

Blank, Florian

Research Report

Selbstverwaltung, Gewerkschaften und Patientenorganisation

WSI Study, No. 08

Provided in Cooperation with:

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

Suggested Citation: Blank, Florian (2017) : Selbstverwaltung, Gewerkschaften und Patientenorganisation, WSI Study, No. 08, Hans-Böckler-Stiftung, Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliches Institut (WSI), Düsseldorf, <https://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:101:1-201703014562>

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/225431>

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. 08 · Januar 2017 · Hans-Böckler-Stiftung

SELBSTVERWALTUNG, GEWERKSCHAFTEN UND PATIENTEN- ORGANISATIONEN

Florian Blank

ZUSAMMENFASSUNG

Die soziale Selbstverwaltung in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ist immer wieder Gegenstand von Diskussionen und Reformvorschlägen. Ein Vorschlag ist dabei die Ergänzung der bisher in der Selbstverwaltung vertretenen Organisationen durch Patientenorganisationen. Dieser Vorschlag basiert auf der Ansicht, dass die in der Selbstverwaltung aktiven Gewerkschaften und Arbeitgeberverbände die Interessen der Patientinnen und Patienten nicht angemessen vertreten würden. Die Study setzt sich mit dieser Ansicht und entsprechenden Lösungsvorschlägen auseinander. Dabei wird insbesondere auch auf die Rolle der Gewerkschaften in der Selbstverwaltung eingegangen.

Inhalt

1	Einleitung	3
2	Kritik an der Zusammensetzung der sozialen Selbstverwaltung	5
2.1	Erster Kritikpunkt: Bedeutung von Arbeit in einer heterogenen Gesellschaft	5
2.2	Zweiter Kritikpunkt: Interessenanalysen	9
2.3	Was folgt also aus der Kritik?	11
3	Lösungen?	12
3.1	Umbau der Selbstverwaltung	12
3.2	Wer soll vertreten?	13
4	Fazit und Überlegungen zur Situation der gewerkschaftlichen Selbstverwalter	20
	Literatur	27

1 Einleitung¹

Die Selbstverwaltung in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ist Gegenstand andauernder Debatten unter Spezialisten und Selbstverwaltungsakteuren.² Neben Fragen der Handlungsspielräume der Selbstverwalter und des geeigneten Wahlverfahrens wird diskutiert, welche Organisationen potentiell für die Versicherten sprechfähig sind und wie die Interessen der Versicherten in ihren Rollen als beitragszahlende Mitglieder, Mitversicherte, zukünftige und aktuelle Leistungsempfänger adäquat in die Selbstverwaltung und durch diese in die Kassen und das weitere Gesundheitssystem transportiert werden können. Ganz konkret ist die Frage gestellt worden, welche Verbände bei den Sozialwahlen vorschlagsberechtigt sein sollen, insbesondere, ob Patientenorganisationen neben den Gewerkschaften in die Selbstverwaltung des Gesundheitssystems einbezogen werden sollen. Diese Diskussion hat auf verschiedene Weise ihren Niederschlag im politischen Raum gefunden:

- Im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) sind neben den Vertretern der Kassen und der Leistungserbringer vier Patientenorganisationen – allerdings ohne Stimmrecht – vertreten. Grundlage dafür war das GKV-Modernisierungsgesetz von 2003. Darüber hinaus findet eine Patientenvertretung auch auf Landesebene statt (vgl. NAKOS 2015).
- Im Gesetzgebungsprozess zum GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (2015) wurde über eine Erweiterung der Verwaltungsräte des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) diskutiert (§ 279 SGB V): Ein Drittel der Sitze sollte von der zuständigen Verwaltungsbehörde des Bundeslandes bestimmt werden und auf diesem Weg Vertreter von Patienten- und Behindertenorganisationen und der Pflegeberufe eingebunden werden. Von diesem Vorhaben wurde im Laufe des Gesetzgebungsverfahrens Abstand genommen und einer Beiratslösung der Vorzug gegeben. Im Rahmen der Verbändeanhörung im Gesetzgebungsverfahren gaben Bundarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe, Paritätischer Gesamtverband, Deutscher Caritasverband, Sozialverband Deutschland (SoVD) und der Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv) zu dem ursprünglichen Vorschlag positive Stellungnahmen ab, u. a. da durch die Einbindung größere Transparenz herzustellen sei. Der SoVD bekundete sein Interesse an einer Mitarbeit.³
- Die taz berichtete im November 2015 von einem Urteil des Bundesverfassungsgerichts, dass den G-BA betrifft (Az.: 1 BvR 2056/12). Die verhandelte Beschwerde wurde zwar abgelehnt, aber „[...] der Karlsruher Senat stellte durchaus Maßstäbe auf, die bei der nächsten entsprechenden Klage angewandt werden. ‚Würde eine zur Behandlung einer Krankheit benötigte Leistung in einem Entscheidungsprozess

¹ Für hilfreiche Hinweise und Unterstützung möchte ich Knut Lambertin, Thomas Gerlinger, Susanne Eva Schulz und Daniela Buschke danken.

² Siehe zuletzt mit Blick auf die Rolle der Selbstverwaltung unter Bedingungen einer Bürgerversicherung Gerlinger 2016.

³ Die Stellungnahmen sind unter http://www.bundestag.de/bundestag/ausschuesse18/a14/anhoerungen/stellungnahmen_vsg/365318 zu finden.

verweigert, der verfassungsrechtlichen Anforderungen nicht genügt, wären Versicherte in ihren Grundrechten verletzt', heißt es in dem Beschluss. An der demokratischen Legitimation des Bundesausschusses könnte es demnach fehlen, wenn er ‚mit hoher Intensität‘ Angelegenheiten von Gruppen regelt, die an der Entstehung der Normen gar nicht mitwirken konnten“ (taz 2015).

Laut dem rechtspolitischen Korrespondenten der taz liege es nahe, dass es hier um Entscheidungen gehe, die Patienten für besonders relevant seien. „Deren Verbände haben im Bundesausschuss nur Rede-, aber kein Stimmrecht. Arzneimittelhersteller sind im G-BA gar nicht vertreten.“ Er schließt, dass „schon bei der nächsten geeigneten Klage [...] das Bundesverfassungsgericht konkrete Anforderungen für Verfahren und Zusammensetzung des Bundesausschusses aufstellen“ könnte (taz 2015).⁴

- Die Gesundheitspolitische Kommission der Heinrich-Böll-Stiftung spricht sich für eine Weiterentwicklung der sozialen Selbstverwaltung zum Versichertenparlament bei Erweiterung der Vorschlagsberechtigung für die Sozialwahlen auf weitere Verbände aus sowie für eine Stärkung der Patientenvertretung im G-BA (Heinrich-Böll-Stiftung 2013).

Diese Entwicklungen, die die bisherige Zusammensetzung der Selbstverwaltung (hier auch in G-BA und MDK) aus Vertretern der Arbeitgeber und Versicherten berühren, die durch Patientenvertreter ergänzt werden soll, korrespondieren mit in der Wissenschaft geäußerten Kritik an der sozialen Selbstverwaltung in den Krankenkassen. Die Versicherten werden dort bislang häufig durch Gewerkschaften vertreten, allerdings auch durch weitere Listen. Die Kritik an den dieser Vertretung zugrunde liegenden Regeln fußt auf der Annahme, dass Gewerkschaften als Verbände des Wirtschafts- und Arbeitslebens nicht mehr geeignet sind, (allein) die Versicherten zu repräsentieren.

Die WSI-Study zielt auf eine Analyse der Argumente, die für eine Ergänzung der Selbstverwaltung der Krankenkassen durch Patientenorganisationen vorgebracht werden.⁵ Diese lassen sich kurz zusammenfassen:

- Erster Kritikpunkt: Die gegenwärtige Zusammensetzung der Selbstverwaltung wird dem Versichertenkollektiv und seinen Interessen unter gewandelten ökonomischen, politischen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen nicht mehr gerecht.
- Zweiter Kritikpunkt: Die gegenwärtige Zusammensetzung der Selbstverwaltung führt zu einer Vernachlässigung der Interessen von Leistungsbeziehern gegenüber denen der Beitragszahler.
- Lösungsvorschlag: Das Problem der mangelnden Vertretung spezieller oder neuer Interessen ist durch die Erweiterung der Versichertenbank unter Einbezug neuer Akteure, insbesondere von Patientenor-

⁴ S. auch Gassner 2016. Zur Kritik an der Zusammensetzung des G-BA mit weiteren Nachweisen s. Seiwert 2016: 223.

⁵ Nicht diskutiert werden grundsätzliche Fragen nach der Rolle der Selbstverwaltung im deutschen Sozialstaat und ihrer Legitimation.

ganisationen (worumter auch Sozial- und Verbraucherverbände gefasst werden), zu beheben.

Im folgenden zweiten Abschnitt wird die Kritik an der bestehenden Zusammensetzung der Selbstverwaltung dargestellt und selber der Kritik unterzogen: Es wird argumentiert, dass die Annahmen, auf deren Grundlage eine Erweiterung der Selbstverwaltung vorgeschlagen wird, zumindest relativiert werden müssen. Im dritten Abschnitt wird der Lösungsvorschlag einer stärkeren Einbindung von Patientenorganisationen behandelt. Es kann gezeigt werden, dass ein stärkerer Einbezug von Patientenorganisationen mit neuen Problemen verbunden wäre. Abschließend werden Thesen zur Rolle der Gewerkschaften diskutiert.

2 Kritik an der Zusammensetzung der sozialen Selbstverwaltung

Derzeit nehmen Verbände der Beschäftigten und der Arbeitgeber eine zentrale Rolle in der sozialen Selbstverwaltung der Gesetzlichen Krankenversicherung ein.⁶ Die gesetzlichen Regelungen des § 48 Abs. 1 SGB IV weisen ihnen eine privilegierte Rolle zu: „Das Recht, Vorschlagslisten einzureichen, haben 1. Gewerkschaften sowie andere selbständige Arbeitnehmervereinigungen mit sozial- oder berufspolitischer Zwecksetzung (sonstige Arbeitnehmervereinigungen) sowie deren Verbände, 2. Vereinigungen von Arbeitgebern sowie deren Verbände [...]“.

Diese hervorgehobene Rolle ist Gegenstand von Kritik. Die Kritik fußt wiederum auf zwei Teilargumenten. Das erste Teilargument bezieht sich auf den Stellenwert von Arbeit in der gegenwärtigen Gesellschaft: Es wird damit bezweifelt, dass die Gewerkschaften, „sonstige Arbeitnehmervereinigungen“ und Arbeitgebervereinigungen die angenommene heutige Vielfalt der Lebenslagen angemessen aufnehmen und in das Gesundheitssystem transportieren können. Das zweite Teilargument versucht, die in der Selbstverwaltung vertretenen Interessen zu identifizieren: Hier wird argumentiert, dass ein Gegensatz zwischen den Interessen von Beitragszahlern und denen von Leistungsempfängern bestehe; die aktuell an der Selbstverwaltung beteiligten Verbände würden Beitragszahlerinteressen überbetonen.

2.1 Erster Kritikpunkt: Bedeutung von Arbeit in einer heterogenen Gesellschaft

Der erste Kritikpunkt an der Privilegierung von Gewerkschaften und Arbeitgebervereinigungen bezüglich der Selbstverwaltung ist, dass die Interessen der Versicherten durch Gewerkschaften und Arbeitgebervereinigungen

⁶ Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Versicherten faktisch nicht allein durch Gewerkschaften vertreten werden, sondern auch durch andere Listen. Zu diesen merken Braun et al. (2008: 29) an: „Andere Organisationen werden zwar gewählt, sind aber gleichwohl in der Bevölkerung und Versichertenschaft kaum bekannt und auffindbar“.

angesichts einer sich ändernden Gesellschaft und eines gewandelten Versichertenkollektivs nicht mehr angemessen vertreten werden. Dieser Kritik liegt die Beobachtung zugrunde, dass es im Laufe der Zeit zu einer Erweiterung des Versichertenkreises gekommen ist und Beschäftigung an Stellenwert verloren hat. So verweisen Braun et al. (2009: 69-71, hier 69) darauf, dass „[...] mittlerweile nur noch der größte Teil der selbstständig Tätigen, die Besserverdienenden über der Versicherungspflichtgrenze und die Beamten von der Pflichtversicherung ausgenommen bleiben“. Braun et al. nennen weiterhin den Einbezug von Alg II-Beziehern (also Beziehern einer Fürsorgeleistung), durch die der Bezug von Versicherungsschutz und Vorleistung gelockert worden sei, und das Ziel, dass alle Personen in Deutschland abgesichert sein sollen (GKV-WSG, Versicherungspflicht), als Erweiterung des Versichertenkreises. Im Ergebnis entspricht dieser nur noch in Teilen dem Versichertenkreis bei Einführung der Sozialversicherung.

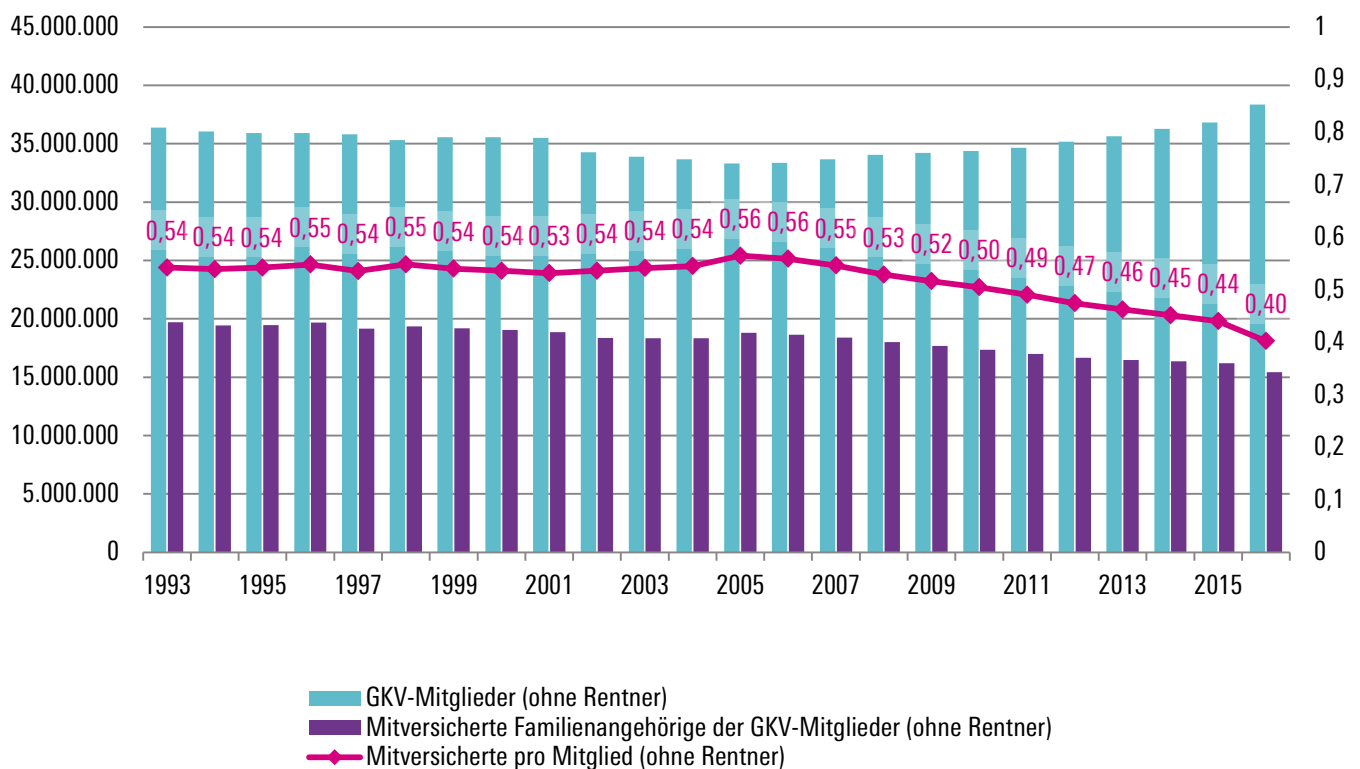
„Die Regelung der Vorschlagsberechtigung ist entsprechend dem erwerbszentrierten Ursprung und Kern der Sozialversicherung auf die Organisationen des Arbeits- und Wirtschaftslebens ausgerichtet. Sie reflektiert die historischen Ursprünge der Selbstverwaltung und ist durch den hohen Anteil, den die Beschäftigten an den Versicherten darstellen, auch weiterhin eine mögliche Position. Dies ist jedoch nicht mehr kongruent mit einer Situation, in der die Versichertenschaft in sich vielfach differenziert ist und eine ausschließliche Bindung an das Erwerbsleben nicht mehr existiert. Die Risiken werden nicht allein in Bezug auf den Arbeitsmarkt definiert, sie resultieren aus Lebenslagen, die auch außerhalb eines Beschäftigungsverhältnisses auftreten, was insbesondere in der Pflegeversicherung und Krankenversicherung deutlich wird. Ein Rekurs auf die Gesamtheit der Versicherten macht die Erwerbszentrierung als problematische Einengung der sozialen Selbstverwaltung sichtbar“ (Braun et al. 2009: 106; vgl. auch Braun et al. 2008: 30, Seiwert 2016: 223).

Als zentrales Problem wird somit ein Bedeutungsverlust von Erwerbsarbeit festgestellt. Auch Paquet (2013: 10) weist daraufhin, dass „[...] in der GKV eine Mehrheit der Nicht-Arbeitnehmer unter den Mitgliedern und erst recht den Versicherten“ besteht. Dabei wird von Klenk (2012: 95) verdeutlicht, dass es dieser Kritik nicht nur auf die sozialrechtliche Lockerung der Bindung von abhängiger Beschäftigung und Versichertenstatus geht, sondern um die Grundlagen sozialer Sicherung „in einer gesellschaftlichen Situation mit individualisierten und pluralisierten Lebensentwürfen“.

Diese Problembeschreibung einer abnehmenden Bedeutung von Beschäftigung bzw. abhängiger Erwerbsarbeit ist auf Grund von empirischen Daten und weiteren Überlegungen zumindest zu relativieren. Zunächst hat die Anzahl der Personen in sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung mit über 31 Mio. Personen (2015) einen Höchststand erreicht (sozialpolitik-aktuell.de, 2017a). Trotz eines über die Jahre gewachsenen Segments atypischer Beschäftigung wie einer Teilzeitquote von mittlerweile 29 % aller Beschäftigten inkl. Minijobs (2015; sozialpolitik-aktuell.de, 2017b) kann also

nicht von einer wachsenden Erwerbsferne in der Gesamtbevölkerung ausgegangen werden.⁷ Das hat Folgen auch für das Versichertenkollektiv: Von 1998-2015 hat sich das Verhältnis von Mitversicherten zu Mitgliedern in der allgemeinen Krankenversicherung (also ohne Krankenversicherung der Rentner) verschoben. Kamen 1998 in der allgemeinen Krankenversicherung auf ein Mitglied 0,54 Mitversicherte und 2005 sogar 0,56 Mitversicherte, sind es 2016 nur noch 0,40 (s. Abb. 1).

Abbildung 1: Entwicklung der Mitglieder und mitversicherten Familienangehörigen in der GKV (ohne Rentner) 1993-2016



Quelle: Bundesministerium für Gesundheit, Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE), KM 6-Statistik (gesetzliche Krankenversicherung: Versicherte)



Insoweit diese empirische Entwicklung maßgeblich von der Entwicklung der Erwerbstätigkeit in Deutschland beeinflusst ist, muss sie nicht von Dauer sein. Festzuhalten ist aber darüber hinaus, dass in politischen und gesellschaftlichen Diskursen Arbeit einen zentralen Stellenwert behalten hat⁸ und auch Lebenslagen „außerhalb“ von Erwerbsarbeit in erheblichen Maße auf diese bezogen bleiben. Das zeigt sich nicht zuletzt in der „Hartz“-Gesetzgebung und der aktivierenden Arbeitsmarktpolitik, die verstärkt auf die Arbeitsmarktintegration der Arbeitslosen abzielt (wenn auch nicht unbedingt in sozialversicherungspflichtige Beschäftigung, geschweige denn in ein „Normalarbeitsverhältnis“).⁹ Der von Braun et al. gemachte Hinweis auf

⁷ Zu den Details der aktuellen Arbeitsmarktentwicklung vgl. Sperber/Walwei 2015

⁸ S. hierzu auch Castel 2011.

⁹ Das SGB II postuliert in § 1 II: „Die Grundsicherung für Arbeitsuchende soll die Eigenverantwortung von erwerbsfähigen Leistungsberechtigten und Personen, die mit ihnen in einer Bedarfsgemeinschaft leben, stärken und dazu beitragen, dass sie ihren Lebensunterhalt unabhängig von der Grundsicherung aus eigenen Mitteln und Kräften bestreiten können. Sie soll erwerbsfähige Leistungsberechtigten...

eine Lockerung des Bezugs von Vorleistungen und Versicherungsschutz ist zwar formal korrekt, wenn der Bezug von Alg II nicht an vorherige sozialversicherungspflichtige Erwerbsarbeit oder Arbeitslosengeld I anschließt und nicht während sozialversicherungspflichtiger Erwerbstätigkeit stattfindet („Aufstocker“): In diesen Fällen wird Krankenversicherungsschutz gewährt, ohne dass zuvor Beiträge geleistet wurden. Von einer Minderung der Bedeutung von Erwerbsarbeit für den Versicherungsschutz kann aber nicht ausgegangen werden da die Sozialleistung selber auf Erwerbsarbeit bezogen ist.¹⁰

Ebenso ist darauf zu verweisen, dass die Zeit, die Menschen außerhalb des Arbeitsplatzes verbringen, zu einem erheblichen Teil mit Arbeit verbunden ist: Zum einen mit Arbeit in Familie und Haushalt (care work) oder mit gemeinnütziger Arbeit. Zum anderen ist die Zeit außerhalb der Arbeit zu Regeneration des Arbeitsvermögens notwendig. Die Beobachtung einer Pluralisierung von Lebensstilen und einer Abnahme der Bedeutung von Arbeit für die Strukturierung von Milieus und individuellen und kollektiven Identitäten sollte daher nicht verdecken, dass nach wie vor ein erheblicher Teil der Freizeit der physischen und psychischen Wiederherstellung von Arbeitskraft dient. Außerdem sind zahlreiche Personen, die nicht erwerbstätig sind, von Erwerbstätigen abhängig (im Familienkontext) oder ihr gesellschaftlicher und/oder rechtlicher Status steht in einem engen Zusammenhang mit Erwerbstätigkeit (Ausbildung, Studium, Arbeitslosigkeit).

Schließlich wird in jüngster Zeit auch in der Öffentlichkeit der Zusammenhang von Arbeit und Krankheit immer wieder diskutiert, in Debatten um Arbeitsbelastungen, psychische Belastungen und Burn-Out sowie Medikamenten-/Drogenmissbrauch zur Leistungssteigerung (vgl. Ahlers 2015, Lohmann-Haislah 2012; kritisch hierzu: Dornes 2016). Demgegenüber wird auch auf die positive Bedeutung von Arbeit auf die psychische Gesundheit verwiesen (bzw. auf die psychische Belastung durch Arbeitslosigkeit) und die Folgen von psychischen Krankheiten auf die Arbeitsmarktintegration (Gühne/Riedel-Heller 2015).¹¹ Auch hier ist damit der Zusammenhang von Erwerbsarbeit, Gesundheit und sozialer Sicherung offensichtlich.

Die Fakten und auch die politische Setzungen weisen auf einen weiterhin hohen Stellenwert von Erwerbsarbeit im Leben von Menschen und auch auf weiter bestehende Zusammenhänge von Arbeit und Gesundheit hin. Zudem hat Erwerbsarbeit und bis zu einem gewissen Umfang auch Familienarbeit einen zentralen Einfluss auf materielle Sicherung und die Lebens-

tigte bei der Aufnahme oder Beibehaltung einer Erwerbstätigkeit unterstützen und den Lebensunterhalt sichern, soweit sie ihn nicht auf andere Weise bestreiten können.“

¹⁰ Zudem ist gerade im Bereich der GKV mit ihrem Fokus auf medizinisch notwendige Dienstleistungen und dem auf das Krankengeld beschränkten Prinzip der Beitragsäquivalenz der Verweis auf Vorleistungen (also Beitragszahlungen) grundsätzlich fragwürdig.

¹¹ „Die mit dem Erwerbsstatus verbundenen Auswirkungen auf die Gesundheit sind weitreichend. Arbeitslose weisen eine höhere Kranken- und Sterblichkeitsrate auf, sind wesentlich höheren gesundheitlichen Belastungen ausgesetzt und verfügen über deutlich geringere gesundheitliche Ressourcen als Erwerbstätige. Daneben wurden in zahlreichen Studien die positiven Effekte von Arbeit auch bei schwer psychisch Kranken nachgewiesen. Damit verbunden sind nicht nur größere Aktivität, Tagesstruktur und Sozialkontakte, sondern auch höhere Lebensqualität, Selbstwertgefühl und Autonomie der Betroffenen. Obwohl der Wunsch nach beruflicher Teilhabe bei den meisten Menschen mit psychischen Erkrankungen recht groß ist, ist die Arbeitslosigkeit in dieser Bevölkerungsgruppe überdurchschnittlich hoch. Insbesondere für Patienten mit einer Erkrankung aus dem schizophrener Formenkreis wird angenommen, dass sie zu der am stärksten benachteiligten Gruppe hinsichtlich beruflicher Inklusion zählen. Europaweit wird die Arbeitsrate in dieser Patientengruppe auf 10 % bis 20 % geschätzt“ (Gühne/Riedel-Heller 2015: 16).

lage im Alter. Auch bei der Beobachtung einer Ausdifferenzierung von Erwerbstätigkeit sowie einer Abkehr vom Normalarbeitsverhältnis (Klenk 2015: 110) verlieren Wirtschaft und Arbeitsleben nicht an Bedeutung und damit die Verbände, die ihre zentrale Rolle in der Regulierung dieser gesellschaftlichen Bereiche sehen.

Selbst wenn die Annahme eines heterogeneren Versichertenkollektivs akzeptiert wird, bleibt zudem die Frage, welche Interessen oder Lebenslagen damit neu hinzugekommen sind und ob diese überhaupt verbandlich organisiert bzw. organisierbar sind. Mit Blick auf den noch weiter zu diskutierenden Vorschlag, auch Patientenorganisationen stärker an der Selbstverwaltung zu beteiligen, ist anzumerken, dass gegenüber der früheren Situation mit einem als homogen angenommenen und auf Erwerbsarbeit basierenden Versichertenkollektiv nicht auf einmal die Patienten hinzugekommen sind, sondern nur angenommen wird, dass sich der Bezug von (abhängiger) Arbeit und Krankheit/Gesundheit bzw. Versicherungsschutz gelockert hat. Patientenorganisationen setzen aber gerade nicht an Lebenslagen jenseits der Erwerbstätigkeit an, sondern am Krankheitsfall.

2.2 Zweiter Kritikpunkt: Interessenanalysen

Der zweite Kritikpunkt besagt, dass die bisher in der Selbstverwaltung beteiligten Verbände spezifische Interessen repräsentieren, andere Interessen dagegen vernachlässigen, insbesondere Patienteninteressen. Der Vorschlag, andere Organisationen in der Selbstverwaltung zu berücksichtigen, beruht damit nicht nur auf einer Analyse von empirischen oder sozialrechtlichen Verschiebungen im Versichertenkollektiv, sondern auf einer Analyse von Interessenkonstellationen.

„Auch in der Krankenversicherung sind die Versicherten keine homogene Gruppe mit gleichgerichteten Interessen. Es gibt sowohl den schwerwiegend oder chronisch kranken Patienten, der an einem hohen Leistungsniveau und einem breiten Leistungsspektrum interessiert ist, als auch das gesunde Mitglied, dessen Interesse sich in erster Linie auf einen niedrigen Beitragssatz richtet. Alt oder jung, Mann oder Frau, mit Familie oder alleinstehend sind weitere Differenzierungsmerkmale, die den Bedarf an Gesundheitsdienstleistungen beeinflussen. Auch hier stellt sich die Frage, wessen Situation und wessen Interessen die Versichertenvertreter in den Selbstverwaltungsgremien zur Grundlage ihrer Entscheidungsfindung machen sollen. Verstehen sie sich als Repräsentanten der ‚schlechten Risiken‘, die, gerade weil ihnen die Exit-Option des Kassenwechsel nicht unbegrenzt offen steht, auf effektive Interessenvertretung angewiesen sind? Oder orientieren sie sich an den Interessen der ‚guten Risiken‘? Im Bereich der Gesundheitspolitik wurde der Konflikt entschärft, dass die Patienten auf der übergeordneten Selbstverwaltungsebene des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) ein Vertretungsrecht erhielten (wenngleich ohne Stimmrecht).

Die Interessen der Patienten werden dabei von Vertretern der Patienten-Selbsthilfebewegung wahrgenommen, die nicht dem Rollenkonflikt von Beitragszahlern und Nutzern unterstehen“ (Klenk 2015: 116).

Rollenkonflikte und die Notwendigkeit der Abwägung zwischen verschiedenen Zielen können durchaus auf Arbeitgeber- und Versichertenseite der Selbstverwaltung bestehen (auch aufgrund der ökonomischen Interessen bestimmter Branchen und der dort Beschäftigten). An der Analyse Klenks, dass es im Versichertenkollektiv widersprüchliche Interessen gibt, speziell Unterschiede zwischen Beitragszahlern und Nutzern von Leistungen, ist allerdings zweierlei zu kritisieren.¹²

Erstens werden Versicherte als Menschen behandelt, die allein Gegenwartspräferenzen haben und Versicherungsschutz, also die Absicherung gegen künftige Schadensfälle, als solchen eigentlich nicht zu schätzen wissen und daher, solange sie gesund sind, nur an niedrigen Beiträgen orientiert sind. Das ist ähnlich vereinfachend wie das abstrakte Gegenstück, nämlich ein Mensch, der rationale Vorsorgeentscheidungen für seinen gesamten Lebenslauf ohne jeden Gegenwarts-Bias trifft. Die Annahme einer ausgeprägten Gegenwartspräferenz bei gesunden Versicherten würde allerdings bedeuten, dass jeder Versicherungsschutz letztlich den Menschen gegen ihren Willen aufgezwungen werden muss. Versicherung (und auch Sozialversicherung) als rationale Eigenvorsorge ist dann kaum denkbar.

Zweitens scheinen Menschen nicht in sozialen Zusammenhängen zu existieren. Gesunde Versicherte können aber – so die Gegenthese – sehr wohl wahrnehmen, dass Verwandte und Freunde und selbst Fremde in einer anderen Lebenssituation als sie selber sind, Menschen also, an denen sie Anteil haben und für die sie gute und umfangreiche Leistungen befürworten, auch um den Preis höherer eigener Beiträge. Eine Sozialversicherung kann durchaus auch als ein solidarisches Instrument der gegenseitigen Absicherung unterstützt werden, nicht nur aus Gründen der Notwendigkeit eines großen Versichertenkollektivs.

Entsprechend dieser Überlegungen sollten Versicherte und auch ihre Vertreter durchaus in der Lage sein, bestimmte Systemanforderungen auszutarieren und in Einklang zu bringen. Umgekehrt ist es im Übrigen damit schwierig, anzunehmen, dass Patientenvertreter nicht auch Beitragszahlerinteressen repräsentieren können.

Braun und Klenk weisen zudem auf die empirische Relevanz ihres Arguments hin:

„Ein Teil der Funktions-, Wirksamkeits- und Akzeptanzdefizite der Selbstverwaltung beruht darauf, dass sie sich dieser Aufgabenvielfalt weder richtig bewusst ist, noch eine vom sozialen Zweck der Krankenversicherung her argumentierende Priorisierung der Aufgaben vornimmt. Gestützt durch das finanz- und wirtschaftspolitische Ziel

¹² Diese Problematik wird hier nur für die Versichertenvertreter diskutiert. Sie stellt sich für die Arbeitgeberseite möglicherweise anders dar.

der Beitragssatzstabilität versteht sich die Selbstverwaltung daher in den letzten Jahrzehnten eher als Sachverwalter der Einkommensinteressen von Mitgliedern“ (Braun/Klenk 2006: 56).

Wenn diese Beobachtung zutrifft, dass *faktisch* (aber nicht notwendig) das Interesse an niedrigen Beiträgen dominiert, lassen sich dennoch verschiedene Schlüsse daraus ziehen, wie die aktuelle Selbstverwaltung Patienteninteressen besser aufnehmen und vertreten könnte. Das kann die Kritik an der Schwerpunktsetzung der Selbstverwaltung und Überzeugungsarbeit für eine stärkere Berücksichtigung von Patienteninteressen beinhalten und ein Plädoyer für eine „vom sozialen Zweck der Krankenversicherung her argumentierende Priorisierung der Aufgaben“; folgen kann auch eine Analyse der Entscheidungsmechanismen in der Selbstverwaltung (etwa zu Handlungsspielräumen und dem Zusammenspiel von Arbeitgeber- und Versichertenvertretern) mit dem Ziel, Gründe für die wahrgenommene Neigung in Richtung Beitragssatzstabilität zu identifizieren; und schließlich sind Forderungen nach einer Ergänzung der Selbstverwaltung denkbar. Keine dieser Forderungen ist aber zwingend. Ebenso ist ein direkter Schluss vom faktischen und kritisierbaren Handeln der Selbstverwalter auf einen abstrakten Interessengegensatz, durch den dann Reformvorschläge begründet werden, nicht zwingend.

2.3 Was folgt also aus der Kritik?

Mit Blick auf den tatsächlichen Stellenwert von Arbeit in der Gesellschaft können Gewerkschaften und Arbeitgeberverbände damit weiter eine zentrale Rolle in der Selbstverwaltung beanspruchen, auch über die einfache Vertretung ihrer Mitglieder hinaus.¹³ Zentrale Herausforderung scheint damit zu sein, dass Gewerkschaften den objektiven Stellenwert von Arbeit im Leben der Versicherten auch verdeutlichen (ebenso wie Zusammenhänge von Arbeit und Krankheit) und damit auch die für die Beschäftigten notwendige Möglichkeit der Wiederherstellung ihrer Arbeitskraft durch gesundheitspolitische Maßnahmen. Außerdem sollte klar gemacht werden, dass die Trennung von Beitragszahlern und Leistungsempfängern in der GKV eine analytische Aufteilung ist und die Rollen in den Versicherten zusammenfallen. Herausforderung für die Selbstverwaltung ist damit aber auch, die doppelte Verantwortung für Einnahmen und Ausgaben zu sehen und nicht einfach in eine Richtung aufzulösen, und schließlich auch die Kommunikation dieser Verantwortungsübernahme.

¹³ Der letzte Aspekt wird auch von Braun et al. (2009: 98) betont: „Zu den Versicherten gehören heute in Folge der Ausweitung des Versichertenkreises auch Gruppen, deren Interessenvertretung nicht oder nicht zentral zum gewerkschaftlichen Selbstverständnis gehört. Ob Gewerkschaften die Mehrheit der Versicherten repräsentieren, die abhängig beschäftigt sind, kann nicht alleine am Organisationsgrad festgemacht werden. Viele Arbeitnehmer sehen die Gewerkschaften als legitime Interessenvertretung, deren tarifliche und sozialpolitische Gestaltungsmacht sie in Anspruch nehmen, ohne aber selbst Mitglied zu sein.“ Vgl. auch schon Abendroth (1952: 646-648); kritisch Seiwerth (2016: 223).

3 Lösungen?

Die Kritik an der vorrangigen Beteiligung von Gewerkschaften und Arbeitgeberverbänden führt zu Lösungsvorschlägen, die den Einbezug anderer Organisationen und Verbände vorsehen. Dadurch sollen einerseits andere Lebenslagen repräsentiert werden, andererseits eine Dominanz von Beitragszahlerinteressen gegenüber Leistungsempfängerinteressen korrigiert werden. Allerdings zeigt sich, dass diese Lösungen mit einigen Problemen verbunden sind. Im Folgenden werden zwei Aspekte der Lösungen für das vermeintliche Problem, dass die bisherige Zusammensetzung der Selbstverwaltung nicht mehr angemessen ist, diskutiert. Zum einen der generelle Umbau der Selbstverwaltung, zum anderen die Rolle der Patientenverbände, die gestärkt werden sollen, im Speziellen.

3.1 Umbau der Selbstverwaltung

Ausgehend von der Kritik an der Rolle der Verbände des Arbeits- und Wirtschaftslebens in der Selbstverwaltung und aufgrund einer Zurückweisung eines direkten Zusammenhangs zwischen Beitragszahlung und Partizipationsrechten schlagen Braun et al. (2009: 78) vor, „[...] die alleine auf der Beitragszahlung beruhende Mitwirkung der Arbeitgeber auf ein Drittel einzuschränken, um der Partizipation von Versicherten Raum zu schaffen, deren Mitgliedschaft nicht durch abhängige Erwerbsarbeit vermittelt ist (pflichtig oder freiwillig versicherte Selbstständige, Familienangehörige, Sozialleistungsempfänger)“.

Für den Vorschlag einer Reduzierung der Größe der Arbeitgeberbank oder sogar ihre Abschaffung – Vorschläge, für die sich auch der DGB lange ausgesprochen hat (Gerlinger 2016: 33) – ließe sich ins Feld führen, dass Arbeitgeber nur Beitragszahlerinteressen repräsentieren, Versichertenvertreter aber Beitragszahler- und Leistungsbezieherinteressen. Die Beitragszahler wären damit überrepräsentiert. Dieses Argument fußt auf der Annahme, klare Interessen ließen sich immer definieren und verrechnen, was zumindest für die Versichertenseite in Frage zu stellen ist (s.o.). Als ein weiteres Argument für die Einschränkung der Arbeitgeberbeteiligung kann angeführt werden, dass Sozialversicherungsbeiträge Arbeitskosten sind, weswegen auch der Arbeitgeberbeitrag zur Sozialversicherung letztlich Teil des Lohnes ist; eine Arbeitgeberbeteiligung aufgrund vermeintlich paritätischer Finanzierung (die im Übrigen aufgrund des von den Beschäftigten allein zu tragenden Zusatzbeitrags nicht mehr besteht) wäre damit nicht begründbar. Beide Argumente stehen offensichtlich gegen das seit den 1950er Jahren geltende Prinzip, dass die Sozialpartner die Sozialversicherung gemeinschaftlich managen sollen. Wenn der sozialpartnerschaftlichen Beteiligung an der Verwaltung der Sozialversicherung aber ein Eigenwert zugeschrieben wird – weil damit auch ein über die unmittelbare Steuerung der Sozialversicherung hinausgehender gesellschaftlicher Nutzern verbunden wird –, muss der Vorschlag einer Verkleinerung der Arbeitgeberbank entsprechend zurückgewiesen werden.

Allerdings geht es Braun et al. nicht allein um eine Verkleinerung der Arbeitgeberbank. Praktisch sollen nach Vorstellung von Braun et al. (2009) für die Versichertenbank u. a. Urwahlen verpflichtend gemacht werden (2009: 99), ein Wahlrecht für Mitversicherte eingeführt werden (2009: 100-101) und das Vorschlagsrecht für die Sozialwahlen auf Vereinigungen mit sozial- und berufspolitischer Zielsetzung ausgeweitet werden (2009: 113-114).¹⁴ Bei einer solchen qualitativen und quantitativen Erweiterung der Versichertenbank ist zu bedenken: Wenn argumentiert wird, dass die soziale Selbstverwaltung eine Beauftragung von spezifischen Verbänden durch den Staat zur Mitgestaltung der mittelbaren Staatsverwaltung bedeutet (vgl. Gerlinger 2016: 14), muss der Vorschlag bezüglich seiner Zweckmäßigkeit überprüft werden – wird durch eine Beteiligung der Patientenorganisationen das Verwaltungshandeln besser? Oder kommt es umgekehrt in den Aufsichtsräten zu Fraktionsbildungen und einem Verlust eingespielter Verhandlungsmechanismen? Durch eine Hinzunahme von anderen Verbänden könnte nämlich – auch in Abhängigkeit von den Ergebnissen der Sozialwahlen – das bisher dominierende Konsensprinzip geschwächt werden. Stattdessen sind sowohl zwischen Versichertenvertretern als auch zwischen Arbeitgebern und Fraktionen der Versichertenvertreter Bündnisse denkbar (vgl. Paquet 2013: 9, auch in Hinblick auf das Verhältnis von Vorständen und Verwaltungsräten). Ist bspw. unter den vorgeschlagenen Bedingungen eine produktive Beteiligung bzw. ein Interesse der Arbeitgeber an der Selbstverwaltung noch gegeben?

Gegen die Befürchtung einer Fragmentierung oder eher konfliktorientierten Selbstverwaltung ist allerdings der Hinweis zu machen, dass diese Form einer vom Staat geschaffenen Verwaltung durch Beauftragung gesellschaftlicher Akteure auf die Herstellung von Konsens abzielt. Dieses Arrangement kann nur dann dauerhaft bestehen, wenn die beteiligten Akteure Interesse an einer Kooperation behalten und ihr Interesse an der Einbindung durch kooperatives Verhalten unter Verweis stellen.¹⁵

Schließlich muss geprüft werden, wie und in welchem Umfang Verbände zur Mitarbeit in der Selbstverwaltung geeignet sind. Es geht daher im Folgenden darum, Verbände angesichts der oben zusammengefassten Kritik mit Blick auf vertretene Interessen bzw. Repräsentativität zu analysieren.

3.2 Wer soll vertreten?

Der Vorschlag, das Recht, Vorschlagslisten einzureichen, auszudehnen, wird von Klenk illustriert. Sie verweist mit Blick auf die Sozialversicherung – also nicht allein auf die soziale Selbstverwaltung der GKV – auf weitere Verbände

„[...] mit sozial- und berufspolitischen Zielsetzungen. Neue Akteure in der Selbstverwaltung der Sozialversicherung, die Versicherteninte-

¹⁴ Für die beratend und antragsberechtigt schon jetzt beteiligten Patientenorganisationen werden in der Patientenbeteiligungsverordnung Anforderungen formuliert.

¹⁵ Ich danke Thomas Gerlinger für diesen Hinweis.

ressen repräsentieren, können beispielsweise Verbraucherorganisationen, Selbsthilfegruppen oder aber Seniorenverbände sein“ (Klenk 2012: 95).

Die Gesundheitspolitische Kommission der Heinrich-Böll-Stiftung schlägt vor, den „[...] Kreis der vorschlagsberechtigten Organisationen für Versichertenvertreterinnen und -vertreter auf alle Vereinigungen mit gesundheits-, verbraucher-, sozial- und berufspolitischer Zwecksetzung und deren Verbände“ zu erweitern (Heinrich-Böll-Stiftung 2013: 31).

Braun et al. schlagen ein differenziertes Vorgehen zum Einbezug von Verbänden vor (vgl. Heinrich-Böll-Stiftung 2013: 31-32). Das schließt u. a. Unterschriftenquoren vor der Vorschlagsberechtigung ein (Braun et al. 2009: 116), die Unabhängigkeit von den Versicherungsträgern (2009: 117), eine – auch ökonomische – Unabhängigkeit, die sich in der Mitgliederzahl ausdrückt (2009: 117: Verbände ab 2.000 Mitgliedern), wobei grundsätzlich konfligierende Interessen nicht ausgeschlossen werden könnten (2009: 118; Braun et al. weisen hier auch auf ver.di und die IG BCE hin), sowie eine Prüfung der Unabhängigkeit (2009: 120, auch für schon vertretene Organisationen).

Ich möchte im Weiteren nicht diesen Prüfmodus diskutieren, sondern der Frage nachgehen, welchen Charakter die genannten Verbände bzw. Verbandskategorien haben und welche Probleme sich mit Blick auf ihre Beteiligung in der sozialen Selbstverwaltung der GKV ggf. ergeben. Dabei geht es nicht um eine generelle Abwertung dieser Verbände und ihrer Arbeit oder darum, Patientenorganisationen in irgendeiner Weise die Legitimität abzuspreehen. Ein genaueres Hinschauen auf bisher im Gesundheitssystem aktive Verbände wirft aber Fragen auf, ob durch ihren Einbezug tatsächlich die angenommenen oder tatsächlichen Probleme mit der Selbstverwaltung gelöst werden können.

Allgemein sind Verbände unterschiedlicher Prägung in der Sozialpolitik aktiv, die verschiedene Funktionen übernehmen. Von Verband zu Verband können diese Funktionen unterschiedlich übernommen oder betont werden.

- Interessenverbände versuchen advokatorisch oder im eigenen Namen Einfluss auf Politik zu nehmen. Gerade bei großen Verbänden muss geprüft werden, ob diese noch Partialinteressen – wie etwa von Paquet (2013: 10) und Schroeder (2008: 65) angenommen – vertreten, oder diese mildern, da sie schon intern zwischen verschiedenen Positionen und Wünschen vermitteln und auswählen müssen (Aggregation und Selektion); eine solche Vermittlung macht allerdings die Einbindung in Entscheidungsstrukturen dann schwierig, wenn diese Einbindung gerade durch die Identifikation eines Verbandes mit spezifischen Interessen begründet wird. Interessenvertretung kann nicht nur gegenüber der Politik erfolgen, sondern individuell durch Beratung und Rechtsschutz geschehen.
- Insbesondere in Selbsthilfegruppen spielen Produktion und Ko-Produktion von Leistungen eine Rolle. Betroffene, z. B. Kranke und ihre Familien, wollen nicht in erster Linie Einfluss auf Politik oder Leis-

tungserbringer nehmen, sondern in einem gewissen Umfang gemeinsam mit anderen ihr Schicksal in die eigene Hand nehmen.

- Schließlich können Verbände auch Gesundheitsdienstleistungen erbringen oder Leistungserbringer organisieren, wodurch auch die Interessen von Beschäftigten und Arbeitgebern berührt werden.

Auf den ersten Blick scheinen diese Unterscheidungen mit Kategorien zu korrespondieren, die in der Sozialpolitikforschung verwendet werden: Sozialverbänden, Selbsthilfegruppen und Wohlfahrtsverbänden. Allerdings sind die Übergänge fließend und eine Zuordnung schwierig; eine analytische Zuordnung von Verbänden und Organisationen zu spezifischen Funktionen wird der Realität häufig nicht gerecht. So sind im Paritätischen Gesamtverband Selbsthilfegruppen und Leistungserbringer zusammengeschlossen. Als ein Beispiel für die Schwierigkeit einer Einordnung von Verbänden mag auch der Sozialverband VdK dienen, der in vielen Bündnissen mit DGB und Mitgliedgewerkschaften gemeinsam Politik gestaltet: der Verband bietet seinen Mitgliedern u. a. Rechtsschutz in Sozialrechtsfragen und nimmt als Interessenverband politisch direkt Einfluss. Weitere Einflussnahme ist durch Mitgliedschaft im Paritätischen Wohlfahrtsverband und Deutschen Behindertenrat und dadurch vermittelt auch auf Gremien der Gesundheitspolitik anzunehmen. Landesverbände des VdK sind als Leistungserbringer im Pflege- und Krankenhaussektor aktiv. Gemeinsam mit anderen Verbänden war der VdK Träger der Unabhängigen Patientenberatung UPD. Der Landesverband Baden-Württemberg versteht sich schließlich laut seiner Satzung als „Sozial- und Arbeitnehmerorganisation“.

Eine weiterer Aspekt ist, dass für Patientenorganisationen festzuhalten ist: „Der Begriff Patientenorganisationen als Ausdruck einer sozialen Bewegung kann also heute vor allem auf zwei Typen bezogen werden: die Zusammenschlüsse ‚Betroffener‘ und die unabhängigen Unterstützer“ (Kranich 2014: 7); unabhängige Professionelle kommen aus guten Gründen Betroffenen zur Hilfe.¹⁶

Eine Reihe der hier interessierenden Vereinigungen – Verbraucherzentralen, Patientenstellen, spezialisierte Patienten- und Selbsthilfeorganisationen – wird von Ewert (2013: 21-22) unter dem Begriff Nutzerorganisationen behandelt; er hebt auch deren Bedeutung bei der Vermittlung von Kompetenzen sowie ihre Rolle mit Blick auf Rückhalt und Schutz (nicht nur als Anwälte und Fürsprecher) hervor. Nutzer- oder Patientenorganisationen haben sich teils in deutlicher Abgrenzung zu den etablierten Akteuren und den Mechanismen des Gesundheitssystems gebildet und positioniert.¹⁷ Ewert grenzt den Ansatz der Nutzerorganisationen in diesem Sinne explizit

¹⁶ „Das ist nötig, weil Patienten krank sind, immer wieder ausfallen, Schmerzen haben, operiert werden müssen, manchmal sogar viel zu früh versterben. Weil sie sich eben ganz alleine für die Bildung einer Bewegung nur bedingt eignen ist die Ergänzung durch unabhängige Berater und Unterstützer sehr sinnvoll, ja notwendig“ (Kranich 2014: 6).

¹⁷ Diese Positionierung fand wiederum Widerhall in der Politik: Als Anfang des Jahrtausends die Spitzenverbände der Krankenkassen verpflichtet wurden, Modellvorhaben zur Verbraucher- und Patientenberatung zu fördern war das Ziel der Bundesregierung „[...] ein von Krankenkasse, Ärzten und anderen Leistungserbringern unabhängiges Beratungs- und Informationsangebot aufzubauen. Die zugrunde liegende These dieses Ansatz ist, dass Kassen und Leistungserbringer bei bestimmten Fragen und Problemen Partikularinteressen haben und deshalb nicht ausschließlich im Sinne ihrer Versicherten und Patienten – mit anderen Worten ‚unabhängig und neutral‘ – beraten und informieren können. [...] Empirisch bewiesen war diese Behauptung zwar nicht, dennoch leiteten die Befürworter der Regelung – vor allem Patientenorganisationen und Verbraucherverbände – daraus ab, dass es bei Patienten und Verbrauchern einen Bedarf an unabhängiger Beratung und Information geben würde“ (Dehlinger 2005: 325).

von den Krankenkassen ab: „Nutzerorganisationen vertreten und unterstützen Nutzer in einer unmittelbaren Weise, wie es die GKVn aufgrund ihrer finanziellen und gesundheitspolitischen Eigeninteressen traditionell nicht taten und aktuell nicht tun“ (Ewert 2013: 22). In ihren Aktivitäten bringen sie zudem eine eigene Perspektive mit.

„Grundsätzlich ist festzustellen, dass ein fundamentaler Unterschied zwischen der zunehmenden Nutzerorientierung etablierter korporatistischer Akteure und der Aufwertung der ‚Nutzerposition‘, verstanden als unabhängige Nutzervertretung, im Steuerungsprozess besteht. Konkret geht es daher um die Möglichkeit einer öffentlichen Kontrolle der Qualität von Gesundheitsleistungen sowie der Modalitäten des Versorgungsprozesses durch Nutzer selbst“ (Ewert 2013: 50).

Patientenorganisationen oder andere Verbände, die Versicherteninteressen vertreten könnten, sind damit schon seit längerem in der deutschen Gesundheitspolitik aktiv und das längst nicht mehr nur als reine Interessengruppen, die „von außen“ neue Impulse in das System hineinragen wollen. Es muss vielmehr an vielen Stellen von einer Verzahnung von Krankenversicherung und Patientenorganisationen ausgegangen werden – wobei einige Akteure durchaus in Abgrenzung zum Gesundheitssystem entstanden sind.

3.2.1 Selbsthilfegruppen und ihre Förderung

„Für Deutschland werden 70.000 bis 100.000 solcher Selbsthilfegruppen geschätzt, von denen viele in größeren Organisationen zusammengeschlossen sind“ (Kranich 2014: 3). Selbsthilfegruppen werden durch die GKV bezuschusst (§ 20c SGB V). „Allein im Jahr 2015 stellten die gesetzlichen Krankenkassen 45 Millionen Euro zur Verfügung und haben seit 1999 ihre Selbsthilfemittel versechsfacht“ (Niederbühl 2015: 12). Durch das Präventionsgesetz (2015) wurden die Krankenkassen verpflichtet, ab dem Jahr 2016 Selbsthilfegruppen mit 1,05 Euro je Versicherten unterstützen. Die öffentliche Förderung erreicht eine Vielzahl von Organisationen: „Zusätzlich zu den 310 geförderten Bundesorganisationen wurden in allen Bundesländern zusammen 584 Landesorganisationen, 14.638 Selbsthilfegruppen und 267 Selbsthilfekontaktstellen finanziell unterstützt“ (Niederbühl 2015: 13). Die gesetzlichen Regelungen zur Förderung der Selbsthilfe sehen eine Beteiligung der Spitzenorganisationen der Selbsthilfe vor. Diese Beteiligung und Beratung bezieht sich auf die „Erarbeitung der gemeinsamen und einheitlichen Grundsätze“, das „Verzeichnis der Krankheitsbilder“ im „Beirat ‚Leitfaden Selbsthilfeförderung‘“ sowie auf die „Unterstützung der sachkundigen Vergabe der Fördermittel“ (GKV-Spitzenverband 2013: 10). Spitzenorganisationen der Selbsthilfe sind die Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderungen und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e. V. (BAG Selbsthilfe), der Paritätische Gesamtverband e. V., die Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen (die auch im Gemeinsamen Bundesausschuss vertreten ist) und die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. Weitere Förderung erfolgt auf Landesebene und

durch die Kommunen. Von der Förderung der Selbsthilfe nach SGB V ausgeschlossen sind u.a. Wohlfahrtsverbände, Sozialverbände, Verbraucherverbände/-organisationen/-einrichtungen und Patientenberatungsstellen (auch internetbasierte).

Inhaltlich ist hervorzuheben, dass Selbsthilfegruppen diagnosebezogen organisiert sind und damit ein konkretes Interesse an bestimmten Leistungen formulieren. „Weil also bei der Selbsthilfe Motiv und Ausgangspunkt zunächst einmal die eigene Betroffenheit ist, kann Selbsthilfe entgegen manchen Betrachtungen und Berechnungen nicht einfach als Teil der in unserer Gesellschaft stattfindenden ehrenamtlichen Tätigkeit subsummiert werden, sondern ist etwas Eigenes, ist solidarische Selbstsorge“ (Rosenbrock 2015: 174). Zu fragen ist, inwiefern Zusammenschlüsse dieser Gruppen diese Spezialinteressen aggregieren und auf ein allgemeineres Interesse hin weiter entwickeln können.

3.2.2 Patientenverbände im G-BA

Im Gemeinsamen Bundesausschuss sind vier Patientenorganisationen vertreten, allerdings ohne Stimmrecht. Es lassen sich zwei Organisationstypen unterscheiden, einerseits Betroffenenverbände, die im Deutschen Behindertenrat zusammengeschlossen sind, und andererseits drei Beraterverbände. Letztere „[...] gelten als unabhängige Berater und Unterstützer der Patienten“ (Kranich 2014: 6). Als Patientenorganisationen sind im Gemeinsamen Bundesausschuss der Deutsche Behindertenrat, die Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen (BAGP, Dachorganisation für PatientInnenstellen und -Initiativen),¹⁸ die Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. und der Verbraucherzentrale Bundesverband vzbv vertreten. Der Deutsche Behindertenrat bezeichnet sich laut Internetauftritt als Aktionsbündnis ohne Vertretungsmandat, zu dessen Mitglieder die Sozialverbände SoVD und Sozialverband VdK gehören. Die Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. ist selbst Mitglied im Paritätischen Wohlfahrtsverband. Der vzbv wird weitgehend finanziert aus Bundesmitteln. Zu seinen Mitgliedern gehören die Wohlfahrtsverbände AWO, Caritas und Diakonie, der DGB ist Fördermitglied.

Etgeton (2009: 108) merkt zu den sieben Verbänden, die im Vorfeld der G-BA-Reform als „Bündnis der auf der Bundesebene relevanten Verbraucher- und Patientenorganisationen“ auftraten, an:

„Diese Organisationen sind durch zum Teil Jahrzehnte währende Arbeit im Bereich der Selbsthilfe, Unterstützung und Beratung von Patienten legitimiert, Patienteninteressen zu vertreten, sie haben sich einen von Kostenträger- und Anbieterinteressen, aber auch von Industrieinflüssen unabhängigen gesundheitspolitischen Standpunkt erar-

¹⁸ Zu den PatientInnenstellen s. Ewert (2013: 189-190).

beiten. Sie repräsentieren somit die vielfältige Landschaft der im Gesundheitswesen aktiven Betroffenen- und Beratungsverbände“.¹⁹

3.2.3 Sozialverbände

Die Sozialverbände SoVD und VdK, teils als Sozialanspruchsvereinigungen bezeichnet, haben sich in den vergangenen Jahren teils erfolgreich neu orientiert (vgl. Futh/Jeanrond 2013). Schroeder et al. (2008: 239-240) charakterisierenden die Verbände wie folgt:

„Im Vergleich zu den Wohlfahrtsverbänden sind VdK und SoVD echte Mitglieds- bzw. partizipative Klientelorganisationen: Über 50 Prozent der Mitglieder gehören zum betroffenen Klientel. So ist das primäre Organisationsziel die Verbesserung des Klientelstatus‘. Der Organisationszweck der Sozialverbände besteht in der sozialen Rechtsberatung nach innen und der selbstorganisierten sozialpolitischen Interessenvertretung nach außen. Die zunehmende Mitgliederzahl der Sozialverbände lässt vermuten, dass die umfangreichen Service-, Beratungs- und Interessenvertretungsprogramme von den älteren Menschen positiv beurteilt und in Anspruch genommen werden“.²⁰

Die Sozialverbände sind durch Mitgliedschaft in Dachverbänden in das Gesundheitssystem einbezogen und waren bis Ende 2015 Träger der Unabhängigen Patientenberatung UPD. Landesverbände des Sozialverbandes VdK sind außerdem Träger von Pflegediensten und Krankenhäusern.²¹ Anzumerken ist, dass der Landesverband Baden-Württemberg des VdK sich laut seiner Satzung „Sozial- und Arbeitnehmerorganisation“ ist.²²

3.2.4 Patientenorganisationen im Gesundheitswesen: Zwischenfazit

Mit diesem Überblick, der sicher nicht alle Verbände und Organisationen einschließt, soll die bisherige Förderungs- und Beteiligungspraxis nicht kritisiert werden. Ziel ist es stattdessen, darzulegen, dass die Suche nach Vertretern für Patienteninteressen in der Selbstverwaltung zu neuen Problemen führt. Diese Probleme sollten gerade deshalb bedacht werden, da Patientenorganisationen viel Sympathie entgegengebracht wird – wer sollte etwas gegen die Anliegen von Patienten einwenden, da deren Behandlung doch Sinn und Zweck der Gesundheitspolitik ist?²³

¹⁹ Dieser Argumentation zufolge begründet sich Legitimität durch Wissen und Erfahrungen, nicht aber durch ein demokratisches Verfahren oder statistische Repräsentativität (etwa durch Repräsentation der Mehrheit der Betroffenen).

²⁰ Mit Blick auf den Rechtsschutz ist festzuhalten, dass das Modell des VdK anders als das des DGB-Rechtsschutzes organisiert ist. Für eine Unterstützung vor Gericht wird gemäß Satzung eine Kostenerstattung erhoben, die allerdings bei Erfolg vor Gericht von der unterlegenen Partei (etwa einem Sozialleistungsträger) übernommen wird. Demgegenüber ist der DGB-Rechtsschutz aus sozialpolitischen Überlegungen heraus kostenfrei. Die individuellen Mitgliedsbeiträge und damit der Zugang zum Rechtsschutz sind beim VdK nicht wie bei den meisten Gewerkschaften nach dem Einkommen gestaffelt (in den Landesverbänden schwanken die Beiträge zwischen 4,50 und 7,00 Euro im Monat; Angehörige von Mitgliedern zahlen einen ermäßigten Beitrag) und daher gerade bei höheren Einkommen teils günstiger.

²¹ S. http://www.vdk.de/hessen-thueringen/pages/21067/thueringer_pflagedienst und http://www.vdk.de/bayern/pages/3272/geriatrische_fachkliniken

²² S. http://www.vdk.de/bawue/downloadmime/2671/Satzung_der_Verbandsstufen.pdf, § 2 Abs. 2

²³ „Und weil es hier um Gesundheitspolitik geht, deren Spielregeln nach einer hübschen Metapher mit denen im ‚Haifischbecken‘ verglichen werden, wo also jeder gegen jeden und das durchaus nicht immer mit fairen Mitteln und für lautere Ziele kämpft, sind alle Akteure immer wieder dankbar, dass es auch Themenbereiche und Akteure wie die Selbsthilfe gibt, auf deren Löblichkeit und Wünsch-

Zunächst stehen potentielle Kandidaten für eine Ergänzung der Selbstverwaltung zur Sicherstellung der Berücksichtigung von Versicherteninteressen nicht „neben“ dem System, sondern waren und sind teils Träger von durch Krankenversicherungen finanzierten Beratungsleistungen, teils nehmen sie direkte Förderung in Anspruch oder werden von der Bundesregierung finanziert und wirken in Einzelfällen als Leistungserbringer. Damit sind sie in ihrer Arbeit nicht unabhängig von der GKV. Eine Einbindung in die Selbstverwaltung birgt damit die Gefahr, sie zu Mitentscheidern über die eigene Finanzierung bzw. die eigenen Aufgaben machen. Dieses Problem könnte auf verschiedenen Wegen gelöst werden: Einzelfallprüfung und Verzichtserklärung bzw. Abstoßen der kritischen Organisationsbereiche oder Ausschluss bei Entscheidungen, die die eigene Finanzierung oder Arbeit berühren. Allerdings lässt sich angesichts des gewachsenen Profils auch überlegen, ob anstelle einer weitergehenden Verzahnung mit der Krankenversicherung eine funktionale Aufgabenteilung und Unabhängigkeit nicht der sinnvollere Weg ist.

Ein weiteres Problem betrifft angesichts der an der Selbstverwaltung geübten Kritik die Frage, wen Patientenverbände eigentlich organisieren. Selbsthilfegruppen und ihre Zusammenschlüsse sind in erster Linie auf die Leistungserbringung und ihre Verbesserung fixiert. Dieser Fokus ist legitim und kann dem Versicherungssystem wichtige neue Impulse geben. Er kann allerdings als Ausdruck eines Partialinteresses charakterisiert werden, da er Versicherteninteressen explizit nicht in Gänze in den Blick nimmt und möglicherweise in Konkurrenz zu anderen partiellen Wünschen nach Leistungsverbesserung in Konflikt gerät. Selbsthilfegruppen sind zudem nicht ausschließlich auf GKV-Versicherte ausgerichtet.

Wenn nicht allein auf Selbsthilfegruppen abgehoben wird, sondern stattdessen die Wohlfahrts-, Sozial- oder Verbraucherverbände in den Blick geraten, ist zunächst festzustellen, dass diese eher als die Selbsthilfegruppen auch allgemeinere Versicherteninteressen repräsentieren können – die Frage wie sie Patienten- gegenüber Beitragszahlerinteressen gewichten, müsste dann aber auch hier gestellt werden und gefragt werden, welchen Vorteil denn der Einbezug weiterer *Versichertenorganisationen* bringt. Zudem muss geprüft werden, ob diese Verbände eine Klientel organisieren, die eine spezifische Sozialstruktur hat (SoVD und VdK als Seniorenverbände) mit der Konsequenz, dass eine Behandlung als allgemeine Patientenorganisation wiederum schwierig erscheint. Das schließt auch das Problem ein, dass PKV-Versicherte Mitglieder der betreffenden Organisationen sein können und die Verbände auch Leistungserbringerinteressen repräsentieren (beides trifft allerdings in gewissem Umfang auch auf DGB-Gewerkschaften zu). Die an die Verbände des Arbeits- und Wirtschaftslebens gerichtete Frage, wen bzw. welche Lebenslagen sie eigentlich repräsentieren, lässt sich damit auch an andere Verbände stellen.

barkeit sich alle einigen können. Selbsthilfe ist deshalb ebenso wie Prävention ein beliebter Gegenstand von Sozialbelletristik und Sonntagsreden aller Art.“ (Rosenbrock 2015: 165)

Als Patientenorganisationen werden schließlich auch Zusammenschlüsse unabhängiger Unterstützer der eigentlich Betroffenen bezeichnet. Was folgt daraus für die Repräsentation der Versicherten? Dieses Problem stellt sich auch im Falle der Verbraucherverbände, wo sich angesichts der Schwierigkeit der Selbstorganisation der Verbraucher die Frage auftut, ob überhaupt ein Klientel besteht oder erst durch die Arbeit dieser Verbände konstituiert wird. Diese Grundproblematik ist aus der sozialwissenschaftlichen Analyse von Interessengruppen bekannt:

„Vergleicht man das Durchsetzungspotential gewisser ökonomischer Ig. [Interessengruppen; FB] mit den geringen Entzugsmöglichkeiten anderer Gruppen, etwa der Behinderten, Kinder, Hausfrauen, alten Menschen, Verbraucher, etc. dann wird deren geringer politischer Einfluss schnell einsichtig. Manche dieser kaum konfliktfähigen und oft auch nur schwer zu organisierenden Gruppen werden im Vereins- und Verbandssystem meistens durch von den Betroffenen nicht selbst entwickelte soziale Organisationen (z. B. Wohlfahrtsverbände) repräsentiert, deren Gefahr darin liegt, dass diese die Gruppenprobleme nicht adäquat thematisieren, sondern primär ihre eigenen selektiven Organisationsinteressen im Auge haben“ (Heinze/Voelzkow 2013: 308)

Schließlich führt die Forderung nach einer Ergänzung der vorschlagsberechtigten Verbände und einer Einbindung von Patientenorganisationen zu der Frage, welche Verbände dies selbst wollen und welche Unwucht im Zweifelsfall dadurch entsteht, dass einige Verbände die Mitarbeit in der Selbstverwaltung als sinnvoll erachten, andere dagegen ihre Unabhängigkeit betonen oder aufgrund von mangelnden Ressourcen keine Beteiligung suchen. „An der Frage, ob ein volles Stimmrecht [im G-BA und den Landesgremien, FB] auch in inhaltlichen Fragen angestrebt werden soll, scheiden sich die Geister“, so Rosenbrock (2015: 174) zu den Selbsthilfegruppen.

4 Fazit und Überlegungen zur Situation der gewerkschaftlichen Selbstverwalter

Ausgehend von der Beobachtung einer wiederkehrenden Debatte um die Aufwertung und Einbindung von Patientenorganisationen in die Selbstverwaltung drehte sich die Argumentation bis hier um die Kritik an der Zusammensetzung der sozialen Selbstverwaltung und um Argumente für eine Erweiterung der Selbstverwaltung. Die Forderung, dass die Verbände des Arbeits- und Wirtschaftslebens weniger als früher berufen sind, Versicherteninteressen in der Selbstverwaltung zu repräsentieren, fußt auf zwei Argumenten. Das Argument, dass „Arbeit“ keine Legitimationsgrundlage mehr für eine privilegierte Behandlung von Verbänden in der Selbstverwaltung darstellt, ist zumindest zu relativieren. Selbst bei der Annahme einer heterogeneren Gesellschaft stellt sich die Frage, welche Interessenverbände diese Heterogenität abbilden könnten. Das analytische Argument, dass Beitragszahler- und Leistungsempfängerinteressen einander gegenüberstehen, ist zu kritisieren, da Versicherte in ihren Lebenszusammenhängen

deutlich komplexere Einschätzungen des Versicherungsschutzes haben dürften. Aus der empirischen Beobachtung einer nicht angemessenen Handlungsweise der Selbstverwaltung können zudem unterschiedliche Schlüsse gezogen werden. Auf dieser Problemanalyse bauen Vorschläge auf, die Selbstverwaltung zu ergänzen. Eine Erweiterung der Versichertenbank wirft Fragen danach auf, ob die Selbstverwaltung dadurch tatsächlich besser (effizienter oder effektiver) arbeiten würde und welche Verbände dafür in Frage kämen. Bei einer überblicksartigen Schau der Verbände zeigt sich, dass es bereits jetzt vielfältige Zusammenhänge zwischen potentiellen Kandidaten und dem Versicherungssystem gibt und weitere Fragen nach den dann vertretenen Personengruppen und Interessen aufgeworfen worden.

Problematisch erscheint an der bisher verfolgten Argumentation, dass sie vor allem negativ ist und auf eine Zurückweisung von Kritik zielt, nicht jedoch auf eine positive (Neu-) Bestimmung der gewerkschaftlichen Rolle in der Sozialversicherung.²⁴ Wenn auch nach dem Vorhergesagten deutlich sein sollte, dass ein Einbezug von Patientenorganisationen in die Selbstverwaltung problematisch ist und umgekehrt gute Gründe für eine weiterhin zentrale Rolle der Gewerkschaften sprechen,²⁵ ist damit noch nicht geklärt, wie diese Rolle unter gewandelten Rahmenbedingungen ausgefüllt werden kann. Parallel zur Beschäftigung mit den Vorschlägen zur stärkeren Einbindung von Verbänden wie Patientenorganisationen in die Selbstverwaltung muss der Frage nachgegangen werden, warum Selbstverwaltung und gewerkschaftliche Selbstverwalter nicht oder nur in geringem Maße als Patientenvertreter wahrgenommen werden und unter welchen Bedingungen sie besser wahrgenommen werden könnten. Anders gefragt: Wie konnte es dazu kommen, dass für das gegenwärtige System offensichtlich ein Defizit an Repräsentation der Patienteninteressen wahrgenommen wird und dass Gewerkschaften bzw. gewerkschaftliche Selbstverwalter nicht als Patientenorganisationen wahrgenommen werden? Diese Fragen scheinen auch für eine positive Bestimmung der Rolle der Gewerkschaften in der Sozialpolitik von Bedeutung. Hierzu vier Thesen:

²⁴ Zugleich muss darauf hingewiesen werden, dass zwischen Gewerkschaften und anderen Verbänden, die sich im Feld der Sozialpolitik engagieren – Wohlfahrtsverbänden, Sozialverbänden und Patientenorganisationen – unterschiedliche Berührungspunkte bestehen. In verschiedenen Zusammenhängen besteht schon seit Längerem eine Zusammenarbeit in gemeinsamen Bündnissen. In der Reformkommission „Für ein solidarisches Gesundheitssystem der Zukunft“ arbeiteten neben DGB und Gewerkschaften u.a. der Sozialverband Deutschland (SoVD), der Paritätische Gesamtverband, der Sozialverband VdK, die Arbeiterwohlfahrt (AWO) und die Volkssolidarität an einer gemeinsamen Positionierung zur Weiterentwicklung der Gesetzlichen Krankenversicherung zur Bürgerversicherung mit. Das „Netzwerk für eine gerechte Rente“ vereinigt DGB, den Paritätischen, VdK, SoVD, KAB, Volkssolidarität und andere. Das „Bündnis für gute Pflege“ umfasst neben DGB und ver.di die Wohlfahrtsverbände (AWO, Caritas, Deutsches Rotes Kreuz, Diakonie, Der Paritätische, Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland), SoVD, VdK, den Verbraucherzentrale Bundesverband, BAG Selbsthilfe und andere. Im „Bündnis für eine gerechte Rentenangleichung in den neuen Bundesländern“ haben sich die DGB-Gewerkschaften GEW, EVG, GdP und ver.di mit dem SoVD, der Volkssolidarität, dem Deutschen Beamtenbund, dem Deutschen Bundeswehrverband und der AWO zusammengeschlossen.

Für eine solche Zusammenarbeit spricht die Möglichkeit, Ressourcen zu bündeln, Mitglieder zu mobilisieren und auf verschiedenen Wegen Einfluss zu nehmen. Auf diesem Weg kann auch für die einzelnen Verbände die Möglichkeit geschaffen werden bzw. erhalten bleiben, verschiedene Themen zu bearbeiten, ohne die eigenen Ressourcen zu überdehnen. Dies kann auch positive Rückwirkungen auf die Mitgliedschaft und damit die Einflussmöglichkeiten der Verbände haben. So argumentiert Schroeder mit Blick auf die Repräsentation der Interessen von Rentnerinnen und Rentnern. „Durch die Allianz mit den Sozialverbänden können Gewerkschaften den eigenen in Rente befindlichen Mitgliedern den Eindruck vermitteln, dass ihre Interessen auch durch die Arbeitnehmerorganisationen vertreten werden, ohne dass sie die Interessenvertretung der Mitglieder im Rentenalter in den Fokus stellen müssen und damit innergewerkschaftliche Zielkonflikte zwischen ihren Mitgliedergruppen heraufbeschwören“ (Schroeder et al. 2008: 245-246). Im Unterschied – oder eher: in Ergänzung – zu eher positiven Einschätzungen kann allerdings ebenso vermutet werden, dass Gewerkschaften und Verbände um Aufmerksamkeit und Mitglieder konkurrieren, der Aufschwung der Sozialverbände in den vergangenen Jahren also möglicherweise auch auf Kosten anderer Verbände geschehen ist.

²⁵ Auch ihre finanzielle Unabhängigkeit vom Gesundheitssystem ist zu erwähnen.

1. These: Es ist anzunehmen, dass die Selbstverwaltung und gewerkschaftliche Selbstverwalter als Teil der im Wettbewerb stehenden Kassen kaum wahrgenommen werden.

Die Selbstverwaltung insgesamt ist für viele Menschen schlicht unsichtbar (geworden). Im Ratgeber für Patientenrechte der Bundesregierung wird die Selbstverwaltung etwa gar nicht erwähnt (BMG et al. 2014). Zentraler Einflussmechanismus auf Krankenkassen unter Bedingungen der freien Kassenwahl und des Kassenwettbewerbs ist gerade für jüngere Versicherte der Kassenwechsel. Eine Beratung bei Problemen in einem Markt wird – so lässt sich mutmaßen – bei Verbraucherschützern und nicht in den „Unternehmen“ selbst gesucht. Die Kassen werden selbst wiederum nicht unbedingt als Mittler zwischen Versicherten und Gesetz (Welti 2011: 364) gesehen.²⁶ Infolge dessen lässt sich annehmen, dass die Selbstverwaltung, wenn sie überhaupt bekannt ist, als Teil der Kassen angesehen oder evtl. sogar mit ihrer Bürokratie identifiziert wird. Entsprechend verliert sie für Außenstehende ihren Charakter als formal den Kassen zugehörige, aber intermediär wirkende Instanz, die Versicherteninteressen in die Verwaltung trägt oder sogar als Korrektiv der Verwaltung wirkt.

Was für die Selbstverwaltung insgesamt gilt, gilt umso mehr für die gewerkschaftlichen Selbstverwalter: Sie sind Teil eines Systems, das für die interne Interessenartikulation weniger Raum bietet als früher (Beschränkung der Selbstverwaltung), und diese Interessenartikulation auch weniger betont als den Weg der Interessenartikulation durch Kassenwechsel. Hinzu kommt potentiell eine durch den Wettbewerb verschärfte Zwangslage für die Selbstverwaltung: Die Bearbeitung von Problemen in „ihrer“ Kasse kann kaum für die öffentliche Darstellung eigener, guter Arbeit genutzt werden, da das damit verbundene Eingeständnis von Problemen der Kasse dieser einen Wettbewerbsnachteil beschere kann.

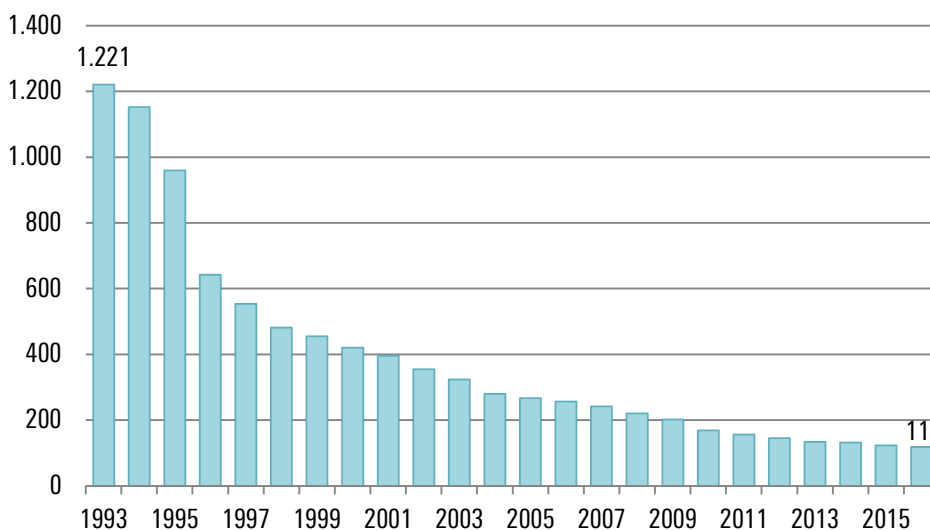
Die Fusionen von Krankenkassen (s. Abb. 2) in den letzten Jahren haben vermutlich zu zusätzlicher Distanz von Kassen und Versicherten geführt (Schroeder 2008: 62) und durch die Verringerung der Zahl der Selbstverwalter auch zu einem Verlust an gewerkschaftlicher Aufmerksamkeit für das Thema.

Damit ist aus gewerkschaftlicher Sicht zu fragen, ob das gegenwärtige Krankenversicherungssystem mit den Tendenzen zu Wettbewerb, Konzentration und staatlicher Steuerung mit der Selbstverwaltung kompatibel ist oder ob es einen Gegenentwurf braucht, der durch eine starke lokale Verankerung und einen solidarischen Rahmen auch eine stärkere Versichertenähe ermöglicht. Dabei ist zu prüfen, ob die Forderungen nach einer Stärkung der Selbstverwaltung und die Entwicklung von Mechanismen der Rückbindung an die Versicherten (etwa durch Versichertenälteste in der GKV) um die Kritik an der gegenwärtigen Form des Kassenwettbewerbs ergänzt werden muss. Außerdem ist für die Gewerkschaften zu fragen, ob

²⁶ So wird darauf hingewiesen, dass die Kassen Beratungsleistungen auch aus Marketingründen anbieten (Schaeffer/Dierks 2006: 70, 75, Hanker et al. 2008).

eine Rückkehr zu „voice“ (im Unterschied zu „choice“, dem Kassenwechsel) als zentralem Beteiligungsmechanismus der Versicherten (noch) machbar ist, gerade vor dem Hintergrund des Kompetenzverlustes in der Breite durch die Verringerung der Zahl der Kassen und Selbstverwalter. Dabei ist allerdings zunächst der Stellenwert und Nutzen der Selbstverwaltung selbst zu bestimmen und auch eine Aufarbeitung der Ergebnisse des aktuellen Wettbewerbssystems nötig; die Stärkung der Selbstverwaltung setzt voraus, dass diese Stärkung aus gesundheitspolitischer Sicht zweckmäßig und normativ begründbar ist.

Abbildung 2: Entwicklung der Zahl der gesetzlichen Krankenkassen



Quelle: Bundesministerium für Gesundheit, Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE)



2. These: Gewerkschaften werden nicht allein oder in erster Linie als Ansprechpartner für sozialpolitische Probleme angesehen.

Ziel von Gewerkschaften ist die Verbesserung der Lage der abhängig Beschäftigten. Wenn die lebensweltliche Verankerung von Gewerkschaften abnimmt oder sie auf ihre Rolle in der Tarifpolitik und im Betrieb reduziert werden bzw. sie sich auf diese Rolle konzentrieren (müssen), werden sie weniger stark als Ansprechpartner bei sozialpolitischen Fragen sowohl auf individueller als auch auf gesamtgesellschaftlicher Ebene wahrgenommen.²⁷ Die Beobachtung, dass Gewerkschaften auch (aber gerade nur: auch) Sozialpolitik gestalten, unterscheidet sie von Sozial- und Wohlfahrtsverbänden, für die die Beschäftigung mit Sozialpolitik zentral ist.

Gewerkschaften müssen damit ihren sozialpolitischen Anspruch formulieren und behaupten. Ausgangspunkt für eine starke Rolle der Gewerkschaften in der Sozialpolitik ist die Selbstvergewisserung des eigenen Auftrags.

²⁷ Ein weiteres Problem ist der rückläufige oder stagnierende Organisationsgrad, der Fragen nach der Legitimität der Einbindung von Gewerkschaften (und auch Arbeitgeberverbänden) in die Selbstverwaltung aufwirft (vgl. Seiwert 2016). Hier ist zusätzlich zur Organisationsentwicklung der Anspruch zu begründen und in der Debatte zu behaupten, über die eigene Mitgliedschaft hinaus legitime Interessenvertreter von Erwerbstätigen und ihren Angehörigen zu sein.

Die gewerkschaftliche Beschäftigung mit Sozialpolitik und speziell in der Gesundheitspolitik kann dabei auf mehrere, hier nur kurz skizzierte Aspekte stützen:

- Der Zusammenhang von Erwerbsarbeit und sozialer Sicherung, auch mit Blick auf die Finanzierung der Sozialversicherung, ist in Deutschland nach wie vor stark ausgeprägt.
- Es besteht ein Zusammenhang von Arbeit und Gesundheit: Arbeit ist sowohl Quelle gesundheitlicher Beeinträchtigungen bis hin zur Invalidität wie auch gesundheitsförderndes, stabilisierendes Element für Menschen in einer Gesellschaft, in der Erwerbsarbeit nach wie vor als Norm gilt.
- Gewerkschaften haben eine Tradition der Selbsthilfe und Partizipation, die auch in den Institutionen der sozialen Sicherheit in Form der Sozialversicherung vorhanden ist, aber auch von Selbsthilfegruppen gelebt wird.²⁸
- Für die Selbstverständigung ist schließlich nicht zu vernachlässigen, dass soziale Sicherung wichtige Rahmenbedingung für andere gewerkschaftliche Aufgabenfelder, insbesondere die Lohnpolitik, ist.
- Zudem erheben Gewerkschaftsmitglieder Forderungen nach sozialpolitischen Maßnahmen.

Weder die Arbeit der Gewerkschaften noch die der Sozialverbände erschöpft sich in der Gestaltung und Beeinflussung von Sozialpolitik. Beide bieten Rechtsberatung an, also eine individuelle Unterstützung bei Problemen mit Institutionen der sozialen Sicherung. Auf einer praktischeren Ebene ist aus gewerkschaftlicher Sicht zu prüfen, wie sich gewerkschaftlicher Sozialrechtsschutz im Vergleich zur „Konkurrenz“ behauptet. Des Weiteren ist zu prüfen, wie die Beobachtung bewertet und verarbeitet wird, dass „[...] große demokratische Organisationen wie die Gewerkschaften [...] von ihren Mitgliedern und Versicherten nur wenig genutzt [werden], um gesellschaftliche Anliegen in die Sozialversicherungsträger hineinzutragen“ (Braun et al. 2008: 29). Schließlich stellt sich die Frage, wie Erfahrungen, Expertise und legitime Erfahrungen von Patientenorganisationen, die mittlerweile selbst auf eine 30jährige Tradition verweisen können, durch die Selbstverwaltung gegebenenfalls besser und auch „öffentlicher“ in das Gesundheitssystem transportiert werden können und was geeignete Foren und Kooperationsmechanismen sind.

3. These: Die gelebte, „stille“ Sozialpartnerschaft macht die Gewerkschaften weniger sichtbar.

Innerhalb der Selbstverwaltung entscheiden Gewerkschaften „nur“ mit, auch die Arbeitgeber sind beteiligt. Anders gesagt, sind gewerkschaftliche Selbstverwalter nicht allein verantwortlich. Diese Konstellation und das gelebte Konsensprinzip kann bei einer Begründung der Selbstverwaltung als Mechanismus effizienten und problemorientierten Verwaltungshandelns

²⁸ „Dabei war von ihrem Ursprung her die GKV mit ihren Organen der Selbstverwaltung von einem durchaus partizipativen Grundverständnis getragen. Die Idee einer Schutz- und Risikogemeinschaft auf Gegenseitigkeit, die dem deutschen Sozialversicherungswesen zugrunde liegt, setzt die Teilhabe und Mitbestimmung der Versicherten strukturell voraus. Wie wenig indes Kassenselbstverwaltung noch als Instrument der Versichertenmitbestimmung ernst genommen wird, davon zeugt die trotz flächendeckender Kampagnen überaus mäßige Beteiligung der Versicherten an den Sozialwahlen, selbst dort, wo die Chance auf echte Auswahl noch besteht“ (Etgeton 2009: 105).

durchaus geschätzt werden bzw. ist sogar notwendige Voraussetzung für die Kompetenzabgabe durch den Staat, für den eine konfliktorische Interpretation der sozialpartnerschaftlichen Selbstverwaltung gegebenenfalls eine Belastung darstellt (s. o.). Vom Blickpunkt der Sichtbarkeit aus kann diese Form der geteilten Verantwortung den Vorwurf der Undurchsichtbarkeit und Interessegeleitetheit provozieren.

Zu fragen ist damit, welchen Stellenwert die Sozialpartnerschaft aus gewerkschaftlicher Sicht hat. Soll zur alten Forderung nach einer Mehrheit der Versichertenvertreter, in den Verwaltungsräten zurückgekehrt werden und damit die alleinige und auch sichtbarere Verantwortungsübernahme angestrebt werden? Dabei ist abzuwägen, ob eine alleinige Verantwortungsübernahme die Sozialversicherung nicht sogar schwächt im Vergleich zu einer Situation, wo Gewerkschaften und Arbeitgeber potentiell gemeinsam Forderungen an die Politik oder aber in Richtung der Leistungserbringer richten können. Und schließlich ist gerade im Bereich der Regulierung von Arbeit, also des gesundheitspolitisch gesehen präventiven Handelns, eine Zusammenarbeit der Tarif- und Betriebsparteien sinnvoll.

4. These: Die Gegenüberstellung von Patienten- und Beitragszahlerinteressen führt in die Irre, ist aber politisch wirkmächtig.

Faktisch muss die Selbstverwaltung Entscheidungen treffen und dabei sowohl Einnahmen wie Ausgaben im Blick behalten. Es ist aber fragwürdig, ob es sich um Entscheidungen für und gegen unterschiedliche Interessen abgrenzbarer Personengruppen handelt. Es muss damit klar gemacht werden, dass mit dem Versichertenstatus die Elemente des Leistungsbezugs des Versicherungsschutzes (und damit die Möglichkeit des Leistungsbezugs), der Beitragszahlung und der Möglichkeit einer beitragsfreien Mitversicherung verbunden sind. Diese Problematik, wer wen repräsentiert, betrifft durchaus auch einige der als Patientenorganisationen bezeichneten Verbände.

Zusammenfassend könnte eine gewerkschaftliche Positionierung mit Blick auf die Selbstverwaltung und Patientenorganisationen auch an das eigene Selbstverständnis als Selbsthilfebewegung der Erwerbstätigen anknüpfen. Gesundheitspolitik ist angesichts des hohen Stellenwerts von Arbeit in der Gesellschaft und dem Zusammenhang von Arbeit und Gesundheit von den Erwerbstätigen und ihren Organisationen mitzugestalten. Notwendig ist es, den Zusammenhang von Arbeit und Gesundheit in den Vordergrund zu rücken und generell den Stellenwert von Arbeit (und ihrer Regulierung) im Leben der Versicherten zu verdeutlichen. Grundsätzlich sprechen gute Gründe für eine starke Rolle der Gewerkschaften in der Selbstverwaltung. Die Frage bleibt aber, wie es Gewerkschaften gelingen kann, diese Rolle sichtbar mit Leben zu füllen. Ein mögliches Ergebnis nach einer Phase der gewerkschaftlichen Defensive in der Sozialpolitik, einem Rückgang gewerkschaftlicher Verankerung in der Gesellschaft bzw. in Lebenswelten und dem auch von den Kassen zum Teil mitgestalteten Umbau des Gesundheitssystems zu einem Wettbewerbssystem kann allerdings auch sein, dass der Anspruch auf eine exklusive Rolle aufgegeben werden muss. Dann wäre erst recht eine Suche nach Allianzen und einer Neuorientierung

nötig. Dabei bleibt schließlich das grundlegende Problem, wie von Apellen und Forderungen zu tatsächlichen Entwicklungen übergegangen werden kann und wer die Akteure dieser Entwicklungen sind.

Literatur

Abendroth, Wolfgang (1952): Zur Funktion der Gewerkschaften in der westdeutschen Demokratie, in: Gewerkschaftliche Monatshefte 11/1952, 641-648.

Ahlers, Elke (2015): Leistungsdruck, Arbeitsverdichtung und die (unge nutzte) Rolle von Gefährdungsbeurteilungen, in: WSI-Mitteilungen 3/2015, 194-201.

Braun, Bernhard/Klenk, Tanja (2006): Soziale Selbstverwaltung. Traditionreicher Steuerungsmechanismus – mit welcher Zukunft?, in: Soziale Sicherheit 2/2006, 54-58.

Braun, Bernhard/Klenk, Tanja/Kluth, Winfried/Nullmeier, Frank/Welti, Felix (2008): Konjunkturen des Themas Selbstverwaltung in Wissenschaft und Politik, in: Gesundheits- und Sozialpolitik 5/2008, 28-33.

Braun, Bernhard/Klenk, Tanja/Kluth, Winfried/Nullmeier, Frank/Welti, Felix (2009): Modernisierung der Sozialversicherungswahlen, Baden-Baden: Nomos.

Bundesministerium für Gesundheit (BMG), Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, Beauftragter der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten sowie Bevollmächtigter für Pflege (2004): Informiert und selbstbestimmt, Ratgeber für Patientenrechte, Berlin.

Castel, Robert (2011): Die Krise der Arbeit, Neue Unsicherheiten und die Zukunft des Individuums, Hamburg: Hamburger Edition.

Dornes, Martin (2016): Macht der Kapitalismus depressiv? Über seelische Gesundheit und Krankheit in modernen Gesellschaften, Frankfurt a.M.: Fischer.

Etgeton, Stefan (2009): Patientenbeteiligung in den Strukturen des Gemeinsamen Bundesausschusses, in: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 1/2009, 104-110

Dehlinger, Erwin (2005): Unabhängige Patientenberatung in Deutschland, Erfahrungen aus und Perspektiven nach einer Modellphase mit 30 Projekten, in: Soziale Sicherheit 10/2005, 324-331.

Ewert, Benjamin (2013): Vom Patienten zum Konsumenten? Nutzerbeteiligung und Nutzeridentitäten im Gesundheitswesen, Wiesbaden: Springer VS.

Futh, Sascha Kristin/Jeanrond, Hanna (2013): Der Erfolg des Sozialverbandes VdK, Arbeitspapier Nr. 289, Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung.

Gassner, Ulrich (2016): Götterdämmerung de Gemeinsamen Bundesausschusses?, in: NZA 4/2016, 121-160.

Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2016), <http://www.gbe-bund.de> (09.01.2017)

Gerlinger, Thomas (2016): Soziale Selbstverwaltung in der Bürgerversicherung, WSI-Study 03/2016, Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung.

Gühne, Uta/Riedel-Heller, Steffi G. (2015): Die Arbeitssituation von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen in Deutschland Im Auftrag von Gesundheitsstadt Berlin e. V. und der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN),URL:

https://www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/_medien/dokumente/schwerpunkte/Expertise_Arbeitssituation_2015-09-14_fin.pdf (09.01.2017)

GKV-Spitzenverband (2013): Leitfaden zur Selbsthilfeförderung, Grundsätze des GKV-Spitzenverbandes zur Förderung der Selbsthilfe gemäß § 20c DGBV vom 10. März 2000 in der Fassung vom 17. Juni 2013, Berlin: GKV Spitzenverband.

Hanker, Thorsten/Vauth, Christoph/Mittendorf, Thomas/Schulenburg, J.-Matthias Graf von der (2008): Bereitstellung von Gesundheitsinformationen durch Krankenkassen – eine empirische Analyse, in: Gesundheits- und Sozialpolitik 5/2008, 21-27

Heinrich-Böll-Stiftung (2012): Wie geht es uns morgen? Wege zu mehr Effizienz, Qualität und Humanität in einem solidarischen Gesundheitswesen, Bericht der Gesundheitspolitischen Kommission „Mehr Gesundheitseffizienz: Von der Kranken- zur Gesundheitsversicherung – neue Anreiz- und Steuerungsstrukturen im Gesundheitswesen“ der Heinrich-Böll-Stiftung, Berlin: Heinrich-Böll-Stiftung.

Heinze, Rolf G./Voelzkow, Helmut (2013): Interessengruppen, in: Andersen, Uwe/Woyke, Wichard (Hrsg.): Handwörterbuch des politischen Systems der Bundesrepublik Deutschland, Wiesbaden: Springer VS, 307-313

Klenk, Tanja (2012): Deutschland: Korporatistische Selbstverwaltung zwischen Staat und Markt, in: Klenk, Tanja/Weyrauch, Philine/Haarmann, Alexander/Nullmeier, Frank (Hrsg.): Abkehr vom Korporatismus?, Der Wandel der Sozialversicherungen im europäischen Vergleich, Frankfurt/New York: Campus, 53-117.

Klenk, Tanja (2015): Diversität der Lebensverläufe, Soziale Selbstverwaltung als Korrektiv, in: Rixen, Stephan/Welskop-Deffaa, Eva M. (Hrsg.): Zukunft der Selbstverwaltung, Responsivität und Reformbedarf, Wiesbaden: Springer VS, 101-123.

Kranich, Christoph (2014): Patientenorganisationen, Geschichte, Systematik, Perspektiven, URL: http://www.kronenkranich.de/Werke/2014-01-21_Patientenorganisationen.pdf (09.01.2017).

Lohmann-Haislah, Andrea (2012): Stressreport Deutschland 2012, Psychische Anforderungen, Ressourcen und Befinden, Dortmund/Berlin/Dresden: BAUA.

NAKOS (2015): Grundlagen der Patientenbeteiligung nach § 140 f SGB V, Erfahrungen einbringen, Interessen vertreten, Berlin: NAKOS.

Niederbühl, Karin (2015): Selbsthilfeförderung durch die gesetzlichen Krankenkassen und ihre Verbände, in: NAKOS INFO 112, April 2015, 12-13.

Paquet, Robert (2013): Kurzexpertise zu den möglichen Auswirkungen von verpflichtenden und flächendeckenden Urwahlen im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung bei den Sozialversicherungswahlen 2017 für das Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Projektgruppe Sozialwahlen, Aktenzeichen PG ModSozW 40579-1.

Schaeffer, Doris/Dierks, Marie-Luise (2006): Patientenberatung in Deutschland, in: Schaeffer, Doris/Schmidt-Kaehler, Sebastian (Hrsg.): Lehrbuch Patientenberatung, Bern: Verlag Hans Hubers, 67-90.

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

Schroeder, Wolfgang/Munimus, Bettina/Rüdt, Diana (2008): Integrierende oder separierende Interessenvertretungspolitik? Zum Selbstverständnis der Akteure der deutschen Seniorenpolitik – Sozialverbände, Gewerkschaften und Parteien im Vergleich, in: Zeitschrift für Sozialreform, 3/2008, 225-250.

Seiwerth, Stephan (2016): Schwäche der Tarifautonomie und Legitimitätsfragen im Arbeitsrecht und im Sozialrecht, in: Zeitschrift für Sozialreform, 2/62, 209-236.

sozialpolitik-aktuell.de (2017a): Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte, alte und neue Länder, Deutschland 1995 - 2015 nach Teilzeitbeschäftigung, Geschlecht, Staatsangehörigkeit; in Tsd. und in %, URL: http://www.sozialpolitik-aktuell.de/tl_files/sozialpolitik-aktuell/_Politikfelder/Arbeitsmarkt/Datensammlung/PDF-Dateien/tabIV4.pdf (09.01.2017).

sozialpolitik-aktuell.de (2017b): Teilzeitquote nach Geschlecht 2000 - 2015, Teilzeitbeschäftigte (inklusive Minijobs) % aller abhängig Beschäftigten, URL: http://www.sozialpolitik-aktuell.de/tl_files/sozialpolitik-aktuell/_Politikfelder/Arbeitsmarkt/Datensammlung/PDF-Dateien/abbIV8d.pdf (09.01.2017).

Sperber, Carina/Walwei, Ulrich (2015): Trendwende am Arbeitsmarkt seit 2005: Jobboom mit Schattenseiten? in: WSI-Mitteilungen 8/2015: 583-592.

taz (2015): „Gesundheits-Zentralkomitee“ wankt, 20. 11. 2015, URL: <http://taz.de/Gemeinsamer-Bundesausschuss/!5254591/> (09.01.2017)

Welti, Felix (2011): Der Sozialbürger als Verbraucher? – Rechtliche Dimensionen der Nutzerstellung im Sozialrecht, in: Verbraucher und Recht 10/2011, 363- 370

Impressum

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 Veröffentlichungen der Hans-Böckler-Stiftung finden Sie als pdf-Datei unter www.boeckler.de

Autor

Dr. Florian Blank
florian-blank@boeckler.de

Herausgeber

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

Study (Internet) ISSN 2367-0827