellen Sie im Buchhandel oder
versandkostenfrei unter ► www.nomos-shop.de

Intensiver Wettbewerb, Kostendruck und mangelnde Ressourcen – dem Krankenhauswesen steht ein nachhaltiger Strukturwandel bevor. Die Anzahl der Krankenhäuser in privater Trägerschaft wird weiter zunehmen. Aufgrund der erschwerten realen und rechtlichen Bedingungen ist die Erschließung strategischen Kapitals über die Beteiligung der Mitarbeiter ein Baustein für den Erfolg im Unternehmen Krankenhaus.

In der Arbeit werden zunächst die Grundzüge der Mitarbeiterkapitalbeteiligung und des Krankenhausmarktes beschrieben. Gegenstand des nächsten Teils sind die einzelnen Kapitalbeteiligungsformen und deren Besonderheiten. Speziell auf das Unternehmen Krankenhaus und deren Mitarbeiter zugeschnittene Kapitalbeteiligungsmodelle bilden den Kern der Untersuchung. Im Zentrum der Erwägungen stehen sowohl fremdkapitalbasierte Einführungsmodelle als auch eigenkapitalbasierte mezzanine Beteiligungsformen für eine dauerhafte Beteiligung.

Das Werk richtet sich insbesondere an private Krankenhausträger und deren Mitarbeiter. Es kann einen Baustein bei mehr Effizienz, Vermögensbildung und Aufbau einer partnerschaftlichen Unternehmenskultur bilden. Ebenfalls von Interesse ist das Werk für Gewerkschaften (Ver.di, Marburger Bund) und Arbeitgeberverbände.



Nomos