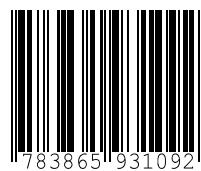


Die soziale Selbstverwaltung hat maßgeblich dazu beigetragen, dass die deutschen Sozialversicherungen mehr sind als wirtschaftlich handelnde Unternehmungen. Vor allem hat die Selbstverwaltung die Funktion, die Betroffenen an den Entscheidungen ihrer Kassen zu beteiligen. Diese spezielle Form gelebter sozialer Demokratie wird primär von Gewerkschaftern und Arbeitgebervertretern praktiziert. Getragen von vielfältigen gesellschaftlichen, ökonomischen und politischen Veränderungen hat sich der Druck auf diese Einrichtung in den letzten Jahren stetig erhöht. Darauf reagierend, werden mit dem Kasseler Konzept Vorschläge zur Weiterentwicklung der sozialen Selbstverwaltung identifiziert, um eine „Revitalisierung dieser Institution“ im Sinne einer angeschlossfähigen Neustaltung zu ermöglichen. Es geht dabei um Reformen, die von den handelnden Akteuren selbst getragen werden sollen. Intendiert ist eine qualitäts-, bedarfs- und betroffenenorientierte Form der Mitbestimmung, die die soziale Selbstverwaltung innovativ weiter entwickelt.



9 783865 931092

ISBN 978-3-86593-109-2  
€ 12,00

Wolfgang Schroeder

# Zur Reform der sozialen Selbstverwaltung in der Gesetzlichen Krankenversicherung – Kasseler Konzept

Wolfgang Schroeder

**Zur Reform der sozialen Selbstverwaltung  
in der Gesetzlichen Krankenversicherung –  
Kasseler Konzept**



Wolfgang Schroeder  
unter Mitarbeit von Benjamin Erik Burau

**Zur Reform der sozialen  
Selbstverwaltung  
in der Gesetzlichen  
Krankenversicherung –  
Kasseler Konzept**



edition der Hans-Böckler-Stiftung 222

**Prof. Dr. Wolfgang Schroeder** (\*1960) ist seit 2006 Professor für Politikwissenschaften an der Universität Kassel. Zu seinen Arbeitsschwerpunkten gehören die Themen Arbeitsbeziehungen, Umbau des Sozialstaats sowie Parteien- und Organisationsforschung. Zuvor war Prof. Schroeder Leiter der Abteilung Sozialpolitik beim Vorstand der IG Metall.

© Copyright 2008 by Hans-Böckler-Stiftung

Hans-Böckler-Straße 39, 40476 Düsseldorf

Produktion: Setzkasten GmbH, Düsseldorf

Printed in Germany 2008

ISBN: 978-3-86593-109-2

Bestellnummer: 13222

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

# **Inhaltsverzeichnis**

<b>Abkürzungsverzeichnis</b>	<b>7</b>
<b>Abbildungs- und Tabellenverzeichnis</b>	<b>8</b>
<b>Abstract</b>	<b>9</b>
<b>I Einleitung</b>	<b>11</b>
<b>II Zur historischen Entwicklung der sozialen Selbstverwaltung in der GKV</b>	<b>23</b>
2.1 Wandel und Kontinuität der Politik im Gesundheitssektor	23
2.2 Struktur und Historie der Sozialversicherungswahlen in der GKV	33
2.3 Kompetenzen und Architektur der Selbstverwaltung der Gegenwart	38
<b>III Wandel der Bedingung sozialer Selbstverwaltung</b>	<b>43</b>
3.1 Die Herausforderung des ökonomischen und sozialen Wandels	43
3.2 Gesellschaftlicher Wandel des Politik- und Demokratieverständnisses	44
3.3 Wandel der öffentlichen Debatte um die soziale Selbstverwaltung	47
<b>IV Kritik an der sozialen Selbstverwaltung und ihren Akteuren</b>	<b>51</b>
4.1 Kritiken am Status quo sozialer Selbstverwaltung	51
4.2 Akteure der sozialen Selbstverwaltung und deren Befindlichkeiten	63
4.3 Positionen und Strategievorschläge der Akteure	66
<b>V Drei Szenarien zur Zukunft der sozialen Selbstverwaltung</b>	<b>75</b>
5.1 Szenario I. Bruch mit der bekannten Form der Selbstverwaltung – Verstaatlichung oder Privatisierung	75
5.1.1 Bewertung einer Verstaatlichung oder Privatisierung der GKV	79

5.2 Szenario II. Einseitige Stärkung der demokratischen Beteiligung und Legitimation	80
5.2.1 Konsequenzen einer Stärkung der demokratischen Beteiligung in der GKV	83
5.3 Szenario III. Revitalisierung der bestehenden Selbstverwaltungs-politik	84
5.3.1 Folgen einer Revitalisierung	87
<b>VI 4-Punkte-Programm – Vorschläge zur Revitalisierung der sozialen Selbstverwaltung aus Gewerkschafts-perspektive</b>	<b>95</b>
1.) Kompetenz- und Professionalisierungsoffensive	96
2.) Stärkung der Öffentlichkeitsarbeit und Versichertennähe	98
3.) Verstärkte informelle Integration von Betroffeneninteressen	100
4.) Revitalisierung der Sozialwahl	100
<b>Bibliographie</b>	<b>103</b>
<b>Selbstdarstellung der Hans-Böckler-Stiftung</b>	<b>111</b>

## Abkürzungsverzeichnis

<b>AdöR</b>	Anstalt des öffentlichen Rechts
<b>AOK</b>	Allgemeine Ortskrankenkasse
<b>BMAS</b>	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
<b>DAK</b>	Deutsche Angestellten Krankenkasse
<b>G-BA</b>	Gemeinsamer Bundesausschuss
<b>GEK</b>	Gmünder Ersatzkasse
<b>GKV</b>	Gesetzliche Krankenversicherung
<b>GKV-SolG</b>	GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz
<b>GMG</b>	Gesundheitsmodernisierungsgesetz (2004)
<b>GSG</b>	Gesundheitsstrukturgesetz – »Lahnstein Kompromiss« (1994)
<b>GVG</b>	Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V.
<b>IQWiG</b>	Institut für Qualitätssicherung und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
<b>KDEG</b>	Kostendämpfungs-Ergänzungsgesetz (1982)
<b>TK</b>	Techniker Krankenkasse
<b>BKK</b>	Betriebskrankenkasse
<b>KKH</b>	Kaufmännische Krankenkasse
<b>KdöR</b>	Körperschaft des öffentlichen Rechts
<b>KVKG</b>	Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz (1977)
<b>PKV</b>	Private Krankenversicherung
<b>RSA</b>	Risikostrukturausgleich
<b>RVO</b>	Reichsversicherungsordnung (1911)
<b>SGB</b>	Sozialgesetzbuch
<b>SvG</b>	Gesetz über die Selbstverwaltung und über die Änderung von Vorschriften auf dem Gebiet der Sozialversicherung (1951)
<b>VR</b>	Verwaltungsrat

## **Abbildungs- und Tabellenverzeichnis**

<b>Abb. 1</b>	Steuerungsmechanismen in der GKV bis 1996	25
<b>Abb. 2</b>	Trias der Steuerungsmodi in der GKV ab 1996	28
<b>Abb. 3</b>	Bruch mit der Mitbestimmung bekannter Form und dem Steuerungsmix	79
<b>Abb. 4</b>	Balance der Steuerung durch eine ›immanente‹ Stärkung der Mitbestimmung	88
<b>Tab. 1</b>	Sozialwahlen 1953 bis 2005: Wahlbeteiligung	35
<b>Tab. 2</b>	Entwicklung der Wahlbeteiligung bei Kommunalwahlen in vier Bundesländern	37
<b>Tab. 3</b>	Wahlbeteiligung zum Europäischen Parlament in Deutschland	38
<b>Tab. 4</b>	Einstellungen gegenüber der sozialen Selbstverwaltung	53
<b>Tab. 5</b>	Akteure und ihre Befindlichkeiten in der GKV	66
<b>Tab. 6</b>	Gegenüberstellung Szenarien – Matrix I	90
<b>Tab. 7</b>	Gegenüberstellung Szenarien – Matrix II	91
<b>Tab. 8</b>	Gegenüberstellung Szenarien – Matrix III	93

## Abstract

Die soziale Selbstverwaltung hat die deutschen Sozialversicherungen seit ihrer Gründung stark geprägt. Zu den Funktionen der Selbstverwaltung gehören die Mitbestimmung durch die Beitragszahler sowie die eigenverantwortliche Organisation der Sozialversicherungsträger durch die Sozialpartner. Obwohl es der Institution und ihren Trägerorganisationen wiederholt möglich war, sich erfolgreich an veränderte Rahmenbedingungen anzupassen und damit einen eigenen Beitrag zum Aufbau und Bestand des deutschen Sozialversicherungsstaates zu leisten, erhöht sich dennoch der Druck auf diese Einrichtung stetig. Dieser Druck hat seine Ursache in sozialen, gesellschaftlichen und ökonomischen Veränderungen und einer mitunter einseitig geführten Kritik. Sowohl diese Veränderungen als auch die verschiedenen Kritikpunkte an der sozialen Selbstverwaltung werden mit dem Ziel der Formulierung einer Weiterentwicklungsstrategie in diesem Gutachten analysiert und ausgewertet.

Die historisch gewachsene Funktion der Selbstverwaltung wird in der Debatte über die Zukunft des deutschen Sozialstaates oftmals nur unzureichend berücksichtigt. Ausgehend von den Ideen, Interessen und der Ausgestaltungsform der sozialen Selbstverwaltung werden Vorschläge zur Weiterentwicklung der sozialen Selbstverwaltung identifiziert und systematisiert. Ziel des Gutachtens ist weniger, die historischen, normativen und funktionalen Bedingungen der sozialen Selbstverwaltung in der GKV in Erinnerung zu rufen, sondern darüber hinaus gehend diese als Basis für eine Weiterentwicklung der sozialen Selbstverwaltung in der GKV zu nutzen.

Den Status quo der sozialen Selbstverwaltung zu verteidigen erscheint angesichts der vielfältigen Veränderungen und Kritiken keine tragfähige Strategie. Schließlich müssen neue Antworten auf die sich stellenden Fragen gegeben werden. Eine grundsätzliche Zurückhaltung gegenüber denkbaren Reformalternativen könnte letztlich die soziale Selbstverwaltung in ihrer Existenz gefährden. Deshalb erscheint es zukunftsträchtiger, eine aktive und selbstverantwortete Reformstrategie der Trägerorganisationen anzustreben.

In diesem Gutachten wird eine »Revitalisierung der Institution« im Sinne einer anschlussfähigen Neujustierung präferiert, die von den handelnden Akteuren selbst getragen werden sollte. Notwendig ist eine Qualitäts- und Qualifizierungsoffensive in der sozialen Selbstverwaltung, gepaart mit Anstrengungen

für ein Mehr an Versichertennähe, um so die Effizienz und Akzeptanz der Institution zu stärken.

# I Einleitung<sup>1</sup>

Die sozialen Sicherungssysteme der Bundesrepublik Deutschland sind seit gut 30 Jahren einem erheblichen Anpassungsdruck ausgesetzt. Dabei reicht die Bandbreite der Reformen von einfachen quantitativen Veränderungen, die sich an der jeweiligen Kassenlage orientieren, bis hin zu tief greifenden Strukturmaßnahmen, die tatsächlich einen Umbau des Sozialstaates, vor allem aber seiner Akteurskonstellation, befördern. Die Ursachen für diesen Umbau liegen in sozialen, gesellschaftlichen, ökonomischen und nicht zuletzt politischen Veränderungen begründet, die den politischen Entscheidungsträgern eine gesteigerte Reformorientierung abverlangen.<sup>2</sup> Die veränderten Umweltbedingungen beförderten in den letzten Jahren eine Konstellation, in der die Selbstverwaltung in der Gefahr steht, als Sündenbock genutzt zu werden, um von tiefergehenden Problemlagen (Beitragssatzstabilität, Qualität der Leistungen ...) des deutschen Gesundheitssystems abzulenken, die unabhängig von der Selbstverwaltung bestehen. Verschärft wird diese Lage für die Selbstverwaltung dann, wenn die dort handelnden Akteure nur unzureichend in der Lage sind, ihren eigenen positiven Beitrag zur Förderung der deutschen Gesundheitspolitik herauszustellen. Der gewachsene politische Druck gegenüber der Selbstverwaltung führt jedoch nicht selten zu Vorwürfen und Vorschlägen, die die politischen, historischen und funktionalen Leistungen dieses institutionellen Arrangements ignorieren oder zumindest gering schätzen.

Die wesentlichen strukturellen Probleme des deutschen Systems der Gesundheitspolitik sind spätestens seit den siebziger Jahren bekannt. Gleichwohl reagierten alle Reformen seit Mitte der 70er Jahre bis in die 90er Jahre lediglich damit, dass Leistungen gekürzt und Beiträge erhöht wurden. Erstmals wurde mit dem sogenannten Lahnsteiner Kompromiss von 1992<sup>3</sup> eine grundlegendere Strukturreform auf den Weg gebracht, die nicht nur Leistungseinschränkungen und neue Zuzahlungsbeträge für die Versicherten nach sich zog. Vielmehr konnten damals auch strukturelle Veränderungen durchgesetzt werden, um die knappen Mittel weiterhin den Prinzipien des Bedarfs und der Solidarität entspre-

1 Ein besonderer Dank gilt an dieser Stelle für ihre Unterstützung: Dr. Erika Mezger (HBS), Dr. Heinz Staph-Finé (DGB), Jürgen Sendler (DGB), Dr. Robert Paquet (BKK), Hans-Josef Legrand, Wilma Hagen-Henneberg und Victoria Kalass (Universität Kassel).

2 Vgl. Kapitel 3.1 – Die Herausforderungen des ökonomischen und sozialen Wandels

3 Vgl. dazu Anschnitt 2.1 Wandel und Kontinuität der Politik im Gesundheitssektor.

chend gestalten zu können. Die Übereinkunft der Regierungspartei CDU/CSU mit den oppositionellen Sozialdemokraten (jene verfügten über die Mehrheit im Bundesrat) – gewissermaßen eine informelle große »Reformkoalition« – führte zu einem wettbewerbsorientierten Paradigmenwechsel im deutschen Gesundheitswesen. Worin bestand dieser? Der Paradigmenwechsel bestand vor allem darin, dass neben den rahmensetzenden Staat und die beteiligungsorientierte soziale Selbstverwaltung nunmehr das Konkurrenzprinzip zwischen den Kassen in den Vordergrund trat, indem die freie Wahl der Versicherten zwischen unterschiedlichen Kassen etabliert wurde.

Seither ist der Veränderungsdruck auf das Gesundheitssystem stetig gewachsen. Treibende Kraft dafür ist das politisch fixierte Interesse, die Beitragssätze zur GKV zu stabilisieren, was aufgrund struktureller Veränderungen auf den Arbeitsmärkten (Erosion des Normalarbeitsverhältnisses etc.) und angesichts des medizinisch-technischen Fortschritts<sup>4</sup> erhebliche Anstrengungen verlangt. Ähnlicher Druck auf den Wandel der sozialstaatlichen Institutionenordnung des Modells Deutschland lässt sich auch in anderen Bereichen beobachten. Exemplarisch soll an dieser Stelle auf die 2002 eingeleiteten Arbeitsmarktreformen verwiesen werden, die den Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer teilweise enorme Einschnitte, insbesondere aber veränderte Verhaltensweisen abverlangt.

## **Selbstverwaltung – eine Institution mit Geschichte**

Die soziale Selbstverwaltung ist wesentlicher Bestandteil des deutschen Sozialversicherungsstaates, welcher auf eine nunmehr über 120-jährige Geschichte zurückblicken kann. Während des 19. Jahrhunderts schafften sich die Angehörigen einzelner Berufe, Berufsgruppen oder Berufsverbänden zunächst selbst eine solidarisch organisierte Gesundheitsversorgung auf freiwilliger Basis in Form sogenannter ›Freier Hilfskassen‹.<sup>5</sup> Einige wenige Arbeitgeber und Arbeitgeberinnen

4 Über die Größenordnung des Einflusses des medizinisch-technischen Fortschritts auf Kostenentwicklung in der GKV gehen die Auffassungen auseinander. So haben jüngst *Bosbach* und *Bingler* darauf aufmerksam gemacht, dass ihrer Ansicht nach die Hauptursache für die Defizite nicht auf der Kostenseite liegen (Ausgaben sind stetig im Verhältnis zur Wirtschaftskraft gewachsen) sondern vielmehr durch ein Einnahmeproblem hervorgerufen werden. Sie räumen jedoch ein, dass »überproportionale Wachstumsraten im Gesundheitswesen« eine Tatsache sind, jedoch für ein Land dessen »Reichtum zunimmt [...] akzeptabel [seien].« (S. 11) Vgl. *Bosbach*; *Bingler* (2008), S. 5-12.

5 Vgl. *Tamm* (1998), S. 81ff.

gründeten Betriebs- oder Werkskrankenkassen, um die Gesundheitsversorgung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu sichern.<sup>6</sup> In einigen Kassen herrschte aber schon damals ein Versicherungzwang, weshalb sie auch als ›Zwangshilfskassen‹ bezeichnet wurden. Offizieller Ausgangspunkt einer staatlich flankierten Sozialstaatstradition war in Deutschland die ›Kaiserliche Botschaft‹ von 1881, die heute quasi als Geburtsurkunde der deutschen Sozialversicherungen angesehen wird. Kaiser Wilhelm I. wandte sich in seiner Eröffnungsrede der ersten Session der V. Legislaturperiode des Reichstages mit folgenden Worten an die Abgeordneten des Parlaments:

*»Die Heilung der sozialen Schäden [kann, WS] nicht ausschließlich auf dem Wege der Repression sozialdemokratischer Ausschreitungen, sondern [muss, WS] gleichmäßig auf der positiven Förderung des Wohls der Arbeiter zu suchen sein. [...] Der engere Anschluss an die realen Kräfte dieses Volkslebens und das Zusammenfassen der letzteren in der Form kooperativer Genossenschaften unter staatlichem Schutz und staatlicher Förderung werden, [...] die Lösung auch von Aufgaben möglich machen, denen die Staatsgewalt allein in gleichem Umfange nicht gewachsen sein würde.«<sup>7</sup>*

Mit diesem Redebeitrag umriss Wilhelm I. die Bedeutung kooperativer Genossenschaften für eine friedliche Lösung des Klassenkonfliktes. Übersetzt in die heutige Ideenwelt meint dies, dass sozialpartnerschaftliche Arrangements zu unterstützen eine wesentliche Aufgabe des Staates ist, um soziale Konflikte zu entschärfen. Ursächlich für diese Gesetzesinitiative des damaligen Reichskanzlers Bismarck war aber nicht primär die Sorge um die verarmten proletarischen Massen, sondern vielmehr die politische Abwehr der Sozialdemokratie, der man mit der obrigkeitstaatlichen Einführung der Sozialversicherung den Wind aus den Segeln nehmen wollte. 1883 wurde die Krankenversicherung der Arbeiter gesetzlich verankert. Die damals verabschiedete Struktur prägt bis auf wenige gestalterische Momente das System der gesetzlichen Krankenversicherung bis zum heutigen Tag. Hierzu zählt besonders der Modus der geteilten Finanzierung

6 1836 gründete die Firma Krupp eine Betriebskrankenkasse mit damals 50 Angestellten, Krupp kam von Anfang an für 50% der Mitgliedsbeiträge auf.

7 Bayrische Staatsbibliothek – Online (aufgerufen am 28.12.2007): Stenographische Berichte über die Verhandlungen im Reichstag, V. Legislaturperiode, I. Session am 17. November 1881, S. 2.

durch die Arbeitnehmer- und Arbeitgeber und Arbeitgeberinnen.<sup>8</sup> Auf dieser Grundlage stellen sich die Sozialpartner den Sozialversicherungswahlen, um dann durch ihre Vertreterinnen und Vertreter die Geschicke der Kassen im Interesse ihrer Klientel mitzubestimmen.<sup>9</sup>

## **Bedeutungsdimensionen sozialer Selbstverwaltung**

Die Selbstverwaltung ist eine demokratische Institution der Gestaltung und Mitbestimmung, die auf sich wandelnde gesundheitspolitische und ökonomische Rahmenbedingungen zu reagieren vermag. Sie ist damit eine Institution der Verantwortung, mit deren Hilfe die Interessen der Versicherten und der Arbeitgeber und Arbeitgeberinnen zu einem Ausgleich gebracht werden sollen. In diesem Sinne erbringt diese Institution einen Beitrag, der das politisch-ökonomische System der Bundesrepublik zu stabilisieren hilft.

Die besondere Entstehungsgeschichte und der sich daran anschließende Strukturierungsprozess brachte divergente Funktionen und Bedeutungen der deutschen Sozialversicherungssysteme zum Ausdruck. Historisch betrachtet bestand der erste Zweck der Sozialversicherungen in der Trennung der Arbeiter- von der Armenfrage. An dieser in erster Linie symbolischen Integration der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer in das wilhelminische Herrschaftssystem hat die soziale Selbstverwaltung einen gewissen Anteil. Es ging dabei zunächst nicht um die Demokratisierung der Gesellschaft. Vielmehr versprach man sich von einer flächendeckenden medizinischen Versorgung und der Beteiligung der organisierten Arbeiterbewegung an diesen Strukturen, dass der Großkonflikt zwischen Arbeit und Kapital eingehoben werden könnte. Jedenfalls führte die institutionelle Einbindung der Arbeitnehmer- und Arbeitgeber und Arbeitgeberinnen in die Verwaltungsstrukturen dazu, dass beide Seiten in die Pflicht genommen wurden und damit Verantwortung übernehmen mussten. Diese Form der Inpflichtnahme zwingt die beiden Parteien zur konstruktiven Zusammenarbeit, was bereits in den 1920er Jahren von dem bedeutenden deutschen Soziologen

- 8 Während des Kaiserreiches und der Weimarer Republik war die Finanzierung folgendermaßen aufgeteilt: 2/3 Arbeitnehmer; 1/3 Arbeitgeber.
- 9 Ausnahme bilden die Ersatzkassen, in denen ca. 30 % der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer pflichtversichert sind. Hier stellen sich nur die Vertreterinnen und Vertreter und Vertreter der Versicherten zur Wahl. Vgl. dazu Kapitel 2.3 Kompetenzen und Architektur der Selbstverwaltung der Gegenwart und Fußnote 61.

Theodor Geiger als »Institutionalisierung des Klassenkonfliktes« bezeichnet wurde. Der korporatistische Aushandlungsmodus der sozialen Selbstverwaltung zeichnet sich besonders dadurch aus, dass er die Interessen beider Seiten zu einem Ausgleich bringt, um sowohl gemeinwohl- als auch effizienzorientiert zu arbeiten. Konflikte zwischen den Interessen werden in der Regel nicht öffentlichkeitswirksam ausgetragen, sondern nahezu geräuschlos beigelegt.

Die in der Selbstverwaltung praktizierte Partizipation der Beitragszahler ist eine Form »gelebter Demokratie«<sup>10</sup>. Durch die Wahl von Vertreterinnen und Vertretern in die Selbstverwaltungsorgane wird eine direkte Beziehung zwischen den halbstaatlichen Institutionen (der ›mittelbaren Staatsverwaltung‹) und den Finanziers der Gesundheitsversorgung geschaffen. Insbesondere die ausgesprochene Nähe zu den Versicherten ermöglicht einen bedarfsbezogenen Anschluss an die Lebenswelten der Betroffenen, wodurch eine effektive und sachgerechte Gesundheitsversorgung gesichert werden sollen.

In funktionaler Hinsicht sorgt die soziale Selbstverwaltung zunächst für die Aggregation der Interessen und Bedürfnisse von Versicherten und Arbeitgeber und Arbeitgeberinnen. Es werden in der sozialen Selbstverwaltung die grundlegenden Positionen der Sozialpartner einander gegenübergestellt und zu einem Ausgleich gebracht. Durch die Selbstverwaltung findet einerseits ein Transfer spezieller Kenntnisse statt, andererseits kann dies im Idealfall auch die Sozialpartnerschaft im Ganzen festigen.

Im Prinzip der eigenverantwortlichen Organisation durch die Sozialpartner kommt auch das Moment der Staatsentlastung zum Ausdruck. Die Sozialversicherungen nehmen ihre Aufgaben im Auftrag des Staats wahr, ohne selbst unmittelbar staatliche Institutionen zu sein.<sup>11</sup> Sie führen gewissermaßen einen halbstaatlichen Versorgungsauftrag aus, der unmittelbar an diejenigen gebunden ist, denen die zu erbringenden Leistungen zu Gute kommen sollen, nämlich den Versicherten. Deren Vertreterinnen und Vertreter üben wiederum eine Kontroll- und Legitimationsfunktion gegenüber den hauptamtlichen Akteuren der Sozialversicherungsträger in der Form aus, als dass sie die hauptamtlichen Vorstände zunächst in ihr Amt wählen und dann überwachen.

10 Vgl. Engelen-Kefer (2003), S. 366-370.

11 Formal-juristisch nimmt die Selbstverwaltung öffentliche Aufgaben in Form von Körperschaften wahr. Vgl. Forthoff (1973), S. 478.

Die korporatistische Arena der sozialen Selbstverwaltung dient aber nicht nur der gemeinsamen Entscheidungsfindung in den Kassen, sondern sie ist auch eine informelle Agentur der Begegnung, in der mitunter bedeutende Fragen der Sozialpartner angesprochen und geklärt werden, die auch über die Grenzen der Selbstverwaltung hinausreichen. Selbstverwaltung kann also auch ein Forum des informellen Austauschs sein. In diesem Fall versorgen sich die Sozialpartner wechselseitig mit Hintergrundinformationen über ihre jeweiligen Interessen und Positionen zu ökonomischen und politischen Fragen. Das Klima dieser bewährten Zusammenarbeit kann dabei in der Regel als konstruktiv bezeichnet werden. Trotz gegensätzlicher Grundpositionen und Interessen der Sozialpartner zeichnet sich die Entscheidungsfindung in den Gremien der Selbstverwaltung primär durch den Willen zum Konsens aus.<sup>12</sup>

Dass diese sozialpartnerschaftlichen Bedeutungsdimensionen der sozialen Selbstverwaltung nicht an Aktualität verloren haben, macht Matthias von Wulffen deutlich, in dem er die Funktion der sozialen Selbstverwaltung als

*»das den sozialen Sicherungssystemen zu Grunde liegende Prinzip des solidarischen Ausgleichs [bezeichnet, WS]. Soziale Selbstverwaltung ist gleichsam gelebte Sozialpartnerschaft. Die durch sie ermöglichte Partizipation der Betroffenen dient der Legitimation ihrer zwangsweisen Einbeziehung in ein System des solidarischen Ausgleichs und führt zu einer verstärkten Form ihrer Integration und Identifikation.«<sup>13</sup>*

Neben dieser durchweg positiven Bewertung des früheren Präsidenten des Bundessozialgerichtes melden sich aber auch Kritiker zu Wort, die auf die Reformbedürftigkeit der sozialen Selbstverwaltung verweisen. So machte Alexander Gunkel, Mitglied der Hauptgeschäftsführung des BDA, anlässlich des fünfzigjährigen Bestehens der sozialen Selbstverwaltung für die Seite der Arbeitgeber deutlich, dass

*»neben den dringend erforderlichen materiellen Reformen in den einzelnen Sozialversicherungszweigen, [...] organisatorische Reformen, die Veränderungen im Bereich der Selbstverwaltung einschließen, notwendig [sind, WS].*

12 GVG (2007), S. 19. Ebenso äußerte sich ein Mitglied des VR-AOK Sachsen.

13 Wulffen (2005).

*Die Strukturen der Selbstverwaltung sind – unter verstärkter Berücksichtigung von Wirtschaftlichkeitsgesichtspunkten – an die veränderten Rahmenbedingungen anzupassen.«<sup>14</sup>*

Die Kritiker der sozialen Selbstverwaltung sind in den letzten Jahren zahlreicher geworden. Häufig wird insbesondere darauf hingewiesen, dass die Versicherten selbst von der Bedeutung der Selbstverwaltung nicht mehr überzeugt seien, was sich an der rückgehenden Beteiligung an den Sozialwahlen besonders deutlich ablesen lasse.<sup>15</sup> Es drängt sich bei der mitunter überbordenden Kritik der Eindruck auf, dass die soziale Selbstverwaltung als eine Art ›Sündenbock‹<sup>16</sup> fungiert, der in den Augen Einiger für die Spielregeln des Marktes der Kassen nicht mehr taugt – identifiziert als ein bloßes ›Hemmnis der Kostenreduzierung‹. Damit soll aber noch keinesfalls gesagt sein, dass es keine legitime Kritik an der Selbstverwaltung geben kann. Vielmehr soll im Rahmen dieses Gutachtens die berechtigte Kritik an der sozialen Selbstverwaltung aufgegriffen und vor dem Hintergrund veränderter sozialer, gesellschaftlicher und ökonomischer Rahmenbedingungen eine mögliche Neujustierung erarbeitet werden. Das Gutachten startet beim gegenwärtigen Zustand (*Status quo*) der sozialen Selbstverwaltung in der GKV<sup>17</sup>, dessen historische Rekonstruktion als Basis genommen wird, um Vorschläge zur Weiterentwicklung der Selbstverwaltungsarbeit zu unterbreiten.

## **Die aktuelle Reformdebatte**

Die divergierenden Einschätzungen zur Situation der sozialen Selbstverwaltung und der sich daraus ergebende Diskurs bilden die Grundlage des vorliegenden Gutachtens. Gegenwärtig findet in Fachkreisen eine lebendige Diskussion über die Zukunft der sozialen Selbstverwaltung statt. Dabei ist zu berücksichtigen, dass eine mögliche Reform der sozialen Selbstverwaltung nunmehr auch den Weg auf die Agenda der Bundesregierung gefunden hat. Im Sommer 2007 gab

14 Gunkel (2003), S. 372.

15 Vgl. Kapitel III. und 4.1 in diesem Gutachten; vgl. auch Rzesnik (2001)

16 Spieth (2005), S. 91ff.

17 Hierzu diente uns das von der Hans-Böckler-Stiftung in Auftrag gegebene Projekt der Kollegen Braun; Buitkamp; Greß; Höppner; Lüdecke; Marstedt; Rothgang; Tamm; Wasem: »Repräsentation von Versicherten und Patienten in der GKV durch Selbstverwaltung und Kassenwahl« (unveröffentlichte Version).

das Bundesministerium für Arbeit und Soziales eine Expertise zur Geschichte und Modernisierung der Sozialversicherungswahlen<sup>18</sup> in Auftrag. Mit diesem Gutachten sollte die historische Entwicklung der Sozialversicherungswahlen aufgearbeitet werden. Vor dem Hintergrund ihrer Analysen plädieren die Gutachter für die grundsätzliche »Beibehaltung der Sozialwahlen als zentralem und unverzichtbaren Modus der Verwirklichung der Grundkonzeption der Selbstverwaltung«<sup>19</sup> und erteilen anderweitigen Bestimmungs- oder Entsendedurchverfahren eine Absage. Zugleich forderte die Gutachtergruppe »die Praxis der Friedenswahlen so weit wie möglich zurückzudrängen und durch Urwahlen zu ersetzen« sowie den Kreis der wählbaren Organisationen (Vorschlagsrecht für Wahllisten) zu Gunsten »sonstiger Vereinigungen mit sozial- oder berufspolitischer Zwecksetzung«<sup>20</sup> zu erweitern.

Auch die Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. legte 2008 eine eigene Stellungnahme zur Zukunft der sozialen Selbstverwaltung vor. Darin machte sie deutlich, dass die soziale Selbstverwaltung ein »zentraler Bestandteil der kulturellen Ordnung und des Gesellschaftskonsenses in Deutschland« ist und somit als »tragendes Prinzip der politischen Systems« erhalten bleiben müsse.<sup>21</sup> Es sei wünschenswert und notwendig, dass es der Bundesregierung bis zu den kommenden Sozialwahlen im Jahre 2011 gelänge, die »Attraktivität und Akzeptanz (Wahlbeteiligung) der Sozialversicherungswahlen und damit der sozialen Selbstverwaltung bei den Versicherten und in der Öffentlichkeit [zu, WS] verbessern«<sup>22</sup>.

- 18 Gutachtergruppe – »Geschichte und Modernisierung der Sozialversicherungswahlen« – im Auftrag des BMAS: Bernard Braun (Universität Bremen); Tanja Klenk (Universität Bremen); Winfried Kluth (Universität Halle); Frank Nullmeier (Universität Bremen); Felix Welti (Hochschule Neubrandenburg).
- 19 Braun; Klenk; Kluth; Nullmeier; Welti: (unveröffentlicht), S. 272.
- 20 Ebenda, S. 273.
- 21 GVG (2007), S. 11.
- 22 Vergabeunterlagen des BMAS: Geschichte und Modernisierung der Sozialversicherungswahlen.

## **Ziel dieses Gutachtens**

Dieses Gutachten verfolgt das Ziel, Vorschläge zu unterbreiten, um die Akzeptanz der sozialen Selbstverwaltung zu verbessern. Angesichts der tiefen Verwurzelung der sozialen Selbstverwaltung im ›Modell Deutschland‹ sollte eine Deformierung dieser Institution verhindert werden. Der Weg zu mehr Akzeptanz könne durch eine von den Akteuren der sozialen Selbstverwaltung selbst verantwortete Revitalisierung angestrebt werden. Auf dem Weg zu diesem Projekt der selbstverantworteten Revitalisierung ist aber auch die gesellschaftliche Debatte über Funktion, Sinn und Zweck dieser Einrichtung hilfreich. Notwendig ist es, Bedeutungen und Funktionen dieser Einrichtung kritisch zu reflektieren, um auf dieser Grundlage eine zeitgemäße Revitalisierungsstrategie zu erarbeiten. Sowohl die funktionale Bedeutung als auch der gegenwartsbezogene Wert der sozialen Selbstverwaltung bilden die Basis für die in diesem Gutachten vorgeschlagene Revitalisierungsstrategie.

Um zu verdeutlichen in welche Richtung die soziale Selbstverwaltung sich weiter entwickeln kann, werden die analytischen Grundkategorien *Ideen, Interessen und Institutionen* herangezogen. Denn um die Potentiale der sozialen Selbstverwaltung wieder deutlicher in den Vordergrund zu rücken, ist es zunächst notwendig, die dieser Einrichtung zugrundeliegenden gesellschaftlichen Ideen, die dazugehörigen Interessen der beteiligten Akteure sowie die institutionelle Ausgestaltung zu verstehen.

*Ideen* beziehen sich auf die Werthaltungen (Normen, Grundüberzeugungen) der Mitglieder einer Gesellschaft, welche das kollektive Handeln der Akteure bestimmen bzw. leiten. Es geht dabei in unserem Kontext vor allem um die positiven Orientierungspunkte, die ein auf gesellschaftliche Integration bestimmtes Zusammenleben ermöglichen. In diesem Sinne sind die sogenannten Grundwerte von Freiheit, Gerechtigkeit, Solidarität sowie das Subsidiaritätsprinzip zu nennen. Im Falle der sozialen Selbstverwaltung ist hierunter vor allem die Mitbestimmung der Betroffenen – auf der Basis des Repräsentationsprinzips, getragen von der Idee solidarischer Verbundenheit – subsumiert. Bezogen auf ein einzelnes Politikfeld bestimmen bzw. kanalisieren Ideen das Handeln von Akteuren, so dass diesen eine bestimmte Handlung entweder als legitim und damit durchsetzbar oder als illegitim erscheint. Zudem zeichnen sich diese Grundüberzeugungen dadurch aus, dass sie dauerhaften Charakter aufweisen und sich nur sehr langsam verändern, weil sie das Produkt kollektiver Erfahrung sind. Bezogen auf

den Gesundheitssektor verweisen Döhler und Manow etwa auf den Bestand von Ideen, die über eine solch starke »Orientierungskraft« verfügen, dass wesentliche Änderungen des gesundheitspolitischen Ordnungsmodells verhindert werden und der »Bereich zulässiger Reformoptionen durch solche verhaltensleitenden Ideen auf bestimmte Korridore wirksam [einge- WS] grenzt«<sup>23</sup> wird.

Der *Begriff des Interesses* wird hingegen deutlich enger gefasst. Er verbindet sich mit einem einzelnen Individuum oder, wie in unserem Falle, mit einer abgrenzbaren Gruppe von Personen (Akteuren) und spiegelt eindeutig zuordnbare »Absichten und Ziele (vor allem: materielle, ökonomische und politische Ziele) [wider, WS], deren Verwirklichung [...] nützlich oder vorteilhaft ist.« Die Spannweite der Akteure reicht im Falle der Diskussion um eine mögliche Reform der sozialen Selbstverwaltung von den unmittelbar beteiligten Sozialpartnern (Gewerkschaften und Arbeitgeber), der Ministerialbürokratie (Staat), gesundheitspolitischen Experten (Gutachter) bis hin zur Politik (Parteien).

*Institutionen* beschreiben in unserem Falle gewachsene und gesellschaftspolitisch gewollte Arrangements der Begegnung und Kooperation von interessengeleiteten Akteuren. Die soziale Selbstverwaltung kann hier eindeutig zugeordnet werden. Es wird ein Verständnis des Neo-Institutionalismus aufgegriffen, das über die Darstellung ausschließlich formaler politischer Entscheidungsstrukturen (klassischer Institutionalismus) hinaus auch eine Erklärung für effektive Zustände und Befindlichkeiten der Akteure im Zusammenhang mit diesen Arrangements liefern will.<sup>24</sup>

Bezogen auf M. Weber kennzeichnet R.M. Lepsius das Verhältnis der drei Begriffe folgendermaßen: »Die Interessen, ihre Formulierung, die Konflikte zwischen ihnen, und die Ideen, die Wertvorstellungen, auf die sich das Handeln [...] der Kollektive bezieht [...] [sorgen dafür, dass, WS] die Institutionen begründet und legitimiert werden.«<sup>25</sup> Folgt man dieser zusammenhängenden Darstellung, so kommt Institutionen eine »Daseinsberechtigung« bzw. Legitimation zu, indem sie diese von interessengeleiteten Akteuren verliehen bekommen. Dies kann geschehen, indem die betroffenen Akteure unmittelbar an der Institution partizipieren bzw. diese mitbestimmen, wie es der Fall bei der sozialen Selbstverwaltung ist. Hier spricht man dann von einer sogenannten *Input-Legitimation*, oder dem

23 Die Autoren identifizieren etwa das *Solidaritätsprinzip* und das Steuerungsmoment der *Selbstverwaltung* als solche Ideen. Döhler; Manow (1995), S. 142.

24 Oftmals werden auch ideelle Normen in Zusammenhang mit dem Begriff der Institution gebracht. Nach unserer Einordnung zählen wir diese jedoch zu den Ideen.

25 Lepsius (1990), S. 31.

»government by the people«. Die Betroffenen stehen in aktiver Beziehung zu den Entscheidungen in der Institution, welche in einer direkten Legitimationskette auf sie zurückgeführt werden können. Demgegenüber kann eine Institution aber auch dadurch an Legitimität gewinnen, indem sie den Betroffenen eine gewisse Bandbreite an Leistungen oder Produkten zur Verfügung stellt bzw. kollektive Probleme zu lösen vermag. Hier spricht man dann von *Output-Legitimität*<sup>26</sup> oder auch vom »government for the people«. Bei dieser Form der Legitimation spielt Partizipation, bzw. ein aktives Zutun der Betroffenen keine oder eine nur untergeordnete Rolle.

Die soziale Selbstverwaltung vereinigt gegenwärtig noch beide Legitimationsquellen. Zum einen legitimiert sie sich durch die Zurverfügungstellung bedarfsoorientierter Leistungspakete (Output) und zum anderen gewinnt sie Legitimität durch die Beteiligung der Betroffenen an den Entscheidungen der Sozialversicherungsträger (Input).

## Aufbau des Gutachtens

Dieses Gutachten gliedert sich in fünf Abschnitte, die in zwei grundlegende Teile unterteilt sind. Während im ersten Teil eine historische Bestandsaufnahme der sozialen Selbstverwaltung in der GKV (*Status quo*) vorgenommen wird, widmet sich der zweite Teil des Gutachtens der Frage nach den Grundlagen einer reformerischen Perspektive. Es geht in diesem Teil darum, die Grundlagen einer revitalisierenden Strategie der sozialen Selbstverwaltung im Modell des deutschen Sozialversicherungsstaates zu identifizieren und zu reflektieren.

In der Einleitung wurden der Gegenstand des Gutachtens und verschiedene Begrifflichkeiten geklärt. Es folgte ein Abschnitt, der sich mit dem Ursprung und der Entwicklung der sozialen Selbstverwaltung in der Bundesrepublik befasst. Im folgenden Abschnitt III werden die veränderten Rahmenbedingungen für die Arbeit der sozialen Selbstverwaltung im Zusammenhang mit den Strukturproblemen in der GKV systematisiert. Der Abschnitt IV greift dann die wesentlichen Kritikpunkte an der gegenwärtigen Konzeption der sozialen Selbstverwaltung auf, um die Interessen und Positionen der Hauptakteure zu verdeutlichen. Auf dieser Basis wird eine gegenwartsbezogene Bestandsaufnahme sozialer

26 Vgl. zu den beiden Begrifflichkeiten: Scharpf (1999).

Selbstverwaltung herausgearbeitet, die als Grundstock für die dann folgende Reformkonzeption genutzt wird. Der V. Abschnitt widmet sich der Diskussion der Reformszenarien der sozialen Selbstverwaltung. Anhand einer gegenwartsbezogenen Bestandsaufnahme von sozialer Selbstverwaltung und zukünftigen Herausforderungen werden die derzeitigen Entwicklungsmöglichkeiten analysiert. Die daraus gezogenen Konsequenzen werden zu einem Reformvorschlag verdichtet, der im VI. Abschnitt als *Kasseler Konzept zur Revitalisierung der Selbstverwaltung* vorgestellt wird. Dieser Vorschlag ist so angelegt, dass er als Handreichung für zukünftige Diskussionen ausgegliedert werden kann.

Die Materialbasis dieses Gutachtens besteht sowohl in umfangreichen Auswertungen von Veröffentlichungen zur sozialen Selbstverwaltung als auch in einer Vielzahl von Experteninterviews. Zudem konnte auf das von der Hans-Böckler-Stiftung geförderte Projekt »Die Repräsentation von Versicherten und Patienten in der gesetzlichen Krankenversicherung durch Selbstverwaltung und Kassenwahl«<sup>27</sup> zurückgegriffen werden.

27 Braun; Buitkamp; Greß; Wasem u.a. (unveröffentlicht), S. 232ff.

## **II Zur historischen Entwicklung der sozialen Selbstverwaltung in der GKV**

### **2.1 Wandel und Kontinuität der Politik im Gesundheitssektor**

Das Organisationsprinzip der Selbstverwaltung, ein wesentlicher Bestandteil deutscher Sozialstaatstradition<sup>28</sup>, ist mittlerweile in vielen gesellschaftlichen Bereichen etabliert. So treffen wir dieses Organisationsprinzip beispielsweise auch bei den Berufsständen, den Studentenschaften und vor allem im kommunalen Bereich an.<sup>29</sup> Es geht bei diesem Ordnungsprinzip um eine Delegation hoheitlicher Aufgaben an gesellschaftliche Akteure, damit die dortigen Belange möglichst unmittelbar und sachgerecht gestaltet werden. Denn durch ehrenamtliche Akteure, die über eine besondere Orts- und Sachkenntnis verfügen, können die Bürgerinnen und Bürger und Bürger betreffenden Prozesse vertrauensorientierter kommuniziert und gestaltet werden. Diese Dimension ergänzt und verstärkt nicht nur die hauptamtliche Verwaltung, sondern kann auch als ein Element der politisch gewollten Gewaltenteilung begriffen werden.

#### **Ursprünge**

Mit der Einführung der Sozialversicherung in den Bereichen Krankheit, Unfall und Rente wurde in den 80er Jahren des 19. Jahrhunderts die soziale Selbstverwaltung als gestaltendes Prinzip etabliert. In den verschiedenen Zweigen der Sozialversicherungen etablierte sich von Anfang an ein unterschiedlicher Umgang mit dem Prinzip der funktionalen Selbstverwaltung. Dies hat sich bis zum heutigen Tag nicht geändert. Schon im Jahr 1911 wurde die deutsche Sozialversicherung im Regelwerk der Reichsversicherungsordnung (RVO) zusammengefasst. Mit der Reform zur RVO erhielten die Träger der Sozialversicherung Rechtsfähigkeit und wurden zu ›Anstalten des öffentlichen Rechts‹ (AdöR) oder ›Körperschaft des öffentlichen Rechts‹ (KdöR) erhoben. Die AdöR unterscheidet sich dabei von der heutigen Rechtsform der Sozialversicherungsträger – der KdöR – in einem wesentlichen Aspekt. Während die KdöR das Partizipations- und Mitbestimmungsmoment seiner Mitglieder durch das Institut der Selbstverwaltung verwirklicht, sind bei der Rechtsform der AdöR die Bürgerinnen und

28 Vgl. Leopold (1996), S. 79-109; vgl. auch Tennstedt (1977), S. 13-219.

29 Dazu Forsthoff (1973), S. 471; Müthling (1966), S. 10ff.

Bürger lediglich ›Nutzer‹ dieser Institution, welche stellvertretend für den Staat allgemeine Leistungen zur Verfügung stellt. Die immense Bedeutung, die den Sozialversicherungen für die Befriedung der Gesellschaft zugesprochen wurde, drückte sich im Jahre 1919 auch darin aus, dass ihnen in der Weimarer Reichsverfassung in Art. 161 explizit Verfassungsrang eingeräumt wurde.

*»Zur Erhaltung der Gesundheit und Arbeitsfähigkeit, zum Schutz der Mutter-  
schaft und zur Vorsorge gegen die wirtschaftlichen Folgen von Alter, Schwä-  
che und in den Wechselfällen des Lebens schafft das Reich ein umfassendes  
Versicherungswesen unter maßgebender Mitwirkung der Versicherten.«<sup>30</sup>*

Das unmittelbare Mitwirkungsprinzip in der Sozialversicherung kam in den erstmals 1913 durchgeführten Sozialwahlen zum Ausdruck. Auf der Basis der Verhältniswahl werden Vertreterinnen und Vertreter der Arbeitnehmer- und der Arbeitgeber und Arbeitgeberinnen jeweils getrennt voneinander bestimmt und in die Selbstverwaltungsorgane delegiert. Alle Sozialversicherungsträger besaßen eine Organisationsstruktur, wonach sie von einem Vorstand geleitet und nach außen vertreten wurden. Daneben gab es ein weiteres, unterschiedlich benanntes Selbstverwaltungsorgan. Während des Nationalsozialismus fielen auch die Sozialversicherungsträger dem Diktat der Gleichschaltung zum Opfer und die Selbstverwaltung wurde durch das Führerprinzip ersetzt.

Bundeskanzler Adenauer formulierte zwar in seiner ersten Regierungserklärung 1949 das Bekenntnis: »Die Selbstverwaltung muss an die Stelle staatlicher Bevormundung treten«<sup>31</sup>. Doch erst Anfang der fünfziger Jahre gelang es ein soziales Selbstverwaltungssystem aufzubauen, das an die tradierten Rechtsstrukturen der Weimarer Republik anknüpfte. Am 22.2.1951 verabschiedete der Deutsche Bundestag das »Gesetz über die Selbstverwaltung und über die Änderung von Vorschriften auf dem Gebiet der Sozialversicherung« (SvG), welches den Grundstein für die sozialpartnerschaftliche Verwaltung in der GKV legte. »Als Grundlage diente der Gedanke, unter Heranziehung der Gewerkschaften und Arbeitgeberverbände eine genossenschaftliche, vom Staat relativ unabhängige Aufgabenwahrnehmung in einem wichtigen Teilbereich der sozialen Sicherheit

30 Weimarer Reichsverfassung vom 11. August 1919, [www.documentenarchiv.de](http://www.documentenarchiv.de).

31 Adenauer, Konrad: Erste Regierungserklärung, 20.9.1949, PDF-Download, [www.mitmischen.de](http://www.mitmischen.de).

zu gewährleisten.«<sup>32</sup> Das System der gesundheitlichen Versorgung zeichnete sich nunmehr durch folgende Merkmale aus:

- das Solidarverständnis, welches sich in einer einkommensabhängigen Finanzierung (Leistungsfähigkeitsprinzip) ausdrückt,
- die paritätische Finanzierung der Krankenversicherungsbeiträge durch Erwerbstätige und Arbeitgeber
- und die Integration gesellschaftlicher Statusgruppen wie Gewerkschaften und Arbeitgeberverbände in die Entscheidungsstrukturen der Krankenkassen mittels des Prinzips der Selbstverwaltung.

Mit der Verabschiedung des SvG wurde die soziale Selbstverwaltung verankert und übernahm konkrete Verwaltungsverantwortung, während der Rahmen für ihre Handlungsfreiheit durch den Gesetzgeber bestimmt wird.

**Abb.1 Steuerungsmechanismen in der GKV bis 1996**



Im Detail zeichnete sich das Gesundheitssystem (inkl. Selbstverwaltung) durch folgende Ausgestaltungsmerkmale aus:

- Ein fest gegliedertes Kassensystem, das die Branchenzugehörigkeit der Versicherten durch Pflichtmitgliedschaft abbildete.
- Selbstverwaltungsorgane waren die ehrenamtliche Vertreterversammlung und der von ihr gewählte ehrenamtliche Vorstand.
- Dem Vorstand stand ein hauptamtlicher Geschäftsführer bzw. eine Geschäftsführung zur Seite (kein Selbstverwaltungsorgan).

32 Lee (1997), S. 42.

- Die Vertreterversammlung setzte sich aus maximal 60 Personen – meist paritätisch aufgeteilt nach Versicherten- und Arbeitgebervertreterinnen und -vertretern – zusammen.<sup>33</sup>
- Sechsjährlich stattfindende Sozialversicherungswahlen zur Bestimmung der Versicherten- und Arbeitgeber und Arbeitgeberinnenvertreter.
- Verwaltungskompetenzen der Selbstverwaltung analog des Subsidiaritätsgebotes im Rahmen staatlicher Aufsicht.<sup>34</sup>

Aufgrund der positiven ökonomischen Entwicklung der 1950er und 1960er Jahre stand einem stetigen Ausbau<sup>35</sup> der gesundheitlichen Versorgung nichts im Wege. Zugleich führte dieser Ausbau zwangsläufig zu Kostensteigerungen, denen mit Erhöhungen der Beitragssätze begegnet wurde.<sup>36</sup> Die Sozialversicherungen und ihre sozialen Selbstverwaltungen wirkten in einer sich rasant verändernden Bundesrepublik als stabilisierender Gestaltungsakteur. Zum einen etablierte sich durch die Einbindung der Sozialpartner in die Selbstverwaltung deren konstruktive Zusammenarbeit in einer prosperierend-kapitalistischen Wirtschaftsordnung. Zum anderen integrierte die Sozialversicherung die abhängig Beschäftigten und pflichtversicherten Bürgerinnen und Bürger mithilfe von Formen solidarischer Umverteilung sowie starker Absicherungs- und Teilhabemomente in den jungen Staat.

Mit der Verschlechterung der ökonomischen Situation infolge der Weltwirtschaftskrise 1973/74 setzte eine erste Phase des Rückbaus<sup>37</sup> in der GKV ein, die auch gestalterisch von der sozialen Selbstverwaltung begleitet wurde. Denn steigende Arbeitslosenzahlen führten zu einer Verschlechterung der Einnahmesituation der Kassen. Infolgedessen sahen sich die Vertreterversammlungen der Krankenkassen zum Umdenken gezwungen und verordneten den Kassenbudgets eine freiwillige Ausgabendeckelung bis 1977. Aufgrund dieser Deckelung gelang es, dass die Gesundheitsausgabenquote ab 1975 – nach einer kontinuierlich steigenden Tendenz in den Jahren nach der Gründung der Bundesrepublik – in eine Stagnationsphase überging.

33 Während der Weimarer Republik war die Aufteilung noch nach dem Verhältnis 2/3 Arbeitnehmer und 1/3 Arbeitgeber geregelt. Nur die Ersatzkassen bildeten eine Ausnahme, hier bestimmen nur Versichertenvertreterinnen und -vertreter.

34 Leopold (1996), S. 262 ff.

35 Bandelow (2006), S. 160ff.

36 Der Beitrag stieg von 6 % im Jahre 1950 auf 9,5 % 1961. Gesetzesinitiativen zur Begegnung dieses Trends 1961 und 1964 scheiterten jedoch am Widerstand der Leistungserbringer.

37 Bandelow (2006), S. 160ff.

Im Jahre 1977 wurde dieser Strategiewechsel auch durch eine gesetzliche Regelung flankiert. Mit dem Krankenversicherungs- und Kostendämpfungsge- setz (KVKG) erfolgte eine deutliche Verlagerung von Kostensteigerungen im Gesundheitswesen zu Lasten der Versicherten. So mussten sie ab diesem Zeit- punkt Zuzahlungen für Medikamente, Verbands- und Heilmittel, Zahnersatz sowie zusätzliche Eigenaufwendungen für Fahrten zur ärztlichen Behandlung aufbringen. Diese Maßnahmen bildeten den Auftakt für weitere Kostenverlage- rungen, die auch in den Folgejahren von den Versicherten geschultert werden mussten. Obwohl sehr lange an dieser eindimensionalen Kostenstrategie festge- halten wurde,<sup>38</sup> stellten sich die gewünschten Ziele, wie beim Rennen zwischen dem Hasen und dem Igel, nur begrenzt ein. Als Ursache für die vergleichsweise schlechten Ergebnisse – insbesondere bei der Reform von 1989 – wurde auf die »Dominanz reformfeindlicher Verbände«<sup>39</sup> verwiesen, was im Übrigen laut Naschold<sup>40</sup> auch schon für die Reformversuche der Jahre ‹61 und ‹64 gegolten habe. Dieser Verweis richtet sich insbesondere auf die in der Akteurskonstellation des Gesundheitssystems als besonders einflussreich geltenden Verbände der Ärzte und Zahnärzte, die qualitative Reformen immer wieder blockiert haben.

Eine wirkliche Neuordnung der Gesundheitsversorgung wurde erst mit dem Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) vom 21. Dezember 1992 durchgesetzt (1993 in Kraft getreten). Die als ›Lahnstein Kompromiss‹ bekannt gewordene Über- einkunft des Unionspolitikers und damaligen Gesundheitsministers Seehofer (CSU) und dem Gesundheitsexperten der oppositionellen Sozialdemokraten Dreßler setzte verschiedene einschneidende Akzente. In der ersten Stufe der Reform wurde neben klassischen Kürzungen und Kostenverlagerungen zu Lasten der Versicherten auch der Risikostrukturausgleich (1994) zwischen den Kassen eingeführt, der als Umverteilungsmoment das ungleiche Kostenrisiko der Kas- sen – aufgrund der unterschiedlichen Klientelstrukturen – kompensieren sollte. Darüber hinaus wurde in der zweiten Stufe der Gesundheitsreform im Jahr 1996 die Pflichtzugehörigkeit der Versicherten aufgehoben und den Versicherten ein Kassenwahlrecht eingeräumt. Dies hatte zur Folge, dass sich Wettbewerb und Marktbeziehungen zwischen den Krankenversicherungen etablierten. Damit wurden die Steuerungsmodi einer bedarfsbezogenen GKV qua Selbstverwaltung

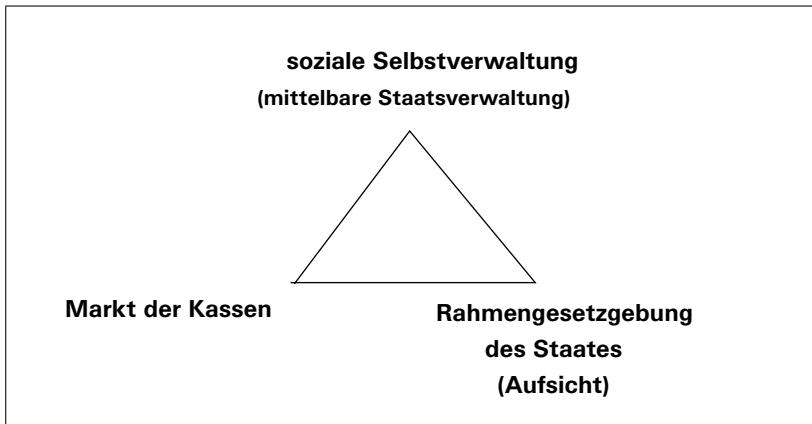
38 1982 das *Kostendämpfungs-Ergänzungsgesetz* (KDEG); 1983 *Haushaltsbegleitgesetz*; 1989 *Gesundheitsreformgesetz* (GRG).

39 Bandelow, (1998) S. 74 ff..

40 Naschold, (1967).

und staatlicher Rahmengesetzgebung durch die Logik marktwirtschaftlichen Wettbewerbs ergänzt. Steuerungsmodi in der GKV bilden nunmehr seit 1996 eine Trias.

**Abb.2 Trias der Steuerungsmodi in der GKV ab 1996**



Laut *Cassel* war die Reform einem »Bruch mit der Tradition von Krankenkassen als hoheitlich inspirierter Körperschaft mit vorrangig sozialpolitischem Auftrag«<sup>41</sup> gleichbedeutend. Die wesentliche Konsequenz der einschneidenden Veränderungen manifestierte sich in einem neuen Wettbewerb der Kassen um die besten Beitragszahler. Durch diesen Kassenwettbewerb sollten Kosten und Beiträge gesenkt werden. Zugleich wurden die Versicherten nunmehr als Kunden wahrgenommen. Sichtbarster Ausdruck des neuen Wettbewerbs war eine Welle von kostenreduzierenden Kassenfusionen. Diese Welle hält bis heute an. Mit der Marktabstabilisierung waren ebenfalls Anforderungen verbunden, die Veränderungen der internen Organisationsstrukturen der Kassen notwendig machten. In diesem Kontext zeigte sich, dass die etablierten Strukturen der Krankenkassen »zunehmend [...] dysfunktional für die Organisation [...] [waren, WS] und notwendige Innovationen [behinderten, WS].«<sup>42</sup>

Es galt insbesondere eine Flexibilisierung der Handlungsstrukturen der Kassen umzusetzen, um diese den neuen Anforderungen des Marktes anzupassen. Die Reform der Selbstverwaltungsstrukturen zielte dabei auf ein Straffung der

41 Cassel (1993), S. 23.

42 Braun; Greß; Rothgang; Wasem (2008), S. 93.

Entscheidungsstrukturen. Die neuen Verwaltungsräte wurden in »primäre Kontrollorgane« umgewandelt.<sup>43</sup> »Gestärkt wurde die Position der hauptamtlichen Akteure in der Selbstverwaltung, wohingegen die Handlungskompetenzen der ehrenamtlichen Selbstverwaltungskräfte in der Tendenz eingeschränkt wurden.«<sup>44</sup> Der Verlust von Mitbestimmungsrechten der vormaligen Vertreterversammlungen sollte mittels verstärkter Kontrollmechanismen kompensiert werden. So ist etwa *Fuchs* der Auffassung, dass die »Verwaltungsräte im Rahmen des Satzungs- und Haushaltsrechts [...] eine Fülle von Möglichkeiten haben« und kommt zu dem Schluss, dass »der Umfang der Gestaltungs- und Einflussnahmemöglichkeiten des Verwaltungsrates und deren Wirksamkeit davon abhängen, ob und wie die Selbstverwaltung, d.h. die Mitglieder [...] von ihren Instrumenten und Möglichkeiten Gebrauch machen.«<sup>45</sup>

Die wichtigsten Änderungen der Organisationsreform<sup>46</sup> sind auch gegenwärtig noch bestimend:

- Die bislang ehrenamtlich wirkende Vertreterversammlung wurde durch den noch heute ehrenamtlich agierenden Verwaltungsrat ersetzt.
- Die Anzahl der Versicherten- und Arbeitgebervertreterinnen und -vertreter im Verwaltungsrat wurde auf max. 30 Mitglieder reduziert (ebenfalls partitisch).
- Die Kompetenzen des Verwaltungsrates wurden auf strategische Aufgaben und Elemente grundsätzlicher Bedeutung (Legislativorgan) reduziert.
- Der vormals ehrenamtliche und von den Selbstverwaltern gewählte Vorstand der Kasse arbeitet nunmehr hauptamtlich und führt das operative Tagesgeschäft der Kasse (Exekutive).

Mit zwei GKV-Neuordnungsgesetzen im Jahr 1997 wurde die dritte Stufe der Gesundheitsreform umgesetzt. Sie zielte auf eine Stärkung der Eigenverantwortung der Akteure in der gemeinsamen Selbstverwaltung: der Leistungserbringer, der Kassen und der Krankenhäuser. Hiermit war die Hoffnung verbunden die Kostensteigerung in der GKV nicht allein mittels einer Deckelung, sondern vielmehr durch ein verstärktes Verantwortungsgefühl der Akteure zu begrenzen. Mit diesem Schritt wurde erstmals seit 1993 ein Zeichen gegen ein weiteres, einseitiges Erstarken der unsolidarischen Marktlogik in der GKV sowie gegen

43 Vgl. Cassel, (1993), S. 23.

44 Klenk (2006), S. 281.

45 Fuchs (1994), S. 253.

46 Vgl. Felix (2001), S. 43-64.

einen weiteren Ausbau der Dominanz eines unflexiblen Systems staatlicher Regulierung gesetzt.

Das Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG) aus dem Jahr 2004<sup>47</sup> führte den strukturellen Umbau der GKV<sup>48</sup> fort. Ein besonderer »Akzent« dieser Reform besteht in der Aufteilung des Beitrags zur GKV, der auf ein durchschnittliches Niveau von 13 % zurückgeführt werden sollte. Dem Mythos der »paritätischen« Beitragsteilung wurde eine Absage erteilt, indem die Versicherten zur Finanzierung eines Zusatzbeitrags in Höhe von 0,9 % des Bruttolohns heranzogen wurden. Dieser Schritt kam einer neuen Qualität offen praktizierter und einseitiger Belastung der Versicherten zu Gunsten der Arbeitgeber und Arbeitgeberinnenseite gleich. Zudem wurde dem Qualitätsaspekt in dieser Strukturreform ein höherer Stellenwert eingeräumt. Mit dem Ziel die Qualitätssicherung stärker zu beachten, wurde das Amt einer Patientenbeauftragten eingerichtet, deren Arbeit von einem unabhängigen Institut für Qualitätssicherung und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) unterstützt wird. Zudem wurden die vormalig getrennt agierenden Ausschüsse der gemeinsamen Selbstverwaltung zum Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zusammengefasst.

Dem Ausschuss stehen nunmehr auch vier Organisationen von Patientinnen und Patienten beratend zu Seite.<sup>49</sup> Durch diese direkte Beratung der Entscheidungsträger, sollen die Betroffeneninteressen besser berücksichtigt werden. Insgesamt erfährt das System dadurch einen potentiellen Legitimitätszuwachs. Die Patientinnen und Patientenvertreter verfügen zwar über kein eigenes Stimmrecht, dennoch wurde mithilfe der einzelnen Maßnahmen ihre wachsende Bedeutung in der GKV unterstrichen. Diese Inkorporierung könnte Signalwirkung auch für die soziale Selbstverwaltung haben, die sich hier bereits in einem Ruf nach »Dritten Bänken« äußert.

Im Bundestagswahlkampf 2005 warben die politischen Lager mit sich diametral gegenüberstehenden Konzepten zur zukünftigen Finanzierung der GKV. Während die Union für die sogenannte Gesundheitsprämie plädierte, machte sich die Sozialdemokratie für das Konzept der Bürgerversicherung stark. Da sich in der Großen Koalition keiner der beiden Reformvorschläge durchsetzen ließ, wurde nach einem Weg gesucht, der für die Zeit nach der Großen Ko-

47 Vgl. Kruse, Hänlein, (2004).

48 Bandelow (2006).

49 Deutsche Behindertenrat (DBR), BundesArbeitsGemeinschaft der Patientinnen und Patientenstellen (BAGP) Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V; Verbraucherzentrale Bundesverband e. V.

alition jedoch beide Alternativvorschläge offen lassen sollte. Da es in beiden Lagern Kritik und Veränderungsbedarfe im Bereich der Kassen und deren Selbstverwaltungen gab, richtete sich die Politik der Veränderung zunächst und primär auf diese Akteure. So einigte man sich im Rahmen der Großen Koalition auf das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) von 2007. Im Zentrum dieses Gesetzes steht die für 2009 vorgesehene Einrichtung eines Gesundheitsfonds, der die Beitragsautonomie der einzelnen Kassen abschafft. Zugleich ist mit diesem Ansatz zukünftig weder die Weiterentwicklung der GKV in Richtung einer Gesundheitsprämie noch einer Bürgerversicherung verbaute. Die Reform kann als eine Art offener Vorstufe zu einer grundsätzlicheren Richtungsentscheidung in der GKV verstanden werden. Konsens bestand in der großen Koalition darüber, dass die Gesundheitsfinanzierung stärker vom Faktor Arbeit abgekoppelt und über Steuermittel finanziert werden soll. Diese Entwicklungsperspektive wird durch das GKV-WSG unterstrichen, bei dem ein jährlich wachsender Steuerzuschuss in den Gesundheitsfond fließen soll, um die Mitabsicherung der Kinder der Versicherten zu finanzieren.

Die Reform hat einen Umbau der GKV eingeleitet und wird weitere bedeutende Neustrukturierungen derselben auf den Weg bringen:

- Versicherungspflicht für alle Bürgerinnen und Bürger. Mithilfe dieser Maßnahme soll die Einnahmebasis erweitert werden. Ehemals GKV Versicherte müssen von ihrer Kasse wieder aufgenommen werden (zum 1. April 2007).
- Stärkung der Rechte der Versicherten in der Privaten Krankenversicherung (PKV) und tendenzielle Angleichung der Strukturen an die GKV (Verpflichtung zum Anbieten eines Basistarifs).
- Ausweitung der Leistungen der GKV hinsichtlich eines Rechtsanspruches auf Rehabilitation und häusliche Krankenpflege, Übernahme empfohlener Impfungen und von Eltern-Kind-Kuren, Ausbau der Palliativmedizin.
- Zusammenfassung der verschiedenen Bundesverbände der Krankenkassen zum Spitzenverband Bund als zentralen Ansprechpartner, Recht zu kassenarrenübergreifenden Fusionen.
- Ausbau der Qualitätsorientierung in den Bereichen Beitrag (Wahltarife) und Arzneimittel (Kosten-Nutzen-Analysen durch das IQWiG) mit dem Ziel gesunde und leistungsstarke Versicherte zu halten und Kosten zu reduzieren.
- Gesetzliche Festlegung der Kassenbeiträge ab 2009.

- Einführung des Gesundheitsfonds und eine Reform des RSA zum Morbi-RSA (Mitberücksichtigung von 80 chronischen Krankheiten bei der Umverteilung).

Der wohl schwerste Einschnitt dieser Reform besteht darin, dass die Beitragssätze nunmehr nicht durch die einzelnen Kassen festgelegt werden. Vielmehr soll es zukünftig einen gemeinsamen Beitragssatz für alle Kassen geben. Ab 2009 obliegt es dem BMG über einen einheitlichen Beitragssatz zu entscheiden. Die Selbstverwaltungen der Kassen haben dann nur noch das Recht, einen Zusatzbeitrag vom Bruttolohn (max. 1%) zu erheben, für den Fall, dass ihre Finanzierungsbasis über die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nicht ausreicht. Denkbar ist jedoch auch, dass sie bei guter Haushaltslage einen kleinen Teil ihrer Beiträge an die Versicherten zurückgeben können. Die staatliche Festsetzung der Beiträge wird zu einer Einschränkung des Kassenwettbewerbs führen. Experten befürchten daher eine mögliche Steigerung der Beiträge.<sup>50</sup>

Die soziale Selbstverwaltung verliert durch das neue Gesetz künftig an zwei zentralen Stellen an Bedeutung – nämlich hinsichtlich der Festlegung der Beitragssätze und durch die Höhe der steuerfinanzierten Zuschüsse zur GKV. »Damit wird für die Kassen ein fundamentaler Wandel eingeleitet [...in dessen, WS] Tendenz, [sich die Kassen, WS] zu Einkaufsagenturen für Versorgungsleistungen [entwickeln, WS].«<sup>51</sup> Durch die einheitliche Festlegung werden die Kompetenzen der Selbstverwaltung in einem wesentlichen Bereich beschnitten. Ob dadurch der Anreiz zum Kassenwechsel beeinträchtigt wird, bleibt einstweilen offen. Auf jeden Fall werden die Mitbestimmungsrechte der Versicherungsvertreterinnen und -vertreter geschwächt bzw. noch stärker als zuvor auf die Bereiche Personalentscheidung sowie Produkt- und Leistungsgestaltung konzentriert (Voice-Funktion).<sup>52</sup> Es besteht die Gefahr, dass der Staat auch langfristig aus diesen Veränderungen gestärkt hervorgeht, da seine Steuerungskompetenz in der GKV deutlich ausgedehnt wird. Zugleich kann sich der Staat im Falle eines Nichterreichens seiner vorgegebenen Ziele und bei steigendem Bürgerunmut

50 So etwa der Gesundheitsexperte der SPD-Bundestagsfraktion Prof. Karl Lauterbach, in: SZ, Beiträge könnten steigen, vom 7.1.2008, <http://www.sueddeutsche.de/wirtschaft/article/401/151024/>.

51 GVG (2007), S. 63.

52 Albert Hirschmann benennt zwei Reaktionsmöglichkeiten von Betroffenen auf die Verschlechterung von Leistungen (Output): Zum einen können sie versuchen, verstärkten Einfluss durch ihren Widerspruch in Mitbestimmungsinstitutionen zu nehmen (Voice), oder sie wandern ab (Exit) und sichern ihre Versorgung anderweitig.

gegenüber der Selbstverwaltung nicht mehr so problemlos aus der Verantwortung ziehen.<sup>53</sup>

Die bisherige Umbaupolitik soll die Kassen als wettbewerbsorientierte Akteure stärken und sie in diesem Sinne von politischen Vorgaben der Selbstverwaltung unabhängiger machen. Unklar ist derzeit, ob die Qualitätsdimension tatsächlich gestärkt wird. Schließlich ist das Kostenparadigma weiterhin das zentrale Steuerungskriterium. Ebenso lässt sich noch nicht abschätzen, ob die seitens des Gesetzgebers geförderte Beteiligung der Interessen von Patientinnen und Patienten und Patienten in der gemeinsamen Selbstverwaltung wirklich zu einem Zuwachs an Legitimität und einer authentischeren Ermittlung von qualitätsorientierten Bedarfzuständen führen kann.

### **Zusammenfassung**

Trotz wechselvoller Herausforderungen und der von außen eingeschränkten Gestaltungs- und Handlungsspielräume hat die soziale Selbstverwaltung ihre Funktionsfähigkeit immer wieder unter Beweis gestellt. Sie zeigte sich während der Ausbau-, Rückbau- und der anhaltenden Umbauphase als Regelungsinstanz mit eigener Gestaltungskraft. Sie blieb dabei stets im Hintergrund, so dass der Sicherstellung der Gesundheitsversorgung durch die soziale Selbstverwaltung nur wenig öffentliche Aufmerksamkeit zuteil wurde. Trotzdem riss die periodisch geäußerte Kritik an diesem beteiligungsorientierten Steuerungsmodus nie ab.

## **2.2 Struktur und Historie der Sozialversicherungswahlen in der GKV**

Die Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane werden alle sechs Jahre durch freie und geheime Wahlen, die Sozialversicherungswahlen, ermittelt.<sup>54</sup> Versicherte und Arbeitgeber wählen die Vertreter ihrer Gruppen jeweils getrennt voneinander. Nur in der Knappschaftsversicherung wählen die Wahlberechtigten zunächst die so genannten Knappschaftsältesten, die dann ihrerseits die Mitglieder der Vertreterversammlung wählen.

Wahlberechtigt ist jeder, der am Stichtag das sechzehnte Lebensjahr vollendet hat. Wählbar ist, wer darüber hinaus volljährig ist, das Wahlrecht zum Deutschen

53 Vgl. Zahn (2006), S. 252-253.

54 Funktionsbereich Sozialpolitik beim IG Metall-Vorstand (2005), S. 246-253.

Bundestag besitzt und im Bezirk des Versicherungsträgers oder nicht mehr als 100 km davon entfernt seine Wohnung hat oder dort beschäftigt ist. Daneben sind auch so genannte Beauftragte wählbar, sofern sie von einer der Gruppen vorgeschlagen werden. Ihre Zahl darf ein Drittel der Gruppenmitglieder eines Organs nicht überschreiten. Nicht wählbar sind unter anderem Beschäftigte des Versicherungsträgers. Gewählt wird seit 1974 ausschließlich in Form der Briefwahl.

Die Zahl der Wahlberechtigten bei der Sozialwahl stieg seit 1953 insgesamt kontinuierlich an. Von zunächst ca. 5 Millionen erweiterte sich der Kreis der Wahlbeteiligten auf heute 46 Millionen. Dieser Zuwachs erklärt sich zum einen durch die Ausweitung des Wählerkreises von 21 Jahren auf 16 Jahre. Er ist aber auch auf das Älterwerden der Gesellschaft zurückzuführen. Als dritter Faktor wird das starke Anwachsen der Gruppe der Angestellten und die damit verbundene Wanderungsbewegung von der Arbeiterrentenversicherung ohne Urwahlen hin zur Angestelltenrentenversicherung mit Friedenswahlen, die eine Zunahme der Wähler impliziert, genannt.

**Tab. 1 Sozialwahlen 1953 bis 2005: Wahlbeteiligung**

Wahljahr	Wahlberechtigte	Wahlbeteiligung	Wählerstimmen
	(Mio.)	(%)	(Mio.)
1953	5,2	42,4	2,2
1958	10,3	27,5	2,8
1962	16,7	26,2	4,4
1968	28,9	20,5	5,9
1974	23,0	43,7	10,1
1980	32,8	43,8	14,4
1986	35,3	43,9	15,5
1993	45,6	43,4	19,8
1999	46,9	38,4	18,0
2005	ca. 46	29,6	14,3

Quelle: <http://www.sozialwahl.de/statistik.php> Schlussbericht des Wahlbeauftragten 2005

1953 lag die Wahlbeteiligung bei 42,4 %. Seither sank dieses Niveau bis auf das historische Tief von 20,5 % im Jahre 1968. Von den 1970er bis in die 1990er Jahre stieg die Wahlbeteiligung bis auf fast 44 %, um bis 2005 wieder auf ca. 31 % abzusinken. Die Verdopplung der Wahlbeteiligung von 1968 (20,5 %) auf 1974 (43,7 %) ist auf das Einführen der Briefwahl im Jahr 1974 zurückzuführen. Seither werden den Wahlberechtigten automatisch die Unterlagen zugesendet.

Da die Anzahl der Wahlberechtigten stetig wuchs, wuchs selbst in Zeiten, in denen die prozentuale Wahlbeteiligung sank, die Zahl der abgegebenen Stimmen. Dies änderte sich erstmals 1999, als die Anzahl der Wahlberechtigten gegenüber 1993 relativ stabil blieb, aber die Wahlbeteiligung prozentual sank. Das starke Absinken der prozentualen Wahlbeteiligung bedeutete, dass sich gegenüber 1999 im Jahre 2005 nun ca. 3,7 Millionen Bürger und Bürgerinnen und Bürger weniger an der Wahl beteiligten. Dies entspricht einem Rückgang von einem Fünftel der Wähler gegenüber 1999. Insgesamt gingen damit 2005 von ca. 46 Millionen Wahlberechtigten etwa 32 Millionen nicht zur Wahl.

Mit der Sozialwahl können die Sozialversicherungen für ihren spezifischen Zwischenmarkt zwischen Markt und Staat werben und versuchen, diesen gesellschaftlich zu legitimieren. Dies gelingt jedoch in den meisten Fällen nicht: Von den 2005 noch existierenden 253 Kassen im Gesundheitswesen fand in nur 6 sogenannte Urwahlen statt.<sup>55</sup> Zudem vermittelten die niedrige Wahlbeteiligung und

55 Brose BKK, BKK exklusiv, DAK, TK, KKH, und Barmer Ersatzkasse.

die unübersichtliche Listenkonkurrenz den Eindruck, dass es dieser Legitimation durch Wahlen nicht mehr bedarf. Diese Beobachtung könnte auch so interpretiert werden, dass die Arbeit der Sozialversicherungen weniger über demokratische Input-Legitimation funktioniert, sondern eher durch eine Output-Legitimation, die primär auf die Höhe des Beitragssatzes konzentriert ist. Die Besonderheiten der Sozialwahlen zeigen zugleich die Schwierigkeiten einer öffentlichen Debatte über die komplexe innere Verfasstheit der Träger auf. Es soll an dieser Stelle kurz auf zwei Problempunkte aufmerksam gemacht werden:

- Es kandidieren Vereine und Interessengemeinschaften, die sich ausdrücklich als »gewerkschaftsunabhängig« bezeichnen. Sie wurden zum Teil gegründet, um gewerkschaftlichen Einfluss in der Selbstverwaltung zurückzudrängen. Diese Vereine treten mit den Namen der Versicherungen auf, was auf den ersten Eindruck Vertrauen vermittelt. Obwohl der Hintergrund ihres Engagements häufig unklar ist, gelingt es ihnen regelmäßig die Mehrheit der Stimmen auf sich zu ziehen.
- Daneben gibt es eine weitere Gruppe von vergleichsweise intransparenten Vereinen und Interessengemeinschaften, die in den 1970er Jahren aus einzelnen Gewerkschaften als Reaktion auf die erstere Gruppe gegründet wurden. Ursprünglich wollte man so die Einflussnahme der Gewerkschaften sichern. Aber auch für diese Gruppen gilt: Programme, Personen, Aktivitäten und Arbeitsergebnisse dieser Listen sind weder den Wählern noch den so genannten Experten wirklich bekannt.

Den Gewerkschaften, die in dem Konglomerat der Listen durch ihre transparente Alltagsarbeit am ehesten hinsichtlich ihrer sozialpolitischen Ambitionen und Aktivitäten identifizierbar sind, wird in diesem Feld nur ein geringes Vertrauen entgegengebracht. Demgegenüber scheint ein vergleichender Blick auf die Wahlen zu anderen Selbstverwaltungsinstitutionen lohnenswert – wie etwa in den Kommunen oder den Gremien zur studentischen Selbstverwaltung. Auch hier ist ein Rückgang des Interesses zu verzeichnen.

So weist *Gieseke* darauf hin, dass etwa bei den Wahlen zu studentischen Selbstverwaltung die Beteiligung selbst in den hoch-politisierter 1970er Jahren nur zwischen 35 und 50% (1975) lag und »schon seit Jahren, in der Regel zwischen 15 und 20 v.H. [liegt, WS]. In manchen Hochschulen werden [...] kaum 10 v.H. erreicht.«<sup>56</sup> Bei den kommunalen Wahlen werden insgesamt bessere Be-

56 Gieseke (2001), S. 61ff.

teiligungsergebnisse erzielt; dennoch sinken die Zahlen auch hier, was in den Kommunen ebenfalls auf einen Trend eines rückläufigen Interesses schließen lässt. Hierzu einige repräsentative Zahlen zur Entwicklung der Wahlbeteiligung in vier Bundesländern.

**Tab. 2 Entwicklung der Wahlbeteiligung bei Kommunalwahlen in vier Bundesländern**

	1948	1960	1972	1984	2002
<b>Bayern</b>	84,9%	79,2%	76,1%	74,7%	63,2%

Quelle: Bayrisches Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung (PDF Download)  
[www.statistik.bayern.de](http://www.statistik.bayern.de)

	1993	1998	2003
<b>Brandenburg</b>	59,89%	77,89%	45,83%

Quelle: Landeswahlleiter Brandenburg, [www.wahlen.brandenburg.de](http://www.wahlen.brandenburg.de)

	1948	1961	1975	1984	2004
<b>Nordrhein-Westfalen</b>	69 %	78,2 %	86,4 %	65,8 %	54,4 %

Quelle: Landeswahlleiter NRW, [www.wahlen.lsd.nrw.de](http://www.wahlen.lsd.nrw.de)

	1959	1962	1974	1986	2003
<b>Schleswig-Holstein</b>	76,1%	71,2 %	79,2 %	68,7 %	54,5 %

Quelle: Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein, [www.statistik-sh.de](http://www.statistik-sh.de)

Noch dramatischer verhält es sich mit der Beteiligung an Wahlen zur Bestimmung des Amtes des Oberbürgermeisters in einer Reihe ausgewählter Städte in Deutschland:

<b>Frankfurt a.M. 2007</b>	<b>Halle (Saale) 2006</b>	<b>Osnabrück 2006</b>
33,6 %	27,45 %	39,2 %
<a href="http://www.frankfurt.de">www.frankfurt.de</a>	<a href="http://www.halle.de">www.halle.de</a>	<a href="http://www.osnabrueck.de">www.osnabrueck.de</a>
<b>Regensburg 2008</b>	<b>Erfurt 2006</b>	<b>Lübeck 2005</b>
41,87 %	37,2 %	42,3 %
<a href="http://www.regensburg.de">www.regensburg.de</a>	<a href="http://www.erfurt.de">www.erfurt.de</a>	<a href="http://www.luebeck.de">www.luebeck.de</a>

Wie anhand dieser Zahlen deutlich wird, schwindet das Interesse auch in anderen Gesellschaftsbereichen mit Selbstverwaltung deutlich. Ein weiteres Beispiel sind die Wahlen zum Europäischen Parlament, wo ebenfalls ein stetiger Rückgang der Wahlbeteiligung zu beobachten ist.

**Tab. 3 Wahlbeteiligung zum Europäischen Parlament in Deutschland**

1979	1984	1989	1994	1999	2004
65,7 %	56,8%	62,3%	60%	45,2%	43%

Quelle: Der Bundeswahlleiter, <http://www.bundeswahlleiter.de/>

Auch wenn all diese Beispiele eigenen Gesetzen folgen, also nicht einfach in einen Topf geworfen werden können, zeigen diese Fälle, dass der Rückgang der Wahlbeteiligungen in unterschiedlichen Feldern und auf unterschiedlichen Ebenen des politischen Systems zu beobachten ist. Mit anderen Worten: Da in nahezu allen Bereichen ein Rückgang feststellbar ist, müssen übergreifende Gründe herangezogen werden, die mit der direkten Arbeit in den einzelnen Bereichen wenig zu tun haben.

## **2.3 Kompetenzen und Architektur der Selbstverwaltung der Gegenwart<sup>57</sup>**

Die rechtliche Basis erhält die soziale Selbstverwaltung durch die gemeinsamen Vorschriften der Sozialversicherung, das SGB IV. Hinzu kommt das SGB V, in dem die speziellen Vorschriften für den Zweig der gesetzlichen Krankenversicherung erfasst werden. Ein direkter Verfassungsrang kommt der sozialen Selbstverwaltung etwa im Gegensatz zur kommunalen Selbstverwaltung jedoch nicht zu und lässt sich auch laut allgemeiner Auffassung weder aus dem Sozialstaatsprinzip (Art. 20 GG) noch aus der Qualifizierung einiger Versicherungsträger als bundesunmittelbare Körperschaften (Art. 87 Abs. 2 GG) ableiten.<sup>58</sup>

In der Regel setzt sich eine Kasse aus dem ehrenamtlichen Verwaltungsrat und dem von ihr gewählten hauptamtlichen Vorstand (§35 SGB IV) zusammen. Hinzu kommt der ebenfalls durch Vorschlag des Vorstandes durch den Verwal-

57 Vgl. Specke (2005).

58 Vgl. Becker (2003), S. 229. Vgl. auch Sozialgericht Stuttgart, Beschluss vom 26.09.1986 – S 6A 165/85.

tungsrat bestimmte Geschäftsführer (§36 SGB IV), der dem Vorstand zur Seite steht. In der Regel sind Versicherten- und Arbeitgebervertreter in den Kassen paritätisch vertreten (§44 SGB IV), nur bei den Ersatzkassen sind die Arbeitgeber nicht am Verwaltungsrat beteiligt; hier entscheiden die Versichertenvertreter allein.<sup>59</sup>

Vor der Neuordnung der Organisationsstrukturen durch das Gesundheitsstrukturgesetzes 1993 administrierte ein hauptamtlicher Geschäftsführer das Verwaltungsgeschäft der Kasse. Die ehrenamtliche Vertreterversammlung und der ebenfalls ehrenamtliche Vorstand befanden sich im Hinblick auf die unmittelbaren Gestaltungsmöglichkeiten der Kasse in einem strategischen Nachteil gegenüber diesem Geschäftsführer.<sup>60</sup> Der Organisationsaufbau erwies sich demnach als unzureichend, da eine ausreichende Kontrolle der Kassenexekutive nicht gewährleistet war. Im Rahmen einer Reform des GSG wurde daher beschlossen, dass die Vorstände ab 1996 hauptamtlich arbeiten und von den ehrenamtlichen Verwaltungsräten kontrolliert werden sollten. Ab diesem Zeitpunkt herrschte der Wettbewerb zwischen den Kassen, der zahlreichen Fusionen ausgelöst hat. Mit der Zahl der Kassen hat sich auch die Anzahl der Selbstverwalter und Selbstverwalterinnen deutlich verringert. So sind gegenwärtig insgesamt nur noch ca. 2.100<sup>61</sup> von 35.000<sup>62</sup> (1977) Bürgerinnen und Bürger in den sozialen Selbstverwaltungen der Kassen engagiert. Diese Zahlen verdeutlichen die Größenordnung des bereits stattgefundenen strukturellen Umbaus der sozialen Selbstverwaltung. Besonders problematisch erscheint in diesem Zusammenhang der Verlust an inhaltlicher Kompetenz durch den Wegfall der Mandate. Diese Form des *brain drain* trägt unmittelbar dazu bei, dass die Arbeit der Selbstverwaltungen an Durchsetzungs- und Kontrollkraft einbüßt.

Wichtigstes Instrument der Selbstverwaltung ist deren autonome Rechtssetzungsbefugnis in Form des Satzungsrechts (§33 SGB IV). Mit der Satzung, sozusagen der Verfassung des Versicherungsträgers, regelt die Selbstverwaltung in erster Linie dessen rechtlichen und organisatorischen Aufbau und bestimmt

59 Abweichend kommt noch hinzu, dass im Falle von Betriebskrankenkassen dem Verwaltungsrat neben den Versichertenvertretern nur der Arbeitgeber angehört und bei landwirtschaftlichen Krankenkassen und der See-Kasse nach wie vor eine Vertreterversammlung gebildet wird.

60 Vgl. Braun u.a. (unveröffentlicht).

61 Braun, Greß, Lüdecke, Rothgang, Wasem (2007); Huber, Ludwig, Verwaltungsratsvorsitzender der GEK, spricht laut Protokoll II vom 18.10.07 von gegenwärtig noch 3.500 SelbstverwalterInnen in der GKV.

62 Vgl. Standfrest (1977), S. 3.

die Rechte und Pflichten der Mitglieder des Versicherungsträgers. Eine Satzung ist in der Sozialversicherung zwingend vorgeschrieben.

Ihren wichtigsten Einfluss besitzt die soziale Selbstverwaltung heute vor allem hinsichtlich grundlegender Personalentscheidungen sowie im Bereich der Legitimation der Einnahme- und Ausgabenpolitik. Gegenwärtig bezieht sich ihre Kompetenz zudem noch auf die Beitragsgestaltung und neue zusätzliche Produkte, Bonus- und Arzneiregelungen. Es handelt sich hier um eine »echte und allgemeine Regelungskompetenz der Selbstverwaltungsorgane«<sup>63</sup>, mit der die Selbstverwaltung gestaltend in das Leistungsspektrum der Kasse eingreift. Weitere Regelungsbefugnisse der sozialen Selbstverwaltung bestehen etwa bei den Kranken- oder Dienstordnungen in der Krankenversicherung. Die wichtigsten Aufgaben der Verwaltungsräte sind im Einzelnen (§197 SGB V):

*Satzungsrecht und sonstige autonome Rechtssetzungskompetenz*

- Überprüfung des vom Vorstand aufgestellten Haushaltes,
- Auflösung oder Fusion der Kasse,
- Einsetzung von Fachausschüssen oder regionalen Beiratsstrukturen und
- Festsetzung der Beiträge.

*Wahl und Kontrolle des hauptamtlichen Vorstandes und der Stellvertreter*

- Abnahme der Jahresrechnung und Entlastung des Vorstandes,
- Prüfung und Genehmigung des Geschäftsberichtes.

*Gestaltungskompetenzen in vier Bereichen:*

- Bereich Prävention, Gesundheitsförderung, Gesundheitsvorsorge, Gesundheitsaufklärung – Vorsorgeleistungen zur primären Prävention und zum Abbau sozial bedingter Ungleichheit (§20 SGB V)/Vorsorgeleistungen im Rahmen von Kuren (§23 SGB V),
- Zusätzliche Leistungsgewährung für besonders hilfebedürftige Versicherte (§37, 38 und 39a SGB V),
- Differenzierte Versicherungstarife – (z.B. Selbstbehalttarife) (§53 und 54 SGB V),
- Verbesserung der Versorgungsstrukturen – Modellverfahren (z.B. Hausarztkentrierte Versorgung) (§63 und 73b SGB V).

63 Vgl. Rzesnik (2001), S. 125-126.

Die Gestaltungsspielräume der sozialen Selbstverwaltung – und insbesondere die der Verwaltungsräte – wurden in den letzten Jahren durch stetig erweiterte gesetzliche Vorgaben im Leistungsbereich der Sozialversicherungsträger eingeschränkt. Zugleich wurde von der sozialen Selbstverwaltung stärker gefordert, sich um die wettbewerbliche Seite der Gesundheitssicherung zu kümmern.<sup>64</sup> Wie bereits anhand der Position von *Fuchs* (S. 21) deutlich wurde, existieren verschiedene Einschätzungen im Hinblick auf den effektiven Handlungsspielraum der Verwaltungsräte. Tatsache ist, dass ab dem kommenden Jahr das bedeutende Einflussmoment der Beitragssatzfestsetzung verloren geht. Dennoch ist offenkundig, dass in diesem Punkt weiterer juristischer Forschungsbedarf besteht, dessen Ziel es sein sollte, die Regelungskompetenzen der Versichertenparlamente seit 1953 bis zur Gegenwart gegenüberzustellen. Schwerpunkte einer solchen Untersuchung sollten die Reformen des Gesundheitsstrukturgesetzes (1993) und das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (2007) bilden.

64 Vgl. Kapitel 4.1 in diesem Gutachten.



### **III Wandel der Bedingung sozialer Selbstverwaltung**

Die soziale Selbstverwaltung sieht sich mit einem ständigen Wandel ihrer Rahmenbedingungen konfrontiert. Hierzu zählen allgemeine soziale, ökonomische und gesellschaftliche Veränderungen, die die Institution und die ihr ursprünglich mit ihr verbundenen Ideen von Mitbestimmung und Eigenverantwortung erheblich herausfordern. Insbesondere kann auf die Tendenz einer Öffnung gegenüber marktorientiertem Handeln einerseits und zunehmender zentralstaatlicher Regelungstiefe im Gesundheitsbereich andererseits als wesentliche Veränderungsmomente verwiesen werden. Aber auch der Wandel des Politik- und Demokratieverständnisses hat dazu geführt, dass bewährte und wirksame sozialstaatliche Arrangements kritischer aber mitunter auch pragmatischer als zuvor hinterfragt werden. Dies wird besonders anhand der wechselnden Akzentuierung bei der Diskussion um die soziale Selbstverwaltung deutlich.

#### **3.1 Die Herausforderung des ökonomischen und sozialen Wandels**

Die zunehmende Ökonomisierung weiter gesellschaftlicher Bereiche unter den Postulaten von Flexibilisierung und Effizienzsteigerung stehen im Widerspruch zu den traditionellen Werten der Sach- und Bedarfsorientierung, die der GKV und mit ihr der sozialen Selbstverwaltung als wesensstiftende Prinzipien zu Grunde liegen. Eine besondere Herausforderung und Notwendigkeit wird darin bestehen, jene Antipoden derart miteinander in Einklang zu bringen bzw. aufeinander abzustimmen, dass Solidarität, Mitbestimmung und eigenverantwortliche Organisation in der Sozialversicherung mit dem Erreichen zusätzlicher Effizienzgewinne vereint werden können. Denn es ist zu befürchten, dass ein schlichtes Ignorieren ökonomischer Rationalitätsmechanismen die soziale Selbstverwaltung langfristig handlungsunfähig machen oder gar in ihrer Existenz gefährden könnte. Dennoch wird das positive Moment effizienten Wirtschaftens auch zu Unrecht gegen die Institution ins Feld geführt. Als plakatives Beispiel sei auf den Vorwurf zu hoher Kosten für die Sozialversicherungswahlen verwiesen, der so nicht haltbar scheint.<sup>65</sup>

65 Vgl. Kapitel 4.1 in diesem Gutachten.

Massenarbeitslosigkeit und die zunehmende Prekarisierung der Arbeitswelt durch den forcierten Ausbau des Niedriglohnsektors führen dazu, dass sich das Feld der sozialversicherungspflichtigen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer zunehmend diversifiziert. Dieser Prozess beschreibt in erster Linie kein progressives Entwicklungsmoment, sondern löst eine gesellschaftliche Polarisierung aus. Die Ursachen hierfür liegen neben der ungleichen Verteilung des Faktors Arbeit in einer zunehmend gespreizten Einkommensentwicklung, die wiederum auf einen gesteigerten ökonomischen Wettbewerbsdruck zurückzuführen ist. Auf der einen Seite stehen diejenigen Arbeitnehmerschichten, die aufgrund guter Bildung auf die Dauerhaftigkeit ihrer Arbeitsverhältnisse bauen können. Ihnen gegenüber stehen diejenigen, die diese Sicherheit nicht haben. Hier deutet sich eine Konfrontation an, der dadurch begegnet werden könnte, dass die Sozialversicherung weiterhin an der Idee des solidarischen Ausgleichs und der Bedarfsdeckung festhält. Der brüchiger werdende gesellschaftliche Zusammenhalt könnte durch die Einbeziehung bisher ausgeschlossener Arbeitnehmerkreise (z.B. Beamte und Selbstständige) in den solidarischen Finanzierungs- und Leistungskreis der gesetzlichen Krankenversicherung gekittet werden.

Unsere modernen Gesellschaften gewinnen an stetiger Komplexität, die einen Umbau der Regelungssysteme notwendig macht. Dies äußert sich beispielsweise im Trend zu zentralstaatlichen Steuerungsmodi, wie sie durch den zunehmenden Einfluss des Gesetzgebers auf den Pflichtleistungskatalog der GKV deutlich zum Ausdruck kommt. Die ursprüngliche Idee subsidiärer Organisation bei der staatlichen Aufgabenerfüllung und die damit verbundene Nähe zu den Betroffenen wird durch diese Veränderung verletzt. Daraus folgt, dass sich die Versicherten nicht länger mit der Institution der sozialen Selbstverwaltung identifizieren können und sich infolgedessen der Regelungsbedarf der sozialen Selbstverwaltung auf den Staat verlagert.

### **3.2 Gesellschaftlicher Wandel des Politik- und Demokratieverständnisses**

Der Wandel der Diskussion um die soziale Selbstverwaltung ist ebenfalls auf die Weiterentwicklung gesellschaftlicher Wahrnehmungs- und Wertemuster zurückführbar. Die Menschen sehen sich mit Phänomenen gesellschaftlicher Differenzierung (Zunahme der Interessenvielfalt), dem Wachstum von Hand-

lungsoptionen, Formen der eigenen Entgrenzung<sup>66</sup> und der Veränderung persönlicher Wahrnehmungen und Prioritäten konfrontiert. Durch den mittlerweile fast ungehinderten Zugang zu Informationen durch die ›digitale Revolution‹ entstehen neue Beteiligungs- und Informationspräferenzen.<sup>67</sup> Die Bürgerinnen und Bürger tauschen sich aus und gewinnen zusätzliche Anschauungen, die ihr kritisches Potential fördern.

Mittlerweile engagieren sich fast 70% der Bürgerinnen und Bürger und Bürger in den verschiedensten gesellschaftlichen Bereichen ehrenamtlich.<sup>68</sup> Weiterhin lässt sich feststellen, dass auch das allgemeine politische Interesse der Bevölkerung in Deutschland zugenommen hat. Danach sind ›langfristig gesehen [...] heute [...] mehr Bürgerinnen und Bürger am politischen Geschehen interessiert, als noch vor gut drei Jahrzehnten.‹<sup>69</sup> Durchschnittlich setzen sich gegenwärtig etwas mehr als 40% der Bundesbürger mit Politik und Gesellschaftsfragen auseinander und haben somit eine gewisse Sensibilität für die stattfindenden gesellschaftlichen Umbauprozesse. Dieses kritisch-interessierte Potential der Bürgerinnen und Bürger ist mithin auch sensibler als früher im Umgang mit gewachsenen und fest etablierten gesellschaftlichen Regelungen und Institutionen. Mit dem gestiegenen Interesse und den zur Verfügung stehenden Informationen wachsen auch die Ansprüche an die In- wie Output-Legitimationen des Sozialstaates. Zudem äußern sich die neuen Werthaltungen durch die Formierung neuer Partikularinteressen, die in das Licht der Öffentlichkeit treten und Mitsprache- sowie Mitgestaltungsrechte einfordern. Vielfach wird von Seiten derartiger Kräfte darauf hingewiesen, dass die Ausgestaltung demokratischer Institutionen nicht alle gesellschaftliche Positionen hinreichend berücksichtige, obwohl dies doch der originäre Anspruch pluralistischer Systeme sei.

Bei derartiger Kritik an der Funktionsfähigkeit westlicher Demokratien ist im Sinne der *realistischen Demokratietheorie* zu diskutieren, ob nicht manche der Ansprüche hinsichtlich Beteiligung und Transparenz die Leistungsfähigkeit moderner, demokratischer Staaten überfordern.<sup>70</sup> Die westlichen Staaten

66 Das Individuum moderner Gesellschaften erhöht seinen Aktionsradius stetig. Es ist dazu angehalten, unaufhaltsam im Sinne ›schöpferischer Zerstörung‹ (Josef Schumpeter) voranzuschreiten und seine Umwelt zu gestalten.

67 Etwa 60% der Bürgerinnen und Bürger sind mittlerweile im globalen Netz unterwegs. Vgl. Datenreport Mediennutzung (2006), S. 524 ff., PDF Download [www.gesis.org](http://www.gesis.org).

68 Vgl. TNS Infratest Sozialforschung – Freiwilliges Engagement in Niedersachsen 1999-2004, S. 17, PDF Download, [www.jurb.de](http://www.jurb.de).

69 Datenreport (2006), S. 636.

70 Vgl. Schmitter (2004), S. 47-60.

orientieren sich heute nicht in erster Line am Ideal einer Herrschaft des Demos. Vielmehr handelt es sich um repräsentative Demokratien, die als organisierte Gesellschaften versuchen, mittels institutioneller Arrangements der zunehmenden, gesellschaftlichen Komplexität im Sinne ihrer Mitglieder gerecht zu werden. Auch wenn dies im Einzelfall die Einbeziehung direktdemokratischer Elemente nicht ausschließt, scheint eine konsequente Orientierung an der Idee direkter Demokratie nicht mit den Erfordernissen moderner, westlicher Wohlfahrtsstaaten kompatibel. In diesem Sinne muss Demokratie als Prozess der steten Erneuerung und Weiterentwicklung verstanden werden, der flexibel auf neue Akteure, Interessen und Bedürfnisse reagiert, um äußere und innere Veränderungen innerhalb des Systems abzubilden. Dieser evolutionäre Prozess vollzieht sich sehr langsam und nicht selten widersprüchlich; er kann aber viele verschiedene Entwicklungsaspekte berücksichtigen. Schwere Brüche der Entwicklung können zwar vermieden werden. Um die Funktionsfähigkeit der Systeme jedoch weiter zu entwickeln, bedarf es einer ständigen Bereitschaft aller beteiligten Akteure zum Wandel.

Denn erst die kontinuierliche Anpassungsfähigkeit der Institutionen bildet die Voraussetzung für politische und gesellschaftliche Stabilität. Der Sozialstaat bildet eine wesentliche Quelle für Stabilität und Legitimität des gesamten Systems. Die sozialstaatliche Absicherung der Bürgerinnen und Bürger gegen Krankheit, Arbeitslosigkeit und Alter wird daher von über 90 % der Bevölkerung ausdrücklich befürwortet und für notwendig erachtet. Knapp 50 % der Bundesbürger zeigen sich zufrieden mit den Leistungen des Systems.<sup>71</sup> Dabei sind die gemessenen Zufriedenheitswerte seit einiger Zeit rückläufig (knapp 15 Prozentpunkte in 10 Jahren). Diese Reduzierung kann möglicherweise auf die harten Einschnitte in der Sozialpolitik der vergangen Jahre zurückgeführt werden. Die Umbaumaßnahmen scheinen derweil gesellschaftlich weitgehend akzeptiert, wobei schwerwiegende Einschnitte des Leistungsspektrums erwartungsgemäß immer wieder Proteste hervorrufen.

71 Datenreport (2006), S. 652.

### **3.3 Wandel der öffentlichen Debatte um die soziale Selbstverwaltung<sup>72</sup>**

Die Selbstverwaltung sah sich zu unterschiedlichen Zeiten divergierenden Ansprüchen und Reformbedarfen ausgesetzt, die einerseits auf die gesellschaftlichen Debatten um den Sozialstaat und andererseits auf die Konflikte in und zwischen den Verbänden verweisen. Grob skizziert kann man drei Debattenzyklen zusammenfassen, in denen sich diese veränderten Herausforderungen widerspiegeln. Die folgende Darstellung verdeutlicht, dass die Diskussion um die soziale Selbstverwaltung keinesfalls neueren Datums ist, sondern im Gegenteil die gesamten sozialstaatlichen Entwicklung der Bundesrepublik begleitet hat.

#### **1950er Jahre – Sozialpartnerschaft und Gewerkschaftskonkurrenz**

Die Selbstverwaltung entwickelte sich in den 1950er Jahren zu einem beachteten Instrument der Sozialpartnerschaft, das eine Form von Balance zwischen den Sozialpartnern mitbegründete. Sie war und blieb jedoch gleichzeitig ein auszutarierender Balanceakt zwischen den Interessengruppen und wurde somit immer wieder auch Ort und Instrument im regulierten »Klassenkonflikt«. In den 1950er Jahren, bereits bei den ersten Sozialwahlen 1953, konzentrierte sich die Auseinandersetzung auf die Frage, wer als legitimer Vertreter der Versicherten angesehen werden könne. Im katholischen Jahrzehnt des deutschen Nachkriegssozialstaates waren es vor allem die christlichen Gewerkschaften und die katholischen Verbände, die den Vertretungsanspruch der DGB-Gewerkschaften in der sozialen Selbstverwaltung nicht akzeptieren wollten und die selbst im Rahmen der Sozialwahlen beachtliche Ergebnisse erzielen konnten.

#### **1970er Jahre – Mehr Demokratie wagen**

Im Kontext der beginnenden Krisendiskurse des deutschen Sozialstaates seit Mitte der 1970er Jahre konzentrierte sich das öffentliche Interesse an der Selbstverwaltung auf drei Mängelkomplexe:

Erstens wurde bemängelt, dass der zunehmend verrechtlichte deutsche Sozialstaat sukzessive die Arbeit der Sozialversicherungen beeinflusse. Gemeint war damit, dass die Kompetenzen der Selbstverwaltungen zunehmend durch den Gesetzgeber festgelegt und reguliert wurden. Daneben wurde ein partizipa-

72 Vgl. Braun; Klenk; Kluth; Nullmeier; Welti: Gutachten: (unveröffentlicht), S. 115-119.

torisches Defizit moniert, d.h. eine unzureichende Beziehung zwischen Selbstverwaltungsorganen und Mitgliedern, die kaum über das formale Versichertenverhältnis hinausreichte.

Bereits zu diesem Zeitpunkt traten angesichts der exorbitant ansteigenden Kosten Fragen nach der Effizienz der Selbstverwaltung auf die Tagesordnung. »Die Kostenentwicklung im Sozial- und Gesundheitswesen, die [...] mit der Bezeichnung ›Explosion‹ bedacht wurde, hat Fragen in den Mittelpunkt der politischen Diskussionen gerückt, die bisher vorwiegend im Windschatten ökonomischer Wachstumsraten erörtert wurden: Probleme der Effektivität und der Effizienz sozial- und gesundheitspolitischen Tuns«.<sup>73</sup> Für die 1970er Jahren kann ein fortschreitender sozialstaatlicher Interventionismus und eine Verschiebung der Aufgaben der Sozialversicherung konstatiert werden. Daraus resultierten für die Sozialpolitik zwei Aufgaben: Erstens mussten organisatorische Voraussetzungen geschaffen werden, die der veränderten Risikostruktur und dem Aufgabenwandel unter funktionalen Gesichtspunkten gerecht werden konnten. Und zweitens war nach partizipatorischen Potenzialen und Möglichkeiten zu suchen, die das demokratische Defizit des immer stärker umverteilenden, planenden und lenkenden Sozialstaats ausfüllen konnten.<sup>74</sup>

Resümierend kann festgestellt werden, dass seit den 1970er Jahren eine erhebliche Diskrepanz zwischen den Aufgaben, mit denen die Selbstverwaltung objektiv konfrontiert ist und der geringen Problemlösungsfähigkeit der Institution besteht, die zunehmend ins öffentliche Bewusstsein rückte. Da auch die paritätische Besetzung in die Kritik geraten war, wurden zwei Wege für eine Organisationsreform verstärkt diskutiert: Entweder sollte der Gesetzgeber eingreifen, oder die Krise der Organisationsstruktur sollte mithilfe regionaler Arbeitsgemeinschaften der Sozialversicherungsträger aus eigener Initiative überwunden werden.

## **1990er Jahre: Effizienzorientierung**

In den 1990er Jahren rückten Fragen nach mehr Effizienz und Wettbewerb endgültig ins Zentrum der Debatten und zwar so, dass unter den Bedingungen einer einnahmegerichteten Ausgabenpolitik auch die Selbstverwaltungen darauf festgelegt wurden, sich stärker denn je auf Kostenmanagement einzulassen. Besonders deutlich wurden diese Forderungen an der Entwicklung der GKV. Durch

73 Standfest (1977), S. 35.

74 Ebd. S. 38.

eine stärkere Marktorientierung sollten Anreize für die beteiligten Akteure geschaffen werden, die sich auf Basis der finanziellen Eigeninteressen am Ziel der Ausgaben- und Mengenbegrenzung orientieren. Dies bedeutete eine weitere Abkehr vom Prinzip der solidarischen Input-Orientierung des deutschen Selbstverwaltungskorporatismus hin zu einem eher Output- und marktorientierten Modell. Wesentlicher Bezugspunkt dieser Entwicklung war das Paradigma einer beitragsstabilisierenden Politik, die sich angesichts des Umbaus der Arbeitsmärkte (Erosion des Normalarbeitsverhältnisses, Prekarisierung etc.) und des medizinisch-technischen Fortschritts bewähren sollte. Daneben soll an dieser Stelle auf den gesellschaftlichen Ausdifferenzierungsprozess, der die großen tragenden Akteure des industriegesellschaftlichen Zeitalters schwächte und neue Akteure, wie Selbsthilfegruppen, stärkte, verwiesen werden.



## IV Kritik an der sozialen Selbstverwaltung und ihren Akteuren

Die soziale Selbstverwaltung wird seit geraumer Zeit vielfach öffentlich bemängelt. Besonders heftig fiel die Kritik im Frühjahr 2005 im Vorfeld der Sozialwahlen aus. Große deutsche Zeitungen griffen die Selbstverwaltung harsch an. Journalisten bezeichneten die Sozialwahlen als »Farce«<sup>75</sup> und als »überflüssige«<sup>76</sup> Form »vorgegaukelter Demokratie«<sup>77</sup>, für die Millionenbeträge »verplempert«<sup>78</sup> würden. Doch nicht nur Medienvertreter kritisierten die Institution, auch aus den Reihen von Politik und Sozialwissenschaften meldeten sich Stimmen, die vehement auf Defizite der sozialen Selbstverwaltung und der Sozialwahlen hinwiesen.

### 4.1 Kritiken am Status quo sozialer Selbstverwaltung<sup>79</sup>

Es soll an dieser Stelle der Versuch unternommen werden, die in diesem Zusammenhang vorgebrachten Argumente zu umreißen und begrifflich zuzuspitzen, sodass sie zu einer Diskussion um mögliche Veränderungsszenarien der sozialen Selbstverwaltung herangezogen werden können. Es wird darauf ankommen, einen kritischen Blick auf die einzelnen Vorwürfe zu richten, um berechtigte Punkte von mehr oder minder unbegründeten Urteilsbildungen zu unterscheiden.

75 SZ vom 23.3.2005 – Kommentar von *Nikolaus Piper*: Die so genannte Wahl – Die Selbstverwaltung lässt sich wählen. Darum gibt es die Sozialwahl – wie zuletzt 1999. Doch es geht nur um eine Farce, <http://www.sueddeutsche.de/wirtschaft/artikel/952/49903/>.

76 Die Welt vom 1.5.2005 – Kommentar von *Cornelia Schmergal*: Überflüssige Sozialwahl – Arbeitnehmer sollen Vertreterversammlungen der Krankenkassen und der Rentenversicherung wählen, [http://www.welt.de/print-wams/article127434/Ueberfluessige\\_Sozialwahl.html](http://www.welt.de/print-wams/article127434/Ueberfluessige_Sozialwahl.html).

77 FR vom 29.4.2005.

78 Der Spiegel vom 29.4.2005 – *Lisa Erdmann*: Sozialwahl 2005 – Wie die Kassen Millionen verplempern, <http://www.spiegel.de/politik/deutschland/0,1518,353894,00.html>.

79 Vgl. dazu zusammenfassend: Rzesnik; Herfert (2007), S. 73-87.

## 1. Geringe Gestaltungsspielräume der Selbstverwaltung<sup>80</sup>

Dieser Einwand gegenüber der Selbstverwaltung ist nunmehr fast so alt wie ihre Existenz. Tatsche ist, dass sich die Regelungskompetenzen immer mehr zu Ungunsten der GKV-Träger und ihren Selbstverwaltungen verschieben und immer stärker durch den Gesetzgeber bestimmt werden.<sup>81</sup> Den vorläufigen Höhepunkt dieser Entwicklung bildet die Festsetzung der Beitragshöhe durch den Gesetzgeber ab 2009. Die Verdichtung der verwaltungsrätlichen Verantwortlichkeiten auf die bloße Funktion eines Kontrollorgans ist ein weiteres Beispiel für diese Entwicklung.<sup>82</sup> Beide Maßnahmen waren Teil des Gesundheitsstrukturgesetzes, das zu einer Verbesserung der strategischen Handlungsfähigkeit der Kassen beitragen sollte. Doch befinden sich die Kassen seitdem in einem Konkurrenzverhältnis um die Versicherten und sehen sich daher gezwungen, wie Wirtschaftsunternehmen zu agieren. Zunächst einmal sollte diese »Straffung« der Organstrukturen zum »Einfangen« der sich verselbstständigenden Geschäftsführungen dienen. Bereits 2003 wurde jedoch seitens der Arbeitgeber eine weiterführende »Verschlankung und Effizienzsteigerung«<sup>83</sup> der sozialen Selbstverwaltung angemahnt. Es wird nunmehr vorgeschlagen, die Kontrollfunktion der Selbstverwaltung weiter auszubauen<sup>84</sup> und möglicherweise einen Corporate Governance Kodex<sup>85</sup> in der Sozialversicherung einzuführen.

Der Staat fungiert zunehmend als dominierende Steuerungskraft im Gesundheitswesen, die die Veränderungen der ökonomischen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen gezielt in die Diskurse um die gesetzliche Krankenversicherung hineinträgt. Auch dies relativiert die Idee der gesellschaftlichen Mitbestimmung und Mitgestaltung durch die Betroffenen, mit der Konsequenz einer verstärkten Ausrichtung der Steuerung im Gesundheitswesen zugunsten zentraler Lösungen. Auch wenn die Steuerungskraft der sozialen Selbstverwaltung in vergangenen Zeiten bei weitem nicht so umfassend war, wie dies heute zuweilen rückblickend von manchen Selbstverwaltern behauptet wird, kann dennoch nicht

80 Vgl. Welti (2006), S. 257.

81 Vgl. Leopold, (2004), S. 123ff.

82 Vgl. Braun u.a. (unveröffentlicht), S. 327ff. Nach Einschätzung aktiver SelbstverwalternInnen wurden die Zuständigkeiten der Selbstverwaltung im Zuge des GSG merklich beschnitten. Dem dominierenden *Kontrollmoment* gegenüber dem Vorstand wird von Seiten dieser SelbstverwalternInnen mittlerweile eine gewachsene Bedeutung beigemessen, Vgl. ebd. S. 324.

83 Gunkel (2003), S. 372.

84 Braun; Klenk (2006), S. 56ff.

85 Vgl. Hosak (2005), S. 86-91.

geleugnet werden, dass sich das Institut der sozialen Selbstverwaltung in einer argumentativen Zange zwischen verstärkter staatlicher Reglementierungspolitik einerseits und neoliberalen Privatisierungsabsichten andererseits befindet. Beide Perspektiven wurden in der Vergangenheit gezielt parallel verfolgt. Sie sind wesentliche Motoren für die reduzierten Gestaltungsmöglichkeiten der Selbstverwaltung.

## 2. Fehlende Bekanntheit der sozialen Selbstverwaltung<sup>86</sup>

Insgesamt ist die Institution der sozialen Selbstverwaltung längst nicht allen Bürgerinnen und Bürger ein Begriff. Braun und Buitkamp stellten bei Befragungen von Bürgerinnen und Bürger zur Selbstverwaltung sowie zu den Sozialwahlen fest, dass 16% keinerlei Kenntnis und weitere 33% keine Meinung zur Institution der sozialen Selbstverwaltung haben. Anknüpfend an diese Befragung bildeten sie fünf Einstellungsgruppen:

**Tab.4 Einstellungen gegenüber der sozialen Selbstverwaltung**

I	II	III	IV	V
<ul style="list-style-type: none"> <li>– keine Meinung zur sSV</li> <li>– Keine Unterstützung gegenüber der Institution</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– positive Einstellung</li> <li>– sSV wird als Mitbestimmungsinstrument betrachtet</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– negativ-ablehnende Haltung</li> <li>– sSV ohne Daseinsberechtigung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– kritisch-konstruktive Distanz</li> <li>– Kritik und Verweis auf Mängel der Ausgestaltung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– widersprüchliche Positionen</li> <li>– positive wie negative Positionen</li> </ul>
44%	17,8%	13,2%	19,2%	5,8%

Anhand dieser Ergebnisse kann konstatiert werden, dass knapp die Hälfte der Bürgerinnen und Bürger (I) keine Meinung zur sozialen Selbstverwaltung haben – also nicht um deren Bedeutung und Funktion wissen. Daneben unterstützt allenfalls ein sehr geringer Teil der Bürgerinnen und Bürger (II) diese Institution uneingeschränkt. Dies muss jedoch nicht zwangsläufig eine Delegitimation der sozialen Selbstverwaltung implizieren; zumindest so lange diese eine unsubstituierbare Funktion erfüllt und auf Kritik innovativ reagieren kann. So ist das

86 Vgl. Braun; Buitkamp (2005), S. 77-80.

Institut der Selbstverwaltung durchaus in der Lage, bestehende Defizite und Dysfunktionalitäten aufzugreifen und angemessene Antworten zu generieren.

Die fehlende Bekanntheit der sozialen Selbstverwaltung steht im direkten Zusammenhang damit, dass sich nur ein geringer Teil der Bevölkerung für ihre Institutionenordnung interessiert, so lange diese funktioniert. In diesem Sinne argumentierte auch die Gruppe III der Befragten, die den Eindruck bekundeten, dass »wichtige Entscheidungen über die Krankenkassen [...] an anderer Stelle als in der Selbstverwaltung [getroffen würden, WS].«<sup>87</sup> Die Befragten der Gruppe II gaben hingegen an, dass durch die Leistungen der Kassen (Output) der Einfluss der Selbstverwaltung für sie am deutlichsten zum Ausdruck käme. Besonderen Stellenwert genießen dabei aus Sicht der Befragten als erstes die Beitragshöhe der Kasse sowie der Einfluss auf das allgemeine Leistungsangebot. Demnach könnte die Institution der sozialen Selbstverwaltung mehr Unterstützung gewinnen, wenn es den Versichertenvertreterinnen und -vertretern gelänge, ihren Einfluss bzw. ihre materiellen Erfolge für die Versicherten deutlicher hervorzuheben.

### **3. Mangelnde Informationspolitik der Selbstverwaltungsorgane über ihre Bedeutung, Funktion und Arbeit<sup>88</sup>**

Einhergehend mit der Kritik am mangelnden Bekanntheitsgrad der Institution wird beanstandet, die Selbstverwaltungsorgane (Verwaltungsräte) würden ihre Arbeit und Leistungen gegenüber den Versicherten nur ungenügend kommunizieren. Dies ist insofern von Bedeutung, weil dieser Vorwurf auf einen Mangel an ›Versichertennähe‹ zielt.

Obwohl sich die Kassen in der Vergangenheit verstärkt um neue Strategien und Mittel der Öffentlichkeitsarbeit<sup>89</sup> bemüht haben, muss festgestellt werden, dass die Versichertenvertreterinnen und -vertreter und ihre Arbeit nach wie vor eine untergeordnete Rolle in der Informationspolitik der Kassen spielen. So fiel

87 Ebenda, S. 79.

88 Vgl. Interview mit Urbaniak, Eberhard: Die Akzeptanz der Selbstverwaltung und Sozialwahlen bei den Beteiligten erhöhen, in: Die BKK 4/2007, S. 154-155. Auch dazu, Rzesnik; Herfert (2007), S. 81-82/S. 84. Auch dazu, derselbe: Überlegungen zur Erhöhung der Akzeptanz der Selbstverwaltung, in: Kompass 5-6/2001 – Bundesknappschaft, S. 125-126.

89 Interviewpartner wiesen etwa darauf hin, dass man sich in den Kassen verstärkt neuen Medien zuwendet und etwa Internetforen etabliert, die einen besseren Austausch und eine Diskussion der Versicherten ermöglichen sollen.

bei einer strichprobenartigen Untersuchung von 20 Krankenkassenauftritten (branchenübergreifend) im Internet auf, dass die personelle Zusammensetzung der Verwaltungsräte und deren unmittelbare Arbeit nur sehr ungenügend gegenüber den Versicherten kommuniziert werden. Informationen über die Selbstverwaltungsorgane bestehen meist lediglich aus einer anonymen Liste von Namen; im Idealfall werden allenfalls die Verwaltungsratsspitzen detaillierter vorgestellt. Die Zugehörigkeit der übrigen 28 Mitglieder zu gesellschaftlichen Gruppen (z.B. Gewerkschaftsmitgliedschaft, Fraktionierung innerhalb der Versichertenvertreterinnen und -vertreter) oder deren Herkünfte, Erfahrungen, Kompetenzen sowie Beweggründe für ihr Engagement bleiben in der Regel im Dunkeln. Im Vordergrund der Informationspolitik stehen demgegenüber die Beitragshöhe und das Versorgungsspektrum. Diese Leistungen scheinen jedoch in erster Linie für potentielle Neukunden, weniger für bereits Versicherte interessant. Positiven Eindruck macht demgegenüber das Bemühen der Kassen um eine stärker serviceorientierte Informationspolitik<sup>90</sup> sowie Versuche, die Versicherten miteinander zu vernetzen.<sup>91</sup>

Die Verwaltungsratsmitglieder erscheinen somit nicht unmittelbar als ansprechbare »Persönlichkeiten«. Auch inhaltliche Arbeit und Expertise der Vertreterinnen und Vertreter bleiben den Versicherten verschlossen. Ein zukünftiges Ziel der Informationspolitik der Kassen sollte darin bestehen, das thematische Engagement der einzelnen Persönlichkeiten im Verwaltungsrat zusammen mit deren weiterem gesellschaftspolitischen Einsatz besser kenntlich und nachvollziehbar zu machen. Selbiges gilt auch für die Beschlüsse und Maßnahmen der Verwaltungsratsmitglieder, ihre Ausschussarbeit sowie das gemeinsame Agieren von Versicherten- und Arbeitgebervertreterinnen und -vertretern gegenüber externen Interessenorganisationen wie dem BMG.<sup>92</sup>

- 90 Beispiele hierfür sind Informationen zur besseren Ernährung, Fitness, Vorsorge usw., die mittlerweile von so gut wie allen Kassen angeboten werden. Es handelt sich hierbei um all jene Maßnahmen, die nicht primär der Informiertheit der Versicherten dient, sondern der Kasse hilft, Gelder einzusparen.
- 91 So bietet etwa die AOK bereits Internetforen zum Erfahrungsaustausch der Versicherten an. Empfehlenswert erscheint dies insbesondere bei Kassen, die über einen großen Mitgliederstand verfügen.
- 92 Es sei an dieser Stelle an die Kampagne gegen die Gesundheitsreform im Jahre 2006 erinnert, bei der die Selbstverwaltung sich die Freiheit nahm, die Versicherten über die sich abzeichnenden Nachteile der Reform aufzuklären und daraufhin in Auseinandersetzung mit dem BMG geriet.

Im Abschlussbericht des Bundeswahlbeauftragten zur Sozialwahl wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass es im Vorfeld der letzten Sozialwahlen 2005 bereits zu umfangreichen Werbemaßnahmen einiger Kassen kam. So bemühten sich insbesondere DAK, Barmer Ersatzkasse und die TK um die Herstellung einer breiten Öffentlichkeit für die bei ihnen stattfindenden Urwahlen. Was die in den Selbstverwaltungen vertretenen Organisationen angeht, wurde insbesondere die verstärkte Öffentlichkeitsarbeit der IG Metall gewürdigt. Dennoch bemerkten kritische Stimmen, dass ein punktuelles öffentlichkeitsgewandtes Engagement nicht ausreiche. Vielmehr müsse auch zwischen den Wahlterminen kontinuierlich über die Arbeit in den Selbstverwaltungsorganen berichtet werden, um deren gesellschaftliche Akzeptanz zu erhöhen.<sup>93</sup> Somit kann festgehalten werden, dass, wenn Klagen über die Öffentlichkeitsarbeit der Selbstverwaltungen bekundet werden, zunächst die Kassen dazu aufgerufen sind, ihren eigenen Versichertenparlamenten mehr öffentlichen Stellenwert einzuräumen. Doch auch diese Maßnahme bedarf der flankierenden und forcierten öffentlichen Darstellung der inhaltlichen Arbeit der SelbstverwalterInnen.

#### **4. Hohe Kosten der Selbstverwaltung und ihrer Wahlen<sup>94</sup>**

Immer wieder wird darauf verwiesen, die soziale Selbstverwaltung und ihre Wahlen würden die durch sie entstehenden Kosten nicht rechtfertigen. Für diese Institution »rund 46 Millionen Euro auszugeben, ist ein Schlag in das Gesicht aller Beitragszahler«<sup>95</sup>, so der Bund der Steuerzahler. In der Tat beliefen sich die Kosten der Sozialwahlen im Jahr 2005 sogar auf rund 48 Millionen Euro.<sup>96</sup> Der Bundeswahlbeauftragte für die Sozialversicherungswahlen *Hans-Peter Urbaniak* stellt jedoch klar, dass die Kosten der Sozialwahlen 2005 erneut, wie auch bei den vorangegangen Sozialwahlen,<sup>97</sup> im Interesse der Versicherten reduziert wurden. »Pro Wähler konnten sie durch die Optimierung der Verfahrensabläufe, technischen Fortschritt und einen regen Wettbewerb bei der Herstellung der

93 Abschlussbericht des Bundeswahlbeauftragten für die Sozialversicherungswahlen (2005), S. 70-76.

94 Vgl. Bundesrechnungshof – Bemerkungen 2007 zur Haushalts- und Wirtschaftsführung, Bonn 2007; GVG (2007), S. 48 ff.; Rzesnik, Norbert (2001) S. 125-126.

95 Pressemeldung des Bundes der Steuerzahler Deutschland e.V. – Vorsitzender Karl-Heinz Däke, vom 30.5.2005.

96 Urbaniak, (2006), S. 66. Der Bundesrechnungshof spricht von mehr als 40 Millionen Euro.

97 Rzesnik (2001) stellt fest, dass bereits von der Sozialwahl 1993 zur Sozialwahl 1999 die Kosten deutlich gesunken sind.

Wahlunterlagen [...] von 1,35 Euro auf 1,06 Euro gesenkt werden.« Und er fügte hinzu: »Das sollte die Wahrnehmung dieses demokratischen Rechts doch wert sein.«<sup>98</sup>

Die Kritik an den Kosten ist demnach insofern nicht gerechtfertigt, da Verfahren demokratischer Willensbildung immer mit Kosten und Zeit verbunden sein werden. Es muss sogar damit gerechnet werden, dass eine Reform des Wahlmodus hin zu verpflichtenden Urwahlen exorbitant steigende Abstimmungskosten hervorrufen könnten. Es sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass die viel kritisierten Friedenswahlen die Kosten der demokratischen Legitimation der Versichertenvertreterinnen und -vertreter gegenwärtig spürbar begrenzen. 2005 schlügen die Urwahlen der Sozialversicherungsträger (alle Zweige) mit rund 40 Millionen Euro zu Buche, während Friedenswahlen lediglich Unkosten in Höhe von 1 Million Euro verursachten.<sup>99</sup>

## **5. Kritik am Modus der Friedenswahlen<sup>100</sup>**

Die geringe Kenntnis der Bürgerinnen und Bürger über die soziale Selbstverwaltung wird oftmals auf die Praxis der Friedenswahlen zurückgeführt, die bei den vergangenen Sozialwahlen stetig zugenommen haben. Der gängige Vorwurf lautet, die Sozialwahlen hätten sich zum »sinnentleerten Ritual entwickelt«<sup>101</sup>. Das Sozialgesetzbuch IV weist diese Praxis der Mandatsträgerbestimmung jedoch ausdrücklich als legitim aus (§46 Abs. 2 SGB IV).

Friedenswahlen kommen dadurch zu Stande, dass sowohl die Organisationen der Arbeitnehmer- und der Arbeitgeber und Arbeitgeberinnen Kandidatenlisten aufstellen, bei denen die Anzahl der Kandidaten mit der Anzahl der zu vergebenden Mandate übereinstimmt. Ein Wettbewerb um die Mandatsplätze in den Verwaltungsräten wird dadurch nicht notwendig. Jedes Listenmitglied gilt automatisch als gewählt, obgleich keine ausdrückliche Wahlhandlung der Versichertenbasis stattgefunden hat. Die ausgewiesene Problematik besteht darin, dass eine direkte Bestimmung durch die Versicherten ausbleibt und ein unmittelbarer und aktiver Legitimationstransfer von den Versicherten zu ihren Vertreterinnen und Vertretern vermeintlich nicht stattfindet.

98 Urbaniak, (2005).

99 GVG (2007), S. 49.

100 Vgl. Welti (2006), S. 256ff..

101 Braun; Klenk (2006), S. 58.

Dem ist jedoch entgegenzuhalten, dass die an Friedenswahlen beteiligten bzw. im Endeffekt entsendenden Trägerorganisationen sich ausdrücklich in den Dienst der Interessen der Beitragszahler stellen. Sollten durch ihr Tun Schaden für die Kassen entstehen, so hat dies nicht nur für Mandatsträger persönlich negative Folgen. Vielmehr können sich unmittelbare Rückwirkungen auf die Akzeptanz der entsendenden Gewerkschaften und Arbeitgeberverbände einstellen und deren Konflikt- und Durchsetzungsfähigkeit auch in externen Feldern belastet werden. Insofern müssen Gewerkschaften und Arbeitsgeberverbände daran interessiert sein, solche Vertreter vorzuschlagen, deren Entsendung einer Wahrung der organisationseigenen Interessen nicht zuwider läuft.

Daneben besteht für engagierte Arbeitnehmerinnen Arbeitnehmer sowie Arbeitnehmerorganisationen die Möglichkeit, eine eigene Liste aufzustellen und sich an den Wahlen zu beteiligen. Hierfür müssen die Organisationen im Vorfeld bis zu 2000 Unterstützerunterschriften von Versicherten zusammentragen (§48 Abs. 2 SGB IV). In der Praxis wird jedoch von dieser Möglichkeit kaum Gebrauch gemacht, was an der hohen Unterschriftenvorgabe liegen mag.

## **6. Weitergehende Partizipationsmöglichkeiten für Patienteninteressen**

Eine zentrale Kritik an der gegenwärtigen Zusammensetzung der sozialen Selbstverwaltung lautet, dass eine Bewerbung um Mitarbeit in der sozialen Selbstverwaltung an den Status einer Arbeitnehmerorganisation gebunden ist (§48 Abs. 1 SGB IV). Demgegenüber bliebe anderen gesellschaftspolitischen Gruppen wie den Sozial- oder Patientenorganisationen eine Mitbestimmungsmöglichkeit verwehrt. Der Forderung nach Einrichtung so genannter Dritter Bänke kann entgegengehalten werden, dass die soziale Selbstverwaltung grundsätzlich auf der Finanzierung durch Arbeitnehmer und Arbeitgeber fußt.<sup>102</sup> Andere Legitimationsverfahren könnten den Charakter der sozialen Selbstverwaltung grundlegend verändern. Zudem ist zu bedenken, dass jede einzelne Interessengruppe der Patienten an einer optimalen Nutzenorientierung für ihre Gruppe orientiert ist. Sollten diese Gruppen einen stärkeren Einfluss innerhalb der Kassen gewinnen, würde es zukünftig noch weitaus schwieriger werden, die Interessen der verschiedenen Gruppen auszubalancieren.

102 Vgl. Paquet (2006), S. 63.

## **7. Intransparenz der Organisation und des Personals in der Selbstverwaltung**

Das Zustandekommen und die personelle Zusammensetzung der Listen der Trägerorganisationen werden häufig als intransparent dargestellt. Auch wenn die Trägerorganisationen sich um eine Durchschaubarkeit ihrer Verfahren bemühen, nützt dies häufig wenig, wenn kein entsprechendes Interesse an deren Arbeit besteht. Gleichwohl könnten sich die einzelnen Listen aber auch die Kassen besser als es gegenwärtig der Fall ist, um eine Präsentation ihres Personals in der Selbstverwaltung bemühen. Waren diese Persönlichkeiten und ihr gesellschaftspolitisches Engagement der Öffentlichkeit bekannter, würden möglicherweise weniger Zweifel an deren Authentizität laut.

## **8. Unzureichende Qualifizierung und Kompetenz der SelbstverwalterInnen**

Immer wieder wird der Vorwurf erhoben, die SelbstverwalterInnen würden nicht über den nötigen Sachverstand verfügen, um eine effizienzorientierte Arbeit in der sozialen Selbstverwaltung zu gewährleisten.<sup>103</sup> In Reaktion auf diesen Vorwurf verabschiedeten die Mitgliedsgewerkschaften des DGB im Zuge der letzten Sozialwahlen eigene Grundsätze für die Auswahl der Kandidaten/innen, die gewährleisten sollten, »vorhandene Gestaltungsspielräume im Interesse der Versicherten auszuschöpfen [...] [und, WS] noch mehr als in der Vergangenheit auf eine qualifizierte Besetzung der Selbstverwaltungsorgane zu achten.« Das Hauptaugenmerk lag dabei auf Kompetenzen in den Bereichen: Sozialpolitik, Unternehmensführung und Kenntnis der Akteurs- und Arbeitsstrukturen. Zusätzlich wurde vereinbart, dass mindestens ein hauptamtliches Gewerkschaftsmitglied Angehöriger der Selbstverwaltungsorgane sein muss. Diese/r soll gewisse Koordinierungs- und Vorbereitungsarbeiten für die Gruppe der gewerkschaftlich organisierten Mitglieder übernehmen und den Austauschprozess untereinander befördern.<sup>104</sup>

103 Braun; Klenk (2006), S. 60. Vgl. auch Paquet (2006), S. 65.

104 DGB Bundesvorstand Abteilung Sozialpolitik: Grundsätze für die Auswahl der Kandidaten/innen für die Listen von DGB und Mitgliedsgewerkschaften zu den Sozialwahlen 2005, [www.sozialwahl05.de/materialien/index.html](http://www.sozialwahl05.de/materialien/index.html)

Öffentliche Kritik an der Selbstverwaltung und inhaltliche Anforderungen an die SelbstverwalterInnen sind gewachsen. Entsprechend sind auch die Diskurse in den Verwaltungsräten fachlich komplexer geworden. Insbesondere in

- a) *Folge des Wettbewerbs der Kassen*, durch den
- b) *medizinisch-technischen Fortschritt* und wegen der
- c) *gestiegenen administrativen und rechtlichen Regelungsdichte*.

Nicht zuletzt deshalb müssen die Trägerorganisationen, allen voran die Gewerkschaften und Arbeitgeberverbände, verstärkt auf die thematische Expertise ihrer Vertreter achten. Vor diesem Hintergrund kann auch von einer *Verfachlichung* der Arbeit in den Selbstverwaltungen gesprochen werden. Gegenwartsbezogene Beispiele für die gestiegenen Anforderungen sind:<sup>105</sup>

zu a)

- Qualifizierung auf dem betriebswirtschaftlichen Gebiet (Controlling),
- Strategische Wahrnehmung der Kontrollfunktion gegenüber dem Vorstand,
- Fragen von Kassenfusionen und deren Verwaltungen,
- Gesundheitsmanagement.

zu b)

- Neue Behandlungs-, Hilfs- und Präventionsmaßnahmen und Methoden,
- Pharmamarkt und neue Medikamente.

zu c)

- Das GKV-WSG und die Einführung des Gesundheitsfonds, Versicherungspflicht und die zukünftigen Regelungen zum einheitlichen Versicherungs- und Zusatzbeitrag,
- Aufbau des Spitzenverbandes Bund und neuer Altersstrukturen,
- Wahltarife für Versicherte; Honorarsystem und Rabattverträge mit Leistungs-erbringern, Pflegestützpunkte, Disease Management Programme,
- Mutter/Vater – Kind Kuren,
- BSG Entscheidungen zu Patientenrechten, Rehabilitationsrecht.

Nach der Untersuchung von *Braun; Rothgang; Wasem* (2006) erkennt die Mehrheit der Selbstverwalter und Selbstverwalterinnen selbst keine Qualifikationsdefizite seitens der Organmitglieder. Besondere Kompetenzen schreiben sich die VertreterInnen und Vertreter in folgenden Bereichen zu: Bedarfsfragen der

<sup>105</sup> Vgl. ver.di Bundesverwaltung – Abteilung Sozialpolitik – Ressort 10. Papier zu besonderen thematischen Herausforderungen von ehrenamtlichen SelbstverwalternInnen in der GKV in Folge des GKV-WSG. Zur Verfügung gestellt von Wilma Hagen-Henneberg.

Versicherten<sup>106</sup>, Pflegerische Versorgung<sup>107</sup>, Öffentlichkeitsarbeit und Kommunikation mit den Versicherten.<sup>108</sup> Die Autoren stellten zudem fest, dass bei ihren Befragungen eine »Diskrepanz zwischen der explizit genannten Notwendigkeit der Weiterbildung [...] und der tatsächlichen Weiterbildung [...] zum Ausdruck [kam, WS]«.<sup>109</sup>

Es erscheint daher notwendig, die oben genannten Inhalte in der Institution selbst wie auch in den Gewerkschaften zu thematisieren und fortlaufend zu diskutieren. Es bedarf dazu eines stetigen sozialpolitischen Diskurses innerhalb der Arbeitnehmerorganisationen. Eine derartige Debatte der Versichertenvertreterinnen und -vertretern innerhalb ihrer Organisationen hätte mehrere Vorteile: Zum einen würden sozialpolitische Themen wieder stärker in ihrer gesamten Bandbreite von den unmittelbaren Entscheidungsträgern aufgegriffen und es käme zum anderen zu einer inhaltlichen Abstimmung der Mandatsträger in den Selbstverwaltungen. Das könnte dazu beitragen, sozialpolitische Positionen der Gewerkschaften in der Öffentlichkeit wieder deutlicher hervorzuheben und die dazugehörigen SelbstverwalterInnen nicht länger als Einzelkämpfer erscheinen zu lassen. Eine breiter angelegte Debatte der Gewerkschaften über den Wert der sozialen Selbstverwaltung als gelebte Mitbestimmung im Feld der Sozialpolitik könnte einen Beitrag dazu leisten, weitere Aktionsmöglichkeiten in diesem Feld auszuloten. Auf diesem Wege könnte möglicherweise die Mitgliederbasis der Gewerkschaften erweitert und die Selbstverwaltung revitalisiert werden. Denn ohne die Gewerkschaften als starkes Rückgrat für eine kompetentere soziale Selbstverwaltung wird eine Strategie der Revitalisierung nicht funktionieren können. Da diese Überlegungen auch schon zu anderen Zeiten ähnlich formuliert worden sind, wäre es vermutlich sinnvoll, wenn sich die Gewerkschaften kritisch Rechenschaft zu geben versuchten, ob und wie sie die dafür notwendigen Voraussetzungen schaffen können. Denn angesichts der mannigfaltigen Herausforderungen durch die betriebliche Mitgliederpolitik und die Dezentralisierung der Tarifpolitik ist es durchaus berechtigt zu fragen, ob eine solche Revitalisierungsstrategie die Gewerkschaften derzeit nicht überfordert.

106 74,4% der Befragten sehen etwa keine persönliche Notwendigkeit zur Weiterbildung auf diesem Gebiet, während 25,6% diese für notwendig erachten.

107 Verhältnis 72,3 % konstatieren Defizite, während 27,8 % dem widersprechen.

108 In diesem Fall sind 66,5 % der Auffassung keine Weiterbildung zu benötigen, gegenüber 33,5 % die dies in Erwägung ziehen.

109 Braun u.a. (unveröffentlicht), S. 309. Belegstelle auch für die drei vorangegangenen Fußnoten.

## 9. Unzureichende Versicherten- und Betroffenennähe

Dieser Mangel wird besonders unter den Selbstverwalter und Selbstverwalterinnen gesehen. Sie konzedieren in Experteninterviews, dass sich die Mandaträger in der Selbstverwaltung zwar um einen engen und regelmäßigen Kontakt zu Versicherten und Betroffenen bemühten, dies aber aufgrund mehrerer Faktoren zunehmend erschwert werde. In diesem Zusammenhang sei auf die »Tendenz [...] zur Bürokratisierung, Formalisierung und Standardisierung«<sup>110</sup> hingewiesen, die insbesondere im Konkurrenzverhältnis der Kassen begründet liege. Im Kontext dieser Konstellation ist es in der Vergangenheit zu einer Fusionswelle gekommen, die die Anzahl der Kassen in den letzten 20 Jahren um etwa 80 % reduzierte. Die damit einhergehende Konzentration, die sich vor allem in gewachsenen Kassengrößen ausdrückt, entfernt die Kassenvertreter von den Versicherten. Defizite der Versichertennähe manifestieren sich besonders in mangelhaften lokalen Strukturen, so dass die Versicherten vor Ort entweder keinen direkten Ansprechpartner haben oder diesen zumindest nicht unmittelbar identifizieren können. Vermutlich tragen die unzureichenden Möglichkeiten der Außendarstellung der Selbstverwalter und Selbstverwalterinnen ihren Teil zu dieser Situation bei.

**Zusammenfassend** lässt sich die Kritik schwerpunktartig folgendermaßen begrifflich fassen:

In erster Linie richtet sich die Kritik auf den Modus der Friedenswahlen, mit dem Vorwurf

– *einer zu geringen Legitimation*

der sozialen Selbstverwaltung. Hinzu kommt die Kritik an der Praxis der Auswahl der BewerberInnen für die Listen der Sozialwahlen sowie die daraus resultierende Unbekanntheit der Personen und ihrer Arbeit in den Selbstverwaltungsorganen, die sich unter dem Vorwurf

– *geringer Bekanntheit und Akzeptanz*

subsumieren lässt. Zuletzt werden Gestaltungsmöglichkeiten und Befähigungen der SelbstverwalterInnen in Zweifel gezogen und es wird kritisiert, dass die Arbeit der Selbstverwalter und Selbstverwalterinnen

– *ineffektiv* sei.

110 Braun u.a. unveröffentlicht (2006), S. 260.

## **4.2 Akteure der sozialen Selbstverwaltung und deren Befindlichkeiten**

Die Kritik an der sozialen Selbstverwaltung ist von den Interessenlagen der Akteure geprägt. Inhaltlich lassen sich für unsere Fragestellung hinsichtlich einer Weiterentwicklung der sozialen Selbstverwaltung zwei konkurrierende Lesarten identifizieren: Einerseits jene, die für eine Stärkung der Mitbestimmung (Inputlegitimität) plädieren und andererseits jene, die sich eher für eine Betonung der Leistungsfähigkeit der GKV unabhängig von der demokratischen Legitimation (Outputlegitimität) einsetzen.

Als Beteiligte sind zunächst selbstverständlich die Versicherten und Arbeitgeber, also die Sozialpartner zu nennen. Beide Akteure genießen eine besondere Stellung im polit-ökonomischen System der Bundesrepublik, die sich im Grundgesetz in Art.9 Abs. 3 niederschlägt. Darin wird den Sozialpartnern das Recht zugestanden (Tarifautonomie), ihre Divergenzen frei – also ohne staatliche und betriebliche Intervention – austragen zu können. In dieser Festlegung drückt sich die Überzeugung aus, dass nach festen Regeln organisierte (institutionelle) Konfliktbeilegungsmethoden keine Instabilitäten provozieren, sondern im Gegenteil zur adäquaten Befriedung von Konflikten beitragen. Im Normalfall wird auf diese Weise tatsächlich eine von beiden Seiten akzeptierte, situativ-temporäre Überwindung des Konflikts erreicht. Auch wenn also die Interessen und Zukunftsentwürfe der Sozialpartner nicht übereinstimmen, scheint dieser Dissens die konstruktiv-konfliktorische Zusammenarbeit in der Selbstverwaltung nicht zu beeinträchtigen.

Als weiterer Akteur ist der Staat bzw. die Ministerialbürokratie – im Falle der GKV das BMG – zu nennen, das durch seine rahmensetzende Funktion wiederum den Sozialpartnern gegenübersteht. Zuletzt sei auf weitere spezielle Betroffenengruppen wie Sozial- und Patientenverbände verwiesen, die allerdings bisher nur mittels der vorhergehend genannten Akteure ihre Positionen informell in die Entscheidungen der sozialen Selbstverwaltung einfließen lassen können. Gleichwohl sind deren Zahl wie die Aufmerksamkeit, die diesen Gruppen in der Öffentlichkeit entgegengebracht wird, in den letzten Jahren deutlich gewachsen.

## Die Versicherten

Was sind nun jene Interessen, die die Versicherten besonders bestimmen? Insgesamt gesehen lassen sich die Versichertenvertreter von folgendem *Interessenkanon* leiten:

- a) niedrige Beiträge (Kosten des hälftigen Beitrags – Output – Quantität),
- b) ein umfassendes Leistungsspektrum (Output – Quantität),
- c) beste Güte der Leistungen (Output – Qualität)
- d) und Mitbestimmung über die Leistungen (Input).

Die Herausforderung an diesem Interessenkanon besteht darin, dass kaum alle Ziele gleichzeitig und zum Wohle aller realisiert werden können. Zwar müssen sich das Interesse an niedrigen Beiträgen und der Wunsch nach einer maximal ausgestalteten Leistungsstruktur in der GKV nicht automatisch gegenseitig ausschließen. Gleichwohl ist die Wahrscheinlichkeit, dass beide Ziele widerspruchlos zur gleichen Zeit realisiert werden können, eher gering.

## Die Arbeitgeber und Arbeitgeberinnen

Demgegenüber sind die Arbeitgeber ebenfalls primär interessiert an:

- a) niedrigen Beiträgen (Kosten des hälftigen Beitrags – Output – Quantität) und darüber hinaus
- b) gesunden und damit hoch produktiven Mitarbeitern (vermittelter Output).

Der Interessenwiderspruch in diesem Lager besteht darin, dass die Arbeitgeber zunächst auf eine hohe und stete Leistungsfähigkeit ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter angewiesen sind. Dies wird jedoch direkt von der Konstitution der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer und deren hohem gesundheitlichen Vorsorgestandard beeinflusst. Qualitativ hochwertige Vorsorge wiederum erfordert ihrerseits hohe Beitragszahlungen.

## Der Staat/Ministerialbürokratie

Als dritter Akteur ist auch dem politisch-administrativen System an

- a) niedrigen Beiträgen zur GKV für Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen und Arbeitgeber und Arbeitgeberinnen (Output – Quantität) gelegen. Damit verbunden ist ein Interesse an einem
- b) hohen Beschäftigungsniveau, da auf diese Weise die Finanzierung der Sozialversicherungsträger sichergestellt ist und steuerfinanzierte Zuzahlungen nicht oder nur auf geringerem Niveau notwendig sind. Darüber hinaus ist der Staat an der

- c) Wahrung des sozialen Friedens zwischen Arbeit und Kapital sowie
- d) dem Erhalt der Funktion der Staats- und Politikentlastung bei öffentlichen Aufgaben interessiert (spezifischer Entlastungs-Output).

Widersprüchlich ist in diesem Falle, dass der Staat verstärkten Einfluss auf die maßgeblichen Kostengrößen wie Leistungsniveau und zukünftig auch die Beitragshöhe nehmen wird und auf diesem Wege erheblich zum Bedeutungsverfall der sozialen Selbstverwaltung beiträgt. Dabei muss bedacht werden, dass die Selbstverwaltung für den Staat einer Entlastung bei der Ausführung administrativer Aufgaben gleichkommt. Übernimmt der Staat diese Funktionen selbst, scheint eine zusätzliche Belastung des Staatshaushaltes unvermeidbar.

### **Spezielle Betroffenenorganisationen wie Sozial- oder Patientenverbände**

Die bisher nur *informell* integrierten gesellschaftspolitischen Kräfte spezieller Betroffenenorganisationen, wie Sozial-, Rentner-, oder Patientenverbände werden von Partikularinteressen geleitet. Diese Gruppen fordern

- a) umfassende Leistung für ihren speziellen Bedarfsfall (Output – Quantität),
- b) ein gleichzeitig hohes Qualitätsniveau (Output – Qualität)
- c) und einen institutionalisierten Zugang zur Entscheidungsebene (Input).

Vielfach sind die betroffenen Personengruppen nicht bloß an einem hohen Leistungsniveau interessiert, sondern essentiell darauf angewiesen. Die Betroffenheit dieser Verbände äußert sich häufig mit derartiger Vehemenz, dass sich diese nicht im Stande zeigen, Abstriche an einzelnen Leistungen hinnehmen zu können. An dieser Stelle werden die Spezifika von Partikularinteressen deutlich, die zunächst im Widerspruch zur primären Gemeinwohlorientierung der GKV stehen, jedoch zugleich die grundlegenden Prinzipien von Bedarfsorientierung und Solidarität, die in der GKV verfolgt werden, für ihre Klientel einfordern.

**Tab. 5 Akteure und ihre Befindlichkeiten in der GKV**

<b>Versicherte (Finanzier)</b>	<b>Arbeitgeber (Finanzier)</b>	<b>Staat und Ministerialbüro- kratie (Rahmengesetz- gebung)</b>	<b>Spezielle Betrof- fenenorganisa- tionen – Sozial- und Patienten- organisationen (informell integriert)</b>
a) niedrige Beiträge b) umfassende Leistungen c) beste Güte d) Mitbestimmung	a) niedrige Beiträge b) gesunde und hoch produktive Mitarbeiter	a) niedrige Beiträge b) hohes Beschäftigungsniveau c) sozialer Friede d) Staats- und Politikentlastung	a) umfassende Leistung in speziellen Bedarfsfällen b) beste Qualität im Bedarfsfall c) Mitbestimmung
<b>Widersprüche:</b>			
Hohe Leistungs- und Qualitätsansprüche vs. niedrige Beiträge	Hohe Leistungsfähigkeit des Arbeitnehmers vs. höhere Beiträge für die gute Konstitution des Arbeitnehmers	Einflussnahme auf die Beitrags-höhe und das Leistungsniveau vs. Funktionsverfall der Selbstverwaltung	Hohe Leistungs- und Qualitätsansprüche vs. möglichst geringe Belastung der eigenen Klientel mit dem Verweis auf die Solidarität unter den Versicherten

#### **4.3 Positionen und Strategievorschläge der Akteure**

Die gegenwärtige Ausgestaltung der sozialen Selbstverwaltung befindet sich in einer argumentativen Zange zwischen Konzepten, die auf einen stärkeren staatlichen Einfluss setzen und Entwürfen, denen die Idee einer fortschreitenden Liberalisierung der GKV und damit verbunden eine weitere Verengung der Regelungskompetenzen der Selbstverwaltung zugrunde liegt. Die zentralen Akteure dieser Arena verfolgen in der Debatte um die Zukunft der sozialen Selbstverwaltung unterschiedliche Ziele und Strategien. Die divergierenden Positionen dieser Gruppen sollen in Folgenden vorgestellt werden.

Auf Seiten der **Versicherten bzw. Arbeitnehmer** sind es vor allem die DGB-Gewerkschaften, die ein erhebliches Interesse am Erhalt der sozialen Selbstverwaltung haben. Doch auch innerhalb des DGB sind unterschiedliche Deutungen und Interessen erkennbar. Dabei geht es weniger darum, ob der Status Quo in der sozialen Selbstverwaltung akzeptiert wird. Im Zentrum steht vielmehr die

Frage, welche Ressourcen zukünftig eingesetzt werden können und sollen, um die Politikformulierung in der GKV weiterhin aktiv mitgestalten zu können, die von den einzelnen DGB-Gewerkschaften jeweils anders beantwortet wird. Der Wille hingegen, die Idee der gestaltenden Mitbestimmung beizubehalten, ist den einzelgewerkschaftlichen Positionen jedoch gemein.

## **Exkurs**

Die stichprobenartige Untersuchung von *Braun, Buitkamp, Rothgang u.a. (2006)* hat deutlich gezeigt, dass das Lager der Gewerkschaften die Verwaltungsräte klar dominiert.<sup>111</sup> Die Organe sind vorwiegend mit älteren (durchschnittlich ca. 60 Jahre) Männern (ca. 85%) besetzt, die im Durchschnitt über eine Lehr- oder Berufsschulqualifikation verfügen (ca. 47%). Der überwiegende Teil dieser engagierten Persönlichkeiten gehört der sozialen Selbstverwaltung schon seit längerem an (ca. 77% – »alte Hasen«). Die eindeutige Mehrheit der SelbstverwalterInnen zeichnen sich dabei durch eine ›beharrliche‹ Einstellung gegenüber der Institution der sozialen Selbstverwaltung aus. So schätzen weit über 80% die Transparenz der Kandidatenauswahl und die Listenplatzvergabe bei den Sozialwahlen als hinreichend ein.

»Die Beurteilung unterscheidet sich in Abhängigkeit von der Organisation, in denen die Befragten tätig waren. So waren bei der Sozialwahl im Juni 2005 im DGB [und, WS] der IG BCE [...] die Kandidatenauswahl und Listenplatzvergabe eher transparent, während Befragte, die über ver.di, die IG Metall oder die IG Bau in den Verwaltungsrat kamen, diese Aspekte viel öfter als undurchsichtig darstellten.«<sup>112</sup> Die oben genannte Analyse kommt außerdem zu dem Schluss, dass die 2005 erneut gestiegene Anzahl von Friedenswahlen besonders in Trägern praktiziert wird, in denen Gewerkschaftsvertreter besonders zahlreich vertreten sind. Demnach waren »87,3% [...] der durch Friedenswahlen gewählten Personen [...] Mitglied einer Gewerkschaft. [...] Somit ist das Merkmal Gewerkschaftsmitgliedschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit ein Indiz dafür, dass diese Person durch Friedenswahlen in die Selbstverwaltung gelangt ist.«<sup>113</sup>

Nach den vorliegenden Expertengesprächen erkennt der überwiegende Teil der Gewerkschaftsvertreter in der Selbstverwaltung die Notwendigkeit einer

111 Die Autoren haben 363 aktive SelbstverwalterInnen repräsentativ über alle Kassenarten hinweg befragt. Vgl. zur Gewerkschaftsdominanz S. 290ff..

112 Ebenda: S. 298.

113 Braun u.a. (unveröffentlicht), S. 299.

Neujustierung der Selbstverwaltung an.<sup>114</sup> Dieser Einsicht wurde seitens des DGB bereits in einzelnen Punkten, wie bspw. den Kriterien zur Mindestqualifizierung der Selbstverwalter und Selbstverwalterinnen bei der Sozialwahl 2005, Ausdruck verliehen.

### **Problemwahrnehmung der Gewerkschaften**

In Bezug auf die Kritik am Modus der Friedenswahlen wurde in Gesprächen immer wieder darauf aufmerksam gemacht, dass diese Kritik unmittelbar mit der gegenwärtigen Attraktivität der Institution und dem Fehlen zusätzlicher, qualifizierter SelbstverwalterInnen zusammenhinge. Es sei den Gewerkschaften bisher nicht gelungen, den Versicherten die Bedeutung der sozialen Selbstverwaltung näher zu bringen. Folglich interessierten sich nur wenige Versicherte für diese Institution. Ein noch geringerer Anteil könne sich ein Engagement in der GKV vorstellen. Auch den Gewerkschaftsmitgliedern sei der Stellenwert der Selbstverwaltungsarbeit kaum bewusst. Als zusätzliche Hürde, um potentielle Aktivisten für die Selbstverwaltung zu gewinnen, wirken vermutlich auch die geringen materiellen und immateriellen Anreize (geringe Aufwandsentschädigungen und hoher Zeitaufwand). Darüber hinaus werden die gesunkenen Regelungskompetenzen der Organe angeführt und erklärt, dieser Verlust schmälere die Attraktivität der Institution nachhaltig. Daneben wurde geäußert, dass das Ehrenamt als tragendes Organprinzip erhalten bleiben müsse, um die Gemeinwohlorientierung bei den Entscheidungen in der Selbstverwaltung nicht zu beschädigen.

Das hier angedeutete Legitimationsproblem stellt sich vor dem Hintergrund eines nicht so stark ausgeprägten Interesses der Versicherten an der Institutionenordnung der Selbstverwaltung auch als ein quantitatives und qualitatives Rekrutierungsproblem dar. Jenseits der allgemeinen Beobachtung, dass die Bereitschaft für ehrenamtliches Engagement in der Gruppe der Erwerbstätigen unter 55 Jahren in den letzten Jahren leicht zurückgegangen ist, lassen sich Gründe benennen, die die spezifische Deutungen innerhalb des Gewerkschaftslager umschreiben: Der stattfindende Umbau der Gewerkschaften bindet in den gewerkschaftlichen Kernfeldern – Tarif-, Betriebs- und Organisationspolitik – ehrenamtliches Potential in außerordentlicher Weise, so dass weitere Felder der Mitbestimmungspolitik nicht mehr in gewohnter Form besetzt werden. Gleichwohl scheint es nicht aussichtslos, auch für diese Aufgaben verstärkt zu werben und ehrenamtliche

<sup>114</sup> Diese Positionen wurden im Rahmen der Durchführung zweier Workshops in den Monaten Oktober und November 2007 deutlich.

Mitarbeiter aus unterschiedlichen Altersgruppen für die Arbeit in der sozialen Selbstverwaltung zu mobilisieren. Insgesamt trifft ein Verzicht auf Mitbestimmungskompetenzen bzw. eine weitere Verschlankung der Selbstverwaltungsorgane auf die einhellige Ablehnung der Gewerkschaften.

### **Position der Arbeitgeber und Arbeitgeberinnen<sup>115</sup>**

Die Arbeitgeber und Arbeitgeberinnen sind von der Reformbedürftigkeit der Selbstverwaltung überzeugt. Sie knüpfen dabei ausdrücklich an den zugrunde liegenden Prinzipien des GSG an und sprechen sich dafür aus, die Kontrollfunktion der Selbstverwaltungsorgane noch stärker als bisher am Beispiel von Aufsichtsräten in Kapitalgesellschaften zu orientieren. Nach ihrer Ansicht sollten »die autonomen Entscheidungen der Sozialversicherungsträger [...] erweitert werden, um den Staatseinfluss zu verringern und den Wettbewerb innerhalb der Sozialversicherungszweige auszubauen. Aufbau und Strukturen der Sozialversicherungsträger und ihrer Selbstverwaltungsorgane müssen schlanker und effizienter werden«, so die Arbeitgeber und Arbeitgeberinnen. Hauptintention dieser Reformposition ist die Bewahrung der Sozialversicherung vor einem zu großen Einfluss des Staates oder gar einer völligen staatlichen Kontrolle, um »der Verdeckung von Missständen [...] [entgegenzuwirken, WS] und den Sozialversicherungsträgern einen kritischen Umgang gegenüber der Ministerialbürokratie und ein selbstbewusstes Auftreten gegenüber der Politik und Öffentlichkeit [...] [zu ermöglichen, WS].«<sup>116</sup> Der Kontrolle durch Dritte Bänke erteilen die Arbeitgeber mit dieser Position eine klare Absage.

Die Reformvorstellung des BDA zielt darauf ab, privatwirtschaftliche Mechanismen in der GKV zu stärken, die nur noch durch ein Minimum an Mitbestimmung in Leistungsfragen durch Versicherte und Arbeitgeber flankiert werden sollen. Die Arbeitgeber plädieren für eine strikte Kompetenztrennung zwischen Vorständen und Selbstverwaltungsorganen. Das operative Geschäft solle ausschließlich durch die Vorstände bestritten werden. Diese Veränderung böte den Managern der Kassen die Möglichkeit, die GKV-Träger endgültig wie reine Wirtschaftsunternehmen zu führen. Eine Selbstverwaltung, die sich völlig aus den Details der Verwaltungsabläufe zurückzöge, könnte nur noch auf die

115 BDA: Aufsichtsfunktion stärken – Autonomie erweitern – Effizienzsteigerungen und Modernisierung in der sozialen Selbstverwaltung, Berlin 2004, PDF-Download.

116 Ebenda, S. 2.

Vorgaben der Vorstände reagieren. Die Perspektive einer aktiven Mitgestaltung bliebe den Selbstverwaltungsorganen sodann verwehrt.<sup>117</sup>

Die Arbeitgeber und Arbeitgeberinnenverbände sprechen sich damit zwar im Wortlaut für eine Stärkung der Selbstverwaltung aus – rekurrieren dabei aber einseitig auf eine Zurückdrängung von Staatseinflüssen zu Gunsten einer stärkeren Implementierung ökonomischer Rationalität in der GKV. Faktisch würde dies der Idee der Eigenverantwortung bei der Erfüllung gesellschaftlicher Aufgaben Nachdruck verleihen, käme aber ebenso einem Bruch mit dem Prinzip der Mitbestimmung als einer Gestaltungsfunktion in der Sozialversicherung gleich.

### **Überlegungen der Ministerialbürokratie**

Für die Mehrheit der involvierten Ministerien ist die Reformbedürftigkeit der sozialen Selbstverwaltung unstrittig. Das schwindende gesellschaftliche Interesse an der Institution der sozialen Selbstverwaltung, dokumentiert durch eine niedrige Beteiligung an der Sozialwahl 2005, forderte die zuständige, ministerielle Instanz zur Abgabe einer eindeutigen Stellungnahme auf. Unterstützt durch die herbe Kritik des Bundesrechnungshofes schrieb das BMAS im Frühjahr 2007 sogar jenen Forschungsauftrag zur Aufarbeitung der Geschichte der Sozialwahlen aus, um wissenschaftliche Überlegungen für eine Politik der Neujustierung dieses Instituts nutzbar zu machen.<sup>118</sup>

Ob und wie das von der Bundesregierung artikulierte Ziel »vor der Durchführung der nächsten Sozialversicherungswahlen im Jahr 2011 [...] Maßnahmen zu ermitteln, die geeignet sind, die Attraktivität und die Akzeptanz (Wahlbeteiligung) der Sozialversicherungswahlen und damit der sozialen Selbstverwaltung bei den Versicherten und in der Öffentlichkeit zu verbessern«<sup>119</sup> realisiert wird, bleibt einstweilen offen. Das Ministerium lässt derzeit verschiedene Reformalternativen prüfen, miteinander vergleichen und in Beziehung setzen. Die Ausschreibungsvorgaben konzentrieren sich ausdrücklich auf die Postulate von »Weiterentwicklung und Modernisierung«<sup>120</sup> der sozialen Selbstverwaltung. In den zu diskutierenden Reformalternativen spiegeln sich vorrangig die folgenden Tendenzen:

117 Vgl. Leopold (2004), S. 123ff.

118 Ausschreibungspapiere des BMAS zur »Geschichte und Modernisierung der Sozialversicherungswahlen« (2007).

119 Ebenda. S. 2.

120 Ebenda. S. 3.

- **Stärkung des Staatseinflusses**

- *Berufungsverfahren*: Exklusive Berufung der Vertreter der Sozialpartner und eventuell einer Dritten Bank durch den Staat.
- *Beiratsmodell*: Ausschließliche Beteiligung der Sozialpartner am Versicherungsträger mittels eines Beirates. Die Aufsichts- und Kontrollfunktion soll dabei entweder auf das Bundesversicherungsamt oder die Aufsichtsbehörden der Länder übergehen.
- *›Mischmodell‹ aus Berufungsverfahren und Urwahlen*: 1/3 der Mandatsträger werden als Beauftragte der Sozialpartner in die Selbstverwaltungsorgane entsandt und 2/3 werden durch Listenwahl von den Versicherten gewählt (Urwahlen).

- **Stärkung der demokratischen Verfahren und der Legitimation**

- *Verpflichtende Urwahlen bei allen Versicherungsträgern*: Ausschluss von Friedenswahlen.
- *Einfachwahlrecht*: Urwahlen werden nur noch bei den Krankenkassen durchgeführt – diese Versichertenvertreterinnen und -vertreter bestimmen dann die Mitglieder der Selbstverwaltungen in den anderen Sozialversicherungszweigen.
- *Kopplung von Sozialwahlen mit Betriebs- und Personalwahlen*: Vergrößerung der Wählerschaft um diejenigen, die vorher nicht an den Sozialwahlen teilnehmen konnten.

- **Fortgesetzte Liberalisierung bzw. Privatisierung der GKV**

- *Aufsichtsratsmodell*: Das Selbstverwaltungsorgan erfüllt die ausschließliche Funktion eines Kontrollorgans gegenüber der hauptamtlichen Verwaltung.

Die drei Perspektiven korrespondieren mit der bereits benannten Spannweite der Reformperspektiven, die von einem verstärkten staatlichen Einfluss bis zu einer vollständigen Privatisierung der GKV reichen. Das BMAS stellt darüber hinaus ausdrücklich intensivere Formen gesellschaftlicher Anbindung und Beteiligung zur Diskussion, um eine erhöhte Legitimierung der Selbstverwaltung zu befördern.

Im Kern dürfte die Ministerialbürokratie ein besonderes Interesse daran haben, künftig verstärkten Einfluss auf die GKV-Träger nehmen zu können. Dies kommt bereits jetzt durch die nahende Festsetzung der Beiträge im BMG

durch das GKV-WSG zum Ausdruck. Darüber hinaus soll die GKV zukünftig teilweise aus Steuermitteln finanziert werden. Wenn jedoch ein größerer Teil des Gesundheitsfonds durch den Bundeshaushalt bestritten wird, muss damit gerechnet werden, dass dann auch der Bund bzw. die Ministerien als Finanzier(s) Mitspracherechte für sich reklamieren. Denn sie haben ihren Haushalt gegenüber den BürgerInnen und Bürger bzw. WählerInnen zu verantworten und müssen so zwangsläufig dafür Sorge tragen, dass das Bundesbudget nicht unter einer weiteren »Kostenexplosion« in der GKV leidet. Neben der Präferenz zugunsten eines stärkeren Staatseinflusses machten Interviews deutlich, dass die Ministerialbürokratie daran interessiert ist, weitere Rationalisierungspotentiale innerhalb der GKV ausfindig zu machen und zu stärken, um so Kosteneinsparungen zu realisieren. Daneben lässt sich durchaus eine Präferenz für verpflichtende Urwahlen ausmachen, die objektive Legitimationsdefizite der Sozialwahlen aufheben sollen. Aus dieser Veränderung resultierende Kostensteigerungen dürften dabei keinen Hinderungsgrund darstellen. »Demokratie koste nun einmal Geld«<sup>121</sup> und es sei von großer Bedeutung, eine neue Verbindung von Versicherten und Sozialversicherungsträgern zu schaffen.

### **Interessen spezieller Betroffenenorganisationen (Sozial- und Patientenverbänden)**

Die speziellen Betroffenenorganisationen gewinnen in der gesundheitspolitischen Arena zunehmend an Bedeutung. Sie sind formell bereits beratender Bestandteil der gemeinsamen Selbstverwaltung der Kassen, Ärzte und Krankenhäuser im G-BA, wo sie sich in den letzten Jahren zunehmend Gehör verschaffen konnten. Auf der einen Seite verfügen diese Gruppen über spezielles Wissen und Erfahrungen, welches für eine zeitgemäße und auch bedarfsgerechte Allokation der Gesundheitsressourcen unentbehrlich erscheint. Dennoch organisieren diese Gruppen ausschließlich Partikularinteressen, die nicht im Einklang mit der primären Gemeinwohlorientierung der sozialen Selbstverwaltung stehen und die bei einer umfassenden Berücksichtigung zu Verzerrungen des Leistungsspektrums der Kassen (Output) führen könnten.

Im Vordergrund des Bemühens dieser Interessen dürfte zunächst die Realisierung des speziellen gruppenbezogenen Bedarfzustandes stehen. Auf welche Weise und unter Verwendung welcher Entscheidungsstrukturen dies geschieht,

121 Interview mit Knieps, Franz am 7. Januar 2008: Leiter der Abteilung Gesundheitsversorgung, Krankenversicherung, Pflegeversicherung im BMG.

scheint sekundär. Bei einer Befragung der im G-BA aktiven Patientinnen und Patientenvertreter wurde deutlich, dass diese eine verstärkte Einflussnahme auf die Gesundheitsversorgung anstreben und davon überzeugt sind, eine solche ausüben zu können und zu dürfen. Hinsichtlich der Frage nach einer direkten Mitentscheidung lassen sich zwei grundlegende Haltungen<sup>122</sup> ausmachen. Auf der einen Seite stehen diejenigen, die ein direktes Mitentscheidungsrecht einfordern und auf der anderen jene, die durchaus Vorteile in einer nur informell-beratenden Integration sehen.

In der Praxis können sich derartige Organisationen nicht formell zur Wahl der Sozialversicherungsträger stellen, da sie nicht als Arbeitnehmerorganisationen eingestuft werden. Derartige Interessenvertreter können gegenwärtig nur über ihre gleichzeitige Mitgliedschaft in Gewerkschaften oder über die so genannten Freien Listen in die soziale Selbstverwaltung gelangen. Es dürfte demnach Ziel dieser Partikularinteressen sein, als eine eigenständige sozialpolitische Kraft zu den Sozialwahlen anzutreten, um sich auf diesem Weg Einflusskanäle zu sichern. Darüber hinaus könnten diese Organisationen fordern, die Zugangsbarrieren für Arbeitnehmerorganisationen herabzusetzen (Unterschriftenquoten), um so leichter – nämlich über kleinere Arbeitnehmerverbände – Zugang zur sozialen Selbstverwaltung finden zu können. Am weitesten geht in diesem Kontext die Forderung nach einer formellen und stimmberechtigten Beteiligung durch so genannte ›Dritte Bänke‹.

Demgegenüber besitzt auch das gegenwärtige System einer nur informellen Integration derartiger Gruppierungen über die Vertreterinnen und Vertreter der Versicherten bestimmte Vorteile: Zum einen wird so eine stärkere informelle und inhaltliche Vernetzung sozialpolitischer Kräfte in der GKV unterstützt und zum anderen wirken die Interessen als gegenseitige Korrektive und verhindern dadurch, dass Einzelinteressen zu stark ins Gewicht fallen. Dennoch geben einige Vertreter an, dass sie kein explizites Interesse an einer formellen Integration in die soziale Selbstverwaltung hätten, da eine formelle Mitarbeit in der Institution das ›authentisch‹ wirkende Image als Betroffene und somit ihr wichtiges gesellschaftspolitisches Kapital beschädigen können. Sie wären dann gezwungen, die Entscheidungen der Selbstverwaltung ›konstruktiv‹ zu begleiten oder gegebenenfalls sogar mit zu tragen. Die Rolle des Mahners bliebe ihnen dann verwehrt, was durchaus als strategischer Nachteil ausgelegt werden könnte.

122 Vgl. Meinhardt (2008), (unveröffentlicht).



## **V Drei Szenarien zur Zukunft der sozialen Selbstverwaltung**

Die Kritik an der sozialen Selbstverwaltung ist in den letzten Jahren heftiger geworden. Die Wahrscheinlichkeit, dass der Status quo konserviert werden kann, scheint eher gering. Grund dafür ist die Tatsache, dass sowohl die Prozesse der Vermarktlichung als auch jene, die die Verstaatlichung des Gesundheitssystems charakterisieren, schon zu weit fortgeschritten sind, um einer Reform gänzlich auszuweichen. Denn die Veränderungen haben ein erhöhten Reform- und Anpassungsdruck auf die Strukturen und Akteure der sozialen Selbstverwaltung ausgelöst. Die Selbstverwaltung und ihre Trägerorganisationen werden gewissermaßen zu fortschreitenden Reformen gezwungen, wenn sie die Chance haben wollen, mit den Akteuren des Staates und des Marktes adäquat zu kommunizieren. Mithin wird es für die Akteure der Selbstverwaltung schwerer, sich diesen von außen immer stärker auf sie wirkenden Logiken zu entziehen. Sie müssen sich aus eigenem Antrieb und im Rahmen ihrer Möglichkeiten anpassen, um die verbliebenen Kontroll-, Gestaltungs- und Mitbestimmungsspielräume im Interesse der Versicherten zu erhalten und mitzustalten.

Um Anhaltspunkte für eine mögliche Weiterentwicklung der Selbstverwaltung zu gewinnen, werden in diesem Kapitel drei idealtypisch von einander abgrenzbare Szenarien gegenübergestellt. Es sei ausdrücklich darauf verwiesen, dass es sich um Idealtypen handelt. Eine reale Entwicklung wird damit nicht beschrieben. Vielmehr werden die verschiedenen Szenarien diskutiert, um sie hinsichtlich ihrer Konsequenzen zu prüfen. Im Mittelpunkt stehen dabei a) die Architektur und Legitimation, b) die Entscheidungsspielräume und individuelle Kompetenzen der SelbstverwalterInnen und c) die Frage der Versicherten(an)bindung.

### **5.1 Szenario I. Bruch mit der bekannten Form der Selbstverwaltung – Verstaatlichung oder Privatisierung**

Das radikalste Szenario besteht darin, die Institution der sozialen Selbstverwaltung abzuschaffen. Dieses Szenario basiert auf einer weitgehenden Privatisierung der GKV und ihrer Ausrichtung am Wettbewerb oder auf einer ausgeprägten

staatlichen Steuerung der Kassen. Beide Entwicklungen hätten zur Folge, dass zukünftig die uns bekannte Form der Mitbestimmungsstruktur und -kultur im Rahmen der sozialen Selbstverwaltung der Kassen entfiele. Der Schaden für das deutsche Modell von Sozialstaatlichkeit bestünde im Verlust der direkten Einflussnahme von Versichertenvertreterinnen und -vertretern auf die bedarfsgerechte und gemeinwohlorientierte Gestaltung von Versichertenleistungen. Zudem steht zu befürchten, dass es zu einem sich rasch verschlechternden Niveau der Gesundheitsversorgung käme, da das Prinzip der Bedarfsorientierung als Motor für den notwendigen Ausbau des Leistungsspektrums der Gesundheitsversorgung ausgehebelt würde.

Formen der Kontrolle würde es wohl zukünftig auch geben. So kann davon ausgegangen werden, dass im Falle einer Verstaatlichung der Kassen Aufsichtsbehörden die Geschäfte der Träger im Auge behielten. Die Funktion der Geschäftsführung könnte an eigens engagierte Manager oder bestellte Räte, wie wir sie aus dem Rundfunk kennen, übergeben werden. Gänzlich privatisierte Kassen würden voraussichtlich durch Aufsichtsräte kontrolliert. In beiden Fällen fände jedoch die uns bekannte Form der Partizipation ein Ende und die Versicherten würden schlicht zu Nutzern staatlicher Leistungen oder reinen Kunden herabgestuft. Das zentrale Ziel dieser Reformstrategie bestünde darin, einseitig die ökonomische Dimension der Gesundheitsversorgung (Output) zu stärken.

### **a) Architektur und Legitimation der sozialen Selbstverwaltung**

- *Was hieße dies für die Sozialwahl?*

Da es im Falle einer Privatisierung oder Verstaatlichung der GKV zu einer Abschaffung der bisherigen Form der Mitbestimmung käme, könnten auch keinerlei Kontinuitäten der Architektur ausgewiesen werden. Die Sozialwahlen wären also nicht mehr notwendig. Eine staatliche GKV würde ihren rudimentären Input über die Politik und deren Wahlen erhalten, was auf die Gefahr einer politischen Instrumentalisierung verweist.

- *Welche Konsequenz hätte dies für die Aufstellung von Wahllisten?*

Würden keine Wahlen mehr stattfinden, würde sich auch das Aufstellen von Wahllisten erübrigen.

- *Was würde dies für die Zusammensetzung der Verwaltungsräte bedeuten?*

Verwaltungsräte wären in einem System staatlicher oder privaten Steuerung der GKV nicht zwingend. Vermutlich würden bisherige Mitsprache und Gestaltungsrechte der Versicherten, die dem Legitimations- und Kompetenzgewinn dienen, durch ein Anhörungssystem in Form von Beiräten ersetzen. Die demokratische Mitbestimmung durch die Betroffenen würde durch die Steuerung einer verwaltenden und beratenden »Expertokratie« ersetzt, was einen Verlust an Versicherertennähe bedeuten würde. Private Träger würden als reine Wirtschaftsunternehmen geführt, die voraussichtlich durch Aufsichtsräte kontrolliert würden.

- *Würden zukünftig weitere sozialpolitische Kräfte in die Selbstverwaltung einbezogen?*

In mögliche Beiräte würden wohl auch Vertreterinnen und Vertreter von Partikularinteressen, wie Patienten- oder Sozialverbände einbezogen, die dann den Sozialpartnern gleichgestellt wären. Auch Aufsichtsräte könnten derartigen Gruppen angehören, ohne dass sie hierbei von einem speziellen Betroffenenwissen profitieren könnten. Ihre Befähigungen müssten sich dann eher auf Fragen der betriebswirtschaftlichen Unternehmensführung konzentrieren.

#### **b) Entscheidungsspielräume und individuelle Kompetenzen der Selbstverwalter und Selbstverwalterinnen**

- *Was würde dies für die individuelle Kompetenz der Selbstverwalter und Selbstverwalterinnen bedeuten?*

Durch den Wegfall der Institution bestünde auch kein Bedarf an hoch qualifizierten Selbstverwaltern und Selbstverwalterinnen. Im Falle von Beiratsstrukturen würde die Fachexpertise vermutlich von außen eingekauft. Die bedarfsoorientierte Fachkompetenz der GKV würde sich durch die Privatisierung auf ein Minimum reduzieren, wenn nicht ganz wegfallen.

- *Welche expliziten Handlungsspielräume gäbe es zukünftig?*

Die Frage nach den Handlungsspielräumen der Selbstverwaltung würde sich nicht mehr stellen. Die Entscheidungskompetenzen lägen alleinig bei der Politik, der Ministerialbürokratie oder bei bestellten Managern. Im Falle einer Privatisierung der GKV gäbe es wohl nur noch Spielräume für die »unsichtbare Hand« des Marktes.

- *Was würde dies für die Kontrollfunktion der Verwaltungsräte bedeuten?*

Eine bedarfs- und gemeinwohlorientierte Kontrolle der Vorstände durch Versichertenvertreterinnen und -vertreter wäre hinfällig und würde durch eine betriebswirtschaftliche Form der Kontrolle ersetzt.

### **c) Frage zukünftiger Versicherten(an)bindung**

- *Welches Maß an Bekanntheit könnte die Selbstverwaltung erlangen?*

Durch den effektiven Wegfall der Institution würde sich auch die Frage nach einer zukünftig gesteigerten Bekanntheit erübrigen. Die GKV würde den Versicherten im Falle einer solchen Entwicklung entweder als ferne Staatsinstitution oder als schlichtes Dienstleistungsunternehmen mit einem marktorientierten Kundenbezug erscheinen. In beiden Fällen muss damit gerechnet werden, dass sich die Distanz der Versicherten zum System der gesundheitlichen Versorgung vergrößert. Die Zurückhaltung der Versicherten wäre bei einer staatlichen Gesundheitsbehörde wohl besonders groß.

- *Wie würde sich die Zukunft der öffentlichen Kommunikation gestalten?*

Die Kommunikation würde sich zukünftig wohl nach dem Dienstleistungsverhältnis richten. Der Input würde sich wesentlich auf Formen der Nachfrage beschränken und wäre nicht wie bisher durch bedarfsorientierte Mitbestimmung geprägt.

- *Welche Konsequenzen würden sich für die regionalen Formen der Versicherungennähe ergeben?*

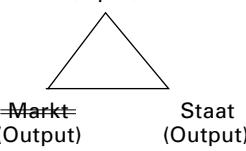
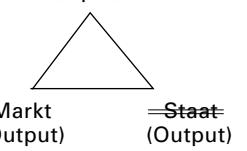
Der regionale Bezug der Gesundheitsversorgung dürfte wohl bei beiden Entwicklungsperspektiven eine nur noch untergeordnete Rolle spielen. Es wäre durchaus vorstellbar, Beiratsstrukturen einer staatlichen GKV mit regionalen Komponenten auszustatten. Doch auch dann würden die Entscheidungen an zentraler Stelle getroffen. Ein echter Regionalbezug könnte jedoch auf diese Weise nicht verwirklicht werden.

### 5.1.1 Bewertung einer Verstaatlichung oder Privatisierung der GKV

#### Verlust des typischen Steuerungsmixes in der GKV

Bei diesem Szenario kann im Prinzip von keiner eigentlichen ›Entwicklungs-perspektive‹ mehr – im Sinne eines institutionellen Fortschritts – gesprochen werden. Vielmehr kann hier der Terminus des ›Bruchs‹ herangezogen werden, der das *Ende der bekannten Form der Selbstverwaltung* in der GKV ausdrückt. Ein Bruch bestünde insofern, als dass es zu einer Auflösung des für die Gesundheitsversorgung typischen Mischungsverhältnisses aus Input- und Outputlegitimation käme. Während im Falle einer Dominanz des Staates das effizienz- und qualitätsstiftende Moment der staatsfernen Organisation (Fehlallokationen) zu beklagen wäre, müsste im Fall einer völligen Privatisierung damit gerechnet werden, dass die Gesundheitsversorgung ihre Gemeinwohlorientierung verlöre. Die GKV würde hier aus ihren gesellschaftlichen Einbettungsstrukturen herausgerissen, um eine scheinbar einfachere weil hierarchische oder marktorientierte Steuerungsform zu nutzen. Der Preis für diese einseitige Outputorientierung bestünde darin, die soziale Selbstverwaltung als demokratische, funktionale und sachorientierte Legitimationsquelle zu zerstören.

**Abb. 3 Bruch mit der Mitbestimmung bekannter Form und dem Steuerungsmix**

<b>Verstaatlichung</b>	<b>Privatisierung</b>
<p><b>Selbstverwaltung</b> (Input)</p>  <p>Markt (Output)      Staat (Output)</p>	<p><b>Selbstverwaltung</b> (Input)</p>  <p>Markt (Output)      Staat (Output)</p>

#### Verlust der bekannten Form der Mitbestimmung

Sowohl bei einer Verstaatlichung als auch bei einer Privatisierung wiegt der Verlust der Mitbestimmung und des kollektiven bedarfsoorientierten Gestaltungswillens am schwersten. In diesen Idealfällen würde sich das unmittelbar durch einen Verlust der bisherigen Form der Kontrolle der Beitragszahler gegenüber ihrer Kasse äußern. Eine Einflussnahme auf die personelle Führungsstruktur und das Leistungsspektrum bliebe den Versicherten zukünftig wohl versagt. Die

Versicherten und Arbeitgeber müssten befürchten, nur noch »Zaungäste« in der von ihnen finanzierten GKV zu sein.

### **Verlust der Eigenverantwortung**

Auch die Tragweite des Verlusts der Eigenverantwortung darf nicht unterschätzt werden. Dies beträfe zunächst die Einbuße der gemeinsamen Verantwortung der Sozialpartner für das System der Gesundheitsversorgung, was wiederum die Gefahr eines geminderten Verantwortungsgefühls der Sozialpartner für das Gesellschaftssystem der Bundesrepublik birgt. Dies hätte aber auch Folgen für das Verhältnis der Sozialpartner untereinander. Denn durch die Abschaffung der Institution würde sich die Grundlage für den in der Regel konstruktiven Meinungsaustausch zwischen Arbeit und Kapital deutlich verkleinern. Die informelle Austauschagentur Selbstverwaltung fiele weg, wie auch jede Form gesellschaftlicher Staatsentlastung.

## **5.2 Szenario II. Einseitige Stärkung der demokratischen Beteiligung und Legitimation**

Dieses Szenario geht davon aus, dass die soziale Selbstverwaltung ein grundlegendes Legitimationsproblem auf der Input-Seite besitzt. Durch neue Beteiligungsmöglichkeiten der Versicherten und Betroffenen soll die soziale Selbstverwaltung aufgewertet werden. Diese Argumentation folgt einem emphatischen Demokratieverständnis. In dem Maße wie die Idee der Beteiligung zum Dreh- und Angelpunkt der Erneuerung erklärt wird, werden historisch gewachsene Formen der Legitimation durch Friedenswahlen und die Vertreter der Sozialpartner als Problem für eine beteiligungsorientierte Politik identifiziert und abgelehnt. Diese Lösung bestünde darin, die verpflichtende Durchführung von Urwahlen zum entscheidenden Instrument einer inputorientierten Neujustierung der sozialen Selbstverwaltung zu erklären.

### **a) Architektur und Legitimation der Institution**

- *Was hieße dies für die Sozialwahl?*

Bei konsequenter Anwendung dieser Strategie würde dies darauf hinauslaufen, dass die meisten Sozialwahlen, die gegenwärtig noch als Friedenswahlen stattfinden, zukünftig verpflichtend als Urwahlen durchgeführt werden müssen. Dies verspräche einen unmittelbaren Zuwachs an Legitimität. Urwahlen könnten die Sozialpartner jedoch personell und materiell überfordern.

- *Welche Konsequenz hätte dies für die Aufstellung von Wahllisten?*

Die Sozialwahlen wären zukünftig von einem stärker öffentlichkeitsorientierten Wahlkampf begleitet, der ein größeres Maß an öffentlicher Aufmerksamkeit hervorbringen könnte. Die Trägerorganisationen würden vor diesem Hintergrund ihre Wahllisten und personellen Entscheidungen vermutlich deutlich transparenter gestalten.

- *Was würde dies für die Zusammensetzung der Verwaltungsräte bedeuten?*

Im Sinne umfassender Integration könnte es zu einer Erweiterung der Verwaltungsräte durch »Dritte Bänke« kommen. Damit würde die privilegierte Rolle der Sozialpartner im Rahmen der sozialen Selbstverwaltung einmal mehr relativiert. Die Konsequenz dessen wäre, dass die Mehrheitsverhältnisse unübersichtlicher, die Abstimmungs- und Entscheidungsprozesse schwieriger werden könnten.

- *Würden zukünftig weitere sozialpolitische Kräfte in die Selbstverwaltung einbezogen?*

Es muss mit einer Erweiterung der Selbstverwaltung gerechnet werden, die den Charakter der Institution von Grund auf verändern würde. Neue Entscheidungslogiken, die nicht im Einklang mit der Ausgleichs- und Bedarfsorientierung ständen, könnten die Selbstverwaltung zukünftig dominieren.

### **b) Entscheidungsspielräume und individuelle Kompetenzen der Selbstverwalter und Selbstverwalterinnen**

- *Was würde dies für die individuelle Kompetenz der Selbstverwalter und Selbstverwalterinnen bedeuten?*

Die Kompetenzen der klassischen Mitglieder in den Selbstverwaltungen blieben unverändert und böten weiterhin eine Angriffsfläche für Kritik. Zugleich wäre

allerdings auch denkbar, dass das Kompetenzniveau der Selbstverwaltung durch die neuen Konkurrenzverhältnisse wachsen würde.

- *Welche expliziten Handlungsspielräume gäbe es zukünftig?*

Eine Erweiterung der Verwaltungsräte durch »Dritte Bänke« könnte den gesellschaftlichen Rückhalt der Institution stärken, womit sich auch die Handlungsspielräume der Selbstverwaltung positiv erhöhen würden.

- *Was würde dies für die Kontrollfunktion der Verwaltungsräte bedeuten?*

Insbesondere die Kontrollfunktion der Verwaltungsräte gegenüber den Kassenvorständen dürfte gestärkt werden, da die Begutachtung der Arbeit des Hauptamtes sich nunmehr auf eine breitere Basis mit größerer Öffentlichkeitsanbindung stützen könnte. Von großer Bedeutung wäre dabei, dass die neuen gesellschaftlichen Akteure spezielle Fachkompetenzen in die Selbstverwaltung einbringen, so dass sich das potentielle Kontrollniveau erhöhen könnte.

### **c) Frage zukünftiger Versicherten(an)bindung**

- *Welches Maß an Bekanntheit könnte die Selbstverwaltung erlangen?*

Die Bekanntheit der Institution dürfte durch die Integration neuer gesellschaftlicher Gruppen wachsen, da die öffentliche Vermittlung der Entscheidungen in den Selbstverwaltungen nunmehr durch zusätzliche Akteure betrieben würde. Es bestünde die Möglichkeit, dass sich die Diskurse innerhalb der Selbstverwaltung durch die neuen Akteure verschärfen könnten. Die eingespielte Austauschpraxis der Sozialpartner würde jedenfalls in Frage gestellt.

- *Wie würde sich die Zukunft der öffentlichen Kommunikation gestalten?*

Auch die öffentliche Kommunikation könnte sich durch eine Pluralisierung der Akteure innerhalb der Selbstverwaltung erschweren. Vor allem dann, wenn diese neuen Gruppen bzw. Organisationen zusätzliche Inhalte und Botschaften – neben den Positionen der Sozialpartner – in die Gesellschaft tragen wollen, um ihre spezifische Klientel zu erreichen. Zudem unterminiert die partikulare Interessenausrichtung dieser Akteure deren Fähigkeit kompromissorientierte Lösungen mit zu tragen.

- *Welche Konsequenzen würden sich für die regionalen Formen der Versicherer-nähe ergeben?*

Das entscheidende Merkmal der Patienten- und Selbsthilfegruppen besteht in ihrer authentischen Anbindung an spezifische, konkrete Klientelinteressen. Da diese aber in eine kaum überschaubare Fülle von Gruppen zerfallen, sind die Grundeinheiten häufig so klein, so dass meist regionale Strukturen fehlen. Sie scheiden damit in vielen Fällen als Ansprech- und Austauschpartner auf dieser Ebene aus. Gleichwohl ist nicht zu leugnen, dass der durch Patienten- und Selbsthilfegruppen bestehende Zugang zu spezifischen Krankheitsgruppen und -bildern auch neue und direktere Formen der Versichertenkommunikation ermöglichen kann.

### **5.2.1 Konsequenzen einer Stärkung der demokratischen Beteiligung in der GKV**

Trotz einiger positiver Entwicklungstendenzen lässt eine einseitige Stärkung durch den Wahlmodus der Urwahlen (Input) offen, ob und inwieweit sich damit die funktionalen und politisch-symbolischen Dimensionen der sozialen Selbstverwaltung wirklich stärken bzw. besser legitimieren lassen. Da die Urwahlen bereits jetzt möglich sind und eine Entscheidung gegen diesen Modus häufig mit dem Verweis auf Ressourcenrestriktionen begründet wird, könnte zwar die Teilnahmeschwelle für neue und zusätzliche Wettbewerber gesenkt werden. Gleichwohl ist nicht eindeutig, ob sich auf diese Weise tatsächlich die Input- und erst recht nicht die Output-Legitimation verbessern werden.

### **Akzentverschiebung im Steuerungsmix der GKV**

Die Befürworter einer formellen Integration der Dritten Bänke und der verbindlichen Urwahl begründen ihre Präferenz damit, dass auf diesem Wege der Steuerungsmechanismus der sozialen Selbstverwaltung verstärkt würde. Denkbar ist aber auch das Gegenteil, dass nämlich eine stärkere formelle Integration weiterer Partikularinteressen den Modus der Selbstverwaltung weiter schwächen könnte. Denn durch eine forcierte Pluralisierung könnte der Abstimmungs- und Entscheidungsprozess in der Selbstverwaltung enorm erschwert werden. In diesem Fall würde die Reform weder zu einem Mehr an Qualität führen noch zu einer kostendämpfenden Weiterentwicklung beitragen. Die öffentliche Kritik würde sich dann weniger auf ein Defizit in der Inputlegitimation konzentrieren,

sondern vielmehr potentielle Verzerrungen des Leistungsspektrums (Output) hervorheben.

### **Veränderter Charakter der Mitbestimmung in der Selbstverwaltung**

Die Selbstverwaltung ist traditionell Ausdruck der Beteiligung der Beitragszahler in der GKV. Aus dieser Logik heraus bildet die Beteiligung der Sozialpartner an der sozialen Selbstverwaltung deren institutionelle Basis. Die offizielle Schaffung »Dritter Bänke« würde dieser Logik entgegenstehen. Da aber zugleich eine informell-kooperative Einbindung authentischer Interessen hilfreich sein könnte, um die Vielfalt der Interessen und Bedarfe besser zu integrieren, sollten die etablierten Akteure der Selbstverwaltung sich verstärkt dieser Aufgabe widmen.

### **Geteilte Verantwortung in der Selbstverwaltung zum Preis der Destabilisierung der Sozialpartnerschaft**

Die traditionelle Dualität der Sozialpartner könnte durch »Dritte Bänke« aufgebrochen und deren Aushandlungsgleichgewicht dadurch unmittelbar beeinträchtigt werden. Prinzipiell dürften die neuen Akteure den Versichertenvertreterinnen und -vertretern argumentativ näher sein. Gemeinsamkeiten sind etwa bei Fragen der Qualität von Leistungen zu vermuten. Bei Fragen zum Umfang könnten jedoch Meinungsverschiedenheiten bestehen, da die Versichertenvertreterinnen und -vertreter die gesamte Versichertenschaft und deren Versorgung im Auge haben. Das konstruktiv-informelle Zusammenspiel der Sozialpartner könnte somit gestört werden, so dass eine Zunahme der Kosten für die Entscheidungs- bzw. Konsensfindung nicht ausgeschlossen werden könnte.

## **5.3 Szenario III. Revitalisierung der bestehenden Selbstverwaltungspolitik**

Im dritten Szenario wird eine Revitalisierung der Selbstverwaltung diskutiert. Im Konsens mit den Szenarien eins und zwei geht auch diese Option davon aus, dass es nicht ausreicht, den Status Quo zu verteidigen. Vielmehr sei eine pragmatische Mischung aus In- und Output orientierter Institutionenpolitik notwendig, um die soziale Selbstverwaltung im Sinne der veränderten sozialen und ökonomischen Rahmenbedingungen zu modifizieren. Im Anklang an Konzepte der realistischen

Demokratietheorie werden hier Reformmaßnahmen angestrebt, die die beteiligten Akteure nicht überfordern, sondern primär darauf abzielen, die funktionalen und politisch-symbolischen Positionen der Selbstverwaltung zu stärken.

### **a) Architektur und Legitimation der Institution**

- *Was hieße dies für die Sozialwahl?*

Dieses Szenario plädiert dafür, die bestehenden Strukturen der Selbstverwaltung weiter zu entwickeln. Dazu beitragen kann, dass die Möglichkeit Urwahlen in den Kassen vorzunehmen gestärkt wird, ohne jedoch die Urwahl als verpflichtenden Modus festzulegen.

- *Welche Konsequenz hätte dies für die Aufstellung von Wahllisten?*

Ein wesentlicher Bestandteil einer eigenverantwortlichen Erneuerung der sozialen Selbstverwaltung müsste darin bestehen, zukünftig für ein hohes Maß an Transparenz zu sorgen. Die Sozialpartner sollten sich daher bemühen, ihre Akteure öffentlichkeitswirksam zu präsentieren. Zudem sollte über ein Verbot von Wahllisten, die den Kassennamen tragen, nachgedacht werden. Denn dies trägt zur Irreführung der Versicherten bei und schadet dem Ansehen der Sozialwahl und der an ihr beteiligten Organisationen.

- *Was würde dies für die Zusammensetzung der Verwaltungsräte bedeuten?*

Die Zusammensetzung sollte sich auch zukünftig auf Versicherte und Arbeitgeber als Finanziers der Sozialversicherung beschränken, um die Idee der Sozialpartnerschaft zu erhalten. Überlegenswert ist die Aufgabe der Parität zugunsten eines Modus, der die wahren Finanzierungsanteile von Versicherten und Arbeitgebern und Arbeitgeberinnen widerspiegelt. Vorstellbar wäre beispielsweise die Rückkehr zum bereits in der Weimarer Republik praktizierten Verhältnis von 1/3 Arbeitgeber und Arbeitgeberinnen und 2/3 Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer.

- *Würden zukünftig weitere sozialpolitische Kräfte in die Selbstverwaltung einbezogen?*

Die formelle Einbeziehung neuer Kräfte wird kritisch beurteilt, da es zur Schaffung einer völlig neuen Institution käme. Empfohlen wird demgegenüber eine selbstverantwortete informelle Integration anderer Gruppen durch die Sozialpartner. Auf diese Weise könnten die Erfahrungen dieser Akteure im Interesse der

Versicherten nutzbar gemacht werden, ohne dabei die Gemeinwohlorientierung und Effizienz in der GKV zu gefährden.

**b) Entscheidungsspielräume und individuelle Kompetenzen der Selbstverwalter und Selbstverwalterinnen**

- *Was müsste dies für die individuelle Kompetenz der Selbstverwalterinnen und Selbstverwalter bedeuten?*

Der Aufbau individueller Kompetenzen der SelbstverwalterInnen durch die Trägerorganisationen, mit Unterstützung der Kassen, ist ein wichtiger Schlüssel für eine Revitalisierung der Selbstverwaltung. Ausgehend von einer Aufwertung der Akteure in den Trägerorganisationen, könnte eine die jeweiligen Organisationen selbstverpflichtende Kompetenzoffensive eingeleitet werden, die die Attraktivität einer Mitarbeit in der Selbstverwaltung unterstreicht und ausbaut.

- *Welche expliziten Handlungsspielräume gäbe es zukünftig?*

Hilfreich wäre es, wenn Gewerkschaften und andere Trägerorganisationen anreizorientierte Programme entwickelten und durchführten, um die Attraktivität der Selbstverwaltungsarbeiten zu erhöhen. Zwar gab es auch schon in der Vergangenheit immer wieder Appelle, die die Bedeutung einer Beteiligung der Gewerkschaften an der sozialen Selbstverwaltung hervorhoben. Gleichwohl ist es bislang nicht dazu gekommen, eine komplexe und kohärente Kompetenzoffensive zu verankern. Gemeint ist eine umfassendere Konzeption, die von der gezielten Rekrutierung von Nachwuchsexperten, über gezielte Weiterbildungsmaßnahmen bis hin zu einer regelmäßigen Reflexion und Kommunikation in den Gremien der Trägerorganisationen reicht. Ob solche Maßnahmen ergriffen werden, hängt auch davon ab, wie sich die Gewerkschaften in der veränderten Sozialstaats- und Arbeitswelt platzieren werden.

- *Was würde dies für die Kontrollfunktion der Verwaltungsräte bedeuten?*

Eine Kompetenzoffensive könnte die Position der Verwaltungsräte gegenüber den Vorständen stärken, indem sie ihren Gestaltungs- und Kontrollauftrag professionalisieren. Auf dieser Basis sollte die Kontrollfunktion der Verwaltungsräte erweitert sowie eine strikte Trennung der Zuständigkeiten zwischen Verwaltungsrat und Vorstand vorgenommen werden.

### c) Frage zukünftiger Versicherten(an)bindung

- *Welches Maß an Bekanntheit könnte die Selbstverwaltung erlangen?*

Eine Revitalisierung der Selbstverwaltung kann nur gelingen, wenn die Herkunftsorganisationen der Selbstverwaltungsakteure dies als ihr Projekt begreifen. Dies gilt nicht nur hinsichtlich Kompetenz und Professionalität der Selbstverwalter, sondern auch mit Blick auf die Bedeutung und Bekanntheit der Sozialwahlen und die Institution der Selbstverwaltung als Ganzes.

- *Wie würde sich die Zukunft der öffentlichen Kommunikation gestalten?*

Die öffentliche Kommunikation könnte verstärkt die Bedarfe und die Leistungsfähigkeit der Kassen aus der Versichertenperspektive thematisieren. Dazu beitragen würde, wenn die Verwaltungsräte selbst ihrer Außendarstellung stärkere Aufmerksamkeit widmen und nicht ausschließlich reaktiv tätig werden, sondern von sich aus Themen auf die Tagesordnung setzen, die für die Versorgungslage der Versicherten wichtig sind.

- *Welche Konsequenzen würden sich für die regionalen Formen der Versicherennähe ergeben?*

Was den persönlichen Kontakt zwischen Versicherten und SelbstverwalterInnen und Selbstverwaltern angeht, so sollten im Rahmen einer Revitalisierungsstrategie lokale Strukturen ausgebaut werden, um das direkte Gespräch zwischen Versicherten und Kasse bzw. Selbstverwaltung zu intensivieren. Es böte sich an, die Position der Versichertenältesten im Sinne eines generellen Kontrollinstruments aufzuwerten. Dazu müssten die Kassen jedoch entsprechende Ressourcen zur Verfügung stellen. Sinnvoll wäre in diesem Zusammenhang die Einrichtung eines dauerhaften Forums, das der stetigen Konsultation zwischen Versichertenältesten und SelbstverwalterInnen dienen kann.

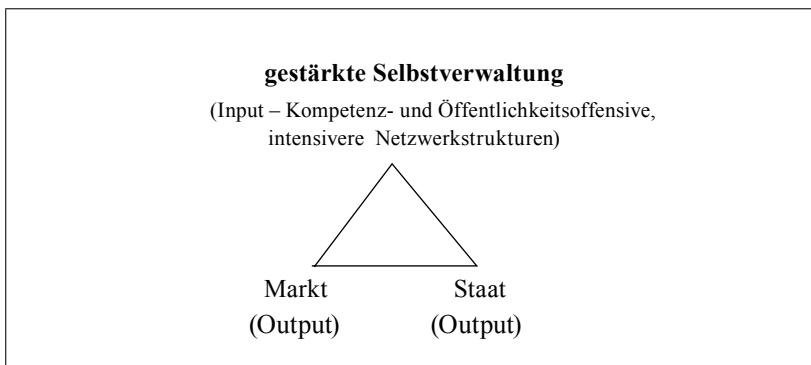
#### 5.3.1 Folgen einer Revitalisierung

Es wird zukünftig notwendig sein, dass sich die Trägerorganisationen der sozialen Selbstverwaltung intensiver um die Förderung der von ihnen entsandten Akteure bemühen. Zudem scheint es wichtig, dass sich diese ihrerseits stärker für eine umfassendere informelle Betroffenenintegration (Patienten etc.) einsetzen.

## **Stärkung der Balance der Steuerungsmechanismen in der GKV**

Das Ensemble von Steuerungsmodi aus Selbstverwaltung, Rahmengesetzgebung und dem Markt der Kassen können sich bei entsprechenden Kräfteverhältnissen positiv wechselseitig beeinflussen, um eine angemessene und effiziente Versorgung in der GKV zu ermöglichen. Eine Einschränkung der Kompetenzen der Selbstverwaltung könnte hingegen dazu beitragen, diesen Steuerungsmix und seine potentiell positive Performance zu gefährden. Es wird deshalb notwendig sein, die Selbstverwaltung von außen und innen heraus besser zu positionieren, um dafür zu sorgen, dass deren Handlungsmöglichkeiten im Sinne eines positiven Steuerungsmixes stärker akzentuiert werden.

#### Abb.4 Balance der Steuerung durch eine ›immanente‹ Stärkung der Mitbestimmung



## **Sicherung der bisherigen Form der Mitbestimmung**

Die über die soziale Selbstverwaltung mögliche Mitbestimmung muss mit Blick auf die beiden anderen Steuerungsmechanismen deutlichere Akzente setzen. Dies kann nur gelingen, wenn SelbstverwalterInnen verstärkt eigene, inhaltliche Positionen in ihre Arbeit einfließen lassen und sich damit dem Trend zur ›Verfachlichung‹ der Selbstverwaltung gewachsen zeigen. Eine Steigerung der fachlichen Qualifizierung der VertreterInnen und Vertreter wird dazu beitragen, dass sie deutlicher als bisher gestalterischen Einfluss im Interesse der Beitragszahler nehmen können und ihre Kontrollfunktion gegenüber der Exekutive klarer zum Ausdruck kommt.

### **Stärkung der Eigenverantwortung der Sozialpartner gegenüber dem Staat**

Gerade die staatsferne und eigenverantwortliche Organisation der GKV ist Garant für eine sachgerechte und bedarfsorientierte Form der Gesundheitsversorgung. Weder eine Staatsverwaltung noch eine privatwirtschaftlich organisierte GKV könnten dies leisten. Vor allem die eigenverantwortliche Organisation der Kassen kann jene Bindungskräfte der Sozialpartner entfalten, die für die Stabilität des gesamten Sozialsystems unerlässlich sind. Darüber hinaus kann dies dazu beitragen, den Staat zu entlasten und die Kosten für die Kassen zu begrenzen. Dies würde bedeuten, dass die soziale Selbstverwaltung als Garant der Unabhängigkeit gegenüber der ökonomischen Rationalität der Vorstände und gegenüber den Partikularinteressen der einzelnen Betroffenengruppen wirken kann.

Tabellarisch lassen sich die drei Szenarien folgendermaßen gegenüberstellen:

Tab. 6 Gegenüberstellung Szenarien – Matrix I

Untersuchungs- kategorien	Status quo	Szenario I - Beseitigung der Institution	Szenario II - verpflichtende Stärkung demokra- tischer Beteiligung und Legitimation	Szenario III - Revitalisierung durch Stärkung der Kontroll- und Effizi- enorientierung
<b>a) Institutionelle Ausgestaltung</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Privatisierung oder Staatsverwaltung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- keine Sozialwahl – event. Entsendung durch soziale Statusgruppen (Beiratsmodell)</li> <li>- nicht mehr notwendig</li> <li>- neues Gremium (Beirat oder Aufsichtsrat)</li> <li>- unzureichend – eventuell in der Rolle von Sachverständigen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Delegationsprinzip stärken (informell über die Akteure) Urwahlen überall dort, wo gefordert, gewollt und möglich - gestärkt durch: Verbot von Listen mit Kassennamen</li> <li>- Aufgabe der Parität: Erweiterung des Gremiums</li> <li>- »gesellschaftliche Öffnung« – Dritte Bank (formell)</li> </ul>

Tab. 7 Gegenüberstellung Szenarien – Matrix II

	<b>Status quo</b>	<b>Szenario I</b>	<b>Szenario II</b>	<b>Szenario III</b>
<b>b) Entscheidungsspielräume und individuelle Kompetenzen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>individuelle Fertigkeiten der SelbstverwalterInnen</li> <li>gestalterischer Handlungsspielraum der ssV</li> <li>Kontrollfunktion gegenüber Verwaltungsexekutive</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ehrenamt und Laienprinzip – bisher keine wirkliche Professionalisierung</li> <li>eingeschränkt durch den Staat</li> <li>– unzureichend – Dominanz des Vorstandes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>prinzipiell hinfällig – Beiratsmodell könnte Sachverständige binden</li> <li>hinfällig durch Staatsverwaltung oder Privatisierung</li> <li>– andere Logik (Kontrollbehörde o. Aufsichtsrat)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>teilweise gestärkt Integration von Experten gesellschaftlicher Gruppen</li> <li>gestärkt durch gewachsenen gesellschaftlichen Rückhalt</li> <li>gestärkt durch Ausweitung der Strukturen</li> <li>gestärkt durch: selbstverpflichtende Selbstverwalterakademie und Aufwertung in den Herkunftsorganisationen (Inputqualität)</li> <li>gestärkt durch Kompetenzzuwachs der SelbstverwalterInnen und Selbstverwalter öffentliche Bekanntheit</li> <li>Stärkung des VR mittels Kompetenzoffensive und Ausbau von Rechenschafts-Befugnissen</li> </ul>

Tab. 7 (Fortsetzung) Gegenüberstellung Szenarien – Matrix II

	<b>Status quo</b>	<b>Szenario I</b>	<b>Szenario II</b>	<b>Szenario III</b>
<b>c) Versichert(en) an bindung</b>				
• Bekanntheit der Institution	- gering bis unbekannt	- hinfällig	- gestärkt durch neue Akteure	- stärken durch: Öffentlichkeitsarbeit und Qualität der Selbstverwaltungsarbeit
• externe / öffentliche Kommunikation der ssV	- unzureichend	- nicht mehr möglich	- wachsende Aufmerksamkeit/intensivierung der PR	- gestärkt durch: neue Medien/regelmäßige Veröffentlichungen
• Versichertennähe/ Regionalisierung	- unzureichend	- hinfällig (bzw. reine Kundenoorientierung)	- gestärkt durch neue Strukturen	- Stärkung der Strukturen über Versicherer- nälteste

**Tab.8 Gegenüberstellung Szenarien – Matrix III**

<b>(Status quo) Selbstverwaltungs- korporatismus -alten Typs –</b>	<b>(Szenario I) Ende der Mitbestimmung bekannter Typs</b>	<b>(Szenario II) empathisches Demokratie- verständnis</b>	<b>(Szenario III) realistisch – funktionales Demokratieverständnis</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mitbestimmungstradition der Versicherten durch Selbstverwaltung</li> <li>- Steuerungsmodus zwischen Staat und Markt</li> <li>- Friedenswahlen und Delegationsprinzip als Schwerpunkt</li> <li>- korporatistische Agentur der Stabilisierung zwischen Arbeit und Kapital</li> <li>- Staatsentlastung gemäß dem Subsidiaritätsgebot</li> <li>- Legitimität fließt der Institution durch Mix aus Input + Output -Faktoren zu</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ende der bekannten Mitbestimmung und eigenverantwortlicher Gestaltung der SV durch die Sozialpartner.</li> <li>- Legitimität fließt der Sozialversicherung dann nur noch über Leitungsspektrum, den Umfang des Outputs zu.</li> <li>- Privatisierung der GKV <ul style="list-style-type: none"> <li>– ökonomische Rationalität</li> <li>– als einziger Steuerungsmodus zur Ausschaltung des Bedarfsgebotes in der GKV</li> </ul> </li> <li>- Staatsverwaltung würde Ende des Subsidiaritätsgebots und Anfälligkeit zur Fehllokation bedeuten.</li> <li>- Ausschaltung der Sozialpartner und Ende der korporatistischen Agentur</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Partizipations- und damit Legitimitätsmomente werden gestärkt durch die formelle Einbeziehung neuer sozialer Kräfte.</li> <li>- Gruppenwettbewerb durch verpflichtende Urwahlen</li> <li>- Schwerpunkt liegt auf institutioneller Ausgestaltung</li> <li>- Eigenverantwortungsmodus bliebe erhalten.</li> <li>- Legitimitäts- und Kompetenzgewinn (neue Kräfte) <ul style="list-style-type: none"> <li>– einseitige Stärkung des Inputs</li> <li>– gleichzeitiger Verlust eines Teils historisch gewachsener Strukturen.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sicherung der Mitbestimmung</li> <li>- Strukturveränderungen: gewachsene Strukturen weiter entwickeln</li> <li>- Schwerpunkt liegt auf SelbstverwalterInnen</li> <li>- Kompetenzoffensive der SelbstverwalterInnen und Verstärkung informeller Arrangements (Stärkung des Inputs)</li> <li>- Öffentlichkeits- und Kompetenzoffensive (Stärkung der Kontrollfunktion und damit des Outputs)</li> <li>- Ausbau der Kontrollmechanismen der Selbstverwaltung</li> </ul>



## **VI 4-Punkte-Programm – Vorschläge zur Revitalisierung der sozialen Selbstverwaltung aus Gewerkschaftsperspektive**

Die soziale Selbstverwaltung basiert auf dem Verständnis, dass die gesetzlichen Krankenkassen mehr sind als Unternehmen und Risikoversicherungen. In diesem Sinne ist die deutsche Krankenversicherung dem Ziel verpflichtet, eine solidarische und bedarfsorientierte Gesundheitspolitik im Rahmen begrenzter ökonomischer Ressourcen unter Einbeziehung des medizinisch-technischen Fortschritts zu gewährleisten. Dass dieses Prinzip auch im Alltag der Kassen bestim mend ist, daran hat die soziale Selbstverwaltung einen wesentlichen Anteil. Sie kontrolliert die wirtschaftlichen Prozesse, bestimmt die Personalauswahl an der Spitze der Kassen und trägt dazu bei, das Leistungsangebot und die Qualität der Produkte und Dienstleistungen zugunsten der Versicherten weiterzuentwickeln. Sie erscheint somit als ein Moment gelebter Demokratie im Kontext einer sozial ausgerichteten Bedarfssicherung.

Zugleich bietet die soziale Selbstverwaltung den Sozialpartnern neben der Tarifautonomie eine zweite Möglichkeit der konstruktiven, selbstverantwortlichen Zusammenarbeit jenseits der Arena der industriellen Beziehungen. Die eigenverantwortliche Erfüllung dieser halbstaatlichen Aufgaben durch die Sozialpartner, insbesondere hinsichtlich von Gesundheitsdienstleistungen und Gütern zu fairen Beitragssätzen (Output), trägt dazu bei, Staat und Wirtschaftsunternehmen zu entlasten.

Die Selbstverwaltung vermag soziale und ökonomische Ziele auszubalancieren. Indem sie dies tut, leistet sie einen wesentlichen Beitrag zur Stabilisierung des deutschen Modells im Sinne einer Doppelung von Sozialstaatlichkeit bei gleichzeitig hohen Produktivitätsraten. Die soziale Selbstverwaltung gehört zur mittelbaren Verwaltung; sie stellt ein Verbindungsglied zwischen direkter staatlicher Verwaltung und den freien Kräften des Kassenmarktes dar. Als intermediäre Institution trägt sie dafür Sorge, dass die Versicherten ihre Interessen in die Arbeit der Kassen einbringen und so über die Ausrichtung der Kassen-Politik mitentscheiden können (Input). Dadurch ist diese Institution in der Lage zwischen den Präferenzen der Versicherten und der ökonomischen Logik der Kassen zu vermitteln, um eine bedarfsgerechte Versorgung der Versicherten (Output) zu gewährleisten. Sie vereint demnach die beiden zentralen Legitimationsquellen

in der modernen repräsentativen Demokratie in sich: Einerseits das Prinzip der Mitbestimmung (Input) und andererseits die Versorgungsqualität (Output).

Der Kasseler Reformvorschlag basiert auf der Einsicht, dass es unzureichend ist, den Status quo der Selbstverwaltung zu verteidigen. Vielmehr geht es darum, die Idee der sozialen Selbstverwaltung weiterzuentwickeln und diese Institution zu befähigen, dem wachsenden Druck von Vermarktlichung und Verstaatlichung des deutschen Gesundheitssystems Stand zu halten und gleichzeitig Finanzierbarkeit und Qualität der Kassenleistungen zu garantieren. Dazu wird die an der sozialen Selbstverwaltung öffentlich geübt Kritik in Teilen aufgegriffen, um sie für eine *Revitalisierungsstrategie* der bestehenden Strukturen zugänglich zu machen. Ein wesentlicher Schritt in Richtung einer Verbesserung der Performanz der Selbstverwaltung hinsichtlich ihrer Qualitäts- und Kontrollfunktion, bestünde darin, die Rolle der Trägerorganisationen, also vor allem die Sozialpartner, zu stärken. Denkbare Maßnahmen, die für eine mögliche Revitalisierung der Selbstverwaltung in Frage kämen, werden im Folgenden als Diskussionsangebot unterbreitet:

## **1.) Kompetenz- und Professionalisierungsoffensive**

Im Zentrum der sozialen Selbstverwaltung stehen die SelbstverwalterInnen. Es wird daher darum gehen, deren ehrenamtliche Tätigkeit aufzuwerten. Eine Neujustierung der Selbstverwaltung, die sich diesem Ziel verpflichtet fühlt, konzentriert sich auf:

### **Mindestqualifizierung und selbstverpflichtende Weiterbildung der SelbstverwalterInnen und Selbstverwaltern**

Die Mitarbeit in den Verwaltungsräten setzt bestimmte Fähigkeiten der SelbstverwalterInnen voraus, die von diesen zunächst erlernt und in ihrer praktischen Arbeit umgesetzt werden müssen. Durch anreizorientierte Strukturen können diese Anforderungen gefördert werden. Angesichts der zunehmenden Komplexität im Gesundheitswesen sowie deren Ökonomisierung und Verfachlichung ist eine solide Basiskompetenz notwendig. In diesem Sinne könnten Selbstverpflichtungen der SelbstverwalterInnen auf stetige Prozesse von Weiter- und Fortbildung förderlich wirken. Diese könnten idealerweise für alle Zweige der

Sozialversicherungen zentral geregelt werden. Vorstellbar wären z.B. Trainee-Programme für angehende SelbstverwalterInnen, Mentorenprogramme, eine »Selbstverwaltungsakademie« oder ein »Institut für Selbstverwaltung«, bspw. angesiedelt bei der »Akademie der Arbeit« in Frankfurt.

### **Stellenwert der Mitarbeit in Selbstverwaltung in den Herkunftsorganisationen unterstreichen**

Eine entscheidende Stellgröße, um die Arbeit der Selbstverwalter aufzuwerten, sind die entsendenden Organisationen. Um die Arbeit der Selbstverwaltungen in den Herkunftsorganisationen aufzuwerten reichen programmatische Anstrengungen und Absichtserklärungen allein nicht aus. Notwendig sind hingegen dezierte Anreizstrukturen. Hierzu zählen sowohl symbolische Aktivitäten als auch reale Angebote und Leistungen, um eigene Experten für die Selbstverwaltungen zu gewinnen und diese zu starken Akteuren zu entwickeln.

### **Entwicklung einer umfassenden sozialpolitischen Strategie**

Angesichts des Wandels von Wirtschaft, Gesellschaft und Politik bedarf es einer grundsätzlichen Weiterentwicklung der sozialpolitischen Programmatik der Gewerkschaften. Gegenwärtig sind wir Zeugen einer weit reichenden Veränderung der deutschen Sozialpolitik, die den Gewerkschaften und Arbeitgeberverbänden neben allen negativen Aspekten auch neue Beteiligungschancen eröffnet. Hierfür könnte eine symbolisch aufgewertete und inhaltlich qualifizierte Selbstverwaltungsarbeit einen Beitrag leisten, nicht zuletzt, um die Qualitäts- und Leistungsaspekte der Gewerkschaftsarbeit zu verstärken. Sinnvoll wären in dieser Hinsicht attraktive Angebote für ein Engagement in der sozialen Selbstverwaltung (nicht nur: Expertenschulung). Denn ein erfolgreiches Engagement auf hohem Qualitätsniveau könnte dazu beitragen, das öffentliche Image der Gewerkschaften insgesamt zu verbessern. Diese neue, offensive und Anreiz unterlegte Kompetenzrekrutierung sollte vor allem auf Frauen und junge engagierte Menschen zielen, um diese für die Selbstverwaltungs- und Gewerkschaftsarbeit zu gewinnen.<sup>123</sup> Eine wichtige Zielgruppe könnte auch die »jungen Alten« darstellen. Denn diese zeichnen sich durch ein überdurchschnittliches gesellschaftliches Interesse und

123 1977 zählte man noch 35.000 SelbstverwalterInnen, heute noch gut 3.500. Dies verdeutlicht eindrucksvoll den *brain drain*, der sich in der sozialen Selbstverwaltung vollzogen hat.

einen besonders großen Partizipationswillen aus. Diese in weiten Teilen noch ungenutzten Potentiale gilt es zu für die Selbstverwaltungsarbeit weiter nutzbar zu machen.

### **Attraktivität der Selbstverwaltung für engagierte Persönlichkeiten erhöhen**

Soll die Qualität der Arbeit in der Selbstverwaltung wachsen, so muss parallel dazu auch die Attraktivität der sozialen Selbstverwaltung für engagierte Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer erhöht werden. Hierzu sollte über höhere Aufwandsentschädigungen (Fahrtkosten zu Sitzungen, Materialien/Büroausstattung), Sitzungsgelder und betriebliche Freistellung (orientiert an § 37 Abs. 7 BetrVG) diskutiert werden.

## **2.) Stärkung der Öffentlichkeitsarbeit und Versichertennähe**

### **Öffentlichkeitsarbeit ausbauen**

Die Selbstverwaltungen sollten ihre Öffentlichkeitsarbeit professionalisieren und neue Wege und Möglichkeiten zur Interaktion mit den Versicherten nutzen. Beispiele hierfür wären die Einrichtung eines regelmäßig stattfindenden »Patiententages«, die Veröffentlichung von jährlichen Geschäftsberichten der Selbstverwaltung und vor allem ein stärkeres Eingehen auf die Bedürfnisse und Kritiken der Versicherten. Zusätzlich sollte die Kommunikationspalette ausgebaut werden. An dieser Stelle sei besonders auf den Bereich der neuen Medien und damit der interaktiven Kommunikation verwiesen. Angefangen von möglichen Internetwahlen bis hin zu interaktiven Formen der Kommunikation über das Netz. Zugleich sollte aber auch für Versicherte, die diese Medien nicht nutzen (vor allem ältere Menschen) eigene, direkte Ansprechformen weiter gepflegt bzw. gefunden werden. Aber auch Publikationen der GKV-Träger oder die Gewerkschaftspresse sollten in eine kohärente und zusammenhängende Kommunikationsstrategie einbezogen werden.

## **Außendarstellung der aktiven SelbstverwalterInnen stärken**

Darüber hinaus sollte erwogen werden, ein von den aktiven SelbstverwalterInnen gewähltes Sprechergremium von gewerkschaftlichen Vertreterinnen und Vertretern ins Leben zu rufen, das die Arbeit und die Positionen der Selbstverwaltung zur Entwicklung des deutschen Gesundheitssystems öffentlich darstellt und aus Gewerkschaftsperspektive kommentiert. Auf diese Weise könnten nicht nur die interne und die externe Diskussion wichtiger sozialpolitischer Themen bereichert werden. Vielmehr böte sich der sozialen Selbstverwaltung hier Gelegenheit, ihr inhaltliches Profil zu stärken und insgesamt an >Gesicht< zu gewinnen.

## **Versichertenälteste aufwerten**

Aufgrund des enormen Konzentrationsprozesses im Kassenwettbewerb sind für die soziale Selbstverwaltung regionale Direktbezüge ebenso verloren gegangen wie auch unternehmens- und branchenbezogene Kassenidentitäten. Dies führt dazu, dass die Bindungen und Informationsflüsse zwischen den Versicherten und ihren Vertreterinnen und Vertretern in der Selbstverwaltung Schaden nehmen und die Praxis der Partizipation erodiert. Um die Beziehungen zwischen Versicherten und der sozialen Selbstverwaltung zu intensivieren, sind gegensteuernde Schritte nötig. Maßnahmen, die auf diese Gefahren eine Antwort geben könnten, sollten bei den bestehenden Strukturen der Kassen ansetzen (Anschlussfähigkeit) und die etablierten Träger stärker fordern und fördern, um ihre Reputation und Kompetenz weiter zu entwickeln. So ließe sich die regionale Anbindung, durch ein verbessertes Netz von gewählten und geförderten Ansprechpartnern (früher: Versichertenälteste) stärken. Dies ist auf der Basis des Satzungsrechts (bestimmt durch die Verwaltungsräte) bereits jetzt möglich. Notwendig sind dafür also keine Satzungsänderungen, sondern eine neue, politische Initiative, die eine deutliche Verjüngung sowie eine verstärkte Kompetenz und Kommunikationsoffensive durch die Aktivisten- und Expertengruppe anstrebt.

## **Schaffung eines neuen Ansprechpartners gegenüber der Politik**

Zur Erhöhung der Transparenz der Selbstverwaltungsarbeit bedarf es einer eigenen Debatte. Eine Möglichkeit, deren Aufgaben und Profil durchschaubarer zu machen, könnte in der Schaffung einer eigenen Institution bestehen, zum

Beispiel eines *Bundesbeauftragten für Selbstverwaltung*. Dieses neu zu schaffende Amt könnte die Koordination zwischen der Selbstverwaltung und Politik wahrnehmen. So könnte der Austausch der Akteure mit dem Staat intensiviert und gefördert werden. Zweckmäßigerweise könnte dieses Amt in Personalunion mit der Position des Bundesbeauftragten für die Sozialversicherungswahlen, der bereits jetzt als Schnittstelle fungiert, verknüpft werden.

### **3.) Verstärkte informelle Integration von Betroffeneninteressen**

- Die Vertreterinnen und Vertreter der Patienten- und Sozialverbände verfügen über spezielle Kompetenzen und Einblicke als Betroffene, die sie zu ›Experten in eigener Sache‹ machen. Insbesondere das Wissen um spezielle Bedarfsmomente darf den verantwortlichen SelbstverwalterInnen nicht verborgen bleiben, um ihre Entscheidungen im Sinne der gesamten Versichertenschaft angemessen zu fällen. Da eine formelle Integration dieser Gruppen in die soziale Selbstverwaltung sowohl das sozialpartnerschaftliche Gleichgewicht gefährden dürfte als auch zu möglichen Verzerrungen der Gemeinwohlorientierung durch diese Partikularinteressen führen könnte, erscheint die Forcierung informeller und beratender Arrangements ratsam (regelmäßige Hearings/Beratertreffen).

### **4.) Revitalisierung der Sozialwahl**

#### **Transparenz der Listen und Mandatsträger erhöhen**

Im Sinne demokratischer Legitimation wäre es unbedingt wünschenswert, wenn die zu den Sozialwahlen antretenden Listen sich um ein höheres Maß an Transparenz bemühen könnten. Dazu beitragen würde auf jeden Fall ein Verbot von Wahllisten mit Kassennamen, die bei den zum Teil uninformierten Wählern den Eindruck hinterlassen, dass es sich hierbei um besonders seriöse und informierte Akteure im Bereich der sozialen Selbstverwaltung handelt. Zugleich sollten die Anforderungen an die Aufstellung von KandidatInnen abgebaut werden, ohne jedoch die Arbeitnehmerzentrierung aufzugeben. Es muss zudem im Interesse

der entsendenden Organisation und des Mandatsträgers eine gezielte Bekanntheitsoffensive betrieben werden (siehe Öffentlichkeitsarbeit).

## **Wahlakt vereinfachen und erweitern**

Wie schon die positiven Wirkungen im Zuge der Einführung der Briefwahl gezeigt hat, muss es den WählerInnen so leicht wie möglich gemacht werden, ihre Stimme abzugeben. Auch hier sollte auf neue Medien zurückgegriffen werden. Die zusätzliche Möglichkeit der datenrechtlich abgesicherten Onlinewahl (neben der Briefwahl) erscheint als probates Mittel neue und jüngere Wählerschichten anzusprechen und die Kosten der Wahlen weiter zu senken.

## **Bekanntheit und Bedeutung stärken**

Die Sozialwahlen sind wichtig, um die Akteure und ihre Entscheidungskompetenzen zu legitimieren. Sie könnten aber auch ein bedeutsames Mittel sein, um die Arbeit der sozialen Selbstverwaltung öffentlich zu präsentieren. Um dies zu erreichen müssen die Sozialwahlen entsprechend intensiv beworben werden. Hierzu beitragen können nicht nur traditionelle Anzeigen und Plakatkampagnen, sondern auch die Nutzung von Radio, Fernsehen und Internet. Vorstellbar wären auch verpflichtende Wahlwerbesendungen, wie wir sie aus Landtags- und Bundestagswahlkämpfen kennen.

Urwahlen sollten immer dann stattfinden, wenn sich ausreichend viele Personen zur Wahl stellen, was durch eine gezielte Rekrutierungs- und Aufwertungsstrategie erreicht werden könnte. Doch selbst wenn die Anreizstrukturen, das Image und die Reputation der Selbstverwaltung wesentlich verbessert würden, sollte eine realistische Erwartungshaltung eingenommen werden. Die Schaffung eines gestärkten Unterbaus der Selbstverwaltung wird Zeit brauchen.

Eine Revitalisierung kann nur gelingen, wenn alle beteiligten Akteure, vor allem die Organisationen der Sozialpartner, sich zur Institution der sozialen Selbstverwaltung bekennen und ihren Fortbestand gemeinsam sichern helfen. Kein beteiligter Akteur verfügt über genug Ressourcen und gesellschaftliche Reputation, um dieses Vorhaben allein in Angriff zu nehmen. Wenn diese Aufgabe gelingen soll, müssen insbesondere die zentralen Träger der Selbstverwaltung der GKV im Einvernehmen mit dem Staat im Sinne einer gemeinschaftlichen Kraftanstrengung für die Weiterentwicklung der sozialen Selbstverwaltung ein-

treten. Eine »*Konzertierte Aktion für Selbstverwaltung*« könnte hierfür einen wichtigen Impuls setzen.

## Bibliographie

**Bandelow, Nils C.:** Gesundheitspolitik, Leske u. Budrich, Opladen 1989

**Bandelow, Nils C.:** Gesundheitspolitik: Zielkonflikte und Politikwechsel trotz Blockaden, in: Schmidt, Manfred G.; Zohlnhöfer, Reimut: Regieren in der Bundesrepublik Deutschland, VS Verlag, Wiesbaden 2006

**BDA:** Aufsichtsfunktion stärken – Autonomie erweitern – Effizienzsteigerungen und Modernisierung in der sozialen Selbstverwaltung, Berlin 2004, PDF-Download.

**Becker, Ulrich B.:** Sozialleistungsträger – Sozialleistungen – Verfahren, in: Maydell, Rüland (Hrsg.) Sozialrechtshandbuch (SRH), Baden-Baden 2003

**Bosbach, Gerd; Bingler, Klaus:** Droht eine Kostenlawine im Gesundheitswesen?, in: Soziale Sicherheit 1/2008

**Braun, Bernhard; Buitkamp, Martin:** Zur Bekanntheit und Verankerung von Sozialwahlen und Selbstverwaltung in der GKV, in: Soziale Sicherheit 3/2005

**Braun, Bernhard; Klenk, Tanja:** Soziale Selbstverwaltung: Traditionstreicher Steuerungsmechanismus – mit welcher Zukunft?, in Soziale Sicherheit 2/2006

**Braun, Bernhard; Buitkamp, Martin; Greß, Stefan; Höppner, Karin; Lüdecke, Daniel; Marstedt, Gerd; Rothgang, Heinz; Tamm, Marcus; Wasem, Jürgen:** »Representation von Versicherten und Patienten in der GKV durch Selbstverwaltung und Kassenwahl. (unveröffentlichte Version)

**Braun, Bernhard; Klenk, Tanja; Kluth, Winfried; Nullmeier, Frank; Welti, Felix:** Geschichte und Modernisierung der Sozialversicherungswahlen – Abschlussbericht (unveröffentlicht)

**Braun, Bernhard; Greß, Stefan; Rothgang, Heinz; Wasem, Jürgen (Hrsg.):** Einfluss nehmen oder aussteigen, edition sigma, Berlin 2008

**Braun, Bernhard; Greß, Stefan; Lüdecke, Daniel; Rothgang, Heinz; Wasem, Jürgen:** Funktionsfähigkeit und Perspektiven von Selbstverwaltung in der GKV, in: Soziale Sicherheit 11/2007

**Bundesrechnungshof** – Bemerkungen 2007 zur Haushalts- und Wirtschaftsführung, Bonn 2007

**Bundeswahlbeauftragter für die Sozialversicherungswahlen:** Abschlussbericht (2005)

**Cassel, Dieter:** Anspruch und Wirklichkeit zur Organisationsreform der GKV, in: Soziale Sicherheit 1/1993

**Döhler, Marian; Manow, Phillip:** Staatliche Reformpolitik und die Rolle der Verbände im Gesundheitssektor, in: Mayntz, Renate; Scharpf, Fritz (Hrsg.) Gesellschaftliche Selbstregulierung und politische Steuerung, Frankfurt a.M., Campus 1995

**Engelen-Kefer, Ursula:** 50 Jahre Soziale Selbstverwaltung – Ein Stück gelebte Demokratie, in: Soziale Sicherheit 11/2003

**Felix, Dagmar:** Verwaltungsrat und Vorstand in der gesetzlichen Krankenversicherung – Aufgaben und Befugnisse, in: Schnapp, Friedrich E. (Hrsg.): Funktionale Selbst-

verwaltung und Demokratieprinzip – am Beispiel der Sozialversicherung, Verlag Peter Lang, Frankfurt a.M. 2001

**Forsthoff, Ernst:** Lehrbuch des Verwaltungsrechts, Bd.1, 1973

**Fuchs, Harry:** Aufgaben, Handlungsgrundlagen und –instrumente, in Soziale Sicherheit 7/1994

**Funktionsbereich Sozialpolitik beim IG Metall-Vorstand** (2005), Die Ergebnisse der Sozialwahlen 2005, Eine Analyse und Bewertung aus gewerkschaftlicher Sicht, in: Soziale Sicherheit 7–8/2005

**Gieseke, Ludwig:** Die verfasste Studentenschaft, Bonner Schriften für Wirtschaftsrecht – Nomos Recht, Baden-Baden 2001

**Gunkel, Alexander:** 50 Jahre soziale Selbstverwaltung – Bewährt, aber reformbedürftig, in: Soziale Sicherheit 11/2003

**GVG:** Zur Bedeutung der Selbstverwaltung in der deutschen sozialen Sicherung, nanos Verlag, Bonn 2007

**Hosak, Pit:** Erster Corporate Governance Kodex einer gesetzlichen Krankenkasse, in: Soziale Sicherheit 3/2005

**Klenk, Tanja:** Selbstverwaltung – ein Kernelement demokratischer Sozialstaatlichkeit?, in: Zeitschrift für Sozialreform (ZRS 52) 2/2006

**Kruse, Jürgen; Hänlein, Andreas:** Das neue Krankenversicherungsrecht, Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden 2004

**Lee, Yu-Jun:** Selbstverwaltung als Organisationsprinzip in der deutschen Selbstverwaltung, Nomos, Baden-Baden 1997

**Leopold, Dieter:** Bedeutsame Abstimmung nach Sparprogrammen und Umstrukturierung, in: Soziale Sicherheit 4/2004

**Leopold, Dieter:** Die Selbstverwaltung in der Sozialversicherung, Asgard-Verlag, St. Augustin 1996

**Lepsius, Rainer M.:** Interessen und Ideen – Die Zurechnungsproblematik bei Max Weber, in ders.: Ideen, Interessen und Institutionen, Opladen 1990

**Mayntz, Renate; Scharpf, Fritz (Hrsg.):** Gesellschaftliche Selbstregulierung und politische Steuerung, Frankfurt a.M., Campus 1995

**Meinhardt, Michael:** Ergebnisse der qualitativen Studie »Patientenbeteiligung in den Gremien des Gemeinsamen Bundesausschusses«, Köln 2008 (unveröffentlicht)

**Meinelt, Michael:** Ergebnisse der qualitativen Studie »Patientenbeteiligung in den Gremien des Gemeinsamen Bundesausschusses«, Köln 2008 (unveröffentlicht)

**Müthling, Hans:** Die Geschichte der deutschen Selbstverwaltung, Köln 1966

**Naschold, Frieder:** Kassenärzte und Krankenversicherungsreform. Zur Theorie einer Staatspolitik, Diss. Uni-Tübingen 1967

**Paquet, Robert:** Ansatzpunkte für eine Reform der GKV-Selbstverwaltung, in: Soziale Sicherheit 2/2006

**Rzesnik, Norbert:** Überlegungen zur Erhöhung der Akzeptanz der Selbstverwaltung, in: Bundesknappschaft (Hrsg.), Kompass 5-6/2001

**Rzesnik, Norbert; Herfert, Simone:** Sozialversicherungswahlen 2005 – Richtig? Wichtig?, in ZFSH/SGB 02/2007

**Scharpf, Fritz:** Regieren in Europa, Frankfurt a.M., Campus 1999

**Schmidt, Manfred G.; Zohlnhöfer, Reimut:** Regieren in der Bundesrepublik Deutschland, VS Verlag, Wiesbaden 2006

**Schmitter, Philippe C.:** The Ambiguous Virtues of Accountability, in: Journal of Democracy 15 (1/2004)

**Schnapp, Friedrich E. (Hrsg.):** Funktionale Selbstverwaltung und Demokratieprinzip – am Beispiel der Sozialversicherung, Verlag Peter Lang, Frankfurt a.M. 2001

**Specke, Helmut K.:** Der Gesundheitsmarkt in Deutschland – Daten-Fakten-Akteure, Verlag Hans Huber 2005

**Spieth, Frank:** Die Selbstverwaltung wird zum Sündenbock gestempelt, in: Soziale Sicherheit 3/2005

**Standfrest, Erich:** Sozialpolitik und Selbstverwaltung. Zur Demokratisierung des Sozialstaates, Campus Frankfurt a.M. 1977

**Statistisches Bundesamt:** Datenreport 2006

**Tamm, Ingo:** Ärzte und gesetzliche Krankenversicherung in Deutschland und England, Verlag für Wissenschafts- und Regionalgeschichte Dr. Michael Engel, Berlin 1998

**Tennstedt, Florian:** Geschichte der Selbstverwaltung in der Krankenversicherung von der Mitte des 19. Jahrhunderts bis zur Gründung der Bundesrepublik Deutschland, Verlag der Ortskrankenkassen, Bonn 1977

**TNS Infratest Sozialforschung:** Freiwilliges Engagement in Niedersachsen 1999-2004, PDF Download, [www.jurb.de](http://www.jurb.de)

**Urbaniak, Eberhard:** Die Akzeptanz der Selbstverwaltung und Sozialwahlen bei den Beteiligten erhöhen, in: Die BKK 4/2007

**Urbaniak, Hans-Eberhard:** Vorschläge für ein zukunftssicheres System der Selbstverwaltung und Sozialwahl, in Soziale Sicherheit 2/2006

**Urbaniak, Hans-Eberhard:** Warum Sozialwahlen? – Interview mit dem Bundeswahlbeauftragten Hans-Eberhard Urbaniak, in: Sozialwahl – 1.Juni 2005 – Aspekte, Hintergründe, Informationen; DAK

**Welti, Felix:** Selbstverwaltung in der Krankenversicherung – Anspruch und Wirklichkeit in der Zukunft, in: Soziale Sicherheit 8-9/2006

**Wulffen, Matthias von (2005):** Die Bedeutung der Selbstverwaltung in der Gesetzlichen Krankenversicherung, Rede zur Verabschiedung des neunten Verwaltungsrats des AOK-Bundesverbandes am 8. November 2005, <http://www.aok-bv.de/aok/selbstvw/>

**Zahn, Christian:** Gesundheitsreform: Wechsel in ein staatliches System, in: Soziale Sicherheit 8-9/2006

**edition** der Hans-Böckler-Stiftung  
 Bisher erschienene Reihentitel ab Band 200

		Bestellnr.	ISBN	Preis / €
Hartmut Küchle Die deutsche Heeresindustrie in Europa		13200	978-3-86593-080-4	18,00
Karin Schulze Buschoff unter Mitarbeit von Claudia Schmidt Neue Selbstständige im europäischen Vergleich		13201	978-3-86593-081-1	20,00
Lorenz Jarass • Gustav M. Obermair Steuerliche Aspekte von Private-Equity- und Hedge-Fonds unter Berücksichtigung der Unternehmenssteuerreform 2008		13202	978-3-86593-082-8	15,00
Hans-Joachim Voth Transparenz und Fairness auf einem einheitlichen europäischen Kapitalmarkt		13203	978-3-86593-083-5	12,00
Stefan Stracke • Erko Martins • Birgit K. Peters Friedemann W. Nerdinger Mitarbeiterbeteiligung und Investivlohn		13205	978-3-86593-085-9	18,00
Claudia Schippmann Betriebliche Mitbestimmungskulturen in Großbritannien, Spanien, Schweden, Frankreich und Ungarn		13206	978-3-86593-085-6	18,00
Bettina Graue Aufgaben, Grenzen und Perspektiven des Gender-Gedankens im Betriebsverfassungsgesetz		13207	978-3-86593-087-3	12,00
Herbert Bassarak Aufgaben und Konzepte der Schulsozialarbeit/Jugendsozialarbeit an Schulen im neuen sozial- und bildungspolitischen Rahmen		13208	978-3-86593-089-7	29,00
Hermann Groß Betriebs- und Arbeitszeitmanagement in tarifgebundenen und nicht tarifgebundenen Betrieben		13210	978-3-86593-091-0	10,00
Thorsten Ludwig, Jochen Tholen Schiffbau in Europa		13211	978-3-86593-092-1	30,00
Stephan Ricken Verbriefung von Krediten und Forderungen in Deutschland		13213	978-3-86593-094-1	16,00
Judith Aust, Volker Baethge-Kinsky, Till Müller-Schoell, Alexandra Wagner (Hrsg.) Über Hartz hinaus		13214	978-3-86593-096-5	25,00
Ulrich Zachert Verfahren und Kosten von Betriebsverlagerungen in ausgewählten Europäischen Ländern		13216	978-3-86593-098-9	10,00

	Bestellnr.	ISBN	Preis / €
Hans-Joachim Voth Transparency and Fairness in The European Capital Market	13217	978-3-86593-099-6	12,00
Klaus Maack, Judith Beile, Stefan Schott, Eckhard Voß Zukunft der Süßwarenindustrie	13218	978-3-86593-100-9	15,00
Ralf Peter Hayen • Manuela Maschke (Hrsg.) Boombranche Zeitarbeit – Neue Herausforderungen für betriebliche Akteure	13220	978-3-86593-106-1	10,00

Ihre Bestellungen senden Sie bitte unter Angabe  
der Bestellnummern an den Setzkasten oder unter  
Angabe der ISBN an Ihre Buchhandlung.  
Ausführliche Informationen zu den einzelnen Bänden  
können Sie dem aktuellen Gesamtverzeichnis  
der Buchreihe **edition** entnehmen.

Setzkasten GmbH  
Kreuzbergstraße 56  
40489 Düsseldorf  
Telefax 0211-408 00 90 40  
E-Mail [mail@setzkasten.de](mailto: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 oder 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.

### **Institut für Makroökonomie und Konjunkturforschung (IMK)**

Das Ziel des Instituts für Makroökonomie und Konjunkturforschung (IMK) in der Hans-Böckler-Stiftung ist es, gesamtwirtschaftliche Zusammenhänge zu erforschen und für die wirtschaftspolitische Beratung einzusetzen. Daneben stellt das IMK auf der Basis seiner Forschungs- und Beratungsarbeiten regelmäßig Konjunkturprognosen vor.

### **Forschungsförderung**

Die Stiftung vergibt Forschungsaufträge zu Mitbestimmung, Strukturpolitik, Arbeitsgesellschaft, Öffentlicher Sektor und Sozialstaat. 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**

Mit dem 14-tägig erscheinenden Infodienst »Böckler Impulse« begleitet die Stiftung die aktuellen politischen Debatten in den Themenfeldern Arbeit, Wirtschaft und Soziales. Das Magazin »Mitbestimmung« und die »WSI-Mitteilungen« informieren monatlich über Themen aus Arbeitswelt und Wissenschaft. Mit der Homepage [www.boeckler.de](http://www.boeckler.de) bietet die Stiftung einen schnellen Zugang zu ihren Veranstaltungen, Publikationen, Beratungsangeboten und Forschungsergebnissen.

Hans-Böckler-Stiftung  
Hans-Böckler-Straße 39  
40476 Düsseldorf  
Telefax: 02 11/77 78-225  
[www.boeckler.de](http://www.boeckler.de)

**Hans Böckler  
Stiftung** 

Fakten für eine faire Arbeitswelt.

