

GKV-Selbstverwaltung am Scheideweg

Handlungsfelder identifizieren, Hemmnisse abbauen, Handlungskompetenzen stärken

Unausgeschöpfte Handlungspotenziale fordern Listenträger und Selbstverwalter heraus

Von Katharina Baumelster, Andreas Hartje, Nora Knötig und Thomas Wüstrich

»Soziale Selbstverwaltung in der gesetzlichen Krankenversicherung: Ökonomische und soziale Handlungsperspektiven für Versicherte und Arbeitnehmer« – unter diesem Arbeitstitel untersuchten Wissenschaftler der Universität der Bundeswehr München in einem von der Hans-Böckler-Stiftung geförderten Projekt ökonomische Steuerungspotenziale der Selbstverwaltung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)¹. Im Vordergrund standen dabei nicht die aktuell viel diskutierten Aspekte, die sich mit der Wahl (Ur- oder Friedenswahl?), Legitimation und Zusammensetzung der Selbstverwaltung beschäftigen. Vielmehr ging es um den Beitrag, die die Selbstverwaltung zur Gewährleistung einer qualitativ hochwertigen, bedarfsgerechten, wirtschaftlich effizienten und solidarischen Versorgung mit Gesundheitsgütern leisten kann. Die wichtigsten Ergebnisse werden hier vorgestellt.

1. Steuerungsdefizite und deren Ursachen

Reformen im Gesundheitswesen stehen seit dem 1. Kostendämpfungsgesetz von 1977 auf der sozialpolitischen Tagesordnung. In immer kürzeren Abständen werden weitere Reformgesetze auf den Weg gebracht, um anscheinend unaufhaltsam steigende Ausgaben und erodierende Einnahmen im Gesundheitssystem in Einklang zu bringen. Der langfristige Erhalt eines auf solidarischen Prinzipien aufbauenden Krankenversicherungssystems wird jedoch nur möglich sein, wenn es gelingt, auch zukünftig bedarfsorientierte Leistungsversprechen als Teilhabe am medizinisch-technischen Fortschritt mit den hieraus resultierenden finanziellen Belastungen für die Beitrags- und mehr und mehr auch für die Steuerzahler zu vereinbaren.

Ökonomischer Steuerungsbedarf ergibt sich

- auf der Ausgabenseite,
- auf der Einnahmenseite
- sowie aus der immer stärker unternehmerisch-wettbewerblichen Ausrichtung aller beteiligten Akteure durch den im Gesundheitswesen zunehmenden Einzug von Elementen des *New Public Management (NPM)*.²

Dieser mehrdimensionale, multiperspektivisch-interdependente Begründungszusammenhang stellt alle Beteiligten und damit insbesondere die Arbeitnehmerselbstverwalter in den Verwaltungsräten der gesetzlichen Krankenkassen vor komplexe Herausforderungen.

Zwar eröffnet der medizinisch-technische Fortschritt, insbesondere durch die Möglichkeiten der sich dynamisch entwickelnden Informations- und Kommunikationstechnologien bis vor kurzem ungeahnte Behandlungsmöglichkeiten und Therapieansätze, aber ebenso dynamisch entwickeln sich auch die hierdurch bedingten Kosten und Ausgaben. Begünstigt wird diese Ausgabendynamik durch gut aufgestellte Interessensgruppen und durch die demo-

grafische Entwicklung in fast allen westlichen Industriegesellschaften. Die hieraus resultierende, über die Lebenszeit längere Inanspruchnahme medizinischer Leistungen ist häufig verbunden mit teuren, multimorbiden und chronischen Krankheitsverläufen sowie Pflegebedürftigkeit in den letzten Lebensjahren. Hinzu kommen strukturelle Defizite im Gesundheitssystem, die in dieser Akzentuierung in kaum einem anderen volkswirtschaftlichen Sektor vorliegen – schließlich geht es um »Gesundheit«. Gut aufgestellte, renditesuchende Interessensgruppen konkurrieren auf einem kaum überschaubaren und emotional aufgeladenen Terrain um zunehmend knapper werdende Ressourcen mit engen Verteilungsspielräumen.

Auch wenn die aktuelle gesundheits- und fiskalpolitische, zum Teil groteske Züge annehmende Diskussion über die Überschüsse im Gesundheitsfonds und bei den gesetzlichen Krankenkassen derzeit einen anderen Anschein erweckt: Der weitgehend eindimensionale Begründungszusammenhang zwischen beitragspflichtigen Einnahmen und Einkommen aus unselbstständiger Arbeit wird die angesammelten Überschüsse spätestens bei einer Eintrübung des konjunkturellen Klimas dahinschmelzen lassen wie Schnee in der Frühlingssonne. Auch die nachhaltige Veränderung der Erwerbsstruktur mit einer zunehmenden Zahl an häufig prekären Arbeitsverhältnissen wird die Erosion der beitragspflichtigen Einnahmen verstärken. Die durch Finanz- und Schuldenkrise sich kata-

¹ Die Veröffentlichung des vollständigen Projektberichts soll in Kürze in den Schriftenreihen der Hans-Böckler-Stiftung erfolgen.

² Seit den 1990er Jahren steht NPM für eine Reform und Modernisierung von Staat und Verwaltung, die durch verstärkte Markt- und Wettbewerbsorientierung, Outputorientierung, dezentrale Grundstrukturen sowie durch stärkere Orientierung am Unternehmensmodell und an Kunden- bzw. Bürgerorientierung gekennzeichnet ist. Grundlegend dazu siehe beispielsweise Werner Jann/Manfred Röber/Hellmut Wollmann: *Public Management – Grundlagen, Wirkungen und Kritik*, Berlin 2006 oder Kuno Schedler/Isabella Proeller: *New Public Management*, Bern 2011.

SELBSTVERWALTUNG | GESUNDHEIT

lytisch verschärfende Lage der öffentlichen Haushalte wird den finanzpolitischen Handlungsspielraum zum Ausgleich versicherungsfremder Leistungen oder sonstiger Finanzierungsdefizite in der GKV weiter einschränken.

Ökonomischer Steuerungsbedarf ergibt sich auch aus dem geänderten Rollenverständnis gesetzlicher Krankenkassen als Teil der mittelbaren Staatsverwaltung: Unter dem Begriff des *New Public Management* erfahren Kassen mehr und mehr eine unternehmerische Orientierung, welche zwangsläufig die Anwendung betriebswirtschaftlicher Instrumente und Managementmethoden impliziert. Diese verstärkt unternehmerische Ausrichtung der Kassen in einem politisch gewollten wettbewerblichen Umfeld zwingt die Kassen, die zur Verfügung stehenden Ressourcen vermehrt nach den Prinzipien einer Public Governance auf Transparenz, Effizienz, Effektivität und Wirtschaftlichkeit auszurichten. Versicherte und Steuerzahler wollen wissen, was mit ihren Beiträgen und Steuern geschieht. Kassen verlassen zunehmend ihre tradierte Rolle als »payer« und werden immer mehr zu mächtigen, um Versicherte konkurrierende »player« im Gesundheitssystem. Die derzeit im Rahmen der Novelle des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen diskutierte Erweiterung des Anwendungsbereichs des Kartellrechts auf die gesetzlichen Krankenkassen³ greift diese politisch intendierte Hinwendung der Kassen zu unternehmerischen und marktwirtschaftlichen Prinzipien auf: Die Kassen sollen zukünftig schon allein wegen ihrer Größe und der damit verbundenen Marktmacht dem Anwendungsbereich kartellrechtlicher Normen und einer strikten Fusionskontrolle unterworfen werden.

Letztlich geht es auch im Gesundheitswesen immer um eine effiziente Allokation knapper Ressourcen. Zur Lösung dieses ökonomischen Steuerungsproblems stehen alternative Ordnungstypen zur Verfügung, deren Auswahl jedoch durch die Besonderheit und Komplexität des Gesundheitswesens erschwert wird.

2. Ordnungstypen im Gesundheitswesen

Die zuletzt genannte Problemstellung, die Auswahl eines geeigneten Ordnungstyps, ist Gegenstand einer Vielzahl gesundheitsökonomischer Untersuchungen.⁴ Angesichts der auch im Gesundheitswesen bestehenden Knappheit soll durch eine möglichst effiziente Allokation von Ressourcen eine qualitativ hochwertige, bedarfs- und präferenzgerechte, aber auch eine wirtschaftliche medizinische Versorgung sichergestellt werden. Zur Beantwortung der Fragen, welche Gesundheitsgüter wie produziert werden sollen und nach welchen Kriterien das Produktionsergebnis dann verteilt werden soll, stehen sich aus idealtypischer Perspektive zunächst zwei alternative Ordnungstypen gegenüber: Markt und Staat.

Ökonomen sprechen sich mehrheitlich für eine marktwirtschaftliche Steuerung knapper Ressourcen aus. Der unreflektierte Glaube an die Vorteilhaftigkeit einer marktwirtschaftlichen Steuerung im Gesundheitswesen führt jedoch in die Irre, da hier auf Grund von Besonderheiten bestimmte Funktionsvoraussetzungen häufig nicht gegeben sind und Marktversagen indiziert ist: Eingeschränkte Konsumentensouveränität und mangelnde Transparenz auf Grund asymmetrischer Informationslagen, externe Effekte, moral hazard⁵, ruinöse Konkurrenz, Größenvorteile und Gesundheitsgüter, welche die Eigenschaften öffentlicher Güter aufweisen, relativieren die Vorteilhaftigkeit marktwirtschaftlicher Steuerungsmechanismen. Allein schon aus diesen Gründen ist eine politisch-dogmatische, häufig werturteilsmäßig aufgeladene Argumentation gegen Markt und Wettbewerb mit Bezug auf die Besonderheiten von »Gesundheit« als Vertrauens- oder Optionsgut nicht erforderlich. Oft reicht der Verweis auf die fehlenden theoretischen Funktionsvoraussetzungen für eine marktwirtschaftliche Steuerung aus.

Aber auch eine überwiegend staatliche, zentrale Ressourcensteuerung, wie beispielsweise durch den *National Health Service* in Großbritannien, weist eine unübersehbare Zahl an Dysfunktionalitäten und Steuerungsdefiziten auf: Rationierung von Gesundheitsgütern, schlechter Service und Warteschlangen sind symptomatisch. Abgesehen von der allen Bürokratien inhärenten X-Ineffizienz⁶ besteht bei einer Finanzierung über den Staatshaushalt zusätzlich die Gefahr einer von staatlicher Kassen- und Haushaltslage abhängigen Gesundheitspolitik: angesichts der derzeitigen Schuldenproblematik in Europa wahrlich keine verlockende Perspektive.

Beide Ordnungstypen, also Markt und Staat, scheinen hinsichtlich Ihres Steuerungspotenzials nur begrenzt geeignet, die grundsätzlichen gesundheitsökonomischen Fragen einer Lösung näherzubringen. Dies überrascht insofern nicht, als sich das Gesundheitssystem als außerordentlich komplex darstellt und viele Spezialfälle der volkswirtschaftlichen Theorie in sich vereint. Markt und Staat haben ihre unbestreitbare Effizienz in bestimmten Bereichen der Versorgung, in anderen aber nicht. Gerade im Gesundheitswesen scheinen sie den komplexen Herausforderungen häufig nicht zu genügen.

3 vgl. dazu Stephan Rixen: Bessere Gesundheitsversorgung durch mehr Kartellrecht? Zum Entwurf des 8. GWB-Änderungsgesetzes. Krankenkassen sollen unter die Kuratel des Bundeskartellamts gestellt werden. In: *SozSich* 7/2012, S. 266–273; Wettbewerb im Gesundheitswesen – Welche gesetzlichen Regelungen empfehlen sich zur Verbesserung eines Wettbewerbs der Versicherer und Leistungserbringer im Gesundheitswesen?, S. 310 ff. in diesem Heft

4 Auf die Vor- und Nachteile verschiedener Ordnungstypen im Gesundheitswesen machten bereits aufmerksam: Philipp Herder-Dorneich: Ökonomische Theorie des Gesundheitswesens: Problemgeschichte, Theoretische Grundlagen, Baden-Baden 1994, S. 679–689 sowie Günter Neubauer: Konkurrenz der Steuerungssysteme in der Gesetzlichen Krankenversicherung, in: Philipp Herder-Dorneich (Hrsg.): Überwindung der Sozialstaatskrise. Baden-Baden 1984, S. 149–167.

5 Ein moral hazard (moralisches Risiko) droht, wenn ein Widerspruch entsteht zwischen dem, was für die Allgemeinheit (Kollektiv), und dem, was für das Individuum vernünftig ist.

6 X-Ineffizienz steht für mangelnde Effizienz in Form von erhöhten Produktionskosten, die eine Folge von fehlendem Wettbewerbsdruck, mangelnder Motivation von Mitarbeitern und Management in einem Unternehmen sowie zunehmender innerbetrieblicher Bürokratisierung eines solchen sein können. Aus neoklassischer Sicht produzieren alle Unternehmen bei vollständiger Konkurrenz per definitionem x-effizient. Jedes Unternehmen, das weniger effizient als ein anderes produziert, kann sich dauerhaft nicht behaupten. Mit Blick auf Wohlfahrtsverluste konnte Harvey Leibenstein aufzeigen, dass allokativer Ineffizienz für sich allein genommen nur wenig erklärt. Die nicht allokativer Komponente, die den überwiegenden Rest erklärt, nannte er X-Ineffizienz (vgl. Harvey Leibenstein: Allocative Efficiency, X-Efficiency, in: *American Economic Review* 3/1966, S. 392–415

3. Steuerungseffizienz von Selbstverwaltung als »dritter« Weg

Vor dem Hintergrund unbefriedigender Steuerungsergebnisse von Markt und Staat liegt es nahe, alternative Ordnungstypen in Bezug auf ihren Problemlösungsbeitrag zu untersuchen. Als denkbare Alternative rückt dabei ergänzend ein seit über 100 Jahren bewährtes Instrument erneut ins Blickfeld: die soziale Selbstverwaltung als dezentral-subsidiäres System der Entscheidungsfindung durch Verhandeln. Im Fokus der vorliegenden Untersuchung stehen jedoch nicht input-legitimierende Aspekte wie Ur- oder Friedenswahlen, sondern der output-legitimierende Beitrag von Selbstverwaltung zur Gewährleistung einer qualitativ hochwertigen, bedarfsgerechten, wirtschaftlich effizienten und solidarischen Versorgung mit Gesundheitsgütern.

Die Nähe der Selbstverwalter zu den Bedarfsträgern (Versicherte und Patienten) und Bedarfsdeckern (Kassen und Leistungsanbieter) kann sich vorteilhaft auf die Berücksichtigung von Versicherten- und Patientenbelangen auswirken. Selbstverwaltung kann idealiter an der Schnittstelle zwischen Anbietern und Nachfragern wirken, um steuerungseffizient eine präferenz- und bedarfsorientierte Versorgung mit Gesundheitsgütern zu gewährleisten.

Aber auch aus sozialer Perspektive überzeugt die Selbstverwaltung: Sie konkretisiert durch die Einbindung gewählter Versichertenvertreter (Arbeitnehmer) in die Entscheidung über Fragen von grundsätzlicher Bedeutung das Sozialstaatsgebot im Sinne einer solidarischen und verteilungsgerechten Gesundheitsversorgung. Sie stellt das »soziale Gewissen« der Sozialversicherung dar, indem sie das ökonomische Gebotene mit dem Prinzip des sozialen Ausgleichs verbindet.

Auch vor dem Hintergrund betroffenheitsbezogener Frustrationen und bürgerschaftlicher Proteste über das Versagen zentraler Entscheidungsprozesse bei der Lösung gesellschaftspolitischer Probleme und der Verlagerung von Entscheidungskompetenzen an nur unzureichend demokratisch legitimierte Instanzen könnte die Selbstverwaltung als Instrument der Partizipation eine Renaissance erleben: Sie ist bürgernah, beteiligungsorientiert und demokratisch durch mittelbare Politikabstimmung legitimiert.

Die soziale Selbstverwaltung verkörpert darüber hinaus die in der verfassungsrechtlich garantierten Konstruktion von mittelbarer Staatsverwaltung angelegte Dekonzentration von Entscheidungskompetenzen und Dezentralisation von Aufgaben. Durch ihre föderalistische und ebenengerechte Konstruktion agiert sie subsidiär und betroffenenorientiert, da sie die freiheitliche Selbstregelung und Selbstbesorgung öffentlicher Angelegenheiten an die Versicherten und Patienten sowie ihre sachkundigen Repräsentanten in wichtigen Entscheidungen über Gestalt, Inhalte und Prozesse der sozialen Krankenversicherung überträgt. Die Selbstverwaltung vereinbart das Verlangen nach wirtschaftlicher Effizienz im Gesundheitswesen mit dem Ideal einer sozial gerechten Gesellschaft und trägt somit zur innovativen, qualitätssichernden und solidarischen Fortentwicklung sozialer Sicherungssysteme bei.

Wissenschaftliche Untersuchungen zur sozialen Selbstverwaltung haben zumeist einen politikwissenschaftlichen und/oder soziologischen Hintergrund und beziehen sich in der Regel auf die input-legitimierenden Aspekte, vor allem zur (zukünftigen) Gestaltung von Sozialwahlen.⁷ Auch die gewerkschaftlichen Listenträger diskutieren derzeit im Zusammenhang mit der Erstellung des Abschlussberichts des Bundesbeauftragten für die Sozialwahlen 2011 nicht nur, aber vor allem das Für und Wider von Ur- und Friedenswahlen.⁸

Demgegenüber ist mit Blick auf die Selbstverwaltung als Instrument zur Durchsetzung von Versicherteninteressen als jüngere Arbeit die Studie von Bernard Braun, Martin Bultkamp und Daniel Lüdecke zu erwähnen, die auf breiter empirischer Grundlage Zustand, Probleme und Perspektiven der Selbstverwaltung analysiert und dabei der Selbstverwaltung eine nur unzulängliche Nutzung bestehender Handlungsmöglichkeiten attestiert.⁹

Hieran anknüpfend, wird die Arbeitshypothese dieses Projekts abgeleitet, dass soziale Selbstverwaltung nach wie vor eine ökonomische Steuerungsoption im Gesundheitswesen darstellt, welche die Besonderheiten des »Gesundheitsmarktes« angemessen berücksichtigt und das Sozialstaatsgebot in materieller Hinsicht für die unmittelbar Betroffenen konkretisiert. Der Schwerpunkt dieser Untersuchung liegt also vor allem in der Analyse des ökonomischen Steuerungspotenzials von Selbstverwaltung als »drittem« und ergänzend integrativem Weg zwischen Markt und Staat.

7 Vgl. exemplarisch Bernard Braun/Hartmut Reiners/Ulrike Teske: Selbstverwaltung in der Krankenversicherung. Bedingungen und Chancen gewerkschaftlicher Gesundheitspolitik als sozialpolitische Mitbestimmung, in: *SozSich* 10/1983, S. 316–324; Bernhard Braun/Martin Bultkamp: Zur Bekanntheit und Verankerung von Sozialwahlen und Selbstverwaltung in der GKV, in: *SozSich* 3/2005, S. 77–80; Bernard Braun/Tanja Klenk/Winfried Kluth/Frank Nullmeier/Felix Weltl: Geschichte und Modernisierung der Sozialversicherungswahlen, Baden-Baden 2008; dazu dies.: Modernisierung der sozialen Selbstverwaltung und der Wahl Ihrer Vertreter, in: *SozSich* 8/2008, S. 245–250.

Empirische Studien jüngerer Datums gibt es nicht allzu viele. Zu ausgewählten Fragestellungen oder Gestaltungsfeldern in der GKV siehe beispielsweise Christine Fromm: Betrieblicher Gesundheitsschutz und Soziale Selbstverwaltung. Gestaltungsaufgaben und Handlungsmöglichkeiten der Sozialen Selbstverwaltung im Zusammenhang mit der aktuellen Strukturreform des betrieblichen Gesundheitsschutzes, Dortmund Beiträge zur Sozial- und Gesellschaftspolitik, Münster 1999. Sowie zur Selbstverwaltung in der gesetzlichen Unfallversicherung siehe Frank Wattendorf: Qualifizierung der Selbstverwaltung der gesetzlichen Unfallversicherung zur Erfüllung des Präventionsauftrages, Sankt Augustin 1999.

8 vgl. dazu auch Ingo Nürnberger/Marco Frank: Nach der Wahl ist vor der Wahl: Vorschläge zur Weiterentwicklung der Sozialwahlen und Stärkung der sozialen Selbstverwaltung, in: *SozSich* 4/2012, S. 148–151; Günter Günter: Eine gewerkschaftliche Herausforderung: Selbstverwaltung verteidigen und weiterentwickeln, in: *SozSich* 6/2012, S. 206–211.

9 vgl. Bernard Braun/Martin Bultkamp/Daniel Lüdecke: Selbstverwaltung als Mechanismus zur Durchsetzung von Versicherteninteressen, in: Bernard Braun/Stefan Greß/Heinz Rothgang/Jürgen Wasem (Hrsg.): Einfluss nehmen oder Aussteigen: Theorie und Praxis von Kassenwechsel und Selbstverwaltung in der Gesetzlichen Krankenversicherung, Berlin 2008, S. 91–186; vgl. dazu auch Bernard Braun/Stefan Greß/Daniel Lüdecke/Heinz Rothgang/Jürgen Wasem: Funktionsfähigkeit und Perspektiven von Selbstverwaltung in der GKV. Ergebnisse von Umfragen bei Selbstverwaltern und Versicherten, in: *SozSich* 11/2007, S. 365–373.

SELBSTVERWALTUNG | GESUNDHEIT

4. Steuerungsvoraussetzungen der sozialen Selbstverwaltung

Wie bei anderen Ordnungstypen auch, so müssen bei einer Steuerung durch soziale Selbstverwaltung bestimmte Voraussetzungen erfüllt sein, damit sie ihr ökonomisches Steuerungspotenzial entfalten kann. In Analogie zur Kursbestimmung eines Schiffs müssen zunächst folgende Fragen beantwortet werden:

Wohin wird gesteuert?

Voraussetzung für ein erfolgreiches Handeln der Selbstverwalter ist zunächst die Orientierung an klaren Zielvorgaben. Nur wenn Ziel und Kurs hinreichend genau bestimmt sind, können sie ihrer Steuerungsverantwortung wirksam nachkommen. Diese müssen als praktische Handlungsanweisung für die betroffenen Selbstverwalter hinsichtlich ihres Inhalts, Ausmaßes und zeitlichen Bezugs möglichst konkret operationalisiert werden. Ganz allgemein setzt dies zunächst einmal ein klares Bekenntnis der Listenträger zur Zukunft der sozialen Selbstverwaltung als Teil einer umfassenden sozialpolitischen Strategie voraus. Diese darf sich nicht in allgemeinen Postulaten sozialprogrammatischer Lippenbekenntnisse erschöpfen, sondern setzt ganz konkret die Formulierung von Richtungsvorgaben für die zukünftige Versorgungs- und Vertragspolitik der Kassen voraus. Auf der (Arbeits-)Ebene des einzelnen Selbstverwalters sollten ebenfalls möglichst individuelle Ziele und Motive sowie greifbare Erwartungen an die eigene Selbstverwaltertätigkeit vorhanden sein.

Akzeptanz und Stellenwert der Selbstverwaltung hängen dabei weniger von der vermeintlichen »Schicksalsfrage« Ur- oder Friedenswahlen ab, sondern primär davon, inwieweit es ihr gelingt, zu einer bedarfsgerechten, wirtschaftlichen, qualitativ hochwertigen und nachhaltigen Gesundheitsversorgung beizutragen, sich also über den Output ihres Handelns zu legitimieren. Hierüber besteht unter den beteiligten Akteuren weitgehender Konsens. Die ambitionierte Herausforderung für Listenträger und Selbstverwalter besteht nun im Rahmen ihrer Freiheitsgrade darin, diese zwar anspruchsvollen, aber weitgehend unbestimmten Begriffe konkret zu füllen und für Versicherte und Patienten greifbar zu machen, d. h. den Mehrwert von Selbstverwaltung herauszustellen.

Womit kann gesteuert werden?

Die Ableitung und Formulierung operationaler Zwecke und Ziele ist zwar notwendig, aber bei weitem nicht hinreichend für die Wahrnehmung ökonomischer Steuerungsaufgaben. Diese können nur erfüllt werden, wenn den Selbstverwaltern geeignete Handlungsfelder aufgezeigt werden. Es muss im Einzelnen also genau dargelegt werden, welche Methoden, Möglichkeiten und Instrumente den Selbstverwaltungsakteuren zur Verfügung stehen, damit sie ihre Ziele auch erreichen können. Hier besteht kein Grund zu Pessimismus: Obwohl die formellen Handlungsspielräume der Selbstverwalter zugegebenermaßen in den vergangenen Jahren durch eine Vielzahl gesundheitspolitischer Reformen beschränkt wurden, steht ihnen immer noch eine ganze Reihe von Regelungs- und Steuerungskompetenzen zur Einflussnahme auf das Kassenhandeln zur Verfügung.¹⁰ Über die formal-rechtlichen Möglichkeiten hinaus ergibt sich zudem eine Fülle an informellen Handlungsmöglichkeiten. Diesen stehen jedoch unübersehbar formelle und informelle Hemmnisse gegenüber, sodass nach einer Gegenüberstellung und Abwägung aller Möglichkeiten und Beschränkungen ein »Netto-Steuerungspotenzial« für die Selbstverwaltung analysiert und abgeleitet werden sollte.

Wer steuert und wie wird kommuniziert?

Abschließend bleibt zu klären, nach welchen Kriterien Selbstverwalter ausgewählt werden sollen und wie diese untereinander, mit ihren Listenträgern sowie mit den Versicherten und den Patienten kommunizieren und interagieren. Dies ist keineswegs trivial: Die zunehmende Komplexität des Gesundheitssystems mit seinen vielfältigen ökonomischen, technologischen und vor allem polit-ökonomischen Interdependenzen stellt erhebliche persönliche und intellektuelle Anforderungen an den einzelnen Selbstverwaltungsakteur – und zwar hinsichtlich seiner fachlich-inhaltlichen, seiner methodischen und seiner sozialen Kompetenzen. Gesucht werden geeignete »Selbstverwalter-Persönlichkeiten«, die – wollen sie die Zusammensetzung der Versichertengemeinschaft ausreichend repräsentativ vertreten – durchaus vermehrt aus dem Kreis der Arbeitnehmerinnen stammen und insgesamt jünger sein sollten. Dies setzt zunächst vor allem im gewerkschaftlichen Kontext eine Neujustierung und -positionierung des Ansehens der Selbstverwaltung sowie der Rollen von Aufsichtsrat, Betriebsrat und Selbstverwaltung voraus.¹¹

Gelingt die Auswahl »geeigneter« Selbstverwalter, so müssen diese dann in zweifacher Hinsicht ausreichend Unterstützung erfahren: Zum einen müssen sie durch geeignete und auf Dauer angelegte Aus-, Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen befähigt werden, ihren Aufgaben als Selbstverwalter verantwortungsvoll nachzukommen. Zum anderen darf ihre Begleitung und Betreuung durch die Listenträger nach den Sozialwahlen nicht abgeschlossen sein. Vielmehr bedürfen sie der ständigen, über die gesamte Wahlperiode fortdauernden Unterstützung durch personelle Ressourcen, möglichst in Form qualifizierter

¹⁰ Vgl. dazu Harry Fuchs: Der Verwaltungsrat in der GKV: Seine Aufgaben, Rechte, Handlungsgrundlagen und -instrumente, in: SozSich 11/2011, S. 365–372; Angelika Beier/Günter Güner: Zur Arbeit des Verwaltungsrates: Selbstverwaltung braucht Versichertennähe, Versorgungsorientierung und Transparenz, in: SozSich 11/2011, S. 372–376

¹¹ Vgl. beispielhaft die Broschüren der IG Metall: »Starthilfe für Selbstverwalterinnen und Selbstverwalter in der GKV«, Frankfurt a. M. 2011 und »Aktiv im Interesse der Versicherten! Gute Leistungen gerecht finanziert«, Frankfurt a. M. 2010; im Internet unter: www.igmetall.de → Suchbegriff eingeben sowie den »Tag der Selbstverwaltung« von ver.di am 18. Mai (mehr unter: www.verdi.de → Themen → Nachrichten → 18. Mai). Nach Angaben von ver.di-Bundesvorstandsmitglied Elke Hannack ist es »ver.di bei den Wahlen 2011 gelungen, den Frauenanteil auf 46 Prozent zu erhöhen und das Durchschnittsalter der eigenen Aktiven auf 54 zu senken.« Mit mehr Transparenz über die Aufgaben der Selbstverwaltung sollen weitere junge Kandidat/inn/en für die nächste Wahl in fünf Jahren gewonnen werden.

Ansprechpartner oder Selbstverwaltungsstellen, aber auch durch Sachmittel und ausreichende Zeitbudgets für ihr ehrenamtliches Engagement. Eine einheitliche, ziel- und versichertenorientierte Willensbildung und -durchsetzung setzt unter Zuhilfenahme modernster Technik eine professionelle Vernetzung aller Akteure voraus. Nur so kann im Zusammen- und Wechselspiel mit der Arbeitgeberseite und dem Vorstand einer Kasse erfolgreiche Selbstverwaltung gelingen.

Soll sich Selbstverwaltung über den Output legitimieren und in den Augen der betroffenen Öffentlichkeit einen höheren Stellenwert genießen, so muss ihr Handeln auch transparent sein. Diese Transparenz darf sich nicht auf die einseitige Darstellung ihres erfolgreichen Wirkens beschränken. Kommunikation muss im Sinne von Interaktion in beide Richtungen erfolgen: vom Selbstverwalter zum Versicherten/Patienten und umgekehrt. Nur so wird sichergestellt, dass Selbstverwalterhandeln auch den Präferenzen der Betroffenen entspricht. Dies insbesondere deshalb, weil eine Präferenzfassung über Wahlen in der sozialen Selbstverwaltung eher die Ausnahme darstellt.

5. Fragestellungen und Design des Projekts

Die vorliegende Untersuchung zielte auf die Beantwortung folgender Fragen ab:

- die Frage nach der Identifizierung von Handlungsfeldern mit ökonomischem Steuerungspotenzial,
- die Frage nach potentiellen Hemmnissen bei der Ausübung dieser Handlungsmöglichkeiten
- und darauf aufbauend die Frage nach Möglichkeiten der Kompetenzstärkung der Selbstverwalter.

Auf der Basis der in dieser Untersuchung erhobenen Daten konnten schließlich typische Probleme bzw. Spannungsverhältnisse in der Selbstverwaltung benannt werden. Neben allgemeinen Hemmnissen konnten individuelle Sorgen und Wünsche systematisch aufgezeigt werden. Die folgenden Forschungsergebnisse liefern somit einen Ausblick, der grundlegend sein kann für zukünftige Studien.

Das dabei angewandte zweistufige Untersuchungsdesign lässt sich wie folgt beschreiben: In einem ersten Schritt wurde die notwendige theoretische Rahmung für die Studie mittels einschlägiger Literatur erarbeitet. Die Aufarbeitung des aktuellen Forschungsstandes bestätigte, dass eine qualitative Befragung von Akteuren der sozialen Selbstverwaltung in der GKV zu den oben genannten Fragestellungen in dieser vertieften Weise praktisch nicht vorliegt¹², und somit die qualitative Befragung der Selbstverwaltungsakteure in der GKV die bisher vorhandene Forschung komplettieren kann.

In einem zweiten Schritt wurde dazu die Mikroperspektive eingenommen. Mit der Befragung von Selbstverwalterinnen und Selbstverwaltern wurde der Schwerpunkt der Studie auf die eigene Erhebung gelegt. Um zu erfahren, wo das Steuerungspotenzial durch die Selbstverwaltung zu optimieren ist, muss schließlich danach gefragt werden, welche Voraussetzungen für eine Steuerung überhaupt

gegeben bzw. eben nicht gegeben sind und darüber können letztlich nur die Akteure selbst berichten – es ist ihre Geschichte, die etwas erklärt.¹³

Das Leitfadenterview erwies sich hier als das passende Erhebungsinstrument. In den Gesprächen diente der Leitfaden dem Interviewer als Orientierung, d. h. die Befragung konnte auf eine bestimmte Fragerichtung begrenzt und bestimmte Probleme konnten dabei geklärt werden. Gleichzeitig konnte der Interviewer individuell und flexibel auf die befragten Akteure eingehen.

Der Leitfaden wurde nach drei inhaltlichen Bereichen konzeptualisiert, wovon nach einem narrativen Einstieg über den zweiten Bereich der Ist-Zustand und über den dritten der Soll-Zustand abgebildet werden konnte:

1. Persönliche Motivation und Ziele der Selbstverwalter (Wie kamen Sie zur Selbstverwaltung in der GKV?)
2. Handlungsfelder in der Selbstverwaltung (Was sind Ihre Handlungsfelder? Wo haben Sie Einfluss, wo nicht? Was sind Hemmnisse für Sie?)
3. Aufzeigen von Verbesserungsmöglichkeiten (Wie sähe der »ideale Selbstverwalter« aus? Was entspräche dem Soll-Zustand?)

Die Stichprobe bestand aus insgesamt 57 Befragten, wovon 49 Arbeitnehmervertreter waren, deren zahlenmäßiges Übergewicht sich aus der Forschungsperspektive ergab. Des Weiteren zählten vier Vorstände und vier Arbeitgebervertreter zur Stichprobe. Die erhobenen Daten wurden zunächst transkribiert und dann einer qualitativen Inhaltsanalyse unterzogen. Die daraus resultierenden Ergebnisse werden im Folgenden vorgestellt.

6. Projektergebnisse

Es gibt keine hinreichend operationalisierten Ziele, die das Handeln der Selbstverwalter ausrichten und über eine Wahlperiode hinweg für diese selbst oder Außenstehende (Listenträger, Versicherte) als Grundlage für einen Bewertungsmaßstab über das Ausmaß der Zielerreichung dienen könnten. Dieser Befund gilt ausnahmslos und wurde von den Befragten bestätigt, aber von einigen als unangemessen oder nicht praktikabel abgelehnt. Die Tätigkeit eines Verwaltungsrates sei nicht durch ein imperatives Mandat bestimmt und solle vielmehr ausschließlich der bestmöglichen Vertretung der Versicherteninteressen dienen.

Die Auslegung und Konkretisierung des Willens »der Versicherten« ist allerdings eine hochgradig gruppenspezifische Praxis, die sich aus sozialpolitischen Leitmaximen der Listenträger und individuellen Vorerfahrungen speist. So hatten einige Selbstverwalter vor Amtsantritt sozialpolitische Erfahrungen in der gewerkschaftlichen Gremienarbeit oder als Betriebsräte gesammelt. Andere hatten als hauptberufliche Gewerkschaftsmitarbeiter mit Teilbereichen der Selbstverwaltung zu tun. Die meisten Befrag-

¹² vgl. Bernard Braun/Martin Bultkamp/Daniel Lüdecke, a. a. O., S. 112/113

¹³ vgl. Jean-Claude Kaufmann: Das verstehende Interview, Konstanz 1999, S. 61



SELBSTVERWALTUNG | GESUNDHEIT

ten wurden unvorbereitet mit dem komplexen Tätigkeitsfeld eines Verwaltungsrats konfrontiert. Nichtsdestotrotz zeichnen sich Selbstverwalter durch eine umfassende sozialpolitische Motivation aus: Sie haben per se ein »soziales« Gewissen und verfügen auch ohne konkret benennbare Handlungsmöglichkeiten oder Nutzenperspektive über eine hohe intrinsische Motivation.¹⁴

Kontrastiert oder besser komplementiert wird dieses Befragungsergebnis mit der persönlichen Einschätzung hinsichtlich des Stellenwertes der Selbstverwaltung. Die Beurteilung der öffentlichen Wahrnehmung der Selbstverwaltung erfolgt realistisch pessimistisch und damit analog zu dem, was auch die Ergebnisse der Sozialwahlen seit vielen Jahren vermuten lassen: Dass einerseits die Möglichkeiten der Einflussnahme der Selbstverwaltungsorgane in der GKV gering eingeschätzt werden, wohingegen andererseits bei der Einschätzung hinsichtlich ihrer grundsätzlichen wie der Bedeutung für den einzelnen Selbstverwalter der hohe gesellschaftliche wie systemspezifische Stellenwert sozialer Selbstverwaltung betont wird.

Einander gegenüber stehen sich damit eine Überlagerung der Befunde der Einschätzung über einen geringen öffentlichen Stellenwert der Selbstverwaltung mit demjenigen des Fehlens operationaler Zielvorgaben und eine Überlagerung der Befunde des hohen gesellschaftlichen und gesundheitspolitischen Stellenwertes des eigenen Handelns mit dem des Vorhandenseins hoher persönlicher und sozialpolitischer Motivation. Dies kann auf der individuellen wie auf der öffentlich-gesellschaftlichen Ebene als ein Auseinanderklaffen der Ansprüche an die eigenen Handlungsmöglichkeiten und den Stand der Realisierung von Handlungsvoraussetzungen für die Erreichung dieser Ansprüche gedeutet werden.

Trotz aller Beschränkungen bleibt das Ergebnis aus der Differenz von formellen und informellen Handlungsmöglichkeiten und -beschränkungen positiv und lässt aus Sicht der Akteure ein relevantes »Netto-Steuerungspotenzial« aufscheinen. Dieses Steuerungspotenzial besteht in den sachbezogenen Detailkenntnissen, in der hohen intrinsischen Motivation sowie in der überwiegend konsensorientierten Zusammenarbeit zwischen Vorstand, Arbeitgeber und Versichertenvertretern, insbesondere in den Fach- und Widerspruchsausschüssen. Es bietet somit eine ausgezeichnete Ausgangssituation für eine Neuakzentuierung der sozialen Selbstverwaltung.

Vergleichbare Ergebnisse stellten sich bei der Betrachtung der Outputorientierung selbstverwalterischen Han-

delns ein. Die Befragten schätzen ihre Möglichkeiten, Einfluss auf eine Verbesserung der Gesundheitsversorgung in bedarfsorientierter, wirtschaftlicher und regionaler Hinsicht gering ein, obwohl sie fast alle Handlungsfelder richtig und vollständig benennen konnten. Insbesondere der Handlungsbedarf hinsichtlich besserer Instrumente zur Qualitätssicherung wird als dringlich artikuliert.¹⁵

Hinzu kommen die zahlreich und weit konkreter formulierten Handlungshemmnisse, die als Störgrößen erheblichen Einfluss auf die wahrgenommenen Möglichkeiten zur konkreten Ausgestaltung beispielsweise des Leistungsangebots oder der regionalen Versorgung haben. Auch hier legt das Modell zweckrationalen Handelns den Schluss nahe, dass die in der Befragung identifizierten Hemmnisse bereits die zur Alternative stehenden Handlungsmöglichkeiten beeinflussen und begrenzen. Dies gilt vor allem für das »einfache« Verwaltungsratsmitglied, wohingegen eine Reihe von befragten hauptamtlichen Vorständen wie auch Verwaltungsratsvorsitzenden sehr viel genauere und operationalisierte Handlungsziele für die Selbstverwaltung formulierten.

Eine Gegenüberstellung der Befunde zu den Zielvorgaben und Motivationen einerseits und zu den identifizierten Handlungsfeldern der sozialen Selbstverwaltung andererseits macht deutlich, dass es ein erhebliches Handlungs- und Vollzugsdefizit bei den realisierbaren Steuerungsmöglichkeiten gibt. Zweckrationale Handlungsmodelle postulieren die bewusste Setzung von Zwecken und eine ebensolche Auswahl der zur Erreichung dieser Zwecke eingesetzten Mittel. Zudem muss die Handlungssituation in Betracht gezogen werden, im Falle von Organisationen und Institutionen sind dies also die gesellschaftlichen Regeln und Erwartungsstrukturen, die das Handeln der an diesen Organisationen und Institutionen orientierten Personen kanalisiert. Sowohl hinsichtlich der Auswahl der Ziele und Zwecke selbstverwalterischen Handelns im Sinne einer Vorgabe durch die Listenträger, als auch mit Blick auf die Mittel, d. h. das Wissen um die konkrete Beschaffenheit der Handlungsfelder und die auf diesen umsetzbaren Einflussmöglichkeiten, kann weder von einer zweckorientierten noch von einer rationalen Form der Handlungsorganisation gesprochen werden. Operationale Zielvorstellungen, wie sie zwar in allgemeiner, aber ein Selbstverwaltungshandeln nur mangelhaft anleitenden Form vorliegen und vornehmlich nur im Zeithorizont anstehender Sozialwahlen aktualisiert werden, überlassen den Selbstverwalter im grundsätzlich spannungsreichen Zielkonflikt von Kassen- und Versichertenorientierung sich selbst.

Vorschläge und Ansätze, diesem Missstand abzuhefen, umfassen die Bereiche einer

- gezielten Rekrutierung geeigneter »Selbstverwalter-Persönlichkeiten«¹⁶,
- zentral wie dezentral organisierten Aus-, Fort- und Weiterbildung mit Blick auf rechtliche, betriebswirtschaftliche und gesundheitsökonomische Fragestellungen für die in Zukunft wohl noch kleiner werdende Zahl von Selbstverwaltern,
- deutlich besseren Unterstützung durch Personal-, Sach- und Zeitmittel
- sowie einer systematischen Vernetzung.

¹⁴ Also das Bestreben, etwas um seiner selbst willen zu tun (weil es einfach Spaß macht, Interessen befriedigt oder eine Herausforderung darstellt) und nicht, weil man sich davon einen persönlichen Vorteil (eine Belohnung) verspricht.

¹⁵ Die Erarbeitung besserer Kontrollinstrumente im Bereich der Qualitätssicherung setzt voraus, dass zunächst Einigkeit über die Richtlinien und Kriterien zur Messung von Qualität im Bereich der Gesundheitsversorgung hergestellt worden ist. Dies scheint derzeit nicht gegeben. Vgl. ausführlich Thomas Kliche: Versorgungsstrukturen und Qualitätssicherung für Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland, in: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 2/2011, S. 194-206.

¹⁶ D. h. kompetenzorientierte Rekrutierung jüngerer, im Erwerbsleben stehender Personen sowie eine verstärkte Berücksichtigung weiblichen Nachwuchses.



Zu diesen, am Selbstverwaltungs-Akteur anknüpfenden Verbesserungsvorschlägen müssen sich Maßnahmen zur Herstellung von Transparenz über die Prozesse, Inhalte und Steuerungsmöglichkeiten auf organisatorischer wie institutioneller Ebene gesellen: Von den Listenträgern wird eine kontinuierliche Unterstützung beim Aufbau von Strukturen gewünscht, die einerseits den Erfahrungsaustausch und das Wissensmanagement betreffen, andererseits aber auch eine Plattform für den interaktiven Austausch mit den Versicherten selbst bieten. Letzteres kann einen Mechanismus zur Erfassung von Versicherteninteressen darstellen, der zur Unterstützung des Aufbaus von Vertrauensverhältnissen genutzt werden kann, die wiederum eine wichtige Voraussetzung sind für die Weitergabe und Aufnahme von Bedürfnissen und Perspektiven der Versicherten.

7. Zusammenfassung

Aus den Projektergebnissen können nun einige Schlussfolgerungen für die zukünftige Ausgestaltung und Weiterentwicklung der sozialen Selbstverwaltung gemacht werden. Es wird deutlich, dass ein klares Bekenntnis zur Zukunft der Selbstverwaltung als drittem Weg zwischen Markt und Staat erforderlich ist – und zwar als Teil einer umfassenden sozial-politischen Strategie. Das Projekt zeigte auf, dass vielfach ein Mangel an konkreten, »smarten«¹⁷ Zielen für Selbstverwalter herrscht.

Die bereits angesprochene und im Fokus der Untersuchung behandelte Output-Legitimation der sozialen Selbstverwaltung kann durch eine stärkere Ergebnisorientierung der Akteure gefestigt werden. Dazu werden aber auch Richtungsvorgaben für die künftige Versorgungs- und Vertragspolitik benötigt. Die Selbstverwalter müssen befähigt werden, die vorhandenen Steuerungspotenziale und Handlungsfelder besser zu nutzen.

Angesichts knapper personeller, sachlicher und zeitlicher Ressourcen könnte hier neben einer curricular und modular strukturierten, für alle Selbstverwalter verpflichtenden Aus-, Fort- und Weiterbildung eine themen- und zeitraumbezogene Schwerpunktbildung für die Aktivierung ökonomischer Steuerungspotenziale indiziert sein. Dadurch kann ein erster Schritt unternommen werden, die im Projekt identifizierten Hemmnisse (mangelnde Vorbereitung auf das Amt, mangelnde Zielsetzungen) stufenweise zu eliminieren.

Ein weiteres Ziel sollte es sein, den Blick bei der Rekrutierung geeigneter Selbstverwalter auf jüngere Kandidaten zu richten. Auch der Gender-Aspekt muss noch stärker berücksichtigt werden. Doch um die soziale Selbstverwaltung aus dem »Dornröschenschlaf« zu erwecken, scheint insbesondere eine Transparenzoffensive angeraten. Über

Printmedien, elektronische Medien, Veranstaltungen und persönliche Kontakte können Selbstverwalter versuchen, Transparenz zu schaffen.¹⁸ Bereits eine verbesserte Öffentlichkeitsarbeit und eine professionelle Vernetzung aller Akteure kann zu jener Kompetenzsteigerung der Selbstverwalter beitragen, die es ihnen ermöglicht, Handlungsfelder für sich zu identifizieren, Hemmnisse abzubauen und die eigene Handlungskompetenz zu stärken. ■

Die Autoren:

Dr. Katharina Baumeister ist wissenschaftliche Mitarbeiterin im Bayerischen Staatsministerium für Wissenschaft, Forschung und Kunst und war bis 2011 Projektmitarbeiterin im Projekt »Soziale Selbstverwaltung in der gesetzlichen Krankenversicherung: Ökonomische und soziale Handlungsperspektiven für Versicherte und Arbeitnehmer«. Dipl.-Soziologie univ. Andreas Hartje und Dipl.-Soziologin univ. Nora Knötig sind Projektmitarbeiter im Projekt »Soziale Selbstverwaltung in der gesetzlichen Krankenversicherung: Ökonomische und soziale Handlungsperspektiven für Versicherte und Arbeitnehmer« und wissenschaftliche Mitarbeiter am Institut für Ökonomie und Recht an der Fakultät für Betriebswirtschaft der Universität der Bundeswehr München. Prof. Dr. Thomas Würstlich ist Professor für Volkswirtschaftslehre an der Universität der Bundeswehr München.

Bundesversicherungsamt zu Verfehlungen eines Selbstverwalters

Das Bundesversicherungsamt (BVA) übt in seinem am 13. August vorgelegten Tätigkeitsbericht für das Jahr 2011 teilweise auch Kritik an Verfehlungen der Selbstverwaltung. So habe es in einem Fall »ungewöhnliche Geschäftsbeziehungen« zwischen einer Kasse und einem Meister der Informations- und Elektrotechnik gegeben, der gleichzeitig als Arbeitgebervertreter dem Verwaltungsrat der Kasse angehörte. Er war mit umfangreichen Sanierungsarbeiten in den Räumlichkeiten eben dieser Kasse beauftragt worden – auch mit Gewerken, zu denen er keine vorgeschriebene Zulassung besaß. Dies stelle eine unerlaubte Handwerksausübung und zudem Schwarzarbeit dar. Die Kasse und der Meister müssten mit einem Ordnungswidrigkeitsverfahren und einem Bußgeld von 50.000 Euro rechnen, so das BVA. Das Amt ist als Aufsichtsbehörde für diejenigen Versicherungsträger zuständig, deren Zuständigkeitsbereich sich über das Gebiet eines Bundeslandes hinaus erstreckt. Dazu gehörten Ende 2011 auch 88 bundesunmittelbare Kassen. Das BVA prüft insbesondere das Verwaltungshandeln beim Haushalts-, Kassen- und Rechnungswesen sowie der Vermögenswirtschaft.

¹⁷ Ziele sollten dem Akronym SMART zufolge spezifisch (S), messbar (M), attraktiv (A), realistisch (R) und terminiert (T) sein; vgl. dazu z.B. Jens Hollmann: Führungskompetenz für Leitende Ärzte: Motivation, Teamführung, Konfliktmanagement im Krankenhaus, Heidelberg 2010, S. 26

¹⁸ vgl. auch Udo Kruse/Silke Kruse: Wie Krankenkassen über ihre Selbstverwaltungen informieren; dies.: Die Selbstverwaltung in den Mitgliederzeitschriften der DAK, beide in: SozSich 11/2010, S. 370–377