

## Selbstverwaltung zwischen Ideologie und Praxis

Meine nachfolgende Untersuchung von Problemen der Selbstverwaltung in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) basiert auf einer Mischung aus wissenschaftlicher Arbeit und praktischer Berufserfahrung. Ich kann zum einen auf Forschungsarbeiten zurückgreifen, deren praktisches Resultat ein vom DGB herausgegebenes, von Bernhard Braun und mir verfaßtes »Handbuch für die Selbstverwaltung in der Krankenversicherung« (Braun/Reiners 1988) ist. Zum zweiten kenne ich das Innenleben des GKV-Systems aus meiner Zeit als Referent beim Wissenschaftlichen Institut der Ortskrankenkassen.

Meine im Laufe der Jahre gewonnenen Erkenntnisse über Defizite und Chancen der Selbstverwaltung in der Gesetzlichen Krankenversicherung lassen sich in drei Thesen zusammenfassen:

1. Angesichts der aktuellen Verfassung des GVK-Systems ist die »gemeinsame Selbstverwaltung« kein real existierender Zustand, sondern ein ideologisches Postulat. Das GKV-System<sup>1</sup> ist ein unter staatlicher Aufsicht stehender Dienstleistungsbereich, in dem die Krankenkassen mehr oder weniger nur die Funktion des Rechnungsführers bzw. Zahlmeisters haben. Die Krankenkassen verwalten zwar sich selbst, nicht aber — in gemeinsamer Verantwortung mit den Leistungserbringern — das medizinische Versorgungssystem.
2. Auf Basis des bestehenden gegliederten Systems der GKV läuft die Forderung nach einer Stärkung der Selbstverwaltung — wenn man sie wirklich ernst nimmt — auf eine weitere Entsolidarisierung der Versicherten hinaus. Bemühungen um eine verbesserte Arbeit der Versicherungsvertreter in den Selbstverwaltungsorganen können zwar begrenzte lokale Erfolge haben; sie werden aber ohne eine grundlegende Umgestaltung des GKV-Systems zur Sysphusarbeit.
3. Daraus folgt, daß eine Reform der Selbstverwaltungsstrukturen nur dann Sinn macht, wenn sie mit einer Vereinheitlichung des Krankenversicherungssystems und dem Aufbau bzw. der Stärkung körperchaftlicher Verhandlungssysteme verbunden ist. Setzt man hingegen auf eine Förderung wettbewerblicher Elemente, machen sich die Selbstverwaltungsorgane als Steuerungsinstanzen tendenziell überflüssig. Der Markt nimmt ihnen dann die Entscheidungen ab.

*Anmerkungen zur wissenschaftlichen Diskussion des Themas  
»Selbstverwaltung in der GKV«*

Die gesundheitspolitische Diskussion der letzten Jahre wurde stark geprägt von der These, die Steuerungsprobleme und wirtschaftlichen Defizite im Gesundheitswesen ließen sich nur durch eine Stärkung wettbewerblicher, marktwirtschaftlicher Elemente lösen. Die Kritiker dieser These befanden sich nicht nur wegen der allgemeinen politischen »Wende«-Stimmung, die jedem noch so unsinnigen Deregulierungskonzept die Weihen einer sachgerechten Lösung verlieh, in der Defensive. Man hatte selbst die Diskussion über die angesichts veränderter Anforderungen erforderliche Reform der Strukturen der GKV völlig vernachlässigt. Es ist schon ein erstaunliches Phänomen, daß ein so bedeutender Dienstleistungssektor wie das Gesundheitswesen, wohin mehr als 10 % des Sozialprodukts fließen, in den Sozial- und Wirtschaftswissenschaften eher ein Randthema ist. Die Strukturen und Handlungsparameter des Gesundheitswesens sind für die Wissenschaft weitgehend eine »black box«.

Dies gilt um so mehr für das System der Selbstverwaltung der Sozialversicherung, insbesondere der Gesetzlichen Krankenversicherung. Obwohl das Selbstverwaltungsprinzip eines der wesentlichen Charakteristika unseres Krankenversicherungssystems ist, hat der Wissenschaftsbetrieb dieses Thema nicht nur vernachlässigt, sondern faktisch ignoriert. Mitte der 70er Jahre hatte es kurzfristig den Anschein, als werde die Selbstverwaltungsidee zum Dreh- und Angelpunkt einer Neuorientierung in der (theoretischen) Sozialpolitik. Auf dem Soziologentag 1976 wurden Diskussionen zum Verhältnis von Sozialpolitik und Selbstverwaltung geführt, die auf einem sehr hohen Niveau standen (vgl. von Ferber/Kaufmann 1977). Zuvor hatte die Bundesregierung ein umfangreiches Gutachten über Bedeutung und Struktur der Selbstverwaltung in Auftrag gegeben (Bogs u.a. 1976), das aber ebenso konsequenzlos blieb wie die auch heute noch sehr lesenswerte WSI-Studie »Sozialpolitik und Selbstverwaltung« (WSI 1978).

Beide Studien belegen eindrucksvoll die Notwendigkeit einer Demokratisierung des Sozialstaats durch die Stärkung des Selbstverwaltungsprinzips. Angesichts einer sich immer weiter differenzierenden Problemlage seien die zentralen, repräsentativen parlamentarischen Systeme — so die These — überfordert, wenn sie allein über die Verteilung so existenzwichtiger Güter wie Gesundheit zu entscheiden hätten. Die dem parlamentarischen System zur Verfügung stehenden Instrumente der Gesetzgebung und der Kontrolle des Staatsbudgets genügen nicht,

um eine an den sehr heterogenen Interessen und Bedürfnissen der Bürger orientierte Versorgung zu gewährleisten. Die Dienstleistungsfunktion des Sozialstaates finde erst in der Selbstverwaltung eine geeignete Organisationsform, um »die Bedürfnisse der Adressaten sozialstaatlicher Leistungen zu ermitteln, die Gruppenspezifität der Interessen zum Ausdruck zu bringen und bei der Durchführung sozialstaatlicher Aufgaben die Grundsätze der Modernisierung und der Effizienz zu verwirklichen« (von Ferber 1976, 46f.).

Die theoretische Brillanz, mit der das Selbstverwaltungsprinzip als Legitimationsgrundlage des Sozialstaats herausgearbeitet wurde, kann allerdings nicht über die zentrale Schwäche dieser Analysen hinwegtäuschen: Es fehlen entsprechend konsequente Defizitanalysen des Ist-Zustandes der Selbstverwaltung und daraus folgende Umsetzungskonzepte zur Erreichung der postulierten Selbstverwaltungsidee. Dieses Manko ist sicherlich nicht den Autoren der zitierten Studien anzulasten, die ihre Arbeiten eher als Initialzündung verstanden haben und nicht als komplette Problemlösung. Fakt ist jedoch, daß diese in theoretischer Hinsicht wegweisenden Untersuchungen ohne praktische Konsequenzen blieben. Die Diskussion blieb rein paradigmatisch, wenn sie denn überhaupt noch geführt wurde. Die für Sozialpolitiker frustrierende Entwicklung der sozialliberalen Koalition hatte u.a. den Effekt, daß sozial- und gesundheitspolitische Reformdiskussionen kaum noch stattfanden. Hinzu kommt ein realer Zustand der Selbstverwaltungsorgane, der die Forderung nach einer Stärkung ihrer Kompetenzen als abenteuerlich erscheinen läßt. Wenn man daher auch weiterhin dem Selbstverwaltungsprinzip das Wort redet, sollte man klarstellen, welche Defizite es im bestehenden Selbstverwaltungssystem zu überwinden gilt.

### *Defizite des bestehenden Selbstverwaltungssystems in der Gesetzlichen Krankenversicherung*

Der Zwischenbericht der Enquete-Kommission »Strukturreform der Gesetzlichen Krankenversicherung« benennt drei verschiedene Defizite der Selbstverwaltung (Enquete-Kommission 1988, 399):

- Die demokratische Legitimation der Selbstverwaltungsorgane ist außerordentlich brüchig (Partizipationsdefizit).
- Das öffentliche Interesse, aber auch das Engagement von Verbänden, die die Interessen der Krankenversicherung vertreten sollen, ist wenig entwickelt (Interessendefizit).

— Eine zunehmende Verrechtlichung und Einflußnahme staatlicher Exekutive sowie die zersplitterte Struktur der Gesetzlichen Krankenversicherung schwächen die Handlungskompetenz der Selbstverwaltung der Krankenkassen (Machtdefizit).

Diese Defizite stehen praktisch nicht nebeneinander, sondern haben eine bestimmte Reihenfolge. Das »Machtdefizit«, die relative Ohnmacht der Krankenkassen hat dazu geführt, daß für die Interessenverbände, die die Krankenkassen im wesentlichen interessieren können — d.h. in erster Linie die Gewerkschaften —, die Arbeit in den Selbstverwaltungsorganen der Krankenkassen wenig attraktiv ist. So entsteht ein »Interessendefizit« aus dem »Machtdefizit«.

Das »Partizipationsdefizit« speist sich sowohl aus dem »Macht-« als auch aus dem »Interessendefizit«. Zum einen bewirkt das »Interessendefizit« einen von der Basis abgehobenen Arbeitsstil der Verbandsvertreter in den Selbstverwaltungsorganen. Da sich niemand für ihre Arbeit interessiert, verzichten die Selbstverwaltungsmitglieder auf die ja doch vergeblichen Versuche, ihre Probleme mit den Verbänden rückzukoppeln. Hinzu kommt, daß die Machtlosigkeit der Krankenkassen gegenüber den Leistungserbringern und dem Staat nicht gerade dazu verleitet, sich in den Selbstverwaltungsorganen zu engagieren. Bleibt also festzuhalten, daß das zentrale Defizit der Selbstverwaltung in ihrer Ohnmacht liegt. Sie ist — unter den gegebenen Bedingungen — in der Tat nur eine »Verwaltung«, aber keine politisch gestaltende Organisation.

Die Machtdefizite der selbstverwalteten GKV lassen sich ihrerseits in externe und interne Defizite unterteilen. Die beiden zentralen externen Defizite befinden sich zum einen in den Beziehungen zu den Leistungserbringern, zum zweiten in den Beziehungen zum Staat bzw. Gesetzgeber. Die internen Defizite der Selbstverwaltung ergeben sich einerseits aus dem gegliederten System der GKV selbst, andererseits sind die Strukturen und die Handlungsmöglichkeiten der Selbstverwaltungsorgane reformbedürftig.

Einer der zentralen Webfehler des GKV-Systems besteht in der organisatorischen Abschottung von Leistungserbringung und Finanzierung. Die Krankenkassen sorgen in Form von Beiträgen für die erforderlichen Finanzmittel; die Kassenärzte, Krankenhausträger usw. sind für die Qualität der medizinischen Behandlung verantwortlich. Durch diese Arbeitsteilung haben die Leistungserbringer zu wenig Anreiz, sich über die Effizienz bzw. Wirtschaftlichkeit ihrer Arbeit Gedanken zu machen, während die Krankenkassen keine weitergehenden Überlegungen über die Effektivität und Qualität der von ihnen finanzierten Leistungen

des Medizinsystems anstellen müssen. Es handelt sich quasi um ein System der organisierten Verantwortungslosigkeit, in dem von »gemeinsamer Selbstverwaltung« allenfalls in Teilen gesprochen werden kann.

In der kassenärztlichen und kassenzahnärztlichen Versorgung gibt es zwar den gemeinsamen Sicherstellungsauftrag für Kassenärzte und Krankenkassen. Jedoch sind für dessen praktische Durchführung faktisch die Kassenärzte allein verantwortlich. Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigung verhandeln nur über Art und Höhe des Honorars; eine gemeinsame Angebotsplanung und Qualitätssicherung findet in verbindlicher Form nicht statt. Letzteres ist Angelegenheit der Kassenärztlichen Vereinigung, die dadurch nicht nur eine enorme Machtposition erhält. Sie befindet sich als Standesorganisation zudem in einer schizophrenen Situation. Zum einen ist sie bei Honorarverhandlungen Interessenvertreter der Kassenärzte, tritt aber andererseits intern auch als Kontrollorgan gegenüber ihren Mitgliedern auf. Diese Schizophrenie ist vielen Kassenärzten offensichtlich nicht bewußt. Sie sehen in den Krankenkassen den »großen Bruder«, der sie bei jeder Gelegenheit kontrollieren will, während diese Rolle im Grunde eher die eigene Organisation, die Kassenärztliche Vereinigung, spielt. Die Abrechnungskontrolle ist alleinige Angelegenheit der KV. Die Krankenkassen interessiert das alles überhaupt nicht, zumal sie mit den Kassenärzten einen Vertrag in der Tasche haben, der auf den Einnahmetopf der Kassenärzte einen Deckel legt. Die Einnahmen der Kassenärzte steigen insgesamt im Rahmen der an den Grundlöhnen orientierten Einnahmen der Krankenkassen.

Auch in der stationären Versorgung gibt es keine gemeinsame Planung von Krankenhausträger und Krankenkassen. Die Krankenhausplanung ist — aus historisch gesehen durchaus guten Gründen — Sache der Bundesländer. Hier entsteht nur insofern eine Interessenvermengung, als die Länder zugleich auch Krankenhausträger sind, und als solche mit den Krankenkassen über Pflegesätze verhandeln. Die Krankenkassen selbst sind — trotz bestimmter Möglichkeiten, über die Pflegesatzverhandlungen einzugreifen — reine Zahlmeister, die mit der Planung und Investition im Krankenhausbereich nichts zu tun haben. Sie müssen die Folgekosten dieser staatlichen Angebotsplanung tragen, ohne auf die Planung selbst Einfluß nehmen zu können.

Während in der kassenärztlichen und der stationären Versorgung rudimentäre Formen gemeinsamer Selbstverwaltung durch Preisverhandlungssysteme gegeben sind, fehlen im Arzneimittelbereich jegliche vergleichbaren Mechanismen. Die Pharmaindustrie kann ihre Preise frei nach den hier stark beeinträchtigten Gesetzen von Angebot und

Nachfrage bestimmen. Wenn sich ein Präparat mit Patentschutz einmal durchgesetzt hat, d.h. von den Ärzten akzeptiert wird, spielt der Preis faktisch keine Rolle mehr. Die Krankenkassen müssen das bezahlen, was die Pharmahersteller verlangen. Daran ändert auch das mit dem Gesundheits-Reformgesetz eingeführte Festbetragskonzept<sup>2</sup> nur wenig. Nach Lage der Dinge wird es wohl nur so kommen, daß Festbeträge in der Gruppe 1 (Generika) eingeführt werden, während in den Gruppen 2 und 3 wohl alles beim alten bleibt, was die Preisgestaltung angeht. Die Krankenkassen könnten somit nur maximal ein Drittel — das ist der generikafähige Anteil — des Marktes preislich beeinflussen. Sicherlich ist dies ein Fortschritt gegenüber den bisherigen Zuständen, ein reformerischer Durchbruch ist es aber wohl kaum.

Neben der Ohnmacht der Krankenkassen gegenüber den Leistungserbringern wird häufig auch die Ohnmacht der Krankenkassen gegenüber dem Staat beklagt. Der Gesetzgeber, so der Tenor dieser Kritik, zwingt das GKV-System in ein enges rechtliches Korsett, das kaum noch eigenständige Handlungsspielräume lasse. Diese starke Verrechtlichung mache die Kassen zu reinen Erfüllungsgehilfen des Staates.

Ich kann dieser These insoweit nicht folgen, als ich in der Verrechtlichung des Kassenhandelns eher einen Fortschritt sehe als eine bürokratische Gängelung. Abgesehen davon, daß jede sozialstaatliche Institution einen klaren rechtlichen Rahmen haben muß, auch wenn sie nach Selbstverwaltungsprinzipien strukturiert ist, ist eine starke Verrechtlichung in einem gegliederten System wie der GKV notwendig zur Wahrung des Solidarprinzips. Wenn nicht alle Kassen zu gleichem Leistungsangebot verpflichtet wären, und diese Leistungen nicht im SGB V (oder früher der RVO) festgeschrieben wären, wäre der Entsolidarisierungsprozeß innerhalb der GKV noch weiter fortgeschritten als er es ohnehin schon ist.

Ich sehe das Problem Staat-GKV weniger in einer übermäßigen Verrechtlichung als darin, daß der Staat bisweilen gerne Aufgaben an die GKV delegiert, um seine eigenen (Finanz-)Probleme zu lösen. Die seit 1977 periodisch erlassenen Kostendämpfungsgesetze bieten reichhaltiges Anschauungsmaterial für diese Politik des »Verschiebebahnhofs« (vgl. Berg 1986). So wurde z.B. mit dem ersten Kostendämpfungsgesetz die Rentenversicherung, für die der Bund eine Finanzgarantie übernommen hat, entlastet, indem die von ihr zu leistenden Beiträge zur Krankenversicherung der Rentner um ca. 12 Mrd. DM pro Jahr gesenkt wurden. Die GKV wurde hier quasi als »Nachtragshaushalt in Reserve« benutzt.

Die Selbstverwaltung der Krankenkassen steht den Leistungserbringern und dem Staat aber nicht nur aus den genannten strukturellen

Gründen so ohnmächtig gegenüber. Ihre interne Verfassung verhindert zusätzlich ein geschlossenes und wirkungsvolles Auftreten nach außen. Politisch werden vor allem die Ortskrankenkassen durch die zunehmende Entsolidarisierung des GKV-Systems geschwächt. In der GKV wirkt der fatale Mechanismus, daß sozial schwache Krankenkassen (niedrige Grundlohnsumme, hoher Altersdurchschnitt, viele mitversicherte Familienangehörige) besonders hohe Beitragssätze verlangen müssen, um die gesetzlich vorgegebenen Leistungsansprüche finanzieren zu können. Nachstehende Tabellen zeigen die enormen Unterschiede in der Höhe der Beitragssätze der einzelnen Krankenkassen.

Es liegt auf der Hand, daß diese extremen Differenzen in der Wirtschaftskraft der Krankenkassen deutliche Konsequenzen für die Selbstverwaltungsorgane und deren Handlungsspielraum haben. Verantwortlich für die Disparitäten ist ein völlig überholtes, geradezu zunftmäßiges Mitgliedschaftsrecht, das sich am Beruf bzw. Status (Angestellte, Arbeiter) orientiert. Dadurch haben Kassen wie etwa die Techniker-Ersatzkasse oder die Schäbisch-Gemünder Ersatzkasse für Arbeiter die Möglichkeit, durch ihre Satzung den Mitgliederkreis nach Beruf so zu strukturieren, daß ein günstiger Beitragssatz dabei heraus kommt. Auch die Betriebskrankenkassen können sich dieser Technik des »Rosinenpickens« bedienen, während den Ortskrankenkassen als der Basiskasse der teure Rest der »schlechten Risiken« — wie es im Versicherungsdeutsch heißt — verbleibt.

Ohne eine Beseitigung dieser Verwerfung und der Realisierung des Solidarprinzips in der Organisationstruktur der Gesetzlichen Krankenversicherung wird es nie zu einer im Sinne einer *sozialen* Krankenversicherung funktionierenden Selbstverwaltung kommen. Statt dessen werden wir — wenn wir diese überfällige Reform nicht bekommen — einen weiteren Abbau des Solidarprinzips erleben, da unter den Bedingungen *dieser* gegliederten GKV die Selbstverwaltungsorgane nur ständische Interessen im Auge haben. Die Folge wird ein weiteres Fortschreiten von Versuchen sein, sich durch Gründung von Betriebskrankenkassen oder durch das Abschotten gegen Zuwanderung »schlechter Risiken« Privilegien und Wettbewerbsvorteile zu verschaffen. Mit einer sozialen Krankenversicherung hat das alles dann aber nichts mehr zu tun.

### *Konsequenzen für eine Reform der Selbstverwaltung in der Gesetzlichen Krankenversicherung*

Meine Ausführungen sollten verdeutlicht haben, daß nur auf Basis einer Organisationsreform der GKV eine Reform der Strukturen der Selbst-

verwaltung denkbar und sinnvoll ist. Ich will damit nicht die im gewerkschaftlichen Bereich vorhandenen Ansätze zur Qualifizierung von Selbstverwaltern als völlig sinnlos bezeichnen. Im Gegenteil: Gerade in den Gewerkschaften muß das Bewußtsein für die Notwendigkeit gesundheitspolitischer Reformen gestärkt werden, damit die wenigen engagierten Selbstverwalter von ihrem Einzelkämpferdasein erlöst werden. Es wäre schon ein Fortschritt, wenn sich in den Gewerkschaften die Erkenntnis durchsetzen wollte, daß man im Sozialversicherungsbereich ein wichtiges Stück gesellschaftlicher Mitbestimmung zur Verfügung hat.

Dennoch, Reform der Selbstverwaltung heißt zunächst einmal Organisationsreform der GKV mit dem Ziel, die Unterschiede in den Risikostrukturen und damit der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der verschiedenen Krankenkassenarten abzubauen. Im Zwischenbericht der Enquete-Kommission zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung, aber auch in dem letzten Jahresgutachten des Sachverständigenrates der konzertierten Aktion im Gesundheitswesen sind die Entwicklungslinien einer solchen Reform angegeben, die ich hier nur kurz skizzieren kann (vgl. Enquete-Kommission 1988, 442ff.; Sachverständigenrat 1989, 116ff.).

Ausgangspunkt dieser Überlegungen ist die Forderung nach einer freien Wahl der Krankenversicherung bei Kontrahierungszwang für alle Versicherten. Demnach wäre jede Krankenkasse gezwungen, jeden Versicherungsberechtigten aufzunehmen, der dies wünscht. Dies stellt insofern einen radikalen Bruch mit dem gegenwärtigen System dar, als z.Zt. nur die Angestellten die Möglichkeit haben, zwischen der jeweils zuständigen Pflichtkasse (Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkasse sowie Knappschaft) und einer Angestellten-Ersatzkasse zu wählen. Arbeiter können — mit Ausnahme weniger Berufsgruppen, die eine Arbeiter-Ersatzkasse haben — die für sie zuständige Pflichtkasse nicht verlassen.

Ferner müssen für alle Kassenarten im Beitrags-, Leistungs- und Vertragsrecht gleiche Rechtsgrundlagen gelten. Auch hier gibt es z.Zt. noch Unterschiede, die den Ersatzkassen Vorteile verschaffen (vgl. Enquete-Kommission 1988, 405ff.). Alle Krankenkassen sollen in Zukunft die gleichen, vom Gesetzgeber definierten Leistungen anzubieten haben. Satzungsmäßige bzw. Wahlleistungen soll es nur in einem sehr eng eingegrenzten Rahmen geben.

Würde man ein solches System der freien Wahl der Krankenkassen umstandslos einführen, hätte dies ein Ausbluten der Ortskrankenkassen in weiten Teilen Nord- und Westeuropas zur Folge. Hier liegen die

Beitragsätze der AOK zumeist über 14 %; sie wären mit den Ersatz- und Betriebskrankenkassen, die in der Regel einen weit niedrigeren Beitragssatz erheben, nicht konkurrenzfähig. Um einen solchen Zusammenbruch der AOK, der unweigerlich das gesamte GKV-System in schwere Turbulenzen stürzen würde, zu verhindern, müssen vor einer Einführung der Kassenwahlfreiheit gleiche Startchancen hergestellt werden. Es muß ein kassenartenübergreifender Risikoausgleich installiert werden, der die Grundlohnsumme, die Alters- und Geschlechtsstruktur der Krankenkassen betrifft.

Neben einer auf Ausgleich der Risiken abzielenden Organisationsreform der Krankenversicherung müssen die Beziehungen von Gesetzlicher Krankenversicherung, Leistungserbringern und Staat neu geregelt werden. Auch hier kann nur eine sehr grobe Skizze erfolgen, zumal die Diskussionsdefizite auf diesem Gebiet sehr groß sind. Ziel müßte die Schaffung regionaler Steuerungssysteme sein, die in gemeinsamer Verantwortung von Krankenkassen, Leistungserbringern sowie den Gebietskörperschaften die gesundheitliche Versorgung planen und lenken. Erste Schritte in dieser Richtung könnten wie folgt aussehen:

- Im Arzneimittelbereich werden direkte Preisverhandlungen zwischen Herstellern und Krankenkassen eingeführt. Dafür ist ein vom GKV und Ärzten gemeinsam geführtes Arzneimittelinstitut erforderlich, das in Verhandlungen mit der Pharmaindustrie die verordnungsfähigen Medikamente nach Art und Preis festlegt. Hinzu kommen müßte eine gezielte Beratung von Ärzten und Patienten, wie sie in Anfängen von einigen Kassen bzw. Kassenverbänden bereits erfolgreich praktiziert wird.
- In der stationären Versorgung müssen die Krankenkassen in die Planung und Investitionsfinanzierung mit einbezogen werden. Hier hat die Kommission Krankenhausfinanzierung der Robert-Bosch-Stiftung (1987) ein richtungsweisendes Modell entwickelt, das im Kern eine von Kassen und Krankenhausträgern gemeinsam verantwortliche geführte regionale Versorgung vorsieht.
- In der kassenärztlichen Versorgung muß der Sicherstellungsauftrag der Kassenärzte in seiner bestehenden Form abgeschafft werden. Generell sollten derartige Sicherstellungsaufträge regionalen Körperschaften (Gesundheitskonferenzen) übertragen werden.

Im Rahmen einer solchen Neuordnung des gesamten GKV-Systems wären dann auch die Selbstverwaltungsstrukturen der Krankenkassen zu verändern. Eine solche Veränderung müßte in erster Linie aus einer Straffung der bestehenden Selbstverwaltungsorgane und deren Arbeit bestehen. In diese Richtung laufen auch die Vorschläge der Enquete-

Kommission zur Reform der Gesetzlichen Krankenversicherung. Dieses Konzept sieht in etwa folgendes vor:

- Die bisher von der Vertreterversammlung und dem Vorstand wahrgenommenen Aufgaben in der Kontrolle der Geschäftspolitik der Krankenkasse wird von einer auf die Größe des bisherigen Vorstandes reduzierten Vertreterversammlung wahrgenommen. Die Funktion der Vertreterversammlung ähnelt dann der eines Aufsichtsrates einer Aktiengesellschaft.
- Die Geschäftsführung der Krankenkasse wird nicht mehr von nur einem Geschäftsführer wahrgenommen, sondern von einem hauptamtlichen Vorstand, dessen Größe sich nach der Mitgliederzahl der Krankenkasse richtet. Die Mitglieder des Vorstandes werden — wie z.B. kommunale Spitzenbeamte — auf Zeit gewählt.

Ein Problem, das noch intensiver Diskussion bedarf, betrifft die Zusammensetzung der Vertreterversammlung, genauer gesagt die Frage, ob dieses Gremium paritätisch aus Vertretern von Arbeitgebern und Versicherten zusammengesetzt sein soll oder nur aus Versichertenvertretern besteht. Im Prinzip ist es eine alte gewerkschaftliche Forderung, daß der Anteil der Arbeitgeber in den Selbstverwaltungsorganen der Sozialversicherungsträger auf ein Drittel reduziert wird (eine bis 1953 geltende Regelung). Mittlerweile aber hat sich die Position der Gewerkschaft in dieser Frage geändert: Die volle Parität von Arbeitgebern und Versichertenvertretern wird befürwortet, da man die Arbeitgeber nicht aus der sozialen Verantwortung für die gesetzliche Krankenversicherung entlassen will. Hier liegt in der Tat ein Paradox vor: Die Anwesenheit der Arbeitgeber in den Selbstverwaltungsorganen der Krankenkassen stellt ein Stück Sozialisierung bzw. Vergesellschaftung unseres Gesundheitswesens dar. Würden die Selbstverwaltungsorgane nur aus Versichertenvertretern bestehen, läge die Vermutung nahe, daß dann kassenübergreifende Gesichtspunkte aus dem Gesichtsfeld der Selbstverwalter ausscheiden würden und man nur noch organisationsegoistische Ziele verfolgen würde. Die Anwesenheit von Gewerkschaften und Arbeitgebern in den Selbstverwaltungsorganen führt dagegen dazu, daß übergeordnete gesellschaftspolitische Gesichtspunkte zumindest mit in die Diskussion einfließen.

Ich habe hier zum Schluß in der gebotenen Kürze versucht, die Kernprobleme einer Organisationsreform der Gesetzlichen Krankenversicherung und deren Selbstverwaltungsorgane zu skizzieren. Es besteht auf diesem Gebiet sicherlich nach wie vor noch Diskussions- und vor allem Informationsbedarf. Das Problem, dem wir uns z.Zt. gegenübersehen, besteht darin, daß die Reformdiskussion unter Experten erheblich

weiter fortgeschritten ist als in den politischen Institutionen. Ich habe in meiner Arbeit in der Enquete-Kommission, aber auch in meinem beruflichen Alltag die Erfahrung machen müssen, daß die Diskussion unter Sachverständigen eine Sache, die Umsetzung in politische Entscheidungen eine ganz andere Sache ist. Während sich unter Sachverständigen zumindest in groben Zügen ein Konsens über die Erfordernisse einer Organisationsreform der Gesetzlichen Krankenversicherung abzeichnet, wird dieses Thema von Politikern nach wie vor gerne gemieden. Allerdings ist der Problemdruck in letzter Zeit derartig gestiegen, daß eine wie auch immer zusammengesetzte Bundesregierung sich um die Erarbeitung eines Konzepts zur Organisationsreform der GKV nicht länger herumdrücken kann. Hinzu kommt, daß das Interesse an Gesundheitspolitik in letzter Zeit stark gestiegen ist, was sicherlich auch ein Resultat des Gesundheits-Reformgesetzes und der damit zusammenhängenden öffentlichen Diskussionen ist. So hat denn dieses Gesetz wenigstens ein positives Ergebnis: Die Gesundheitspolitik ist vom Rand in die Mitte der politischen Diskussion gerückt. Dieses verstärkte Interesse der Öffentlichkeit an der Gesundheitspolitik sollten auch und gerade die im Gesundheitswesen engagierten Wissenschaftler nutzen.

### *Anmerkungen*

- 1 Hierunter verstehe ich nicht nur die unmittelbare (Verwaltungs-)Organisation der Krankenkassen, sondern auch die damit zusammenhängenden bzw. von ihr finanzierten Strukturen der medizinischen Versorgung.
- 2 Dieses Konzept ist in § 35 SGB V kodifiziert worden. Danach bestimmt der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen, für welche Gruppe von Arzneimitteln Festbeträge festgesetzt werden können. Die Arzneimittel werden in drei Gruppen eingeteilt: Arzneimittel mit 1. den selben Wirkstoffen (Generika); 2. pharmakologisch-therapeutisch vergleichbarer Wirkung, insbesondere mit chemisch verwandten Stoffen; 3. pharmakologisch-therapeutisch vergleichbarer Wirkung, insbesondere Arzneimittelkombinationen. — Die Spitzenverbände der Krankenkassen setzen dann gemeinsam und einheitlich den jeweiligen Festbetrag auf der Grundlage von rechnerischen mittleren Tages- und Einzeldosen oder anderen geeigneten Vergleichsgrößen fest.

### *Literaturverzeichnis*

- Berg, H., 1986: Bilanz der Kostendämpfungspolitik im Gesundheitswesen 1987 bis 1984. St. Augustin
- Bogs, W., C. Ferber und Infas, 1976: Soziale Selbstverwaltung, Band 1: Aufgaben und Funktionen der Selbstverwaltung in der Sozialversicherung. Bonn

- Braun, B., und H. Reiners, 1988: Handbuch für die Selbstverwaltung in der Krankenversicherung. Herausgegeben vom DGB-Bundesvorstand. Düsseldorf
- Enquete-Kommission »Strukturreform der Gesetzlichen Krankenversicherung«, 1988: Zwischenbericht. Bundestagsdrucksache 11/3267 vom 7.11.1988
- von Ferber, C., 1976: Soziale Selbstverwaltung — Fiktion oder Chance? In: Bogs u.a. von Ferber, C., und F.X. Kaufmann (Hrsg.), 1977: Soziologie und Sozialpolitik. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie. Sonderheft 19/1977. Opladen
- Kommission Krankenhausfinanzierung der Robert-Bosch-Stiftung, 1987: Krankenhausfinanzierung in Selbstverwaltung. Beiträge zur Gesundheitsökonomie 20. Gerlingen
- Sachverständigenrat der konzertierten Aktion im Gesundheitswesen, 1989: Qualität, Wirtschaftlichkeit und Perspektiven der Gesundheitsversorgung. Jahresgutachten 1989. Baden-Baden
- Tennstedt, F., 1976: Geschichte der Selbstverwaltung in der Krankenversicherung von der Mitte des 19. Jahrhunderts bis zur Gründung der Bundesrepublik Deutschland. Soziale Selbstverwaltung Band 2. Bonn
- WSI, 1978: Sozialpolitik und Selbstverwaltung. Zur Demokratisierung des Sozialstaates. WSI-Studie Nr. 35. Köln