

Selbstverwaltung  
in der Sozialen Sicherung

Schriftenreihe der GVG, Bd. 60

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

**Zur Bedeutung der Selbstverwaltung  
in der deutschen Sozialen Sicherung**

**Formen, Aufgaben, Entwicklungsperspektiven**

**nanos  
Verlag**

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

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

© 2007 · Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG), Köln  
Verlag: nanos Verlag oHG, Bonn

Redaktion: Maria Zens, Bonn  
Reproduziert von einer Druckvorlage der Herausgeberin.

Druck und Verarbeitung: Leppelt Grafik & Druck GmbH, Bonn  
Printed in Germany

ISBN 978-3-9811491-5-9

## Inhalt

### Teil A

	Einführung	7
1	Selbstverwaltung als tragendes Prinzip der Sozialen Sicherung in Deutschland	11
2	Zur Bedeutung der Selbstverwaltung in der Sozialen Sicherung	19
2.1	Selbstverwaltung in der Sozialversicherung	19
2.2	Gemeinsame Selbstverwaltung in der Krankenversicherung	24
2.3	Berufsständische Selbstverwaltung	25
3	Entwicklungstendenzen und aktuelle Probleme der Selbstverwaltung	29
3.1	Die nationale Ebene	29
3.2	Die europäische Ebene	34
4	Entwicklungsperspektiven der Sozialen Selbstverwaltung in Deutschland	37
4.1	Gestaltungsmöglichkeiten der Sozialen Selbstverwaltung	41
4.2	Verankerung der Selbstverwaltung in der Gemeinschaft der Versicherten und der Arbeitgeber	44
4.3	Dienstleistungsorientierung der Selbstverwaltung stärken	44
4.4	Qualifikation der ehrenamtlichen Selbstverwalter(innen)	45
4.5	Besetzung der Selbstverwaltungsorgane	46
4.6	Sozialversicherungswahlen	47

### Teil B

5	Selbstverwaltung der Sozialversicherungsträger	51
5.1	Selbstverwaltung in der Gesetzlichen Rentenversicherung	51
5.1.1	Organisation und Aufgaben	51
5.1.2	Aktuelle Entwicklungen	54



5.2	Selbstverwaltung in der Gesetzlichen Krankenversicherung und in der Sozialen Pflegeversicherung	56
5.2.1	Organisation und Aufgaben	56
5.2.2	Aktuelle Entwicklungen	61
5.3	Selbstverwaltung in der Gesetzlichen Unfallversicherung	64
5.3.1	Organisation und Aufgaben	64
5.3.2	Aktuelle Entwicklungen	67
5.4	Selbstverwaltung in der Arbeitslosenversicherung	70
5.4.1	Organisation und Aufgaben	70
5.4.2	Aktuelle Entwicklungen	73
5.5	Selbstverwaltung in der Landwirtschaftlichen Sozialversicherung	74
5.5.1	Organisation und Aufgaben	74
5.5.2	Aktuelle Entwicklungen	79
6	Gemeinsame Selbstverwaltung in der Gesetzlichen Krankenversicherung	83
6.1	Organisation und Aufgaben	83
6.1.1	Gemeinsame Selbstverwaltung im Gemeinsamen Bundesausschuss	85
6.2	Aktuelle Entwicklungen in der Gemeinsamen Selbstverwaltung	88
7	Berufsständische Selbstverwaltung	93
7.1	Kassenärztliche und Kassenzahnärztliche Vereinigungen	96
7.1.1	Aktuelle Entwicklungen	99
7.2	Ärzttekammern, Psychotherapeutenkammern und Zahnärztekammern	100
7.2.1	Aktuelle Entwicklungen	103
7.3	Selbstverwaltung in der berufsständischen Versorgung	107

## Einführung

Die Selbstverwaltung, die in der staatlich geprägten Sozialen Sicherung in Deutschland seit Anbeginn eine wichtige Stellung innehatte, wird – nicht zum ersten Mal – von verschiedenen Seiten und aus unterschiedlichen Gründen kritisiert. Defizite werden im Hinblick auf ihre Funktionserfüllung wie auch Legitimation konstatiert, Effizienz und Effektivität werden bemängelt.<sup>1</sup> Zugleich werden Aufgaben und Handlungsspielräume der Selbstverwaltung durch Verstaatlichungs- wie Privatisierungstendenzen verändert. So ist z. B. die jüngste Entwicklung im Gesundheitswesen u. a. gekennzeichnet durch stärkere staatliche Einflussnahmemöglichkeiten und Zentralisierungstendenzen zu Lasten von Handlungsspielräumen der Selbstverwaltung. Auch in anderen Zweigen haben sich in dieser Hinsicht in den vergangenen Jahren Veränderungen vollzogen. Diese Entwicklungen dokumentieren die gesunkene Wertschätzung der Selbstverwaltung durch die Politik.

Dies ist Anlass für die Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG), über die Selbstverwaltung und deren Erfahrungen zu informieren und Potentiale ihrer Weiterentwicklung aufzuzeigen. In der GVG haben sich Institutionen und Personen zusammengeschlossen, die seit 1947 das System der Sozialen Sicherung in

---

<sup>1</sup> Als Beispiel aus den siebziger Jahren des vorigen Jahrhunderts Harald Bogs: Strukturprobleme der Selbstverwaltung einer modernen Sozialversicherung, Bonn 1977; Christian von Ferber: Soziale Selbstverwaltung – Fiktion oder Chance? Bonn 1977; aktuell z. B. Tanja Klenk: Selbstverwaltung als Leitungsmodell. Wie werden die Institutionen der Sozial- und Bildungspolitik regiert? Bremen o.J. (im Erscheinen) und die dort angegebene Literatur.

Deutschland aktiv mitgestalten.<sup>2</sup> Ihr gemeinsames Ziel ist es, ein freierheitliches, pluralistisches System Sozialer Sicherung zu gewährleisten, das allen Bürgerinnen und Bürgern guten qualitativen und quantitativen Schutz bei Eintreten zentraler Lebensrisiken bietet. Im Bereich der Sozialversicherung spielt dabei aus Sicht der GVG das Prinzip der Selbstverwaltung, d.h. die selbstverantwortliche Gestaltung und Verwaltung eigener Angelegenheiten, eine zentrale Rolle.

Die aktuelle Kritik an der Selbstverwaltung bezieht sich einerseits auf mangelnde demokratische Legitimation („Friedenswahl“ und geringe Wahlbeteiligung) und auf die Kosten der Sozialversicherungswahlen.<sup>3</sup> Andererseits wird eine begrenzte Problemlösungsfähigkeit und ein strukturkonservierender Einfluss der Selbstverwaltung beklagt. Doch über das, was Selbstverwaltung in der Sozialen Sicherung ist, in welcher unterschiedlichen Formen sie sich vollzieht, welche Aufgaben wahrgenommen werden, sind vielfach kaum Kenntnisse vorhanden.

Die vorliegende Stellungnahme wurde deshalb von den in der GVG zusammengeschlossenen Institutionen unter Vorsitz von Prof. Dr. Winfried Schmähl erarbeitet. Sie soll zum einen eine Informationsaufgabe erfüllen, indem Entwicklung, Vielgestaltigkeit und Erfahrungen mit Selbstverwaltung in Deutschland exemplarisch aufgezeigt werden.

Zum anderen soll angesichts der Entwicklungstendenzen aus der jüngeren Vergangenheit die Frage nach der weiteren Entwicklung der

---

2 Mitglieder sind die gesetzlichen Sozialversicherungen, die privaten Kranken-, Pflege und Lebensversicherungen, berufsständische und betriebliche Einrichtungen der sozialen Sicherung, Leistungserbringer im Gesundheitswesen – Ärzte, Zahnärzte, Krankenhäuser, Apotheker, Reha-Einrichtungen, nicht-ärztliche Medizinberufe, Pharmaindustrie und Hersteller von Medizintechnologie – Gewerkschaften und Arbeitgeber sowie weitere gesellschaftlich relevante Institutionen und Wissenschaftler.

3 Vgl. etwa Bemerkungen 2007 des Bundesrechnungshofes zu den Sozialwahlen. In diesem Zusammenhang hat das BMAS auch im Sommer 2007 einen Gutachtenauftrag vergeben zur „Geschichte und Modernisierung der Sozialversicherungswahlen.“



## *Einführung*

Selbstverwaltung in der deutschen Sozialen Sicherung aufgeworfen werden. Dies erfordert auch eine Bewertung der bisherigen positiven wie negativen Erfahrungen. Die Antworten hängen aber vor allem auch davon ab, welche Zielvorstellungen für die soziale Sicherung – bzw. für ihre verschiedenen Teilbereiche – maßgebend sein sollen, d.h. welche Entwicklungspfade eingeschlagen werden sollen, denn Selbstverwaltung befindet sich gewissermaßen zwischen den Polen einer staatlichen Verwaltung und rein privaten marktlichen Aktivitäten. Sie stellt einen spezifischen Steuerungsmechanismus dar, durch den gesellschaftliche Teilhabe, eigene Verantwortung und Effizienz miteinander verknüpft werden können. Die Rolle der Selbstverwaltung – wie auch die der staatlichen Aufsicht, der Selbstverwaltung unterliegt – hängt also von den politischen Vorstellungen ab, wie Soziale Sicherung in den verschiedenen Bereichen gestaltet werden soll und welche Funktionen dabei die Sozialversicherungsträger erfüllen sollen.

Die vorliegende Stellungnahme besteht aus zwei Teilen: Zunächst werden grundlegende ordnungspolitische Fragen erörtert, die für die Beurteilung und Weiterentwicklung von Selbstverwaltung bedeutsam sind. Dabei wird auf Beispiele aus verschiedenen Bereichen des deutschen Sozialen Sicherungssystems zurückgegriffen. In einem zweiten Teil wird für die einzelnen Bereiche auf Organisation und Aufgaben der Selbstverwaltung sowie die aktuelle Entwicklung näher eingegangen.<sup>4</sup>

Diese Stellungnahme richtet sich somit sowohl an die Beteiligten in der Selbstverwaltung – Versicherte wie Arbeitgeber – als auch an politische Entscheidungsträger und generell die Öffentlichkeit. Sie soll einen Beitrag leisten zu einer informierten Diskussion über die Bedeu-

---

4 Die Darstellung der einzelnen Bereiche in den Kapiteln 5 bis 7 wurde von Vertreter(inne)n der jeweiligen Institutionen – Mitgliedsorganisationen der GVG – erstellt. Eine Ausnahme bildet die Darstellung zur Arbeitslosenversicherung, die nicht Mitglied der GVG ist. Deshalb basiert diese – mit Einverständnis des Autors – auf einer Veröffentlichung.

*Selbstverwaltung in der Sozialen Sicherung*

zung der Selbstverwaltung in der Sozialen Sicherung und darüber, wie deren Funktionen für die Weiterentwicklung des Systems der Sozialen Sicherung in Deutschland genutzt und gestärkt werden können.

## 1 Selbstverwaltung als tragendes Prinzip der Sozialen Sicherung in Deutschland

Selbstverwaltung ist ein zentraler Bestandteil der kulturellen Ordnung und des Gesellschaftskonsenses in Deutschland. Sie ist als tragendes Prinzip des politischen Systems auf verschiedenen Ebenen verankert: auf kommunaler Ebene, in den Berufständen, in der Sozialversicherung und im Bereich der Wissenschaft.

*Selbstverwaltung bedeutet die selbständige und selbstverantwortliche Gestaltung und Verwaltung eigener Angelegenheiten meist durch öffentlich-rechtliche Körperschaften, die ihre Normen durch Satzung bestimmen. Der Staat legt den rechtlichen Rahmen für die Tätigkeit der Selbstverwaltung fest und prüft dessen Einhaltung (Rechtsaufsicht). Die Selbstverwaltung ist somit mittelbarer Teil der Staatsverwaltung mit der Freiheit und zugleich in der Verantwortung, diesen rechtlichen Rahmen aufgabenadäquat, effektiv und effizient auszufüllen.*

Selbstverwaltung im Bereich der Sozialen Sicherung ist sehr unterschiedlich ausgeprägt und findet sich einerseits als *Selbstverwaltung der Sozialversicherungsträger* (Rentenversicherung, Krankenversicherung, Pflegeversicherung, Unfallversicherung, Arbeitslosenversicherung) bzw. ihrer Verbände. Darüber hinaus charakterisieren selbstverwaltete Strukturen das Gesundheitswesen im Rahmen der *berufständischen Selbstverwaltung* und der *Gemeinsamen Selbstverwaltung im Gesundheitswesen*. Sowohl die Selbstverwaltung der Träger als auch die berufsständische Selbstverwaltung gehen auf Entwicklungen im 19. Jahrhundert zurück, als erstmals Initiativen ergriffen wurden, breite Bevölkerungskreise gegen Folgen grundlegender Lebensrisiken im Zusammenhang mit Unfall, Krankheit, Invalidität und Alter abzusichern. Der Selbstverwaltungsgedanke war Anfang des 19. Jahrhunderts durch Freiherr vom Stein im Zuge der Verwaltungsreformen propagiert worden. An auch heute noch aktuellen Gründen hebt er hervor, dass hier-

durch „die Belebung des Gemeingeistes und Bürgersinns“ erreicht werde wie auch „die Benutzung [...] der zerstreut liegenden Kenntnisse [...]“; die Regierung vervielfältigte dadurch „die Quellen ihrer Erkenntnis von den Bedürfnissen der bürgerlichen Gesellschaft und gewinnt an Stärke in den Mitteln der Ausführung“.<sup>5</sup>

Das *Selbstverwaltungsprinzip für die Sozialversicherung* wurde mit dem „Gesetz, betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter“ während der Kanzlerschaft Otto von Bismarcks im Jahr 1883 erstmals einheitlich für das gesamte Reichsgebiet festgelegt. Die Wurzeln der Selbstverwaltung sind aber bei den einzelnen Trägern sehr verschieden und vielfach älteren Ursprungs. So gab es beispielsweise bereits in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts eine große Zahl von genossenschaftlichen Unterstützungsvereinen bestimmter Berufsgruppen zur Bewältigung der erheblichen Folgen von Krankheit und Tod. Für diese Vorläufer moderner Krankenkassen wurde 1876 mit dem „Gesetz über die eingeschriebenen Hilfskassen“ ein erster einheitlicher gesetzlicher Rahmen geschaffen, der bereits wesentliche Elemente der Selbstverwaltung enthielt. An diese genossenschaftlichen Selbstverwaltungsstrukturen knüpfte das Krankenversicherungsgesetz Bismarcks an. Die Verwaltung der Versicherungsträger durch ehrenamtliche Betroffene ist seither – mit Unterbrechung durch die Jahre der nationalsozialistischen Gewaltherrschaft, in der das Führerprinzip auch in der Sozialversicherung Eingang fand – ein zentrales Ordnungsprinzip für die Sozialversicherung in Deutschland.

Ebenfalls in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts wurden – teilweise schon früher als Interessenverbände bestehende – *berufständische Organisationen* der Ärzte und Zahnärzte mit staatlichen Verwaltungs-

---

5 Freiherr vom Stein in der sogenannten „Nassauer Denkschrift“ vom Juni 1807, abgedruckt in: Freiherr vom Stein. Briefe und amtliche Schriften. Bearbeitet von Friedrich Botzenhart, neu herausgegeben von Walther Hubatsch. 2. Bd., 1. Teil, Stuttgart 1959, S. 394f.

### *Tragendes Prinzip*

aufgaben betraut.<sup>6</sup> Als Kammern mit Zwangsmitgliedschaft und staatlich verliehener Autonomie hatten sie hoheitliche Befugnisse. Ärztekammern wurden 1864 zuerst in Baden, später 1887 in Preußen gegründet. Die staatlich legitimierte berufsständische Vertretung der Zahnärzteschaft erfolgte 1906 in Baden, später dann im Jahr 1912 auch in Preußen auf der Grundlage einer kaiserlichen „Verordnung betreffend die Einrichtung einer Standesvertretung der Zahnärzte“. Für die ärztlichen und zahnärztlichen Berufsgruppen etablierte sich damit eine Organisationsform, die die Freiheit der Berufsausübung gegen den Zugriff beruflfremder Gesetzgebung, Verwaltung und Gerichtsbarkeit schützen und die Einschränkung unkontrollierter gegenseitiger Konkurrenz gewährleisten sollte. Es entstand auch eine institutionelle Plattform, die der Ärzte- und Zahnärzteschaft durch das Recht, bei den staatlichen Ministerien Anträge zu stellen, eine Mitwirkung an Entscheidungen über die Ausgestaltung des öffentlichen Gesundheitswesens garantierte. Die Errichtung von Kammern lag aber auch im staatlichen Interesse, weil dadurch eine Reihe durchaus konfliktträchtiger professionsspezifischer Regulierungsfunktionen auf Institutionen der „mittelbaren Staatsverwaltung“ übertragen werden konnte.

*Selbstverwaltung in der Sozialen Sicherung ist also ursprünglich aus Eigeninitiative der Betroffenen entstanden und wurde vom Gesetzgeber aufgegriffen. Ziel war es, die gesellschaftlich relevanten Kräfte direkt in die Verantwortung zu nehmen und somit Bürgernähe und Leistungsfähigkeit sicherzustellen.*

Bis zur Machtergreifung durch die Nationalsozialisten wurden die Sozialversicherungen durch Selbstverwaltungskörperschaften geführt, in denen Versicherte und Arbeitgeber im Verhältnis des jeweiligen Beitragsanteils vertreten waren. In der Rentenversicherung war die Selbstverwaltung dadurch eingeschränkt, dass der Staat nicht nur über die

---

<sup>6</sup> Vgl. Burkhard Tiemann, David Klingenberg, Michael Weber: System der zahnärztlichen Versorgung in Deutschland. Köln 2003.

Rechtsaufsicht Einfluss hatte, sondern auch dadurch, dass er Beamte als Vorstandsmitglieder ernannte.

Die ursprüngliche Absicht der Nationalsozialisten, eine Einheitsversicherung mit einer Einheitsverwaltung zu schaffen, wurde im Dritten Reich nicht verwirklicht. Die historisch gewachsene Gliederung der Sozialversicherung erwies sich als relativ widerstandsfähig. Faktisch wurde jedoch die Selbstverwaltung in der Sozialversicherung durch das „Gesetz über den Aufbau der Sozialversicherung“ vom 5. Juli 1934 und nachfolgende Rechtsverordnungen beseitigt. An die Stelle der bisherigen Organe trat die alleinige Verantwortung eines staatlichen Leiters, der die Versichertengemeinschaft rechtlich vertrat. So wurden z.B. die fünf Spitzenverbände der Krankenkassen der Aufsicht des Reichsarbeitsministers unterstellt. Die körperschaftliche Organisationsstruktur der Ärzte- und Zahnärzteschaft wurde ebenso „gleichgeschaltet“ und auf das „Führerprinzip“ ausgerichtet wie die übrige staatliche Verwaltung in Deutschland. Sie vertraten als einheitliche, das gesamte Reichsgebiet umfassende Körperschaften alle im (Zahn)Arztregister eingetragenen Ärzte und Zahnärzte.

Nach 1945 war übereinstimmende Auffassung, dass das Selbstverwaltungsprinzip in der Sozialversicherung wieder eingeführt (und auch der Beamtenstatus der Vorstandsmitglieder in der Rentenversicherung beseitigt) werden sollte. Im Februar 1951 kam es zur Verabschiedung des Selbstverwaltungsgesetzes und im Mai 1953 – erstmals seit 1928 – wieder zu Sozialversicherungswahlen. Sie fanden überwiegend als „Friedenswahlen“ statt, indem sich die jeweils Wahlvorschläge unterbreitenden Organisationen auf eine Gemeinschaftsliste einigten.<sup>7</sup> Die Wahlbeteiligung betrug seinerzeit auch nur etwa 30 Prozent, lag aller-

---

7 Im Zentrum der damaligen Sozialwahlen standen allerdings die zur Vertreterversammlung der Angestelltenversicherung, die als Urwahl und nicht – wie in anderen Bereichen – als Friedenswahl durchgeführt wurde. Als Folge des Wahlausgangs kam es dann zur Wiedererrichtung einer gesonderten Angestelltenversicherung.

### *Tragendes Prinzip*

dings höher als früher, wo sie lediglich 18 bis 20 Prozent erreichte.<sup>8</sup> Die Wiedereinführung der Selbstverwaltung in der Sozialversicherung nach dem Krieg war zugleich verbunden mit weiteren Richtungsentscheidungen, so gegen „Einheitskassen“ sowohl in der Renten- als auch der Krankenversicherung. Die Beziehungen zwischen den Ärzt(inn)en/Zahnärzt(inn)en und den Krankenkassen wurden mit dem Gesetz über das Kassenartzrecht (GKAR) im Jahr 1955 wieder einheitlich geregelt.

*Mit dem Prinzip der Selbstverwaltung hat sich der deutsche Gesetzgeber zwischen den Steuerungsformen Staat und Markt für einen dritten Weg entschieden. Diese politische Grundentscheidung spiegelt das Selbstverständnis unserer Gesellschaft wider, das auf der Partizipation der Bürgerinnen und Bürger gründet. In der Selbstverwaltung leisten die gesellschaftlichen Akteure durch ihr persönliches sozialpolitisches Engagement selbst einen Beitrag zur sozialen Sicherheit und sozialen Teilhabe. Das Engagement der Selbstverwaltung ist damit im Grundsatz Teil der selbstverantwortlichen, demokratischen Mitwirkung der Bürgerinnen und Bürger an der Verwaltung des sozialen Rechtsstaats und Kernbestandteil des bundesdeutschen Sozialstaatsmodells.*

Die in Wahlen bestimmten Vertreterinnen und Vertreter der Versicherten und Arbeitgeber stellen als Mitglieder der Selbstverwaltung der jeweiligen Sozialversicherungsträger sicher, dass diese den vom Gesetzgeber vorgegebenen Rahmen möglichst im Interesse der Leistungsbezieher und Beitragszahler (Versicherte und Arbeitgeber) ausfüllen. Auch waren die Sozialversicherungen durch ihre (relative) Autonomie und legitimiert durch ihre demokratisch gewählte Selbstverwaltung bisher weitgehend der direkten Konkurrenz mit anderen Bereichen staatlicher Daseinsvorsorge bzw. Sozialpolitik, wie etwa Bildungs-, Fa-

---

<sup>8</sup> Vgl. zur „organisatorischen Rekonstruktion der traditionellen Sozialversicherung“ in der Nachkriegszeit ausführlich Hans Günter Hockerts: Sozialpolitische Entscheidungen im Nachkriegsdeutschland. Stuttgart 1980, S. 130-170.

milien- und Armutspolitik, entzogen und haben die Unabhängigkeit der Finanzierung gegenüber dem Staat behauptet und somit die Rechte und Ansprüche der Versicherten geschützt.

*Der Staat trägt zwar letztlich die politische Verantwortung für die Gestaltung der Sozialen Sicherung und der Gesundheitsversorgung. Er hat dabei aber den Organisationen der Selbstverwaltung neben der Durchführungsverantwortung auch Bereiche der Normsetzung übertragen. Normsetzung findet insbesondere überall dort statt, wo die Leistungsansprüche der Versicherten konkretisiert werden. Dieser Delegation von Aufgaben liegt die berechnete Einschätzung zugrunde, dass die Selbstverwaltung sachgerechtere Entscheidungen treffen kann, weil sie näher an den konkreten Sachfragen und Bedürfnissen der Menschen ist. Zugleich hat dieses Selbstverwaltungsmodell somit in erheblichem Maße eine staatsentlastende Funktion, z.B. bei der Konkretisierung der Leistungsansprüche (etwa in der Krankenversicherung durch eine eigenständige Vertragspolitik mit den Leistungserbringern, insbesondere in der Gemeinsamen Selbstverwaltung mit den körperschaftlich verfassten Organisationen der Anbieter) und bei der Qualitätssteuerung. Diese Einschätzung zu den zentralen Funktionen der Selbstverwaltung brachte schon die Kaiserliche Botschaft von 1881 zum Ausdruck: „Der engere Anschluss an die realen Kräfte dieses Volkslebens und das Zusammenfassen der letzteren in der Form korporativer Genossenschaften unter staatlichem Schutz 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.“<sup>9</sup>*

Darüber hinaus lassen sich für die Gesellschaft politische Vorteile identifizieren, die sich vermittelt über die Selbstverwaltung durch die dort wirksam werdenden Aktivitäten von Verbänden ergeben:

---

<sup>9</sup> Stenographische Berichte über die Verhandlungen des Reichstages. V. Legislaturperiode. I. Session 1881/82. Berlin 1882, Zitat S. 2.



### *Tragendes Prinzip*

- Kooperationen zwischen Konkurrenten werden organisiert; korporative Interessenregulierung kann sich bei entsprechender staatlicher Ordnungspolitik transaktionskostensenkend auswirken – vorausgesetzt, die entstehenden Kartelle bereichern sich nicht auf Kosten der Gesellschaft.
- Es werden Kooperationen zwischen Akteuren mit identischen und Kompromisse zwischen Akteure mit unterschiedlichen Interessen ermöglicht.
- Die Mitglieder werden befähigt, ihre Stimme wirksam zu Gehör zu bringen. Damit bieten sie den Unzufriedenen eine Alternative zu Resignation und Abwanderung.

Auch mit Blick auf die sozialen Sicherungssysteme in Europa, die vielfach stärker vom jeweiligen nationalen Gesetzgeber reguliert werden, kann das deutsche Sozialversicherungssystem mit seiner „Steuerung auf der mittleren Ebene“ als vergleichsweise staatsfernes und pluralistisches Steuerungssystem bezeichnet werden. Als Vorteile des selbstverwalteten deutschen Sozialversicherungssystems mit staatlicher Rahmensetzung und Aufsicht gelten gemeinhin

- die besondere Nähe der Träger zur Lebenswirklichkeit der Versicherten,
- die hohe Akzeptanz der Sozialversicherung in der Bevölkerung,
- die Förderung gesellschaftlicher Partizipation.

Im internationalen Vergleich wird besonders deutlich, dass das deutsche Selbstverwaltungsmodell die Absicherung breiter Bevölkerungskreise auf hohem Qualitätsniveau zu tragbaren Beiträgen gewährleistet.



## 2 Zur Bedeutung der Selbstverwaltung in der Sozialen Sicherung

### 2.1 Selbstverwaltung in der Sozialversicherung

Auch wenn sich die verschiedenen Sozialversicherungsträger hinsichtlich der Verantwortlichkeiten und Organisationsprinzipien der Selbstverwaltung unterscheiden, so sind doch einige durchgängige Charakteristika festzumachen:

*Bei einer funktionstüchtigen Selbstverwaltung sind die ehrenamtlichen Vertreter(innen) der Versicherten und Arbeitgeber als Mitglieder der Selbstverwaltung im Prinzip verantwortlich für die Finanzen und die Leistungen im jeweils vom Gesetzgeber vorgegebenen Rahmen. Durch fachliche Qualifikation und Kenntnis der Lebens- und Arbeitswelt ist ein hoher Grad an Versicherten- und Patientennähe sichergestellt, was maßgebend zur Akzeptanz der Sozialversicherung in der Bevölkerung beiträgt.*

Die Selbstverwaltung in der Sozialversicherung ist durch Konsensorientierung gekennzeichnet. Dies bedeutet, dass sich die Partner im Konsens ergebnisorientiert und zielgerichtet einigen müssen. Die Abstimmungsprozesse betreffen die Abstimmung zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern, zwischen Arbeitgebern als Beitragszahlern und Arbeitgebern als Leistungserbringern sowie zwischen den einzelnen Trägern, die im Bereich der Krankenversicherung sogar unmittelbar zueinander im Wettbewerb stehen. *Trotz divergierender Positionen der Selbstverwaltungspartner werden gemeinsame Positionen dadurch oftmals von einem breiten Konsens aller Beteiligten getragen. Diese Form der Entscheidungsfindung erfordert zwar in der Regel Zeit, führt aber dazu, dass passgenaue und fachlich fundierte Beschlüsse gefasst werden, deren Umsetzung durch die Partner getragen wird.*

Einige Beispiele sollen diese allgemeinen Aussagen illustrieren:<sup>10</sup>

- So wurde z. B. die 1989 beschlossene *Rentenreform* („Rentenreformgesetz 1992“) maßgebend durch den Konsens der in der Selbstverwaltung zusammenarbeitenden Sozialpartner über zentrale Elemente der Weiterentwicklung der Gesetzlichen Rentenversicherung geprägt und damit zugleich der Weg mit bereitet für den schließlich breiten politischen Konsens, in dem dieses Gesetz verabschiedet wurde. Dieses Gesetz prägte zugleich auch den Weg, auf dem dann ab 1990 die Umgestaltung der Alterssicherung in der ehemaligen DDR erfolgte.
- Der breite Konsens in der Selbstverwaltung war auch eine wichtige Voraussetzung für inhaltliche und organisatorische *Einbeziehung von Versicherten, Arbeitgebern und Rentnern der ehemaligen DDR* in die neuen sozialversicherungsrechtlichen Regelungen im Zuge des Vereinigungsprozesses wie *auch die arbeitsmarktpolitische Abfederung der Strukturbrüche auf den Arbeitsmarkt*.<sup>11</sup> Dies betraf alle Versicherungszweige durch organisatorische und personelle Hilfen, Schulungen, Entscheidungen zum Aufbau der Infrastruktur in den verschiedenen Bereichen der Sozialen Sicherung u. a. m. Dies stellt eine der zentralen Leistungen der Selbstverwaltung während der letzten Jahre dar, was inzwischen aber anscheinend weitgehend in Vergessenheit geraten ist.<sup>12</sup>
- Im Rahmen der laufenden Geschäfte ist die Gestaltung der *Auskunfts- und Beratungsleistungen* für Versicherte, Arbeitgeber und

---

10 Vgl. auch: Der Bundeswahlbeauftragte für die Sozialversicherungswahlen im Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Sozialversicherungswahlen 2005. Schlussbericht Berlin, S. 121ff. (Anhang 8).

11 Es bleibt allerdings festzuhalten, dass ein erheblicher Teil der Kosten der deutschen Einheit aus Sozialversicherungsbeiträgen und nicht – wie es sachadäquat gewesen wäre – aus Steuern finanziert wurde.

12 „Die schnelle und reibungslose Übertragung des westdeutschen Sozialstaates auf den Osten war insgesamt eine Meisterleistung der Verwaltung, aber auch der Organisationen der weiteren sozialpolitischen Akteure“, so der Historiker Gerhard A. Ritter: *Der Preis der deutschen Einheit*. München 2006, S. 351.

### Bedeutung

Rentner(innen) eine zentrale Aufgabe der Selbstverwaltung. In der Gesetzlichen Rentenversicherung etwa sind rund 5.200 Versichertenälteste / Versichertenberater(innen) tätig, die von den an der Selbstverwaltung beteiligten Gruppen vorgeschlagen und von der Vertreterversammlung gewählt werden. Sie beraten und betreuen Versicherte und Rentenbezieher und stellen eine wohnortnahe Beziehung zwischen Versicherungsträger und dem betreuten Personenkreis her. Dieses dichte Netz von Versichertenältesten / Versichertenberatern, die Einrichtung eines Servicetelefons (seit 1995), der Versand der jährlichen Renteninformation (nach § 109 SGB VI) und die Neuausrichtung des Auskunfts- und Beratungsnetzes im Zusammenhang mit der Organisationsreform zeigen, dass die Selbstverwaltung im Hinblick auf Kundenorientierung wichtige Beiträge geleistet hat.

- Darüber hinaus vertreten die ehrenamtlichen Selbstverwalter der Sozialversicherungen in den *Widerspruchsausschüssen* die Interessen der Versicherten und bilden damit ein wichtiges Bindeglied zwischen dem jeweiligen Versicherungsträger auf der einen und Versicherten, Rentenbeziehern, Patienten und Arbeitgebern auf der anderen Seite.
- In allen Zweigen der Sozialversicherung trägt Selbstverwaltung auch maßgeblich zur *Qualität und Effizienz der Leistungen* bei: So wurden z.B. im Zusammenhang mit der Verantwortung für die Koordinierung der Planung von Rehabilitationsmaßnahmen der Rentenversicherung<sup>13</sup> gemeinsame Reha-Grundsätze festgelegt. Es erfolgte die Bildung von fünf Regionalverbänden, die Einrichtung von Reha-Zentren und die Orientierung der Kosten an Marktpreisen. Diese Maßnahmen tragen dazu bei, dass eine sach- und bedarfsgerechte Rehabilitation in der Rentenversicherung möglichst kostengünstig erbracht werden kann.
- Auch die Ausgestaltung der *Organisationsreform der Rentenversicherung* war maßgeblich eine Leistung der Selbstverwaltung. Nur

---

13 § 138 Abs. 1 Satz 2 Nr. 8 SGB VI.

so konnte die breite Akzeptanz dieser Reform nicht nur bei den RV-Trägern, sondern auch in der Bevölkerung sichergestellt werden. Insgesamt haben sieben Fusionen unter Beteiligung von 17 RV-Institutionen stattgefunden. Diese Fusionen mussten nicht nur durch die Selbstverwaltung vorbereitet, sondern auch mit deren Hilfe umgesetzt und im Hinblick auf deren Wirkungen begleitet werden.

- Die *Spitzenverbände der Krankenkassen* verantworten sachgerechte Rahmenregelungen für ein umfangreiches Leistungsvolumen (insgesamt 135 Mrd. Euro im Jahr 2005). Ihnen obliegt es nach § 217 SGB V, die gesetzlich näher konkretisierten Aufgaben – oftmals einheitlich und gemeinsam – zu erfüllen sowie die zuständigen Behörden in Fragen der Gesetzgebung und Verwaltung zu unterstützen. Sie treffen gemeinsam und einheitlich Vereinbarungen mit den Institutionen der betroffenen Leistungserbringer insbesondere zu Fragen der Qualität der Versorgung, zur Höhe der Vergütungen der Leistungserbringer in der ambulanten wie in der stationären Versorgung, zur Weiterentwicklung der Telematik und der Datenzusammenführung im Gesundheitswesen.
- Die Mitgliederversammlung des früheren Hauptverbandes der gewerblichen Berufsgenossenschaften (HVBG – nach der Fusion mit dem Bundesverband der Unfallkassen: Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV) e.V.) hat dem Gesetzgeber am 1. Dezember 2006 ein Konzept zur künftigen Trägerstruktur der gewerblichen Unfallversicherung vorgelegt und ist dabei von neun Berufsgenossenschaften als Ziel ausgegangen. Damit hat die Selbstverwaltung dem Eckpunktepapier der Bund-Länder-Arbeitsgruppe vom 29. Juni 2006 eigene konzeptionelle Vorstellungen entgegengesetzt.
- Im Bereich der Lastenverteilung hat die Mitgliederversammlung des HVBG (jetzt: DGUV) ebenfalls dem Gesetzgeber ein Konzept zur Neugestaltung vorgelegt und dabei Regelungen vorgeschlagen, die einen berufsgenossenschaftsübergreifenden Solidargleich schaffen.

### Bedeutung

In der Arbeitsverwaltung wenden sich – wie auch in anderen Versicherungszweigen – Arbeitgeber- wie Arbeitnehmervertreter gegen das Verwischen der Grenze zwischen Beitrags- und Steuerfinanzierung. Aktuell zeigte sich dies in der Kontroverse mit dem Bund über den sogenannten „Aussteuerungsbetrag“, den die Bundesagentur für Arbeit an den Bund zu überweisen hatte und der jetzt abgelöst werden soll durch eine fiskalisch ergiebigere Abführung als „Eingliederungsleistung und Verwaltung für Langzeitarbeitslose“. Die Selbstverwaltung hat hier wie in anderen Versicherungszweigen eine Wächterfunktion wahrzunehmen, um „Griffen in die Beitragskasse“ und sachfremder Verlagerung zu Lasten der Beitragszahler und zur Entlastung des Bundes möglichst (wenngleich vielfach nicht erfolgreich) entgegen zu treten.

- Darüber hinaus nehmen Selbstverwaltungsmitglieder weitere wichtige Aufgaben auf nationalem und internationalem Gebiet für ihre Träger wahr und vertreten dort deren Interessen, wie z. B. die Rentenversicherung in Gesellschafterversammlungen von Berufsförderungswerken oder in internationalen Organisationen wie der Internationalen Vereinigung für Soziale Sicherheit (IVSS).
- Die Einbindung der Arbeitgeber, der Gewerkschaften und weiterer Gruppierungen in die Organisation der Sozialversicherung trägt nicht nur dazu bei, gemeinsam sachgerechte Lösungen zu entwickeln. Sie stellt darüber hinaus sicher, dass diese Lösungen auch umgesetzt werden. So leisten etwa die Arbeitgeber bzw. die Personalverwaltungen der Betriebe vielerlei *verwaltungsmäßige Hilfestellung für die Sozialversicherung*. Umgekehrt bietet die steuernde Mitwirkung Gewerkschaften wie Arbeitgebern die Möglichkeit, im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben auf die Tätigkeit der Sozialversicherungsträger *Einfluss zu nehmen* und trägt im Ergebnis auch zur *Planungssicherheit für die Betriebe* bei.

## **2.2 Gemeinsame Selbstverwaltung in der Krankenversicherung**

Die Vergütung und die Bedingungen der Leistungserbringung vereinbaren *Krankenkassen und / oder ihre Verbände* auf der einen und *Leistungserbringer* auf der anderen Seite in gemeinsamen Verträgen.

Eine herausgehobene Bedeutung kommt im Rahmen dieser Gemeinsamen Selbstverwaltung<sup>14</sup> dem *Gemeinsamen Bundesausschuss von Ärzten, Zahnärzten, Psychotherapeuten, Krankenhäusern und Krankenkassen (G-BA)* zu, der nach dem Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) seit dem 1. Januar 2004 die Aufgaben der bis dahin tätigen sektorenbezogenen Ausschüsse der Gemeinsamen Selbstverwaltung übernahm und dem darüber hinaus weitere Aufgaben übertragen wurden. Der G-BA konkretisiert in Form von Richtlinien den gesetzlichen Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung und bestimmt damit, welche konkreten Leistungen von den gesetzlichen Krankenkassen finanziert werden. Er wird wegen dieser Aufgabe auch „kleiner Gesetzgeber“ genannt. Darüber hinaus beschließt der G-BA Maßnahmen der Qualitätssicherung für den ambulanten und stationären Bereich des Gesundheitswesens.

So wurden etwa im G-BA bereits zahlreiche Beschlüsse gefasst, die sowohl zur Qualitätsverbesserung der Versorgung (beispielsweise Qualitätssicherung, Einführung von Früherkennungsmaßnahmen, Schutzimpfungen als Pflichtleistungen der GKV, Nichtanerkennung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden wegen nicht belegten medizinischen Nutzens) als auch zur Kostenbegrenzung (beispielsweise Verordnungseinschränkungen wegen Unwirtschaftlichkeit) beitra-

---

<sup>14</sup> Grundsätzlich sind dies Selbstverwaltungskörperschaften der Vertragsärzte / Vertragspsychotherapeuten / Vertragszahnärzte und Krankenkassen. Darüber hinaus bezieht sich die gemeinsame Selbstverwaltung in einer weiteren Ausprägung auch auf die Deutsche Krankenhausgesellschaft oder die Verbände der Heil- und Hilfsmittellieferanten.



### Bedeutung

gen.<sup>15</sup> Für die Pharmaindustrie erscheint die Gemeinsame Selbstverwaltung in Gestalt des G-BA allerdings als Fremdverwaltung; aus ihrer Sicht erfolgen auch Beschlüsse zu Lasten Dritter.

Im Gegensatz zu alternativen staatsnahen Entscheidungsstrukturen erfordert das Modell der Gemeinsamen Selbstverwaltung zwar im Einzelfall ein möglicherweise zeitaufwändigeres Austarieren von divergierenden Interessen, führt aber zu einer hohen Akzeptanz der notwendigen Entscheidungen.

### 2.3 Berufsständische Selbstverwaltung

Die ärztliche und zahnärztliche Selbstverwaltung besteht aus zwei Ebenen den *Ärztokammern und den Zahnärztekammern* als körperschaftlichem Zusammenschluss aller approbierten Ärzte/Ärztinnen und Zahnärzte/Zahnärztinnen mit der Funktion der Wahrung berufsrechtlicher und -ethischer sowie fachlich-wissenschaftlicher Standards sowie den *Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen* (KVen / KZVen) als dem genossenschaftlichen Verband der an der Versorgung

---

15 So Chronikerregelung (§ 62 SGB V); Krankentransportrichtlinie (§ 60 SGB V); OTC-Präparatliste (§ 34 Abs. 1 SGB V); befundorientierte Festzuschüsse beim Zahnersatz (§ 56 SGB V); Schutzimpfungsrichtlinie; Einführung und Weiterentwicklung der Früherkennungsprogramme nach §§ 25, 26 SGB V, einschließlich Mammographiescreening; Einführung und Weiterentwicklung von 4 DMP als Empfehlung an das BMG zur Aufnahme in die RSAV (§ 137 f SGB V); Weiterentwicklung der einrichtungsübergreifenden QS für stationäre i. d. R. operative KH-Leistungen mit strukturiertem Dialog bei festgestellten Auffälligkeiten und Einführung der Krankenhausberichte zum QM; Festbetragsgruppenbildung für Generika und patentgeschützte Arzneimittel. Nach § 139 a SGB V Errichtung des IQWiG als unabhängiges wissenschaftliches Institut in Form einer Stiftung.

*Selbstverwaltung in der Sozialen Sicherung*

der sozialversicherten Patient(inn)en beteiligten Ärzte/Ärztinnen und Zahnärzte/Zahnärztinnen. Sie haben jeweils die Rechtsform einer Körperschaft des öffentlichen Rechts und haben besonders die Sicherstellung der medizinischen Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten und zugleich auch die beruflichen Belange der Heilberufe gegenüber der Politik, der Öffentlichkeit und den Sozialversicherungsträgern wahrzunehmen, nehmen also auch berufspolitische Interessen wahr. Daraus resultiert ein spezifisches Spannungsverhältnis.

In den berufsständischen Versorgungswerken der Freien Berufe kommt der Selbstverwaltung durch den Berufsstand zentrale Bedeutung zu. Sie entscheidet, auf der Grundlage versicherungsmathematischer Gutachten, über die Leistungsdynamisierung, erkennt, auf der Grundlage medizinischer Gutachten, auf die Gewährung oder Versagung von Berufsunfähigkeitsrenten und entscheidet über die Kapitalanlagestrategie des Versorgungswerks. Sie hat dabei die Interessen der Leistungsbezieher, der Arbeitgeber sowie die Zukunft der Solidargemeinschaft im Auge zu behalten.

\* \* \*

*Insgesamt ist festzuhalten, dass sich die durch Konsens geprägte Zusammenarbeit in der Selbstverwaltung auch auf andere Bereiche auswirkt, in denen Sozialpartner zusammenarbeiten.*

Auch ist auf eine Erfahrung der GVG hinzuweisen, wonach die teilweise negative Einschätzung des Zustandes des sozialen Sicherungssystems in Deutschland im Ausland nicht geteilt wird – im Gegenteil: es genießt ein hohes Ansehen. Diese Überzeugungskraft bezieht es unter anderem daraus, dass es für grundlegende Systementscheidungen Optionen bereithält, die flexibel gestaltet werden können und dennoch einer übergreifenden immanenten Systemlogik gehorchen. *Die Tatsache, dass im Zentrum der Systemlogik Sozialer Sicherung in Deutschland die Vermittlung zwischen Markt und Staat, zwischen Staat und Gesell-*

### *Bedeutung*

*schaft, zwischen solidarischer Sicherung und Eigenvorsorge und zwischen unterschiedlichen Akteuren, Institutionen und Interessengruppen steht, macht dieses System und seine Grundlagen zu einem attraktiven Modell, wie Erfahrungen aus der internationalen Zusammenarbeit zeigen.*



### 3 Entwicklungstendenzen und aktuelle Probleme der Selbstverwaltung

#### 3.1 Die nationale Ebene

Seit dem Ende des 19. Jahrhunderts hat die Selbstverwaltung zwar einen festen Platz im deutschen Sozialstaat, doch haben sich Aufgaben und Handlungsspielräume im Zeitablauf verändert. Dies zeigt sich in vielfältiger Weise auch in der jüngeren Vergangenheit. *Tendenziell wurden die Gestaltungsspielräume der Selbstverwaltung – die in den verschiedenen Zweigen der Sozialversicherung ohnehin unterschiedlich waren – durch politische Entscheidungen eingeschränkt.*

In der Gesetzlichen *Rentenversicherung* – in der versicherter Personenkreis, Beitragssatz und weitgehend auch das (Renten-)Leistungsrecht vom Gesetzgeber festgelegt werden – wurde z.B. der verbleibende Gestaltungsspielraum im Bereich der Rehabilitation im Jahre 1997 weiter eingengt. Gleiches gilt für die gesetzlich vorgeschriebene Senkung von Verwaltungs- und Verfahrenskosten. Allerdings wurden im Reha-Bereich der Selbstverwaltung mit der Organisationsreform auch weitergehende Kompetenzen zugewiesen, so insbesondere im Zusammenhang mit der Bettenbedarfs- und Belegungsplanung. Der Gesetzentwurf der Bundesregierung (zur Organisationsreform) sah auch einen Genehmigungsvorbehalt für die Haushalte der bundesweiten Rentenversicherungsträger vor, der allerdings nach intensiver Kritik der Selbstverwaltung<sup>16</sup> im Gesetzgebungsverfahren schließlich fallengelassen wurde.

In der *Bundesagentur für Arbeit* werden zwei Drittel der Mitglieder der Selbstverwaltung vom Bundesarbeitsminister auf Vorschlag der Tarifpartner berufen, das verbleibende Drittel sind Vertreter des Staates. Selbstverwaltungsgremien gibt es – im Unterschied zu vorher – seit

---

16 So etwa in der öffentlichen Anhörung am 20. September 2004.

2003 nur noch auf örtlicher und auf der Spitzenebene. Bei der Besetzung (wie auch der Entlassung) der hauptamtlichen Vorstandsmitglieder (die für das operative Geschäft zuständig sind) hat die Bundesregierung das letzte Wort, während im Unterschied dazu etwa die Mitglieder der hauptamtlichen Geschäftsführung der Rentenversicherung von der paritätisch durch Arbeitgeber- und Versichertenvertreter besetzten Vertreterversammlung gewählt werden.

In der *Gesetzlichen Krankenversicherung* wurden durch die jüngste Gesundheitsreform (Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung / GKV-WSG) vor allem im Bereich der Finanzierung die Gestaltungsmöglichkeiten der Selbstverwaltung erheblich verändert, insbesondere dadurch, dass die Kassen nun einen begrenzten kassenindividuellen Zusatzbeitrag und nicht mehr den Beitragssatz selbst festlegen können, sondern wie in der Gesetzlichen Rentenversicherung und bei der Bundesagentur für Arbeit der Gesetzgeber den Beitragssatz einheitlich für alle Kassen festlegt. Ermessensleistungen (im Zusammenhang mit Rehabilitation und medizinischer Vorsorge) wurden zu Pflichtleistungen. Die Gestaltungsmöglichkeiten der Kassen beziehen sich künftig folglich verstärkt darauf, bei einem durch den Gesetzgeber vorgegebenen Budget die Kosten der Leistungen zu senken bzw. deren Qualität zu regulieren. Wieweit hier die Kassen noch Spielräume für neue Versorgungskonzepte und eine innovative Vertragsgestaltung – z.B. durch Rabattverhandlungen für Arzneimittel, Ausschreibungen für Hilfsmittel, vermehrte Einzelverträge mit Ärzten, Wahltarife und besondere Versorgungsformen – nutzen können, bleibt abzuwarten. Organisatorisch wurde auf Bundesebene ein neuer Spitzenverband geschaffen, der von den bisherigen Spitzenverbänden der verschiedenen Kassenarten die gesetzlichen Aufgaben übernimmt. Hierdurch strebt der Gesetzgeber offenbar eine leichtere und einheitliche Umsetzung seiner Vorgaben an. Durch die Verkleinerung der Spitzenverbandsebene könnte tendenziell die Einflussnahme des Staates in diesem Bereich „erleichtert“ werden, da nicht mehr die ver-

### *Tendenzen und Probleme*

schiedenen Kassenarten auf Bundesebene operieren. Offen ist derzeit allerdings noch, welche Rolle die bisherigen Spitzenverbände der einzelnen Kassenarten spielen werden. Auf jeden Fall werden sie gebraucht für die Vermittlungsfunktion zwischen den einzelnen Kassen und dem neuen Spitzenverband Bund. Neben dem hauptamtlichen Vorstand des neuen Spitzenverbandes besteht der Verwaltungsrat. Er ist das Selbstverwaltungsorgan, das die Fragen von grundsätzlicher Bedeutung entscheidet und die Kontrollfunktion wahrnimmt. In der GKV wurde damit eine Entwicklung nachvollzogen, die auch in der Renten- und Arbeitslosenversicherung zu konstatieren ist.

Die *Gemeinsame Selbstverwaltung* von Krankenkassen und Leistungserbringern im Gemeinsamen Bundesausschuss sollte im Rahmen der Gesundheitsreform zunächst dadurch beseitigt werden, dass der Ausschuss allein aus Hauptamtlichen bestehen sollte. Durch die schließlich erfolgte Verkleinerung auf ein Beschlussgremium könnte es (vermehrt) zu Blockaden bei der Entscheidungsfindung kommen angesichts der Interessengegensätze insbesondere zwischen den Bereichen ambulanter und stationärer Versorgung, was dann Anlass für Ersatzvornahmen durch das aufsichtführende Bundesministerium sein und auch auf diesem Wege den Staatseinfluss verstärken könnte.

*Verschiedene Entwicklungstendenzen haben dazu geführt, dass sich der Handlungsspielraum der Selbstverwaltung verändert. Zu konstatieren sind auf der einen Seite Tendenzen des Abbaus von Leistungen nach Art und Umfang in den öffentlich-rechtlichen Systemen und auf der anderen Seite eine stärkere Verlagerung zu privaten Trägern. Daneben gibt es eine Tendenz zu vermehrtem staatlichen Einfluss durch gesetzliche Regelungen und / oder aufsichtsrechtliche Maßnahmen.*

Die Gründe für die Verlagerung von staatlicher zu privater Leistungsträgerschaft sind vielfältig. Sie reichen vom Argument der dadurch erreichbaren besseren Wettbewerbsfähigkeit (insbesondere durch Reduzierung der „Lohnnebenkosten“), über die Notwendigkeit einer

fiskalisch „nachhaltigen“ Sozialen Sicherung im Interesse von „Generationengerechtigkeit“ angesichts demographischer Strukturveränderungen bis zu Einflüssen von der europäischen Ebene (so durch Einhaltung der Maastrichter Stabilitätskriterien, aber auch eines „benchmarking“ etwa im Rahmen der offenen Methode der Koordinierung). Unbeschadet der Frage, wie manche der Argumente in der öffentlichen (wie auch wissenschaftlichen) Diskussion beurteilt werden, wurden sie im politischen Prozess wirkmächtig.

Ebenso vielfältig sind die Gründe für die Stärkung des staatlichen Einflusses. Tendenziell stellt die (relative) Autonomie der Selbstverwaltung ein Hindernis für diskretionäre Eingriffe des Staates dar. Die Selbstverwaltung schützt bewährte Strukturen und damit Rechte und Ansprüche der Versicherten und Patient(inn)en im bestehenden System. Auch versucht sie, die aufgabenadäquate Finanzierung in den verschiedenen Zweigen zu bewahren, was den zentralstaatlichen Interessen durchaus zuwiderlaufen kann, was mit als Grund für die konstatierte Tendenz zu verstärktem staatlichen Einfluss angesehen werden kann.

Angesichts der genannten Entwicklungen reduziert sich jedoch der Einfluss der Selbstverwaltung auf die Gestaltung der Sozialen Sicherung in Deutschland. Da jedoch in vielfältiger Weise Kritik an der Selbstverwaltung geübt wird, wird dies vielfach auch nicht bedauert, sondern sogar begrüßt.<sup>17</sup> Denn es werden insbesondere eine begrenzte Problemlösungsfähigkeit der Selbstverwaltung sowie deren strukturkonservierender Einfluss beklagt.

---

<sup>17</sup> Diese Kritik zielt auf die Selbstverwaltung generell – auch über die Soziale Sicherung hinaus.



### *Tendenzen und Probleme*

Als Beispiele für mangelnde Problemlösungsfähigkeit werden lange Verfahren und mangelnder Konsens im Gemeinsamen Bundesausschuss angeführt – allerdings eher vereinzelte Fälle<sup>18</sup> im Vergleich mit den zahlreichen gemeinsam gefassten Beschlüssen, die aber von Kritikern nicht angeführt werden.

Beigetragen zu dieser Entwicklung hat aber auch, dass die Zusammenarbeit der Sozialpartner in Selbstverwaltungsgremien schwieriger geworden ist, da Interessengegensätze stärker und der Fundus an gemeinsam vertretenen (nicht zuletzt ordnungspolitischen) Grundüberzeugungen (vermeintlich oder tatsächlich) kleiner geworden ist. Dies mag auch damit in Zusammenhang stehen, dass nachfolgende, jüngere Akteure manche Erfahrungen, die in der Vergangenheit einflussreich und prägend waren, nicht mehr gemacht haben. Zudem hat – sowohl in der Selbstverwaltung der Sozialversicherungen als auch in der Gemeinsamen Selbstverwaltung – ein stärker an kurzfristig erzielbaren Ergebnissen orientiertes ökonomisches Handeln an Bedeutung gewonnen. Und je stärker in der Selbstverwaltung Einzelinteressen der Akteure dominieren, umso geringer ist auch die Möglichkeit zu (auch relativ raschen) Kompromissen. Allerdings gibt es auch Bemühungen, die Grundlage für gemeinsames Handeln wieder zu erweitern. Ein Beispiel hierfür sind die gemeinsamen Stellungnahmen von BDA und DGB zum Wettbewerb in der Krankenversicherung und bei den Versorgungsverträgen.

Insgesamt ist allerdings auch festzustellen, dass die Leistungen der Selbstverwaltung<sup>19</sup> in der Öffentlichkeit kaum wahrgenommen werden, nicht bekannt sind bzw. nicht in entsprechender Weise kommu-

---

18 Z. B. Methodenbewertung ärztlicher Leistungen durch die sektorenübergreifend eingesetzten Themengruppen; Beschluss zur Öffnung der Krankenhäuser für vier seltene Erkrankungen nach § 116 b SGB V für ambulante Behandlung auf Grund von Vertragsabschlüssen mit den Krankenkassen.

19 Vgl. hierzu. Kapitel 2 dieser Stellungnahme „Zur Bedeutung der Selbstverwaltung in der Sozialen Sicherung“.

niziert werden (können). Entsprechend wird auch die niedrige Wahlbeteiligung an den Sozialversicherungswahlen als Ergebnis mangelnder öffentlicher Wahrnehmung gedeutet – abgesehen von der weitverbreiteten Kritik am praktizierten Wahlverfahren (der sogenannten „Friedenswahl“).

Andererseits zeigt sich, dass die Erwartungen an den Staat als „Problemlöser“ hoch sind, die Problemlösungsfähigkeit aber an ihre Grenzen stößt und vielfach eine abgestimmte und langfristig orientierte Strategie nicht zu erkennen ist – mit ein Grund für die aktuelle Politikverdrossenheit.

Aus Sicht der GVG kann hier gerade das in Deutschland etablierte System des institutionalisierten Ausgleichs widerstreitender Interessen und der Organisation eines gesellschaftlichen Grundkonsenses einen wichtigen Beitrag leisten. Es stellt sich deshalb die Frage nach der künftigen Entwicklung der Selbstverwaltung in der deutschen Sozialen Sicherung.

### **3.2 Die europäische Ebene**

Zu beachten ist, dass sich für das Sozialversicherungssystem und damit auch für die Selbstverwaltung auch Herausforderungen aus Entwicklungen auf der europäischen Ebene ergeben. Zwar sind die gemeinschaftsrechtlichen Kompetenzen auf dem Gebiet der Sozialen Sicherung sehr beschränkt, jedoch steht die territoriale Begrenzung der Versicherung und der Versicherungssysteme in einem Spannungsverhältnis zu den gemeinschaftsrechtlichen Grundfreiheiten der Niederlassungs- und Dienstleistungsfreiheit sowie des freien Warenverkehrs. So ermöglichen es etwa Entscheidungen des Europäischen Gerichtshofes (EuGH)<sup>20</sup> den EU-Bürger(inne)n, ärztliche und zahnärztliche

---

<sup>20</sup> In Sachen Kohll / Decker, Geraets / Smits und Perbooms sowie Müller-Fauré / van Riet und Watts.

### *Tendenzen und Probleme*

Dienstleistungen in einem anderen EU-Staat frei in Anspruch zu nehmen, und lassen Ausnahmen für den stationären Sektor nur soweit gelten, als bei Öffnung des Systems eine erhebliche Gefährdung des nationalen Versicherungssystems droht.

Zugleich nehmen europarechtliche Regelungen zu Berufsqualifikationen, Niederlassung und Berufsausübung zu und wirken damit auf die Gestaltungsspielräume freiberuflicher Selbstverwaltungsorganisationen zurück.<sup>21</sup> Die Möglichkeit freiberuflicher Selbstverwaltung, autonome Rechtsvorschriften für die Berufsregelungen mit zum Teil wettbewerbsrelevanten Auswirkungen erlassen zu dürfen, wird dabei immer wieder auf den Prüfstand gestellt. Insbesondere zur Stellung der freiberuflichen Selbstverwaltungsorganisationen hat der EuGH<sup>22</sup> Kriterien für die autonomen Regelungskompetenzen von Selbstverwaltungskörperschaften aufgestellt und diese grundsätzlich als unternehmerische Vereinigung qualifiziert, wobei Umfang und Grad der Erstreckung des Gemeinschaftsrechts davon abhängig gemacht sind, inwieweit sich der Staat bei der Übertragung autonomer Satzungshoheit die Letztentscheidungsbefugnis vorbehält. Je stärker der staatliche Einfluss und je geringer die Selbstverwaltungsautonomie sind, desto eher sind die Organisation und ihr Handeln dem Staat zuzuordnen und damit dem Wettbewerbsrecht entzogen.

Generell ist festzustellen, dass sich die Selbstverwaltungsorganisationen in der Sozialen Sicherung in das Werte- und Organisationsgefüge der EU einfügen, weil sie die Mitwirkung der Unionsbürger an den betreffenden staatlichen Aufgaben fördern und Ordnungsfunktion im Binnenmarkt gerade auch im Hinblick auf den Verbraucher- bzw. Patientenschutz übernehmen. Die von Artikel 8 des Entwurfs eines Vertrages zur Änderung des Vertrages über die Europäische Union („Lissabon-

---

21 Vgl. Burkhard Tiemann: Die Gesundheits- und Sozialpolitik der Europäischen Union. Köln 2005.

22 Mit seinen Entscheidungen in Sachen Wouters und Arduino.

*Selbstverwaltung in der Sozialen Sicherung*

Vertrag“ angestrebte Förderung demokratischer Partizipation findet gerade im deutschen Modell der Selbstverwaltung mit seinen demokratisch legitimierten Mitwirkungsmöglichkeiten und seinen auf Subsidiarität, auf Sach- und Bürgernähe fußenden Deregulierungs- und Dezentralisierungspotential seine Entsprechung.

Zu künftigen Selbstverwaltungsaufgaben gehört deshalb im Sinne der Partizipation insbesondere auch der Ausbau einer objektivierenden Interessenvertretung gegenüber Staat und Gesellschaft durch Sachkompetenz, Dialogfähigkeit und Konzepte, die Belange der Versicherten, der Arbeitgeber bzw. des Berufsstandes mit Gemeinwohlinteressen verknüpfen. Unter diesen Voraussetzungen einer innovativen Weiterentwicklung ist der deutsche Typus der Selbstverwaltung durchaus auch international ein attraktives Modell.

## 4 Entwicklungsperspektiven der Sozialen Selbstverwaltung in Deutschland

Der Verantwortung der Selbstverwaltung obliegt derzeit primär die Durchführung von Gesetzen, also die Teilhabe an der Umsetzung, oftmals Konkretisierung und Vollziehung von Gesetzen. Darüber hinaus besteht eine wichtige Aufgabe darin, spezifischen Sachverstand z. B. in die Beratung von Gesetzen einzubringen bzw. den Gesetzgeber zu beraten. Hierbei haben die Verbände insbesondere in ihrem Zusammenwirken über Selbstverwaltungsgremien und die dort angestrebte Konsensfindung eine wichtige Rolle.<sup>23</sup>

Will man die künftige Rolle der Selbstverwaltung bestimmen, so ist zuerst zu klären, welche Entwicklung der sozialen Sicherungssysteme – und speziell auch der Sozialversicherung – in den einzelnen Teilbereichen insgesamt angestrebt wird. Diese grundlegende ordnungspolitische Frage wird meist in der Schwebe gelassen bzw. nicht klar beantwortet.

Wie erwähnt, hat Selbstverwaltung ihren Platz dort, wo es zwar staatliche Leistungsverantwortung gibt, diese jedoch nicht von der „staatlichen Zentrale“, sondern insbesondere von eigenen, aus dem allgemeinen Staatshaushalt ausgegliederten Parafisci (vor allem den Sozialversicherungsträgern) durchgeführt wird. *Bei zunehmender staatlicher Einflussnahme nimmt die Bedeutung der Selbstverwaltung immer mehr ab und entfällt schließlich weitgehend, da für die Selbstverwaltung Spielräume zur Wahrnehmung spezifischer Aufgaben bestehen müssen. Aber auch bei einer rein privatwirtschaftlichen Lösung im Bereich Sozialer*

---

23 Auch in anderen europäischen „Sozialversicherungs-Ländern“ ist die Verbandsbeteiligung anzutreffen, wie Ulrich Becker darlegt – Ulrich Becker: Staat und autonome Träger im Sozialleistungsrecht, Rechtsvergleichende Untersuchung der Risikoabsicherungssysteme in Deutschland, Frankreich, Italien und Großbritannien. Baden-Baden 1996.

### *Selbstverwaltung in der Sozialen Sicherung*

*Sicherung wäre für die Selbstverwaltung kein Platz.* Realistischerweise geht es in Deutschland derzeit nicht um „entweder Staatsverwaltung oder Privatisierung der sozialen Sicherung“, sondern um die Frage, welche Bedeutung jeweils staatliche und private Einrichtungen und Maßnahmen haben (sollen) und inwieweit in parastaatlichen Einrichtungen dann der Gedanke der Selbstverwaltung eine nicht nur formale, sondern reale Bedeutung besitzen soll.

*Die Bedeutung der Selbstverwaltung in der Sozialen Sicherung hängt folglich vor allem davon ab, welche Rolle insbesondere die Sozialversicherung im System Sozialer Sicherung in Deutschland quantitativ und qualitativ noch spielen soll.* Je mehr sie zu einer wenig differenzierten und auf niedrigem Sicherungsniveau agierenden Einrichtung wird (das in jüngerer Zeit vielfach verwendete Wort von der „Grundsicherung“ in verschiedenen Bereichen deutet in diese Richtung), umso mehr reduziert sich Selbstverwaltung auf Beihilfe zur praktikablen verwaltungsmäßigen Umsetzung.

Angesichts der unterschiedlichen Strukturen in den einzelnen Zweigen der deutschen Sozialversicherung sind diese Grundsatzfragen und die ggf. mit ihnen verbundenen Aufgaben der Selbstverwaltung jeweils differenziert zu betrachten. So hat Selbstverwaltung z.B. in der gesetzlichen Krankenversicherung unterschiedliche Funktionen, je nachdem, ob sie sich auf die Ebene der einzelnen Krankenkassen oder die der Kassenverbände bezieht.<sup>24</sup>

*Neben der Frage nach dem Leistungsniveau der Sozialversicherung geht es um die für Sozialversicherungen angestrebte organisatorische Ausrichtung, die wiederum für die Aufgaben und die Rolle der Selbstverwaltung von*

---

24 Auf der Ebene der einzelnen Krankenkassen trägt Selbstverwaltung auch Mitverantwortung für den Unternehmenserfolg, während sie auf der Verbandsebene zugleich mitverantwortlich ist für kassenübergreifende Ziele des Gesundheitssystems.

### *Entwicklungsperspektiven*

Bedeutung ist: *Geht die Entwicklung in Richtung einer „managergeleiteten Sozialversicherung“ oder eines „anstaltlichen Verwaltungsträgers“?*<sup>25</sup>

Die Entwicklung scheint derzeit jedoch uneinheitlich und in unterschiedliche Richtungen zu gehen. Im erstgenannten Fall, der möglicherweise dem jetzt angestrebten Leitbild der Gesetzlichen Krankenversicherung entspricht, hätte die Selbstverwaltung insbesondere die Aufgabe, auf die Berücksichtigung ordnungs- und sozialpolitischer Gesichtspunkte in Entscheidungsprozessen hinzuwirken, damit diese bei einer eher wettbewerblich orientierten Sozialversicherung, die um ihre „Kunden“ wirbt und primär auf ökonomische Effizienz im eng verstandenen Sinne ausgerichtet ist, nicht allzusehr in den Hintergrund treten.

Bei der Selbstverwaltung im Rahmen einer anstaltlich konzipierten Sozialversicherung tritt dagegen die Aufgabe der Beratung der politisch entscheidenden Akteure in den Vordergrund. Die ursprünglich von der Bundesregierung angestrebte Genehmigungspflicht des Haushalts der Rentenversicherung durch das zuständige Ministerium<sup>26</sup> könnte allerdings in die Richtung einer intendierten Stärkung des anstaltlichen Charakters deuten, wie dies auch bei der Bundesagentur für Arbeit sichtbar ist. Staatlicherseits berufene Mitglieder der Selbstverwaltung anstelle gewählter Repräsentanten dürften dann diesem Leitbild eher entsprechen.

---

25 Vgl. zu diesen Konzepten Tanja Klenk: Selbstverwaltung – ein Kernelement demokratischer Sozialstaatlichkeit? Szenarien zur Zukunft der sozialen Selbstverwaltung. In: Zeitschrift für Sozialreform, Bd. 52 (2006), H. 2, S. 273-291, hier S. 284-288.

26 Siehe Entwurf eines Gesetzes zur Organisationsreform in der gesetzlichen Rentenversicherung, BT-Drucksache 15/3654.

Derzeit wird die unmittelbare Staatsverwaltung als Leitbild zwar nirgends propagiert, doch sind Annäherungen hieran zu konstatieren im Sinne einer stärker auf zentralistische Strukturen hindeutenden Entwicklung.<sup>27</sup> Dieser Prozess vollzieht sich weitgehend schleichend, ohne dass die Auswirkungen in der Öffentlichkeit reflektiert werden. Bei der Verstärkung solcher Tendenzen, die zu einer immer weiteren Aushöhlung der Bedeutung der Selbstverwaltung beitragen würden, ist an die vor nahezu zwei Jahrhunderten geäußerte Warnung des Reformers Freiherr vom Stein zu erinnern, der schrieb: „Überhaupt, es sei die zentralisierende Bürokratie eingerichtet wie sie wolle ..., es bleiben in ihr wesentliche unzertrennliche Unvollkommenheiten, nämlich: Kostbarkeit; Einseitigkeit und Systemsucht; Schwerfälligkeit und Lähmung der Unterbehörden; Vernichtung des Gemeingeistes und der Selbsttätigkeit“.<sup>28</sup>

Die Bedeutung der „Selbsttätigkeit“ wurde gerade auch in der jüngeren Zeit unterstrichen und politisch gefördert: so etwa durch die Enquête-Kommission des Deutschen Bundestages „Zukunft des bürgerschaftlichen Engagements“ und den Nationalen Beirat zum Internationalen Jahr der Freiwilligen 2001 oder auch im Zusammenhang mit Ausführungen zum Ehrenamt im 5. Altenbericht des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.<sup>29</sup> Das vom Bundestag und

---

27 So spricht z. B. der Errichtungsbeauftragte des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, Klaus Kirschner, davon, dass klar sei, „dass der neue Spitzenverband [...] Teil eines Gesetzes darstellt, das deutlich auf zentralistische Strukturen hinarbeitet.“ Interview mit Klaus Kirschner („Selbstverwaltung hat Handlungsstärke bewiesen“) In: Die BKK 7/2007, S. 298.

28 Freiherr vom Stein: Denkschrift für Kronprinz Friedrich Wilhelm vom 5. November 1822, hier zitiert nach Ulrich Becker: Funktionen der sozialen Selbstverwaltung. In: Mitteilungen der bayerischen Landesversicherungsanstalten 12/2003, S. 577.

29 Fünfter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Potentiale des Alters in Wirtschaft und Gesellschaft. Der Beitrag älterer Menschen zum Zusammenhalt der Generationen. Bericht der Sachverständigenkommission. Hrsg. vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Berlin August 2005.



Bundesrat verabschiedete „Gesetz zur weiteren Stärkung des bürgerschaftlichen Engagements“, das rückwirkend zum 1. Januar 2007 in Kraft tritt, sieht entsprechend auch die steuerliche Begünstigung bürgerschaftlichen Engagements vor. Allerdings beschränkt sich der Gesetzentwurf auf ehrenamtliche Tätigkeit in Vereinen und Stiftungen, während die ehrenamtliche Tätigkeit in der Selbstverwaltung der Sozialen Sicherung von den Regelungen ausgenommen ist. Die Ungleichbehandlung zwischen in der Sozialversicherung ehrenamtlich Tätigen (die ihre Entschädigung für den Zeitaufwand voll versteuern müssen) und anderen – steuerlich begünstigten Personengruppen – ist nicht nachvollziehbar. Da sich zeigt, dass wegen dem damit verbundenen Zeitaufwand immer weniger Bereitschaft besteht, für die Sozialversicherung wichtige ehrenamtliche Aufgaben wahrzunehmen, sollte auch diese Personengruppe in die Steuervergünstigung einbezogen werden.

*Die soziale Selbstverwaltung steht in dieser Tradition der „Selbsttätigkeit“, d.h. der selbstverantwortlichen Mitwirkung der Versicherten und der Arbeitgeber im Sinne sachgerechter Entscheidungen und ihrer Umsetzung. Es gilt, die Potentiale der Selbstverwaltung als Ausdruck bürgerschaftlichen Engagements zielorientiert auszuschöpfen und zu stärken.* Die Partizipation der einzelnen Versicherten und Arbeitgeber im Rahmen der Selbstverwaltung erfolgt häufig über Verbände, wobei die Repräsentanten durch (Sozial-)Wahlen bestimmt werden. Aus Sicht der GVG können verschiedene Handlungsfelder identifiziert werden, um die Potentiale der Selbstverwaltung weiterzuentwickeln.

#### **4.1 Gestaltungsmöglichkeiten der Sozialen Selbstverwaltung**

Die Sozialversicherungen prägen in erheblichem Umfang die Lebens- und Arbeitsbedingungen der Bevölkerung, der Versicherten und der Arbeitgeber. *Deshalb ist es unabdingbar, dass Vertreter(innen) der Ar-*

*beitgeber und Versicherten erheblichen Einfluss auf die Leistungskonkretisierung und die wirtschaftliche Verwendung der Mittel nehmen. Die Beteiligung des Staates (Drittelparität) an der Selbstverwaltung der Sozialversicherung ist folglich abzulehnen, denn er wickelt über die Sozialversicherungsträger nur gesamtgesellschaftliche Aufgaben ab.*

Auch Vertretungen z. B. von Patient(inn)en tragen keine Verantwortung für Budget und Leistungen der Sozialversicherungsträger und sind deshalb nicht in die Selbstverwaltungsorgane einzubeziehen. Allerdings gilt es, *Strategien für die Zusammenarbeit mit Vertreter(inne)n von Leistungsbeziehern weiterzuentwickeln*. Positive Erfahrungen für die Zusammenarbeit von Selbstverwaltung und Vertretern von Leistungsbeziehern liegen vor – z. B. im Rahmen der Anhörung und Beratung im Gemeinsamen Bundesausschuss.

*Die Handlungsspielräume und Gestaltungsmöglichkeiten der Selbstverwaltung müssen inhaltlich relevant und klar definiert sein.* Dies ist von zentraler Bedeutung für ihre Legitimierung wie auch eines ausreichenden Engagements qualifizierter Mitwirkender – sowohl im Haupt- als auch im Ehrenamt. Klare Zuständigkeiten tragen maßgeblich dazu bei, dass die Selbstverwaltung ihre Verantwortung erfolgreich wahrnehmen kann. Dies gilt einerseits für das Verhältnis von selbstverwalteten Sozialversicherungsträgern und dem Staat und andererseits innerhalb der Sozialversicherungsträger für das Verhältnis von Hauptamt und Ehrenamt.<sup>30</sup> Die Zuständigkeiten unterscheiden sich zwar in den einzelnen Sozialversicherungszweigen. Dennoch sind grundsätzliche Verantwortlichkeiten festzumachen (vgl. nebenstehende Abb.).

Zu den Voraussetzungen für eine funktionierende Selbstverwaltung gehört das – in Gesetz und Satzung festzulegende – formale und struk-

---

<sup>30</sup> Diese Notwendigkeit relevanter und klarer Zuständigkeiten besteht selbstverständlich auch für die berufsständische und die Gemeinsame Selbstverwaltung.

### *Entwicklungsperspektiven*

turelle Zusammenwirken von Ehren- und Hauptamt. Da die verschiedenen Sozialversicherungen unterschiedlich strukturiert sind, können sie sich auch in der organisatorischen Ausgestaltung unterscheiden.

<b>Staat</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• politische Gesamtverantwortung für die Soziale Sicherung</li> <li>• Gesetzgebung</li> <li>• Rechtsaufsicht</li> </ul>
<b>Selbstverwaltete Sozialversicherungsträger</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Durchführung von Gesetzen (Teilhabe an der Umsetzung, oftmals Konkretisierung und Vollziehung)</li> <li>• spezifischen Sachverstand z. B. in die Beratung von Gesetzen einbringen</li> <li>• Beratung des Gesetzgebers</li> </ul>
<b>Ehrenamt</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Abnahme Haushaltsplan und Jahresrechnung</li> <li>• Wahl und Abberufung des Vorstandes / der Geschäftsführung</li> <li>• Konkretisierung der Geschäftspolitik / Formulierung von Leitlinien für die Geschäftspolitik</li> <li>• Entwicklung von Leitbildern und Regeln für die gute Führung der Institution (Selbstverständnis der Selbstverwaltung)</li> <li>• Beratung und Festlegung der strategischen Ausrichtung und anderer grundsätzlicher Maßnahmen des Vorstandes / der Geschäftsführung</li> <li>• Festlegung unternehmenspolitischer Vorgaben</li> <li>• Erlass der Geschäftsordnung</li> <li>• Kontrollbefugnisse</li> <li>• Teilnahme an Konfliktlösungsmechanismen (z.B. Widerspruchsausschüsse)</li> <li>• Beratung und Unterstützung von Versicherten und Betrieben bei Konflikten mit ihrem Versicherungsträger</li> <li>• Beratung von Versicherten bei der Inanspruchnahme von Leistungen (z.B. Versichertenberatung in der Rentenversicherung)</li> </ul>
<b>Hauptamt</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Führung der Geschäfte</li> <li>• Berichtspflichten des Hauptamts an die Selbstverwalter</li> </ul>

#### **4.2 Verankerung der Selbstverwaltung in der Gemeinschaft der Versicherten und der Arbeitgeber**

Von zentraler Bedeutung für die Verankerung der Selbstverwaltung in der Gemeinschaft der Versicherten und Arbeitgeber und somit ihre Legitimation ist, dass sie ihre Handlungsspielräume nicht nur sachgerecht ausfüllt, sondern dass ihre Arbeit für die Versicherten und Arbeitgeber von diesen auch wahrgenommen wird. *Deshalb gilt es, das Wissen von Betroffenen und Medien über Aufgaben und Tätigkeiten der Selbstverwaltung erheblich zu verbessern.* Die ist eine ständige Aufgabe und beschränkt sich keinesfalls nur auf Zeiten vor Sozialversicherungswahlen.

Ein zentraler Anknüpfungspunkt ist in diesem Zusammenhang die Beratungs- und Ombudsfunktion der Selbstverwaltung (Versichertenälteste, Widerspruchsausschüsse), deren erfolgreiche Arbeit verdeutlicht werden muss.

Aber auch die Entwicklung von Leitbildern für die gute Führung der Institution (Selbstverständnis der Selbstverwaltung) bietet gute Möglichkeiten, die Arbeit der Selbstverwaltung greifbarer zu machen und ihre Verankerung zu verbessern.

Bestehende Instrumente – Veranstaltungen, Presseseminare, Tätigkeitsberichte, Internetplattformen – sind hier verstärkt zu nutzen und auszubauen. Dies ist eine gemeinsame Aufgabe der Politik, der Sozialversicherungsträger und der Trägerorganisationen der Selbstverwaltung.

#### **4.3 Dienstleistungsorientierung der Selbstverwaltung stärken**

Eine wichtige Funktion der Selbstverwaltung ist die Beratung und Unterstützung von Versicherten und Betrieben. Dies betrifft ihre Rolle

bei Konfliktmechanismen innerhalb des Sozialversicherungsträgers (Widerspruchsausschüsse), zwischen Versicherten und Versicherungsträgern und bei der Beratung zur Inanspruchnahme von Leistungen. Es gilt, dieses Verständnis der Selbstverwaltung und der *Selbstverwalter als Dienstleister für Versicherte und Arbeitgeber* zu stärken.

#### 4.4 Qualifikation der ehrenamtlichen Selbstverwalter(innen)

*Eine wichtige Voraussetzung für eine funktionierende Selbstverwaltung ist auch, dass diejenigen, die in Selbstverwaltungsgremien tätig sind, in aufgabenadäquater Weise für ihre Tätigkeit vorbereitet sind bzw. kontinuierlich weiterqualifiziert werden.* Die Tätigkeit in der Selbstverwaltung der Sozialversicherungsträger stellt hohe Anforderungen an die Selbstverwalter(innen). Sie erfordert sozialpolitische Kompetenzen, aber auch soziale Kompetenzen (in Hinblick auf die Zusammenarbeit mit anderen Fraktionen in der Selbstverwaltung und mit hauptamtlichen Geschäftsführern bzw. Vorständen). Sie erfordert auch Kenntnisse der Unternehmensführung (strategische Planung und Controlling, Organisations- und Personalentwicklung, Haushaltsplanung, Jahresabschluss, Bilanzen, Finanz- und Investitionsplanung) und teilweise sehr spezifisches Fachwissen für die einzelnen Versicherungsbereiche.

Diese Kenntnisse ermöglichen den Selbstverwalter(inne)n die Wahrnehmung ihrer Verantwortung in der Selbstverwaltung im Interesse der Versicherten und Arbeitgeber. Es liegt deshalb auch in ihrer Verantwortung, über die notwendigen Kenntnisse zu verfügen, sie zu nutzen und sie kontinuierlich weiterzuentwickeln.

Diesem Bedarf entsprechen bereits heute vielfältige Angebote der Sozialversicherungsträger und der sie tragenden Organisationen. Es gilt, diese Angebote weiterzuentwickeln, verstärkt zu verzahnen und ggf. auch durch übergreifende Angebote zu ergänzen – nicht zuletzt auch

im Sinne einer Anreizfunktion für Selbstverwalter(innen), die dies als Chance für weitere Qualifikationen verstehen.

Über diese unmittelbaren Qualifikationen hinaus sollte die Bereitschaft und Fähigkeit der Selbstverwalter(innen), sich externen Sachverstandes zu bedienen, gestärkt werden. Dies ist von zunehmender Bedeutung angesichts zum Teil komplexer werdender Aufgaben.

#### **4.5 Besetzung der Selbstverwaltungsorgane**

Die Nähe zur Arbeits- und Lebenswelt der Versicherten und die Verankerung in der Gemeinschaft der Versicherten und Arbeitgeber sind Grundcharakteristika der Selbstverwaltung. Daraus folgt u. a., dass wieder verstärkt Vertreter(innen) aus Betrieben und Personalräten in die Arbeit der Selbstverwaltung eingebunden werden. Deshalb sollte die *Arbeit in der Selbstverwaltung verstärkt auch für Jüngere und Frauen attraktiv gemacht werden.*

Dies setzt zum einen eine *zeitliche Optimierung der Selbstverwaltungsarbeit* voraus, um das Ehrenamt neben dem Beruf (und auch der Familie) zu ermöglichen.

Ferner gilt es, *Qualifizierungsmöglichkeiten* für Selbstverwalter als Anreiz auszubauen und deutlich zu machen.

*Aufwandsentschädigungen* für Selbstverwalter(innen) müssen angemessen sein.

Bei Urwahlen sind die *Wahllisten transparent* zu gestalten durch aussagekräftige Informationen über die Kandidat(inn)en. Dies verbessert die gezielte Wahl der Kandidaten und ermöglicht auch die verstärkte Mitwirkung Jüngerer und von Frauen.

#### 4.6 Sozialversicherungswahlen

Die Repräsentanten der Versicherten und Arbeitgeber werden durch Sozialversicherungswahlen bestimmt. Auf die Sozialversicherungswahlen bezieht sich vor allem die Kritik an der Selbstverwaltung. Beklagt werden einerseits die mangelnde demokratische Legitimation („Friedenswahl“ und geringe Wahlbeteiligung) und andererseits die Kosten der Sozialversicherungswahlen.

Nach dem SGB IV sind in den Fällen, in denen keine konkurrierenden Wahlvorschläge vorliegen, sog. Friedenswahlen zugelassen. In diesen Fällen wäre eine Wahlhandlung bloßer Formalismus, der erhebliche Kosten verursacht (so das BSG 15.11.1973 – 3 RK 57/72). „Friedenswahlen“ sind dadurch charakterisiert, dass keine Wahlhandlung durch Versicherte und Arbeitgeber stattfindet. Insofern sollte auf diesen – zwar eingebürgerten – Begriff verzichtet werden. Die Selbstverwalter(innen) werden in diesem Fall vielmehr von den tragenden Organisationen benannt. Es ist somit sichergestellt, dass im Sinne der Subsidiarität Versicherte und Arbeitgeber (nicht der Staat) die Selbstverwaltung gestalten, allerdings geschieht dies nur mittelbar über die Organisationen und nicht durch Wahlhandlung der einzelnen Betroffenen. Dabei sind klar definierte Regelungen einzuhalten und hohe Zugangsanforderungen zu erfüllen. Dies setzt zum einen Mechanismen demokratischer Kandidatenaufstellung voraus und zum anderen die Veröffentlichung des Verfahrens in geeigneter Form. Dies ist von großer Bedeutung für die Akzeptanz der Selbstverwaltung.

*Aus Sicht der GVG sollten Urwahlen da umgesetzt werden, wo immer sie möglich und sinnvoll sind. Das SGB IV gibt hier klare Regelungen vor. Wenn Friedenswahlen stattfinden, gilt es sicherzustellen, dass die Zugangsvoraussetzungen für Organisationen transparent gemacht werden.*

Die Beteiligung an den Sozialversicherungswahlen lag im Jahr 2005 bei knapp 30 Prozent. Auch wenn bei anderen Wahlen die Wahlbeteiligung ebenfalls vielfach sehr zu wünschen übrig lässt<sup>31</sup>, so gilt es doch, *die Beteiligung an den Sozialversicherungswahlen zu erhöhen*. Hier besteht offensichtlich in besonderem Maße die Notwendigkeit einer weitaus besseren Information der Betroffenen über Aufgaben und Tätigkeiten der Selbstverwaltung als dies bisher erfolgt. Eine inzwischen im Arbeits- und Sozialministerium eingesetzte Projektgruppe zur „Modernisierung der Sozialversicherungswahlen“ wird hierzu Vorschläge unterbreiten. Zudem wurde auch vom zuständigen Ministerium ein Gutachten in Auftrag gegeben. Der Bundeswahlbeauftragte für die Sozialversicherungswahlen nannte neben Maßnahmen, die insgesamt auf die bessere Verankerung der Selbstverwaltung und ihre Funktionsfähigkeit zielen, ergänzend Maßnahmen, die sich auf die Wahlhandlung als solche beziehen.<sup>32</sup> Es sei notwendig, den potentiellen Wählern besser zu vermitteln, weshalb die Möglichkeit zur Wahl wahrgenommen werden sollte.

Dies kann nur durch eine gemeinsame Anstrengung von Politik, Sozialversicherung, Trägerorganisationen und Medien erreicht werden. Diese Aufgabe ist – wie erwähnt – nicht auf den Zeitraum, zu dem Sozialversicherungswahlen anstehen, zu begrenzen. Es gilt in diesem Zusammenhang auch – wie bei anderen Wahlen – konkret zu vermitteln, welche Gruppierungen mit welchen inhaltlichen Vorstellungen und welche Personen zur Wahl stehen. Darüber hinaus können ggf. Maß-

---

31 So lag die Wahlbeteiligung z.B. bei den Landtagswahlen in Sachsen-Anhalt im Jahre 2006 die Wahlbeteiligung bei 44,2 Prozent, bei den Kommunalwahlen dort 2004 bei 42,1 Prozent bei der Europawahl 2004 im Bundesgebiet bei 43,0 Prozent und bei der Direktwahl des Landrats in Nordfriesland im September 2007 sogar nur bei 28,2 Prozent im 1. Wahlgang bzw. 23,1 Prozent im zweiten Wahlgang.

32 Interview mit Hans-Eberhard Urbaniak („Die Akzeptanz von Selbstverwaltung und Sozialwahlen bei den Beteiligten erhöhen“) In: Die BKK, 4/2007, S. 155.



### Entwicklungsperspektiven

nahmen wie ein Online-Wahlverfahren als Ergänzung der Briefwahl zur Verbesserung der Wahlbeteiligung beitragen.

Die Kosten der Sozialversicherungswahlen 2005 beliefen sich auf rund 40 Mio. Euro in den Fällen, in denen Wahlhandlungen durchgeführt wurden, und auf etwa 1 Mio. Euro dort, wo „Friedenswahlen“, d.h. Wahlen ohne Wahlhandlung, stattfanden. Bezogen auf die Wahlberechtigten bedeutet das Kosten in Höhe von 14 Cent pro Jahr.<sup>33</sup> *Der Kritik an den Kosten für Sozialversicherungswahlen wird aber der Boden entzogen, wenn es gelingt, die Bedeutung der Selbstverwaltung wieder angemessen zu vermitteln.* Dann werden die Kosten der Sozialversicherungswahlen, die gemessen an den Gesamtaufwendungen der Sozialversicherung moderat sind, kein ernsthaftes Argument gegen die Wahrnehmung der demokratischen Mitwirkungsrechte sein. Die Notwendigkeit, die Bedeutung der Selbstverwaltung zu verdeutlichen, besteht umso mehr, zumal eine Ausweitung der Urwahlen vielfach gewünscht wird, was naturgemäß mit einer Ausweitung der Kosten verbunden ist.

\* \* \*

*Die Selbstverwaltung ist nicht nur als historisch gewachsenes Modell zu verstehen. Vielmehr stellt sie eine Chance dar, um aktuellen Herausforderungen im Bereich Sozialer Sicherung, die ständig – vor allem durch strukturellen Wandel in Demographie, Wirtschaft und Gesellschaft – auftreten, zu begegnen. Dies betrifft die soziale Selbstverwaltung ebenso wie die berufsständische Selbstverwaltung und die Gemeinsame Selbstverwaltung. Es gibt gute Gründe, die Selbstverwaltung weiterzuentwickeln, damit sie auch weiterhin diese Funktion erfüllen kann. Die GVG unterstützt dies ausdrücklich. Erforderlich ist insbesondere eine bessere Information von Bevölkerung und politische Akteuren – auch vermittelt durch die Medien –, um den Nutzen der Selbstverwaltung zu verdeutlichen. Not-*

---

33 Norbert Thomas Rzesnik und Simone Herfert: Sozialversicherungswahlen 2005 – Richtig? Wichtig? In: ZFSH/SGB, 02/2007, S. 84.

*Selbstverwaltung in der Sozialen Sicherung*

*wendig ist aber vor allem die Unterstützung durch die politischen Kräfte in unserem Land, um zu erreichen, dass die Selbstverwaltung – als ein spezifischer Steuerungsmechanismus, durch den gesellschaftliche Teilhabe, eigene Verantwortung und Effizienz miteinander verknüpft werden – auch in Zukunft ihre Funktion in einer sich wandelnden Welt erfüllen kann.*

## 5 Selbstverwaltung der Sozialversicherungsträger

### 5.1 Selbstverwaltung in der Gesetzlichen Rentenversicherung

#### 5.1.1 Organisation und Aufgaben

Die derzeit 17 *Träger* der Gesetzlichen Rentenversicherung (Deutsche Rentenversicherung, gegliedert in zwei Bundes- und 15 Regionalträger) sind rechtsfähige Körperschaften des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung (§ 29 SGB IV).

Ihre ehrenamtliche *Selbstverwaltung* besteht aus der Vertreterversammlung (von Versicherten und Arbeitgebern gewählte Mitglieder) und dem Vorstand (von der Vertreterversammlung gewählte Versicherten- und Arbeitgebervertreter). Versicherten- und Arbeitgebervertreter sind jeweils paritätisch beteiligt. Die Rentenversicherungsträger werden von einer hauptamtlichen Geschäftsführung geleitet.

Insgesamt sind in der Rentenversicherung über 6.800 Personen<sup>34</sup> (ohne Stellvertreter) im Rahmen der Selbstverwaltung ehrenamtlich tätig. Zentrale Aufgaben der Selbstverwaltung bestehen darin, die Satzung oder sonstiges autonomes Recht der Träger zu beschließen (Vertreterversammlung) und den Träger zu verwalten (Vorstand).

Die Selbstverwaltung in der Rentenversicherung hat eine *sozialpolitische Funktion*, eine *Vermittlerfunktion*, eine *politische Funktion* und eine *Steuerungs- und Kontrollfunktion*.

Zu den sozialpolitischen Funktionen gehört, die Beteiligung der Betroffenen bei Entscheidungen innerhalb des rechtlichen Rahmens sicherzustellen. Das ist z.B. möglich im Reha-Bereich oder im Zusam-

---

<sup>34</sup> 1.100 Mitglieder in Selbstverwaltungsorganen, über 500 Mitglieder in Widerspruchsausschüssen und rd. 5.200 Versichertenberater / Versichertenälteste.

menhang mit bestimmten Auslegungsentscheidungen im Leistungsrecht.

Als Vermittler zwischen Staat und Betroffenen wird die Selbstverwaltung z.B. im Rahmen der Widerspruchsausschüsse oder durch ihre Versichertenältesten/-berater tätig. Ein Bereich, in dem die Selbstverwaltung zunehmend Schwerpunkte setzt, ist der Beratungsbereich mit dem Service-Netz (Beratungsstellen), Servicetelefon oder den Renteninformationen. Hier kann die Selbstverwaltung besonders deutlich machen, dass sie die Interessen von Versicherten, Rentnern und Arbeitgebern wahrnimmt.

Die politische Funktion, wie z.B. die Vertretung der Interessen der Rentenversicherung in Gesetzgebungsverfahren, ist eine weitere wichtige Aufgabe der Selbstverwaltung, die in der breiten Öffentlichkeit kaum wahrgenommen wird. Hier hat die Selbstverwaltung vielfältige Erfolge erzielt und die Rentenversicherung oftmals vor staatlichen Eingriffen bewahrt (wie z.B. im Zusammenhang mit dem geplanten Haushaltsgenehmigungsverfahren im Vorfeld der Organisationsreform).

Im Bereich der Steuerungs- und Kontrollfunktionen hat die Selbstverwaltung strategische Richtungsentscheidungen zu treffen und die Zielerreichung zu kontrollieren. Darüber hinaus gehört es zu den wesentlichen Aufgaben der Selbstverwaltung in der Rentenversicherung, die Haushalte der Träger aufzustellen und diese dann auch festzustellen.

Die *Deutsche Rentenversicherung Bund* nimmt eine Doppelfunktion wahr: Zum einen betreut sie Versicherte, Rentenbezieher und Arbeitgeber, zum anderen ist sie für die Wahrnehmung der Grundsatz- und Querschnittsaufgaben sowie der gemeinsamen Angelegenheiten der Rentenversicherungsträger zuständig (§§ 125 und 138 SGB VI). Diese Doppelfunktion spiegelt sich auch in der Selbstverwaltungsstruktur wider. Nach § 3 Abs. 2 der Satzung der Deutschen Rentenversicherung Bund gibt es vier Selbstverwaltungsorgane:

- die Vertreterversammlung,

### *Sozialversicherungsträger*

- den Vorstand,
- den Trägersausschuss der Vertreterversammlung,
- den Trägersausschuss des Vorstandes.

Entscheidungen in Trägerangelegenheiten und Entscheidungen, die die Rentenversicherung insgesamt betreffen, werden also in unterschiedlichen Selbstverwaltungsorganen getroffen, auch wenn aufgrund von Aufgabenüberschneidungen (z. B. bei der Feststellung des Haushaltsplans oder bei bestimmten Personalentscheidungen) in vielen Bereichen eine abgestimmte Zusammenarbeit der Selbstverwaltungsorgane erfolgt.

Mit der *Organisationsreform* im Jahr 2005 hat sich die Struktur der Selbstverwaltung in der gesetzlichen Rentenversicherung grundsätzlich nicht geändert. Die Rentenversicherungsträger sind auch weiterhin rechtlich selbständige Körperschaften des öffentlichen Rechts, wobei die Bundes- und Regionalebene – auch im Bereich der Selbstverwaltungen – durch das Organisationsreformgesetz stärker verzahnt wurden. Das zweistufige Selbstverwaltungsmodell mit Vertreterversammlung und Vorstand wurde beibehalten. Um das Gesetzgebungsverfahren zur Organisationsreform nicht auch noch mit Fragen der Selbstverwaltungsstruktur zu belasten, wurden bewusst im Zusammenhang mit der Reform lediglich die Punkte geregelt, die reformbedingt (z. B. aufgrund von Trägerzusammenschlüssen) geregelt werden mussten.

*Rolle des Staates:* In der gesetzlichen Rentenversicherung sind der versicherte Personenkreis, der Beitragssatz sowie grundsätzlich das Leistungsrecht im Bereich Versicherung und Rente gesetzlich festgelegt. Entscheidungsspielräume verbleiben der Selbstverwaltung im Bereich der Rehabilitation (z.B. bei § 32 Abs. 4 SGB VI oder der nach § 138 Abs. 1 Satz 2 Nr. 8 vorgesehenen Koordinierungsfunktion), bei Auslegungsfragen im Leistungsrecht, bei organisatorischen Fragen und nunmehr durch die Regelungen des § 138 SGB VI auch bei übergreifenden, alle Träger der Rentenversicherung betreffenden Sachverhalten.

### **5.1.2 Aktuelle Entwicklungen**

Der Gesetzgeber hat in der Vergangenheit den schon eingeschränkten Gestaltungsspielraum der Selbstverwaltung in vielen Bereichen weiter eingeschränkt (so z. B. durch die Begrenzung der Reha-Ausgaben gem. § 220 Abs. 1 SGB VI im Jahre 1997). Der verbliebene und durch die gesetzliche Regelungsdichte eingeengte Raum eigenverantwortlicher Gestaltung wird durch zunehmende Prüfaktivitäten des Bundesrechnungshofes, verstärkte Aktivitäten der Aufsichtsbehörden oder umfassende gesetzliche Berichtspflichten weiter reduziert. Allerdings wurden im Reha-Bereich der Selbstverwaltung mit der Reform auch weitergehende Kompetenzen zugewiesen, so insbesondere im Zusammenhang mit der Bettenbedarfs- und Belegungsplanung.

Darüber hinaus sollten die Selbstverwaltungsrechte im Zusammenhang mit der Senkung der Verwaltungs- und Verfahrenskosten weiter massiv eingeschränkt werden. Der Gesetzentwurf zum Organisationsreformgesetz sah z.B. einen Genehmigungsvorbehalt für die Haushalte der Rentenversicherungsträger vor. Erst nach deutlichen Einwendungen der Selbstverwaltung wurde diese Regelung wieder aus dem Gesetz herausgenommen und § 220 Abs. 3 SGB VI durch eine „Sparauflage“ mit jährlicher Berichtspflicht der Deutschen Rentenversicherung Bund gegenüber dem zuständigen Ministerium ersetzt.

Auf der anderen Seite wurden der Selbstverwaltung im Rahmen der Organisationsreform auch neue Entscheidungskompetenzen und damit eine größere Verantwortlichkeit zugewiesen.

Bei der Koordination der Rehabilitation wurde der Selbstverwaltung vom Gesetzgeber eine weitergehende Verantwortung übertragen, damit eine sach- und bedarfsgerechte Rehabilitation in der Rentenversicherung möglichst kostengünstig erbracht werden kann. Dies betrifft insbesondere die Bettenbedarfs- und Belegungsplanung (§ 138 Abs. 1 Satz 2 Nr. 8 SGB VI).

Der Gesetzgeber hat der Deutschen Rentenversicherung aufgegeben, die jährlichen Verwaltungs- und Verfahrenskosten bis zum Jahr 2010 um 10 Prozent der tatsächlichen Ausgaben für Verwaltungs- und Verfahrenskosten für das Kalenderjahr 2004 zu vermindern (§ 220 Abs. 3 SGB VI). Dies entspricht einem Betrag von rund 382 Mio. Euro für die gesamte Rentenversicherung. Der mit der Kostenreduzierung verbundene schwierige Umsetzungsprozess wird durch die Selbstverwaltung der einzelnen Rentenversicherungsträger gesteuert.

Im Zuge der Organisationsreform hat der Gesetzgeber die Rentenversicherungsträger auch zur Durchführung eines Benchmarking in dazu geeigneten Bereichen verpflichtet. Neben der Kosten- und Leistungsrechnung wurde damit ein weiteres betriebswirtschaftliches Instrument eingeführt, das einen Beitrag zur Kostentransparenz leistet, einen kontinuierlichen und systematischen Vergleich der Prozesse ermöglicht und den internen Wettbewerb zwischen den Trägern fördert.

Im IT-Bereich muss die Selbstverwaltung die mit der Umstellung auf ein einheitliches Programmsystem in der gesamten Rentenversicherung verbundenen schwierigen organisatorischen Entscheidungen treffen.

In § 138 SGB VI hat der Gesetzgeber zentrale Entscheidungs- und Steuerungsbereiche aufgeführt und als „Grundsatz- und Querschnittsaufgaben der Deutschen Rentenversicherung“ bezeichnet. Die Entscheidungen zu diesen Aufgaben und die Festlegungen weiterer Grundsatz- und Querschnittsaufgaben wurden der Vertreterversammlung der Deutschen Rentenversicherung Bund übertragen. Die Entscheidungs- und Steuerungskompetenzen betreffen vor allem die Außenvertretung der Rentenversicherung, Entscheidungen zu Fach- und Rechtsfragen, Steuerungsaufgaben im Reha-Bereich, bei den Finanzen oder in der Datenverarbeitung. Die Selbstverwaltung hat mit diesem Instrumentarium die Möglichkeit, untergesetzliche Normen für den Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung zu erlassen. Sie erhält damit auf der einen Seite einen weitergehenden Einfluss und Entschei-

dungsspielraum, auf der anderen Seite ist aber auch die Verantwortung der Selbstverwaltung gestiegen. Die verbindlichen Entscheidungen der Deutschen Rentenversicherung Bund binden nicht nur die Träger, sondern sind geltendes Recht.

## **5.2 Selbstverwaltung in der Gesetzlichen Krankenversicherung und in der Sozialen Pflegeversicherung**

### **5.2.1 Organisation und Aufgaben**

Die derzeit ca. 250 *Krankenkassen* sind Körperschaften des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung. Dies gilt ebenso für die *Pflegekassen*, die als eigenständige Kassen bei den Krankenkassen errichtet wurden. Beide sind nach dem Prinzip der Selbstverwaltung organisiert. Nach §46 Abs. 2 Satz 2 SGB XI sind die Organe der Pflegekassen die Organe der Krankenkassen, bei denen sie errichtet sind.

Kranken- und Pflegeversicherung sind in verschiedene *Kassenarten* gegliedert. Für die sieben Kassenarten (Ortskrankenkassen, Betriebskrankenkassen, Innungskrankenkassen, Ersatzkassen, Landwirtschaftliche Krankenkassen, Knappschaft und See-Krankenkasse<sup>35</sup>) gelten auch im Hinblick auf die Selbstverwaltung teilweise unterschiedliche Organisationsprinzipien.

Seit der Reformierung der Selbstverwaltungsstrukturen durch das Gesundheitsstrukturgesetz 1992 wird bei den Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen sowie den Ersatzkassen als einziges *Selbstverwaltungsorgan* ein ehrenamtlicher Verwaltungsrat gebildet, der einem hauptamtlichen Vorstand gegenübersteht. Ziel dieser Reform war es, für die im allgemeinen Mitgliederwettbewerb stehenden Krankenkassen

---

<sup>35</sup> Es ist vorgesehen, dass die See-Krankenkasse in die DRV Knappschaft-Bahn-See integriert wird. Angestrebt ist der Termin 1. Januar 2008.



sen eine neue Leitungsstruktur mit klarerer Aufgabenaufteilung zwischen Ehrenamt und Hauptamt zu schaffen. Während der ehrenamtliche Verwaltungsrat für die grundlegenden strategischen Aufgaben einer Krankenkasse zuständig ist, verantwortet der hauptamtliche Vorstand das gesamte operative Geschäft. Zuvor lag – wie heute noch bei den übrigen Kassenarten – ein Teil der operativen Aufgaben im Verantwortungsbereich des Ehrenamtes.

Bei den Landwirtschaftlichen Krankenkassen, der Knappschaft und der See-Krankenkasse werden nach wie vor eine Vertreterversammlung und ein Vorstand als Organe ehrenamtlicher Selbstverwaltung gebildet, deren Mitglieder in der Sozialversicherungswahl von Versicherten und Arbeitgebern gewählt werden.

Auch hinsichtlich der *Besetzung der Selbstverwaltungsorgane* bestehen zwischen den Kassenarten Unterschiede. Vom Grundsatz her sind diese je zur Hälfte aus Vertretern der Versicherten und der Arbeitgeber zu besetzen (§ 44 Abs. 1 Nr. 1 SGB IV). Abweichend hiervon gilt aber, dass

- bei Betriebskrankenkassen, die für einen Betrieb oder mehrere Betriebe desselben Arbeitgebers bestehen, den Organen neben den Versichertenvertretern allein der Arbeitgeber angehört, der dieselbe Zahl der Stimmen wie die Versichertenvertreter hat,
- bei den Ersatzkassen die Organe allein mit Vertretern der Versicherten besetzt werden,
- die landwirtschaftlichen Krankenkassen von den gemeinsamen Selbstverwaltungsorganen der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften verwaltet werden, wobei in Angelegenheiten der Krankenversicherung der Landwirte die Vertreter der Arbeitnehmer nicht mitwirken, und
- bei der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See noch übergangsweise bis zur Einführung der Parität im Jahr 2011 in der Vertreterversammlung 48 Versichertenvertreter mit drei

Fünfteln der Stimmen 21 Arbeitgebervertretern mit zwei Fünfteln der Stimmen gegenüberstehen.

Die *Verantwortlichkeiten der Selbstverwaltungsorgane* sind vielfältig. Der Verwaltungsrat bzw. die Vertreterversammlung einer Krankenkasse beschließt die Satzung und sonstiges autonomes Recht des Versicherungsträgers (§ 33 Abs. 1 Satz 1, Abs. 3 Satz 1 SGB IV) und wählt den Vorstand (§ 35a Abs. 5 Satz 1 bzw. § 36 Abs. 2 SGB IV); im Rahmen der Satzungsautonomie wird u.a. über die Senkung oder Erhöhung der Beitragssätze (ab 2009 über die Erhebung kassenindividueller Zusatzbeiträge) sowie über eine Erweiterung oder Einschränkung des satzungsmäßigen Leistungsspektrums der Krankenkasse entschieden. So erfordern etwa die Wahltarife nach § 53 SGB V Satzungsbestimmungen, über die Verwaltungsrat bzw. die Vertreterversammlung entscheiden. Es ist also die Selbstverwaltung, die im Wege der Normsetzung über die strategische Ausrichtung der jeweiligen Krankenkasse in dieser Frage zu entscheiden hat – über den Markterfolg der Krankenkasse, der viel mit ihrer Attraktivität für „gute Risiken“ zu tun hat, ebenso wie über den Grad des sozialen Ausgleichs innerhalb der Solidargemeinschaft.

Der Verwaltungsrat überwacht zudem den Vorstand, trifft alle Entscheidungen, die für die Krankenkasse von grundsätzlicher Bedeutung sind und stellt den Haushalt fest (§ 197 SGB V). Es ist also die Selbstverwaltung, die über die grundlegenden strategischen Ziele sowie über die entscheidenden finanziellen Fragen einer Krankenkasse entscheidet.

Innerhalb ihrer Kassenarten bilden die Krankenkassen bzw. ihre Landesverbände auf der Bundesebene jeweils einen Spitzenverband. Die sieben *Spitzenverbände* (AOK-Bundesverband, BKK Bundesverband, IKK-Bundesverband, See-Krankenkasse, Knappschaft, Bundesverband der Landwirtschaftlichen Krankenkassen und VdAK/AEV) haben bislang einen *doppelten Auftrag des Gesetzgebers*:

Nach § 217 SGB V obliegt es den Spitzenverbänden der Krankenkassen, die gesetzlich näher konkretisierten Aufgaben – oftmals einheitlich

### *Sozialversicherungsträger*

und gemeinsam – zu erfüllen sowie die zuständigen Behörden in Fragen der Gesetzgebung und Verwaltung zu unterstützen. Die Spitzenverbände treffen als selbstverwaltete Körperschaften öffentlichen Rechts gemeinsame und einheitliche Regelungen im Sinne der gesetzlichen Vorgaben. Zu diesen Aufgaben zählen u. a.:

- Rahmenvereinbarungen zu Inhalt und Umfang der hausärztlichen Versorgung,
- Gesamtverträge zur ambulanten ärztlichen Versorgung,
- Qualitätssicherung der ambulanten ärztlichen Versorgung,
- Rahmenempfehlungen zur Zulassung von Leistungserbringern,
- Vereinbarung der Grundsätze der Vergütung (EBM) mit den Kassenärztlichen bzw. Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigungen,
- Festlegung von Festbeträgen für Arzneimittel und für Hilfsmittel sowie
- Regelungen und Rahmenempfehlungen zur Qualitätssicherung.

Insgesamt verantworten die Spitzenverbände damit sachgerechte Rahmenregelungen für ein umfangreiches Leistungsvolumen (insgesamt 135 Mrd. Euro im Jahr 2005).

Ferner ist den Spitzenverbänden die Aufgabe übertragen, ihre Mitglieder bei der Erfüllung ihrer Aufgaben und der Wahrnehmung ihrer Interessen zu unterstützen. In der praktischen Arbeit entstehen gerade durch die Kombination beider Funktionen vielfältige Synergieeffekte. Beispiele für das Dienstleistungsspektrum der Spitzenverbände für ihre Mitgliedskassen bzw. -verbände sind:

- Klärung mitgliedschafts-, beitrags- und melderechtlicher Fragen,
- Verhandlung der Beitragseinzugsvergütung mit der Rentenversicherung und der Bundesagentur für Arbeit,
- juristische Beratung und Vertretung der Mitgliedskassen in Gerichtsverfahren,

- Dienstleistungen im EDV-Bereich, wie die Gestaltung des Datenaustausches mit den Leistungserbringern und Arbeitgebern, spezifische Softwareentwicklungen und die Bündelung verschiedenster Datenverarbeitungsaufgaben (Kopfstellenfunktion),
- Mitwirkung bei der beruflichen Aus-, Fort- und Weiterbildung,
- Interessenvertretung ihrer Mitglieder in der Öffentlichkeit und Unterstützung für gemeinsame wie kassenindividuelle Kommunikations- und Marketingaktivitäten.

Des Weiteren unterstützen die Spitzenverbände die Interessen ihrer im Wettbewerb stehenden Mitglieder, indem sie deren Position auch in den gemeinsamen Gremien der GKV und in den Fragen vertreten, in denen der Gesetzgeber die Spitzenverbände zu gemeinsamen und einheitlichen Regelungen verpflichtet. Sie organisieren so einen – von allen Wettbewerbern getragenen – Interessenausgleich und gewährleisten, dass die zu treffenden Regelungen praxisnah ausgestaltet werden. Auf diese Weise wird zugleich eine hohe Akzeptanz und tatsächlich einheitliche Handhabung in der Praxis erreicht – zum Nutzen der Versicherten und Arbeitgeber sowie für die Krankenkassen im Verhältnis zu ihren Vertragspartnern, den Leistungserbringern in der ambulanten und stationären Versorgung.

Entscheidungen, die für die Krankenkasse von grundsätzlicher Bedeutung sind, trifft der Verwaltungsrat der Krankenkasse. Dies gilt analog für die Verwaltungsräte der Spitzenverbände der Krankenkassen, soweit es um Fragen von grundsätzlicher Bedeutung für die jeweilige Kassenart oder die gesamte gesetzliche Krankenversicherung geht.

*Rolle des Staates:* Zwar trägt der Staat letztlich die politische Verantwortung für die Gestaltung der Versorgung. Er hat dabei aber den Organisationen der Selbstverwaltung neben der Durchführungsverantwortung auch wesentliche Bereiche der Normsetzung übertragen. Normsetzung findet insbesondere überall dort statt, wo die Leistungsansprüche der Versicherten konkretisiert werden, z.B. bei der Festsetzung von Festbeträgen für Arzneimittel.

### 5.2.2 Aktuelle Entwicklungen

In der Krankenversicherung dominierte in den vergangenen Jahren die Frage einer grundlegenden Finanzierungsreform die Diskussionen. Da hinsichtlich der sehr unterschiedlichen Modelle in einer großen Koalition keine Einigung erzielt werden konnte, setzte die Bundesregierung die Schwerpunkte der aktuellen Krankenversicherungsreform auf organisatorische und institutionelle Aspekte. Zugleich wurden dennoch sehr maßgebliche Entscheidungen hinsichtlich der *Finanzierung* getroffen. So sieht das neue Gesetz (GKV-WSG) einerseits die systematische Einführung und allmähliche Erhöhung der Steuerfinanzierung der GKV vor.<sup>36</sup> Daneben soll zukünftig der allgemeine Beitragssatz staatlich festgesetzt werden, wodurch die Krankenkassen Finanzautonomie verlieren. Der Staat bestimmt folglich das „Globalbudget“ der Krankenkassen, mit dem diese eine den Ansprüchen des SGB V entsprechende Gesundheitsversorgung zu organisieren haben. Die Krankenkassen verlieren damit an Selbstregulierungsfähigkeit. Damit wurde ein Strukturbruch mit tragenden Prinzipien der Sozialversicherung vollzogen.

Auch durch eine veränderte *Leistungsgestaltung* werden Auswirkungen auf die (gemeinsame) Selbstverwaltung zu erwarten sein. Vor dem Hintergrund der „staatlichen Budgetierung“<sup>37</sup> soll die Stärkung des Kassenwettbewerbs in Verbindung mit der Reform vertragsärztlicher Organisationsstrukturen durch das Gesetz zur Änderung des Vertragsarztrechts (VÄndG) zu einer Senkung der Kosten bzw. Leistungsausgaben führen, indem eine stärkere Abkopplung von Kollektivverträgen stattfindet. Eine mögliche Gefahr dieser Strategie ist, dass die einseitige

---

36 Dabei hat sich die GKV immer dafür ausgesprochen, dass die Gesundheitsversorgung nicht primär über Steuern finanziert werden sollte. Allerdings wurde immer die Steuerfinanzierung der versicherungsfremden Leistungen angemahnt.

37 Vgl. auch Kapitel 3.1: nach dem GKV-WSG legt künftig der Gesetzgeber den einheitlichen Beitragssatz für alle Kassen fest. Die Kassen können selbst nur einen begrenzten kassenindividuellen Zusatzbeitrag erheben.

Kostenorientierung negative Auswirkungen auf die Qualität hat. Dies erklärt auch die seit einiger Zeit zunehmende Einführung von Normen zur Qualitätssicherung im SGB V, die als Mindeststandards im Wettbewerb dienen sollen. Zugleich erklärt sich dadurch die im GKV-WSG vorgenommene weitere Einschränkung der leistungsrechtlichen Gestaltungsmöglichkeiten der Krankenkassen (Satzungsautonomie): Wegen der Befürchtung, dass Krankenkassen resultierend aus der Einführung einer Zusatzprämie rein aus Kostengründen Satzungsleistungen streichen bzw. Ermessensleistungen zurückführen könnten, wurden bestimmte Leistungsbereiche in Pflichtleistungen umgewandelt (z.B. Leistungen der medizinischen Rehabilitation). Andererseits führt die Abkehr von der kollektivvertraglich vereinbarten Regelversorgung dazu, dass auch die Durchsetzbarkeit der Richtlinien des G-BA im Bereich der Qualitätssicherung beeinträchtigt wird und die Bedarfsplanungsrichtlinien des G-BA auch verfassungsrechtlich nicht mehr die Grundlage für Zulassungsbeschränkungen bieten.

Mit der *Neustrukturierung der Selbstverwaltung auf Bundesebene* soll eine stärkere staatliche Regulierung erfolgen, die bisherige Breite und Pluralität der korporativen Repräsentation der Krankenkassen soll konzentriert und vereinheitlicht werden. Der Spitzenverband soll die Komplexität reduzieren, indem er einerseits die Interessenartikulation der GKV und andererseits die Umsetzung der staatlichen Regelungsansprüche vereinfacht und vereinheitlicht. Dahinter steht die ordnungspolitische Vorstellung, dass in einem wettbewerblichen System, in dem die Einzelkassen die prioritären Akteure sind, der Staat eine stärker regulierende Funktion ausüben müsse. Er habe die Ziele, Wettbewerbsregeln und Rahmenbedingungen zu setzen und den Wettbewerb zu überwachen. Der Selbstverwaltung der einzelnen Krankenkasse kämen danach immer weniger Funktionen zu, sie hätte sich verstärkt in einem engen ökonomischen Rahmen nach betriebswirtschaftlicher Opportunität zu orientieren. Aus dieser Sicht erscheint die Selbstverwaltung auf der mittleren Ebene, d. h. der Ebene der Kassenarten und Verbände, als überflüssig und geradezu störend.

Die Einführung des Gesundheitsfonds mit einer stärkeren Steuerfinanzierung ist in Verbindung mit der Institutionsreform der politische Kern der aktuellen Gesundheitsreform. Er gehört zu einem ordnungspolitischen Konzept der Reform des Sozialstaats, das die institutionellen Formen der Sozialversicherung zugunsten von mehr direkter Staatseinwirkung abschwächen und zurückfahren will. Das zeigt sich am deutlichsten daran, dass die Finanzautonomie der Selbstverwaltung erheblich eingeschränkt wird durch zwei zentrale Stellschrauben bzw. Entscheidungen, nämlich einerseits die Regulierung des Gesundheitsfonds über den staatlich einheitlich festgelegten allgemeinen Beitragsatz und andererseits die Festlegung der Staatszuschüsse. Damit wird für die Krankenkassen ein fundamentaler Wandel eingeleitet. Ihre Möglichkeiten der Selbstregulierung von Finanzierung und Leistungen werden künftig eingeschränkt, daher wandeln sie sich in der Tendenz zu Einkaufsagenturen für Versorgungsleistungen.

Die gegenwärtige Gesundheitsreform zielt auf mehr Effizienz, schafft aber auch Voraussetzungen für Leistungseinschränkungen mit der *Tendenz zu einem Grundsicherungssystem* mit Rationierung in der Gesundheitsversorgung. Sie stärkt den staatlichen Einfluss auf die Geschäfte der Krankenkassen und drängt charakteristische Elemente der Sozialversicherung (Beitragsautonomie der Kassen, Selbstverwaltungsprinzip etc.) zurück. Die Krankenversicherung erlebt damit eine Entwicklung, die in der Arbeitslosen- und Rentenversicherung schon weiter fortgeschritten ist.

Die selbstverwaltete Sozialversicherung kann jedoch als mittelbare Staatsverwaltung die legitimatorische Entlastungsfunktion für die Politik nur dann erfüllen, wenn diese ihre Eigenständigkeit prinzipiell akzeptiert und in ihren fachlich-administrativen Entscheidungen politisch stützt. Je mehr die Eigenständigkeit der Sozialversicherung reduziert wird, umso weniger trägt diese Entlastungsfunktion. Das gilt für die Beitragsatzpolitik, aber auch für die Verantwortung der Leistungen und ihrer Ausgestaltung.

Insoweit geht bei der aktuellen Gesundheitsreform ein bisher unbestrittener Vorteil der selbstverwalteten Sozialversicherung für die Politik verloren: Sie wird künftig für die Entscheidungen über die Finanzierung und die Leistungsrechte direkt und unmittelbar von der Bevölkerung zur Verantwortung gezogen werden.

Soweit es im Rahmen der notwendigen Modernisierung des Sozialstaats im Bereich der Krankenversicherung um weitere Anpassungserfordernisse geht, würde eine erneute Stärkung der Selbstverwaltung zwar ggf. größeren Aufwand für eine Einigung bedeuten, aber zugleich zu einer höheren Stabilität der Legitimation führen.

### **5.3 Selbstverwaltung in der Gesetzlichen Unfallversicherung**

#### **5.3.1 Organisation und Aufgaben**

Die *Träger* der Gesetzlichen Unfallversicherung sind – wie die anderen Träger der Sozialversicherung – rechtsfähige Körperschaften des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung. Sie lassen sich drei Bereichen zuordnen, für die teilweise eigene gesetzliche Bestimmungen Anwendung finden.

Für den gewerblichen Bereich sind derzeit 25 gewerbliche Berufsgenossenschaften zuständig, im Bereich der öffentlichen Hand sind es zurzeit noch 31 Träger (Stand November 2007). Der landwirtschaftliche Sektor – der in Kapitel 5.5 näher beleuchtet wird – wird von acht landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften und der Gartenbau-Berufsgenossenschaft betreut.

Die folgenden Ausführungen beziehen sich wegen der Besonderheiten in der landwirtschaftlichen Sozialversicherung allein auf den gewerblichen und öffentlichen Bereich.



Bei jedem Unfallversicherungsträger werden als *Selbstverwaltungsorgane* eine Vertreterversammlung und ein Vorstand gebildet. Sie setzen sich je zur Hälfte aus Vertretern der Versicherten und der Arbeitgeber zusammen. Die Zahl der Mitglieder der Selbstverwaltung wird durch die Satzung entsprechend der Größe des Unfallversicherungsträgers bestimmt. Die Vertreterversammlung hat höchstens 60 Mitglieder. Aufgabe der Vertreterversammlung ist es vornehmlich, die Satzung und sonstiges autonomes Recht zu beschließen. Zu den zu erlassenden Rechtssätzen gehören u.a. die Unfallverhütungsvorschriften und der Gefahrtarif, der die Grundlage für einen risikoadäquaten und damit unternehmensbezogenen Beitrag bildet. Die Vertreterversammlung wählt ferner den Vorstand, der den Unfallversicherungsträger verwaltet. Damit ist die gesamte öffentliche und fiskalische Tätigkeit gemeint.

In der gesetzlichen Unfallversicherung sind mehr als 2.400 Personen ehrenamtlich in Vertreterversammlung und Vorstand tätig sowie weitere Personen in den sogenannten besonderen Ausschüssen. Sie sind genauso wie die Selbstverwaltungsorgane paritätisch besetzt. Ihre *Zuständigkeit* erstreckt sich u. a. auf die erstmalige Entscheidung über Renten sowie andere Entscheidungen im Zusammenhang mit einer Rentenzahlung. Wie in den anderen Zweigen der Sozialversicherung werden auch bei der Gesetzlichen Unfallversicherung Widerspruchsbescheide von sogenannten Widerspruchsausschüssen erlassen.

Die Renten- und Widerspruchsausschüsse verdeutlichen die Rolle der Selbstverwaltung als Mittler zwischen Sozialversicherungsträger als Teil der mittelbaren Staatsverwaltung einerseits und Versichertem andererseits. Die Einbindung der Sozialpartner über die Selbstverwaltung schafft einen Akzeptanzgewinn bei Entscheidungen des Unfallversicherungsträgers sowohl auf Versicherten- als auch auf Arbeitgeberseite.

Die umfassende sozialpolitische Funktion der Selbstverwaltung wird insbesondere durch ihre Rolle als Recht setzendes Organ (Vertreterversammlung) und als Exekutivorgan (Vorstand) deutlich. Dabei füllt die Selbstverwaltung einerseits den gesetzlich für die Aufgabenerledigung

determinierten Rahmen aus. Andererseits ist sie für die ordnungsgemäße Rechtsanwendung verantwortlich. Hierzu kann sie im Rahmen ihrer Richtlinienkompetenz gegenüber dem Hauptamt Vorgaben machen.

Entscheidungsspielräume kommen der Selbstverwaltung insbesondere im Bereich der Präventionsarbeit der Unfallversicherungsträger und der Rehabilitation zu. Die Unfallversicherungsträger haben mit allen geeigneten Mitteln insbesondere für die Verhütung von Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren zu sorgen. Sie haben darüber hinaus mit allen geeigneten Mitteln die Rehabilitation des Versicherten nach Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten durchzuführen.

Herausgehobene Aufgabe der Selbstverwaltung ist ferner die politische Interessenvertretung. Dabei nimmt die Selbstverwaltung vornehmlich über den Spitzenverband der Gesetzlichen Unfallversicherung, die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV) e.V., ihre Interessen z.B. bei sie berührenden Gesetzesvorhaben wahr. Die Selbstverwaltung tritt hier auch als Ansprechpartner der Politik auf und stellt sich als Motor der Modernisierung im eigenen System dar. Dabei setzt sie die durch die Nähe zur Praxis erworbenen Erfahrungen bei allen relevanten Fragestellungen ein. So konnte die Selbstverwaltung immer wieder praxisorientierte Lösungsmöglichkeiten erarbeiten und der Politik zur Realisierung ihrer Reformvorstellungen an die Hand geben. Als Beispiel aus der jüngsten Vergangenheit sei an dieser Stelle auf das Konzept zur künftigen Trägerstruktur der gewerblichen Unfallversicherung und die Entwicklung eines neuen Lastenverteilungskonzepts hingewiesen. Allein durch diese beiden Reformvorschläge hat die Selbstverwaltung in der Gesetzlichen Unfallversicherung ihren Handlungswillen und ihre Handlungsfähigkeit unter Beweis gestellt.

Weitere wichtige Aufgabe der Selbstverwaltung ist ihre steuernde Funktion. So nimmt sie Einfluss bei der Umsetzung strategischer Entscheidungen und überprüft die Einhaltung der avisierten Ziele. Auch

hier fließen betriebliche Erfahrung aus Sicht der Arbeitgeber und der Versicherten nutzbringend in die Projektarbeit der Unfallversicherungsträger und des Verbandes – z.B. im Präventionsbereich – ein. Hierzu bilden die Selbstverwaltungsorgane Ausschüsse, in denen zielgerichtet und praxisorientiert Lösungen – z.B. für das Unfall- und Berufskrankheitengeschehen – erarbeitet werden.

*Rolle des Staates:* Die Gesetzliche Unfallversicherung ist Teil der mittelbaren Staatsverwaltung. Dieses Modell bietet der Selbstverwaltung umfangreiche Gestaltungsmöglichkeiten im Rahmen des gesetzlichen Auftrags der Unfallversicherungsträger, insbesondere in den Bereichen Prävention und Rehabilitation. Hingegen hat die Selbstverwaltung kaum Spielräume bei der Bestimmung des versicherten Personenkreises (Ausnahme: Versicherung kraft Satzung), beim Versicherungsfall und bei der Rentengewährung. In diesen Fällen macht das Gesetz klare Vorgaben, die umgesetzt werden müssen.

### 5.3.2 Aktuelle Entwicklungen

Versuche des Gesetzgebers, die Gestaltungsspielräume der Selbstverwaltung einzuschränken, sind auch in der Gesetzlichen Unfallversicherung zu beobachten. In diesem Zusammenhang ist als Beispiel aus der neueren Vergangenheit der Versuch zu nennen, einen aus Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften (HVBG) und Bundesverband der Unfallkassen (BUK) fusionierten *Spitzenverband in der gesetzlichen Unfallversicherung* in eine Körperschaft des öffentlichen Rechts zu überführen. Durch die Verkörperschaftung des Verbands hätten sich vielfache Einschränkungen der Gestaltungsmöglichkeiten insbesondere auf Seiten der Selbstverwaltung der Unfallversicherungsträger ergeben. Es war beabsichtigt, den Verband in Anlehnung an § 138 SGB VI mit so genannten „Grundsatz- und Querschnittsaufgaben der gesetzlichen Unfallversicherung“ zu betrauen. Der Maßnahmenka-

talog hätte insbesondere eine massive mittelbare Einflussnahme des Staates auf die Ausgestaltung der Ablauforganisation der Träger und ihre Finanzhoheit bedeutet.

Die Selbstverwaltung der Gesetzlichen Unfallversicherung hat da, wo es sinnvoll war, Forderungen aus der Politik aufgegriffen und umgesetzt. Mit der erfolgreichen Fusion der beiden Spitzenverbände in der Gesetzlichen Unfallversicherung, HVBG und BUK, zu dem neuen gemeinsamen Spitzenverband für den gewerblichen und den öffentlichen Bereich, der DGUV, hat sie ihre Handlungsfähigkeit unter Beweis gestellt. Abgelehnt hat die Selbstverwaltung aber stets eine Verkörperung des Verbandes. Dass der Verband auch außerhalb eines verkörperschafteten Systems verbindliche Entscheidungen treffen kann, hat die Selbstverwaltung mit der Fusion zur DGUV in Form eines Vereins nachgewiesen.

Nach intensiver politischer Diskussion und Intervention aus dem Bereich der Sozialpartner und nachdem sich eine Mehrheit der Bundesländer dafür ausgesprochen hat, die Spitzenorganisation der Gesetzlichen Unfallversicherung in bewährter Vereinsform zu belassen, ist nunmehr auch aus dem BMAS zu hören, dass an der Körperschaftslösung nicht weiter festgehalten wird. Dem Vernehmen nach ist es jedoch beabsichtigt, im Rahmen des Unfallversicherungsreformgesetzes (UVRG) die Aufgabenerledigung der DGUV in verschiedenen Bereichen der Prävention und der Rehabilitation unter Aufsicht zu stellen. Dadurch werden Entscheidungen der Selbstverwaltung beim Spitzenverband rechtlich und fachlich überprüfbar gemacht. Dies stößt zumindest dann auf Bedenken, wenn eigenverantwortliches Handeln der Selbstverwaltung hierdurch faktisch verhindert wird. Auch stellt sich die Frage nach der Sinnhaftigkeit, da eine mittelbare Überprüfbarkeit von Maßnahmen durch die Aufsicht über die einzelnen Unfallversicherungsträger ohnehin gegeben ist.

Nicht ohne Auswirkungen auf die Selbstverwaltung der Unfallversicherungsträger bleibt auch der Beschluss der Mitgliederversammlung

des ehemaligen HVBG vom 1. Dezember 2006, dem Gesetzgeber ein Konzept zur künftigen *Trägerstruktur* der gewerblichen Unfallversicherung vorzulegen. Dabei wurden als Ziel neun Berufsgenossenschaften angegeben. Infolgedessen finden in den nächsten Jahren zahlreiche Fusionen statt. Im Bereich Handel wurde ein solcher vor kurzem abgeschlossen. Zum 1. Januar 2008 erfolgt die Fusion der Großhandels- und Lagerei-BG mit der BG für den Einzelhandel. Ebenfalls zum 1. Januar 2008 fusionieren die BG für Feinmechanik und Elektrotechnik und die Textil- und Bekleidungs-BG. Parallel haben die Holz-BG und die BG Druck und Papierverarbeitung den Vollzug ihrer Fusion bis spätestens 2011 beschlossen. Die Gesamtfusion im Bereich des verarbeitenden Gewerbes soll sich unmittelbar daran anschließen.

Im Segment Verwaltungen und Dienstleistungen werden sich die Verwaltungs-BG und die BG der keramischen und Glas-Industrie zum 1. Januar 2009 zusammenschließen. Durch den Zusammenschluss der BG Metall Süd und der Norddeutschen Metall-BG ist am 30. März 2007 die BG Metall Nord Süd entstanden. Im Bereich Transport- und Verkehr haben die BG für Fahrzeughaltungen und die See-BG eine Fusion beschlossen, die zum 1. Januar 2009 in Kraft tritt.

Im öffentlichen Bereich existieren aktuell 28 landes- und drei bundesunmittelbare UV-Träger der öffentlichen Hand. Zum 1. Januar 2008 werden die Landesunfallkasse Hamburg und die Unfallkasse Schleswig-Holstein fusionieren. Zum selben Zeitpunkt vereinigen sich die Landesunfallkasse Nordrhein-Westfalen, der Rheinische Gemeindeunfallversicherungsverband, der Gemeindeunfallversicherungsverband Westfalen-Lippe sowie die Feuerwehr-Unfallkasse Nordrhein-Westfalen. Im bevölkerungsstärksten Bundesland wird es dann nur noch einen landesunmittelbaren UV-Träger der öffentlichen Hand geben.

Nach dem Entwurf des UVRG ist eine Beschränkung auf maximal 30 Mitglieder in der *Vertreterversammlung* vorgesehen. Zwar findet damit eine Angleichung der Größe dieses Organs an die bei anderen Sozialversicherungsträgern statt. Angesichts der umfangreichen Fusionen,

die eine Verdichtung unterschiedlicher Branchen in den einzelnen Berufsgenossenschaften zur Folge haben, stößt dies aber auf Bedenken, da somit die Vertretung einzelner Branchen erschwert würde. Dies reduziert die Nähe zu den Unternehmen, was wiederum die Akzeptanz des berufsgenossenschaftlichen Systems und insbesondere der berufsgenossenschaftlichen Präventionsvorschriften erheblich stört.

## 5.4 Selbstverwaltung in der Arbeitslosenversicherung<sup>38</sup>

### 5.4.1 Organisation und Aufgaben

Die Bundesagentur für Arbeit (BA) ist eine Körperschaft des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung. Sie ist *dreistufig aufgebaut* und gliedert sich im Wesentlichen in 180 Agenturen für Arbeit mit rund 660 Geschäftsstellen, Regionaldirektionen und die Zentrale.

Die *Selbstverwaltung* in der Arbeitslosenversicherung wird in drittelparitätischen Gremien durch Gewerkschaften, Arbeitgeber und öffentliche Körperschaften ausgeübt. Die Mitglieder der Selbstverwaltung werden nicht gewählt, sondern vom Bundesarbeitsministerium berufen (Vorschlagsrecht der Tarifpartner).

Seit 2003 gibt es im dreistufigen Aufbau der BA Gremien der Selbstverwaltung nur noch in der Zentrale und auf örtlicher Ebene. Auf der mittleren Ebene wurde die Selbstverwaltung mit den Hartz-Reformen abgeschafft.

Zentrales Organ der BA ist der *ehrenamtliche Verwaltungsrat*. Er besteht in drittelparitätischer Zusammensetzung aus Vertreter(inne)n der

---

<sup>38</sup> Die Bundesagentur für Arbeit ist nicht Mitglied der GVG. Deshalb erfolgt die Darstellung hier in Anlehnung an Wilhelm Adamy: Gibt es noch eine Selbstverwaltung in der Arbeitslosenversicherung? In: Vierteljahresschrift für Sozialrecht, 3/2006, S. 175-189.

Arbeitnehmer, der Arbeitgeber und der öffentlichen Körperschaften. Ein *hauptamtlicher Vorstand* ist für das operative Geschäft verantwortlich. Bei der Benennung der Vorstandsmitglieder besteht Letztentscheidungsrecht der Bundesregierung. Ebenso muss sie bei deren Entlassung zustimmen.

In jeder Agentur für Arbeit existiert ein ebenfalls drittelparitätisch besetzter Verwaltungsausschuss, der die Geschäftsführung überwacht und sie bei der Erfüllung ihrer Aufgaben berät.

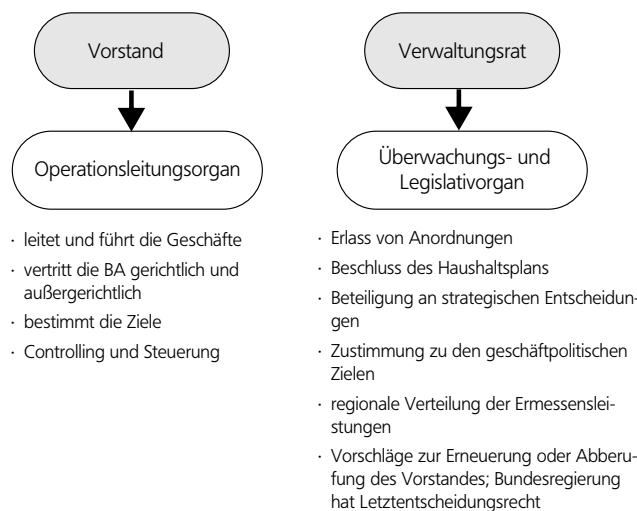
Seit Juli 2002 sind die *Aufgaben des Verwaltungsrates* neu definiert, und klar von den Aufgaben des Vorstandes abgegrenzt. Laut Satzung der BA ist der Verwaltungsrat Überwachungs-, Beratungs- und Legislativorgan. In dieser Funktion überwacht er die Arbeit des hauptamtlichen Vorstandes, erlässt die Satzung der BA – zuletzt am 30. Januar 2003 – und legt ihren Haushalt fest. Er genehmigt auch den jährlichen Geschäftsbericht, den der Vorstand dem Bundesminister für das verantwortliche Fachministerium erstattet. Zur aktiven Begleitung und Überwachung der Vorstandsarbeit besitzt der Verwaltungsrat die Möglichkeit, vom Vorstand Prüfungen durch die Innenrevision zu verlangen. Entsprechend der Regelung im Aktiengesetz kann er auch externe Sachverständige mit der Prüfung beauftragen. Der Verwaltungsrat kann jederzeit Auskunft über die Arbeit der Geschäftsführung verlangen. Der Vorstand ist verpflichtet, dem Verwaltungsrat regelmäßig und aus wichtigem Anlass zu berichten. Im Zentrum des Interesses des Verwaltungsrates der BA steht darüber hinaus die Steuerung der aktiven Arbeitsmarktpolitik und deren Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit. Besonderes Augenmerk erhalten dabei die Einhaltung von Qualitätsstandards und die Einbeziehung von Zielgruppen. Ferner kann die Selbstverwaltung über Anordnungen quasi-legislatorische Aufgaben übernehmen.

Mit der Trennung von operativem Geschäft und Überwachungsfunktion kann der Vorstand bei der Umsetzung der Geschäftspolitik weit-

### *Selbstverwaltung in der Sozialen Sicherung*

gehend autonom agieren.<sup>39</sup> Die Ziele werden im Dialog zwischen örtlichen Agenturen und Vorstand vereinbart. Verwaltungsrat und Verwaltungsausschuss sollen dann die tatsächliche Entwicklung überwachen. Sie haben nahezu keinen Einfluss auf Mittelverteilung und Instrumenteneinsatz. Darüber hinaus werden im Rahmen von Hartz IV etwa 60 Prozent der registrierten Arbeitslosen von diesem neuen Fürsorgesystem betreut. Diesen Auftrag des Bundes setzt die BA ohne Selbstverwaltung um. Die Überwachungs- und Beratungsfunktion des Verwaltungsrates ist hier auf die Auswirkungen auf den selbstverwalteten Bereich beschränkt.

#### **Aufgabenverteilung Vorstand / Verwaltungsrat<sup>40</sup>**



<sup>39</sup> Adamy, 2006, S. 181f.

<sup>40</sup> Adamy, 2006, S. 181.



*Rolle des Staates:* Die BA unterliegt der Rechtsaufsicht durch das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung. Darüber hinaus hat die Bundesregierung Letztentscheidungsrecht bei Benennung und Abberufung des Vorstandes. Sie setzt die Beiträge fest und genehmigt den Haushalt. Zugleich wurde mit dem Haushaltbegleitgesetz 2006 jedoch die Defizithaftung abgeschafft. In der drittelparitätischen Selbstverwaltung ist die Bundesregierung vertreten.

#### 5.4.2 Aktuelle Entwicklungen<sup>41</sup>

Nach dem Zweiten Weltkrieg belebten die Alliierten 1946 mit der Einrichtung von Arbeitsausschüssen bei Arbeitsämtern und Landesarbeitsämtern das Prinzip der Selbstverwaltung wieder. Gegen den gemeinsamen Vorschlag der Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA) und des Deutschen Gewerkschaftsbundes (DGB) für eine paritätische Selbstverwaltung im Jahr 1950 wurde auf allen Ebenen die Drittelparität verankert.

Im Zuge der mit dem sog. „Vermittlungsskandal“ einhergehenden Reform der Arbeitsverwaltung sollte die BA in einen Dienstleister mit privatwirtschaftlichen Führungsstrukturen überführt werden. Im Zusammenhang mit den Hartz-Änderungen wurde die Selbstverwaltung auf örtlicher wie auf zentralstaatlicher Ebene geschwächt und auf der mittleren Ebene ganz abgeschafft. Der ehrenamtliche Vorstand wurde durch einen hauptamtlichen Vorstand abgelöst.

---

41 Adamy, 2006, S. 179 f.

## 5.5 Selbstverwaltung in der Landwirtschaftlichen Sozialversicherung

### 5.5.1 Organisation und Aufgaben

Die Landwirtschaftliche Sozialversicherung (LSV) ist ein *eigenständiges regional gegliedertes Sicherungssystem der deutschen Sozialversicherung*. Die gesetzlichen Aufgaben werden derzeit von acht landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften (LBGen) und der Gartenbau-BG sowie den jeweils neun angeschlossenen landwirtschaftlichen Alterskassen (LAKen), landwirtschaftlichen Krankenkassen (LKKen) und landwirtschaftlichen Pflegekassen (LPKen) wahrgenommen, die allesamt Körperschaften des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung sind und staatlicher Aufsicht unterstehen.

Die LSV hat ihre Wurzeln in der landwirtschaftlichen Unfallversicherung (LUV), die durch das Gesetz, betreffend die Unfall- und Krankenversicherung der in land- und forstwirtschaftlichen Betrieben beschäftigten Personen vom 5. Mai 1886 begründet wurde. In der Folge wurden zwischen 1888 und 1890 insgesamt 48 LBGen gebildet und durch das Unfallversicherungsgesetz für Land- und Forstwirtschaft vom 30. Juni 1900 bestätigt. Im Jahr 1901 waren in der LUV 11,4 Mio. Personen versichert. Die vielen tiefgreifenden Verschiedenheiten in der Organisation und Verwaltung der damaligen LBGen beinhalten auch einen grundsätzlichen Unterschied zwischen den preußischen und nichtpreußischen LBGen. Während die nichtpreußischen LBGen nach dem Grundsatz reiner *Selbstverwaltung* aufgebaut waren, gliederten sich die preußischen LBGen aufgrund ihrer nach den zwölf Provinzen bemessenen Zuständigkeit und ihrer Untergliederung in Sektionen an bestehende und mit zahlreichen anderen Aufgaben befasste *Kommunalbehörden* – die *Provinzial- und Kreisverwaltungen* – an.

Nach dem Ersten Weltkrieg kam es am 14. Oktober 1919 zur Gründung eines auf Satzung beruhenden *Verbandes der deutschen LBGen*.

Mitglieder des neuen Verbandes waren die verbliebenen 43 LBGen und die im Jahre 1913 errichtete Gartenbau-BG. Organe des Verbandes waren der Verbandstag, der ständige Ausschuss und der Verbandsyndikus. Beim Bundesverband der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften (BLB) sind das heute die Mitgliederversammlung, der Vorstand und der Hauptgeschäftsführer.

Mit der Machtübernahme durch die Nationalsozialisten erfolgte die Aufhebung der Selbstverwaltung mit der Einführung des Leiterprinzips durch das „Gesetz zum Aufbau der Sozialversicherung“ vom 4. Juli 1934 und die „14. Verordnung zum Aufbau der Sozialversicherung“ vom 25. April 1936.

Die Wiedereinführung der Selbstverwaltung in der deutschen Sozialversicherung im Februar 1951 begründete in der LUV die *Drittelparität* in den Selbstverwaltungsorganen. Danach setzen sich die Selbstverwaltungsorgane der Versicherungsträger in der LUV zu je einem Drittel aus Vertretern der Gruppen der versicherten Arbeitnehmer, Arbeitgeber und Selbständigen ohne fremde Arbeitskräfte zusammen.

Die Gruppe der *Selbständigen ohne fremde Arbeitskräfte* in der LUV ist eine einmalige Einrichtung in der deutschen Sozialversicherung für diesen versicherten Personenkreis. Hierzu gehören landwirtschaftliche Unternehmer(innen), die neben dem Ehegatten oder dem Lebenspartner keine fremden Arbeitskräfte oder aber Familienangehörige nach § 2 Abs. 4 SGB VII in ihrem Unternehmen beschäftigen.

Die unterschiedlichen Gruppenzugehörigkeiten in der LUV und die Notwendigkeit der Erfassung der Wahlberechtigten in ihrer Gruppenzugehörigkeit, haben dazu geführt, dass für eine Übergangszeit von 25 Jahren Wahlen mit Wahlhandlung ausgeschlossen waren und das *Berufungsverfahren* der Bewerber durch die zuständigen Stellen geregelt war. Mit Wirkung vom 31. Dezember 1993 wurde die Übergangsvorschrift aufgehoben. Seitdem werden die Mitglieder der Selbstverwaltung durch eine Wahlhandlung oder in Form einer „Friedenswahl“ bestimmt.

Die drittparitätische Zusammensetzung in den Selbstverwaltungsorganen der LBGen wurde mit der Überführung des Selbstverwaltungsgesetzes in die „Gemeinsamen Vorschriften für die Sozialversicherung“ (SGB IV) bestätigt. Eine Ausnahme bildet die Selbstverwaltung der Gartenbau-BG, die paritätisch zusammengesetzt ist. Für die Gartenbau-BG wurde diese Sonderregelung durch das „Achte Gesetz zur Änderung des Selbstverwaltungsgesetzes“ vom 7. August 1973 eingeführt, weil im Gegensatz zu den übrigen LBGen es im Bereich der Gartenbau-BG einerseits wesentlich mehr Arbeitnehmer und andererseits weniger Selbständige ohne fremde Arbeitskräfte gibt.

Die Einführung der Drittparität in der LUV bewirkte ein Kräfteverhältnis in den Selbstverwaltungsorganen der LBGen von zwei zu eins zugunsten der landwirtschaftlichen Unternehmer gegenüber den versicherten Arbeitnehmern. Deshalb ist 1971 der Vorsitzwechsel der Vertreter(innen) der einzelnen Gruppen während ihrer Amtszeit freiwillig eingeführt worden und seit 1973 durch das Achte Gesetz zur Änderung des Selbstverwaltungsgesetzes zwingend vorgeschrieben. Die Vertreter(innen) der einzelnen Gruppen bei den Trägern der LUV, mit Ausnahme der Gartenbau-BG, haben während ihrer Amtsdauer abwechselnd je für mindestens ein Jahr den Vorsitz zu führen.

Eine weitere Besonderheit in der Selbstverwaltung der LUV erfolgte ebenfalls durch das vorgenannte Änderungsgesetz im Jahre 1973. Danach ist in den Selbstverwaltungsorganen der Träger der LUV, mit Ausnahme der Gartenbau-BG, zur Beschlussfassung in den drei Gruppen eine Mehrheit erforderlich für:

- die Wahl des Geschäftsführers und seines Stellvertreters,
- bestimmte Personalentscheidungen,
- den Beschluss über den Haushalt,
- die personelle Besetzung von Ausschüssen,
- den Beschluss über die Unfallverhütungsvorschriften.

Die Besonderheiten der Selbstverwaltung in der LUV erweitern sich durch die eigenständige *Organisation des berufsbezogenen Sozialversicherungssystems* in der deutschen Sozialversicherung. Mit der Einführung der Altershilfe für Landwirte mit Wirkung vom 1. Oktober 1957 und der seit dem 1. Oktober 1972 wirksamen Krankenversicherung der Landwirte wurden bei jeder LBG eine LAK und eine LKK errichtet. Nach § 32 SGB IV sind die Organe der LAKen und der LKKen Organe der LBGen, bei denen sie errichtet sind. Danach sind die Selbstverwaltungsorgane einer LBG – Vertreterversammlung und Vorstand – sowie der Geschäftsführer zugleich die Organe der bei ihr errichteten LAK und LKK. Ausschlussregelungen in der Besetzung gelten für die Vertreter(innen) der Selbständigen, die in der betreffenden Versicherung nicht versichert sind und die nicht zu den in § 51 Abs. 4 SGB IV genannten Beauftragten gehören, sowie für die Vertreter(innen) der Arbeitnehmer – sie wirken in den modifizierten Selbstverwaltungsorganen der jeweiligen Körperschaft in Angelegenheiten der Krankenversicherung der Landwirte und der Alterssicherung der Landwirte nicht mit. Einen weiteren Ausschluss von der Mitwirkung bestimmt § 43 Abs. 3 Satz 2 SGB IV, wonach eine Mitgliedschaft in den Selbstverwaltungsorganen mehrerer Krankenkassen ausgeschlossen ist.

Nach § 46 Abs. 2 Satz 2 SGB XI sind die Organe der Pflegekassen die Organe der Krankenkassen, bei denen sie errichtet sind. Diese Bestimmung beinhaltet, dass die Organe einer LKK – Vertreterversammlung, Vorstand und Geschäftsführer – im Wege einer abermaligen Organleihe die Organe der bei ihr errichteten landwirtschaftlichen Pflegekassen sind. Die besondere Organisation der landwirtschaftlichen Sozialversicherung erbrachte mit der Einführung der Gesetzlichen Pflegeversicherung somit eine Organleihe von der Organleihe.

Insgesamt sind in der landwirtschaftlichen Sozialversicherung 498 Personen (ohne Stellvertreter) im Rahmen der Selbstverwaltung ehrenamtlich tätig, wobei die Vertreter aus den beiden Unternehmergrup-

pen aufgrund der vorbezeichneten Organleihe jeweils eine vierfache ehrenamtliche Ämterwahrnehmung auszuüben haben.

*Organisation auf Bundesebene:* Während die LUV-Träger Mitglieder des vereinsrechtlich organisierten BLB sind, bilden die LAKen den Gesamtverband der landwirtschaftlichen Alterskassen (GLA) und die LKKen den Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen (BLK) kraft Gesetzes. Der BLK nimmt zugleich die Aufgaben als Bundesverband der landwirtschaftlichen Pflegekassen wahr. Der BLB wurde im Jahr 1919, der GLA 1957 und der BLK im Jahr 1972 errichtet. Der GLA und der BLK sind Körperschaften des öffentlichen Rechts.

Die regionalen Träger der LSV sind entsprechend der sechsjährigen Legislaturdauer der Selbstverwaltung der gesetzlichen Sozialversicherung durch Wahlen zu den Selbstverwaltungsorganen der Spitzenverbände der LSV (Vorstände und Vertreterversammlungen bzw. Mitgliederversammlung bei dem vereinsrechtlich organisierten BLB) in die Willens- und Meinungsbildung der Verbände eingebunden. Die Beschlüsse in der Mitgliederversammlung des BLB und in den Vertreterversammlungen des GLA und BLK werden mit der Mehrheit der gewichteten Stimmen nach den in den Verbandssatzungen bestimmten Schlüsselzahlen gefasst. Die Führung der laufenden Verwaltungsgeschäfte der drei in Kassel ansässigen Verbände wird in Personalunion von einem auf Lebenszeit angestellten Geschäftsführer wahrgenommen.

Die Hauptaufgabe der Spitzenverbände der LSV besteht in der Unterstützung ihrer Mitglieder bei der Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben. Dazu arbeiten die Verbände eng zusammen. Strukturell wird zwischen operativen Aufgaben gegenüber den Versicherten (z. B. Rentenverfahren in der Alterssicherung der Landwirte) sowie Querschnitts- und Steuerungsaufgaben gegenüber den regionalen Versicherungsträgern zur Optimierung der Betreuungsaufgaben unterschieden. Die Spitzenverbände der LSV vertreten ihre Mitglieder gegenüber

Bundesinstitutionen, europäischen und internationalen Institutionen, anderen Trägern der Sozialversicherung und deren Verbänden, nationalen und internationalen Behörden, obersten Bundesgerichten sowie dem Europäischen Gerichtshof.

*Rolle der Politik:* Über die Setzung des rechtlichen Rahmens und die Rechtsaufsicht hinaus wirken Vertreter(innen) des Bundesministeriums für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz in den Selbstverwaltungsorganen des GLA und BLK und Vertreter(innen) des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales in den Selbstverwaltungsorganen des GLA beratend mit.

### **5.5.2 Aktuelle Entwicklungen**

Mit der seit dem Jahr 2001 wirksamen *Organisationsreform der LSV* wurde die Organisation der LSV durch Straffung der Verwaltungsstrukturen und Kompetenzverlagerungen den geschrumpften Mitglieder- und Versichertenzahlen angepasst. Während die Träger der LSV zu Beginn des Jahres 2000 noch 20 regionale Verwaltungsgemeinschaften zählten (somit 80 Körperschaften des öffentlichen Rechts), beträgt ihre Zahl seit Mitte 2004 nur noch neun. Verwaltungsgemeinschaften der LSV-Träger. Zählte das vor sieben Jahren noch dezentral strukturierte Informationssystem der LSV 13 Betriebs- und acht Entwicklungszentren, so ist es seit Mitte des Jahres 2005 mit einem gemeinsamen Rechenzentrum der LSV-Träger und den drei über die Spitzenverbände zentral gesteuerten Entwicklungszentren modern ausgerichtet. Bei der Verwaltung des gemeinsamen Rechenzentrums durch den GLA wirken die Vertreter des BLB aus der Gruppe der versicherten Arbeitnehmer in den Selbstverwaltungsorganen des GLA mit.

Weiterhin steuern die Spitzenverbände die Vereinheitlichung der Geschäftsprozesse der regionalen Träger mit dem Ziel, darauf aufbauend

gemeinsam mit den Trägern eine einheitliche Software in der LSV für die Bereiche des Leistungs-, Kataster- und Beitragswesens zu entwickeln. Diese Aufgaben werden unterstützt durch die Aufstellung von Kriterien für Qualitätsvergleiche zwischen den Mitgliedern (Benchmarking). Die Verwaltungstätigkeit der Mitglieder wird ferner durch einheitliche Grundsätze zur Aufbau- und Ablauforganisation der regionalen Versicherungsträger gesteuert. Die Personalbewirtschaftung der Versicherungsträger folgt einheitlichen von den Spitzenverbänden der LSV aufgestellten Grundsätzen zur Personalbedarfsmessung.

In seinem als Drucksache 16/6147 des Deutschen Bundestages vorgelegten Bericht nach § 99 der Bundeshaushaltsordnung über die Umsetzung und Weiterentwicklung der Organisationsreform in der landwirtschaftlichen Sozialversicherung vom 30. Juli 2007 fordert der Bundesrechnungshof eine weitere Anpassung der Agrarsozialverwaltungen an die strukturellen Änderungen der deutschen Landwirtschaft. Dies soll in Form von je einer bundesweit zuständigen LBG, LAK, LKK und LPK mit einer gemeinsamen Hauptverwaltung und gemeinsamen Organen sowie vier regionalen Außenstellen für den Bereich der operativen Aufgaben umgesetzt werden. Während es der am 22. August 2007 beschlossene Regierungsentwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Rechts der landwirtschaftlichen Sozialversicherung (LSVMG) bei der regional gegliederten Struktur der LSV-Träger belässt, verfolgt er mit der Eingliederung des BLB, GLA und BLK in den zum 1. Januar 2009 zu errichtenden Spitzenverband der LSV und weiteren Verlagerungen von Grundsatz- und Querschnittsaufgaben auf Verbandsebene eine abermalige Straffung der Organisationsstruktur. Neben der Erzielung einer effizienten Verwaltungsstruktur zur Senkung der Verwaltungs- und Verfahrenskosten wird auch eine stärkere Einflussnahme des Bundes aufgrund seines Finanzengagements in der LSV angestrebt. Der Entwurf des LSVMG wurde am 8. November 2007 vom Deutschen Bundestag beschlossen.



Das im agrarsozialem Sicherungssystem bewährte Prinzip der Kompetenzgliederung der Aufgabenwahrnehmung durch Vertreterversammlung, Vorstand und Geschäftsführer findet sich im LSVMG für die Errichtung des Spitzenverbandes der LSV wieder, wobei die Begrenzung der Amtszeit des Geschäftsführer und seines Stellvertreters auf sechs Jahre ab Beginn der 11. Amtsperiode der Selbstverwaltung in der LSV ein Novum darstellt. Ihre Wiederwahl durch die Vertreterversammlung auf Vorschlag des Vorstandes ist jedoch zulässig.

Die parlamentarischen Beratungen erbrachten aus Effektivitäts- und Wirtschaftlichkeitsgründen als Ergebnis eine Reihe weiterer Aufgaben für den neuen Spitzenverband. Im Wesentlichen sind hier die Koordination von Präventionsmaßnahmen, der Abschluss von Selektivverträgen und der Erlass von Vorgaben für den Forderungseinzug zu nennen. Neben weiteren materiellen Änderungen im Leistungsrecht der LUV ist die Selbstverwaltung gefordert, Parameter für die Beitragsumlage bis zum 1. Januar 2010 bundesweit einheitlich an einer risikoorientierten Ausgestaltung auszurichten. Alle Maßnahmen zielen darauf ab, die Organisation der LSV abermals zu straffen und die Beiträge in der LUV durch mehr Solidarität auch im Rahmen eines Lastenausgleichsverfahrens zu stabilisieren.



## 6 Gemeinsame Selbstverwaltung in der Gesetzlichen Krankenversicherung

### 6.1 Organisation und Aufgaben

In der Gemeinsamen Selbstverwaltung sind *Krankenkassen und Leistungserbringer* gemeinsam für die Regelung der Leistungserbringung durch Verträge oder durch gemeinsam gebildete Ausschüsse zuständig. Grundsätzlich sind dies Selbstverwaltungskörperschaften der Vertragsärzte und Vertragszahnärzte und Krankenkassen, in weiteren Ausprägungen bezieht sich die Gemeinsame Selbstverwaltung aber beispielsweise auch auf die Deutsche Krankenhausgesellschaft oder die Verbände der Heil- und Hilfsmittellieferanten.

Mit dem Berliner Abkommen von 1922 wurde die Grundlage für eine Gemeinsame Selbstverwaltung zwischen organisierter Ärzteschaft und Kassenverbänden institutionalisiert. Zum anderen schrieb das Abkommen die prominente Beteiligung des Staates fest, sowohl in der Funktion der neutralen Schiedsinstanz als auch als Garant der eigentlich rein privatrechtlichen Übereinkunft der Konfliktparteien, was dem Abkommen einen halb privatrechtlichen, halb öffentlich-rechtlichen Status verlieh.

Im Jahre 1923 wurde mit der „Verordnung über Ärzte und Krankenkassen“ auf Veranlassung des Reichsarbeitsministeriums die Regelung der Zulassung, der Arztverträge und der Honorierung einem „Reichsausschuss für Ärzte und Krankenkassen“ als einem Organ Gemeinsamer Selbstverwaltung übertragen.

Mit der Schaffung der KVen und KZVen als öffentlich-rechtlichen Körperschaften mit Pflichtmitgliedschaft Anfang der 1930er Jahre standen den Krankenkassen nicht mehr einzelne Kassenärzte und Kassenzahnärzte, sondern kollektive Organisationen der Kassenärzte bzw. Kassenzahnärzte gegenüber.

### *Selbstverwaltung in der Sozialen Sicherung*

Die klassische *gemeinsame Selbstverwaltung* von Ärzten/Ärztinnen, Psychotherapeut(inn)en bzw. Zahnärzten/Zahnärztinnen und Krankenkassen ist durch folgende Elemente gekennzeichnet:

- zentrale Kollektivverträge,
- gemeinsame Ausschüsse, in denen medizinisch-fachliche Fragen entschieden werden,
- obligatorische Schiedsverfahren, die Konflikte zwischen den Vertragspartnern lösen und vertragslose Zustände verhindern,
- der öffentlich-rechtliche Status der Ärzte, Psychotherapeuten, Zahnärzte und Krankenkassenverbände,
- die Zwangsmitgliedschaft der nieder- und zugelassenen Ärzte, Psychotherapeuten und Zahnärzte und daraus resultierend
- die weitgehende Verpflichtungsfähigkeit der Körperschaften öffentlichen Rechts gegenüber ihren Mitgliedern.

Erste wesentliche Veränderungen des gesamten Gesundheitssystems brachten das Krankenversicherungs-Weiterentwicklungsgesetz (KVWG) 1976 und das Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz (KVKG) 1977, die zur Steuerung und Kontrolle der Ausgaben in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erlassen wurden. Mit dem KVWG wurde die Bedarfsplanung eingeführt, was u. a. mit dem höheren Anteil der Krankenhausärzte gegenüber den ambulant tätigen Ärzten und der daraus entstehenden Gefährdung des Sicherstellungsauftrages der KVen begründet wurde. Der Sicherstellungsauftrag ging auf einen mit Krankenkassen und Ärzten/Zahnärzten paritätisch besetzten Ausschuss über. Mit dem KVKG 1977 wurde die Wirtschaftlichkeitsprüfung einem ebenfalls paritätisch besetzten Prüfungs- und Beschwerdeausschuss, die Modernisierung der einheitlichen Bewertungsmaßstäbe einem paritätisch besetzten Bewertungsausschuss übertragen.

Darüber hinaus wurden auf Bundesebene zunehmend eigenständige Institutionen der gemeinsamen Selbstverwaltung eingerichtet (Ge-

meinsamer Bundesausschuss und Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit, gematik etc.).

### **6.1.1 Gemeinsame Selbstverwaltung im Gemeinsamen Bundesausschuss**

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist das oberste Selbstverwaltungsorgan der gemeinsamen Selbstverwaltung auf Bundesebene. Seine *Träger* sind die Spitzenverbände der Krankenkassen (SpiKK), die Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigungen (KBV, KZBV) und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) als Vertragspartner der Bundesmantelverträge für die vertragsärztliche und vertragszahnärztliche Versorgung bzw. der Rahmenvereinbarungen für die Krankenhausbehandlung.

Der G-BA entscheidet grundsätzlich in der *Besetzung* mit neun Vertretern der SpiKK und neun Vertretern der jeweiligen Leistungserbringer-Organisationen (KBV/KZBV/DKG) unter nicht stimmberechtigter Beteiligung von neun Vertretern („sachkundigen Personen“) der vier in der Patientenbeteiligungsverordnung bestimmten Patientenvertretungsorganisationen (PatVertr) unter dem Vorsitz eines unparteiischen Vorsitzenden und zweier unparteiischer Mitglieder. Auf die Unparteiischen haben sich die Trägerorganisationen des G-BA zu einigen; sonst benennt sie das Bundesministerium für Gesundheit (BMG). Der G-BA entscheidet als Plenum über Geschäftsordnung und Verfahrensordnung sowie in Finanzangelegenheiten (Besetzung: 9 SpiKK, 4 KBV, 4 DKG, 1 KZBV) und in fünf verschiedenen Besetzungen über vertragsärztliche Angelegenheiten (9 SpiKK, 9KBV), vertragspsychotherapeutische Angelegenheiten (10 SpiKK, 10 KBV, davon fünf ärztliche, fünf nichtärztliche Psychotherapeuten), vertragszahnärztliche Angelegenheiten (9 SpiKK, 9 KZBV), Krankenhausangelegenheiten (9 SpiKK, 9 DKG) und in sektorenübergreifenden Angelegenheiten

der ärztlichen Behandlung (9 SpiKK, 5 KBV, 4 DKG). Zurzeit bestehen 25 Unterausschüsse (5 SpiKK, 5 Leistungserbringer, 5 PatVertr) zur Vorbereitung von Beschlussvorlagen und ca. 50 Arbeitsausschüsse oder Themengruppen zur Abstimmung entscheidungsrelevanter Fragen mit externen Sachverständigen.

Die *Richtlinien und Beschlüsse* des G-BA zum Leistungskatalog der GKV, zu Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung, zur vertragsärztlichen Bedarfsplanung etc. gehen als gesetzlicher Bestandteil bzw. als gesetzliche Vorgabe in die Bundesmantelverträge ein, die ihrerseits Bestandteil bzw. Vorgaben für die auf Landesebene abgeschlossenen Gesamtverträge bzw. Rahmenverträge sind. Sie wirken damit normativ verbindlich auch für die Vertragspartner dieser Verträge und die jeweiligen Mitglieder der Krankenkassenverbände, KVen, KZVen und Landesverbände der Krankenhäuser (Normenkette §§ 72 Abs. 2, 82 Abs. 1, 92 Abs. 8 SGB V bzw. §§ 137 Abs.2 S.6, 112 SGB V). Die Richtlinien und Beschlüsse des G-BA wirken aber nach § 91 Abs. 9 SGB V auch unmittelbar normativ gegenüber Versicherten, Krankenkassen, Krankenhäusern und den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern.

Die Entscheidungen des G-BA mit Außenwirkung ergehen grundsätzlich als normativ wirkende „Richtlinien“ oder als nicht selbst normativ wirkende aber Normsetzungen des BMG auslösende „Empfehlungen“.

Die Selbstverwaltung im G-BA hat folgende wesentliche Funktionen:

- Konkretisierung des Leistungskataloges der GKV
  - im Einzelauftrag des Gesetzgebers (z. B. Schutzimpfungen, Früherkennungsuntersuchungen, Krankentransport, OTC-Präparatliste, Heilmittel, Chronikerregelung)
  - durch Empfehlung von Disease Management Programmen zur Aufnahme in die RSAV (z.B. Diabetes, Brustkrebs)
  - durch Methodenbewertung insbesondere neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nach den Kriterien der evi-

*Gemeinsame Selbstverwaltung in der GKV*

- denzbasierten Medizin i.d.R. auf Grund einer Empfehlung des IQWiG
- durch Festlegung befundorientierter Zuschüsse zum Zahnersatz
- Einführung von Maßnahmen der Qualitätssicherung
  - einrichtungs- und demnächst auch sektorenübergreifende Maßnahmen der Qualitätssicherung
  - einrichtungsinternes Qualitätsmanagement
  - Maßnahmen zur Indikationssicherung
  - Mindestmengen für planbare Eingriffe
  - Anforderungen an Qualitätsberichte der Krankenhäuser
  - Qualitätssicherung bei Füllungen und Zahnersatz
  - Fortbildungspflicht der Krankenhausärzte
  - Steuerung der Arzneimittelversorgung
  - OTC-Präparatliste
  - Off-LABEL-USE Freigabe
  - Festbetragsgruppenbildung und Kosten/Nutzenbewertung durch das IQWiG als Grundlage für Festbetrags- und Höchstbetragsfestsetzungen der SpiKK
  - Einführung eines Zweitmeinungsverfahrens für spezialisierte Arzneimittel
  - Einsatz zugelassener Arzneimittel in klinischen Studien zu Lasten der GKV
- Richtlinien zur vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Bedarfsplanung als Grundlagen der Zulassungssteuerung bei Unter- und Überversorgung
- allgemeine Richtlinienkompetenz zur Gewährleistung einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung.

*Rolle des Staates:* Der Staat definiert als Parlament die Strukturen, den Rechtsstatus und die Aufgaben des G-BA. Er übernimmt als Verordnungsgeber (BMG) Empfehlungen des G-BA (DMP) als rechtsver-

bindliche Grundlage des RSA in die Anlagen der RSAV. Er bestimmt als Verordnungsgeber in der Ärzte-Zulassungsverordnung die Konsequenzen der Bedarfsplanungsrichtlinien des G-BA für die Zulassung als Vertragsarzt, Vertragspsychotherapeut und in der Zahnärzte-Zulassungsverordnung als Vertragszahnarzt und übt als BMG in Form eines Genehmigungsvorbehaltes für die Geschäftsordnung und die Verfahrensordnung des G-BA sowie in Form eines Beanstandungsrechtes die Aufsicht über den G-BA aus.

## **6.2 Aktuelle Entwicklungen in der Gemeinsamen Selbstverwaltung**

Bereits in den 1950er Jahren wurde das verbandszentrierte Ordnungsmodell primär als Instrument der Sektorbefriedung verstanden.<sup>42</sup> In der zweiten Hälfte der 1970er Jahre erlebte das korporative Ordnungsmodell vor allem deshalb eine politische Aufwertung, weil sich an die Stärkung der Kollektivvertragskompetenzen die Hoffnung der Politik knüpfte, die Kostenproblematik der Gesetzlichen Krankenversicherung im Griff zu halten. In der Gesundheitspolitik war es deshalb lange Jahre Konsens, dass die Strukturen der (Gemeinsamen) Selbstverwaltung mit dem Ziel der Steuerung gestärkt werden müssen. In diesem Zusammenhang wurde noch in den 1990er Jahren über eine Ausdehnung der Korporatisierung und der kollektivvertraglichen Beziehungen (Verkörperschaftung der Landeskrankenhausgesellschaften, Etablierung einer Selbstverwaltung in der arzneimittelherstellenden Industrie) nachgedacht. Belege für die Stärkung der Gemeinsamen Selbstverwaltung durch Politik und Gesetzgebung sind die Verlagerung der Verhandlungskompetenzen auf die Landes- und Bundesverbände der Krankenkassen, die Vereinheitlichung der Verbandsstruktu-

---

<sup>42</sup> Vgl. Tiemann, 2003.



ren der GKV sowie – mit Einschränkungen – auch der Funktionsausbau von Entscheidungsgremien wie Bundes- und Bewertungsausschuss.

Die Vorstellung der Politik, dass der Körperschaftsstatus mäßigend auf die interessenpolitische Mobilisierung der Ärzteschaft und Zahnärzteschaft wirkt, hat sich schon früh relativiert. Darüber hinaus stehen Berufsangehörige selbst dem korporativen Ordnungsmodell kritisch gegenüber. Der Hauptvorwurf gegen das korporative Ordnungsmodell zielt jedoch auf zu geringe Innovationsfähigkeit für die Lösung von Strukturproblemen im Gesundheitswesen, organisatorische Steuerungsmängel – beispielsweise in der sektorenübergreifenden Koordination und Patientenbetreuung – und mangelhafte Kostensteuerung aufgrund der Partikularinteressen der Ärzte- und Zahnärzteschaft.

Gegenüber dem korporativen Ordnungsmodell – insbesondere auch seiner kollektivvertraglichen Traditionslinie – tritt deshalb in der Gemeinsamen Selbstverwaltung einerseits immer stärker ein ordnungspolitisches Leitbild, das durch marktgeprägte und wettbewerbliche Strukturen (Direktverträge etc.) geprägt ist, die eine Steuerung auf mittlerer Ebene gleichsam zwischen Staat und Markt gewährleisten sollen und einen neuen ordnungspolitischen Typus marktwirtschaftlichen Wettbewerbs in einer sozial-rechtlichen präformierten Wettbewerbs- und Marktordnung repräsentieren. Andererseits sind deutliche Zentralisierungstendenzen auszumachen, die sich u.a. in der zunehmenden Einrichtung eigenständiger Institutionen der gemeinsamen Selbstverwaltung und einer damit teilweise einhergehenden Professionalisierung manifestieren. Der Einfluss der Selbstverwaltung von Kostenträgern und Leistungserbringern in diesen Institutionen sinkt entsprechend des Anstiegs der staatlichen Einflussmöglichkeiten. Dies gilt umso mehr, wenn die Geschäftsführung nicht mehr alternierend durch die Träger, sondern durch im Hauptamt Tätige organisiert ist. Auch für den G-BA war mit der aktuellen Gesundheitsreform ursprünglich eine

Ablösung der Selbstverwaltung durch eine Professionalisierung vorgesehen.

Generell wird die Selbstverwaltung der Krankenkassen auf Bundesebene durch das *GKV-WSG* neu strukturiert: Mit der Auflösung der Spitzenverbände der Krankenkassen als Körperschaften öffentlichen Rechts und der Errichtung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen geht zum 1. Januar 2008 eine Neustrukturierung des G-BA einher: die Vertretungen der Krankenkassen, der Leistungserbringer und der Patientenvertretung werden von je neun auf je fünf Vertreter(innen) reduziert. Es wird nur noch ein Beschlussgremium geben (5 Spi-BuKK, 2 KBV, 2 DKG, 1 KZBV), drei hauptamtliche Unparteiliche lösen die ehrenamtlichen Unparteilichen ab und übernehmen kraft Gesetzes den Vorsitz in den Unterausschüssen.

Durch die Reduzierung der Besetzung des G-BA auf ein Beschlussgremium droht eine Verschärfung der ohnehin bestehenden Interessengegensätze zwischen ambulanter und stationärer Versorgung mit der Gefahr, dass damit über die Aufsicht die Möglichkeiten der Ersatzvornahme steigen und letztendlich der Politik Argumente für eine Neustrukturierung des G-BA in Richtung der im Gesetzgebungsverfahren des WSG zunächst gescheiterten totalen Professionalisierung des G-BA mit Herauslösung aus der SV gegeben werden.

Die Vielzahl möglicher Wahltarife, die Aushöhlung vertragsärztlicher Organisationsstrukturen durch das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz und die zu erwartenden kassenartenübergreifenden Kassenfusionen bedeuten eine systematische Abkopplung von der kollektivvertraglich vereinbarten Regelversorgung. Dadurch wird auch die Durchsetzbarkeit der Richtlinien des G-BA im Bereich der Qualitätssicherung beeinträchtigt.

Wenn die Bindung vertragsärztlicher Tätigkeit an einen Vertragsarztsitz systematisch an Bedeutung verliert, können die Bedarfsplanungsrichtlinien des G-BA auch verfassungsrechtlich nicht mehr die Grundlage für Zulassungsbeschränkungen bieten.

*Gemeinsame Selbstverwaltung in der GKV*

Auf der anderen Seite wird es gerade unter den Bedingungen des Gesundheitsfonds zunehmend wichtiger, Leistungen nach Nutzen, Wirtschaftlichkeit, Notwendigkeit zu beurteilen, somit den grundlegenden Auftrag des G-BA umzusetzen.



## 7 Berufsständische Selbstverwaltung

Die Struktur der ärztlichen, psychotherapeutischen und zahnärztlichen Selbstverwaltung ist bipolar: Sie besteht aus zwei Ebenen unterschiedlicher historischer und juristischer Genesen: den *Ärztekammern*, den *Psychotherapeutenkammern* und den *Zahnärztekammern* als körperschaftlichem Zusammenschlüssen aller approbierten Ärzte/Ärztinnen, Psychologischen Psychotherapeut(inn)en/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut(inn)en und Zahnärzte/Zahnärztinnen mit der Funktion der Wahrung berufsrechtlicher und -ethischer sowie fachlich-wissenschaftlicher Standards und den *Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen* (KVen / KZVen) als den genossenschaftlichen Verbänden der an der Versorgung der sozialversicherten Patient(inn)en beteiligten Ärzte/Ärztinnen, Psychologischen Psychotherapeut(inn)en/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut(inn)en und Zahnärzte/Zahnärztinnen.

Gemeinsam ist beiden Konstrukten die Rechtsform als Körperschaften öffentlichen Rechts, die in *Wahrnehmung mittelbarer Staatsverwaltung* unter der Rechtsaufsicht des Staats in Selbstverwaltung der Berufsangehörigen Gemeinwohlaufgaben besonders der Sicherstellung der medizinischen Versorgung der Bevölkerung erfüllen und zugleich auch die beruflichen Belange der Heilberufe gegenüber der Politik, der Öffentlichkeit und den Sozialversicherungsträgern wahrnehmen. Aus dieser Sozialverpflichtung und dem Gemeinwohlbezug resultiert ein spezifisches Spannungsverhältnis zu den Belangen *berufspolitischer Interessenvertretung*, das permanent ausbalanciert werden muss.

Mit der Einführung der Gesetzlichen Krankenversicherung am 15. Juni 1883 wurden die Kassen dazu verpflichtet, ärztliche Sachleistungen bereitzustellen.<sup>43</sup> An die Stelle des direkten Arzt-Patienten-Ver-

---

43 Vgl. Tiemann, 2003.

hältnisses trat damit ein dreiseitiger Austauschvertrag zwischen Arzt, Patient/Mitglied und Krankenkasse. Während das Verhältnis zwischen Kasse und Mitglied hoheitlich gestaltet wurde, d. h. die Träger der Krankenversicherung hatten den Status einer juristischen Person öffentlichen Rechts, wurde das Dreiecksverhältnis im Gesetz nicht näher geregelt.

1900 gründete der Leipziger Arzt H. Hartmann einen Ärzteverband mit dem Ziel, die freie Arztwahl und den freien Zugang der niedergelassenen Ärzte zur Versorgung sozialversicherter Patienten ebenso wie eine angemessene ärztliche Honorierung durch Kollektivverträge mit den Krankenkassen zu erreichen.

Die Zahnärzteschaft war 1883 zunächst nicht betroffen, weil Zahnbehandlung nicht zu den kassenpflichtigen Leistungen zählte. Der im Mai 1909 gegründete Wirtschaftliche Verband Deutscher Zahnärzte setzt sich zum Ziel, den Zahnärzten die Behandlung von Kassenpatienten zu ermöglichen. Ziel war dabei der Abschluss von Kollektivverträgen zwischen den Krankenkassen und dem Wirtschaftlichen Verband.

Die Ärzteschaft erreichte im Berliner Abkommen von 1913 faktisch ein Kollektivvertragssystem. Mit dem Wirtschaftlichen Verband der Zahnärzteschaft schlossen die Spitzenverbände der Kassen 1922 erste übergreifende Vereinbarungen.

Mit der 4. Notverordnung vom 8. Dezember 1931 schrieb die Regierung Brüning die Vertretung ärztlicher Interessen durch kassenärztliche Vereinigungen mit der Rechtsform einer Körperschaft des öffentlichen Rechts fest. Die Ärzteschaft – und wenige Jahre später auch die Zahnärzteschaft – boten der Reichsregierung als Gegenleistung für die Schaffung öffentlich-rechtlicher Körperschaften ihre Mithilfe bei der Stabilisierung der Krankenversicherungsbeiträge an, indem sie sich bereit erklärten, die Ausgaben für die ärztlichen Honorare an die Entwicklung der Einnahmen der Krankenkassen zu koppeln und zugleich

### *Berufsständische Selbstverwaltung*

die Verhältniszahl, die die Zahl der Versicherten pro zugelassenen Arzt festsetzt, zu senken.

Mit der Schaffung der KVen als öffentlich-rechtlichen Körperschaften mit Pflichtmitgliedschaft standen den Krankenkassen nicht mehr einzelne Kassenärzte, sondern kollektive Organisationen der Kassenärzte gegenüber. Den KVen wurden die Aufgaben der Verteilung der Gesamtvergütung für die ambulante Versorgung und der Überwachung der kassenärztlichen Tätigkeit übertragen.

Mit der Verordnung über kassenzahnärztliche Versorgung beschloss die Reichsregierung am 13. Januar 1932 auch die gesetzliche Bildung kassenzahnärztlicher und kassendentistischer Vereinigungen in Form öffentlich-rechtlicher Körperschaften. Ihnen sollten die Abschlüsse von Verträgen, die kassenzahnärztliche Abrechnung und Überwachung obliegen. Den vorläufigen Abschluss einer Inkorporierung der Zahnärzteschaft in ein staatlich garantiertes System zahnärztlicher Versorgung stellt die „Verordnung über die Kassenzahnärztliche Vereinigung Deutschlands“ vom 2. August 1933 dar.

In den frühen Jahren der Bundesrepublik Deutschland fand der Wiederaufbau der gegliederten, öffentlich-rechtlich organisierten Selbstverwaltung innerhalb der Sozialversicherung mit der Verabschiedung des bundeseinheitlichen Selbstverwaltungsgesetzes vom 22. Februar 1951 seinen vorläufigen Abschluss. Die Beziehungen zwischen den Ärzt(inn)en/Zahnärzt(inn)en und den Krankenkassen wurden mit dem Gesetz über das Kassenarztrecht (GKAR) im Jahr 1955 wieder auf ein einheitliches Fundament gestellt.

Am 1. Juli 1998 trat das Psychotherapeutengesetz in Kraft. Damit wurden die neuen verkammerten Heilberufe der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten geschaffen, die seitdem im Bereich der Psychotherapie selbständig und eigenverantwortlich tätig und de jure mit den Ärzten gleichgestellt sind.

Wichtiger Markstein auf dem Weg zum Psychotherapeutengesetz waren die Psychotherapie-Richtlinien aus dem Jahr 1967. Der Bundesausschuss Ärzte/Krankenkassen ließ psychotherapeutische Verfahren als krankensicherungsrechtliche Leistungen zu und erkannte damit gleichzeitig neurotische Beschwerden als Krankheit an. Bis zum Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes konnte, nach der Einführung des Delegationsverfahrens im Jahr 1972, die Durchführung einer Psychotherapie vom formal weiterhin zuständigen Arzt an einen Psychotherapeuten, der nicht Arzt war, delegiert werden.

### **7.1 Kassenärztliche und Kassenzahnärztliche Vereinigungen**

Die Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen sind die Selbstverwaltungsorgane aller Vertragsärzte, Vertragspsychotherapeuten und Vertragszahnärzte in den einzelnen Bundesländern. Sie sind Körperschaften des öffentlichen Rechts und vertreten die Interessen der Vertragsärzte, Vertragspsychotherapeuten und Vertragszahnärzte gegenüber Aufsichtsbehörden und Gesetzlichen Krankenkassen.

Das Kernstück des Aufgabenkatalogs der Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen bildet der Sicherstellungsauftrag. Die KVen und KZVen planen den regionalen Bedarf an Vertragsärzten, Vertragspsychotherapeuten und Vertragszahnärzten und es obliegt ihnen die Zulassung der Ärzte, Psychotherapeuten und Zahnärzte zur vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung.

Die zuständige KV / KZV prüft und sichert zudem die Qualität der ärztlichen, psychotherapeutischen und zahnärztlichen Versorgung und erfüllt damit die ihr vom Gesetzgeber übertragene Aufgabe der Sicherstellung im Sinne einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung. Hierzu zählen u. a. auch die Organisation und Sicherstellung des Notfalldienstes.



Die KVen und KZVen handeln die Verträge mit den gesetzlichen Krankenkassenverbänden aus (z. B. Gesamtverträge, Vergütungsvereinbarungen, Prüfvereinbarungen). Diese Verträge sind die Basis für die Versorgung von Patient(inn)en, die Mitglieder einer Gesetzlichen Krankenkasse sind. Die KVen und KZVen sind nicht zuständig für Privatärzte/-psychotherapeuten/-zahnärzte, Privatbehandlungen, und privat erbrachte Leistungen. Dies fällt in den Kompetenzbereich der jeweiligen Ärztekammern und Zahnärztekammern. Die vertragsärztlichen bzw. vertragszahnärztlichen Leistungen werden mit den KVen bzw. den KZVen nach einem festgelegten Honorarverteilungsmaßstab (HVM) abgerechnet. Der aktuelle (zahn)medizinische Standard wird durch die Vereinbarungen mit den gesetzlichen Krankenkassen definiert, z. B. durch den „Einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche (EBM) und für zahnärztliche Leistungen (BEMA-Z)“ und die „Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung“.

Darüber hinaus haben die KVen und KZVen beratende Funktionen. Sie beraten die Ärzte, Psychotherapeuten und Zahnärzte in allen Fragen der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Tätigkeit. Für Patient(inn)en gibt es telefonische Beratungsstellen. Die KVen und KZVen fungieren zudem als Schlichtungsstelle zwischen Patienten, Ärzten und Psychotherapeuten bzw. Zahnärzten und Krankenkassen.

Zu den allgemeinpolitischen Aufgaben der KVen und KZVen zählen die Vertretung der vertrags(zahn)ärztlichen Anliegen in der Öffentlichkeit, die Mitarbeit bei der Weiterentwicklung des Systems der sozialen Sicherung und der vertrags(zahn)ärztlichen Versorgung sowie die Sicherung der wirtschaftlichen Existenz der Vertragsärzte, Vertragspsychotherapeuten und Vertragszahnärzte.

Die Aufgaben der *Kassenärztlichen Bundesvereinigung* (KBV) und der *Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung* (KZBV) wie auch deren Mitgliedsorganisationen, den Kassenärztlichen bzw. Kassenzahnärztli-

chen Vereinigungen der Länder, resultieren aus den gesetzlichen Aufträgen im Vierten Kapitel des Sozialgesetzbuches V (SGB V).

KBV und KZBV sind Körperschaften des öffentlichen Rechts und unterstehen der Rechtsaufsicht des Bundesministeriums für Gesundheit. Sie vertreten die Interessen der Vertragsärzte, Vertragspsychotherapeuten und Vertragszahnärzte Deutschlands.

Die wichtigste Aufgabe der KBV und der KZBV wie auch der Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen der Länder ist die Sicherstellung der vertrags(zahn)ärztlichen Versorgung. Das heißt, in verbindlichen Verträgen mit den gesetzlichen Krankenkassen werden die Rechte und Pflichten der Vertragsärzte, Vertragspsychotherapeuten und Vertragszahnärzte festgelegt, aufgrund derer die Behandlung durchzuführen ist.

Im Einzelnen gehört zum Aufgabengebiet der KBV/KZBV:

- die Wahrung der Rechte der Ärzte, Psychotherapeuten und Zahnärzte gegenüber den Krankenkassen, der Aufsichtsbehörde und dem Gesetzgeber,
- die Sicherstellung (Gewährleistung) der vertrags(zahn)ärztlichen Versorgung entsprechend den gesetzlichen und vertraglichen Bestimmungen,
- die Sicherung angemessener Vergütungen für die Vertragsärzte, Vertragspsychotherapeuten und Vertragszahnärzte,
- die Vereinbarung von Bundesmantelverträgen,
- die Regelung der länderübergreifenden Durchführung der ärztlichen und zahnärztlichen Versorgung des Zahlungsausgleiches zwischen den Kassenärztlichen bzw. Kassenzahnärztlichen Vereinigungen der Länder,
- das Aufstellen von Richtlinien zur Betriebs-, Wirtschafts- und Rechnungsführung der Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen,
- die Führung des Bundesarztregisters bzw. des Bundeszahnarztregisters,

- die Bestellung der Vertreter(innen) der Vertragsärzte und Vertragszahnärzte im Bundesschiedsamt in im gemeinsamen Bundesausschuss.

### 7.1.1 Aktuelle Entwicklungen

Einschränkungen der Handlungsräume durch gesetzliche Vorgaben, staatliche Aufsicht und die restriktive Ausgestaltung des Interessenwahrungsspielraumes der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Selbstverwaltung bergen die Gefahr einer Funktionsmetamorphose der Selbstverwaltung, bei der an die Stelle eines selbstverantwortlichen Gestaltens die nach innen gerichtete Vollzugsfunktion mittelbarer Staatsverwaltung tritt.

An die Stelle des selbstverantwortlichen Gestaltens tritt auf der einen Seite immer mehr die nach innen gerichtete Vollzugsfunktion einer sehr umfassenden und komplexen Sozialgesetzgebung, die den Selbstverwaltungsorganen Disziplinierungsfunktionen gegenüber ihren Mitgliedern zuweist und diesen in Gestalt von Prüfungs- und Regressverpflichtungen, ausgebauter Disziplinargewalt und Bedarfsplanung vorrangiges Gewicht verleiht. Der genossenschaftliche Gestaltungsrahmen der Selbstverwaltung wird eingengt durch Gremien, die einem strikten Aufsichts- und Beanstandungsrecht bzw. Genehmigungsvorbehalten der Ministerialverwaltung unterliegen oder neben der Selbstverwaltung operieren und dieser quasi-normative Vorgaben für Therapie- und Fortbildungsstandards oder Qualitätssicherungsmaßnahmen machen. Auf der anderen Seite gestalten sich Handlungsräume der kassenärztlichen und kassenzahnärztlichen Selbstverwaltung zur Erfüllung ihres Interessenwahrauftrages zunehmend restriktiv.

Ganz aktuell stellen das *Vertragsarztrechtsänderungsgesetz* (VÄndG) und das *GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz* (GKV-WSG) die vertragsärztliche und vertragszahnärztliche Selbstverwaltung vor große Herausforderungen, nachdem die Selbstverwaltungsstruktur durch Ein-

führung haupt- statt ehrenamtlicher Vorstände umgestaltet wurde. Der Aufgabenkreis der kassenärztlichen und kassenzahnärztlichen Selbstverwaltung wurde zum Teil erweitert, indem die kassenärztliche bzw. die kassenzahnärztliche Vertragskompetenz und der Sicherstellungsauftrag auf die Basistarife der privaten Krankenversicherung ausgedehnt (§ 75 Abs. 3a, b, c SGB V) und den KVen und KZVen die Gründung von Dienstleistungsgesellschaften (§ 77a) ermöglicht wurde, die vielfältigen Beratungsleistungen gegenüber vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Leistungserbringern erfüllen können. Neue Versorgungsmodalitäten kollektiver und überbereichlicher (zahn-)medizinischer Berufsausübungsform bewirken die Angleichung von Berufs- und Sozialrecht und erzeugen Probleme bereichsübergreifender Honorarverteilung. Auch enthält das VÄndG Neuregelungen, die dazu dienen, regionalen Versorgungsproblemen entgegenzuwirken und die die ärztliche, psychotherapeutische und zahnärztliche Selbstverwaltung vor neue Herausforderungen stellen. Auf die Einschränkungen der Gestaltungsmöglichkeiten der (gemeinsamen) Selbstverwaltung in der Leistungsgestaltung wurde schon hingewiesen.<sup>44</sup>

## **7.2 Ärztekammern, Psychotherapeutenkammern und Zahnärztekammern**

Die Aufgaben der *Ärztekammern*, der *Psychotherapeutenkammern* und der *Zahnärztekammern* ergeben sich aus den landesspezifischen Heilberufsgesetzen. Demnach tragen sie als öffentlich-rechtliche Körperschaften Verantwortung in folgenden Bereichen:

- Erlass einer Berufsordnung sowie Regelung und Durchführung der Berufgerichtsbarkeit,

---

<sup>44</sup> Vgl. Kapitel 5.2.2 dieser Stellungnahme.

### *Berufsständische Selbstverwaltung*

- Wahrnehmung der beruflichen Belange der Kammerangehörigen,
- berufliche Weiter- und Fortbildung der Kammerangehörigen
- Berufsausbildung und Fortbildung der ärztlichen Hilfsberufe,
- Schlichtung von Streitigkeiten zwischen Kammerangehörigen sowie zwischen ihnen und Dritten; in diesem Zusammenhang haben die Ärztekammern und Zahnärztekammern Stellen zur Begutachtung von Behandlungsfehlern zu errichten,
- Qualitätssicherung im Gesundheitswesen (insbesondere Zertifizierungen)
- Stellungnahmen auf Verlangen der Aufsichtsbehörden,
- ärztlicher und zahnärztlicher Notfalldienst,
- Förderung und Schutz der Gesundheit der Bevölkerung,
- Schaffung von Fürsorgeeinrichtungen und Versorgungseinrichtungen (berufsständisches Versorgungswerk).

Die *Bundesärztekammer* ist die Arbeitsgemeinschaft der Landesärztekammern. Sie nimmt die den Landesärztekammern in den Kammer- und Heilberufsgesetzen der Länder zugewiesenen Aufgaben in übergeordneter Weise wahr, soweit es um die Einwirkungen auf die Wahrung eines einheitlichen Berufsrechts und die einheitliche Wahrnehmung der berufspolitischen Belange und Interessen der Ärzteschaft geht. Die Bundesärztekammer ist keine Körperschaft des öffentlichen Rechts, sondern ein nicht-rechtsfähiger Verein.

Die *Bundeszahnärztekammer* – Arbeitsgemeinschaft der deutschen Zahnärztekammern e.V. – ist die Berufsvertretung aller deutschen Zahnärzte/Zahnärztinnen auf Bundesebene. Die Bundeszahnärztekammer ist privatrechtlich als eingetragener Verein (e.V.) konzipiert; dementsprechend ist die Mitgliedschaft freiwillig, Mitglieder sind die 17 Landes Zahnärztekammern, die Delegierte in die Bundesversammlung, das höchste Entscheidungsgremium der Bundeszahnärztekammer, entsenden. Die Präsidenten der Landes Zahnärztekammern bilden

gemeinsam mit dem Präsidenten und den beiden Vizepräsidenten der Bundeszahnärztekammer deren Vorstand.

Die Bundesärztekammer bzw. die Bundeszahnärztekammer fungiert also gewissermaßen als Dachverband der Ärztekammern und Zahnärztekammern; sie versteht sich als Dienstleister für den ärztlichen und zahnärztlichen Berufsstand und vertritt dessen gesundheits- und standespolitische Interessen. Im Einzelnen gehören zu den Aufgabengebieten:

- die Vertretung des Berufsstandes auf Bundesebene,
- das Hinwirken auf die Schaffung von Rahmenbedingungen zur Erbringung und Anerkennung (zahn)medizinischer Leistungen, die sich an den Grundsätzen der Freiberuflichkeit und einer weitgehenden Autonomie der Patient(inn)en orientieren,
- die Koordinierung und Durchführung länderübergreifender Aufgaben der Verbandsmitglieder,
- die Koordinierung und Weiterentwicklung der ärztlichen bzw. zahnärztlichen Aus-, Fort- und Weiterbildung,
- die Förderung der öffentlichen Gesundheitspflege,
- die Vertretung der Interessen der Ärzteschaft und Zahnärzteschaft auf europäischer und internationaler Ebene.

Die *Bundespsychotherapeutenkammer* ist die Arbeitsgemeinschaft der Landeskammern der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichen Psychotherapeuten. Sie ist ein Zusammenschluss der Psychotherapeutenkammern der Bundesländer in der Rechtsform eines nicht eingetragenen Vereins. Mitglied kann jede per Landesgesetz konstituierte Psychotherapeutenkammer sein. Die Bundespsychotherapeutenkammer nimmt die den Landeskammern in den entsprechenden Kammergesetzen zugewiesenen Aufgaben in übergeordneter Weise wahr und vertritt die standes- und gesundheitspolitischen Interessen des Berufsstandes auf Bundesebene.

### *Berufsständische Selbstverwaltung*

Zu ihren Aufgaben gehören insbesondere:

- die Förderung der Zusammengehörigkeit und des Meinungs- und Erfahrungsaustauschs zwischen den Psychotherapeutenkammern,
- die Information der Landespsychotherapeutenkammern über alle für Psychotherapeuten wichtigen Vorgänge auf dem Gebiet des Gesundheitswesens und des sozialen Lebens,
- die Koordinierung und Weiterentwicklung der psychotherapeutischen Aus-, Fort- und Weiterbildung,
- die Vertretung der Belange der Berufsangehörigen und der Psychotherapie gegenüber der Öffentlichkeit, der Politik, den Institutionen des Gesundheitswesens, den Bundesbehörden, den Vertretungen der Arbeitgeber und Arbeitnehmer sowie auf europäischer und internationaler Ebene,
- die Koordinierung und Durchführung länderübergreifender Aufgaben der Verbandsmitglieder,
- die Sicherstellung einer ausreichenden psychotherapeutischen Versorgung der Bevölkerung.

#### **7.2.1 Aktuelle Entwicklungen**

Auch die *Selbstverwaltung in freiberuflichen Kammern* steht in mehrfacher Hinsicht vor aktuellen Herausforderungen in Gesetzgebung, Rechtsprechung und gesellschaftspolitischer Diskussion, insbesondere durch:

- berufsgrundrechtlich fundierte Liberalisierungsansätze,
- europäische Harmonisierungs- und Deregulierungstendenzen,
- die immer wieder aufflammende Fundamentalkritik an Neokorporatismus und Verbändestaat, die zwar stärker auf wirtschaftsrechtliche Korporationen wie Industrie-, Handels- und Handwerkskammern zielt, aber auch die Kammern der Freien Berufe erfasst.

Den Kammern sind drei zentrale Aufgabenbereiche zur eigenverantwortlichen Wahrnehmung durch staatliche Kompetenzverleihung zugewiesen, die sich sowohl vor nationalem Verfassungsrecht als auch dem europäischen Gemeinschaftsrecht legitimieren müssen:

- Berufsaufsicht im Sinne der Überwachung und Durchsetzung normativ vorgegebener Standards im öffentlichen Interesse,
- Vertretung der Interessen der Berufsangehörigen im Rahmen von Gemeinwohlbelangen und sozialstaatlichen Bindungen,
- umfassende Förderung beruflicher Belange des Berufsstandes sowie Fort- und Weiterbildung, Beratung und vielfältige Servicefunktionen.

Die Kammern als Träger funktionaler Selbstverwaltung üben eine gesellschaftspolitisch wichtige Mediationsfunktion zwischen Staat und gesellschaftlichen Gruppen aus, indem sie im Sinne der Subsidiarität staatsentlastend, problem- und bürgernah zugleich Gemeinwohlaufgaben erfüllen und die Partizipation der betroffenen Berufsgruppen an politischen Entscheidungen organisieren. Das Bundesverfassungsgericht hat solche Formen von Selbst- oder Gruppenregulierung in korporativen Strukturen für kompatibel mit den grundgesetzlichen Anforderungen an demokratische Legitimationsstandards erklärt, soweit eine konkrete gesetzliche Ermächtigungsgrundlage und eine staatliche Aufsicht bestehen.

Die Überlagerung des ärztlichen, psychotherapeutischen bzw. zahnärztlichen Berufsbildes durch das SGB wirkt auch auf die Kammern zurück (vgl. die Einbeziehung der Bundesärztekammer, der Bundeszahnärztekammer bzw. der Bundespsychotherapeutenkammer in die Regelungen für Fortbildungsnachweise und der elektronischen Gesundheitskarte nach dem GMG). Die Kompetenzerweiterung des Sozialgesetzgebers auf das zahnärztliche Berufsrecht (medizinische Versorgungszentren im Widerspruch zu den Heilberufsgesetzen) und die Vermischung von Sozial- und Privatversicherungsstrukturen potenzieren diese Effekte.

\* \* \*



Neue Herausforderungen für die ärztliche, psychotherapeutische und zahnärztliche Freiberuflichkeit und eine freiberufliche zahnärztliche Selbstverwaltung entstehen darüber hinaus durch die *Europäisierung des ärztlichen, psychotherapeutischen und zahnärztlichen Berufsrechts*. Zwar sind die gemeinschaftsrechtlichen Kompetenzen auf dem Gebiet des Gesundheitswesens sehr beschränkt (Artikel 3 Abs. 1 p, 136, 152 Abs. 5 EGV), und es besteht keine Kompetenz zur Harmonisierung, dennoch überlagert das Europäische Gemeinschaftsrecht zunehmend die nationalen Gesundheitssysteme und wird zu einem präjudizierenden Faktor sowohl für die Rechtsbeziehungen der Systembeteiligten als auch für die Rechtsstellung der Akteure.

EuGH-Entscheidungen ermöglichen es den EU-Bürger(inne)n, ärztliche, psychotherapeutische und zahnärztliche Dienstleistungen in einem anderen EU-Staat in Anspruch zu nehmen, die europarechtliche Präformierung der Berufsqualifikationen, Niederlassungs- und Berufsausübungsregeln nimmt zu und wirkt auf die Stellung freiberuflicher Selbstverwaltungsorganisationen zurück. Das Proprium freiberuflicher Selbstverwaltung, autonome Rechtsvorschriften für die Berufsregelungen mit zum Teil wettbewerbsrelevanten Auswirkungen erlassen zu dürfen, wird dabei immer wieder auf den Prüfstand gestellt. Insbesondere zur Stellung der freiberuflichen Selbstverwaltungsorganisationen hat der EuGH mit seinen Entscheidungen in Sachen *Wouters* und *Arduino* Kriterien für die autonomen Regelungskompetenzen von Selbstverwaltungskörperschaften aufgestellt und diese grundsätzlich als unternehmerische Vereinigung qualifiziert, wobei Umfang und Grad der Erstreckung des Gemeinschaftsrechts davon abhängig gemacht sind, inwieweit sich der Staat bei der Übertragung autonomer Satzungshoheit die Letztentscheidungsbefugnis vorbehält. Dies bedeutet, dass ein Mitgliedstaat bei der Regulierung eines Freien Berufes durch Berufsrecht und Honorarordnungen eine selbstverwaltete Berufsorganisation einschalten kann, sofern die zentralen Vorgaben auf gesetz-

licher Basis formuliert und hinreichende Kontrollmechanismen vorgesehen sind.<sup>45</sup>

Die derzeit von der Kommission vorbereitete neue Gesundheitsdienstleistungsrichtlinie stellt die Freien Berufe und insbesondere die Heilberufe vor neue Herausforderungen. Insbesondere die Generaldirektion Wettbewerb der Europäischen Kommission unterstellt bei den Freien Berufen eine Regelungsdichte, die in keinem Verhältnis zur wirtschaftlichen und technologischen Entwicklung stehe. Mit einem entsprechenden Richtlinienentwurf möchte die Kommission Hindernisse im freien Dienstleistungsverkehr aufbrechen. Dabei ist sicherzustellen, dass eine mögliche Verbesserung transnationaler Leistungserbringung auch Qualitätserfordernissen und Patientenschutz gerecht wird. Bei der Überwachung der berufsrechtlichen und -ethischen Pflichten der Heilberufsangehörigen, der Qualitätssicherung und Fortbildung sollten auch im Zusammenhang mit grenzüberschreitenden Gesundheitsdienstleistungen die Fachkunde und Eigenverantwortung der Heilberufsorganisationen als Selbstverwaltungsorgane einbezogen werden.

Die Entschließung des Europäischen Parlaments vom 16. Dezember 2003 betont die Bedeutung der Freien Berufe für die Verbraucherinteressen und die Qualität der Dienstleistungen. In diesem Zusammenhang unterstreicht das Parlament die Bedeutung von Regeln, die im spezifischen Kontext jedes Berufes erforderlich sind, um Unparteilichkeit, Kompetenz, Integrität und Verantwortung der Angehörigen dieses Berufsstandes zu gewährleisten. Die Freien Berufe im Gesundheitswesen können hier beitragen, dass die Grundsätze von Artikel 152 EGV im Rahmen des Subsidiaritätsprinzips (Artikel 5 EGV) eingehalten werden.

---

<sup>45</sup> Vgl. Tiemann, 2005.

### 7.3 Selbstverwaltung in der berufsständischen Versorgung

*Berufsständische Versorgungswerke* sind in der Regel auf Grundlage der Kammer- oder Berufsgesetze der Länder errichtet, die die Kammern ermächtigen, sie zur Sicherstellung einer dem jeweiligen Berufsbild entsprechenden, angemessenen und ausreichenden Versorgung zu errichten. In einigen Fällen sind Versorgungswerke als juristische Personen oder rechtsfähige Anstalten des öffentlichen Rechts verfasst und direkt durch das entsprechende Landesgesetz ins Leben gerufen worden. Die Kammer- und Berufsgesetze bilden somit die Rechtsgrundlage für eine umfassende Selbstverwaltung auf der Grundlage von Selbstorganisation und Selbstverantwortung. In organisatorischer Hinsicht gewährleisten die mit dem Kammerwesen einhergehenden gesetzlichen Regelungen des Berufszwangs und der Kammer-Pflichtmitgliedschaft im Rahmen ihres Aufgabenbereiches autonom von der Ermächtigung Gebrauch zu machen, um der Aufgabenstellung gerecht zu werden.

Wichtigstes Merkmal der *Selbstverwaltung* eines berufsständischen Versorgungswerks ist die enge Bindung an die entsprechende Kammer des Berufsstandes. Anders als die Kammern sind die berufsständischen Versorgungswerke der Freien Berufe Teil des Systems der Sozialen Sicherung außerhalb der Sozialversicherung. So sind die meisten Versorgungswerke unselbständige Sondervermögen der sie tragenden Kammern. Die Selbstverwaltung eines berufsständischen Versorgungswerks besteht in der Regel aus einem in der Regel alle vier Jahre neu zu wählenden parlamentarischen Gremium (Vertreterversammlung, Kammerversammlung), einem geschäftsführenden (Verwaltungsausschuss, Vorstand) und einem Aufsichtsgremium (Aufsichtsausschuss). Die Nomenklatur ist dabei variabel. Zu unterscheiden ist in Abhängigkeit von der Rechtsform, ob die Kammerversammlung direkt als Legislativorgan fungiert, oder ob für das Versorgungswerk ein eigenes Legislativorgan neben der Kammerversammlung in Form der Ver-

treterversammlung geschaffen wurde. Die parlamentarischen Organe wählen die Mitglieder der Verwaltungs- bzw. Aufsichtsausschüsse. Dabei kann es in der Satzung vorgesehen sein, dass die Berufsstandsvertreter durch einschlägige Fachleute wie Juristen oder Bank-Manager mit oder ohne Stimmrecht ergänzt werden. Es ist üblich, dass die geschäftsführende Organe zu ihrer Unterstützung hauptamtliche Geschäftsführungen bestellen, denen dann der Verwaltungsapparat untersteht.

Die *Versammlungen des Berufsstandes* entscheiden über Satzungsfragen, Dynamisierungen und die Personalauswahl für die Leitungs- und Aufsichtsgremien. Dem jeweiligen Satzungsgeber obliegt es, die konkrete Ausgestaltung der Selbstverwaltung eines berufsständischen Versorgungswerkes festzulegen. Die Satzung findet die Grenzen ihrer Regelungskompetenz lediglich im Aufgabenkreis der Einrichtung. Personell endet die Satzungsbefugnis mit dem Mitgliederkreis der Kammer. Darüber hinaus finden die Regelungskompetenzen der Satzung dort ihre Grenzen, wo sie mit höherrangigem Recht kollidiert. Somit muss der Gesetzgeber sowohl den Organaufbau wie die Zuständigkeiten zur Aufgabenerfüllung dann selbst ausgestalten, wenn hoheitliche Verwaltungsakte im Außenverhältnis erlassen werden können. Anderes gilt für die Wege der Entscheidungsfindung. Bleibt letzteres durch die Satzung unregelt, gelten die allgemeinen verwaltungs- und verfassungsrechtlichen Grundsätze. Sowohl aufgrund der historischen Entwicklung als auch aus dem Wesen der Selbstverwaltung und der Bindung an die jeweilige berufsständische Kammer ergibt sich, dass die Satzungen und damit auch die Ausgestaltung der Selbstverwaltung der einzelnen Versorgungswerke nicht deckungsgleich sind. Allerdings gibt es typische Strukturen.

Der *Verwaltungsausschuss* hat das letzte Wort in Fragen der operativen Führung des Versorgungswerks. Dies betrifft insbesondere neben der Verwaltungs- und Organisationskompetenz die Fragen der Kapitalanlage und der Entscheidung über die Zuerkennung von Berufsunfähig-

keitsrenten. In beiden Fällen können auch besondere Anlage- oder Begutachtungsausschüsse gebildet werden. Weitere Aufgaben der Verwaltungsausschüsse sind Entscheidungen über strittige Mitgliedschafts- und Beitragsfragen, oder, wenn die Satzung Entsprechendes vorsieht, die Entscheidung über Zuschüsse zu Rehabilitationsmaßnahmen. Meist aufgrund eines Gutachtens des das Versorgungswerk betreuenden Versicherungsmathematikers wird vom Verwaltungsausschuss der Delegiertenversammlung eine Empfehlung über die Höhe der Dynamisierung der Renten und Anwartschaften vorgelegt.

Die *Aufsichtsausschüsse* prüfen die Geschäfts- und Wirtschaftsprüferberichte. Zu den weiteren Aufgaben gehören beispielsweise die Überwachung der Geschäftstätigkeit (wozu auf Verlangen eines der Mitglieder der Ausschuss auch unterjährig ad hoc zusammentreten kann), die Aufstellung von Richtlinien für die Kapitalanlage und die Entscheidung über Widersprüche gegen die vom Verwaltungsausschuss erlassenen Verwaltungsakte.

*Rolle des Staates:* Der Staat schafft in seiner Rolle als Gesetzgeber auf Landesebene die gesetzmäßigen Voraussetzungen zur Gründung eines Versorgungswerks, stellt im Bereich der rechtsprechenden Gewalt die Verwaltungsgerichtsbarkeit für den Rechtsschutz bereit und sorgt im Bereich der vollziehenden Gewalt für die Rechts- und Versicherungsaufsicht, wobei ihm der Aufwand für letztere teilweise von den Versorgungswerken erstattet wird.

*Aktuelle Entwicklungen:* Seit dem 1. Januar 2005 sind die deutschen berufsständischen Versorgungswerke in die Koordinierungsvorschriften für die sozialen Sicherungssysteme in Europa einbezogen. Das Prinzip der europäischen Koordinierung wurde dabei auch vielerorts auf die Behandlung von Binnenmigrationsfällen der Versorgungswerke übertragen. Um den demographischen Herausforderungen gerecht zu werden, haben die berufsständischen Versorgungswerke ihre berufsstandsbezogenen versicherungsmathematischen Richttafeln erneut angepasst. Dies zieht zusätzlichen Rückstellungsbedarf nach sich, da die

*Selbstverwaltung in der Sozialen Sicherung*

Lebenserwartung der Angehörigen der Freien Berufe nicht nur höher liegt als im Durchschnitt der Bevölkerung, sondern sich während der letzten zehn Jahre auch schneller erhöht hat als der Vergleichswert der allgemeinen Bevölkerung.

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft  
und -gestaltung (GVG) e.V.  
Hansaring 43  
D-50670 Köln

Website: [www.gvg-koeln.de](http://www.gvg-koeln.de)

Tel.: +49(0)221/912867-0

Fax: +49(0)221/912867-6