

Sozialwahlen und Selbstverwaltung 2017

BERNARD BRAUN,
TANJA KLENK,
FRANK NULLMEIER

Dr. Bernard Braun ist assoziiertes Mitglied des SOCIUM Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik der Universität Bremen

Prof. Dr. Tanja Klensk ist Hochschullehrerin an der Helmut Schmidt Universität (Universität der Bundeswehr Hamburg)

Prof. Dr. Frank Nullmeier ist Hochschullehrer am SOCIUM Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik der Universität Bremen

Sozialwahlen 2017 in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV): „Same procedure as every 6 years“!? 61% der potenziell wahlberechtigten Mitglieder konnten gar nicht wählen und von denen, die wählen durften beteiligten sich rund 30%. Wer nicht erneut sechs Jahre lang vom Punkt Null an ergebnisarm diskutieren will, sollte und kann sofort mit der ernsthaften und durchaus auch kontroversen Debatte über gesicherte Erkenntnisse beginnen. Was dafür beispielsweise geeignet ist, enthält dieser Aufsatz.

Mit der Feststellung des letzten Ergebnisses der Sozialwahl am 17.10. 2017 sind die Sozialwahlen 2017 abgeschlossen. Und damit steht auch fest, dass sich an der Wahlbeteiligung als einem der Indikatoren für die Bekanntheit und Akzeptanz der Selbstverwaltung in den Sozialversicherungsträgern sowie für die Legitimationskraft der Gewählten gegenüber den vorherigen Wahlen fast nichts geändert hat. Dort wo gewählt wurde, sieht die Wahlbeteiligung so aus (Ergebnisse der Sozialwahl 2011 in Klammern): Deutsche Rentenversicherung Bund 30,1% (29,44%), Deutsche Rentenversicherung Saarland 25,6%, Techniker Krankenkasse 32,4% (33,3%), DAK 28,4% (28,1%), KKH 28,53% (27,3%), hkk 29% (28,5%) und Barmer 30,3% (31,5%).

Folgt man nicht der reichlich zynischen These, diese Wahlbeteiligung sei doch „angesichts der Distanz der Versicherten zu den Vorgängen bei den Sozialversicherungsträgern und der Selbstverwaltung erstaunlich“ und eine „relativ hohe“, womit die Klage „über eine zu geringe Wahlbeteiligung...aus diesem Blickwinkel nicht nachvollzogen werden“ (Paquet 2013: 420)¹ kön-

ne, kommt mit Sicherheit wie alle 6 Jahre eine anfangs noch konsensuale, aber im Verlauf der nächsten 5 ½ Jahre immer kontroverser geführte Debatte über die Höhe der Wahlbeteiligung in Gang. Und dies umso mehr, weil die rund 30% Wahlbeteiligung bei 21,4 Millionen Wahlberechtigten insgesamt die tatsächliche Legitimation der Verwaltungsratsmitglieder durch Wahlen erheblich verschleiert. Bezieht man die Tatsache ein, dass ein großer Anteil von eigentlich wahlberechtigten Mitgliedern von gesetzlichen Krankenkassen, aufgrund der Durchführung von Friedenswahlen (§ 46 SGB IV), zum Teil seit Jahrzehnten oder während ihrer gesamten GKV-Mitgliedschaft nicht wählen durften, sieht

1 Bei dem hier noch nicht zum letzten Mal zitierten und kritisierten Sozialwissenschaftler und aktuell als freier Journalist tätigen Robert Paquet handelt es sich um einen Experten mit jahrzehntelangen praktischen Erfahrungen im Bereich der GKV und der Gesundheits- und Sozialpolitik. Er erstellte im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung im Jahr 2013 eine „Kurzexpertise zu den möglichen Auswirkungen von verpflichtenden und flächendeckenden Urwahlen im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung bei den Sozialversicherungswahlen 2017, dessen Zusammenfassung der hier zitierte Aufsatz ist.

die Situation 2017 so aus: 61% der rund 55 Millionen de jure wahlberechtigten, da beitragszahlenden Mitglieder in weit über 90% aller gesetzlichen Krankenkassen konnten überhaupt nicht wählen. Ein etwas realistischerer Indikator für Wahlbeteiligung, der angibt, wie viele Mitglieder die Gesamtheit aller Selbstverwalter durch ihre Wahlbeteiligung legitimierten, liegt also bei 12%. Sie wäre sogar noch niedriger, wenn man in diese Berechnung die rund 3,5 Millionen mitversicherten Familienangehörigen in der GKV einbezieht, also überwiegend nicht erwerbstätige Ehefrauen/-männer und Studierende, die wegen der immer noch rigiden Anbindung des Wahlrechts an die Beitragszahlung anstatt z.B. an die Betroffenheit durch Entscheidungen oder Nichtentscheidungen der Selbstverwaltung nicht wahlberechtigt sind.

Nach den Erfahrungen der letzten Nach-Sozialwahlzeiten (vgl. dazu auch die jeweiligen Abschlussberichte der Bundesbeauftragten für die Durchführung der Sozialwahlen und Braun et al., 2008: S. 15ff) steht nun eine mantraartige Abfolge von Forderungen, Debattenbeiträgen, Koalitionsvereinbarungen² interministeriellen Referentenentwürfen, von bereits vorhandenen oder neu geschaffenen ministeriellen Arbeitsgruppen zur Reform des SGB IV, Abstimmungsrunden der Regierungsfractionen³, Gutachten und Gegengutachten⁴ bevor. Diese werden

Eine Mehrheit der Versicherten hat, wenn man sie danach fragt, kein Problem mit den Kosten für die Sozialwahl.

das Pro und Contra von mehr Urwahlen, der Erleichterung der Kandidatur freier Listen, der Einführung der Online-Wahl⁵, einer verbesserten Qualifikation von Selbstverwaltern, von Maßnahmen zur Veränderung der asymmetrischen Beziehung von ehrenamtlichen Selbstverwaltern und hauptamtlichen Vorständen und wissenschaftlich qualifizierten Stäben abwägen und über grundlegende Alternativen zur Form und zu den Verfahren der Repräsentation von Mitglieder- und Versicherteninteressen in der Sozialversicherung und speziell in der Gesetzlichen Krankenversicherung

(GKV)⁶ diskutieren. Und wenn dies alles passiert, bewältigt und bewertet ist, stehen die nächsten Sozialwahlen so nah vor der Tür, dass einer Umsetzung von Reformen die formalen Fristen zur Vorbereitung der nächsten Sozialwahl im Weg stehen. Und nach der dann leider nicht reformierten Sozialwahl 2023 beginnt das Spiel von vorn.

Um dieses erprobte Ritual zu verhindern oder abzukürzen, hilft u.E. nur, über die wichtigsten der über die nächsten 5 ½ Jahre verstreuten und in Stellung gebrachten Argumente und Behauptungen so früh wie möglich so gehaltvoll und ergebnisoffen wie möglich zu diskutieren. Ohne den Anspruch und die Möglichkeit der Vollständigkeit wollen wir damit im Folgenden beginnen.

Sozialwahlkosten in der GKV

Ein Argument gegen mehr Urwahlen, aber auch bereits gegen die Wirtschaftlichkeit der jetzigen Urwahlen in einer Minderheit der Krankenkassen, sind die dafür anfallenden Ausgaben, die sinnvoller zur Finanzierung von Leistungen verwendet werden sollten. Ohne grundsätzlich gegen die wirkungsvollere Verwendung von Finanzmitteln für eine bessere gesundheitliche Versorgung bzw. die Beseitigung von Unterversorgung in der GKV zu sein, lohnt ein genauerer Blick auf die Beträge, um die es geht.

2011 betragen die Ausgaben für die Durchführung der Sozialwahlen (z.B. für Porto, Infomaterial), welche die damals 8 Kassen mit Urwahl für ihre 18,16 Millionen Wahlberechtigten höchstens aufbringen mussten, 93 Cent pro Berechtigten und insgesamt 16,89 Millionen Euro oder 2,82 Mil-

lionen Euro pro Jahr einer sechsjährigen Wahlperiode (Abschlussbericht 2011: 36). Wer nicht ohnehin der Meinung ist, demokratische Legitimationsprozesse dürften etwas kosten oder die genannten Beträge vor dem Hintergrund der jährlich milliardenschweren Gesamtausgaben dieser Kassen für relativ geringfügig hält, dem hilft vielleicht die folgende Betrachtung, das Kostenargument ein für alle Mal zu vergessen. Nimmt man an, dass die Gehaltssummen für die meist zwei Vorstände dieser acht gesetzlichen Krankenkassen im Durchschnitt (die Kassen setzen sich aus Großkassen wie

der TK und eher kleineren Betriebskrankenkassen zusammen) pro Jahr mindestens 400.000 Euro betragen, beliefen sich die Gesamtausgaben für 6 Jahre auf mindestens 19,2 Millionen Euro, also doch deutlich mehr als die Ausgaben für die Wahl der Verwaltungsratsmitglieder zu deren gesetzlichen Aufgaben immerhin die Wahl der Vorstände gehört.

Für den Fall, dass wirklich alle mindestens 55 Millionen Wahlberechtigten in allen Krankenkassen (Stand 1.10. 2017: 112 Kassen, zukünftig wahrscheinlich

2 So finden sich in der entsprechenden Vereinbarung der Großen Koalition aus dem Jahr 2013 in mehreren Zusammenhängen z.B. diese Absichtserklärungen: „Wir wollen die Selbstverwaltung stärken und die Sozialwahlen modernisieren. Dazu wollen wir künftig Online-Wahlen ermöglichen, um die Wahlbeteiligung zu erhöhen. Dort, wo es möglich und sinnvoll ist, insbesondere im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherungen, sollen die Auswahlmöglichkeiten durch Direktwahlen verbessert werden. Durch geeignete Maßnahmen wollen wir erreichen, dass das repräsentative Verhältnis von Frauen und Männern in der Selbstverwaltung optimiert wird. Schließlich sollen die Arbeit der Selbstverwaltung transparenter gestaltet, die Möglichkeit der Weiterbildung verbessert und die Regelungen für die Freistellung präzisiert werden.“ (Deutschlands Zukunft gestalten. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD 2013: 53)

3 Zumindest in einer dieser Sitzungen im Frühjahr 2016 standen sich vor allem die oben zitierten Forderungen aus dem Koalitionsvertrag nach mehr Urwahlen (CDU/CSU) und der Einführung einer Frauenquote auf den Kandidatenlisten für die Sozialwahlen (SPD) gegenüber und blockierten sich nach Mitteilung von TeilnehmerInnen wechselseitig so drastisch, dass selbst Absichtserklärungen verhindert wurden, an beiden Veränderungsvorschlägen mit dem Ziel weiterzuarbeiten, bei der Sozialwahl 2023 wirksam werden zu können.

4 Ohne Anspruch auf Vollständigkeit sei auf folgende Gutachten im Vorfeld der Sozialwahlen 2011 und danach hingewiesen: Schröder/Burau 2008a und b, Braun et al. 2009, Blank 2017, Paquet 2013a)

5 Diese auch im Koalitionsvertrag vereinbarte Absicht schaffte es nach gut anderthalb Jahrzehnten außerparlamentarischer Diskussion vor der Sozialwahl 2017 immerhin bis in den Bundestagsausschuss für Gesundheit. Dort beschloss die Ausschussmehrheit u.a. mit dem Hinweis, die Wahl könne dann eventuell durch Hackerangriffe manipuliert werden, die notwendige Ergänzung des SGB IV vorläufig nicht weiter zu betreiben. Dass die Mehrheit der Parlamentarier sowie der geladenen Verbände und ExpertInnen derartige Attacken bei der wesentlich sensibleren elektronischen Gesundheitskarte für absolut ausgeschlossen halten, ist reichlich makaber.

6 Was dies umfassen könnte, lässt sich dem Gutachten zur Modernisierung der Sozialwahlen (Braun et al. 2009) entnehmen, das ausdrücklich eine Reihe immer wieder propagierter grundsätzlicher Alternativmodelle (z.B. Aufsichtsrat- oder Rundfunkratsmodell) überprüfen sollte.

100 oder weniger) wählen dürfen, würde die Diskrepanz zwischen den Kosten der Sozialwahlen und den Vorstands-Gehaltskosten ceteris paribus noch wesentlich größer werden. Dies sähe prinzipiell nicht anders aus, wenn auch noch die laufenden Ausgaben für die Aufwandsentschädigungen der ehrenamtlich tätigen Selbstverwalter in die Berechnung einbezogen werden. Bei z.B. 3.000 Mandatsträgern und jährlich durchschnittlich 4 Sitzungen mit einer Entschädigung und sonstigen Kosten (z.B. Hotelkosten) von durchschnittlichen 600 Euro, kämen eher zurückhaltend geschätzt zu den Wahlkosten noch mindestens 36 Millionen Sitzungsausgaben für die 6 Jahre hinzu. Dagegen kosteten in allen, d.h. geschätzt noch 100 Kassen die hauptamtlichen Vorstände bei einem wegen der höheren Anzahl kleiner und mittlerer Kassen noch etwas niedriger geschätzten Gehaltsbetrag von insgesamt 320.000 Euro (2016 betrug das höchste Gehalt eines Erstvorstands aus dem Kassenhaushalt bei einer Ersatzkasse 314.560 Euro und das niedrigste beim Erstvorstand einer Betriebskrankenkasse

Von einem linearen Bedeutungs- oder Aufgabenschwund der Selbstverwaltung zu reden, ist unbegründet.

8.951 Euro – zu dem wahrscheinlich noch eine weitere Vergütung aus Firmenmitteln kommen dürfte) in sechs Jahren ein Vielfaches, nämlich 192.000.000 Euro. Um nicht missverstanden zu werden: Es geht nicht darum, dass diese Summe nicht gerechtfertigt wäre, sondern darum, dass dies auch die wesentlich niedrigeren Sozialwahl- und Selbstverwaltungskosten sind.

Fast noch wichtiger ist aber, dass eine Mehrheit der Versicherten, wenn man sie danach fragt, kein Problem mit den Kosten für die Sozialwahl hat. So sprachen sich im Vorfeld der Sozialwahlen 2011 62% der im Auftrag der TK dazu befragten gesetzlich Versicherten dafür aus, nicht aus Kostengründen auf die Sozialwahlen zu verzichten. Dieser Anteil stieg im Vorfeld der Sozialwahl 2017 sogar noch auf 78%. Nur 19% sprachen sich 2017 dafür aus, Kosten zu sparen und auf die Wahlen zu verzichten (TK 2017).

Bedeutungsschwund der Selbstverwaltung durch Übernahme von Gestaltungsaufgaben durch den Staat

Nach den Sozialwahlen häufen sich schnell Klagen, der Staat habe der Selbstverwaltung die meisten Aufgaben weggenommen bzw. erschwere die Nutzung von Gestaltungsspielräumen durch rechtliche oder organisatorische Vorschriften. Verursacht sind diese Klagen aber oft durch unzureichende Informationen über die vorhandenen Gestaltungsrechte der Selbstverwaltung bei neu gewählten Selbstverwaltern, durch den zwangsläufigen Respekt von Neu- und Altmitgliedern von Verwaltungsräten vor dem tatsächlich oder vermeintlich sachkompetenteren und rechtssicheren hauptamtlichen Vorstand oder durch die fehlende Qualifikation vorhandene Handlungsmöglichkeiten auch zu nutzen

Zu den konstitutiven Merkmalen der Sozialversicherung und damit auch der GKV gehört das Eigeninteresse des Staates, mit der erwartbar konfliktträchtigen Regulierung der gesundheitlichen Versorgung möglichst wenig tun haben zu wollen. Dies führt zu einem nicht starr fixierten, sondern sich laufend verändernden, „atmendem“ Verhältnis von gesetzlichem

Rahmen und selbstverwalteter Füllung des Rahmens⁷. In der Geschichte dieses Verhältnisses gab es also ständige Verengungen und Erweiterungen der Rahmen und wurden der Selbstverwaltung dabei Aufgaben weggenommen aber auch neu zugewiesen. Von einem linearen Bedeutungs- oder Aufgabenschwund der Selbstverwaltung zu reden, ist daher unbegründet. Im Gegenteil haben die Aufgaben und Möglichkeiten für Selbstverwaltung seit den relativ starren Vorgaben in der von 1913 bis 1988 gültigen Reichsversicherungsordnung (RVO) für den überwiegend durch Geldleistungen geprägten Leistungsbereich insbesondere durch die Fülle unbestimmter Rechtsbegriffe für die heute dominanten Sachleistungen in den Sozialgesetzbüchern (vor allem SGB V und SGB IX) enorm zugenommen.

Richtig ist aber, dass der Selbstverwaltung trotzdem in mehr oder weniger drastischer Form Gestaltungsspielräume

weggenommen oder eingeengt worden sind. Solchen Verlusten stehen aber der Fortbestand umfassender und offen formulierter Gestaltungsrechte⁸ und neue oder erweiterte Gestaltungsmöglichkeiten (z.B. in den Bereichen Prävention, integrierte Versorgung, Selektivverträge) gegenüber.

Ein Teil der alten Gestaltungsmöglichkeiten wurde aber weggenommen bzw. durch rigide gesetzliche Bestimmungen ersetzt, weil die GKV-Selbstverwaltung zuvor vorhandene Spielräume bei Leistungen von unbestritten großer gesundheitspolitischer Bedeutung trotz jahrelangen Ankündigungen nicht, nur bei wenigen Kassen oder mit erheblichen Verzögerungen genutzt hat. Dies war beispielsweise bei der hausarztzentrierten Versorgung und den bisherigen Anläufen der Selbstverwaltung von Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) der Fall, den 2004 durch das „Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung“ geschaffenen gesetzlichen Rahmen (§ 291a SGB V) für eine elektronische Gesundheitskarte (eGK) bis zum 1. Januar 2006 mit Leben zu füllen.

Obwohl die hausarztzentrierte Versorgung von allen Beteiligten über viele Jahre für wichtig gehalten wurde, und der Gesetzgeber daher auch mit dem Gesundheitsreformgesetz von 1988 (§ 73 SGV) und dem GKV-Modernisierungsgesetz von 2004 (alle § 73b SGB V) einen zunehmend konkreteren oder auch engeren Normrahmen für den Abschluss entsprechender Verträge setzte, nutzten diese Möglichkeit bis 2007 nur relativ wenige Krankenkassen. Um dies

7 Dieses Verhältnis beschreibt der § 29 SGB V aktuell so: „Die Versicherungsträger erfüllen im Rahmen des Gesetzes und des sonstigen für sie maßgebenden Rechts ihre Aufgaben in eigener Verantwortung.“

8 So z.B. das im § 197 SGV V dem Verwaltungsrat eingeräumte Recht „insbesondere ... alle Entscheidungen zu treffen, die für die Krankenkasse von grundsätzlicher Bedeutung sind.“ An keiner Stelle der Sozialgesetzbücher IV und V wird vom Gesetzgeber präzisiert, was „grundsätzlich“ bedeutet, sondern ist der gesetzliche Rahmen weit geöffnet. Dass einige Selbstverwaltungsmitglieder, die klagen, der Staat enge ihren Handlungsspielraum ein, fordern, derselbe Gesetzgeber solle im Gesetz bestimmen, was denn Entscheidungen von grundsätzlicher Bedeutung seien, zeigt ein auch in der Selbstverwaltung weit verbreitetes Unverständnis über das weiter oben dargestellte Verhältnis von staatlich gesetztem Rahmen und dem Recht auf eigenverantwortliches Handeln der Selbstverwaltung.

zu ändern, nahm der Gesetzgeber der Selbstverwaltung im GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz von 2007 die Gestaltungsfreiheit und verpflichtete alle Kassen bis zum 30.6. 2009 Hausarztverträge abzuschließen. Viele von ihnen und eben auch deren Selbstverwaltungen beklag-

Zahlreiche Modellversuche und eine Reihe der vom Innovationsfonds geförderten Projekte beruhen auf der Initiative oder zumindest der Zustimmung der jeweiligen Verwaltungsräte.

ten dies dann zu Unrecht als Einschränkung ihrer ungenutzten Freiheit.

Obwohl die ausschließlich für die Einführung der eGK gegründete und von der Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen getragene „Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte (gematik)“ bisher schätzungsweise 1,7 Milliarden Euro aus Krankenkassenbeiträgen ausgegeben hat, gibt es im Jahre 2017 weder empirisch gesicherte Belege für einen relevanten Nutzen der geplanten eGK, die Sicherheit der auf ihr enthaltenen Daten noch eine funktionierende eGK-Infrastruktur.⁹ Es ist nicht abzusehen, ob und wann dieses Ziel jemals erreicht wird.

Nachdem nun aber die ersten selbstverwalteten Krankenkassen (u.a. TK und AOKs) vom Scheitern der eGK ausgehen, ihre Technik für überholt halten und eigene Initiativen für eine elektronische Gesundheitsakte verfolgen oder ankündigen, steht der Staat vor der Alternative, das gesamte Projekt weiterhin der Selbstverwaltung der Kassen zu überlassen und damit möglicherweise einen wettbewerbsgetriebenen, tendenziell inkompatiblen und potenziell zur „Kundenbindung“ missbrauchbaren (oder es drohen für Versicherte und ihre Ärzte Informationsverluste bei einem Kassenwechsel) Flickenteppich zu dulden oder die gesamte Aufgabe der Selbstverwaltung wegzunehmen und z.B. einer Bundesagentur zu übertragen.¹⁰

Und last, but not least waren auch der Auslöser des „GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetz“ von 2017, d.h. der

jüngsten von den selbstverwalteten Spitzenorganisationen der niedergelassenen Ärzte wie der GKV kritisierten Einingung ihrer Selbstbestimmung durch mehr interne, aber vor allem auch externe Kontrolle ihres Verwaltungshandelns zum größten Teil jahrelange monierte aber nicht beendete „Kompetenzüberschreitungen und Unregelmäßigkeiten in der Geschäftsführung“ (aus der Begründung des Gesetzentwurfs durch die Bundesregierung: S. 1 -https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/S/SVSG_Kabinett.pdf) vor allem im Bereich der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV).

Was Selbstverwaltung konkret zu Gunsten der Versicherten gestalten kann, haben ein von der Hans-Böckler-Stiftung (HBS) gefördertes und 2016 abgeschlossenes Forschungsprojekt der Universität Bielefeld und der Hochschule der Bundeswehr in München (vgl. dazu Gerlinger et al. 2016a, b, c und d) und ein ebenfalls von der HBS gefördertes und jüngst abgeschlossenes Forschungsprojekt der Universitäten Kassel und Halle über die Praxis der Widerspruchsausschüsse in der Sozialversicherung (vgl. u.a. Höland/Welti 2017) materialreich untersucht und dargestellt. Und auch die zahlreichen Modellversuche nach dem SGB V in der GKV und eine Reihe der vom Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) geförderten Projekte beruhen oft auf der Initiative oder zumindest der Zustimmung der jeweiligen Verwaltungsräte. Dies sollte auch denjenigen zu denken geben, die Urwahlen deswegen nicht für notwendig halten, weil die Selbstverwaltung wenig oder nur formale Dinge zu gestalten habe.

Gibt es bei den in der GKV versicherten Menschen überhaupt ein Interesse an gewählter Selbstverwaltung?

Angesichts der konstant niedrigen Wahlbeteiligung, skeptischen Bewertungen des Wissens, Wissenkönnens und -wollens großer Teile der GKV-Versicherten¹¹ und der als enorm aufwändig charakterisierten Herausforderung, daran etwas

ändern zu können¹², stellt sich die Frage, ob und wie viele der GKV-Versicherten überhaupt an Selbstverwaltung und Sozialwahlen interessiert sind, diese also überhaupt eine Art Grundlegitimation besitzen. Falls diese nicht oder nur sehr schwach existiert, fehlte der Debatte über den Sinn von Wahlen und mögliche Alternativmodelle für die Repräsentation von Versicherteninteressen die soziale Basis.

Zwei für die GKV-Versicherten bzw. die erwachsene deutschsprachige Wohnbevölkerung repräsentative Befragungen im Vorfeld der Sozialwahlen 2011 und 2017 zeigen, dass die Selbstverwaltung und ihre Legitimation durch Wahlen positiv bewertet werden.

Von den 2010 im Rahmen des Bertelsmann-Gesundheitsmonitors befragten 1.520 GKV-Versicherten (Braun/Marstedt 2010) sagten 54%, sie seien „alles in allem“ eher oder sehr für Sozialwahlen und

9 Nach dem „Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen (E-Health-Gesetz)“ vom 1.1. 2016 sollte zuletzt die Kommunikation der Leistungserbringer ab dem 1. Juli 2016 in die erste Erprobung und ab Mitte 2017 in den allgemeinen Betrieb gehen. Für den Fall, dass auch diese Fristen überschritten würden, beschneidet der Gesetzgeber durch die Androhung von Strafzahlungen für alle Beteiligten den Spielraum der Selbstverwaltung bei weiteren Verzögerungen erheblich.

10 Dies schlug bereits der SPD-Gesundheitspolitiker Karl Lauterbach als Ausweg aus der verfahrenen Situation vor – ohne Gewähr, dass dies schnell und sicher zu einer nutzenstiftenden Lösung führt.

11 Stellvertretend für diese Art der Argumentation: „Der »normale« Wähler der Kassen-Verwaltungsräte dürfte im günstigsten Fall die Vorstellung hegen, dass diese Gremien die Vorstände der Kassen wählen und überwachen und die Haushaltspläne vor allem im Verwaltungskostenbereich beeinflussen können – also eine Art »Aufsichtsrats-Funktion« wahrnehmen. Dass Verträge in gewissem Ausmaß Gegenstand kassenspezifischen, wettbewerblichen Handelns sind und dass überhaupt das Verhältnis der Kassen zu den Leistungserbringern durch Verträge gestaltet wird, dürfte dagegen für die überwiegende Mehrheit der Bevölkerung jenseits ihrer Vorstellung liegen.“ (Paquet 2013: S. 418)

12 So z.B. die Bundesvereinigung Deutscher Arbeitgeberverbände (BDA) und der Deutsche Gewerkschaftsbund (DGB) in ihrer gemeinsamen Stellungnahme zum Ergebnis der Sozialwahlen 2011: „Die meisten Menschen haben in ihrem Alltag selten bis gar keinen Kontakt zu ihren Sozialversicherungsträgern. [...] Es stellt daher auch weiterhin eine große Herausforderung dar, Millionen von Menschen über die Entscheidungsvorgänge im Sozialversicherungssystem zu informieren und dafür zu interessieren. Dies wäre aber unverzichtbare Voraussetzung dafür, dass die Wählerinnen und Wähler informierte Entscheidungen treffen können.“ (BDA und DGB 2012)

Selbstverwaltung, 27% wussten allerdings nichts dazu zu sagen, was fast ausschließlich auf Unkenntnis über die Existenz von Verwaltungsräten und deren konkreten Arbeit beruhen dürfte. So steigt auch der Anteil der insgesamt positiv zur Selbstverwaltung und Sozialwahlen eingestellten Befragten in der allerdings deutlich kleineren Gruppe der Befragten (n=552), welcher der Verwaltungsrat ihrer Kasse bekannt ist, auf 71% und in der noch kleineren Gruppe von Versicherten (n=176), der auch noch die Tätigkeit ihres Verwaltungsrats bekannt ist, auf 83%.

Es existiert also kein grundsätzliches Desinteresse an den Teilhabemöglichkeiten durch Selbstverwaltung in der GKV, aber es gibt vielfältige Wissens- und Informationslücken. Die Ergebnisse zeigen aber auch, dass diese zu schließen möglich ist. Mehr Transparenz über ihre Tätigkeiten muss daher zu den existenziellen Kernaufgaben der Selbstverwaltung gehören.

Von den im Jahr 2016 im Auftrag der TK befragten 1.001 Personen sagten über alle Altersgruppen hinweg 68%, für sie sei die Teilhabe durch Sozialwahlen wichtig oder sehr wichtig. 21% waren der Meinung, dies sei weniger wichtig und 9% hielten die Einflussnahme über Sozialwahlen für unwichtig (TK 2017: 14).

Weitere Ergebnisse der TK-Studie zeigen auch, dass es sich bei positiven Einstellung zur Teilhabe durch Selbstverwaltung keineswegs um positiv erwünschtes Antwortverhalten oder romantisierende

Selbst diejenigen, die sich nicht explizit für die Sozialwahlen aussprechen, halten die Teilhabe und Mitsprache von Versicherten in der GKV für wichtig.

Vorstellungen einer partizipativen Verwaltung handelt, sondern dass es um konkrete Interessen geht. So finden sie beispielsweise wesentlich mehr Kranke und insbesondere chronisch Kranke für wichtig oder sehr wichtig als Gesunde. Zusammen mit der breiten und seit 2010 noch gewachsenen Zustimmung zu der Ehrenamtlichkeit der Verwaltungsräte, 73% der Befragten halten dies für richtig und nur 23% halten sie für überflüssig, liefert auch diese Studie keinen Beleg dafür, dass hinter Vorstellungen, die

Sozialwahlen abzuschaffen und nichts für ihre (Re-)Vitalisierung zu tun, passiv oder aktiv eine Mehrheit der GKV-Versicherten steht – ganz im Gegenteil.

Und selbst diejenigen, die sich nicht explizit für die Sozialwahlen als Instrument der Repräsentation von Versicherteninteressen aussprechen oder sich an ihr beteiligen wollen, halten die Teilhabe und Mitsprache von Versicherten in der GKV für wichtig: 82% derjenigen Versicherten, die sich wahrscheinlich nicht an der Sozialwahl beteiligen wollten, „bezeichnen es als sehr wichtig, dass Versicherte ihre Krankenversicherung auch kontrollieren. Und auch von denen, die eine Teilhabe durch die Sozialwahl eher unwichtig finden, bewerten es 95% als sehr wichtig, dass Versicherte Gehör finden, und 84%, dass Versicherte die Krankenkassen mit kontrollieren“ (TK 2017: S. 22).

„Mehr Ur- oder Direktwahlen“ – ein absolutes Dauerreizthema

Wer sich mit der Geschichte der Sozialwahlen nach Wiedereinführung der Selbstverwaltung in der alten Bundesrepublik ab 1953 beschäftigt (vgl. dazu ausführlich Braun et al. 2009: S. 15ff.), stößt unweigerlich auf eine jahrzehntelange Debatte über die Friedenswahlen. In dieser Debatte wird einerseits ein öffentliches Unbehagen über die sinkende Zahl von Sozialversicherungsträgern mit Urwahlen seit Mitte der 1960er Jahre und über die ebenfalls sinkende Wahlbeteiligung seit Mitte der 1980er Jahre deutlich. (siehe Braun et al. 2009: S. 143). Gleichzeitig gibt es aber auch mannigfaltige Versuche der Rechtfertigung. Bevor wir eine Reihe der Rechtfertigungsversuche näher betrachten, sei betont, dass es niemand um Urwahlen um des Wählens geht, also z.B. auch dann Wahlen durchzuführen, wenn es nichts mitzubestimmen gibt oder keine erkennbar inhaltlich unterschiedlichen Kandidaturen existieren.

Dabei gibt es zwei Varianten der Rechtfertigung: Erstens verweisen die Protagonisten der Friedenswahlen zu Recht – aber relativ defensiv – darauf, dass es sich um eine legale Vorgehensweise handle. Die derzeitige Bundesbeauftragte für die Durchführung der Sozialwahlen, Rita Pawelski, fordert in diesem Kontext die Umbenennung der Wahlen: Diese sollten „Benennung durch die Listenträger“ hei-

ßen – aus „Respekt vor der Institution der ‚Wahl‘“ (Ärzte Zeitung 25.4.2017). Die Umbenennung soll das Paradoxon kaschieren, dass derselbe Gesetzgeber, der Sozialwahlen 1953 wieder eingeführt hat und dieselben Arbeitgeber wie Gewerkschaften, die im Falle der Gewerkschaften sogar in Kassen mit Urwahlen kandidieren und in Wahlkampfmanier dafür werben sie zu wählen, „mit großer Leidenschaft für den Erhalt dieser Nichtwahlen eintreten“.

Zweitens, und darüber lohnt sich wirklich zu streiten, gibt es eine Reihe von mehr oder weniger subtilen inhaltlichen Rechtfertigungsversuchen der Friedenswahlen, welche die Versicherten vor unerwünschten Folgen für die Leistungsfähigkeit z.B. der GKV bewahren helfen sollen.

In einer Pressemitteilung vom 26.4.2017 wiederholt das DGB-Vorstandsmitglied Annelie Buntenbach¹³ wie bereits in vielen Erklärungen zuvor, Wahlen ohne Wahlhandlung seien auch deshalb „legitim und demokratisch“, weil „der DGB und seine Mitgliedsgewerkschaften (...) ihre Kandidatinnen und Kandidaten in einem transparenten, demokratischen Verfahren auf(stellen)“ (DGB 2017).

Unbestritten sind Gewerkschaften aber auch Arbeitgeberverbände demokratische Institutionen und es existieren dort innerorganisatorisch demokratische Verfahren. Dies rechtfertigt u.E. aber nicht oder nur mit einer schwerwiegenden Begründung (dazu gleich mehr), dass der DGB¹⁴ und seine Mitgliedsgewerkschaften¹⁵ mit 2016 rund 6,05 Millionen

13 Immer wenn im Folgenden das Verhalten und die Position des DGB zur Option der Friedenswahlen geht, sind zwangsläufig auch noch weitere Vereinigungen wie z.B. der Christliche Gewerkschaftsbund gemeint, die Versichertenvertreter in Verwaltungsräten sitzen haben und mit denen der DGB und/oder wechselnde seiner Mitgliedsgewerkschaften dann die eine Vorschlagsliste bilden kann oder die Anzahl der Bewerber auf verschiedenen Listen so begrenzen kann, dass „insgesamt nicht mehr Bewerber benannt (sind), als Mitglieder zu wählen“ und die Vorgesprochenen ohne Wahl als gewählt gelten (§ 46 SGB IV).

14 Auf eine ähnlich detaillierte Darstellung für andere Gewerkschaften wie den Christlichen Gewerkschaftsbund (CGB) oder den Deutschen Beamtenbund sei hier verzichtet. Inhaltlich ist deren Verhalten aber ähnlich zu bewerten wie das des DGB.

15 Auf eine genauere Darstellung der Verhältnisse bei den Arbeitgebern verzichten wir, weil es hier fast nie Urwahlen gab und lange Zeit die meisten Arbeitgeber in einem Arbeitgeberverband organisiert war. Dies änderte sich in den letzten Jahren, muss aber noch keine Auswirkungen auf die Durchführung von Sozialwahlen im Arbeitgeberbereich haben.

Mitglieder (darunter 33,6% Frauen – weitere Zahlen unter: <http://www.dgb.de/uber-uns/dgb-heute/mitgliederzahlen/2010/#>) zusammen mit anderen Verbänden, die bereits Mitglieder in Verwaltungsräten stellen mit gutem demokratischen Gewissen bestimmen darf, dass 2017 61% der qua Gesetz Wahlberechtigten bzw. rund 33,5 Millionen GKV-Mitgliedern ihr demokratisches Recht vorenthalten wird, z.B. darüber mitzubestimmen, wer was mit den 8,5% ihres Bruttoeinkommens, die sie als Kas senbeiträge bezahlen, gemacht hat oder machen will. Und schließlich sind die innergewerkschaftlichen Auswahlverfahren selbst für Gewerkschaftsmitglieder nicht ohne weiteres transparent, für die Mehrheit der nicht gewerkschaftlich organisierten Sozialwahlberechtigten aber praktisch nicht bekannt oder verstehbar. Die Fragwürdigkeit des Versuchs, die Verhinderung von Wahlen mit quantitativen Argumenten oder Feststellungen zu rechtfertigen, muss aber noch durch ein qualitatives Argument ergänzt werden. Ihre im Artikel 9 des Grundgesetzes verfassungsmäßig herausgehobene Stellung als Vereinigung „zur Wahrung und Förderung der Arbeits- und Wirtschaftsbedingungen“ rechtfertigt zwar ohne Zweifel die dominante Stellung von selbständigen oder sonstigen Arbeitnehmervereinigungen und Arbeitgebervereinigungen im für die Zulassung zur Kandidatur zur Sozialwahl maßgeblichen § 48 SGB IV, nicht aber eine Art Monopol. Die Zulassung von so genannten „freien Listen“ im selben Paragraphen zeigt, dass auch der Gesetzgeber dies verhindern will.¹⁶ Dies liegt vor allem darin begründet, dass ein wachsender Anteil der GKV-Mitglieder bzw. -Versicherten als mitversicherte Familienangehörige oder RentnerInnen außerhalb eines abhängigen Arbeitsverhältnisses stehen und nichts oder nur sehr vermittelt etwas mit der Arbeitswelt zu tun haben. In der GKV betrug der Anteil dieses Personenkreises 2015 rund 48 %. Auch wenn den innerhalb von Gewerkschaften gewählten KandidatInnen – oft erfahrene Betriebsratsmitglieder – nicht prinzipiell die Bereitschaft und Fähigkeit abgesprochen werden soll, auch die gesundheitsbezogenen Interessen der Nichtarbeitnehmer zu vertreten, zeigt die Debatte über den Mangel an jungen und weiblichen oder kontinuierlich mit Patientenproblemen vertrauten Mitgliedern in den Verwaltungsräten,

dass insbesondere bei Friedenswahlen eine fast zwangsläufige Selektion der Selbstverwaltungsmitglieder zu Lasten von Nichtarbeitnehmern oder nicht arbeitsweltbezogenen Interessen droht.¹⁷

Ein weiteres Argument gegen mehr oder verpflichtende Urwahlen beschwört, dass „jenseits von Arbeitnehmervereinigungen auch Organisationen in die Selbstverwaltung ziehen, die sachfremde Interessenkonflikte in der GKV be-

Dass bei Ur- oder Direktwahlen mehr Diskussionen und verzögerte Entscheidungen kommen könnten, ist auch der generelle Preis demokratischer Verfahren.

wirken würden“ (Paquet 2013: S. 421). Dies wird durch gelegentlich mündlich gemachte Hinweise abgerundet, dass dann Parteien wie die AfD in den Verwaltungsräten sitzen könnten („Wollen Sie, dass diese Leute dann dort sitzen?“) oder die möglicherweise inhaltlich heterogenere Zusammensetzung der Verwaltungsräte mehr kontroverse Diskussionen bewirken und damit Entscheidungen verzögert würden. Die hier beschworenen Gefahren können aber nach geltendem Recht bereits im Vorfeld der Wahlen abgewendet werden. Nach § 48a Absatz 3 SGB IV dürfen etwa Vereinigungen mit mehr als 25% Bediensteten des Versicherungsträgers wegen möglicher Interessenskonflikten dort nicht kandidieren und alle Vereinigungen, die Vorschlagslisten einreichen, müssen die „Ernsthaftigkeit und Dauerhaftigkeit ihrer sozial- oder berufspolitischen Zwecksetzung“ (§ 48a SGB IV) sehr detailliert nachweisen. Dass mehr Diskussionen und verzögerte Entscheidungen kommen könnten, ist richtig, aber auch der generelle Preis demokratischer Verfahren und kann sogar zu besseren Entscheidungen führen. Und die an anderer Stelle dargestellte Dauer mancher wichtiger Entscheidungen zeigt schließlich, dass auch die Abwesenheit „sachfremder“ Mandatsträger nicht bedeutet, dass Entscheidungen schnell fallen.

Davon ausgehend, dass Wahlen mit Wahlkämpfen verbunden sind, konstatiert Paquet (2013: S. 419) folgendes: „Dabei eignen sich die tatsächlichen Gestaltungsspielräume der Verwaltungsräte für einen

öffentlichen Wahlkampf nicht. Sie sind zu gering und für die Wähler kaum transparent zu machen.“ Zwangsläufig würde dann über Themen diskutiert, „die von den Fragen ablenken, die tatsächlich von den einzelnen Kassen entschieden werden können“ – es drohe eine Politisierung mit „aufgebauchten Kontroversen“, die sich „nicht mehr so leicht begraben (lassen) wie im aktuellen System“ (Paquet 2013: S. 420).

Diese und ähnliche Argumentationen verkennen zum einen die Realität der Fülle unbestimmter Rechtsbegriffe in den neueren Sozialgesetzen, mit denen der Gesetzgeber aus dem bereits erwähnten Eigeninteresse konfliktträchtigen Auseinandersetzungen auszuweichen, der GKV und ihrer Selbstverwaltung die Verantwortung wie die Folgen des Aufgreifens oder eben auch Nichtaufgreifens die-

ser Gestaltungsspielräume überlässt und höchstens bei zu langem Nichtstun (siehe weiter oben) dann doch eingreift. Wäre für bestimmte Entscheidungen keine möglichst konkrete Kenntnis von Lebens- und Gesundheitsverhältnissen notwendig und lösten sie nicht selten Kontroversen z.B. zwischen gesunden Versicherten und PatientInnen aus, wären sie ähnlich wie die Lohnfortzahlung im Krankheitsfall längst präzise gesetzlich geregelt.

Wenn man allein die im § 70 SGB V enthaltenen unbestimmten Rechtsbegriffe mit sozial- und gesundheitspolitischen Zielen ernst nimmt, nach denen „Krankenkassen und Leistungserbringer ... eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung der Versicherten ...

¹⁶ Noch deutlicher würde die Reaktion auf die Veränderung der sozialen Zusammensetzung der GKV-Versicherten, wenn z.B. statt der „sonstigen Arbeitnehmervereinigungen“ „sonstige Vereinigungen mit sozial- oder berufspolitischer Zwecksetzung“ ins Gesetz aufgenommen würden und deren Kandidatur so weit als möglich erleichtert würde (vgl. dazu Braun et al. 2009: S. 233).

¹⁷ Die Veränderung der Zusammensetzung der GKV-Mitglieder und -Versicherten ist im übrigen auch ein wichtiger qualitativer Grund über die paritätische Beteiligung der Arbeitgeber in der Selbstverwaltung nachzudenken. Deren starke Stellung war nämlich auch die Folge der Überlegung die Arbeitgeber als Hauptverantwortliche für die Arbeitsbedingungen als einer möglichen Ursache für gesundheitliche Probleme z.B. in die Entscheidung über Leistungen der GKV einzubinden (vgl. dazu auch ausführlicher Braun et al. 2009: S. 232/33)

gewährleisten (zu) haben“ und das alles in der „fachlich gebotenen Qualität sowie wirtschaftlich“ und wenn man berücksichtigt, dass dieselben Akteure „durch geeignete Maßnahmen auf eine humane Krankenbehandlung ihrer Versicherten hinzuwirken“ haben, dann hat man eine Fülle von Handlungsspielräumen für denkbar unterschiedlichst interessierte und kompetente Verwaltungsratsmitglieder, die für mindestens 6 Jahre reicht. Der Handlungsbedarf und die Handlungsalternativen finden sich u.a. in den zahlreichen Studien zur gesundheitsbezogenen Unter-, Fehl- und Überversorgung, die nicht nur viel kostet, sondern meist das glatte Gegenteil von bedarfsgerechter oder humaner Krankenbehandlung darstellt. Vergleichbare Ausgangspunkte und Spielräume lassen sich in zahlreichen Paragraphen des SGB V oder des SGB IX finden.

Zum anderen offenbaren aber solche Äußerungen bewusst oder unbewusst ein simples realitätsfernes Verständnis der Thematisierung, Diffusion und Implementation von gesetzlich möglichen oder nicht genauer und positiv kodifizierten Innovationen in der GKV. Zwar finden viele Entscheidungen und Vertragsverhandlungen nicht auf der Ebene der einzelnen Kassen statt, sondern auf Landes- und Bundesebene. Viele dieser abschließenden Entscheidungen sind aber auf Impulse einzelner Kassen zurückzuführen, die mit entsprechender Problem- und Bedarfsnähe und konkreter Kenntnis der Folgen bestimmter Entscheidungen das Potential von Innovationen entsprechend einschätzen können (z.B. ein Teil der Früherkennungsuntersuchungen, die Gesundheitsberichterstattung mit GKV-Routinedaten, die Schulung von Pflegenden oder die Integration von zahlreichen Modellversuchen einzelner Kassen in das Dauerleistungsangebot).

Noch bedrohlichere Konsequenzen suggeriert ein weiteres Argument gegen verpflichtende Urwahlen mit entsprechenden Kontroversen und dem Auftreten inhaltlich unterschiedlicher Akteure auf der Versichertenseite. So meint erneut Paquet (2017: S. 421), „...verpflichtende Neuwahlen zwingen in der GKV zu aufgesetzten Wahlkämpfen, die mit Argumenten geführt werden müssten, die mit den tatsächlichen Aufgaben der Verwaltungsräte der Kassen kaum etwas zu tun hätten. Sie würden regelhaft zur Fraktionierung der Versichertenseite führen und damit zu einer nachhaltigen

Schwächung ihrer Vertretung im Verhältnis zur Arbeitgeberbank.“ Allein schon die Sozialwahl- und Selbstverwaltungsempirie der Ersatzkassen zeigt, dass dies alles nicht zwangsläufig droht.

Er ignoriert dabei erneut, dass es sehr viele „tatsächliche Aufgaben“ der Selbstverwaltung gibt, mit deren unterschiedlichen Lösungsansätzen sich ein gehaltvoller Wahlkampf führen lässt und die befürchtete sachfremde Politisierung nicht zwangsläufig erfolgen muss. Und er kann sich nicht vorstellen, dass Versichertenvertreter z.B. nach der u.U. kontroversen, kompetitiven und transparent geführten Thematisierung in Wahlkämpfen und der Entwicklung von Ideen und Konzepten zum Abbau von Überversorgung, einer besseren Berücksichtigung der Patientenpräferenzen bei Behandlungsentscheidungen und der Entwicklung und des Einsatzes von wissenschaftlich gesicherten Entscheidungshilfen sogar gegenüber den Arbeitgebervertretern gestärkt sein werden. Und selbst wenn man die Selbstverwaltungsgremien grundsätzlich für „konsensorientiert“ und „sozialpartnerschaftlich“ hält (Paquet 2013: S. 419), kann dies nicht den Anfang einer ernsthaften inhaltlichen Debatte prägen, sondern höchstens am Schluss bei Entscheidungen stehen. Dies gilt auch dann, wenn man die Ansicht teilt, dass Selbstverwaltungsorgane keine Parlamente und Sozialwahlen keine klassisch „politischen“ Wahlen sind.

Richtig ist daher, dass die für Parlamentswahlen charakteristischen und konstitutiven Prozeduren nicht 1:1 übertragen werden müssen. Richtig ist aber auch, dass diese Organe die Aufgabe haben, gesetzlich vorgegebene vorsätzlich häufig sehr allgemeine gesundheitsbezogene Ziele so umzusetzen, dass sie der Fülle der Bedarfe und Bedürfnisse einer pluralistischen Gesellschaft gerecht werden. Dies kann aber am besten durch die Teilhabe und gegebenenfalls auch kontroverse Teilnahme verschiedenster Interessenvertreter an den Beratungen und an Entscheidungen geschehen.

Was tun oder was folgt daraus?

Vorab ist festzuhalten, dass alle AutorInnen, die sich explizit und überwiegend mit der Selbstverwaltung und den So-

zialwahlen beschäftigt haben, an ihrer grundsätzlichen Bedeutung festhalten. Wie einige der zitierten Überlegungen zur Selbstverwaltung zeigten, trifft dies implizit für einige AutorInnen aber nicht zu.

Daran, dass die immer wieder diskutierten und in den folgenden Monaten und Jahren möglicherweise wiederentdeckten Alternativen, die durch Wahlen besetzte und legitimierte Selbstverwaltung durch Beststellungs- oder Kooperationsverfahren zu ersetzen oder das körperschaftliche Modell durch ein anstaltliches Autonomiemodell ähnlich dem der Rundfunkanstalten oder ein Aufsichtsratsmodell zu ersetzen, immer noch nicht den Nachweis liefern können, dass sie dem durch Wahlen legitimierten Selbstverwaltung überlegen sind und nicht selber mit einer bereits jetzt absehbaren Reihe von Funktionsschwächen bei der Repräsentation der komplexen und zum Teil auch widersprüchlichen Versicherteninteressen starten würden, hat sich u.E. nichts geändert (vgl. daher dazu Braun et al. 2009: S. 58ff).

Und auch für den Fall einer derzeit politisch unwahrscheinlichen Bürgerversicherung sieht Gerlinger die soziale Selbstverwaltung als Form der dann zu leistenden Repräsentation von BürgerInneninteressen

Es gibt also schon genug Handlungsempfehlungen, um nicht erst 2021 festzustellen, dass es für Reformen der Selbstverwaltung und der nahenden Sozialwahl 2023 zu spät ist.

nicht grundsätzlich als ungeeignet an. Die Veränderungen erforderten aber die Fragen, „ob die gegenwärtige Zusammensetzung der sozialen Selbstverwaltung (also vor allem die starke Position der Mandatsträger aus Arbeitnehmervereinigungen – Einfügung der Verfasser) mit einer Bürgerversicherung kompatibel ist (Input-Legitimität) und welche Auswirkungen mögliche Veränderungen in der Zusammensetzung der sozialen Selbstverwaltung auf ihre Entscheidungen bzw. ihre Handlungsfähigkeit nehmen könnten (Output-Legitimität)“ (Gerlinger 2016: S. 49). Aber auch die Bürgerversicherung

würde „keines der intensiv diskutierten Legitimationsprobleme der Selbstverwaltung lösen“ (Gerlinger 2016: S. 50).

Zum Teil drastische Unterschiede zeigen sich aber bei der Art und Intensität der für reformbedürftig gehaltenen Strukturen, Handlungsweisen und ihrer Legitimation.

Da der DGB wie gesehen kein Problem mit der Legitimität von Friedenswahlen hat, hält er künftig lediglich „eine inhaltliche Diskussion um mehr Entscheidungsrechte sowie eine fortlaufende Weiterbildung der Selbstverwalterinnen und -verwalter, die weder zeitlich noch finanziell zu ihren Lasten gehen darf“ für „entscheidend“. Dies wie die Feststellung, die „öffentliche Anerkennung der sozialen Selbstverwaltung hängt nicht nur von der Art und Weise der Wahlen ab, sondern vor allem von den Ergebnissen der Selbstverwaltung“ (DGB 2017), gehört sicherlich zu den notwendigen Voraussetzungen für eine akzeptierte und wirkungsvolle Selbstverwaltung, hinreichend sind sie aber nicht. Nachdem u.E. bisher noch kein Mangel an Entscheidungsrechten besteht und die Forderung nach Weiterbildung für Selbstverwalter auch ein ständiger Begleiter der langjährigen Nach-Sozialwahldebatten ist, sind also zusätzlich zu der Revitalisierung der Sozialwahlen auch noch weitere Maßnahmen notwendig.

Als Grundlage für die künftige Debatte bieten sich immer noch die in dem Gutachten zur Modernisierung der Sozialwahlen und Selbstverwaltung 2008/09 und im Abschlussbericht zu den Sozialwahlen 2011 (Abschlussbericht 2011) gemachten Handlungsempfehlungen zur Modernisierung der Organstrukturen, zur Durchführung von Sozialwahlen und zur Information und Kommunikation vor und zwischen den Wahlen an (Braun et al. 2009: 232ff).

Bei mindestens dem gesundheitlich und ökonomisch überragenden Thema der Unter-, Fehl- und Überversorgung mit Leistungen stellt sich aber die für den Gestaltungsspielraum der Selbstverwaltung grundsätzliche Frage, ob man den selbstverwalteten Körperschaften der niedergelassenen Leistungsanbieter, den Krankenhausgesellschaften und den bei diesem Problem eher zurückhaltend agierenden Krankenkassen, insbesondere im Organ der gemeinsamen Selbstverwaltung, dem Gemeinsamen Bundesausschuss, weiterhin diese Aufgabe überlässt¹⁸ – ob man also, salopp ausgedrückt, den Hunden die Bewachung der Wurst überlässt.¹⁹

Die Leistungsanbieter sind zu einem gewissen Teil für die gesundheitlich wie wirtschaftlich relevanten Versorgungsprobleme verantwortlich bzw. blockieren deren Beseitigung und die im Wettbe-

werb stehenden Krankenkassen bieten immer öfter und zahlreicher eine Menge Leistungen ohne jegliche Evidenz an oder nehmen deren Angebot billigend in Kauf (z.B. im Bereich der Homöopathie).

Es gibt also schon genug Problembeschreibungen, Diskussionsstoff und Handlungsempfehlungen, um nicht erst wieder im Jahr 2021 festzustellen, dass es für Reformen der Selbstverwaltung und der nahenden Sozialwahl 2023 zu spät ist und man damit auf 2029 warten müsse. Nur ernsthaft beginnen sollte jetzt die Debatte. ■

18 Eine gar nicht so schwierige Überprüfung der praktischen Auswirkungen allein des 2000/2001 vom damals so bezeichneten Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen erstellten Band III zur Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit – Über-, Unter- und Fehlversorgung (Kurzfassung erhältlich über http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2000-2001/Kurzfd-01.pdf) geschweige denn der dazu in den folgenden Jahren bis heute veröffentlichten wissenschaftlichen Handlungsempfehlungen würde dies belegen.

19 Vgl. hierzu auch aktuell Busse et al. 2017: 894: „Germany’s pragmatic policy-making style, with its limited state control of the health system, means that the legislator is charging the same actors with solving the problems that they created in the first place: that is, with mandating the Federal Joint Committee, the main self-governance institution of payers and providers, to define areas for quality improvement by selective contracting and pay-for-performance.“

Literatur

BDA und DGB: Selbstverwaltung stärken – Sozialwahlen modernisieren, Berlin, 5.10.2012

Blank F. (2017): Selbstverwaltung, Gewerkschaften und Patienten-Organisationen. WSI-Study 8.

Braun B., G. Marstedt (2010): Wie bürgernah sind Selbstverwaltung und Sozialwahlen? Newsletter Gesundheitsmonitor 3/2010 (http://www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xbcr/SID-383F1493-98DEE13/bst/xcms_bst_dms_32441_32443_2.pdf).

Braun B., T. Klenk, W. Kluth, F. Nullmeier, F. Welti (2009): Modernisierung der Sozialversicherungswahlen. Baden-Baden.

Busse R., M. Blümel, F. Knieps, T. Bärnighausen (2017): Statutory health insurance in Germany: a health system shaped by 135 years of solidarity, self-governance, and competition. In: Lancet 390: 882–97. ([http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(17\)31280](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(17)31280))

DGB 2017: DGB für Weiterentwicklung der Sozialen Selbstverwaltung. Pressemitteilung vom 26.4. 2017. (<http://www.dgb.de/presse/++co++fe65fa38-2a5f-11e7-941d-525400e5a74a>)

Gerlinger Th. (2016): Soziale Selbstverwaltung in der Bürgerversicherung. WSI-Study 3

(https://www.boeckler.de/pdf/p_wsi_studies_3_2016.pdf).

Gerlinger, Th., N. Knötig, CD Lückenbach, J. Staender, Th. Wüstrich (2016a): Soziale Selbstverwaltung in Krankenkassen, Working Paper Forschungsförderung 15, [online] http://www.boeckler.de/pdf/p_fofoe_WP_015_2016.pdf, zuletzt abgerufen am 23.11.2016, Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung.

Gerlinger, Th., N. Knötig, CD Lückenbach, J. Staender, Th. Wüstrich (2016b): Beispiele für erfolgreiches Handeln bei den Krankenkassen (Teil 1), Soziale Sicherheit, 3/2016, S. 93-102.

Gerlinger, Th., N. Knötig, CD Lückenbach, J. Staender, Th. Wüstrich (2016c): Beispiele für erfolgreiches Handeln bei den Krankenkassen (Teil 2), Soziale Sicherheit, 5/2016, S. 192-197.

Gerlinger, Th., Th. Wüstrich, N. Knötig, CD Lückenbach, J. Staender (2016d): Ergebnisbericht zum Forschungsvorhaben „Soziale Selbstverwaltung in der gesetzlichen Krankenversicherung: Erfolgsbedingungen patienten- und versichertenorientierter Selbstverwaltung durch Arbeitnehmervertreter“, Bielefeld: Universität Bielefeld.

Höland A., Welti F. (2017): Ergebnisbericht zum Forschungsvorhaben Recht und

Praxis der Widerspruchsausschüsse in der Sozialversicherung. Bestandsaufnahme und Wirkungsanalyse. Düsseldorf (https://www.boeckler.de/pdf_fof/98970.pdf).

Paquet R. (2013): Kurzexpertise zu den möglichen Auswirkungen von verpflichtenden und flächendeckenden Urwahlen im Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung bei den Sozialversicherungswahlen 2017. Im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales.

Paquet R. (2013): Bei verpflichtenden Urwahlen in der Selbstverwaltung der GKV: Schwächung der Versichertervertretung wäre programmiert. Soziale Sicherheit 12. S. 417-422.

Schroeder W. unter Mitarbeit von BE Burau (2008a): Zur Reform der sozialen Selbstverwaltung in der Gesetzlichen Krankenversicherung – Kasseler Konzept. Edition 222 der Hans Böckler Stiftung. Düsseldorf.

Schroeder W. / BE Burau (2008b): Soziale Selbstverwaltung und Sozialwahlen. Traditionreiche Institutionen auch von morgen? WSI direkt. Düsseldorf

Techniker Krankenkasse (2017): Die Wahl haben. TK-Studie zur Sozialwahl 2017. Hamburg.