

Tanja Klenk

Selbstverwaltung – ein Kernelement demokratischer Sozialstaatlichkeit?

Szenarien zur Zukunft der sozialen Selbstverwaltung

Die Selbstverwaltung gehört seit der Errichtung einer gesetzlichen Sozialversicherung Ende des 19. Jahrhunderts zu den konstitutiven Merkmalen des deutschen Sozialstaats. Die soziale Selbstverwaltung ist allerdings höchst umstritten: Während die einen den partizipatorischen und effizienzsteigernden Charakter der Selbstverwaltung betonen, betrachten sie andere als ein überkommenes Relikt des Ständestaates. Der Beitrag setzt sich kritisch mit dem Verhältnis von Selbstverwaltungsidee und -praxis auseinander, untersucht, wie sich der Handlungsrahmen für die Selbstverwaltung durch Sozialstaatsreformen der vergangenen Jahre verändert hat, und benennt die zentralen Reformbedarfe. Ausgehend von dieser Bestandsaufnahme werden Zukunftsszenarien für die soziale Selbstverwaltung entwickelt.

1. Einleitung

Die Selbstverwaltung in der Sozialversicherung gehört wie das Beitrags- oder das Solidarprinzip unstrittig zu den zentralen Strukturelementen des deutschen Sozialstaatsmodells. Ob sie allerdings, wie vielfach betont (vgl. stellvertretend für viele Engelen-Kefer 2003) auch ein Kernelement unserer *demokratischen* Gesellschaftsordnung darstellt, ist höchst umstritten. Die Zweifel am demokratischen Gehalt der sozialen Selbstverwaltung werden unterschiedlich begründet. In den Staats- und Verwaltungswissenschaften wird beispielsweise die Vereinbarkeit des Demokratieprinzips mit dem in Art. 20 Abs. 2 GG verankerten Demokratieprinzip in Frage gestellt (vgl. Muckel 2002). Andere verweisen auf Probleme der Verbändeherrschaft in der sozialen Selbstverwaltung oder auf die fehlende Akzeptanz dieses Steuerungsmechanismus in der Bevölkerung (Hufen 1991). Als aktueller Beleg für die faktische Nichtanerkennung der sozialen Selbstverwaltung durch die Bevölkerung gilt die 10. Sozialwahl, die im Juni 2005 stattfand und die mit einer Wahlbeteiligung auf historischem Tiefstand endete. Nur ca. 31 % der Wahlberechtigten haben sich an den Wahlen beteiligt (IG Metall 2005).

Die Frage nach der Demokratiekonvergenz oder -divergenz der sozialen Selbstverwaltung steht im Zentrum des folgenden Beitrags. Dabei wird die These vertreten, dass die soziale Selbstverwaltung durchaus das Potenzial für eine demokratische – im Anschluss an moderne Demokratietheorien soll dies hier partizipativ *und* effizient bedeuten – Steuerung der Sozialversicherung hat. Nimmt man allerdings die gegenwärtige Funktionsweise und institutionelle Ausgestaltung der sozialen Selbstverwaltung zum Ausgangspunkt der Bewertung, so erscheint ihre Etikettierung als ein demokratisches Steuerungsprinzip in der Tat als äußerst problematisch. Spezifische

Modifikationen und Deformationen schränken den demokratischen Gehalt der sozialen Selbstverwaltung ein. Der Beitrag befasst sich daher mit den möglichen Entwicklungsszenarien der sozialen Selbstverwaltung und konzentriert sich hierbei insbesondere auf die bei den Sozialwahlen im Mittelpunkt stehenden Versicherungszweige Krankheit und Alterssicherung.

2. Selbstverwaltung in der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung

Selbstverwaltung meint die eigenverantwortliche Erledigung öffentlicher Aufgaben durch die davon Betroffenen. Selbstverwaltungsträger gehören nicht der hierarchischen Ministerialverwaltung an. Sie sind institutionell verselbstständigt und verfügen über unabhängige, d.h. fachweisungsfreie Entscheidungsbefugnisse. Spricht man von Selbstverwaltung in der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung (GKV und GRV), so ist zunächst einmal zu konkretisieren, auf was der Begriff sich bezieht. Phänomenologisch kann zwischen verschiedenen Erscheinungsformen des Selbstverwaltungsmodells in der Sozialversicherung unterschieden werden.

Da sind zum einen die Sozialversicherungsträger zu nennen, deren Organisationsverfassung im Zentrum des folgenden Beitrags steht. Die Sozialversicherungsträger sind Körperschaften des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltungskompetenz. An der Ausübung des Selbstverwaltungsrechts sind sowohl haupt- als auch ehrenamtliche Organe beteiligt. Die formal höchsten Organe der Sozialversicherungsträger sind die ehrenamtlichen Versichertenparlamente (in der GKV: der Verwaltungsrat, in der GRV: die Vertreterversammlung). Sie sind insbesondere für die strategische Steuerung und für Grundsatzentscheidungen verantwortlich. Die operative Steuerung und die Klärung alltäglicher Fragen werden hingegen von einer hauptamtlichen Geschäftsführung übernommen. Die ehrenamtlichen Selbstverwaltungsgremien sind in der Regel paritätisch mit Vertretern der Versicherten und ihrer Arbeitgeber besetzt. Die Versicherten und die Arbeitgeber wählen im Rahmen so genannter Sozialwahlen die Vertreter ihrer Gruppen getrennt auf Grund von Vorschlagslisten. Anders als im Bereich der kommunalen Selbstverwaltung kommt es in der Sozialversicherung nicht immer zu echten Wahlhandlungen. Die Sozialwahl entfällt, wenn aus einer Gruppe nur eine Vorschlagsliste zur Wahl zugelassen ist, oder auf mehreren Vorschlagslisten nicht mehr Bewerber genannt sind, als Mitglieder zu wählen sind. Die Vorgeschlagenen gelten dann als gewählt. Diese Wahl ohne eigentliche Wahlhandlung wird als Friedenswahl bezeichnet. Friedenswahlen, vom Gesetzgeber ursprünglich als Ausnahme von der Urwahl gedacht, sind mittlerweile der Normalfall. Bei der Sozialwahl 2005 fanden nur bei acht von insgesamt 351 Sozialversicherungsträgern Wahlen mit Wahlhandlung statt (Rexin 2005: 74).

Im Gesundheitswesen gibt es noch weitere Selbstverwaltungsgremien. In der ambulanten Gesundheitsversorgung sind nicht nur die Krankenkassen als Kostenträger, sondern auch die Ärzte als Leistungserbringer in Selbstverwaltungseinrichtungen organisiert. Schließlich sind die sozialpartnerschaftlich geführten Krankenkassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen als Organisationen der Leistungserbringer auch noch in Institutionen der ‚gemeinsamen Selbstverwaltung‘, wie etwa dem Bundesausschuss für Ärzte und Krankenkassen, zusammengeschlossen. Bis Ende 2003 gab es

mehrere, parallel arbeitende Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung. Neben dem ‚Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen‘ waren dies der ‚Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen‘, der ‚Ausschuss Krankenhaus‘ sowie der ‚Koordinierungsausschuss‘. Seit In-Kraft-Treten des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes am 1.1.2004 sind diese Ausschüsse nun im so genannten *gemeinsamen Bundesausschuss* (g-BA) zusammengeschlossen. Der g-BA ist eine juristische Person des öffentlichen Rechts und nimmt die Aufgaben seiner Vorgängerausschüsse gebündelt unter einem Dach wahr (Hess 2005: 386).

3. Zur Legitimation der sozialen Selbstverwaltung

Die auf empirischer Ebene zu beobachtende Variabilität des Selbstverwaltungsbegriffs setzt sich auf normativer Ebene fort. Die Ideengeschichte des Selbstverwaltungsbegriffs zeigt, dass der Begriff immer schon mit heterogenen, zum Teil konträren Interpretationen gefüllt und für unterschiedliche politische Zwecke genutzt wurde (Heffter 1969). Fragt man speziell nach dem Verhältnis von sozialer Selbstverwaltung und Demokratie, so ist zunächst zu konstatieren, dass bei der Errichtung der gesetzlichen Sozialversicherung im ausgehenden 19. Jahrhundert das demokratische Potenzial der Selbstverwaltung keine Rolle gespielt hat. Bismarcks Interesse galt der Lösung der sozialen Frage, der langfristigen Befriedung des Interessenkonflikts zwischen Arbeit und Kapital sowie der politischen Stabilisierung des noch jungen Nationalstaates – nicht aber der Demokratisierung der Gesellschaft (Ritter 1998). Die Forderungen der Arbeiterbewegung wiederum konzentrierten sich in erster Linie auf die Höhe, den Umfang und die Bezugsdauer von Leistungen. Organisationsrechtliche Aspekte waren im Forderungskatalog eher von nachgeordneter Bedeutung. Die Selbstverwaltungslösung kann weder als ein gezielter Ausbau demokratischer Teilhabechancen durch den Staat, noch als das Ergebnis einer demokratischen Bewegung ‚von unten‘ interpretiert werden. Vielmehr handelt es sich um ein pragmatisches Aufgreifen und Fortführen bereits bestehender Organisationsmodelle.

Einmal etabliert erwies das Selbstverwaltungsmodell eine erstaunliche Kontinuität. Die Grundstrukturen der heutigen sozialen Selbstverwaltung gleichen in weiten Teilen denen, die bei der Errichtung der gesetzlichen Sozialversicherung eingeführt wurden. Mehr noch: Das Selbstverwaltungsprinzip wurde im Laufe der Jahrzehnte von den Sozialversicherungsträgern auf immer weitere Bereiche der Sozialstaatsregulierung übertragen (vgl. hierzu Döhler/Manow-Borgward 1992). Diese Stabilität und weitere „Landnahme“ (Döhler 2002: 30) des Selbstverwaltungsmodells kann zum einen funktional begründet werden. Sozialwissenschaftliche Theorieangebote erklären die Zunahme von (teil)autonomen Organisationen und die Beteiligung privater Akteure bei der Erfüllung öffentlicher Aufgaben mit der fortschreitenden Ausdifferenzierung moderner Gesellschaften in Subsysteme. Die funktionale Differenzierung begünstigt das Entstehen formaler Organisationen mit kollektiver Handlungsfähigkeit und führt zur Zersplitterung von Macht. Gesellschaftliche Steuerung kann nicht länger von einer zentralen Autorität alleine geleistet werden. An der Politikformulierung und -implementierung sind vielmehr eine zunehmende Anzahl von korporativen Akteuren beteiligt (Mayntz 1993).

Noch viel bedeutsamer für das hohe Maß an Beständigkeit der Verwaltungsstruktur der Sozialversicherung dürfte allerdings sein, dass das Selbstverwaltungsmodell sich als kompatibel mit den Ideen und Zielen höchst unterschiedlicher politischer Strömungen und Parteien zeigte: Es ließ sich mit der katholischen Subsidiaritätslehre ebenso wie mit den Demokratisierungs- und Mitbestimmungszielen der Sozialdemokratie und dem berufsständischen Denken freiheitlich-liberaler Parteien verknüpfen (Döhler/Manow-Borgward 1992: 66). Das Selbstverwaltungsprinzip entwickelte sich zum ordnungspolitischen Leitbild des deutschen Sozialstaatsmodells und Veränderungen an der institutionellen Ausgestaltung dieses Steuerungsprinzips wurden rechtfertigungsbedürftig.

Die theoretische Offenheit bzw. die ideologische Anschlussfähigkeit ist konstitutiv für den Selbstverwaltungsgedanken. Ein Selbstverwaltungsbegriff im Sinne eines allgemeinen (wenngleich unterschiedlich gedeuteten) Verwaltungsprinzips entwickelte sich erst im Verlauf des 19. Jahrhunderts im Kontext der Nationalstaatsbildung. Zwar gab es bereits zuvor in der Verwaltungsstruktur der Städte, der Universitäten, der Kaufmannschaften und der Handelskammern Selbstverwaltungselemente. Doch diese administrativen Strukturen wurden in der Regel nicht als ‚Selbstverwaltung‘ bezeichnet, und es wurden keine Bezüge zwischen den verschiedenen Verwaltungsbereichen hergestellt (Heffter 1969; Hendl 1984). In den Auseinandersetzungen um die Deutung des Selbstverwaltungsgedankens im Verlauf des 19. Jahrhunderts waren vor allem zwei Themenfelder von Relevanz: Die Frage nach dem Verhältnis von Staat und Selbstverwaltung sowie die Ausgestaltung der Binnenstruktur der Selbstverwaltungsorganisationen. Die damals sich herauskristallisierenden Differenzen zwischen den unterschiedlichen Selbstverwaltungskonzeptionen sind grundsätzlicher Art: Sind Selbstverwaltungseinheiten politische Gebilde mit einer eigenständigen Legislative und Exekutive? Oder sind sie vielmehr als Verwaltungseinheiten zu begreifen, die in erster Linie vom Staat delegierte Verwaltungsaufgaben erfüllen? Und: Ist Selbstverwaltung ein eher politischer oder mehr administrativer Steuerungsmechanismus? Diese Konfliktlinien haben die Ideengeschichte der Selbstverwaltung nachhaltig geprägt, und es sind just jene Themen, die auch in der aktuellen Selbstverwaltungsdiskussion eine Rolle spielen.

Eine formal-juristische Betrachtungsweise versteht Selbstverwaltung als die Wahrnehmung an sich öffentlicher Aufgaben durch Körperschaften, Anstalten und Stiftungen des öffentlichen Rechts (Forsthoff 1973: 478). Normative Aspekte wie die Wertschätzung von Ehrenamtlichkeit oder gesellschaftliche Partizipation spielen bei diesem Selbstverwaltungsverständnis zunächst keine Rolle. Selbstverwaltung ist ein Mittel der Dezentralisierung, das eine sach- und ortsnahe Entscheidungsfindung und die Nutzung von externem Sachverstand ermöglicht, zur Staatsentlastung beiträgt und eine Begrenzung des staatlichen Verantwortungsbereichs auf Gewährleistungs- und Regulierungsaufgaben erlaubt.

Dieser formalen Definition des Selbstverwaltungsbegriffs steht ein Selbstverwaltungsverständnis gegenüber, das dem Verwaltungskonzept einen ‚überschießenden‘ politischen Gehalt attestiert (Schuppert 1989). Der Eigenwert des Selbstverwaltungskonzepts wird in der Literatur unterschiedlich begründet. Der Selbstverwaltungsbegriff wird zum einen mit Vorstellungen von demokratischer Teilhabe und gesellschaftlicher Emanzipation verknüpft. Selbstverwaltung eröffnet dem Bürger die Chance, bei der Politikformulierung und -implementierung direkt mitzuwirken und steigert im Vergleich zur Ministerialverwaltung das Partizipationsniveau in quantitativer und qualitativer

ver Hinsicht. Für Vertreter liberaler Ideen resultiert der Eigenwert des Selbstverwaltungsprinzips vor allem aus der Garantie eines gesellschaftlichen bzw. individuellen Autonomiebereichs und im Schutz vor staatsinterventionistischen Strategien. Selbstverwaltung wird schließlich auch als Instrument der Konfliktbefriedung gerechtfertigt. Selbstverwaltung fördert die Integration gesellschaftlicher Interessen in die öffentliche Verwaltung und trägt zur Lösung gesellschaftlicher Spannungen bei. Der Selbstverwaltung wird schlussendlich eine positive Wirkung auf die demokratische Sozialisation der Bürger zugeschrieben: Selbstverwaltung fördert politisches Engagement, Solidarität und die Bereitschaft zur Verantwortungsübernahme. Die Steuerung öffentlicher Aufgaben durch Verwaltungsträger mit beteiligungsorientierter Binnenstruktur kann soziale Bindungen schaffen bzw. erneuern und ein Korrektiv zu anonymisierten und individualisierten Strukturen moderner Gesellschaften bilden (Geis 2001; Hendler 1984).

Die verschiedenen Begründungs- und Legitimationsmuster schließen sich nicht notwendig gegenseitig aus, sondern kommen häufig in Kombinationen vor (Schuppert 1989: 129). Was sich jedoch verändert, ist das Gewicht, das den einzelnen Rechtfertigungsmustern je nach zeitlichem und politischem Hintergrund zukommt. So spielte bei der Genese der gesetzlichen Sozialversicherung die Funktion der Konfliktbefriedung und der Disziplinierung antagonistischer gesellschaftlicher Kräfte eine wesentliche Rolle. Auch in den ersten Jahrzehnten der BRD gewinnt die Selbstverwaltung ihren Wert vor allem durch ihre integrative Wirkung. Die paritätisch besetzten Selbstverwaltungsgremien sind Ausdruck der Sozialpartnerschaft von Arbeitgebern und Gewerkschaften, und die gemeinsame Selbstverwaltung symbolisiert den Friedensschluss zwischen Krankenkassen und den Verbänden der Leistungserbringer. Ab den 1970er Jahren verändert sich allerdings die Wahrnehmung des Selbstverwaltungsmodells. Angesichts der zunehmenden Finanzierungsprobleme sowohl in der Alterssicherung als auch im Gesundheitswesen wird dem Wirtschaftlichkeitsprinzip in der Sozialstaatssteuerung eine immer wichtigere Rolle zugesprochen. Ebenfalls von Bedeutung für die veränderte Bewertung der Selbstverwaltung, wengleich mit geringerer Veränderungswirkung, sind die Diskussionen über die Möglichkeiten der Demokratisierung staatlicher und administrativer Steuerungsstrukturen. Die Zweckmäßigkeit der Selbstverwaltung hinsichtlich einer effizienten und effektiven Steuerung des Sozialstaats und ihr Beitrag zur (individuellen) Verwaltungspartizipation werden kritisch hinterfragt. Dies sind aber just jene Bereiche, in denen, wie die folgenden Kapitel zeigen, die soziale Selbstverwaltung hinter den in sie gesetzten Erwartungen zurückbleibt. Unter Druck gerät die soziale Selbstverwaltung schließlich auch durch eine Diskussion in den Staats- und Verwaltungswissenschaften über die demokratische Legitimation von Entscheidungsträgern in öffentlichen Körperschaften, bei der verfassungsrechtliche Bedenken gegenüber dem Selbstverwaltungsprinzip geäußert werden.

4. Legitimations- und Funktionsdefizite der Sozialen Selbstverwaltung

4.1 Divergenz zwischen Betroffenheit und Repräsentation

Öffentliche Entscheidungsträger müssen, so sieht es Art. 20 Abs. 2 GG vor, ihre Stellung direkt oder durch eine unterbrochene Legitimationskette auf den Willen des

gesamten Staatsvolkes zurückführen können. Die Wahlen für die ‚Parlamente‘ der Sozialversicherungsträger orientieren sich aber nicht an diesem Prinzip der Staatsvolklegitimation. Bei den Sozialwahlen sind nur die Mitglieder der Sozialversicherungsträger wahlberechtigt. Die Legitimation der Selbstverwaltungsakteure bezieht sich nicht auf das Staatsvolk als Ganzes, sondern nur auf ein ‚Teilvolk‘.

Das von Art. 20 Abs. 2 GG abweichende Legitimationsmodell der sozialen Selbstverwaltung wurde in den Staats- und Verwaltungswissenschaften lange Zeit nicht weiter problematisiert. Im Interesse der Gewährleistung gleichwertiger Lebensverhältnisse hat der Bundesgesetzgeber den Bereich der sozialen Sicherung stark reguliert. Von einer ‚echten‘ Selbstverwaltung im Sinne einer eigenverantwortlichen Gestaltung von Beiträgen, Leistungen und Organisation kann im Bereich der Sozialversicherung ohnehin nur bedingt gesprochen werden (Schnapp 1994: 1192). Das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) kam in einem Urteil aus dem Jahr 1975 gar zu der Feststellung, dass die Selbstverwaltung in der Sozialversicherung im Wesentlichen im Vollzug einer detaillierten Sozialgesetzgebung besteht, dass mithin der Unterschied zwischen der Ministerialverwaltung und der sozialen Selbstverwaltung nur ein gradueller ist. Doch diese Einschätzung ist mehr als 30 Jahre alt und bedarf in Anbetracht der Sozialstaatsreformen der vergangenen Legislaturperioden der Korrektur. Vor allem im Bereich des Krankenversicherungsrechts ist der Gesetzgeber vermehrt dazu übergegangen, Regelungsbefugnisse zur Konkretisierung der gesetzlichen Vorgaben auf die Institutionen der Selbstverwaltung zu übertragen. Dabei wurden vor allem die Regelungskompetenzen der Institutionen der gemeinsamen Selbstverwaltung ausgeweitet und der g-BA mittlerweile zum ‚kleinen Gesetzgeber‘ der GKV ‚befördert‘. Die Frage nach der demokratischen Legitimation der sozialen Selbstverwaltung gewinnt seitdem an Relevanz, und sie wird in den Staats- und Verwaltungswissenschaften unterschiedlich beurteilt (Hase 2005). Vertreter der normativen Staatsrechtslehre bewerten die Beteiligung von Verbänden an öffentlichen Entscheidungen und die Gewährleistung von autonomen Handlungsspielräumen grundsätzlich kritisch und betrachten die Ausweitung der Handlungskompetenzen der Selbstverwaltung in der GKV als eine Entwertung des Parlaments. Anhänger pluralistischer Demokratiemodelle argumentieren hingegen, dass sich das in Bezug auf Art. 20 Abs. 2 GG konstatierte Legitimationsdefizit kompensieren lasse. Die vom Staat bereitgestellten Rechtsformen Anstalt, Körperschaft und Stiftung des öffentlichen Rechts haben genau den Sinn, gesellschaftliche Kräfte zu aktivieren und den gesellschaftlichen Gruppen die Regelung solcher Angelegenheiten eigenverantwortlich zu überlassen, die sie selbst betreffen und die sie in überschaubaren Bereichen am sachkundigsten beurteilen können. Betroffenheit und Sachverstand sind damit die zentralen Legitimationsmuster der sozialen Selbstverwaltung, und sie begründen eine vom Modell der repräsentativ-parlamentarischen Demokratie abweichende autonome Legitimation (Musil 2004).

Das Bundesverfassungsgericht hat jüngst ein Urteil zur Legitimation von Entscheidungsträgern in öffentlichen Körperschaften gefällt und dabei entschieden, dass das Selbstverwaltungsprinzip, wie es in der Sozialversicherung und in anderen öffentlichen Körperschaften und Anstalten praktiziert wird, nicht im Widerspruch zum Grundgesetz steht. Selbstverwaltung ergänzt vielmehr das im Grundgesetz verankerte Demokratieprinzip, im dem es zum übergeordneten Ziel der freien Selbstbestimmung

beiträgt (BVerfG, BvL 5/98 vom 5.12.2002). Die Debatte um die demokratische Legitimation der funktionalen Selbstverwaltung hat mit dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts einen vorläufigen Höhepunkt erreicht – sie dürfte allerdings noch lange nicht beendet sein. Denn in ihrer gegenwärtigen institutionellen Ausgestaltung ist die soziale Selbstverwaltung auch dann problematisch, wenn man den Ansatz einer autonomen Legitimation und das Modell einer pluralistischen Verwaltungsorganisation grundsätzlich anerkennt. So entscheidet der g-BA u.a. auch über Sachverhalte, die die Interessen von Arzneimittelherstellern, Apothekern oder sonstigen nichtärztlichen Leistungserbringern berühren. Die Entscheidungen sind für diese Akteure bindend, obwohl sie nicht im Gremium vertreten sind. Zwar muss den pharmazeutischen Unternehmen und den Apothekern die Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben werden (vgl. z.B. § 91 Ib SGB V und § 91 IIIa SGB V), doch Anhörungsrechte haben eine andere Qualität als echte Entscheidungsrechte. Betroffenheit und Sachverstand – die beiden zentralen Legitimationsmuster der sozialen Selbstverwaltung – finden bei der institutionellen Ausgestaltung des gemeinsamen Bundesausschusses nur bedingt Berücksichtigung.

4.2 Homogenisierung heterogener Interessen

Das Auseinanderklaffen von Betroffenheit und Repräsentationsrechten in der sozialen Selbstverwaltung tritt nicht nur in der gemeinsamen Selbstverwaltung, sondern auch auf der Ebene der einzelnen Versicherungsträger zu Tage. Das Legitimationsmuster der ‚Betroffenheit‘ setzt voraus, dass tatsächlich alle ‚Betroffenen‘ die Chance zur Mitwirkung haben. Das Institut der Friedenswahl, also der systematische Verzicht auf freie Wahlen, verhindert aber den freien Wettbewerb der Betroffenenengruppen und begünstigt die ohnehin Repräsentierten. Darüber hinaus werden im Leitungsmodell der Sozialversicherungsträger die Versicherten und ihre Arbeitgeber als jeweils in sich homogene Gruppen behandelt. Die Annahme einer homogenen Gruppe mit gleichgerichteten Interessen trifft aber vor allem auf die Versicherten nicht zu. Bei den Krankenkassen gibt es beispielsweise 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. Wessen Situation und wessen Interessen sollen die Versichertenvertreter in den Selbstverwaltungsgremien zur Grundlage ihrer Entscheidungsfindung machen? Verstehen sie sich als Repräsentanten der ‚schlechten Risiken‘, die, gerade weil ihnen die Exit-Option des Kassenwechsels nicht unbegrenzt offen steht, auf effektive Interessenvertretung angewiesen sind? Oder orientieren sie sich an den Interessen der ‚guten Risiken‘, wodurch die Position der Kasse im Kassenwettbewerb gestärkt werden kann? Ähnliche Probleme lassen sich auch für die GRV beschreiben, bei der Interessendifferenzen zwischen Rentnern und Beitragszahlern bestehen.

Um die Konsumentenrechte im Gesundheitswesen zu stärken, wurden bei der letzten Gesundheitsreform (GMG) die Beteiligungsrechte der Versicherten erweitert (§ 140f SGB V). Das bedeutendste Beteiligungsrecht stellt wohl das Mitberatungsrecht von Patientenorganisationen im Gemeinsamen Bundesausschuss dar. Darüber hinaus wurde das Institut der Patientenbeauftragten geschaffen, die die Interessen

von Patienten auf Bundesebene vertritt und an wichtigen Gesetzesvorhaben beteiligt wird (§ 140h SGB V). Mit diesen Maßnahmen ist die Repräsentationsproblematik aber noch nicht überzeugend gelöst. Zum einen konzentriert sich das Handlungsterrain der neuen Akteure auf den Bereich der gemeinsamen Selbstverwaltung bzw. auf die Bundesebene und trägt damit nicht zur Entschärfung des Interessenkonflikts der Versichertenvertreter in den Einzelkassen und ihren Verbänden bei. Zum anderen verfügen die Patientenorganisationen bzw. die Patientenbeauftragte nur über Beratungs- und keine echten Entscheidungsrechte.

4.3 Grenzen der individuellen Verwaltungspartizipation

Die institutionelle Struktur der sozialen Selbstverwaltung bietet nur wenige Möglichkeiten zur individuellen Verwaltungspartizipation. Die Willensbildung in den Sozialversicherungsträgern verläuft im Wesentlichen verbandsgesteuert. Die Mediatisierung des Mitgliederwillens durch Verbände ist durch die Genese und die historische Entwicklung des Selbstverwaltungsrechts in der Sozialversicherung bedingt. Die Sozialversicherungsträger wurden bei ihrer Errichtung im ausgehenden 19. Jahrhundert bewusst als gruppenantagonistische Trägerorganisationen konzipiert (Tennstedt 1977).

Aus demokratietheoretischer Perspektive bestehen die Schwierigkeiten einer verbandsgesteuerten Sozialversicherung darin, dass von den Verbandsinteressen immer weniger auf die Interessen der Mitglieder geschlossen werden kann. So wird die Legitimität der Stellvertreterposition der Gewerkschaften in der sozialen Selbstverwaltung beispielsweise durch die seit Jahren zu verzeichnenden Mitgliederrückgänge in Frage gestellt. Auf Seiten der Arbeitgeberverbände stellen sich ähnliche Repräsentationsprobleme. Zwar haben die Mitglieder der Sozialversicherungsträger die Möglichkeit, durch die Gründung freier Listen eigene, von den Verbandsvertretern unabhängige Positionen zu formulieren. Angesichts der hohen Unterschriftenquoten und den kurzen Fristen innerhalb derer die Unterschriften eingeholt werden müssen, ist dies aber ein sehr aufwändiges Verfahren. Friedenswahlen verringern die ohnehin geringen individuellen Partizipationschancen noch weiter. Das einfache Mitglied hat hier überhaupt keine Einflussmöglichkeiten darauf, wer seine Interessen vertritt.

Empirische Erhebungen zeigen, dass die Mitglieder der Sozialversicherungsträger kaum Bezugspunkte zu ‚ihrem‘ Versicherungsträger und ‚ihren‘ Repräsentationsorganen haben: Viele der Wahlberechtigten wissen nichts über die Sozialversicherungswahlen und die Gruppen, die sich dort zur Wahl stellen (Braun/Buitkamp 2005). Aus diesem Sachverhalt kann aber keineswegs auf ein generelles Desinteresse der Bürger an aktiver Mitgestaltung der Sozialversicherung geschlossen werden. Die Befragungsergebnisse zeigen nämlich auch, dass eine große Mehrheit der Bevölkerung Mitwirkungsrechte in der Sozialversicherung für wichtig erachten. Einrichtungen wie runde Tische oder die zahlreichen Selbsthilfegruppen, die sich in den vergangenen Jahren neu gegründet haben, verweisen ebenfalls auf Mitgestaltungsinteressen der Bürger. In ihrer gegenwärtigen Form scheint die soziale Selbstverwaltung diesen Mitwirkungsinteressen nicht gerecht zu werden.

4.4 Legitimationsdefizite aufgrund interner Steuerungs- und Kontrollprobleme

In Sozialversicherungsträgern lassen sich die typischen Probleme einer ehrenamtlichen Leitung von Großorganisationen beobachten. Die ehrenamtlichen Gremien sind zwar formal die obersten Organe, faktisch werden die Sozialversicherungsträger von den hauptamtlichen Akteuren der Selbstverwaltung gesteuert. Die ehrenamtlichen Gremien sind in ihrer Entscheidungsfindung von der Entscheidungsvorbereitung durch die hauptamtlichen Mitarbeiter der Sozialversicherungsträger abhängig. Sie sind oft nur Ratifizierungsorgane, die keine selbstständige Initiativfunktion haben.

Bei den gesetzlichen Krankenkassen hat man durch eine Reform des Selbstverwaltungsrechts versucht, diesen Defiziten in der Binnensteuerung der Selbstverwaltungsorganisationen entgegenzuwirken. Das Leitungsmodell der Krankenkassen war ursprünglich (wie das der Rentenversicherungsträger heute noch) dreistufig konzipiert: Neben dem hauptamtlichen Geschäftsführer gab es mit dem Vorstand und der Vertreterversammlung zwei ehrenamtliche Selbstverwaltungsgremien. Mit dem Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GSG), das zum 1.1.1996 in Kraft trat, wurden die Aufgaben des hauptamtlichen Geschäftsführers und des ehrenamtlichen Vorstands in einem Organ – dem hauptamtlichen Vorstand – zusammengeführt. Die Vertreterversammlung, die nun den Namen ‚Verwaltungsrat‘ trägt und personell verkleinert wurde, ist seitdem das einzige Selbstverwaltungsorgan der Krankenkassen. Die Maßnahmen wurden unter dem Leitziel ‚Stärkung der Selbstverwaltung‘ durchgeführt. Die Wirkung dieser Reformmaßnahme muss allerdings differenziert betrachtet werden: Gestärkt wurde die Position der hauptamtlichen Akteure in der Selbstverwaltung, wohingegen die Handlungskompetenzen der ehrenamtlichen Selbstverwaltungskräfte in der Tendenz eingeschränkt wurden. Zwar wurde der Verlust direkter Mitspracherechte durch den Ausbau der Kontrollfunktion der ehrenamtlichen Akteure kompensiert (zu den konkreten Reformmaßnahmen vgl. Felix 2001). An der Abhängigkeit der ehrenamtlichen Gremien von den Vorbereitungsleistungen der hauptamtlichen Kräfte und an ihrer dadurch eingeschränkten Kontrollfunktion hat sich durch die Leitungsstrukturreform jedoch nichts verändert, und es ist fraglich, inwieweit die Gremien die nun erweiterten Kontrollfunktionen erfüllen können (zu den Problemen der Leitungsreform und möglichen weiteren Reformschritten vgl. Hosak 2005).

4.5 Implikationen der Reform der Finanzierung der Sozialversicherung für die Selbstverwaltung

Schließlich wird das tradierte Selbstverwaltungsmodell auch durch die (geplanten) Reformen der Finanzierungsgrundlagen der Sozialversicherung in Frage gestellt. Im Bereich der Krankenversicherung wurde bereits mit Inkrafttreten des GMG die bisherige paritätische Finanzierung durch die Arbeitgeber und Arbeitnehmer eingeschränkt: Seit dem 1.7.2005 wird von allen Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung (nicht aber von ihren Arbeitgebern) ein leistungsunabhängiger Zusatzbeitrag in Höhe von 0,9 % auf die beitragspflichtigen Einnahmen erhoben (§ 241a SGB V). Das Argument der paritätischen Finanzierung diente bislang zur Rechtfertigung der gleichberechtigten Teilhabe von Arbeitgeber und Arbeitnehmer in den

Selbstverwaltungsgremien. Wie sind zukünftig die Repräsentationsregeln zu gestalten, wenn dauerhaft von der paritätischen Finanzierung abgerückt wird? Noch viel grundsätzlicher stellt sich die Frage nach den Repräsentations- und Teilhaberechten in den Selbstverwaltungsgremien der Krankenkassen im Falle eines grundlegenden Wandels des Finanzierungsmodus, wie er mit dem Modell der Bürgerversicherung angedacht wird. Im Modell der Bürgerversicherung sind alle Bürger unabhängig von ihrem Erwerbsstatus integriert. Wird an der institutionellen Regel ‚Anteil an der Finanzierung – Reichweite der Entscheidungsrechte‘ festgehalten, so muss parallel zur Diskussion um die Reform der Finanzierungsgrundlagen auch eine Diskussion über ein verändertes Leitungsmodell begonnen werden, bei der neu ausgehandelt wird, welche gesellschaftlichen Gruppierungen berechtigt sind, Repräsentanten in die Selbstverwaltungsorgane zu entsenden.

4.6 Zwischenresümee: Reformbedarfe der sozialen Selbstverwaltung

Die Ergebnisse der vorangegangenen Kapitel signalisieren sozialpolitischen Handlungsbedarf – und zwar ganz unabhängig davon, ob man die soziale Selbstverwaltung als eine Variante der kooperativen bzw. partizipativen Verwaltungsführung betrachtet oder sie im wesentlichen über ihren Output, d.h. ihren möglichen Beitrag zur Staatsentlastung und effizienten Verwaltungsführung legitimieren will. Die soziale Selbstverwaltung wird weder ihrer Funktion als Repräsentationsorgan der Mitgliederinteressen noch ihrer Aufgabe der Leitung und Kontrolle der Sicherungssysteme hinreichend gerecht. Angesichts der beschriebenen Probleme der sozialen Selbstverwaltung sind vor allem Lösungsansätze für die folgenden drei Handlungsfelder zu entwickeln:

- In Bezug auf das Verhältnis Sozialversicherungsträger und Mitglied gilt es alternative Formen der Repräsentation und Beteiligung der Betroffenen bei der Durchführung der Sozialversicherung zu entwickeln.
- Hinsichtlich der Binnensteuerung stellt sich die Frage nach Mechanismen der effizienten Leitung.
- Im Verhältnis Staat – Soziale Selbstverwaltung ist die Frage der Reichweite der korporativen Autonomie zu diskutieren.

5. Zur Reichweite bisheriger Reformen und Reformüberlegungen

Bei den beschriebenen Funktions- und Legitimationsdefiziten der sozialen Selbstverwaltung handelt es sich keineswegs nur um kurzfristige Krisenphänomene. Die Probleme der sozialen Selbstverwaltung sind vielmehr seit langem bekannt, und bereits in den 1970er Jahren wurden im Rahmen einer Selbstverwaltungsenquete Möglichkeiten der Reform der sozialen Selbstverwaltung diskutiert (Bogs/Ferber 1977). Dessen ungeachtet haben sich die Willensbildungs- und Entscheidungsstrukturen der Versicherungsträger im Laufe der vergangenen Jahre nur marginal verändert. Die Reform der Leitungsstrukturen der Krankenversicherungsträger im Jahr 1996 gilt bereits als die weitreichendste Erneuerung des Selbstverwaltungsmodells in der Ge-

schichte der Bundesrepublik (Felix 2001), obgleich die reale Veränderungswirkung dieser Reform als eher gering zu bewerten ist. In der GRV wurde eine Erneuerung des Selbstverwaltungsmodells noch nicht einmal in Erwägung gezogen. Zwar wurde auch hier jüngst eine Organisationsreform durchgeführt. Die Differenzierung zwischen einer Arbeiter- und Angestelltenrentenversicherung wurde aufgehoben und ein einheitlicher Versichertenbegriff eingeführt. Eine effizienzorientierte Neuordnung der Organisationsstrukturen auf Bundesebene soll darüber hinaus Einsparungen von Verwaltungskosten ermöglichen (Ruland/Dünn 2005). Auf eine Reform der Selbstverwaltungsstrukturen hat man dabei allerdings bewusst verzichtet, um die Organisationsreform inhaltlich nicht zu überfrachten.

In der aktuellen Diskussion um die Zukunft der sozialen Selbstverwaltung wird vor allem das so genannte ‚Aufsichtsrats-Modell‘ als ein vielversprechender Modernisierungsansatz gehandelt (vgl. beispielsweise BDA 2004). Das Aufsichtsratsmodell, das bereits bei der Reform der Leitungsstrukturen der Krankenkassen als Vorbild fungierte, unterscheidet in Bezug auf die Binnensteuerung der Sozialversicherungsträger zwischen der operativen Geschäftsführung, der Strategieentwicklung und der Kontrolle der Leitung und tritt für eine klare Aufgabenteilung zwischen den Leitungsorganen ein. Das Aufsichtsrats-Modell bietet Lösungsansätze für Probleme der Binnensteuerung. Offen und unbeantwortet bleibt aber, zumindest beim gegenwärtigen Stand der Diskussionen, nach welchen Verfahren Leitungskräfte ausgewählt und bestellt werden und wie ein hinreichendes Partizipationsniveau der Mitglieder gewährleistet werden kann.

Neben dem Aufsichtsratsmodell werden auch Maßnahmen zur inkrementellen Weiterentwicklung der sozialen Selbstverwaltung diskutiert. Ein Ansatzpunkt ist etwa die Informations- und Kommunikationspolitik der Selbstverwaltungsgremien. Um die Mitglieder über die Ziele, Tätigkeiten und Arbeitsergebnisse der Selbstverwaltung zu informieren und dadurch ihre Akzeptanz und ihr Interesse für diese Verwaltungsform zu erhöhen, wird u.a. empfohlen, in den Publikationen der Krankenkassen regelmäßig über die Arbeit der Selbstverwaltung zu berichten, jährliche Versichertenversammlungen durchzuführen oder den Versicherten die Kontaktdaten ihrer Ansprechpartner in der Selbstverwaltung mitzuteilen (Rzesnik 2001: 130). Darüber hinaus soll durch die Einrichtung von Selbstverwaltungsbüros mit entsprechendem Fachpersonal, durch die Definition von Qualifikationsvoraussetzungen für Selbstverwaltungsakteure und durch verpflichtende Fortbildungsmaßnahmen die Arbeit der Selbstverwaltungsgremien professionalisiert werden.

Betrachtet man die verschiedenen Maßnahmen zur Reform der sozialen Selbstverwaltung, die in den vergangenen Jahren diskutiert oder umgesetzt wurden, so fällt auf, dass sie entweder rein effizienzorientiert sind und Fragen der Partizipation und Beteiligung außer Acht lassen, oder aber nur inkrementellen Charakter haben und daher die genannten Strukturprobleme nicht grundsätzlich lösen. Völlig undiskutiert bleibt auch, welche Rolle und Funktion ehrenamtliche Selbstverwaltungsgremien in einem sich verändernden Sozialstaatsmodell einnehmen sollen. Die Transformation der Sozialpolitik von einer expansiven zu einer kostendämpfungs- und beitragsatzorientierten und seit einigen Jahren immer stärker auch markt- und wettbewerbsorientierten Politik hat die institutionellen Rahmenbedingungen der Selbstverwaltung in der Sozialversicherung verändert, ohne dass bislang eine hinreichende Anpassung der

Leitbilder der sozialen Selbstverwaltung und der Organisationsverfassung der Sozialversicherungsträger an die veränderten Ausgangsbedingungen erfolgt wäre.

6. Genossenschaft, Unternehmen oder Anstalt? Alternative Strukturmodelle der sozialen Selbstverwaltung

Selbstverwaltungsorganisationen sind hybride Organisationen an der Schnittstelle von Staat, Wirtschaft und Zivilgesellschaft. In ihnen treffen bürokratische, assoziative, zweck- und wertrationale, ökonomische und politische Operationslogiken aufeinander, wobei es zunächst keine eindeutige Reihenfolge der Operationslogiken gibt und die Logiken nicht zwingend oder permanent gleichgewichtig sein müssen (Bode 2003: 437, vgl. hierzu auch Evers et al. 2002). Je nach institutioneller Ausgestaltung können stärker die mitgliedschaftliche Partizipation und der Autonomieaspekt, das staatliche Steuerungsinteresse oder die Orientierung an den Logiken von Markt und Wettbewerb betont werden.

Auch wenn man sich bei der Suche nach Zukunftsszenarien für die soziale Selbstverwaltung auf Organisationsmodelle beschränkt, die Anforderungen an eine partizipative und effiziente Durchführung der Sozialversicherung genügen und daher beispielsweise die Reformvariante der vollständigen Privatisierung ohne mitgliedschaftliche Teilhabe oder die der vollständigen Verstaatlichung außer Acht lässt, so können doch, in Abhängigkeit von normativen Vorentscheidungen, unterschiedliche Szenarien zur Weiterentwicklung der sozialen Selbstverwaltung beschrieben werden. Die Szenarien unterscheiden sich vor allem dadurch, von welchem Pol her – Staat, Wirtschaft oder Zivilgesellschaft – die Selbstverwaltung gedacht wird und welche Funktion der Selbstverwaltung in der Sozialversicherung dann zukommt.

- Im Strukturmodell der *anstaltlichen Selbstverwaltung* sind Sozialversicherungsträger in erster Linie Verwaltungseinheiten, die öffentliche Leistungen erbringen. Die Aufgabe der Selbstverwaltung besteht hier vor allem in der Beratung und Unterstützung der Ministerialbürokratie.
- Im Modell des *mitbestimmten Unternehmens* sind Sozialversicherungsträger hingegen marktadäquate, aber sozialpolitisch regulierte Trägerorganisationen.
- Das Szenario der *genossenschaftlichen Konsumentendemokratie* beschreibt Sozialversicherungsträger schließlich als Orte, an denen die Nutzer der Sozialversicherungsleistungen ihre Interessen bei der Gestaltung der Gesundheitsversorgungs- und Alterssicherungsstrukturen einbringen und die Strukturen der sozialen Sicherung aktiv mitgestalten.

Die im Folgenden dargestellten Strukturmodelle beschreiben idealtypische Entwicklungsszenarien und sind nicht als konkrete Handlungsanleitungen zur Reform der sozialen Selbstverwaltung gedacht. Die Begriffe ‚Genossenschaft‘, ‚Anstalt‘, ‚Unternehmen‘ illustrieren dabei die dominante Steuerungslogik der Trägerorganisationen und nicht (notwendigerweise) die Rechtsform der Sozialversicherungsträger im jeweiligen Szenario. Genossenschaften sind freiwillige Zusammenschlüsse von Personen zu einer Organisation, die diesen Personen gemeinsam gehört und die demokratisch geleitet wird. Eine konsequente Umsetzung dieses Szenarios scheidet schon allein daran, dass es im Bereich der gesetzlichen Alterssicherung keine Wahlfreiheit gibt

und ein freiwilliger Zusammenschluss nicht möglich ist. Von privaten Versicherungsunternehmen unterscheiden sich Sozialversicherungsträger wiederum dadurch, dass sie soziale Ziele verfolgen. Sie können daher, wie der europäische Gerichtshof in den vergangenen Jahren in verschiedenen Urteilen festgestellt hat, per definitionem lediglich eine eingeschränkte Unternehmensqualität haben (Storr 2003). Gleichwohl ist ein Entwicklungsszenario vorstellbar, in dem die markt- und wettbewerbliche Steuerungslogik innerhalb der hybriden Organisationsstruktur der Sozialversicherungsträger eine dominante Rolle einnimmt.

6.1 Sozialversicherungsträger als mitbestimmte Unternehmen

Sozialversicherungsträger, verstanden als mitbestimmte Unternehmen, zeichnen sich sowohl im Verhältnis zum Staat als auch zu anderen Sozialversicherungsträgern durch eine weitreichende Handlungsautonomie aus. Sie agieren, entsprechend der Logik von Markt und Wettbewerb, als voneinander unabhängige, konkurrierende Akteure. Die Leitungsstrukturen sind analog zu denen privatwirtschaftlicher Unternehmen gestaltet. Anders als im tradierten Selbstverwaltungsmodell ist das ehrenamtliche Organ dem geschäftsführenden hauptamtlichen Organ nicht mehr übergeordnet. Beide haben vielmehr eine gleichwertige Stellung und unterscheiden sich hinsichtlich der Funktion und des Aufgabenbereichs. Die Aufgaben der ehrenamtlichen Gremien beschränken sich auf die Entwicklung der Strategie und die Kontrolle der Geschäftsführung; sie sind nicht unmittelbar an operativen Aufgaben beteiligt. Demokratietheoretisch unbedenklich ist dieses Entwicklungsszenario dann, wenn die im Vergleich zum tradierten Selbstverwaltungsmodell gestärkte Stellung der Exekutive durch hinreichende Informations- und Interventionsrechte des Aufsichtsrats kompensiert wird (und die Selbstverwaltungsakteure in die Lage versetzt werden, diese Funktionen auch auszuüben).

Bezüglich der Auswahl und Bestellung von Führungskräften lässt sich keine ungebrochene Analogie zwischen der Aktiengesellschaft und einem Sozialversicherungsträger herstellen. In der Aktiengesellschaft sind es die Mitglieder der Hauptversammlung – die Anteilseigner – die den Aufsichtsrat durch Wahl bestellen und die den Vorstand entlasten. Der Aufsichtsrat bestellt seinerseits den Vorstand. In einem Sozialversicherungsträger können die Beitragszahler – Mitglieder und ihre Arbeitgeber – als Quasi-Anteilseigner begriffen werden. Der Vergleich ist nicht stimmig, weil die Versicherten in der Sozialversicherung immer auch einen unmittelbaren Nutzen von ihren Beiträgen haben und Versicherungsschutz oder Versicherungsleistungen erhalten. Die Versicherten nehmen in einer beteiligungsorientierten Sozialversicherungsverwaltung die Doppelrolle von Kunden und stimmberechtigten Mitgliedern ein. Die Anteilseigner privater Unternehmen nutzen hingegen nicht zwingend die Produkte des Unternehmens und den Kunden wiederum steht nur die Exit-Option offen, d.h. Verzicht oder Kauf bei einem anderen Unternehmen. Die Interessenstruktur der ‚Anteilseigner‘ eines Sozialversicherungsträgers ist viel komplexer als in einem privaten Unternehmen und richtet sich nicht nur auf das betriebswirtschaftliche Ergebnis. Will man sich gleichwohl an den Bestellungsmechanismen privater Unternehmen orientieren, so wären die Mandate für die Selbstverwaltungsgremien in einem freien Wählermarkt (d.h. Verzicht auf Friedenswahlen!) zu vergeben, bei dem alle Interessengruppen um Stimmen konkurrieren und die Sitzverteilung davon ab-

hängt, welcher Interessengruppe es am besten gelingt, ihr Wählerpotenzial zu mobilisieren. Die Berücksichtigung sozialer bzw. sozialpolitischer Ziele würde in solch einem Leitungsmodell über das Institut der Mitbestimmung gewährleistet. In privaten Unternehmen bedeutet Mitbestimmung die Beteiligung von Arbeitnehmern an unternehmerischen Entscheidungsprozessen. Bei einem Sozialversicherungsträger sind die Patienten die bislang schwach repräsentierte Gruppe. Mitbestimmung in Sozialversicherungsträgern würde also die Errichtung einer ‚Patientenbank‘ bedeuten.

Das Modell der Sozialversicherungsträger als mitbestimmte Unternehmen scheint vor allem für die Krankenversicherungsträger ein plausibles Entwicklungsszenario zu sein. Hier wurden mit der Einführung der freien Kassenwahl und der sukzessiven Abkehr vom Versorgungsmonopol der Kassenärztlichen Vereinigungen die Voraussetzungen für eine markt- und wettbewerbsähnliche Steuerung geschaffen, die eine Weiterentwicklung der Kassen zu einem mitbestimmten Unternehmen sinnvoll erscheinen lassen. Zudem wurden mit der Selbstverwaltungsreform von 1996 bereits erste Elemente eines Aufsichtsratsmodells in die Leitungsstruktur von Krankenkassen eingeführt. In der GRV gibt es hingegen gegenwärtig zwischen den gesetzlichen Trägerorganisationen allenfalls einen Wettbewerb um gute Verwaltungsleistungen, angesichts fehlender Wahlfreiheit aber nicht um Kunden und Mitglieder. Das Beispiel zeigt, dass die Entscheidung über zukünftige Entwicklung der Sozialversicherungsträger gegebenenfalls für die verschiedenen Zweige der Sozialversicherung unterschiedlich ausfallen muss.

6.2 Sozialversicherungsträger als Konsumentendemokratie

Das Szenario der Sozialversicherungsträger als konsumentenorientierte, demokratisch gesteuerte Trägerorganisationen bildet das Kontrastmodell zum Szenario des mitbestimmten Unternehmens. Soziale Selbstverwaltung wird in diesem Modell vom Pol der Zivilgesellschaft her gedacht. Konsumentendemokratie bedeutet bei einer konsequenten Umsetzung die alleinige Repräsentation der Versicherten in den Selbstverwaltungsgremien. Dieses Entwicklungsszenario ist keineswegs so unplausibel, wie es zunächst klingen mag. Die alte gewerkschaftliche Forderung (vgl. Nowak/Schaper 1981) findet neue Rechtfertigung in den aktuellen Diskussionen zur Reform der Finanzierungsgrundlagen der Sozialversicherung. In diesem Kontext wird unter anderem auch der Vorschlag der Auszahlung des Arbeitgeberzuschusses als Lohnbestandteil diskutiert. Eine solche Veränderung des Finanzierungsmodus würde eine Anpassung der Repräsentationsregeln in den Selbstverwaltungsgremien rechtfertigen.

In konsumentenorientierten, demokratisch gesteuerten Sozialversicherungsträgern werden die Versicherten zwar nicht in ihrer Rolle als Bürger, sondern als Kunden und Nachfrager angesprochen. Aber auch eine von wirtschaftlichen und nicht von politischen Rollen ausgehende Einbeziehung der Bürger in die Sozialversicherung kann einen demokratischen Mehrwert gegenüber der jetzigen Form der Betroffenenbeteiligung haben und eine Möglichkeit zu einer partizipatorischen Erneuerung der Sozialversicherungssicherung sein (vgl. Nullmeier 2006). Die Stärkung des demokratischen Elements im Vergleich zum gegenwärtigen Selbstverwaltungsmodell wird an zwei Aspekten deutlich. Zum einen in der verbesserten Repräsentation bislang nicht oder nur schwach vertretener Interessen. Eine Erweiterung des berücksichtig-

ten Personenkreises kann beispielsweise durch den erleichterten Zugang von Versicherten und Familienangehörigen zu Sozialversicherungswahlen erfolgen oder aber – mit größerer Veränderungswirkung – durch eine Anerkennung von Interessendifferenzen innerhalb der Mitgliedschaft der Sozialversicherungsträger. Die Inklusion neuer Interessengruppen in die Selbstverwaltungsgremien würde mit dazu beitragen, die verhärtete Verbändeherrschaft in der Selbstverwaltung aufzubrechen. Die stärkere demokratische Ausrichtung wird zum Zweiten im Verzicht auf Friedenswahlen und in einer konsequenten Durchführung von ‚echten‘ Wahlen deutlich. Urwahlen in der Sozialversicherung wurden in der Vergangenheit oftmals als überflüssig erklärt, weil ein politischer Wettbewerb, bei dem die Wahlparteien mit gegenpoligen programmatischen Standpunkten um die Stimmen der Mitglieder konkurrieren, aufgrund der recht geringen Autonomiespielräume der Selbstverwaltungsakteure nicht möglich war (Schnapp 2000: 811 mit weiteren Nachweisen). Durch die Sozialstaatsreformen der vergangenen Jahre sind aber vor allem im Gesundheitsbereich die Möglichkeiten zur Entwicklung programmatischer Alternativen gestiegen und können von den Selbstverwaltungsakteuren zukünftig genutzt werden, um ihr Interesse an den Interessen der Mitglieder zu demonstrieren. Eine Politisierung der Sozialwahl lässt umgekehrt auch das Interesse der Versicherten an ‚ihrer‘ Selbstverwaltung wachsen.

Anregungen zur Weiterentwicklung der sozialen Selbstverwaltung in Richtung Verbraucherdemokratie lassen sich auch aus dem kommunalen Verwaltungsmodernisierungsprozess entnehmen. Um die Position der Bürger in kommunalen Entscheidungsprozessen zu stärken und die personelle Legitimation der Entscheidungsträger zu verbessern, wurden hier in den vergangenen Jahren flächendeckend Entscheidungsmechanismen der direkten Demokratie (z.B. Bürgerentscheide oder Direktwahl des Bürgermeisters) und der kooperativen Demokratie (z.B. in Form von Bürgerforen oder runden Tischen) eingeführt. In der Diskussion um die Modernisierung der sozialen Selbstverwaltung haben Elemente der direkten und der kooperativen Demokratie bislang keine Rolle gespielt. Theoretisch vorstellbar – warum nicht? – ist aber durchaus, dass die Mitglieder die Vorstände der Sozialversicherungsträger direkt wählen oder in zugangsoffenen Foren Versorgungsfragen konsultativ diskutieren. Gestaltet man die Binnenstrukturen der Sozialversicherungsträger in Anlehnung an die kommunale Selbstverwaltung, so wäre das Leitungsmodell zweistufig zu konzipieren: ein direkt gewählter Vorstand in Analogie zum direkt gewählten Bürgermeister sowie ein Rat, der die Exekutive kontrolliert. Das Kontrollorgan überprüft die adäquate Umsetzung der Mitgliederinteressen, was einen spezifischen Fokus auf die betriebswirtschaftliche Steuerung implizieren kann, aber nicht muss. Ähnlich wie im Modell des mitbestimmten Unternehmens orientiert sich das Leitungsmodell an der Idee der Gewaltenteilung. Das Problem der Verselbstständigung einer ‚starken‘ Exekutive wird aber zusätzlich dadurch gemildert, dass der Vorstand sich gegenüber der Mitgliedschaft direkt zu rechtfertigen hat und seine Wiederwahlchancen letztlich von der Gunst der Mitglieder abhängen.

6.3 Anstaltliche Selbstverwaltung

Mit dem Begriff der anstaltlichen Selbstverwaltung soll eine staatsnahe Durchführung der Sozialversicherung bezeichnet werden. Wie eine solche anstaltliche Selbstverwaltung aussehen kann, lässt sich am Beispiel der Bundesagentur für Arbeit (BA) veran-

schaulichen. Hier ist die Selbstverwaltungsautonomie durch staatliche Genehmigungsvorbehalte deutlich eingeschränkt. So bedarf der Haushalt der BA, anders als es bei den Rentenversicherungsträgern oder Krankenkassen der Fall ist, der Genehmigung durch das aufsichtführende Ministerium (was seine Begründung darin findet, dass der Bund im Rahmen eines Defizitdeckungsverfahrens den Differenzbetrag zwischen den Gesamteinnahmen und -ausgaben ausgleicht). Darüber hinaus sind die Leitungsorgane der BA drittelparitätisch gestaltet und staatliche Akteure wirken auf diese Weise direkt an der Willensbildung und Entscheidungsfindung mit. Schließlich wird auch das operative Leitungsorgan, der aus drei Personen bestehende Vorstand, vom Bundespräsidenten auf Vorschlag der Bundesregierung bestellt. Das Selbstverwaltungsgremium hat hier keine direkten Mitspracherechte, sondern kann zu den vorgeschlagenen Personen lediglich Stellung beziehen (Marx/Schmachtenberg 2002).

Durch die Repräsentation staatlicher Akteure in den Leitungsorganen und die Bestellung der operativen Leitungskräfte durch den Bundespräsidenten und die Bundesregierung lässt sich in einer anstaltlichen Selbstverwaltung eine ununterbrochene Legitimationskette zurück zum Volk konstruieren. Mit diesem Reformszenario wären also die verfassungsrechtsdogmatischen Probleme der demokratischen Legitimation der Selbstverwaltungsakteure gelöst – aber in Bezug auf das Ziel einer bürgernahen und beteiligungsorientierten Durchführung der Sozialversicherung wäre wenig gewonnen. Das Entwicklungsszenario der anstaltlichen Selbstverwaltung stößt zudem auf praktische Umsetzungsschwierigkeiten. Auch wenn die Überlegungen der neuen schwarz-roten Koalition realisiert und die Zahl der Sozialversicherungsträger durch Fusionen in absehbarer Zeit deutlich reduziert werden, so müsste doch bei einer drittelparitätischen Leitungsstruktur eine beachtliche Zahl von Mitarbeitern des Bundes in die Leitungsorgane berufen werden. Eine weitere Reduktion der Selbstverwaltungsgremien wäre zunächst notwendig, etwa indem nur noch die Landes- oder die Bundesebene der Kassen mit Selbstverwaltungsgremien ausgestattet sind und die regionalen, dezentralen Träger zu rein administrativen, der Landes- und Bundesebene hierarchisch untergeordneten Organisationen reformiert werden. Eine solche hierarchische Binnenstruktur mag für die Rentenversicherungsträger noch vorstellbar sein. Hier wurde im Zuge der Organisationsreform im vergangenen Jahr bereits eine Zentralinstitution mit (begrenzten) trägerübergreifenden Kompetenzen aufgebaut. Grundsätzlich ist aber bei einer Reform hin zur anstaltlichen Selbstverwaltung mit großen Widerständen der Selbstverwaltungsakteure zu rechnen. Die korporative Autonomie ist tief im Selbstverständnis der Kassen verankert und ist gerade bei den Krankenkassen elementarer Bestandteil der organisationalen Identität. Aber auch bei den Rentenversicherungsträgern, deren Organisationsverfassung im Vergleich zu den Krankenkassen immer schon mehr Anstaltscharakter hatte, war der Prozess der internen Hierarchisierung während der Organisationsreform mit zahlreichen Konflikten behaftet und staatliche Reforminitiativen zur weiteren Einschränkung der korporativen Autonomie wurden von allen Trägern kollektiv abgelehnt.

7. Soziale Selbstverwaltung – quo vadis?

Die Beteiligungsstrukturen der sozialen Selbstverwaltung werden in der massenmedialen Öffentlichkeit als „Farce“ (*Süddeutsche Zeitung*, 23.3.2005) und „vorgegaukelte

Demokratie“ (*Frankfurter Rundschau*, 29.4.2005) kritisiert – zu Recht, wie die Betrachtung der Funktions- und Legitimationsdefizite der sozialen Selbstverwaltung in Kapitel 4 gezeigt hat. Die soziale Selbstverwaltung ist ein traditionsreicher Steuerungsmechanismus, der zweifelsohne einen wichtigen Beitrag zur Befriedung sozialer Konflikte geleistet hat. Aber Historizität und das Argument der pfadabhängigen Entwicklung reichen nicht aus, um das eklatante Auseinanderklaffen von Selbstverwaltungs-idee und Selbstverwaltungsrealität zu rechtfertigen. In ihrer gegenwärtigen Form kann der sozialen Selbstverwaltung das Prädikat einer partizipativen und effizienten Verwaltungsführung keinesfalls verliehen werden.

Zu einer Erneuerung der sozialen Selbstverwaltung und einer Wiederbelebung sinnentleerter Rituale wie der Sozialwahl kann es nur kommen, wenn institutionelle Reformmaßnahmen durchgeführt werden, die in ein normatives Leitbild und in einen Sinnzusammenhang eingebunden sind. Mit den Strukturmodellen der Sozialversicherungsträger als genossenschaftliche Konsumentendemokratie, als mitbestimmte Unternehmen oder als anstaltliche Selbstverwaltung wurden drei mögliche Entwicklungsszenarien für die Träger der Sozialversicherung beschrieben. Die skizzierten Organisationsverfassungen bieten im Vergleich zur jetzigen Selbstverwaltungspraxis eine bessere Basis für eine demokratisch legitimierte Durchführung der Sozialversicherung. Sie ermöglichen gesellschaftliche Teilhabe an der Administration der Sozialversicherung, allerdings mit jeweils sehr unterschiedlichem Partizipationsniveau. Der erste Schritt bei der Reform der sozialen Selbstverwaltung besteht daher darin, zu definieren, was eine zeitgemäße Interpretation von Selbstverwaltung heißen kann bzw. heißen soll. Sollen Selbstverwaltungsgremien (weiterhin) vor allem die Sozialpartnerschaft zwischen Arbeitgebern und Gewerkschaften symbolisieren? Sind Selbstverwaltungsorgane hochprofessionell arbeitende Gremien mit entsprechend qualifizierten Akteuren, die als Beirat staatliche Akteure bei Entscheidungsfragen beraten und unterstützen? Oder soll mit dem Selbstverwaltungsmodell breiten Bürgerschichten die Partizipation an öffentlichen Entscheidungsprozessen ermöglicht werden? Werden wie bislang nur einzelne Stellschrauben im Steuerungsgefüge der Sozialversicherung neu justiert, so wird die Chance vertan, die Vorteile des Steuerungsmechanismus Selbstverwaltung konsequent zu nutzen. Das gesellschaftliche Urteil über die soziale Selbstverwaltung und die Schlagzeilen der Tagespresse bei der nächsten Sozialwahl dürften dann schon jetzt wohlbekannt sein: ‚Sozialklimbim‘ und ‚Klotz am Bein‘, ‚Etikettenschwindel‘ und ‚teures Ritual‘. Einer Reform der sozialen Selbstverwaltung muss daher, so lautet das Fazit dieses Beitrags, eine normative Entscheidung über die Funktion und den Stellenwert der Selbstverwaltung in der Sozialversicherung – genauer: in den einzelnen Zweigen der Sozialversicherung – vorausgehen.

Literaturverzeichnis

- BDA, Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (2004): Aufsichtsfunktion stärken – Autonomie erweitern. BDA-Positionspapier zur Reform der sozialen Selbstverwaltung, Mai 2004.
- Bode, Ingo (2003): „Multireferenzialität und Marktorientierung“, *Zeitschrift für Soziologie* 32: 435-453.

- Bogs, Harald; Ferber, Christian von (1977): *Soziale Selbstverwaltung. Aufgaben und Funktion der Selbstverwaltung in der Sozialversicherung*. Bonn: Verlag der Ortskrankenkassen.
- Braun, Bernard; Buitkamp, Martin (2005): „Zur Bekanntheit und Verankerung von Sozialwahlen und Selbstverwaltung in der GKV“, *Soziale Sicherheit* 54: 77-80.
- Döhler, Marian (2002): „Gesundheitspolitik in der Verhandlungsdemokratie“, in: Winand Gellner; Markus Schön (Hg.): *Paradigmenwechsel in der Gesundheitspolitik?* Baden-Baden: Nomos, 25-40.
- Döhler, Marian; Manow-Borgwardt, Philip (1992): „Korporatisierung als gesundheitspolitische Strategie“, *Staatswissenschaften und Staatspraxis* 3: 64-106.
- Engelen-Kefer, Ursula (2003): „50 Jahre soziale Selbstverwaltung. Ein Stück gelebte Demokratie“, *Soziale Sicherheit* 52: 336-370.
- Evers, Adalbert; Rauch, Ulrich; Stitz, Uta (2002): *Von öffentlichen Einrichtungen zu sozialen Unternehmen. Hybride Organisationsformen im Schul-, Kultur- und Altenpflegebereich*. Berlin: Edition Sigma.
- Felix, Dagmar (2001): „Verwaltungsrat und Vorstand in der gesetzlichen Krankenversicherung – Aufgaben und Befugnisse“, in: Friedrich E. Schnapp (Hg.): *Funktionale Selbstverwaltung und Demokratieprinzip – am Beispiel der Sozialversicherung*. Frankfurt/Main: Peter Lang, 43-64.
- Forsthoff, Ernst (1973): *Lehrbuch des Verwaltungsrechts. Allgemeiner Teil, Bd. 1*. München: C.H. Beck.
- Geis, Max-Emanuel (2001): „Körperschaftliche Selbstverwaltung in der Sozialversicherung“, in: Friedrich E. Schnapp (Hg.): *Funktionale Selbstverwaltung und Demokratieprinzip – am Beispiel der Sozialversicherung*. Frankfurt/Main: Peter Lang, 65-88.
- Hase, Friedhelm (2005): „Verfassungsrechtliche Bewertung der Normsetzung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss“, *MedR* 23: 391-397.
- Heffter, Heinrich (1969): *Die deutsche Selbstverwaltung im 19. Jahrhundert. Geschichte der Ideen und Institutionen*. Stuttgart: K.F. Koehler.
- Hendler, Reinhard (1984): *Selbstverwaltung als Ordnungsprinzip. Zur politischen Willensbildung und Entscheidung im dynamischen Verfassungsstaat der Industriegesellschaft*. Köln: Carl Heymanns.
- Hess, Rainer (2005): „Darstellung der Aufgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses“, *MedR* 23: 385-389.
- Hosak, Pit (2005): „Erster Corporate Governance Kodex einer gesetzlichen Krankenkasse. Für mehr Effizienz und weniger Reibungsverluste“, *Soziale Sicherheit* 54: 86-91.
- Hufen, Friedhelm (1991): „Soziale Selbstverwaltung im demokratischen Rechtsstaat“, in: Schriftenreihe des Deutschen Sozialrechtsverbandes (SDSRV) (Hg.): *Selbstverwaltung in der Sozialversicherung*. Wiesbaden: Verlag Chmielorz, 43-64.
- IG Metall (2005): „Die Ergebnisse der Sozialwahlen 2005. Eine Analyse und Bewertung aus gewerkschaftlicher Sicht“, *Soziale Sicherheit* 54: 246-253.
- Marx, Stefan; Schmachtenberg, Rolf (2002): „Reform der Arbeitsverwaltung. Mehr Wettbewerb und moderne Leitungsstrukturen“, *Bundesarbeitsblatt* Nr. 4: 5-9.
- Mayntz, Renate (1993): „Policy-Netzwerke und die Logik von Verhandlungssystemen“, in: Héritier, Adrienne (Hg.): *Policy-Analyse. Kritik und Neuorientierung*. Opladen: PVS-Sonderheft 24, 39-56.
- Muckel, Stefan (2002): „Die Selbstverwaltung in der Sozialversicherung auf dem Prüfstand des Demokratieprinzips“, *NZS* 11: 118-125.
- Musil, Andreas (2004): „Das Bundesverfassungsgericht und die demokratische Legitimation der funktionalen Selbstverwaltung“, *DÖV* 57: 116-120.

- Nowak, Meinolf; Schaper, Klaus (1981): „Reform der Selbstverwaltung in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)“, *WSI-Mitteilungen* 34: 307-316.
- Nullmeier, Frank (2006): „Demokratie und Sozialpolitik in Deutschland“, in: Erwin Carigiet; Ueli Mäder; Michael Opielka; Frank Schulz-Niewandt (Hg.): *Wohlstand durch Gerechtigkeit. Deutschland und die Schweiz im sozialpolitischen Vergleich*. Zürich: Rotpunktverlag, 300-314.
- Rexin, Burkhard (2005): „Nur bei acht Sozialversicherungsträgern gibt es echte Wahlen“, *Soziale Sicherheit* 54: 74-77.
- Ritter, Gerhard A. (1998): „Bismarck und die Grundlegung des deutschen Sozialstaates“, in: Franz Ruland; Bernd Baron von Maydell; Hans-Jürgen Papier (Hg.): *Verfassung, Theorie und Praxis des Sozialstaats*. Heidelberg: C.F. Müller, 789-820.
- Ruland, Franz; Dünn, Sylvia (2005): „Die Organisationsreform in der gesetzlichen Rentenversicherung. Ein Überblick“, *NZS* 14: 113-121.
- Rzesnik, Norbert (2001): „Überlegungen zur Erhöhung der Akzeptanz der Selbstverwaltung“, *Kompass. Zeitschrift für Sozialversicherung im Bergbau* 111: 124-131.
- Schnapp, Friedrich E. (1994): „Organisation der gesetzlichen Krankenversicherung“, in: Bertram Schulin (Hg.): *Handbuch des Sozialversicherungsrechts, Band 1: Krankenversicherungsrecht*. München: Beck, 1179-1223.
- Schnapp, Friedrich E. (2000): „Friedenswahlen in der Sozialversicherung – vordemokratisches Relikt oder scheidemokratisches Etikett?“, in: Volker Epping; Horst Fischer; Wolff Heintschel von Heinegg (Hg.): *Brücken bauen und begeben. Festschrift für Knut Ipsen*. München: C.H. Beck, 807-828.
- Schuppert, Gunnar Folke (1989): „Selbstverwaltung, Selbststeuerung, Selbstorganisation – Zur Begrifflichkeit einer Wiederbelebung des Subsidiaritätsgedankens“, *AÖR* 114: 127-148.
- Storr, Stefan (2003): „Die Stellung der Sozialversicherungen im europäischen Wettbewerbsrecht am Beispiel der gesetzlichen Krankenversicherungen“, *Zeitschrift für europäisches Sozial- und Arbeitsrecht*: 249-257.
- Tennstedt, Florian (1977): *Geschichte der Selbstverwaltung in der Krankenversicherung von der Mitte des 19. Jahrhunderts bis zur Gründung der Bundesrepublik Deutschland*. Bonn: Verlag der Ortskrankenkassen.

Korrespondenz: Tanja Klenk
Universität Bremen
Zentrum für Sozialpolitik
Parkallee 39
28209 Bremen

E-Mail: tklenk@zes.uni-bremen.de