

Nach den Eckpunkten zur Gesundheitsreform:

Selbstverwaltung in der Krankenversicherung

Anspruch und Wirklichkeit in Gegenwart und Zukunft

Von Felix Welti

Wird und soll es auch in Zukunft eine Selbstverwaltung in der gesetzlichen Krankenversicherung geben? Hat es sie eigentlich bisher gegeben? Verfolgt man die Diskussion um die Sozialwahl 2005 und nun um die von der Bundesregierung beschlossenen Eckpunkte zur Gesundheitsreform, in denen eine grundlegende Änderung der Organisationsstrukturen vorgesehen ist, so sind diese Fragen berechtigt. Auch wer der Selbstverwaltung verbunden ist, muss – bevor Prinzipien und Institutionen verteidigt oder reformiert werden – kritisch hinterfragen, was erhaltenswert und was zu überwinden ist. Damit beschäftigt sich der folgende Beitrag.

Für den Anspruch an *Selbstverwaltung* ist entscheidend, wer das „selbst“ ist. Bei einem formellen Selbstverwaltungs-begriff geht es darum, dass die Krankenkasse selbst entscheidet und keiner fachlichen Weisung unterliegt. Systemtheoretisch betrachtet geht es um die Fähigkeit des Gesundheitswesens zur irritationsarmen Selbststeuerung. Und sieht man Selbstverwaltung traditionell, ist zu fragen, ob und wie Versicherte und Arbeitgeber selbst an den Angelegenheiten ihrer Krankenkassen durch ihre Vertreter Anteil nehmen und sie beeinflussen.

Es gibt Anhaltspunkte, dass es um die Selbstverwaltung nicht zum Besten steht. Die geringe Beteiligung von Listen¹ und von Wählerinnen und Wählern² an der letzten Sozialwahl ist kaum ein Zeichen völliger Zufriedenheit, auch wenn sie in Relation zur gesunkenen Beteiligung an Wahlen und am politischen Leben insgesamt gesehen werden muss. Befragungen haben belegt, dass nur eine Minderheit der Versicherten die Institution der zu wählenden Selbstverwaltung aktiv unterstützt³ und viele Versicherte kaum die Selbstverwaltung kennen, jedenfalls nicht die handelnden Personen. Vertreter und Versicherte kommunizieren nur wenig. Es fehlt zudem an empirischer Forschung und öffentlicher Diskussion über die Wirklichkeit der Selbstverwaltung.

Der Autor

Dr. Felix Welti ist Privatdozent für Öffentliches Recht einschließlich Europarecht, Sozial- und Gesundheitsrecht an der Universität Kiel

1. Verfassungsrechtliche Grundlagen

1.1 Selbstverwaltung und Demokratie

Wer in der Gesundheitspolitik herumkommt, kennt das: Gewählte Volksvertreter und die Vertreter der Ministerialverwaltung schimpfen und klagen über „die Selbstverwaltung“, welche die vom Volk gewählte und gewollte Gesundheitspolitik sabotiere. Gewählte Mitglieder der Selbstverwaltung und Vertreter der Kassenverwaltungen klagen und schimpfen über „die Politik“, welche eine sachgerechte und von den Versicherten gewollte Gesundheitsverwaltung erschwere.

Das ist mehr als eine psychologisch verständliche Entlastung der Akteure: Jeder Spielraum der Selbstverwaltung bedeutet Verzicht auf Regelungen des demokratisch legitimierten Gesetzgebers. Jede genauere staatliche Regelung bedeutet geringere Spielräume einer durch Betroffene legitimierten Selbstverwaltung. Selbstverwaltung steht im Spannungsverhältnis zur „reinen“ Demokratie.

Das verfassungsgerichtliche Diktum, dass Wesentliches vom Gesetzgeber zu regeln und nicht zu delegieren sei, ist ein demokratisches Argument gegen wesentliche Kompe-

1 vgl. Burkhard Regin: Sozialwahlen: Nur bei acht Sozialversicherungsträgern gibt es echte Wahlen, in *SozSich* 3/2005, S. 74. Gewählt wurde bei der Barmer Ersatzkasse, der DAK, der TK, der KKH, der BKK Brose und der BKK Exklusiv.

2 vgl. Hans-Eberhard Urbaniak: Vorschläge für ein zukunftssicheres System der Selbstverwaltung, in *SozSich* 2/2006, S. 66 ff. Nur 35,5% der 46 Millionen wahlberechtigten Versicherten haben sich an der Sozialwahl 2005 beteiligt.

3 vgl. Bernhard Braun/Martin Buitkamp: Analyse: Zur Bekanntheit und Verankerung von Sozialwahlen und Selbstverwaltung in der GKV, in *SozSich* 3/2005, S. 77. Danach haben in der Bevölkerung 17,8% der Befragten ein uneingeschränkt positives Verhältnis zu Sozialwahlen, 19,2% stehen ihnen in kritischer Distanz gegenüber, 13,2% haben eine explizit negative Einstellung und 44% haben „keine Meinung“.

tenzen der Selbstverwaltung. Die politische Debatte über die Grundlinien, was Krankenversicherung sein soll und wofür ihre Beitragsmittel zu verwenden sind, wird wesentlich vor Bundestagswahlen und nicht vor Sozialwahlen geführt. Gesundheitspolitik ist dabei bisher ein Thema gewesen, in dem sich die Parteien deutlich voneinander unterscheiden haben und es hat wohl auch (mit) Wahlen entschieden. Das Volk herrscht in der Demokratie, indem es Vertreter bestimmt und mit sich und ihnen darüber kommuniziert, wie sie handeln sollen. Kommunale Selbstverwaltung, Tarifverhandlungen oder Betriebsratswahlen sind von einem eigenständigen Diskurs in Teilen des Volkes darüber begleitet, wie ihre Akteure handeln sollen. Bei sozialer Selbstverwaltung in der Krankenversicherung fehlt es daran weitgehend.

Ein weiteres Legitimationsproblem sozialer Selbstverwaltung ist, den Teil des Volkes zu bestimmen, der hier besondere Aufgaben selbst verwaltet. Im Zeitalter von Kassenwettbewerb und -wechsel haben allenfalls manche Betriebs- und Innungskrankenkassen ein soziales Substrat mit eigenen Interessen und eigener Öffentlichkeit. Immer mehr Angelegenheiten sind allen Kassen gemeinsam. Gemeinsame Angelegenheiten der Kassen sind aber kaum noch ein Sonderinteresse. Die Sozialversicherung ist insofern ein Opfer ihres Erfolges, ihrer beständigen Ausdehnung auf fast 90 Prozent der Bevölkerung.⁴ Zwar ist das Interesse der sozialversicherten Mehrheit noch von dem der privat versicherten Minderheit unterscheidbar. Berücksichtigt man aber, dass dieser Minderheit noch recht viele Arbeitgeber sozialversicherungspflichtiger Beschäftigter und freiberufliche Leistungserbringer des Gesundheitswesens angehören und dass die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) das gesamte Gesundheitswesen steuert, so gibt es – anders als bei kommunaler oder berufsständischer Selbstverwaltung – kaum jemanden, der kein Interesse an der GKV hat.

Dennoch ist soziale Selbstverwaltung in der Demokratie legitimiert. Eine puristische Demokratietheorie, die demokratische Legitimation ausschließlich aus den Parlamentswahlen herleitet, stößt in der gesellschaftlichen Wirklichkeit und in der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) an Grenzen. Der gewählte Gesetzgeber kann in der komplexen arbeitsteiligen Gesellschaft nicht alles selbst regeln. Er will und kann delegieren, und zwar nicht nur an Staatsverwaltung.

Ob das zulässig ist, bemisst sich an personaler oder fachlicher Legitimation. Personale Legitimation wird von den Betroffenen des jeweiligen Regelungsbereichs hergeleitet. Dazu müssen Diskurs und Wahlen auch in den zwischen Staat und Gesellschaft angesiedelten Formen von Selbstregulierung und Selbstverwaltung stattfinden. Wo fachliche Legitimation gefragt ist, wird ein Lebensbereich von besonderem Wissen und besonderen Handlungslogiken geprägt. Daran fehlt es im Gesundheitsbereich nicht: Die Professionalität und die Wissenschaft der Gesundheitsberufe, aber auch gesundheitsbezogene Formen von Ethik, Gerechtigkeitsverständnis und Ökonomie sowie ein besonderes Partizipationsstreben Betroffener weisen das Gesundheitswesen als ein Subsystem aus, das mit „Medizin“ nur unzureichend beschrieben wäre. Fachliche Legitima-

tion kann in diesem Kontext auch heißen, das besondere Interesse der Betroffenen an einer bedarfsgerechten Versorgung bei angemessenem Mitteleinsatz eigenständig repräsentieren zu können.

1.2 Selbstverwaltung und Rechtsstaat

Selbstverwaltung muss im Rechtsstaat in den Formen des Rechts stattfinden. Dies bedeutet, Vorbehalt und Vorrang des Gesetzes und die Grundrechte Einzelner zu achten. Die selbstverwalteten Krankenkassen sind aus diesem Grunde nicht selbst grundrechtsfähig.⁵ Weil soziale Selbstverwaltung nicht unmittelbar vom Grundgesetz geschützt ist – wie kommunale Selbstverwaltung – sind die Sozialversicherungsträger keine eigenen Verfassungsrechtssubjekte. Ob sie damit voll zur Disposition des Gesetzgebers stehen⁶, hängt von den Alternativen ab.

1.3 Selbstverwaltung und sozialer Staat

Ein Zusammenhang zwischen Sozialstaat und Selbstverwaltung wird in Literatur und Rechtsprechung kaum angedeutet. Sieht man den sozialen Charakter eines Staates nur im Auftrag, gesellschaftliche Bedarfsdeckung zu gewährleisten, so hat dies mit Selbstverwaltung wenig zu tun. Die medizinische Versorgung gewährleisten kann der Staat nicht nur bei Selbstverwaltung von Sozialversicherung und Leistungserbringern, sondern auch in Form der unmittelbaren Staatsverwaltung, vielleicht auch durch einen Markt mit nachträglicher Umverteilung.

Sieht man aber im Grundsatz des sozialen Staates nicht nur ein Staatsziel, sondern – wie in den anderen Elementen des Art. 20 Grundgesetz (GG) – ein Staatsstrukturprinzip, betrifft Sozialstaatlichkeit nicht nur die Ziele, sondern auch die Mittel.

Der soziale Rechtsstaat ist ein Staat, der sich in den Formen des Rechts mit der Gesellschaft (lateinisch: *societas*) in Verbindung setzt, aber von ihr unterscheidbar bleibt. Dies verweist auf die Bedürfnisse der Gesellschaft und auf ihre Fähigkeit zur Selbsthilfe und Selbstorganisation. Der soziale Staat lässt die Gesellschaft nicht gewähren wie ein liberaler Staat, aber er bestimmt auch nicht Form und Inhalt ihrer Bedürfnisse wie ein Wohlfahrtsstaat. Der soziale Staat sucht auch die Lösungen sozialer Probleme in der Gesellschaft und unterstützt sie durch Formen und Macht des Rechts.

In der Krankenversicherung bindet der soziale Staat gesellschaftliche Kräfte in rechtliche Formen ein. Das gemeinsame Interesse von Beschäftigten und Arbeitgebern, die für Krankheit anfällige Arbeitskraft zu schützen und zu reproduzieren und Krankheit nicht zur existenziellen Bedrohung werden zu lassen, hatte im freien Spiel der Kräfte

4 Der gesetzlichen Krankenversicherung gehören insgesamt 70,4 Millionen Menschen an, darunter sind 65,6 Millionen Pflichtversicherte (einschließlich mitversicherten Familienangehörigen und Rentnern) und 4,8 Millionen freiwillig Versicherte (Quelle: Bundesministerium für Gesundheit, Stand: 1. Mai 2006).

5 BVerfG-Kammerentscheidung, in *Neue Zeitschrift für Sozialrecht (NZS)* 2005, S. 139; BVerfGE 39, 302

6 vgl. BVerfGE 39, 302

nicht flächendeckend zur Einrichtung von Krankenkassen geführt, sodass der Staat durch Versicherungspflicht nachhalf. Das primäre Interesse derer, die die soziale Sicherung aus dem Arbeitsprodukt zu bezahlen hatten und ihr Sachverstand sollten durch Selbstverwaltung eingebunden werden.

Fortschritt und Medikalisierung führten zum zweiten Schub der Institutionalisierung, indem die Leistungserbringer des Gesundheitswesens von privatrechtlichen Vertragspartnern der Krankenkassen zu eigenen Körperschaften und mit den Kassen zur gemeinsamen Selbstverwaltung zusammengebunden wurden. Auch hier bediente sich der Staat des ursprünglich gesellschaftlichen Zusammenhalts – insbesondere der Ärzte – und machte sie zu Trägern öffentlicher Aufgaben. Eine dritte Phase der „Verselbstverwaltlichung“ gesellschaftlicher Kräfte erleben wir in den letzten Jahren: Selbsthilfe und Interessenvertretung kranker und behinderter Menschen werden für die öffentliche Aufgabe eingebunden, das Gesundheitswesen zu organisieren und zu verbessern.⁷

Die selbstverwaltete Körperschaft des öffentlichen Rechts ist nicht die beste oder einzige Form, soziale Staatlichkeit zur Geltung zu bringen. Im zweiten großen Bereich materiellen Sozialstaatshandelns, der öffentlichen Fürsorge durch Sozial- und Jugendhilfe, ist ein anderer Weg beschritten worden: Die Verbände der freien Wohlfahrtspflege sind als gesellschaftliche Kräfte Vertragspartner der staatlichen Verwaltung. Für die Arbeits- und Wirtschaftsbedingungen sieht das Grundgesetz die autonome Regulierung durch die Tarifparteien vor. Andere Staaten zeigen, dass Krankenversicherung sich auch als tarifliche oder als Fürsorgeeinrichtung entwickeln kann. Und auch staatliche Gesundheitsdienste kommen ohne rechtlichen und tatsächlichen Kontakt zu den gesellschaftlichen Kräften nicht aus, wie er etwa in Skandinavien über die kommunale Selbstverwaltung hergestellt wird.

Eine gesellschaftlich ein- und rückgebundene Organisationsform relevanter öffentlicher Aufgaben ist eine Bewegungsform der Grundrechte der Betroffenen und der Versuch, Freiheitsverluste zu kompensieren. Die Krankenversicherung steht vor dem Dilemma jeder arbeitsteilig in gegenseitiger Abhängigkeit verflochtenen Gesellschaft: Sie sichert mit dem unbedingten Zugang zu gesundheitlicher Versorgung eine Voraussetzung von Sicherheit und Freiheit, die mit dem Freiheitsverlust einer Pflichtmitgliedschaft erkaufte wird. Selbstverwaltung soll durch Kontrolle über und Einfluss auf die Krankenkassen den Zwang zur Mitgliedschaft durch Teilhabe an einem sinnvollen Ganzen ausgleichen.

Eine solche Einbindung gesellschaftlicher Kräfte in öffentliche Aufgaben muss sich als die im Vergleich zu reinem Markt oder reiner Staatsverwaltung effektivere Organisationsform bewähren. In der gesetzlichen Krankenversicherung gibt es zwei Gefahren: Erhält gesellschaftliche Selbststeuerung durch Vertrag und Wettbewerb viel Raum, so sind schwer organisierbare und minderheitliche Interessen gefährdet und gesellschaftliche Integration kann Schaden nehmen. Werden andererseits die gesellschaftlichen Kräfte zu stark staatlich gesteuert, besteht die

Gefahr, dass Selbstverwaltung nicht mehr die Gesellschaft im Staat repräsentiert, sondern die gesellschaftlichen Kräfte verstaatlicht werden, ihre Innovationskraft und Bindung an das reale Geschehen verlieren. Das Gesundheitswesen ist zu komplex und – zum Glück – zu innovativ, als dass es sich von oben durch Gesetz und Ministerium befriedigend steuern ließe. Der unregulierte Gesundheitsmarkt ist keine Alternative, weil notwendige Gesundheitsgüter Grundvoraussetzungen gesellschaftlicher Integration sind.

2. Selbstverwaltung der einzelnen Krankenkassen

2.1 Bildung der Selbstverwaltung

Die Sozialwahl zur Bildung der Selbstverwaltungsorgane ist erheblicher Kritik ausgesetzt, die sich oft auf die Wahl ohne Wahlhandlung („Friedenswahl“) bezieht. Eine Wahlhandlung kann ein Element sein, durch das die Verbindung zwischen Wählern und Vertretenen hergestellt wird, selbst wenn gar keine Auswahl besteht.⁸ Aber ob mit oder ohne Wahlhandlung: Die größere Verantwortlichkeit dafür, dass Wahlen etwas ausdrücken, liegt in der Gesellschaft, die einen sie begleitenden Diskurs führen muss. Gelingt dies nur so marginal wie derzeit, sollte sich etwas ändern, am Recht oder am Gebrauch, der von ihm gemacht wird.

Das Recht ist darauf zu prüfen, ob alle gesellschaftlichen Kräfte kandidieren können, die an der Arbeit der Krankenkassen interessiert sind. Grundsätzliche Kritik gibt es an der Fokussierung auf Arbeitnehmerorganisationen und Vereinigungen von Arbeitgebern. Der Kern der Krankenversicherung liegt nach wie vor beim Schutz der abhängig Beschäftigten und die Aufteilung des Krankenversicherungsbeitrags begründet die Vertretung der Arbeitgeber in der Selbstverwaltung. Dass eine sozial- oder berufspolitische Zwecksetzung kandidierender Vereinigungen vorhanden sein soll, kann nicht kritisiert werden, muss aber weiter verstanden werden als bisher. Die kandidierenden Organisationen sollen organisatorisch gefestigt und öffentlich präsent sein, um tatsächlich Gesellschaft und Verwaltung verbinden zu können. Betrachtet man die Praxis, würde man auf den ersten Blick eine strengere Auslegung dieses Kriteriums erhoffen. Doch Kommunikation und Engagement der Selbstverwaltung muss in erster Linie die Gesellschaft einfordern. Das Recht darf dies nicht behindern, kann es aber nicht erzwingen. So kann man zwar mit den konflikt- und diskursarmen Wahlen der Selbstverwaltungsorgane nicht zufrieden sein. Probleme und Lösungen sind aber nicht primär im Wahlrecht zu finden.

7 vgl. Susanne Angerhausen: Die neue Patientenbeteiligung im Gesundheitswesen: Wirksame Mitsprache oder „Logik des Misslingens“?, in SozSich 1/2004, S. 13 ff.; Erwin Dehlinger: Unabhängige Patientenberatung: Erfahrungen aus und Perspektiven nach einer Modellphase mit 30 Projekten, in SozSich 10/2005, S. 324 ff.

8 vgl. Bernhard Braun/Tanja Kien: Soziale Selbstverwaltung: Traditionsreicher Steuerungsmechanismus – mit welcher Zukunft?, in SozSich 2/2006, S. 54, 58

2.2 Gestaltungsmöglichkeiten

Eine gängige Erklärung für die geringe Resonanz der Sozialwahlen ist, dass die gewählten Organe einflusslos und uninteressant seien, weil alles Wesentliche gesetzlich bestimmt sei. Die Aufgabennormen bestätigen dies nicht auf den ersten Blick. Danach hat der Verwaltungsrat – also das zentrale Gremium der Selbstverwaltung – insbesondere die Satzung und sonstiges autonomes Recht zu beschließen, den Vorstand zu wählen und zu überwachen, alle Entscheidungen zu treffen, die für die Krankenkasse von grundsätzlicher Bedeutung sind, den Haushaltsplan festzustellen, den Vorstand zu entlasten und über die Auflösung oder Vereinigung der Krankenkasse zu beschließen.

Zu den relevanten Entscheidungen durch Satzung gehören der Beitragssatz, die Öffnung bisher geschlossener Kassen, die Zusammensetzung der Widerspruchsstellen und die Wahl von Versichertenältesten. Durch Satzung kann die Kasse ferner entscheiden über

- Leistungen zur primären Prävention,
- Schutzimpfungen,
- den Umfang häuslicher Krankenpflege,
- Voraussetzungen der Haushaltshilfe,
- den Zuschuss für Hospizleistungen,
- den Krankengeldanspruch für freiwillig Versicherte,
- Selbstbehalt und Beitragsrückzahlung für freiwillig Versicherte,
- Vorgaben für Modellvorhaben,
- einen Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten und für hausarztzentrierte Versorgung,
- strukturierte Behandlungsprogramme, integrierte Versorgung und betriebliche Gesundheitsförderung,
- das Verfahren zur wählbaren Kostenerstattung
- und die Vermittlung von privaten Zusatzversicherungsverträgen.

Da die Kassen gesetzlich auf die Stabilität der Beitragssätze verpflichtet sind, Gewinne und Schulden gesetzlich nicht vorgesehen sind und der Leistungsumfang weitgehend determiniert ist, sind die Spielräume der Selbstverwaltung bei der Festlegung des Beitragssatzes gering.

Durch Satzungsrecht wird von der Selbstverwaltung, also den Vertretern von Versicherten und Arbeitgebern, zwar Relevantes für die Versicherten geregelt. Die meisten leistungs- und beitragsrechtlichen Innovationen der letzten Jahre hat aber der Gesetzgeber entweder den Kassen zur gemeinsamen und einheitlichen Ausgestaltung oder der gemeinsamen Selbstverwaltung mit den Leistungserbringern⁹ übertragen.

Regelungen von grundsätzlicher Bedeutung für die einzelne Krankenkasse sind eher im Leistungserbringungsrecht eröffnet. Hier haben die Reformen der letzten Jahre mit Modellvorhaben, integrierter Versorgung, strukturierter Behandlungsprogrammen und Verträgen über ambulante Behandlung im Krankenhaus den einzelnen Kassen Innovationen und Experimente ermöglicht. Diese können

sich auch auf die Versorgungsqualität der Versicherten auswirken und fachöffentliches und regionales Interesse finden. Gerade diese Regelungen könnten ein Feld selbstverwaltender Gestaltung sein.

Die jetzt von der Bundesregierung beschlossenen Eckpunkte zeigen die mögliche weitere Entwicklung auf: Die Kassen sollen nicht mehr über den künftig einheitlich an einen Fonds zu zahlenden Beitrag entscheiden.¹⁰ Sie dürfen nur noch einen Zusatzbeitrag erheben, wenn sie mit den Zuweisungen aus dem Fonds nicht auskommen.¹¹ Die Möglichkeiten der Kassen für eigene Versorgungsverträge sollen dagegen erweitert werden.

Der Selbstverwaltung der einzelnen Kasse bleiben vor allem Fragen der internen Organisation und der Innovation in der Leistungserbringung. Viele Kassen sind inzwischen groß und bundesweit tätig. Selbstverwaltung – gerade wenn sie ehrenamtliches und gesellschaftliches Engagement einbinden soll – ist aber auf den regionalen und kommunalen Bezug angewiesen. Innungskrankenkassen, betriebliche Betriebskrankenkassen sowie wirklich örtliche Ortskrankenkassen sind und wären insofern ein besserer Entfaltungsraum für Selbstverwaltung. Hier ist zu fragen, wie soziale Selbstverwaltung wieder besser mit der Entscheidung des Grundgesetzes für föderale und kommunale Verwaltungsstrukturen in Einklang gebracht werden kann. Ein guter Denkanstoß ist hier der Vorschlag des Abgeordneten Wolfgang Wodarg, die Versorgungspolitik weitgehend einer gemeinsamen Kassenselbstverwaltung auf Landesebene zu übertragen.¹²

2.3 Gesundheitspolitisches Mandat der Krankenkassen?

In der jetzigen Diskussion um die Eckpunkte ist der Streitpunkt des gesundheitspolitischen Mandats aufgekommen. Dürfen Krankenkassen über Gesetzgebung und Gesundheitspolitik informieren, dürfen sie eigene Positionen beziehen, selbst politische Akteure werden? Die gesetzlichen Grundlagen der Kassen und Kassenverbände sind nur insofern eindeutig, als die Information von Bevölkerung und Mitgliedern zu ihren Aufgaben gehört.¹³ Diese Information muss – wie jede Öffentlichkeitsarbeit öffentlicher Stellen – der Richtigkeit und Ausgewogenheit verpflichtet sein¹⁴, kann aber auch so in der schwer durchschaubaren Gesundheitspolitik und angesichts oft nicht kompetenter Medienberichterstattung einen legitimen Beitrag zur Meinungsbildung leisten. Ein Recht auf auch öffentlich wahrgenommene Positionierung ergibt sich daraus, dass Gesetzgebung und Regierung, wenn sie vernünftig sind, die Kassen und ihre Verbände bei gesund-

9 siehe dazu 3.2 und 3.3

10 siehe Christian Zahn: Gesundheitsreform: Wechsel in ein staatliches System, auf S. II und 253 in diesem Heft

11 vgl. Heinz Stapf-Finé: Eckpunkte der Gesundheitsreform: Die Versicherten sind die Verlierer – Sie müssen höhere Beiträge und Kopfpauschalen zahlen, in SozSich 7/2006, S. 218 ff.

12 siehe Wolfgang Wodarg: Durch Reform-Eckpunkte drohen irreparable Schäden – Nachfragemacht der gesetzlichen Kassen muss gestärkt werden, auf S. 262 ff. in diesem Heft

13 § 13 SGB I, § 217 Abs. 2 Nr. 1 SGB V

14 BVerfGE 105, 252, 272

heitspolitischen Entscheidungen konsultieren – was auch gesetzlich vorgesehen ist¹⁵ – und Öffentlichkeit und Versicherte ein Recht haben, zu wissen, welche Auffassungen dabei vertreten werden. Die genehmigten Satzungen – etwa § 7 der Satzung des AOK-Bundesverbandes mit der Formulierung „wirkt auf Bundesebene bei der Gestaltung der Gesundheits- und Sozialpolitik mit“ – gehen noch weiter. Sie können auch Grundlage für eigene Gestaltungsvorschläge der Kassen und deren öffentliche Vermittlung sein.

Eine „Kampagne“ wie jetzt von manchen befürchtet, anderen erhofft, kann damit nicht begründet werden. Selbstverwaltete Körperschaften unterscheiden sich von staatlichen Behörden auch dadurch, dass sie in ihrem gesetzlich begrenzten Bereich eigene Positionen formulieren – seien es die Industrie- und Handelskammern in der Wirtschaftspolitik oder die Studentenschaften in der Hochschulpolitik. Krankenkassen sind zwar – anders als diese Körperschaften – keine gesetzlich vorgesehenen Interessenvertretungen, doch bedingt ihre Aufgabe als Verwaltungsträger mit einem umfassenden Aufgabenbereich auch, die Rahmenbedingungen der Aufgabenerfüllung zu reflektieren. Der Selbstverwaltungstätigkeit liegt immer auch ein politisches Verständnis zu Grunde, sonst würde der Gesetzgeber von den Organisationen, die für Selbstverwaltungsgremien kandidieren, kaum verlangen, dass sie ernsthafte sozial- und berufspolitische Zwecksetzungen aufweisen.¹⁶ Eine redliche Informationsarbeit wird dabei auch klar zwischen den gesundheitspolitischen Auswirkungen einer Reform auf die Versicherten und den verwaltungsorganisatorischen Auswirkungen auf das Innenleben der Kassen differenzieren müssen. Festzuhalten ist andererseits, dass die Kassen keine freien gesellschaftlichen Akteure und nicht selbst Träger von Grundrechten sind. Kampagnen unter Einsatz individueller Bürger- und Grundrechte – etwa des Versammlungs- oder Petitionsrechts – oder mit Zielrichtung auf Wahlen bleiben daher Parteien, Gewerkschaften und anderen Verbänden überlassen.

2.4 Innere Struktur der Krankenkassen

Ein Bedeutungsverlust droht der Selbstverwaltung auch im Verhältnis zur hauptamtlichen Verwaltung. Zwar wird deren Spitze – der Vorstand – vom Verwaltungsrat (also der Selbstverwaltung) gewählt und kontrolliert. Es ist aber fraglich, wie der Vorsprung des hauptamtlichen Vorstands in Aktion, Information, innerer und äußerer Öffentlichkeitswirkung ausgeglichen werden kann. Der Gesetzgeber hat den hauptamtlichen Vorstand gestärkt, um das unternehmerische Element zu fördern. Ähnliches hat es auch in der kommunalen Selbstverwaltung gegeben, wo der (früher ehrenamtliche) Bürgermeister als Leiter der Verwaltung gestärkt worden ist. Hier ist aber weit stärker als für die Krankenkassen darüber diskutiert worden, wie zugleich für die ehrenamtlichen Gremien und die Bürgerinnen und Bürger neue Mitwirkungsmöglichkeiten geschaffen werden könnten – etwa durch Direktwahl, Bürgerbegehren und Bürgerentscheide, öffentliche Ausschusssitzungen sowie Budgets, Leitlinien und Zielvereinbarungen, die Ziele und Grundsätze für die Verwaltung festlegen.

Manches davon, etwa Zielvereinbarungen, wird auch in Krankenkassen versucht. Es wäre lohnend zu prüfen, welche Erfahrungen der kommunalen auf die soziale Selbstverwaltung übertragbar sind. Voraussetzung wäre aber, dass die zu lenkende und kontrollierende Verwaltung und ihr Gegenstand eine für Ehrenamtliche überschaubare Größe haben und diese eigene Kenntnisse und Interessen einbringen können. Sie müssten dabei auch externen und selbst kontrollierten Sachverstand für die Vorbereitung ihrer Entscheidungen nutzbar machen können, wie es auch Betriebsräte oder Gemeindevertretungen tun.

§ 35a SGB IV und § 197 SGB V machen eine effektive Arbeitsteilung zwischen Verwaltungsrat und Vorstand – also Ehrenamt und Hauptamt – nicht unmöglich. Ob daraus wirkliche Selbstverwaltung wird, hängt aber damit zusammen, ob eine am Handeln der Kasse interessierte innere und äußere Öffentlichkeit besteht. Hier liegt die Herausforderung an die Organisation von Kassen und die Gruppen der Selbstverwaltung: Mitglieder müssen durch Mitgliederzeitschriften, Internet und unmittelbare Kommunikation Information über und Zugang zu den Entscheidungen der Kasse bekommen. Die Verantwortung hierfür liegt gleichermaßen bei den Kassen wie bei den in der Selbstverwaltung vertretenen Gruppen.

Selbstverwaltung bedeutet auch Pflicht zur Öffentlichkeit. Bei vielen Kassen und Kassenverbänden würde dies schon damit beginnen, dass sie ihre Satzung sowie die Namen und Listenzugehörigkeit der Mitglieder ihrer Selbstverwaltungsgremien und Daten zu deren Erreichbarkeit im Internet und in Mitgliederzeitschriften veröffentlichen. Es wäre ein Armutszeugnis, wenn solche Selbstverständlichkeiten gesetzlich vorgeschrieben werden müssten. Eine Selbstverwaltung, die sich versteckt, muss sich nicht wundern, wenn sie zur Disposition gestellt wird.

2.5 Selbstverwaltung und Kassenwettbewerb

Seit 1996 können die Versicherten ihre Krankenkasse wählen. Der Gesetzgeber sieht die Kassen in einem Wettbewerb, von dem er sich erhofft, dass so die öffentliche Aufgabe besser und wirtschaftlicher erfüllt wird. Das Konzept der Eckpunkte sieht nun eine Verschärfung des Wettbewerbs vor, der wesentlich um die Höhe des Zusatzbeitrags geführt werden muss.¹⁷

Selbstverwaltung und Wettbewerb eröffnen zwei Optionen, sich zur Krankenkasse zu artikulieren: „voice“ und „exit“, verändern oder verlassen. Beide stehen im Wechselverhältnis: Wenn „exit“ einfacher ist, schwindet der Anreiz zum Engagement. Zugleich sind die Mitgliedschaften durch den Wettbewerb viel weniger überschaubar und diskursfähig. Für die Selbstverwaltung ändert sich das Selbstverständnis: Auch aus Eigeninteresse müssen sie die Position der Kasse im Vergleich zu anderen Kassen unterstützen. Das kann ihr eine wichtige und positive Funktion zuweisen: Interessen und Unzufriedenheit von Versicherten zu artikulieren, bevor es zum Mitgliederverlust kommt.

15 § 217 Abs. 4 SGB V

16 § 48 a Abs. 1 SGB IV

17 siehe Heinz Stapf-Finé, a. a. O., S. 220 f.

Problematisch ist aber, dass der Kassenwettbewerb einen Interessenkonflikt unter den Kassenmitgliedern (und Selbstverwaltern) fördern kann. Jede Krankenversicherung besteht aus einer Mehrzahl gesunder und einer Minderheit kranker Versicherte. Da jeder gesunde Versicherte einmal krank werden kann, müssten prinzipiell alle ein Interesse daran haben, dass die kranken Versicherten gut behandelt werden. Doch im wirklichen Leben sieht es anders aus: Weniger als ein Fünftel der Bevölkerung gilt als chronisch krank oder behindert und hat deshalb einen anhaltenden und hohen Bedarf an Gesundheitsleistungen. Der Anteil der chronischen Krankheiten an den Gesundheitskosten nimmt ständig zu. Unter dem Kassenwettbewerb bedeutet dies: Der wichtigste Wettbewerbsfaktor – der Beitragsatz – wird am besten stabil gehalten, wenn möglichst viele gesunde Versicherte und möglichst wenige chronisch kranke Versicherte einer Kasse angehören. Die jederzeitige Wechselmöglichkeit setzt den Solidarmechanismus außer Kraft: Individuell rational ist es, in gesunden Tagen einer Niedrig-Beitrags-Kasse anzugehören und in kranken Tagen zu einer Hoch-Leistungs-Kasse zu wechseln.

Der Gesetzgeber begegnet dem auf zweierlei Weise: Gerade mit dem Kassenwettbewerb wurden die leistungsrechtlichen Spielräume der Kassen reduziert. Und die finanziellen Auswirkungen eines Wettbewerbs um besser verdienende und gesunde Versicherte werden durch den Risikostrukturausgleich (RSA) nachgesteuert. Den Ausgleich auch daran zu orientieren, wie krank – insbesondere auch chronisch krank – die Versicherten sind, war eigentlich für 2007 vorgesehen (§ 268 SGB V).¹⁸ Diese vordringliche Aufgabe eines morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs ist nun aufgeschoben. An die Stelle des RSA tritt nach den Eckpunkten eine risikoadjustierte Geldzuweisung. Ob und wie diese funktionieren kann, ist noch offen. Doch vermögen alle Formen des Ausgleichs das Problem der Risikoselektion nicht zu lösen.¹⁹

Man kann nach zehn Jahren Kassenwettbewerb kaum resümieren, dass dieser alleine um Effizienz und Service geführt würde. Vielmehr haben sich das Werben um gesunde Versicherte und das Nicht-Werben um kranke Versicherte in den Gesetzesvollzug verlagert: Die Ausrichtung von Prävention an jungen gesunden Versicherten, die Vernachlässigung von geriatrischer Rehabilitation und von chronisch Kranken, mangelnde Barrierefreiheit und Erreichbarkeit mancher Kassen oder rechtsstaatlich suboptimale Gestaltung von Widerspruchsverfahren sind dafür Beispiele. Der Gesetzgeber versucht durch immer detaillierteres Recht diesen von ihm selbst gesetzten Impulsen des Kassenwettbewerbs gegenzusteuern. Und die Selbstverwaltung steht im Dilemma: Statt an den Versicherten, die sie gewählt haben und die sie vertreten soll, orientiert sie sich an den Versicherten, die im Wettbewerb gehalten und gewonnen werden sollen. Da diese Gruppen und ihre Interessen sich unterscheiden, hat die wettbewerbsorientierte Selbstverwaltung ein Problem.

3. Gemeinsame Selbstverwaltung der Krankenkassen und Leistungserbringer

3.1 Selbstverwaltung der Kassenverbände

Der Gesetzgeber sucht problematische Wirkungen des Wettbewerbs auszuschalten, indem er die Kassen verpflichtet, auf Landes- oder Bundesebene einheitlich und gemeinsam vorzugehen. Damit steigt die Bedeutung der Landes-, Bundes- und Spitzenverbände. Auch in ihnen bestehen Selbstverwaltungsgremien, die aus der Selbstverwaltung der einzelnen Kassen bestimmt werden. Damit verdünnen sich Legitimation und Nachvollziehbarkeit von Selbstverwaltung. Vergleichbare Probleme zwischen Demokratie und Funktionalität haben auch die staatlichen und kommunale Mehrebenensysteme. Ein Lösungsweg wäre, die Selbstverwaltung der Kassenverbände – wie auch der Kreise als Gemeindeverbände – zukünftig unmittelbar zu wählen.

3.2 Die gemeinsame Selbstverwaltung durch Vertragsrecht

Die Krankenkassen schließen über wichtige Fragen der Leistungserbringung Verträge mit den Kassenärztlichen Vereinigungen, mit Krankenhäusern und anderen Leistungserbringern. Gesundheitsversorgung ist nicht nur auf die nötigen Geldmittel angewiesen. Vielmehr muss die soziale Infrastruktur allgemein und bedarfsgerecht zugänglich sein. Die deutsche Gesetzgebung hat die Verantwortung hierfür in den letzten Jahrzehnten von Staat und Kommunen immer stärker auf die gemeinsame Selbstverwaltung verlagert. Hier verwalten nicht homogene Gruppen sich selbst, sondern unterschiedliche Gruppen mit verschiedenen Interessen werden zur funktionalen Selbstverwaltung zusammengespant.

Der Vertrag ist die klassische Rechtsform für den Interessenausgleich. Der gesetzliche Rahmen lässt kein „exit“ zu: Weder Krankenkassen noch Vertragsärzte können aus dem System ausbrechen. Entsprechend groß ist der Druck für die Option „voice“. Im Gegensatz zur kasseninternen Selbstverwaltung wird die gemeinsame Selbstverwaltung öffentlich wahrgenommen, artikulieren sich ihre Vertreter und stehen unter Rechtfertigungsdruck.²⁰

18 vgl. Rolf Rosenbrock: Morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich zur Steuerung der gesetzlichen Krankenversicherung, in SozSich 3/2003, S. 87 ff.

19 vgl. zu den Problemen des Kassenwettbewerbs den Bericht der Enquete-Kommission Ethik und Recht der modernen Medizin vom 6.9.2005, BT-Drucks. 15/5980, 25 ff. und das Urteil des BVerfG zum Risikostrukturausgleich vom 18.7.2005, BVerfGE 113, 167, 233; siehe dazu auch Ulrich Wenner: Bundesverfassungsgericht: Risikostrukturausgleich ist verfassungsgemäß – Solidarprinzip der gesetzlichen Krankenversicherung gestärkt, auf S. 314 ff. in diesem Heft; vgl. auch Harry Fuchs/Felix Welti, Gesundheitsreform 2006, in Sozialrecht + Praxis 8/2006

20 Zuletzt etwa bei der Aufsehen erregenden Entscheidung vom 18. Juli zu den teuren kurzwirksamen Insulinanaloga zur Behandlung von Diabetes-Typ-2-Patienten. Hier hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) auf die Kostenbremse getreten. Diese Arzneien, deren Zusatznutzen nicht erwiesen ist, sollen künftig nur noch dann zu Lasten der GKV verordnungsfähig sein, wenn sie nicht teurer sind als Humaninsulin (siehe Pressemitteilung des G-BA vom 18.7.2006); vgl. auch Barbara Hardinghaus: Im Lobbyland – Diabetes-Medikament wird zum Testfall: Kann sich der Gesetzgeber gegen die Pharma-industrie durchsetzen?, in DER SPIEGEL 30/2006, S. 48 ff.

Charakteristisch ist, dass beide Seiten sich als Sachwalter der Versicherten darstellen: die Kassen als Vertreter des Interesses an niedrigen Beiträgen, die Leistungserbringer als Vertreter des Interesses an bedarfsgerechter Versorgung. Im Idealfall wird so der Widerstreit aus der Brust des Versicherten in rationale Aushandlung verlagert. Vernachlässigt bleibt jedoch der kranke Versicherte, wenn sich für seine Krankheit kein Leistungserbringer zuständig fühlt oder damit wenig zu verdienen ist. Die nicht-technisierte Medizin ist dabei oft im Nachteil.

3.3 Der Gemeinsame Bundesausschuss

Das Problem vernachlässigter Interessen fordert, Entscheidungsprozesse auf immer höherer Ebene zusammenzufassen. Verhandlungs- und organisationsschwache Interessen sowie langfristige Interessen des Gesamtsystems bedürfen einer übergeordneten Instanz. Dies kann der Staat sein. Doch ist das Gesundheitswesen ein besonders schwer zu steuerndes gesellschaftliches Subsystem, weil alle Einzelentscheidungen dort mit dem hohen grundrechtlich geschützten Eigensinn getroffen werden, der sich aus dem individuellen Gewicht von Leben und Gesundheit der Patienten, einer nicht unerheblichen Beitragszahlung der Versicherten und Arbeitgeber und einer hoch professionalisierten Berufsausübung der Gesundheitsberufe ergeben. Freiheitliche Demokratie stößt hier an die Grenzen ihrer Befehls- und Steuerungskraft. Sie muss ergänzt werden durch das sozialstaatliche Steuerungssystem gemeinsamer Selbstverwaltung. Der jüngste Versuch einer angemessenen Form ist der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA). In ihm sind die Krankenkassen, die Kassenärztlichen und -zahnärztlichen Vereinigungen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft zusammengefasst. Mitberatend sind Organisationen der Patientinnen und Patienten sowie der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen beteiligt.

Gemeinsamer Bundesausschuss:

„Eckpunkte zerstören bewährte Struktur der Selbstverwaltung“

Die Eckpunkte der Regierungskoalition zur Gesundheitsreform 2006 zerstören nach Auffassung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) dessen „bewährte Struktur als eine Einrichtung der gemeinsamen Selbstverwaltung“. Dies geschehe durch die bezweckte Abkoppelung der Selbstverwaltungen von der Mitgliedschaft im Gemeinsamen Bundesausschuss, heißt es in einer Pressemitteilung des G-BA vom 18. Juli. Die im G-BA vertretenen Selbstverwaltungsorganisationen forderten die Bundesregierung auf, ihre Eckpunkte in Bezug auf die Strukturen der Selbstverwaltungen zu ändern.

„Insbesondere durch die Berufung hauptamtlicher Mitglieder und die Überwachung ihrer Arbeit durch das zuständige Ministerium wird der G-BA faktisch zu einer Bundesbehörde und zum verlängerten Arm des Staates“, sagte der unparteiische Vorsitzende des G-BA,

Rainer Hess. Die mit der Errichtung des G-BA als Einrichtung der gemeinsamen Selbstverwaltung bezweckte und erreichte Sachnähe der Entscheidungsprozesse gehe damit verloren. „Eine Verstaatlichung verbessert in diesem Bereich gar nichts, sondern erschwert nur den bislang bewährten Interessenausgleich“, so Hess.

Die jetzt von der Bundesregierung geforderte Ablösung der bisherigen Mitgliedschaft von Vertretern der Selbstverwaltungen der Krankenkassenverbände, Ärzte, Zahnärzte und Krankenhäuser durch Mitglieder, die vom Bundesgesundheitsministerium berufen werden und ihr Mandat im Hauptamt ausüben, fördere nicht die Effizienz der Arbeit des G-BA, sondern gefährde sie.

Der Gesetzgeber sollte sich nach Ansicht des G-BA auf die gestalterische Kraft der Selbstverwaltung als Grundlage einer Gesundheitsreform besinnen. „Auch die gemeinsame Selbstverwaltung sieht Optimierungsbedarf bei der Beschleunigung ihrer Verfahren, wird aber hierfür eigene Konzepte vorlegen“, erklärte Hess. Nach dem Prinzip des Interessenausgleichs seien bisher alle vom Gesetzgeber dem G-BA erteilten Handlungsaufträge innerhalb der dafür gesetzten Fristen erfüllt worden. Dabei gewährleiste die Mitwirkung der für die Selbstverwaltung der Trägerorganisationen Verantwortlichen als Mitglieder im G-BA die Akzeptanz und zeitnahe Umsetzung auch unbequemer Entscheidungen durch die jeweiligen Selbstverwaltungen.

Rechtliche und politische Legitimation des G-BA sind heftig umstritten. Das BVerfG hat jüngst eine Gelegenheit nicht genutzt, den Bundesausschuss zu delegitimieren und sich weiterer Aussagen zur Einordnung des G-BA und seiner Rechtsnormen enthalten.²¹ Als Ertrag der seit Jahren geführten Diskussion und der Rechtsprechung des BVerfG in anderem Zusammenhang²² kann jedoch festgehalten werden: Funktionale Selbstverwaltung ist grundsätzlich zulässig. Ihre demokratische Legitimation erhält sie aus vom Gesetzgeber eingeräumten Kompetenzen und der sachlichen und personellen Legitimation im Bezug auf den geregelten Lebensbereich. Ihre rechtsstaatliche Begrenzung gebietet, dass die Kompetenzen rechtlich klar umrissen sind und dass ihr Gebrauch Rechtsaufsicht und gerichtlicher Kontrolle unterliegt. Einen kontrollfreien Raum der gemeinsamen Selbstverwaltung kann es nicht geben. Die Wirkungen funktionaler Selbstverwaltung sind zu begrenzen, wo fachlich oder personal nicht repräsentierte Interessen betroffen sind.

Hier liegt ein Dilemma: Wenn ein Kernproblem des Gesundheitswesens Schnittstellen und Wechselwirkungen sind, ist es geboten, immer neue Interessen effektiv einzubinden: Dienste und Einrichtungen der Rehabilitation

21 BVerfG, NJW 2006, 891; vgl. dazu Ulrich Wenner: Nach folgenschwerem Urteil des Bundesverfassungsgerichts: Kassen müssen jetzt bei Schwerstkranken auch für nicht anerkannte Behandlungsverfahren aufkommen, in SozSich 5/2006, S. 174; vgl. auch Robert Francke/Dieter Hart: Die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung für Heilversuche, in Medizinrecht (MedR) 2006, S. 131 ff.

22 BVerfGE 107, 59 (Lippeverband, Emschergenossenschaft)

und Pflege, Erbringer von Heilmitteln und Hilfsmitteln, Apotheken und pharmazeutische Industrie, Pflegekassen, Rentenversicherungsträger, private Krankenversicherungen. Sie alle sind von Steuerungsentscheidungen des G-BA mitbetroffen. Doch je mehr auch diese Interessen eingebunden wären, umso schwerfälliger würde die Konsensbildung.

Der Gesetzgeber und der G-BA selbst haben daher in letzter Zeit weniger die personale als vielmehr die fachliche Legitimation in den Vordergrund gestellt. Deutlich wurde dies durch die Einrichtung des „Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen“ und durch die Betonung der evidenzbasierten Medizin in der Verfahrensordnung des G-BA.

Die Eckpunkte zur Gesundheitsreform 2006 geben eine neue Tendenz vor: Der G-BA soll künftig aus weisungsfreien Hauptamtlichen bestehen, die von den verschiedenen Seiten vorgeschlagen werden. Damit wird die personale Legitimation noch stärker verdünnt. Auch die politische Legitimation könnte geringer werden, die bisher aus der nötigen Rückbindung der Entscheidungen entstanden ist. Zugleich sollen die Möglichkeiten des Bundesgesundheitsministeriums zur Einflussnahme „präzisiert“ – und das heißt wohl erweitert – werden. Damit könnte eine Entwicklung des G-BA zum Beirat des Ministeriums in Gang gesetzt werden, durch die Selbstverwaltung zurückgedrängt und nicht reformiert würde. Weisungsfreie Hauptamtliche wären allenfalls dann ein Schritt zu mehr Selbstverwaltung auf Systemebene, wenn sie unmittelbar von ihren Gruppen gewählt würden.

3.4 Beteiligung der Organisationen von Patienten, chronisch Kranken und Behinderten

Die Beteiligung von Organisationen der Patientinnen und Patienten, der chronisch kranken und behinderten Menschen im G-BA²³ ist der Erkenntnis geschuldet, dass bisher die Interessen der kranken Krankenversicherten nicht angemessen vertreten waren. Auch hier besteht das Spannungsverhältnis zwischen personeller und fachlicher Legitimation. Zu unterscheiden ist zwischen eher kurzzeitig kranken und chronisch kranken Menschen. Kurzzeitig kranke Menschen sind als soziale Gruppe praktisch nicht abgrenzbar. Während sie krank sind, organisieren sie sich nicht. Anders ist es bei chronisch kranken und behinderten Menschen. Sie sind für den Rest ihres Lebens besonders auf das Gesundheitswesen angewiesen, also von den Entscheidungen der gemeinsamen Selbstverwaltung besonders betroffen. Zugleich sind sie Expertinnen und Experten in eigener Sache, die anders und zum Teil besser

als die Gesundheitsberufe wissen, was vor allem für (ihre) Teilhabe trotz Krankheit und Behinderung erforderlich ist. Schon bisher ist es für die Patientenvertreter nicht leicht, sich in der professionellen Umgebung des G-BA zu behaupten. Nach den Eckpunkten sollen sie gleichwohl von der Professionalisierung ausgeschlossen sein.

Die fachlich-sachliche Legitimation der Patientenvertreter überwiegt ihre personale Legitimation. Sie sind nicht demokratisch, sondern sozial legitimiert. Und die soziale Legitimation ist die sachliche Legitimation. Längst nicht alle Betroffenen sind organisiert und aktiv, ihre Vertreter sind nicht alle selbst betroffen. Ein streng demokratisches Element wäre bei ihrer Auswahl fehl am Platze: Bei den Diabetiker die Rheumakranken, nicht die Blinden die Gehörlosen überstimmen. Wichtig sind vielmehr Kriterien, um die soziale Legitimation zu überprüfen. Problematisch wären dabei Organisationen, die nur einen sehr kleinen Teil der Betroffenen vertreten oder die finanziell von anderen Interessenten abhängen, wie Selbsthilfeorganisationen, die von der Pharmaindustrie unterstützt werden. Im Hinblick auf die öffentliche Aufgabe kann man hier Transparenz verlangen.

4. Schlussfolgerungen

Selbstverwaltung in der Krankenversicherung ist heute oft mehr Anspruch als Wirklichkeit. Vieles muss sich ändern, wenn es sie weiter geben soll.²⁴ Aber kein Gesetzgeber kann darauf verzichten, Elemente gesellschaftlicher Selbststeuerung in einem sozialen Gesundheitswesen zu verankern, um damit Sachverstand und grundrechtlich gestützten Eigensinn der Akteure einzubinden und so die Funktionsfähigkeit des Gesundheitswesens zu verbessern. Dabei werden diejenigen, die das System aus dem Sozialprodukt finanzieren ebenso gebraucht wie diejenigen, die es als Leistungserbringer am Laufen halten. Immer weniger kann darauf verzichtet werden, chronisch kranke und behinderte Menschen als Hauptnutzer und Experten in eigener Sache einzubinden. Eine Gesundheitsreform mit einer solchen Selbstverwaltung – statt gegen sie – wäre eine große Koalition von Staat und Gesellschaft. Das wäre angesichts der gesundheitspolitischen Herausforderungen nicht die schlechteste Koalition ... □

23 vgl. Ingo Heberlein, in Jahrbuch für kritische Medizin (JKM) Band 42 (2005): Patientenbeteiligung im Gesundheitswesen, S. 64; sowie Gudrun Köster, ebenda, S. 78

24 vgl. zur Diskussion: Schroeder, ZSR 2006, 253; Klenk, ZSR 2006, 273