

Selbstverwaltung in der europäischen Sozialversicherung

Fragen an Dr. Günter Danner, Europavertreter der Deutschen Sozialversicherung

Dr. Günter Danner ist Experte für Fragen der Selbstverwaltung und stellvertretender Direktor der Europavertretung der Deutschen Sozialversicherung in Brüssel. Die Arbeitsschwerpunkte des Ökonomen sind EU-Politik und soziale Sicherungssysteme in Europa. Für die Fachzeitschrift „Soziale Sicherheit“ beantwortete er Fragen zum Thema Selbstverwaltung der Sozialversicherung im europäischen Vergleich. Die Fragen stellte Mag. Beate Glück und Dr. Wilhelm Donner.

Herr Dr. Danner, was ist der Vorteil der Selbstverwaltung gegenüber der direkten staatlichen Verwaltung im Bereich des Sozialwesens?

Dr. Danner: Ein Blick über die Landesgrenzen zeigt, dass soziale Selbstverwaltung aus Vertretern der Versicherten bzw. Arbeitnehmer und Arbeitgeber heute nur mehr in Österreich und in Deutschland die Systeme steuert. Es wird ebenso deutlich, dass die staatsunmittelbare Verwaltung in anderen Staaten qualitativ keine Verbesserungen schafft. Im Gegenteil, kein staatsunmittelbar gelenktes Sozialsystem im Gesundheitswesen, gar noch mit Steuerfinanzierung, kommt heute mehr ohne Wartelisten und mangelinduzierte Engpässe aus. Die nach wie vor bestehende Überschuldungskrise im Euroraum hat diesen Effekt verstärkt. Zudem tendiert die Politik zur kurzfristigen, reaktiven Inangriffnahme von Problemen. Stabile sozialmedizinische Versorgung braucht jedoch sachlich fundierte Langzeitplanung, möglichst unter Beteiligung der vom System Betroffenen. Das überschreitet die Dauer von Legislaturperioden oder Koalitionsabsprachen bei weitem.

Kritiker der Selbstverwaltung meinen, diese sei nicht mehr zeitgemäß. Wie bewerten Sie mit Blick auf den europäischen Vergleich diese Aussage?

Dr. Danner: Was wäre zeitgemäßer als Bürgernähe, fachlich versierte, entideologisierte Sachlösung und Beständigkeit in der Problemanalyse sowie bei der Suche nach tragfähigen Langzeitlösungen? Gerade heute, in der medialen Zeit kurzfristiger „heißer Themen“, denen morgen andere folgen, muss der Sozialschutz für mehrere Generationen berechenbar und verlässlich sein. Gleiches gilt für die zwingend erforderlichen finanziellen Grundlagen. Ich denke, dass die Bürgerinnen und Bürger es zu schätzen wissen, wenn eine berechenbare Institution – wie die soziale Selbstverwaltung – hier sowohl



Foto: Techniker Krankenkasse

zuhört als auch wohlabgewogene Zukunfts- und Gegenwartsentscheidungen trifft. Die Systembejahung in unseren beiden Ländern stützt diese Annahme. Wäre eine Versorgungsorganisation, die sich – aufgrund der aktuellen staatlichen Kassenlage – möglicherweise noch aus zusätzlichen öffentlichen Schulden finanziert, hier von Vorteil? Ich glaube dies kaum. Sie ist aber die Realität in nahezu allen Ländern mit solchen Modellen.

Welches Gefährdungspotential für den sozialen Zusammenhalt, um nicht zu sagen sozialen Frieden, liegt in der Aufweichung oder gar der Abschaffung der Selbstverwaltung?

Dr. Danner: Eine generationenübergreifende Verlässlichkeit des Sozialschutzes gerade im Gesundheitsbereich mit seinen vielen individuellen Kontakten während eines Menschenlebens ist für mich eine unverzichtbare Säule der Demokratie und der Staatsbejahung durch das Volk. Wenn hier das Vertrauen schwindet, ist die Staatsverdrossenheit nicht mehr fern. Das kann etwa durch den Verlust des einst Gewohnten geschehen wie in den ebenso gerne wie oft unbegründet Volksgesundheitsmodellen Skandinaviens, die heute eher mangelgesteuerte Wartelistenversorgung bieten, wenngleich sie publizistisch oft „in“ sind. Es verstärkt sich dort, wo das sozialrechtliche Versorgungsversprechen ökonomisch nicht mehr unterfüttert ist und schleichend einer Schattenwirtschaftskomponente Platz macht. Derlei findet man in nahezu allen EU-Staaten Ost- und Südosteuropas. Schon hier sind Beschädigungen des Rechtsstaates in bedenklicher Weise zu erfahren.

Das österreichische Sozialversicherungssystem war von Anbeginn an selbstverwaltet. Wie steht es im europäischen Vergleich da?

Dr. Danner: Österreichs Sozialsystem zählt zu den wenigen in der heutigen EU, die beständig – nicht etwa

kurz vor Wahlen – eine sehr hohe Versorgungsqualität mit anderen, das Patientenwohl mehrenden Faktoren vereinbaren. Dazu zählt etwa die freie Arztwahl im ambulanten Bereich einschließlich der Rolle des niedergelassenen Arztes als freiberuflich tätiger Vertrauenspartner des Patienten. Vergessen wir nicht, wie viel das Arzt-Patienten-Verhältnis gerade für sehr kranke Menschen bedeutet. Das österreichische System wird – und darin ist es mit dem deutschen verwandt – weitgehend staatsfern gesteuert und ist, im permanenten Dialog zwischen den Sozialpartnern, die es ja auch wesentlich finanzieren, versorgungsorientiert und an den Bedürfnissen der Versicherten ausgerichtet. Andere EU-Sozialwelten folgten historisch dem britischen Modell eines steuerfinanzierten und vom Staat organisierten Bürgerversorgungsmodells. Hier bestimmt die jeweilige Regierung – wie lange sie auch immer im Amt verweilt, welche Tagesprioritäten sie auch gerade setzen mag –, wie viel es „heuer“ für die Gesundheitsversorgung geben mag. Dies schafft Volatilität, weil Steuereinnahmen – in Zeiten der verbreiteten Überschuldung – überall benötigt werden, jedoch nur einmal ausgegeben werden können. Im britischen Fall sind die Folgen bekannt. Sie resultieren keineswegs aus der Qualität britischer Ärzte und Pfleger. Einzig die politische Steuerung ist hier verantwortlich. Schon ein Facharzttermin wird zum Wettlauf mit der Wartezeit. Ähnlich ist die Situation heute in Schweden, was bei der aktuellen Wahl ein viel diskutiertes Thema war. Dort haben die Provinzen, die sogenannten Län, die Steuerhoheit und den Sicherstellungsauftrag. Seit Jahren sinkt so die Qualität. „Verwaltung“ gewinnt die Oberhand über „Versorgung“, Callcenter zum Vertrösten über tätige „Hände am Patienten“. Vollmundige „Versorgungsgarantien“ der Zentralregierung werden schablonenhaft vor Wahlen wiederholt und kaum mehr geglaubt. Was nutzt dort selbst eine „moderne Welt“ mit e-Health und viel Digitalem, wenn der Arzt-Patient-Kontakt im Alltagsbetrieb zum Nadelöhr gerät. Auch in Macrons Frankreich verschärft sich die Lage. Eine noch theoretische Großreform soll Abhilfe schaffen. Nur Deutschland, Österreich, Belgien und das atypische Luxemburg bieten aus Versichtersicht vergleichbare Patientenorientierung. Einen taktischen Vorteil haben Staatssysteme höchstens darin, dass alles zum Politikum gemacht werden kann. Die Mangelverwaltung eben auch. Den Mangel mit „unabwendbaren Sachzwängen“ zu rechtfertigen hat dann Konjunktur.

Welche Möglichkeiten haben Versicherte in anderen Ländern Europas, den Kurs ihrer Sozialversicherung mitzubestimmen, z. B. bei der bundesdeutschen Sozialwahl oder etwa über Ombudsleute?

Dr. Danner: Die Mitentscheidung in Schlüsselfragen des jeweiligen Sozialsystems erfolgt primär über Parlamentswahlen. Das manifestiert sich in einer problemfernen Regelungsebene, die oft erst mit gewaltigem Zeitverzug reagiert, sofern sich diese Thematik überhaupt in der Prioritätenkonkurrenz durchsetzen kann. Leistungs-

rechtliche Konflikte, bei uns in Deutschland wesentlich schon durch das von der Selbstverwaltung kontrollierte Verfahren des „Widerspruchsausschusses“ in der Ebene der Solidargemeinschaft eines Trägers belassen, führen entweder zu Ombudsleuten und bzw. oder in die Sozialgerichtsbarkeit. Wo es eine solche nicht gibt, dürften Verwaltungsgerichte zuständig sein, die sich durch noch größere Themenferne auszeichnen. Eine Mitsteuerung unternehmerischer Entscheidungen, so wie ich sie von allen Trägern der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) kenne, gibt es nicht in vergleichbarer Art. Schweden und Frankreich, zwei völlig andersartig konstruierte Modelle, zeigen: Die Unmutsdebatte über das Qualitätsniveau wird auf höchster politischer Ebene verbal geführt, weit weg vom regionalen Versorgungsfall oder vom Individualbedürfnis. Einen Ideenwettbewerb, wie unsere GKV-Landschaft ihn kennt, gibt es nicht, stattdessen eher ein theoretisches und medizinsoziologisches Versorgungs-Vordenkertum von ausgewählten Universitäten. Wie man es auch dreht, es bleibt bürgerfern und politikgeneigt.

Was bringt die Selbstverwaltung den einzelnen Versicherten an Vorteilen im Vergleich zu einem staatlichen Gesundheitssystem, in dem die Leistungen aus dem Staatsbudget finanziert werden?

Dr. Danner: Wir haben schon solche Bereiche angesprochen: permanente Mitgestaltungsmöglichkeit in der Finanzausstattung und der Mittelverwendung im vorgegebenen sozialrechtlichen Rahmen. In Deutschland, wir haben seit den 90er Jahren professionelle Manager im Hauptamt als Vorstände, zudem die Garantie, dass der aus Mitglieder der Sozialversicherung bestehende Verwaltungsrat die strategische Richtung der Kasse ebenso bestimmt wie die Besetzung der Top-Jobs und richtungsweisende versorgungsstrategische Entscheidungen. Die Sozialversicherung nimmt oft auch entscheidend politische Stellung. Gerade im Zusammenspiel zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern – früher etwa hatten wir das bei verschiedenen Kassenarten nicht – wurden wichtige Synergieeffekte wirksam, denen die Politik, egal welcher Farbe, nicht ausweichen kann. Auch wichtige Finanzentscheidungen laufen im Verwaltungsrat zusammen. Zunächst ist somit die allgemeine Qualität unserer Modelle überlegen, kein Staatssystem kommt auch nur in deren Nähe. Würden wir nun also britische oder schwedische Strukturen ernsthaft einführen, wäre zu erwarten, dass binnen kurzer Zeit die Realitäten sich den Strukturen anpassen. Dass „der Staat“ dauerhaft und die Legislaturperioden übergreifend sinnstiftende Versorgungsplanung leistet, wäre ein sozialhistorisches Novum. In der heutigen Zeit mit kurzlebigen und sensationsgesteuerten politischen Trends, möglichst gleich verkleidet als abzuwartende „europäische Lösung“, sind derartig viele primäre Konsensebenen berührt, dass die Ergebnisse immer öfter schlichtweg ausbleiben. Die soziale Gesundheitsversorgung jedes Einzelnen würde enorm darunter leiden.

Das österreichische System ist weitgehend staatsfern gesteuert und im permanenten Dialog zwischen den Sozialpartnern, die es ja auch wesentlich finanzieren, versorgungsorientiert und an den Bedürfnissen der Versicherten ausgerichtet.

Die Selbstverwaltung steht nicht nur in Österreich bei wichtigen Entscheidungen unter behördlicher Aufsicht. Was wäre Ihrer Ansicht nach das optimale Verhältnis von Aufsichtsbehörde, also den Bundesministerien, und selbstverwalteten Versicherungskörpern und inwieweit ist es derzeit verwirklicht?

Dr. Danner: Sozialpolitik braucht einen rechtsstaatlich definierten Rahmen. Traditionsgemäß wird dieser auf der Ebene des Zentral- oder Bundesstaates definiert – schon um starke Niveauunterschiede zu vermeiden. Dafür ist berechtigterweise die nationale Politik zuständig. Die Ausübung der Aufsichtspflicht ergibt sich rechtsstaatlich ebenfalls daraus. Dies gilt für die Selbstverwaltung wie – in Deutschland – für die hauptamtliche Unternehmensführung einer gesetzlichen Krankenkasse. Bei uns teilen sich Länderaufsichtsbehörden und das Bundesversicherungsamt diese wichtige Aufgabe. Bei innovativen Projekten sucht also der Kostenträger proaktiv den Dialog mit der zuständigen Aufsicht, um neue Pfade frühzeitig abzustimmen. Stets gab es ein Ringen zwischen der Politik und der Selbstverwaltung um Einfluss. Unser System könnte gut und gern mehr Selbstverwaltung und (noch) weniger Staat vertragen. Schließlich steht vieles vor wegweisenden strategischen Herausforderungen, man denke an neue Arbeitsformen wie „Crowdworking“, nachhaltige Veränderungen bei Lebensarbeitsbiografien von Versicherten, die Demografie, das Anwachsen von Selbständigkeit in etlichen Branchen u. v. m. Es sei noch angemerkt, dass Deutschland eine „doppelte“ Sozialversicherung hat. Diese „zweite Sozialversicherung“ setzt das Wirken der Primären in die Leistungsorganisation hinein fort. Ich spreche hier von der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen über die Kassenärztlichen Vereinigungen. Dies gibt es in Österreich so nicht. Gerade im Zusammenspiel zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern ergeben sich meines Erachtens beachtliche Innovationspotentiale für eine bessere Versorgung in der Zukunft, nahe am Patienten und ohne staatliches Vordenkertum, jedoch voll im sozialrechtlichen Rahmen.

In Österreich steht eine Neuordnung der Gremienstruktur der Selbstverwaltung im Raum, die – so wird oftmals befürchtet – zu vermehrtem Einfluss der Dienstgeber und zu einer Schwächung der Dienstnehmer führen könnte. Welche Gefahren könnten daraus für die Dienstnehmer resultieren?

Dr. Danner: Als mich die österreichische Diskussion in Brüssel bzw. in Hamburg erreichte, ging es noch um „Abschaffung“ der Selbstverwaltung, ja um Einführung einer Steuerfinanzierung für das komplette System, nicht nur, wie bisher schon, für die Krankenhauspflege. Offenbar sollte ein „Beveridge-Modell“ nach britischer Art geschaffen werden. Dies scheint mittlerweile so nicht mehr im Zentrum zu stehen, wozu ich die österreichischen Versicherten beglückwünsche. Auch bei uns durchlief die Sozialversicherung viele Veränderungen. Früher hatten etwa die „Ersatzkassen“, wie meine

Techniker Krankenkasse, nur Versichertenvertreter in der „Vertreterversammlung“. Diese wurden in den „Sozialwahlen“ direkt von den Versicherten gewählt. Anfang der 90er Jahre gab es eine Zäsur: die Professionalisierung der Unternehmensführung und eine Neugestaltung der Sozialversicherung, die nach wie vor nur aus Versichertenvertretern bestand. Durch weitere Veränderungen, insbesondere Kassenfusionen mit anderen Kassenarten, gelangten auch bei uns und anderen Ersatzkassen Arbeitgebervertreter in die Verwaltungsräte. Dies wurde als Strukturwechsel gewiss mancherorts kritisch wahrgenommen. Es hat sich aus meiner Sicht gezeigt, wie sinnvoll diese Kooperation sein kann. Quantitativ gab es bei uns seither immer eine Parität. Ich glaube an die Rationalität der österreichischen und deutschen Akteure: Das gemeinsame Interesse in Österreich gilt doch einer Systemstabilisierung und damit einer Sicherstellung der so beachtlichen österreichischen ökonomischen Erfolgsgeschichte. Nach anfänglichen Eingewöhnungsschwierigkeiten erwarte ich hier eigentlich keine Probleme. Aus meiner – auch etwas britischen – Sicht sind Österreich und seine Bevölkerung an konsensbasierten pragmatischen Lösungen interessiert. Schon allein wegen der hohen Systemgefährdung durch den Vergemeinschaftungsdruck aus Brüssel, wo die EU in ihrer augenblicklichen Krise nach Definitionsmacht, auch in subsidiären Bereichen, strebt. Dies würde dereinst – je nach Lage der Dinge – eine „europäische Lösung“ von Refinanzierungsproblemen in nationalen Sozialschutzmodellen bedeuten oder Wünsche nach Soziallasten-Vergemeinschaftung. Noch sind wir dort nicht, jedoch gibt es erste solche Einlassungen. Unser nationales System sollte schon deshalb zukunftsfest sein.

Ein wesentlicher Bestandteil der Selbstverwaltung ist die Prüfung der Beiträge durch die Versicherungsträger sowie die Subsidiarität. Welche negativen Folgen hätte eine Beitragsprüfung durch die Finanzbehörden für die Versicherten? Würde eine solche Maßnahme nicht den Geist der Selbstverwaltung verletzen?

Dr. Danner: In Deutschland, mit den souveränen Haushalten einzelner Kostenträger, die unter der Kontrolle der Sozialversicherung stehen, ist dies ganz eindeutig so. Jede Einschränkung der Finanzhoheit eines Kostenträgers lähmt dessen Selbstverwaltung. Geld bestimmt nun einmal die Unternehmenssteuerung. Dies gilt für den Beitragseinzug ebenso wie, in Deutschland zumindest, für die Festlegung der Beitragshöhe, heute des „Zusatzbeitrags“. In der Vergangenheit durften Sozialversicherungsgremien die Beitragshöhe ihrer Kasse selbst bestimmen. Diese Kompetenz der Sozialversicherung muss bleiben, schon weil die über 200 Milliarden Euro der deutschen GKV nicht am Anleihemarkt zusammengeborgt wurden, sondern vorliegende Gelder sind – ein heute durchaus ungewöhnlicher Vorgang. Eine Gefahr sehe ich dann, wenn Selbstverwaltung „verantwortlich“ für ein qualitatives Versorgungsergebnis sein soll, dessen Bewirkungsmittel je-

Aus meiner Sicht sind Österreich und seine Bevölkerung an konsensbasierten pragmatischen Lösungen interessiert.

doch der Staat einzieht oder eben auch nicht. „Verschiebebahnhöfe“ von Kosten drohen, grundsätzlich zulasten der selbstverwalteten Sozialschutzträger. Ohne Finanzverantwortung und mithin Gestaltungsmacht könnte der Selbstverwaltungsgedanke schlimmstenfalls zur Schaufensterdekoration geraten. Das wäre bedenklich, weil dann die Tagespolitik nach Laune Ausgaben anordnet und Mittel gegebenenfalls entzieht. Die Schuldzuweisung für Systemverschlechterungen ginge vermutlich an die Adresse der Selbstverwalter.

Kann eine Einschränkung der Selbstverwaltung nicht auch als ein Misstrauensvotum für die gelebte Demokratie – so wie sie sich bis heute entwickelt hat – gesehen werden?

Dr. Danner: Wer ein so hervorragendes Sozialsystem hat wie Österreich, sollte mit Strukturumbrüchen sehr vorsichtig sein. Wohin man auch blickt, zeigen sich Staaten und ihre Regierungen als wenig ergebnisträchtige Sachwalter der gesundheitlichen Versorgung. Wer hier also etwas verändern möchte, sollte zuvor nachweisen, woher er ableitet, dass das Ergebnis in diesem Fall besser sein wird als in sämtlichen anderen staatsnahen Versorgungswelten. Das kann und wird nicht gelingen. Warum also Bürger- und „Basispartizipation“ abschaffen oder verstümmeln, wo dies doch im modernen Zeitgeist – „Bürger und Patient im Mittelpunkt“ – gerade anderswo gefordert wird? Wer glaubt, selbst und allein am besten zu entscheiden, dabei natürlich niemals zu irren und alles beurteilen zu können, wird mit dem Gedanken einer Selbstverwaltung kollidieren. Er empfindet Meinungs austausch als störend. Ich finde, gelebte Demokratie und – wenn man so will – „patient empowerment“ sehen anders aus.

Wie könnten bzw. sollten die Selbstverwaltung und der Hauptverband als Dach der österreichischen Sozialversicherung in zwei bis drei Jahren aussehen?

Dr. Danner: Prognosen sind nicht einfach. Ich bin jedoch in diesem Fall optimistisch: Politische Kräfte, die unsere Zivilgesellschaft mitgestalten, sollen die Gelegenheit haben, dies auch zu tun. Die österreichische Bundesregierung dürfte erkannt haben, dass ein Systemwechsel in eine Struktur nur negativer ausländischer Erfahrungsbilder nichts hilft. Zudem entspräche er eher – ich bin ja deutscher Systemlobbyist in Brüssel – den heimlichen Wünschen der mächtig ins Schlingern gekommenen EU-Kommission und des Europäischen Parlaments – wo man kurz vor der Wahl entsetzt feststellt, dass die Gleichheitsfiktion zwischen den nationalen Versorgungswelten nicht mehr hält. Zeitgleich sinkt der allgemeine EU-Konsens in wichtigen Schlüsselfragen. Das Gefälle verstärkt sich durch die Euro- und Schuldenkrise, die keineswegs gelöst wurde, rasch weiter. Es gefährdet ein epochales Friedensprojekt im Kern. Heute empfinden manche in Brüssel Subsidiaritätserinnerungen und Strukturbesonderheiten eher als „EU-kritisch“, was nicht stimmt. Zu den Reformen in Österreich: Ich bin konservativ, das Neue ist demnach beweislasterpflichtig, besser



© mik Ivan - Fotolia.com

zu sein als die alte Lösung. Der Selbstverwaltungsgedanke in der Sozialpartnerschaft ist auch künftig unverzichtbar, weil er system- und demokratiestabilisierend ist. Er sollte, gern zusammen mit belastbaren ökonomischen Zukunftsüberlegungen, sicherstellen, dass die heutige Jugend auch künftig noch in den Genuss der Segnungen der Gegenwart kommt. Wir haben hier meines Erachtens eine moralische Verpflichtung.

Wie sehen Alternativen zur Selbstverwaltung in Europa aus? Welche Modelle dominieren in den europäischen Gesundheitssystemen?

Dr. Danner: Vieles davon wurde bereits angesprochen: Quantitativ stehen „Staatsbewirkungsmodelle“ nach Art des britischen NHS und des schwedischen „Volksheims“ der skandinavischen Gesundheitssysteme im Vordergrund. Hier sind Behörden quasi regionaler Versorger und finanzieren dies über selbst eingezogene oder zugewiesene Steuermittel. Etliche Staaten Ost- und Mitteleuropas haben „Einheitskassen“, oft in sehr unglücklicher Rolle zwischen Refinanzierung und Ausgabenbedienung. Einige hängen völlig vom Fiskus ab, der seinerseits angesichts der verbreiteten Schattenwirtschaft seine Forderungen kaum realisieren kann. Dies schlägt dann auf die Krankenkassen durch. Die steuerfinanzierten Modelle der italienischen Provinzen unterscheiden sich – trotz einheitlichen Sozialrechts – zwischen Veneto und Sizilien in der tatsächlich verfügbaren Versorgung wie Tag und Nacht. Nichts ist für die Sozialstaatsfinanzierung gefährlicher als Schulden der öffentlichen Hand. Im Euroraum belaufen sich diese Schulden auf sagenhafte 10,342 Billionen Euro. Nur Deutschland baut noch ernsthaft Schulden ab. Aus sozialpolitischer Sicht lähmt das die Politik und wirft Fragen für die Zukunft auf, die bislang niemand schlüssig beantwortet hat. In Brüssel geht die Tendenz zur „Verheißungspolitik“ mit verbalen Gerechtigkeitspostulaten, etwa der „europäischen Säule sozialer Rechte“. In vielen EU-Staaten haben die Staatsschulden die Sozialsysteme schwer mitgenommen. Eine griechische sozialfinanzierte Versorgung möchte man sich bei uns nicht vorstellen, so es sie – dem Namen nach – überhaupt gibt. Nur in Deutschland und Österreich gibt es echte soziale Selbstverwaltung mit Gestaltungsanspruch. So sollte es bleiben, denn die real existierenden Alternativen schrecken doch bei näherem Hinschauen eigentlich alle ab.