

Arbeitspapier **277**

Katharina Baumeister | Andreas Hartje

Nora Knötig | Thomas Wüstrich

**Soziale Selbstverwaltung  
in der gesetzlichen  
Krankenversicherung (GKV)**

**Arbeitspapier 277**

Katharina Baumeister | Andreas Hartje | Nora Knötig | Thomas Wüstrich

**Soziale Selbstverwaltung  
in der gesetzlichen Krankenversicherung**

Dr. Katharina Baumeister ist wissenschaftliche Mitarbeiterin im Bayerischen Staatsministerium für Wissenschaft, Forschung und Kunst und war bis 2011 Projektmitarbeiterin im Projekt „Soziale Selbstverwaltung in der gesetzlichen Krankenversicherung: Ökonomische und soziale Handlungsperspektiven für Versicherte und Arbeitnehmer“.

Andreas Hartje, Dipl.-Soziologe univ., ist Mitarbeiter am Institut für Ökonomie und Recht, Fakultät für Betriebswirtschaft, Universität der Bundeswehr München.

Dr. Nora Knötig ist Mitarbeiterin am Institut für Ökonomie und Recht, Fakultät für Betriebswirtschaft, Universität der Bundeswehr München.

Prof. Dr. Thomas Wüstrich ist Professor für Volkswirtschaftslehre an der Universität der Bundeswehr München.

## Impressum

Herausgeber: Hans-Böckler-Stiftung  
Mitbestimmungs-, Forschungs- und Studienförderungswerk des DGB  
Hans-Böckler-Straße 39  
40476 Düsseldorf  
Telefon: (02 11) 77 78-194  
Fax: (02 11) 77 78-4194  
E-Mail: Dorothea-Voss@boeckler.de

Redaktion: Dr. Dorothea Voss, Leiterin Referat Zukunft des Sozialstaates/  
Sozialpolitik, Forschungsförderung

Best.-Nr.: 11277

Produktion: Der Setzkasten GmbH, Düsseldorf

Düsseldorf, Juni 2013

€ 15,00

## Vorwort

Für die Bearbeitung des Themas „Soziale Selbstverwaltung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV): Ökonomische und soziale Handlungsperspektiven für Versicherte und Arbeitnehmer“ hat die Hans-Böckler-Stiftung (HBS) der Universität der Bundeswehr München Fördermittel zur Verfügung gestellt. Motiv für das Vorhaben war eine Neubetonung der Gesundheitspolitik als versicherten- und arbeitnehmerbezogenes Profilierungs- und Handlungsfeld sowie eine Neupositionierung der Arbeitnehmer-Selbstverwaltung im Vorfeld der Sozialwahlen 2011.

Maßgeblich für das Gelingen des Projekts war aber insbesondere die spontane Bereitschaft von insgesamt 57 ehrenamtlichen Arbeitnehmer-Selbstverwalterinnen und Selbstverwaltern aller Kassenarten im Rahmen einer umfangreichen qualitativen Befragung Rede und Antwort zu stehen. Drei projektbegleitende Workshops rundeten die empirischen Erhebungen ab. Das durchgängig hohe Maß an Motivation, Zuversicht und Engagement der Befragten und Workshop-Teilnehmer, denen hier für ihre Unterstützung und wertvollen Hinweise besonders gedankt sei, eröffnet trotz aller formeller und informeller Einschränkungen und Hürden eine optimistische Sicht auf Bestand, Weiterentwicklung und Zukunft der sozialen Selbstverwaltung in der GKV.

München, im Januar 2013



## Inhaltsverzeichnis

0	Selbstverwaltung am Scheideweg .....	7
0.1	Relevanz des Untersuchungsgegenstandes .....	7
0.2	Inhaltlicher Aufbau des Arbeitsberichtes .....	8
1	Selbstverwaltung als Steuerungsmechanismus in der GKV .....	11
1.1	Selbstverwaltung – Steuerungstheoretische Grundlagen .....	11
1.2	Begrenzter Erfolg tradierter Steuerungsmethoden im Gesundheitswesen .....	14
1.3	Selbstverwaltung als „dritter Weg“ zwischen Markt und Staat .....	18
1.4	Das Projekt „Soziale Selbstverwaltung in der GKV“ – Handlungsfelder, Hemmnisse, Handlungskompetenzen .....	21
2	Methodische Vorgehensweise .....	25
3	Befunde zu Möglichkeiten, Grenzen und Erfordernissen selbstverwalte- rischen Handelns in der GKV .....	27
3.1	Motivation und Ziele der Akteure .....	27
3.1.1	Vorgaben durch die Listenträger .....	27
3.1.2	Individuelle Ziele und Motive .....	28
3.1.3	Bessere Versorgung im Fokus der Selbstverwaltung .....	29
3.1.4	Schlussfolgerungen für Zielvorgaben und Motivation .....	31
3.2	Steuerungspotential aus Sicht der Akteure .....	32
3.2.1	Handlungsfelder und Erfolgsbedingungen .....	32
3.2.2	Hemmnisse .....	36
3.2.3	Schlussfolgerung: Ableitung eines Netto-Steuerungspotentials .....	39
3.3	Handlungsbedarf aus Sicht der Akteure .....	41
3.3.1	Gezielte Rekrutierung .....	41
3.3.2	Aus-, Fort- und Weiterbildung .....	42
3.3.3	Unterstützung durch Personal, Sachmittel, Zeit und Vernetzung .....	44
3.3.4	Herstellen von Transparenz durch Kommunikation und Interaktion .....	47
3.3.5	Die Beschäftigten im Gesundheitswesen – im Blickwinkel der Selbstverwalter? .....	51
3.3.6	Schlussfolgerungen für den zukünftigen Handlungsbedarf .....	52
4	Leitbild für Selbstverwalter .....	55
5	Zusammenfassende Schlussbetrachtung .....	61
6	Literatur .....	65
7	Anhang .....	69
	Über die Hans-Böckler-Stiftung .....	72



## 0 Selbstverwaltung am Scheideweg

### 0.1 Relevanz des Untersuchungsgegenstandes

Das anwendungsbezogene Forschungsprojekt, dessen Ergebnisse im vorliegenden Abschlussbericht dargestellt und erläutert werden, ergänzt eine Vielzahl theoretischer und empirischer Untersuchungen zur sozialen Selbstverwaltung in der GKV. Kaum ein sozialwissenschaftliches Erkenntnisobjekt war in den vergangenen Jahren Untersuchungsgegenstand so vieler und unterschiedlicher Fachdisziplinen: Selbstverwaltung wurde aus politik- und verwaltungswissenschaftlicher, soziologischer, juristischer und (gesundheits-) ökonomischer Perspektive analysiert. Im Mittelpunkt des Erkenntnisinteresses standen häufig inputlegitimatorische, d.h. demokratie- und partizipationstheoretische Fragestellungen: Die Problematik von Ur- oder Friedenswahlen, das richtige und zukunftsweisende Organisationsmodell Verwaltungsrat, Beirat oder Aufsichtsrat, die Zukunft der Parität von Arbeitnehmern und Arbeitgebern waren Inhalte des wissenschaftlichen Diskurses über die Zukunft der Selbstverwaltung.

Dagegen geben die vorliegenden Ergebnisse Aufschluss über das ökonomische Steuerungspotential von sozialer Selbstverwaltung. Inwiefern kann der Ordnungstyp soziale Selbstverwaltung nachhaltig zu einer qualitativ hochwertigen, bedarfsorientierten und wirtschaftlichen Gesundheitsversorgung beitragen, also outputlegitimatorisch<sup>1</sup> einen „Mehrwert“ für eine versicherten- und patientenorientierte Versorgung generieren?

Derzeit scheint Selbstverwaltung häufig als „Sündenbock“ für viele ökonomische Probleme im Gesundheitssystem zu dienen. Ihr geringer Bekanntheitsgrad in der Öffentlichkeit, die anhaltend niedrige Beteiligung an den Sozialwahlen, die latente Kritik, ob Selbstverwaltung in der bestehenden Form noch ein zeitgemäßes Instrument ist, die fortdauernde Diskussion über die Legitimation von Friedens- oder Urwahlen sowie die durch Konzentration der Kassenlandschaft zunehmende Entfremdung zwischen Selbstverwaltern und Versicherten<sup>2</sup> werfen immer wieder die Frage auf, ob soziale Selbstverwaltung überhaupt noch eine Zukunft hat und wenn ja, in welcher Form und in welchem organisationstheoretischen Setting. Spätestens mit der Einführung einer Bürgerversicherung sollte auch ihre zukünftige Rolle geklärt sein.

Konzeptionell kommt der sozialen Selbstverwaltung sowohl eine Mittelfunktion zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung, Erhöhung der Bedarfsgerechtigkeit und So-

1 Unter inputlegitimatorischen Aspekten wird primär die Frage untersucht, über welches Procedere (Input) der Selbstverwalter für sein Amt legitimiert wird, z.B. durch Ur- oder Friedenswahlen. Bei der Outputlegitimation steht dagegen das Ergebnis (Output) selbstverwalterischen Handelns im Vordergrund, also z.B. sein Beitrag zu einer guten und bedarfsgerechten Versorgung.

2 Wenn beide Geschlechter gemeint sind, wird im vorliegenden Bericht von der zusätzlichen Nennung der femininen Form abgesehen und das Maskulinum verwendet. Wo immer möglich, wurden grammatikalisch neutrale Formen benutzt. Wenn ein geschlechtsspezifischer Unterschied gezielt hervorgehoben werden sollte, wurde die geschlechtszuweisende Form gewählt.

lidarität sowie zur Steigerung der Wirtschaftlichkeit als auch eine Zielfunktion zur Erweiterung von Freiheit und Mitbestimmung zu. Sie kann daher folgendermaßen Teil einer integrierten sozialpolitischen Strategie von Listenträgern sein:

- als ökonomisches Steuerungsprinzip zur Steigerung der ökonomischen Effizienz,
- als Instrument der Mitbestimmung zur Erweiterung der Partizipationsmöglichkeiten von Arbeitnehmern, Versicherten und Patienten sowie
- ggf. als Instrument zur Verbesserung der sozialen Lage der im Gesundheitswesen Beschäftigten im Sinne einer sozialen Effizienz.

Das Erkenntnisinteresse des Forschungsvorhabens liegt demzufolge sowohl im ökonomischen und sozialen Potential des „Steuerungsprinzips“ Selbstverwaltung als auch in den institutionellen Erfordernissen zur Stärkung der Arbeitnehmer-Mitbestimmung als Instrument zur Sicherstellung und Verbesserung einer versicherten- und patienten-nahen medizinischen Versorgung. Das Projekt geht von der Arbeitshypothese aus, dass soziale Selbstverwaltung bei geeigneter personeller Auswahl der Selbstverwalter, konsistenter inhaltlicher Konzeption, sozialpolitisch klarem programmatischen Bekenntnis sowie ausreichender Unterstützung durch Personal, Sachmittel und Zeit ein beachtliches ökonomisches und soziales Steuerungspotential entfalten kann. Sie ist somit nach wie vor eine relevante, zwischen Markt und Staat liegende ökonomische und soziale Steuerungsoption im Gesundheitswesen, welche die Besonderheiten des „Gesundheitsmarktes“ angemessen berücksichtigt und das Sozialstaatsgebot in materieller Hinsicht für die unmittelbar Betroffenen konkretisiert.

## 0.2 Inhaltlicher Aufbau des Arbeitsberichtes

Nach dieser kurzen Einführung sollen in Kapitel 1 die theoretischen Grundlagen für die Selbstverwaltung als ökonomisches Steuerungsinstrument erläutert werden. In Folge soll vor dem Hintergrund der Defizite der herkömmlichen Steuerungsoptionen Markt und Staat unter normativ-outputlegitimatorischen Gesichtspunkten das Problemlösungspotential von sozialer Selbstverwaltung in der gesetzlichen Krankenversicherung herausgearbeitet werden. Ausgehend von der Theorie des Marktversagens wird zunächst gezeigt, wie problematisch die simple Übertragung marktwirtschaftlicher Steuerungsmechanismen auf den Gesundheitssektor ist. Viele der Funktionsvoraussetzungen von Markt und Wettbewerb sind auf dem „Gesundheitsmarkt“ nicht oder nur eingeschränkt gegeben, sodass eine Allokation von Ressourcen zwangsläufig nicht dem angestrebten paretianischen Effizienzideal entsprechen kann. Ferner wird gezeigt, dass das einer sozialen Krankenversicherung inhärente Prinzip eines Solidarausgleichs im Sinne einer einkommensbezogenen Beitragserhebung und bedarfsorientierten Leistungsgewährung nur eingeschränkt mit den Verteilungsprinzipien des Marktes kompatibel ist. Aber auch die naheliegende Alternative, Marktversagen durch staatliche Regulierung auszugleichen, springt zu kurz: Die Herausforderungen des Gesundheitssystems sind angesichts seiner volkswirtschaftlichen Relevanz und Heterogenität zu

komplex, als dass sie durch staatliche Regulierung und Bürokratie einer effizienten Lösung näher gebracht werden können. Unübersehbar wären die mit zentraler Planung und Regulierung verbundenen Dysfunktionalitäten staatlicher Steuerungsambitionen, verwirklicht zum Beispiel durch eine staatliche Einheitskrankenkasse. Diese Überlegungen sollen zeigen, dass der Diskurs über den beschränkten Problemlösungsbeitrag tradierter Methoden nicht nur politisch-ideologisch, sondern auch normativ begründet werden kann.

Betrachtet werden sollen die Steuerungsoptionen Markt und Staat jedoch nicht idealtypisch als antagonistisch bipolare Alternativen, sondern als realtypische Ausprägungen auf einem Kontinuum, d.h. soviel Markt wie möglich – so viel staatliche Regulierung wie nötig. Als alternativ ergänzender Ordnungstyp und Entscheidungsmechanismus kommt dann soziale Selbstverwaltung als „dritter“ Weg im Sinne eines historisch bewährten dezentral-paritizipativen Prinzips gesellschaftlicher Selbstregelung ins Spiel.

In Kapitel 2 folgt die Erläuterung des auf leitfadengestützten Experteninterviews basierenden qualitativen methodischen Vorgehens des Projekts. Da der Fokus des Forschungsvorhabens auf Identifikation, Beschreibung und Weiterentwicklung möglicher Steuerungspotentiale in der sozialen Selbstverwaltung lag, sollten hierfür die betroffenen Akteure selbst über ihre individuellen Handlungsmöglichkeiten und -begrenzungen befragt werden. Die Stichprobe umfasste 57 Selbstverwaltungsakteure, die unter anderem auch zu Optimierungsmöglichkeiten im Hinblick auf ihre Bekanntheit und Legitimation befragt werden konnten.

Daran anschließend wird in Kapitel 3 der empirische Befund der Erhebung ausführlich beschrieben. Unter den für das Projekt handlungsleitenden Vorgaben „Handlungsfelder identifizieren – Hemmnisse abbauen – Handlungskompetenzen stärken“ wird hier nach outputlegitimatorischen Kriterien der gesundheitsökonomische und sozialpolitische Problemlösungsbeitrag der sozialen Selbstverwaltung in der GKV aufgezeigt. Ausgehend von der theoretischen Annahme, dass ein systemrationales Handeln nur auf der Basis operationaler Zwecke und Ziele erfolgen kann, wurden die für die Untersuchung ausgewählten Selbstverwalter zunächst nach ihren Zielvorgaben und ihrer individuellen Motivation befragt. Aus der Gegenüberstellung von Handlungsfeldern und Aktionsparametern der Selbstverwalter sowie den bei der Aktivierung dieser Potentiale entgegen stehenden Handlungsbeschränkungen wurde ein „Netto-Steuerungspotential“ der Selbstverwaltung abgeleitet. Dieses ist zwar notwendig für eine selbstverantwortliche Wahrnehmung von Selbstverwalter-Aufgaben aber keineswegs hinreichend. Insofern wurde empirisch abschließend weiter analysiert, welchen zukünftigen Handlungsbedarf die befragten Selbstverwalter zur Aktivierung dieses Steuerungspotentials sehen. Neben der gezielten Rekrutierung geeigneter „Selbstverwalter-Persönlichkeiten“ und ihrer Vernetzung wird in diesem Zusammenhang vor allem eine möglichst systematisch-curricular strukturierte Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie eine personell und sachlich hinreichende Unterstützung thematisiert. Es wird deutlich, dass eine bedarfs-

gerechte Versorgungsorientierung und Versichertennähe nur gelingen kann, wenn eine dauerhaft institutionalisierte Kommunikation und Interaktion zwischen den Versicherten und ihren Repräsentanten in der Selbstverwaltung gewährleistet ist. Auch wurde danach gefragt, inwiefern Arbeitnehmer-Selbstverwalter auch die sozialen Belange der im Gesundheitswesen Beschäftigten im Auge behalten sollen.

Unter der anwendungs- und transferorientierten Fragestellung des Projekts, was zukünftig getan werden muss, damit Selbstverwaltung als ökonomisches und soziales Steuerungsinstrument so wird, wie es sein soll, wird in Kapitel 4 als affirmative Aufforderung an die Listenträger ein Leitbild postuliert: Dieses soll sowohl Handlungsvoraussetzung für die zukünftige Auswahl und praktische Arbeit von Selbstverwaltern sein als auch zur Positionsbestimmung in Bezug auf die Rolle der sozialen Selbstverwaltung in einem „Krankenversicherungssystem der Zukunft“ dienen.

Eine zusammenfassende Schlussbetrachtung in Kapitel 5 schließt den vorliegenden Bericht ab.

# 1 Selbstverwaltung als Steuerungsmechanismus in der GKV

## 1.1 Selbstverwaltung – Steuerungstheoretische Grundlagen

Das Interesse an Verhandlungssystemen und Netzwerken zur Steuerung von gesellschaftlichen Funktionssystemen und Organisationen setzt mit einem veränderten Politik- resp. Staatsverständnis ein. In der Zeit der achtziger Jahre des letzten Jahrhunderts wurden die Grenzen hierarchisch-zentraler Steuerung deutlich. Ausgelöst durch ökonomische Wachstumsprobleme und steigende Arbeitslosenzahlen wurden die Voraussetzungen souveräner Nationalstaatspolitik sichtbar, die sich als im Grunde für die Politik unverfügbare gesellschaftliche Leistungen darstellten: die Abhängigkeit staatlicher Politik von finanziellen Ressourcen, die nur der Markt erzeugen kann und von für dessen Funktionieren notwendigen gut ausgebildeten Arbeitskräften, wie sie nur ein hinreichend flexibles und differenziertes Bildungssystem bereitstellen kann, um nur zwei dieser voraussetzungsreichen Schnittstellen zu benennen. Infrage gestellt waren damit nicht die prinzipiell möglichen Steuerungsleistungen von Politik, Recht, oder Wirtschaft, wohl aber deren (mehr oder weniger eindeutige) Rangfolge. Sowohl ökonomische Theorien, die von einem Primat der Wirtschaft ausgingen, wie die politisch-institutionalistischen Theorien mit ihrer Betonung der Allzuständigkeit und daraus folgenden Vorrangstellung staatlich-administrativer Steuerungsmechanismen sahen sich in horizontal ihre Sichtweisen integrierenden systemtheoretischen Erklärungsansätzen auf reine Selbststeuerung im Rahmen ihrer teilsystemischen Funktionslogiken begrenzt. Die allseitige Skepsis, die sich über die Grenzen der wissenschaftlichen Gesellschaftsbeschreibung hinaus verbreitete, fand ihren Niederschlag einerseits in einer dezidiert steuerungsaversen Haltung gegenüber allen Versuchen der direkten Beeinflussung teilsystemischer Eigendynamiken durch systemexterne Eingriffsversuche, der andererseits eine vor allem praxisorientiert ansetzende Suche nach Konzepten und Modellen für eine neue, die bestehenden Unzulänglichkeiten zum Ausgangspunkt nehmende Steuerungsform gegenüberstand. Unter Begriffen wie New Public Management und Neue Politische Ökonomie (Public Choice) wurden vor allem von Ökonomen Theorien zur Erklärung politischen Handelns und Entscheidens entworfen, die sich ökonomischer Erklärungsansätze bedienen und explizit institutionelle Besonderheiten und Rahmenbedingungen des politischen Systems berücksichtigen. Noch umfassender setzen sozialwissenschaftlich fundierte Konzepte an, die eine prinzipielle Gleichrangigkeit aller gesellschaftlicher Teilsysteme voraussetzen und dennoch Steuerungspotentiale indirekter Art ausmachen: Kontextsteuerung und Governance sind Begriffe, die neben den klassischen Steuerungsformen Markt und Staat/Hierarchie weitere Möglichkeiten gesellschaftlicher Steuerung eröffnen. Dies sind fallweise Solidarität, Recht, Verhand-

lungssysteme, Verbände oder Organisationen.<sup>3</sup> Die Abhängigkeit staatlicher Politik von gesellschaftlichen Teilsystemen wird ergänzt durch eine Angewiesenheit auf die Regulierungspotentiale von bspw. Tarifparteien und zivilgesellschaftlichen Verbänden. Der Staat wird zum kooperativen Akteur, der die selbstregulativen Kompetenzen der Teilsysteme und zivilgesellschaftlichen Akteure als Steuerungsressource voraussetzt und in Anlehnung an das Subsidiaritätsprinzip die Problembearbeitung unter Einbezug der Beteiligten Interessengruppen zu moderieren versucht.

In diesem Kontext können drei Partizipationsgrade unterschieden werden: die unverbindliche Beteiligung, die verbindliche Partizipation und die Selbstverwaltung. Unverbindliche Beteiligung meint die „Teilhabe am Entscheidungsprozess der Dirigierenden durch Informations-, Beratungs- und Mitwirkungsrechte oder demonstrative Proteste der Betroffenen. Verbindliche Beteiligung führt dagegen zur Einschränkung der Entscheidungsvollmacht der Dirigierenden durch echte Mitbestimmung oder kollektive Gehorsamsverweigerung der Betroffenen. Selbstverwaltung heißt hingegen: Aufhebung der Entscheidungsvollmacht der Dirigierenden durch legalen Machtwechsel oder Subsystembesetzung und Selbstorganisation der Betroffenen bzw. Vergesellschaftung der Entscheidungsbildung.“<sup>4</sup>

Diese letztere Form der Vergesellschaftung der Entscheidungsbildung über eine Selbstorganisation der Betroffenen erscheint zum gegenwärtigen Stand der sozialen Selbstverwaltung nicht mehr ganz treffend insofern die gesetzgeberischen Veränderungen der Rahmenbedingungen hin zu mehr Wettbewerb und einer damit einhergehenden „Kommodifizierung“<sup>5</sup> der Selbstverwaltungsakteure wie auch der Krankenkassen unberücksichtigt bleibt. Sie trifft aber dennoch die Besonderheit des Steuerungsmodus, wie er im Prinzip Selbstverwaltung realisiert wird: die Berücksichtigung von Interessen der Versicherten in einem auf Verhandlung ausgelegten System der Mitbestimmung von durch Leistungen der GKV Betroffenen.

Die Bündelung der zu vertretenden Interessen der Versicherten geschieht im korporatistischen Modell der Bundesrepublik Deutschland vornehmlich durch gewerkschaftliche Verbände sowie Interessengruppen, die sich als sogenannte Freie Listen zur Wahl stellen. Problematisch ist im Kontext der vorliegenden Ergebnisse nicht die viel diskutierte Frage der demokratischen Legitimation, sondern diejenige der Output-Legitimation: die Wirksamkeit der sozialen Selbstverwaltung bemisst sich, wie schon von Ferber in den siebziger Jahren festgestellt hat, nicht an der Frage des Für und Wider von Friedenswahlen oder ob es gelingt, eine ausgewogene und solidarische Finanzie-

3 Vgl. hierzu als einen (zwangsläufig ausschnitthaften) Überblick über die insgesamt sehr umfangreiche Literatur zum Thema Wiesenthal 2006 sowie Willke 2006.

4 Vilmar 1973, Seite 162f.

5 Vgl. Esping-Andersen 1990, Seite 35ff.: De-Kommodifizierung meint ursprünglich die individuelle Unabhängigkeit von auf dem Arbeitsmarkt erwirtschafteten Einkommen (engl. „commodity“ = Ware, Gut) und steht hier für eine dominante ökonomische Präferenzordnung, an der sich die befragten Selbstverwalter verstärkt orientieren seit die wettbewerbliche Ausrichtung des GKV-Systems zunimmt und bspw. auch für Krankenkassen prinzipiell das Insolvenzrecht gilt oder Zusatzbeiträge erhoben werden können.

rung des GKV-Systems herzustellen (dies ist zunächst Aufgabe des Gesetzgebers). Viel entscheidender ist die Seite der Sachleistungen, auf der sich die schwierigen und die Versicherten direkt treffenden Fragen der Bedarfsgerechtigkeit stellen.

„Beziehen wir die soziale Selbstverwaltung auf die Personenkreise, deren Lebenslage durch die Sozialleistungen beeinflusst und gestaltet wird, dann begründen wir die Tätigkeit der Selbstverwaltungsorgane weniger aus der Verwaltung der Beiträge als aus der Organisation und Verteilung der Leistungen. Die Mitbestimmungsforderung gegenüber der sozialen Selbstverwaltung richtet sich auf die Wahrnehmung der folgenden Funktionen: Bedarfsermittlung, Planung der Leistungsgewährung, Wirksamkeitskontrolle der sozialpolitischen Leistungen, Setzung von Prioritäten.“<sup>6</sup>

Steuerungstheoretisch gewendet, benennt die Forderung von Ferber die Notwendigkeit der Formulierung von Zielen, die von Vertretergruppen transparent gegenüber den Versicherten kommuniziert und aus den Bedarfslagen derselben generiert werden müssen. Hier macht sich eine Besonderheit des Selbstverwaltungsrechts geltend, die den Tarifparteien den direkten Auftrag zur Aufstellung von Kandidatenlisten überantwortet. Diese Interessensgruppen tendieren nach Olson dazu, ihre eigentlichen inhaltlichen Ziele, derentwegen und zu deren Vertretung sie gegründet wurden, mit zunehmender Größe nur noch als Nebenziele zu verfolgen.<sup>7</sup> Für die soziale Selbstverwaltung bedeutet dies eine programmatische Schwäche: das eigentliche Ziel der Vertretung der Versicherteninteressen und Verbesserung der Versorgungsqualität gerät in den Hintergrund, was sich schon daran zeigt, dass das Sozialprestige des Selbstverwalters im gewerkschaftlichen Statusgefüge vergleichsweise niedrig rangiert. Zudem werden mit dem Spektrum der Handlungsfelder, das die Selbstverwaltung in der GKV zu bearbeiten hat, immer auch originär gewerkschaftliche Interessenlagen tangiert, die in potentiell konflikthafter Weise die Zielorientierung selbstverwalterischen Handelns überlagern können. So sind mit den Zielen einer Verbesserung der Versorgungsqualität möglicherweise Maßnahmen verbunden, die eine Leistungsverdichtung für Beschäftigte im Gesundheitswesen bedeuten kann und die nicht automatisch mit einer Lohnsteigerung einhergeht. Eine Nebenfolge, die jenseits oder auch gegen die Ziele der Selbstverwaltung verlaufen kann – je nachdem, wie stark die Koppelung von Versicherteninteressen mit einem stabilen Beitragssatz oder einem ausgeglichen Haushalt der Krankenkasse gesehen wird. An diesem Beispiel zeigt sich eine Tendenz, die Mancur Olson in seiner Analyse der Logik kollektiven Handelns nicht berücksichtigt hatte: die fortschreitende gesellschaftliche Differenzierung führt auch dazu, dass individuelle Präferenzkonflikte zunehmen, dass also konsistente exogene Präferenzordnungen seltener, zumindest aber unwahrscheinlicher werden. Eine Überlappung von Gruppenzugehörigkeiten, wie sie typisch ist für Mitglieder der sozialen Selbstverwaltung, wirkt so einerseits den

6 von Ferber 1975, Seite 157f.

7 Zunehmend wichtig werden die Probleme der Mitgliedergewinnung über Anreize wie die Bereitstellung von Leistungen, die nur Mitgliedern zukommen, um das Freerider-Problem zu minimieren. Vgl. dazu Olson 1992, Seite 75ff.

Tendenzen entgegen, die Olson für den Niedergang von Nationalstaaten und ein sinkendes Wohlfahrtsniveau verantwortlich macht, andererseits – und das ist im Kontext des vorliegenden Forschungsprojekts wichtiger – steigen damit die Chancen auf eine breitere Berücksichtigung alternativer Wahlmöglichkeiten individuellen Handelns für eine „rational motivierte Offenheit für verschiedene Entscheidungsalternativen“<sup>8</sup>. Die hierin liegende Schwierigkeit besteht darin, die möglichen individuellen Zielkonflikte durch gruppeninterne Konsensbildung im Rahmen von Verhandlungen zu bearbeiten. Das nötigt den Beteiligten ein hohes Maß kognitiver Flexibilität und Wissen über die komplexen inhaltlichen Zusammenhänge ab und ermöglicht, ja verlangt gerade dadurch auch nach der expliziten Berücksichtigung nicht-ökonomischer Ziele wie Status, Anerkennung, Macht und Geselligkeit<sup>9</sup> als nicht zu unterschätzende Aspekte kollektiver Entscheidungsfindung. Weiterhin verändert eine solche Perspektive den Blick auf das sogenannte „Trittbrettfahrer-Problem“, wonach in Gruppen, die eine gewisse Größe überschreiten, der individuelle Beitrag zur Erreichung des Gruppenziels so gering wird, dass einzelne Mitglieder sich nicht mehr aktiv an der Bereitstellung beteiligen: unter differenzierungstheoretischen Gesichtspunkten wird der „Trittbrettfahrer“ zum Mitreisenden, der wichtige Beziehungen seiner Gruppe zu ihrer Umwelt in die Gruppe einspielen kann, um so wiederum die Entscheidungsgrundlage, die Zweck-Mittel-Justierung beeinflussen und realitätsnäher, im Falle der Selbstverwaltung versichertennäher gestalten kann.

## 1.2 Begrenzter Erfolg tradierter Steuerungsmethoden im Gesundheitswesen

Die Reformversuche des deutschen Gesundheitswesens sind Legende. Seit dem 1. Kostendämpfungsgesetz 1977 versuchen Gesundheitspolitiker unterschiedlicher politischer Couleur, in mehr oder weniger regelmäßigen Abständen mit begrenztem Erfolg eine nachhaltige Reform des deutschen Gesundheitssystems zu verwirklichen. Die langfristige und nachhaltige Sicherung einer qualitativ hochwertigen, bedarfsgerechten, ökonomisch effizienten Versorgung mit Gesundheitsgütern und -dienstleistungen konnte bisher nicht verwirklicht werden. Nach kurzfristigen Reformfolgen und scheinbarer Systemstabilisierung erodiert die Einnahmenbasis ständig weiter und steigen die Gesundheitsausgaben mit ungebremster Dynamik. Es scheint, als werde nur an den Symptomen kuriert, ohne dass man sich der grundlegenden Ursachen der unübersehbaren Systemdefizite annimmt. Der medizinisch-technische Fortschritt, die ungünstige demographische Entwicklung sowie die stetige Zunahme diskontinuierlicher Erwerbsbiographien mit zum Teil prekären Einkommensverhältnissen stellen Gesundheitspolitiker und -ökonominnen vor große Herausforderungen. Diese Entwick-

8 Czada 1992, Seite 62.

9 Vgl. ebd., Seite 63.

lung betrifft nicht nur Deutschland, sondern ist in allen westlichen Industrienationen zu beobachten.

Der begrenzte Erfolg der Gesundheitspolitik, das Gesundheitssystem langfristig finanziell zu stabilisieren, kann auf zwei Ursachen zurückgeführt werden. Zum einen gibt es wohl kaum einen gesellschaftlichen Bereich, indem es gut organisierten Interessensgruppen und Lobbyismen so erfolgreich gelingt, den Entscheidungsprozess im politisch und vor allem finanziell gewünschten eigenen Interesse zu beeinflussen. So verhindern in Verbänden organisierte Leistungsanbieter, Politiker, Industrievertreter, Patientenvertreter, Bürokraten und Kassenfunktionäre im Wettstreit konkurrierender Interessen die Umsetzung eines kohärenten ökonomischen Ordnungsrahmens. Zum anderen finden die zur Problemlösung häufig dogmatisch vorgetragenen Vorschläge alternativer Ordnungsparadigmen, wie z.B. Markt oder Staat, ihre Grenzen in den besonderen Eigenschaften, sozialpolitischen Notwendigkeiten und zahlreichen Rationalitätenfallen<sup>10</sup> des „Gesundheitsmarktes“.

Auch die derzeit als Erfolg bundesdeutscher Gesundheitspolitik gefeierten Milliardenüberschüsse im Gesundheitsfonds werden nur kurzfristig darüber hinweg täuschen können, dass sowohl mit dem Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) als auch mit dem Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes (AMNOG) die strukturellen Probleme des Gesundheitswesens nach wie vor ungelöst bleiben. Keines der Gesetzeswerke wird geeignet sein, die gegenwärtigen und zukünftigen Probleme einer grundsätzlichen Lösung näher zu bringen. Allerdings wäre es angesichts der Komplexität der Herausforderungen auch vermessen zu glauben, die Strukturdefizite des Gesundheitssystems könnten in einem großen gesetzgeberischen Wurf gelöst werden: Gesundheitspolitische Reformen werden sich auch in Zukunft pfadabhängig in einem evolutiv-inkrementellen Prozess vollziehen und damit die gesundheitspolitische und wissenschaftliche Diskussion begleiten.

Wenn jedoch die dringend gebotene „große“ Reform des Gesundheitswesens aufgrund der vielfältigen widerstreitenden Interessen und polit-ökonomischen Zwänge nicht zu erwarten ist, müssen Alternativen gefunden werden, die das System reformieren, ordnungs- und sozialpolitisch verträglich und zukunftsfest machen. Auch wenn Gesundheit in mehrfacher Hinsicht „unbezahlbar“ ist und sich das Denken in ökonomischen Kategorien daher eigentlich verbietet, so geht es letztlich doch immer um die Überwindung eines Knappheitsproblems, da eine begrenzte Anzahl der zur Erhaltung oder Wiederherstellung von Gesundheit zu Verfügung stehenden Ressourcen einer unendlichen Menge an gesundheitsbezogenen Bedürfnissen gegenübersteht: It's economy, stupid!

<sup>10</sup> Eine Rationalitätenfalle liegt vor, wenn die individuelle und die gesellschaftliche Rationalität einer Handlungsweise auseinanderfallen: So kann es individuell durchaus rational sein, im möglichst großen Umfang Gesundheitsleistungen zu „konsumieren“, für das zahlende Versichertenkollektiv ist diese Form der Leistungsanspruchnahme dagegen nicht vorteilhaft.

Vor einer unreflektierten Übernahme ökonomischer (Markt- und Wettbewerbs-) Paradigmen sei jedoch ebenso gewarnt wie vor dogmatischen Denkverboten, dass sich das Gesundheitswesen aus sozialpolitischen oder meritorischen Erwägungen grundsätzlich ökonomischen Kategorien entziehe. Viele Pharmaunternehmen sind ebenso wie große Krankenhäuser mit Industrieunternehmen vergleichbar. Dennoch sind sie, auch wenn der volkswirtschaftliche Anteil ihres Sektors in den vergangenen Jahren dynamisch gewachsen ist, für das Gesundheitswesen als Ganzes nur begrenzt aussagekräftig. In weiten Teilen kommen marktwirtschaftliche und industrieökonomische Prinzipien nur bedingt zum Tragen.

Die zuletzt genannte Problemstellung, die Auswahl eines geeigneten Ordnungstyps, ist Gegenstand einer Vielzahl gesundheitsökonomischer Untersuchungen.<sup>11</sup> Angesichts der auch im Gesundheitswesen bestehenden Knappheit soll durch eine möglichst effiziente Allokation von Ressourcen eine qualitativ hochwertige, bedarfs- und präferenzgerechte, aber auch wirtschaftlich medizinische Versorgung sichergestellt werden. Zur Beantwortung der Fragen, welche Gesundheitsgüter wie produziert werden sollen und nach welchen Kriterien das Produktionsergebnis dann verteilt werden soll, stehen sich aus idealtypischer Perspektive zwei Ordnungstypen gegenüber: Markt und Staat. In ihrer realtypischen Ausprägung bewegen sich beide Ordnungsmodelle in typologischer Sicht jedoch auf einem Kontinuum, sodass in allen real existierenden Gesundheitssystemen je nach gesundheitspolitischer Ausrichtung und in Pfadabhängigkeit sowohl marktwirtschaftliche als auch staatliche Ordnungselemente gefunden werden können. Generell kann daher in allen westlichen Volkswirtschaften eine Konvergenz der Ordnungsmodelle beobachtet werden.

Die im Gesundheitswesen zahlreich vorhandenen wettbewerblichen Ausnahmereiche sind nicht nur sozial- und gesundheitspolitisch, sondern auch ökonomisch begründbar: Nach dem 1. Hauptsatz der Wohlfahrtsökonomie kommt es auf Märkten nur dann zu einer pareto-optimalen Allokation, wenn bestimmte Bedingungen erfüllt werden.<sup>12</sup> Hierzu gehören vollkommene Konkurrenz, die Abwesenheit öffentlicher Güter und externer Effekte sowie die Erfüllung der sogenannten Homogenitätsbedingungen.<sup>13</sup>

Ein kurzer Blick auf den „Gesundheitsmarkt“ zeigt, dass diese Voraussetzungen zur Herstellung allokativer Effizienz in weiten Teilen des Gesundheitssystems nicht oder nur zum Teil gegeben sind. So ist die Produktion von Gesundheitsgütern sehr oft mit externen Effekten, ruinöser Konkurrenz und zunehmenden Skalenerträgen verbunden. Ferner weisen viele Gesundheitsgüter Eigenschaften öffentlicher Güter auf (z.B. bei Schutzimpfungen und bei der Bereitstellung von Notfalleinrichtungen). Auch die Kon-

11 Auf die Vor- und Nachteile verschiedener Ordnungstypen im Gesundheitswesen machten bereits Herder-Dorneich 1994 sowie Neubauer 1984 aufmerksam.

12 Vgl. pointierte Befürworter einer marktwirtschaftlicher Steuerung im Gesundheitswesen Breyer/Zweifel/ Kifmann 2005, Seite 175 ff sowie Blankart/Fasten/Schwintowski 2009, Seite 45.

13 Zu den Homogenitätsbedingungen zählen das Fehlen sachlicher, persönlicher, räumlicher und zeitlicher Präferenzen sowie vollkommene Markttransparenz.

umentensouveränität ist im Krankheitsfall, nicht nur in lebensbedrohlichen Situationen, eingeschränkt. Patienten wollen rasch wieder gesund werden und begeben sich daher in die Hände medizinischer Leistungsanbieter ihres Vertrauens. Ihnen selbst fehlen auch aufgrund des vorherrschenden uno-actu-Prinzips – also dem Zusammenfallen von Produktion und Konsum einer Dienstleistung – die Möglichkeiten zur Erhebung von Stichproben zur Qualitätsbeurteilung, und sie sind selbst kaum in der Lage, die Qualität einer medizinischen Dienstleistung oder Information sachgerecht zu bewerten. Im Vertrauen darauf, dass ihnen bedarfsgerecht geholfen wird, übertragen sie ihre Nachfrageentscheidungen nach medizinischen Dienstleistungen auf deren Anbieter (sog. angebotsinduzierte Nachfrage). Aus diesem institutionenökonomisch als principal-agent-Beziehung bezeichneten Verhältnis ergeben sich eine Reihe von Rationalitätsfällen und moral hazards<sup>14</sup>, und zwar sowohl auf der Anbieter- als auch auf der Nachfragerseite.

Aber auch auf den Krankenversicherungsmärkten gibt es eine Reihe wettbewerblicher Ausnahmetatbestände, die Steuerungsprobleme zur Folge haben können. So besteht bei fehlender Versicherungspflicht die Gefahr einer Unterversicherung breiter Bevölkerungskreise, da der Einzelne damit rechnet, im Krankheitsfall auf die Solidarität der Gesellschaft zählen zu können. Ferner sind die Informationen über den Gesundheitszustand zwischen Krankenversicherung und Versicherten asymmetrisch verteilt<sup>15</sup>, was bei fehlendem Kontrahierungszwang und Diskriminierungsverbot zur adversen Selektion und damit tendenziell zu einer Unterversicherung „guter“ Risiken führt. Auf diese Weise werden tendenziell „gute“ durch „schlechte“ Risiken verdrängt.<sup>16</sup>

Es gibt also eine Reihe ökonomisch durchaus nachvollziehbarer Gründe dafür, dass eine Steuerung ökonomischer Ressourcen durch Markt und Wettbewerb im Gesundheitswesen zu suboptimalen Ergebnissen führen kann. Der begrenzte Erfolg mit marktwirtschaftlichen Steuerungsinstrumenten zur nachhaltigen Überwindung von Dysfunktionalitäten im Gesundheitssystem beizutragen, scheint dies empirisch zu belegen.

Auch sozialpolitische Erwägungen sprechen oft gegen eine simplifizierende Übertragung marktwirtschaftlicher Prinzipien auf das Gesundheitswesen. Das der sozialen Krankenversicherung konstituierend inhärente Prinzip des Solidarausgleichs, konkretisiert durch eine einkommensbezogene Beitragsbemessung und bedarfsorientierte Leistungsgewährung, ist nur teilweise mit marktwirtschaftlichen Verteilungskategorien vereinbar: Der Markt entlohnt ohne soziale Rücksichtnahme nach der von ihm bewerteten Leistung der Produktionsfaktoren und gewährt Zugang zu Gütern und Dienstlei-

14 Moralische Gefährdungen, moralische Risiken: Für einen Leistungsanbieter ist es rational, das Leistungsniveau über das medizinisch gebotene Maß hinaus auszudehnen, da er hierdurch seine Einkommenssituation verbessern kann. Da der Patient/Versicherte nur indirekt, ggf. über Zusatzbeiträge, an den hieraus entstehenden Kosten beteiligt wird, hat auch er ein Interesse an einer möglichst umfangreichen Leistungsanspruchnahme, glaubt er doch meist, dass mehr Leistungen per se auch eine qualitativ hochwertigere medizinische Versorgung implizieren: Insofern sitzen eben alle im selben Boot.

15 Der Versicherte ist über seinen Gesundheitszustand i.d.R. besser informiert als seine Krankenversicherungen.

16 Zur näheren Erläuterung siehe Akerlof 1970.

stungen nach Zahlungsbereitschaft und -fähigkeit. Dass diese sogenannte Primärverteilung nicht unbedingt mit den Gerechtigkeitsvorstellungen eines an individuellem Bedarf und Solidarität ausgerichteten Gesundheitssystems korrespondiert, liegt auf der Hand. Soll aus Gründen der sozialen Gerechtigkeit auch zukünftig eine ausschließlich bedarfsorientierte und nicht einkommens- und vermögensabhängige Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen garantiert werden, so sind ergänzend immer auch flankierende sozialpolitische Maßnahmen erforderlich. Bei Marktversagen oder aus Gerechtigkeitsüberlegungen liegt als Alternative eine staatliche Regulierung des Gesundheitssektors nahe. Denkbar und auch verfassungsrechtlich zulässig wäre eine staatliche Einheitsversicherung oder ein nationaler Gesundheitsdienst nach britischem Vorbild. Aber auch eine überwiegend staatliche, zentrale Ressourcensteuerung, wie beispielsweise durch den National Health Service in Großbritannien, weist eine unübersehbare Zahl an Nachteilen und Steuerungsdefiziten auf: Rationierung von Gesundheitsgütern, schlechter Service und Warteschlangen sind symptomatisch. Es liegt auf der Hand, dass staatlich organisierte (Gesundheitsplan-) Bürokratien kaum in der Lage sind, eine an den persönlichen Präferenzen von Steuerzahlern und Patienten orientierte Versorgung mit Gesundheitsgütern zu gewährleisten. Aber auch abgesehen von der allen Bürokratien inhärenten X-Ineffizienz<sup>17</sup> besteht bei einer Finanzierung über den Staatshaushalt zusätzlich die Gefahr einer nach staatlicher Kassen- und Haushaltslage finanzierten Gesundheitspolitik: angesichts der derzeitigen Schuldenproblematik in Europa wahrlich keine verlockende Perspektive.

Eine bipolare Abwägung, welche der beiden Steuerungsoptionen im Gesundheitssystem nun vorteilhafter ist, erweist sich als äußerst schwierig. Je nachdem, aus welcher Perspektive eine Annäherung an das hochgradig komplexe und interdependente Gesundheitssystem erfolgt, muss die Antwort differenziert erfolgen. Beide Steuerungsoptionen weisen für sich genommen Vor- und Nachteile auf: Ein einfaches Auswählen – also Markt versus Staat – ist daher nicht möglich. Eine antagonistische Gegenüberstellung im Sinne von vorteilhaftem Wettbewerb und schwerfälliger Bürokratie verbietet sich angesichts der Komplexität des Steuerungsproblems. Es stellt sich vielmehr die Frage, ob über die dargestellten Ordnungstypen hinaus andere alternative Modelle existieren, die zu einer wirtschaftlichen und (bedarfs-)gerechten Gesundheitsversorgung beitragen können.

### 1.3 Selbstverwaltung als „dritter Weg“ zwischen Markt und Staat

Vor dem Hintergrund unbefriedigender Steuerungsergebnisse von Markt und Staat liegt es nahe, alternative Ordnungstypen in Bezug auf ihren Problemlösungsbeitrag zu untersuchen. Als denkbare Alternative und handlungsleitend für das vorliegende Projekt rückt dabei ein seit über 100 Jahren tradiertes und bewährtes Instrument erneut ins Blickfeld: soziale Selbstverwaltung als dezentral-subsidiäres System der Entschei-

---

<sup>17</sup> Ausführlich dazu siehe Leibenstein 1966.

dungsfindung durch Verhandeln. Im Fokus der vorliegenden Untersuchung stehen jedoch nicht input-legitimierende Aspekte wie Ur- oder Friedenswahlen, sondern der output-legitimierende Beitrag von Selbstverwaltung zur Gewährleistung einer qualitativ hochwertigen, bedarfsgerechten, wirtschaftlich effizienten und solidarischen Versorgung mit Gesundheitsgütern. Als konstituierendes Prinzip körperschaftlicher Selbstverfassung im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung eröffnen sich damit zwei Analyseebenen:

- die Ebene der Einzelkasse als Kassenselbstverwaltung, und zwar sowohl organisationsintern als auch -extern und
- die Ebene von Gruppenverhandlungen als gemeinsame Selbstverwaltung, z.B. auf der Ebene des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) oder im Zusammenspiel zwischen Kassen- und Ärzteverbänden. Letzteres war nicht Gegenstand der Untersuchung.

Als vorteilhaft kann sich durch die Nähe der Selbstverwalter zu den Bedarfsträgern (Versicherte und Patienten) und Bedarfsdeckern (Kassen und Leistungsanbieter) die bessere Präferenz- und Bedarfsorientierung bei der Berücksichtigung von Versicherten- und Patientenbelangen auswirken. Bei marktwirtschaftlicher Steuerung erfolgt die Präferenzfassung spätestens beim Zusammentreffen von Anbietern und Nachfragern. Nur wenn es einem Anbieter dauerhaft gelingt, sich an den Präferenzen der Nachfrager zu orientieren, wird er am Markt erfolgreich sein. Dies setzt allerdings voraus, dass der Nachfrager spätestens bei Vertragsabschluss seine Präferenzen offenbart. Ganz anders im Gesundheitswesen, wo eine Präferenzfassung über den Markt wegen Marktversagen nur in Ausnahmefällen oder gar nicht möglich ist. Selbstverwaltung könnte idealiter an der Schnittstelle zwischen Anbietern und Nachfragern wirken, um steuerungseffizient eine präferenz- und bedarfsorientierte Versorgung mit Gesundheitsgütern zu gewährleisten. Zudem erscheint das Versorgungsgeschehen transparenter.

Aber auch aus sozialer Perspektive überzeugt Selbstverwaltung: Durch die Einbindung gewählter Arbeitnehmer in Entscheidungen über Fragen von grundsätzlicher Bedeutung konkretisiert sie das Sozialstaatsgebot im Sinne einer solidarischen und verteilungsgerechten Gesundheitsversorgung. Sie stellt sozusagen das „soziale Gewissen“ der Sozialversicherung dar, indem sie das ökonomische Gebotene mit dem Prinzip des sozialen Ausgleichs verbindet. Auch vor dem Hintergrund betroffenenheitsbezogener Frustrationen und bürgerschaftlicher Proteste über das Versagen zentraler Entscheidungsprozesse bei der Lösung gesellschaftspolitischer Probleme und der Verlagerung von Entscheidungskompetenzen auf unzureichend demokratisch legitimierte Instanzen könnte die Selbstverwaltung als Instrument der Partizipation eine Renaissance erleben: Sie ist bürgernah, beteiligungsorientiert und demokratisch durch mittelbare Politikabstimmung legitimiert. Selbstverwaltung verkörpert darüber hinaus die, in der verfassungsrechtlich garantierten Konstruktion von mittelbarer Staatsverwaltung angelegte Dekonzentration von Entscheidungskompetenzen und die Dezentralisation von Auf-

gaben und ergänzt somit die Gewaltenteilung in vertikaler Richtung. Durch ihre föderalistische und ebenengerechte Konstruktion agiert sie subsidiär und betroffenenorientiert, indem sie die freiheitliche Selbstregelung und Selbstbesorgung öffentlicher Angelegenheiten auf die Versicherten und Patienten sowie ihre sachkundigen Repräsentanten in wichtigen Entscheidungen über Gestalt, Inhalte und Prozesse der sozialen Krankenversicherung überträgt. Durch die Beteiligung von Sozialpartnern sowie von Patienten- und Versicherteninitiativen ergänzt sie die pluralistische Willensbildung und verwirklicht das Demokratieprinzip. Soziale Selbstverwaltung vereinbart das Verlangen nach wirtschaftlicher Effizienz im Gesundheitswesen mit dem Ideal einer sozial gerechten und demokratischen Gesellschaft. Sie trägt somit versorgungsorientiert zur innovativen, qualitätssichernden und solidarischen Fortentwicklung sozialer Sicherungssysteme bei.

Die meisten wissenschaftlichen Untersuchungen zur sozialen Selbstverwaltung haben einen politikwissenschaftlichen und/oder soziologischen Hintergrund und beziehen sich mehrheitlich auf die input-legitimatorischen Aspekte der zukünftigen Gestaltung von Sozialwahlen. Höhere Transparenz, erweiterte Partizipation und deren demokratische Legimitation stehen im Vordergrund des aktuellen Erkenntnisinteresses und der gegenwärtigen wissenschaftlichen Diskussion, obwohl Selbstverwaltung schon seit Jahrzehnten Gegenstand wissenschaftlicher Untersuchungen ist.<sup>18</sup> Auch die gewerkschaftlichen Listenträger diskutierten jüngst im Zusammenhang mit der Erstellung des Abschlussberichts des Bundesbeauftragten für die Sozialwahlen 2011 vor allem das *Für* und *Wider* von Ur- und Friedenswahlen. Als neuere Studie zur Selbstverwaltung als Instrument zur Durchsetzung von Versicherteninteressen ist die Arbeit von Braun u.a. zu erwähnen, die auf breiter empirischer Grundlage Zustand, Probleme und Perspektiven der Selbstverwaltung analysiert und dabei der Selbstverwaltung eine nur unzulängliche Nutzung bestehender Handlungsmöglichkeiten attestiert.<sup>19</sup> Hieran anknüpfend wird die Arbeitshypothese des Projekts abgeleitet, dass soziale Selbstverwaltung nach wie vor eine ökonomische Steuerungsoption im Gesundheitswesen darstellt, welche die Besonderheiten des „Gesundheitsmarktes“ angemessen berücksichtigt und das Sozialstaatsgebot in materieller Hinsicht für die unmittelbar Betroffenen konkretisiert. Der Schwerpunkt der Untersuchung liegt also vor allem in der Analyse des ökonomischen Steuerungspotentials von Selbstverwaltung als „drittem“ und ergänzend integrativem Weg zwischen Markt und staatlicher Regulierung.

Dem Erkenntnisinteresse und der Motivation zur Untersuchung liegt eine optimistische Einschätzung der Gestaltungskraft und Zukunftsfähigkeit sozialer Selbstverwaltung zugrunde, und dies, obwohl Sozialwahlen und soziale Selbstverwaltung nicht im Fokus des öffentlichen Interesses stehen, ihre Repräsentanten in der Öffentlichkeit und bei

18 Vgl. exemplarisch Braun/Reiners/Teske 1983. An empirischen Studien jüngerer Datums mangelt es unabhängig von der Fachdisziplin erheblich. Über ausgewählte Fragestellungen oder Gestaltungsfelder in der GKV siehe beispielsweise Fromm 1999 sowie über Selbstverwaltung in der gesetzlichen Unfallversicherung siehe Wattendorf 1999. Ferner aktuell siehe Braun/Greif/Rothgang/Wasem 2008.

19 Siehe Braun/Greif/Rothgang/Wasem 2008.

den Versicherten weitgehend unbekannt sind und die Wahlbeteiligung bei der nach den Wahlen zum Europäischen Parlament größten „Wahl“ in Deutschland seit Jahrzehnten auf kontinuierlich niedrigem Niveau verharrt.

Denn auch wenn der Gesetzgeber in den vergangenen Jahrzehnten die Handlungs- und Entscheidungsspielräume der sozialen Selbstverwaltung, gerade im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung, durch eine Vielzahl an normativen Änderungen beschränkt hat, besteht kein Grund zum Pessimismus. Neben der im Vergleich zu früher zugegebenermaßen eingeschränkten autonomen Rechtsetzungskompetenz der Selbstverwaltungsorgane sind andere Einfluss- und Steuerungsmöglichkeiten getreten, die bei genauerem Hinsehen ein enormes ökonomisches Potential entfalten und das Versorgungsgeschehen nachhaltig beeinflussen können: Freiwillige Satzungsleistungen, Prävention, Gesundheitsförderung und -vorsorge, Leistungen für besonders Hilfebedürftige, differenzierte Versichertentarife, Durchführung von Modellvorhaben, Gestaltung der Beziehungen zu den Leistungserbringern, hausarztzentrierte Versorgung, Zulassung strukturierter Behandlungsprogramme, integrierte Versorgung, gemeinsame Selbstverwaltung auf Landes- und Bundesebene sind Handlungsfelder, auf denen der Verwaltungsrat als das zentrale Selbstverwaltungsorgan im Rahmen seiner Satzungsautonomie<sup>20</sup> und seines Rechts, in Fragen von grundsätzlicher Bedeutung entscheiden zu dürfen<sup>21</sup>, erhebliche Gestaltungskräfte entfalten kann. Aber auch organisationsbezogen kassenintern beim Beschluss über den Haushalt, bei der Bestellung und ggf. Wiederbestellung des hauptamtlichen Vorstands, bei der Gestaltung des organisationsinternen Prozessmanagements, wie z.B. der IT-Ausstattung einer Krankenkasse, bei Fusionen und beim Erwerb oder der Veräußerung von Immobilien stehen den Selbstverwaltern erhebliche Mitsprache- und Mitentscheidungsrechte zu.<sup>22</sup> Weitere Möglichkeiten, das Versorgungs- und Organisationsgeschehen der Kassen zu beeinflussen, haben die Verwaltungsräte über ihr Engagement in einer Vielzahl von Ausschüssen, insbesondere dem Widerspruchsausschuss, obwohl letzterer eigentlich kein originäres Organ der Selbstverwaltung im eigentlich Sinn ist.<sup>23</sup> Voraussetzung für die Wahrnehmung dieser Gestaltungsmöglichkeiten ist jedoch, dass die Selbstverwalter ihre Rechte kennen und kompetent ausüben können.

#### 1.4 Das Projekt „Soziale Selbstverwaltung in der GKV“ – Handlungsfelder, Hemmnisse, Handlungskompetenzen

Wie bei anderen Ordnungstypen auch müssen bei einer Steuerung durch soziale Selbstverwaltung bestimmte Voraussetzungen erfüllt sein, damit sie ihr ökonomisches Steuerungspotential entfalten kann. Und ähnlich wie beim freiheitlichen Rechtsstaat lebt die

20 Vgl. § 194 Abs. 1a SGB V.

21 Vgl. § 197 Abs. 1 SGB V.

22 Ausführlich siehe Fuchs 2011.

23 Ausführlich siehe Kruse 2011.

Selbstverwaltung in Anlehnung an das Theorem von Bockenförde<sup>24</sup> von Voraussetzungen, die sie selbst nicht schaffen und garantieren kann, insbesondere auch deshalb nicht, weil ihr im Gegensatz zur kommunalen Selbstverwaltung keine verfassungsmäßige Bestandsgarantie gewährt wird. In Analogie zur Kursbestimmung und Steuerung eines Schiffs müssen daher folgende Fragen beantwortet werden:

*Wohin wird gesteuert?*

Voraussetzung für ein erfolgreiches Handeln der Selbstverwalter ist zunächst die Orientierung an klaren Zielvorgaben. Nur wenn Ziel und Kurs hinreichend genau bestimmt sind, können sie ihrer Steuerungsverantwortung wirksam nachkommen. Diese Zielvorgaben müssen als praktische Handlungsanweisung für die betroffenen Selbstverwalter hinsichtlich ihres Inhalts, Ausmaßes und zeitlichen Bezugs möglichst konkret operationalisiert werden. Ganz allgemein setzt dies zunächst einmal ein klares Bekenntnis der Listenträger zur Zukunft der sozialen Selbstverwaltung als Teil einer umfassenden sozialpolitischen Strategie voraus. Diese darf sich nicht in allgemeinen Postulaten sozialprogrammatischer Lippenbekenntnisse erschöpfen, sondern setzt die Formulierung konkreter Richtungsvorgaben für die zukünftige Versorgungs- und Vertragspolitik der Kassen voraus. Auf der (Arbeits-)Ebene des einzelnen Selbstverwalters sollten ebenfalls möglichst individuelle Ziele und Motive sowie greifbare Erwartungen an die Selbstverwaltertätigkeit vorhanden sein. Hilfreich wäre es auch, wenn ganz generell der sozialen Selbstverwaltung ein positiver Stellenwert in den Augen des Einzelnen und der interessierten Öffentlichkeit zugemessen werden kann.

Akzeptanz und Stellenwert der Selbstverwaltung hängen dabei weniger von der „Schicksalsfrage“ Ur- oder Friedenswahlen, sondern primär davon ab, inwiefern es ihr gelingt, nachhaltig zu einer qualitativ hochwertigen, bedarfsgerechten und wirtschaftlichen Gesundheitsversorgung beizutragen, sich also über den Output ihres Handelns zu legitimieren. Selbstverwaltung soll also zu einer Verbesserung der Gesundheitsversorgung, der Versorgungssicherheit, zur Qualitätssicherung und Qualitätssteigerung im Gesundheitswesen beitragen. Über die Absicht dieses Handelns besteht unter den beteiligten Akteuren weitgehender Konsens. Die ambitionierte Herausforderung für die Listenträger und Selbstverwalter besteht nun im Rahmen ihrer Freiheitsgrade darin, diese zwar anspruchsvollen, aber weitgehend unbestimmten Begriffe konkret mit Leben zu füllen und für Versicherte und Patienten greif- und sichtbar zu machen, d.h. den Mehrwert von Selbstverwaltung herauszustellen.

*Womit kann gesteuert werden?*

Die Ableitung und Formulierung operationaler Zwecke und Ziele ist zwar notwendig, aber bei weitem nicht hinreichend für die Wahrnehmung ökonomischer Steuerungsaufgaben. Diese können nur erfüllt werden, wenn den Selbstverwaltern sowohl geeignete Handlungsfelder aufgezeigt als auch Aktionsparameter bereitgestellt werden. Es muss im Einzelnen also genau dargelegt werden, welche Methoden, Möglichkeiten und In-

---

24 Vgl. Bockenförde 2006, Seite 114.

strumente den SV-Akteuren zur Verfügung stehen, damit sie ihre Ziele auch verwirklichen können. Hier besteht kein Grund zum Pessimismus: Obwohl zugegebenermaßen der Handlungsraum der Selbstverwaltung in den vergangenen Jahren durch eine Vielzahl gesundheitspolitischer Reformen beschränkt wurde, stehen den Selbstverwaltern immer noch eine ganze Reihe von Regelungs- und Steuerungskompetenzen zur Einflussnahme auf das Kassenshandeln zur Verfügung. Über die formellen Möglichkeiten hinaus, die sich aus den einschlägigen Vorschriften des Sozialversicherungsrechts und der ständigen Rechtsprechung ableiten lassen, ergeben sich für die Selbstverwalter eine Fülle an informellen Handlungsmöglichkeiten und Herausforderungen. Diesen stehen jedoch unübersehbar auch handlungsbeschränkende, formelle und informelle Hemmnisse gegenüber. Nach einer Gegenüberstellung und Abwägung aller Möglichkeiten und Beschränkungen kann aber immer noch ein „Netto-Steuerungspotential“ für die Selbstverwaltung analysiert und abgeleitet werden.

#### *Wer steuert und wie wird kommuniziert?*

Abschließend bleibt zu klären, nach welchen Kriterien Selbstverwalter ausgewählt werden sollen und wie diese untereinander, mit ihren Listenträgern sowie mit den Versicherten und den Patienten kommunizieren und interagieren. Dies ist keineswegs trivial: Die zunehmende Komplexität des Gesundheitssystems mit seinen vielfältigen ökonomischen, technologischen und vor allem polit-ökonomischen Interdependenzen stellt in mehrfacher Hinsicht erhebliche persönliche und intellektuelle Anforderungen an den einzelnen SV-Akteur, und zwar hinsichtlich seiner fachlich-inhaltlichen, methodischen aber auch sozialen Kompetenzen. Gesucht werden geeignete „Selbstverwalter-Persönlichkeiten“, die – sollen sie die Zusammensetzung der Versichertengemeinschaft ausreichend repräsentativ vertreten – durchaus vermehrt auch aus dem Kreis weiblicher und jüngerer Arbeitnehmer rekrutiert werden sollten. Dies setzt zunächst vor allem im gewerkschaftlichen Kontext eine Neujustierung und -positionierung der Selbstverwaltung im Ansehen- und im Beziehungsgeflecht von Aufsichtsrat, Betriebsrat und Selbstverwaltung voraus. Gelingt die Auswahl „geeigneter“ Selbstverwalter, so müssen diese dann in zweifacher Hinsicht ausreichende Unterstützung erfahren: Zum einen müssen sie durch geeignete und auf Dauer angelegte Aus-, Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen kontinuierlich befähigt werden, ihren Aufgaben als Selbstverwalter verantwortungsvoll nachzukommen. Zum anderen darf ihre Begleitung und Betreuung durch die Listenträger nach den Sozialwahlen nicht abgeschlossen sein. Vielmehr bedürfen sie einer permanenten, über die gesamte Wahlperiode hinfort dauernde Unterstützung durch die Bereitstellung personeller, sachlicher und zeitlicher Ressourcen, möglichst in Form qualifizierter Ansprechpartner oder Selbstverwaltungsstabsstellen, aber auch durch Sachmittel und ausreichende Zeitbudgets für ihr zumeist ehrenamtliches Engagement. Hier sind insbesondere diejenigen Listenträger gefordert, deren hauptberufliche Mitarbeiter Selbstverwaltungsmandate im Nebenamt ausüben, ohne dass es hierfür besonderer Freistellungsregelungen bedarf. Ferner muss der auf sich selbst gestellte Selbstverwalter, der in der Regel viermal im Jahr an Vorbereitungen und Verwaltungsratssitzungen und im Idealfall noch an der ein- oder anderen Selbst-

verwaltertagung teilnimmt der Vergangenheit angehören. Eine einheitliche, ziel- und versichertenorientierte Willensbildung und -durchsetzung setzt unter Zuhilfenahme modernster Informationstechnologien eine professionelle Vernetzung aller Akteure voraus. Nur so kann im Zusammen- und Wechselspiel, mit Verwaltungsräten anderer Listenträger, mit der Arbeitgeberseite und dem hauptamtlichen Vorstand einer Kasse erfolgreiche Selbstverwaltung gelingen.

Soll sich Selbstverwaltung über den Output legitimieren und in den Augen der betroffenen Öffentlichkeit einen höheren Stellenwert genießen, so muss ihr Handeln nah am Versicherten und transparent sein. Diese Transparenz darf sich nicht auf die einseitige Darstellung ihres erfolgreichen Wirkens beschränken. Kommunikation muss im Sinne von Interaktion in beide Richtungen, vom Selbstverwalter zum Versicherten/Patienten und umgekehrt erfolgen. Nur so wird sichergestellt, dass Selbstverwalterhandeln versicherten- und patientenorientiert auch den Präferenzen der Betroffenen entspricht, insbesondere auch deshalb, weil eine Präferenzfassung über Wahlen in der sozialen Selbstverwaltung eher eine Ausnahme darstellt.<sup>25</sup>

Leitmotiv der Untersuchung ist die Identifizierung geeigneter Handlungsfelder inklusive dort vorhandener, die Selbstverwalter in ihren Handlungen beeinträchtigende Hemmnisse und möglicher Maßnahmen zur Stärkung ihrer Handlungskompetenzen.

---

25 Vgl. dazu Beier/Güner 2011.

## 2 Methodische Vorgehensweise

Ziel des Projekts war es, ökonomische und soziale Steuerungspotentiale in der sozialen Selbstverwaltung der GKV zu identifizieren, zu beschreiben und weiter zu entwickeln. Da mit der Untersuchung versucht wurde durch die Akteure selbst deren individuelle Handlungsfelder sowie die Schwierigkeiten und Frustrationen in ihrem Selbstverwalterhandeln zu erfassen und zu erklären, erwies sich die qualitative Befragung als passend. Die Aufarbeitung des aktuellen Forschungsstandes bestätigte zudem, dass qualitative Interviews mit Akteuren der sozialen Selbstverwaltung in der GKV zu oben genannten Fragestellungen in dieser vertieften Weise noch nicht vorliegen und somit die bisher vorhandene Forschung komplettieren können. Gefragt wurde unter anderem nach Möglichkeiten zur Verbesserung von Bekanntheit und Akzeptanz der Selbstverwaltung, sowie nach Möglichkeiten zur Verbreiterung ihrer Legitimation.<sup>26</sup>

### *Feldzugang*

Der Feldzugang ergab sich im Verlauf der Projektantragsphase im Kontakt mit dem DGB Bayern. Neben hierüber entstandenen ersten Kontakten zu Selbstverwaltern wurden durch systematische Analyse der entsprechenden Internetseiten ausgewählte Selbstverwaltungsreferate, schwerpunktmäßig in Bayern, angeschrieben und mittels Terminvereinbarung für Gespräche akquiriert.

### *Erhebungsinstrument*

Da, je nach Handlungsziel, unterschiedliche situative Gegebenheiten von den Selbstverwaltungsakteuren als relevant oder unwichtig erachtet werden, galt es in der Befragung das aktuelle Relevanzsystem des jeweiligen Akteurs zu erfassen. Hierzu erwies sich das Leitfadenterview als passendes Erhebungsinstrument. Der hierbei verwendete teilstandardisierte Fragebogen wurde in drei Stufen konzeptualisiert, in denen nach einem narrativen Einstieg zunächst der Ist-Zustand und dann der Soll-Zustand abgebildet werden konnte. Der Leitfaden diente dem Interviewer als Orientierung in der Befragung, d.h. er konnte sich auf eine bestimmte Fragerichtung begrenzen und konkrete Probleme klären. Gleichzeitig aber blieb ihm durch das „Orientieren am Leitfaden“ das für die qualitative Befragung charakteristische, flexible Sich-Einlassen auf den Befragten möglich: es ist *seine* Geschichte, die etwas erklärt.<sup>27</sup> Die Einzelgespräche dauerten durchschnittlich 60 Minuten.

### *Stichprobe*

Die Stichprobe bildeten insgesamt 57 Befragte, darunter sieben weibliche Interviewteilnehmer. Von allen Befragten waren 49 Personen Arbeitnehmervertreter, ein zahlenmäßiges Übergewicht, das sich durch die Forschungsperspektive erklärt. Die Kassen-

<sup>26</sup> Zu sämtlichen Themenfeldern, die der Leitfaden zur Befragung umfasst, siehe Anhang.

<sup>27</sup> Vgl. Kaufmann 1999, Seite 61.

zugehörigkeit sowie die Position der Befragten im Verwaltungsrat seien im Folgenden dargestellt:

**Tabelle 1: Stichprobe**

	AN	VAN	VAG	AG	VS	SUMME
<b>AOK</b>	12	6	1	1	2	<b>22</b>
<b>IKK</b>	3	2				<b>5</b>
<b>BKK</b>	14	4	2		1	<b>21</b>
<b>Ersatzkassen*</b>	6	2			1	<b>9</b>
<b>SUMME</b>	<b>35</b>	<b>14</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>57</b>

\* Bei Ersatzkassen ist der Verwaltungsrat nicht zur Hälfte mit Vertretern der Arbeitgeber besetzt. Somit sind nur Versichertenvertreter zu wählen (vgl. § 217c (3) SGB V Wahl des Verwaltungsrates und des Vorsitzenden der Mitgliederversammlung; Artikel 1 Gesetz v. 20.12.1988 BGBl. I S. 2477, 2482; zuletzt geändert durch Artikel 9 Gesetz v. 28.04.2011 BGBl. I S. 687).

Die Arbeitnehmervertreter (AN) bzw. Versichertenvertreter, welche an der Befragung teilnahmen waren zwischen 1971 und 2006 zur sozialen Selbstverwaltung gekommen und im Durchschnitt rund 20 Jahre als Selbstverwalter tätig. Die Vorsitzenden der Arbeitnehmerseite (VAN) sind zwischen sechs und 30 Jahren in der Selbstverwaltung engagiert, wobei sie durchschnittlich – ähnlich wie die Versichertenvertreter – 21 Jahre einem solchen Gremium angehören. Ein Vorsitzender der Arbeitgeberseite (VAG), war erst seit einem Monat im Gremium vertreten. Die anderen beiden befragten Vorsitzenden der Arbeitgeberseite verfügen über 30 bzw. 17 Jahre Erfahrung. Die Mitglieder des Vorstandes üben ihre Tätigkeit im Gegensatz zu den ehrenamtlichen Selbstverwaltungsakteuren hauptamtlich aus, ihre Amtszeit beträgt bis zu sechs Jahre und eine Wiederwahl ist möglich.<sup>28</sup>

#### *Aufbereitung der Daten*

Die erhobenen Daten wurden zunächst transkribiert und dann einer qualitativen Inhaltsanalyse (Mayring 2003; Gläser/Laudel 2004) unterzogen. In Anlehnung an Mayring meint qualitative Inhaltsanalyse die textstrukturierende und kategorienbildende Auswertung der in der Befragung behandelten Themen (Welche Argumentationsmuster tauchen gehäuft auf? Wo lassen sich Kategorien bilden?). Mit dieser Methode konnten das Tätigkeitsspektrum sowie individuelle Deutungsmuster der Selbstverwaltungsakteure ermittelt werden. Der gesamte Prozess der Auswertung war MAXQDA-unterstützt, d.h. er wurde mittels computergestützter Datenverarbeitung durchgeführt. Hierbei wurde mit entsprechender Verschlagwortung gearbeitet (Wo tauchen Schlüsselbegriffe auf wie beispielsweise „meine Motivation ist“ oder „ein Problem ist“?). Sämtliche erhobene Daten wurden anonymisiert, woraus sich bei den im Text genannten Zitaten von Befragten Angaben wie beispielsweise AN05, AG1 oder VAN13 anstelle von Namen ergeben. Die Ergebnisse aus diesen Interviews wurden zusätzlich im Rahmen zweier Workshops bei der Hans-Böckler-Stiftung sowie einem weiteren beim DGB Bayern in Diskussionsrunden mit erfahrenen Selbstverwaltern und Wissenschaftlern validiert.

<sup>28</sup> § 35a (3) SGB IV: Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung.

### 3 Befunde zu Möglichkeiten, Grenzen und Erfordernissen selbstverwalterischen Handelns in der GKV

In den folgenden Abschnitten werden nun, der Struktur des Leitfadens entsprechend, die Ergebnisse nacheinander vorgestellt. Begonnen wird mit dem Ertrag aus der Befragung zu „Persönliche Motivation und Ziele der Selbstverwalter“. In einem weiteren Schritt werden Aussagen der Befragten zu „Handlungsfelder in der Selbstverwaltung“ vorgestellt. In einem dritten Schritt werden die Ergebnisse zu „Aufzeigen von Verbesserungsmöglichkeiten“ behandelt.

#### 3.1 Motivation und Ziele der Akteure

##### 3.1.1 Vorgaben durch die Listenträger

Nach der Zielsetzungstheorie von Locke und Latham (1990) sollten handlungsleitende Ziele nach Inhalt, Ausmaß und zeitlichem Bezug operational formuliert werden.<sup>29</sup> Nur so kann eine effektive Zielerreichung und Erfolgskontrolle gewährleistet werden.<sup>30</sup> Es wurde daher zunächst nach operationalen Zielvorgaben seitens der Listenträger gefragt. Dabei wird angenommen, dass eine evaluierbare Steuerungswirkung von Handlungen die Ausrichtung an inhaltlichen, wenn möglich quantifizierbaren Sollzuständen erfordert. Konkrete Zielvorgaben können dem Selbstverwalter nicht nur Richtschnur für sein eigenes Handeln, sondern zudem auch Gradmesser zur Positionsbestimmung im Prozess der Zielerreichung sein. Einige Listenträger, wie beispielsweise die Arbeitsgemeinschaft Christlicher Arbeitnehmer (ACA) oder der Deutsche Gewerkschaftsbund (DGB), formulieren dazu ihre Werte und Ziele im Rahmen eines Wahlprogramms für die Sozialwahlen.<sup>31</sup> Bei genauerer Betrachtung zeigt sich aber, dass diese Vorgaben eher oberflächlich bleiben und nur allgemein die sozialpolitisch-programmatische Ausrichtung des jeweiligen Listenträgers beschreiben. Handlungsleitende Zielvorgaben ergeben sich für viele Selbstverwalter eher aus ihrem gewerkschaftlichen Rollenverständnis.

Obwohl mit der Wahl zum Selbstverwalter keineswegs ein imperatives Mandat assoziiert wird, erscheint sein konkretes Handeln in der Mehrzahl rollenadäquat versichertenbezogen. Der Selbstverwalter orientiert sich im Hinblick auf die Frage, wie und in welcher Form Versicherteninteressen Berücksichtigung finden sollen, primär an seinen eigenen Vorstellungen und Ideen. Dennoch glauben die Befragten, dass konkrete Zielvorgaben einen hilfreichen Einfluss auf ihr Handeln als Selbstverwalter haben könnten

29 Siehe dazu Locke/Latham 1990 sowie beispielhaft erläutert bei Nerdinger/Blickle/Schaper 2011, Seite 28f.

30 Vgl. Storch 2009, Seite 186f.

31 Vgl. [http://www.aca-online.de/custom/download/ACA\\_Wahlprogramm\\_Sozialwahl\\_2011.pdf](http://www.aca-online.de/custom/download/ACA_Wahlprogramm_Sozialwahl_2011.pdf). Ferner auch: Soziale Verantwortung übernehmen (DGB), <http://sozialwahl.dgb.de/++co++a20c647a-af50-11df-6fd9-00188b4dc422>, zuletzt geprüft am 29. Juli 2012.

und dass das Fehlen solcher Vorgaben ihre Steuerungsmöglichkeiten beschränkt. Die meisten Befragten geben also an, keine handlungsleitenden Ziele erhalten zu haben. Konkrete Vorgaben werden aber von einigen als durchaus wünschenswert erachtet. Überprüfbare Zielvorgaben wiederum werden aber als handlungsbegrenzend und daher tendenziell kritisch beurteilt. Zu klären bleibt folglich neben der Frage, was der Selbstverwalter tun sollte, die Konkretisierung dessen, was er tun muss.

### 3.1.2 Individuelle Ziele und Motive

Neben der funktionalen Wirkung vorgegebener operationaler Ziele können auch individuell abgeleitete Ziel- und Wertvorstellungen maßgeblichen Einfluss auf den Grad der Zielerreichung nehmen. In diesem Zusammenhang wurden zwei Aspekte thematisiert: Zum einen die Frage nach dem biografischen Hintergrund des Selbstverwalters und wie er zu seinem Amt kam und zum anderen die Frage nach den Erwartungen die er vor Amtsantritt hatte und welchen Stellenwert er und aus seiner Sicht die Öffentlichkeit der Selbstverwaltung beimessen.

#### *Einstieg in das Amt des Selbstverwalters*

Einige Selbstverwalter verfügten in der Regel bei Amtsantritt bereits über Gremienerfahrungen mit sozial- bzw. gesundheitspolitischem Hintergrund oder waren schon als Betriebsräte engagiert. Andere Selbstverwalter hatten als hauptberufliche Gewerkschaftsmitarbeiter mit sozial- oder gesundheitspolitischen Themen zu tun. Zumeist vollzog sich der Einstieg in die Selbstverwaltung aber ungeplant und ohne eine zielgerichtete Vorbereitung auf die anstehenden Aufgaben.

#### *Erwartungen an die Selbstverwaltertätigkeit*

Die Frage nach der Erwartungshaltung vor Beginn der Selbstverwaltertätigkeit sollte Aufschluss über die Motivation und Einstellung der Befragten in Bezug auf ihr Engagement in der Selbstverwaltung geben. Positive Erwartungen lassen auf eine konkrete inhaltlich-thematische Auseinandersetzung und Identifikation mit der angestrebten Tätigkeit als Selbstverwalter schließen: „Gesundheitspolitik gestalten!“ (AN1)

Bei fast allen Befragten ist die Motivation, sich für andere – hier also für Versicherte, Patienten und Arbeitnehmer – sozial zu engagieren, deutlich ausgeprägt. Ein großer Teil der Befragten hatte allerdings keine oder nur sehr geringe bzw. diffuse persönliche Erwartungen von einer Tätigkeit als Verwaltungsrat. Bei einigen wurden vorhandene Erwartungen durch zunehmende Beschränkungen des Gesetzgebers relativiert und bei manchen ergab sich Frustration aus Kassenfusionen: „Die Erwartung war, Gestaltungsmöglichkeiten zu haben. Die wurden bis zur Fusion der Kasse voll und ganz bestätigt.“ (AN15)

#### *Individuelle Einschätzung des Stellenwerts der Selbstverwaltung*

Den hohen Stellenwert ihres Engagements im Verwaltungsrat leiten die meisten Selbstverwalter aus der ihrer Einschätzung nach wichtigen Aufgabe ab, die Interessen der

Versicherten angemessen zu vertreten. Dieses Eintreten für die Versichertenbelange wird ihrer Meinung nach jedoch zunehmend durch gesetzliche Detailregelungen und ökonomische Sachzwänge der Kassen begrenzt. Generell messen die Selbstverwalter ihrem Handeln einen großen Stellenwert bei: „Selbstverwaltung trifft vom Grund her wichtige Entscheidungen.“ (AN29)

### *Stellenwert der Selbstverwaltung in den Augen der Öffentlichkeit*

Über die eigenen Vorstellungen hinaus prägt das Ansehen der Selbstverwaltung in der Öffentlichkeit die Erwartungen der Verwaltungsräte an ihr Handeln. In den Augen der Öffentlichkeit und Medien spielt die Selbstverwaltung nach Ansicht der Befragten so gut wie keine Rolle. Vor allem diese mangelnde Wahrnehmung der sozialen Selbstverwaltung wird moniert. Zwar wird im Gefüge der gesetzlichen Krankenversicherung der Beitrag der Selbstverwaltung als durchaus wichtig eingestuft, aber für die Selbstverwalter ist kaum erkennbar, wie ihre Rolle und ihre Aufgaben in der Öffentlichkeit wahrgenommen werden.

Der hohe Stellenwert ihres Handelns leitet sich für die Selbstverwalter aus dem Engagement für die Versicherten ab. Beklagt wird vor allem die zunehmende Einengung ihrer Handlungsspielräume durch gesetzliche Beschränkungen und ökonomische Sachzwänge ihrer im Wettbewerb stehenden Kassen. Während die Versichertenvertreter aus ihrer individuellen Perspektive das Gefühl haben, eine wichtige Aufgabe zu erfüllen, empfinden sie sich in der Öffentlichkeit kaum adäquat wahrgenommen. Hier entsteht das Problem, dass mangelnde soziale Wertschätzung des eigenen Engagements in der Öffentlichkeit für die Gestaltung erfolgreicher Arbeit kaum zielführend sein kann.

### 3.1.3 Bessere Versorgung im Fokus der Selbstverwaltung

Akzeptanz und Stellenwert und damit die ergebnisbezogene Legitimation von Arbeitnehmer-Selbstverwaltung hängen maßgeblich davon ab, inwieweit es den Verwaltungsräten gelingt, durch ihr Handeln nachhaltig zu einer bedarfsgerechten, wirtschaftlichen und qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung beizutragen und diese ggf. zu verbessern. Die zunächst nur unbestimmt geäußerte Motivation der Befragten sich „an den Interessen der Versicherten“ zu orientieren (vgl. Kapitel 3.1.2), könnte sich in ihrem Beitrag zu mehr Versorgungssicherheit und -qualität, also hin zu einer besseren Versorgung ergebnisorientiert konkretisieren. Dies legt die Frage nahe, wie die Selbstverwalter ihre Möglichkeiten einschätzen, zu einer besseren Versorgung beitragen zu können.

Ihre Einflussmöglichkeiten zur Verbesserung von Versorgungsqualität und -sicherheit beurteilen die Selbstverwalter durchgängig als gering. Im Verwaltungsrat eingebrachte Vorschläge zur Verbesserung der Versorgung stehen häufig mit Verweis auf das schwierige wettbewerbliche Umfeld einer Kasse unter dem Vorbehalt unternehmerisch-betriebswirtschaftlicher Aspekte und finden daher häufig keine Zustimmung. Auch die

Möglichkeiten im Hinblick auf eine Verbesserung des regionalen Versorgungsangebots oder der regionalen Versorgungsstruktur Einfluss zu nehmen, werden auf Einzelkassenebene skeptisch beurteilt. Da die Zuständigkeiten hierfür zumeist auf der Landes- oder gar Bundesebene liegen, wird eine Einflussnahme, wenn überhaupt, nur über die Verbände und Gremien auf der Landes- und Bundesebene für möglich gehalten. Auch im Hinblick auf eine Verbesserung der Versorgungssicherheit sehen die Befragten nur einen geringen eigenen Handlungsspielraum. Generell sehen die Selbstverwalter aber ihre Verantwortung nicht zuletzt darin, für eine gleichmäßige Versorgung in der Fläche Sorge zu tragen.

In Bezug auf eine bessere Qualität der Versorgung, wurden die Selbstverwalter nach derzeit bekannten und praktizierten qualitätssichernden bzw. -verbessernden Maßnahmen in ihren Kassen befragt. Auch das Kassenhandeln selbst kann Gegenstand einer solchen Qualitätsbeurteilung sein: Indikator hierfür ist bspw. die Entwicklung der Mitgliederzahlen. Als Möglichkeiten zur Qualitätserfassung werden Balanced Score Cards, Benchmarks, Qualitätsprüfungen oder externe Gutachten genannt. Die Befragten setzen eine Schulung und Qualifizierung der fachlich zuständigen Mitarbeiter in den Kassen voraus: „Man sollte eine entsprechende Berufsausbildung in diesem Bereich kreieren.“ (AN37)

Insgesamt wurde auf die Frage nach einer Verbesserung der Qualitätssicherung seitens der Selbstverwalter großer Handlungsbedarf angemahnt. Auf die Frage, wie eine Qualitätsverbesserung erreicht werden könnte, wurden Modellversuche, eine hausarztzentrierte Versorgung, Prävention und betriebliche Gesundheitsförderung, Selektivverträge mit den Leistungsanbietern, Pflegemonitor bzw. Pflegenavigator und Disease-Management-Programme genannt.

Zur Qualitätssteigerung müssen eine Vielzahl kasseninterner und -externer Prozesse optimiert werden. Darunter fallen auch Netzwerke mit Ärzten oder anderen Leistungserbringern, beispielsweise: „Ein Ziel ist die Verbesserung der Kundenorientierung, z.B. durch verlängerte Öffnungszeiten.“ (VS3)

Allerdings bewerten die Selbstverwalter auch in diesem Zusammenhang ihren Einfluss als gering. Sie betonen, dass eine Qualitätssicherung zunächst einmal die Ableitung adäquater Qualitätsindikatoren voraussetzt, die häufig nicht vorhanden sind. Dem Gesetzgeber, so die Befragten, sei indes in diesem Bereich einiges möglich. Grundsätzlich, und das gilt natürlich ebenso für den Bereich der Qualitätssicherung, muss geklärt werden, was unter Qualität genau verstanden wird: „Wenn ich von Qualitätssteigerung reden will, dann muss ich erst definieren, was verstehe ich unter Qualität. Es müssen klare und deutliche Qualitätsstandards festgeschrieben werden.“ (VAN06) Verbesserte Kennzahlensysteme, Controlling, Zielvereinbarungen, eine bessere Qualifizierung von Kassenmitarbeitern sowie mehr Versichertennähe werden als Instrumente zur Qualitätssicherung genannt.

### 3.1.4 Schlussfolgerungen für Zielvorgaben und Motivation

Die für die Wahrnehmung ökonomischer Steuerungsfunktionen erforderlichen operationalen Ziele und Handlungsanweisungen (vgl. Kap. 3.1.1) sowie entsprechend nach Inhalt, Ausmaß sowie zeitlichem Bezug hinreichend genau formulierte Ziele sind, so der Befund, durchweg nicht zu finden. Wenn überhaupt vorhanden, gehen die Ziele der Listenträger über allgemein formulierte sozialpolitisch programmatische Handlungsleitlinien nicht hinaus. Anhalt für ein konkretes zweck- und zielorientiertes Vorgehen können sie nicht geben. Hemmnisse können hier abgebaut werden, indem Ziele und Aufgaben der Selbstverwalter zukünftig klar umrissen werden. Hierzu muss zunächst die Frage beantwortet werden, was der Selbstverwalter tun muss und was er tun soll? Für ein zweckrationales Selbstverwalterhandeln ist daher die Formulierung und Vorgabe operationaler Zielvorgaben insbesondere hinsichtlich einer besseren Versorgung (vgl. Kapitel 3.1.3), die beispielsweise in einem Sozialwahlprogramm stehen, unerlässlich. Dies setzt ferner voraus, dass die Listenträger der Selbstverwaltung in den einzelnen Sozialversicherungsträgern ein hohes sozialpolitisches Gewicht beimessen.

Für erfolgreiches Selbstverwalterhandeln ist ebenso wichtig, dass die Selbstverwalter über eigene, individuell abgeleitete Ziele verfügen, die über ihr allgemein geäußertes, aber unbestimmtes Postulat, sich für Versicherteninteressen einzusetzen zu wollen, hinausgehen. Voraussetzung hierfür ist zunächst eine sorgfältige Auswahl geeigneter, sozialpolitisch motivierter Kandidaten, die systematisch und nicht zufällig oder aus Verlegenheit erfolgen sollte. Eine positive Erwartungshaltung vor Beginn einer Selbstverwaltertätigkeit kann trotz aller bestehender Hemmnisse durch das Aufzeigen konkreter, klar umrissener Handlungsmöglichkeiten und dem daraus ableitbaren, möglichst sichtbaren Nutzen für die Versicherten geweckt werden. Neben der Auswahl geeigneter „Persönlichkeiten“ ist eine grundständig initiierende Aus-, Fort- und Weiterbildung zu Beginn eines Verwaltungsratsengagements daher unerlässlich. Ferner muss bei den Selbstverwaltern und ihren Listenträgern in puncto Wichtigkeit des Stellenwerts der Selbstverwaltung Einigkeit bestehen. Dem von den Befragten zum Ausdruck gebrachten Gefühl mangelnder Wirkmächtigkeit könnte durch ihre bessere Präsenz im Internet, durch zusätzliche Flyer oder Vorträge, d.h. durch mehr Transparenz entgegen gewirkt werden.

Für die Legitimation von Arbeitnehmer-Selbstverwaltung ist die Frage entscheidend, inwiefern sie durch ihr Handeln versicherten- und patientenorientiert zu einer besseren Versorgung beitragen können (Output-Legitimation). Insbesondere hinsichtlich der Versorgungsqualität wird ein großer Handlungsbedarf konzediert, wobei offen bleibt, was genau unter Qualität verstanden werden soll und welche Indikatoren und Kennzahlensysteme zu ihrer Erfassung erforderlich sind. Wenn sich Selbstverwaltung vor allem über den Output legitimieren und dadurch ihre Wahrnehmung in der Öffentlichkeit verbessern soll, sollte ihr Handeln zudem transparenter sein. Transparenz sowie eine verbesserte Kommunikation der Selbstverwaltung könnte zukünftig durch eine institu-

tionalisierte, professionelle und kontinuierliche Interaktion in beide Richtungen, vom Selbstverwalter zum Versicherten/Patienten und umgekehrt ermöglicht werden. Nur so wird sichergestellt, dass Selbstverwalterhandeln auch den Präferenzen und tatsächlichen Bedarfslagen der Betroffenen entspricht.

## 3.2 Steuerungspotential aus Sicht der Akteure

### 3.2.1 Handlungsfelder und Erfolgsbedingungen

Handlungsspielräume von Selbstverwaltern sind trotz eines in der Vergangenheit immer dichter geknüpften Netzes an gesetzlichen Beschränkungen nach wie vor gegeben: „Denn auch wenn 90 bis 95% per Gesetz vorgegeben sind, muss man trotzdem Einfluss nehmen. Derzeit ist das ziemlich schwierig, weil andere Lobbygruppen im Gesundheitswesen besser aufgestellt sind als diejenigen, die es finanzieren und die es selbst betrifft.“ (AN15)

Entscheidendes Gremium zur Besetzung der Handlungsfelder ist der Verwaltungsrat einschließlich seiner Fachausschüsse und Vorbesprechungen. In diesem Zusammenhang werden immer wieder die Ausschüsse genannt, die häufig Entscheidungen für das Plenum des Verwaltungsrats vorbereiten. Von allen Befragten wird die stets sachkundige und sachorientierte Zusammenarbeit aller Ausschussmitglieder geschätzt, die oft über ein umfangreiches, themenbezogenes Detailwissen verfügen.

Konkrete Einflussmöglichkeiten sehen die Selbstverwalter für sich in den diversen Fachausschüssen eines Verwaltungsrats, insbesondere im Widerspruchsausschuss. Gerade in letzterem, der kein Selbstverwaltungsorgan im eigentlichen Sinn darstellt, ergeben sich für viele Selbstverwalter transparente, d.h. konkret auf einen Einzelfall bezogene und in ihren Wirkungen nachvollziehbare Einflussmöglichkeiten. Die Kassen verfügen neben dem Widerspruchsausschuss in der Regel über eine Vielzahl anderer Ausschüsse mit vielfältigen Themenstellungen und Aufgabengebieten. Erwähnt werden Ausschüsse mit Zuständigkeiten für Vorstandsangelegenheiten, die Kassenstrategie, Lenkung und Koordinierung, Haushalt und Finanzen, Personal- und Organisationsangelegenheiten, Gesundheit und Pflege sowie Marketing und Öffentlichkeitsarbeit. Allerdings verfügen nicht alle Kassen über alle genannten Ausschüsse. Ihre Anzahl, Größe und Aufgabenstellungen hängen von der Größe einer Kasse ab. Kleinere oder mittelgroße Kassen haben zumeist keine oder nur wenige Ausschüsse. Auf der Ebene des Spitzenverbands Bund werden ferner Ausschüsse für Gesundheitspolitik, Versorgung, Finanzen und Organisation, Rehabilitation und Pflege sowie Prävention erwähnt.

Formelle Grundlage für die Kompetenzen des Verwaltungsrats ist das SGB V. Durch die dort normierten Befugnisse soll der hauptamtliche Kassenvorstand zielorientiert, initiativ und kontrollierend begleitet werden, um den durch Wahlfreiheit und Wettbewerb gestiegenen Anforderungen an Entscheidungs- und Anpassungsfähigkeit, Kom-

petenz und Flexibilität einer Kasse gerecht zu werden. Eine notwendige Voraussetzung für die Ausschöpfung des ökonomischen Steuerungspotentials der sozialen Selbstverwaltung ist allerdings eine ausreichende Kenntnis der Selbstverwaltungsakteure über ihre Handlungsfelder und -instrumente. Mehrheitlich schätzen die befragten Selbstverwalter ihre Handlungsspielräume als gering ein und haben zudem nur rudimentäre Vorstellungen über ihre konkreten Einflussmöglichkeiten. Zwar werden die vom SGB V im Einzelnen formal vorgesehenen Handlungsfelder und -parameter der Selbstverwaltung von den Interviewpartnern richtig und annähernd vollständig benannt. Jedoch bleiben die tatsächlich vorhandenen Einflussmöglichkeiten und das damit verbundene ökonomische Steuerungspotential in den Augen der Befragten weitgehend diffus. Der Einschätzung der Befragten nach können bedarfsorientierte Verbesserungen der Krankenversorgung meist nur über die Kassenverbände auf der Landesebene bzw. auf der Ebene des Spitzenverbandes Bund angestoßen werden. Dabei wird der Verwaltungsrat beim Spitzenverband Bund aufgrund seiner heterogenen Zusammensetzung und Interessenslage als wenig einflussreich beurteilt, obwohl gerade bei ihm „ein direkter Draht zur Gesundheitspolitik wesentlich wäre.“ (AN31)

Ein weiteres Handlungsfeld stellt die Verankerung einer Kasse in der Region dar und wird von den Befragten als wichtiger Wettbewerbsparameter eingeschätzt. Ein dicht geknüpftes und damit gerade auch für ältere Versicherte gut erreichbares Netz an Geschäftsstellen und persönlichen Ansprechpartnern vor Ort ermöglicht eine unmittelbare Berücksichtigung individueller Bedürfnisse aber auch regionaler Besonderheiten. Für bundesweit agierende Kassen wird es als quasi unmöglich angesehen, auf regionale Belange Rücksicht oder gar Einfluss zu nehmen. Eine notwendige Voraussetzung zur Herstellung einer regionalen Verbundenheit und Einflussnahme ist eine dezentrale Struktur der Kasse mit möglichst vielen regionalen Geschäftsstellen. Dies kann sogar ein Alleinstellungsmerkmal sein, wie z.B. das System der 39 Regionaldirektionen der AOK Bayern oder vergleichbar der 14 Bezirksdirektionen in Baden-Württemberg. In dieser Hinsicht unterschätzen die Verwaltungsräte häufig ihre Einflussmöglichkeiten, weil sie diese nicht hinreichend genau kennen. Dagegen beurteilen die befragten hauptamtlichen Vorstände den Einfluss der Selbstverwaltung auf regional relevante Fragen wesentlich wirkungsvoller. Da die Einflussmöglichkeiten in regionaler Hinsicht für den einzelnen Selbstverwalter als diffus zu bewerten sind, wird hier ein dringender Bedarf an Aus-, Fort- und Weiterbildung und Unterstützung durch die Listenträger offen gelegt.

Für die Beurteilung des ökonomischen Steuerungspotentials der GKV-Selbstverwaltung ist es aufschlussreich, wie die Selbstverwalter ihre Einflussmöglichkeiten hinsichtlich einer wirtschaftlichen Versorgung einschätzen. Obwohl auch hier der Einfluss als gering eingeschätzt wird, werden dennoch Instrumente zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit benannt: Hausarztverträge, integrierte Versorgung, ambulantes Operieren, Modellversuche, Bonusprogramme, Prävention und betriebliche Gesundheitsförderung, Rabattverträge. Ferner wird erkannt, dass durch Kooperationen mit anderen Kassen

eine Bündelung von Marktmacht auf der Kassenseite erreicht werden könnte, die bei Verhandlungen mit den Verbänden der Leistungsanbieter, Wirtschaftlichkeitsreserven aktivieren könnte. Ein Selbstverwalter regt sogar an, eine bessere Versorgung zum Gegenstand von Zielvereinbarungen zwischen Verwaltungsrat und Vorstand zu machen, wobei Wirtschaftlichkeit keineswegs nur mit möglichst „billig“, sondern auch mit verbesserter Qualität assoziiert wird. Gleichzeitig wird aber auch die Gefahr gesehen, dass unter dem Vorwand von Wirtschaftlichkeitsüberlegungen eine „Mehrklassenmedizin“ Einzug hält. Sehr kritisch beurteilt wird in puncto Wirtschaftlichkeit die Erosion der paritätischen Beitragsfinanzierung durch das Einfrieren des Arbeitgeberanteils. Moniert wird vor allem, dass die Arbeitgeber an der Begrenzung zukünftiger Ausgaben- und Kostensteigerungen nicht mehr interessiert sind, da diese durch Zusatzbeiträge ausschließlich von den Versicherten gedeckt werden müssen. Erwähnt wird auch, dass gut organisierte Interessensgruppen trotz anders lautender Bekenntnisse häufig zur Sicherung und Steigerung ihrer Einkommen einer stärkeren Betonung von Wirtschaftlichkeit entgegenstehen.

Inwiefern die aufgezeigten Handlungsfelder besetzt werden und damit zum Erfolg oder Misserfolg von Selbstverwaltung beitragen, hängt sowohl vom Engagement, der Motivation und der Initiative des einzelnen Selbstverwalters als auch vom Zusammenwirken mit dem hauptamtlichen Vorstand, den Verwaltungsräten anderer Listenträger sowie der Arbeitgeberseite ab. Darüber hinaus müssen auch gruppenspezifische Aspekte berücksichtigt werden, da es im Zusammenspiel mit einer Vielzahl relevanter Akteure sowohl zu Leistungsvorteilen durch Synergien als auch zu Prozessverlusten durch „soziales Faulenzen“ kommen kann. Letzteres ist insbesondere dann wahrscheinlich, wenn individuelle Beiträge kaum mess- und zurechenbar sind.<sup>32</sup>

Auf das Engagement einzelner Verwaltungsräte geht eine Vielzahl sehr heterogener und komplexer Initiativen zurück, die auch Rückschlüsse auf die Fachkompetenz und die hohe Identifikation einzelner Selbstverwalter mit ihrer Aufgabe zulassen. Viele Initiativen zielten auf organisatorische Entscheidungen der Selbstverwaltung, z.B. die strategische Ausrichtung der Kasse, Maßnahmen zur Herstellung von Versicherungsnähe, Fusionen oder die Öffnung von Betriebskrankenkassen. Die Struktur und Wettbewerbsfähigkeit einer Kasse im Auge habend, zeigten die Selbstverwalter auch Initiativen im Bereich der Effizienzsteigerung der Kassenverwaltungen, z.B. durch Evaluierung des Geschäftsstellennetzes, Verbesserungen der IT-Strukturen oder Qualifizierungsmaßnahmen für die Mitarbeiter. Von Bedeutung sind den Selbstverwaltern auch Leistungsverbesserungen für die Versicherten, etwa ein verbessertes Patienten-Beschwerdemanagement, Mutter-Kind-Kuren, die Einführung von Gesundheitswochen/Gesundheitstagen oder Präventionsangebote zu Themen wie z.B. Gesunder Rücken, Gesunde Ernährung oder Fettleibigkeit von Kindern. Auch das Vorantreiben des Themas „Pflege“, z.B. durch Demenzprojekte, Transparenzrichtlinien (Benotung), Be-

---

32 Vgl. Kals/Gallenmüller-Roschmann 2011, Seite 97.

ratung und Betreuung in Pflegestützpunkten ist den Selbstverwaltern vielfach ein wichtiges Anliegen. In Bezug auf die Darstellung der Selbstverwaltung in den Medien bzw. in der Öffentlichkeit konstatieren die Befragten häufig Nachholbedarf. Initiativen in diesem Zusammenhang hatten beispielsweise die Einrichtung einer regionalbezogenen Berichterstattung über die Selbstverwaltung in den Mitgliederzeitschriften der Kassen zur Folge. Die meisten Befragten haben bereits Ideen und Vorschläge im Verwaltungsrat eingebracht, nur sehr vereinzelt sind sie allerdings auch wiederholt initiativ geworden. Häufig wurden die Initiativen von den anderen Verwaltungsräten unterstützt und zwar unabhängig vom jeweiligen Listenträger.

Als Bedingung für eine erfolgreiche Arbeit des ehrenamtlichen Verwaltungsrats werden ferner ein konstruktives Zusammenspiel sowie ein intensiver und offener Informationsaustausch mit dem hauptamtlichen Vorstand gesehen. Inwieweit es dem Verwaltungsrat gelingt, vorhandene Handlungsspielräume auszuschöpfen, hängt dabei in erster Linie sowohl vom Stellwert ab, den der Vorstand der Selbstverwaltung beimisst, als auch von der Unterstützung in konkreten Einzelfällen. Ausschlaggebend für eine konstruktive Zusammenarbeit ist ein offener und umfassender Informationsaustausch sowie gegenseitiger Respekt. Die Gestaltung der Zusammenarbeit hängt dabei von der Kompromissfähigkeit, dem Einfühlungsvermögen und der Empathie sowie dem Wissen um die Möglichkeiten und Grenzen der jeweils anderen Seite ab. So schätzt der größte Teil aller Befragten die Zusammenarbeit mit den Vorständen als überwiegend konstruktiv und zielorientiert ein: „Ich werde von allen Verwaltungsräten unterstützt. Wenn der Verwaltungsrat das nicht unterstützen würde, ist das kein Ziel, das unser Haus verfolgt. Vorstand ist ein politisches Amt.“ (VS3) Die Mehrheit der Verwaltungsräte nimmt den Umfang und Inhalt der Informationsweitergabe durch den Vorstand als angemessen wahr. Nur wenige Selbstverwalter kritisieren die Informationspolitik ihres Vorstands.

Mit Ausnahme der Ersatzkassen sind die 30-köpfigen Verwaltungsräte der Kassen grundsätzlich paritätisch mit je 15 Arbeitnehmer- und Arbeitgebervertretern besetzt. Das Zusammenwirken zwischen Arbeitgeber- und Arbeitnehmervertreter stellt trotz möglicher Interessensgegensätze nach Ansicht der meisten Befragten kein grundlegendes Problem dar: „In den Ausschüssen weiß man manchmal gar nicht, wer jetzt Arbeitgeber- und wer Arbeitnehmervertreter ist.“ (AN02) Als bemerkenswert wird das Engagement derjenigen Arbeitgebervertreter bezeichnet, die in die Betriebe gehen und dort die Arbeit der Selbstverwaltung darstellen. Erwartungsgemäß gibt es Interessensgegensätze zwischen den beiden Bänken, insbesondere wenn es um die Finanzierung freiwilliger Satzungsleistungen geht. Auf der Bundesebene wird die Zusammenarbeit mit den Arbeitgebern dagegen deutlich kritischer bewertet: „Die Zusammenarbeit mit Arbeitgebern gestaltet sich ausgesprochen schwierig. Nur kann man die Arbeitgeber nicht verallgemeinern. Die Arbeitgeber, die von Innungskrankenkassen kommen oder von Betriebskrankenkassen, das sind in der Regel ja Handwerker, die im wesentlichen Teil die gleiche Meinung vertreten wie wir, aber die Spitze der Arbeitgeber sind Funktionäre des BDA und die handeln nach ihren Vorgaben und deswegen ist die Zusammenarbeit im Spitzenverband Bund häufig schwierig.“ (VAN14)

Die häufig paritätische und darüber hinaus listenträgerbedingt heterogene Zusammensetzung der Verwaltungsräte zwingt alle Akteure, sofern Verwaltungsrats handeln von ergebnisorientiertem Erfolg gekrönt sein soll, zunächst zur Abstimmung und Formulierung gemeinsamer Handlungspositionen und zur Suche nach Mitstreitern. Diese sind zwar notwendig, nicht aber hinreichend: Erfolg hat nur derjenige, dem es gelingt, Mehrheiten nicht nur auf der Arbeitnehmerseite zu organisieren, sondern auch die Unterstützung der Arbeitgebervertreter zu gewinnen.

Ein offener, aber auch listenträgerübergreifend mehrheitlich konsensorientierter Diskurs zwischen den Verwaltungsräten führt in der Regel zu einer homogenen Interessensartikulation auf der Arbeitnehmerseite und zur Ableitung gemeinsamer Handlungsoptionen und stellt somit eine weitere Erfolgsbedingung zur Besetzung der Handlungsfelder dar. Unbeschadet einer durchaus kontroversen Diskussionskultur, die von den Befragten als eine wichtige Voraussetzung für ein gutes „Gruppenergebnis“ und eine tragfähige Entscheidungsgrundlage angesehen wird, wird eine abschließend abgestimmte und einheitliche Haltung zu einzelnen Sachfragen als unabdingbar für die Durchsetzung von Versichertenbelangen angesehen.

Ein wichtiger Erfolgsfaktor für den Meinungsbildungsprozess sind aus der Sicht der Befragten in diesem Zusammenhang die Gruppenvorbesprechungen bzw. die Vorbesprechungen der Fachausschüsse. Sie dienen der Vorbereitung der Verwaltungsrats-sitzungen, Diskussion und abschließenden Konsensfindung, sodass im Plenum der Verwaltungsräte dann abschließend eine einheitliche Willensbildung erfolgen kann. Besonders wichtig dabei ist die Rolle der Vorsitzenden der Arbeitnehmervertreter: „Der Verlauf der Diskussionen in Ausschüssen hängt davon ab, wie stark deren Vorsitzende sind. Und daraus ergibt sich auch nachher die Arbeit im Verwaltungsrat, wenn sozusagen alles, fast alles in Ausschüssen vorberaten wird.“ (AN09) Die Vorsitzenden übernehmen in der Regel auch die Kommunikation mit dem Vorstand und der Arbeitgeberseite. Sie haben daher ein Interesse an einer konsensorientierten und homogenen Interessenslage auf Seiten der Arbeitnehmer.

### 3.2.2 Hemmnisse

Von Bedeutung für die Beurteilung der vorhandenen Handlungs- und Steuerungspotentiale ist die Frage nach den von den Selbstverwaltern artikulierten Hemmnissen. Die Heterogenität und Breite der Antworten legt zur Verdeutlichung eine sachliche Zusammenfassung der genannten Hemmnisse nach verschiedenen Kriterien nahe.

#### *Hemmnisse durch häufige Änderungen der gesetzlichen Vorschriften (formell)*

Die ständige, kurze Abfolge inhaltlich komplexer und häufig für die Selbstverwaltung handlungsbeschränkender Gesundheitsreformen erschwert aus Sicht der Selbstverwalter die Ausübung ihres Ehrenamtes. Die gesundheitspolitischen Entscheidungen des Gesetzgebers werden durchweg kritisiert: „Durch die gesetzlichen Vorgaben sind

heutzutage keine Möglichkeiten in den Bereichen des operativen Geschäfts gegeben.“ (AN04) Es wird beklagt, dass der Leistungskatalog mit Ausnahme weniger freiwilliger Satzungsleistungen als mögliches Handlungsfeld der Selbstverwaltung weitgehend durch eine Vielzahl gesetzlicher und untergesetzlicher Normen vorgeben ist. Dies bestätigen auch die Arbeitgebervertreter und die Vorsitzenden der Verwaltungsräte. Selbst die wenigen freiwilligen Satzungsleistungen, die noch verbleiben, können häufig nur noch im Rahmen zeitlich begrenzter Modellvorhaben gewährt werden. Andererseits wird dies aber auch als Herausforderung angenommen.

Über diesen engen gesetzlichen Rahmen hinaus erfährt die Selbstverwaltung weitere rechts- und fachaufsichtliche Beschränkungen durch die Aufsichtsbehörden sowie die Medizinischen Dienste der Krankenkassen (MDK) bzw. des Spitzenverbandes Bund (MDS): „Gehen Sie mal in der Pflege an einem Gutachten des MDK vorbei, z.B. in der Beurteilung eines Krankheitsfalls oder in der Frage der Gewährung von Krankengeld. Da haben Sie ganz schnell eine Drittentscheidung, die im Zweifel als Handlungsgrundlage dient.“ (VAN01)

#### *Hemmnisse durch konkurrierende Gruppierungen (informell)*

Als hemmend für die Selbstverwalterarbeit wird die geschickte gesundheitspolitische Lobbyarbeit diverser Interessensgruppen (insbesondere auf Seiten der Ärzte- und Pharmaverbände) und ihre Nähe zu den politischen Entscheidungsträgern hervorgehoben. Diesen stehen auf der Seite der Versicherten und Patienten heterogene und zumeist unzureichend organisierte Interessensgruppen gegenüber, die darüber hinaus weniger das allgemeine Wohl der Versicherten als die Partikularinteressen ihrer Gruppe im Blick haben.

#### *Hemmnisse durch Veränderungen des aufbau- und ablauforganisatorischen Rahmens*

Kritisiert werden neben den immer zahlreicheren normativen Vorgaben des Gesetzgebers, insbesondere auch die aufbau- und ablauforganisatorischen Neuordnung der Selbstverwaltung Mitte der neunziger Jahre, welche die Handlungsspielräume der ehrenamtlichen Selbstverwaltung erheblich eingeschränkt haben. Ganz wesentlich jedoch wird die 2009 mit der Einrichtung des Gesundheitsfonds erfolgte Abschaffung der Beitragssatzautonomie der Kassen als tiefgreifender Einschnitt in die Selbstverwaltungsautonomie und die Handlungskompetenzen der Selbstverwalter empfunden. Sehr negativ beurteilt wird die den Verwaltungsräten übertragene Verantwortung für die Erhebung von Zusatzbeiträgen, die keinesfalls als eine Erweiterung des Handlungsspielraums, sondern als Verlagerung der Verantwortung für steigende Beitragsbelastungen von der Politik auf die Akteure der Selbstverwaltung empfunden wird.

Skeptisch betrachtet werden nach ihrer aufbauorganisatorischen Neugestaltung auch die Einflussmöglichkeiten der Selbstverwaltung auf der Landes- und Bundesebene: „Auf der Ebene des Spitzenverbandes Bund werden konkurrierende Krankenkassen gewählt, was einen sehr intensiven gruppenspezifischen Prozess zur Folge hat. Bis man da mal eine gemeinsame Strategie findet, muss man darauf achten, dass ein Gre-

mium mit 41 Mitgliedern auch arbeitsfähig bleibt.“ (AN40) Dadurch wurden nach Ansicht eines erfahrenen Insiders die Rechte der Selbstverwaltung ganz erheblich geschwächt: „Wenn Sie sich heute den GKV-Spitzenverband ansehen, nennt er sich zwar Verband der gesetzlichen Krankenkassen, ohne dass aber ein Kommunikationsprozess zwischen den Kassen und dem Verband stattfindet. Das einzige Scharnier zwischen den Einzelkassen und dem Verband ist der Verwaltungsrat. Es gibt keine Tagungen des Hauptamtes zur Bestimmung einer gemeinsamen Bedürfnislage, keine Mitgliederversammlung, die einen Haushalt beschließt oder bestimmt, was unter wettbewerblichen Verträgen zu verstehen ist. Es ist ein Wegnehmen von Rechten der bisher selbstverwalteten Bundesverbände.“ (VAN01) Eine Meinung, die auch von einem hauptamtlichen Vorstand geteilt wird: „Das Problem dabei ist natürlich der Spitzenverband Bund, der nie eine kraftvolle Position für Krankenkassen, die im Wettbewerb zueinander stehen, wahrnehmen kann. Da ist die Interessenslage viel zu uneinheitlich (...). Diese Möglichkeit wird ganz bewusst beschnitten und immer mehr abgebaut.“ (VS2)

#### *Hemmnisse durch ökonomische Sachzwänge*

Immer wieder sehen sich die Selbstverwalter auch durch ökonomische Zwänge der Kassen in ihrem Handeln beschränkt: „Ich könnte mir einen noch besseren Leistungskatalog, eine bessere Prävention vor allem im Betrieb und am Arbeitsplatz vorstellen. Das sind aber alles Dinge, die Kosten verursachen und einen Blick auf die wirtschaftliche Situation der Kasse erfordern.“ (VAN13) Auf der Arbeitgeberseite dagegen stehen die betriebswirtschaftlichen Belange der Kasse im Vordergrund: „Hauptziel ist es erst einmal, die Kasse tatsächlich als erfolgreiches Unternehmen zu platzieren.“ (VAG1)

#### *Hemmnisse durch die zunehmende Komplexität des Gesundheitswesens*

Der permanente, schnelllebige Umbau des Gesundheitssystems hat auch eine zunehmende Verdichtung der Inhalte und eine Steigerung der Komplexität zur Folge, die es den ehrenamtlichen Selbstverwaltern immer schwieriger machen, den Überblick zu behalten. Begleitet wird diese Entwicklung von einer Fülle an Informationen, die den ehrenamtlichen Selbstverwalter schnell an die Grenzen einer zielorientierten und sachgerechten Informationsverarbeitung führt.

Ergänzend wurde auf einem Workshop auch eine Überforderung durch „kognitive Mängel und Verhaltensdefizite“ erwähnt (GruDisk1 DGB). Hinzu kommt die häufig unzureichende Wahrnehmung von sozialer Selbstverwaltung in der Öffentlichkeit. Sie ist nicht interessant für die Presse, meinen die Betroffenen.

Schließlich gelten Informationsdefizite und fehlende Kompetenzen als weitere Einschränkungen der Selbstverwalterarbeit. Wissen wird als „Machtressource“ aber auch als Qualitätsmerkmal angesehen. Die kommunikative Kompetenz von Selbstverwaltern müsse ferner noch ausgebaut werden. Dabei wird Unterstützung durch die Listenträger für ausbaufähig gehalten. Man hätte gern mehr Informationen über die konkreten Handlungsmöglichkeiten von Selbstverwaltern, was zwangsläufig einen gezielten Aus-, Fort- und Weiterbildungsbedarf impliziert.

Hemmend wirken auch die knappen Zeitressourcen, die den Selbstverwaltern zur Bewältigung ihrer zahlreichen Aufgaben zur Verfügung stehen. Immer komplexer werdende Herausforderungen stehen daher häufig im Gegensatz zum knappen Zeitbudget, das insbesondere den „nebenberuflich Ehrenamtlichen“ zur Verfügung steht. Während bei hauptamtlichen Gewerkschaftsmitarbeitern, die als Arbeitnehmervertreter in Verwaltungsräten engagiert sind, Selbstverwaltungsaktivitäten mehr oder weniger selbstverständlich im Rahmen der regulären Arbeitszeit wahrgenommen werden, müssen andere Berufstätige bei ihren Arbeitgebern um ihre Freistellungen ringen. Weiter verschärft wird das Zeitproblem durch eine Ämterkumulation einiger Verwaltungsräte, sodass die Selbstverwalterkarrieren häufig in Konkurrenz zu anderen Aktivitäten, wie z.B. Mitarbeit in Betriebsräten oder Aufsichtsräten stehen.

Die Selbstverwalter beschreiben eine Vielzahl handlungsbeschränkender formeller, informeller, ökonomischer, organisatorischer, aber auch kognitiver Hemmnisse. Besonders ins Gewicht fallen ökonomische Sachzwänge, die sich aus dem wettbewerblichen Umfeld ihrer Kasse ergeben sowie das durchweg knappe Zeitbudget. Besonders hervorgehoben wird die geschickte gesundheitspolitische Lobbyarbeit diverser Interessensgruppen auf der Leistungsanbieterseite und deren Einfluss auf die Willensbildung gesundheitspolitischer Entscheidungsträger. Dieser steht ihrer Ansicht nach eine politisch gewollte Schwächung der im Wettbewerb untereinander stehenden Kassen und ihrer Verbände gegenüber, deren organisatorische Neuordnung auf der Bundesebene ein einheitliches und gemeinsames Vorgehen so gut wie unmöglich macht.

### 3.2.3 Schlussfolgerung: Ableitung eines Netto-Steuerungspotentials

Anhand der empirischen Befunde und dem zugrunde gelegten Akteurs- und Handlungsmodell wird ein erhebliches Steuerungsdefizit der sozialen Selbstverwaltung erkennbar. Zugleich verdeutlichen die Ergebnisse aber auch, wo im aufbau- und ablauforganisatorischen Gefüge Handlungsbedarf besteht und die Suche nach Verbesserungsmöglichkeiten und Alternativen zu den vorgefundenen Steuerungselementen anknüpfen kann.

Diverse formelle und informelle Hemmnisse haben die Handlungsspielräume der Selbstverwaltung in den vergangenen Jahren eingeengt. Dennoch können die Selbstverwalter die noch verbliebenen gesetzlichen Handlungsmöglichkeiten hinreichend genau benennen, auch wenn ihr Wissen über deren Inhalt und ökonomische Steuerungswirkung hinter den Erfordernissen eines aktiven Gestaltungsanspruchs häufig zurückbleibt. Trotz aller Beschränkungen lässt sich auch aus Sicht der betroffenen Akteure ein nach wie vor relevantes „Netto-Steuerungspotential“ als Differenz aus formellen und informellen Handlungsmöglichkeiten und -beschränkungen ableiten. Dieses Steuerungspotential gilt es für die Selbstverwalter im Spannungsfeld divergierender Interessen zwischen Arbeitnehmer- und Arbeitgebervertretern, ökonomischer Sachzwänge von im Wettbewerb stehenden Kassen, von Verwaltungsräten anderer Li-

stenträger sowie dem hauptamtlichen Vorstand und den alternierenden Vorsitzenden des Verwaltungsrats zu akzentuieren und zu aktivieren.

Sachbezogene Detailkenntnisse, eine hohe intrinsische Motivation sowie eine überwiegend konsensorientierte Zusammenarbeit zwischen Vorstand, Arbeitgeber- und Arbeitnehmervertretern – insbesondere in den Fach- und Widerspruchsausschüssen – bieten eine ausgezeichnete Ausgangssituation für eine funktionale Reaktivierung der sozialen Selbstverwaltung.

Angesichts knapper personeller, sachlicher und zeitlicher Ressourcen sowie einer zunehmenden Komplexität des Gesundheitswesens könnte neben einer curricular und modular strukturierten, für alle Selbstverwalter verpflichtenden Aus-, Fort- und Weiterbildung eine themen- und zeitraumbezogene Schwerpunktbildung für die Aktivierung ökonomischer Steuerungspotentiale sinnvoll sein.

Eine Gegenüberstellung der Befunde zu den Zielvorgaben und Motivationen einerseits und identifizierten Handlungsfeldern der sozialen Selbstverwaltung andererseits macht deutlich, dass es ein erhebliches Handlungs- und Vollzugsdefizit hinsichtlich der realisierbaren Steuerungsmöglichkeiten gibt. Zweckrationale Handlungsmodelle postulieren ein bewusstes Setzen von Zwecken und eine ebensolche Auswahl der zur Erreichung dieser Zwecke eingesetzten Mittel. Zudem muss die Handlungssituation in Betracht gezogen werden, im Falle von Organisationen und Institutionen also die gesellschaftlichen Regeln und Erwartungsstrukturen, die das Handeln der an diesen Organisationen und Institutionen orientierten Personen kanalisieren. Sowohl hinsichtlich der Auswahl der Ziele und Zwecke selbstverwalterischen Handelns im Sinne einer Vorgabe durch die Listenträger als auch mit Blick auf die Mittel, d.h. das Wissen um die konkrete Beschaffenheit der Handlungsfelder und die auf diesen umsetzbaren Einflussmöglichkeiten, kann weder von einer zweckorientierten noch von einer rationalen Form der Handlungsorganisation gesprochen werden. Fehlende operationale Zielvorstellungen, wie sie in allgemeiner, aber ein Selbstverwaltungshandeln nur mangelhaft anleitender Form vornehmlich im Zeithorizont anstehender Sozialwahlen aktualisiert werden, überlassen den Selbstverwalter im grundsätzlich spannungsreichen Zielkonflikt von Kassen- und Versichertenorientierung sich selbst und einer vielfach wenig konkreten sozial- und gesundheitspolitischen Meta-Agenda.

Hinzu kommen die zahlreichen und weit konkreter formulierten Handlungshemmnisse, die als Störgröße erheblichen Einfluss auf die wahrgenommenen Möglichkeiten zur konkreten Verbesserung der Versorgung haben. Auch hier legt das Modell zweckrationalen Handelns, das nach dem subjektiven Sinn der mit der Handlung getroffenen Entscheidung fragt, den Schluss nahe, dass die von den Befragten identifizierten Hemmnisse die Auswahl der zur Alternative stehenden Handlungsmöglichkeiten beeinflusst.

### 3.3 Handlungsbedarf aus Sicht der Akteure

#### 3.3.1 Gezielte Rekrutierung

Zu den von den Befragten vielfach genannten persönlichen Eigenschaften eines Selbstverwalters zählen Abstraktionsfähigkeit, Flexibilität, Durchsetzungsstärke und Beharrungsvermögen. Diese Eigenschaften sind zwar notwendig, aber nur dann auch hinreichend, wenn sie mit einem in thematischem Zusammenhang stehenden ausgeprägten persönlichen Engagement und einem überdurchschnittlichen sozialpolitischen Interesse verknüpft sind. Dies wird insbesondere mit der ständigen Bereitschaft zu eigenen Weiterbildungs- und Qualifizierungsanstrengungen gesehen. Auch menschliche Hinwendung und Hilfsbereitschaft, d.h. ein ausgeprägtes soziales Gewissen sollte der ideale Selbstverwalter aus Sicht der Befragten haben. Dieses findet sich nach Ansicht der Befragten bei Personal- und Betriebsräten, deren „gewerkschaftliche Sozialisation“ zu einer ausgeprägt solidarischen Handlungsorientierung führt und die Übernahme ehrenamtlicher Engagements begünstigt. Insofern liegt bereits bei der Auswahl geeigneter Kandidaten diese Personengruppe im Fokus. Über das sozialpolitische Interesse hinaus sollten Selbstverwalter den Befragten zufolge über gute gesundheitspolitische und -ökonomische, betriebswirtschaftliche, (sozial- und haushalts-) rechtliche sowie volkswirtschaftliche Fachkenntnisse verfügen.

Ein Blick auf Kandidaten und Listen der Sozialwahl 2011 offenbart, dass von Gleichberechtigung keine Rede sein kann.<sup>33</sup> Angesichts des Anteils von Frauen an allen Versicherten sei es dringend geboten, so ein befragter weiblicher Kassenvorstand, dass Frauen auch in den Gremien der Selbstverwaltung stärker als bisher vertreten sind. Bei der Listenaufstellung für die Sozialwahlen 2011 sollten nach den Vorstellungen einiger Listenträger vor allem Jüngere und Frauen in stärkerem Maße als bisher für ein Engagement in der Selbstverwaltung gewonnen werden. Als ein Hindernis hierfür werden u.a. auch die Friedenswahlen erwähnt, die auf langjährig eingespielten Listenstrukturen aufbauend dieselben zu konservieren versuchen. Als durchweg problematisch wird häufig auch die fehlende Vereinbarkeit von Familie und Ehrenamt gesehen.

Es wurden von den Befragten aber auch konkret Verbesserungsvorschläge gemacht:

- eine (angemessene) Entschädigung,
- bessere Freistellungsmöglichkeiten,
- eine deutliche Herausstellung des Nutzens und des Einflusses eines Engagements in der Selbstverwaltung, insbesondere auch für Frauen,
- eine bessere Wahrnehmung der Selbstverwaltung in der Öffentlichkeit

seien geeignet, um eine bessere Beteiligung von Frauen an der sozialen Selbstverwaltung zu befördern.

<sup>33</sup> Vgl. dazu <http://www.sozialwahl.de/sozialwahl-im-ueberblick/kandidaten-und-listen.html>, zuletzt geprüft am 26. Juli 2012.

Nicht nur mehr weibliche Selbstverwalterinnen sollten gewonnen werden, auch Jüngere, mitten im Erwerbsleben stehende Personen sollten dazu beitragen, einen Generationenwechsel anzustoßen. Dabei wird von den Befragten angeregt, eine gute „Durchmischung“ von Jung und Alt zu verwirklichen. Als weitere Kriterien für die Listenaufstellung werden neben dem Alter auch Geschlecht (siehe oben), Migrationshintergrund und regionale Herkunft erwähnt. Eine Altersgrenze für die Selbstverwalter böte ferner die Möglichkeit, eine Verjüngung der Gremien auch in die Tat umzusetzen. Alternativ wird eine Amtszeitbegrenzung vorgeschlagen.

Durchweg gaben die Befragten an, dass es sich als sehr schwierig gestaltet, jüngere Selbstverwalter für ein Engagement zu begeistern. Zeitlicher Aufwand, fehlende Freistellungsmöglichkeiten, geringe Aufwandsentschädigungen sowie mangelnder Gestaltungsspielraum und mangelndes Sozialprestige wurden als Haupthindernisse genannt. Erforderlich wäre es nach Ansicht der Befragten, Neugierde zu wecken und einen praktischen sowie perspektivischen Anwendungsbezug der Tätigkeit aufzuzeigen, den Nutzen eines solchen Engagements gerade für Familien und Jüngere herauszustellen und eine stärkere Bekanntheit und Akzeptanz in der Öffentlichkeit zu erzeugen.

### 3.3.2 Aus-, Fort- und Weiterbildung

Als zentrales und entscheidendes Kriterium für das Gelingen „guter“ Selbstverwaltungsarbeit wird von den Befragten eine umfassende und kontinuierliche Qualifizierung ihrer Akteure genannt. Gefragt wurde in diesem Zusammenhang nicht nur, ob und inwiefern die Selbstverwalter bereits vor Aufnahme ihrer Tätigkeit für ihr Amt qualifiziert wurden, sondern ob ihnen darüber hinaus auch im Verlauf ihrer „Selbstverwalterkarriere“ regelmäßige und systematische Aus-, Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten angeboten wurden. Neben den aus der Sicht der Befragten unabdingbaren inhaltlichen Erfordernissen wurde ferner erörtert, welche Träger (Kassen bzw. ihre Verbände oder Listenträger) auch vor dem Hintergrund möglicher Interessenskonflikte für die Organisation und Durchführung von Aus-, Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen geeignet erscheinen und ob diese Aktivitäten besser zentral oder dezentral organisiert werden sollten.

Etwa zwei Drittel der Befragten gaben an, dass sie ihrer Meinung nach vor ihrer Tätigkeit als Selbstverwalter keine ausreichende Qualifizierung erhalten haben. Diejenigen Selbstverwalter, welche sich vorab für ausreichend qualifiziert hielten, haben vom einfachen Selbststudium bis hin zum Besuch spezieller, zielgruppenorientierter Seminare ein breites Spektrum an Ausbildungsmöglichkeiten erwähnt. Nur sehr vereinzelt erhielten Selbstverwalter eine Qualifizierung an der Akademie für Arbeitnehmer in Frankfurt am Main oder im Rahmen eines zertifizierten Weiterbildungsstudiums als „Gesundheitsplaner“.

Die meisten Betroffenen kümmern sich mangels ausreichender und passender Bildungsangebote selbst um ihre Qualifizierung: Sie geben an, sich vor allem aus eigenem

Interesse und Antrieb durch ein Selbststudium zu qualifizieren. Die Mehrheit der Befragten qualifiziert sich ferner durch ein „learning by doing“ oder „training on the job“ für ihre Tätigkeit. Selbststudium sowie Aus-, Fort- und Weiterbildungsprogramme gewerkschaftseigener Bildungsträger sind nach wie vor die Hauptstützen einer zweckadäquaten Qualifizierung von Selbstverwaltern. Durchgängig positiv beurteilten die Befragten in diesem Zusammenhang die Qualifizierungsangebote der gewerkschaftlichen Listenträger. Sowohl der DGB als auch die IG-Metall und ver.di legen nach Ansicht vieler Befragter großen Wert auf eine adäquate (Vorab-) Qualifizierung ihrer Selbstverwalter. Seltener werden dagegen Qualifizierungsprogramme durch die Krankenkassen angeboten. Immer wieder wird moniert, dass die Kassenvorstände zurückhaltend bis ablehnend mit Verweis auf knappe Haushaltsmittel, die Wettbewerbsfähigkeit ihrer Kasse oder mit dem Hinweis, Qualifizierung von Selbstverwaltern sei ausschließlich Angelegenheit der Listenträger, argumentieren.

Differenziert und durchaus ambivalent wird die Frage beantwortet, ob Aus-, Fort und Weiterbildung vorzugsweise zentral oder dezentral durchgeführt werden soll. Rationalisierungs-, Synergie- und Kostengründe sprechen nach Ansicht einiger Selbstverwalter für eine *zentrale* Organisation. Ferner könnte hierdurch die Rolle des DGB gestärkt werden, um als Dachverband im Sinne einer „Lead“-Gewerkschaft für Selbstverwaltung die sozialpolitische Agenda und entsprechend bei Qualifizierungsmaßnahmen die inhaltlichen Schwerpunkte zu setzen. Für eine zentrale Durchführung von Bildungsmaßnahmen spräche auch ein kassen- bzw. kassenartenübergreifender sowie ebenenübergreifender Gedanken- und Informationsaustausch der verschiedenen Selbstverwalter: „Ich glaube, dass zentrale Schulungen notwendig sind, denn nur dort kann ein Erfahrungsaustausch mit anderen Selbstverwaltern stattfinden.“ (VAN7) Etwa ein Drittel der Befragten betont die Wichtigkeit eines Erfahrungsaustauschs unter Selbstverwaltern. Gemeinsame Aus-, Fort- und Weiterbildungsseminare können ihrer Ansicht nach hierfür eine wichtige Plattform darstellen. Für eine zentrale Organisation spricht ferner, dass einige Listenträger bereits über geeignete zentrale Bildungseinrichtungen verfügen. Aber auch *dezentral* organisierte Maßnahmen könnten nach Ansicht einiger Befragter Vorteile aufweisen. So können, abgesehen von geringeren Reisekosten und einem geringeren Zeit- und Organisationsaufwand, regionale Besonderheiten, insbesondere bei der Gestaltung des regionalen Versorgungsgeschehens, besser thematisiert werden.

Aber auch eine Kombination zentral und dezentral organisierter Programme, mit dem Ziel, inhaltlich unterschiedlichen Schwerpunktsetzungen Rechnung tragen zu können, erscheint einer Reihe von Befragten vorteilhaft. Rechtliche und (gesundheits-) ökonomische Grundlagen sollten vor allem im Rahmen einer *zentralen* Qualifizierung vermittelt werden. Weitergehende, vertiefende Seminare mit speziellen Fachinhalten z.B. zum regionalen Versorgungsgeschehen oder zur Herstellung von mehr Versicherungsnähe wären dann auch vor dem Hintergrund didaktisch geeigneter Gruppengrößen *dezentral* zu organisieren.

In Bezug auf die inhaltliche Akzentuierung von Aus-, Fort- und Weiterbildung wurde die Vermittlung ausreichender rechtlicher, betriebswirtschaftlicher und gesundheitsökonomischer Kenntnisse sowie von *Methodenkompetenz* angeregt. Gesundheitspolitik unterliegt einem permanenten und raschen Wandel. Demzufolge sieht sich etwa ein Drittel aller Befragten in *rechtlichen* Fragen unzureichend qualifiziert. Auswahl, Interpretation und Umsetzungsmöglichkeiten relevanter Inhalte der Sozialgesetzbücher IV und V sowie Kenntnisse über die Rollen und Aufgaben anderer Akteure im Gesundheitssystem werden als sehr wichtig erachtet. Dem dauerhaft hohen Tempo dieser häufig systemrelevanten Veränderungen entspringt auch ein Verlangen nach einer durchgehend zeitnahen und aktuellen Qualifizierung. Über alle Befragten hinweg besteht ferner ein Konsens, dass auch in *betriebswirtschaftlicher* und *gesundheitsökonomischer* Hinsicht ein erheblicher Aus-, Fort und Weiterbildungsbedarf besteht. Vor allem in den Bereichen Finanzierung des Gesundheitswesens, Haushaltsrecht, Rechnungswesen und Bilanzierung halten die Befragten gute Kenntnisse für unabdingbar, um sich mit dem Hauptamt und der Kassenverwaltung auf gleicher Augenhöhe auseinandersetzen zu können. Daneben wird aber auch mehr Aufmerksamkeit hinsichtlich ihrer *Methodenkompetenz* gefordert: Methoden guter Verhandlungs- und Diskussionsführung, Rhetorik, Mediation, Konfliktbewältigung o.ä. werden erwähnt, um im Wechselspiel mit den Selbstverwaltern anderer Listenträger oder dem hauptamtlichen Vorstand ihren Rollenanforderungen besser gerecht werden zu können. Aufgrund der Komplexität und des raschen Wandels des Gesundheitssystems wird daher folgerichtig von allen Befragten eine gute und thematisch möglichst breit angelegte Qualifizierung der Verwaltungsräte als Schlüssel für eine erfolgreiche Selbstverwaltungsarbeit angesehen.

### 3.3.3 Unterstützung durch Personal, Sachmittel, Zeit und Vernetzung

Mangelnde Unterstützung durch die Listenträger oder durch andere Verwaltungsratsmitglieder können die Selbstverwalter ebenso wie ungünstige Rahmenbedingungen hemmen, ihren Zielen und Aufgaben im Verwaltungsrat adäquat nachzukommen.

#### *Unterstützung durch die Listenträger*

Die Selbstverwalter wurden zunächst dazu befragt, inwiefern sie bei der Ausübung ihres Amtes Unterstützung durch ihren Listenträger, z.B. durch feste und sachkundige Ansprechpartner erhalten. Die meisten Befragten gaben an, keine direkte Unterstützung durch ihre Organisationen zu erhalten. Einige wenige Selbstverwalter wünschen allerdings auch keine Unterstützung.

Während den Gewerkschaften prinzipiell die Möglichkeit zur Unterstützung ihrer Verwaltungsräte zugeschrieben wird, ist dies bei freien Arbeitnehmervereinigungen aufgrund ihrer geringeren Organisationsmacht und finanziellen Spielräume weitaus schwieriger. Dennoch fühlen sich viele Selbstverwalter auch von ihren Gewerkschaften nur unzureichend unterstützt. Unterstützung erhalten sie dagegen durch die Kassen selbst. Bei einigen, häufig großen Kassen gibt es Selbstverwalterbüros oder Stabsstel-

len für die Selbstverwaltung. Ein wichtiges Ergebnis der Untersuchung ist: „Wo diese existieren, laufen die Selbstverwaltungen besser!“ (GruDisk 1)

Wie auch schon an anderer Stelle kritisiert, funktioniert die Unterstützung der Betriebsräte seitens der Gewerkschaften weitaus besser.

Positiver wird das vielfältige Weiterbildungsangebot der Listenträger, insbesondere der Gewerkschaften beurteilt. Explizit hervorgehoben wurde in diesem Zusammenhang die Abteilung Sozialpolitik des DGB, welche häufig Fachtagungen organisiert bzw. themenspezifische und für Selbstverwalter relevante sozialpolitische Diskussionen initiiert. Ebenfalls positiv wird in diesem Zusammenhang die Unterstützung durch die Gewerkschaften und Kassen in Form von einschlägigen Materialien, Vorträgen, Info-Ständen, Selbstverwalter-Tagungen und auch durch gelungene Internetauftritte bewertet. In wenigen Ausnahmefällen stehen den Selbstverwaltern personelle Ressourcen in Form von Assistenten oder externen Beratern zur Verfügung. Vorgeschlagen wird auch die Einrichtung eines „Wissenschaftlichen Dienstes“ zur fundierten und unabhängigen Unterstützung der Selbstverwalter in komplexen Sach- und Rechtsfragen. Dieser könnte helfen, den teils erheblichen Wissensvorsprung des Hauptamtes gegenüber dem Ehrenamt zu verringern.

Als durchweg sehr hilfreich für die Selbstverwaltertätigkeit wird die großzügige, allerdings größtenteils nur geduldete Freistellungspraxis der hauptamtlichen Gewerkschaftsmitarbeiter beurteilt.<sup>34</sup> Ferner wurde angemahnt, dass die Gewerkschaften, sofern dies noch nicht erfolgt ist, zur Orientierung sozialpolitische Leitlinien entwickeln sollten. Erwähnt wurde, dass insbesondere ver.di beabsichtigt, themenrelevante Fragenkataloge als Hilfestellung für die Selbstverwalter zu formulieren.<sup>35</sup>

Generell erhalten die Selbstverwalter nur wenig organisatorische oder fachliche Unterstützung von ihren Listenträgern. Ein Interesse an ihren Selbstverwaltern besteht seitens der Gewerkschaften zumeist nur im unmittelbaren Zusammenhang mit der Listenaufstellung angesichts nahender Sozialwahlen. Eine Unterstützung erfolgt zumeist nur durch die Kassen in Form von Stabsstellen oder Selbstverwalterbüros. Wenn überhaupt, werden Selbstverwalter von ihren Listenträgern in Form von Weiterbildungsangeboten, themenbezogenen Materialien, Vorträgen, Selbstverwaltertagungen und Internetauftritten unterstützt. Hauptamtliche Gewerkschaftsmitarbeiter profitieren, wenn auch nur informell, von einer geduldeten Freistellungspraxis für ihr Selbstverwaltungsengagement.

34 Ob diese Duldung der angestrebten gesetzlichen Regelung in Anlehnung an die Freistellungsbestimmungen des Betriebsverfassungsgesetzes förderlich ist, mag dahin gestellt sein.

35 Beispielhaft auch IG Metall „Arbeitshilfe für gewerkschaftliche Selbstverwalter: Fusionen gesetzlicher Krankenkassen“, [http://www.igmetall.de/cps/rde/xbcr/SID-0A456501-FB41FF0/internet/fusionen\\_krankenkassen\\_arbeitshilfe\\_06\\_2009\\_0147734.pdf](http://www.igmetall.de/cps/rde/xbcr/SID-0A456501-FB41FF0/internet/fusionen_krankenkassen_arbeitshilfe_06_2009_0147734.pdf), zuletzt geprüft am 30. Juli 2012.

### *Zeit als wichtige Ressource*

Eine wichtige Voraussetzung für ein „gutes“ Selbstverwalterhandeln ist ein ausreichendes Zeitbudget. In Anlehnung an § 38 Absatz 1 Betriebsverfassungsgesetz wird daher folgerichtig ein über die Teilnahme an Vorbesprechungen und Verwaltungsratssitzungen hinausgehender Freistellungsanspruch für Selbstverwalter gefordert.

Gut ein Drittel der Befragten gab an, dass die Selbstverwaltertätigkeit mit einem erheblichen Zeitproblem behaftet ist. Die zeitliche Beanspruchung der Selbstverwalter für das Lesen von Fachinformationen, Weiterbildung sowie für die Netzwerkpflge liegt auf einer Spannweite von einer bis zu 40 Stunden in der Woche. Hinzu kommen noch die Teilnahme an Sitzungen sowie die Wahrnehmung weiterer Selbstverwaltungstermine. Dies hat zur Folge, dass Selbstverwaltungsaufgaben häufig auch an Wochenenden erledigt werden müssen.

Knappe Zeitbudgets stellen erwartungsgemäß für Ruheständler kein Problem dar.<sup>36</sup> Auch hier wird eine Zeitspanne von einer Stunde pro Tag bis hin zu 40 Stunden in der Woche angegeben. Zeitlich besonders beansprucht sind die Vorsitzenden der Verwaltungsräte. Versichertenvertreter benötigen zwangsläufig weniger Zeit.

### *Netzwerke*

Netzwerke gelten als Steuerungsmechanismus zwischen Markt und Hierarchie. Diese Steuerungsform grenzt sich von anderen Formen der Steuerung insofern ab, als in Netzwerken kein direkter Austausch stattfindet und auch keine administrativen Vorgaben (Hierarchie) bestehen.<sup>37</sup> Netzwerke bieten Vorteile beim Informationsaustausch und führen zur Entstehung von sozialem Kapital.<sup>38</sup> Welche Bedeutung Netzwerke für Selbstverwalter haben, wurde ebenfalls erhoben. Dabei wurde nach kasseninternen und -externen Netzwerken, kassenträgerübergreifenden Netzwerken sowie Netzwerkbeziehungen zu höheren Selbstverwaltungsebenen gefragt.

Deutlich wird der Wunsch geäußert, zur Vorbereitung von Sitzungen, bei Wissenslücken oder fehlenden Erfahrungen im Umgang mit konkreten Problemstellungen auf Netzwerke zurückgreifen zu können. Ein solches Netzwerk, das im besten Fall nicht nur träger- sondern auch ebenenübergreifend konzipiert sein sollte, könnte auch beim „Amtswechsel“ von Verwaltungsräten hilfreich sein. In diesem Zusammenhang wird ebenfalls, in Anlehnung an die gesetzliche Rentenversicherung, insbesondere bei mitgliederstarken Kassen die Bestellung von „Versichertenältesten“ angeregt, welche dann den Ausbau von Selbstverwalter-Netzwerken vorantreiben könnten.

Selbstverwalter tauschen sich in bereits bestehenden Netzwerken über die inhaltliche Ausgestaltung freiwilliger Satzungsleistungen, Finanz- und Haushaltsfragen, gesundheitspolitische Fragestellungen aber auch prinzipiell über Erfahrungen in ihren Gremien

36 Das Alter der Befragten wurde nicht erhoben.

37 Vgl. Wilkesmann 1999, Seite 53.

38 Ausführlich siehe Jansen 2003.

aus. Um abschätzen zu können, auf welchen Ebenen bzw. bei welchen Organisationen der Schwerpunkt des Austausches liegt und welche im Gegensatz dazu verhältnismäßig wenig genutzt werden, ermöglichen deren genannte Häufigkeitsverteilung Rückschlüsse auf den jeweiligen Vernetzungsgrades sowie der Relevanz einzelner Netzwerke.

Ein Austausch mit anderen Selbstverwaltern findet demnach hauptsächlich in den Landesverbänden und in den Gewerkschaften (je 15 Nennungen) statt. Der Spitzenverband Bund als Ort der Vernetzung wurde von 11 Befragten genannt. Weitere Netzwerke werden von den Selbstverwaltern in der Krankenkasse zu anderen Verwaltungsräten aber auch zu Kassenmitarbeitern gepflegt (9 Nennungen). Nicht ganz so häufig erwähnt wird ein Austausch innerhalb der Bundesverbände der einzelnen Kassenarten (7 Nennungen).

Weitere Gelegenheiten zum Aufbau von Netzwerken, die jedoch von den Befragten nur vereinzelt erwähnt werden, gäbe es im DGB Arbeitskreis Gesundheit, im gesundheitspolitischen Arbeitskreis der IG Metall, auf DGB Arbeitnehmer-Klausurtagungen, auf Tagungen des DGB für Selbstverwalter in der Sozialversicherung, im Rahmen einschlägiger Podiumsdiskussionen sowie bei Aus-, Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen. Informationen über die Aktivitäten anderer Selbstverwaltungsebenen werden derzeit lediglich durch Pressemitteilungen und Pressespiegel der Einzelkassen vermittelt.

### 3.3.4 Herstellen von Transparenz durch Kommunikation und Interaktion

#### *Darstellung der Aktivitäten*

Zur Verbesserung der Transparenz gegenüber den Versicherten müssten die Selbstverwalter regelmäßig über ihre Aktivitäten und ihren Einfluss auf Entscheidungen im Verwaltungsrat berichten. Nur wenn die Versicherten um die Aufgaben und Einflussmöglichkeiten der Selbstverwaltung wissen, werden sie sich an ihre Interessenvertreter wenden.

Die Befragung hat ergeben, dass zwar zahlreiche Kommunikationskanäle genutzt werden aber dennoch nur wenige Versicherte über die Verwaltungsratsarbeit in ihrer Kasse informiert sind. Nachfolgend werden sämtliche erwähnte, von den Selbstverwaltern genutzte Kommunikationswege aufgeführt:

**Tabelle 2: Kommunikationswege und Nutzungsarten nach Anzahl der Nennungen**

Kommunikationsweg	Nutzungsarten	Anzahl der Nennungen**
<b>Printmedien</b>		
<b>Kassenmagazine</b>	Regelmäßig erscheinende Magazine mit Informationen über die Selbstverwaltung	27
<b>Briefe</b>	Versenden von Flyern Personenbezogener Kontakt zu einzelnen Versicherten	5
<b>Aushänge</b>	An schwarzen Brettern in Betrieben einer BKK	4
<b>Elektronische Medien</b>		
<b>Internet</b>	Bereitstellen von Informationen über Webseiten der Kassen	14
<b>E-Mails</b>	Versenden von Newslettern Personenbezogener Kontakt zu einzelnen Versicherten	5
<b>Intranet</b>	Bereitstellen von Informationen für Mitglieder einer BKK	2
<b>Telefon</b>	personenbezogener Kontakt zu einzelnen Versicherten	1
<b>Veranstaltungen</b>		
<b>Betriebsversammlungen</b>	Informieren der Versicherten und Mitarbeiter einer BKK	3
<b>Tagungen</b>	Informieren auf Tagungen z. B. spezieller Berufsgruppen Informieren auf regionalen Tagungen	3
<b>Gewerkschaftseigene Veranstaltungen</b>	Informieren auf Gewerkschaftsveranstaltungen	1
<b>Über Kontakte</b>		
<b>Gewerkschaften</b>	Informieren über gewerkschaftliche Vertrauensleute Publikationen auf den Webseiten der Gewerkschaften Synergien nutzen, wenn ein Selbstverwalter auch als Gewerkschafter tätig ist	4
<b>Persönliche Kontakte</b>	Diskussionen am Stammtisch Gespräche mit Mitarbeitern einer BKK	2
<b>Außendienstler</b>	Informieren über regional tätige Mitarbeiter	2
<b>Vertrauensleute</b>	Informieren der Versicherten einer BKK über die Vertrauensleute des Betriebs	1
<b>Keine Kommunikation</b>		
<b>Kein Kontakt zu den Versicherten</b>	Die Versicherten erfahren nichts	3

\*\* Die Anzahl der Nennungen zeigt hier, wie oft die Befragten insgesamt welchen Kommunikationsweg nutzen.

Um ihre Versicherten zu erreichen, müssten die Selbstverwalter ihrer Meinung nach auf Unterstützung ihrer Kassen oder ihrer Listenträgern zurückgreifen können. In der Aufmerksamkeit der Medien spielt die Selbstverwaltung dagegen nur eine nachrangige

ge Rolle. Ferner wird angeregt, dass eine bessere Außendarstellung über das Web 2.0, Twitter, Weblogs oder Sender wie Phoenix erfolgen sollte. Mit diesen „neuen“ Medien ließen sich dann ggf. weitere Interessierte – insbesondere auch jüngere Versicherte – an das Thema soziale Selbstverwaltung heranführen.

### *Interaktion*

Um Versicherteninteressen adäquat zu vertreten, darf nicht nur über die Selbstverwaltung berichtet werden, sondern es muss ein gegenseitiger Austausch, eine Interaktion zwischen Versicherten und Selbstverwaltern stattfinden.

Die Vorsitzenden haben durchweg die Größe der Krankenkasse für die Intensität und Qualität der Interaktion mit den Versicherten problematisiert. Stellvertretend für andere lautet die Aussage hinsichtlich des Verhältnisses von Selbstverwaltung und Versicherten: „Welchen Kontakt habe ich zu 3,7 Millionen Versicherten?“ (VAN02) Ein Gremium von maximal dreißig Selbstverwaltern kann demnach kaum einen direkten Kontakt zu allen Versicherten pflegen.

Um dennoch etwas über die Probleme und die Bedürfnisse zu erfahren, wenden sich einige Befragte an:

- Patienteninitiativen,
- Widerspruchsausschüsse und
- Betriebsräte.

Ein Austausch mit *Patienteninitiativen* wird aber auch kritisch kommentiert, da bei diesen häufig ein latenter, interessenbezogener Zusammenhang insbesondere zur Pharmaindustrie aber auch zu anderen Interessensgruppen auf der Leistungsanbieterseite vermutet wird. Dem entsprechend wird die Zusammenarbeit zwar thematisiert, aber nicht unbedingt auch praktiziert. Bei den kleineren Betriebskrankenkassen ergibt sich dagegen ein völlig anderes Bild: Wenn 80 % der Mitarbeiter eines Unternehmens in einer BKK versichert sind, ist die Nähe zu den Versicherten selbstverständlich und auch sehr viel einfacher herzustellen. Weiterhin kann in kleineren BKK über Betriebsversammlungen hinaus direkt auf Betriebsräte und Gewerkschaftsvertreter zugegangen werden.

Dabei wird die Notwendigkeit, auch bei großen Kassen eine individuelle Betreuung oder einen direkten Kontakt zu den Versicherten zu ermöglichen, durchaus gesehen. Besonderen Zulauf scheinen jedoch jene Verwaltungsratsmitglieder zu erhalten, die auch noch andere Ämter innehaben. Das Gleiche gilt für aktive oder ehemalige Betriebsratsvorsitzende und hauptberufliche Gewerkschaftsmitarbeiter, zu denen häufig ein bewährtes Vertrauensverhältnis besteht. Hilfreich sind auch die Teilnahme an Versammlungen oder Mitgliedschaften in einschlägigen Foren.

Einer der Befragten teilt das Engagement der Selbstverwalter in zwei unterschiedliche Lager auf: das eine, das „sich mehr um die Leitlinien der Selbstverwaltungsarbeit

kümmert, also um die großen Linien, und das andere, das im Grunde schlicht und einfach in der Betreuungsarbeit für die Versicherten und Patienten aufgeht.“ (VAN01) Diese Ansicht ist in der Gruppe der befragten Verwaltungsratsvorsitzenden häufiger anzutreffen als bei den „einfachen“ Verwaltungsratsmitgliedern. Von Letzteren wird ein direkter Austausch mit den Versicherten nicht unbedingt als wichtige Aufgabe der Selbstverwaltung betrachtet.

Die Befragung macht deutlich, dass nicht die Größe einer Krankenkasse oder fehlende Zeit ausschlaggebend für eine Interaktion mit den Versicherten sind. Vielmehr entscheiden das persönliche Engagement und die Bekanntheit eines Selbstverwalters, ob es zu einem direkten Austausch mit den Versicherten kommt. Eine Mitarbeit in einem Ausschuss, insbesondere im Widerspruchsausschuss, erleichtert ebenso wie eine Tätigkeit als Gewerkschaftsmitarbeiter einen direkten Kontakt und Austausch mit den Versicherten. Nimmt der Selbstverwalter dagegen eine passive Rolle ein, so wird er nur in Ausnahmefällen für die Versicherten zum direkten Ansprechpartner. Die Bedürfnisse der Versicherten kann der Selbstverwalter in seiner Tätigkeit also nur dann berücksichtigen, wenn er selbst aktiv wird, seine Bekanntheit steigert und auf die Mitglieder der Kasse zugeht.

#### *Bedürfnisse und Perspektiven der Versicherten*

Kommunikation und Interaktion sind zwar notwendig, aber nicht hinreichend, um die Bedürfnisse und Perspektiven der Versicherten in die Arbeit der Selbstverwaltung einfließen zu lassen. Häufig stehen dem sowohl gesetzliche als auch finanzielle Sachzwänge, insbesondere die Haushaltslage der Kasse, aber auch ein schwieriges wettbewerbliches Umfeld entgegen: „Wir sind stellvertretend tätig, das muss immer der Grundsatz sein: was nützt, was dient, was hilft es den Versicherten. Danach muss unser Handeln ausgerichtet sein. Und dann reden wir natürlich über Haushaltspläne und Kosten, aber dadurch rückt natürlich der/die Betroffene aus dem Fokus.“ (VAN12) Es kann also ein „Teufelskreis“ entstehen: Wegen knapper finanzieller Mittel wird immer weniger auf die Belange der Versicherten eingegangen. Wird hierdurch die Unzufriedenheit mit einer Kasse zu groß, wandern die Versicherten ab.<sup>39</sup> Schwindende Einnahmen haben weitere Einschränkungen im Leistungsangebot zur Folge. Um den Kontakt zu den Versicherten zu intensivieren, zur Herstellung regionaler Betroffenheit und zur Entlastung der Verwaltungsräte wird auch die Einrichtung von Regionalbeiräten/Bezirksräten nach bayerischem und baden-württembergischem AOK-Vorbild nahegelegt.

Auch wenn die Selbstverwaltung in erster Linie die Interessen aller Versicherten im Blick haben sollte, so ist es keineswegs ausgeschlossen, dass nicht auch berechtigten Anliegen Einzelner nachgegangen wird. Über diese Frage existieren unter den Arbeitnehmervertretern allerdings kontroverse Auffassungen. Während die einen versuchen Individualinteressen stellvertretend für die Interessen „der Versicherten“ gegenüber der Krankenkassenverwaltung oder im Verwaltungsrat geltend zu machen, sehen andere

<sup>39</sup> Vgl. Braun/Greß/Rothgang/Wasem 2008.

den Verwaltungsrat nicht als dasjenige Organ, das sich mit der Prüfung von Einzelinteressen zu beschäftigen hat.

Konsens besteht allerdings in der Frage, dass die Arbeitnehmervertretung im Verwaltungsrat als Sachwalter die Versicherteninteressen vor allem auch gegenüber dem Vorstand zu vertreten und gegebenenfalls auch (im Rahmen der gegebenen Möglichkeiten) durchzusetzen haben.

Bedürfnisse und Perspektiven der Versicherten finden immer dann Berücksichtigung, wenn ein besonderes Vertrauensverhältnis zwischen dem Selbstverwalter und dem Versicherten besteht. Versicherte sind dann eher bereit, sich über ihre Wünsche, Probleme und Sorgen mit dem Selbstverwalter auszutauschen. Regionale Nähe und Bekanntheit fördern ein solches Vertrauen. Bei großen Kassen wird darüber hinaus die Bestellung von Versichertenältesten angeregt. Dies bedeutet, dass sich ein Selbstverwalter seiner Rolle als Fürsprecher der Versicherten bewusst sein muss. Um sich im Verwaltungsrat gegenüber der Arbeitgeberseite sowie dem Vorstand durchzusetzen, muss er fachlich kompetent, beharrlich, selbstbewusst und eloquent sein. Häufiger Streitpunkt mit dem Hauptamt ist die rechtlich unbestimmte Abgrenzung zwischen den Entscheidungen von grundsätzlicher Bedeutung und dem operativen Geschäft.

### 3.3.5 Die Beschäftigten im Gesundheitswesen – im Blickwinkel der Selbstverwalter?

Ambivalent beurteilt wird, mit Ausnahme von ver.di, bei den Gewerkschaften und Selbstverwaltern die Frage, ob Selbstverwalter bei ihrem Handeln auch die sozialen Belange der im Gesundheitswesen Beschäftigten im Blick haben sollten. Notwendige Voraussetzung hierfür ist zunächst, dass überhaupt ein solcher Zusammenhang gesehen und hieraus ein konkreter Handlungsbedarf abgeleitet wird. So können vom Verwaltungsrat beschlossene Leistungsverbesserungen für die Versicherten, z.B. im Rahmen freiwilliger Satzungsleistungen im Bereich der Pflege, eine Leistungsverdichtung für die Beschäftigten zur Folge haben. Hier kann es zu einem Rollenkonflikt von Selbstverwaltern kommen, die hauptberuflich als Gewerkschaftsmitarbeiter Arbeitnehmerinteressen vertreten und als Selbstverwalter ihren Fokus auf die Interessen der Versicherten richten sollen.

Die meisten Selbstverwalter sehen es nicht als ihre, sondern als Aufgabe von ver.di an, die Belange der betroffenen Beschäftigten zu vertreten. Ferner halten sie ihre diesbezüglichen Möglichkeiten für sehr begrenzt. Auch aus Sicht des Vorstandes einer Krankenkasse sind Gestaltungsspielräume zur Beeinflussung der Beschäftigungssituation nicht vorhanden. Mit der Festsetzung von Entgelten für Behandlungen wird somit auch der für die Behandlungsbereitstellung nötige Personalaufwand einberechnet, eine Kontrolle darüber, wie sich dieser in der Praxis darstellt, ist von Seite der Kasse jedoch nicht möglich.

Die Belange der im Gesundheitswesen Beschäftigten spielen im Rollenverständnis der Selbstverwalter allenfalls eine nachrangige Rolle. Es wird deutlich differenziert zwischen der Rolle als Selbstverwalter und der Rolle als Gewerkschaftsmitarbeiter oder -mitglied. Dies ist insofern erstaunlich, als die meisten Arbeitnehmervertreter einen gewerkschaftlich arbeitnehmerbezogenen Hintergrund haben.

### 3.3.6 Schlussfolgerungen für den zukünftigen Handlungsbedarf

Die Befragung hat ergeben, dass zur Aktivierung eines möglichen Steuerungspotentials sozialer Selbstverwaltung erheblicher Handlungsbedarf in mehrfacher Hinsicht besteht.

Zunächst muss es gelingen, auch zukünftig kompetente, flexible, durchsetzungsstarke, beharrliche und engagierte Selbstverwalter mit einem ausgeprägten sozialen Gewissen sowie einem hohen Maß an Fach- und Methodenkompetenz für ein Engagement in der Selbstverwaltung zu gewinnen. Zur adäquaten Abbildung der Versichertenstruktur sollte auch der Anteil weiblicher und jüngerer Selbstverwalter erhöht werden. Es müssen auch Regelungen gefunden werden, um Verwaltungsräten eine bessere Vereinbarkeit von Mandat, Beruf und Familie zu ermöglichen. Für Jüngere sollte der Nutzen eines ehrenamtlichen Engagements in der sozialen Selbstverwaltung besser herausgestellt werden.

Erhebliche Defizite werden bei der Aus-, Fort- und Weiterbildung von Selbstverwaltern erkennbar. Es fehlt an einem kohärenten, möglichst curricular strukturierten Bildungskonzept, das Selbstverwalter auf ihre Aufgaben angemessen vorbereitet und im Verlauf ihrer Tätigkeit vor dem Hintergrund der hohen Veränderungsdynamik im Gesundheitswesen fortdauernd begleitet. Empfehlenswert wäre ein zentral konzipiertes und koordiniertes sowie modular strukturiertes Bildungsangebot, das die notwendigen ökonomischen, rechtlichen und methodischen Kompetenzen auf zentraler Ebene vermittelt. Ein zentral angelegtes Bildungskonzept ermöglichte ferner einen kassen-, kassenarten- und selbstverwaltungsebenenübergreifenden Informationsaustausch unter Selbstverwaltern. Spezifische Inhalte und Problemlösungen mit regionalem Hintergrund sollten dagegen auf der dezentralen Ebene vermittelt werden.

Geprüft werden sollte, ob die beim DGB oder diversen Einzelgewerkschaften durchaus vorhandenen und von den Befragten auch positiv bewerteten Bildungsangebote nicht aus einer Hand zentral gesteuert und koordiniert werden sollten.

Die Befragten monieren, dass sie nur wenig organisatorische oder fachliche Unterstützung seitens ihrer Listenträger erhalten. Ein Interesse an „ihren“ Selbstverwaltern wird seitens der Gewerkschaften zumeist nur im unmittelbaren Zusammenhang mit der Listenaufstellung bekundet. Eine Benennung fester Selbstverwalter-Koordinatoren bzw. Beauftragter bei den Listenträgern könnte für Abhilfe sorgen. Sie sollten den Selbstverwaltern dauerhaft als Ansprechpartner zur Verfügung stehen und ihre Aktivitäten

abstimmen sowie zielgerichtet steuern. Hilfreich wären auch der zentrale Aufbau und die Pflege von Selbstverwalternetzwerken.

Durchgängig kritisch gesehen wird das knappe Zeitbudget, das den Selbstverwaltern zur amtsangemessenen Erfüllung ihrer Aufgaben zur Verfügung steht. Angeregt wird hier eine Freistellungspraxis in Anlehnung an das Betriebsverfassungsgesetz oder eine bessere Arbeitsteilung zwischen den Verwaltungsräten. Hilfreich hierfür wäre ein institutionalisierter Aufbau von Netzwerken, und zwar nicht nur kassenintern, sondern auch kassenarten-, ebenen- und listenträgerübergreifend.

Soll sich soziale Selbstverwaltung über eine Verbesserung der Ergebnisse, also über den Output legitimieren, so müssen die Selbstverwalter auch regelmäßig über ihre Aktivitäten und ihre Mitwirkung an wichtigen Entscheidungen berichten. Zur Erhöhung der Transparenz ist dabei sowohl die Nutzung herkömmlicher als auch vor dem Hintergrund des Wandels der Versichertenstruktur und des Medienkonsums die Nutzung moderner Kommunikationskanäle erforderlich. Sollen darüber hinaus auch die Bedürfnisse und Präferenzen der Versicherten unmittelbar in das Verwaltungsratshandeln einfließen, so müssen Transparenz und Kommunikation zur Interaktion, also zum gegenseitigen Informationsaustausch werden. Nur wenn dies zukünftig in ausreichendem Maß gelingt, ist aus inputlegitimatorischer Perspektive eine Bestellung von Selbstverwaltern über Friedenswahlen vertretbar.



## 4 Leitbild für Selbstverwalter

Unter der anwendungs- und transferorientierten Fragestellung des Projekts, was zukünftig getan werden muss, damit Selbstverwaltung ihr ökonomisches und soziales Steuerungspotential gegenüber den anderen Ordnungstypen Markt und Staat entfalten kann, wird als affirmative Aufforderung an die Listenträger ein Leitbild postuliert: Dieses soll sowohl als Handlungsempfehlung für die zukünftige Auswahl und praktische Arbeit von Selbstverwaltern in einem „Krankenversicherungssystem der Zukunft“ dienen.

Die Vorstellungen vom Bild eines „idealen“ Selbstverwalters fassen jene persönlichen, sozialen, fachlichen und methodischen Kompetenzen zusammen, welche die Befragten als unerlässlich für ein erfolgreiches Selbstverwaltungshandeln erachten.<sup>40</sup> Mehrfach wiederholte Nennungen bestimmter Kompetenzen lassen möglicherweise auf wichtige Eigenschaften schließen, die für eine erfolgreiche Tätigkeit unabdingbar sind. Aus den Antworten lässt sich ein Anforderungs- und Fähigkeitsprofil erstellen, das Grundlage für die gezielte Rekrutierung zukünftiger Selbstverwalter sein kann. Die Befragten haben hierzu verschiedene Kompetenzen genannt, welche ein Selbstverwalter erfüllen sollte. Die genannten Fähigkeiten lassen sich in Anlehnung an die vier von Erpenbeck und Rosenstiel<sup>41</sup> definierten Kompetenzklassen wie folgt zusammenfassen:

- *Personale Kompetenzen: insbesondere Adaptionstfähigkeit (Flexibilität, Kompromissbereitschaft)*<sup>42</sup>
- *Aktivitäts- und umsetzungsorientierte Kompetenzen: insbesondere Engagement (durchsetzungsstarkes, hartnäckiges, hinterfragendes und engagiertes Auftreten)*
- *Sozial-kommunikative Kompetenzen: insbesondere Altruismus (soziale Einstellung, altruistisches Handeln, Fürsorge, Versichertenbezug)*
- *Fach- und Methodenkompetenzen: insbesondere auch Weiterbildungswille*

Diese Kategorien lassen sich vier Kompetenzklassen zuordnen, die in nachfolgender Grafik dargestellt sind:

40 Siehe Leitfaden im Anhang: Bereich *Perspektiven* im Feld *Verbesserungsmöglichkeiten* Frage Nr. 29: Über welche persönlichen, fachlichen und sozialen Kompetenzen verfügt Ihrer Ansicht nach der ideale Selbstverwalter?

41 Vgl. Erpenbeck/Rosenstiel 2003.

42 In Klammern werden hier überblicksartig die Aussagen der Befragten dargestellt.

Abbildung 1: Kompetenzmodell nach Erpenbeck und Rosenstiel<sup>43</sup>



*Personale Kompetenzen* werden als „die Dispositionen einer Person, reflexiv selbstorganisiert zu handeln“<sup>44</sup> definiert. Als Beispiele hierfür werden Selbstreflexionsfähigkeit, Selbstmanagement, Eigenverantwortung und Selbstvertrauen angeführt.<sup>45</sup> Als weitere Kompetenzklasse werden die *Aktivitäts- und umsetzungsorientierten Kompetenzen* beschrieben, welche dadurch zum Ausdruck kommen, dass Personen aktiv und selbstorganisiert handeln und dieses Handeln auf „die Umsetzung von Absichten, Vorhaben und Plänen“<sup>46</sup> ausrichten. Beispiele hierfür sind Initiative, Proaktivität,

43 Eigene Darstellung in Anlehnung an Erpenbeck/Rosenstiel 2003, Seite XVI.

44 Erpenbeck/Rosenstiel 2003, Seite XVf.

45 Vgl. Steinkellner/Czerny 2009, Seite 48.

46 Erpenbeck/Rosenstiel 2003, Seite XVI.

Entscheidungsfähigkeit und Konsequenz.<sup>47</sup> *Sozial-kommunikative Kompetenzen* zeigen sich darin, dass Akteure „kommunikativ und kooperativ selbstorganisiert“<sup>48</sup> handeln. Als Beispiel hierfür führen Steinkellner und Czerny an selber Stelle Kommunikationsfähigkeit, Teamfähigkeit, Kooperationsfähigkeit sowie Konfliktfähigkeit an. *Fachlich-methodische Kompetenzen* befähigen Menschen dazu, bei der „Lösung von sachlich-gegenständlichen Problemen geistig und physisch selbstorganisiert zu handeln“<sup>49</sup>, was sich durch Fachwissen, analytische Fähigkeiten, Organisationsfähigkeit oder praktisch-technische Kompetenz ausdrücken kann, so weiterhin Steinkellner und Czerny.

Aktivitäts- und umsetzungsorientierte Kompetenzen sind eine Kompetenzklasse, die die drei weiteren Kompetenzklassen verbinden, denn diese „Kompetenzen zeigen sich vor allem, wenn sie in die eigenen Willensantriebe integriert und Handlungen erfolgreich durchgeführt werden“<sup>50</sup>. Die aktivitätsbezogene Kompetenz beschreibt demnach übergreifend, „wie Kompetenzen für tatsächliche Handlungen mobilisiert werden“<sup>51</sup>.

Die befragten Selbstverwalter antworteten in Bezug auf die notwendigen Fähigkeiten sehr nahe am theoretischen Modell mit seinen unterschiedlichen Facetten. Um ein Leitbild für einen „idealen“ Selbstverwalter zu generieren, muss zudem die komplexe Anforderungsstruktur, welcher Personen in Vertreterpositionen unterliegen, berücksichtigt werden. Die komplexen Rollenanforderungen an einen sozialen Selbstverwalter zeigten sich in den qualitativen Interviews sehr deutlich. Das Modell der „triadischen Kompetenz“<sup>52</sup> soll nachfolgend die unterschiedlichen Ansprüche und die daraus resultierenden Spannungsfelder verdeutlichen, die an einen Selbstverwaltungsakteur gestellt werden.

---

47 Vgl. Steinkellner/Czerny 2009, Seite 48.

48 Erpenbeck/Rosenstiel 2003, Seite XVI.

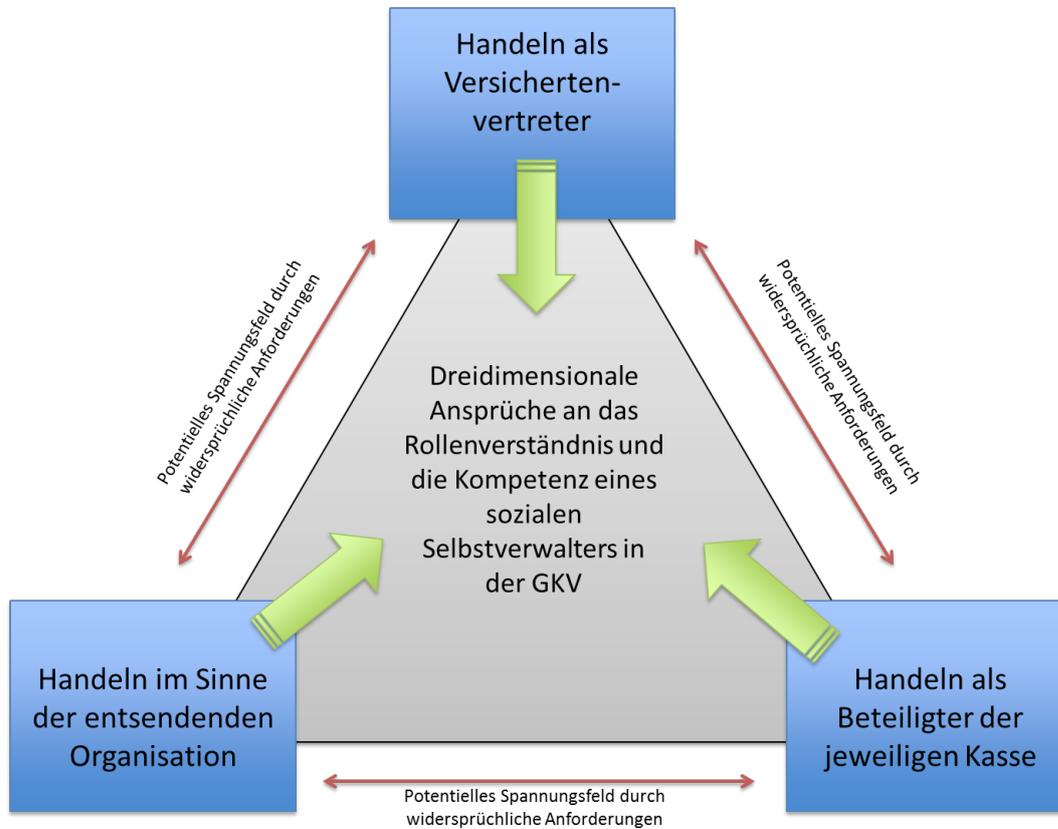
49 ebd.

50 Steinkellner/Czerny 2009, Seite 48.

51 Scharnhorst/Ebeling 2006, Seite 27.

52 Vgl. hierzu Tietel 2006, 319ff.

Abbildung 2: Triadisches Kompetenzmodell für Selbstverwalter<sup>53</sup>



Der soziale Selbstverwalter findet sich häufig den Erwartungen ganz unterschiedlicher Akteure (Versicherte/Patienten, Listenträger, Kasse) ausgesetzt. Zunächst sollte ein Selbstverwalter gemäß dem Programm seines Listenträgers handeln. Hierbei steht die Frage im Mittelpunkt, ob die entsendende Organisation Ziele für das Handeln der Selbstverwalter ausgegeben hat. Dazu wurden die Teilnehmer der Studie befragt. Es zeigte sich jedoch mehrheitlich, dass die Selbstverwalter die Ziele ihrer Listenträger eher antizipieren als es tatsächlich einen expliziten Ziele-Katalog gibt. Der Selbstverwalter auf der Seite der Arbeitnehmer gilt zudem als Sprachrohr der Versicherten. Da die Interaktionsmöglichkeiten zwischen Selbstverwaltern und Versicherten den Ergebnissen der hier vorliegenden Studie zufolge noch ausbaufähig sind, muss sich der Selbstverwalter in seiner Rolle als Versichertenvertreter wiederum auf sein egozentriertes Netzwerk verlassen bzw. Annahmen über die Wünsche der Versicherten treffen, ohne auch hier umfassende explizite Informationen zu haben. Hier ergibt sich neben etwaigen Intrarollenkonflikten ein Spannungsfeld, das zu Interrollenkonflikten führen kann – der Selbstverwalter handelt als Mitglied seines Listenträgers für die Versicherten. Schließlich fühlt sich ein Selbstverwalter auch der Krankenkasse verpflichtet, für welche er selbstverwalterisch tätig ist. In zahlreichen Interviews zeigten die Befragten

53 Eigene Darstellung in Anlehnung an Tietel 2006, Seite 319-330.

auf, dass sie diese unterschiedlichen „Brillen“ stets zu tragen pflegen, wenn sie im Verwaltungsrat ihrer Kasse agieren. Auch die Spannungsfelder Kasseninteressen – Versicherteninteressen bzw. Kasseninteressen – Interessen des Listenträgers bestimmen stets das Handeln der Selbstverwalter. Die daraus entstehenden Rollenkonflikte aufgrund sehr komplexer und oft widersprüchlicher Anforderungen können dazu führen, dass soziale Selbstverwalter Handlungsverzögerungen hinnehmen müssen, um den verschiedenen Ansprüchen gerecht zu werden.

Ein Ausbau der oben im Kompetenzmodell dargestellten – aus Sicht der Befragten notwendigen – Fähigkeiten von Selbstverwaltern, könnte bereits dazu führen, dass die Interrollenkonflikte der Selbstverwalter minimiert werden. So werden die sozialen Selbstverwalter zu Komplexitätsmanagern, die den Anforderungen an ihre Tätigkeit durch ein stärkeres Rollenbewusstsein eher gerecht werden können. Gerade wenn die Handlungsbedingungen, -optionen und die Folgen daraus unüberschaubar werden, ist es notwendig, das (eigene) Handeln permanent zu beobachten, es zu evaluieren und gegebenenfalls grundlegende Annahmen oder Programme zu korrigieren.<sup>54</sup> Dazu bedarf es kompetenter Akteure im betreffenden Handlungsfeld.

Im Bewusstsein der im Rahmen des triadischen Kompetenzmodells aufgezeigten Spannungsfelder erscheint es außerdem notwendig, dass der soziale Selbstverwalter eine vermittelnde Fähigkeit besitzt. Er muss Interessen vor dem Hintergrund eines Status Quo gegeneinander abwägen können und entscheiden, was zum gegenwärtigen Zeitpunkt wichtiger erscheint. Die Listenträger können bei der Auswahl der Selbstverwalter entscheidend dazu beitragen, Menschen in das Amt zu berufen, die diese Kompetenz besitzen. Durch entsprechende anschließende Qualifizierungsmaßnahmen kann eine Entspannung der Rollenkonflikte zusätzlich forciert werden.

Die Komplexität des Tätigkeitsfeldes eines sozialen Selbstverwalters ist – wie soeben dargestellt – für ebendiese häufig schwer greifbar, wodurch auch die Handlungssicherheit der Akteure leidet.<sup>55</sup> Gebilde in verständlicher Form, welche eine zielgerichtete Orientierungshilfe geben und auch partizipative Komponenten enthalten<sup>56</sup>, können ebenfalls zur Reduzierung der erlebten Komplexität beitragen.

<sup>54</sup> Vgl. Eberl/Geiger/Koch 2012, Seite 179.

<sup>55</sup> Vgl. dazu Bleicher 1992, Seite 37ff.

<sup>56</sup> Vgl. dazu Wendisch 2002, Seite 54ff.

Ein Leitbild dient nicht nur dem Selbstverwalter in der GKV, sondern zugleich auch dem Versicherten als Orientierung. Wichtig ist, dass bei einem Leitbild auch Gestaltungsspielräume erhalten bleiben sollen. Das Leitbild soll als Abbildung der herrschenden Kultur der Zusammenarbeit im Sinne der gemeinsam entwickelten Werte und Normen verstanden werden. Es reflektiert grundlegende Vorstellungen eines angestrebten Ideals sowohl nach innen als auch nach außen und dient wesentlich zur Verhaltens- und Aufgabenbestimmung.<sup>57</sup> Der persönlich kompetente, flexible, durchsetzungsstarke, beharrliche und engagierte Selbstverwalter muss nach Ansicht der Befragten vor allem über ein ausgeprägtes soziales Gewissen verfügen, dem Menschen zugewandt und hilfsbereit sein. Ferner sollte er dezidiert sozialpolitisch interessiert sein. Fach- und Methodenkompetenz verbunden mit dem Willen, sich eigeninitiativ aus-, fort- und weiterzubilden runden das Bild vom „idealen“ Selbstverwalter ab.

Dennoch gilt: Nur wenn eine deutliche Zielvorgabe gemacht wird, in welche Richtung der soziale Selbstverwalter sich entwickeln muss, kann daraus auch ein zukunftsorientiertes Selbstverständnis entstehen. Infolge vielerlei Veränderungen der Kassenlandschaft durch den Gesetzgeber kam es zu Verschiebungen der Handlungsfelder und Kompetenzen des Selbstverwalters. Diese sind ohne Zweifel in den letzten Jahren eingeschränkt worden. Aus der Untersuchung lässt sich jedoch folgern dass nach wie vor realisierbares Handlungspotential existiert.

---

<sup>57</sup> Vgl. Wendisch 2002, Seite 49ff.

## 5 Zusammenfassende Schlussbetrachtung

Gegenstand der vorliegenden Untersuchung war das ökonomische Steuerungspotential von sozialer Selbstverwaltung in der gesetzlichen Krankenversicherung. Unter diesem Aspekt sollten ökonomische und soziale Handlungsperspektiven für Versicherte und Arbeitnehmer aufgezeigt werden. Im Rahmen einer qualitativen Interviewstudie wurde deutlich, dass diese Handlungsperspektiven durch eine dreistufige Vorgehensweise erschlossen werden können. Zunächst mussten dazu die Handlungsfelder der Selbstverwalter und die diesen entgegenwirkenden Hemmnisse identifiziert werden. Dabei wurde deutlich, dass Schulungen für Selbstverwalter aber auch verbesserte Informations- und Kommunikationsstrukturen auf verschiedenen Ebenen ihre Handlungskompetenzen noch stärken können (vgl. Kapitel 3.1.3).

Ein entscheidendes Ergebnis der Untersuchung ist die Notwendigkeit, die Steuerungsvoraussetzungen der sozialen Selbstverwaltung künftig klarer darzustellen. Ziele und Zwecke müssen operationalisiert und Instrumente zur Steuerung identifiziert werden. Nur so kann Selbstverwaltung integrativ-ergänzend zwischen staatlicher Regulierung und dezentraler wettbewerblicher Steuerung über den Markt ihr Steuerungspotential ausschöpfen.

Schließlich ist die zweckadäquate Rekrutierung und Ausbildung geeigneter Handlungs- und Entscheidungsträger sowie die Interaktion und Vernetzung aller Beteiligten ratsam.

Durch die Befragung von 57 Selbstverwaltungsakteuren konnte ein detailliertes Bild der derzeitigen IST-Situation in der sozialen Selbstverwaltung aber auch von der durch die Selbstverwalter wahrgenommenen SOLL-Situation gezeichnet werden. Aufgrund der in Kapitel 3 vorgestellten Aussagen der Befragten, lassen sich die Ergebnisse der Untersuchung wie folgt zusammenfassen: Es gibt derzeit keine hinreichend operationalisierten Ziele, die das Handeln der Selbstverwalter ausrichten und über eine Wahlperiode hinweg für diese selbst oder Außenstehende (Listenträger, Versicherte) als Grundlage für einen Bewertungsmaßstab über das Ausmaß der Zielerreichung dienen könnten. Vereinzelt wurde die Meinung geäußert, die Tätigkeit eines Verwaltungsrates sei nicht durch ein imperatives Mandat bestimmt. Die Auslegung und Konkretisierung des Willens „der Versicherten“ ist allerdings eine hochgradig gruppenspezifische Praxis, die ihre Entscheidung vornehmlich aus sozialpolitischen Leitmaximen der Listenträger und individuellen Vorerfahrungen speist. Selbstverwalter zeichnen sich durch eine umfassende sozialpolitische Motivation aus: Sie haben ein „soziales“ Gewissen und verfügen auch ohne konkret benennbare Handlungsmöglichkeiten oder Nutzenperspektive für ihr Handeln über eine hohe intrinsische Motivation.

Die Beurteilung der öffentlichen Wahrnehmung der Selbstverwaltung erfolgt realistisch pessimistisch und damit analog zu dem, was auch die Ergebnisse der Sozialwahlen seit vielen Jahren vermuten lassen. Einerseits werden die Möglichkeiten der Einflussnahme der Selbstverwaltungsorgane in der GKV so gering eingeschätzt wie das

Wissen um diese selbst ist, wohingegen andererseits die Einschätzungen hinsichtlich ihrer grundsätzlichen Bedeutung wie der Bedeutung für den einzelnen Selbstverwalter dazu quasi quer stehen, d.h. durchweg werden der hohe gesellschaftliche wie der systemspezifische Stellenwert sozialer Selbstverwaltung betont.

Einander gegenüber stehen sich damit die folgenden Befunde: Die Einschätzung über einen geringen öffentlichen Stellenwert der Selbstverwaltung in Zusammenhang mit dem Fehlen operationaler Zielvorgaben überlagert den Befund des hohen gesellschaftlichen und gesundheitspolitischen Stellenwerts des eigenen Handelns in Zusammenhang mit dem des Vorhandenseins hoher persönlicher und sozialpolitischer Motivation. Dies kann auf der individuellen wie auf der öffentlich-gesellschaftlichen Ebene als ein Auseinanderklaffen der Ansprüche an die eigenen Handlungsmöglichkeiten und der real vorhandenen Voraussetzungen für die Erreichung der (abstrakten) Handlungsziele gedeutet werden.

Trotz aller Hemmnisse bleibt die Differenz zwischen Handlungsmöglichkeiten und -beschränkungen positiv und begründet aus Sicht der Akteure nach wie vor ein relevantes „Netto-Steuerungspotential“. Dieses Steuerungspotential besteht in den sachbezogenen Detailkenntnissen, der hohen intrinsischen Motivation sowie in der überwiegend konsensorientierten Zusammenarbeit zwischen Vorstand, Arbeitgeber- und Arbeitnehmervertretern, insbesondere in den Fach- und Widerspruchsausschüssen. Es bietet somit eine ausgezeichnete Ausgangssituation für eine funktionale Weiterentwicklung und Neubesetzung der sozialen Selbstverwaltung. Allerdings schätzen die Befragten ihre Möglichkeiten, auf eine Verbesserung der Gesundheitsversorgung in bedarfsorientierter, wirtschaftlicher und regionaler Hinsicht nachhaltig Einfluss zu nehmen, als gering ein, gleichzeitig wird aber der Handlungsbedarf vor allem hinsichtlich besserer Instrumente zur Qualitätssicherung dringlich artikuliert. Hinzu kommen die zahlreichen, weit konkreter formulierten Handlungshemmnisse, die als Störgröße erheblichen Einfluss auf die wahrgenommenen Möglichkeiten zur konkreten Ausgestaltung beispielsweise des Leistungsangebots oder der regionalen Versorgung haben.

Eine Gegenüberstellung der Befunde zu den Zielvorgaben und Motivationen einerseits und identifizierten Handlungsfeldern der sozialen Selbstverwaltung andererseits macht deutlich, dass es ein erhebliches Handlungs- und Vollzugsdefizit hinsichtlich der realisierbaren Steuerungsmöglichkeiten gibt. Fehlende operationale Zielvorstellungen, wie sie in allgemeiner, aber ein Selbstverwaltungshandeln nur mangelhaft anleitender Form vornehmlich im Zeithorizont anstehender Sozialwahlen aktualisiert werden, überlassen den Selbstverwalter im grundsätzlich spannungsreichen Zielkonflikt von Kassen- und Versichertenorientierung weitestgehend sich selbst.

Vorschläge und Ansätze, diesem Missstand abzuhelpen, umfassen die Bereiche der gezielten Rekrutierung geeigneter „Selbstverwalter-Persönlichkeiten“, der zentral wie dezentral ausgerichteten Aus-, Fort- und Weiterbildungsstrategie mit Blick auf rechtliche, betriebswirtschaftliche und gesundheitsökonomische Fragestellungen für die

verbliebenen und in Zukunft wohl kleiner werdende Zahl von Selbstverwaltern, der verbesserten Unterstützung durch Personal-, Sach- und Zeitressourcen sowie der systematischen Vernetzung der Selbstverwalter. Zu diesen, an dem Selbstverwaltungsakteur anknüpfenden Verbesserungsvorschlägen müssen sich Maßnahmen zur Herstellung von Transparenz über die Prozesse, Inhalte und Steuerungsmöglichkeiten auf organisatorischer wie institutioneller Ebene gesellen: Von den Listenträgern wird eine kontinuierliche Unterstützung bei dem Aufbau von Strukturen gewünscht, die einerseits den Erfahrungsaustausch und das Wissensmanagement betreffen, andererseits aber auch eine Plattform für den interaktiven Austausch mit den Versicherten selbst bieten. Letzteres kann einen Mechanismus zur Erfassung von Versicherteninteressen darstellen, der zur Unterstützung des Aufbaus von Vertrauensverhältnissen genutzt werden kann, die eine wichtige Voraussetzung für die Weitergabe und Aufnahme von Bedürfnissen und Perspektiven der Versicherten spielen.

Aus den Projektergebnissen können nun einige Schlussfolgerungen für die zukünftige Ausgestaltung und Weiterentwicklung der sozialen Selbstverwaltung gezogen werden. So ist ein deutliches Bekenntnis zur Zukunft der Selbstverwaltung als integrativ-ergänzendem dritten Weg zwischen Markt und Staat erforderlich – und zwar als Teil einer umfassenden sozial-politischen Gesamtstrategie. Das Projekt zeigte auf, dass vielfach ein Mangel an konkreten, „smarten“ Zielen für Selbstverwalter herrscht. Die bereits angesprochene und im Fokus der Untersuchung behandelte Output-Legitimation der sozialen Selbstverwaltung kann durch eine stärkere Ergebnisorientierung der Akteure gefestigt werden. Dazu sind Richtungsvorgaben für die künftige Versorgungs- und Vertragspolitik benötigt. Den Selbstverwaltern müssen Steuerungspotentiale und Handlungsfelder aufgezeigt werden. Angesichts knapper personeller, sachlicher und zeitlicher Ressourcen könnte hier neben einer curricular und modular strukturierten, für alle Selbstverwalter verpflichtenden Aus-, Fort- und Weiterbildung eine themen- und zeitraumbezogene Schwerpunktbildung für die Aktivierung ökonomischer Steuerungspotentiale indiziert sein. Die Formulierung eines Leitbilds kann Perspektiven selbstverwalterischen Handelns schaffen. Dadurch kann ein erster Schritt unternommen werden, die im Projekt identifizierten Hemmnisse nach und nach zu beseitigen. Ein weiteres Ziel sollte es sein, den Blick bei der Rekrutierung geeigneter Selbstverwalter auch auf jüngere Kandidaten zu richten. Auch der Gender-Aspekt sollte stärker ins Visier genommen werden.

Um die soziale Selbstverwaltung aus ihrem öffentlichen Schattendasein hervor zu holen, scheint insbesondere eine Transparenzoffensive empfehlenswert. Über Printmedien, elektronische Medien, Veranstaltungen und persönliche Kontakte können Selbstverwalter versuchen, mehr Versichertennähe und Transparenz zu schaffen. Bereits eine verbesserte Öffentlichkeitsarbeit und eine professionelle Vernetzung aller Akteure kann zu jener Kompetenzsteigerung der Selbstverwalter beitragen, die es ihnen ermöglicht, Handlungsfelder für sich zu identifizieren, Hemmnisse abzubauen und die eigene Handlungskompetenz zu stärken.



## 6 Literatur

Akerlof, George (1970): The market for Lemons: Quantitative Uncertainty and Market Mechanism. In: Quarterly Journal of Economics (84), Cambridge, MA/USA, S. 488-500.

Beck, Ulrich (2007): Schöne neue Arbeitswelt, Frankfurt am Main.

Beier, Angelika/Güner, Günter (2011): Zur Arbeit des Verwaltungsrates: Selbstverwaltung braucht Versichertennähe, Versorgungsorientierung und Transparenz. In: Soziale Sicherheit 11, Frankfurt am Main, S. 372-376.

Blankart, Charles B./Fasten, Erik R./Schwintowski, Hans-Peter (2009): Das deutsche Gesundheitswesen zukunftsfähig gestalten, Patientenseite stärken - Reformunfähigkeit überwinden, Berlin.

Bleicher, Knut (1992): Leitbilder – Orientierungsrahmen für eine integrative Management-Philosophie. In: Entwicklungstendenzen im Management, Bd. 1, Stuttgart.

Bockenförde, Ernst – Wolfgang (2006): Die Entstehung des Staates als Vorgang der Säkularisation. In: ders. Recht, Staat, Freiheit, Frankfurt am Main.

Borgetto, Bernhard/Kälble, Karl/Babitsch, Birgit (2007): Medizinsoziologie: sozialer Wandel, Weinheim.

Braun, Bernard/Greß, Stefan/Rothgang, Heinz/Wasem, Jürgen (2008): Einfluss nehmen oder Aussteigen, Theorie und Praxis von Kassenwechsel und Selbstverwaltung in der Gesetzlichen Krankenversicherung, Berlin.

Braun, Bernard/Reiners, Hartmut/Teske, Ulrich (1983): Selbstverwaltung in der Krankenversicherung. Bedingungen und Chancen gewerkschaftlicher Gesundheitspolitik als sozialpolitische Mitbestimmung. In: Soziale Sicherheit 10, Frankfurt am Main, S. 316-324.

Breyer, Friedrich/Zweifel, Peter/Kifmann, Mathias (2005): Gesundheitsökonomik. 5. Auflage, Berlin.

Czada, Peter (1992): Interessengruppen, Eigennutz und Institutionenbildung. Zur politischen Logik kollektiven Handelns. In: Schubert, Klaus: Leistungen und Grenzen politisch-ökonomischer Theorie. Eine kritische Bestandsaufnahme zu Mancur Olson, Darmstadt, S. 57 - 78.

Eberl Peter/Geiger, Daniel/Koch, Jochen (2012): Komplexität und Handlungsspielraum. Unternehmenssteuerung zwischen Ordnung und Chaos, Berlin.

Erpenbeck, John/Rosenstiel, Lutz von (2003): Handbuch Kompetenzmessung: Erkennen, verstehen und bewerten von Kompetenzen in der betrieblichen, pädagogischen und psychologischen Praxis, Stuttgart.

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

Ferber, Christian von (1975): Selbstverwaltung und soziale Sicherung. Gewerkschaftliche Monatshefte, 26(3), Wiesbaden, S. 150-159.

Fromm, Christine (1999): Betrieblicher Gesundheitsschutz und soziale Selbstverwaltung. Gestaltungsaufgaben und Handlungsmöglichkeiten der Sozialen Selbstverwaltung im Zusammenhang mit der aktuellen Strukturreform des betrieblichen Gesundheitsschutzes. Dortmunder Beiträge zur Sozial- und Gesellschaftspolitik, Münster.

Fuchs, Harald (2011): Der Verwaltungsrat in der GKV: Seine Aufgaben, Rechte, Handlungsgrundlagen und -instrumente. In: Soziale Sicherheit 11, Frankfurt am Main, S. 365- 372.

Gläser, Jochen/Laudel, Grit (2004): Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse, Wiesbaden.

Herder-Dorneich, Philipp (1994): Ökonomische Theorie des Gesundheitswesens: Problemgeschichte, Theoretische Grundlagen, Baden-Baden.

Hollmann, Jens (2012): Führungskompetenz für Leitende Ärzte: Motivation, Teamführung, Konfliktmanagement im Krankenhaus, Berlin.

Jansen, Dorothea (2003): Einführung in die Netzwerkanalyse, Wiesbaden.

Jumpertz, Sylvia (2007): Zwischen Anspruch und Akzeptanz. Kompetenzmanagement einführen, in: Manager Seminare, Heft 109, Bonn, S. 88-95.

Kals, Elisabeth und Gallenmüller-Roschmann, Jutta (2011): Arbeits- und Organisationspsychologie kompakt, Weinheim.

Kaufmann, Jean-Claude (1999): Das verstehende Interview, Konstanz.

Kliche, Thomas (2011): Versorgungsstrukturen und Qualitätssicherung für Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland, in: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 2/2011, Berlin, S. 194-206.

Kruse, Udo/Kruse, Silke (2011): Grundlagen, Bedeutung und Arbeit der Ausschüsse, in: Soziale Sicherheit 11/2011, Frankfurt am Main S. 377-383.

Leibenstein Harvey (1966): Allocative Efficiency vs. X-Efficiency. In: American Economic Review, Vol. 56, No. 3, Pittsburgh, PA/USA, S. 392-415.

Locke, Edwin A./Latham, Gary P. (1990): A Theory of goal setting and task performance, Englewood/ Cliffs.

Mayring, Philipp (2003): Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken, Weinheim, 2003.

Nerdinger, Friedmann/Blickle, Gerhard/Schaper, Niklas (2011): Arbeits- und Organisationspsychologie, Berlin.

Neubauer, Günter: Konkurrenz der Steuerungssysteme in der Gesetzlichen Krankenversicherung, in Herder-Dorneich, P. (Hrsg.) (1984): Überwindung der Sozialstaatskrise, Baden-Baden, S. 149-167.

Olk, Thomas/Klein, Ansgar/Hartnuss, Birger (Hrsg.) (1996): Engagementpolitik. Die Entwicklung der Zivilgesellschaft als politische Aufgabe, Wiesbaden.

Olson, Mancur (1992): Die Logik des kollektiven Handelns. 3. Aufl., Tübingen.

Peglow, Meike (2002): Das neue Ehrenamt. Erwartungen und Konsequenzen für die soziale Arbeit, Marburg.

Scharnhorst, Andrea/Ebeling, Werner (2006): Evolutions- und Selbstorganisationsmodellen. Die unumgänglichen theoretischen Voraussetzungen. In: Erpenbeck, John et al.: Metakompetenzen und Kompetenzentwicklung, QUEM-Report, Schriften zur beruflichen Weiterbildung, Heft 95/Teil I, Berlin, S. 15-114.

Steinkellner, Peter Czerny, Elfriede (2009): Talent-Management statt High-Potential-Management. In: TRAINING 4/09, Wien, S. 62-64.

Storch, Maja (2009): Motto-Ziele, S.M.A.R.T.-Ziele und Motivation. In: Birgmeier, Bernd (Hrsg.): Coachingwissen, Wiesbaden, S. 183-205.

Tietel, Erhard (2006): Konfrontation – Kooperation – Solidarität. Betriebsräte in der sozialen und emotionalen Zwickmühle, Berlin.

Truman, David B. (1951): The Governmental Process, New York.

Vilmar, Fritz (1073): Strategien der Demokratisierung. Bd. 1, Neuwied.

Wattendorff, Frank (1999): Qualifizierung der Selbstverwaltung der gesetzlichen Unfallversicherung zur Erfüllung des Präventionsauftrages, Sankt Augustin.

Wendisch, Natalie (2002): Das Leitbild und seine Rolle für das Lernen in Organisationen – Die Möglichkeiten des EMAS für eine leitbildzentrierte Organisationsentwicklung, München.

Wiesenthal, Helmut (2006): Gesellschaftsteuerung und gesellschaftliche Selbststeuerung: eine Einführung, Wiesbaden.

Wilkesmann, Uwe (1999): Lernen in Organisationen, Frankfurt am Main Willke, Helmut (2006): Global Governance. Einsichten, Bielefeld.



## 7 Anhang

### Leitfaden für Experteninterviews

#### Motivation

#### Biografische Fragen

1. Seit wann sind Sie in der Selbstverwaltung tätig?
2. Wie sind Sie zur Selbstverwaltung gekommen? Was hat Sie für ein Engagement in der Selbstverwaltung motiviert?
3. Welche Erwartungen hatten Sie von einer Tätigkeit als Verwaltungsrat? Wurden diese bestätigt?
4. In welcher Form wurden Sie für Ihre Tätigkeit als Verwaltungsrat qualifiziert? (Welche Qualifizierungen erhielten Sie vorab, welche begleitend zu Ihrer Tätigkeit?)

#### Ziele & Bedeutung der SV

5. Welche Ziele und Aufgaben haben Sie in der Arbeitnehmervertretung Ihrer Meinung nach?
6. Welchen Stellenwert hat die Arbeitnehmerselbstverwaltung in Ihren Augen?

#### Erfahrungen

#### Aufgaben

7. Über welche Möglichkeiten der Einflussnahme verfügen Sie Ihrer Ansicht nach?
8. Durch was wird Ihr Handeln eingeschränkt? (Hemmnisse)

#### Rahmenbedingungen und Unterstützung

9. Werden Sie von der entsendenden Organisation bei Ihrer Tätigkeit ausreichend unterstützt? Wie?
10. Welche Voraussetzungen müssen (noch) geschaffen werden, damit Sie Ihre Ziele realisieren können? (Personell? Sachmittel? Zeitlich (Freistellung)?)

11. Haben Sie im Verwaltungsrat schon einmal eigene Initiativen ergriffen? Wurden Sie dabei von anderen Verwaltungsrat unterstützt? Wenn ja, gehörten diese derselben Organisation an wie Sie? Was kam raus?

#### Interaktion mit den Versicherten

12. Welchen Kontakt (Häufigkeit, Intensität...) pflegen Sie zu den Versicherten?
13. Inwiefern fließen die Bedürfnisse/ Bedarfslagen der Versicherten in Ihre konkrete Tätigkeit ein?
14. Gelingt es Ihnen die Versichertenperspektiven in ausreichender Form einzubringen? Wenn nein, welche Hemmnisse gibt es Ihrer Meinung nach dafür?

#### Zielerreichung und Engagement

15. Wie groß ist Ihr zeitliches Engagement im Rahmen Ihrer Selbstverwaltungstätigkeit?
16. Haben Sie den Eindruck, dass Sie im Laufe Ihrer Verwaltungsrats-Tätigkeit immer mehr Kassenbelange über die Belange der Versicherten stellen?
17. Wurden Ihnen Ziele für Ihr Handeln vorgegeben? Wenn ja, von wem?

#### Interne und externe Kommunikation, Vernetzung, Zusammenarbeit

18. Wie empfinden Sie das Verhältnis zum Vorstand? Werden Sie vom Vorstand ausreichend über die laufenden Geschäfte informiert?
19. Welche Fachausschüsse wurden in Ihrer Krankenkasse gebildet? (Wo) Sind Sie Mitglied?
20. Wie gestaltet sich die Zusammenarbeit zu den Arbeitgebern im Verwaltungsrat?
21. Gibt es eine homogene Interessensartikulation auf der Arbeitnehmerseite?
22. Wie erfahren die Versicherten über Ihre Arbeit?
23. Welche Netzwerkstrukturen haben Sie als Selbstverwalter?
  - a. Kassenintern bzw. -extern?
  - b. Trägerübergreifend mit Selbstverwaltern anderer Kassen?
  - c. Zu höheren SV-Ebenen?

## Perspektiven

### Akzeptanz

24. Welche Maßnahmen und Anreize sind nötig um Jüngere und Frauen für ein Engagement in der Sozialen Selbstverwaltung zu gewinnen?

### Soziale Lage im Humandienstleistungsbereich

25. Wie wirkt sich eine Verbesserung der Leistung für die Versicherten Ihrer Meinung nach auf die Beschäftigten im Humandienstleistungsbereich aus?
26. Inwiefern werden die Interessen der im Gesundheitswesen Beschäftigten in Ihrer Arbeit als Selbstverwalter einbezogen? Gibt es irgendwelche Hemmnisse?

### Verbesserungsmöglichkeiten

27. Was können Sie als Selbstverwalter tun, dass die Krankenversorgung verbessert wird? Und zwar
- a. in wirtschaftlicher Hinsicht.
  - b. bedarfsorientiert.
  - c. in Ihrer Region.
28. Wie können Ergebnisse in folgenden Bereichen verbessert werden?
- a. Versorgungssicherheit
  - b. Qualitätssicherung
  - c. Qualitätssteigerung
29. Über welche persönlichen, fachlichen und sozialen Kompetenzen verfügt Ihrer Ansicht nach der ideale Selbstverwalter?
30. Wo ist Weiterbildungsbedarf zur Verbesserung der administrativen und ökonomischen Entscheidungs- und Handlungskompetenz?
31. Wie sollte die Weiterbildung organisiert sein – zentral oder dezentral?
32. Wenn Ihnen alle Möglichkeiten offen stünden, Ihre Ideen umzusetzen: Was würden Sie im Rahmen Ihrer Selbstverwaltungstätigkeit angreifen/ umsetzen?

## Hans-Böckler-Stiftung

Die Hans-Böckler-Stiftung ist das Mitbestimmungs-, Forschungs- und Studienförderungswerk des Deutschen Gewerkschaftsbundes. Gegründet wurde sie 1977 aus der Stiftung Mitbestimmung und der Hans-Böckler-Gesellschaft. Die Stiftung wirbt für Mitbestimmung als Gestaltungsprinzip einer demokratischen Gesellschaft und setzt sich dafür ein, die Möglichkeiten der Mitbestimmung zu erweitern.

## Mitbestimmungsförderung und -beratung

Die Stiftung informiert und berät Mitglieder von Betriebs- und Personalräten sowie Vertreterinnen und Vertreter von Beschäftigten in Aufsichtsräten. Diese können sich mit Fragen zu Wirtschaft und Recht, Personal- und Sozialwesen, zu Aus- und Weiterbildung an die Stiftung wenden.

## Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliches Institut (WSI)

Das Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliche Institut (WSI) in der Hans-Böckler-Stiftung forscht zu Themen, die für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer von Bedeutung sind. Globalisierung, Beschäftigung und institutioneller Wandel, Arbeit, Verteilung und soziale Sicherung sowie Arbeitsbeziehungen und Tarifpolitik sind die Schwerpunkte. Das WSI-Tarifarchiv bietet umfangreiche Dokumentationen und fundierte Auswertungen zu allen Aspekten der Tarifpolitik.

## Institut für Makroökonomie und Konjunkturforschung (IMK)

Das Ziel des Instituts für Makroökonomie und Konjunkturforschung (IMK) in der Hans-Böckler-Stiftung ist es, gesamtwirtschaftliche Zusammenhänge zu erforschen und für die wirtschaftspolitische Beratung einzusetzen. Daneben stellt das IMK auf der Basis seiner Forschungs- und Beratungsarbeiten regelmäßig Konjunkturprognosen vor.

## Forschungsförderung

Die Forschungsförderung finanziert und koordiniert wissenschaftliche Vorhaben zu sechs Themenschwerpunkten: Erwerbsarbeit im Wandel, Strukturwandel – Innovationen und Beschäftigung, Mitbestimmung im Wandel, Zukunft des Sozialstaates/Sozialpolitik, Bildung für und in der Arbeitswelt sowie Geschichte der Gewerkschaften.

## Studienförderung

Als zweitgrößtes Studienförderungswerk der Bundesrepublik trägt die Stiftung dazu bei, soziale Ungleichheit im Bildungswesen zu überwinden. Sie fördert gewerkschaftlich und gesellschaftspolitisch engagierte Studierende und Promovierende mit Stipendien, Bildungsangeboten und der Vermittlung von Praktika. Insbesondere unterstützt sie Absolventinnen und Absolventen des zweiten Bildungsweges.

## Öffentlichkeitsarbeit

Mit dem 14tägig erscheinenden Infodienst „Böckler Impuls“ begleitet die Stiftung die aktuellen politischen Debatten in den Themenfeldern Arbeit, Wirtschaft und Soziales. Das Magazin „Mitbestimmung“ und die „WSI-Mitteilungen“ informieren monatlich über Themen aus Arbeitswelt und Wissenschaft.

Mit der Homepage [www.boeckler.de](http://www.boeckler.de) bietet die Stiftung einen schnellen Zugang zu ihren Veranstaltungen, Publikationen, Beratungsangeboten und Forschungsergebnissen.

### Hans-Böckler-Stiftung

Hans-Böckler-Straße 39  
40476 Düsseldorf

Telefon: 02 11/77 78-0  
Telefax: 02 11/77 78-225