

Von den Bundesverbänden der Kassenarten zu dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen

Im Rahmen der organisationsrechtlichen Änderungen des „GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes“ (GKV-WSG) nahm zum 01.07.2008 der neu geschaffene „Spitzenverband Bund der Krankenkassen“ seine Arbeit als Verband der Krankenkassen auf. Die bis dato in der Rechtsform von Körperschaften des öffentlichen Rechtes existierenden Dachverbände der jeweiligen Kassenarten wurden entmachtet und verloren ihre öffentlich-rechtlichen Aufgaben. Das Ziel dieses Aufsatzes ist es, zu rekonstruieren, wie es zu dieser „Entmachtung“ der alten kassenartenbezogenen Verbände und der Gründung des GKV-Spitzenverbandes kam. Methodisch erfolgt diese Rekonstruktion mit Hilfe von 15 Experteninterviews sowie einer Dokumentenanalyse.

■ Holger Pressel

1. Einleitung und Methodik

Mit dem im Februar 2007 von der Großen Koalition beschlossenen „GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG)“ wurde die Institutionenordnung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) auf eine völlig neue Basis gestellt. Im Rahmen der organisationsrechtlichen Änderungen (vgl. § 217a SGB V) nahm zum 01.07.2008 der neu geschaffene „Spitzenverband Bund der Krankenkassen“¹ seine Arbeit als Verband der Krankenkassen auf. Die bis dato in der Rechtsform von Körperschaften des öffentlichen Rechtes² existierenden Dachverbände der jeweiligen Kassenarten wurden entmachtet und verloren ihre öffentlich-rechtlichen Aufgaben. Zudem gibt es seit dem GKV-WSG erstmalig die Möglichkeit zu kassenartenübergreifenden Fusionen. Kassenarten verlieren also zunehmend an Bedeutung.

Während es innerhalb der neuen Bundesregierung einen erheblichen Dissens hinsichtlich der Finanzierung der GKV gibt³ und im Koalitionsvertrag daher die Einsetzung einer Expertenkommission zu Beginn der neuen Legislaturperiode festgeschrieben ist, gibt es einen breiten Konsens in Bezug auf die organisationsrechtlichen Änderungen der Großen Koalition. Auch die FDP will weder die

bisherigen kassenartenbezogenen Verbände zurück haben, noch den GKV-Spitzenverband abschaffen. Diesbezüglich gibt es also eine breite Übereinstimmung zwischen der alten und der neuen Bundesregierung.

Vor dem oben beschriebenen Hintergrund ergibt sich die Fragestellung dieses Aufsatzes: *Wie kann die faktische Entmachtung der bisherigen Kassenverbände erklärt werden und was veranlasste den Gesetzgeber zur Errichtung des GKV-Spitzenverbandes?*

Die mit dem „GKV-WSG“ einhergehenden institutionellen Veränderungen wurden bisher lediglich in allgemeiner Form beschrieben (Schroeder/Paquet/ 2009; Bandelow/Schade 2008). In Bezug auf das Thema „Organisations- bzw. Verbändereform“ im engeren Sinne besteht eine Forschungslücke. Das Ziel dieses Aufsatzes ist es, zu rekonstruieren, wie es zu dieser „Entmachtung“ der bisherigen kassenartenbezogenen Verbände und zur Errichtung des GKV-Spitzenverbandes kam. Die organisationsrechtlichen Veränderungen werden hier primär aus organisationstheoretischer Perspektive rekonstruiert und erklärt. Zur Beantwortung der Fragestellung wurden im Zeitraum März bis August 2009 mit Beteiligten und Betroffenen insgesamt 15 Experteninterviews geführt. Die Gesprächspartner stammen sowohl aus den Reihen der „alten“ Verbände und des neuen GKV-Spitzenverbandes, als auch der gesetzlichen Krankenkassen und der Politik bzw. Ministerien (Bundesministerium für Gesundheit sowie Ministerium für Arbeit

Holger Pressel, Doktorand, Universität Konstanz

und Soziales Baden-Württemberg)⁴. Ergänzend wurden entsprechende Dokumente (z. B. Bundestagsdrucksachen, Anhörungsprotokolle, Zeitschriften- und Zeitungsartikel etc.) ausgewertet.

2. Die Neuorganisation des Verbändewesens in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

In diesem Abschnitt wird zunächst kurz auf die Historie der Kassenorganisation eingegangen, da ohne deren Berücksichtigung und Kenntnis die jüngste Reform nicht zu verstehen ist. Anschließend werden die im Rahmen der „GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG)“ beschlossenen organisationsrechtlichen Änderungen dargestellt.

2.1 Die Herausbildung des gegliederten Kassensystems

Das deutsche Krankenversicherungssystem ist das Ergebnis sowohl von Selbstorganisation der Betroffenen, als auch von staatlich verordneten Zwangszusammenschlüssen sozial Bedürftiger (ausführlich bei Leopold 2008; Überblick bei Knieps 2003). Freiwillige Zusammenschlüsse zu handwerkschaftlichen Genossenschaften, den Vorläufern der heutigen „Innungskrankenkassen“, und Gesellenbruderschaften lassen sich bis ins Mittelalter zurück verfolgen (Knieps 2003:46). Gemeinden gründeten im 19. Jahrhundert für bestimmte Personengruppen, insbesondere Fabrikarbeiter, gewerbliche Unterstützungskassen, die Vorläufer der späteren „Ortskrankenkassen“. Im 19. Jahrhundert hatte jede Branche ihre eigene Krankenkasse auf Orts- und Gemeindeebene; die „Allgemeine Ortskrankenkasse“ war eine Art Sammelbecken für die Menschen, die keiner anderen – branchenspezifischen – Ortskrankenkasse angehörten. Große Unternehmen, insbesondere aus den Bereichen Stahl und Kohle, gründeten ab Mitte des 19. Jahrhunderts eigene Fabrik-Krankenkassen, die Vorläufer der heutigen „Betriebskrankenkassen“. Die Wurzeln der heutigen „Ersatzkassen“ finden sich in den während der 60er und 70er Jahre des 19. Jahrhunderts gegründeten „Freiwilligen Hilfskassen“.

Am 17. November 1881 verlas Reichskanzler Otto von Bismarck vor dem Reichstag die Kaiserliche Botschaft, in der er „Förderung“ und „Fürsorge“ der Arbeiter ankündigte⁵. Am 15. Juni 1883 wurde vom Reichstag das „Gesetz betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter“ (Krankenversicherungsgesetz – KVG) verabschiedet. In diesem Gesetz wurde u. a. das Prinzip der Selbstverwaltung⁶ und die Bildung von Ortskrankenkassen (OKK) für die in einem Gewerbebezirk oder einem Betrieb Beschäftigten geregelt. Daneben sollten Bau-, Betriebs- und Innungskrankenkassen zusätzlich zu den seit 1854 bestehenden Knappschaften gebildet werden. Die „Hilfskassen“ konnten fortbestehen, allerdings ohne finanzielle Beteiligung der Arbeitgeber⁷.

Mit der „Reichsversicherungsordnung“ (RVO) von 1911 wurden die Rechtsgrundlagen der verschiedenen Zweige

der Sozialversicherung in einem Gesetzbuch zusammengefasst; die bestehenden „Hilfskassen“ für Angestellte und Arbeiter wurden förmlich als „Ersatzkassen“ zugelassen. Die Verordnung beinhaltete eine Unterscheidung in so genannte „RVO- oder Primärkassen“ (AOK, BKK, IKK) und Ersatzkassen. Nach der Machtergreifung durch die Nationalsozialisten wurde 1933 die Selbstverwaltung der Krankenkassen entmachtet; an ihre Stelle traten staatliche GKV-Kommissare⁸. Die Kassenverbände wurden der Aufsicht des Reichsarbeitsministers unterstellt. Im Jahr 1935 wurden die Ersatzkassen als Körperschaften des öffentlichen Rechts in die Sozialversicherung integriert. Hierbei erfolgte eine Trennung in Arbeiter- und Angestelltenersatzkassen.

Nach dem Zweiten Weltkrieg wurde 1951 in der (damaligen) Bundesrepublik⁹ mit dem „Gesetz über die Selbstverwaltung und über Änderungen von Vorschriften auf dem Gebiet der Sozialversicherung“ die Wiedereinführung der Selbstverwaltung mit paritätischer Besetzung¹⁰ geregelt. Am 17. August 1955 wurden mit dem „Gesetz über die Verbände der gesetzlichen Krankenkassen und Ersatzkassen“ Landes- und Bundesverbände der Krankenkassen eingeführt.

2.2 Die Veränderung der Rahmenbedingungen durch das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) von 1992

Das 1992 in einer großen Sachkoalition von der schwarz-gelben Bundesregierung und der SPD unter Verhandlungsführung des damaligen Gesundheitsministers Horst Seehofer und des SPD-Sozialexperten Rudolf Dreßler gemeinsam im Oktober 1992 konzipierte „Gesundheitsstrukturgesetz“ (GSG) gilt als „Mutter aller Gesundheitsreformen“ (Reiners 2008:50). Mit diesem Gesetz wurde für die Versicherten mit Wirkung zum 01.01.1996 die allgemeine Wahlfreiheit der Krankenkassen eingeführt. Das GSG stellt somit den Wechsel zu einer wettbewerblich ausgerichteten GKV dar. Flankiert wurde die Einführung der allgemeinen Wahlfreiheit mit einem bundesweiten kassenartenübergreifenden Risikostrukturausgleich (RSA), um Risikoselektion und die Benachteiligung von Kassen mit ungünstiger Versichertenstruktur zu vermeiden. Im Rahmen des GSG wurde die 1911 eingeführte Unterscheidung in „RVO- oder Primärkassen“ (AOK, BKK, IKK) und „Ersatzkassen“ auch formal beendet. Betriebs- und Innungskassen erhielten die Möglichkeit, sich für alle Wahlberechtigten zu öffnen.

Das GSG und somit die Einführung der allgemeinen Wahlfreiheit geht stark auf die Arbeit der Enquete-Kommission „Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung“ des Deutschen Bundestages zurück, die im November 1989 ihren Endbericht vorlegte. Die Enquete-Kommission markierte einen Paradigmenwechsel in der gesundheitspolitischen Agenda. Die überparteilich besetzte und mit von den Fraktionen benannten Sachverständigen angereicherte Kommission hatte eine gemeinsame Botschaft: Das (zu diesem Zeitpunkt) gut 100 Jahre alte GKV-System bedarf eines gründlichen Umbaus der Krankenkassenorganisation; die alten Gliederungsprinzipien waren nicht mehr zeitgemäß. Dies galt insbesondere

für die unterschiedlichen Wahlrechte von (benachteiligten) Arbeitern einerseits und (privilegierten) Angestellten. Diese Ungleichbehandlung widersprach auch anderen sozialpolitischen Handlungsfeldern¹¹. In der Kommission bestand unter den Sachverständigen Einigkeit darüber, dass das berufsständische Gliederungsprinzip der GKV nicht nur ein gesellschaftspolitischer Anachronismus war, sondern auch zu schweren ökonomischen Verwerfungen im GKV-System geführt hatte. Es zwang Arbeiter in eine Pflichtkasse (AOK, BKK oder IKK), während Angestellte die Wahl zwischen der Pflichtkasse und einer Ersatzkasse hatte. Dadurch war ein verzerrter, vor allem zu Lasten der AOK gehender Wettbewerb über Risikoselektion entstanden, mit einer Beitragssatzspanne von 8 bis 16 Prozent (Deutscher Bundestag 1990, Band 1:391).

2.3 Zunehmende Konflikte zwischen den Kassenarten

Bereits während des Prozesses der deutschen Wiedervereinigung traten die Konflikte zwischen den Kassenarten offen hervor¹². Dabei ging es insbesondere um die Frage einer guten Ausgangsposition in den neuen Bundesländern. Der Konflikt entzündete sich zunächst an der Frage, ob es dort überhaupt eine Trennung in unterschiedliche Kassenarten geben sollte. Zwar wurde letztlich die westdeutsche Kassenorganisation vollständig übernommen, „aber die Auseinandersetzung darum hinterließ tiefe Spuren und förderte die Erosion des Gemeinschaftsgefühls der Funktionäre in der GKV“ (Paquet 2009b:121). Der Konflikt zwischen den Kassenarten wurde zusätzlich dadurch verschärft, dass die AOK in den neuen Bundesländern im ersten Geschäftsjahr als Einheitskasse fungierte. Die anderen Kassenarten sahen darin eine Wettbewerbsverzerrung zu ihren Lasten. Die Konflikte zwischen den Kassenarten und Kassen verschärfte sich im Vorfeld der Entstehung des Gesundheitsstrukturgesetzes massiv, da jede Kassenart mit völlig unterschiedlichen Zielsetzungen auf die sich anbahnende Einführung der allgemeinen Wahlfreiheit reagierte. Der damalige SPD-Verhandlungsführer Rudolf Dreßler schilderte in einem Interview, dass die Reform gegen Widerstände der Kassenverbände durchgebracht wurde; die AOK hatte seinen Angaben zu Folge Angst vor dem Wettbewerb, die Ersatzkassen wollten den Risikostrukturausgleich nicht (Interview 2).

Nach Einführung der allgemeinen Wahlfreiheit waren für die Versicherten vor allem die jeweiligen Beitragssätze, das Leistungsangebot und das Image einer Krankenkasse die wahlentscheidenden Kriterien (Knieps 2003:51). Die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Kassenart war für die Menschen unerheblich. Insofern hatte zumindest aus Sicht der Versicherten die Trennung in Kassenarten ihre Plausibilität verloren (Paquet 2009a:122). Dieser Auffassung waren bereits im Startjahr des Wettbewerbes auch einzelne Krankenkassen; so forderte der Vorstandsvorsitzende der AOK Baden-Württemberg, Roland Sing, bereits im Jahr 1996 öffentlich die Möglichkeit von kassenartenübergreifenden Fusionen (Sing 1996:207). Seine Forderung begründete er in einem Aufsatz in der Zeitschrift „Sozialer

Fortschritt“ damit, dass der „Zusammenschluss unterschiedlicher Wirtschaftssubjekte (...) ein völlig normaler Vorgang ist, der der Marktbereinigung dient und gleichzeitig der Effizienzsteigerung“ (Sing 1996:208). Diese Position fand sich dann auch in dem Papier „Wettbewerb als Chance für das Solidarsystem – Positionen der AOK zur nächsten Stufe der Gesundheitsreform“ vom Juli 2002 wieder. Dieses Papier führte zu heftigen Reaktionen auf Seiten anderer Bundesverbände: So warnte der damalige Leiter des Berliner Büros des BKK-Bundesverbandes, Robert Paquet, (2002) in einem Beitrag für die Zeitschrift „Gesellschaftspolitische Kommentare“ unter der Überschrift „Mit beabsichtigten Nebenwirkungen? AOK fordert die Ermöglichung kassenartenübergreifender Fusionen“ vor den Folgen der Realisierung dieser Forderung; diese hätte weitreichende Folgen und würde eine „gleichzeitige und umfassende Reform des Organisationsrechts der gesetzlichen Krankenversicherung insgesamt“ (Paquet 2002:28) erfordern. Diese Einschätzung ist mit Blick auf Fragen der Haftung etc. zwar einerseits fachlich richtig, kann aber andererseits – insbesondere aus heutiger Sicht – auch als ein Indiz für die Sorge der damaligen kassenartenbezogenen Bundesverbände vor ihrem Bedeutungsverlust interpretiert werden.

Nicht nur im AOK-System gab es die Forderung nach organisationsrechtlichen Änderungen: Im Februar 2003¹³ forderten 12 große Betriebskrankenkassen mit zusammen fast 5,9 Millionen Versicherten ein Ende der Zwangsmitgliedschaft in Verbänden und die Möglichkeit von Fusionen zwischen Kassen unterschiedlicher Kassenarten (Financial Times Deutschland vom 03.02.2003). Begründet wurde die Forderung mit der Kostenverantwortung und der Wettbewerbssituation der Kasse; dazu würde es nicht passen, dass nicht sie, sondern die Kassenverbände die Verträge mit den Leistungserbringern schließen. Auch innerhalb des Ersatzkassenlagers gab es bedeutsame Stimmen, die die Forderung nach mehr Kompetenzen der Kassen und in diesem Kontext auch nach der Zulässigkeit von kassenartenübergreifenden Fusionen erhoben. Das von Seiten der „Besitzstandswahrer“, der Bundesverbände der Kassen, vorgetragene Argument, Verbände seien allein schon wegen des Haftungsfalles innerhalb einer Kassenart notwendig, kontierte der damalige (und heutige) Vorstandsvorsitzende der Techniker Krankenkasse (TK), Professor Norbert Klusen, mit den Worten „Die Haftung im Verband der Ersatzkassen ist völlig theoretisch und steht nur auf dem Papier. Glauben Sie denn ernsthaft, die TK könne für die Barmer Ersatzkasse haften?“ (zitiert aus „Ärzte Zeitung“ vom 26.11.2003)¹⁴. Die Verbände der Ersatzkassen¹⁵ und der BKK-Bundesverband waren entsprechend die Verbände, die sich bereits im Jahr 2002 – im Vorfeld der damaligen Gesundheitsreform – am deutlichsten gegen Veränderungen im Bereich des Organisationsrechtes positioniert haben. Letztlich gab es im Rahmen des zum 01.01.2004 in Kraft getretenen „GKV-Modernisierungsgesetzes“ (GMG) dann doch keine (große) Organisationsreform – zu groß waren die Unterschiede zwischen der rot-grünen Bundesregierung und der CDU/CSU-Bundestagsfraktion sowie insbesondere zu den unionsgeführten Ländern, die über eine Bundesratsmehrheit verfügten.

2.4 Die Änderungen durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG)

Der Koalitionsvertrag der Großen Koalition vom 11.11.2005 (S. 104) enthält bezogen auf den Aspekt der Organisationsreform folgende Formulierung: „Kassenartenübergreifende Fusionen sollen ermöglicht werden, mit dem Ziel, die Effizienz der Kassenorganisation zu erhöhen. (...) Funktion und Organisation der Steuerung auf Verbandsebene (...) sind neu zu ordnen, damit Entscheidungen schneller, transparenter und zuverlässiger ausfallen.“

Diese Passage wurde von Vertretern großer Krankenkassen völlig anders interpretiert als von Vertretern der Bundesverbände: Während z. B. für die Kassenseite Dr. Christopher Hermann, der stellvertretende Vorstandsvorsitzende der AOK Baden-Württemberg, („Wenn man damit ernst macht, fällt systematisch das gesamte bisherige Organisationsgefüge in sich zusammen, weil dann die Mär von den Kassenarten endgültig nicht mehr zu halten ist. Spätestens seit 1996 ist dieses ganze Monstrum nur noch irgendwie historisch erklärbar, hat aber keine innere Berechtigung mehr.“) und der Vorstandsvorsitzende der KKH, Ingo Kalliuweit, („Ich begrüße diese Vereinbarung im Koalitionsvertrag (...) Wir haben doch schon seit 1996 eigentlich keine Kassenarten mehr, das ist ein Relikt aus alter Zeit, wo es noch Ersatzkassen und Pflichtkrankenkassen gab.“), diese Vereinbarung des Koalitionsvertrages explizit lobten und entsprechende Hoffnungen daran knüpften, sahen der damalige Vorstandsvorsitzende des IKK-Bundesverbandes, Rolf Stuppardt („*Wo liegt eigentlich das Problem?*“) und die damalige Abteilungsleiterin Politik im BKK-Bundesverband, Claudia Korf („*Wozu kassenartenübergreifende Fusionen?*“), keinen Handlungsbedarf¹⁶.

Diese Vorgabe des Koalitionsvertrages führte dann – nach langer und insbesondere seitens einiger Vertreter der (alten) Kassenverbände sehr emotional geführten Auseinandersetzung – im Rahmen des am 01.04.2007 in Kraft getretenen „GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG) u. a. zur Möglichkeit von kassenartenübergreifenden Fusionen mit Wirkung zum 01.04.2007 und zur Bildung des GKV-Spitzenverbandes mit Wirkung zum 01.07.2008 bei gleichzeitiger Entmachtung der „alten“ Spitzenverbände der Dachverbände; diese sind die eigentlichen Verlierer dieser Veränderung der Kassenorganisation (so auch Paquet 2009b:130ff und 2009c:6). Die alten Verbände verloren ihren Status als Körperschaften öffentlichen Rechts¹⁷ und wurden in Gesellschaften bürgerlichen Rechts umgewandelt (vgl. § 212 SGB V); ihren Gesellschaftern, also ihren früheren Zwangsmitgliedern, steht es nun frei, über ihre Zukunft zu entscheiden.

2.5 Die Errichtung des GKV-Spitzenverbandes und der Streit um den Fachbeirat

Im Zeitraum März bis Juni 2007 wurden auf Grund gesetzlicher Vorschriften (§ 217g SGB V) durch einen am 20.02.2007 von den „alten“ Spitzenverbänden bestellten so genannten „Errichtungsbeauftragten“ und dessen Team

die Voraussetzungen zur Errichtung des GKV-Spitzenverbandes geschaffen. Der Auftrag des Errichtungsbeauftragten lautete, insbesondere die Organe des GKV-Spitzenverbandes bei ihrer Konstituierung und ihren Wahlen zu unterstützen sowie Entwürfe für die Geschäftsordnungen der Mitgliederversammlung und des Verwaltungsrates sowie für die Satzung des Spitzenverbandes zu erstellen.

Die Arbeit des Errichtungsbeauftragten wurde durch den Arbeitskreis I (AK I), ein Abstimmungsgremium der „alten Spitzenverbände, als „Errichtungsbeirat“ begleitet (ausführlich in Bericht des Errichtungsbeauftragten 2007). Für die Erstellung der Satzung hatte der AK I der alten Spitzenverbände Eckpunkte beschlossen, die u. a. die Bildung eines *Fachbeirates* vorsahen. Dieser sollte aus Vertretern der damaligen Spitzenverbände bzw. deren Nachfolgeorganisationen bestehen und den Vorstand des neuen Spitzenverbandes beraten. Der vom Errichtungsbeauftragten und dessen Team in enger Abstimmung mit dem Errichtungsbeirat erarbeitete Satzungsentwurf, Stand 18. Juni 2007, sah in Absatz 2 des § 37 „Fachbeirat“ die alten Verbände explizit vor. Auf diese Weise wollten die alten Verbände ihren Einfluss bzw. ihr Macht sichern. Das für die Genehmigung der Satzung zuständige Bundesministerium für Gesundheit (BMG) genehmigte diesen Passus der Satzung nicht. Der Bericht des Errichtungsbeauftragten (2007:25) führt hierzu aus: „Juristisch kritisierte das BMG vor allem die ursprünglich vorgesehene Organstellung des Fachbeirates sowie die (...) Pflicht des Vorstandes, den Fachbeirat zu konsultieren. (...) Mit der Verankerung des Fachbeirates in der Satzung würde ein Gremium geschaffen, das nicht durch die Mitgliedschaften legitimiert sei (...) und das entgegen der gesetzlichen Konzeption zu einem faktischen Zwang der Mitgliedschaften führen würde, ihr Mitgliedschaft in ihren Verbänden über den 1. Januar 2009 hinaus zu verlängern.“

Der GKV-Spitzenverband, bestehend aus sämtlichen Krankenkassen und über sämtliche Kassenarten hinweg als Körperschaft des öffentlichen Rechts gebildet, hat zum 01.07.2008 alle gesetzlichen Aufgaben der bisherigen Spitzenverbände übernommen, die diese zuvor „gemeinsam und einheitlich“ durchgeführt hatten. Hierzu zählen z. B. Mitwirkung bei der Entwicklung von Vergütungssystemen für Krankenhäuser und Vertrags(zahn-)ärzte, die Festsetzung von Festbeträgen für Arzneimittel, die Entwicklung von Grundsätzen für Prävention und Rehabilitation etc. (ausführlich bei GKV-Spitzenverband 2009; Überblick bei von Boetticher 2009).

3. Organisationstheoretischer Bezugsrahmen zur Erklärung der Veränderung der Verbändelandschaft

In Anlehnung an den amerikanischen Organisationssoziologen William Richard Scott (1987) werden die Krankenkassen und ihre Verbände als rationale, natürliche Systeme, die in Kontakt zu ihrer Umwelt stehen, betrachtet. Mit diesem Verständnis sind die Annahmen verbunden,

Organisationen, hier die Verbände der Kassenarten, seien Systeme, die relativ präzise Ziele verfolgen und deren Mitglieder ein gemeinsames Interesse am Überleben haben; ihre Handlungen sind stark von der Umwelt abhängig. Die für Verbände relevante Umwelt besteht neben den beiden Sozialpartnern (wegen der Selbstverwaltung) insbesondere aus dem Staat, hier speziell in Form des Gesetzgebers.

3.1 Institutionenökonomische Ansätze

Nachfolgend werden zunächst die beiden für diesen Aufsatz wichtigsten institutionenökonomischen Ansätze, die Transaktionskostentheorie und die Prinzipal-Agent-Theorie, vorgestellt.

Die Transaktionskostentheorie¹⁸ geht davon aus, dass bei der Übertragung von Gütern und Dienstleistungen innerhalb der Wertschöpfungskette Kosten entstehen; Analyseeinheit der Theorie ist die Transaktion, d. h. der Prozess der Übertragung der Güter bzw. Dienstleistungen; somit steht die Analyse institutioneller Arrangements im Mittelpunkt der Theorie. Die Transaktionskostentheorie gelangt somit zu Aussagen darüber, welche organisatorischen Varianten vergleichsweise günstig oder weniger günstig sind. Es geht somit um die relative Vorteil- bzw. Nachteilhaftigkeit verschiedener organisationaler Ausgestaltungen. Maßgeblich für das transaktionskostentheoretische Arrangement sind die mit diesem zusammenhängenden Transaktionskosten; diese dienen als Effizienzkriterium. Eine Transaktion kann umso effizienter organisiert werden, je besser die Charakteristika des institutionellen Arrangements den Charakteristika der Transaktionen entsprechen (Williamson 1985).

Der Prinzipal-Agent-Theorie liegt eine vertragstheoretische Betrachtung von Organisationen zugrunde. Ein Auftraggeber, der Prinzipal, überträgt zur Realisierung seiner Interessen bestimmte Aufgaben und Entscheidungskompetenzen auf Basis eines Vertrages an einen Auftragnehmer, den Agenten, der für die Erbringung dieser Leistungen eine Vergütung erhält. Als typische Prinzipal-Agenten-Beziehungen gelten das Verhältnis zwischen Eigentümer und Manager oder Vorgesetzten und Untergebenen. Bezogen auf die hier vorliegende Fragestellung ist der Staat der Prinzipal, der im Wege der Selbstverwaltung Aufgaben an Verbände der Krankenkassen überträgt. Die Analyse von Prinzipal-Agenten-Beziehungen basiert auf der Annahme, dass die Gestaltung und die Erfüllung von Verträgen durch den Versuch beiderseitiger Nutzenmaximierung geprägt sind. Die Übertragung von Aufgaben an den Agenten erfolgt aus Sicht des Prinzipals deswegen, weil er sich den Wissensvorsprung oder die spezialisierte Arbeitskraft des Agenten zu Nutzen machen will.

3.2 Pfadabhängigkeit von Institutionen

Das eng mit den Namen Paul A. David und Brian W. Arthur verbundene ursprünglich aus dem Bereich der

Technik bzw. Technologie stammende Konzept der „Pfadabhängigkeit von Institutionen“ wurde von Douglass C. North (1990/1992) auf den Bereich der Institutionen bzw. Organisationen übertragen¹⁹. Als Eigenschaften pfadabhängiger Prozesse lassen sich folgende zwei Aspekte benennen: (1.) Nichtvorhersehbarkeit, d. h. es lässt sich auf Grund des Vorliegens multipler Gleichgewichte nicht antizipieren, welchen Verlauf eine Entwicklung nimmt; kleine historische Ereignisse können den Verlauf eines Prozesses bestimmen; (2.) Inflexibilität; wenn ein Prozess einmal ein stabiles Gleichgewicht gefunden hat, wird er dieses von allein nicht wieder verlassen.

Das Konstrukt „Pfadabhängigkeit“ sieht sich dem Vorwurf des „impliziten Konservatismus“ (Beyer 2005) ausgesetzt; es wird die Frage diskutiert, ob man mit Pfadabhängigkeit überhaupt Wandel erklären kann (Ebbinghaus 2005). Neuere Arbeiten (z. B. von Pierson 2000, 2004; Mahoney 2000; Trampusch 2008; Bertelsmann Stiftung 2008) zeigen jedoch, sowohl theoretisch als auch empirisch, dass bei einer sequenziellen Betrachtung auch ein eigentlich gradueller bzw. inkrementeller Wandel zu erheblichen institutionellen Veränderungen führen kann.

3.3 Der Ansatz der Ressourcenabhängigkeit

Der Ausgangspunkt des Ressourcenabhängigkeitsansatzes (Pfeffer/Salancik 1978) ist die Überzeugung, Organisationen seien nicht in der Lage, alle Ressourcen, die sie zum Überleben benötigen, selbst zu generieren; diese müssen sie sich im Außenverhältnis durch Austauschprozesse besorgen. Aus der Perspektive des „Ressource-Dependance-Ansatzes“ werden Phänomene der Macht stets aus der Analyse von Angebot und Nachfrage erschlossen. Macht begründet sich in der Annahme des Ressource-Dependance-Ansatzes von Pfeffer und Salancik in asymmetrisch verteilten Ressourcen; diese werden auch als kritische Ressourcen bezeichnet. Pfeffer/Salancik (1978) zu Folge sind Organisationen bestrebt, Einfluss auf ihre Umwelt zu nehmen, um die Abhängigkeit von dieser entweder zu minimieren oder im Sinne der eigenen Organisation positiv zu beeinflussen. Hierfür hat eine Organisation Gestaltungsoptionen wie z. B. Management der Umweltbeziehungen, Veränderung der organisationalen Dependenz, Verhandlungen mit der Organisationsumwelt und Lobbyismus.

Organisationen sind also bestrebt, ihr Fortbestehen durch Sicherung des für sie relevanten Ressourcenzuflusses zu gewährleisten. Inwieweit es einer Organisation gelingt, zu überleben, hängt neben dem Management des Ressourcenzuflusses auch davon ab, ob sie von ihrer relevanten Umwelt, den Stakeholdern, hier primär die Mitgliedskassen und insbesondere der Gesetzgeber, als legitim angesehen werden.

4. Warum konnte die entmachteten Kassenverbände ihr Überleben in der bisherigen Form nicht sichern und was veranlasste den Gesetzgeber, die bisherigen Verbände zu entmachten?

Es wurde gezeigt, dass Organisationen, hier die bisherigen Verbände, zum Überleben auf Ressourcen von ihrer Umwelt angewiesen sind und dass ihre Beziehung zu ihren Stakeholdern auch stark durch Machtfragen charakterisiert ist. Die Umwelt der bisherigen Verbände ist hier primär der Gesetzgeber. Als aus Sicht der Verbände überlebensnotwendige Ressource kann hier die *rechtliche* Basis ihrer Existenz bezeichnet werden. Den Verbänden gelang es während des Gesetzgebungsprozesses nicht, diese Ressource vom Gesetzgeber weiterhin zu erhalten; zu groß waren die Zweifel des Gesetzgebers an der Effizienz und Legitimität der Verbände. Den Verbänden war es außerdem nicht möglich, diese Ressource zu substituieren, da in einem Rechtsstaat nur der Gesetzgeber als „Lieferant“ in Frage kommt.

Ein Interviewpartner erklärte die Entmachtung der alten Verbände „mit dem Machtanspruch der Politik, insbesondere des BMG, Durchgriff ins System zu schaffen (...) und mit Abstrafen für politische Unbotmäßigkeiten“ (Interview 11). Sinngemäß äußerte sich ein weiterer Interviewpartner: „Das BMG hat auf die an einigen Stellen überzogene Kritik der alten Verbände in der Weise reagiert, dass auf jede Kritik der alten Verbände mit einer zusätzlichen Verlagerung der Kompetenzen auf den neuen Spitzenverband reagiert wurde.“ (Interview 14)

Aus der Perspektive der institutionenökonomischen Theorien hat der Gesetzgeber die alten Verbände primär deswegen entmachtet, weil sie aus seiner Sicht (schon lange) nicht mehr *effizient* waren. Die Abstimmungsrunden zwischen den alten Verbänden (AK I und AK II gemäß § 213 SGB V in der Fassung vor dem GKV-WSG) hatten bei der Politik, insbesondere im Bundesministerium für Gesundheit (BMG), schon seit längerer Zeit kein gutes Ansehen (Interviews 6, 9, 10, 15). Die Unzufriedenheit des Gesetzgebers über die Trägheit der alten Verbände auch bereits aus der Formulierung des Koalitionsvertrages der Großen Koalition (2005:104) „Funktion und Organisation der Steuerung auf Verbandsebene (...) sind neu zu ordnen, damit Entscheidungen schneller, transparenter und zuverlässiger ausfallen“ herauslesen. Eine entsprechende Formulierung findet sich in der Gesetzesbegründung zum GKV-WSG; dort wird explizit auf die Straffung der zeitlichen und organisatorischen Abläufe in den Verbänden verwiesen (Deutscher Bundestag, Drucksache 16/3100:161). Auch im von der Bundesregierung herausgegebenen „Sozialbericht 2009“ finden sich entsprechende Hinweise; als Zielsetzung der Bildung des Spitzenverbandes wird in einer tabellarischen Übersicht explizit auf den Aspekt der „Straffung der zeitlichen und organisatorischen Abläufe in den Verbänden und der gemeinsamen Selbstverwaltung“ (Sozialbericht 2009:135) verwiesen. Diese Zielsetzung entspricht nahezu wörtlich der Begründung zum GKV-WSG.

Die zur Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben erforderlichen oft langen und teilweise ergebnislosen Abstimmungsrunden zwischen den Spitzenverbänden²⁰ haben aus Sicht des Gesetzgebers zu nicht akzeptablen Transaktionskosten geführt. Bei Besprechungen des BMG mit dem AK I sah sich das BMG oft einer aus über 20 Personen bestehenden Delegation der Kassenverbände gegenüber. Von einer Verschlingung der Verbandslandschaft erwartet sich der Gesetzgeber eine schnellere Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben sowie raschere Klärungsprozesse (Bundestagsdrucksache 16/3100:161, sinngemäß auch Interview 12) und somit niedrigere Transaktionskosten.

Ähnlich fällt die Erklärung aus der Sicht der Prinzipal-Agent-Theorie aus; der Prinzipal ist hier der Staat, insbesondere das Bundesministerium für Gesundheit, der Agent – bzw. die Agenten – die früheren Spitzenverbände der Kassenarten. Der Prinzipal war insbesondere aus Effizienzgründen nicht mehr mit der Auftrags Erfüllung seiner Agenten zufrieden; ihm dauerten die Abstimmungsprozesse zwischen den Agenten zu lange. Hinzu kamen Zweifel bei wichtigen Entscheidungsträgern im Bundesministerium für Gesundheit, ob die Agenten noch über die erforderliche Legitimität verfügten. Von dem während des GKV-WSG zuständigen Abteilungsleiter im BMG, Franz Knieps (2003) stammt die vielsagende Formulierung, man könne nicht die medizinische Versorgung im 21. Jahrhundert mit den Organisationsprinzipien des 19. Jahrhunderts organisieren. Ähnlich deutlich äußerte sich Knieps in einem am 01.09.2009 veröffentlichtem Interview (auf die Frage, warum er die GKV so „durchgeschüttelt“ hätte): „Gestatten Sie mir den Vergleich mit dem Immerwährenden Reichstag in der Geschichte des Deutschen Reiches, der immer öfter tagte, dann permanent tagte, zum Schluss aber keine Beschlüsse mehr gefasst hat. (...) das Ganze lief im Ergebnis immer nur auf den kleinsten gemeinsamen Nenner zwischen acht verschiedenen Kassenarten hinaus. Das ist zu wenig, um das System nach vorn zu bewegen. Das ist zu wenig, um wirkliche politische Steuerung auszuüben. Daher hat der Gesetzgeber die Verbandslandschaft geändert. Dass wir damit eine heilige Kuh geschlachtet haben, war uns klar.“ (zitiert aus Highlights 20/09, 01.09.2009:11).

Dass das BMG für seine alten Agenten keine Legitimations- und somit keine Existenzberechtigung mehr sieht, kann man auch an der oben beschriebenen Auseinandersetzung um den Fachbeirat und dessen Besetzung festmachen. Ganz ähnlich verhielt es sich mit der Wahl zum Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes: Die ursprünglich vom Errichtungsbeirat des GKV-Spitzenverbandes, dem AK I, vorgesehene und sogar im Gesetz (§ 217c Abs. 2 SGB V) explizit vorgeschriebene nach Kassenarten getrennte Wahlen der Versicherten- und Arbeitgebervertreter wurde vom BMG nicht akzeptiert. In seiner Verordnung zur Wahl des Verwaltungsrates regelte das BMG, dass diese kassenartenübergreifend zu erfolgen habe. Das Hauptargument des BMG war der Verweis auf die kassenartenübergreifende Legitimation des neuen Verbandes (Bericht des Errichtungsbeauftragten 2007:14). Ein weiterer Hinweis auf den neuen *Agenten* des BMG besteht in der systematischen Ausgrenzung der alten Verbände seitens des BMG; von ihm

werden nur noch Vertreter des GKV-Spitzenverbandes und gelegentlich auch großer Kassen eingeladen, jedoch nicht mehr die der alten Verbände.

Nicht nur im BMG, sondern auch von anderen Akteuren bzw. Prinzipalen gab und gibt es auf Grund der Erosionsprozesse und Fragmentierungen innerhalb einer Kassenart erhebliche Zweifel an der Leistungsfähigkeit der alten Verbände. Besonders deutlich wurde dies bei den Verbänden der Ersatzkassen und Betriebskrankenkassen, deren Mitgliedschaften völlig unterschiedliche Versicherungsstrukturen und daher auch unternehmenspolitische Ausrichtungen haben. Auf Grund dieser Heterogenität der Mitgliedschaften konnten die Verbände der Politik gegenüber nicht mehr reklamieren, für alle Mitgliedschaften zu sprechen. Deutlich wurde dies beispielsweise an der Frage der Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs (sog. „morbidityorientierter Risikostrukturausgleich, kurz „Morbi-RSA“). Hierzu gab es seitens des Bundesversicherungsamtes (BVA), das vom Gesetzgeber mit der konzeptionellen Vorbereitung des „Morbi-RSA“ beauftragt wurde ein Anhörungsverfahren der Kassenverbände. Bei diesem erwiesen sich die beiden Ersatzkassenverbände als allenfalls nur bedingt sprachfähig; bereits auf dem Deckblatt der Stellungnahme des VdAK/AEV 31.01.2008 ist folgender Hinweis enthalten: „Hinweis: Soweit von einzelnen Mitgliedschaften abweichende Positionen vertreten werden, sind diese durch Kursivschrift besonders gekennzeichnet.“ Solche Stellungnahmen sind für deren Empfänger wenig hilfreich (Interview 5). Institutionenökonomisch gesprochen entstehen bei solchen Anhörungsverfahren Transaktionskosten ohne werthaltige Gegenleistung oder – anders formuliert – ein Prinzipal kann mit solchen Agenten nichts anfangen. Daher gibt es auch seitens der Obleute im Gesundheitsausschuss des Bundestages eine mündliche Absprache, wonach die gesundheitspolitischen Sprecherinnen und Sprecher nur noch auf die Vertreter des neuen Verbandes zugehen (Interview 9).

Das gegliederte Verbandssystem der Kassen war von zwei Seiten unter Legitimationsdruck: Von Seiten der Umwelt, aber auch von Seiten einiger ihrer Mitglieder, den Krankenkassen; prominente Vertreter großer Krankenkassen zweifelten schon lange öffentlich an der Existenzberechtigung des gegliederten Verbandesystems sowie der Leistungsfähigkeit ihrer Verbände (vgl. Abschnitt 2.3 sowie die Zitate in 2.4). So positionierten sich im Rahmen der politischen Auseinandersetzungen während des Gesetzgebungsprozesses zum GKV-WSG einige Krankenkassen unabhängig und auch diametral konträr zur Positionierung „ihres“ Verbandes²¹.

Auch der Ansatz der Pfadabhängigkeit von Institutionen kann zur Erklärung der Neuordnung der Verbandslandschaft herangezogen werden. Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz von 2007 wurde der 1989 von der Enquete-Kommission vorgeschlagene und 1992 mit dem Gesundheitsstrukturgesetz eingeschlagene Reformpfad in Richtung Wettbewerb und Wahlfreiheit und somit auch Abkehr von dem tradierten gegliederten System konsequent fortgesetzt (Interviews Hermann, Kirschner;

Knieps 2007a,b). Der damals zuständige Abteilungsleiter im BMG, Franz Knieps, verwendet bei seiner Beschreibung der Entstehung des GKV-WSG selbst explizit den Begriff „Pfad“: „Das GKV-WSG (...) ist nicht zu verstehen (...) ohne einen Rückblick auf die Pfade aus den bisherigen Gesundheitsreformen“ (Knieps 2007b:10). In einem aktuellen Interview geht Knieps noch weiter, indem er betont, dass alle gesundheitspolitischen Reformen der letzten beiden Legislaturperioden auf der Grundentscheidung von 1992, ein wettbewerbliches Krankenversicherungssystem zu etablieren, aufbauen (Highlights 2009, Ausgabe 01.09.2009). Vor diesem Hintergrund ist auch die oben erwähnte Aussage, man könne die Versorgungsstrukturen des 21. Jahrhunderts nicht mit den Organisationsstrukturen des 19. Jahrhunderts bewältigen, zu verstehen. Spätestens seit Ende der 80er Jahre des vergangenen Jahrhunderts steht fest, dass das gegliederte System nicht mehr zeitgemäß ist. Dies gilt seit Einführung des allgemeinen Kassenwahlrechtes um so mehr, zumal – mit Ausnahme der AOKs, die wegen ihrer begrenzten räumlichen Zuständigkeit (in der Regel länderbezogen) untereinander in keiner Konkurrenzbeziehung stehen – auch Kassen einer Kassenart untereinander in Konkurrenz stehen, so z. B. TK, DAK und BARMER. Die mit dem GKV-WSG vollzogene Zulässigkeit von kassenartenübergreifenden Fusionen ist die Konsequenz des 1992 mit dem GSG eingeschlagenen Reformpfades in Richtung Wettbewerb und Isomorphie. Die Bildung eines kassenartenübergreifenden GKV-Spitzenverbandes ist daher nur logisch.

5. Konklusion

Die Entstehungsgeschichte der Organisationsreform im Rahmen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes ist in dem Gesamtkontext der jüngsten Gesundheitsreform zu sehen. Mit dieser geht sowohl auf der Seite der Finanzierung durch die Einführung des Gesundheitsfonds als auch der Seite des Organisationsrechtes eine erhebliche Zentralisierung einher. Es konnte gezeigt werden, dass Organisations-theorien einen erheblichen Beitrag zur Rekonstruktion der jüngsten organisationsrechtlichen Änderungen im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung leisten können. Dies gilt insbesondere für die theoretischen Ansätze, die Aussagen zu den Aspekten „Effizienz“, „Legitimation“ und „Macht“ beinhalten. Denn gerade mit einem Mangel an Effizienz und Legitimation der bisherigen kassenartenspezifischen Verbände – zumindest aus Sicht des Gesetzgebers – und deren fehlender Macht in Relation zum Gesetzgeber lassen sich die Änderungen im Bereich des Verbändewesens am besten erklären.

Literatur- und Quellenverzeichnis:

- AOK-Bundesverband (Hrsg.) (2008): Die Gesundheitskasse. 125 Jahre AOK. Bonn: KomPart.
- Bandelow, N./Schade, M (2008): Die Gesundheitsreform der Großen Koalition: Strategische Erfolge im Schatten des Scheiterns. In: Fischer, T et al. (Hrsg.), Politische Reformprozesse in der Analyse. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.

- Bericht des Errichtungsbeauftragten (2007): Bericht des Errichtungsbeauftragten des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen. Berlin.
- Bertelsmann Stiftung (Hrsg.) (2008): „Schritt für Schritt“ – Sequenzierung als Erfolgsfaktor politischer Reformprozesse. Reihe „Zukunft Regieren“ 2/2008. Gütersloh.
- Beyer, J. (2005): Pfadabhängigkeit ist nicht gleich Pfadabhängigkeit! Wider den impliziten Konservatismus eines gängigen Konzeptes. In: Zeitschrift für Soziologie 34. 5 – 21.
- Boetticher, v. A. (2009): Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen. In: Die Sozialgerichtsbarkeit. 01/09. 15 – 19.
- Coase, R. (1937): The Nature of the Firm. In: *Economica* 4. 386 – 405.
- Danker, U./Lehmann, S. (2008): Im Schatten des Hakenkreuzes. Wie sich die AOK in das Dritte Reich einfügte. In: AOK-Bundesverband (Hrsg.) (2008): Die Gesundheitskasse. 125 Jahre AOK. Bonn: KomPart. 36 – 39.
- David, P. A. (1986): Understanding the Economics of QWERTY: The Necessity of History. In: Parker, W. N. (Hrsg.), *Economic History and the Modern Economist*. London: Basil Blackwell. 30 – 49.
- Deutscher Bundestag (Hrsg.) (1990): Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung. Endbericht der Enquete-Kommission des 11. Deutschen Bundestages „Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung“, 2 Bände. Bonn: Deutscher Bundestag.
- Deutscher Bundestag (2006): Drucksache Nr. 16/3100. Berlin.
- Ebbinghaus, B. (2005): Can Path Dependence Explain Institutional Change? MPIfG Discussion Paper 02/05. Max Planck Institut für Gesellschaftsforschung. Köln.
- Enquete-Kommission „Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung“ des Deutschen Bundestages (1990): Endbericht. Bundestagsdrucksache 11/6380 vom 12.02.1990.
- Hermann, C. 1990: Die Krankenkassenorganisationsreform zwischen Politikberatung und Politikdominanz. Zu den Reformvorstellungen der Enquete-Kommission „GKV-Reform“ zur Gliederungsfrage. In: *Arbeit und Sozialpolitik*, 2/1990. 60 – 68.
- Kieser, A. (Hrsg.) (2002): *Organisationstheorien*. Stuttgart: Kohlhammer. 5. Auflage.
- Knieps, F. (2003): Krankenkassen-Organisation. Später Abschied vom Feudalsystem. In: AOK-Bundesverband (Hrsg.), *Festschrift für Peter Kirch*. Bonn: KomPart. 46 – 54.
- Knieps, F. (2007a): Hitler, Honecker und die Gesundheitsreform – Zur Entstehungsgeschichte des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes. In: Ulrich, V./Ried, W. (Hrsg.), *Effizienz, Qualität und Nachhaltigkeit im Gesundheitswesen. Theorie und Politik öffentlichen Handelns*. Festschrift zum 65. Geburtstag von Eberhard Wille. Baden-Baden: Nomos.
- Knieps, F. (2007b): Der Gesundheitsfonds aus Sicht der Politik. In: Göpfarth, D. et al. (Hrsg.), *Risikostrukturausgleich 2007. Gesundheitsfonds*. Sankt Augustin: Asgard Verlag. 9 – 26.
- Knieps, F./Weller, M. 2002: Muss das Kassenorganisationsrecht reformiert werden? Zur Zukunft des gegliederten Systems. In: *Forum für Gesundheitspolitik*. August 2002. 283 – 288.
- Koalitionsvertrag (2005): *Gemeinsam für Deutschland. Mit Mut und Menschlichkeit. Koalitionsvertrag von CDU, CSU und SPD*.
- Leopold, D. (2008): *Die Selbstverwaltung in der Sozialversicherung*. Sankt Augustin: Asgard. 6. Auflage.
- Manow, P. (1990): *Gesundheitspolitik im Einigungsprozeß*. Frankfurt/New York: Campus.
- Manow, P. (1994): *Strukturinduzierte Politikgleichgewichte: Das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) und seine Vorgänger*. Max-Planck-Institut für Gesellschaftsforschung. MPIfG Discussion Paper 94/5.
- North, D. C. (1990/1992): *Institutions, Institutional Change, and Economic Performance*. Cambridge et al.: Cambridge University Press. Deutsche Ausgabe: *Institutionen, institutioneller Wandel und Wirtschaftsleistung*. Tübingen. Mohr Siebeck.
- Paquet, R. 2002: Mit beabsichtigten Nebenwirkungen? AOK fordert die Ermöglichung kassenartenübergreifender Fusionen. In: *Gesellschaftspolitische Kommentare* Nr. 9, September 2002. 23 – 28.
- Paquet, R. (2009a): *Krankenversicherung im Umbruch*. In: Schroeder, W./Paquet, R. (Hrsg.), *Gesundheitsreform 2007. Nach der Reform ist vor der Reform*. Wiesbaden. VS Verlag. 118 – 125.
- Paquet, R. (2009b): *Gesundheitsreform 2007: Die Kassen unter Druck*. In: Schroeder, W./Paquet, R. (Hrsg.), *Gesundheitsreform 2007. Nach der Reform ist vor der Reform*. Wiesbaden. VS Verlag. 126 – 135.
- Pfeffer, J./Salancik, G. R. (1978): *The External Control of Organizations – A Resource Dependence Perspective*. New York: Harper & Row.
- Pierson, P. (2000b): Not just what, but when: Timing and Sequence in Political Processes. In: *Studies in American Political Development* 14. 72 – 92.
- Pierson, P. (2004): *Politics in Time. History, Institutions, and Social Analysis*. Princeton/New York: Princeton University Press.
- Reiners, H. (1993): *Das Gesundheitsstrukturgesetz – „Ein Hauch von Sozialgeschichte“? Werkstattbericht einer gesundheitspolitischen Weichenstellung*. In: *Jahrbuch für kritische Medizin*, 20. 21 – 53.
- Reiners, H. (2006): *Der „Lahnstein“-Mythos: Die schwere Geburt des RSA*. Göpfarth, D., Greß, S. et al. (Hrsg.): *Jahrbuch Risikostrukturausgleich 2006: Zehn Jahre Kassenwahlfreiheit*. Sankt Augustin: Asgard, S. 13-34
- Reiners, H. (2008): *Meilensteine der Gesundheitsgesetzgebung. Nach der Reform ist vor der Reform*. In: AOK Bundesverband (Hrsg.), *Die Gesundheitskasse. 125 Jahre AOK*. Bonn: KomPart. 50 – 55.
- Schroeder, W./Paquet, R. (Hrsg.), *Gesundheitsreform 2007. Nach der Reform ist vor der Reform*. Wiesbaden. VS Verlag.
- Scott, W. R. (1987/1986): *Organizations. Rational, natural, and open systems*. Englewood Cliffs, New Jersey. 2. Auflage. Deutsche Ausgabe: *Grundlagen der Organisationstheorie*. Frankfurt/New York: Campus.
- Sing, R. 1996: *Gedanken zur Veränderung des Organisationsrechts in der gesetzlichen Krankenversicherung*. In: *Sozialer Fortschritt* 9/1996. 206 – 208.
- Trampusch, C. (2008): *Sequenzorientierte Policy-Analyse: Warum die Rentenreform von Walter Riester nicht an Reformblockaden scheiterte*. In: Janning, F./Toens, K. (Hrsg.), *Die Zukunft der Policy-Forschung. Theorien, Methoden und Anwendungen*. Wiesbaden: VS Verlag. 259 – 278.
- Verband der Angestellten Ersatzkassen (VdAK)/Arbeiterersatzkassen (AEV) (2008): *Stellungnahme zum Gutachten des wissenschaftlichen Beirates beim BVA zur Auswahl von 50 bis 80 Krankheiten zur Berücksichtigung im morbiditätsorientierten RSA*. Siegburg.
- Williamson, O. E. (1985): *The Economic Institutions of Capitalism: Firms, Markets, Relational Contracting*. New York: Free Press.

Fußnoten:

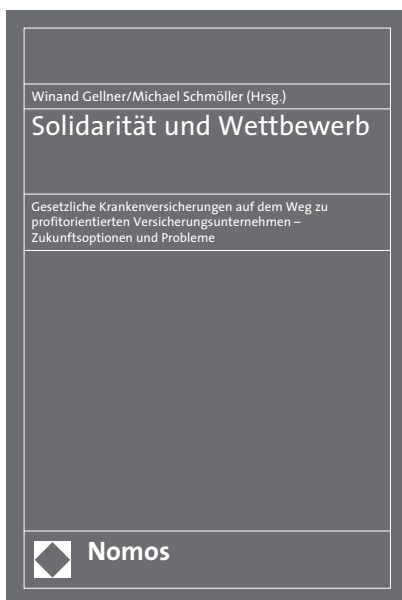
- 1 Der „Spitzenverband Bund der Krankenkassen“ wird im weiteren Verlauf der Arbeit der „GKV-Spitzenverband“ bezeichnet. Unter dieser Bezeichnung tritt er auch selbst auf (www.gkv-spitzenverband.de)
- 2 Eine Ausnahme hiervon stellt der Verband der Ersatzkassen dar, dieser hatte bereits vor der Gesundheitsreform von 2007 nicht die Rechtsform einer Körperschaft, sondern die eines Vereins. Die Gründe dieser Sonderstellung werden nachstehend erläutert.
- 3 Die CDU will den Gesundheitsfonds weitgehend erhalten, die CSU ihn regionalisieren und die FDP ihn zu Gunsten eines Prämienmodells ganz abschaffen.
- 4 Nähere Angaben zu den Interviewpartnern können beim Autor angefordert werden.
- 5 Diese Ankündigung war Teil von Bismarcks Doppelstrategie im Umgang mit der Arbeiterschaft und der Sozialdemokratie. Diese bestand einerseits aus Repression – insbesondere in Form des sog. „Sozialistengesetzes“, dem „Gesetz gegen gemeingefährliche Bestrebungen der Sozialdemokratie“ – und Unterstützung in Form der Gründung der Sozialversicherung andererseits.
- 6 Das Prinzip der Selbstverwaltung in der Sozialversicherung wird ausführlich in Leopold (2008) erläutert.
- 7 Aus diesem Grund waren damals keine Arbeitgebervertreter in den Selbstverwaltungsgremien der „Hilfskassen“ – ein Zustand, der auch heute bei den „Ersatzkassen“, den Nachfolgern der Hilfskassen anhält – obwohl sich deren Mittelaufbringung nicht von der anderer Kassenarten unterscheidet.
- 8 Eine eindrucksvolle Schilderung der Situation der Krankenkassen „im Schatten des Hakenkreuzes“ findet sich bei Danker/Lehmann 2008.
- 9 In der DDR wurde im selben Jahr eine Einheitsversicherung in der Form einer zentralen Sozialversicherungsanstalt unter Leitung des Freien Deutschen Gewerkschaftsbundes eingeführt.
- 10 Eine Ausnahme hiervon gab – und gibt – es für den Bereich der Ersatzkassen,
- 11 So gab es beispielsweise im Bereich der Lohnfortzahlung bereits seit Einführung des Lohnfortzahlungsgesetzes keine Unterscheidung in Arbeiter und Angestellte.
- 12 Eine detaillierte Schilderung der Ereignisse liefert Manow 1990.
- 13 Der Zeitpunkt ist mit den Vorbereitungen zu einer weiteren Gesundheitsreform, dem im Spätsommer 2003 verabschiedeten „GKV-Modernisierungsgesetz“ (GMG) zu erklären.
- 14 Innerhalb der Ersatzkassen gehörte neben der Techniker Krankenkasse insbesondere die KKH zu den Promotoren; sie legte im Mai 2006 ein sehr detailliertes Papier mit den Überschrift „Krankenkassen als Wirtschaftsunternehmen – Das KKH-Organisationsmodell zu kassenartenübergreifenden Fusionen – vor. Folgerichtig und konsequenterweise haben

mittlerweile, da es seit dem GKV-WSG die Möglichkeit zu kassenartenübergreifenden Fusionen gibt, sowohl die TK als auch die KKH kassenartenübergreifende Fusionen realisiert. Dabei gilt die Fusion zwischen der KKH und der BKK Allianz zur „KKH-Allianz“ als die spannendste kassenartenübergreifende Fusion, da hinter der BKK Allianz die Allianz und somit die PKV steht.

- 15 Aus historischen Gründen gab es bis Ende 2008 zwei Verbände der Ersatzkassen – einen für die Angestellten – Ersatzkassen, den Verband der Angestellten-Krankenkassen (VdAK), und einen für die Arbeiter-Ersatzkassen, den Arbeiter-Ersatzkassen-Verband (AEV). Seit 1957 wurde die Geschäftsführung des AEV vom Vorstand des VdAK übernommen. Am 18. Juni 2008 beschloss die Mitgliederversammlung des AEV dessen Auflösung und den Beitritt zum VdAK. Mit Wirkung zum 01.01.2009 wurde hieraus der Verband der Ersatzkassen (VdEK).
- 16 Sämtliche Zitate stammen aus „Highlights“, Dezember-Ausgabe 2005.
- 17 Die beiden Ersatzkassenverbände hatten diesen Status nie; sie waren in der Rechtsform von Vereinen organisiert.

- 18 Die Transaktionskostentheorie geht in Ursprüngen auf Coase (1937) zurück; dieser erklärt die Existenz von Unternehmen damit, dass sich bestimmte Transaktionen innerhalb hierarchischer Unternehmensstrukturen kostengünstiger bewerkstelligen lassen als auf Märkten.
- 19 Der Wirtschaftshistoriker David (1985; 1986) konnte am Beispiel der Ende des 19. Jahrhunderts eingeführten QWERTY-Schreibmaschinentastatur zeigen, wie sich trotz eines funktionierenden Marktes eine eigentlich inferiore Technologie behauptet hat. Eine zentrale Erklärung hierbei spielt der Ansatz der „positiven Rückkopplungseffekte“ bzw. „increasing returns“.
- 20 Ein Interviewpartner, der früher häufiger an Sitzungen von AK I und AK II teilgenommen hat, hat hierzu folgende Formulierung gewählt: „Wenn man einmal Sitzungen von AK I und AK II erlebt hat, glaubt und hofft man, dass es Besseres in dieser Welt gibt.“ (Interview 10).
- 21 Während z. B. der BKK-Bundesverband den Gesundheitsfonds massiv kritisierte, fiel die öffentliche Bewertung durch die Deutsche BKK deutlich positiver aus.

Das deutsche Krankenversicherungssystem



Solidarität und Wettbewerb

Gesetzliche Krankenversicherungen auf dem Weg zu profitorientierten Versicherungsunternehmen – Zukunftsoptionen und Probleme

Herausgegeben von Prof. Dr. Winand Gellner und Michael Schmöller
2009, 270 S., brosch., 39,- €, ISBN 978-3-8329-4675-3

Mit der Einführung der freien Kassenwahl begann 1996 für die gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) der Wettbewerb um Versicherte. Das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der GKV stellt den bislang letzten entscheidenden Eingriff in den Handlungsrahmen der Krankenversicherungen in Deutschland dar und ist bis heute Gegenstand heftiger Debatten zwischen den gesundheitspolitischen Akteuren. Im vorliegenden Band werden die Ergebnisse einer repräsentativen Umfrage unter gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen durch das „Zukunftsforum Gesundheitspolitik“ (Zufog) vorgestellt und eine darauf aufbauende Typologie der Krankenversicherungen in Deutschland präsentiert. Die weiteren Beiträge aus Wissenschaft und Praxis geben ein weit gefasstes Bild des umfassenden Wandels, in dem sich das deutsche Krankenversicherungssystem und speziell das GKV-System befindet. Analysen und Einschätzungen aus unterschiedlichen Perspektiven bieten einen Überblick über die Bandbreite der Bewertungen dieses Wandels und lassen Tendenzen der künftigen Entwicklung des Krankenversicherungssystems Deutschlands erkennen.

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



Nomos