

Gerlinger, Thomas

Research Report

Soziale Selbstverwaltung in der Bürgerversicherung

WSI Study, No. 03

Provided in Cooperation with:

The Institute of Economic and Social Research (WSI), Hans Böckler Foundation

Suggested Citation: Gerlinger, Thomas (2016) : Soziale Selbstverwaltung in der Bürgerversicherung, WSI Study, No. 03, Hans-Böckler-Stiftung, Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliches Institut (WSI), Düsseldorf,
<https://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:101:1-201611113707>

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/225426>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.

STUDY

Das WSI ist ein Institut
der Hans-Böckler-Stiftung

Nr. 03 · August 2016 · Hans-Böckler-Stiftung

SOZIALE SELBST- VERWALTUNG IN DER BÜRGERVERSICHERUNG

Thomas Gerlinger (Universität Bielefeld)

ZUSAMMENFASSUNG

Die Bürgerversicherung wird als eine Reformoption für das deutsche System der Krankenversicherung diskutiert. In dieser Debatte ist die Frage nach den möglichen Folgen einer Reform für die Selbstverwaltung weitgehend ausgeblendet geblieben. Diese Frage stellt sich, da mit der Bürgerversicherung eine Neubestimmung des Versichertenkreises verbunden ist. Die Study diskutiert mögliche Konsequenzen eines Übergangs zur Bürgerversicherung für die soziale Selbstverwaltung und auch die gemeinsame Selbstverwaltung. Dabei wird insbesondere auf Folgen für die Legitimität der Selbstverwaltung eingegangen, sowohl unter dem Blickwinkel der Input- wie der Output-Legitimität.

Inhalt

Vorwort	3
1 Einleitung	5
2 Modelle für eine Bürgerversicherung	9
3 Selbstverwaltung in der gesetzlichen Krankenversicherung	14
3.1 Soziale Selbstverwaltung	14
3.2 Gemeinsame Selbstverwaltung	20
4 Legitimität und Legitimationsgrundlagen der Selbstverwaltung	26
5 Input-Legitimation	30
5.1 Die Input-Legitimation der sozialen Selbstverwaltung	30
5.2 Historischer Wandel der Legitimationsmuster für die Selbstverwaltung	31
5.3 Mögliche Auswirkungen einer Bürgerversicherung auf die Input-Legitimation der sozialen Selbstverwaltung	37
6 Output-Legitimation	45
6.1 Die Output-Legitimation der sozialen Selbstverwaltung	45
6.2 Mögliche Auswirkungen einer Bürgerversicherung auf die Output-Legitimation der sozialen Selbstverwaltung	46
7 Fazit und Ausblick	49
Literatur	52

Vorwort

Die Bürgerversicherung als eine Reformoption für das System der Krankenversicherung steht derzeit nicht im politischen Rampenlicht. Die Gründe, die für diese Option sprechen, sind jedoch nach wie vor aktuell:¹ Neben Gerechtigkeitsaspekten sind das auch die Auswirkungen einer Bürgerversicherung auf eine nachhaltige Finanzierung des Gesundheitssystems und – je nach Ausgestaltung – die Herstellung eines besseren Wettbewerbsrahmens. In den bisherigen politischen Entwürfen und wissenschaftlichen Studien fand ein Aspekt der Krankenversicherung kaum Beachtung: die Selbstverwaltung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und die möglichen Konsequenzen, die sich für diese aus einem Übergang zur Bürgerversicherung ergeben. Das Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliche Institut (WSI) der Hans-Böckler-Stiftung hat daher Prof. Dr. Dr. Thomas Gerlinger darum gebeten, diesen Themenkomplex zu analysieren. In der WSI Study „Soziale Selbstverwaltung in der Bürgerversicherung“ werden nun die Ergebnisse der Untersuchung veröffentlicht.

Mit dem Konzept der Bürgerversicherung wird in der Regel ein Übergang in ein System verbunden, in dem Bürgerinnen und Bürger (oder besser: Einwohnerinnen und Einwohner) zu einheitlichen Bedingungen Krankenversicherungsschutz erhalten. Die Zweiteilung in ein Teilsystem GKV und ein Teilsystem der Privaten Krankenversicherung (PKV) soll damit perspektivisch beendet werden.

Befürworter_innen einer Bürgerversicherung nehmen dabei in der Regel die GKV und ihre Charakteristika als Ausgangspunkt ihrer Reformvorschläge. Die GKV zeichnet sich als ein Zweig der Sozialversicherung durch einkommensabhängige Beiträge aus, wobei nur Erwerbs- und Transfereinkommen bis zur Beitragsbemessungsgrenze berücksichtigt werden. Sie zeichnet sich zudem durch das Sachleistungsprinzip aus: Leistungen werden nach den Kriterien der medizinischen Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit gewährt. Nur im Bereich des Krankengeldes besteht ein Bezug zwischen der Höhe der Beiträge und Umfang der Leistungen. Für die Zuordnung zur GKV oder PKV sind nach wie vor Beschäftigungsstatus und Einkommenssituation relevant.

Diese Aspekte werden in den Bürgerversicherungsmodellen unterschiedlich weiterentwickelt. Neben der Vereinheitlichung des Systems wird dabei auch über die Verbreiterung der Beitragsgrundlage nachgedacht, etwa durch Verbeitragung von Kapitaleinkommen. Solche Reformschritte haben potentiell Auswirkungen auf ein weiteres Element der GKV, nämlich die Selbstverwaltung. Sozialversicherungsträger – und eben auch die Krankenkassen – sind öffentlich-rechtliche Einrichtungen, in deren Verwaltung gesellschaftliche Akteure eingebunden sind. Dies sind im Falle der Kran-

¹ Vgl. Blank, Florian/Schulz, Susanne Eva (2014): Das Reformprojekt Bürgerversicherung, in: Gegenblende 30: November/Dezember 2014, <http://www.gegenblende.de/portal/gegenblende/++co++04f831b0-709d-11e4-8a27-52540066f352>

kenkassen Vertreter der Versicherten und der Arbeitgeber. Die Frage ist nun, ob von einem Übergang zu einer Bürgerversicherung die Selbstverwaltung und ihre Legitimität, die Regeln ihrer Zusammensetzung und ihre Handlungsmöglichkeiten berührt werden.

Diese Frage ergibt sich daraus, dass mit dem Übergang zu einer Bürgerversicherung eine Neugestaltung des Versichertenkreises verbunden ist. In dem neuen System sollen auch die Beamten und Selbstständigen zu denselben Bedingungen wie abhängig Beschäftigte versichert werden. Dem Anspruch nach kann mit einer Bürgerversicherung auch die bisherige Aufteilung in Mitglieder und Versicherte aufgehoben werden. Schließlich werden auch durch die diskutierte Verbreiterung der Beitragsgrundlage Probleme aufgeworfen.

Prof. Thomas Gerlinger geht in der vorliegenden WSI Study dem Verhältnis von Bürgerversicherung und Selbstverwaltung in allen seinen Verästelungen nach. Im Vordergrund steht die soziale Selbstverwaltung in den Krankenkassen. Berücksichtigt wird aber auch die gemeinsame Selbstverwaltung. Die Diskussion der Legitimität der Selbstverwaltung wird dabei durch Unterscheidung von Input- und Output-orientierten Gesichtspunkten strukturiert. Die WSI Study liefert einen Beitrag zur Debatte um die Selbstverwaltung, die auch jenseits der Frage nach ihrer Rolle im Rahmen einer Bürgerversicherung mit Gewinn gelesen werden kann. Sie fügt sich damit ein in eine Reihe von Arbeiten, die vom WSI in Auftrag gegeben wurden, um Aspekte der Reformoption Bürgerversicherung in der Krankenversicherung zu beleuchten.

Wir wünschen eine anregende Lektüre und danken Prof. Thomas Gerlinger für seine Expertise.

Dr. Florian Blank (WSI), Mai 2016

1 Einleitung

Konzepte für eine Bürgerversicherung haben seit Beginn dieses Jahrhunderts in der (gesundheits-) politischen Öffentlichkeit eine große Aufmerksamkeit erlangt. Sie formulieren eine Alternative zum traditionellen dualen Krankenversicherungssystem, also der Trennung in eine gesetzliche (GKV) und eine private Krankheitsvollversicherung (PKV), und zum beinahe allein auf der Verbeitragung der Bruttolöhne und -gehälter beruhenden Finanzierungssystem in der gesetzlichen Krankenversicherung. Zur Ausgestaltung der Bürgerversicherung liegen mittlerweile mehrere Modelle vor, die sich zwar in einer Reihe von Merkmalen unterscheiden, allerdings in zwei wesentlichen Punkten übereinstimmen (s. Abschnitt 2):

1. Die gesamte Wohnbevölkerung soll zu einheitlichen Bedingungen in einer gemeinsamen Krankenversicherung zusammengefasst werden. Die Versicherungspflichtgrenze (Jahresarbeitsentgeltgrenze) und damit die Exit-Option für besserverdienende Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer aus der GKV sollen also ebenso entfallen wie die Sonderzugsrechte für Beamte und Selbstständige zur PKV.
2. Neben den Einkünften aus abhängiger Arbeit sollen künftig auch andere Quellen zur Finanzierung der Krankenversicherung herangezogen werden, gleich ob dies über die individuelle Erhebung von Beiträgen auf entsprechende Einnahmen (z. B. auf Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, auf Zins- und Kapitaleinkünfte oder Werkverträge) oder über die dauerhafte Einrichtung eines steuerfinanzierten Bundeszuschusses erfolgen soll.

Diese beiden Komponenten stellen die Kernelemente des Konzepts der Bürgerversicherung dar. In den bisher vorgelegten Modellvarianten finden sich darüber hinaus Aussagen zu einer Reihe anderer Probleme der Ausgestaltung des Versicherungs- und Finanzierungssystems. Hier weichen die Konzepte der Bürgerversicherungsverfechter zum Teil voneinander ab, u. a. im Hinblick auf die Zulassung privater Krankenversicherer zur Bürgerversicherung, die Übergangsbestimmungen für bisher privat Versicherte bei der Einführung einer Bürgerversicherung, die Ausgestaltung der Beitragsbemessungsgrenze und die Gestaltung eines Risikostrukturausgleichs (s. Tabelle 1 und Tabelle 2).

Darüber hinaus wurden in den letzten Jahren Vorschläge zur Reform des Krankenversicherungssystems vorgelegt, die primär auf eine Vereinheitlichung der Handlungsbedingungen von GKV und PKV zielen. Sie firmieren unter Begriffen wie „einheitlicher Krankenversicherungsmarkt“ (Jacobs 2013; Jacobs/Schulze 2013; s. auch Ludewig 2014) oder „monistische Wohnerversicherung“ (Kingreen/Kühling 2013). Diese Konzepte zielen in erster Linie auf eine Beseitigung der mit dem Dualismus von GKV und PKV einhergehenden Fehlsteuerungen, insbesondere auf die Beseitigung von zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung gehenden Wettbewerbsverzerrungen, die ihrerseits die Effektivität und Effizienz der Krankenver-

sorgung beeinträchtigen.² Eine Verknüpfung zur Erweiterung der Beitragsbemessungsgrundlage auf andere Einkunftsarten stellen diese Konzepte nicht her.

Dabei ist bemerkenswert, dass sowohl die Bürgerversicherungskonzepte als auch die Modelle zur Vereinheitlichung des Krankenversicherungsmarktes, von allgemeinen Bekenntnissen abgesehen, kaum Aussagen über die Zukunft der Selbstverwaltung treffen. Wenn dies doch geschieht, so handelt es sich in erster Linie um Erläuterungen zur Rolle der gemeinsamen Selbstverwaltung, während die soziale Selbstverwaltung so gut wie gar nicht thematisiert wird. Weder unter den Parteien und Verbänden, die zu den Befürwortern einer Bürgerversicherung zählen, noch in der Wissenschaft wurden die möglichen Auswirkungen einer Bürgerversicherung auf den organisatorischen Zuschnitt – insbesondere die Zusammensetzung – und die Handlungsbedingungen der Selbstverwaltung bisher systematisch reflektiert (Engelen-Kefer 2004; Strengmann-Kuhn 2005; Spies 2006; Bieback 2014).³ Dafür einen Anstoß zu geben und dazu einen Beitrag zu leisten, ist das Anliegen des vorliegenden Gutachtens.

Die Einführung einer Bürgerversicherung steht derzeit nicht auf der politischen Tagesordnung. Hatte das 2007 verabschiedete GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz noch Maßnahmen enthalten, die man als Schritte in Richtung auf eine Bürgerversicherung deuten konnte (z. B. die Einführung einer Krankenversicherungspflicht für alle Bürgerinnen und Bürger oder des an den Leistungsprinzipien der GKV orientierten Basistarifs in der PKV), so hat es seither keine Bewegung mehr in dieser Sache gegeben. Auch der im Herbst 2013 geschlossene Koalitionsvertrag von CDU, CSU und SPD lässt keine Absicht zu Änderungen am bestehenden Versicherungssystem erkennen (CDU et al. 2013: 75ff.). Daher ist in der 18. Legislaturperiode auch nicht mit entsprechenden Reformen zu rechnen. Allerdings könnte die Einführung einer Bürgerversicherung aus verschiedenen Gründen recht schnell wieder auf die politische Tagesordnung kommen: Erstens werden die strukturellen Gerechtigkeits- und Effizienzdefizite, die der Dualismus des Versicherungs- und Finanzierungssystems mit sich bringt (z. B. Jacobs 2013; Jacobs/Schulze 2013), fortbestehen; zweitens mögen sich die politischen Mehrheitsverhältnisse ändern; drittens sind Zweifel an der Zukunftsfähigkeit des dualen Krankenversicherungssystems keineswegs auf die Befürworter einer Bürgerversicherung beschränkt (Spahn 2012).

Mit der Einführung einer Bürgerversicherung würde sich der traditionell enge Bezug der gesetzlichen Krankenversicherung zur Arbeitswelt (weiter)

² Im Unterschied dazu halten die in den ersten Jahren dieses Jahrhunderts vorgelegten und diskutierten, mittlerweile aber stark in den Hintergrund getretenen Konzepte zur Umstellung der GKV-Finanzierung auf eine Kopfpauschale („Gesundheitsprämie“) durchgängig am Dualismus von GKV und PKV fest (SVR-Wirtschaft 2002: 285ff.; Knappe/Arnold 2002; Herzog-Kommission 2003: 16ff.; Rürup-Kommission 2003: 161ff.; CDU 2003: 20ff.; CDU 2004).

³ Zwar ist solch eine systematische Erörterung auch bei jenen, die einer Bürgerversicherung kritisch gegenüberstehen, nicht anzutreffen, allerdings lassen sich hier bisweilen klare Antworten auf die Fragen nach den Auswirkungen auf die Selbstverwaltung finden. So ist z. B. für Isensee (2004) die Einführung einer Bürgerversicherung gleichbedeutend mit der Abschaffung der Selbstverwaltung durch Arbeitgeber und Versicherte.

lockern⁴, der vor allem in der zentralen Bedeutung des Arbeitnehmerstatus für den Versicherungszugang – in Verbindung mit der beitragsfreien Familienmitversicherung – und in der zentralen Bedeutung des Bruttoarbeitseinkommens als Bezugsgröße für die Beitragsbemessung zum Ausdruck kommt.⁵ Zugleich würde die Versicherungspflichtgrenze, möglicherweise auch die Beitragsbemessungsgrenze⁶ entfallen. Traditionelle Bestandteile des GKV-Systems würden beim Übergang zu einer Bürgerversicherung somit entweder beseitigt werden oder an Bedeutung einbüßen. Daher stellt sich die Frage, ob und wie sich ein solcher Wandel auf die soziale Selbstverwaltung auswirken würde. Damit richtet sich die Aufmerksamkeit auf den Zusammenhang zwischen Selbstverwaltung und den genannten Merkmalen der GKV. Zwei Aspekte stehen dabei im Mittelpunkt:

- Zum einen geht es um die Input-Legitimation der sozialen Selbstverwaltung, also die Frage, ob die bisherige Zusammensetzung und Stimmenverteilung der sozialen Selbstverwaltung mit den anvisierten Erweiterungen des versicherten Personenkreises und der Finanzierungsgrundlagen vereinbar ist, sowohl auf der Versichertenseite als auch im Verhältnis zwischen Versicherten- und Arbeitgeberbank.
- Zum anderen geht es um die Output-Legitimation der Sozialen Selbstverwaltung der GKV, also ihre Fähigkeit, die ihr zugeschriebenen Aufgaben vor dem Hintergrund der durch eine Bürgerversicherung veränderten Handlungsbedingungen zu erfüllen.

Die Zielsetzung des vorliegenden Gutachtens beinhaltet eine doppelte Einschränkung. Erstens beschränkt es sich auf die Analyse der Auswirkungen einer Bürgerversicherung auf die Legitimität und die Handlungsbedingungen der Selbstverwaltung. Es geht im Folgenden also nicht darum, Empfehlungen für eine Reform der Selbstverwaltung auszusprechen oder gar ein Modell für den Zuschnitt einer Selbstverwaltung in einer Bürgerversicherung zu entwerfen. Diese Aufgabe soll und muss den beteiligten Akteuren selbst vorbehalten bleiben. Auch zählt es nicht zu den Aufgaben dieses Gutachtens, Stellung zu solchen – mitunter heftig diskutierten – Fragen einer Reform der Selbstverwaltung zu beziehen, die sich nicht unmittelbar aus der Einführung einer Bürgerversicherung ergeben, sondern einen systemübergreifenden Charakter haben, wie z. B. Fragen nach dem Wahlmodus für die Selbstverwaltung (s. hierzu z. B. Braun et al. 2009; Schroeder 2008: 100ff.; Bundeswahlbeauftragter 2005 u. 2012, Nürnberger/Frank 2012; Rusert 2013). Zweitens konzentriert es sich auf die Auswirkungen einer Bürgerversicherung auf die soziale Selbstverwaltung. Die gemeinsame Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen wird nur am Rande Erwähnung finden, denn ihr Zuschnitt und ihre Funktion sind primär von den staatlichen Regulierungsstrategien abhängig.

Die Untersuchung beginnt mit einer Darstellung wichtiger Elemente der Bürgerversicherung (Abschnitt 2). Hierbei werden die Modellvarianten von

⁴ Freilich hat bereits in den zurückliegenden Jahrzehnten – gerade im Zuge der diversen Sozialstaatsreformen – der vom Erwerbsstatus unabhängige Zugang zu Sozialversicherungsleistungen an Bedeutung gewonnen (Klenk et al. 2012a: 9ff.).

⁵ Dieser Versicherungszweig ist in dieser Hinsicht ganz Ausdruck des konservativen Wohlfahrtsstaatstyps (Esping-Andersen 1990).

⁶ Hier reicht das Spektrum der Vorschläge von einer Beibehaltung der bisherigen Regelung über eine Anhebung auf das Niveau der Beitragsbemessungsgrenze in der Rentenversicherung bis hin zu einer vollständigen Aufhebung (s. Übersichten 1 und 2).

Bündnis 90/Die Grünen, Die Linke, der SPD und des DGB zugrunde gelegt. Bei Bündnis 90/Die Grünen, Die Linke und der SPD handelt es sich um diejenigen im Bundestag vertretenen Parteien, die eine Bürgerversicherung befürworten, für den DGB und die in ihm zusammengeschlossenen Gewerkschaften sind die Versichertenvertretung und damit die Praxis der Selbstverwaltung von herausragender Bedeutung. Die Darstellung konzentriert sich auf den Zugang zur Bürgerversicherung sowie auf deren Finanzierung, weil es primär diese Aspekte sind, die die Legitimation der Sozialen Selbstverwaltung und deren Zusammensetzung berühren. Auf andere Gesichtspunkte, mögen sie für die Ausgestaltung des Versicherungs- und Finanzierungssystems auch von großer Bedeutung sein, wird hier nicht näher eingegangen (s. hierzu Rosenbrock/Gerlinger 2014: 430ff.).

Abschnitt 3 beleuchtet in groben Zügen die Entwicklung und die aktuelle Situation der Selbstverwaltung in der GKV. Hier findet neben der sozialen Selbstverwaltung auch die gemeinsame Selbstverwaltung Berücksichtigung. Der nachfolgende Abschnitt 4 behandelt die Legitimität und die Legitimationsgrundlagen von Institutionen und ihren Entscheidungen. Anschließend wendet sich das Gutachten, der Unterscheidung von Input- und Output-Legitimation folgend, nach einer jeweils knappen Erörterung der Legitimation der sozialen Selbstverwaltung jenen Feldern zu, auf denen die Einführung einer Bürgerversicherung die Legitimation und Handlungsbedingungen der Selbstverwaltung berührt (Abschnitte 5 und 6). Ein abschließendes Fazit fasst die Ergebnisse des Gutachtens zusammen.

2 Modelle für eine Bürgerversicherung

Leitendes Motiv der Verfechter einer Bürgerversicherung sind die mit der Trennung in GKV und PKV sowie mit der Beschränkung auf bruttolohnbezogene Einkommen einhergehenden Gerechtigkeitsdefizite bei der GKV-Finanzierung. Die Trennung in GKV und PKV wird als ungerecht bewertet, weil privat Krankenversicherte ein höheres Durchschnittseinkommen erzielen, ihr – zudem meist geringeres – Krankheitsrisiko individuell versichern können und sich insofern nicht am Solidarausgleich bei der Absicherung des Krankheitsrisikos beteiligen (z. B. Rothgang et al. 2010a). Zudem erwachsen aus dem Status des Privatversicherten Privilegien bei der Krankenversorgung (kürzere Wartezeiten, keine Leistungsbeschränkungen) (z. B. Lungen et al. 2008). Schließlich wird kritisiert, dass Einkunftsarten jenseits der Einkommen aus abhängiger Arbeit (Kapital- und Zinseinkünfte, Mieteinnahmen), die gerade bei Besserverdienenden anzutreffen sind, bei der Bemessung der Versicherungsbeiträge nicht berücksichtigt werden.

Unter den Bundestagsparteien befürworten Bündnis 90/Die Grünen, Die Linke und die SPD Modelle einer Bürgerversicherung (s. Tabelle 1 und Tabelle 2). Deren Konzepte liegen vor in Form von programmatischen Festlegungen (Grundsatzbeschlüsse zur Gesundheitspolitik, Wahlprogramme) oder von Entschließungsanträgen der betreffenden Fraktionen im Deutschen Bundestag. Darüber hinaus unterstützen auch der DGB (2011) sowie einige Sozial- und Wohlfahrtsverbände (z. B. Volkssolidarität 2010; Sozialverband Deutschland 2013; Paritätischer Gesamtverband 2013) die Kernanliegen einer solchen Reform. Der DGB hat sein Bürgerversicherungsmodell in Kooperation mit den Mitgliedsgewerkschaften, Verbänden und Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern im Rahmen einer Reformkommission entwickelt. Die Sozial- und Wohlfahrtsverbände haben in ihren Gremien entsprechende Beschlüsse gefasst oder in öffentlichen Stellungnahmen eine Bürgerversicherung befürwortet.

Die größte und wichtigste Gemeinsamkeit der vorliegenden Konzepte besteht in der Einbeziehung aller Bürgerinnen und Bürger (bzw. Einwohnerinnen und Einwohner) in eine einheitliche Krankenversicherung. Nach übereinstimmender Auffassung sollen die Versicherungspflichtgrenze (Jahresarbeitsentgeltgrenze) für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer sowie die Sonderzugangsrechte von Selbstständigen und Beamten zur PKV entfallen. Unterschiedliche Vorstellungen existieren darüber, wie Übergangsregelungen für bereits privat versicherte Personen aussehen sollen bzw. ob derartige Übergangsregelungen überhaupt erforderlich sind (Die Linke 2011). Ebenfalls unterscheiden sich die Befürworter im Hinblick auf die Frage, ob den privaten Krankenversicherern der Zugang zur Bürgerversicherung eröffnet werden soll. Bündnis 90/Die Grünen und SPD befürworten dies, knüpfen den Zugang aber an die Voraussetzung, dass gesetzliche Krankenkassen und private Krankenversicherer dann unter identischen Bedingungen agieren. Der DGB will das Angebot von Bürgerversicherungstarifen „solidarisch und paritätisch finanzierten Krankenversicherungsträger(n)“ eröffnen, die „den Regelungen des SGB als solidarisches System unter öffentlicher Kontrolle“ unterliegen (DGB 2011: 33). Dies können – so

darf man schlussfolgern – auch der Rechtsform nach private Krankenversicherer sein, sofern sie sich den genannten Bedingungen unterwerfen. Die Linke will den PKV-Unternehmen den Zugang zur Bürgerversicherung verweigern und deren Geschäftsfeld auf private Zusatzversicherungen beschränken. Bei allen Unterschieden treten alle Befürworter einer Bürgerversicherung allerdings für den Erhalt des gegliederten Krankenversicherungssystems ein.

Im Hinblick auf die Finanzierung der Bürgerversicherung gehört – wie erwähnt – traditionell die Einbeziehung anderer Einkunftsarten zu den Kernforderungen der Bürgerversicherungsbefürworter. Dies galt bis vor wenigen Jahren auch für die SPD. Jedoch hat sie auf ihrem Berliner Parteitag 2011 von dieser Reformkomponente Abstand genommen und sie durch die Forderung nach einem gesetzlich festgeschriebenen, dynamisierten Steuerbeitrag ersetzt, über den nun – gleichsam indirekt, also ohne dass die entsprechenden Abgaben als individuelle Abgaben für die Krankenversicherung spürbar wären – auch andere Einkommensarten zur Finanzierung der Bürgerversicherung herangezogen werden sollen (SPD 2011). Ein wichtiger Grund für diesen Positionswechsel dürfte in der Befürchtung liegen, dass eine individuelle, auf bestimmte Einkunftsarten bezogene Verbeitragung anderer Einkünfte neben dem Bruttoarbeitseinkommen für wichtige Wählergruppen eine zusätzliche Belastung darstellen könnte (z. B. gut verdienende Facharbeiter, die ihr Eigenheim u.a. mit Hilfe einer vermieteten Einliegerwohnung finanzieren). Im Unterschied dazu anonymisiert ein Steuerbeitrag die Mehrbelastung und bringt daher für die Partei deutlich geringere Legitimationsrisiken mit sich. Für die Berechnung der für die anderen Einkunftsarten zu entrichtenden Beiträge sehen die verschiedenen Konzepte unterschiedliche Verfahren vor, ebenso für die Festlegung der Beitragsbemessungsgrenze (s. Tabelle 2).

Hingegen spielt die Zukunft der Selbstverwaltung in den verschiedenen Bürgerversicherungsmodellen – sofern sie überhaupt thematisiert wird – bestenfalls eine marginale Rolle. Man mag dies damit erklären, dass Fragen der Finanzierung und des Versicherungszugangs für die Parteien und ihr politisches Tagesgeschäft relevanter sind als Fragen der Regulierung. Aber auch dort, wo das Plädoyer für eine Bürgerversicherung in gesundheitspolitische Grundsatzbeschlüsse eingebettet ist, die eine Thematisierung der Selbstverwaltung nahe legen würden, sucht man derartige Bezüge meist vergebens. Der Grundsatzbeschluss des SPD-Parteitags zur Bürgerversicherung erwähnt die soziale Selbstverwaltung in der GKV nur an einer Stelle, und dies mit nur vagen Worten: „In einer Bürgerversicherung halten wir [...] an einem gegliederten, öffentlich rechtlichen und selbstverwalteten Kassensystem als tragende Säule der gesetzlichen Krankenversicherung fest. Wir wollen es stärken“ (SPD 2011: 15). Auch Die Linke bekennt sich zur Selbstverwaltung in der GKV: „Die Selbstverwaltungen im Gesundheitswesen sind demokratisch weiterzuentwickeln. Die Rechte der Versichertenvertretungen sind auszuweiten“ (Die Linke 2013: 22). Allerdings sind auch bei der Linken – nicht nur im Bundestagswahlprogramm, sondern auch in den zahlreichen im Bundestag vorgelegten Entschließungsanträgen zur Bürgerversicherung – nähere Ausführungen zur Rolle und Ausge-

staltung der Selbstverwaltung nicht zu finden. Im Unterschied zu SPD und Die Linke enthalten sich Bündnis 90/Die Grünen in ihrem Freiburger Grundsatzbeschluss zur Gesundheitspolitik aus dem Jahr 2010 (Bündnis 90/Die Grünen 2010) sogar jedes Bekenntnisses zur sozialen Selbstverwaltung in der GKV und stellen – in neutral-distanzierter Diktion – lediglich fest: „Die paritätische Beitragsteilung zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern und die Beteiligung beider an der Selbstverwaltung der GKV machen die Finanzierung und die Weiterentwicklung des Gesundheitssystems zu einer gesamtgesellschaftlichen Aufgabe“ (Bündnis 90/Die Grünen 2010: 11). Im gut 320 Seiten umfassenden Programm zur Bundestagswahl 2013, das immerhin unter dem Leitbegriff der „Teilhabe“ steht und insgesamt elf Seiten zur Gesundheits- und Pflegepolitik zählt, findet die soziale Selbstverwaltung in der GKV mit keinem Wort Erwähnung (Bündnis 90/Die Grünen 2013). Keines der Parteidokumente, die sich mit der Bürgerversicherung befassen, vermittelt den Eindruck, dass die Auswirkungen einer solchen grundlegenden Reform auf die Selbstverwaltung ein Problem ist, das einer näheren Erörterung bedarf.

Tabelle 1 Konzepte für den Zugang zur Bürgerversicherung

Merkmal	Bündnis 90/Die Grünen	Die Linke	SPD	DGB
Versichertenkreis	• alle Bürgerinnen und Bürger	• „alle Menschen, die in Deutschland leben“	• alle Bürgerinnen und Bürger	• alle Bürgerinnen und Bürger
Übergangsregelung für PKV-Versicherte	• Aufnahme privat Versicherter in die GKV • Bewahrung ihrer zusätzlichen Leistungsansprüche und deren Gewährleistung über Zusatzversicherungen	• keine, da die PKV als Vollversicherung abgeschafft wird • Beschränkung der PKV auf Zusatzversicherung	• Option für alle bisher privat Versicherten zum Wechsel in die Bürgerversicherung (im ersten Jahr nach deren Einführung)	• „die bislang außerhalb der Gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Personengruppen (sind) nach und nach in ein einheitliches Versicherungssystem einzubeziehen“ • „für die vollständige Realisierung eines einheitlichen Krankenversicherungssystems (ist) ein langer Übergangszeitraum erforderlich“ • Definition eines Stichtags, ab dem für Berufseinsteiger und Neugeborene die Bürgerversicherung gilt • Wahlmöglichkeit für PKV-Versicherte, falls eine Überführung in die Bürgerversicherung rechtlich nicht möglich ist • Einbeziehung der in der PKV verbleibenden Versicherten in einen Risikostrukturausgleich
Angebot der Bürgerversicherung	• gesetzliche Krankenkassen und private Krankenversicherungsunternehmen zu einheitlichen Bedingungen	• nur gesetzliche Krankenkassen	• gesetzliche Krankenkassen und private Krankenversicherungsunternehmen zu „exakt“ den „gleichen Bedingungen“	• die „solidarisch und paritätisch finanzierten Krankenversicherungsträger“, die „den Regelungen des SGB als solidarisches System unter öffentlicher Kontrolle“ unterliegen

Quelle: Eigene Darstellung auf der Grundlage von Rosenbrock/Gerlinger (2014: 432ff.) unter Verwendung von: Bündnis 90/Die Grünen 2009; Die Linke 2011; SPD 2011; DGB 2011.



Tabelle 2 Konzepte für die Finanzierung der Bürgerversicherung

Merkmal	Bündnis 90/Die Grünen	Die Linke	SPD	DGB
Parität	<ul style="list-style-type: none"> • paritätische Finanzierung „auf Erwerbseinkommen aus abhängiger Beschäftigung“ • Einführung kostendeckender Beitragssätze • Abschaffung des Zusatzbeitrags 	<ul style="list-style-type: none"> • paritätische Finanzierung auf Erwerbseinkommen aus abhängiger Beschäftigung • Abschaffung von Sonder- und Zusatzbeiträgen • für Beamte, Ersetzung der Beihilfe durch „paritätische Beteiligung des Dienstherrn“ 	<ul style="list-style-type: none"> • Herstellung der „tatsächlichen Parität“ zwischen Arbeitgeberbeitrag und Bürgerbeitrag (s.o.) • jährliche prospektive Schätzung der GKV-Ausgaben • Abzug des Steuerbeitrags und paritätische Teilung der verbleibenden Summe • wegen unterschiedlicher Bemessungsgrundlagen (BBG im Bürgerbeitrag, nicht im Arbeitgeberbeitrag, s.o.) unterschiedliche Prozentsätze für Arbeitnehmer und Arbeitgeber „bei tatsächlicher Parität“ 	<ul style="list-style-type: none"> • „paritätische Beitragsfinanzierung auf Erwerbseinkommen“
Finanzierungsquellen bzw. Beitragsbemessungsgrundlage (BBG)	<ul style="list-style-type: none"> • „alle Einkunftsarten“ • auch „Vermögenseinkommen, Gewinne und Mieteinkünfte“ 	<ul style="list-style-type: none"> • „alle Einkommen aus unselbständiger und selbständiger Arbeit“ • „alle sonstigen Einkommensarten wie Kapital-, Miet- und Pächterträge“ 	<ul style="list-style-type: none"> • Bürgerbeitrag für „Einkommensanteile... , welche sich aus selbständiger und unselbständiger Tätigkeit ergeben“ • Arbeitgeberbeitrag „als ein linearer prozentualer Anteil an der gesamten Lohnsumme für bürgerversicherte Arbeitnehmer“ (Abführung als Summe an den Gesundheitsfonds) • Einführung eines dynamisierten Steuerbeitrags, über den auch andere Einkommensarten herangezogen werden sollen (Finanzierung über Erhöhung der Kapitalertragssteuern) 	<ul style="list-style-type: none"> • „Einbezug anderer Einkommensarten“, dafür 2 Optionen: a) Ein-Säulen-Modell: Zusammenfassung aller Einkommen mit einer gemeinsamen BBG, b) Zwei-Säulen-Modell: Trennung von Erwerbseinkommen und anderen Einkunftsarten mit unterschiedlichen BBG
Beitragsbemessungsgrenze (BBG)	<ul style="list-style-type: none"> • Anhebung (Größenordnung nicht benannt) • Einführung von „Freigrenzen“ für die „zusätzlichen Einkommensarten“ 	<ul style="list-style-type: none"> • wird „perspektivisch“ abgeschafft (Zeitraum und Zwischenschritte nicht benannt) • Beitragsbefreiung „für Kapitalerträge und Zinsen bis zum Sparerpauschbetrag“ 	<ul style="list-style-type: none"> • Beibehaltung der BBG und deren Fortentwicklung nach dem bisherigen Verfahren 	<ul style="list-style-type: none"> • 3 Optionen: a) Anhebung der BBG, b) Aufhebung der BBG, c) Solidarbeitrag für Einkommensbestandteile oberhalb der BBG

Quelle: Eigene Darstellung auf Grundlage von Rosenbrock/Gerlinger (2014: 432ff.) unter Verw. von Bündnis 90/Die Grünen 2009, 2010 und 2013; Die Linke im Bundestag 2011; Die Linke 2013; SPD 2011, DGB 2011.

3 Selbstverwaltung in der gesetzlichen Krankenversicherung

Die Selbstverwaltung in den Trägerorganisationen der Sozialversicherungen gilt als ein „Kernbestandteil des bundesdeutschen Sozialstaatsmodells“ (GVG 2007: 15). Der Staat hat mit den Sozialversicherungsträgern selbständige Verwaltungseinheiten geschaffen, ihnen Aufgaben übertragen und sie mit hoheitlichen Befugnissen ausgestattet (BVerfGE 39, 313). Die Sozialversicherungsträger nehmen ihre Aufgabe als organisatorischer Teil der Staatsgewalt und unter Staatsaufsicht wahr (Beschorner 2015). Vor diesem Hintergrund hat das Bundesverfassungsgericht die soziale Selbstverwaltung in der Sozialversicherung auch als „mittelbare Staatsverwaltung“ charakterisiert.⁷ Krankenkassen als Träger der funktionalen Selbstverwaltung sind „Zweckschöpfungen des Staates, nicht dagegen Produkte gesellschaftlicher Selbstorganisation“ (Kluth 1997: 369).

Allerdings legt sich das Grundgesetz weder auf die Sozialversicherung als Instrument zur Umsetzung des Sozialstaatsgebots (Art. 20 GG) fest, noch macht es explizite Aussagen zu den Aufgaben und zur Organisation der Selbstverwaltung in der Sozialversicherung (z. B. Bogs 1973; Reiter 1987: 598ff.). Sowohl die Sozialversicherung als auch die Selbstverwaltung und deren Ausgestaltung sind somit zur Disposition des Gesetzgebers gestellt: Das Sozialstaatsgebot kann auch ohne die Institutionen der Sozialversicherung umgesetzt werden, und auch wenn der Gesetzgeber sich für eine Sozialversicherung entscheidet, muss diese nicht durch eine Selbstverwaltung, erst recht nicht in ihrer bestehenden Form, gestaltet werden. So formuliert das Bundesverfassungsgericht: „Eine Verfassungsgarantie des bestehenden Systems der Sozialversicherung oder doch seiner tragenden Organisationsprinzipien ist dem Grundgesetz nicht zu entnehmen“ (BVerfGE 39, 302 (314)). Dies gilt auch für die Krankenversicherung.

Bei der Analyse der möglichen Auswirkungen einer Bürgerversicherung auf die Selbstverwaltung in der gesetzlichen Krankenversicherung ist die Unterscheidung von sozialer Selbstverwaltung in den Krankenkassen und ihren Verbänden einerseits und der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen bei der Steuerung der gesetzlichen Krankenversicherung andererseits von grundlegender Bedeutung. Im Folgenden soll zunächst die Stellung der sozialen Selbstverwaltung und anschließend die Stellung der gemeinsamen Selbstverwaltung betrachtet werden.

3.1 Soziale Selbstverwaltung

Anknüpfend an bereits existierenden Selbsthilfestrukturen der deutschen Arbeiterbewegung hatten die Bismarckschen Sozialreformen gegen Ende des 19. Jahrhunderts das Prinzip der sozialen Selbstverwaltung gesetzlich verankert (Reidegeld 2006a). Die Vertreter der Versicherten und der Ar-

⁷ Insofern mag es in Zeiten einer verbreiteten Anti-Staats-Rhetorik opportun sein, ist es aber nicht treffend, wenn – wie dies mitunter geschieht – eine „Staatsferne“ als Merkmal der Selbstverwaltung in der Sozialversicherung behauptet wird.

beitgeber bekamen einen festen Platz in den Entscheidungsgremien der Sozialversicherungsträger. Die konkrete Ausgestaltung unterschied sich deutlich zwischen den verschiedenen Zweigen der Sozialversicherung – in der Krankenversicherung auch zwischen den verschiedenen Kassenarten – und unterlag in den nachfolgenden Jahrzehnten vielfältigen Modifikationen (Tennstedt 1977).

Seit mehreren Jahrzehnten wird in Politik und Wissenschaft übereinstimmend eine fortschreitende Ausweitung staatlicher Regulierung und eine zunehmende Einschränkung von Handlungsspielräumen der sozialen Selbstverwaltung konstatiert (z. B. Bogs 1973: 163; Tennstedt 1977; Enquete-Kommission 1990; Klenk et al. 2009; Klenk et al. 2012b; Nullmeier et al. 2012). Stellvertretend für zahllose einschlägige Befunde mag folgende Feststellung stehen: „[...] im Bereich der sozialen Selbstverwaltung [sind] die gesetzlichen Vorgaben so dicht, dass für eigene satzungsrechtliche Regelungen der Sozialversicherungsträger nur wenig Raum bleibt“ (Kluth 1997: 382). Der schleichende Bedeutungsverlust der Selbstverwaltung hat sich in den vergangenen zwei Jahrzehnten spürbar beschleunigt. Die nachfolgend aufgeführten Entwicklungen haben dazu beigetragen.

3.1.1 Erhöhung der Regulierungsdichte durch den Gesetzgeber

Durch eine Erhöhung der Regulierungsdichte hat der Gesetzgeber die Handlungsspielräume der Krankenkassen eingeschränkt. Bereits mit dem Inkrafttreten der Reichsversicherungsordnung im Jahr 1911 waren zahlreiche vormals autonome Handlungsfelder der sozialen Selbstverwaltung gesetzlichen Vorgaben unterworfen worden (Tennstedt 1977: 61). Dieser Trend setzte sich seither fort und erhielt einen zusätzlichen Schub durch den Übergang zur Kostendämpfungspolitik seit Mitte der 1970er-Jahre. Gegenstand staatlicher Eingriffe waren hier vor allem die Ausgabenentwicklung und in diesem Zusammenhang das Leistungsrecht. Wichtiges Handlungsmotiv war zunächst eine Angleichung der jahrzehntelang von berufsständischen Unterschieden geprägten Rechtsansprüche der gesetzlich Krankenversicherten. Dies geschah auch durch eine Einebnung vormaliger Statusunterschiede zwischen den Krankenkassen. Seit Mitte der 1970er-Jahre trat das Ziel hinzu, das Handeln der Krankenkassen stärker an den Zielen der Kostendämpfungspolitik auszurichten, z. B. durch zunehmend restriktive Vorgaben für die Ausgabenentwicklung bei den Krankenkassen.

Deutlich wird dies z. B. bei der allmählichen Verschärfung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität im SGB V. Das Konzept der Beitragssatzstabilität fand in den 1970er-Jahren Eingang in das Krankenversicherungsrecht unter dem Leitbegriff der „einnahmenorientierten Ausgabenpolitik“. Das Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz von 1977 (BGBl. I: 1069) schrieb den Krankenkassen vor, bei der Vereinbarung der kassenärztlichen Gesamtvergütung u.a. „die zu erwartende Entwicklung der durchschnittlichen Grundlohnsumme (...) zu *berücksichtigen*“ (§ 368f Abs. 2 RVO – Hervorh. T.G.). Die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Kassen-

ärztliche Bundesvereinigung hatten unter Berücksichtigung dieser Kriterien einmal jährlich eine Empfehlung über die Veränderung der Gesamtvergütung abzugeben. Seit dem Ende der 1980er-Jahre wurde der Grundsatz der Beitragssatzstabilität fortschreitend schärfer formuliert und auf andere Bereiche der Krankenversorgung ausgeweitet. Mit dem 1988 verabschiedeten Gesundheitsreformgesetz (BGBl. I: 2477) hob der Gesetzgeber die Stabilität der GKV-Beitragssätze explizit in den Rang einer zentralen Zielgröße gesundheitspolitischer Handlung: Die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen sollte ihre jährlichen Empfehlungen nun so ausgestalten, „dass Beitragssatzerhöhungen *vermieden* werden“ (§ 141 Abs. 2 SGB V – Hervorh. T.G.); die Krankenkassen und Leistungserbringer hatten „in den Vereinbarungen über die Vergütung der Leistungen den Grundsatz der Beitragssatzstabilität zu *beachten*“ (§ 71 Abs. 1 SGB V – Hervorh. T.G.).⁸ Die von der rot-grünen Mehrheit 1999 verabschiedete GKV-Gesundheitsreform 2000 (BGBl. I: 2626) fasste den Grundsatz der Beitragssatzstabilität sogar noch schärfer, als dies in den gesundheitspolitischen Reformen der Ära Kohl geschehen war. Nunmehr sollten die Vergütungsvereinbarungen so gehalten sein, „dass Beitragssatzerhöhungen *ausgeschlossen* werden“ (§ 71 Abs. 1 SGB V – Hervorh. T.G.). Mit dem 2007 verabschiedeten GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (BGBl. I: 378) entzog der Gesetzgeber den Krankenkassen mit Wirkung von 2009 an sogar das Recht zur Festsetzung der Beiträge. Seitdem legt die Bundesregierung per Rechtsverordnung – ohne Zustimmung des Bundesrats – einen bundeseinheitlichen (Mindest-)Beitragssatz fest. Die Krankenkassen müssen auftretende Defizite durch einen kassenindividuellen Zusatzbeitrag decken, der allerdings nur von den Versicherten aufzubringen ist. Die Kassen haben damit keinen Einfluss mehr auf die Höhe des Arbeitgeberbeitragsatzes zur gesetzlichen Krankenversicherung.

3.1.2 Bedeutungszuwachs finanzieller Anreize und wettbewerblicher Regulierungsinstrumente

In den vergangenen Jahren wurden verschiedene Reformen in den sozialen Sicherungssystemen umgesetzt, die die Umweltbedingungen, in denen Selbstverwaltung stattfindet, maßgeblich verändert haben. In allen Bereichen der sozialen Selbstverwaltung ist das Vordringen finanzieller Anreize und „ökonomisch-rationaler Begründungsfiguren“ (Klenk 2008a: 256) zu beobachten, während gleichzeitig demokratisch-partizipative Zielsetzungen an Bedeutung verlieren. Im Bereich der GKV haben die Einführung der freien Kassenwahl durch das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) 1992 und der sukzessive Ausbau selektiver Vertragsoptionen die Voraussetzungen, unter denen die Selbstverwaltung agiert, deutlich verändert (z. B. Gerlinger 2002; Götze et al. 2009). Die gesetzlichen Krankenkassen werden immer stärker einem System des regulierten Wettbewerbs unterworfen. Zwar besitzen sie immer noch den Status einer Körperschaft des öffentlichen

⁸ Noch deutlicher kommt die rigide Fassung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität im Übrigen im 1994 verabschiedeten Pflegeversicherungsgesetz (BGBl. I: 1014) zum Ausdruck. Dort heißt es unmissverständlich und lapidar: „Die Pflegekassen stellen (...) sicher, dass ihre Leistungsausgaben die Beitragseinnahmen nicht überschreiten (Grundsatz der Beitragssatzstabilität). Vereinbarungen über die Höhe der Vergütungen, die dem Grundsatz der Beitragssatzstabilität widersprechen, sind unwirksam“ (§ 70 Abs. 2 SGB XI).

Rechts und haben die sich aus ihrem gesetzlichen Auftrag ergebenden gemeinwohlorientierten Versorgungsaufgaben zu erfüllen. Sie sind unter den Bedingungen des Wettbewerbs jedoch zusätzlich dazu angehalten, Marktstrategien zu entwickeln, die das Überleben auf dem Versicherungsmarkt gewährleisten sollen.⁹ Die Kassen werden damit zu „hybriden Organisationen“ (Bode 2003), die sich widersprüchlichen Anforderungen ihrer gesellschaftlichen Umwelt ausgesetzt sehen. Im Selbstverständnis der Kassen zeichnet sich ein Bedeutungsverlust des Solidargedankens ebenso ab wie eine verstärkte Ausrichtung an wettbewerbsstrategischen Überlegungen und den damit einhergehenden gesundheitspolitischen Positionsbestimmungen (Schmöller 2009). Zudem wurden die Krankenkassen in den letzten Jahren partiell dem Wettbewerbs- und Kartellrecht unterworfen (Schmucker 2011). Auch damit nähern sie sich dem Status von Unternehmen an.

3.1.3 Organisationsreform der gesetzlichen Krankenversicherung

Der Gesetzgeber hat durch die mit dem Gesundheitsstrukturgesetz 1992 eingeführte Organisationsreform der gesetzlichen Krankenversicherung den Einfluss der sozialen Selbstverwaltung auf das Handeln der Krankenkassen gravierend eingeschränkt (z. B. Fuchs 2011; Klenk 2012: 80ff.). Mit dieser Reform wurde die Leitungsstruktur der Selbstverwaltung von drei auf zwei Stufen reduziert. Statt der zuvor geltenden Gliederung in Vertreterversammlung, Vorstand und (hauptamtliche) Geschäftsführung existiert seit 1996 ein zweistufiges Modell. Der vormals ehrenamtliche Vorstand und die Geschäftsführung wurden zu einem hauptamtlichen Vorstand zusammengeführt, die Vertreterversammlung wurde in einen Verwaltungsrat mit reduzierter Mitgliederzahl umgewandelt (Fuchs 2011). Die Absicht des Gesetzgebers bestand darin, den Kassen mit der neuen Leitungsstruktur flexiblere, wettbewerbsadäquate Entscheidungsmöglichkeiten zu eröffnen (Dudda 1996) und ihr Handeln insgesamt zu professionalisieren (Deutscher Bundestag 1992: 69). Seitdem hat sich im Hinblick auf die Leitung von Krankenkassen ein Verständnis durchgesetzt, nach dem das operative Geschäft dem Vorstand zuzuordnen ist, während der Verwaltungsrat über Kontroll- und Informationsrechte verfügt sowie über eine Reihe mehr oder weniger deutlich definierter Fragen von grundsätzlicher und strategischer Bedeutung zu entscheiden hat. Allerdings existieren hinsichtlich der genauen Verteilung von Zuständigkeiten zwischen den beiden Gremien häufig auch Unstimmigkeiten. Oft ist die Verteilung der Zuständigkeit zwischen dem hauptamtlichen Vorstand und der ehrenamtlichen Selbstverwaltung Gegenstand kassenspezifischer Aushandlungsprozesse und hängt die jeweilige Grenzziehung von der Organisationskultur in der einzelnen Kasse ab (Nürnberger 2015: 815).

⁹ So waren bei der Schließung der City BKK im Jahre 2011 zahlreiche Krankenkassen bestrebt, die Aufnahme der Mitglieder dieser Kasse zu vermeiden, weil sie fürchteten, damit „schlechte Risiken“ zu übernehmen, die ihnen höhere Kosten und damit Nachteile im Kassenwettbewerb aufbürdeten.

Der Verwaltungsrat einer Krankenkasse, also die soziale Selbstverwaltung, entscheidet seit der mit dem GSG vorgenommenen Organisationsreform über Fragen von grundsätzlicher Bedeutung (§ 197 Abs. 1 SGB V) – man könnte sowohl „nur noch“ als auch „immerhin noch“ sagen, denn auf der einen Seite, stellt die Formel „Fragen von grundsätzlicher Bedeutung“ eine Beschränkung gegenüber der vorherigen Kompetenz, nämlich den Ausschluss von der Gestaltung des operativen Geschäfts, dar, auf der anderen Seite handelt es sich eben um Grundsatzfragen, zu denen immerhin so wichtige Kompetenzen zählen wie die Beschlussfassung über die Satzung und den Haushalt, die Festsetzung des ausschließlich von den Versicherten zu entrichtenden Zusatzbeitrags, die Wahl des hauptamtlichen Vorstands, die Überwachung seiner Tätigkeit, die Beschlussfassung über den Zusammenschluss mit anderen Krankenkassen sowie die Gewährung satzungsmäßiger Mehrleistungen.

Im Zusammenhang mit der wettbewerblichen Ausrichtung ist der Handlungsspielraum der Krankenkassen auf bestimmten Feldern auch erweitert worden. So ist der Katalog an Regelleistungen durch die Vorschriften des Sozialgesetzbuches und deren Konkretisierung durch die Gemeinsame Selbstverwaltung zwar weiterhin für alle Kassen einheitlich festgelegt, darüber hinaus wurden jedoch neue Optionen für die kassenindividuelle Vertrags- und Tarifgestaltung geschaffen. Die Unterscheidbarkeit der einzelnen Kassen soll erhöht werden, indem auf Kassenebene innovative Versorgungsformen und attraktive Tarifangebote entwickelt werden. Dies kann z. B. durch Modellvorhaben (§ 63 SGB V), in der integrierten Versorgung (§ 140a-d SGB V), bei strukturierten Behandlungsprogrammen (§ 137f-g SGB V), in der hausarztzentrierten Versorgung (§ 73b SGB V), in den Bereichen Prävention, betriebliche Gesundheitsförderung und Selbsthilfeförderung (§§ 20, 20a, 20b SGB V) oder auch bei den Leistungen für besonders hilfsbedürftige Versicherte (z. B. Haushaltshilfen) geschehen. Ebenso entscheidet die einzelne Kasse über das Angebot und die Ausgestaltung von Wahlтарifen, in denen Beitragsrückerstattungen und Selbstbehalte angeboten werden. Der auf Kassenebene festzusetzende Zusatzbeitrag bzw. der kassenindividuelle Beitragssatz wird zum wichtigsten (finanziellen) Wettbewerbsparameter. Schließlich hat der Gesetzgeber im Rahmen der Wettbewerbsorientierung die Möglichkeit kassenartenübergreifender Fusionen eröffnet.

All diese entwicklungsstrategischen Entscheidungen einer Kasse bedürfen der Zustimmung durch den Verwaltungsrat. Darüber hinaus nimmt die soziale Selbstverwaltung wichtige Funktionen bei der Wahrung der Rechtsansprüche von Krankenversicherten (Widerspruchsausschüsse) und bei der Sicherstellung der Servicequalität wahr (z. B. Information und Beratung der Versicherten). Dennoch ist die Gestaltungsmacht der sozialen Selbstverwaltung erheblich eingeschränkt. Zum einen handelt es sich beim operativen Geschäft, nicht zuletzt bei der sogenannten Vertragspolitik gegenüber den Leistungserbringern, die allein dem hauptamtlichen Vorstand und dem von ihm geleiteten Verwaltungsapparat obliegt, nicht um ein nachgeordnetes, bloß den von der sozialen Selbstverwaltung gesetzten Rahmen ausfüllendes Handlungsfeld. Vielmehr werden auf dieser Ebene grundsätzliche

Entscheidungen über die Versorgungspolitik der einzelnen Krankenkassen getroffen, die sich dem Zugriff der sozialen Selbstverwaltung häufig entziehen, u.a. weil die Auswirkungen von Versorgungsprogrammen auf den Zugang und die Qualität von Leistungen nicht sichtbar oder überprüfbar sind. Freilich ist diese Entwicklung nicht nur auf die Organisationsreform der Krankenversicherung, sondern – vielleicht noch stärker – auf den Wandel der gesetzlichen Krankenversicherung und damit einhergehende Herausforderungen für die Krankenkassen zurückzuführen: Der – von der Politik und den Krankenkassen selbst gewünschte – Wandel der Kassen vom „payer“ zum „player“ verlangt auf unterschiedlichsten Handlungsfeldern (z. B. Versorgungskonzepte, gesundheitsökonomische Zusammenhänge) ein hohes Maß an Expertenwissen, über das ehrenamtliche Akteure nicht verfügen können. Der gewünschte Zuwachs an versorgungspolitischer Gestaltungsmacht gegenüber den Leistungserbringern kann kassenintern von der Selbstverwaltung nicht oder nur in beschränktem Maße exekutiert werden. Dieses Dilemma führt dazu, dass die Selbstverwaltung sich weitgehend auf Aufsichtsfunktionen gegenüber dem hauptamtlichen Kassenapparat beschränkt. Zum anderen entscheidet die soziale Selbstverwaltung über die Fragen von grundsätzlicher Bedeutung – wie erwähnt – in einem immer stärker von staatlichen Vorgaben und wettbewerblichen Sachzwängen strukturierten Handlungsfeld (Gerlinger 2013).

Die Beispiele zeigen, dass innerhalb des staatlich vorgegebenen Ordnungsrahmens die wettbewerblichen Gestaltungsoptionen der einzelnen Kassen bei der Leistungs-, Versorgungs- und Tarifgestaltung durchaus erweitert wurden. Entsprechend erweitert sich hier das Handlungsfeld der sozialen Selbstverwaltung. Die Gestaltungsmöglichkeiten sind allerdings in eine Wettbewerbsordnung eingebettet, in der das Überleben der Kasse vor allem vom Erfolg kostendämpfender und effizienzsteigernder Strategien abhängt. Die soziale Selbstverwaltung handelt also im Spannungsfeld unterschiedlicher und nicht immer kompatibler Ziele und Handlungsorientierungen. Offen ist, ob sie dabei als eigenständiger Impulsgeber für Maßnahmen agiert, die die Versicherteninteressen stärken, oder ob es zu einer wettbewerbskorporatistischen Indienstnahme der sozialen Selbstverwaltung (Urban 2001: 10) kommt, die v. a. der Verwirklichung staatlicher Politikziele und der Legitimation kassenindividueller Marktstrategien dient.

Darüber hinaus entzog der Gesetzgeber mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz 2007 (GKV-WSG; BGBl. I: 378) mit Wirkung von 2009 den vorherigen Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenkassen den Status einer Körperschaft des öffentlichen Rechts, wandelte sie in Gesellschaften des bürgerlichen Rechts um (§ 212 Abs 1 SGB V) und schuf den neuen Spitzenverband Bund der Krankenkassen („GKV-Spitzenverband“) als einheitliche Spitzenorganisation der gesetzlichen Krankenkassen (§ 217a SGB V).

3.2 Gemeinsame Selbstverwaltung

Die gemeinsame Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen füllt den staatlich gesetzten Handlungsrahmen in der gesetzlichen Krankenversicherung nach staatlich festgesetzten Entscheidungsregeln aus. Sie setzt damit untergesetzliches Recht und konkretisiert die staatlichen Rahmenvorgaben. Dies geschieht zum einen durch die Institutionen der gemeinsamen Selbstverwaltung, allen voran durch den Gemeinsamen Bundesausschuss, sowie durch die Verträge – vor allem Kollektivverträge – der Krankenkassen mit den Leistungserbringern bzw. den Verbänden auf beiden Seiten (Rosenbrock/Gerlinger 2014). Zugleich unterliegt sie – wie die soziale Selbstverwaltung auch – der staatlichen Rechtsaufsicht im Bund oder in den Ländern. In der Beschränkung staatlicher Aufsichtskompetenzen auf eine Rechtsaufsicht kommt im Vergleich zu den Behörden des Bundes und der Länder, die einer Fachaufsicht unterliegen, das größere Maß an Eigenständigkeit der gemeinsamen Selbstverwaltung zum Ausdruck (Beschorner 2015). Wie weit bzw. wie eng der Staat den Handlungsrahmen der gemeinsamen Selbstverwaltung steckt, ist immer wieder Gegenstand von Auseinandersetzungen zwischen dem Staat und den Interessengruppen im Gesundheitswesen. Die Handlungsfelder und Aufgaben der gemeinsamen Selbstverwaltung wandelten sich dabei maßgeblich in Abhängigkeit von den staatlicherseits verfolgten Regulierungsstrategien.

Anders als die soziale Selbstverwaltung stand die gemeinsame Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen nicht an der Wiege der GKV, sondern hat sich erst im Verlauf des ersten Drittels des 20. Jahrhunderts – im Zuge der Konflikte zwischen dem Hartmannbund und den Krankenkassen und der darauf bezogenen staatlichen Regulierungsbemühungen – herausgebildet (z. B. Göckenjan 1985). Die wohl wichtigste Wegmarke war die Gründung der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) durch die Brüningsche Notverordnung vom 8.12.1931, mit der für die ambulante Versorgung in der GKV das Kollektivvertragssystem etabliert wurde. Das Gesetz über das Kassenarztrecht aus dem Jahre 1955 stellte nach den Eingriffen unter dem Nationalsozialismus und den Diskussionen über die Neuordnung der gesetzlichen Krankenversicherung in den ersten Nachkriegsjahren das am Ende der Weimarer Republik geltende Regelungssystem weitgehend wieder her. Dabei blieb die gemeinsame Selbstverwaltung weitgehend auf die kassenärztliche Versorgung beschränkt. Die Krankenhausversorgung und andere Bereiche der Krankenversorgung blieben in wichtigen Bereichen zunächst außen vor.

Seit Gründung der Bundesrepublik Deutschland wurden die Handlungsfelder der gemeinsamen Selbstverwaltung erheblich ausgeweitet (Döhler/Manow-Borgwardt 1992a; Döhler/Manow-Borgwardt 1992b). Dies kommt vor allem im Bedeutungszuwachs des Gemeinsamen Bundesausschusses und seiner historischen Vorläufer zum Ausdruck (Urban 2001). Der Aufgabenzuschnitt und die Funktion der gemeinsamen Selbstverwaltung und ihr Wandel seit den 1970er-Jahren stehen in engem Zusammen-

hang mit dem Wandel der Regulierungsstrategien in der Krankenversicherungspolitik. Es lassen sich hier zwei Phasen der Gesundheitspolitik unterscheiden: eine Phase der strukturkonservierenden Kostendämpfungspolitik, die bis 1992 reichte, und eine Phase wettbewerblicher Strukturreformen, die 1992 mit der Verabschiedung des Gesundheitsstrukturgesetzes begann und bis in die Gegenwart andauert (Rosenbrock/Gerlinger 2014). Beide Phasen berührten in spezifischer Weise die Aufgaben und die Funktion der gemeinsamen Selbstverwaltung.

In der ersten Phase der Kostendämpfungspolitik war es ein wichtiges Ziel des Bundesgesetzgebers, die Position der Krankenkassen gegenüber den Leistungsanbietern, insbesondere gegenüber den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), zu stärken. Dahinter stand der Befund, dass Krankenkassen und Leistungserbringer nicht über – wie es seinerzeit häufig hieß – „gleich lange Spieße“ verfügten und genau darin ein wichtiger Grund für den Ausgabenanstieg in der GKV zu suchen sei (z. B. Enquête-Kommission 1990). Diese Stärkung der Kassenseite wollte der Gesetzgeber u. a. erreichen, indem er die Verhandlungspositionen der Kassenarten einander anglich, um es den KVen zu erschweren, die Krankenkassen gegeneinander auszuspielen. So verlagerte er die Vertragsverhandlungen mit den KVen bei den Primärkassen von den Einzelkassen auf die Ebene der Landesverbände. Gleichzeitig erweiterte er den Geltungsbereich der Richtlinien und Entscheidungen des damaligen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen, dessen Richtlinien und Entscheidungen für das ambulante Leistungsgeschehen in der GKV von zentraler Bedeutung waren, von den Primärkassen auf alle Kassenarten. Damit wurden auch die Ersatzkassen umfassend in die gemeinsame Selbstverwaltung eingebunden, und es kam zu einer Unitarisierung der gesetzlichen Krankenkassen (Gerlinger 2008). Im Kern hielt der Gesetzgeber am bisherigen Kollektivvertragssystem fest und war bemüht, die Verbände der beteiligten Akteure in die Strategien der Kostendämpfung einzubeziehen („Korporatisierung“ – Döhler/Manow 1997). Wirkliche Strukturreformen blieben bis zum Ende der 1980er-Jahre – auch mit Blick auf die gemeinsame Selbstverwaltung – aus (Rosewitz/Webber 1990).

Mit dem in der ersten Hälfte der 1990er-Jahre einsetzenden Übergang zum „regulierten Wettbewerb“ in der GKV wandelte sich auch die Rolle der gemeinsamen Selbstverwaltung. Es war, wie bereits erwähnt, das 1992 verabschiedete Gesundheitsstrukturgesetz (GSG), das die Weichen in diese gesundheitspolitische Richtung stellte. Mit dieser Reform wurde eine neue Dimension der ökonomischen Überformung individueller Entscheidungen der Akteure eingeleitet (Schimank/Volkman 2008).¹⁰

Der mit den Weichenstellungen des GSG beschrittene Weg wurde in der Folgezeit in einer Vielzahl inkrementeller Reformen weiterverfolgt. Im Zentrum dieses Wandels steht die Etablierung einer Wettbewerbsordnung in

¹⁰ Zwar waren ökonomische Interessen auch zuvor für das Akteurshandeln sehr bedeutsam gewesen. Neu an dem nun im Aufbau begriffenen Regulierungssystem war allerdings, dass es die Akteure darauf orientierte, diese ökonomischen Interessen vorrangig auf dem Weg der Leistungsbegrenzung und nicht dem der Leistungsausweitung zu verfolgen. In der Folge wurden viele Leistungsanbieter und insbesondere die Krankenkassen mit einem Netz entsprechender Handlungszwänge überzogen (s. hierzu Lindblom 1982).

der GKV („managed competition“ oder „regulated competition“), die eine effiziente Versorgung ermöglichen soll. Die mit dem GSG auf den Weg gebrachten Veränderungen erfuhren dabei eine Reihe von Ergänzungen.

Zunächst wurden die Wettbewerbsbeziehungen, die zunächst auf die mit der Einführung der freien Kassenwahl um Versicherte konkurrierenden Krankenkassen beschränkt waren, in den Folgejahren nach und nach auf die Beziehungen zwischen Krankenkassen und Leistungsanbietern („Vertragswettbewerb“) ausgeweitet. Das wichtigste Instrument zur Implementierung dieses Wettbewerbs war die Einführung von Selektivverträgen, also Verträgen mit einzelnen oder Gemeinschaften von Leistungsanbietern, für die das bisher kollektivvertraglich ausgerichtete Regulierungssystem partiell geöffnet wurde (z. B. Götze et al. 2009). Diese Öffnung erfolgte in bestimmten Segmenten der ambulanten Versorgung (hausarztzentrierte Versorgung, besondere (fach-)ärztliche Versorgung) und in der sektorenübergreifenden Versorgung (integrierte Versorgung und strukturierte Behandlungsprogramme für bestimmte chronische Erkrankungen, beides u. a. unter Beteiligung von Krankenhäusern), später auch in der Arzneimittel- (Rabattverträge für Generika) und der Hilfsmittelversorgung (Ausschreibungen). Damit bildete sich ein Nebeneinander von kollektivvertraglich und einzelvertraglich regulierten Versorgungsbereichen heraus. Der Bedeutungsverlust des kollektivvertraglichen Rahmens sowie damit verbundener Vertragsmonopole und Kontrahierungszwänge war politisch gewollt, denn aus Sicht des Gesetzgebers behinderten diese Merkmale die Entwicklung innovativer Versorgungsangebote und damit die angestrebte Effizienzsteigerung in der medizinischen Versorgung. Selektivverträge hingegen würden – so die Erwartung – Leistungsanbieter unter Druck setzen, weil sie untereinander um den Abschluss von Versorgungsverträgen mit den Krankenkassen konkurrieren würden und daher bestrebt sein müssten, ihr Leistungsangebot im Hinblick auf Preis und Qualität zu verbessern. Allerdings wird auch gegenwärtig der überwiegende Teil der Leistungen noch auf der Grundlage von Kollektivverträgen und Kontrahierungszwängen erbracht.

Der Trend zu einer Liberalisierung des Vertragsrechts führte allerdings nicht dazu, dass kollektiv verbindliche Regelungen für die Steuerung der GKV an Bedeutung verloren. Vielmehr wurde und wird die Einführung und allmähliche Ausweitung von Elementen des regulierten Wettbewerbs von einer Ausweitung hierarchischer Steuerung in der GKV begleitet. Deren Hauptakteure sind der Gesetz- und Verordnungsgeber, insbesondere das Bundesministerium für Gesundheit (BMG), einerseits und – in dessen Auftrag – die Akteure der gemeinsamen Selbstverwaltung auf Bundesebene andererseits, insbesondere der Gemeinsame Bundesausschuss.

Diese Ausweitung staatlicher Intervention kommt vor allem darin zum Ausdruck, dass der Gesetzgeber der GKV einen zunehmend restriktiven Finanzrahmen setzte (Budgets, Verschärfung des Grundsatzes der Beitragsatzstabilität) und die Finanzautonomie der Krankenkassen zunehmend einschränkte. Des Weiteren bedient sich der Bundesgesetzgeber einer vielgestaltigen prozeduralen Steuerung. Durch die Veränderung von Verfahrens- und Entscheidungsregeln, durch die Zuweisung oder den Entzug

von Kompetenzen, durch die Erweiterung und Einschränkung von Handlungsoptionen, zum Teil auch durch die Bildung neuer Institutionen konfiguriert er die Interessenlagen der Akteure und stattet sie mit Machtressourcen aus. Dies soll die Wahrscheinlichkeit erhöhen, dass die in den GKV-Gremien zu treffenden Regelungen mit den staatlichen Zielsetzungen kompatibel sind.

Außerdem überzieht der Gesetzgeber die gemeinsame Selbstverwaltung der GKV mit einem immer dichteren Netz gesetzlicher Vorschriften. Gegenstand solcher Regelungen sind insbesondere die Vergütung vertragsärztlicher und stationärer Leistungen sowie die Qualitätssicherung. Auf beiden Feldern entsteht ein hochgradig ausdifferenziertes Vorschriftenwerk. Diese staatliche Regelung wird noch ergänzt durch ein weit komplexeres Regelwerk der zentralisierten korporatistischen Regulierungsgremien, insbesondere des Gemeinsamen Bundesausschusses. Die Qualitätssicherung, die bis zum Ende der 1980er-Jahre weitgehend eine Angelegenheit der ärztlichen Selbstverwaltung gewesen und noch kaum durch gesetzliche Bestimmungen reguliert worden war, wird nun überhaupt erst als politisches Handlungsfeld konstituiert. Diese Interventionen sollten dazu beitragen, antizipierte oder wahrgenommene Strategien zur Umgehung gesetzlicher Regelungen vor allem durch die Leistungsanbieter zu verhindern oder zumindest einzuschränken. Wettbewerb und verstärkte hierarchische Intervention gehen also Hand in Hand (Gerlinger 2002; Rothgang et al. 2010b). Bei diesen Aktivitäten handelt es sich um eine die Liberalisierung flankierende Re-Regulierung, die auch auf anderen Politikfeldern anzutreffen ist (Vogel 1996).

Zwar macht sich die Zunahme staatlicher Intervention für die auf der Makro- und der Meso-Ebene fortbestehenden korporatistischen Verhandlungssysteme der gemeinsamen Selbstverwaltung als eine Einschränkung von Handlungsspielräumen bemerkbar. Jedoch überträgt der Gesetzgeber der gemeinsamen Selbstverwaltung nach wie vor gezielt Handlungskompetenzen. Dies wird besonders deutlich im Bedeutungszuwachs des Gemeinsamen Bundesausschusses. Die gemeinsame Selbstverwaltung wird mit einer wachsenden Zahl von Aufgaben betraut, insbesondere auf dem Gebiet der Qualitätssicherung und bei der Ausarbeitung von Vergütungsregeln, und unterliegt dabei restriktiven staatlichen Vorgaben. Daneben existieren eine Reihe von mit speziellen Aufgaben betrauten Gremien und Institutionen, in denen die Parteien der gemeinsamen Selbstverwaltung kollektiv verbindliche Entscheidungen für alle Akteure in der gesetzlichen Krankenversicherung treffen oder die den Gemeinsamen Bundesausschuss bei seiner Aufgabenerfüllung unterstützen. Insbesondere seit den 2000er-Jahren hat sich die Zahl dieser Einrichtungen beträchtlich erhöht, wobei sich die Qualitätssicherung als ein besonders bedeutsames Handlungsfeld erweist.¹¹

¹¹ Zu diesen Einrichtungen zählen u.a. der Bewertungsausschuss, das Institut des Bewertungsausschusses, das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus, das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen sowie das Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen.

Für die Aufgabenfelder und Funktionen der gemeinsamen Selbstverwaltung unter Bedingungen der Bürgerversicherung sind grundsätzlich eine Reihe von Optionen denkbar. Sie reichen von einer weitgehenden Rücknahme ihrer Funktionen im Rahmen eines überwiegend wettbewerblich organisierten und schwach regulierten Krankenversicherungs- und -versorgungssystems bis hin zu einer unmittelbaren Staatsanbindung mit Behördencharakter im Rahmen eines staatlich ausgerichteten Gesundheitssystems. Welche Option der Gesetzgeber wählt, ist unabhängig von der Frage nach dem Versichertenkreis und den Finanzierungsmodalitäten der Krankenversicherung. Eine Bürgerversicherung prädestiniert also keine bestimmte Rolle für die gemeinsame Selbstverwaltung; diese ist vielmehr abhängig von den ordnungspolitischen Entscheidungen des Gesetzgebers.

Von einem Übergang zu einer Bürgerversicherung sind einstweilen keine gravierenden Änderungen für die gemeinsame Selbstverwaltung zu erwarten, denn zum einen bekennen sich alle Parteien und Verbände, die eine Bürgerversicherung befürworten, zum gegliederten System der Krankenversicherung, zum anderen stößt die Politik des regulierten Wettbewerbs auch unter den Verfechtern einer Bürgerversicherung – trotz mancher Kritik – auf eine breite Unterstützung. Zudem wird die Wahrnehmung von Steuerungsaufgaben durch die gemeinsame Selbstverwaltung im Lichte einer weit verbreiteten Anti-Staats-Rhetorik häufig als Ausdruck staatsferner Regulierung gewürdigt und in dieser Hinsicht von einem breiten Konsens getragen (hierzu: Gerlinger 2012). Ein Funktionswandel der gemeinsamen Selbstverwaltung ist also auch bei Einführung einer Bürgerversicherung nicht zu erwarten.

Dennoch könnten mit einem solchen Schritt Veränderungen für die gemeinsame Selbstverwaltung einhergehen, insbesondere wenn – wie SPD und Bündnis 90/Die Grünen vorschlagen – auch private Krankenversicherer Zugang zu einer Bürgerversicherung erhielten. In diesem Fall würde die Heterogenität der Kassenseite wachsen und könnten Einigungsprozesse zwischen den Krankenkassen erschwert werden. Grundsätzlich entstünde mit einer solchen Entscheidung das Problem, dass Private strukturell an der Setzung untergesetzlichen Rechts im Bereich der Krankenversicherung beteiligt und ihnen damit hoheitliche Aufgaben übertragen würden. Welche Auswirkungen der Zugang von gewinnorientierten Unternehmen zu Entscheidungen der Gemeinsamen Selbstverwaltung hätte, lässt sich nur schwer abschätzen. Grundsätzlich kann man den Einzug der Gewinnorientierung mit guten Gründen als eine Gefahr für den Solidarcharakter der GKV ansehen, weil finanzielle Partikular- und kurzfristige Renditeinteressen an Bedeutung gewinnen würden. Allerdings sind auch bereits im existierenden Rahmen der gemeinsamen Selbstverwaltung starke finanzielle Interessen präsent. Ob und inwieweit Private die Möglichkeit erhalten, ihre Interessen bei der Beteiligung an der gemeinsamen Selbstverwaltung gegen den Solidarauftrag der gesetzlichen Krankenversicherung zur Geltung zu bringen, ist aber entscheidend abhängig von den gesetzlichen Rahmenvorgaben. Die Formulierung eines umfassenden Leistungskatalogs und die

gesetzliche Verpflichtung der Beteiligten auf ein einheitliches und gemeinsames Handeln könnten derartigen Bestrebungen Grenzen setzen. Allerdings verblieben den Krankenkassen Möglichkeiten zur Verfolgung finanzieller Partikularinteressen innerhalb des vom Gesetzgeber gesetzten Rechtsrahmens.

4 Legitimität und Legitimationsgrundlagen der Selbstverwaltung

Legitimität bezeichnet eine „Eigenschaft politischer Herrschaft – ihre Anerkennung und Anerkennungswürdigkeit“ (Emde 1991: 27). Dass Institutionen und ihr Handeln als legitim anerkannt werden, ist eine Kernbedingung ihrer Existenz. Institutionen, die ihre Existenz und ihr Handeln nicht rechtfertigen können, sind – zumindest in mittlerer oder längerer Sicht – in ihrem Bestand gefährdet. Während es sich bei Legitimität um einen zustandsbezogenen Begriff handelt, steht „Legitimation für den Prozeß des Zustandekommens von Legitimität“ (Emde 1991: 27f.), ist also „ein verfahrensbezogener Begriff“ (Emde 1991: 28). Dabei lässt sich zwischen einer normativen und einer empirischen Legitimation eines bestimmten Institutionentyps, seiner Organe und der von ihnen getroffenen Entscheidungen unterscheiden. Die normative Legitimation bezeichnet deren Anerkennungswürdigkeit im Lichte übergreifender Handlungsimperative, z. B. demokratischer Prinzipien. Als empirische Kategorie bezieht sich Legitimation auf die de facto gegebene Anerkennung einer politisch-administrativen Ordnung durch die beteiligten Akteure und damit auf deren Legitimationsüberzeugungen (vgl. hierzu: Klenk 2008a: 45ff.).

In der Politikwissenschaft ist die Unterscheidung zwischen einer Input- und einer Output-Legitimation gängig (Scharpf 1999: 17ff.; Scharpf 2004). An ihr orientieren sich auch die folgenden Darlegungen. Zentraler Bezugspunkt für die Input-Legitimation ist die Übereinstimmung von Entscheidungsprozessen mit den grundlegenden prozeduralen Regeln einer Herrschaftsordnung. Im parlamentarisch-demokratischen System der Bundesrepublik Deutschland ist für deren Institutionen und Organe sowie für deren Entscheidungen nach dem Grundgesetz damit das Demokratieprinzip von herausragender Bedeutung. Somit sind demokratische Verfahren der Willensbildung und Entscheidungsfindung ein zentrales Merkmal der Input-Legitimation. Allerdings stellt die Bezugnahme auf die Präferenzen der Bevölkerung allein keine ausreichende Legitimationsgrundlage für politische Entscheidungen dar, denn zum einen können die „empirisch feststellbaren Präferenzen der [...] Mitglieder eines Gemeinwesens durch Informationsdefizite, Denkfaulheit, desorientierende Medien oder politische Demagogie verzerrt sein“ (Scharpf 2004: 5), zum anderen gibt es keine geeignete Entscheidungsregel, aus der sich die angemessene Aggregation divergenter individueller Präferenzen herleiten ließe (ebda.). Erst „die reale Gemeinschaftsorientierung der Mitglieder“, also „eine solidarische Umorientierung bei der Bildung der eigenen Präferenzen“ (ebda.), lässt neben der demokratischen Eigenschaft der Verfahren demzufolge eine Input-Legitimität von Entscheidungen als möglich erscheinen, wenn den Betroffenen unkompenzierte Lasten auferlegt werden (ebda.).

Im Unterschied dazu bezieht sich die Output-Legitimation auf die Inhalte der Politik. Output-Legitimität erwächst aus den Ergebnissen der getroffenen Entscheidungen. Hier lassen sich eine negative und eine positive Stoßrichtung unterscheiden (Scharpf 2004: 6): In negativer Hinsicht ist sie daran gebunden, dass ein Machtmissbrauch vermieden werden soll, in positiver

Hinsicht hat sie zur Voraussetzung, dass die getroffenen Entscheidungen das Gemeinwohl fördern, also Probleme lösen, die Effektivität und Effizienz von Institutionen erhöhen, aber z. B. auch die individuelle Freiheit und Autonomie von Betroffenen stärken.

Die *verfassungsrechtliche* Diskussion richtet ihre Aufmerksamkeit primär auf die Input-Legitimation der sozialen Selbstverwaltung in der Sozialversicherung als Teil der funktionalen Selbstverwaltung (Kluth 1997). Die funktionale Selbstverwaltung zeichnet sich vor allem dadurch aus, dass sie aus der unmittelbaren Staatsverwaltung ausgegliedert ist, ihre Träger eine öffentliche Rechtsform haben, über vom Gesetzgeber eingeräumte Handlungsspielräume in einem abgegrenzten Aufgabenbereich verfügen und der staatlichen Rechtsaufsicht unterliegen (Kluth 1997: 12ff.; Klenk 2008b: 3). Umstritten ist in der verfassungsrechtlichen Diskussion, wie sich die Existenz einer Selbstverwaltung im Lichte des Demokratieprinzips legitimieren lässt. Drei Sichtweisen lassen sich dabei unterscheiden (s. hierzu und zum Folgenden z. B.: Kluth 2001; Bieback 2015): Eine erste Lesart geht von einem sehr weiten Anwendungsbereich des Prinzips der Volkssouveränität aus. Volkssouveränität als Wille eines einheitlichen Staatsvolks muss demzufolge nicht allein im Wahlakt, sondern auch in der Ausgestaltung der Staatsverwaltung zum Ausdruck kommen. Diese Perspektive lehnt sich eng an das Postulat einer Einheit der Staatsgewalt an. Die funktionale Selbstverwaltung, also die Beauftragung ausschließlich von Betroffenen zur Regelung eigener Angelegenheiten, als eigenständiger Verwaltungstyp steht aus einer solchen Perspektive in einem Spannungsverhältnis zur Demokratie. Die Legitimation der Selbstverwaltung erscheint hier in der Tendenz als defizitär, und daher ist die Wahl oder Bestellung ihrer Mitglieder an besonders hohe Voraussetzungen geknüpft. In jedem Fall verlangt eine solche Interpretation eine enge Bindung der funktionalen Selbstverwaltung an parlamentarische Entscheidungen.

Eine zweite Perspektive sieht bereits in der Gemeinschaft der Mitglieder einer Selbstverwaltungskörperschaft – gleichsam als „Verbandsvolk“ – ein originäres Legitimationssubjekt (Emde 1991: 363ff.), das keiner weiteren Legitimation durch das Gesamtvolk als Souverän bedarf, und schreibt der funktionalen Selbstverwaltung damit eine autonome Legitimation zu.

Eine dritte Interpretation betont mit Blick auf das Demokratieverständnis den Gesichtspunkt der Identität von Regelungssubjekten und Regelungsobjekten. Demokratie wird hier als Selbstherrschaft Betroffener gefasst, die nicht in jeder Hinsicht unmittelbar an den Willen eines gesamten Staatsvolkes rückgebunden sein muss. Vielmehr erscheint die Regelung eigener Angelegenheiten durch betroffene Teile des Staatsvolkes als Ausdruck bzw. Ergänzung der Demokratie. Eine entsprechende Zuweisung von Regelungskompetenzen an betroffene Teile des Staatsvolkes ist aus dieser Perspektive vertretbar, wenn nicht sogar geboten. Aus dieser Sicht bedingen sich Demokratie und die mit der Schaffung einer funktionalen Selbstverwaltung – die Selbstverwaltung in der gesetzlichen Krankenversicherung eingeschlossen – einhergehende Verwaltungsdezentralisierung wechselseitig. Freilich basiert auch aus dieser Perspektive der Handlungsspiel-

raum der Selbstverwaltung auf gesamtstaatlichen Entscheidungen: Die Selbstverwaltung in der Sozialversicherung stellt „einen eigenen Typus demokratisch durch die Betroffenen legitimierter Verwaltung [dar], der aber seine Grundlagen, Ausgestaltung und Grenzen immer vom gesamtstaatlichen Gesetzgeber ableiten muss“ (Bieback 2015: 13).

Im Hinblick auf die Legitimation der funktionalen Selbstverwaltung wird gemeinhin zwischen einer personellen Legitimation, also der Legitimation der – gewählten oder bestellten – Entscheidungsträger, und einer sachlich-inhaltlichen Legitimation, also der Legitimation der getroffenen Entscheidungen selbst, unterschieden (z. B. Kluth 1997: 373ff.; Kluth 2001: 28ff.; Böckenförde 2004; ; Reit 2015: 766ff.; Schuler-Harms 2015: 37ff.). Für die Gewährleistung der sachlich-inhaltlichen Legitimation stehen unterschiedliche Mechanismen zur Verfügung, z. B. die Bindung von Organen an das Recht oder die staatliche Rechtsaufsicht, die ihrerseits von personell legitimierten Amtspersonen durchgeführt werden muss.

Zur Charakterisierung des demokratischen Legitimationsbedarfs der funktionalen Selbstverwaltung hat Böckenförde den Begriff der „ununterbrochenen Legitimationskette“ geprägt (Böckenförde 2004: Rdnr. 11ff.). Demzufolge muss das Handeln der Selbstverwaltung sowohl in personeller als auch in sachlich-inhaltlicher Hinsicht durch eine solche Legitimationskette auf den Volkswillen zurückführbar sein. Das Legitimationstheorem hat auch die Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts stark geprägt, allerdings hat es in seiner jüngeren Rechtsprechung auch Möglichkeiten für andere Formen der Legitimation eröffnet:

„Außerhalb der unmittelbaren Staatsverwaltung und der in ihrem sachlich-gegenständlichen Aufgabenbereich nicht beschränkten gemeindlichen Selbstverwaltung ist das Demokratiegebot offen für andere, insbesondere vom Erfordernis lückenloser personeller demokratischer Legitimation aller Entscheidungsbefugten abweichende Formen der Organisation und Ausübung von Staatsgewalt. [...] Im Rahmen der repräsentativ verfassten Volksherrschaft erlaubt das Grundgesetz auch besondere Formen der Beteiligung von Betroffenen bei der Wahrnehmung öffentlicher Aufgaben. [...] Die funktionale Selbstverwaltung ergänzt und verstärkt insofern das demokratische Prinzip. Sie kann als Ausprägung dieses Prinzips verstanden werden, soweit sie der Verwirklichung des übergeordneten Ziels der freien Selbstbestimmung aller [...] dient. Demokratisches Prinzip und Selbstverwaltung stehen unter dem Grundgesetz nicht im Gegensatz zueinander. [...] Sowohl das Demokratieprinzip in seiner traditionellen Ausprägung einer ununterbrochen auf das Volk zurückzuführenden Legitimationskette für alle Amtsträger als auch die funktionale Selbstverwaltung als organisierte Beteiligung der sachnahen Betroffenen an den sie berührenden Entscheidungen verwirklichen die sie verbindende Idee des sich selbst bestimmenden Menschen in einer freiheitlichen Ordnung (Art. 1 Abs. 1 GG [...]). Das demokratische Prinzip des Art. 20 Abs. 2 GG erlaubt deshalb, durch Gesetz – also durch einen Akt des vom Volk gewählten und daher klassisch demokratisch legitimierten parlamentarischen Gesetzgebers – für abgegrenzte Be-

reiche der Erledigung öffentlicher Aufgaben besondere Organisationsformen der Selbstverwaltung zu schaffen“ (BVerfGE 107, 59 (91ff.)).

Für die Existenz einer Selbstverwaltung in der gesetzlichen Krankenversicherung werden sowohl input- als auch output-bezogene Argumente herangezogen. Allerdings ist die Unterscheidung von Input- und Output-Legitimation nicht immer trennscharf.

5 Input-Legitimation

5.1 Die Input-Legitimation der sozialen Selbstverwaltung

Im Zentrum der Input-Legitimation von Selbstverwaltung steht die Partizipation der Betroffenen: „Selbstverwaltung ist eine Form der kollektiven Selbstbestimmung einer Gruppe der Gesellschaft bei der Erfüllung einer Verwaltungsaufgabe, die sie in besonderer Weise in ihren Interessen betrifft“ (Gross 1999: 141). Die Selbstverwaltung „bezieht ihre Rechtfertigung in erster Linie aus den Chancen der Partizipation an staatlicher Gestaltung“ (Reiter 1987: 621). Die Idee der Betroffenenpartizipation verkörpert insofern eine Realisierung des Leitbilds gesellschaftlicher Selbstbestimmung und stellt einen „besonderen Realisationsmodus des demokratischen Prinzips“ (Francke/Hart 2001: 145) dar.¹² Als Teil der funktionalen Selbstverwaltung ist die Selbstverwaltung bei den Sozialversicherungsträgern einschließlich der GKV zugleich auf die Wahrnehmung von Aufgaben in dem betreffenden Handlungsfeld beschränkt (Kluth 1997: 242ff.). Die Legitimation der Selbstverwaltung bezieht sich also stets auf einen entsprechend abgegrenzten Verantwortungsbereich (Heinig 2008: 491).

Dabei steht das Konzept der Betroffenenpartizipation allerdings auch im Widerspruch zur Vorstellung der – in parlamentarischen Systemen territorial organisierten – Gleichheit aller Bürgerinnen und Bürger (Klenk et al. 2012b), beinhaltet sie doch andere Mechanismen der Inklusion und Exklusion beim Zugang zu Entscheidungen. Bereits mit dem Modus der paritätischen Selbstverwaltung wird diese Idee der Gleichheit durchbrochen, denn damit erhalten bestimmte Gruppen (z. B. Arbeitgeber) privilegierten Zugang zu den Entscheidungsgremien. Ungeachtet dieser Einschränkungen des Demokratieprinzips müssen bei der Ausgestaltung des gewählten Partizipationsmodus die Verfahren zur Auswahl der Entscheidungsträger und die Verfahren der Entscheidungsfindung in der Selbstverwaltung demokratischen Kriterien genügen. Die Entscheidung über die Delegation von Aufgaben an bestimmte Gruppen muss also ebenso demokratisch legitimiert sein wie die Wahrnehmung dieser Aufgaben durch die Empfänger delegierter Kompetenzen (s. Tabelle 3).

Genau hieran knüpft die vielstimmige Kritik an der sozialen Selbstverwaltung an. Seit Jahrzehnten werden ihr, häufig im Rhythmus mit den alle sechs Jahre durchgeführten Sozialwahlen, diesbezüglich zahlreiche Funktionsdefizite zugeschrieben: Der weit verbreitete Modus der Friedenswahlen sei undurchschaubar und undemokratisch; die Arbeit der Selbstverwaltung sei intransparent; sie stoße bei den Versicherten auf Desinteresse, was sich auch an der geringen Wahlbeteiligung ablesen ließe; die Interessen der Versicherten und erst recht die der Patienten seien in der Selbstverwaltung nicht ausreichend repräsentiert (vgl. aus der kaum noch überschaubaren Literatur z. B.: Standfest 1977; Bogs/von Ferber 1977; Enque-

¹² Ähnlich auch Kluth (1997: 238): „Die Selbstverwaltung stellt mit für sie typischen Zuweisung von Partizipationsmöglichkeiten an einen qualifizierten Kreis von Betroffenen einen besonderen Modus der Gemeinwohlkonkretisierung dar.“

te-Kommission 1990; Braun et al. 2009). Insbesondere die sinkende Wahlbeteiligung wurde zum Anlass genommen, die Sozialwahlen und die Selbstverwaltung insgesamt in Frage zu stellen (z. B. Braun et al. 2009).

Tabelle 3 Voraussetzungen der Input-Legitimation von Selbstverwaltung

Allgemeine Merkmale	Operationalisierungen für die Selbstverwaltung
<ul style="list-style-type: none"> • Demokratie • Partizipation • Transparenz • Integration • Zurechenbarkeit 	<ul style="list-style-type: none"> • angemessene Beteiligung betroffener Gruppen an den Entscheidungen • (Rück-)Verlagerung von Entscheidungskompetenzen in die Gesellschaft • demokratische Prinzipien bei der Auswahl von Entscheidungsträgern • Transparenz bei der Auswahl von Entscheidungsträgern • Transparenz der Selbstverwaltertätigkeit

Quelle: eigene Darstellung



5.2 Historischer Wandel der Legitimationsmuster für die Selbstverwaltung

Die demokratische Qualität von Entscheidungen ist heute von zentraler Bedeutung für die Legitimation der Selbstverwaltung. Das war nicht immer so. Vielmehr unterlag sie seit dem 19. Jahrhundert manchen Wandlungen. Dabei unterschieden und unterscheiden sich die Legitimationsmuster der Selbstverwaltung zwischen den Akteuren zum Teil erheblich (Heffter 1969; Tennstedt 1977). Der Begriff der Selbstverwaltung wurde „immer schon mit heterogenen, zum Teil konträren Interpretationen gefüllt und für unterschiedliche politische Zwecke genutzt“ (Klenk 2006: 275). Dabei rückten in einzelnen Zeitabschnitten unterschiedliche Legitimationsmuster in den Vordergrund und veränderten sich die Positionsbestimmungen der diversen Akteure auch im Zeitverlauf, vor allem in Abhängigkeit von ihren jeweiligen Interessen.

Bei der Gründung der gesetzlichen Krankenversicherung spielte die demokratische Qualität der neu geschaffenen Institutionen keine Rolle. Zwei Gesichtspunkte standen seinerzeit im Vordergrund:

1. Die Etablierung der Selbstverwaltung lag in der Konsequenz der pragmatischen Entscheidung, bei der Organisation der gesetzlichen Krankenversicherung auf die bereits existierenden Institutionen und deren Leitungsstrukturen zurückzugreifen (Tennstedt 1977; Ritter 1983; Reidegeld 2006a).
2. Die betroffenen gesellschaftlichen Gruppen sollten an der Gestaltung der neuen Institutionen beteiligt werden, auch um deren Erfolg sicherzustellen. So heißt es in der berühmten Kaiserlichen Botschaft vom 17. November 1881, die der Gründung der Sozialversicherung in Deutsch-

land vorausging: „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“ (zit. n. Stolleis 1976: 105f.). Insofern lag der Schaffung einer Selbstverwaltung in der Gründungsphase der gesetzlichen Krankenversicherung eine pragmatische Entscheidung für Integration durch Partizipation, nicht aber eine Orientierung am Leitbild der Demokratie zugrunde.

Die Sitzverteilung in den Selbstverwaltungsorganen orientierte sich in den Anfangsjahrzehnten der gesetzlichen Krankenversicherung an der Verteilung der Beitragslast. So stellte das Gründungsdokument der gesetzlichen Krankenversicherung, das „Gesetz, betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter“ vom 15. Juni 1883, einen engen Zusammenhang zwischen den Finanzierungsanteilen – zwei Drittel der Beiträge wurden seinerzeit von den Arbeitnehmern, ein Drittel von den Arbeitgebern aufgebracht – und den Stimmrechten von Arbeitnehmern und Arbeitgebern in den damaligen Selbstverwaltungsorganen, der Generalversammlung und dem Vorstand, her, indem es für die Ortskrankenkassen vorsah:

„Arbeitgeber, welche für die von ihnen beschäftigten Mitglieder einer Orts-Krankenkasse an diese Beiträge aus eigenen Mitteln zu zahlen verpflichtet sind (§ 52), haben Anspruch auf Vertretung im Vorstände und der Generalversammlung der Kasse. Die Vertretung ist nach dem Verhältnisse der von den Arbeitgebern aus eigenen Mitteln zu zahlenden Beiträge zu dem Gesamtbetrage der Beiträge zu bemessen. Mehr als ein Drittel der Stimmen darf den Arbeitgebern weder in der Generalversammlung noch im Vorstände eingeräumt werden. [...] Durch das Statut kann bestimmt werden, dass Arbeitgeber, welche mit Zahlung der Beiträge im Rückstände sind, von der Vertretung und der Wahlberechtigung auszuschließen sind“ (§ 38).

Auch in der Renten- und in der Unfallversicherung orientierte sich die Sitzverteilung in den Selbstverwaltungsorganen an der Verteilung der Beitragslast: In der Rentenversicherung waren sie paritätisch zusammengesetzt, in der Unfallversicherung waren nur Arbeitgeber vertreten. Die 1911 eingeführte Reichsversicherungsordnung sah für die Krankenversicherung allerdings vor, dass bei wichtigen Entscheidungen, etwa der Wahl des Vorsitzenden, für einen gültigen Beschluss eine Mehrheit sowohl auf der Versicherten- als auch auf der Arbeitgeberseite in den Kassenorganen erforderlich sei (Tennstedt 1977: 60ff.; Tennstedt 1991: 229f.). Damit erhielt die Arbeitgebervertretung bei diesen Fragen denselben Einfluss wie die Versichertenvertretung.

Mit der Gründung der Weimarer Republik erhielt die Selbstverwaltung in der Sozialversicherung Verfassungsrang: „Zur Erhaltung der Gesundheit und Arbeitsfähigkeit, zum Schutze der Mutterschaft und zur Vorsorge gegen die wirtschaftlichen Folgen von Alter, Schwäche und Wechselfällen des Lebens schafft das Reich ein umfassendes Versicherungswesen unter maßgebender Mitwirkung der Versicherten“ (Art. 161 WRV). Nach dem

Inkrafttreten der Weimarer Reichsverfassung gab es eine intensive Debatte über die Auslegung von Art. 161 WRV. Dabei ging es darum, ob die Formulierung „unter maßgebender Beteiligung der Versicherten“ im Sinne einer Versichertenmehrheit zu interpretieren sei (Bogs 1981: 58f.), denn eine solche Versichertenmehrheit existierte zu jener Zeit nur in der Krankenversicherung. Jedoch erhielt Art. 161 WRV keine praktische Wirksamkeit. Die Zusammensetzung der Selbstverwaltung in der Sozialversicherung blieb während der gesamten Zeit der Weimarer Republik unverändert, einmal abgesehen von geringfügigen Veränderungen im Bereich der knappschaftlichen Sozialversicherung. Eine Neuerung brachte freilich die Ausgestaltung der Selbstverwaltung in der 1927 neu geschaffenen Arbeitslosenversicherung mit sich. Hier wurde eine Drittelparität, bestehend aus Vertretern der Versicherten, der Arbeitgeber und der staatlichen Gebietskörperschaften, eingeführt. Der Einbeziehung der Gebietskörperschaften lag die Überlegung zugrunde, dass sie in besonderer Weise von den Folgen von Arbeitslosigkeit betroffen sind und daher bei Fragen der Arbeitsvermittlung beteiligt werden sollten. Daher beschränkte sich ihre Beteiligung an der Selbstverwaltung auch auf Fragen der Arbeitsvermittlung; Fragen der Arbeitslosenversicherung unterlagen hingegen der alleinigen Selbstverwaltung durch Arbeitgeber- und Versichertenvertreter (Bogs 1981: 119ff.). Von besonderer Bedeutung für diesen Ausschluss war das Ziel, die öffentlichen Körperschaften von Pflichtenkollisionen mit der Fürsorge durch die Gemeinden, die der Arbeitslosenversicherung nahestand, zu vermeiden (Bogs 1981: 120). Die Selbstverwaltungsorgane waren hier paritätisch besetzt und orientierten sich damit auch in diesem neuen Sozialversicherungszweig an der Verteilung der Beitragslast, die ebenfalls zu gleichen Teilen von Versicherten und Arbeitgebern getragen wurde.

Des Weiteren legte das 1927 verabschiedete „Gesetz über Wahlen nach der Reichsversicherungsordnung, dem Angestelltenversicherungsgesetz und dem Reichsknappschaftsgesetz“ (RGBl. I: 95) fest, dass die Wahlen „[...] auf Grund von Vorschlagslisten wirtschaftlicher Vereinigungen von Arbeitgebern oder von Arbeitnehmern oder von Verbänden solcher Vereinigungen [...]“ stattfinden (§ 15 Abs. 1 RVO).¹³ Allerdings waren bei der Wahl von Ausschuss und Vorstand der Krankenkassen auch „[...] solche Vorschlagslisten von Arbeitgebern oder Arbeitnehmern [zuzulassen; T.G.], welche die in der Satzung festgesetzte Zahl von Unterschriften tragen [...]“ (§ 15 Abs. 1 RVO).

Die Zeit des Nationalsozialismus markierte den tiefsten Einschnitt in der Geschichte der Selbstverwaltung. In den Jahren 1933 und 1934 wurde die Selbstverwaltung in der Sozialversicherung durch das „Gesetz zur Wiederherstellung des Berufsbeamtentums“ (07.04.1933), das „Gesetz über Ehrenämter in der sozialen Versicherung und der Reichsversicherung“ (18.05.1933) und das „Gesetz über den Aufbau der Sozialversicherung“ (05.07.1934) de facto beseitigt und durch das Führerprinzip ersetzt

¹³ Reidegeld zu Folge wurde damit „das ‚Monopol‘ der drei großen Gewerkschaftsrichtungen aufgeweicht und [wurden; T.G.] gewisse Möglichkeiten für ‚gelbe Gewerkschaften‘ eröffnet, für Kräfte, die zu dieser Zeit um ihre Zulassung und Anerkennung auf allen Gebieten der Sozialpolitik kämpfen und die in diesem Streben u.a. von Teilen des Unternehmertums [...] Unterstützung erfahren“ (Reidegeld 2006b: 184).

(Tennstedt 1977: 184ff.; Leibfried/Tennstedt 1980; Reidegeld 2006b: 431ff.). Funktionsträger der Selbstverwaltung, insbesondere Gewerkschafter, Sozialdemokraten, Kommunisten und Juden, wurden aus ihren Positionen verdrängt und viele von ihnen verfolgt. Die Aufsichtsbehörde bzw. die Regierung ernannte einen „Leiter“, dem ein Beirat zur Seite gestellt war, der aus ebenfalls von der Aufsichtsbehörde berufenen Vertretern der Versicherten, „Führern von Betrieben“, deren „Gefolgschaft“, einem Arzt und einem Vertreter der Gebietskörperschaften bestand. Der Beirat hatte beratende und unterstützende Funktionen (Tennstedt 1977: 206f.).

In den Nachkriegsjahren war die Frage, ob Bestimmungen zu einer künftigen Selbstverwaltung wieder auf die in der Weimarer Republik geltenden Regelungen zurückgreifen sollten, heftig umstritten (Dobbernack 1951; Hockerts 1980). Bei der Reorganisation der Sozialversicherung in den Nachkriegsjahren, mit der die bis heute im Wesentlichen fortbestehende Struktur der Selbstverwaltung, insbesondere die paritätische Sitzverteilung zwischen Arbeitgebern und Versicherten in der Sozialversicherung, geschaffen wurde, trat das Legitimationskriterium „Finanzierungslasten“ in den Hintergrund. Handlungsleitend war nun das Leitbild der Sozialpartnerschaft (Hockerts 1980: 141f.). Mit der Entscheidung für eine paritätische Besetzung der Selbstverwaltungsgremien war die Erwartung verbunden, dass die Kooperation in der Sozialversicherung auch auf andere Bereiche des Wirtschafts- und Arbeitslebens ausstrahlen würde (Bogs 1973: 88ff., 120ff., 146ff.). So hieß es in der Begründung zum Entwurf des 1951 verabschiedeten Gesetzes zur Reform der Selbstverwaltung: „Die Beitragslast allein kann nicht mehr der Maßstab für die Vertretung in den Organen (der Selbstverwaltung, T.G.) sein. Auszugehen ist vielmehr von dem Grundsatz der gleichberechtigten Zusammenarbeit der Arbeitnehmer und Arbeitgeber als den Trägern der gesamten Wirtschaft“ (Deutscher Bundestag 1950: 2).

Die paritätische Besetzung mit Vertretern von Arbeitgebern und Arbeitnehmern (Versicherten) wurde mit dem Selbstverwaltungsgesetz auf beinahe die gesamte GKV ausgedehnt. Nur wenige Krankenkassen (Ersatzkassen, Knappschaft, See-Krankenkasse) wurden, wohl aus Traditionsgründen, davon ausgenommen. Auch in der rechtswissenschaftlichen Literatur fand die in der paritätischen Stimmenverteilung zum Ausdruck kommende Einbeziehung relevanter Bevölkerungsgruppen positiven Widerhall. So heißt es etwa bei Bogs: „Allein der Grundsatz der Gruppenparität ist in der Lage, der Selbstverwaltung einen echten staats- und gesellschaftspolitischen Sinn zu geben [...]“ (Bogs 1973: 164).

Die Einführung der Stimmparität in der Krankenversicherung stieß seinerzeit auf den heftigen Widerstand von Gewerkschaften und Arbeiterparteien (z. B. DGB o.J.). Sie vertraten die Forderungen nach einer alleinigen Selbstverwaltung durch Arbeitnehmer oder nach Wiederherstellung der vorherigen Zweidrittelmehrheit (ebda., s. auch Lambertin 2012). Hier tritt eine Argumentation in Erscheinung, die die Anwendung des Demokratieprinzips auf die Selbstverwaltung in der GKV verfißt. Im akademischen Raum wurde diese Position vor allem durch Wolfgang Abendroth (1950) vertreten, der in der sozialen Selbstverwaltung einen Ausdruck demokrati-

scher Gestaltung der mittelbaren Staatsverwaltung sah (ebda.: 204). Demgegenüber macht Bogs geltend: „Als wirtschaftsdemokratische Einrichtung ist die Sozialversicherung nicht zu vergleichen mit der politischen Demokratie, die immer, auch als ‚soziale Demokratie‘, eine Kopfhahndemokratie sein muss“ (Bogs 1973: 163). Die soziale Selbstverwaltung wird in ihrer Funktion und Legitimation hier de facto der Mitbestimmung gleichgestellt.

Auch der DGB machte sich die Forderung nach einer Selbstverwaltung der Sozialversicherung allein durch Arbeitnehmer in den Nachkriegsjahren zu eigen (DGB o.J.: 3) und hielt jahrzehntelang daran fest. Noch in seinem Grundsatzprogramm von 1981, das bis 1996 in Kraft war, trat er für diese Forderung ein:

„Die Arbeitnehmer verwalten die Einrichtungen der sozialen Sicherung selbst. Dem Recht auf Selbstverwaltung gebührt Vorrang vor staatlicher Bevormundung. Das Recht der Arbeitnehmer in der gesetzlichen Kranken-, Renten- und Arbeitslosenversicherung, ihre Angelegenheiten in alleiniger Zuständigkeit zu regeln, ist unabdingbar. Der Grundsatz uneingeschränkter und alleiniger Selbstverwaltung durch die Arbeitnehmer gilt unteilbar sowohl für die Zusammensetzung der Organe als auch für ihre Aufgaben und den Umfang ihrer Befugnisse“ (DGB 1981: 20).¹⁴

Im Grundsatzprogramm 1996 taucht diese Forderung nicht mehr auf. Dort wird die Selbstverwaltung in der Sozialversicherung nur noch mit einem Satz erwähnt: „Wir treten für mehr Wirkungsmöglichkeiten der Selbstverwaltung in den einzelnen Zweigen des sozialen Sicherungssystems ein“ (DGB 1996: 25). Allerdings war die paritätische Sitzverteilung schon bald nach dem Selbstverwaltungsgesetz von 1951 „[...] kein Gegenstand politisch-sozialer Auseinandersetzungen und ernsthafter Revisionsbestrebungen mehr gewesen“ (Hentschel 1983: 157).

Seit den späten 1970er-Jahren erhielt – mit dem Vordringen liberaler und konservativer Politik- und Gesellschaftskonzepte – die Selbstverwaltung Rückenwind durch die sich verbreitende Anti-Staatsrhetorik. Selbstverwaltung erschien hier als eine Organisationsform zur Wahrnehmung öffentlicher Aufgaben, die den Staat von Aufgaben entlaste, dem staatlichen Zugriff auf einzelne Handlungsfelder Grenzen setze und die gesellschaftliche Selbstregelung ermögliche (z. B. Hendler 1984; Schuppert 1989). Freilich blieb parallel dazu die erwähnte Kritik an der Selbstverwaltung in der gesetzlichen Krankenversicherung stets präsent (z. B. Braun et al. 1983; Braun et al. 2007).

Im Vergleich zu den Anfangsjahrzehnten der gesetzlichen Krankenversicherung ist die Verteilung der Finanzierungslasten als Legitimation für die Stimmverteilung in der soziale Selbstverwaltung damit kaum noch von Bedeutung. Weder Regierung noch Bundesverfassungsgericht ziehen dieses Merkmal zur Begründung der Stimmparität heran. Auch die Arbeitgeber weisen einen solchen Zusammenhang zurück und verweisen stattdessen auf die Anbindung des Sozialversicherungsschutzes an das Arbeitsverhältnis.

¹⁴ Diese Passage findet sich, abgesehen von einer redaktionellen Modifikation des ersten Satzes, gleichlautend schon im Grundsatzprogramm von 1963 (DGB 1980).

nis sowie auf die besondere Verantwortung der Sozialpartner für die Organisation der sozialen Sicherung (BDA 2014).¹⁵ Bogs sprach bereits von einem bloß „sozialpsychologische(n) Zusammenhang von Beitragsparität und Mitbestimmungsparität“ (Bogs 1973: 88) und stellte fest: „Ein Zusammenhang dieser beiden Dinge besteht freilich im wesentlichen nur im Bewußtsein der Öffentlichkeit“ (ebda.: 89).

Zu den Akteuren, die – mittlerweile – durchgängig einen Zusammenhang zwischen der paritätischen Finanzierung und der paritätischen Vertretung in der Selbstverwaltung herstellen, zählt der DGB. So heißt es in seinem Positionspapier zur Sozialen Selbstverwaltung:

„Ein wesentliches Merkmal der Kranken- und der Rentenversicherung ist ihre Finanzierung durch Beiträge von Arbeitgebern und Arbeitnehmer/innen, die wiederum zu einer entsprechenden Repräsentanz in der Selbstverwaltung führt. Aus der paritätischen Finanzierung ergibt sich auch ein Anspruch auf die paritätische Vertretung beider Sozialpartner in den Selbstverwaltungsgremien von Kranken- und Rentenversicherung. Zurzeit übersteigt das Gewicht der Arbeitgeber in der Selbstverwaltung der Krankenversicherung ihren Finanzierungsanteil. Auch deshalb muss die paritätische Finanzierung der Krankenkassenausgaben wiederhergestellt werden. Wenn die Schiefelage der Finanzierungsanteile von Arbeitgebern und Arbeitnehmern fortbestehen sollte, ist zu prüfen, ob die paritätische Stimmgewichtung in Frage gestellt werden muss“ (DGB 2012: 5).

So betonten Vertreter von Gewerkschaften und Sozialverbänden im Zusammenhang mit der Einführung eines Sonderbeitrags in Höhe von 0,9 Prozentpunkten für die Versicherten im Jahr 2005, dass die Arbeitgeber nicht mehr die Hälfte der Verwaltungsratssitze bei den Krankenkassen beanspruchen könnten.¹⁶ Allerdings steht dieses Argument auf schwachen Füßen. Schon die faktische Nichtkongruenz von Beitragsparität und Selbstverwaltungsparität z. B. bei den Ersatzkassen oder in der gesetzlichen Unfallversicherung ist ein Hinweis auf den bestenfalls schwachen Zusammenhang beider Größen.

Es lassen sich in der Geschichte der GKV – sieht man einmal von den Ersatzkassen und der Knappschaft ab – somit drei unterschiedliche Phasen der Legitimation der Zusammensetzung in der Selbstverwaltung erkennen (siehe Übersicht 4).

¹⁵ „Der Grundsatz der paritätischen Selbstverwaltung durch Arbeitgeber und Versicherte beruht auf der Anknüpfung des Sozialversicherungsschutzes an das Arbeitsverhältnis und der überwiegenden Finanzierung der Sozialversicherung durch lohnbezogene Beiträge. Nicht entscheidend kann dagegen die jeweilige Beitragstragung nach dem Sozialversicherungsrecht sein.“ (Hervorh. T.G.) (BDA 2014: 5).

¹⁶ Hier spielt offenkundig das Motiv eine Rolle, mit dem Hinweis auf den Zusammenhang von Selbstverwaltung und Finanzierungsbeteiligung daran zu erinnern, dass die von den Politik und Arbeitgebern verfolgte Reduzierung von Finanzierungslasten in der Krankenversicherung Konsequenzen für ihre Stellung in der Selbstverwaltung nach sich ziehen müsse. Umgekehrt kann man in der Zurückweisung eines solchen Zusammenhangs durch die Arbeitgeber (s. Fußnote 15) den Versuch sehen, eine Reduzierung von Finanzierungslasten verfolgen zu können, ohne entsprechende Einflussverluste in der Selbstverwaltung in Kauf nehmen zu müssen.

Tabelle 4 Finanzierung und Zusammensetzung der Selbstverwaltung in der gesetzlichen Krankenversicherung seit 1883

Zeitraum	Leitkonzept für die Zusammensetzung der Selbstverwaltung (SV)	Finanzierungsprinzip	Zusammensetzung der Selbstverwaltung
1883-1933/34	Orientierung an der Verteilung der Finanzierungslasten	Zwei Drittel Arbeitnehmer, ein Drittel Arbeitgeber ¹	Zwei Drittel Arbeitnehmer, ein Drittel Arbeitgeber ¹
1933/34-1945	Führerprinzip; Bestellung der SV-Mitglieder durch staatliche Stellen, damit De-facto-Abschaffung der SV	Zwei Drittel Arbeitnehmer, ein Drittel Arbeitgeber ¹	Führerprinzip; Bestellung der SV-Mitglieder durch staatliche Stellen
1945-1951	unübersichtliche Rechtslage; tw. Fortgeltung von NS-Gesetzen; unterschiedliche Regelungen und Praktiken in den Besatzungszonen; Debatten über die Reorganisation der Sozialversicherung		
seit 1951	Sozialpartnerschaft zwischen Arbeitnehmern und Arbeitgebern	Parität ²	Parität ³

Quelle: eigene Darstellung



¹Ausnahmen: Hilfskassen, tw. Knappschaftsvereine bzw. Reichsknappschaft (seit 1923) sowie See-Krankenkasse (seit 1928).

²bis 2004; 2004-2014: Sonderbeitrag der Versicherten von 0,9 Prozentpunkten; seit 2009: Zusatzbeitrag der Versicherten.

³Ausnahmen: Knappschaft bis 2011; Ersatzkassen.

Zwischen 1883 und 1933/34 wurde die Zusammensetzung durch die jeweiligen Finanzierungsanteile von Versicherten (zwei Drittel) und Arbeitgebern (ein Drittel) gerechtfertigt; zwischen 1933/34 und 1945 wurde die Selbstverwaltung mit dem Führerprinzip legitimiert und danach gestaltet; in der Bundesrepublik Deutschland – genauer: nach dem Gesetz über die Selbstverwaltung aus dem Jahr 1951 – stand bei der Legitimation der neu geschaffenen Parität das Konzept der Sozialpartnerschaft im Vordergrund, nicht die Orientierung an der ebenfalls neu eingeführten Beitragsparität. Es existiert also nicht eine singuläre, überdauernde Legitimation für die Zusammensetzung der sozialen Selbstverwaltung.

5.3 Mögliche Auswirkungen einer Bürgerversicherung auf die Input-Legitimation der sozialen Selbstverwaltung

Die meisten Argumente zu Legitimationskriterien und -problemen stehen in keinem direkten oder indirekten Zusammenhang mit der Einführung einer Bürgerversicherung. Die Frage nach der demokratischen Legitimation der Wahlverfahren oder der Transparenz der Selbstverwaltungstätigkeit stellt sich unabhängig vom Fortbestand oder von der Aufhebung der Dualität des Krankenversicherungssystems. Von einer Bürgerversicherung ist in dieser Hinsicht weder ein Beitrag zur Problemlösung noch eine Zuspitzung der Probleme zu erwarten. Die Bearbeitung der genannten Probleme – unabhängig davon, ob und inwiefern die Kritik im Einzelnen zutrifft – erfordert

Lösungen jenseits einer Reform des Versicherungssystems.

Dennoch lassen sich Verknüpfungen zwischen der Schaffung einer Bürgerversicherung und der Input-Legitimation der Selbstverwaltung herstellen. Sie ergeben sich zum einen aus der Erweiterung des Versichertenkreises, zum anderen aus der Erweiterung der Finanzierungsgrundlagen um neue Einkunftsarten. Beide Aspekte betreffen die Zusammensetzung der Selbstverwaltung. Mit der Erweiterung des Versichertenkreises um Selbständige und Beamte würden diese Gruppen auch Zugang zu den Selbstverwaltungsgremien erhalten (sofern nicht die bisher in der Selbstverwaltung tätigen Gewerkschaften als auch *deren* Vertreter angesehen werden). Die Gruppe der Versicherten und damit sehr wahrscheinlich auch die Versichertenvertretungen in der Selbstverwaltung würden damit heterogener werden. Die Auswirkungen dieser Heterogenisierung bzw. Pluralisierung werden unter 6.2 behandelt.

Darüber hinaus ist ein weiterer Aspekt mit der Einführung einer Bürgerversicherung verbunden. Zwar sind im Zuge der „doppelten Inklusion“ (Alber 1992: 25) im Verlauf des 20. Jahrhunderts auch diverse Nichtarbeitnehmergruppen in die gesetzliche Krankenversicherung aufgenommen worden, so etwa die Rentner (1941) sowie Landwirte (1972), Studierende (1975), Behinderte (1975), Künstler und Publizisten (1981). Damit wurde die Eigenschaft der GKV als einer Arbeitnehmersversicherung bereits abgeschwächt, sie blieb allerdings der zentrale Bezugspunkt. Die Einführung einer Bürgerversicherung würde den Zugangsmodus zum sozialen Krankenversicherungsschutz demgegenüber grundlegend verändern: An die Stelle des Arbeitnehmerstatus würde – wenn auch im Gewand eines Krankenversicherungssystems – der Bürgerstatus als Zugangskriterium treten. Isensee zieht daraus den Schluss, dass in diesem Fall zentrale Konstruktionsmerkmale der GKV hinfällig würden:

„In der Bürgerversicherung ließen sich hergebrachte Strukturen der gesetzlichen Krankenversicherung nicht mehr rechtfertigen. [...] Wenn sich die Versicherungspflicht vom Arbeitsverhältnis löst und zur allgemeinen Einwohnerversicherung verselbständigt, verliert der Arbeitgeberbeitrag seine Rechtfertigung. Fällt dieser, so zieht er die paritätische Beteiligung der Arbeitgeber an der sozialen Selbstverwaltung nach. Das Prinzip der Sozialpartnerschaft greift nicht mehr“ (Isensee 2004: 399).

Dass die Arbeitgeberbeteiligung obsolet wird, wenn das Sozialversicherungsverhältnis nicht mehr durch den Arbeitnehmer-, sondern durch den Bürgerstatus begründet wird, ist eine plausible Überlegung. Um zu dieser Schlussfolgerung zu gelangen, muss man sich freilich nicht der vorgestellten Argumentation anschließen. Denn es ließe sich zum einen einwenden, dass es sich beim Arbeitgeberbeitrag ohnehin um eine Fiktion handelt (s.u., S. 41-42), und zum anderen, dass sich die Sitz- und Stimmenparität in der Sozialen Selbstverwaltung nicht (unbedingt) aus der Finanzierungsparität ergibt (s.u., S. 42).¹⁷ Allein aus diesen Gründen ist eine Arbeitgeberbeteili-

¹⁷ Im Übrigen ist ja auch eine Finanzierungsparität zumindest durch die gegenwärtige Finanzierungsstruktur nicht gegeben. Allerdings würde sich dies, folgt man den oben vorgestellten Modellen (s.o.), bei Einführung einer Bürgerversicherung ändern.

gung im Rahmen der gegebenen Versicherungs- und Finanzierungsprinzipien keineswegs zwingend. Umgekehrt müssten aus der Perspektive derjenigen, die in der paritätischen Selbstverwaltung – wie dies ja seit den 1950er-Jahren überwiegend geschieht – den wünschenswerten Ausdruck einer übergreifenden Sozialpartnerschaft zwischen Arbeitgebern und Gewerkschaften sehen, die Arbeitgeberbeteiligung mit Einführung einer Bürgerversicherung keineswegs entfallen.

Des Weiteren würde bei Einführung einer Bürgerversicherung der – im Übrigen auch gegenwärtig schon fragwürdige – Ausschluss von nicht erwerbstätigen Familienangehörigen vom Wahlrecht in der Selbstverwaltung vollständig obsolet werden. Es läge somit nahe, das Wahlrecht zur sozialen Selbstverwaltung auf die erwachsenen beitragsfrei Mitversicherten auszuweiten. Im Unterschied zur Erweiterung des Versichertenkreises ist nicht damit zu rechnen, dass diese Erweiterung Auswirkungen auf die Handlungsbedingungen der Selbstverwaltung haben wird.

5.3.1 Finanzierung und Stimmenverteilung

Darüber hinaus kursiert in der gesundheitspolitischen Diskussion eine weitere Argumentationsfigur, die, angewendet auf die Bürgerversicherung, die Zusammensetzung der Selbstverwaltung nach der Einführung einer Bürgerversicherung berühren könnte: die Verknüpfung von Beitragsanteilen an der Finanzierung und den Stimmenanteilen in der Selbstverwaltung. Hier wird gerne darauf verwiesen, dass sich in der Geschichte der GKV – partiell auch mit Verweis auf die Sozialversicherung insgesamt – die Stimmenanteile in der Selbstverwaltung stets nach den jeweiligen Finanzierungsanteilen richteten. Dies wird – zumindest implizit – zu einem Traditionselement der gesetzlichen Krankenversicherung verklärt. Aus dieser Sicht würde eine Erweiterung der Finanzierungsgrundlagen um neue Einkunftsarten auch eine veränderte Zusammensetzung der Selbstverwaltung nahe legen.

Eine den – mit der Einführung einer Bürgerversicherung – veränderten Finanzierungsanteilen folgende Neuordnung der Zusammensetzung der Selbstverwaltung ist jedoch ein fragwürdiges Konstrukt. Sie ergibt sich somit weder zwingend aus der Tradition der gesetzlichen Krankenversicherung noch legt diese sie nahe. Damit ist nicht gesagt, dass die Zusammensetzung der Selbstverwaltung nicht überdacht werden sollte. Vielmehr ist jede Generation gehalten, die Frage nach der angemessenen Zusammensetzung der Selbstverwaltung im Lichte der Aufgabenbestimmung für die Selbstverwaltung und des sozialen Wandels stets aufs Neue zu beantworten. Eine Veränderung der Finanzierungsanteile kommt als Argument dafür aber nicht in Betracht.

Grundsätzlich ist die Frage nach den Auswirkungen einer Bürgerversicherung auf die Legitimationsgrundlagen und Handlungsbedingungen der Selbstverwaltung eng mit der Frage nach dem ordnungspolitischen Rahmen des künftigen Systems verbunden. Der Begriff der Bürgerversicherung sagt zunächst nur etwas aus über den Kreis der Pflichtversicherten (und

über den Modus der Finanzierung, wobei dieser variabel ist). Eine Bürgerversicherung kann die gegenwärtige Form eines öffentlich-rechtlich verfassten Handlungssystems mit Selbstverwaltung und staatlicher Aufsicht annehmen. Es ist aber auch denkbar, dass der Umbau genutzt wird, um genau diese öffentlich-rechtliche Verfasstheit und die soziale Selbstverwaltung abzustreifen und durch eine privatrechtliche Organisation des Krankenversicherungssystems zu ersetzen. Vorschläge für die letztgenannte Option liegen bereits vor (Wille et al. 2012; Ludewig, 2014; mit einer anderen Stoßrichtung: Kingreen/Kühling 2013). Dabei ist aber auch darauf hinzuweisen, dass auch eine öffentlich-rechtliche Verfasstheit des Krankenversicherungssystems mit oder ohne Selbstverwaltung grundsätzlich möglich ist. Dies gilt insbesondere dann, wenn es sich um einen wettbewerblich orientierten Ordnungsrahmen handelt. Nach dem Verständnis seiner wirtschaftsliberal ausgerichteten Befürworter lässt sich ein solches Modell auch ohne eine soziale Selbstverwaltung funktionsfähig gestalten. Auch im hauptamtlichen Krankenkassenmanagement dominiert ein Selbstverständnis, das Krankenkassen als Unternehmen im Wettbewerb ansieht (z. B. Rebscher 2006a). Die hauptamtlichen Eliten in den Krankenkassen geben in ihren Einlassungen über die Zukunft der gesetzlichen Krankenversicherung nicht zu erkennen, dass sie der sozialen Selbstverwaltung bei deren Gestaltung eine wesentliche Rolle beimessen. Bekenntnisse zur sozialen Selbstverwaltung mögen auch gerade aus diesem Grunde besonders leicht fallen. In den Konzepten für einen Umbau des Krankenversicherungssystems – auch das Ausdruck ihres Bedeutungsverlusts – ist die soziale Selbstverwaltung zu einer Randgröße geworden. In manchen Fällen ist nicht einmal erkennbar, dass deren Existenz überhaupt noch zur Kenntnis genommen wird.

5.3.2 Legitimation der Zusammensetzung von Selbstverwaltungsorganen

Inwiefern stellt die Einführung einer Bürgerversicherung die paritätische Besetzung der Selbstverwaltungsorgane mit Arbeitgeber- und Arbeitnehmervertretern in Frage? Nicht nur die Struktur der Versichertenseite und die Rolle der Arbeitgeber, sondern auch die Gesamtstruktur der Sitzverteilung könnte hier berührt sein. Ist nicht mehr der Arbeitnehmerstatus, sondern der Bürgerstatus der zentrale Bezugspunkt für den Zugang zur Krankenversicherung, so würde dies die Frage nach der Legitimation der Arbeitgebervertretung aufwerfen, die sich, wie die Arbeitgeberseite selbst betont (s. Fußnote 15), aus der Zentralität des Arbeitsverhältnisses für die Sozialversicherung ergibt. Zudem ließe sich die Frage aufwerfen, wie die neu aufgenommenen Versichertengruppen (Selbständige, Beamte) in die Selbstverwaltung einbezogen werden können. Des Weiteren könnte sich mit einer Erweiterung der Beitragsbemessungsgrundlage um weitere Einkunftsarten neben dem Bruttoarbeitseinkommen die Frage stellen, wie sich die neuen Finanzierungsmodalitäten in der Zusammensetzung der Selbstverwaltung widerspiegeln sollen.

Grundsätzlich denkbar wäre zwar eine formelle, gleichsam ständeparla-

mentarische Aufteilung der Versichertenseite nach den Berufsgruppen Arbeitnehmer, Beamte und Selbständige in Abhängigkeit von deren zahlenmäßigem Verhältnis. Aber eine solche Einteilung wäre allein schon deshalb nicht nachvollziehbar, weil bei der sozialen Selbstverwaltung der Status als Versicherter oder Patient ausschlaggebend ist und im Hinblick darauf berufsständische Unterschiede irrelevant sind. Knüpft man die Arbeitgeberbeteiligung an der Selbstverwaltung an die Zentralität des Arbeitsverhältnisses für den Zugang zur Krankenversicherung, so ließe sie sich mit der Einführung einer Bürgerversicherung in der Tat in Frage stellen. Allerdings wäre hier daran zu erinnern, dass auch in der gegenwärtigen Krankenversicherung mit der Versicherung von Studierenden, Künstlern und Landwirten die Zentralität des Arbeitsverhältnisses bereits relativiert worden ist.

Weit eher ließe sich die Arbeitgeberbeteiligung an der Selbstverwaltung mit dem Hinweis auf das Demokratieprinzip in Zweifel ziehen. Begreift man die soziale Selbstverwaltung als demokratischen Ausdruck der mittelbaren Staatsverwaltung, so bleibt wenig Raum für eine Beteiligung der Arbeitgeber, vielmehr rückt die Selbstbestimmung allein der Versicherten in den Vordergrund. Freilich könnte ein solches Argument nicht erst bei der Einführung einer Bürgerversicherung Geltung beanspruchen. So formuliert eine WSI-Studie aus dem Jahr 1977:

„Eine Beteiligung der Arbeitgeber und des Staates an der Selbstverwaltung lässt sich zwar auch weiterhin mit einem wirtschaftspolitischen und öffentlichen Interesse rechtfertigen, müsste aber ihrem Gewicht nach bei der Bildung der Selbstverwaltungsorgane auf ein Mitspracherecht in spezifischen Fragen (z. B. Beitragssätze, Personalentscheidungen) reduziert bleiben. Der weitaus überwiegende Teil der Tätigkeit der Sozialversicherung betrifft aber unmittelbar die Lebenslage der Versicherten (Mitglieder und Familienangehörige), so dass auch nach den Grundsätzen demokratischer Repräsentation die Parität eine unbegründbare Fehlkonstruktion darstellt“ (Standfest 1977: 125).

Die Beteiligung an der Finanzierung ist als Legitimation für die Beteiligung an der Sozialen Selbstverwaltung, wie oben erwähnt, nur von geringer Bedeutung. Insofern lässt sich aus der bloßen Erweiterung von Finanzierungsgrundlagen keine Notwendigkeit einer veränderten Sitzverteilung in den Selbstverwaltungsorganen ableiten. Die Vertretung in den Organen der Selbstverwaltung wurde bisher weder vom Gesetzgeber noch vom Bundesverfassungsgericht mit dem Hinweis auf die Beteiligung an der Finanzierung gerechtfertigt.

Der Zusammenhang von Finanzierung der Sozialversicherungsbeiträge und Beteiligung an der Selbstverwaltung ist eher Ausdruck der – bisweilen auch in der politischen Argumentation verwendeten – Alltagsvorstellung „wer bezahlt, soll auch mitreden können“. Freilich betrifft dies auch die Legitimationsgrundlage für die Arbeitgebervertretung in der Selbstverwaltung. Hier trägt der Hinweis auf ihre Beteiligung ebenso wenig. Dies gilt überdies auch deshalb, weil den Arbeitgebern mit ihrer Beteiligung an den GKV-Beiträgen nicht wirklich „Zusatzkosten“ entstehen. Beim Arbeitgeberbeitrag zur gesetzlichen Krankenversicherung handelt es sich keinesfalls um eine

zusätzliche Zahlung des Arbeitgebers, sondern um vorenthaltenen Lohn der Arbeitnehmer (z. B. Bogs 1973; Sachverständigenrat Wirtschaft 2002; Reiners 2011), den er zur Reproduktion seiner Arbeitskraft benötigt. Wenn mit der Festschreibung eines hälftigen Beitragssatzes die Arbeitskosten an die GKV-Beiträge gekoppelt werden, so bedeutet dies lediglich, dass die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer bei steigenden Beitragssätzen den betreffenden Lohnanteil nicht eigens in Tarifauseinandersetzungen erkämpfen müssen.

Wenn aber die Arbeitgeber nicht aufgrund ihrer Beteiligung an den GKV-Beiträgen gleichsam strukturell zur Vertretung in der Selbstverwaltung legitimiert sind und auch – anders als die Versicherten – nicht als unmittelbar Betroffene der Entscheidungen der Selbstverwaltungsgremien angesehen werden können, so ist damit nicht bereits schon gesagt, dass die Gründe, die Anfang der 1950er-Jahre für die Vertretungsparität vorgetragen wurden – die Orientierung an der Sozialpartnerschaft von Gewerkschaften und Arbeitgebern –, heute nicht mehr gelten. Sehr wohl ist aber die Frage nach der Legitimation der Arbeitgeberbeteiligung aufgeworfen. Es scheint daher eine Diskussion darüber notwendig, ob das Konzept der Sozialpartnerschaft auch heute noch Leitidee für die soziale Selbstverwaltung sein soll bzw. ob neben dieses Konzept oder an dessen Stelle Argumente getreten sind, die eine andere Zusammensetzung der Selbstverwaltungsorgane rechtfertigen.

Darüber hinaus sei auch darauf hingewiesen, dass die Konstruktion eines Zusammenhangs zwischen Finanzierung und Repräsentation auch die Beteiligung des Bundes an der Selbstverwaltung legitimieren würde, insbesondere wenn – wie es das SPD-Konzept vorsieht – der Bundeszuschuss auf Dauer gestellt und dynamisiert werden soll, um eine Bezuschussung nach Haushaltslage zu vermeiden.¹⁸

Bei der Legitimation der Selbstverwaltung und ihres Zuschnitts spielten und spielen – besonders mit Blick auf die soziale Selbstverwaltung und ihre Zusammensetzung – historische Argumente häufig eine besondere Rolle. Angesichts des skizzierten Wandels der Legitimationsmuster ist der Verweis auf Geschichte und Tradition aber ein fast beliebig einsetzbares Argument. Wichtig scheint vielmehr zu sein, dass sich die Zusammensetzung der Selbstverwaltungsorgane im Lichte sich wandelnder Verhältnisse und Herausforderungen immer wieder neu legitimieren muss und ein Rückgriff auf in der Vergangenheit verwendete Legitimationsmuster allein fragwürdig ist. Der Blick auf den historischen Wandel der Selbstverwaltung zeigt, dass es nicht die *eine* Legitimation der Selbstverwaltung gibt, die der Krankenversicherung wesenseigen wäre.

¹⁸ Schließlich ist in der jüngeren Zeit von verschiedenen Seiten der Vorschlag einer Unterscheidung von Versicherten- und Patientenvertretung unterbreitet worden, um den Unterschieden, die mit beiden Perspektiven einhergehen können, auch in der Gremienvertretung Rechnung zu tragen und so eine effektivere Vertretung von Patienteninteressen zu ermöglichen (z. B. Braun et al. 2009). Diese Frage ist aber unabhängig von der Einführung einer Bürgerversicherung zu beantworten und soll daher an dieser Stelle nicht erörtert werden. Dies gilt auch für die Quotierung der Frauensitze in der Versichertenvertretung.

5.3.3 Soziale Selbstverwaltung beim Zugang privater Krankenversicherer zur Bürgerversicherung

Veränderungsdruck auf die soziale Selbstverwaltung könnte vom Zugang privater Versicherungsunternehmen zu einer Bürgerversicherung ausgehen. Dies betrifft zum einen die soziale Selbstverwaltung in den einzelnen Krankenkassen, zum anderen die soziale Selbstverwaltung auf Bundesebene, also im GKV-Spitzenverband. Wie oben dargelegt, spricht sich unter den Befürwortern einer Bürgerversicherung nur die Linkspartei dafür aus, private Anbieter auszuschließen, während dies SPD und Bündnis 90/Die Grünen explizit und der DGB implizit befürworten. Vor diesem Hintergrund ist es durchaus denkbar, dass auch private Krankenversicherer, die keine soziale Selbstverwaltung kennen, im Rahmen einer Bürgerversicherung agieren könnten.

Eine Umsetzung dieser Modellvariante würde die Frage aufwerfen, welche Rolle eine Selbstverwaltung in den einzelnen Krankenkassen nach dem geltenden Muster in einer Bürgerversicherung spielen könnte. Drei Strategien sind diesbezüglich grundsätzlich denkbar. Erstens könnte die bisherige Form der Selbstverwaltung auf alle Anbieter einer Bürgerversicherung, also auch auf private Krankenversicherer, ausgeweitet werden. Zweitens könnte es zu einem Pluralismus von Verwaltungsstrukturen bei den Versicherungsträgern unterschiedlicher Rechtsformen kommen. Dies ist unter den Krankenversicherungssystemen mit einem Multiple-Payer-System in der Schweiz der Fall (Nold 2015). Drittens könnte der Gesetzgeber die Einführung einer Bürgerversicherung zum Anlass nehmen, um die bisher als Körperschaften öffentlichen Rechts verfassten Krankenkassen, wie in den Niederlanden mit der 2006 in Kraft getretenen Gesundheitsreform (Haarmann 2012; Götze 2014; Schölkopf/Pressel 2014: 75ff.), in private Rechtsformen zu überführen, die soziale Selbstverwaltung zu eliminieren, einen (noch stärker) wettbewerblich organisierten Krankenversicherungsmarkt zu etablieren und diesen einer öffentlich-rechtlichen Regulierungsagentur zu unterwerfen (s. hierzu allgemein auch: Klenk 2006; s. im Hinblick auf eine Transformation des Krankenversicherungssystems: Kingreen/Kühling: 2013: 22ff.).

Eine Öffnung der Bürgerversicherung für Krankenversicherer ohne Selbstverwaltung würde offenkundig einen Bruch mit einer bedeutenden Traditionslinie der gesetzlichen Krankenversicherung darstellen. Dies gilt insbesondere für die vorgestellte dritte Variante. Es ist aber darauf hinzuweisen, dass eine solche Entwicklung damit noch keineswegs abwegig ist, denn erstens wäre sie durchaus mit dem Leitkonzept des regulierten Wettbewerbs kompatibel (s.o., S. 40) und zweitens findet sie in Wissenschaft und Politik durchaus Unterstützung (Wille et al. 2012; Kingreen/Kühling 2013).

Für die soziale Selbstverwaltung im GKV-Spitzenverband hätte die Einführung pluraler Rechtsformen und Verwaltungsstrukturen zur Folge, dass die öffentlich-rechtlichen Krankenkassen um Vertretungen der privaten Krankenversicherung zu erweitern wären. Damit wäre die Frage verbunden, wie im GKV-Spitzenverband eine Parität von Arbeitgebern und Versicherten gewährleistet werden kann.

6 Output-Legitimation

6.1 Die Output-Legitimation der sozialen Selbstverwaltung

Auf der Output-Seite ist von Bedeutung, inwiefern Entscheidungen „auf wirksame Weise das allgemeine Wohl im jeweiligen Gemeinwesen fördern“ (Scharpf 1999: 16). Hier werden der Selbstverwaltung zahlreiche funktionale Vorzüge zugeschrieben. Dazu zählen eine sachgerechte Problembearbeitung durch die Einbeziehung fachkundiger Akteure, eine effektivere Konfliktbewältigung durch die Einbindung divergierender Interessen, eine engere Bindung von Individuen und Gruppen an die Institutionen, eine größere Akzeptanz der getroffenen Entscheidungen sowie eine Stärkung der Eigenverantwortung von Akteuren. „Die Chance für den Staat liegt in dem Effekt erhöhter Integrationskraft und stabilerer Legitimation im Bereich der Sozialbürokratie“ (Reiter 1987: 621). Auf diese Weise soll die Selbstverwaltung zu einer effizienten und effektiven Steuerung des Systems beitragen (Klenk 2006: 276f.; Klenk 2008a: 49ff.). Wichtige Komponenten der Output-Legitimität der Selbstverwaltung gehen aus Tabelle 5 hervor.

Auch im Hinblick auf Output-Faktoren werden der Selbstverwaltung vielfältige Funktionsdefizite zugeschrieben. Hier werden insbesondere die Begrenzung von Einflussmöglichkeiten durch staatliche Vorgaben bzw. wettbewerbliche Sachzwänge genannt, die fehlende fachliche Kompetenz der Entscheidungsträger, die geringe Wirksamkeit ihres Handelns, die geringe Versichertennähe und die unzureichende Information der Versicherten (z. B. Braun et al 2009; Schmähl 2010).

Tabelle 5 Komponenten der Output-Legitimität der Selbstverwaltung

Allgemeine Merkmale	Operationalisierungen für die Selbstverwaltung
<ul style="list-style-type: none">• Problemlösungsfähigkeit• Gemeinwohlorientierung• Transparenz• Staatsentlastung• Akzeptanz	<ul style="list-style-type: none">• sachgerechte Entscheidungen• verbesserte Partizipationschancen für Betroffene• Versichertennähe• Mobilisierung des Fachwissens der einbezogenen Akteure• verbesserte Chancen für eine sachgerechte Problembearbeitung durch Einbeziehung sachkundiger Akteure• engere soziale Bindungen Betroffener an und stärkere Identifikation mit Institutionen• größere Akzeptanz von Entscheidungen durch die Betroffenen• Integration bestimmter gesellschaftlicher Gruppen• Entlastung des Staates von Aufgaben• Transparenz von Entscheidungsverfahren

Quelle: eigene Darstellung



6.2 Mögliche Auswirkungen einer Bürgerversicherung auf die Output-Legitimation der sozialen Selbstverwaltung

Auch für die Output-Faktoren gilt, was oben bereits für die Input-Faktoren ausgeführt wurde: Die meisten von ihnen stehen in keinem direkten Zusammenhang zur Einführung einer Bürgerversicherung und bedürfen einer eigenständigen Behandlung. Allerdings könnte ein Gesichtspunkt durchaus Auswirkungen auf die Handlungsbedingungen der Selbstverwaltung haben: die Erweiterung des Versichertenkreises und damit die wachsende Heterogenität der Versichertenvertretungen, vorausgesetzt, dass diese dem erweiterten Versichertenkreis angepasst werden. Im Folgenden soll zunächst erörtert werden, wie sich die Einführung einer Bürgerversicherung unter den Bedingungen einer fortbestehenden Stimmenparität zwischen Arbeitgebern und Versicherten auf die Handlungsbedingungen der Selbstverwaltung auswirken würde.

Die Einführung einer Bürgerversicherung würde – das Fortbestehen der Vertretungsparität vorausgesetzt – auf beiden Seiten zu einer Verbreiterung und Differenzierung der Bänke führen. Sie ergibt sich unmittelbar aus der Erweiterung des Versichertenkreises. Auf der Arbeitgeberseite würde das Gewicht der Gebietskörperschaften (Bund, Länder und Kommunen) wachsen, auf der Seite der Versicherten kämen die Beamten und die Selbstständigen hinzu.

Das Arbeitgeberinteresse an der Krankenversicherung ist weitgehend homogen und erstreckt sich vor allem auf das Ziel der Kostendämpfung (Paquet 2013: 419).¹⁹ Es ist nicht erkennbar, dass sich mit dem Hinzutreten der Gebietskörperschaften daran Wesentliches ändern würde. Hingegen ist davon auszugehen, dass die auf der Versichertenseite neu hinzutretenden Gruppen sich zumindest für einen Übergangszeitraum entlang ihrer berufsständischen Zugehörigkeit und Identität organisieren und eigene Listen zu den Sozialwahlen aufstellen. Die Einführung einer Bürgerversicherung dürfte also zu einer Pluralisierung und Heterogenisierung der Versichertenvertretung führen.

Schwer abzuschätzen ist die Frage, inwiefern der jeweilige Berufsstatus die Interessen der Akteure in ihrer Eigenschaft als Versicherte berührt. Auf längere Sicht ist anzunehmen, dass für das Handeln der Versichertenseite in der Selbstverwaltung der Status als Versicherter (oder als Patient) prägender ist als der Berufsstatus. Allein schon aus diesem Grunde erscheint auch eine – grundsätzlich denkbare – berufsständische Quotierung der Sitze auf der Versichertenseite nicht geboten oder zielführend. Die mit einer Bürgerversicherung einhergehende Lockerung der Bindung an die Arbeitswelt macht also eine Strukturreform der Versichertenvertretung nicht notwendig. Zudem bietet das geltende Recht zur Einreichung von Vorschlagslisten für die Sozialversicherungswahlen (§ 48 Abs. 1 SGB IV) auch

¹⁹ Dies gilt trotz der seit 2009 geltenden Festschreibung des Arbeitgeberbeitragssatzes. Defizite müssen demzufolge über den Zusatzbeitrag zwar ausschließlich von den Versicherten getragen werden, jedoch würden Beitragssatzanhebungen, insbesondere wenn sie bei einer großen Zahl von Krankenkassen notwendig werden, den Druck auf den Gesetzgeber erhöhen, die Arbeitgeber an den Mehrbelastungen zu beteiligen.

neu hinzutretenden Erwerbstätigengruppen einen angemessenen Rahmen zur Kandidatur. Mit dem Wandel von einer Arbeitnehmer- zu einer Bürgerversicherung würde aber die Unterscheidung von Mitgliedern und Versicherten entfallen. Dementsprechend wäre das Wahlrecht bei den Sozialwahlen auf alle erwachsenen Versicherten auszuweiten.²⁰

Auf kürzere und mittlere Sicht erscheint es hingegen durchaus unsicher, ob berufsgruppenspezifische Interessen nicht doch einen erheblichen Einfluss auf die Interessen und das Handeln in der Selbstverwaltung nehmen. So erscheint die Erwartung nicht abwegig, dass Beamte und Selbstständige bestrebt sein könnten, ihre Krankenkasse zur stärkeren Anwendung solcher Prinzipien zu drängen, mit denen sie bereits in der PKV Bekanntschaft gemacht hatten (z. B. Kostenerstattungsprinzip, Differenzierung von Tarifen). Dies träfe freilich nur dann zu, wenn PKV-Altfälle in das System der Bürgerversicherung einbezogen werden (können). Zudem würden mit Beamten und Selbstständigen Gruppen auf der Versichertenseite vertreten sein, die im Vergleich zu Arbeitnehmervertretern eher liberal oder konservativ ausgerichtet sind. Dies könnte Auswirkungen auf das Handeln der Versichertenvertretung bei solchen Fragen haben, die sich nicht auf die Versorgung beschränken, sondern zugleich politisch-ideologisch aufgeladen sind (z. B. Wahltarife, Kostenerstattung).

Ob und inwiefern derartigen Bestrebungen Raum geboten wird, hängt vom ordnungspolitischen Rahmen einer Bürgerversicherung ab. In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass die Selbstverwaltung nur über „die vom Gesetzgeber eingeräumte und im Rahmen des Gesetzes bestehende Selbstständigkeit“ verfügt (BVerfGE 39, 302 (313f.)). Hier ist insbesondere von Bedeutung, ob der Gesetzgeber einen einheitlichen und umfassenden Leistungsrahmen vorgibt und das Sachleistungsprinzip verbindlich festschreibt. Freilich ist unübersehbar, dass die Gesundheitsreformen der vergangenen Jahre gerade auf diesen Feldern die Liberalisierung deutlich vorangetrieben haben. Dieser Wandel könnte den Modus der Handlungskordinierung in der Selbstverwaltung sowie zwischen Selbstverwaltung und Vorstand verändern. Eine positive Koordinierung der verschiedenen Versichertenperspektiven dürfte insbesondere bei dem erwähnten Problemtypus erschwert werden. Umgekehrt dürfte es den hauptamtlichen Vorständen und den Arbeitgebern leichter fallen, für eigene Vorhaben Unterstützung auf der Versichertenseite zu finden. Die Ausübung von Veto-Macht dürfte den gewerkschaftlichen Arbeitnehmervertretern in der Selbstverwaltung einer Bürgerversicherung somit schwerer fallen als in der hergebrachten GKV. Allerdings ist fraglich, ob eine Majorisierung der Arbeitnehmervertreter tatsächlich stattfinden würde, weil sich in den Selbstverwaltungsorganen zumeist eine ausgeprägte Konsenskultur herausgebildet hat. Zudem könnte der Gesetzgeber antizipierten unerwünschten Wirkungen durch gesetzliche Vorgaben entgegenreten. So wäre es denkbar, gestiegenen Möglichkeiten der Majorisierung einzelner Gruppen zu begeg-

²⁰ Freilich ließe sich eine solche Erweiterung des Wahlrechts auch schon für die aktuelle Krankenversicherung fordern, weil die Entscheidungen der Selbstverwaltung für die Lebenssituation auch von beitragsfrei versicherten Familienangehörigen von erheblicher Bedeutung sind.

nen, indem für Entscheidungsverfahren qualifizierte Mehrheiten oder Veto-Rechte festgeschrieben werden. Zwar würde dies wiederum die Gefahr von Handlungsblockaden vergrößern, allerdings existiert in solchen Gremien auch ein hoher Einigungszwang, der daraus resultiert, dass korporatistische Gremien immer auch ihre Handlungsfähigkeit unter Beweis stellen müssen, weil ihnen anderenfalls der Entzug von Kompetenzen durch den Gesetzgeber droht (Scharpf 2000).

Auf der Ebene des GKV-Spitzenverbandes würden bei einem Zugang privater Krankenversicherer zur Bürgerversicherung auch deren Vertreter in den Entscheidungsgremien Sitz und Stimme erhalten müssen. Mit ihnen würden (kurzfristige) Renditeinteressen – im Vergleich zu bereits gegenwärtig sehr handlungsrelevanten finanziellen Kalkülen der gesetzlichen Krankenkassen – an Bedeutung gewinnen. Somit würde die Gefahr wachsen, dass die Krankenversicherer ihre – der staatlichen Rechtsaufsicht nicht zugänglichen – Handlungsspielräume ihren finanziellen Interessen den Vorzug auch dann geben würden, wenn dies im Widerspruch zu den Versorgungsinteressen von Versicherten steht.

7 Fazit und Ausblick

Konzepte zur Einführung einer Bürgerversicherung wollen die Trennung des Krankenversicherungssystems in eine gesetzliche und eine private Krankenversicherung überwinden und die gesamte Wohnbevölkerung in *einem* System zu einheitlichen Bedingungen zusammenfassen. Des Weiteren soll die Finanzierungsgrundlage, die bisher vor allem auf bruttolohnbezogenen Beiträgen beruht, um weitere Einkunftsarten (Bündnis 90/Die Grünen, Die Linke) oder um einen dauerhaften, dynamisierten Bundeszuschuss (SPD) ergänzt werden. Schließlich sollen in einigen Bürgerversicherungskonzepten (Bündnis 90/Die Grünen, SPD) neben öffentlich-rechtlichen Krankenkassen auch privatrechtlich organisierte Krankensicherer Zugang zur Bürgerversicherung erhalten können. Diese Veränderungen werfen die Frage auf, ob die gegenwärtige Zusammensetzung der sozialen Selbstverwaltung mit einer Bürgerversicherung kompatibel ist (Input-Legitimität) und welche Auswirkungen mögliche Veränderungen in der Zusammensetzung der sozialen Selbstverwaltung auf ihre Entscheidungen bzw. ihre Handlungsfähigkeit nehmen könnten (Output-Legitimität).

Etwaige Defizite im Hinblick auf die *Input-Legitimität* könnten vor allem aus der Erweiterung des Versichertenkreises und der Einkunftsarten erwachsen. So ließe sich die Frage aufwerfen, ob am privilegierten Zugang von Gewerkschaften und Arbeitgeberverbänden zu den Vorschlagslisten für die Sozialversicherungswahlen („Selbstverwaltungskorporatismus“) noch festgehalten werden kann, wenn der Zugang zur Krankenversicherung nicht mehr über das Arbeitsverhältnis, sondern über den Bürgerstatus erfolgt. Ebenso ist zu fragen, ob dann noch eine Parität zwischen Versicherten und Arbeitgebern vertretbar ist, erst recht, wenn die Krankenversicherungsbeiträge unter Hinzuziehung zusätzlicher Einkunftsarten neben dem Arbeitseinkommen erhoben werden. Schließlich wäre auch zu klären, ob die neu hinzukommenden Beschäftigtengruppen (Selbständige, Beamte) neben den Arbeitnehmern nicht über eigene Stimmenanteile oder Vertretungen in der sozialen Selbstverwaltung verfügen müssten.

Die vorliegende Analyse hat *erstens* ergeben, dass sich derartige Veränderungen keineswegs zwingend aus der Tradition der gesetzlichen Krankenversicherung ergeben. Die Muster für die Legitimation der Besetzung von Organen der sozialen Selbstverwaltung unterlagen seit der Schaffung der gesetzlichen Krankenversicherung einem erheblichen Wandel und waren in jeder der verschiedenen Phasen zwischen den beteiligten Akteuren umstritten. Eine direkte Verknüpfung zwischen Finanzierungsanteilen und Stimmenanteilen existierte nur in der Periode zwischen 1883 und 1933/34. Nachdem die soziale Selbstverwaltung im Nationalsozialismus beseitigt worden war, wurde ihre Legitimation in der Bundesrepublik auf eine neue Grundlage gestellt. Die mit dem Selbstverwaltungsgesetz 1951 eingeführte Stimmenparität in den Gremien der sozialen Selbstverwaltung war keineswegs eine Konsequenz der Umstellung auf eine paritätische Finanzierung, sondern vielmehr Ausdruck der angestrebten Sozialpartnerschaft zwischen Arbeitgebern und Gewerkschaften: Die gleichberechtigte korporatistische Kooperation bei den Sozialversicherungsträgern sollte die Kooperation zwi-

schen Arbeitgebern und Versicherten auf anderen Gebieten in Wirtschaft und Gesellschaft ergänzen und stabilisieren. Die Einführung der Stimmenparität in der Selbstverwaltung zu Beginn der 1950er-Jahre war ein spezifisch deutscher Ausdruck des in den Nachkriegsjahrzehnten für zahlreiche Nationalstaaten in West-, Mittel- und Nordeuropa charakteristischen *post-war settlement*. Ebenso wenig wie eine Veränderung der Stimmenparität zwischen Versicherten und Arbeitgebern ergibt sich aus der Einführung einer Bürgerversicherung die Notwendigkeit, die Stimmenanteile auf der Versichertenbank nach berufsständischen Kriterien – Arbeitnehmer, Beamter oder Selbständiger – zu quotieren, denn für die Vertretung der Versicherteninteressen steht ihr Interesse als Versicherte und nicht ihr Interesse als Angehörige einer bestimmten Berufsgruppe im Vordergrund. Die bisherigen Regelungen zu den Vorschlagslisten (§ 48 Abs. 1 SGB IV) geben allen Versicherten, auch den nach Einführung einer Bürgerversicherung neu hinzutretenden Gruppen, ausreichend Gelegenheit, sich um Sitze in der Selbstverwaltung zu bewerben.

Zweitens erscheint im Zuge einer Umstellung des Versicherungszugangs vom Arbeitnehmer- auf den Bürgerstatus allerdings eine andere Änderung auf der Input-Seite als sinnvoll: die Erweiterung des Wahlrechts in der sozialen Selbstverwaltung auf die erwachsenen beitragsfrei mitversicherten Familienangehörigen. Ist schon ihr gegenwärtiger Ausschluss vom Wahlrecht überaus fragwürdig, sind sie doch auch Versicherte, so erscheint er bei der Umstellung des Zugangsmodus auf den Bürgerstatus schlechterdings nicht mehr vertretbar.

Drittens ist im Hinblick auf die Output-Legitimation davon auszugehen, dass die mit dem Zugang neuer Bevölkerungsgruppen zur – dann zur Bürgerversicherung mutierten – Krankenversicherung verbundene Heterogenisierung des Versichertenkreises auch zu einer Heterogenisierung der Versichertenvertretung führt und damit deren Handlungsbedingungen verändert. Einigungsprozesse auf der Versichertenseite dürften erschwert, Bündnisse zwischen den Arbeitgebern und Teilen der Versichertenseite erleichtert werden. Es wird aber abzuwarten sein, inwieweit eine solche Entwicklung tatsächlich eintritt, zumal die Selbstverwaltung auf die Produktion von Konsens zwischen den Beteiligten ausgerichtet ist und eine dauerhafte Majorisierung bestimmter Gruppen wiederum neue Legitimationsprobleme heraufbeschwören würde.

Viertens ist darauf hinzuweisen, dass die Einführung einer Bürgerversicherung keines der intensiv diskutierten Legitimationsprobleme der Selbstverwaltung lösen würde.

Fünftens verweist der konstatierte historische Wandel von Legitimationsmustern für die Zusammensetzung der sozialen Selbstverwaltung eindringlich darauf, dass auch die in den Nachkriegsjahren geschaffenen und gegenwärtig geltenden Regelungen zur Zusammensetzung der sozialen Selbstverwaltung keinen Ewigkeitswert haben. Auch die paritätische Vertretung von Versicherten und Arbeitgebern in der sozialen Selbstverwaltung ist keineswegs ein ehernes Prinzip der Selbstverwaltung in der GKV. Die

Frage, welche Aufgaben der Selbstverwaltung zugewiesen werden und welche gesellschaftlichen Gruppen die Selbstverwaltung tragen sollen, stellt sich stets auf Neue und erfordert gegebenenfalls neue Antworten. Die beteiligten Akteure sind daher gefordert, die Eignung der bestehenden Strukturen für die Durchsetzung von Versicherteninteressen zu überprüfen, bestehende Legitimationsmuster zu hinterfragen und ihren politischen Willen zur Strukturgestaltung der sozialen Selbstverwaltung zu formulieren.

Dies gilt umso mehr, als – *sechstens* – die Einführung einer Bürgerversicherung ein tiefer Einschnitt in das deutsche Krankenversicherungssystem wäre – ein Schritt, der eine kritische Wegscheide („critical juncture“ – Collier/Collier 1991: 27ff.) darstellen könnte, mit dem ein viel weiter reichender Umbau des Krankenversicherungssystems und seiner Regulierung einhergehen mag. Eine solche Wegscheide bietet nicht nur Chancen, sondern auch Gefahren für ein selbstverwaltetes und solidarisches Gesundheitssystem. Gerade deshalb ist eine Debatte über die Zukunft der Selbstverwaltung in einer Bürgerversicherung angezeigt.

Literatur

Abendroth, Wolfgang (1950): Diskussionsbeiträge, in: Bogs (Hrsg.), S. 201-204.

Alber, Jens (1992): Das Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland. Entwicklung, Struktur und Funktionsweise, Frankfurt a.M./New York: Campus.

Beschorner, Jürgen (2015): Staatsaufsicht über Sozialversicherungsträger, in: Mühlheims et al. (Hrsg.), S. 777-798.

Bieback, Karl-Jürgen (2014): Sozial- und verfassungsrechtliche Aspekte der Bürgerversicherung, 2., überarb. u. erw. Aufl., Baden-Baden: Nomos.

Bieback, Karl-Jürgen (2015): Soziale Selbstverwaltung – Geschichte und Programm, in: Rixen/Welskop-Deffaa (Hrsg.), S. 11-30.

Böckenförde, Ernst-Wolfgang (2004): Demokratie als Verfassungsprinzip, in: Isensee/Kirchhof (Hrsg.), § 24, S. 429-496.

Bode, Ingo (2003): Multireferenzialität und Marktorientierung? Krankenkassen als hybride Organisationen im Wandel. Zeitschrift für Soziologie 32 (5): 435-453.

Bogs, Harald (1973): Die Sozialversicherung im Staat der Gegenwart. Öffentlich-rechtliche Untersuchungen über die Stellung der Sozialversicherung im Verbändestaat und im Versicherungswesen, Berlin: Duncker & Humblot.

Bogs, Harald; Ferber, Christian von (1977): Soziale Selbstverwaltung. Aufgaben und Funktion der Selbstverwaltung in der Sozialversicherung, Bonn: Verlag der Ortskrankenkassen.

Bogs, Walter (Hrsg.) (1950): Gegenwartsfragen sozialer Versicherung. Vorträge und Aussprachen auf der sozialversicherungswissenschaftlichen Tagung der Hochschule für Arbeit, Politik und Wirtschaft vom 5. bis 8. Juli 1950, Heidelberg: Verlag Gesellschaft, Recht und Wirtschaft.

Bogs, Walter (1981): Die Sozialversicherung in der Weimarer Demokratie, München: J. Schweitzer Verlag.

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

Braun, Bernard; Klenk, Tanja; Kluth, Winfried; Nullmeier, Frank; Welti, Felix (2009): Geschichte und Modernisierung der Sozialversicherungswahlen, Baden-Baden: Nomos.

Braun, Bernhard; Reiners, Hartmut; Ulrike Teske, Ulrike (1983): Selbstverwaltung in der Krankenversicherung. Bedingungen und Chancen gewerkschaftlicher Gesundheitspolitik als sozialpolitische Mitbestimmung. Soziale Sicherheit 32 (10), S. 316-324.

Bundeswahlbeauftragter für die Sozialversicherungswahlen (Hrsg.) (2005): Schlussbericht der Wahlbeauftragten über die allgemeinen Wahlen in der Sozialversicherung im Jahre 2005. Bonn: Bundesministerium für Arbeit und Soziales.

Bundeswahlbeauftragter für die Sozialversicherungswahlen (Hrsg.) (2012): Schlussbericht des Bundeswahlbeauftragten für die Sozialversicherungswahlen zu den Sozialwahlen 2011. Bonn: Bundesministerium für Arbeit und Soziales.

Bündnis 90/Die Grünen (2009): Antrag der Abgeordneten Birgitt Bender et al. und der Fraktion BÜNDNIS 90/Die Grünen: Für eine solidarische und nachhaltige Finanzierung des Gesundheitswesens. Deutscher Bundestag: Drucksache 17/258 vom 16.12.2009.

Bündnis 90/Die Grünen (2010): 32. Ordentliche Bundesdelegiertenkonferenz Freiburg, 19.-21. November 2010 Beschluss. Zugang, Teilhabe, Prävention: Grüne Gesundheitspolitik erhält und stärkt die Solidarität.

Bündnis 90/Die Grünen (2013): Zeit für den grünen Wandel. Teilhaben. Einmischen. Zukunft schaffen. Bundestagswahlprogramm von Bündnis 90/Die Grünen, beschlossen auf der 35. Ordentlichen Bundesdelegiertenkonferenz vom 26. bis 28. April 2013 in Berlin, Berlin: Bündnis 90/Die Grünen.

Bundesvereinigung Deutscher Arbeitgeberverbände (BDA) (2014): Selbstverwaltung stärken – Organisationsstrukturen modernisieren. Reformvorschläge für die soziale Selbstverwaltung, Juni 2014. [http://www.arbeitgeber.de/www%5Carbeitgeber.nsf/res/PoPa-Reformvorschlaege-zur-sozialen-Selbstverwaltung.pdf/\\$file/PoPa-Reformvorschlaege-zur-sozialen-Selbstverwaltung.pdf](http://www.arbeitgeber.de/www%5Carbeitgeber.nsf/res/PoPa-Reformvorschlaege-zur-sozialen-Selbstverwaltung.pdf/$file/PoPa-Reformvorschlaege-zur-sozialen-Selbstverwaltung.pdf) (Abruf: 10.07.2014).

CDU (2003): Beschluss des 17. Parteitages der CDU Deutschlands 2003 „Deutschland fair ändern“. <http://www.cdu.de/doc/pdfc/deutschlandfairaendern.pdf> (Abruf: 17.05.2011).

CDU (2004): Beschluss C 33 des 18. Parteitages der CDU Deutschlands: Reform der gesetzlichen Krankenversicherung – Solidarisches Gesundheitsprämienmodell. http://www.cdu.de/doc/pdfc/12_06_04_Beschluss__Duesseldorf_GKV.pdf (Abruf: 18.05.2011).

CDU; CSU; SPD (2013): Deutschlands Zukunft gestalten. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD, 18. Legislaturperiode, Berlin: Typoskript.

Collier, Ruth B./Collier, David (1991): Shaping the Political Arena. Critical Junctures, the Labor Movement, and Regime Dynamics in Latin America, Princeton: Princeton University Press.

Deutscher Bundestag (1. Wahlperiode 1949): Anlage zur Drucksache Nr. 444, 20.01.1950, Begründung zum Entwurf eines „Gesetzes über die Wiederherstellung der Ehrenämter und der Selbstverwaltung in der Sozialversicherung“. Bonn: Deutscher Bundestag.

Deutscher Bundestag (1992): Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und F.D.P.: Entwurf eines Gesetzes zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung (Gesundheitsstrukturgesetz). Drucksache 12/3608 vom 05.11.1992, Bonn: Deutscher Bundestag.

Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB) (1980): Dokumentation: Das Grundsatzprogramm des DGB von 1963 und der Entwurf von 1979 im Vergleich. Gewerkschaftliche Monatshefte 31 (1), S. 28-82.

Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB) (1981): Grundsatzprogramm des Deutschen Gewerkschaftsbundes. 4. Außerordentlicher Bundeskongreß. Parlament der Arbeit, Düsseldorf: DGB.

Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB) (1996): Grundsatzprogramm des Deutschen Gewerkschaftsbundes. Beschlossen auf dem 5. Außerordentlichen Bundeskongreß am 13.-16. November 1996 in Dresden, Berlin: DGB.

Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB) (2011): Reform-Kommission „Für ein solidarisches Gesundheitssystem der Zukunft“: Bürgerversicherung statt Kopfpauschale. Gemeinsame Erklärung für ein solidarisches Gesundheitssystem der Zukunft, 2., durchges. Aufl. <http://www.dgb.de/presse/++co++5e0d6b18-0370-11e0-4e95-00188b4dc422> (Abruf: 10.12.2011)

Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB) (2012): Soziale Selbstverwaltung systemgerecht weiterentwickeln – Anforderungen des DGB an die Reform der Sozialen Selbstverwaltung. <http://www.dgb.de/themen/++co++d9a0a81a-2a5a-11e2-a60c-00188b4dc422> (Abruf: 10.03.2014).

Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB) (Hrsg.) (o.J.): Die Wiederherstellung der Selbstverwaltung in der Sozialversicherung und die Forderungen der Gewerkschaften. Dokumente. Weißbuch des DGB, Düsseldorf: DGB.

Dobbernack, Wilhelm (1951): Die Selbstverwaltung in der Sozialversicherung, Essen: Essener Verlag für Sozialversicherung.

Döhler, Marian; Manow-Borgwardt, Philip (1992a): Korporatisierung als gesundheitspolitische Strategie. Staatswissenschaften und Staatspraxis 3 (1), S. 64-106.

Döhler, Marian; Manow-Borgwardt, Philip (1992b): Gesundheitspolitische Steuerung zwischen Hierarchie und Verhandlung. Politische Vierteljahresschrift 33 (4), S. 571-596.

Döhler, Marian; Manow, Philip (1997): Strukturbildung von Politikfeldern. Das Beispiel bundesdeutscher Gesundheitspolitik seit den fünfziger Jahren, Opladen: Leske + Budrich.

Dudda, Frank (1996): Die Binnenstruktur der Krankenversicherungsträger nach dem Gesundheitsstrukturgesetz, Frankfurt/M. u. a.: Peter Lang.

Emde, Ernst Thomas (1991): Die demokratische Legitimation der funktionalen Selbstverwaltung. Eine verfassungsrechtliche Studie anhand der Kammern, der Sozialversicherungsträger und der Bundesanstalt für Arbeit, Berlin: Duncker & Humblot.

Engelen-Kefer, Ursula (Hrsg.) (2004): Reformoption Bürgerversicherung. Wie das Gesundheitssystem solidarisch finanziert werden kann, Hamburg: VSA.

Enquete-Kommission (1990): Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung, Endbericht, 2 Bde., Bundestagsdrucksache 11/3267 vom 12.02.1990.

Esping-Andersen, Gøsta (1990): The Three Worlds of Welfare Capitalism, Cambridge: Polity Press.

Francke, Robert; Hart, Dieter (2001): Bürgerbeteiligung im Gesundheitswesen, Baden-Baden: Nomos.

Fuchs, Harry (2011): Der Verwaltungsrat in der GKV: Seine Aufgaben, Rechte, Handlungsgrundlagen und -instrumente. Soziale Sicherheit 60 (11), S. 365-372.

Fürst, Walther; Herzog, Roman; Umbach, Dieter C. (Hrsg.) (1987): Festschrift für Wolfgang Zeidler, Bd. 1, Berlin: de Gruyter.

Gellner, Winand; Schmöller, Michael (Hrsg.) (2009): Solidarität und Wettbewerb. Gesetzliche Krankenversicherungen auf dem Weg zu profitorientierten Versicherungsunternehmen – Zukunftsoptionen und Probleme, Baden-Baden: Nomos.

Gerlinger, Thomas (2002): Zwischen Korporatismus und Wettbewerb: Gesundheitspolitische Steuerung im Wandel (Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Arbeitsgruppe Public Health, Discussion Paper P02-204), Berlin: WZB.

Gerlinger, Thomas (2008): Wettbewerbsinduzierte Unitarisierung – Der Wandel der Bund-Länder-Beziehungen in der Gesundheitspolitik, in: Scheller/Schmid (Hrsg.), S. 242-263.

Gerlinger, Thomas (2012): Die Bedeutung der gemeinsamen Selbstverwaltung im Steuerungssystem der gesetzlichen Krankenversicherung, in: Jahrbuch für Kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften 47, S. 141-162.

Gerlinger, Thomas (2013): Gesundheitspolitik in Zeiten der Krise: Auf inkrementellem Weg zur Systemtransformation? Zeitschrift für Sozialreform 59 (3), S. 337-364.

Göckenjan, Gerd (1985): Kurieren und Staat machen. Gesundheit und Medizin in der bürgerlichen Welt, Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

Götze, Ralf (2014): Ende der Dualität? Krankenversicherungsreformen in Deutschland und den Niederlanden, Diss. rer. pol., Bremen: Universität Bremen.

Götze, Ralf; Cacace, Mirella; Rothgang, Heinz (2009): Von der Risiko- zur Anbieterselektion. Eigendynamiken wettbewerblicher Reformen in Gesundheitssystemen des Sozialversicherungstyps. Zeitschrift für Sozialreform 55 (2), S. 149-175.

Gross, Thomas (1999): Das Kollegialprinzip in der Verwaltungsorganisation, Tübingen: Mohr Siebeck.

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG) (2007): Zur Bedeutung der Stellungnahme des Paritätischen Gesamtverbandes zum Antrag der Abgeordneten Dr. Martina Bunge, Kathrin Senger- Schäfer, Harald Weinberg, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE, BT-Drucksache 17/7197, Gesundheit und Pflege solidarisch finanzieren.

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG) (2007): Zur Bedeutung der Selbstverwaltung in der deutschen sozialen Sicherung, Bonn: nanos Verlag.

Haarmann, Alexander (2012): Niederlande: Soziale Sicherung zwischen staatlicher Grundsicherung und For-Profit-Versicherern, in: Klenk et al. (2012c), S. 367-438.

Heffter, Heinrich (1969): Die deutsche Selbstverwaltung im 19. Jahrhundert. Geschichte der Ideen und Institutionen, 2., überarb. Aufl., Stuttgart: K.F. Koehler.

Heinig, Hans Michael (2008): Der Sozialstaat im Dienst der Freiheit. Zur Formel vom „sozialen“ Staat in Art. 20 Abs. 1 GG, Tübingen: Mohr Siebeck.

Hendler, Reinhard (1984): Selbstverwaltung als Ordnungsprinzip. Zur politischen Willensbildung und Entscheidung im demokratischen Verfassungsstaat der Industriegesellschaft, Köln: C. Heymann.

Hentschel, Volker (1983): Geschichte der deutschen Sozialpolitik 1880-1980. Soziale Sicherung und kollektives Arbeitsrecht, Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

Herzog-Kommission (Kommission „Soziale Sicherheit“) (2003): Bericht der Kommission „Soziale Sicherheit“ zur Reform der sozialen Sicherungssysteme. http://www.cdu.de/tagesthema20_09_03_soziale_sicherheit.pdf (Abruf: 18.08.2008).

Hockerts, Hans Günter (1980): Sozialpolitische Entscheidungen im Nachkriegsdeutschland: alliierte und deutsche Sozialversicherungspolitik 1945-1957, Stuttgart: Klett-Cotta.

Isensee, Josef (2004): „Bürgerversicherung“ im Koordinatensystem der Verfassung. Neue Zeitschrift für Sozialrecht 13 (8), S. 393-401.

Isensee, Josef; Kirchhof, Paul (Hrsg.) (2004): Handbuch des Staatsrechts, Bd. I: Grundlagen von Staat und Verfassung, 3. Aufl., Heidelberg: C.F. Müller.

Jacobs, Klaus (2013): Vom dualen zum einheitlichen Krankenversicherungsmarkt. Gesundheits- und Sozialpolitik 67 (2), S. 21-27.

Jacobs, Klaus; Schulze, Sabine (Hrsg.) (2013): Die Krankenversicherung der Zukunft. Anforderungen an ein leistungsfähiges System, Berlin: KomPart.

Kingreen, Thorsten/Kühling, Jürgen (2013): Monistische Einwohnerversicherung. Konzeptionelle und rechtliche Fragen der Transformation der dualen in eine integrierte Krankenversicherungsordnung, Baden-Baden: Nomos.

Klenk, Tanja (2006): Selbstverwaltung – ein Kernelement demokratischer Sozialstaatlichkeit? Szenarien zur Zukunft der sozialen Selbstverwaltung. Zeitschrift für Sozialreform 52 (2), S. 273-291.

Klenk, Tanja (2008a): Modernisierung der funktionalen Selbstverwaltung. Universitäten, Krankenkassen und andere öffentliche Körperschaften, Frankfurt a. M./New York: Campus.

Klenk, Tanja (2008b): Selbstverwaltung im öffentlichen Sektor. Reformen, Leitungsstrukturen, Perspektiven. Verwaltung & Management 14 (1), S. 3-10.

Klenk, Tanja (2012): Deutschland: Korporatistische Selbstverwaltung zwischen Staat und Markt, in: Klenk et al. (2012c), S. 53-117.

Klenk, Tanja; Nullmeier, Frank; Weyrauch, Philine; Haarmann, Alexander (2009): Das Ende einer Bismarck-Tradition? Soziale Selbstverwaltung zwischen Vermarktlichung und Verstaatlichung. Sozialer Fortschritt 58 (5), S. 85-92.

Klenk, Tanja; Weyrauch, Philine; Haarmann, Alexander; Nullmeier, Frank (2012a): Zur Einführung, in: Dies. (Hrsg.) (2012c), S. 7-18.

Klenk, Tanja; Weyrauch, Philine; Haarmann, Alexander; Nullmeier, Frank (2012b): Das Ende der korporatistischen Selbstverwaltung?, in: Dies. (Hrsg.) (2012c), S. 19-51.

Klenk, Tanja; Weyrauch, Philine; Haarmann, Alexander; Nullmeier, Frank (2012c): Abkehr vom Korporatismus? Der Wandel der Sozialversicherungen im europäischen Vergleich, Frankfurt a.M./New York: Campus.

Kluth, Winfried (1997): Funktionale Selbstverwaltung. Verfassungsrechtlicher Status – verfassungsrechtlicher Schutz, Tübingen: J.C.B. Mohr (Paul Siebeck).

Kluth, Wilfried (2001): Demokratische Legitimation in der funktionalen Selbstverwaltung - Grundzüge und Grundprobleme, in: Schnapp (Hrsg.), S. 17-41.

Knappe, Eckhard; Arnold, Robert (2002): Pauschalprämie in der Krankenversicherung. Ein Weg zu mehr Effizienz und mehr Gerechtigkeit, Trier: Universität Trier.

Lambertin, Knut (2012): Tauziehen um die soziale Selbstverwaltung. Historische, politische und ökonomische Hintergründe einer langen Debatte. Soziale Sicherheit 61 (4), S. 151-154.

Leibfried, Stephan; Tennstedt, Florian (1980): Berufsverbote und Sozialpolitik 1933. Die Auswirkungen der nationalsozialistischen Machtergreifung auf die Krankenkassenverwaltung und die Kassenärzte, Bremen: Universität Bremen.

Lindblom, Charles E. (1982): The Market as Prison. The Journal of Politics 44 (2), S. 324-336.

Die Linke (2013): 100 % sozial. Wahlprogramm zur Bundestagswahl 2013, Berlin: Die Linke.

Die Linke im Bundestag (2011): Antrag der Abgeordneten Dr. Martina Bunge et al. und der Fraktion DIE LINKE: Gesundheit und Pflege solidarisch finanzieren. Deutscher Bundestag: Drucksache 17/7197 vom 28.09.2011.

Ludewig, Gottfried (2014): Auf dem Weg zu neuen Rahmenbedingungen für den Krankenversicherungsmarkt. Eine ordnungspolitische Analyse, Ba-

den-Baden: Nomos.

Lüngen, Markus; Stollenwerk, Björn; Messner, Philipp; Lauterbach, Karl W.; Gerber, Andreas (2008): Waiting times for elective treatments according to insurance status: A randomized empirical study in Germany. *International Journal for Equity in Health* 7 (1), S. 1-7.

Maurer, Andrea (Hrsg.) (2008): Handbuch der Wirtschaftssoziologie, Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

Mülheims, Laurenz; Hummel, Karin; Peters-Lange, Susanne; Toepler, Edwin; Schuhmann, Iris (Hrsg.) (2015): Handbuch Sozialversicherungswissenschaft, Wiesbaden: Springer VS.

Nold, Verena (2015): Krankenversicherer, in: Oggier (Hrsg.), S. 205-216.

Nullmeier, Frank; Haarmann, Alexander; Klenk, Tanja; Weyrauch, Philine (2012): Entwicklungstendenzen sozialer Selbstverwaltung und deren Ursachen, in: Klenk et al. (2012c), S. 525-561.

Nürnberg, Ingo (2015): Die Zukunft der Sozialen Selbstverwaltung – Gewerkschaftliche Überlegungen, in: Mülheims et al. (Hrsg.), S. 811-824.

Nürnberg, Ingo; Frank, Marco (2012): Vorschläge zur Entwicklung der Sozialwahlen und zur Stärkung der sozialen Selbstverwaltung. *Soziale Sicherheit* 61 (4), S. 148-151.

Oggier, Willy (Hrsg.) (2015): Gesundheitswesen Schweiz 2015-2017. Eine aktuelle Übersicht, 5., vollst. überarb. Aufl., Bern: Hogrefe.

Paquet, Robert (2013): Bei verpflichtenden Urwahlen in der Selbstverwaltung der GKV: Schwächung der Versichertenvertretung wäre programmiert. *Soziale Sicherheit* 62 (12), S. 417-422.

Paritätischer Gesamtverband (2013): Stellungnahme des Paritätischen Gesamtverbandes zum Antrag der Abgeordneten Dr. Martina Bunge, Kathrin Senger-Schäfer, Harald Weinberg, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE, BT-Drucksache 17/7197, Gesundheit und Pflege solidarisch finanzieren, Berlin: Paritätischer Gesamtverband.

Pohl, Hans (Hrsg.) (1991): Staatliche, städtische, betriebliche und kirchliche Sozialpolitik vom Mittelalter bis zur Gegenwart, Stuttgart: Steiner.

Rebscher, Herbert (2006a): Von der Krankenkasse zum Unternehmen Gesundheit, in: Ders. (Hrsg.), S. 853-867.

Rebscher, Herbert (Hrsg.) (2006b): Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik im Spannungsfeld zwischen Wissenschaft und Politikberatung. Festschrift für Günter Neubauer, Heidelberg: *Economica*, S. 853-867.

Reidegeld, Eckart (2006a): Staatliche Sozialpolitik in Deutschland, Bd. I: Von den Ursprüngen bis zum Untergang des Kaiserreiches 1918, 2., überarb. u. und erw. Aufl., Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

Reidegeld, Eckart (2006b): Staatliche Sozialpolitik in Deutschland, Bd. II: Sozialpolitik in Demokratie und Diktatur 1919-1945, 1. Aufl., Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

Reiners, Hartmut (2011): Mythen der Gesundheitspolitik, 2. Aufl., Bern u.a.: Verlag Hans Huber.

Reit, Nina-Annette (2015): Rechtliche Determinanten der Selbstverwaltung in der Sozialversicherung, in: Mühlheims et al. (Hrsg.), S. 763-776.

Reiter, Heinrich: Die Selbstverwaltung in der Sozialversicherung, in: Fürst et al. (Hrsg.), S. 597-623.

Ritter, Gerhard A. (1983): Sozialversicherung in Deutschland und England. Entstehung und Grundzüge im Vergleich, München: C.H. Beck.

Rixen, Stephan/Welskop-Deffaa, Eva M. (Hrsg.) (2015): Zukunft der Selbstverwaltung. Responsivität und Reformbedarf, Wiesbaden: Springer VS.

Rosenbrock, Rolf; Gerlinger, Thomas (2014): Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung, 3., vollst. überarb. Aufl., Bern u. a.: Verlag Hans Huber.

Rosewitz, Bernd; Webber, Douglas (1990): Reformversuche und Reformblockaden im deutschen Gesundheitswesen, Frankfurt a.M./New York: Campus.

Rothgang, Heinz; Arnold, Robert; Unger, Rainer (2010a): Berechnungen der finanziellen Wirkungen verschiedener Varianten einer Bürgerversicherung in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Gutachten im Auftrag der Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen, Bremen: Universität Bremen/Zentrum für Sozialpolitik.

Rothgang, Heinz; Cacace, Mirella; Grimmeisen, Simone; Schmid, Achim; Wendt, Claus: (Eds.) (2010b): The State and Healthcare. Comparing OECD Countries 2010, Houndmills, Basingstoke: Palgrave Macmillan.

Rürup-Kommission („Kommission für die Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme“) (2003): Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme. Bericht der Kommission, Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, Berlin

Rusert, Kirsten (2013): Wahlen ohne Demokratie? Legitimation der Verwaltungsräte nach Friedenswahlen. Zeitschrift für Sozialreform 59 (3), S. 227-253.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (SVR-Wirtschaft) (2002): Jahresgutachten 2002/03: Zwanzig Punkte für Beschäftigung und Wachstum, Stuttgart: Metzler-Poeschel.

Scharpf, Fritz W. (1999): Regieren in Europa. Effektiv und demokratisch? Frankfurt a.M./New York: Campus.

Scharpf, Fritz W. (2000): Interaktionsformen. Akteurzentrierter Institutionalismus in der Politikforschung, Opladen: Leske + Budrich.

Scharpf, Fritz W. (2004): Legitimationskonzepte jenseits des Nationalstaats (Max-Planck-Institut für Gesellschaftsforschung, Working Paper 04/6), Köln: MPIfG.

Scheller, Henrik/Schmid, Josef (Hrsg.) (2008): Föderale Politikgestaltung im deutschen Bundesstaat. Variable Verflechtungsmuster in Politikfeldern, Baden-Baden: Nomos.

Schimank, Uwe; Volkmann, Ute (2008): Ökonomisierung der Gesellschaft, in: Maurer (Hrsg.), S. 382-393.

Schmähl, Winfried (2010): Voraussetzungen für eine erfolgreiche Selbstverwaltung in der Sozialversicherung. Wirtschaftsdienst 90 (7), S. 474-478.

Schmöller, Michael (2009): Positionen und Strategien gesetzlicher und privater Krankenversicherungen nach dem GKV-WSG. Ergebnisse einer repräsentativen Erhebung, in: Gellner/Schmöller (Hrsg.), S. 15-61.

Schmucker, Rolf (2011): Wechselwirkungen. Die GKV zwischen nationaler Wettbewerbssteuerung und europäischem Wettbewerbsrecht. Jahrbuch für Kritische Medizin 47. S. 119-139.

Schnapp, Friedrich E. (Hrsg.) (2001): Funktionale Selbstverwaltung und Demokratieprinzip – am Beispiel der Sozialversicherung, Frankfurt a.M. u.a.: Peter Lang.

Schölkopf, Martin; Pressel Holger (2014): Das Gesundheitswesen im internationalen Vergleich: Gesundheitssystemvergleich und europäische Gesundheitspolitik, 2., überarb. Aufl., Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Schroeder, Wolfgang (2008): Zur Reform der sozialen Selbstverwaltung in der gesetzlichen Krankenversicherung – Kasseler Konzept, Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung.

Schuler-Harms, Margarete (2015): Betroffenheitsdemokratie und Begründung sozialer Selbstverwaltung in der Arbeitsverwaltung. Unterschiede und Gemeinsamkeiten SGB II und SGB III, in: Rixen/Welskop-Deffaa (Hrsg.), S. 31-56.

Schuppert, Gunnar Folke (1989): Selbstverwaltung, Selbststeuerung, Selbstorganisation – Zur Begrifflichkeit einer Wiederbelebung des Subsidiaritätsgedankens. Archiv des öffentlichen Rechts 114, S. 127-148.

Sozialverband Deutschland (SoVD) (2013): Stellungnahme zur öffentlichen Anhörung von Sachverständigen durch den Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages am 5. Juni 2013 zum Antrag der Abgeordneten Dr. Martina Bunge, Kathrin Senger-Schäfer, Harald Weinberg, weiterer Abgeordneter und der Fraktion die LINKE „Gesundheit und Pflege solidarisch finanzieren“, Bundestagsdrucksache 17/7197 vom 28.09.2011. <http://www.sovd.de/2218.0.html> (Abruf: 28.07.2014)

Spahn, Jens (2012): Private Kassen haben existenzielle Probleme, in: Die Welt vom 14.03.2012.

SPD (2011): Ordentlicher SPD-Parteitag Berlin vom 4.-6. Dezember (2011). Beschluss-Nr. 59: Solidarische Gesundheitspolitik für alle Bürgerinnen und Bürger. Langfassung. http://www.spd.de/linkableblob/21972/data/59_beschluss_gesundheit_lang.pdf (Abruf: 12.01.2012).

Spies, Thomas (2006): Die Bürgerversicherung. Zukunftsfähig und solidarisch, Frankfurt a.M.: VAS.

Standfest, Erich (Projektleitung) (1977): Sozialpolitik und Selbstverwaltung. Zur Demokratisierung des Sozialstaats, Köln: Bund-Verlag.

Stolleis, Michael (Hrsg.) (1976): Quellen zur Geschichte des Sozialrechts, Göttingen, Frankfurt a.M., Zürich: Musterschmidt.

Strengmann-Kuhn, Wolfgang (Hrsg.) (2005): Das Prinzip Bürgerversicherung. Die Zukunft im Sozialstaat, Wiesbaden: VS-Verlag für Sozialwissenschaften.

Tennstedt, Florian (1977): Geschichte der Selbstverwaltung in der Krankenversicherung von der Mitte des 19. Jahrhunderts bis zur Gründung der Bundesrepublik Deutschland, Bonn: Verlag der Ortskrankenkassen.

Tennstedt, Florian (1991): Der Ausbau der Sozialversicherung in Deutschland 1890 bis 1945, in: Pohl (Hrsg.), S. 225-243.

Teppe, Karl (1977): Zur Sozialpolitik des Dritten Reiches am Beispiel der Sozialversicherung. Archiv für Sozialgeschichte 17, S. 195-250.

Urban, Hans-Jürgen (2001): Wettbewerbskorporatistische Regulierung im Politikfeld Gesundheit. Der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen und die gesundheitspolitische Wende (Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Arbeitsgruppe Public Health, Discussion Paper P01-206), Berlin: WZB.

Vogel, Stephen K. (1996): Freer Markets, More Rules. Regulatory Reform in Advanced Industrial Countries, Ithaca/London: Cornell University Press.

Volkssolidarität Bundesverband e.V. (2010): Stellungnahme zur Öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages am 25. Oktober 2010, Berlin: Volkssolidarität Bundesverband.

Wille, Eberhard; Hamilton, Geert Jan; von der Schulenburg, J. Matthias Graf; Thüsing, Gregor (2012): Privatrechtliche Organisation der gesetzlichen Krankenkassen: Reformperspektiven für Deutschland, Erfahrungen aus den Niederlanden, Baden-Baden: Nomos.

In der Reihe „WSI Study“ erscheinen in unregelmäßiger Folge Arbeiten aus dem WSI zu aktuellen Vorgängen auf wirtschafts-, sozial- und gesellschaftspolitischem Gebiet. Für den Inhalt sind die Autorinnen und Autoren selbst verantwortlich.

Diese und andere WSI Studies finden Sie als pdf-Datei unter www.wsi.de

Herausgeber

WSI der Hans-Böckler-Stiftung
Hans-Böckler-Straße 39
40476 Düsseldorf
wsi@boeckler.de

Autor

Prof. Dr. Dr. Thomas Gerlinger
Arbeitsgruppe 1: Gesundheitssysteme, Gesundheitspolitik und Gesundheitssoziologie
Fakultät für Gesundheitswissenschaften
Universität Bielefeld
Postfach 10 01 31
33501 Bielefeld
thomas.gerlinger@uni-bielefeld.de

Study (Internet)

ISSN 2367-0827