

GVG

ZUKUNFT DER SOZIALEN SELBSTVERWALTUNG – DEMOKRATISCH, EFFIZIENT, MODERN?

Tagungsband zum Symposium des Wissenschaftlichen Beirates
der GVG vom 27. Mai 2019

Zukunft der sozialen Selbstverwaltung – demokratisch, effizient,
modern?

Tagungsband zum Symposium des Wissenschaftlichen Beirates
der GVG vom 27. Mai 2019

Berlin: GVG 2020

Das Werk ist in allen seinen Teilen urheberrechtlich geschützt.
Jede Verwertung ist ohne Zustimmung der Herausgeberin unzulässig.
Dies gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen,
Mikroverfilmungen sowie die Einspeicherung in und Verarbeitung
durch elektronische Systeme.

© 2020 Gesellschaft für Versicherungswissenschaft
und -gestaltung e.V. (GVG)
Reinhardtstraße 34, 10117 Berlin

Koordination und Redaktion
Joscha Schwarzwälder, GVG

Layout, Satz
Isabel Kurtenbach, www.dk-copiloten, Köln

Druck
Druckhaus Süd GmbH, Köln

Printed in Germany
ISBN 978-3-939260-19-6

GVG

ZUKUNFT DER SOZIALEN SELBSTVERWALTUNG – DEMOKRATISCH, EFFIZIENT, MODERN?

Tagungsband zum Symposium des Wissenschaftlichen Beirates
der GVG vom 27. Mai 2019

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft
und -gestaltung e.V. (GVG) (Hrsg.)

VORWORT

Die Selbstverwaltung ist ein zentrales Strukturmerkmal des deutschen Sozialstaatsmodells. Bereits seit Gründung der ersten Sozialversicherungszweige in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts garantieren die eigenverantwortliche Mitgestaltung durch die Betroffenen und die Zusammenarbeit der Sozialpartner eine bedarfsorientierte Versorgung der Versicherten. Die soziale Selbstverwaltung ermöglicht – so die Idee – die Partizipation der Bürgerinnen und Bürger, fördert die Akzeptanz der Sozialversicherung in der Bevölkerung und leistet damit einen wichtigen Beitrag zur Stabilität der Wirtschafts- und Gesellschaftsordnung.

Auch dem Einsatz der GVG ist es zu verdanken, dass das Prinzip der Selbstverwaltung vor 70 Jahren wieder Einzug in die Organisation der sozialen Sicherung erhalten hat. Die GVG war immer eine Verfechterin des Selbstverwaltungsprinzips und hat die Selbstverwaltung im Laufe der vergangenen Jahrzehnte auch immer wieder zum Thema gemacht, zuletzt etwa mit dem 2008 veröffentlichten Band 60 der Schriftenreihe „Bedeutung der Selbstverwaltung in der deutschen Sozialen Sicherung. Formen, Aufgaben, Entwicklungsperspektiven“. Heute, im Jahr 2019, gibt es noch 158 selbständige Sozialversicherungsträger mit eigener Selbstverwaltung, wenn auch mit unterschiedlichen Organen und Aufgabenbefugnissen. Den Großteil machen dabei die 107 selbständigen Krankenkassen aus. Daneben existieren 33 Unfallversicherungsträger, 16 Rentenversicherungsträger, die landwirtschaftliche Sozialversicherung sowie die Bundesagentur für Arbeit.

Die soziale Selbstverwaltung zeichnete sich im Laufe ihrer Geschichte durch ihre Stabilität, aber auch durch ihre Wandlungsfähigkeit aus. Nach und nach wurde sie auf weitere Bereiche übertragen. Begleitet wurde dieser Prozess aber auch immer wieder von einer teils grundsätzlichen Kritik. Demnach leidet die Selbstverwaltung unter Legitimations-

defiziten, einer geringen Effizienz, hohen Kosten sowie intransparenten und inflexiblen Strukturen. Bemängelt wird außerdem der durch den Gesetzgeber zunehmend eingeschränkte Handlungsspielraum, der den Stellenwert der Selbstverwaltung in den Augen der Bevölkerung weiter schwächt.

Angesichts der zahlreichen Kritikpunkte wird seit längerem über eine Weiterentwicklung oder gar eine grundlegende Modernisierung der sozialen Selbstverwaltung diskutiert. Auch der Koalitionsvertrag der 19. Legislaturperiode formuliert die Absicht, „die Selbstverwaltung [zu] stärken und gemeinsam mit den Sozialpartnern die Sozialwahlen [zu] modernisieren“. Bisher besteht allerdings weder innerhalb der Selbstverwaltung noch politisch ein Konsens darüber, wie die Selbstverwaltung angepasst und für das 21. Jahrhundert aufgestellt werden sollte.

Ziel des Symposiums des Wissenschaftlichen Beirates der GVG 2019 war es, im Dialog zwischen Wissenschaft und Praxis die Diskussion um die Zukunft der sozialen Selbstverwaltung neu zu beleben und Anregungen und Vorschläge zur ihrer Weiterentwicklung zu geben. Der vorliegende Band dokumentiert die Beiträge der Referentinnen und Referenten. Sie beleuchten aus unterschiedlichen Perspektiven den Anspruch und die Legitimation der Selbstverwaltung, verdeutlichen anhand konkreter Beispiele ihre Rolle und Leistungsfähigkeit und zeigen mögliche Reformfordernisse und Lösungsansätze auf.

Prof. Dr. Gregor Thüsing
Vorsitzender des Wissenschaftlichen Beirates

Prof. Dr. Dr. h.c. Eberhard Eichenhofer
Ko-Vorsitzender des Wissenschaftlichen Beirates

Dr. Sven-Frederik Balders
Geschäftsführer

INHALT

GRUNDLAGEN	11
Der Begriff der Selbstverwaltung am Beispiel der Kassenärztlichen Vereinigungen	
Prof. Dr. Gregor Thüsing	13
Anspruch und Idee der sozialen Selbstverwaltung – Aktuelle Entwicklungen und Fragen	
Prof. Dr. Peter Axer	21
SOZIALE SELBSTVERWALTUNG IN DER RENTENVERSICHERUNG UND REHABILITATION	37
Gestaltungsspielräume der Selbstverwaltung in der Rentenversicherung	
Prof. Dr. Ralf Kreikebohm	39
Selbstverwaltung der Rehabilitationsträger – eine Erfolgsgeschichte?	
Prof. Dr. Felix Welti	47
Impuls aus der Praxis: Selbstverwaltung ist gelebte Demokratie und Sozialpartnerschaft im besten Sinne	
Dagmar König	59

SELBSTVERWALTUNG IN DER GESETZLICHEN KRANKEN- VERSICHERUNG	65
Soziale Selbstverwaltung zwischen Wettbewerb und Staatsintervention Prof. Dr. Dr. Thomas Gerlinger	67
Soziale Selbstverwaltung im Spannungsfeld von Interessenausgleich, Effizienz und Innovation Prof. Dr. Winfried Kluth	79
Impuls aus der Praxis: Ohne Maß und Vernunft – falsch und gefährlich Dr. Volker Hansen	99
FAZIT	105
Soziale Selbstverwaltung – Quo vadis? Prof. Dr. Dr. h.c. Eberhard Eichenhofer	107

GRUNDLAGEN



DER BEGRIFF DER SELBSTVERWALTUNG AM BEISPIEL DER KASSENÄRZTLICHEN VEREINIGUNGEN

Prof. Dr. Gregor Thüsing, Universität Bonn

I. Selbstverwaltung als Autonomie

Was bedeutet Selbstverwaltung? Der Jurist schaut zunächst ins Gesetz. Gemäß § 78 Abs. 3 S. 1 SGB V unterliegen die Kassenärztlichen Vereinigungen und Bundesvereinigungen staatlicher Aufsicht, wobei diese sich ausdrücklich „auf die Beachtung von Gesetz und sonstigem Recht“ beschränkt. Dies bedeutet zunächst, dass die Aufsichtsbehörde ausschließlich zur Wahrung des Rechts und zur Überprüfung der Gesetzmäßigkeit der Selbstverwaltung tätig wird, wobei stets der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit und maßvollen Ausübung der Rechtsaufsicht zu beachten ist.¹ Insoweit können Entscheidungen der Körperschaft „hinzunehmen sein, sofern sie ‚vertretbar‘ sind“²; wenn sich das Handeln aber noch im Bereich des Vertretbaren bewegt, sind Beanstandungen durch die Aufsichtsbehörde im Rahmen der Rechtsaufsicht rechtswidrig.³ Ein Eingriffsrecht in Form der aufsichtsrechtlichen Beanstandung gemäß § 78 Abs. 3 S. 8 SGB V i.V.m. § 89 SGB IV kann daher nur dann bestehen, wenn die Körperschaft offensichtlich rechtswidrig handelt oder – präventiv – offensichtlich rechtswidriges Handeln zu befürchten ist. Dagegen kann die Zweckmäßigkeit einer Maßnahme kein Kontrollgegenstand sein, da die Beurteilung der Zweckmäßigkeit wesentliches Element der Selbstverwaltungsgarantie ist.⁴ Eine parallele

1 BSG, Urt. v. 20.3.2018 – B 1 A 1/17 R, BeckRS 2018, 8319, Rn. 16; BSG, Beschl. v. 19.3.2015 – B 1 A 2/14 B, CCZ 2015, 287; LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 19.1.2018 – L 4 KR 4301/15, BeckRS 2018, 21819, Rn. 66; Becker/Kingreen/Scholz, SGB V, Gesetzliche Krankenversicherung, 6. Aufl. 2018, § 78 Rn. 2.

2 BSG, Urt. v. 20.3.2018 – B 1 A 1/17 R, BeckRS 2018, 8319, Rn. 16.

3 BSG, Urt. v. 20.3.2018 – B 1 A 1/17 R, BeckRS 2018, 8319, Rn. 16; Kingreen, KV 2016, 41, 44.

4 LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 19.1.2018 – L 4 KR 4301/15, BeckRS 2018, 21819, Rn. 66; Becker/Kingreen/Scholz, SGB V, Gesetzliche Krankenversicherung, 6. Aufl. 2018, § 78 Rn. 2; Krauskopf/Sproll, Soziale Krankenversicherung, Pflegeversicherung, 99. EL Juni 2018, § 78 SGB V Rn. 5; Schlegel/Voelzke/Steinmann-Munzinger/Engelmann, jurisPK-SGB IV, 3. Aufl. 2016, § 78 Rn. 11; Kingreen, KV 2016, 41, 44; Lunk/Kassow, NZS 2016, 168, 170.

Vorschrift zu § 78 Abs. 3 S. 1 SGB V findet sich für Versicherungsträger in § 87 Abs. 1 SGB IV, sodass diesbezügliche Wertungen auf die Aufsicht über Kassenärztliche Vereinigungen und Bundesvereinigungen übertragen werden können. So betont das BSG:

„Die Aufsichtsbehörde ist dabei auf eine Rechtsaufsicht beschränkt (§ 87 Abs. 1 S. 2 SGB IV). Sie darf nicht im Wege der Fachaufsicht den Umfang und die Zweckmäßigkeit von Maßnahmen des Versicherungsträgers zum Gegenstand ihrer staatlichen Überwachungstätigkeit machen und erst recht keine „politische Aufsicht“ ausüben (Gaßner, MedR 2017, 677, 679). Die Aufsichtsbehörde hat darüber zu wachen, dass der Versicherungsträger die Gesetze und das sonstige für ihn maßgebende Recht beachtet; dazu gehört auch die Beachtung einer gesicherten höchstrichterlichen Rechtsprechung (BSG Urteil vom 22.3.2005 - B 1 A 1/03 R - BSGE 94, 221 RdNr. 19 = SozR 4-2400 § 89 Nr. 3 RdNr. 20 = Juris RdNr. 33). **Bei Ausübung der Rechtsaufsicht muss zugleich dem Selbstverwaltungsrecht des Versicherungsträgers als Träger mittelbarer Staatsverwaltung Rechnung getragen werden** (§ 29 Abs. 1 SGB IV); hierzu gehört ganz wesentlich die **Befugnis der Versicherungsträger, ihre Aufgaben im Rahmen des Gesetzes in eigener Verantwortung zu erfüllen** (§ 29 Abs. 3 SGB IV). Einer Aufsichtsbehörde ist es daher grundsätzlich verwehrt, mit aufsichtsrechtlichen Mitteln ihre Rechtsauffassung durchzusetzen, sofern dem Rechtsfragen zugrunde liegen, die bislang weder das Gesetz noch die Rechtsprechung in eindeutiger Weise beantwortet haben; in einem solchen Fall bedarf aufsichtsrechtliches Einschreiten einer besonderen Rechtfertigung (BSG Urteil vom 22.3.2005 - B 1 A 1/03 R - aaO). Der Grundsatz einer maßvollen Ausübung der Rechtsaufsicht gebietet es zudem, dem Versicherungsträger einen gewissen Beurteilungsspielraum bzw. eine Einschätzungsprärogative zu belassen (s. dazu BSG Urteil vom 28.6.2000 - B 6 KA 64/98 R - BSGE 86, 203, 207 = SozR 3-2500 § 80 Nr. 4 S. 33). Daraus folgt, dass Aufsichtsmaßnahmen, die stets eine Ausübung pflichtgemäßen Ermessens erfordern, rechtswidrig sind, wenn sich das Handeln oder Unterlassen des Versicherungsträgers im Bereich des rechtlich noch

Vertretbaren bewegt (BSG Urteil vom 22.3.2005 - B 1 A 1/03 R - aaO; s auch Engelhard in juris-PK SGB IV, 3. Aufl 2016, § 89 RdNr. 22 ff).“⁵

Dass die Kontrolle in Form einer bloßen Rechtsaufsicht stattfindet und insoweit ein Einschätzungsspielraum, der der Körperschaft aufgrund ihres Selbstverwaltungsrechts zusteht, zugestanden werden muss, hat das BSG jüngst noch einmal in Bezug auf die Grundsätze der wirtschaftlichen Mittelverwendung sowie der Angemessenheit der Vorstandsbezüge festgestellt.⁶ Zwar besteht also auch eine Rechtmäßigkeitskontrolle, ob die Grundsätze der wirtschaftlichen Mittelverwendung sowie der Angemessenheit der Vergütung gewahrt wurden; jedoch bedarf es zur Wahrung der Selbstverwaltungsgarantie eines weiten Kontrollrahmens, damit – wie Kingreen treffend herausstellt – „die Wirtschaftlichkeitskontrolle nicht zu einer personalpolitischen Kontrolle mutiert“⁷. Sofern die geplante Regelung i.S.v. § 79 Abs. 6 S. 6 SGB V-E aber vorsieht, dass die Aufsichtsbehörde zu Beginn einer neuen Amtszeit eines Vorstandsmitglieds eine niedrigere Vergütung anordnen kann, liegt hierin weder eine Rechtsaufsicht noch eine Fachaufsicht, sondern eine eigene Entscheidung, die keinen Raum für die Ausschöpfung des Einschätzungsspielraums der Körperschaft lässt: Indem ohne Mitwirkung der Selbstverwaltungskörperschaft die eigenmächtige Festsetzung einer niedrigeren Vergütung ermöglicht wird, beschränkt sich die Funktion der Aufsichtsbehörde nicht mehr auf eine bloße Rechtmäßigkeitskontrolle. Im Gegenteil: Die Einräumung eigener Kompetenzen geht sogar weiter als eine Fachaufsicht, die eine Überprüfung einer Entscheidung auf Zweckmäßigkeit vornahme. Wie das BSG aber ausdrücklich darlegt, darf die Aufsichtsbehörde eine „im Wege der Fachaufsicht den Umfang und die Zweckmäßigkeit von Maßnahmen des Versicherungsträgers [nicht] zum Gegenstand ihrer staatlichen Überwachungstätigkeit machen“⁸, indem sie im Falle einer

5 BSG, Urt. v. 21.3.2018 – B 6 KA 59/17 R, juris, Rn. 37 (Hervorh. durch Verf.).

6 BSG, Urt. v. 20.3.2018 – B 1 A 1/17 R, BeckRS 2018, 8319, Rn. 17; s. auch LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 21.6.2017 – L 5 KR 1700/16 KL, BeckRS 2017, 117281, Rn. 29.

7 Kingreen, KV 2016, 41, 45.

8 BSG, Urt. v. 21.3.2018 – B 6 KA 59/17 R, juris, Rn. 37.

Rechtsaufsicht eine der Fachaufsicht vorbehaltene Zweckmäßigkeitsskontrolle vornimmt – dann müssen ihr Eingriffe in die Selbstverwaltungstätigkeit durch eigene Entscheidungen verwehrt sein.

II. Der verfassungsrechtliche Blick

Dabei kann der Bogen noch einmal erweitert werden. Im weiteren Nachdenken werden verfassungsrechtliche Fragen im Hinblick auf das Selbstverwaltungsrecht der Körperschaft deutlich: Gemäß § 77 Abs. 5 SGB V sind die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen Körperschaften des öffentlichen Rechts und damit Teil der funktionalen Selbstverwaltung.⁹ Dies bedeutet, dass es sich um öffentlich-rechtliche Organisationssysteme handelt, „die gegenüber dem staatsunmittelbaren Behördensystem institutionell verselbstständigt (Staatsdistanz), aber gleichwohl dem Staatsverband eingegliedert sind und sich dadurch auszeichnen, dass bestimmte öffentliche Angelegenheiten [...] eigenverantwortlich“¹⁰ verwaltet werden, mithin – wie bereits darlegt – der bloßen Rechtsaufsicht unterliegen. Diese „gewisse Verselbständigung im Sinne einer eigenverantwortlichen Aufgabenwahrnehmung und Entscheidungsbefugnis“¹¹ umfasst als typisches Element der Selbstverwaltung auch die Personalhoheit.¹²

Im Gegensatz zur kommunalen Selbstverwaltung, die in Art. 28 Abs. 2 GG normiert ist, wird die funktionale Selbstverwaltung allerdings nicht ausdrücklich im Grundgesetz genannt. Jedoch wird auch die Selbstverwaltungsgarantie der Sozialversicherungsträger als schützenswertes Gut von der Verfassung vorausgesetzt: In Art. 86, 87 Abs. 2 und 3 sowie Art. 130 Abs. 3 GG finden sich Regelungen über Körperschaften und

9 Quaaß/Zuck/Clemens/Clemens, *Medizinrecht*, 4. Aufl. 2018, § 19 Rn. 12; Stellpflug/Kronenberger, *MedR* 2015, 711, 712.

10 Stellpflug/Kronenberger, *MedR* 2015, 711, 712.

11 Maunz/Dürig/Grzeszick, *GG*, 84. EL August 2018, Art. 20 GG Rn. 190.

12 S. etwa Maunz/Dürig/Mehde, *GG*, 84. EL August 2018, Art. 28 Rn. 90 f.; BeckOK *HwO/Baier-Treu*, 8. Edition, Stand: 01.06.2018, § 53 Rn. 9.

Anstalten des öffentlichen Rechts, sodass – wie das BVerfG betont – davon auszugehen ist, dass der „Verfassungsgeber [...] solche bei In-Kraft-Treten des Grundgesetzes vorhandenen, historisch gewachsenen Organisationsformen der funktionalen Selbstverwaltung zur Kenntnis genommen und durch Erwähnung ihre grundsätzliche Vereinbarkeit mit der Verfassung anerkannt“¹³ hat.¹⁴ Weitergehend noch sei die funktionale Selbstverwaltung nicht nur von der Verfassung anerkannt, sondern vielmehr als Ergänzung und Verstärkung des Demokratieprinzips gemäß Art. 20 Abs. 2 GG zu verstehen. So führt das BVerfG aus:

„Außerhalb der unmittelbaren Staatsverwaltung und der in ihrem sachlich-gegenständlichen Aufgabenbereich nicht beschränkten gemeindlichen Selbstverwaltung ist das Demokratiegebot offen für andere, insbesondere vom Erfordernis lückenloser personeller demokratischer Legitimation aller Entscheidungsbefugten abweichende Formen der Organisation und Ausübung von Staatsgewalt. Eine solche Interpretation des Art. 20 II GG ermöglicht es zudem, die im demokratischen Prinzip wurzelnden Grundsätze der Selbstverwaltung und der Autonomie (vgl. BVerfGE 33, 125 [159] = NJW 1972, 1504) angemessen zur Geltung zu bringen. Im Rahmen der repräsentativ verfassten Volksherrschaft erlaubt das Grundgesetz auch besondere Formen der Beteiligung von Betroffenen bei der Wahrnehmung öffentlicher Aufgaben. Die funktionale Selbstverwaltung ergänzt und verstärkt insofern das demokratische Prinzip. Sie kann als Ausprägung dieses Prinzips verstanden werden, soweit sie der Verwirklichung des übergeordneten Ziels der freien Selbstbestimmung aller dient. [...]“

Wählt der parlamentarische Gesetzgeber für bestimmte öffentliche Aufgaben die Organisationsform der Selbstverwaltung, so darf er keine Ausgestaltung vorschreiben, die mit dem Grundgedanken autonomer interessengerechter Selbstverwaltung einerseits und effektiver öffent-

13 BVerfG, Beschl. v. 5.12.2002 – 2 BvL 5/98 u.a., NVwZ 2003, 974, 976.

14 S. auch Maunz/Dürig/Grzeszick, GG, 84. EL August 2018, Art. 20 GG Rn. 181, der die „grundsätzliche verfassungsrechtliche Anerkennung der funktionalen Selbstverwaltung“ nennt.

licher Aufgabenwahrnehmung andererseits unvereinbar wäre. Deshalb müssen die Regelungen über die Organisationsstruktur der Selbstverwaltungseinheiten auch ausreichende institutionelle Vorkehrungen dafür enthalten, dass die betroffenen Interessen angemessen berücksichtigt und nicht einzelne Interessen bevorzugt werden.“¹⁵

Schon dieser kurze Blick macht deutlich: Obwohl die funktionale Selbstverwaltung nicht ausdrücklich im Grundgesetz genannt ist, genießt sie also aus dem Blickwinkel des Demokratieprinzips verfassungsrechtlichen Schutz, indem sie als Erweiterung und Intensivierung des Demokratieprinzips fungieren kann und dem Gesetzgeber die Organisationsverantwortung für die Ausgestaltung funktionaler Selbstverwaltung auferlegt.¹⁶ Sofern sich der Gesetzgeber mithin – wie im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigungen und Kassenärztlichen Bundesvereinigungen durch die Normierung in § 77 Abs. 5 SGB V – dazu entschieden hat, eine Organisationsstruktur unter Zubilligung des Selbstverwaltungsrechts zu schaffen, muss er bei der näheren Ausgestaltung stets den „Grundgedanken autonomer interessengerechter Selbstverwaltung“ beachten.

Dem steht auch nicht entgegen, dass das BVerfG in ständiger Rechtsprechung die Grundrechtsfähigkeit von Sozialversicherungsträgern verneint: So sei der „Selbstverwaltungsgrundsatz lediglich eine innerstaatliche Organisationsform der Dezentralisation [...], aus der die Grundrechtsfähigkeit von Krankenkassen und anderen Sozialversicherungsträgern nicht abgeleitet werden kann (vgl. BVerfGE 21, 362 [377]; 39, 302 [313f.]; 61, 82 [103]; 77, 340 [344]; Beschl. d. 2. Kammer des Ersten Senats des Bundesverfassungsgerichts v. 20. 9. 1995 - 1 BvR 597/95 -, NJW 1996, S. 1588 [1589]; Beschl. d. 1. Kammer des Ersten Senats des Bundesverfassungsgerichts v. 1. 9. 2000 - 1 BvR 178/00 -, NVwZ-RR 2001, S. 93; vgl. zum Vorstehenden auch Bethge AöR 104

¹⁵ BVerfG, Beschl. v. 5.12.2002 – 2 BvL 5/98 u.a., NVwZ 2003, 974, 976 f; hierzu s. auch ausführlich Stellpflug/Kronenberger, MedR 2015, 711, 712 ff.

¹⁶ So auch Stellpflug/Kronenberger, MedR 2015, 711, 712.

(1979), S. 54 [265, 275ff., 289]). [...] Allein eine rein organisatorische Verselbständigung [sei] kein hinreichender Grund für die Zuerkennung von Grundrechtsfähigkeit¹⁷. Die bloße Aberkennung der Grundrechtsfähigkeit von Sozialversicherungsträgern impliziert indes nicht, dass die Selbstverwaltung dieser Körperschaften als von der Verfassung vorausgesetztes und anerkanntes Organisationssystem keinen verfassungsrechtlichen Schutz erfährt. Im Gegenteil: Zwar ist die funktionale Selbstverwaltungsgarantie nicht in Form eines Grundrechts garantiert, wohl aber von der Verfassung als schützenswertes Gut anerkannt, indem sie als Ergänzung und Verstärkung des Demokratieprinzips fungiert und den Gesetzgeber nach Maßgabe des Art. 20 Abs. 2 GG verpflichtet, die Organisationsform unter Berücksichtigung des Selbstverwaltungsrechts auszugestalten.

17 BVerfG, Nichtannahmebeschl. v. 9.6.2004 – 2 BvR 1248/03, 2 BvR 1249/03, NZS 2005, 139, 141 m.w.N.

ANSPRUCH UND IDEE DER SOZIALEN SELBSTVERWALTUNG – AKTUELLE ENTWICKLUNGEN UND FRAGEN

Prof. Dr. Peter Axer, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg*

Selbstverwaltung war und ist ein prägendes Strukturprinzip der deutschen Sozialversicherung. Sie gehört zum Kern dessen, was die deutsche Sozialversicherung ausmacht – von ihren Anfängen bis heute. Schon die „Gründungsurkunde“ und „Magna Charta“ der deutschen Sozialversicherung, die Kaiserliche Botschaft v. 17.11.1881, betont Selbstverwaltung als Organisationsprinzip und sieht in ihr einen Grundbaustein für die Sozialversicherung: „Der engere Anschluss an die realen Kräfte dieses Volkslebens und das Zusammenfassen der letzteren in der Form korporativer Genossenschaften unter staatlichem Schutze und staatlicher Förderung werden, wie Wir hoffen, die Lösung auch von Aufgaben möglich machen, denen die Staatsgewalt allein in gleichem Umfange nicht gewachsen sein würde.“¹

Gesetzlich angesprochen und geregelt ist die soziale Selbstverwaltung heute in ihren beiden tradierten Dimensionen allgemein in § 29 SGB IV: zum einen in Abs. 2 die Beteiligung der Betroffenen, der Arbeitgeber und Versicherten, d.h. das partizipatorische Element und das ehrenamtliche Engagement (politische Selbstverwaltung), zum anderen in Abs. 3 die eigenständige Erledigung von Verwaltungsaufgaben mit eigenverantwortlichen Gestaltungsspielräumen im Rahmen der Gesetze (juristische Selbstverwaltung).

I. Soziale und gemeinsame Selbstverwaltung

War lange Zeit die soziale Selbstverwaltung durch Versicherte und Arbeitgeber selbstverständlich und dem Grunde nach unbestritten und anerkannt, so zeigen sich spätestens seit Mitte der neunziger Jahre

* Der Text befindet sich auf dem Stand von Ende Mai 2019.

¹ Abdruck der Kaiserlichen Botschaft bei Eberhard Eichenhofer, Sozialrecht, 11. Aufl. 2019, Rn. 34.

deutliche Veränderungen. Diese betreffen einerseits die Strukturen etwa durch Organisationsreformen mit Stärkung der Bundesebene (Deutsche Rentenversicherung Bund, GKV-Spitzenverband, Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung), durch eine sinkende Zahl von Versicherungsträgern (statt 1.800 Krankenkassen 1970 und noch 420 im Jahre 2000 zu Beginn des Jahres 2019 nur noch 109) sowie durch Reformen in der internen Organisation, gerade in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der Sozialen Pflegeversicherung von der dreigliedrigen hin zu einer zweigliedrigen Organisationsstruktur mit Vorstand und Verwaltungsrat. Auf der anderen Seite erfährt die soziale Selbstverwaltung inhaltlich und umfangmäßig in Bezug auf ihre Gestaltungsspielräume und -möglichkeiten in jüngerer Zeit immer stärkere Einschränkungen. Es werden immer mehr detaillierte Vorgaben seitens des Gesetzgebers gemacht und die Aufsicht ausgebaut; hingewiesen sei an dieser Stelle nur auf das, weil gerade auch die aufsichtsrechtliche Kontrolle stärkende und insoweit falsch firmierende, da als Aufsichtsstärkungsgesetz wirkende, GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetz v. 21.2.2017.

Die Begrenzung und Einengung der Handlungsspielräume betreffen nicht nur die soziale Selbstverwaltung, sondern ebenso die gemeinsame Selbstverwaltung von Sozialversicherungsträgern und Leistungserbringern, wie sie sich etwa im Handeln durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) oder durch Normenverträge zeigt.² Soziale und gemeinsame Selbstverwaltung, die zwar voneinander zu unterscheiden sind, aber doch miteinander in enger Verbindung stehen, wirkt doch die soziale Selbstverwaltung etwa über Krankenkassen und deren Verbände in der gemeinsamen Selbstverwaltung mit, müssen sich immer mehr erklären und rechtfertigen. Dies, obschon gerade die Stärkung der Selbstverwaltung im Koalitionsvertrag des Jahres 2018 als Ziel ausgegeben wurde: „Wir wollen die Selbstverwaltung stärken und

2 Zum Begriff und zur Bedeutung der gemeinsamen Selbstverwaltung Peter Axer, Gemeinsame Selbstverwaltung, in: Matthias v. Wulffen/Otto Ernst Krasney (Hg.), Festschrift 50 Jahre Bundessozialgericht, 2004, S. 339 ff.

gemeinsam mit den Sozialpartnern die Sozialwahlen modernisieren.“³
Einige Problemfelder seien im Folgenden genannt.⁴

II. Problemfelder

1. Detaillierte Gesetzgebung

Angesichts immer detaillierter und engmaschiger werdender gesetzlicher Vorgaben schwindet der Gestaltungsspielraum für die Selbstverwaltung. So wird auf der Einnahmenseite die Erhebung von Sozialversicherungsbeiträgen in hohem Maße gesetzlich vorherbestimmt und sind auf der Ausgabenseite bei der Leistungsgewährung angesichts des in § 31 SGB I normierten umfassenden Vorbehalts des Gesetzes und nur wenigen gesetzlich gewährten Freiräumen, etwa bei Wahlтарifen in der GKV, kaum Gestaltungsspielräume. Selbst wenn zwischen den einzelnen Sozialversicherungszweigen Unterschiede in der gesetzlichen Regelungsdichte existieren, etwa in der Unfallversicherung durchaus noch größere Gestaltungsspielräume bei der Beitragsfinanzierung auf der Grundlage von Gefahrtarifen oder bei der Leistungserbringung „mit allen geeigneten Mitteln“, zeigt sich gerade in der GKV ein immer dichter werdendes Netz gesetzgeberischer Vorgaben.

Ein Beispiel aus der GKV mag zur Veranschaulichung genügen: So umfasst die durch das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz v. 11.12.2018 um einen Absatz 2k und durch das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) v. 6.5.2019 noch um einen Abs. 1c erweiterte Vorschrift des § 87 SGB V, die den vom GKV-Spitzenverband und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung beschlossenen Einheitlichen Bewertungsmaßstab als Verzeichnis der abrechnungsfähigen Leistungen betrifft, inzwischen 29 Absätze; ein einzelner Absatz kann durchaus 25 Sätze umfassen.

3 Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD, 19. Legislaturperiode, v. 12.3.2018, Zeilen 2320, 2321.

4 Die nachfolgenden Ausführungen beruhen in Teilen auf zwei Veröffentlichungen des Autors, zum einen „Etatisierung der sozialen und gemeinsamen Selbstverwaltung?“, in: NZS 2017, S. 601 ff., zum anderen „Die Aufsicht über die Selbstverwaltung im Wandel“, in: VSSAR 2019, S. 129 ff.

Nach dem Entwurf für ein Implantateregister-Errichtungsgesetz⁵ soll noch ein weiterer Abs. 2l hinzukommen, so dass 30 Absätze dann erreicht sind und es auf die 40 zugehen kann.

2. Vermehrter Einsatz der Rechtsverordnung

Der Gestaltungsspielraum der Selbstverwaltung wird ferner immer mehr eingeschränkt durch den Einsatz der ministeriellen Rechtsverordnung als Steuerungsinstrument. Statt „Satzung und sonstiges autonomes Recht“, wie es etwa in § 34 Abs. 2 S. 1 SGB IV heißt, gewinnen Rechtsverordnungen der unmittelbaren Staatsverwaltung immer mehr an Bedeutung und wird dies sogar noch mit Förderung und Schutz der Selbstverwaltung begründet. So heißt es dann etwa in der Begründung zu einem Entwurf für eine Elektronische Arzneimittelinformationsverordnung lapidar: „Durch die Regelungen in dieser Verordnung muss die Selbstverwaltung in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht mehr alle Sachverhalte eigenständig regeln.“⁶

In der GKV sorgten Anfang des Jahres 2019 Pläne des Bundesgesundheitsministers für großen Wirbel, sich eine Rechtsverordnungsermächtigung für die Aufnahme von Methoden in den Leistungskatalog der GKV geben zu lassen.⁷ Aus Anlass der Diskussion um die Liposuktion bei Lipödem sollte es dem BMG generell und allgemein ermöglicht werden, über die Entscheidungen des GBA hinaus weitere Methoden als Leistungen zu Lasten der GKV aufzunehmen. Der geplante § 94a Abs. 1 S. 1 SGB V sah für das BMG vor, durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates Untersuchungs- und Behandlungsmethoden zu bestimmen, die in der Versorgung zu Lasten der Krankenkassen zu erbringen sind; nach S. 2 der Vorschrift sollten das Qualitätsgebot (§ 2 Abs. 1 S. 3 SGB V) und das Wirtschaftlichkeitsgebot (§ 12 Abs. 1 SGB V) der Bestimmung und Erbringung einer Methode, deren Nutzen nach den Grundsätzen der evidenzbasierten Medizin noch nicht belegt ist,

5 BT-Drucks. 19/10523 v. 29.5.2019.

6 Referentenentwurf des BMG v. 22.3.2019, S. 7.

7 Siehe dazu ausführlich Peter Axer, Die Aufsicht über die Selbstverwaltung im Wandel, VSSAR 2019, S. 129 (140 ff.).

nicht entgegenstehen, so dass insoweit ein Abweichen möglich gewesen wäre.

Die als „Entwurf Formulierungshilfe Änderungsantrag 28“ zum TSVG Anfang Januar 2019 formulierte Regelung wurde nach noch zweimaliger Änderung nicht in das Gesetzgebungsverfahren eingebracht. In neuer, zwar abgemilderter Form tauchte daran Anknüpfendes im Gesetzesentwurf für ein Implantateregister-Errichtungsgesetz⁸ auf, ohne mit den dortigen Regelungen thematisch in Verbindung zu stehen. Geplant ist nunmehr in einem neuen § 91b SGB V eine Vorschrift, mit der durch Rechtsverordnung seitens des BMG Regelungen zur Methodenbewertung durch den GBA getroffen werden können und somit Vorgaben für die bislang die Methodenbewertung auf der Grundlage der evidenzbasierten Medizin normierende Verfahrensordnung des GBA geregelt werden können. Zudem soll nach einem neu vorgesehenen § 94 Abs. 1a SGB V das BMG die Abwägungsentscheidung des GBA bei einer Methodenbewertungsentscheidung beanstanden können, womit sich das Beanstandungsrecht immer weiter in Richtung Fachaufsicht bewegt.

3. Stärkung der Aufsicht

Gerade in der GKV wurde, nicht nur mit dem GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetz v. 21.2.2017, die Aufsicht durch die unmittelbare Staatsverwaltung gegenüber der Selbstverwaltung ausgeweitet und gestärkt. Obschon die noch immer eher kurz gehaltenen Vorschriften der §§ 87 ff. SGB IV im Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts zum grundsätzlich auf Rechtsaufsicht beschränkten Aufsichtsmaßstab und zu den Aufsichtsinstrumenten allgemein die Grundlage und die Basis für die Ausübung der Aufsicht bilden, implementiert der Gesetzgeber vermehrt spezielle, gegenüber den §§ 87 ff. SGB IV vorrangige Regelungen, welche die Aufsicht ausgestalten, konkretisieren und letztlich erweitern.

8 BT-Drucks. 19/10523 v. 29.5.2019.

Beispielhaft für die immer stärker ausgestaltete Position der Aufsicht in der GKV seien etwa genannt⁹: die gesetzlich vorgesehene Teilnahme der Aufsicht an Beratung und Beschlussfassung von Entscheidungsgremien im Sinne einer ständigen fachlichen Beratung (die Aufsicht sitzt mit am Tisch) bis hin zu einem Stimmrecht für zwei Vertreter des BMG im Innovationsausschuss nach § 92b SGB V, die Kontrolle durch Externe – Stichwort: Bundesrechnungshof oder Beauftragung von Wirtschaftsprüfern und anderen Privaten (IT-Beratern) – im Rahmen von Prüfungen der Geschäfts-, Rechnungs- und Betriebsführung von Krankenkassen nach dem durch das TSVG v. 6.5.2019 geänderten § 274 SGB V oder der Umgang mit den Vorschriften zur angemessenen Vorstandsvergütung nach dem ebenso durch das TSVG geänderten § 35a Abs. 6a SGB IV und der dazu erlassenen „Allgemeinen Verwaltungsvorschrift der Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder über die Sozialversicherungsträger für Vorstands- und Geschäftsführerverträge im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung gem. § 35a Absätze 6 und 6a SGB IV“ mit Stand v. 11.5.2019, wonach ein Überschreiten der Trendlinien um 10 Prozent – in einzelnen Fällen auch erst ein Überschreiten um 15 Prozent – einen Indikator für unwirtschaftliches Verhalten darstellt, das zur Versagung der Zustimmung führen kann.¹⁰ In diesem Kontext sind auch die noch weiterreichenden Neuregelungen durch das TSVG in § 79 Abs. 6 SGB V für die Vorstandsmitglieder der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, in § 91 Abs. 2 S. 14 SGB V für die Unparteiischen Mitglieder des GBA oder für die Vorstandsmitglieder des GKV-Spitzenverbandes in § 217b Abs. 2 S. 8 ff. SGB V zu sehen. Danach sind Vergütungserhöhungen während der Dauer der Amtszeit der Vorstandsmitglieder bzw. der Unparteiischen unzulässig, und es wird im Weiteren in mehreren Sätzen Genaueres zur Vergütung geregelt bis dahin, dass die Aufsichtsbehörde zu Beginn einer neuen Amtszeit eines Unparteiischen eine niedrigere Vergütung anordnen kann.¹¹ Unabhängig davon, ob es wirklich Aufgabe der Aufsicht sein kann, anstelle der

9 Zur Aufsicht im Wandel und zum GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetz Peter Axer, Die Aufsicht über die Selbstverwaltung im Wandel, VSSAR 2019, S. 129 (140 ff.).

10 Die Verwaltungsvorschrift ist abrufbar auf der Homepage des Bundesversicherungsamtes.

11 Vgl. zur Begründung der Regelungen BT-Drucks. 19/6337, S. 102.

Vertreterversammlung oder des Verwaltungsrates durch Anordnung der Absenkung der Vergütung und damit Vergütungsfestsetzung „die unterschiedlichen Erfahrungswerte des alten bzw. neuen Vorstands angemessen in der Vergütung abbilden zu können“, zeigen die Regelungen, wie sehr die Selbstverwaltung Entscheidungsbefugnisse selbst in den klassischen Selbstverwaltungsdomänen der Personalautonomie und der Finanzautonomie verliert.

Aufsicht droht schließlich immer mehr zur Fachaufsicht zu werden, obschon, so auch in § 87 SGB IV vorgesehen, im Grundsatz von Rechtsaufsicht auszugehen ist. Das klassische aufsichtsrechtliche Instrumentarium wird gerade durch immer mehr Genehmigungsvorbehalte und weit formulierte Beanstandungsrechte um Mitwirkungsrechte der unmittelbaren Staatsverwaltung ergänzt und ausgeweitet, vor allem bei der untergesetzlichen Normsetzung. Doch gilt auch für Genehmigungsvorbehalte und Beanstandungsrechte im Grundsatz der Maßstab der Rechtsaufsicht, es sei denn der Gesetzgeber regelt ausdrücklich etwas anderes.¹²

4. Veränderungen in den Organisationsstrukturen

Zwei weitreichende Gesetzesvorhaben betreffen Organisationsstrukturen in der GKV. Dies ist zum einen der Referentenentwurf eines Gesetzes für bessere und unabhängigere Prüfungen (MDK-Reformgesetz) v. 30.4.2019, zum anderen das sich ebenso im Stadium eines Referentenentwurfs befindliche Gesetz für eine faire Kassenwahl in der gesetzlichen Krankenversicherung (Faire-Kassenwahl-Gesetz – GKV-FKG) v. 25.3.2019. Insbesondere in den beabsichtigten Regelungen im Faire-Kassenwahl-Gesetz zur Neugestaltung des Verwaltungsrates des GKV-Spitzenverbandes durch Errichtung eines Verwaltungsrates mit hauptamtlichen Krankenkassenvorständen unter Abschaffung der bisherigen Ausrichtung an Versicherten und Arbeitgebern durch ehrenamtliche Vertreter im GKV-Spitzenverband liegt ein für die soziale

¹² Siehe dazu Peter Axer, Etatisierung der sozialen und gemeinsamen Selbstverwaltung?, NZS 2017, S. 601 (606 f.).

Selbstverwaltung tiefgehender Eingriff in ihre Strukturen vor. Obschon der Referentenentwurf für ein MDK-Reformgesetz mit der Trennung der Medizinischen Dienste von den Krankenkassen auf Landesebene und der Loslösung des Medizinischen Dienstes Bund auf Bundesebene vom GKV-Spitzenverband zahlreiche Fragen aufwirft – etwa: Wie lässt es sich erklären und rechtfertigen, dass es sich bei den vorgesehenen Medizinischen Diensten auf Landesebene wohl um mitgliedlose Körperschaften handeln soll? Lässt sich das sehr eigenartige Bestellungsverfahren, etwa mit nur sechs Krankenkassenvertretern, wobei noch weitgehende Ausschlussregelungen bei Krankenkassenzugehörigkeit eines „Vertreters“ vorgesehen sind, in den 16-köpfigen Verwaltungsrat des Medizinischen Dienstes¹³ noch mit dem Demokratieprinzip vereinbaren? Ist es mit dem Demokratieprinzip vereinbar, dass dem Medizinischen Dienst Bund in der Kranken- und Pflegeversicherung¹⁴ umfangreiche Normsetzungskompetenzen durch Richtlinien zukommen? – sollen angesichts der einschneidenden Bedeutung der im Referentenentwurf geplanten Regelungen zur Neugestaltung des Verwaltungsrates im GKV-Spitzenverband diese im Mittelpunkt stehen.

Organisationsrechtlich sieht der Referentenentwurf aus dem BMG für ein Faire-Kassenwahl-Gesetz zum Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes vor, dass dieser sich nicht mehr aus ehrenamtlichen Vertretern der Gruppe der Versicherten und der Gruppe der Arbeitgeber zusammensetzt, sondern allein von hauptamtlichen Vorstandsmitgliedern der Krankenkassen gebildet wird. In den zukünftig auf 40 Personen verkleinerten Verwaltungsrat entsenden die 20 größten Mitgliedskassen je ein Vorstandsmitglied, während die Mitgliederversammlung weitere 20 Personen aus dem Kreis der Krankenkassenvorstände wählt.¹⁵

13 Vgl. dazu § 279 SGB V im Referentenentwurf.

14 Vgl. zur organisationsrechtlichen Ausgestaltung § 281 SGB V des Referentenentwurfs; zu den Normsetzungskompetenzen in der GKV § 283 SGB V des Referentenentwurfs, in der Pflegeversicherung insbesondere § 53d SGB XI des Referentenentwurfs.

15 Siehe dazu §§ 217b, 217c SGB V des Referentenentwurfs.

Abgeschafft wird mit der Beschränkung auf hauptamtliche Vorstände der Krankenkassen die bisherige Ausrichtung an Versicherte und Arbeitgeber und damit die bislang bestehende soziale Selbstverwaltung im GKV-Spitzenverband. „Ehrenamtlichkeit“, immerhin ein konstitutives Element von Selbstverwaltung, ist nicht mehr vorgesehen, sondern die Verwaltungsräte agieren aufgrund ihrer „Hauptamtlichkeit“ in den Krankenkassen im Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes. Dass der Verwaltungsrat – § 217b Abs. 1 S. 1 SGB V soll nach dem Referentenentwurf nicht geändert werden – gesetzlich weiterhin als Selbstverwaltungsorgan firmiert, ist eine Falschbezeichnung, die dann auch geändert werden sollte.

Selbst wenn die Vorstände in den jeweiligen Krankenkassen von dem dortigen Verwaltungsrat gewählt worden sind und die Mitgliederversammlung die Hälfte des Verwaltungsrats wählt, wird damit nicht eine vergleichbare Legitimation durch Versicherte und Arbeitgeber geschaffen. Die demokratische Legitimation wird – unabhängig davon, wie sich überhaupt die unterschiedliche Kreation des Verwaltungsrates nach Größe der Krankenkasse und durch Teilwahl rechtfertigen lässt – noch schwieriger zu begründen sein, weil die Bindung an die Selbstverwaltung von Versicherten und Arbeitgebern, die konstitutiv für die Sozialversicherung ist und deren Grundlage bildet sowie die Basis für deren verfassungsrechtliche Legitimation darstellt, sehr schwach wird. Die hauptamtlichen Vorstände sind als Vertreter ihrer jeweiligen Krankenkasse im Verwaltungsrat, somit weder als Vertreter einer Kassenart noch für die Gruppe der Versicherten oder für die Gruppe der Arbeitgeber. Zwar sind die Krankenkassen Mitglieder des GKV-Spitzenverbandes, allerdings werden nach dem Gesetzesentwurf schon nicht einmal alle Krankenkassen vertreten, so dass insoweit schon keine gleiche Vertretung gewährleistet ist. Von den 109 Krankenkassen zu Beginn des Jahres 2019 werden maximal 40 Krankenkassen durch einen ihrer hauptamtlichen Vorstände vertreten, wenn überhaupt: Für die 20 von der Mitgliederversammlung zu wählenden Vertreter findet sich, soweit ersichtlich, jedenfalls kein ausdrücklicher Ausschluss und

kein explizites Verbot, dass die wählbaren Vorstände nicht auch dem Vorstand einer der 20 größten Krankenkassen angehören dürfen, so dass auch diese gewählt werden könnten und die Zahl der vertretenen Krankenkassen noch geringer würde. Wie es mit dem Demokratieprinzip vereinbar sein soll, dass im Verwaltungsrat nur die zwanzig größten Krankenkassen kraft Größe mit einem Vorstand und zwanzig andere Krankenkassen mit einem Vorstand aufgrund der Wahl durch die Mitgliederversammlung sind, so dass nur ein Teil gewählt wird und insgesamt nicht alle Krankenkassen durch ihre hauptamtlichen Vorstände im Verwaltungsrat sitzen und vertreten sind, bleibt offen.

Wenn als Gründe für die Änderung im Referentenentwurf eine Professionalisierung der Arbeit im Verwaltungsrat, die Gewährleistung eines kontinuierlichen Meinungsbildungs- und Informationsaustauschs zwischen den Vorständen der Mitgliedschaften und dem Spitzenverband und die Erhöhung der Transparenz zwischen operativem Krankenkassengeschäft und den vertraglichen und sonstigen Aufgaben des GKV-Spitzenverbandes angegeben werden, zeigt dies, dass es weniger um einen Verwaltungsrat als Organ des Spitzenverbandes geht, das selbständig für diesen und als seines handelt. Vielmehr wird ein sachkundig besetztes Informations- und weitergehend ein Kontrollgremium einzelner Vorstände der Krankenkassen gegenüber dem GKV-Spitzenverband konstruiert. So heißt es dann auch in der Begründung des Referentenentwurfs: „Den Vorständen der Krankenkassen, die die Versorgung der Versicherten vor Ort maßgeblich organisieren, wird damit eine stärkere Rolle und Verantwortung bei der Gestaltung der Strukturen im Bereich der GKV zugewiesen.“¹⁶ Der GKV-Spitzenverband wird damit letztlich grundlegend umgebaut und zu einer Organisation hauptamtlicher Krankenkassenvorstände umgewandelt.

Doch bleibt selbst dann, wenn der Referentenentwurf Gesetz werden würde, der GKV-Spitzenverband rechtlich selbständig und kann daher rechtlich nicht als verlängerter Arm und „Befehlsempfänger“ einzelner

¹⁶ Referentenentwurf, S. 71.

bundes- und landesunmittelbarer Krankenkassen auf Bundesebene angesehen werden. Bestände der Verwaltungsrat zukünftig nur aus hauptamtlichen Vorständen, könnten diese nicht in einem rechtlichen Sinne als Vertreter der Krankenkassen qualifiziert werden und sie könnten bei ihren Entscheidungen im Verwaltungsrat auch nicht an Weisungen oder an eine Zustimmungspflicht seitens ihrer Krankenkassen gebunden sein, deren Organ sie allerdings weiterhin bleiben. Vielmehr müssen die Vorstände als Teil des Verwaltungsrats des GKV-Spitzenverbandes, damit eines Organs des GKV-Spitzenverbandes, in dessen Interesse handeln und für diesen handeln. Dies würde selbst dann gelten, wenn die zu treffende Entscheidung für die „eigene“ Krankenkasse mit Nachteilen verbunden ist. Allerdings würde dies dann wiederum Fragen im Hinblick auf die Rechte und Pflichten des Vorstandes in Bezug auf die Rechte und Pflichten aus dem vertraglichen Verhältnis zu seiner Krankenkasse aufwerfen. Auch dies zeigt, wie problematisch die Besetzung des Verwaltungsrates mit Vorständen der Krankenkassen ist, die aufgrund ihrer Funktion gerade nicht Vertreter von Versicherten und Arbeitgebern sind, sondern aufgrund Vertrages in einem Dienstverhältnis zu ihrer Krankenkasse stehen.

Allgemein bleibt die Frage, was das BMG bewegt, derart einschneidende Veränderungen vorzunehmen. Die Ausführungen im Referentenentwurf bleiben vage und allgemeinplätzig und es werden vor allem keine konkreten Anlass gebenden Fälle benannt, in denen ein Defizit konstatiert werden konnte. Es ist zu hoffen, dass diese Regelung nicht Gesetz wird, und es sich auch nicht um eine Probebohrung für Überlegungen zu entsprechenden Änderungen bei anderen Organisationen und Organen in der Sozialversicherung im Hinblick auf eine Beschränkung und Aushebelung der sozialen Selbstverwaltung handelt.

III. Verfassungsrechtlicher Schutz der sozialen Selbstverwaltung

Zeigen sich immer größere Eingriffe in die Selbstverwaltung gerade auch durch den Gesetzgeber, so stellt sich die Frage nach einem verfassungsrechtlichen Schutz.¹⁷ Selbst wenn verfassungsrechtlich keine Garantie der sozialen Selbstverwaltung aus Art. 87 Abs. 2 GG vergleichbar der kommunalen nach Art. 28 Abs. 2 S. 1 GG existiert¹⁸, ist mit der gesetzlichen Zuerkennung des Körperschaftsstatus und der Zuweisung von Selbstverwaltung schon einfachrechtlich eine rechtlich geschützte Kompetenzsphäre verbunden, die zudem verfassungsrechtlich durch Art. 87 Abs. 2 GG gebilligt und anerkannt wird.

Das Grundgesetz erkennt mit Art. 87 Abs. 2 GG die Verselbständigung und damit Eigenständigkeit von Sozialversicherungsträgern als Körperschaften des öffentlichen Rechts als verfassungsverträglich und sieht diese verfassungsrechtlich als selbständige Rechtsträger an. Friedrich E. Schnapp weist zu Recht darauf hin, dass Art. 87 Abs. 2 GG neben den Kompetenzzuweisungen auch Sachaussagen trifft, dass mit Art. 87 Abs. 2 GG ein „verfassungsrechtlicher Formzwang“ normiert wird, und dass das Grundgesetz mit Art. 87 Abs. 2 GG die sozialen Versicherungsträger „insoweit akzentuiert, als sie in der staatlichen Normenpyramide eine gegenüber anderen Trägern der funktionalen Selbstverwaltung hervorgehobene Position einnehmen“¹⁹.

Der verfassungsrechtliche Begriff der „Sozialversicherung“, wie er in Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG normiert und in Rechtsprechung und Literatur, auch im Hinblick auf Art. 87 Abs. 2 GG, verstanden wird, ist zudem gekennzeichnet durch die organisatorische Durchführung mittels selbständiger Anstalten oder Körperschaften des öffentlichen Rechts

17 Siehe dazu und zu Fragen der gerade in Bezug auf den Gemeinsamen Bundesausschuss diskutierten Frage der demokratischen Legitimation Peter Axer, Die Aufsicht über die Selbstverwaltung im Wandel, VSSAR 2019, S. 129 (149 ff.)

18 Vgl. m.w.N.: Peter Axer, Normsetzung der Exekutive in der Sozialversicherung, 2000, S. 282 ff.

19 Friedrich E. Schnapp, Die Stellung der gesetzlichen Krankenkassen in der Verfassungsordnung, WzS 2017, S. 239 (242 ff.).

und die Mittelaufbringung durch Beiträge der Beteiligten.²⁰ Obschon damit die Sozialversicherung in ihrer gegenwärtigen Organisationsstruktur ebenso wenig wie durch Art. 87 Abs. 2 GG verfassungsrechtlich garantiert wird, kann der Bund seine Gesetzgebungskompetenz für die Sozialversicherung nur dann wahrnehmen und ausüben, wenn ihre organisatorische Durchführung durch selbständige Anstalten oder Körperschaften des öffentlichen Rechts und – von der Finanzierung her gewährleistet – unter Beteiligung der Betroffenen erfolgt. Damit belässt das Grundgesetz dem Gesetzgeber zwar einen weiten Regelungsspielraum, doch trifft es für die Wahrnehmung der Gesetzgebungskompetenz wie für die Ausübung der Verwaltungskompetenz aus Art. 87 Abs. 2 GG Organisationsvorgaben und sieht das Organisationsmuster der verselbständigten Verwaltungseinheiten, idealtypisch der Körperschaft, vor.

Letztlich ist das Grundgesetz mit Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG und Art. 87 Abs. 2 GG, die außerdem in ihrem historischen Bezug in Anknüpfung an die klassische Sozialversicherung und die Entwicklung der Sozialversicherung in der Weimarer Zeit zu sehen sind, nicht dermaßen indifferent gegenüber Selbstverwaltung, wie es zum Teil mit der Ablehnung einer verfassungsrechtlichen Selbstverwaltungsgarantie und dem Hinweis auf die verfassungsgerichtliche Rechtsprechung verbunden scheint, dass das Grundgesetz keine Verfassungsgarantie des bestehenden Systems oder seiner tragenden Organisationsprinzipien enthalte und einer Zusammenfassung in einer bundesunmittelbaren Körperschaft nicht entgegenstehe. Das Grundgesetz hat mit Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG und Art. 87 Abs. 2 GG vielmehr eine Systementscheidung für die Sozialversicherung mittels verselbständigter Verwaltungseinheiten getroffen, die gegen eine hierarchische Einbindung sozialer Versicherungsträger in die unmittelbare Staatsverwaltung und für Selbstverwaltung streitet.

Trotz alledem bleibt der Schutz der sozialen Selbstverwaltung verglichen mit der kommunalen Selbstverwaltung schwächer und ist nicht

20 BVerfG, B. v. 22.5.2018, 1 BvR 1728/12, 1 BvR 1756/12, Rn. 79.

vergleichbar. Gerade auch im Hinblick auf den von Versicherten und Arbeitgebern zu tragenden Sozialversicherungsbeitrag und dessen hohem Volumen, wäre es sinnvoll, doch einmal verstärkt näher über eine explizite verfassungsrechtliche Fundierung der Sozialversicherung und des Sozialversicherungsbeitrags nachzudenken, und so der bedeutenden Stellung der Sozialversicherung als ein existentielles Absicherungssystem in den Wechselfällen des Lebens zu entsprechen.

V. Fazit

Die Selbstverwaltung durch Versicherte und Arbeitgeber hat sich, bei allen Konflikten im Einzelnen, über viele Jahrzehnte hinweg insgesamt bewährt. Daher sollte gut überlegt werden, ob und inwieweit weitere Einschränkungen ihrer Gestaltungsspielräume wirklich notwendig sind. Ein erster Prüfstein hierfür könnte sein eine genaue – und nicht nur allgemeinplätzig – Angabe von Gründen mit Belegen und Beispielen gerade durch Gesetzgeber und Ministerium, warum denn eine Änderung, etwa die im Referentenentwurf für das Faire-Kassenwahl-Gesetz vorgesehene grundlegende Umstrukturierung des Verwaltungsrats des GKV-Spitzenverbandes, erforderlich ist. Und bei allen Überlegungen gilt es nicht zu vergessen, dass schon im Jahre 1881 der Selbstverwaltung Problemlösungskompetenzen zugesprochen wurden bei Aufgaben, denen die Staatsgewalt allein in gleichem Umfange nicht gewachsen sein würde.

SOZIALE SELBSTVERWALTUNG IN DER RENTENVERSICHERUNG UND REHABILITATION



GESTALTUNGSSPIELRÄUME DER SELBSTVERWALTUNG IN DER RENTENVERSICHERUNG

Prof. Dr. Ralf Kreikebohm, Technische Universität Braunschweig

I. Einleitung

Die Idee der Selbstverwaltung in der Sozialversicherung und damit in der Rentenversicherung geht, so wird allgemein vorgetragen, auf Bismarck zurück.¹ Bismarcks Grundidee war, die Sozialversicherung als korporative Genossenschaften zu gestalten. Er wollte damit sogar neben dem Reichstag als Gesetzgebungsorgan eine weitere Legislativebene schaffen, die insbesondere auf dem Gedanken der Volksvertretung für alle produktiven Volksklassen beruhte.² Damit wollte er erreichen, dass diese produktiven Volksklassen an der gesellschaftlichen Partizipation teilhaben und, modern ausgedrückt, „ihre Angelegenheiten selbst regeln“, so wie es z.B. in Artikel 9 Abs. 3 GG für die Regelung der Arbeits- und Wirtschaftsbeziehungen durch Arbeitgeber und Gewerkschaften angelegt ist. Im Folgenden wird zu untersuchen sein, ob dieser Grundgedanke der Partizipation im geltenden Selbstverwaltungsrecht für die Rentenversicherung ihren Ausdruck findet.

II. Zur Systematik

Der Kernbereich der Selbstverwaltung ist in § 29 Abs. 3 SGB IV zugrunde gelegt. Die Träger der Sozialversicherung sind nach § 29 Abs. 1 rechtsfähige Körperschaften des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung und erfüllen im Rahmen des Gesetzes und des sonstigen, für sie maßgebenden Rechts ihre Aufgaben in eigener Verantwortung (§ 29 Abs. 3 SGB IV). Dabei ist zu unterscheiden zwischen der rechtlichen Selbstverwal-

1 Stolleis, Historische Grundlagen, in: Geschichte der Sozialpolitik in Deutschland seit 1945, Bd. 1, 2001, S. 244.

2 O. Pflanze (1998); Bismarck, Der Reichskanzler, Band II, S. 409.

tung und der politischen Selbstverwaltung. Bei der rechtlichen Selbstverwaltung kann man zwischen der inneren Selbstverwaltung und der äußeren Selbstverwaltung, also im Verhältnis zu den Versicherten und Arbeitgebern, differenzieren. Bei der inneren Selbstverwaltung betrifft es die Bereiche der Organisationshoheit, der Personalhoheit und der Finanzhoheit.

Der verfassungsrechtliche Rahmen ist so zu beschreiben, dass es im Gegensatz zum kommunalen Selbstverwaltungsrecht keine verfassungsrechtliche Bestandsgarantie für die Selbstverwaltung gibt, ebenso wenig wie es einen Bestandsschutz für bestehende Partizipationsstrukturen gibt. Noch nicht einmal gibt es eine gesetzliche Vermutung für einen bestimmten Aufgabenbestand der Selbstverwaltung und die Sozialversicherungsträger sind nicht grundrechtsfähig³, im Gegensatz zu den Kommunen. Deshalb ergibt sich als kurzes Zwischenfazit, dass die Ausgestaltung der Selbstverwaltung Aufgabe des Gesetzgebers ist, der einen weiten Gestaltungsspielraum hat.⁴ Die konkrete Ausgestaltung der rechtlichen Selbstverwaltung für den Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung sieht vor, dass die Selbstverwaltungsorgane zweistufig aufgestellt sind; nämlich Vertreterversammlung und Vorstand nach § 31 Abs. 1 SGB IV. Nach § 35 Abs. 1 Satz 1 SGB IV verwaltet der Vorstand den Versicherungsträger und vertritt ihn gerichtlich und außergerichtlich vorbehaltlich anderweitiger Regelungen. Nach § 36 Abs. 1 Satz 1 SGB IV führt der Geschäftsführer bzw. die Geschäftsführung hauptamtlich die laufenden Verwaltungsgeschäfte und sie vertreten „insoweit“ den Versicherungsträger gerichtlich und außergerichtlich.

Die Vertreterversammlung beschließt nach § 33 SGB IV die Satzung, während der Vorstand nach § 35 SGB IV Richtlinien für die Geschäfts-

3 Schuler-Harms, Betroffenheitsdemokratie und Begründung sozialer Selbstverwaltung in der Arbeitsverwaltung, in: Rixen/Welskopp-Deffaa (Hrsg.), Zukunft der Selbstverwaltung – Responsivität und Reformbedarf, 2015 S. 31 (45).

4 Dünn, § 13 Organisation und Selbstverwaltung der Sozialversicherung, in: Sozialrechtshandbuch Ruland/Becker/Axer), 6. Auflage, S. 719 (737).

führung oder den Geschäftsführer erlässt. Die Vertreterversammlung wählt nach § 36 Abs. 2 SGB IV auf Vorschlag des Vorstandes den Geschäftsführer oder die Geschäftsführung und die Vertreterversammlung wählt nach § 52 SGB IV den Vorstand. Der Vorstand wiederum hat nach § 59 Abs. 2 und 3 ein Selbstverwaltungsmitglied zu entbinden bei wichtigem Grund oder zu entheben bei grobem Verstoß gegen die Amtspflichten. Hat der oder die Vorsitzende den Beschlüssen nach § 59 Abs. 2 und 3 SGB IV nicht zugestimmt, entscheidet die Vertreterversammlung nach § 59 Abs. 4 SGB IV. Hingegen stellt wiederum der Vorstand nach § 60 Abs. 3 SGB IV bei Nachwahlen fest, dass die Vorgeschlagenen als gewählt gelten. Die Vertreterversammlung wählt die Versichertenältesten oder Vertrauenspersonen nach § 61 Abs. 1 SGB IV. Zu den herausragend wichtigen Aufgaben der Vertreterversammlung gehört, dass sie nach § 70 Abs. 1 SGB IV den Haushalt feststellt, während der Vorstand ihn vorher aufstellt. Wiederum kann der Vorstand nach § 72 Abs. 1 SGB IV eine vorläufige Haushaltsführung zulassen und nach § 73 Abs. 1 SGB IV in überplanmäßige oder außerplanmäßige Ausgaben einwilligen. Hingegen muss ein Nachtragshaushalt wiederum von der Vertreterversammlung nach § 74 Abs. 1 SGB IV festgestellt werden, nachdem der Vorstand diesen Nachtragshaushalt aufgestellt hat. Die Vorschriften zum Haushaltsrecht werden abgerundet durch § 77 Abs. 1 Satz 2 SGB IV, wonach die Vertreterversammlung den Vorstand und die Geschäftsführung bzw. den Geschäftsführer entlastet.

Diese Aufgabenverteilung im Wechsel zwischen Vertreterversammlung und Vorstand gilt für alle Rentenversicherungsträger. Sonderzuständigkeiten der Deutschen Rentenversicherung Bund ergeben sich aus § 138 Abs. 2 SGB VI, danach kann die Bundesvertreterversammlung weitere Grundsatz- und Querschnittsaufgaben nach § 64 Abs. 4 SGB IV i. V. m. § 138 Abs. 2 SGB VI festlegen. Außerdem wählt die Bundesvertreterversammlung nach § 139 SGB VI die Regionalvertreter in das erweiterte Direktorium. Für die Regionalträger ergibt sich eine Sonderzuständigkeit der Vertreterversammlung bei Fusionen von Regionalträgern nach § 141 Abs. 1 SGB VI.

Das Satzungsrecht nach § 34 Abs. 1 SGB IV bedeutet die Rechtsetzungsbefugnis zur Regelung eigener Angelegenheiten. Einschränkend muss aber hinzugefügt werden, dass Satzungsbestimmungen nicht gegen höherrangiges Recht verstoßen dürfen. Als Beispiel sei hier angefügt, dass die Satzung die Kompetenz der Geschäftsführung für die laufenden Verwaltungsgeschäfte nicht einschränken darf.⁵

Als Zwischenfazit ist somit festzuhalten, dass auf den ersten Blick ein umfangreicher Entscheidungsspielraum für die beiden Ebenen der Selbstverwaltung, also für die Vertreterversammlung und den Vorstand, besteht, der nur eingeschränkt wird durch höherrangiges Recht. Im Folgenden geht es nun darum zu prüfen, ob dieser erste Eindruck zutrifft, wobei ich mich auf das Leistungs- und Beitragsrecht ohne das Recht der Rehabilitation beschränke.⁶

III. Entscheidungsspielräume in der Selbstverwaltung

1. Gestaltungsrechte im Bereich der inneren Selbstverwaltung

Der Bereich der inneren Selbstverwaltung kann umschrieben werden mit den drei Begriffen Organisationshoheit, Personalhoheit und Finanzhoheit. Im Rahmen der Organisationshoheit gibt es Spielräume beim Aufbau der Organisationseinheit (Organigramm) bei der inneren Ausrichtung der Organisation (Leitbild) und bei der Abgrenzung der Aufgaben der Selbstverwaltungsorgane, also Vorstand und Vertreterversammlung. Ebenso können Richtlinien für die Geschäftsführung bzw. den Geschäftsführer von der Selbstverwaltung erlassen werden. Hierzu gelten allerdings zwei Einschränkungen, die erste wurde bereits genannt: Die Richtlinien und die Organisationsmaßnahmen dürfen nicht in die grundsätzliche Verteilung der Aufgaben zwischen Selbstverwaltung und Hauptamt eingreifen und nach § 69 SGB IV müssen die Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit bei allen Organisationsmaßnahmen eingehalten werden.

⁵ Becker, SGB 2005, 673.

⁶ Zur Selbstverwaltung in der Rehabilitation siehe Welti, in diesem Band, S. 47.

Auch bei der Personalhoheit gibt es gewisse Entscheidungsmöglichkeiten der Selbstverwaltung. Zunächst ist zu nennen, dass die Wahl der Geschäftsführung bzw. des Geschäftsführers zu den originären Aufgaben der Vertreterversammlung und des Vorstandes gehört. Auch die Entscheidung, ob ein Rentenversicherungsträger Beamte oder ausschließlich Angestellte beschäftigt, ist sicherlich eine personalpolitische Entscheidung, wobei der Geschäftsführer bzw. die Mitglieder der Geschäftsführungen nach dem SGB IV Beamte sein müssen. Hinsichtlich der Besoldung bzw. Bezahlung der Beschäftigten gibt es keine Gestaltungsrechte, weil die Besoldung der Beamten nach den jeweiligen Beamtengesetzen geregelt ist und die Bezahlung der Tarifbeschäftigten über Tarifverträge verbindlich geregelt ist. Schließlich können für die Versorgungsbezüge der Beamten bei einigen Regionalträgern Rücklagen gebildet werden. Dies ist allerdings vom jeweiligen Landesrecht abhängig.

Im Rahmen der Finanzhoheit gibt es praktisch keine Gestaltungsrechte der Selbstverwaltung, weil im Rahmen der gesetzlichen Rentenversicherung das Gemeinlastverfahren und ein strikter einheitlicher Kontenrahmen keine Finanzdispositionen zulassen.

Zwischenfazit

Im Bereich der Finanzhoheit gibt es keine Gestaltungsmöglichkeiten, im Bereich der Personalhoheit geringe und bei der Organisationshoheit gibt es die größten Gestaltungsmöglichkeiten, die jedoch eingeschränkt werden durch § 69 SGB IV. Aus meiner langjährigen Tätigkeit als Geschäftsführer eines Regionalträgers der gesetzlichen Rentenversicherung gibt es im Hinblick auf die inneren Gestaltungsmöglichkeiten folgende Anmerkungen:

Zunächst kommt es sehr auf das Rollenverständnis der Beteiligten an. Insbesondere im Hinblick auf die Zweistufigkeit auf der Selbstverwaltungsebene, also zwischen Vorstand und Vertreterversammlung, gibt es zwei Bilder: Die Vertreterversammlung als Parlament der Rentenver-

sicherung und der Vorstand als Regierung. In diesem Bild bleibt kein Platz für die Geschäftsführung bzw. den Geschäftsführer. Deshalb gibt es ein zweites Bild, wonach die Vertreterversammlung wiederum als Parlament der Rentenversicherung unstrittig bezeichnet wird, die Geschäftsführung bzw. der Geschäftsführer aber die Regierung abbildet und der Vorstand so etwas wie den Aufsichtsrat. Je nachdem wie diese Bilder in der Praxis gelebt werden, kann es zu Konflikten kommen. Insbesondere wenn man sich vorstellt, dass die Vertreterversammlung im Grunde nur den Haushalt als Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben zu regeln hat, ist fraglich, ob letztendlich die Zweistufigkeit wirklich noch Sinn macht. Ein weiteres Problem stellt sich in der Formulierung des § 36 Abs. 1 Satz 1 SGB IV, wonach der Geschäftsführer bzw. die Geschäftsführungen die laufenden Verwaltungsgeschäfte zu erledigen haben. Dieser unbestimmte Rechtsbegriff führt in der Praxis immer wieder zu Streitigkeiten zwischen den Beteiligten, was denn Aufgabe der Geschäftsführung bzw. des Geschäftsführers sein könne. Die Abgrenzung der verschiedenen Organe und damit die Ausfüllung des unbestimmten Rechtsbegriffs „laufende Verwaltungstätigkeiten“ werden meist mit Blick auf die kommunale Selbstverwaltung vorgenommen. Aus dieser Grundüberlegung hat das Bundessozialgericht im 26. Band⁷ abgeleitet, dass nur Entscheidungen über Grundstückskäufe, die Errichtung von Verwaltungsgebäuden oder Heilstätten und die Vermögensanlage zu den Aufgaben des Vorstandes gehören, alles andere sei laufendes Verwaltungsgeschäft und den Aufgaben des Geschäftsführers zuzurechnen. Auch in der Literatur gibt es hierzu nur schwammige Formulierungen.

„Die Grenze der Geschäftsführerkompetenz wird bei grundlegenden Organisationsmaßnahmen erreicht sein, welche nicht unerheblich für die Versicherungsträger im Ganzen sind. Insgesamt bleibt als Aufgabe des Vorstandes hiernach vor allem, die dem eigentlichen Selbstverwaltungsbereich zuzurechnenden grundlegenden Entscheidungen zu treffen und damit die wesentlichen Grundsätze für die Verwaltungspolitik des

7 BSGE 26, 129.

*Sozialversicherungsträgers zu bestimmen. Alles andere ist dem laufenden Verwaltungsgeschäft zuzurechnen und Aufgabe des Geschäftsführers.*⁸

2. Gestaltungsrecht im Bereich der äußeren Selbstverwaltung

Konnten wir eben feststellen, dass zumindest bei der Organisationshoheit einige Gestaltungsrechte der Selbstverwaltung zu finden sind, so ist bei der Gestaltung im Bereich der äußeren Selbstverwaltung, also zu den Versicherten und den Arbeitgebern, keine Gestaltungsfreiheit festzustellen. Auf der Einnahmenseite sind sowohl der Beitragssatz, die Beitragsarten, die Beitragsbemessungsgrenze, das Beitragsverfahren, die Beitragsprüfung und die Beitragseinzugsvergütung gesetzlich geregelt. Ebenso verhält es sich mit der Leistungsseite. Die Rentenberechnung und das Zahlungsverfahren sind im Detail abschließend geregelt. Lediglich im Bereich der Auskunfts- und Beratungstätigkeiten können gewisse Schwerpunkte durch die einzelnen Rentenversicherungsträger gelegt werden. Eben solches gilt für das Service-Angebot der Rentenversicherungsträger. Schließlich sind die Selbstverwaltungsbelange im Widerspruchsverfahren durch Beteiligung der beiden Seiten im Widerspruchsausschuss abgedeckt. Da es sich hier allerdings um einen Teil des Verwaltungsverfahrens handelt, sind die ehrenamtlichen Mitglieder des Widerspruchsausschusses genauso an Recht und Gesetz gebunden wie die Mitglieder der Verwaltung. Insofern gibt es nur einen ganz eingeschränkten Gestaltungsspielraum.

Zwischenfazit

Im Bereich der inneren Selbstverwaltung gibt es insgesamt geringe Gestaltungsmöglichkeiten, am ehesten bei der Organisationshoheit, während die Gestaltungsmöglichkeiten der äußeren Selbstverwaltung gegen Null gehen.⁹

8 Köster, in: Kreikebohm, SGB IV, Rn. 4 zu § 36 SGB IV.

9 Becker, Staat und autonome Träger, S. 186 ff.

IV. Schlussbemerkung

Die Rentenversicherung ist der entscheidende Baustein einer solidarischen Alterssicherung und damit wichtiger Teil einer solidarischen Gesellschaft. Diese muss auf allen Ebenen in der Rentenversicherung vertreten werden, insbesondere, aber nicht nur, von der Selbstverwaltung. Hierzu wird in den kommenden Jahren reichlich Anlass bestehen. So ist beispielsweise die Frage, welche Auswirkungen sich für eine nachhaltige Alterssicherung durch den Wandel der Arbeitswelt ergeben (Stichpunkt Arbeit 4.0). In dem Zusammenhang stellt sich weiter die Frage, wie ein modernes Dienstleistungsangebot der Rentenversicherung aussehen könnte. Und insgesamt ist die Frage, wie unsere Gesellschaft den Spagat hinbekommt zwischen den immer individualisierteren Lebensentwürfen und generell abstrakt gesetzlichen Regelungen. Hierzu bedarf es einer starken Selbstverwaltung, die sich politisch positioniert und sicherlich mehr positionieren könnte, als dies bisher in der allgemeinen Wahrnehmung ankommt.

SELBSTVERWALTUNG DER REHABILITATIONSTRÄGER – EINE ERFOLGSGESCHICHTE?

Prof. Dr. Felix Welti, Universität Kassel

I. Einführung

Die Bilder der sozialen Selbstverwaltung in Wissenschaft werden, so überhaupt, meist geordnet nach den verschiedenen Sozialversicherungsträgern. Es könnte eine wichtige Ergänzung sein, stärker auf die Aufgaben und Zielgruppen zu blicken. Die Rehabilitation eignet sich dafür besonders, da sie gleichermaßen Kernaufgabe von Rentenversicherung, Unfallversicherung, Krankenkassen und Bundesagentur ist. Zugleich legen öffentliche Erklärungen und wissenschaftliche Untersuchungen nahe, dass die Rehabilitation die Selbstverwaltungsorgane stärker beschäftigt, als es ihr Anteil an den Gesamtausgaben erwarten ließe. Das mag daran liegen, dass Sach- und Dienstleistungen der Rehabilitation und Teilhabe mehr Gestaltungsspielräume öffnen als die Administration von Geldleistungen. Eine weitere Ursache könnte sein, dass die Leistungserbringung durch Eigeneinrichtungen und unmittelbare Vertragsbeziehungen näher an den Trägern ist als etwa bei der Krankenbehandlung. Schließlich könnte die Nähe der Aufgabe zur Arbeitswelt die Kernkompetenzen der sozialen Selbstverwaltung besonders ansprechen. Oder ist es vielleicht so, dass in der Rehabilitation mehr Probleme zu lösen sind als anderswo?

Jedenfalls gehen die Meinungen über die Selbstverwaltung in der Rehabilitation besonders stark auseinander, wenn es um die Analyse der Leistungen und Probleme geht. Während in Selbstzeugnissen aus den Organen der sozialen Selbstverwaltung auf intensives und lebensnahes Engagement verwiesen wird, gilt „die Selbstverwaltung“ bei anderen Akteuren der Sozial-, Gesundheits- und Behindertenpolitik als stärkste Bremse bei der Umsetzung von Reformen zu Gunsten der Leistungsberechtigten.¹

¹ Vgl. Fuchs 2008, 315 ff.

II. Die Selbstverwaltung von Rehabilitationsträgern

Für die politische Wahrnehmung von außen ist oft entscheidend, dass die Rehabilitationsträger als Körperschaften mit Selbstverwaltung eigene Entscheidungen darüber treffen, wie sie Sozialrecht ausführen und, so die Kritik, ob sie es so ausführen, wie es der Gesetzgeber gemeint hat.

Das „Selbst“ der Selbstverwaltung² sind in dieser Version der Wirklichkeit die vielen einzelnen Körperschaften, die samt ihren hauptamtlichen und ehrenamtlichen Funktionsträgern als sich selbst steuerndes System erscheinen. Diese Wahrnehmung erscheint plausibel, wenn hauptamtliche Geschäftsführer und Vorstände vor, in und nach der Gesetzgebung als politische Größe auftreten, die erwünschte und weniger erwünschte Inhalte und Auslegungen des Gesetzes deutlich macht und ihr Mandat dafür aus der Selbstverwaltung der Träger ableitet.³ Dieses Eigenleben der Verwaltungsträger erscheint nach außen als zutiefst rechtfertigungsbedürftig und als problematisch gegenüber den demokratisch legitimierten Vorgaben von Gesetzgeber und Aufsicht.

In der Innenwahrnehmung wird dagegen differenziert zwischen „Verwaltung“ und „Selbstverwaltung“, wobei letztere auf ehrenamtliche Mitwirkung in Selbstverwaltungsorganen bezogen wird. Selbstverwaltung ist dann hilfreich, um Gesetze lebensnah zu konkretisieren und um die Verwaltung effektiver zu kontrollieren als es eine externe Aufsicht vermöchte.

Das „Selbst“ der Selbstverwaltung sind in dieser Sicht Versicherte und Arbeitgeber. Die immer engeren und komplexeren Vorgaben von Gesetz und Regierung sind dann das Problem gegenüber der legitimierten Regelung eigener Angelegenheiten. Dieses Doppelgesicht und Spannungsverhältnis gehört zur Selbstverwaltung im sozialen Rechts-

2 Vgl. Welte, VSSR 2006, 133-156.

3 Vgl. Walling 2015, 132 ff.

staat. Es ist nicht anders bei der kommunalen Selbstverwaltung, die mit Eingliederungshilfe und Kinder- und Jugendhilfe für die anderen relevanten Rehabilitationsträger verantwortlich ist. Auch sie erscheint zum einen als eine eigene Ebene des Staatsaufbaus mit institutioneller und rechtlicher Vetomacht und eigenen Interessen, zum anderen als ein Forum demokratischer Mitgestaltung und Dezentralisierung.

III. Erfolge, Probleme und Herausforderungen

1. Nähe zur Lebens- und Arbeitswelt

Schon in den Anfängen der Rehabilitation in der Invalidenversicherung seit 1890 ließ sich ein Wechselspiel von Selbstverwaltung und Gesetzgebung beim Bestreben beobachten, Erwerbs- und Arbeitsfähigkeit der Versicherten zu erhalten. Die Reha-Kommissionen des Verbands Deutscher Rentenversicherungsträger, die Ende der 1980er Jahre aus den Selbstverwaltungsorganen heraus angeregt wurden, haben nicht unerheblich Innovationen zusammen- und zu ihnen beigetragen, die in Verwaltung, Leistungserbringung und Gesetzgebung aufgegriffen worden sind, etwa die stufenweise Wiedereingliederung, die Stärkung ambulanter und betriebsnaher Rehabilitation und die intensivierete Rehabilitationsforschung⁴. In der Gegenwart hat sich dies fortgesetzt, so durch die Verzahnung von Prävention und Rehabilitation zur Sicherung von Beschäftigungsfähigkeit, die im Flexirentengesetz verankert worden ist, und die medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation.

Hier zeigt sich die Stärke der sozialen Selbstverwaltung, durch mit der Arbeitswelt vertraute Akteure an deren Bedürfnisse anknüpfen zu können.⁵ Dies sollte – wichtig für die Rehabilitation – gerade ermög-

4 Vgl. Welti in: Degener/ von Miquel (Hrsg.), 2018, 15-42. Hierzu wurden im Rahmen des von der Hans-Böckler-Stiftung geförderten Projekts „Der Beitrag der Selbstverwaltung zur Reform des Rehabilitationsrechts“ (Projektnummer 2016-998-5) von Dr. Diana Ramm Interviews mit Zeitzeugen geführt, die als als Transkripte (von Martin Kilimann, B.A.) und Audio-Dateien im Archiv der sozialen Demokratie der Friedrich-Ebert-Stiftung zugänglich sind.

5 Köpke 2017.

lichen, die Diversität von Lebensläufen auf dem Arbeitsmarkt zu berücksichtigen.⁶ Sowohl Gewerkschaften als auch Arbeitgeberverbände, positionieren sich regelmäßig zur Weiterentwicklung der Rehabilitation. Erfahrungen aus der tariflichen Gestaltung etwa der Demografie-Tarifverträge oder dem Betrieblichen Eingliederungsmanagement können nutzbar gemacht werden. Allerdings ist dabei zu beobachten, dass große Unternehmen besser berücksichtigt werden als kleine und mittlere.⁷

Die Nähe zwischen Arbeitswelt und Rehabilitation scheint in Renten- und Unfallversicherung wichtiger zu sein als in der Krankenversicherung. Dies kann strukturell bedingt sein: Die Rehabilitation Erwerbstätiger ist nicht ihre Aufgabe, die Abstimmung von Krankenbehandlung und Krankengeld mit Rehabilitation zwar eminent wichtig, scheint jedoch den Selbstverwaltungsorganen nur wenig zugänglich zu sein. Die Betriebliche Gesundheitsförderung wird, so beklagen auch Selbstverwalter, eher als Wettbewerbs- und Werbefaktor gesehen. Insgesamt scheint der Kassenwettbewerb der Befassung der Selbstverwaltung mit übergreifenden Fragen wie der Rehabilitation eher abträglich zu sein. Auch die für die Rehabilitation Pflegebedürftiger relevanten Strukturen der Versorgung und die Pflegestützpunkte sind eher kein prominentes Thema der gemeinsamen Selbstverwaltungsorgane von Kranken- und Pflegekassen.

Für Versicherte und Arbeitgeber relevant sind die Beratungs-, Service- und Ansprechstellen, die über Rehabilitation beraten und beim Zugang unterstützen können. Sie sind eher dann Gegenstand der Selbstverwaltung, wenn sie den einzelnen Trägern zugeordnet sind, weniger, wenn das Gesetz trägerübergreifende Stellen vorsieht.

Hemmend für die Nähe zur Lebens- und Arbeitswelt wirkt die immer stärkere Zentralisierung der Rehabilitationsträger. Sie ist für die Ehrenamtlichen mit größeren Fahrtzeiten und der Entfernung von Betrieben

6 Vgl. Klenk in: Rixen/ Welskop-Deffaa (Hrsg.), 2015, 101-124.

7 Welti et. al. 2010.

und kommunalen Kontexten verbunden. Der Informationsvorsprung der Hauptamtlichen wächst. Die notwendige Reaktion der Verbände ist, dass mehr Ehrenamtliche hauptamtlich bei ihnen beschäftigt und der Arbeitswelt damit nur noch mittelbar verbunden sind.

2. Selbstbestimmung und Partizipation

Besonders relevante Grundsätze des Rechts der Rehabilitation sind individuelle Selbstbestimmung, auch bei der Rehabilitation selbst, und die kollektive Partizipation an ihrer Ausgestaltung. Hier wird die Selbstverwaltung als Wächter individueller Rechte und kollektiver Beteiligung gebraucht.

Das Wunsch- und Wahlrecht der Versicherten auf individuelle Ausgestaltung der Leistungen (§ 8 SGB IX)⁸ wird in Selbstverwaltungsorganen thematisiert und, etwa im Widerspruchsausschuss⁹, gegen rigide Standardisierung durch die Verwaltung geschützt.

Die kollektive Partizipation von Menschen mit Behinderungen an sie betreffenden Entscheidungen (Art. 4 Abs. 3 UN-BRK) wird etwa durch Aktionspläne einiger Rehabilitationsträger, gerade der Unfallversicherung, realisiert. Jedenfalls die Gewerkschaften haben Erfahrung aus der betrieblichen Schwerbehindertenvertretung und sich zur Interessenvertretung von Menschen mit Behinderung bekannt. Sowohl im Gesundheitswesen¹⁰ wie im Betrieb¹¹ bedarf es der Partizipation, um Barrierefreiheit als Voraussetzung von Teilhabe durchzusetzen.

Gleichwohl ist eine sichtbarere und autonome Interessenvertretung von Menschen mit Behinderungen erforderlich. Sie sind, gerade wenn sie dauerhaft behindert sind, immer nur eine Minderheit der Versicherten. Um das Interesse an barrierefreier und diskriminierungsfreier Verwaltung und Leistungserbringung zu artikulieren, bedürfen sie einer

8 Walling 2016.

9 Vgl. Höland/Welti 2019.

10 Hlava 2018.

11 Groskreutz/Welti, ArbuR 2016, 105-108.

eigenen Stimme. Das hat der Gesetzgeber bislang vor allem für den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) und die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) vorgesehen. Auf der Ebene der einzelnen Träger stehen Regelungen dazu noch aus.

3. Leistungsträgerschaft und Leistungserbringung

Beschäftigen sich Organe der Träger mit Rehabilitation ist ihr Ausgangspunkt oft das Verwaltungsverfahren. Hier sind sie unmittelbar verantwortlich, haben relevante Spielräume für Antragsbearbeitung, Amtsermittlung, Widerspruchsverfahren, Zugänglichkeit und Zügigkeit. Wie und wie stark die ehrenamtlichen Organe dabei auf die hauptamtliche Arbeit Einfluss nehmen können, etwa Beschwerden und Widersprüche aufgreifen können, ist verschieden und im Einzelnen noch zu erforschen.

Eine besondere inhaltliche Nähe zur Rehabilitation scheint sich zu ergeben, wenn die Selbstverwaltungsorgane auf die Leistungserbringung Einfluss nehmen können, in Eigeneinrichtungen oder bei transparenter Vertragsgestaltung.¹² Die gilt vor allem für Renten- und Unfallversicherung. Wie stark die Einflussmöglichkeiten im Einzelnen sind, wäre wiederum zu klären.

Die Struktur der Leistungserbringung der Rehabilitation im Ganzen scheint jedoch fast außer Reichweite der Selbstverwaltungsorgane zu sein. Das liegt vor allem an der Trägervielfalt, bei der es keinen Ort auf Landes- oder Bundesebene gibt, in dem die gemeinsame Verantwortung der Rehabilitationsträger für die Infrastruktur nach § 36 SGB IX wahrgenommen wird und wo Rehabilitationsträger und Leistungserbringer gemeinsame Grundsätze des Leistungsgeschehens aushandeln. Es gibt keinen G-BA der Rehabilitation. Entsprechend können Erkenntnisse über das Fehlen orts- und betriebsnaher Leistungserbringung allenfalls auf der Ebene einzelner Träger, nicht aber auf Systemebene zur Geltung gebracht werden.

¹² Vgl. Köster 2013.

4. Trägerübergreifende Kooperation, Koordination und Konvergenz

Mit dem Reha-Angleichungsgesetz, dem SGB IX und dem Bundesteilhabegesetz hat der Gesetzgeber in drei Anläufen einer Rehabilitationspolitik zweiter Ordnung versucht, das gegliederte System zu bewahren, Nachteile wie Zuständigkeitskonflikte, Unübersichtlichkeit und mangelnde Planung auszuräumen und Kooperation, Koordination und Konvergenz herzustellen.

Der Gesetzgeber des SGB IX hat festgehalten, dass Selbstverwaltungslösungen Vorrang haben sollen, um Koordination der Leistungen und Kooperation der Rehabilitationsträger zu erreichen (BT-Drs. 14/5074, 101). Das Hauptinstrument dafür sollen die im Rahmen der BAR vereinbarten gemeinsamen Empfehlungen der Sozialversicherungsträger oder ihrer Verbände sein (§§ 12, 13 SGB IX a.F., §§ 25, 26 SGB IX). Damit wurde der Selbstverwaltung jedoch zugleich die Hauptverantwortung für das Gelingen zugewiesen.

Die Kritik an der Realisierung war erheblich: Gemeinsame Empfehlungen sind nicht zu allen vorgesehenen Materien beschlossen worden. Sie waren wenig konkret und wenig bekannt. Die Rehabilitationsträger sollten regionale Arbeitsgemeinschaften bilden (§ 12 Abs. 2 SGB IX a.F., § 25 Abs. 2 SGB IX), um die gemeinsamen Empfehlungen zu konkretisieren und die auf Bundesebene verfassungsrechtlich nicht einbeziehbaren Träger der Eingliederungshilfe und Jugendhilfe einzubinden. Sie sind jedoch – bis heute – nicht eingerichtet worden.

Auch die gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation in allen Kreisen und Städten (§ 22 SGB IX a.F.)¹³ haben ihre gesetzlichen Aufgaben nie ganz erfüllt, sind von vielen Rehabilitationsträgern nicht genutzt und von vielen Versicherten und Arbeitgebern nicht wahrgenommen worden. In der Breite hat der Gesetzgeber die Selbstverwaltung der Rehabilitationsträger offensichtlich mit dem Ansinnen überfordert, eine gemeinsame Struktur selbst zu organisieren.

13 Shafaei 2008.

Woran liegt diese Schwäche? Arbeitgeberverbände und Gewerkschaften wissen ja, dass es nicht wichtig ist, welcher Rehabilitationsträger sich bei Abgrenzungstreit durchsetzt, sondern dass zügig und transparent geprüft und geleistet wird. Sie könnten das Eigeninteresse der Apparate relativieren und rasche Einigungen der Träger durchsetzen, die im Kern alle für die gleiche Solidargemeinschaft da sind. Das versuchen sie auch. Doch scheint die Durchsetzungskraft der Ehrenamtlichen für die Trägerzusammenarbeit begrenzt. Gerade für Krankenkassen erscheint zudem wegen des Kassenwettbewerbs das Organisationsinteresse als höchster Imperativ.

Gesetzgeber und Versicherungsträger sind zu fragen, ob sie die der Größe der Träger und der Aufgabe entsprechende Professionalisierung des Ehrenamts durch Selbstverwaltungsbüros, Schulungsangebote und erleichterte Freistellung von der Arbeit fördern können. Und es muss mehr Orte der trägerübergreifenden Kooperation geben, angefangen mit den regionalen Arbeitsgemeinschaften.

IV. Neues durch das Bundesteilhabegesetz

Das Bundesteilhabegesetz hat die BAR mit einer neuen gesetzlichen Grundlage versehen (§§ 39-41 SGB IX). Sie ist nun öffentlich-rechtliche Arbeitsgemeinschaft (§ 94 SGB X) unter Rechtsaufsicht des BMAS. Auf den Mitgliederbestand hat der Gesetzgeber keinen Einfluss genommen, so dass anstelle des gesetzlich relevanteren GKV-Spitzenverbandes weiterhin die Altverbände der Kassenarten Mitglied sind.

Zu ihren Aufgaben gehören die Beobachtung, Auswertung und Bewertung der Zusammenarbeit einschließlich der Aufbereitung und Erhebung von Daten in einem Teilhabeverfahrensbericht, die Erarbeitung gemeinsamer Empfehlungen, trägerübergreifender Beratungsstandards und Qualitätskriterien, die Förderung der Partizipation Betroffener auch innerhalb der BAR, Öffentlichkeitsarbeit und trägerübergreifende Forschung.

Damit hat der Gesetzgeber die BAR als zentralen Ort trägerübergreifender sozialer Selbstverwaltung substanziell gestärkt. Insbesondere der auch die Länder einbeziehende Teilhabeverfahrensbericht kann nicht nur dringend benötigte Erkenntnisse über Verwaltungsgeschehen und Kooperation erheben und öffentlich machen. Wenn es stimmt, dass Wissen Macht ist, können seine Erkenntnisse den ehrenamtlichen Organen helfen, koordiniert und kooperativ gemeinsame substanzielle Regelungen durchzusetzen.

Für die Beratung hat der Gesetzgeber nun anstelle der unlösbaren Aufgabe gemeinsamer Servicestellen auf ein neues Konzept gesetzt. Alle Rehabilitationsträger sind nun verpflichtet, Ansprechstellen für Versicherte und Arbeitgeber einzurichten (§ 12 Abs. 1 Satz 3 SGB IX). Es könnte gelingen, dies – auch mit Hilfe der Beratungsstandards aus der BAR – in den einzelnen Trägern zu verankern.

V. Ausblick

Ob die soziale Selbstverwaltung, die mit dem Bundesteilhabegesetz geschaffenen neuen Chancen nutzen kann, wird sich in den nächsten Jahren zeigen. Rund um den Teilhabeverfahrensbericht und die BAR wäre das denkbar, wenn diese Instrumente strategisch genutzt werden. Der Gesetzgeber sollte allerdings nicht auf halbem Weg stehen bleiben und müsste weitere Schritte zur verbindlichen Einbindung der Verbände der Menschen mit Behinderung und der Leistungserbringer unternehmen. Auch eine Landesebene mit den neuen Trägern der Eingliederungshilfe wird dringend benötigt. Das geht nur, wenn die Länder in eine Strategie eingebunden werden können. Daran könnten sie, mit Etablierung der neuen Eingliederungshilfe, ein eigenes Interesse bekommen. Krankenkassen zu gemeinsamem Handeln zu bringen, bleibt schwierig, aber ohne das wird es für die Rehabilitation nur wenige Fortschritte geben.

Die soziale Selbstverwaltung hat eine Zukunft, wenn sie demokratisch, effizient und modern beweist, dass sie auch harte Bretter erfolgreich bearbeiten kann. Die Rehabilitation bietet dazu ein gutes Feld der Bewährung.

Literatur

- Fuchs, Harry: Vernetzung und Integration im Gesundheitswesen am Beispiel der medizinischen Rehabilitation, St. Augustin: Asgard-Verlag, 2008.
- Groskreutz/ Henning/ Welti, Felix: Betriebliche Barrierefreiheit als Aufgabe der Schwerbehindertenvertretung, Arbeit und Recht (ArbuR) 2016, S. 105-108.
- Hlava, Daniel: Barrierefreie Gesundheitsversorgung – Rechtliche Gewährleistung unter besonderer Berücksichtigung der Rechtsdurchsetzung, Baden-Baden: Nomos, 2018.
- Höland, Armin/ Welti, Felix: Recht und Praxis der Widerspruchsausschüsse in der Sozialversicherung – Bestandsaufnahme und Wirkungsanalyse, Study Nr. 411, Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung 2019.
- Klenk, Tanja: Diversität der Lebensläufe in: Stephan Rixen/ Eva-Maria Welskop-Deffaa (Hrsg.), Zukunft der Selbstverwaltung – Responsivität und Reformbedarf, Wiesbaden: Springer, 2015, S. 101-124.
- Köpke, Karl-Heinz: Sozialpartnerschaft und soziale Selbstverwaltung – bewährt und reformbedürftig in: Felix Welti/ Maximilian Fuchs/ Christine Fuchsloch/ Gerhard Naegele/ Peter Udsching (Hrsg.), Gesundheit, Alter, Pflege und Rehabilitation – Recht und Praxis im interdisziplinären Dialog, Baden-Baden: Nomos, 2017, 444-455.
- Köpke, Karl-Heinz / Richter, Alexandra / Welti, Felix: Soziale Selbstverwaltung und Rehabilitation. Sichtweisen, Bewertungen und Anregungen von Expertinnen und Experten der Selbstverwaltung, Study 384, Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung, 2018.
- Köster, Philipp: Das Leistungserbringungsrecht der medizinischen Rehabilitation, Berlin: Lit-Verlag, 2013.

- Shafaei, Reza F.: Die gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation, Baden-Baden: Nomos 2018.
- Walling, Fabian: Das Prinzip der Individualisierung von Leistungen zur Teilhabe in der gesetzlichen Rentenversicherung, Kassel 2016: Kassel University Press.
- Welti, Felix: Gibt es noch eine Selbstverwaltung in der gesetzlichen Krankenversicherung? in: Vierteljahresschrift für Sozialrecht (VSSR) 2006, S. 133–156.
- Welti, Felix/ Mahnke, Christiane/ Tauscher, Anne/ Ramm, Diana/ Seider, Harald/ Shafaei, Reza F.: Betriebliches Eingliederungsmanagement in Klein- und Mittelbetrieben, Neubrandenburg 2010: Schriftenreihe G der Hochschule Neubrandenburg, Bd. 14.
- Welti, Felix: Zwischen unteilbaren Menschenrechten und gegliedertem Sozialsystem. Behindertenpolitik erster und zweiter Ordnung von 1990 bis 2016, in: Theresia Degener, Marc von Miquel (Hrsg.), Aufbrüche und Barrieren. Behindertenpolitik und Behindertenrecht in Deutschland und Europa seit den 1970er Jahren, Bielefeld 2018: Transcript Verlag, S. 15-42.

IMPULS AUS DER PRAXIS: SELBSTVERWALTUNG IST GELEBTE DEMOKRATIE UND SOZIALPARTNERSCHAFT IM BESTEN SINNE

Dagmar König, Mitglied des ver.di-Bundesvorstandes, alternierende Vorsitzende des Vorstandes der Deutschen Rentenversicherung Bund

Um das Fazit vorweg zu nehmen: Die Soziale Selbstverwaltung ist eine großartige Errungenschaft, um die wir weltweit beneidet werden. Denn wo sonst können Beitragszahlende – Versicherte und Arbeitgeber – so unmittelbar auf die Verwendung der eingezahlten Gelder Einfluss nehmen wie in den Gremien der sozialen Selbstverwaltung?

Umso bedauerlicher ist es, dass die Sozialwahl eher eine untergeordnete Rolle im Demokratieverständnis der Bürger*innen spielt. Tatsächlich können nur wenige Menschen mit dem Begriff der Sozialen Selbstverwaltung etwas anfangen, noch weniger wissen um deren Einfluss. Deshalb ist es wichtig, die gesamte Bandbreite der Einfluss- und Mitwirkungsmöglichkeiten zu verdeutlichen.

Die Soziale Selbstverwaltung ist gelebte Demokratie und Sozialpartnerschaft – und dies bei ganz unterschiedlichen Sozialversicherungsträgern. Dazu gehören die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung und der Krankenkassen ebenso wie die Berufsgenossenschaften und Unfallkassen. Bei all diesen Organisationen entscheiden Vertreter*innen der Versicherten- und der Arbeitgeberseite über die Haushalte, die Personalauswahl in den Führungsebenen, diskutieren über Schwerpunktsetzungen und Leistungsumfänge, Organisationsstrukturen und Kundenorientierung.

Wie sieht das ganz konkret in der Praxis aus? Am Beispiel der Deutschen Rentenversicherung Bund lässt sich das gut aufzeigen. Hier sei der Vergleich mit dem Aufbau der Bundesrepublik Deutschland gestattet.

Die Vertreterversammlung – das „Parlament“ der Behörde – tagt zweimal jährlich und wählt aus seiner Mitte einen Vorstand – die „Regierung“ – zur Wahrnehmung der Alltagsgeschäfte. Darüber hinaus werden Fachausschüsse gebildet, die die Entscheidungen des Vorstands vorbereiten. Für alle diese Gremien gilt die paritätische Besetzung mit Vertreter*innen der Versicherten- und der Arbeitgeberseite. Geleitet werden die Gremien jeweils von einer Doppelspitze, die ebenfalls paritätisch besetzt ist. Diese Vorsitzenden sind alternierend, d.h. sie wechseln sich in einem festen Rhythmus im Vorstandsvorsitz ab und zwar dergestalt, dass, wenn im Vorstand die Versichertenseite den Vorsitz innehat, in den Ausschüssen die Arbeitgeberseite zum Zuge kommt – und umgekehrt. Klingt kompliziert, sorgt aber dafür, dass stets ein fairer Interessenausgleich stattfinden muss, da keiner der Sozialpartner notwendige Entscheidungen alleine treffen kann. Das zwingt alle Beteiligten, bei Uneinigkeit im Interesse der Allgemeinheit nach vertretbaren Kompromissen zu suchen. Das klappt übrigens erstaunlich gut.

Zum besseren Verständnis der Handlungsspielräume nun ein paar Beispiele:

Bei der Verabschiedung des Haushaltes sind natürlich viele Ausgabepositionen bereits gesetzlich festgelegt. Dennoch gibt es zahlreiche Fragen, die die Selbstverwalter*innen beantworten und die daraus erwachsenden Entscheidungen verantworten müssen.

Da geht es zunächst darum, wieviel und welches Personal zukünftig gebraucht wird. Setzen wir darauf, dass die Digitalisierung schnell genug Arbeitskapazitäten einspart, um damit die demografisch bedingten Personalabgänge zu kompensieren? Brauchen wir für die Übergangszeit vielleicht mehr Personal, weil die Einarbeitung in neue Programme erst einmal mehr Zeit kostet, bevor sie dann eingespart werden kann? Haben wir dafür ausreichend Vorsorge getroffen? Was, wenn nicht? Renten müssen pünktlich ausgezahlt werden, Neuberechnungen zeitnah erfolgen, denn die Menschen brauchen das Geld! Gleiches gilt auch für die schnelle Entscheidung über Rehabilitationsleistungen. Wieviel

Auszubildende müssen wir angesichts der veränderten Bedingungen einstellen? Können wir genug für uns gewinnen, sind wir als Arbeitgeber attraktiv genug, um im Wettbewerb um Nachwuchskräfte bestehen zu können? Reichen unsere Ausbildungskapazitäten, sind unsere Methoden zukunftsorientiert? Müssen wir wegen der steigenden Bedeutung der Digitalisierung nicht mehr IT-Fachkräfte vorhalten? Können wir Arbeitsspitzen mit befristet Beschäftigten auffangen und ist das sozialpolitisch verantwortbar? Welche Perspektiven können wir den Betroffenen vielleicht auch längerfristig geben? Und kommen wir unserer gesellschaftlichen Verantwortung ausreichend nach mit unserem Anteil an schwerbehinderten Beschäftigten?

Wie halten wir es mit dem Outsourcing von Aufgaben? Ist dies gerechtfertigt, wenn dafür z.B. die Kostensätze in den eigenen Rehabilitationskliniken gesenkt und sie damit konkurrenzfähig gehalten werden können? Brauchen wir überhaupt eigene Kliniken? Können wir mit ihnen Versorgungsstandards setzen? Nach welchen Kriterien fällt die Entscheidung zwischen Kosten und Versorgungsqualität? Wie stellen wir uns auf in einer Kliniklandschaft, in der der Anteil ausschließlich gewinnorientierter Gesundheitskonzerne stetig steigt? Was müssen wir in unsere Kliniken investieren, um die bestmögliche Versorgung zu sichern und wo gibt es Synergieeffekte und Einsparpotenziale? Welche baulichen Notwendigkeiten gibt es?

Letzteres gilt natürlich nicht nur für die Kliniken, sondern auch für alle anderen Dienstgebäude. Hier gilt es, einen klugen Mix von Eigentum und Mietobjekten zu erhalten, um sich flexibel den Gegebenheiten anpassen zu können. Denn nur wenn die Rahmenbedingungen eines Arbeitsplatzes stimmen, kann auch gute Arbeit im Interesse der Versicherten erbracht werden.

All dies sind Fragen, mit denen sich die Selbstverwalter*innen höchst kompetent und engagiert beschäftigen und die sie letztlich zu entscheiden haben. Und diese Entscheidungen sind kein Selbstzweck.

Vielmehr geht es darum, den Versicherten optimale Leistungen mit den zur Verfügung stehenden Mitteln zu gewährleisten.

Wer schon einmal selber nach langem Berufsleben auf die ersehnte Rente warten musste, weiß, wie wichtig es ist, schnell und korrekt die Auszahlung zu erhalten. Wer krankheits- oder unfallbedingt dringend eine Rehabilitationsmaßnahme benötigt, weiß, wie wichtig hier schnelle, gute und umfassende Versorgung ist. Nur so kann eine Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess erfolgreich gelingen.

Die Selbstverwalter*innen können natürlich nur innerhalb des gesetzlichen Rahmens entscheiden – also z. B. nicht über das Rentenniveau oder einzelne Rentenarten. Trotzdem sind die Gestaltungsspielräume größer als viele denken. Und immer stehen dabei die Interessen der Versicherten und die der Beitragszahlenden im Fokus. Wir wollen das bestmögliche Leistungsangebot zu einem vertretbaren Beitrag zur Verfügung stellen – und das ist nicht unbedingt das billigste, sondern das preisgünstigste Angebot.

So entscheiden die Selbstverwalter*innen im Bereich der Krankenkassen nicht nur über die Höhe der Zusatzbeiträge, sondern auch über das Leistungsspektrum der jeweiligen Kasse. Dabei haben sie durchaus ihre unterschiedlichen Zielgruppen im Blick. Schon manches Mal haben die Selbstverwalter*innen den hauptamtlichen Kassenvorständen verdeutlicht, dass die scheinbar kostensparendste Lösung langfristig teurer kommt und die Interessen der Versicherten weniger im Blick hat als die Finanzlage der Kasse. Beides muss miteinander ins Gleichgewicht gebracht werden, das ist eine der wichtigsten Aufgaben der sozialen Selbstverwaltung.

Der mitunter geäußerte Vorwurf angeblich mangelnder Professionalität entbehrt jeder Grundlage: Die allermeisten Selbstverwalter*innen sind langjährig erfahren und arbeiten hochprofessionell. Wie die Abge-

ordneten im Deutschen Bundestag bewerten sie mit gesundem Menschenverstand, Lebenserfahrung und Fachkenntnis die Positionen von Fachleuten und führen sie praxistauglich zusammen.

An Stelle von Kritik wäre daher eher mehr Unterstützung geboten. Die Kompetenzen der sozialen Selbstverwaltung sind zu erweitern und Informationen über die Arbeit der Selbstverwaltung sind zu intensivieren. Denn nur, wenn die rund 50 Mio. Wahlberechtigten wissen, welchen Nutzen sie unmittelbar von der sozialen Selbstverwaltung haben, werden sie auch ihr Wahlrecht ausüben. Dies könnte noch sinnvoll durch die Einführung der Möglichkeit zur Online-Wahl erleichtert werden, die vielfach vorgeschobenen verfassungsrechtlichen Bedenken dagegen lassen sich nicht halten, die technisch sichere Machbarkeit muss geprüft werden. Außerdem müssen mehr Frauen, mehr junge Menschen und mehr Menschen mit Migrationshintergrund für diese Aufgaben gewonnen werden. Dazu bedarf es u.a. eines verpflichtenden Mindestanteils von Frauen auf allen Listen für alle Gremien und Ebenen. Darüber hinaus muss es verbindliche Freistellungsvorgaben nicht nur für die Gremiensitzungen selbst, sondern z.B. auch für Fortbildungen geben.

Die soziale Selbstverwaltung setzt das Bestreben vieler nach stärkerer Bürger*innenbeteiligung bereits jetzt um. Sie ist im Idealfall ein Spiegelbild der Gesellschaft und bringt so die unterschiedlichsten Interessen in die Entscheidungen der verschiedenen Sozialversicherungsträger ein. Das ist gelebte Demokratie und Sozialpartnerschaft im besten Sinne!

SELBSTVERWALTUNG IN DER GESETZLICHEN KRANKENVERSICHERUNG



SOZIALE SELBSTVERWALTUNG ZWISCHEN WETTBEWERB UND STAATSINTERVENTION

Prof. Dr. Dr. Thomas Gerlinger, Universität Bielefeld

I. Einleitung

Dass die Selbstverwaltung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) an Einfluss eingebüßt habe und vor allem der Gesetzgeber zu stark in die Belange der Selbstverwaltung eingreife, ist eine nicht nur aktuell weit verbreitete, sondern schon seit den Anfängen der GKV anzutreffende Klage. Dieser Beitrag zeigt, dass die soziale Selbstverwaltung in der GKV in der Tat an Gestaltungsmacht auf die Organisation und Finanzierung der Krankenversorgung verloren hat. Zunächst sollen wichtige Erscheinungsformen dieses Einflussverlusts skizziert werden. Der anschließende Abschnitt befasst sich mit einigen Hintergründen dieser Entwicklung. Ein kurzes Fazit schließt den Beitrag ab.

II. Erhöhung der Regulierungsdichte

In Politik und Wissenschaft wird weitgehend übereinstimmend eine Ausweitung staatlicher Eingriffe in die gesetzliche Krankenversicherung und eine zunehmende Einschränkung von Handlungsspielräumen der sozialen Selbstverwaltung konstatiert (z.B. Tennstedt 1977; Enquete-Kommission 1990; Klenk et al. 2012). Schon ein Blick auf den bloßen Umfang des Fünften Sozialgesetzbuches verdeutlicht, dass der Bundesgesetzgeber das Vorschriftenwerk zur GKV in den vergangenen Jahrzehnten erheblich ausgeweitet hat. Dabei machte es in der Vergangenheit keinen großen Unterschied, welche Parteien an der Bundesregierung beteiligt waren und welcher Partei der Bundesgesundheitsminister bzw. die Bundesgesundheitsministerin angehörte. Selbst unter liberalen Gesundheitsministern, die sich ja das Ziel einer De-Regulierung besonders gern auf die Fahnen schreiben, wurde dieser Trend weiter fortgeschrieben. In der wissenschaftlichen Literatur wird die GKV

häufig als ein System beschrieben, in dem der Staat sich auf Rahmenvorgaben beschränke und die Selbstverwaltungsakteure diesen Rahmen durch Verhandlungen oder gemeinsame Entscheidungen ausfüllten (z.B. Wendt 2013). Jedoch trifft diese Charakterisierung zumindest auf einige Handlungsfelder nicht (mehr) oder nur (noch) eingeschränkt zu. Insbesondere im Hinblick auf die Ausgabenentwicklung, auf die Vergütung in der vertragsärztlichen und in der stationären Versorgung, aber auch im Hinblick auf die Qualitätssicherung hat der Staat seine Eingriffe erheblich verstärkt und mitunter detailgenaue Regelungen erlassen, die die Spielräume der Selbstverwaltung einengen.

Im Hinblick auf die Ausgabenentwicklung wurden die Vorgaben für die GKV seit den 1970er Jahren fortschreitend verschärft. Das Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz von 1977 (BGBl. I: 1069), mit dem der Grundsatz der „einnahmenorientierten Ausgabenpolitik“ Eingang in das Krankenversicherungsrecht fand, schrieb den Krankenkassen noch vor, bei der Vereinbarung der kassenärztlichen Gesamtvergütung u.a. „die zu erwartende Entwicklung der durchschnittlichen Grundlohnsumme (...) zu *berücksichtigen*“ (§ 368f Abs. 2 RVO – Hervorh. T.G.). Seit dem Ende der 1980er-Jahre formulierte der Gesetzgeber den Grundsatz der Beitragssatzstabilität fortschreitend schärfer und weitete ihn von der vertragsärztlichen Versorgung, auf die er ursprünglich beschränkt war, auf andere Leistungsarten aus. Das 1988 verabschiedete Gesundheitsreformgesetz (BGBl. I: 2477) hob die Stabilität der GKV-Beitragssätze explizit in den Rang einer zentralen Zielgröße gesundheitspolitischen Handelns: Die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen sollte ihre jährlichen Empfehlungen nun so ausgestalten, „daß Beitragssatzerhöhungen *vermieden* werden“ (§ 141 Abs. 2 SGB V – Hervorh. T.G.). Die Krankenkassen und Leistungserbringer hatten „in den Vereinbarungen über die Vergütung der Leistungen den Grundsatz der Beitragssatzstabilität zu *beachten*“ (§ 71 Abs. 1 SGB V – Hervorh. T.G.). Die 1999 verabschiedete GKV-Gesundheitsreform 2000 (BGBl. I: 2626) fasste den Grundsatz der Beitragssatzstabilität sogar noch schärfer, denn nunmehr sollten die Vergütungsvereinbarungen so gehalten sein, „dass Beitragssatzerhöhungen *ausgeschlossen* werden“

(§ 71 Abs. 1 SGB V – Hervorh. T.G.). Noch deutlicher kommt die rigide Fassung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität im Übrigen im 1994 verabschiedeten Pflegeversicherungsgesetz (BGBl. I: 1014) zum Ausdruck. Dort heißt es unmissverständlich und lapidar: „Die Pflegekassen stellen [...] sicher, dass ihre Leistungsausgaben die Beitragseinnahmen nicht überschreiten (Grundsatz der Beitragssatzstabilität). Vereinbarungen über die Höhe der Vergütungen, die dem Grundsatz der Beitragssatzstabilität widersprechen, sind unwirksam“ (§ 70 Abs. 2 SGB XI). Das 2007 verabschiedete GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (BGBl. I: 378) verschärfte diese Entwicklung, entzog doch der Gesetzgeber den Krankenkassen damit die Kompetenz zur Festsetzung der Beiträge und übertrug das Recht zur Festsetzung eines bundeseinheitlichen (Mindest-) Beitragssatzes auf die Bundesregierung.

Ein weiteres Beispiel ist die vertragsärztliche Vergütung. Zwar schließen hier am Ende die Vertreter der Vertragsärzteschaft und der Krankenkassen die Vergütungsverträge ab, aber man wird die dabei zu beachtenden Bestimmungen (nehmen wir allein den § 87 SGB V, so wie er sich zu Beginn der 2020er Jahre darstellt) wohl kaum als eine Rahmenvorschrift bezeichnen können. Ähnliches gilt etwa für die Vorgaben zur Ausgestaltung des DRG-Systems durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK). Die Reihe der Beispiele ließe sich fortsetzen. Dass in anderen sozialen Krankenversicherungssystemen – etwa in Frankreich, Österreich oder den Niederlanden – die Gestaltungsrechte der sozialen Selbstverwaltung noch weit schwächer ausfallen als in Deutschland (Klenk et al. 2008), ist für Versicherten- und Arbeitgebervertreter wohl nur ein schwacher Trost.

Dabei sind es nicht alleine gesetzliche Vorgaben, die die Handlungsspielräume der sozialen Selbstverwaltung einschränken. Zur Erhöhung der Regulierungsdichte gehört auch die wachsende Bedeutung kollektiv verbindlicher Regelungen durch die Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen, allen voran des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). Dies gilt insbesondere für das Feld der Qualitätssicherung, das sich in den 1990er-Jahren als eigen-

ständiges Handlungsfeld überhaupt erst herausgebildet hat und von vornherein weitgehend durch gesetzliche Bestimmungen strukturiert ist. Hier ist ein hochgradig ausdifferenziertes Vorschriftenwerk entstanden, in dem staatliche Regelungen noch durch ein weit komplexeres Regelwerk der gemeinsamen Selbstverwaltung ergänzt werden. Dies gilt auch für andere Handlungsfelder der gesetzlichen Krankenversicherung. Die soziale Selbstverwaltung ist, wenn überhaupt, höchstens indirekt über die Krankenkassen am Zustandekommen von Regelungen und Entscheidungen der gemeinsamen Selbstverwaltung beteiligt. Zudem setzt der Inhalt der Entscheidungen in aller Regel ein großes Expertenwissen voraus, über das die Akteure der sozialen Selbstverwaltung zumeist nicht verfügen.

Zum Verlust an Gestaltungsmacht der sozialen Selbstverwaltung haben aber nicht nur zahlreiche Maßnahmen zur Beschneidung der Handlungsspielräume der Krankenkassen geführt, sondern auch zu Lasten der Selbstverwaltung gehende Eingriffe in das Binnengefüge der Machtverteilung auf der Seite der Krankenkassen. Eine grundlegende Veränderung hat der Gesetzgeber hier mit der im Jahr 1992 im Rahmen des Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG) verabschiedeten und 1996 in Kraft getretenen Organisationsreform herbeigeführt (Fuchs 2011). Der Verwaltungsrat einer Krankenkasse, also die soziale Selbstverwaltung, entscheidet seitdem nur noch über Fragen von grundsätzlicher Bedeutung (§ 197 Abs. 1 SGB V). Dazu zählen z.B. die Verabschiedung des Kassenhaushalts, die Festsetzung des Zusatzbeitrags, die Einsetzung und Kontrolle des hauptamtlichen Vorstands, die Entscheidung über Kassenfusionen und über die Gewährung von Satzungsleistungen der Krankenkassen. Die Absicht des Gesetzgebers bestand darin, das Handeln der Kassen zu professionalisieren (Deutscher Bundestag 1992: 69) und sie auf diese Weise für den seinerzeit anvisierten Kassenwettbewerb fit zu machen. Zwar ist die Verteilung der Zuständigkeit zwischen dem hauptamtlichen Vorstand und der ehrenamtlichen Selbstverwaltung oftmals Gegenstand kassenspezifischer Aushandlungsprozesse (Nürnberger 2015: 815). Aber im Hinblick auf die Leitung von Krankenkassen hat sich eine Zuständigkeit des Vorstands für das operative

Tagesgeschäft durchgesetzt, die Stellung der sozialen Selbstverwaltung in der Kassenarchitektur wurde geschwächt. Insgesamt betrachtet, hat der Gesetzgeber mit dieser Organisationsreform den Einfluss der sozialen Selbstverwaltung auf das Handeln der Krankenkassen gravierend eingeschränkt (z.B. Fuchs 2011; Klenk 2012: 80 ff.).

Zudem greift der Gesetzgeber über eine Vielzahl prozeduraler Vorgaben in die Entscheidungen vor allem der gemeinsamen Selbstverwaltung ein. Auf diese Weise ist er bestrebt, sicherzustellen, dass die dort getroffenen Regelungen mit seinen Zielsetzungen übereinstimmen. Dafür steht zum Beispiel der im Referentenentwurf zum „Faire Kassenwahlgesetz“ (Bundesministerium für Gesundheit 2019) vorgesehene Ausschluss ehrenamtlicher Verwaltungsräte von Arbeitgeber- und Arbeitnehmervertretern aus dem Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes und die Übertragung der entsprechenden Entscheidungskompetenzen auf die Vorstände der Mitgliedskassen.

III. Regulierter Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung

Einschränkungen von Handlungsspielräumen ergeben sich für die soziale Selbstverwaltung aber auch durch den seit den 1990er-Jahren herbeigeführten ordnungspolitischen Wandel im deutschen Gesundheitssystem. Die seither vollzogenen Reformen der gesetzlichen Krankenversicherung haben die Umweltbedingungen der sozialen Selbstverwaltung gravierend verändert. Neben der erwähnten Reform der Leitungsstrukturen in den Krankenkassen gehen vor allem mit der Einführung der freien Kassenwahl durch das GSG 1992, mit der die Krankenkassen ihre bisherige Bestandsgarantie verloren und die sie in einen Wettbewerb um Versicherte trieb, weitreichende Veränderungen der Handlungsbedingungen für die Selbstverwaltung einher (Gerlinger 2002). Hinzu kam seit Mitte der 1990er-Jahre, insbesondere in den 2000er-Jahren, der sukzessive Ausbau von Optionen zum Abschluss von Selektivverträgen (Götze et al. 2009). Die gesetzlichen Krankenkassen wurden damit einem regulierten Wettbewerbsregime unter-

worfen und wandeln sich zu „hybriden Organisationen“ (Bode 2003), die neben der Wahrnehmung der gesetzlich definierten Verantwortung für gemeinwohlorientierte Aufgaben ihr individuelles Überleben auf dem „Versicherungsmarkt“ gewährleisten sollen. Der Beitragsatz bzw. – aktuell – der Zusatzbeitrag wurde für die Krankenkassen damit zum bedeutendsten Wettbewerbsparameter. Vor diesem Hintergrund gewinnen „ökonomisch-rationale Begründungsfiguren“ (Klenk 2008: 256) im Handeln der Krankenkassen an Bedeutung, auch für die soziale Selbstverwaltung. Zwar erhalten die Krankenkassen mit der Hinwendung zum regulierten Wettbewerb eine Reihe neuer Gestaltungsmöglichkeiten. Dazu zählen insbesondere die Optionen zum Abschluss und zur Ausgestaltung von Selektivverträgen. Aber auch bei der Wahrnehmung dieser Optionen erzeugen die Wettbewerbsbedingungen einen starken Anreiz, Auswirkungen auf die Einnahmen- und vor allem die Ausgabenentwicklung zu berücksichtigen (Klenk et al. 2009). Dies wird z.B. deutlich bei der Nutzung von Bonusprogrammen, mit denen Kassen gute Risiken umwerben (Scherenberg 2011; Jordan et al. 2015). Auch verstärken sich Bestrebungen, bestehende Lücken in den Anreizsystemen zu nutzen, um die Position der eigenen Krankenkasse im Wettbewerb zu stärken, wie die hinlänglich bekannten, vielgestaltigen Mechanismen der Risikoselektion zeigen (Bundesversicherungsamt 2018).

IV. Hintergründe und Motive

Die Gründe für die Erhöhung der Regulierungsdichte und den Bedeutungsverlust der sozialen Selbstverwaltung lassen sich nicht auf einen gemeinsamen Nenner bringen. Unterschiedliche Entwicklungen wirken hier zusammen.

Erstens verstärkt das übergreifende Ziel der Kostendämpfung die Bereitschaft des Gesetzgebers, die zur Einhaltung finanzieller Vorgaben als erforderlich angesehenen Eingriffe vorzunehmen. Gleichzeitig erhöht das Kostendämpfungsziel den Druck, stärker die Qualität des Versorgungssystems zu berücksichtigen, weil Kostendämpfung – ceteris

paribus – einen Risikofaktor für Qualität darstellen kann. Zudem sind in den vergangenen zwei Jahrzehnten auf unterschiedlichen Wegen zahlreiche und zum Teil gravierende Qualitätsmängel publik geworden. Vor diesem Hintergrund hat der Gesetzgeber die Vorschriftendichte in dem Bestreben erhöht, die Effizienz des Versorgungssystems zu verbessern, insbesondere dann, wenn die Verfolgung von Partikularinteressen die beteiligten Akteure daran hindert, dafür selbst in dem gewünschten und möglichen Maß Sorge zu tragen. Freilich wird deshalb noch nicht jeder staatliche Eingriff zu einer sinnvollen und legitimen Intervention, aber der Kontext mag zum Verständnis des skizzierten Trends beitragen.

Zweitens stehen zahlreiche Interventionen der letzten Jahre im Zusammenhang mit dem Übergang zu einem System des regulierten Wettbewerbs in der GKV. Zahlreiche gesetzliche Regelungen, die eine Einschränkung des freien Kassenhandelns darstellen, gehen auf die Erfahrung zurück, dass unter den Krankenkassen – freilich nicht nur dort – Handlungsweisen und Handlungsstrategien anzutreffen sind, mit denen unter Nutzung von Regelungslücken oder gar unter Umgehung gesetzlicher Bestimmungen Gemeinwohlbelange verletzt und Partikularinteressen verfolgt werden. Auch hier sind die von Krankenkassen praktizierten Formen der Risikoselektion von besonderer Bedeutung. In diesem Sinne lässt sich die Zunahme staatlicher Eingriffe auch als eine flankierende Re-Regulierung wettbewerblicher Reformen bzw. ökonomischer Anreize charakterisieren, die dazu beitragen soll, unerwünschte Strategien zur Verfolgung von Partikularinteressen zu unterbinden oder zumindest einzuschränken. Oft genug sind derartige Regelungen wiederum Anlass für neue Umgehungsstrategien, die ihrerseits erneute Interventionen provozieren. Wettbewerb und verstärkte hierarchische Intervention gehen also häufig Hand in Hand (Gerlinger 2002; Rothgang et al. 2010b). Ein gutes Beispiel für dieses Wechselspiel von Regulierung, versuchter Umgehung und Re-Regulierung liefern im Kassenbereich die diversen Reformen des Risikostrukturausgleichs, die zur Etablierung eines zunehmend komplexeren finanziellen Umverteilungssystems geführt haben.

Drittens hat die Einbettung in ein verändertes Anreizsystem auch Auswirkungen auf die ordnungspolitischen Leitbilder in den Krankenkassen (Gerlinger 2009). Vor dem Hintergrund des skizzierten Wandels der Anreizstrukturen, Handlungszwänge und Interessen ist ihr Selbstverständnis als öffentliche Sozialversicherungsträger in den Hintergrund getreten und hat weithin einem Selbstverständnis als Unternehmen Platz gemacht (z.B. „von der Krankenkasse zum Unternehmen Gesundheit“ – Rebscher 2006: 853). In einzelnen Krankenkassen werden sogar Stimmen laut, den Körperschaftsstatus der Kassen aufzuheben und sie in eine private Rechtsform zu überführen (Wille et al. 2012). Damit würde auch eine soziale Selbstverwaltung in der bisher bekannten Form obsolet werden. Der allmähliche Wandel der Anreizstrukturen, Handlungszwänge und Interessen trägt offenkundig dazu bei, dass die gesetzliche Krankenversicherung als öffentlich-rechtlich organisierte Sozialversicherung auch unter den Krankenkassen selbst an Rückhalt verliert. Dieser Trend wurde durch die erwähnte Organisationsreform, also die Einsetzung eines mit erheblichen Gestaltungskompetenzen ausgestatteten hauptamtlichen Vorstands, deutlich verstärkt (Klenk 2006). Mittlerweile ist eine neue Generation von Funktionsträgern in die Vorstände der meisten Krankenkassen aufgerückt, die Träger eines solchen unternehmerischen Selbstverständnisses ist. Dies wirft die Frage auf, wie eng – jenseits aller Sonntagsreden und sonstiger Lippenbekenntnisse – die normativen Bindungen dieser Funktionärsschicht an die soziale Selbstverwaltung tatsächlich sind. Also: Halten sie die soziale Selbstverwaltung wirklich für einen unverzichtbaren Pfeiler in der GKV-Architektur? Und warum sollen sie, wenn sie sich schon als Leiter eines Unternehmens sehen, über die Notwendigkeit einer sozialen Selbstverwaltung anders denken als ein privater gewerblicher Unternehmer üblicherweise über die Notwendigkeit der Mitbestimmung?

Viertens haben sich die sozialen Selbstverwaltungen – sicherlich nicht aller, aber doch – vieler Krankenkassen, einschließlich der betreffenden Versichertenvertretungen, die Selbstbeschreibung ihrer Krankenkasse als ein Unternehmen, das sich im Wettbewerb behaupten müsse, zu Eigen gemacht (Braun et al. 2007) und handeln auch entsprechend.

Insofern kann man der Selbstverwaltung den Hinweis nicht ersparen, dass sie mit an dem Ast gesägt hat und sägt, auf dem sie selbst sitzt.

Fünftens ist darauf hinzuweisen, dass die in der Gesundheitspolitik und in der breiteren Öffentlichkeit häufig und gern konstatierten Mängel der sozialen Selbstverwaltung – im Raum stehen bekanntlich der Vorwurf der geringen Versichertennähe, des fehlenden Fachwissens, der unzureichenden demokratischen Legitimation u.v.a.m. – in der Vergangenheit nicht der Grund für die fortschreitende Einschränkung ihrer Gestaltungsrechte war. Daraus den Schluss zu ziehen, dass die soziale Selbstverwaltung sich bei den politischen Entscheidungsträgern großer Wertschätzung erfreue, wäre jedoch zumindest voreilig. Gerade das Vordringen neoliberalen Gedankenguts in den Köpfen politischer Entscheidungsträger und die verbreitete Kritik an der sozialen Selbstverwaltung – ob berechtigt oder nicht – sprechen jedenfalls nicht dafür. Der wohl wichtigste Grund dafür, dass der Gesetzgeber die soziale Selbstverwaltung in ihrer Grundstruktur bisher nicht angetastet hat, dürfte darin bestehen, dass er sich bei einem solchen Versuch dem Widerstand von Arbeitgebern und Gewerkschaften gegenübersehen würde. Dem setzt sich kein Gesetzgeber gerne aus, erst recht nicht, wenn das in Rede stehende Regelungsobjekt – hier die soziale Selbstverwaltung – vermutlich zwar nicht als sonderlich hilfreich, aber wohl auch nicht als sonderlich störend angesehen wird.

V. Fazit

Die soziale Selbstverwaltung in der gesetzlichen Krankenversicherung hat in den letzten Jahrzehnten an Gestaltungsmacht eingebüßt. Zum einen hat der Staat die Regulierungsdichte beständig erhöht, indem er auf dem Gesetzes- oder Verordnungswege seine Eingriffe in die gesetzliche Krankenversicherung verstärkte oder der gemeinsamen Selbstverwaltung, vor allem dem G-BA, die Aufgabe zur Verabschiedung kollektiv verbindlicher Regelungen und Entscheidungen übertrug. Zum anderen schränkten die Einführung eines regulierten Wettbewerbs-

regimes und eine Vielzahl an ökonomischen Anreizen die Handlungsoptionen der sozialen Selbstverwaltung ein. Der Zusatzbeitrag zur GKV wurde zum wichtigsten Wettbewerbsparameter und die Auswirkungen operativer Entscheidungen auf die Einnahmen- und Ausgabenseite essenziell. Schließlich hat der Gesetzgeber die Kompetenzen der sozialen Selbstverwaltung durch die 1992 beschlossene Organisationsreform der GKV stark beschnitten. Zum Verlust der sozialen Selbstverwaltung an Gestaltungsmacht haben unterschiedliche Entwicklungen beigetragen. Der Staat ist bemüht, die Ausgaben zu begrenzen und die Effizienz des Versorgungssystems zu verbessern. Zu diesem Zweck will er unerwünschte Strategien zur Umgehung ökonomischer Anreize unterbinden oder begrenzen. Allerdings ist deshalb noch nicht jede Staatsintervention sachlich angemessen oder legitim. Zugleich breitet sich in der Selbstverwaltung und in den Vorständen von Krankenkassen ein unternehmerisches Selbstverständnis und ein an Partikularinteressen orientiertes Handeln aus. Auch in der Politik dürfte der Rückhalt für die soziale Selbstverwaltung im Allgemeinen nicht sonderlich groß sein, weil neoliberales Denken, das die soziale und partizipative Flankierung und Ausgestaltung des Gesundheitssystems für vernachlässigbar hält, weit vorgedrungen ist und die öffentliche Kritik an der sozialen Selbstverwaltung anhält. Den stärksten Rückhalt findet die soziale Selbstverwaltung wohl in dem Wissen politischer Entscheidungsträger, dass ihre Abschaffung den gemeinsamen Protest von Arbeitgebern und Gewerkschaften hervorrufen würde.

Literatur

Braun, Bernard; Greß, Stefan; Lüdecke, Daniel; Rothgang, Heinz; Wasem, Jürgen (2007): Funktionsfähigkeit und Perspektiven von Selbstverwaltung in der GKV. Soziale Sicherheit 56 (11): 365-373.

Bundesministerium für Gesundheit (2019): Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit: Entwurf eines Gesetzes für eine faire Kassenwahl in der gesetzlichen Krankenversicherung (Faire-Kassenwahl-Gesetz –GKV-FKG),

Bearbeitungsstand: 25.03.2019, 9:58 Uhr. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/G/RefE_Gesetz_fuer_eine_faire_Kassenwahl_in_der_GKV.pdf.

- Bundesversicherungsamt (2018): Sonderbericht zum Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung, Bonn: BVA.
- Deutscher Bundestag (1992): Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und F.D.P.: Entwurf eines Gesetzes zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung (Gesundheits-Strukturgesetz). Drucksache 12/3608 vom 05.11.1992, Bonn: Deutscher Bundestag.
- Enquete-Kommission (1990): Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung, Endbericht, 2 Bde., Bundestagsdrucksache 11/3267 vom 12.02.1990.
- Fuchs, Harry (2011): Der Verwaltungsrat in der GKV: Seine Aufgaben, Rechte, Handlungsgrundlagen und -instrumente. Soziale Sicherheit 60 (11): 365-372.
- Gerlinger, Thomas (2002): Zwischen Korporatismus und Wettbewerb: Gesundheitspolitische Steuerung im Wandel (Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Arbeitsgruppe Public Health, Discussion Paper P02-204), Berlin: WZB.
- Gerlinger, Thomas (2009): Der Wandel der Interessenvermittlung in der Gesundheitspolitik, in: Willems, Ulrich; von Winter, Thomas; Rehder, Britta (Hg.): Interessenvermittlung in Politikfeldern. Vergleichende Befunde der Policy- und Verbändeforschung, Wiesbaden: VS-Verlag, 33-51.
- Götze, Ralf; Cacace, Mirella; Rothgang, Heinz (2009): Von der Risiko- zur Anbieterselektion. Eigendynamiken wettbewerblicher Reformen in Gesundheitssystemen des Sozialversicherungstyps. Zeitschrift für Sozialreform 55 (2): 149-175.
- Jordan, Susanne; von der Lippe, Elena; Starker, Anne; Hoebel, Jens; Franke, Andrea (2015): Einflussfaktoren für die Teilnahme an Bonusprogrammen der gesetzlichen Krankenversicherung. Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“. Das Gesundheitswesen 77 (11): 861-868.
- Klenk, Tanja (2008): Modernisierung der funktionalen Selbstverwaltung. Universitäten, Krankenkassen und andere öffentliche Körperschaften, Frankfurt a. M./New York: Campus.
- Klenk, Tanja (2012): Deutschland: Korporatistische Selbstverwaltung zwischen Staat und Markt, in: Klenk, Tanja; Weyrauch, Philine; Haarmann, Alexander; Nullmeier,

- Frank (2012): Abkehr vom Korporatismus? Der Wandel der Sozialversicherungen im europäischen Vergleich, Frankfurt a.M./New York: Campus, S. 53-117.
- Klenk, Tanja; Nullmeier, Frank; Weyrauch, Philine; Haarmann, Alexander (2009): Das Ende einer Bismarck-Tradition? Soziale Selbstverwaltung zwischen Vermarktlichung und Verstaatlichung. Sozialer Fortschritt 58 (5): 85-92.
- Klenk, Tanja; Weyrauch, Philine; Haarmann, Alexander; Nullmeier, Frank (2012): Abkehr vom Korporatismus? Der Wandel der Sozialversicherungen im europäischen Vergleich, Frankfurt a.M./New York: Campus.
- Nürnberg, Ingo (2015): Die Zukunft der Sozialen Selbstverwaltung – Gewerkschaftliche Überlegungen, in: Mülheims, Laurenz; Hummel, Karin; Peters-Lange, Susanne; Toepler, Edwin; Schuhmann, Iris (Hrsg.): Handbuch Sozialversicherungswissenschaft, Wiesbaden: Springer VS, S. 811-824.
- Rebscher, Herbert (2006): Von der Krankenkasse zum Unternehmen Gesundheit, in: Ders. (Hrsg.), Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik im Spannungsfeld zwischen Wissenschaft und Politikberatung. Festschrift für Günter Neubauer, Heidelberg: Economica S. 853-867.
- Rothgang, Heinz; Cacace, Mirella; Grimmeisen, Simone; Schmid, Achim; Wendt, Claus: (Eds.) (2010b): The State and Healthcare. Comparing OECD Countries 2010, Houndmills, Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Scherenberg, Viviane (2011): Nachhaltigkeit in der Gesundheitsvorsorge. Wie Krankenkassen Marketing und Prävention erfolgreich verbinden, Wiesbaden: Gabler.
- Tennstedt, Florian (1977): Geschichte der Selbstverwaltung in der Krankenversicherung von der Mitte des 19. Jahrhunderts bis zur Gründung der Bundesrepublik Deutschland, Bonn: Verlag der Ortskrankenkassen.
- Wendt, Claus (2013): Krankenversicherung oder Gesundheitsversorgung? Gesundheitssysteme im Vergleich, 3. Aufl., Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Wille, Eberhard; Hamilton, Geert Jan; von der Schulenburg, J. Matthias Graf; Thüsing, Gregor (2012): Privatrechtliche Organisation der gesetzlichen Krankenkassen: Reformperspektiven für Deutschland, Erfahrungen aus den Niederlanden, Baden-Baden: Nomos.

SOZIALE SELBSTVERWALTUNG IM SPANNUNGSFELD VON INTERESSENAUSGLEICH, EFFIZIENZ UND INNOVATION

Prof. Dr. Winfried Kluth, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

I. Annäherung an die Thematik

1. Die Welt der Fragezeichen

Aus dem Blickwinkel der Gesetzgebung und der rechtswissenschaftlichen Debatten der letzten zehn Jahre erscheint die soziale Selbstverwaltung als eine „Welt der Fragezeichen“. Obwohl es sich um etablierte Institutionen des Sozialstaats und mit Blick auf ihre Leistungen und Stabilität um auch im internationalen Vergleich¹ erfolgreiche Modelle² handelt, werden zentrale Aspekte ihrer Verfassung und Arbeitsweise zunehmend kritisch hinterfragt.³ Da sich eine solche Kritik in der Regel gegen Neuerungen richtet und die auf das späte 19. Jahrhundert zurückgehenden deutschen Institutionen der sozialen Selbstverwaltung⁴ auch immer wieder Gegenstand grundlegender rechtswissenschaftlicher Untersuchungen waren⁵, ist es von besonderem Interesse, nach den Gründen zu forschen, die Grund oder Anlass für die Kritik sind. Eine genauere Analyse führt zu der Erkenntnis, dass die Fragezeichen sich auf verschiedene Aspekte der rechtlichen Legitimation und Leistungsfähigkeit der sozialen Selbstverwaltung beziehen und es ganz unterschiedliche Gründe für die Hinterfragung gibt.

1 Zu diesem siehe Kaufmann, Varianten des Wohlfahrtsstaats. Der deutsche Sozialstaat im internationalen Vergleich, 2003. Siehe aber auch Klenk/Weyrauch/Haarman/Nullmeier, Abkehr vom Korporatismus? Der Wandel der Sozialversicherungen im europäischen Vergleich, 2012.

2 Das zeigt nicht zuletzt die Attraktivität für Flüchtlinge, die unter anderem durch das hohe Niveau sozialer Sicherung begründet wird.

3 Insbesondere BVerfGE 140, 229 ff. Dazu eingehend Kluth, in: Jahrbuch des Kammer- und Berufsrechts 2017, 2018, S. 239 ff.

4 Zur Historie Kluth, Funktionale Selbstverwaltung, 1997, S. 189 ff.; Kaufmann, Sozialpolitisches Denken, 2003.

5 Pars pro toto Axer, Normsetzung der Exekutive in der Sozialversicherung, 2000.

Ein erster Pfad der Kritik betrifft die demokratische Legitimation der sozialen Selbstverwaltung und zwar teilweise allgemein mit Blick auf ihre von der Ministerialverwaltung abweichende Konstruktion⁶, teilweise aber speziell dort, wo sie als gemeinsame Selbstverwaltung ausgestaltet ist, wie im Fall des Gemeinsamen Bundesausschusses.⁷ Untersucht man die vorgebrachten Argumente genauer, so fällt weiter auf, dass einerseits die zur Rechtfertigung des besonderen Legitimationskonzepts angeführten Traditionsargumente⁸ zunehmend in Bezug auf ihre Tragfähigkeit und Reichweite⁹ in Zweifel gezogen werden, zugleich aber auch die vom Bundesverfassungsgericht aufgezeigten und anerkannten Legitimationspfade der funktionalen Selbstverwaltung nicht (vollständig) übernommen werden sollen.¹⁰ Andererseits setzt die Kritik bei der äußerst komplexen und schrittweisen Entwicklung eines zentralen Steuerungsakteurs, des Gemeinsamen Bundesausschusses¹¹, an und misst diesen an den Maßstäben der (neueren) Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts zur funktionalen Selbstverwaltung.¹² Auch diese Untersuchungen münden vielfach in die Konstatierung verfassungsrechtlicher Defizite.

Ein zweiter Pfad der Kritik betrifft die Leistungsfähigkeit der sozialen Selbstverwaltung. Damit wird in der Tradition des New Public Management¹³ kritisch nach den Kosten und dem Outcome gefragt und somit

6 Exemplarisch zu den Legitimationsdefiziten der funktionalen Selbstverwaltung Köller, Funktionale Selbstverwaltung und ihre demokratische Legitimation, 2009. Speziell zum Kritikpunkt der Friedenswahlen Wimmer, NJW 2004, 3369 ff. Siehe dazu auch Braun/Klenk/Kluth/Nullmeier/Welti, Modernisierung der Sozialversicherungswahlen, 2009.

7 Siehe etwa Sodan/Hadank, NZS 2018, 804 ff.

8 Exemplarisch Axer, (Fn. 5), S. 291 ff.

9 So vor allem BVerfGE 140, 229 ff. und Käsbauer, Die Neuordnung der Rechtsbeziehungen zwischen Ärzten und Krankenkassen durch das Berliner Abkommen vom 23.12.1913, 2015.

10 So etwa die Argumentation bei Axer, in diesem Band, der eine Sonderstellung für die soziale Selbstverwaltung reklamiert.

11 Überblick zur Entwicklung bei Zimmermann, Der Gemeinsame Bundesausschuss, 2012; Kluth, Der Gemeinsame Bundesausschuss, 2015.

12 So u.a. Kingreen, MedR 2017, 8 ff.; Gassner, NZS 2016, 121 ff.

13 Siehe zu Einzelheiten Schröter, in Veit/Reichhard/Wewer (Hrsg.), Handbuch zur Verwaltungsreform, 5. Aufl. 2019, S. 115 ff.

die Wirtschaftlichkeit und Effizienz des Organisationsmodells untersucht, das auf Selbstverwaltung und Ehrenamt setzt.¹⁴

Eng damit verbunden ist ein dritter Pfad der Kritik, der sich auf die Innovationsfähigkeit als einen Unteraspekt der Leistungsfähigkeit bezieht und diese u.a. vor dem Hintergrund einer mehr als schleppend verlaufenden Digitalisierung im Gesundheitswesen in Frage stellt. Diese Kritik hat sich auch die Bundespolitik zu Eigen gemacht.¹⁵

Um auf diese drei im Titel des Beitrags angesprochenen Aspekte angemessen eingehen zu können, erscheint es sinnvoll, zunächst einige strukturelle Besonderheiten der sozialen Selbstverwaltung zu thematisieren sowie die spezifisch verwaltungswissenschaftlichen Verständnisse von Effizienz und Innovationsfähigkeit aus einer rechtlichen Perspektive auszuleuchten.

2. Die Welt der Interessen

Wenn von sozialer Selbstverwaltung gesprochen wird, kann neben der naheliegenden Assoziation Sozialstaat auch das Postulat der sozialen Gerechtigkeit¹⁶ aktiviert werden. Die Debatten über die soziale Selbstverwaltung haben damit aber wenig zu tun. Bei ihnen stehen politische und wirtschaftliche Machtfragen im Vordergrund und damit in einem sehr weit verstandenen Sinne Fragen der Verteilungs- und Marktgerechtigkeit¹⁷, denen auch eine grundrechtliche Dimension anhaftet.¹⁸

Die Wechselwirkungen zwischen dem Sozialrecht und dem Öffentlichen Wirtschaftsrecht hat Stephan Rixen gründlich herausgearbeitet.¹⁹ Es wird zudem versucht, das Sozialrecht als Teil des Regulierungs-

14 Dazu exemplarisch Klenk, Modernisierung der funktionalen Selbstverwaltung, 2008.

15 Der Ansatz liegt mehreren Gesetzen bzw. Gesetzesentwürfen zugrunde, auf die später im Text eingegangen wird.

16 Dazu Miller, Grundsätze sozialer Gerechtigkeit, 2008.

17 Zu letzterer Vanberg, in: Kluth (Hrsg.), Facetten der Gerechtigkeit, 2010, S. 94 ff.

18 Betroffen ist vor allem die Wettbewerbsfreiheit; siehe dazu Kluth, Öffentliches Wirtschaftsrecht, 2019, § 7, Rn. 32 ff.

19 Rixen, Sozialrecht als öffentliches Wirtschaftsrecht, 2005.

verwaltungsrechts auszuweisen.²⁰ Dafür spricht unter anderem, dass auch im Regulierungsverwaltungsrecht Ziele der Daseinsvorsorge mit Fragen des Wettbewerbs und des Verbraucherschutzes kombiniert werden.²¹ Es handelt sich damit um ein besonders komplexes Teilgebiet des öffentlichen Wirtschaftsrechts, denn die Akteurs- und Interessenvielfalt im Gesundheitswesen übersteigt die aller anderen Märkte.

Diese spezifische Akteursvielfalt variiert an den verschiedenen Stellen des Systems und führt u.a. dazu, dass etwa im ambulanten²² und stationären²³ Versorgungsbereich unterschiedliche Konstellationen anzutreffen sind und auch die Versorgung mit Arzneimitteln eigenen Pfaden folgt. Die Steuerung des Versorgungsangebots ist zwischen Gesetzgeber und Selbstverwaltungseinrichtungen (insbes. Gemeinsamer Bundesausschuss) aufgeteilt, die Finanzierung zwischen Beitragsfinanzierung, Eigenanteil und Steuerfinanzierung. Im Bereich der Leistungserbringung gibt es wettbewerbliche Elemente und gewerbliche, freiberufliche und gemeinnützige Akteure. Zentrale Leistungserbringer (insbes. Ärzte²⁴) fragen zudem Leistungen anderer Anbieter nach oder „verordnen“ diese. Es gibt schließlich nur eine begrenzte direkte Steuerung durch Marktmechanismen.

Vor diesem Hintergrund kommt der angemessenen Berücksichtigung der vielfältigen Interessen und der diese repräsentierenden Institutionen eine zentrale Bedeutung bei der Konstruktion der Selbstverwaltungsinstitutionen zu.²⁵ Daraus resultiert der Streit um die demokratische Legitimation und die hinreichende Wahrung grundrechtlicher Interessen.

20 Schuler-Harms und Hense, in: Fehling/Ruffert (Hrsg.), Regulierungsrecht, 2010, §§ 14, 15.

21 Kluth, (Fn. 18), § 18, Rn. 11 ff.

22 Näher Rixen (Fn. 19), S. 375 ff.

23 Näher Rixen, (Fn. 19), S. 533 ff.

24 Zu deren zentraler Systemfunktion siehe Kluth, (Fn. 3), S. 239 (326 ff.).

25 Die verfassungsgerichtliche Rechtsprechung hat dies früh betont. Siehe BVerfGE 33, 125 ff. und dazu näher Kluth, (Fn. 3), S. 239 (325 ff.).

3. Die Pflicht zur Effizienz

Wo das mit Effizianzanreizen verbundene System des Wettbewerbs fehlt oder nur eine begrenzte Reichweite hat, müssen alternative Formen der Effizienzsicherung etabliert werden, die die Effekte des Wettbewerbs ersetzen oder simulieren.²⁶ Ganz allgemein folgt die „Pflicht zur Effizienz“ für die öffentliche (Selbst-) Verwaltung aus den Vorgaben des Haushaltsrechts, allen voran dem Gebot der Wirtschaftlichkeit, sowie der daran anknüpfenden Rechnungshofkontrolle.²⁷ Im komplizierten Geflecht der Gesundheitsversorgung sind diese allgemeinen Mechanismen nur begrenzt tauglich. Deshalb hat der Gesetzgeber mit der Einrichtung des Gemeinsamen Bundesausschusses und seiner wissenschaftlichen Hilfseinrichtungen IQWiG und IQTIG einen anderen Weg beschritten.²⁸ Die weitgehende Ehrenamtlichkeit der Leitungsgorgane sowie deren paritätische Zusammensetzung, die nicht alle betroffenen Interessen einbezieht, wurde aber beibehalten. Es wird deshalb kritisch hinterfragt, ob dies ausreicht und ob das traditionelle Modell auch „funktioniert“.

4. Die Angewiesenheit auf Innovation

Die aktuelle Entwicklung von Gesellschaft, Wissenschaft und Wirtschaft ist durch mehrere große Innovationsschübe geprägt, die auch im Gesundheitswesen und der Altersversorgung strukturell verarbeitet werden müssen und dort vielleicht sogar besonders weitreichende Veränderungen mit sich bringen werden.²⁹ Digitalisierung und Gentechnik sind dabei nur zwei Beispiele für Veränderungen von grundlegender Relevanz. Die bisherigen Adaptionsprozesse im Gesundheitssystem sind eher durch Meldungen der Verzögerung und des Scheiterns geprägt.³⁰ Die Ursachen sind sicher vielfältig, hängen aber auch mit den

26 Siehe zu den Funktionen des öffentlichen Wettbewerbsrechts näher Magen, in: Kirchhof/Korte/ ders. (Hrsg.), *Öffentliches Wettbewerbsrecht*, 2014, § 2.

27 Zu beiden Aspekten Kluth, *WiVerw* 2014, 279 ff.

28 Kluth, (Fn. 3), S. 239 (254 ff.).

29 Das gilt jedenfalls für den demographischen Wandel. Dazu Kluth, *VVDStRL* 68, 2009, 246 ff.

30 Das gilt vor allem für die elektronische Gesundheitskarte und -akte und den korrespondierenden elektronischen ärztlichen Berufsausweis. Dazu Bales/von Schwänenflügel, *NJW* 2012, 2475 ff.; Sachs, *MPR* 2018, 24 ff. Zu den datenschutzrechtlichen Hürden Thüsing, *NZS* 2019, 201 ff.

segmentierten Zuständigkeiten, Organisationsstrukturen und damit verbundenen wirtschaftlichen Interessen zusammen (Stichwort: Insellösungen).

Mit Blick auf die verschiedenen betroffenen Themenfelder ist in Bezug auf die soziale Selbstverwaltung die in der Vergangenheit unter anderem gegenüber den Universitäten erhobene Kritik aufzugreifen, wonach die Selbstverwaltung strukturell eher auf Besitzstandswahrung ausgerichtet und wenig innovationsgeneigt, wenn nicht sogar innovationsresistent, ist. Analog zum Marktversagen kann man hier von einem Selbstverwaltungsversagen sprechen, das von außen, insbesondere durch den Gesetzgeber, durchbrochen bzw. überwunden werden muss.³¹

5. Rechtswissenschaftliche Verarbeitung

Wenn die Frage nach Effizienz und Innovation an die Rechtswissenschaft gerichtet werden soll, stellt sich zuerst die Frage, ob damit die richtige Disziplin befragt wird.³² Mit Blick auf die in der deutschen rechtswissenschaftlichen Forschungslandschaft dominierende dogmatische Rechtswissenschaft mag dieser Einwand berechtigt sein, denn diese ist auf Norminterpretationen, Systematisierung und vor allem die Anwendungsfehleranalyse fokussiert.

Die hier zu beantwortenden Fragen verlangen eine stärker sozialwissenschaftliche Orientierung, wie sie durch die Verwaltungswissenschaften praktiziert werden. Die durch die Einbeziehung soziologischer Methoden geprägte Verwaltungswissenschaft thematisiert sowohl empirisch als auch systematisch die Wirkungs- und Wirksamkeitsbedingungen von Organisations- und Handlungsformen und ist damit auch in der Lage Wirkungsforschung zu betreiben. Speziell das Verwaltungsorganisationsrecht ist traditionell entsprechend orientiert, wie u.a. die frühen durch umfangreiche Rezeptionen der soziologischen Studien von

³¹ Zur Rechtfertigung gesetzgeberischer Steuerung in Fällen des Marktversagens siehe Magen, in: Kirchhof/Korte/ders. (Hrsg.), *Öffentliches Wettbewerbsrecht*, 2014, § 2, Rn. 31 ff.

³² Der Interessenausgleich ist dagegen eine Domäne der rechtswissenschaftlichen Arbeit.

Max Weber und Simmel geprägten Arbeiten von Hans-Julius Wolff³³, dem einflussreichsten Grundlagenforscher im Bereich des Verwaltungsorganisationsrechts³⁴, zeigen.³⁵

6. Gang der Überlegungen

Auf der Grundlage dieses Selbstverständnisses widmen sich die weiteren Überlegungen in exemplarischer Beschränkung der Anwendung der Fragestellung auf den Gemeinsamen Bundesausschuss. Die Gründe für die Wahl dieses Untersuchungsgegenstandes liegen auf der Hand, denn kaum eine andere Organisationseinheit der sozialen Selbstverwaltung ist mit den Themenfeldern Interessenausgleich, Effizienz und Innovation enger positiv und negativ verbunden wie der Gemeinsame Bundesausschuss.

Zu klären ist vor diesem Hintergrund die Rolle des Gesetzgebers bei der Ausgestaltung der Organisation, wobei die Vorgaben des Verfassungsrechts für den Interessenausgleich und die Bestimmung der institutionell einzubeziehenden Interessen besonders zu beachten sind.

Zu klären ist weiter, welche Rolle das nicht aus der rechtswissenschaftlichen Welt stammende Konzept der Effizienz bei organisationsrechtlichen Entscheidungen spielt und welche Bedeutung ihm speziell für die Gesetzliche Krankenversicherung zukommt, in der mit den Patienteninteressen und den hohen finanziellen Lasten zwei besonders sensible Belange in Einklang zu bringen sind.

Schließlich ist auf den Begriff der Innovation und seine institutionellen Rahmenbedingungen einzugehen, wobei auch das „Vor-Urteil“ zu betrachten ist, nach dem Selbstverwaltung tendenziell schwerfällig und innovationsfeindlich sein soll.

33 Wolff, Die Grundlagen der Organisation der Metropole. Entwicklung und Erläuterung eines neuen Rechtsbegriffs, Diss. jur. Göttingen 1925; Wolff, Organschaft und juristische Person, 2 Bde. 1933/1934.

34 Fortgeführt in Wolff/Bachof/Stober/Kluth, Verwaltungsrecht II, 7. Aufl. 2010, §§ 79 ff.

35 Zum aktuellen Stand der organisationsrechtlichen Forschung Schmidt-Aßmann, Verwaltungsrechtliche Dogmatik, 2013, S. 137 ff.

II. „Organization matters“ – die Rolle des Gesetzgebers

1. Organisationsrecht und Gesetzgebung

Fritz Scharpf hat die Bedeutung von Organisationsrechtsfragen auf den treffenden knappen Nenner „organization matters“ gebracht.³⁶ Dahinter steht die Erkenntnis, dass durch Organisationsstrukturen Machtstrukturen und Entscheidungsprozesse maßgeblich determiniert werden. Eberhard Schmidt-Aßmann hat zudem darauf hingewiesen, dass neben den internen Verarbeitungsprozessen auch die Umfeldbeziehungen und -wirkungen von Organisationen durch die Organisationsrechtsform wesentlich geprägt werden.³⁷

Das Verfassungsrecht thematisiert nur einige Aspekte explizit, während andere aus dem Blickwinkel allgemeiner Grundsätze und rechtlicher Bindungen erschlossen werden müssen.³⁸ Explizite Vorgaben folgen aus dem Demokratieprinzip das als Staatsstrukturprinzip alle Bereiche staatlichen Handelns gerade in organisatorischer Hinsicht durchformt.³⁹ Es überrascht deshalb auch nicht, dass über die Verortung der funktionalen Selbstverwaltung im Geltungsbereich des Demokratieprinzips lange Zeit gerungen wurde, wird durch diese Organisationsform der Steuerungsanspruch des Staatsvolks und des dieses repräsentierenden Parlaments doch partiell durchbrochen.⁴⁰ Das Bundesverfassungsgericht hat in seiner Rechtsprechung zwar von Beginn an auch die funktionale Selbstverwaltung akzeptiert und als tradierte Konkretisierung rechtsstaatlicher und demokratischer Grundsätze Freiräume bezeichnet.⁴¹ Erst die Wasserverbandsentscheidung des Jahres 2001 formulierte dann eine dogmatische Figur, um den

36 Scharpf, in: Burack/Negandi (Hrsg.), *Organization design – Theoretical Perspectives and Empirical Findings*, 1977, S. 149 f.

37 Schmidt-Aßmann, *Verwaltungsrechtliche Dogmatik*, 2013, S. 137 ff.

38 Dazu im Einzelnen Wolff/Bachof/Stober/Kluth, *Verwaltungsrecht II*, 7. Aufl. 2010, § 80.

39 Wolff/Bachof/Stober/Kluth, *Verwaltungsrecht II*, 7. Aufl. 2010, § 80, Rn. 142 ff.

40 Weshalb die Frage bereits in der Weimarer Republik kontrovers diskutiert wurde. Siehe exemplarisch Peters, *Zentralisation und Dezentralisation*, 1928. Siehe auch Kluth, in: Schnapp (Hrsg.), *Funktionale Selbstverwaltung und Demokratieprinzip – am Beispiel der Sozialversicherung*, 2001, S. 17 ff.

41 BVerfGE 33, 125 (156 ff.).

aus der Volkssouveränität folgenden umfassenden Legitimations- und Steuerungsanspruch des Parlaments mit den eigenständigen Legitimationsformen der Selbstverwaltung zu „erklären“:

„Die funktionale Selbstverwaltung ergänzt und verstärkt insofern das demokratische Prinzip. Sie kann als Ausprägung dieses Prinzips verstanden werden, soweit sie der Verwirklichung des übergeordneten Ziels der freien Selbstbestimmung aller (vgl. BVerfGE 44, 125 <142>; Emde, Die demokratische Legitimation der funktionalen Selbstverwaltung, 1991, S. 356 f.) dient. Demokratisches Prinzip und Selbstverwaltung stehen unter dem Grundgesetz nicht im Gegensatz zueinander. Sowohl das Demokratieprinzip in seiner traditionellen Ausprägung einer ununterbrochen auf das Volk zurückzuführenden Legitimationskette für alle Amtsträger als auch die funktionale Selbstverwaltung als organisierte Beteiligung der sachnahen Betroffenen an den sie berührenden Entscheidungen verwirklichen die sie verbindende Idee des sich selbst bestimmenden Menschen in einer freiheitlichen Ordnung (Art. 1 Abs. 1 GG; dazu auch Maihofer, in: Benda/Maihofer/Vogel, Handbuch des Verfassungsrechts der Bundesrepublik Deutschland, 2. Aufl., 1994, S. 490 ff.). Das demokratische Prinzip des Art. 20 Abs. 2 GG erlaubt deshalb, durch Gesetz – also durch einen Akt des vom Volk gewählten und daher klassisch demokratisch legitimierten parlamentarischen Gesetzgebers – für abgegrenzte Bereiche der Erledigung öffentlicher Aufgaben besondere Organisationsformen der Selbstverwaltung zu schaffen.“⁴²

Anknüpfend an die Rückführung der demokratischen Idee auf den Gedanken der Selbstbestimmung wird verdeutlicht, dass unterhalb der allgemeinen staatlichen Ebene dieser Grundgedanke auch alternativ verwirklicht werden kann. Der Allgemeinheit und Distanz, die für parlamentarische Gesetzgebung prägend sind⁴³, wird die Sachnähe (bzw. Betroffenheit) als prägendes Prinzip der Selbstverwaltung gegenübergestellt. Daraus folgt, dass es keine allgemeine Zuständigkeit geben

42 BVerfGE 107, 59 (91). Daran anknüpfend BSGE 94, 50 (74).

43 Dazu vertiefend G. Kirchhof, Die Allgemeinheit des Gesetzes, 2009.

kann, sondern nur eine Zuständigkeit für thematisch klar abgegrenzte Bereiche. Dieser Vorgabe korrespondiert auch das „spezialpolitische Mandat“ der Selbstverwaltungsträger im Gegensatz zum allgemeinpolitischen Mandat der Parlamente.⁴⁴

Weiter wird verdeutlicht, dass die Selbstverwaltung jeweils in besonderen Organisationsformen (Plural) verwirklicht werden kann, wobei die Organisationsform der Eigenart der in Selbstverwaltung zu erfüllenden Aufgabe entsprechen muss. Dem hat der Gesetzgeber dadurch Rechnung getragen, dass je nach Aufgabentyp unterschiedliche Ausgestaltungen der Selbstverwaltung entwickelt wurden.⁴⁵

Seitdem wird darauf immer wieder Bezug genommen und es wurden weitere Bausteine der Dogmatik der funktionalen Selbstverwaltung entwickelt.⁴⁶ Sie haben zur Folge, dass die Grundentscheidung über die Wahl der Organisationsrechtsform auch im Bereich der sozialen Selbstverwaltung dem Gesetzgeber vorbehalten ist und dass dieser dabei die Begründung für die Wahl dieser Organisationsrechtsform am Maßstab der aufgezeigten Merkmale begründen muss.⁴⁷

Vor dem Hintergrund dieser etablierten⁴⁸ und überzeugenden dogmatischen Verortung der funktionalen Selbstverwaltung besteht auch kein Grund für ein abweichendes oder zusätzliches Legitimationsmodell für die soziale Selbstverwaltung, wie sie u.a. von Axer gefordert wird.⁴⁹ Eine solche Argumentation schwächt die soziale Selbstverwal-

44 Eisenmenger, in: Kluth (Hrsg.), Handbuch des Kammerrechts, 2. Aufl. 2010, § 8, Rn. 72.

45 Siehe dazu näher die Typologie der Träger funktionaler Selbstverwaltung bei Kluth, (Fn. 3), S. 217 ff.

46 Siehe u.a. BVerfGE 135, 155 ff.; 136, 194 ff.; 146, 164 ff. Zu Einzelheiten Kluth, Jahrbuch des Kammer- und Berufsrechts, 2014, 2015, S. 73 ff.

47 Eine mustergültige Überprüfung unter Einbeziehung verwaltungswissenschaftlicher Aspekte findet sich in BVerfGE 146, 164 ff. für den Bereich der Kammern.

48 Das zeigt sich inzwischen auch an der Rezeption in allen einschlägigen Kommentierungen des Art. 20 Abs. 2 GG. Siehe exemplarisch die sehr ausführliche Kommentierung von Maunz/Dürig/Grzeszick, 87. EL März 2019, GG Art. 20 II. Rn. 173-195.

49 Siehe Axer, in diesem Band, S. 21.

tung und sieht sich durch den alleinigen⁵⁰ Rekurs auf Traditionsargumente auch dem Einwand der Innovationsfeindlichkeit ausgesetzt. Insbesondere der Gemeinsame Bundesausschuss lässt sich so nicht (mehr) rechtfertigen.

2. Klares Legitimationskonzept

Von grundlegender Bedeutung für die Verfassungsmäßigkeit einer Organisationsentscheidung ist ein klares, d.h. nachvollziehbares und Verantwortungsklarheit erzeugendes Legitimationskonzept. Vor dem Hintergrund des besonderen Charakters der funktionalen Selbstverwaltung bedeutet dies unter anderem, dass es sich um „selbstverwaltungsgeeignete Aufgaben“ handelt. Diese charakterisiert das Bundesverfassungsgericht folgendermaßen:

„Die Auswahl der auf Organisationseinheiten der Selbstverwaltung zu übertragenden Aufgaben und die Regelung der Strukturen und Entscheidungsprozesse, in denen diese bewältigt werden, stehen weitgehend im Ermessen des Gesetzgebers (vgl. BVerfGE 10, 89 <102, 104>; s. auch BVerfGE 37, 1 <26>). Es wird sich überwiegend um überschaubare Aufgabenbereiche handeln, bei denen die Erledigung durch Organisationseinheiten der Selbstverwaltung historisch überkommen ist und sich traditionell bewährt hat. Von einer Übertragung ausgeschlossen sind diejenigen öffentlichen Aufgaben, die der Staat selbst durch seine eigenen Behörden als Staatsaufgaben im engeren Sinne wahrnehmen muss (vgl. BVerfGE 38, 281 <299>).“⁵¹

Es sollten demnach ein „überschaubarer Aufgabenbereich“ und ein Sachbereich vorliegen, in Bezug auf den sich die Organisationsform Selbstverwaltung in anderen Fällen „bewährt“ hat und für die aus der Verfassung keine zwingende Zuweisung an die unmittelbare Staatsverwaltung abzuleiten ist. Für die klassischen Bereiche der Selbstver-

⁵⁰ Dass Traditionsargumente auch in der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts eine bedeutsame Rolle spielen, wird sogleich aufgezeigt.

⁵¹ BVerfGE 107, 59 (93).

waltung, also die Kranken-, Unfall- und Rentenversicherung, liegt ein solches Konzept vor. Allerdings stellen sich z.B. bei der Rentenversicherung durch die Verbindung mit weiteren Politikfeldern zunehmend auch Legitimations- und Finanzierungsfragen (sog. Fremdlasten).⁵² Gleichwohl prägt die Grundidee der Betroffenen-Selbstverwaltung nach wie vor maßgeblich diese Bereiche.

Eine besondere Herausforderung stellt aber das im Vergleich dazu hochkomplexe Konstrukt des Gemeinsamen Bundesausschusses dar, weil hier die Interessen der sog. sonstigen Leistungserbringer, also derjenigen Leistungsärzte, die nicht Ärzte, Zahnärzte oder Krankenhausträger sind, nicht gleichberechtigt in das Organisations- und Legitimationsmodell einbezogen sind. Deshalb soll die Tragfähigkeit des Konzepts speziell für diesen Aufgabenträger untersucht werden.

3. Spielräume und Anreize für Effizienz und Innovation

Der Gesetzgeber kann sich aber nicht auf die verfassungskonforme Errichtung der Selbstverwaltungsträger beschränken. Er ist auch in der Pflicht⁵³, wenn es darum geht, die für die Suche nach effizienten und innovativen Lösungen notwendigen Spielräume und Anreize zu schaffen. Damit ist die Daueraufgabe Verwaltungsreform bzw. Verwaltungsmodernisierung angesprochen, die eine kritische Beobachtung sowohl von innen durch die Verwaltung als auch von außen durch Rechnungshöfe und Parlament bzw. Gesetzgeber verlangt.⁵⁴

Es werden zwei übergeordnete Aspekte deutlich: Die Vorgaben für Effizienz und Innovation müssen dynamisch verstanden werden, weil mit ihnen immer wieder auf veränderte Rahmenbedingungen reagiert

52 Dazu Butzer, Fremdlasten in der Sozialversicherung, 2001; ders./Hollo, Die verfassungsrechtliche Zulässigkeit einer signifikanten Erhöhung des Bundeszuschusses an die Gesetzliche Rentenversicherung, 2017.

53 Es handelt sich dabei nicht um eine formale Rechtspflicht, sondern um eine implizite Pflicht zu guter Gesetzgebung bzw. guter Verwaltung. Dazu grundlegend Rosanvallon, Die gute Regierung, 2016.

54 Zu Aufgaben und Rechtsrahmen der einzelnen Kontrollebenen Kempny, Verwaltungskontrolle, 2017. Zur Praxis der Rechnungshofkontrolle Seyfried, Unabhängigkeit und Wirksamkeit von Landesrechnungshöfen – eine vergleichende empirische Untersuchung, 2013.

werden muss. Es gibt deshalb auch kein fertiges Wissen, das der Gesetzgeber nur anwenden muss. Es muss jeweils ermittelt bzw. generiert werden. Dafür ist aber wiederum die Expertise der Verwaltung selbst von erheblicher Bedeutung. Die zu beantwortende Frage ist demnach, ob sie diesen Anforderungen genügt.

III. Bewertung des Interessenausgleichs im Gemeinsamen Bundesausschuss

1. Die Zweifel des Bundesverfassungsgerichts

Die aktuelle Debatte ist maßgeblich durch die Aussage in einem Beschluss des Bundesverfassungsgerichts vom 10.11.2015 ausgelöst worden, wo von durchaus gewichtigen Zweifeln an der demokratischen Legitimation des Gemeinsamen Bundesausschusses in bestimmten Entscheidungskonstellationen gesprochen wird.⁵⁵

In der Sache geht es dabei erstens um die Interessen der sonstigen Leistungserbringer, unter anderem der Hersteller und Anbieter von Arzneimitteln und Medizinprodukten, die institutionell nicht in den Gemeinsamen Bundesausschuss eingebunden sind, obwohl dieser über die Einbeziehung der (für den Verkehr zugelassenen) Produkte in die Versorgung der GKV entscheidet. Damit sind sehr grundsätzliche Fragen angesprochen, beginnend bei der Frage der Intensität der Betroffenheit grundrechtlicher Positionen bis hin zu der entscheidenden Frage, welches Niveau die demokratische Legitimation des Gemeinsamen Bundesausschusses für Entscheidungen gegenüber Dritten besitzt und ob es den verfassungsrechtlichen Anforderungen genügt.

Die zweite Fragestellung bezieht sich auf die Berücksichtigung der Patienteninteressen. Bislang sind diese nach Maßgabe der Patientenbeteiligungsverordnung⁵⁶ durch nicht stimmberechtigte Vertreter in

⁵⁵ BVerfGE 140, 228.

⁵⁶ Verordnung v. 19.12.2003, BGBl. I S. 2753, Zuletzt geändert durch Art. 3 G zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten vom 20. 2. 2013, BGBl. I S. 277.

den Entscheidungsprozess des Gemeinsamen Bundesausschusses eingebunden. Allerdings werden die Interessen von Patienten auch durch die Versicherten repräsentiert, die grundsätzlich paritätisch in den Trägern der Gesetzlichen Krankenversicherung vertreten sind. Hier stellt sich die grundlegende Frage der Abgrenzung von Versicherten- und Patienteninteressen.⁵⁷

Das Bundesministerium der Gesundheit hat zur Klärung dieser Fragen und zur Ermittlung des gesetzgeberischen Handlungsbedarfs drei rechtswissenschaftliche Gutachten in Auftrag gegeben, die zu unterschiedlichen Bewertungen des rechtlichen Status quo und folglich auch verschiedenen Handlungsempfehlungen gelangten.⁵⁸ Während Kingreen die von ihm konstatierten Legitimationsdefizite durch die Einführung einer Fachaufsicht zu lösen vorschlägt und Gassner auf eine stärkere gesetzliche Anleitung und erweiterte Rechtsaufsicht setzt, kommt meine Untersuchung zu dem Ergebnis, dass es lediglich einer Nachsteuerung an einigen Stellen innerhalb des evolutiv weiterentwickelten aktuellen Rechtsrahmens bedarf. Die nachfolgenden Überlegungen basieren auf diesen Vorschlägen und sollen zeigen, dass der Gesetzgeber sich in den letzten Jahren der Themen Effizienz und Innovation angenommen hat. Abschließend wird dann eine weitere Überlegung zu einer möglichen strukturellen Reform entwickelt.

2. Streitfrage Patienteninteressen

Etwas anders gelagert ist die vielfach thematisierte Frage⁵⁹, ob die Patienten ausreichend repräsentiert sind. Dabei wird zwischen den Interessen der jeweils konkrete Leistungen empfangenden Patienten einerseits und dem auf Kostenminimierung ausgerichteten Versicherteninteresse unterschieden, also eine Rollendifferenzierung innerhalb

57 Dazu Pitschas, MedR 2006, 451 ff.

58 Die Gutachten von Gassner, Kingreen und Kluth sind abrufbar unter [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/ministerium/details.html?bmg\[pubid\]=3162](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/ministerium/details.html?bmg[pubid]=3162). Kurze Zusammenfassung bei Hase, GuP 2019, 41 ff.

59 Siehe etwa Kingreen, Knappheit und Verteilungsgerechtigkeit im Gesundheitswesen, in: VVDStRL 70, 2011, S. 152 (177 ff.); Ebsen, MedR 2006, 528 ff.; Pitschas, MedR 2006, 451 ff.

der Gruppe der Versicherten vorgenommen. Legt man diese Unterscheidung zugrunde, so werden durch die gesetzlichen Krankenversicherungen, in denen auch die versicherten Arbeitnehmer repräsentiert sind, nur die zweitgenannten Interessen vertreten, während es an einer spezifischen Repräsentation der Patienteninteressen fehlt.

Diese Lücke hat der Gesetzgeber durch § 140f Abs. 2 SGB V in Verbindung mit der Patientenbeteiligungsverordnung⁶⁰ jedenfalls formal insoweit geschlossen, als durch die in § 2 der Verordnung angeführten Organisationen insgesamt neun sachkundige Personen benannt werden, die im Gemeinsamen Bundesausschuss im Beschlussorgan und in den Unterausschüssen mitwirken.

Mitwirkung bedeutet dabei Mitberatung und nicht Mitentscheidung.⁶¹ Wie Pitschas schon früh angemerkt hat, wird dabei keine echte Betroffenen-Beteiligung, sondern eine mittelbare Vertretung der Interessen von Betroffenen etabliert, da die sachkundigen Personen nicht eigene Interessen vertreten, sondern die mutmaßlichen Interessen von Patienten, so dass es sich um eine mediatisierte Patientenbeteiligung handelt.⁶² Das führt zu dem kuriosen Ergebnis, dass die Möglichkeiten der Einflussnahme der sachkundigen Personen auf das Beratungsergebnis verfassungsrechtlich eher problematisch sind und zu einer Verbesserung der demokratischen Legitimation der Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses keinen tragfähigen Beitrag leisten.

Gleichwohl erweist sich die Lösung des Gesetzgebers aus dem Blickwinkel des Interessenausgleichs als sachgerecht. Durch die kanalisierte Einbeziehung der organisierten Patienteninteressen wird die Wissensbasis für die zu treffenden Entscheidungen erweitert, ohne dass dadurch die austarierte Binnenpluralität der Interessen in Frage gestellt oder verschoben wird.

60 Verordnung v. 19.12.2003, BGBl. I S. 2753, zuletzt geändert durch Art. 3 des Gesetzes vom 20.02.2013, BGBl. I S. 277.

61 Becker/Kingreen/Kaempfe, SGB V, 5. Aufl. 2017, § 140f, Rn. 6.

62 Pitschas, MedR 2006, 451 (453 ff.).

Auch wenn in dieser Untersuchung eine Stärkung der Repräsentation der Versicherten durch die Einführung einer zwingenden gesetzlichen Regelung zur Stimmensplittung bei den Vertretern des GKV-Spitzenverbandes im Beschlussorgan gefordert wird, genügt dies nicht weitergehenden Auffassungen, die wie z.B. Schmidt-Aßmann die Umsetzung einer Drittel-Parität fordern.⁶³ Vor dem Hintergrund der in vielen Bereichen der Sozialversicherungsträger offensichtlichen Schwierigkeit, Versicherteninteressen zu mobilisieren, stellt sich jedoch die Frage, ob und wie dies überhaupt gelingen kann, wenn man zugleich das Instrument der Friedenswahl für nicht repräsentationsgeeignet hält.

Ein solcher Schritt kann nur unter Inkaufnahme eines erheblichen organisatorischen Aufwandes gelingen, indem die Arbeitnehmer-Mitglieder der einzelnen Krankenversicherungen nach dem Vorbild des Satzungsausschusses bei der Bundesrechtsanwaltskammer⁶⁴ in einem einheitlichen Wahlvorgang aufgerufen werden, Repräsentanten für den Gemeinsamen Bundesausschuss zu bestimmen. Damit eine solche Wahl „funktioniert“, müsste aber zugleich die Zahl der Vertreter deutlich erhöht werden, um Repräsentanten aus den Regionen wählen zu können. Dies hätte wiederum zur Folge, dass die Arbeitsfähigkeit des Beschlussorgans gefährdet wird. Wie man es auch dreht und wendet: Alternative Formen einer stärkeren echten Versichertenrepräsentation, die nicht auf Verbandsvertretern basiert⁶⁵, sind nicht realistisch und mit vertretbarem Aufwand nicht umsetzbar.

3. Die Berücksichtigung der Interessen der sonstigen Leistungserbringer

In Bezug auf diejenigen Normsetzungsermächtigungen bzw. Normsetzungsdelegationen, auf denen Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses basieren, die sich auf Dritte, d.h. nicht durch die Trägerorganisationen repräsentierte Akteure, beziehen und diese in eigenen

63 Schmidt-Aßmann, Grundrechtspositionen und Legitimationsfragen im öffentlichen Gesundheitswesen, 2001, S. 83.

64 Zu dieser Konstruktion näher Funk, Die Satzungsversammlung bei der Bundesrechtsanwaltskammer im System der anwaltlichen Selbstverwaltung, 2007.

65 Siehe dazu die Kritik bei Pitschas, MedR 2006, 451 ff.

Interessen betreffen, besteht nach den Ergebnisse des BMG-Gutachtens eine ausreichende gesetzliche Anleitung und Legitimation.

In Bezug auf diesen Bereich basiert das Ergebnis der Untersuchung auf Interpretationsansätzen, die, jedenfalls in den Fällen von erheblichen negativen wirtschaftlichen Folgen der durch den Gemeinsamen Bundesausschuss getroffenen Regelungen, im Schrifttum nicht durchgehend geteilt werden. Das hängt damit zusammen, dass abweichend von der überzeugenden Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts, wie sie vor allem in der Festbetragsentscheidung⁶⁶ zum Ausdruck kommt, aus Art. 12 Abs. 1 GG kein Schutz von Umsatzhöhen und Marktchancen abgeleitet werden kann. Das gilt unabhängig davon, ob die Regelungen die Akteure förmlich binden oder nicht (wie dies bei Arzneimittelherstellern der Fall ist). Grundrechtserheblich sind die Regelungen nach hier vertretener Ansicht in Bezug auf die Nachteile im Wettbewerb und damit in Bezug auf Art. 2 Abs. 1 i.V.m. Art. 3 Abs. 1 GG. Diese Rechtsposition ist aber nur geeignet, eine nicht gerechtfertigte Ungleichbehandlung auszuschließen, für die es bei den gesetzlich genau angeleiteten und durch klare Vorgaben für das Verfahren der Entscheidungsfindung und die Begründung geprägten Strukturen im Gemeinsamen Bundesausschuss an Anhaltspunkten fehlt. Im Ergebnis bestehen deshalb auch in diesen Bereichen gute Gründe, von der hinreichenden gesetzlichen Anleitung und einem ausreichenden Legitimationsniveau auszugehen.

Ausgangspunkt für die Kritik an der Normsetzungsdelegation auf den Gemeinsamen Bundesausschuss ist durchweg die These, dass es zu schweren Grundrechtsbeeinträchtigungen nicht repräsentierter Dritter komme. Stimmt man dieser Einschätzung abweichend von der hier vertretenen Sichtweise zu, so ergeben sich unter anderem die folgenden Lösungsansätze, die ebenfalls kurz gewürdigt werden sollen.

66 BVerfGE 106, 275 f.

a) Lösungsansatz 1: Begrenzung des Regelungsgehalts der Richtlinien bei intensiver Drittbetroffenheit

Bislang soweit ersichtlich nicht diskutiert, wird die Variante, dass der Gemeinsame Bundesausschuss im Falle einer erkennbaren intensiven Betroffenheit Dritter die Reichweite der Richtlinie begrenzt oder – wenn das für eine sinnvolle Regelung nicht möglich ist – auf den Erlass verzichtet und stattdessen dem zuständigen Ministerium das Ergebnis der geplanten Regelung mit dem Ziel vorlegt, eine entsprechende Verwaltungsvorschrift oder Rechtsverordnung zu erlassen.

Durch diese Vorgehensweise könnte der spezifische Sachverstand des Ausschusses einerseits genutzt, die verbindliche Regelung aber in die Hände des Ministeriums gelegt werden, wobei dieses auch zur Abänderung des Regelungsvorschlages berechtigt wäre.

Diese Vorgehensweise ist allerdings mit dem Nachteil verbunden, dass das Ministerium für den Fall der Entscheidungsübernahme selbst in erheblichem Umfang eigenen Sachverstand generieren müsste, um die volle Verantwortung für die zu treffende Entscheidung zu übernehmen. Ohne eine solche Sachkompetenz würde es sich dem Vorwurf aussetzen, den nicht hinreichend legitimierten Entscheidungsvorschlag des Gemeinsamen Bundesausschusses zu übernehmen.

b) Lösungsansatz 2: Erhöhung der gesetzlichen Steuerungsichte

Denkbar wäre eine weitere Erhöhung der inhaltlichen gesetzlichen Steuerungsichte der zu treffenden Entscheidungen. Dieser Weg ist aber deshalb nicht praktikabel, weil die gesetzliche Steuerungsichte bereits heute entgegen zahlreicher kritischer Annahmen in der wissenschaftlichen Literatur hoch ist und jede weitere Steigerung den parlamentarischen Gesetzgeber auch funktional überfordern würde. Es ist nicht Aufgabe des Parlaments, sich in fachwissenschaftliche Details zu vertiefen, die zudem schnellen Änderungen unterliegen können, wie

die gesetzlichen Vorgaben zur vergleichsweise kurzfristigen Überprüfung der Richtlinien erkennen lassen.

c) Lösungsansatz 3: Erweiterung der Aufsichtsinstrumente, insbesondere Einführung von Fachaufsichtsrechten

Denkbar und mit Lösungsansatz 1 vergleichbar wäre die Erweiterung der Rechtsaufsicht zu einer Fachaufsicht in allen oder in Fällen mit Drittbetroffenheit.⁶⁷ Dieser Ansatz wäre – was kaum angesprochen wird – mit den zum ersten Lösungsansatz dargelegten Anforderungen an die fachliche Qualifikation in der Aufsichtsbehörde verbunden. Zudem müsste, damit demokratische Legitimation vorliegt, eine zwingende Genehmigungspflicht statuiert und nicht nur eine Kontrollbefugnis eingeführt werden.

In der Sache ist aber auch eine solche Lösung nicht überzeugend. Die Annahme, dass eine „schlichte Aufsichtsbehörde“ mit wechselnder Besetzung die unter großem fachlichen Aufwand entwickelten Richtlinienvorschläge adäquat prüfen und ihnen eine höhere demokratische Legitimation verleihen könnte, erweist sich als vordergründig und formalistisch. Der Gesetzgeber setzt sich in Widerspruch zu seiner eigenen Einsicht, dass es der Entwicklung eines auf spezialisiertem Systemwissen und wissenschaftlicher Beratung basierenden organisatorischen und verfahrensrechtlichen Rahmens bedarf, wenn er anschließend eine „höhere“ Legitimation durch eine insoweit nicht vergleichbar ausgerichtete Behörde verleihen will. Dabei wird nicht verkannt, dass diese Vorgehensweise durch den im Verfahren bericht-erstattenden Vizepräsidenten des Bundesverfassungsgerichts als „einfache Lösung“ empfohlen wird.

Damit wird deutlich, dass die alternativen Vorschläge letztlich die Selbstverwaltungslösung in Frage und keinen Beitrag zur Reform darstellen.

⁶⁷ So etwa Kingreen, MedR 2017, 8 (12 ff.).

IV. Beurteilung des Bemühens des Gesetzgebers um Effizienz und Innovation

Die einen gesetzgeberischen Entwicklungsprozess von zwei Jahrzehnten analytisch nachvollziehende Untersuchung des Gemeinsamen Bundesausschusses zeigt, dass der Gesetzgeber sich in vielen kleinen und großen Reformschritten mit der Steigerung der Verfahrenseffizienz, Legitimation und Ergebnisqualität befasst hat. Dabei wurden mehrfach innovative Lösungen verwirklicht, etwa durch die Einrichtung von zwei unabhängigen wissenschaftlichen Beratungseinrichtungen sowie die je nach betroffenen Interessen variierenden Beteiligungs- und Stimmrechte. Immer wieder wurde zudem auf wissenschaftliche und praktische Kritik sowie auf überlange Verfahrenszeiten und andere Defizite reagiert. Was auf den ersten Blick wie eine Patchwork-Gesetzgebung erscheint, erweist sich aus der zusammenführenden Distanz als ein Lernprozess, in dem die roten Linien erst nach der Verarbeitung vieler Einzelbetrachtungen deutlich werden.

Dass die Akteure im Gemeinsamen Bundesausschuss sich über eine stärkere bzw. genauere gesetzliche Anleitung freuen würden, weil das den Entscheidungsaufwand im Gremium vermindern würde, ist ebenso nachvollziehbar wie die Kritik derjenigen Akteure, deren Interessen nicht entsprochen wird. Dass sie bei der durchgehend eröffneten fachgerichtlichen Nachprüfung kaum erfolgreich waren, macht jedoch auch deutlich, dass grundlegende Mängel letztlich nicht ersichtlich sind. Schließlich ist auch der verhaltene Beschluss des Bundesverfassungsgerichts, der sich auf ein *Obiter Dictum* beschränkt, eine Bestätigung für diese Gesamteinschätzung.

Diese positive Würdigung des gesetzgeberischen Bemühens um Effizienz und Innovation darf indes nicht vorschnell verallgemeinert werden. Mit Blick auf den Bereich der Digitalisierung sind keine vergleichbaren Erfolgsgeschichten zu verzeichnen, weshalb dort durchaus über die Notwendigkeit externer gesetzgeberischer Impulse nachgedacht werden bzw. diese gebilligt werden müssen.

IMPULS AUS DER PRAXIS: OHNE MAß UND VERNUNFT – FALSCH UND GEFÄHRLICH

Dr. Volker Hansen, Abteilungsleiter Soziale Sicherung der Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände, alternierender Vorsitzender des Verwaltungsrates des GKV-Spitzenverbandes

Das „Faire-Kassenwahl-Gesetz“ und das „MDK-Reformgesetz“ von Bundesgesundheitsminister Spahn rütteln an den Grundfesten des Gesundheitswesens. Die im Referentenentwurf bzw. Kabinettsentwurf angekündigten fundamentalen Neuregelungen für den Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes und die Verwaltungsräte der Medizinischen Dienste sind ein Generalangriff auf Selbstverwaltung und Sozialpartnerschaft.

Soziale Selbstverwaltung ist Garant von Mitbestimmung und Demokratie

Die Selbstverwaltung als tragendes Organisationsprinzip in der Sozialversicherung und unverzichtbarer Baustein einer modernen Demokratie soll in diesen beiden Institutionen beendet werden. Die Wahrscheinlichkeit, dass hiermit nur ein erster Aufschlag in Richtung einer Verstaatlichung der gesamten Sozialversicherung erfolgt, ist groß. Der Offene Brief der Bundeswahlbeauftragten für die Sozialversicherungswahlen, aller Spitzenverbände der Sozialversicherung, der Sozialpartner und vieler anderer Institutionen an den Bundesgesundheitsminister machen diese Gefahr eines Flächenbrandes mehr als deutlich.

Die geplante Besetzung des Verwaltungsrates des GKV-Spitzenverbandes mit hauptamtlichen Kassenvorständen ist ein Systembruch. Zumal es überhaupt keinen Grund gibt, die Sozialpartnerschaft im GKV-Spitzenverband abzuschaffen. Sie ist nicht nur erfolgreich, sondern zugleich Garant für eine qualitativ hochwertige und wirtschaftliche Gesundheitsversorgung heute und morgen. Soziale Selbstverwaltung ist für die Beantwortung wichtiger Grundsatzfragen und die Lösung künftiger Herausforderungen schlicht und ergreifend unverzichtbar.

Die sozialpartnerschaftliche Organisation der ehrenamtlichen Selbstverwaltung sorgt für lebensnahe und praxisorientierte Entscheidungen. Der Verwaltungsrat hat stets sowohl die Interessen der Versicherten und Patienten als auch die Interessen der Beitragszahler im Blick. Ziel ist ein dauerhaft leistungsfähiges und finanzierbares Gesundheitswesen, fernab von parteipolitischem Streit und Kalkül.

Das „Faire-Kassenwahl-Gesetz“ wirkt sich darüber hinaus verheerend auf eine Vielzahl weiterer wichtiger Beschlussgremien im Gesundheitswesen aus. Denn auch hier wird die ehrenamtliche Selbstverwaltung von jeglicher Mitwirkung ausgeschlossen. Davon betroffen sind der Gemeinsame Bundesausschuss, das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, das Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen, der Medizinische Dienst des GKV-Spitzenverbandes und die gematik. Auch das ist ein Flächenbrand. Kein drohender, sondern ein bereits lodernder.

Es geht um die Zukunft der sozialen Mitbestimmung in der bundesweiten Gesundheitsversorgung, die einen Grundpfeiler der deutschen Demokratie darstellt. Die Pläne des Bundesgesundheitsministers sind ohne Maß und ohne Vernunft, falsch und gefährlich. Sie würden dem Beitragszahler das Mitspracherecht wegnehmen. Die soziale Mitbestimmung ist Garant für den sozialen Frieden und die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit in Deutschland. Die soziale Selbstverwaltung muss gestärkt und die Mitbestimmung erhalten werden, so wie es auch im Koalitionsvertrag unmissverständlich festgehalten ist.

Sozialpartnerschaft nicht aus politischem Kalkül aufs Spiel setzen

Aus Arbeitgebersicht ist dabei zusätzlich zu betonen, dass die Koalition erst Anfang dieses Jahres die Festschreibung des Arbeitgeberbeitrags zur gesetzlichen Krankenversicherung auch mit der Begründung aufgegeben hat, auf diese Weise das Interesse der Arbeitgeber an einer wirtschaftlichen Versorgung zu erhöhen. Größer kann der Wider-

spruch nicht sein, wenn jetzt den Arbeitgebern an zentraler Stelle Mitbestimmungs- und Gestaltungsmöglichkeiten entzogen werden sollen, die sich auf Bundesebene gerade über den Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes am wirkungsvollsten entfalten können.

Zudem sollten die Entscheidungen des GKV-Spitzenverbandes als untergesetzlicher Normgeber durch die Beitragszahler demokratisch legitimiert sein. Auch wenn sich die Selbstverwaltung zuletzt häufig kritisch zu den Gesetzesvorhaben des Bundesgesundheitsministers geäußert hat, kann als Reaktion darauf nicht deren Abschaffung beschlossen werden. Im Gegenteil! Unterschiedliche Meinungen gehören zur politischen Diskussion wie das Amen in der Kirche.

Völlig inakzeptabel ist die im Gesetzentwurf aufgestellte Behauptung einer mangelnden Professionalität der Selbstverwaltung. Mit anderen Worten: Der GKV-Spitzenverband sei nicht in der Lage, seine Aufgaben professionell zu erledigen. Das operative Geschäft wird durch einen bestens qualifizierten und vom Verwaltungsrat gewählten Vorstand wahrgenommen, wobei das Zusammenwirken von ehren- und hauptamtlichen Akteuren eine gut funktionierende Symbiose bildet.

Der in Deutschland gepflegte Umgang der Sozialpartner ist in anderen Ländern keineswegs selbstverständlich. So hatten hierzulande Arbeitgeber und Gewerkschaften maßgeblichen Anteil an der Bewältigung der Finanz- und Wirtschaftskrise vor zehn Jahren und haben dabei die Grundlagen für eine positive Entwicklung von Wachstum, Konjunktur und Arbeitsmarkt in den Folgejahren geschaffen. Die gemeinsam wahrzunehmende Verantwortung für die Sozialversicherungen im Hinblick auf die Finanzierung und Gestaltung der Systeme ist unverzichtbarer Teil dieser Sozialpartnerschaft. Es ist mehr als leichtfertig, bei der Zusammensetzung des Verwaltungsrates des GKV-Spitzenverbandes aus rein politischem Kalkül auf diesen bewährten Bestandteil von Demokratie und sozialem Frieden verzichten zu wollen.

Kosmetische Minimal-Korrekturen reichen bei Weitem nicht aus

Der Kabinettsentwurf des „MDK-Reformgesetzes“ sieht zwar im Gegensatz zum vorherigen Referentenentwurf vor, dass die Vertreter der Versicherten und der Arbeitgeber in den Verwaltungsräten die Stimmenmehrheit erhalten und auch von den Krankenkassen gewählt werden sollen. Doch das reicht vorne und hinten nicht aus. Es ist der bloße Versuch, zu blenden und zu täuschen.

Es bleibt dabei: MDK-Verwaltungsratsmitglieder dürfen nicht gleichzeitig Mitglied in einem Verwaltungsrat einer Krankenkasse oder eines Kassenverbandes sein. Diese Unvereinbarkeitsregelung bedeutet also weiterhin die faktische Ausschaltung der sozialen Selbstverwaltung in den MDK, eine Abschaffung der sozialpartnerschaftlichen Mitbestimmung. Der Koalitionsvertrag, der eine Stärkung der sozialen Selbstverwaltung fordert, wird mit Füßen getreten.

Als konstitutives Element der gesetzlichen Krankenversicherung muss die soziale Selbstverwaltung – also die in Sozialwahlen gewählten ehrenamtlichen Mitglieder der Verwaltungsräte der Krankenkassen und ihrer Verbände – auch künftig in den MDK-Verwaltungsräten unmittelbar vertreten sein. Der MDK leistet einen wichtigen Beitrag für die qualitätsorientierte und wirtschaftliche Versorgung. Mit den Begutachtungen und Beratungen auf der Grundlage objektiver medizinischer Kriterien trägt der MDK dazu bei, dass zum einen alle Versicherten zu gleichen Bedingungen Zugang zu den Leistungen der Kranken- und Pflegeversicherung erhalten und zum anderen unberechtigte Leistungsansprüche zu Lasten der Beitragszahler abgewehrt werden.

Die proklamierte Zielsetzung der Politik, die Unabhängigkeit der MDK von den Kranken- und Pflegekassen zu gewährleisten, geht an der Realität vollkommen vorbei und ist ein bloßes Täuschungsmanöver. Denn nach dem Sozialgesetzbuch sind die Ärzte des Medizinischen Dienstes bei der Wahrnehmung ihrer medizinischen Aufgaben schon seit eh und je nur ihrem ärztlichen Gewissen unterworfen.

FAZIT



SOZIALE SELBSTVERWALTUNG – QUO VADIS?

Prof. Dr. Dr. h.c. Eberhard Eichenhofer, Berlin

Selbstverwaltung klingt gut. Kommunen, Universitäten und Kammern nehmen sie für sich in Anspruch; auch die Tarifautonomie folgt diesem Prinzip einer Selbstorganisation der Gesellschaft durch die unmittelbar Betroffenen. Viele seiner Träger(innen) loben sie bisweilen auch, weil sie sich denkbar nahe an den zu regelnden Verhältnissen befindet, und versehen dieses Eigenlob bisweilen mit einer antiparlamentarischen Note. Der Gesetzgeber wird als Traum- oder Schlafwandler abgetan oder dargestellt, als ob er sich beim Wähler vor allem lieb' Kind machen möchte. Was zeichnet soziale Selbstverwaltung also aus und kann sie auch den Härte- und Belastungstest bestehen? Soziale Selbstverwaltung zählt zur Grundausrüstung jeder Sozialversicherung; aber ist sie noch zeitgemäß? Mit dem Symposium des Wissenschaftlichen Beirates der GVG versuchten wir eine Annäherung an das Thema unter den drei Perspektiven Demokratie, Effizienz und Modernität.

Das Thema soziale Selbstverwaltung und Demokratie entzündet sich an der Machtfülle und den Befugnissen der Träger der Selbstverwaltung. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) steht stellvertretend für dieses Phänomen, dass wesentliche Entscheidungen in der Sozialversicherung „die Selbstverwaltung“ – also konkret: die Selbstverwalter(innen) – und nicht der Gesetzgeber trifft. Kann das in der Demokratie angehen? Gewiss sind die Richtlinien des G-BA für die Versorgung des Einzelnen wesentlich; aber ergibt sich allein daraus, dass sie auch etwas Wesentliches für die Allgemeinheit regeln? Selbstverwaltung gilt dem Teil, nicht dem Ganzen. Die Sozialversicherung widmet sich sehr Wichtigem, aber dennoch Partikulärem und zwar im Hinblick auf die versicherten Personen und den Gegenstand der Versicherung!

Sozialversicherungen sollten also machen dürfen, was sie zu machen haben. Sie sollten deshalb auch in der Demokratie statt am Gängel-

band, an der langen Leine geführt werden. Dafür ist eine ausgebaute soziale Selbstverwaltung mehr als ein praktisches Mittel, nämlich für deren demokratische Legitimation schlechthin zentral. Verwaltung und Gestaltung verlangen nach Vertrautheit mit den Institutionen. Das setzt Kenntnisse und Einblicke in Lebenswelten voraus. Sozialverwaltungen verlangen als Führung Expert(inn)en, weil ihr Schutzauftrag an wirtschaftliche, administrative und rechtliche Voraussetzungen gebunden ist und nur bei praktischer Anschauung der einschlägigen Aufgabenfelder gelingen kann.

Sozialverwaltungen sollen wie alle Verwaltungen vor allem wirksam sein. Menschen wollen aber nicht nur verwaltet, sondern vor allem gut verwaltet werden. Zur guten Verwaltung gehört nicht nur seit heute zwingend, dass Betroffene gehört werden und mitwirken. Die Partizipation der Betroffenen ist die zentrale Ressource der Steuerung großer Einrichtungen. Die soziale Selbstverwaltung verbürgt dezentrale Entscheidungen. Sie führt die Zuständigkeit mit der Verantwortung zusammen und steht damit gegen einen Staat, der sich zwar für alles zuständig hält, aber am Ende für nichts verantwortlich ist.

Gelingende Selbstverwaltung verbindet und bündelt Akteure und Verwaltung, sichert Partizipation der Verwalteten und verbindet Träger und Versicherte zur Einheit. Dafür müssen die Expert(inn)en sich erklären = *it. farsi capire*. Desgleichen müssen die Kontrolleure die zu Kontrollierenden verstehen wollen und nicht für sich eine höhere Einsicht in Anspruch nehmen. Soziale Selbstverwaltung ist pragmatisches Handeln und enthält damit die Absage an Formalitäten, Umstände und Prinzipienreiterei.

Soziale Selbstverwaltung ermöglicht, was der Staat aus eigener Macht nicht gleichwertig leisten könnte. Deswegen wurden die Sozialversicherungen mit sozialer Selbstverwaltung geschaffen und deshalb ist diese für jene auch zukünftig unverzichtbar.

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft
und -gestaltung e.V. (GVG)

Reinhardtstraße 34
10117 Berlin

Tel.: +49 (0)30 8561123-20
Fax: +49 (0)30 8561123-22

info@gvg.org
www.gvg.org

Die Selbstverwaltung ist ein zentrales Strukturmerkmal des deutschen Sozialstaats. Sie ermöglicht die Partizipation der Bürgerinnen und Bürger, fördert die Akzeptanz der Sozialversicherung in der Bevölkerung und leistet damit einen wichtigen Beitrag zur Stabilität der Wirtschafts- und Gesellschaftsordnung. Allerdings ist die traditionsreiche Institution auch immer wieder Gegenstand einer teils grundsätzlichen Kritik. Demnach leidet die Selbstverwaltung unter Legitimationsdefiziten, einer geringen Effizienz sowie intransparenten und inflexiblen Strukturen. Schon seit längerem wird daher über eine Weiterentwicklung oder gar eine grundlegende Modernisierung der sozialen Selbstverwaltung diskutiert.

Ziel des Symposiums des Wissenschaftlichen Beirates der GVG im Jahr 2019 war es, im Dialog zwischen Wissenschaft und Praxis, die Diskussion um die Zukunft der sozialen Selbstverwaltung neu zu beleben und Anregungen und Vorschläge zur ihrer Weiterentwicklung zu geben. Die in diesem Band versammelten Tagungsbeiträge beleuchten aus unterschiedlichen Perspektiven den Anspruch und die Legitimation der Selbstverwaltung, verdeutlichen anhand konkreter Beispiele ihre Rolle und Leistungsfähigkeit und zeigen mögliche Reformerfordernisse und Lösungsansätze auf.