

Dr. Bernard Braun

**ass. Mitglied des SOCIUM/Zentrum für Sozialpolitik der
Universität Bremen**

Die Gesetzliche Krankenversicherung zwischen Selbstverwaltung/Korporatismus und Wettbewerb – Neben-, Mit- oder Gegeneinander?

Inklusive Anlage mit Materialien

Online-Referat im Rahmen der Zusatz-Weiterbildung
Sozialmedizin Grundkurs A/B am 26. Juni 2025

Um was geht es bei dem Thema?

Gesundheitssystem als Wirtschafts-, Beschäftigungs-, Versorgung- und soziokulturelles System:

288,4 Mrd. Euro Leistungsausgaben inkl. Verwaltung (2022)=7,4 % des Bruttoinlandprodukts (2022)

5,65 Millionen Beschäftigte davon 3,63 Millionen direkten Patientenkontakt (2018)

19 Millionen Krankenhauspatienten (2019);

696 Millionen ambulanten Behandlungsfälle mit geschätzt einer Milliarde ambulanter Arztkontakte (2015) von

73,7 Millionen GKV-Versicherte (2022)

65-85 % von ihnen halten auch als Nettozahler solidarische Strukturen für gerecht

.....

**Wer steuert/reguliert dies wie, mit welcher Legitimation und mit welchen Mitteln mit
und welche Alternativen gibt es?**

Übersicht – was erwartet Sie?

1. Blick in die Geschichte: Korporatistische Selbstverwaltung als Gründungsprinzip der GKV/Sozialversicherung
2. Ausgewähltes zu den gesetzlich eingeräumten Handlungsmöglichkeiten und deren Begrenzungen
3. Ausgewählte Defizite der Selbstverwaltung/Sozialwahlen
4. Alternativen/Reformvorstellungen
 - a. Im Rahmen von Selbstverwaltung (z.B. gemeinsame Selbstverwaltung, Gemeinsamer Bundesausschuss)
 - b. Außerhalb von Selbstverwaltung (z.B. „mehr Markt und Wettbewerb“, PKVisierung)

Kalküle bei der Gründung der Sozialversicherung in Deutschland: Kaiserliche Botschaft vom 17. November 1881

„Wir Wilhelm, von Gottes Gnaden Deutscher Kaiser, König von Preußen etc., thun kund und fügen hiermit zu wissen: [...] Schon im Februar dieses Jahres haben Wir Unsere Ueberzeugung aussprechen lassen, **daß die Heilung der sozialen Schäden nicht ausschließlich im Wege der Repression sozialdemokratischer Ausschreitungen, sondern gleichmäßig auf dem der positiven Förderung des Wohles der Arbeiter zu suchen sein werde.** Wir halten es für Unsere Kaiserliche Pflicht, dem Reichstage diese Aufgabe von neuem ans Herz zu legen, und würden Wir mit um so größerer Befriedigung auf alle Erfolge, mit denen Gott Unsere Regierung sichtlich gesegnet hat, zurückblicken, wenn es Uns gelänge, dereinst das Bewußtsein mitzunehmen, dem Vaterlande neue und dauernde Bürgschaften seines inneren Friedens und den Hilfsbedürftigen größere Sicherheit und Ergiebigkeit des Beistandes, auf den sie Anspruch haben, zu hinterlassen. ...

In diesem Sinne wird zunächst der von den verbündeten Regierungen in der vorigen Session vorgelegte Entwurf eines Gesetzes über die Versicherung der Arbeiter gegen Betriebsunfälle mit Rücksicht auf die im Reichstag stattgehabten Verhandlungen über denselben einer Umarbeitung unterzogen, um die erneute Berathung desselben vorzubereiten. Ergänzend wird ihm eine Vorlage zur Seite treten, welche sich eine **gleichmäßige Organisation des gewerblichen Krankenkassenwesens zur Aufgabe stellt.** Aber auch diejenigen, welche durch Alter oder Invalidität erwerbsunfähig werden, haben der **Gesamtheit gegenüber begründeten Anspruch auf ein höheres Maß staatlicher Fürsorge**, als ihnen bisher hat zu Theil werden können.“

Kalküle bei der Gründung der Sozialversicherung in Deutschland: Kaiserliche Botschaft vom 17. November 1881

„Für diese Fürsorge die rechten Mittel und Wege zu finden, ist eine schwierige, aber auch eine der höchsten Aufgaben jedes Gemeinwesens, welches auf den sittlichen Fundamenten des christlichen Volkslebens steht. Der **engere Anschluß an die realen Kräfte dieses Volkslebens und das Zusammenfassen der letzteren in der Form korporativer Genossenschaften unter staatlichem Schutz und staatlicher Förderung** werden, wie Wir hoffen, **die Lösung auch von Aufgaben möglich machen, denen die Staatsgewalt allein in gleichem Umfange nicht gewachsen sein würde**. Immerhin aber wird auch auf diesem Wege das Ziel nicht ohne die Aufwendung erheblicher Mittel zu erreichen sein. [...]“

1883-2007: wichtigste Etappen von heute 140 Jahren korporatistischer (Mit-) Steuerung des Sozial-/Gesundheitswesens durch Selbstverwaltung

- ▼ Seit 1883: Selbstverwaltung in den Sozialversicherungsträgern durch gewählte und in „Versichertenparlamenten“ aktiven Vertreter von Versicherten und Arbeitgebern (Verhältnis unterschiedlich – seit 1953 in AOK, IKK und BKKen Halbparität bzw. in den Ersatzkassen auch Arbeitgeber ohne gesetzliche Vorschrift)
- ▼ Erst seit 1930 sollten die per Gesetz geschaffenen Kassenärztlichen Vereinigungen dieses „Geschäft“ auf der Seite der ambulanten Leistungserbringer erbringen - nachdem (!) andere Lösungen versagt hatten (Ärzte freie Unternehmer oder Angestellte bei Kassen)
- ▼ Nach 1949/53: Herausbildung einer „Gemeinsamen Selbstverwaltung“: Steuerung der Gesundheitsversorgung des GKV-Systems durch die gewählte Selbstverwaltung der gesetzlichen Krankenkassen, Kassenärztlichen Vereinigungen (beides Körperschaften öffentlichen Rechts) und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (keine Körperschaft und ohne Selbstverwaltung!!) mittels Verhandlungen und Vereinbarungen (Gesamtvergütung, Mantelverträge) auf Landesebene
- ▼ Ab 2004/07: Bildung des Gemeinsamen Bundesausschuss als gemeinsames korporatistisches Spitzengremium der gemeinsamen Selbstverwaltung

Korporatismus als eine Form der Beteiligung gesellschaftlicher Gruppen an politischen Gestaltungs- und Entscheidungsprozessen

- ▼ Voraussetzung: Staat verzichtet partiell auf sein politisches Entscheidungsmonopol. Delegiert Aufgaben an untergesetzliche, korporatistische Institutionen und schafft für diese einen „atmenden“ gesetzlichen Handlungsrahmen
- ▼ „Korporatismus kann definiert werden als ein System der Interessenvermittlung, dessen wesentliche Bestandteile organisiert sind in einer begrenzten Anzahl singulärer Zwangsverbände, die nicht miteinander in Wettbewerb stehen, über eine hierarchische Struktur verfügen und nach funktionalen Aspekten voneinander abgegrenzt sind.“ (Philippe C. Schmitter)

Normative Grundlagen der korporatistischen Grundstrukturen und der selbstverwalteten GKV als mittelbare Staatsverwaltung

§ 29 SGB IV:

- (1) Die Träger der Sozialversicherung (Versicherungsträger) sind rechtsfähige Körperschaften des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung.
- (2) Die Selbstverwaltung wird, soweit § 44 nichts Abweichendes bestimmt, durch die Versicherten und die Arbeitgeber ausgeübt.
- (3) Die Versicherungsträger erfüllen **im Rahmen des Gesetzes** und des sonstigen für sie maßgebenden Rechts ihre Aufgaben in eigener Verantwortung.

§ 77 Abs. 5 SGB V:

Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen sind Körperschaften des öffentlichen Rechts.

These: Korporatistische Selbstverwaltung hat nichts (mehr) zu sagen und zum Regulieren!

Selbstverwaltung in der Sozialversicherung - § 197 SGB V

(1) Der Verwaltungsrat hat insbesondere

1.
 - die Satzung und sonstiges autonomes Recht zu beschließen,
 - 1a. den Vorstand zu überwachen,
 - 1b. alle Entscheidungen zu treffen, die für die Krankenkasse von **grundsätzlicher Bedeutung** sind,
2. den Haushaltsplan festzustellen,
3. über die Entlastung des Vorstands wegen der Jahresrechnung zu beschließen,
4. die Krankenkasse gegenüber dem Vorstand und dessen Mitgliedern zu vertreten,
5. über den Erwerb, die Veräußerung oder die Belastung von Grundstücken sowie über die Errichtung von Gebäuden zu beschließen und
6. über die Auflösung der Krankenkasse oder die freiwillige Vereinigung mit anderen Krankenkassen zu beschließen.

(2) Der Verwaltungsrat kann **sämtliche Geschäfts- und Verwaltungsunterlagen einsehen und prüfen.**

(3) Der Verwaltungsrat soll zur Erfüllung seiner Aufgaben Fachausschüsse bilden.

§ 2 SGB V

Qualität und Wirksamkeit der Leistungen haben dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen.

(3) Bei der Auswahl der Leistungserbringer ist ihre **Vielfalt** zu beachten. **Den religiösen Bedürfnissen der Versicherten ist Rechnung zu tragen.**

(4) Krankenkassen, Leistungserbringer und Versicherte haben darauf zu achten, daß die **Leistungen wirksam und wirtschaftlich erbracht** und nur im notwendigen Umfang in Anspruch genommen werden.

§§ 2a und b SGB V

- a) Den **besonderen Belangen behinderter und chronisch kranker Menschen ist Rechnung zu tragen.**
- b) Bei den Leistungen der Krankenkassen ist **geschlechtsspezifischen Besonderheiten Rechnung zu tragen.**

Zur Krankenbehandlung gehört auch die palliative Versorgung der Versicherten. Bei der Krankenbehandlung ist **den besonderen Bedürfnissen psychisch Kranker Rechnung zu tragen**, insbesondere bei der Versorgung mit Heilmitteln und bei der medizinischen Rehabilitation.

(1) Die Krankenkasse sieht in der Satzung Leistungen zur Verhinderung und Verminderung von Krankheitsrisiken (primäre Prävention) sowie zur **Förderung des selbstbestimmten gesundheitsorientierten Handelns der Versicherten** (Gesundheitsförderung) vor. Die Leistungen sollen **insbesondere** zur **Verminderung sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen** beitragen und **kind- und jugendspezifische Belange berücksichtigen.**

§ 70 SGB V (Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit)

- (1) Die Krankenkassen und die Leistungserbringer haben eine **bedarfsgerechte** und gleichmäßige, dem **allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse** entsprechende Versorgung der Versicherten zu gewährleisten. Die Versorgung der Versicherten muß ausreichend und zweckmäßig sein, darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und muß in der **fachlich gebotenen Qualität** sowie **wirtschaftlich** erbracht werden.
- (2) Die Krankenkassen und die Leistungserbringer haben durch **geeignete Maßnahmen** auf eine **humane Krankenbehandlung** ihrer Versicherten hinzuwirken.

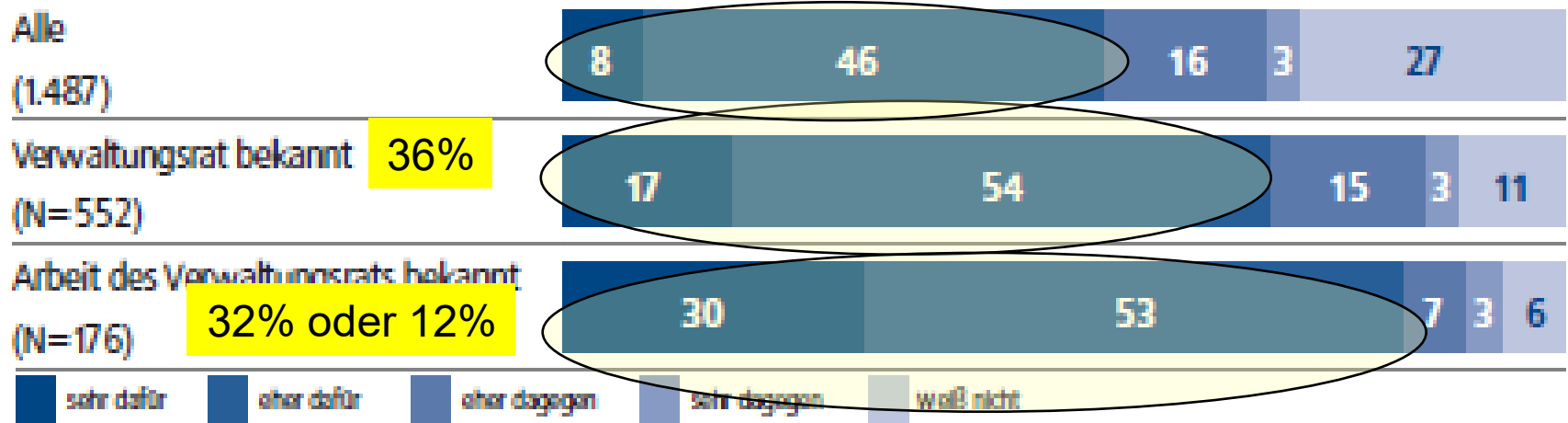
Behinderte oder **von Behinderung bedrohte Menschen** erhalten Leistungen nach diesem Buch und den für die Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen, um ihre **Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern**, Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken. Dabei wird den **besonderen Bedürfnissen behinderter und von Behinderung bedrohter Frauen und Kinder Rechnung getragen**.

Selbstverwaltung oder doch lieber Wettbewerb?

These: Repräsentation der Versicherteninteressen durch Selbstverwalter interessiert die Versicherten nicht (mehr) und/oder sie präferieren andere Formen!

Akzeptanz des Prinzips Selbstverwaltung bei Versicherten 2010 (Braun/Marstedt 2010)

„Alles in allem“ – Meinung zu Sozialwahlen und Selbstverwaltung in der GKV (in Prozent)



Quelle: Gesundheitsmonitor Frühjahr 2010, N=1.520 GKV-Versicherte

Abbildung 1

BertelsmannStiftung

Akzeptanz des Prinzips Selbstverwaltung bei Versicherten 2022 (TK 2023)

- ▼ 74 % der Befragten befürworten ehrenamtliche Verwaltungsräte
- ▼ 69 % halten Sozialwahlen für sehr wichtig/wichtig
- ▼ 71 % können sich vorstellen, bei der Sozialwahl 2023 online zu wählen
- ▼ 69 % wünschen sich mehr Mitbestimmung beim Thema Gesundheitsversorgung
- ▼ 77 % sagen, die Sozialwahl sei ihr Geld wert (ca. 1.17 Euro pro Mitglied)
- ▼ 42 % wollten auf „jeden Fall“ wählen; 37 % „wahrscheinlich“ (TK hat 8,6 Mio. Wahlberechtigte)

Quelle: bevölkerungsrepräsentative Forsa-Befragung (Telefoninterviews) von 2.051 Personen ab 18 Jahren im August 2022 (<https://www.tk.de/presse/mediathek/themen-gesundheitswesen/sozialwahl-2023-2140710>)

Ausgewählte Defizite und Schwächen der korporatistischen Selbstverwaltung

- ▼ Legitimationsschwäche durch Art bzw. Nichtdurchführung der Wahlen
- ▼ Unbekanntheit der Institution Selbstverwaltung und ihres Handelns
- ▼ unzulängliche Nutzung der Handlungsmöglichkeiten durch die Selbstverwaltung bzw. „Wegnahme“ von Handlungsmöglichkeiten durch den Staat
- ▼ „Korps“- oder Verbändedominanz und Arbeitsweltdominanz
- ▼ Triadische Struktur der Selbstverwaltung
- ▼ Komplexität des Regulierungssystems im Gesundheitswesen

Legitimationsschwäche: Wahlberechtigung und Wahlbeteiligung

- ▼ **Wenn Ur-Wahlen: Wahlbeteiligung 2023 = 23,6 %** (Tendenz trotz Onlinewahlmöglichkeit deutlich abnehmend)
- ▼ **„Friedenswahlen“**: die legale Möglichkeit von „Friedenswahlen“ bestimmt seit Jahrzehnten das „Wahl“-Geschehen (§ 46 SGB IV: „Wird aus einer Gruppe nur eine Vorschlagsliste zugelassen oder werden auf mehreren Vorschlagslisten insgesamt nicht mehr Bewerber benannt, als Mitglieder zu wählen sind, gelten die Vorgesetzten als gewählt“)
- ▼ Folge bei der **Sozialwahl 2023**: von den 51,3 Millionen potenziell/theoretisch wahlberechtigten GKV-Mitgliedern konnten nur 21,52 Millionen oder 41,9 % in 5 Kassen tatsächlich wählen (fast nur Ersatzkassen; Mitglieder in weit über 90% der Krankenkassen kennen zum Teil seit Jahrzehnten keine Urwahl)
- ▼ 15,9 Mio. beitragsfrei Mitversicherte (nicht erwerbstätige Familienangehörige, Kinder) haben kein Wahlrecht

Legitimation: Friedenswahl

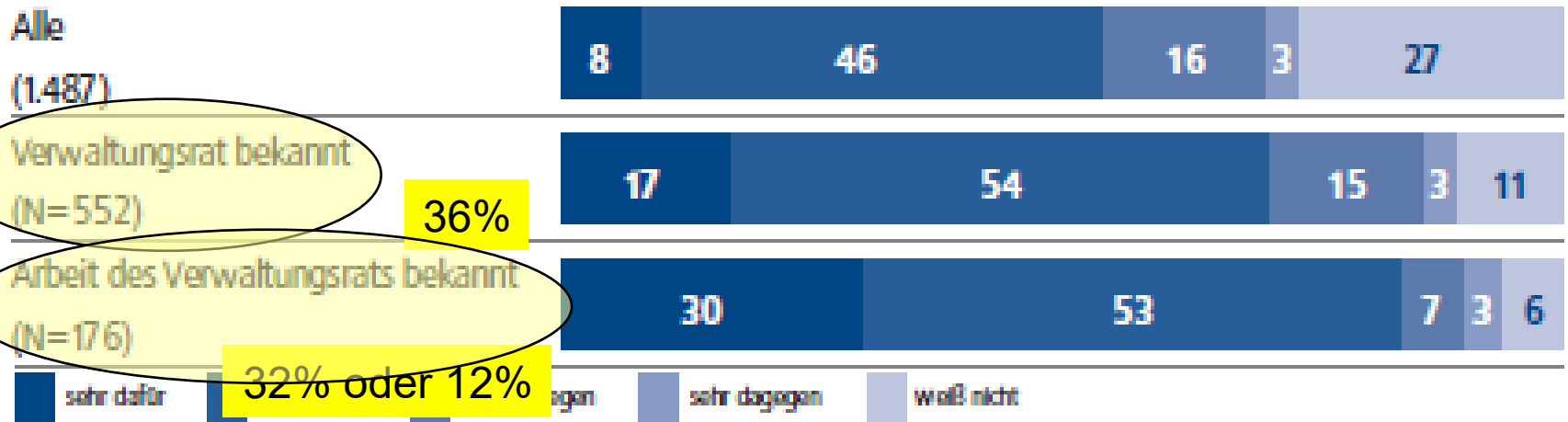
Die Friedenswahl entspricht laut einer Grundsatzentscheidung des Bundessozialgerichts vom 15. November 1973 (Az.: 3 RK 57/72) auch den Normen des Verfassungsrechts und dem Demokratieprinzip

Arbeitsmaterialien: Zur Vertiefung des Problems von Sozialwahlen als einer Form der aktiven Legitimation kontroverse Positionen und zur Selbstverwaltung im Allgemeinen

- ▼ Aufsatz Braun/Klenk/Nullmeier 2018 → pro aktive Legitimation plus weitere Reformen
- ▼ Erwiderung Paquet → Skepsis über Sinn und Nutzen aktiver Legitimation
- ▼ Braun B./Klenk T./Klemens U. (Hrsg.) (2022). SELBST verwalten. Wie Ehrenamtliche unser Gesundheitswesen mitgestalten. Kohlhammer

mangelnde Transparenz/Information: Braun/Marstedt 2010

„Alles in allem“ – Meinung zu Sozialwahlen und Selbstverwaltung in der GKV (in Prozent)



Quelle: Gesundheitsmonitor Frühjahr 2010, N=1.520 GKV-Versicherte

Abbildung 1

Bertelsmann Stiftung

Beispiele für das Verhältnis von Staat und Selbstverwaltung=„atmendes System“ für den Fall, dass gesetzgeberische Wünsche und Ziele für die Selbstverwaltung nicht erreicht werden - I

- ▼ u.a. **Hausärztliche Versorgung** (nach jahrzehntelanger freiwilliger Tatenlosigkeit Vorgabe mit Fristen durch Gesetzgeber)
- ▼ **elektronische Gesundheitskarte/-akte** (trotz Gründung der gematik als selbstverwaltete Institution und der Ausgabe von mehr als 1 Mrd. Euro Scheitern und jetzt per Gesetz Mehrheit beim BMG und erste Umsetzungsschritte)
- ▼ **Pflegepersonaluntergrenzen** (nach gesetzlich vorgeschriebenen langen, ergebnislosen Verhandlungen zwischen GKV und DKG Festsetzung per Gesetzentwurf)
- ▼ **Entlassmanagement im Krankenhaus** (gesetzlich vorgeschriebener Rahmenvertrag wurde nach mehrfach erfolglosen Verhandlungen zwischen DKG und GKV-Spitzenverband 2016/17 durch Bundesschiedsgericht formuliert)
- ▼ Recht zur **Zweitmeinung** per Gesetz: „Es kann nicht angehen, dass Krankenkassen und Ärzte Jahre lang verhindert haben, dass Patienten vor bestimmten Eingriffen wie Mandeloperationen oder Gebärmutterentfernungen eine zweite ärztliche Meinung einholen können“ (Jens Spahn BMG DÄB 16.10.2018)

Beispiele für Grenzen der Steuerung durch Selbstverwaltung aber auch durch den Gesetzgeber - II

- ▼ **Transparenz über die einrichtungsbezogenen Ergebnisse des QS Reha®-Verfahrens** wurde trotz jahrzehntelangen Forderungen und trotz des Beispiels der Krankenhaus-Qualitätsberichte vom Träger des Verfahrens, dem GKV-Spitzenverband nicht initiiert; jetzt Pflicht im Entwurf des noch 2021 verabschiedeten Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG)
- ▼ **Wirtschaftlichkeit im Krankenhaus:**
 - ▼ Anfang der 1980er Jahre gab es einen Versuch des Gesetzgebers, das Problem zu lösen, indem durch das Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetz 1981 ein § 19 in das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) eingefügt wurde, der die Spitzenverbände der GKV und die DKG aufforderte, Grundsätze und Maßstäbe für die Wirtschaftlichkeit im Krankenhaus zu vereinbaren.
 - ▼ Nach mehr als 50 Verhandlungsrunden erklärten die Verhandlungspartner schließlich 1988 das endgültige Scheitern der Verhandlungen.
 - ▼ Damit ging die Zuständigkeit auf die Bundesregierung über, die gemäß § 19 KHG diese Maßstäbe per Rechtsverordnung hätte festlegen sollen.
 - ▼ Dies geschah jedoch nicht. Stattdessen wurde durch das Gesundheitsstrukturgesetz 1992 ab dem 01.01.1993 die Entwicklung der Krankenhausbudgets gedeckelt.

Reaktion: GKV-bezogene Gesetze 2015-2021 - Motto: Nach der Reform ist vor der Reform!!!!

Die wichtigsten Reformen im Gesundheitswesen

seit 2015

Inkraft-treten	Gesetz	durchschnittlicher Beitragssatz in %
2015	GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz (GKV-FQWG)	15,5*
2015	GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG)	15,5*
2015	Gesetz zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf	15,5*
2015	Hospiz- und Palliativgesetz (HPG)	15,5*
2015	Erstes Pflegestärkungsgesetz (PSG I)	15,5*
2015	Präventionsgesetz	15,5*
2016	Krankenhausstrukturgesetz (KHSG)	15,7**
2016	Zweites Pflegestärkungsgesetz (PSG II)	15,7**
2016	E-Health-Gesetz	15,7**
2016	Gesetz zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen	15,7**
2017	Drittes Pflegestärkungsgesetz (PSG III)	15,7**
2017	Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG)	15,7**
2017	GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetz (GKV-SVSG)	15,7**
2017	Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (HHVG)	15,7**
2017	Pflegeberufereformgesetz (PflBRefG)	15,7**
2017	Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderung	15,7**
2017	GKV-Arzneimittelversorgungsstärkungsgesetz (AMVSG)	15,7**
2018	Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV)	15,6***
2019	GKV-Versichertenentlastungsgesetz (GKV-VEG)	15,6*
2019	Pflegeberufere-Ausbildungsfinanzierungsverordnung (PflAFinV)	15,6*
2019	Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz (PpSG)	15,6*

Inkraft-treten	Gesetz	durchschnittlicher Beitragssatz in %
2019	Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG)	15,6*
2019	Zweites Gesetz zur Änderung der Zusammenarbeit und der Strukturen bei der Organspende (GZSO)	15,6*
2019	Gesetz zur Verbesserung der Information über einen Schwangerschaftsabbruch	15,6*
2019	Gesetz für mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung (GSAV)	15,6*
2020	Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung	15,7**
2020	Implantateregister-Errichtungsgesetz (EDIR)	15,7**
2020	GKV-Betriebsrentenfreibetragsgesetz (GKV-BRG)	15,7**
2020	Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG)	15,7**
2020	Masernschutzgesetz	15,7**
2020	MDK-Reformgesetz	15,7**
2020	Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz (GKV-FKG)	15,7**
2020	Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz (IPReG)	15,7**
2020	Patientendaten-Schutz-Gesetz (PDSG)	15,7**
2020	COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz	15,7**
2020	Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite	15,7**
2020	Zweites Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite	15,7**
2020	Krankenhauszukunftsgesetz (KHZG)	15,7**
2020	Drittes Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite	15,7**
2021	Gesetz zur Stärkung der Vor-Ort-Apotheken (VOSG)	15,9****
2021	Gesetz zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege (GPVG)	15,9****

*davon allgemeiner Beitragssatz 14,6% + durchschnittlicher Zusatzbeitrag 0,9%

**davon allgemeiner Beitragssatz 14,6% + durchschnittlicher Zusatzbeitrag 1,1%

***davon allgemeiner Beitragssatz 14,6% + durchschnittlicher Zusatzbeitrag 1,0%

****davon allgemeiner Beitragssatz 14,6% + durchschnittlicher Zusatzbeitrag 1,3%

Quelle: AOK-Bundesverband, BMG, www.aok-reformdatenbank.de

„Korps“-/Verbände und Arbeitsweltdominanz in der Selbstverwaltung / Selbstverwalter - § 48 SGB IV

(1) Das Recht, Vorschlagslisten einzureichen, haben

1. **Gewerkschaften** sowie andere selbständige **Arbeitnehmervereinigungen** mit sozial oder berufspolitischer Zwecksetzung (sonstige Arbeitnehmervereinigungen) sowie deren **Verbände**,

2. Vereinigungen von **Arbeitgebern** sowie deren Verbände,

3. für die Gruppe der Selbständigen ohne fremde Arbeitskräfte berufsständische Vereinigungen der Landwirtschaft sowie deren Verbände und für die Gruppe der Versicherten bei Feuerwehr-Unfallkassen¹⁾ Landesfeuerwehrverbände,

4. **Versicherte**, Selbständige ohne fremde Arbeitskräfte und Arbeitgeber (**freie Listen**).

„Korps“- oder Verbändedominanz und Kandidaturbarrieren in der Selbstverwaltung / Selbstverwalter - § 48a SGB IV - I

- ▼ (1) Arbeitnehmervereinigungen haben nur dann das Recht, Vorschlagslisten einzureichen, wenn sie die arbeitsrechtlichen Voraussetzungen für die **Gewerkschaftseigenschaft** erfüllen oder wenn sie nach dem Gesamtbild der tatsächlichen Verhältnisse, insbesondere nach Umfang und Festigkeit ihrer Organisation, der Zahl ihrer beitragszahlenden Mitglieder, ihrer Tätigkeit und ihrem Hervortreten in der Öffentlichkeit eine ausreichende Gewähr für die **Ernsthaftigkeit und Dauerhaftigkeit ihrer sozial- oder berufspolitischen Zwecksetzung** und die Unterstützung der auf ihren Vorschlag hin gewählten Organmitglieder und Versichertenältesten bieten. Die sozial- oder berufspolitische Tätigkeit darf sich nicht nur auf die Einreichung von Vorschlagslisten zu den Sozialversicherungswahlen beschränken, sondern muss auch als eigenständige Aufgabe der Arbeitnehmervereinigung die Verwirklichung sozialer oder beruflicher Ziele für die versicherten Arbeitnehmer oder einzelne Gruppen der versicherten Arbeitnehmer umfassen.

„Korps“- oder Verbändedominanz und Kandidaturbarrieren in der Selbstverwaltung / Selbstverwalter - § 48a Abs. 4 SGB IV - III

- ▼ (4) Die Arbeitnehmervereinigung muss **von Beginn des Kalenderjahres vor dem Kalenderjahr der Wahlausschreibung an** ständig eine **Anzahl beitragszahlender Mitglieder** haben, die mindestens der Hälfte der nach § 48 Absatz 2 geforderten Unterschriftenzahl entspricht. Das **tatsächliche Beitragsaufkommen** muss die Arbeitnehmervereinigung in die Lage versetzen, ihre Vereinstätigkeit nachhaltig auszuüben und den Vereinszweck zu verfolgen.

„Korps“- oder Verbändedominanz in der Selbstverwaltung / Selbstverwalter – Grenzen/Problem „freie Listen“

- ▼ Hinzu kommen die „freien Listen“. Dies sind **Personenvereinigungen**, die zum Beispiel „Freie Liste Meier Müller“ heißen dürfen. Auf der Versichertenseite können unter eigenem Namen (z.B. IG Metall) lediglich Gewerkschaften, sonstige Arbeitnehmervereinigungen sowie deren Verbände kandidieren. Als aber z.B. der Sozialverband VdK eine Vorschlagsliste einreichen wollte, konnte er dies **nicht** unter dem eigenen Namen machen.
- ▼ Problem: Eine Kandidatur des VdK als freie Liste, also einer Liste, die in ihrer Bezeichnung lediglich Familiennamen zuließ, setzte sich bei einer Wahl zur Vertreterversammlung der alten BfA nicht durch. Die Wählerinnen und Wähler konnten diese freie Liste nicht dem VdK zuordnen.

Kandidaturbarrieren für freie Listen in der Selbstverwaltung / Selbstverwalter - § 48 Abs. 2 SGB IV – (alt)

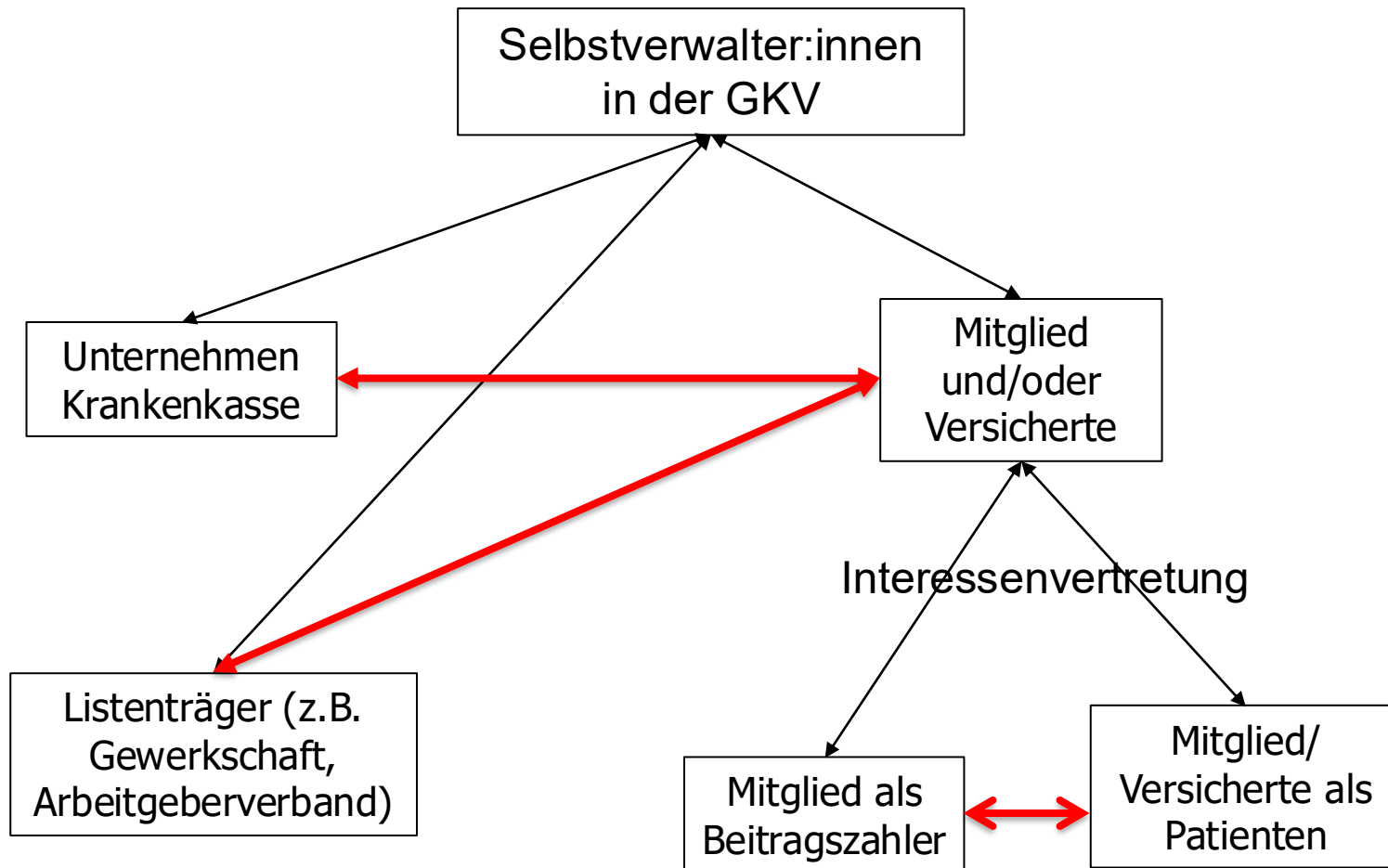
- ▼ (2) Vorschlagslisten der Versicherten und der Selbständigen ohne fremde Arbeitskräfte müssen bei einem Versicherungsträger mit
- ▼ bis zu 150 Versicherten von 5 Personen,
- ▼ 151 bis 1 000 Versicherten von 10 Personen,
- ▼ 1 001 bis 5 000 Versicherten von 15 Personen,
- ▼ 5 001 bis 10 000 Versicherten von 20 Personen,
- ▼ 10 001 bis 50 000 Versicherten von 30 Personen,
- ▼ 50 001 bis 100 000 Versicherten von 100 Personen,
- ▼ 100 001 bis 500 000 Versicherten von 250 Personen,
- ▼ 500 001 bis 1 000 000 Versicherten von 500 Personen,
- ▼ 1 000 001 bis 3 000 000 Versicherten von 1 000 Personen,
- ▼ mehr als 3 000 000 Versicherten von 2 000 Personen
- ▼ unterzeichnet sein.

Aktuell weniger
Unterschriften: z.B.
statt 2.000 1.000
Versicherte

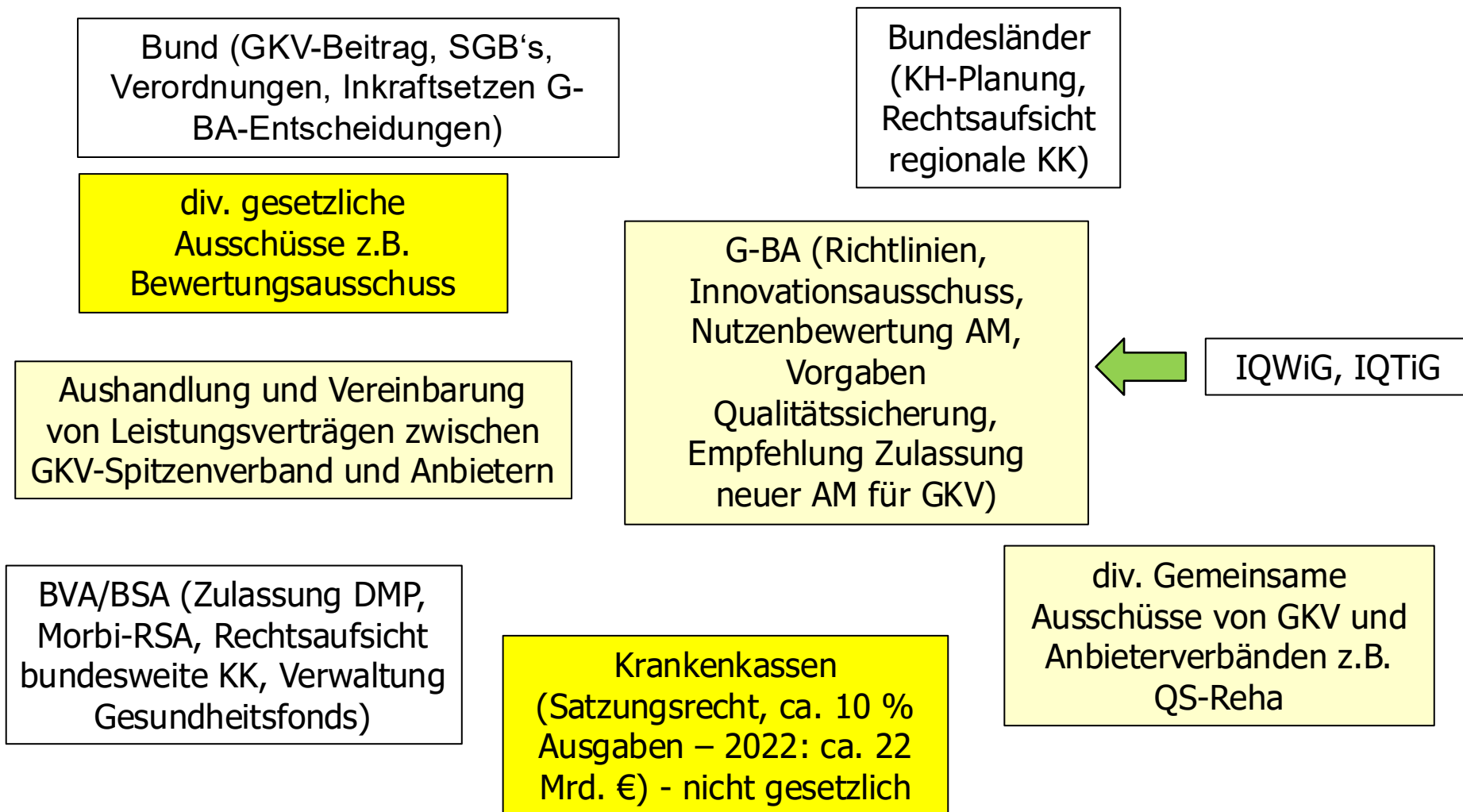
Versichertenstruktur der GKV und Arbeitsweltdominanz in der Selbstverwaltung 2022

- ▼ beitragszahlende Mitglieder/erwerbstätige Personen mit direktem Arbeitsweltbezug (55,4 %) 40,7 Mio
- ▼ beitragszahlende Rentner / nicht erwerbstätig und nur noch mittelbar Arbeitsweltbezug 16,9 Mio
- ▼ beitragsfrei mitversicherte Familienangehörige (nicht erwerbstätig und kein Arbeitsweltbezug 15,9 Mio
- ▼ Versicherte insgesamt 73,5 Mio

Triadische Struktur der Selbstverwaltung - Interessenkonflikte



Regulierungskomplexität oder viele Köche!?



Der Vollständigkeit halber: Selbstverwaltung in KVen und Ärztekammern und ihre Bewertung (2014/15)

- ▼ 96% von 113 an einer Umfrage teilgenommenen ÄrztInnen halten die Entscheidungsfindungsprozesse der ärztlichen/zahnärztlichen Selbstverwaltung (K(Z)V/Kammern) für nicht ausreichend transparent.

(Onlinebefragung von www.medizinrecht.de)

Reformen/Reformvorschläge innerhalb des Selbstverwaltungsrahmens II

- ▼ Aktuelle Gesetzgebung zur Stärkung der Selbstverwaltung
- ▼ Gesetzliche Optimierung bzw. eigenständige Institutionalisierung der Qualitäts- und Patientenperspektive in Gestalt des Gemeinsamen Bundesausschuss plus IQWiG und IQTiG
- ▼ Debatte über alternative Formen von Selbstverwaltung (z.B. Aufsichtsratsmodell, Rundfunkratsmodell) → vgl. dazu ausführlich Braun/Klenk et al. 2009
- ▼ Zum Teil gesetzlich normierter (z.B. durch die Kassenwahlfreiheit von 1992/96) Einstieg in die alternative Regulierung durch Markt und Wettbewerb unter Beibehaltung reduzierter Selbstverwaltung

Reformen/Reformvorschläge innerhalb des Selbstverwaltungsrahmens

Gesetz zur Verbesserung der Transparenz in der Alterssicherung und der Rehabilitation sowie der Modernisierung der Sozialversicherungswahlen Februar 2021:

1. Mit § 40 Abs. 3 SGB IV (neu) wird ein Rechtsanspruch auf einen „Bildungsurlaub für Selbstverwalter*innen“ von 5 Tagen kalenderjährlich normiert. Die Regelung sieht allerdings vor, dass dieser Urlaub „mit der Freistellung, die aufgrund von Bildungsurlaubsgesetzen der Länder in einem Kalenderjahr gewährt wird, insgesamt 8 Arbeitstage pro Kalenderjahr nicht überschreiten“ darf. Diese Regelung kann also zu einer Reduzierung des Anspruchs auf Bildungsurlaub führen.
2. Verpflichtung zur besseren Transparenz der Aufstellungsverfahren in den Trägerverbänden (u.a. Veröffentlichung von Aufstellungsprotokollen)
3. Verringerung der Anzahl notwendiger Unterstützer von Vorschlagslisten: § 48 (neu) wird wie folgt geändert: a) Absatz 2 Satz 1 wird wie folgt gefasst: „Vorschlagslisten der Versicherten und der Selbständigen ohne fremde Arbeitskräfte müssen bei einem Versicherungsträger mit bis zu 10 000 Versicherten von 10 Personen, 10 001 bis 50 000 Versicherten von 25 Personen, 50 001 bis 100 000 Versicherten von 50 Personen, 100 001 bis 500 000 Versicherten von 100 Personen, 500 001 bis 3 000 000 Versicherten von 300 Personen, mehr als 3 000 000 Versicherten von 1 000 Personen unterzeichnet sein.“
4. Bei den Krankenkassen **muss** nach § 48 Abs. 9 SGB IV (neu) jede Vorschlagsliste für die Sozialwahl mindestens 40 Prozent weibliche und 40 Prozent männliche Bewerber enthalten; in der Renten- und Unfallversicherung ist dies eine **Kann-Vorschrift**
5. Auf der Basis des § 53 SGB IV (neu) soll der Bundeswahlbeauftragte die Wahlberechtigten regelmäßig über den Zweck der Sozialversicherungswahlen informieren.

Korporatistische Selbstverwaltung trägerübergreifend: Struktur und Mitglieder des G-BA seit September 2008

- ▼ alle Entscheidungen werden in einem einzigen **sektorenübergreifend** besetzten Beschlussgremium getroffen.
- ▼ Dieses setzt sich auf Seiten der **Leistungserbringer** aus je zwei Vertretern der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und einem Vertreter der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) zusammen.
- ▼ Auf der **Kassenseite** gibt es fünf Vertreter des neu gebildeten Spitzenverbandes Bund der GKV. Zudem beraten fünf nach wie vor nicht stimmberechtigte **Patientenvertreter** mit. Sämtliche Entscheidungen werden in dieser Besetzung getroffen, unabhängig davon, ob es sich um vertragsärztliche, vertragszahnärztliche, psychotherapeutische oder stationäre Versorgung handelt.
- ▼ Sitzungen des Beschlussgremiums sind i.d.R. öffentlich

Korporatistische Selbstverwaltung trägerübergreifend: Struktur und Mitglieder des G-BA seit September 2008 - 2

- ▼ Für den **unparteiischen Vorsitzenden** ist laut Gesetz die **Hauptamtlichkeit zwingend** vorgeschrieben, für die zwei weiteren unparteiischen Mitglieder handelt es sich hier um eine **Kann-Regelung**. Zusätzlich zum Vorsitz im G-BA übernehmen die unparteiischen Mitglieder den Vorsitz in den ebenfalls sektorenübergreifend arbeitenden Unterausschüssen.
- ▼ Unterstützung durch wissenschaftliche Expertise: „Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)“ (§ 139a SGB V) und „Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG)“ (§ 137a SGB V)

Hauptdefizite und Schwächen der gemeinsamen korporatistischen Selbstverwaltung

- ▼ Keine aktive Legitimation der G-BA-Mitglieder durch die von den G-BA-Entscheidungen Betroffenen (gilt besonders für die Patientenvertreter)
- ▼ Patientenvertreter haben Beratungs- aber kein Mitentscheidungsrecht
- ▼ Patientenvertreter sind überwiegend Aktive/Hauptamtliche aus einer gesetzlich bestimmten Auswahl von Patientenverbänden → Folie
- ▼ keine ausreichende Transparenz über die komplexen Entscheidungs- oder Steuerungsprozesse und Verständlichkeit der Entscheidungskriterien (z.B. der vorrangig auf RCT/Evidence based medicine (EBM)-Studien gestützten Entscheidungen)
- ▼ geringe Rolle von spezifischen PatientInnenkriterien bei der Steuerung von Leistungen durch EBM (keine analogen „evidence based patient values“)

Hauptdefizite und Schwächen der gemeinsamen korporatistischen Selbstverwaltung - Patientenvertreter

Folgende Patienten- und Selbsthilfeorganisationen sind derzeit auf Basis der §§ 140f und 140g SGB V und der Patientenbeteiligungsverordnung (<https://www.gesetze-im-internet.de/patbeteiligungsverordnung/BjNR275300003.html>) berechtigt, Patientenvertreterinnen und Patientenvertreter zur Mitwirkung im G-BA zu benennen:

- ▼ Deutscher Behindertenrat (DBR)
- ▼ BundesArbeitsGemeinschaft der PatientInnenstellen (BAGP)
- ▼ Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V.
- ▼ Verbraucherzentrale Bundesverband e. V.

Diese Organisationen sollen mit den in ihnen vertretenen Mitgliedern die Vielschichtigkeit der Patienten- und Selbsthilfeorganisationen abbilden. Auf Antrag kann das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) weitere Organisationen, die nicht Mitglied der benannten Verbände sind, als maßgebliche Organisationen auf Bundesebene anerkennen.

Alternativmodell Wettbewerb und Markt: Vier Fragen und Antworten für die Pro und Contra-Debatte

- a) Was ist Wettbewerb? „schöpferische Zerstörung“ (Schumpeter) als wesentliches Mittel für den Nutzen von Wettbewerb (Wer nichts tut, droht zu verlieren!) oder das Oxymoron vom „solidarischen Wettbewerb“ ohne Verlierer?
- b) Was für eine Art „Unternehmen“ ist die GKV und ist sie dies überhaupt? Wem gehört die GKV?
- c) Erfüllt das Gesundheitswesen die aus Sicht der Ökonomie notwendigen Voraussetzungen für das Zustandekommen von Wohlfahrtseffekten durch Wettbewerb und Markt?
- d) Wie sieht die Empirie von langjährigen Wettbewerbsverhältnissen im Gesundheitswesen international und national aus?

**Theorie des Wettbewerbs c):
Wettbewerb und Markt können nur die erwünschten Wohlfandseffekte
erbringen, wenn bestimmte Voraussetzungen existieren**

- ▼ „...will attempt to show that economic theory provides no support for the belief that competition in healthcare will lead to superior social outcomes“.
(Thomas Rice (1998): The Economics of Health Reconsidered. Chicago)

Theorie des Wettbewerbs c):
Wettbewerb und Markt können nur dann die erwünschten
Wohlfandeffekte erbringen, wenn bestimmte Voraussetzungen
existieren bzw. Annahmen zutreffen....oder sie brauchen mindestens
erhebliche nichtmarktliche staatliche Unterstützung

- ▼ Kernbereich des Leistungsgeschehens sind personale Dienstleistungen, die nach dem **uno actu-Prinzip** funktionieren, d.h. Produktion und Konsumtion von Leistungen fallen zusammen und Patienten können nicht im Vorhinein die Produktqualität prüfen und bewerten und können daher auch keine Marktentscheidung treffen
- ▼ Nachfrage, Bedarf und Angebot sind nicht unabhängig voneinander bestimmt, die **Souveränität des Nachfragers** als wichtige Bedingung für funktionierenden Wettbewerb ist eingeschränkt
- ▼ Patient ist kein „Kunde“, der über Art, Umfang und Preis der Ware symmetrisch und auf „gleicher Augenhöhe“ verhandeln kann (stattdessen **Informations-/Wissens-Asymmetrie**)
- ▼ Patienten brauchen in gewissem Umfang **dritten Akteur/Stellvertreter**, der an seiner Stelle über Art, Umfang und Preis der Leistung verhandelt und dies auch kontrolliert
- ▼ Patienten können in der Regel nicht auf **Leistungen verzichten** oder sie verschieben

Empirie des Wettbewerbs international d):
53 Studien (rund 50% USA, ein Drittel UK und Rest restliche Welt) April 2011 – Health Foundation; “empirical research about the impact of competition in healthcare”

Component of quality	UK evidence trends	International evidence trends
Clinical outcomes	Data analyses suggest potential improvements in mortality	Data analyses, reviews and observational studies suggest reduced clinical outcomes
Access and equality	Observational studies have mixed results, with some suggesting improved access and others suggested reduced access	Data analyses and observational studies suggest reduced access
Costs and efficiency	Data analyses have mixed results, with some suggesting potential benefits are not fully realised	Data analyses and observational studies suggest competition reduces costs for patients and commissioners
Satisfaction	There is little research available	There is little research, but a review suggests competition may improve satisfaction
Professionalism	There is mixed evidence. Most available research suggests negative staff views and behaviours but there is some evidence of improved managerial quality	Data analyses and observational studies suggest reduced staff stability, more stress and self serving professional behaviour and role conflicts
System structure	There is little research available	Reviews and data analyses suggest competition may be associated with fragmentation and increased mergers

Empirie des Wettbewerbs in der GKV national: u.a. „Sonderbericht Wettbewerb“ des Bundesversicherungsamts (BVA) 2018 - I

▼ Wünsche/Erwartungen:

„Die **wettbewerbliche Ausgestaltung** des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung hat sich nach Einschätzung aller Experten im Gesundheitswesen **im Wesentlichen bewährt**, verkrustete Verwaltungsstrukturen wurden aufgebrochen, die Versorgung der Versicherten hat sich verbessert und Wirtschaftlichkeitsreserven wurden gehoben. **Aber es ist auch nicht alles Gold, was vermeintlich glänzt.**“ (Sonderbericht: 3)

Empirie des Wettbewerbs in der GKV national: „Sonderbericht Wettbewerb“ des Bundesversicherungsamts (BVA) 2018 - II

Empirie:

„Eine wesentliche Verbesserung der Versorgung im Hinblick auf einen **Qualitätswettbewerb** erscheint aus hiesiger Sicht **fraglich**. Bonusprogramme werden von den gesetzlichen Krankenkassen als ein Instrument zur Werbung, Mitgliederakquise und Mitgliederbindung genutzt, um sich von ihren Mitkonkurrenten abzugrenzen und im Wettbewerb zu bestehen. Dennoch stellt sich die Frage, inwieweit sich der gesetzgeberische Wille, mit dem Instrument der Bonusprogramme das gesundheitsbewusste Verhalten aller Versicherten zu stärken, wirklich in der Praxis manifestiert hat. Denn nicht nur die Aussagen der Verbraucherzentrale NRW, sondern auch die vom Bundesversicherungsamt geführten Interviews belegen, dass **Krankenkassen ihre Bonusprogramme vorwiegend dazu nutzen, junge, gesunde sowie sportliche Versicherte anzusprechen und an sich zu binden**. Zudem ist der **Nutzen vieler angebotener Bonusprogramme nicht hinreichend qualitätsgesichert**.“

Zur Vertiefung: Weitere Materialien zu Wettbewerb, Markt und/oder PKV

- ▼ Existenz eines gesetzgeberisch geschaffenen , gewollten aber hinsichtlich seiner Auswirkungen auf die Sicht- und Handlungsweisen der GKV-Akteure nicht bedachten Hybridmodells zwischen Solidargemeinschaft („gemeinsam und einheitlich“) und Wettbewerb (Selektivverträge, Bonusprogramme etc.)
- ▼ PKV als Alternativmodell?

Empirie des Wettbewerbs im GKV-System: Hybridmodell des Nebeneinanders von wettbewerbsfördernden und korporatistischen Instrumenten

Wettbewerb / Dissoziation

- ▼ Kassenwahlfreiheit (seit 1993/1996)
- ▼ Erosion des Monopols der KV durch Einzelverträge einzelner Krankenkassen/Kassenarten mit einzelnen Leistungserbringern (seit 2004/2007)
- ▼ Möglichkeiten der Differenzierung von Versichertentarifen und Verbesserung der Wettbewerbsposition durch Beitragsrückerstattung, Bonusprogramme oder Selbstbehaltsmodelle
- ▼ Vereinfachung der Insolvenz von Krankenkassen (seit 2007)
- ▼ Ab 2015 in Gestalt von kassenindividuellen Zusatzbeiträgen

Solidargemeinschaft / Assoziation

- ▼ Betonung der „Krankenversicherung als Solidargemeinschaft“ im § 1 SGB V
- ▼ Überlegungen zur Stärkung der gewählten Selbstverwaltung durch Modernisierung der Sozialwahlen
- ▼ Stärkung des G-BA
- ▼ Diverse SGB V-Regelungen zum „gemeinsamen und einheitlichen“ Handeln
- ▼ Betonung der materiellen Solidarität innerhalb der Kassenarten im Rahmen von Insolvenzverfahren = Wettbewerber helfen befristet beim Überleben von Konkurrenten
- ▼ Gesetzlicher Basis-Beitrag von 14,6%

Überwindung der Korporatismus-Wettbewerbsprobleme durch Transformation in einen Wettbewerb à la PKV? - I

Quelle: IGES/Rürup (2010): "Die Bedeutung von Wettbewerb im Bereich der privaten Krankenversicherungen vor dem Hintergrund der erwarteten demografischen Entwicklung".
http://www.iges.de/leistungen/gesundheitspolitik/e8349/infoboxContent8351/Schlussbericht_WettbewerbPKV_ger.pdf

- ▼ Analyse der PKV-Realität "hat mehrere Ansatzpunkte aufgezeigt, die begründete Zweifel aufkommen lassen, dass die PKV ihren Ansprüchen gerecht werden kann, einen 'besseren' Schutz gegen Beitragssteigerungen zu bieten. Es ist somit fraglich, ob die etablierten Strategien der PKV zur Bewältigung der zukünftigen versicherungstechnischen Risiken, insbesondere mit Blick auf den demographischen Wandel, ausreichen."
- ▼ Das PKV-Konzept der alterskonstanten Prämien "greift ... zu kurz", und "trotz Altersrückstellungen können daher auch sprunghafte Beitragserhöhungen nicht ausgeschlossen werden."

Überwindung der Korporatismus-Wettbewerbsprobleme durch Transformation in einen Wettbewerb à la PKV? – II

- ▼ Dies sei vor allem deshalb ein wirtschaftspolitisches Problem, weil "sich kein Wettbewerb um bessere Ansätze entwickelt." Es "fehlt die Grundlage für einen an den Nachfragepräferenzen orientierten und somit effizienten Wettbewerb. Der versicherungstechnische Fortschritt bleibt auf diese Weise stark gehemmt."
- ▼ Indem PKV-Unternehmen die "Spielräume, mit ihrer Tarifangebotspolitik Versichertengruppen mit ... systematisch unterschiedlicher Risikostruktur wirksam voneinander zu trennen" nutzen, gelingt es ihnen "den Wettbewerb um Versicherte ganz auf Neukunden zu konzentrieren". Dies führt dazu, dass sie "die Ineffizienzen im Versicherungsangebot noch verstärken."
- ▼ Die "Politik der Risikoseparierung" führt zwar zu "neuen Tarifen mit relativ niedrigen Prämien" und den damit gewonnenen Mengen junger, gesunder Versicherter, aber auch zu "überdurchschnittlichen Prämienzuwächsen in der Folgezeit" und älteren Tarifen "auf einem überdurchschnittlichen Prämienniveau"

Überwindung der Korporatismus-Wettbewerbsprobleme durch Transformation in einen Wettbewerb à la PKV? – III

- ▼ Damit ist aber noch nicht Schluss mit den Wettbewerbsmängeln der PKV: "Auch auf den Leistungsmärkten der PKV sind Wettbewerbsmängel feststellbar". Vor allem der Wettbewerb in der ambulanten Versorgung ist "durch relativ hohe Ausgaben gekennzeichnet." Zwei Beispiele unter vielen: Die PKV-Ausgaben für ambulante Einrichtungen erhöhten sich von 1995 auf 2007 um etwa 89%, die der GKV dagegen "nur" um 35,5%. Die Ausgaben für Zahnarztpraxen stiegen in der PKV im selben Zeitraum um rund 56%, die der GKV um 3,1%. (Anmerkung: könnte aber auch Beleg für zunehmende Unterversorgung/Rationierung/Priorisierung in der GKV sein)
- ▼ Mehr Leistungsausgaben gleich bessere Qualität?: "Inwiefern dies ... für die privat versicherten Patienten mit einer höheren Versorgungsqualität verbunden ist, ist bislang kaum empirisch untersucht worden (mit Ausnahme der Unterschiede bei Wartezeiten)."

Überwindung der Korporatismus-Wettbewerbsprobleme durch Transformation in einen Wettbewerb à la PKV? – IV

- ▼ Kein Wunder daher, dass "von Seiten der PKV nicht ganz offen und klar kommuniziert (wird), worin leistungsbezogenen Vorteile für PKV-Versicherte gegenüber der GKV liegen, die die relativen Mehrausgaben rechtfertigen."
- ▼ Die zitierten Tatsachen und zahlreiche weitere empirische Hinweise begründen massive Zweifel daran, dass die PKV derzeitig ihre "versicherungsökonomische Kernfunktion" oder das Ziel der "Einkommensglättung über die Zeit" erfüllt.

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit!

Kontaktangaben:

www.forum-gesundheitspolitik.de

bernard.jm.braun@gmail.com

- Bertelsmann Stiftung (2022). Qualitätstransparenz braucht einen großen Wurf 15 Jahre Public Reporting in Deutschland – ein kritisches Resümee. Gütersloh (https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/user_upload/Qualitaetsberichterstattung_Studie.pdf)
- Braun B, S Greß, H Rothgang, J Wasem (2008). Einflussnehmen oder Aussteigen? Theorie und Praxis von Selbstverwaltung und Kassenwechsel in der GKV Berlin: edition sigma.
- Braun B., T. Klenk, W. Kluth, F. Nullmeier, F. Welti (2009). Modernisierung der Sozialversicherungswahlen. Baden-Baden.
- Braun B, G Marstedt (2010). Wie bürgernah sind Selbstverwaltung und Sozialwahlen? Newsletter Gesundheitsmonitor 3/2010 (http://www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xbcr/SID-383F1493-98DEE13/bst/xcms_bst_dms_32441_32443_2.pdf)
- Braun B, T Klenk, F Nullmeier (2017). Sozialwahlen und Selbstverwaltung. In: Gesundheits- und Sozialpolitik Heft 6: 36-43
- Braun B./Klenk T./Klemens U. (Hrsg.) (2022). SELBST verwalten. Wie Ehrenamtliche unser Gesundheitswesen mitgestalten. Kohlhammer
- Rice Th (1998). The Economics of Health Reconsidered. Chicago
- Health Foundation (2011). Competition in healthcare (<https://www.health.org.uk/sites/default/files/CompetitionInHealthcare.pdf>)
- IGES/Rürup (2010): "Die Bedeutung von Wettbewerb im Bereich der privaten Krankenversicherungen vor dem Hintergrund der erwarteten demografischen Entwicklung". (http://www.iges.de/leistungen/gesundheitspolitik/e8349/infoboxContent8351/Schlussbericht_WettbewerbPKV_ger.pdf)
- Ochmann R, Albrecht M, Schiffhorst G (2020). Geteilter Krankenversicherungsmarkt Risikoselektion und regionale Verteilung der Ärzte. IGES Institut. https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/VV_Studie_Geteilter_Krankenversicherungsmarkt.pdf
- SVR (SACHVERSTÄNDIGENRAT zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) (2012). Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. Sondergutachten 2012
- BVA (Bundesversicherungsamt – alte Bezeichnung) (2018). Sonderbericht Zum Wettbewerb in der Gesetzlichen Krankenversicherung. (https://www.bundesamtsozialesicherung.de/fileadmin/redaktion/allgemeine_dokumente/Taetigkeitsberichte/20180404Sonderbericht_web.pdf)