

## Integrationswirkungen und Legitimationsprobleme der Sozialleistungssysteme in der Bundesrepublik und in der Schweiz

Gross, Peter

Veröffentlichungsversion / Published Version

Sammelwerksbeitrag / collection article

### Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Gross, P. (1979). Integrationswirkungen und Legitimationsprobleme der Sozialleistungssysteme in der Bundesrepublik und in der Schweiz. In J. Matthes (Hrsg.), *Sozialer Wandel in Westeuropa: Verhandlungen des 19. Deutschen Soziologentages in Berlin 1979* (S. 809-825). Frankfurt am Main: Campus Verl. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-136509>

### Nutzungsbedingungen:

*Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.*

*Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.*

### Terms of use:

*This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.*

*By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.*

Peter Gross

Integrationswirkungen und Legitimationsprobleme der Sozialleistungssysteme in der Bundesrepublik und in der Schweiz

"La banalité, la superficialité, la partialité, tels sont en résumé les trois écueils sur lesquels risque d'échouer l'observateur étranger."

M. Reuillard

I.

Der angekündigte Titel meines Beitrages ist so anspruchsvoll formuliert, dass ich ihn gleich in doppelter Hinsicht relativieren muss. Erstens ist es mir - und nicht nur wegen der knappen Zeit - unmöglich, die fundamentale Debatte über die Legitimationsprobleme des modernen Staates zu wiederholen oder gar fortzuführen, ist doch diese Frage schon die "schwierigste aller staatsrechtlichen" genannt worden (1). Viele der hier Anwesenden hätten dazu wohl Wesentlicheres zu sagen gehabt. Zweitens wäre es, angesichts der in der Literatur immer wieder anzutreffenden Feststellung, dass die Legitimationsproblematik zu wenig an konkreten Politikbereichen diskutiert werde, auch nicht tunlich, die Sozialleistungssysteme in der Schweiz und in der Bundesrepublik in ihrer gesamten Breite zu diskutieren. Ich befasse mich mit einem in dieser Debatte eher vernachlässigten Aspekt, nämlich der integrativen bzw. desintegrativen Wirkung sozialpolitischer Massnahmen und veranschauliche diese an einem in beiden Ländern bemerkenswert unterschiedliche Ausprägungen aufweisenden Detail der Sozialleistungssysteme, nämlich dem Gestaltungsrahmen der sozialen Krankenversicherung.

Der Anlass, das Thema in dieser Weise zu verengen, ist eine häufig wiederholte, aber selten geklärte Auffälligkeit im Vergleich der Sozialleistungssysteme der Schweiz und der Bundesrepublik. Wenn von ihnen in einem Atemzug die Rede ist, so geht es meist um den erstaunlichen Befund, dass den wenigen gemachten Untersuchungen zufolge in den beiden Ländern Sozialleistungssysteme etabliert sind, die hinsichtlich ihrer Leistungen ähnlich, hinsichtlich ihrer Kosten aber ein beeindruckendes Gefälle von der Bundesrepublik zur Schweiz aufweisen. Besonders deutlich wird dieses Gefälle bei Vergleichen des Gesund-

heitswesens. Die dürftigen vorliegenden Untersuchungen zeigen, dass der Gesundheitsstandard in der Schweiz leicht höher, der finanzielle und personelle Aufwand hingegen beträchtlich geringer ist. Ich will, ohne auf das Problem der Vergleichbarkeit und der sozialstatistischen Dunkelziffern eingehen zu können (2), einige Befunde nennen (3). Die durchschnittliche Lebenserwartung in der Schweiz ist leicht höher, die Mütter- und Säuglingssterblichkeit hingegen geringer. Soziale Indikatoren wie die Versorgungszahlen mit Ärzten und Krankenhäusern, aber auch Ausstattungsindikatoren wie die Zahl der Krankenhausbetten pro Kopf zeigen ein ähnliches Niveau und eine ähnliche Dichte. Andererseits sind die gesundheitlichen Risiken in der Schweiz in einem Umfang und in einem Ausmass versichert, das kaum geringer ist als dasjenige in der Bundesrepublik. Die Abweichungen beispielsweise bei der Beteiligung der Krankenversicherung an den Zahnarztkosten und die in der Schweiz einen Umfang von 25% der Gesamtkosten betragenden Bundessubventionen reichen nicht aus, um dieses Gefälle zu erklären. In der Bundesrepublik wird nach allen mir bekannten Statistiken  $\frac{1}{4}$  -  $\frac{1}{3}$  mehr für das Gesundheitswesen ausgegeben als in der Schweiz. Das Gefälle ist hier noch auffälliger als bei der Sozialleistungsquote, die nach den Berechnungen der OECD für die Bundesrepublik 1975 26,3%, für die Schweiz 17,9% beträgt. Eine vordergründige Erklärung dieser Sachlage mag darin liegen, dass die verfügbaren Nutzungsindikatoren auf eine geradezu frappante Mindernutzung des Gesundheitswesens in der Schweiz hinweisen. Die Verweildauern in den Krankenhäusern sind erheblich niedriger. Pro Versichertem werden in der Bundesrepublik mehr als dreimal mehr Krankenscheine im Jahr ausgegeben. Und die Kosten der gesetzlich anerkannten Kassen in der Schweiz betragen pro Versichertem nicht die Hälfte von denjenigen in der Bundesrepublik.

Die folgende Skizze geht von dieser, die soziologische und sozialpolitische Phantasie doch herausfordernden Situation aus. Wie lässt sie sich erklären? Liegt es an einem anderen Steuerungs- oder Organisationsmodus des Gesundheitswesens und einem anderen Nutzungsverhalten? An unterschiedlichen Legitimationsproblemen und Integrationswirkungen der Schaltstelle zwischen Versicherten, Versicherungsträger und Ärzten? An einer schärferen sozialen Kontrolle der Nutzung? Oder wieder einmal an dem schon zur Genüge mystifizierten "Sonderfall" Schweiz? In einem ersten Abschnitt werde ich einige Fragen und Thesen dazu formulieren. Diese werde ich an den in beiden Ländern höchst unterschiedlichen Ausprägungen des Gestaltungsrahmens der sozialen Krankenversicherungen veranschaulichen. In einem abschliessenden Punkt versuche ich die unterschiedlichen Ausprägungen in bezug auf die den Krankenversicherungen

neu zugewachsenen Aufgaben zu beurteilen.

## II.

Jedes Land hat, wie es Peter Bichsel einmal formuliert hat, seine "ausländischen Nationalisten" (4). Die Schweiz hat sicher besonders viele, die Bundesrepublik hinsichtlich ihres wohlausgebauten und dichtgeknüpften Netzes von sozialer Sicherheit freilich nicht weniger. Im Gegensatz dazu sind die Sozialleistungssysteme beider Länder durch die inländische Brille betrachtet, einer erheblichen, teils drastischen Kritik ausgesetzt, allerdings mit einem, wie mir scheint, signifikanten Unterschied. Eine typische Bemerkung für die gegenwärtige Kritikwelle in der Bundesrepublik stammt von ZOELLNER, der kürzlich notiert hat, dass die Forderung nach Sozialreform heute ausgerechnet von jenen vertreten werde, welche die hohe Sozialleistungsquote in der Bundesrepublik offen kritisierten und zum Teil unverblümt Leistungsreduzierungen forderten (5). Was ACHINGER vor zwanzig Jahren glossiert hat, nämlich jene "Metempsychose des Endzwecks", welche jeden Ausbau sozialpolitischer Institutionen immer und sofort positiv beantwortet und von der stillschweigenden Voraussetzung ausgeht, "dass die bekannten Rechtsverhältnisse mitsamt der dazugehörigen sozialpolitischen Theorie...in ihrer Wahrheit und Notwendigkeit ein für allemal legitimiert seien..." (6), scheint heute überraschend konsensual akzeptiert zu sein.

Der Tenor der schweizerischen - vergleichsweise allerdings rudimentären Befassung - mit der Sozialpolitik ist ein völlig anderer. Für ihre Intellektuellen ist die Schweiz - internationale Untersuchungen hin oder her - zunächst ein rückständiges Land, was ihre Sozialpolitik betrifft. BROOKS hat 1930 in seinem Buch über die Schweiz geschrieben, dass der Schweizer "als Gemeinplatz anschaut, was der Rest der Welt als ein politisches Wunder betrachtet" (7). Dieses Schicksal erfährt heute die Sozialpolitik. Ziemlich unisono wird ein Ausbau, eine "Generallinie", mindestens eine Schliessung von Lücken, auf jeden Fall aber eine Vereinheitlichung, Optimierung, Koordinierung, Zentralisierung und eine entsprechende wissenschaftliche Durchdringung gefordert (8). Gäbe es einen Zusammenhang zwischen der wissenschaftlichen Erforschung des Gesundheitswesens und seiner Funktionsfähigkeit, müsste das schweizerische Gesundheitswesen todkrank, dasjenige der Bundesrepublik hingegen kerngesund sein. Kürzlich ist festgestellt worden, dass in den letzten fünf Jahren in

den zwölf wichtigsten Fachzeitschriften über das Gesundheitswesen kein einziger Beitrag eines Schweizer zu verzeichnen sei, obwohl die Schweiz die Weltgesundheitsorganisation beherberge und in ihr eine pharmazeutische Industrie domiliert sei, die mit grosszügigsten Forschungsprogrammen operiere (9). In einem ersten repräsentativen Band über die "Optimierung der Medizin" in der Schweiz sind erst die neun Gebiete enumeriert worden, wo Forschung dringend benötigte Entscheidungsgrundlagen zur Verfügung stellen sollte (10). In der Bundesrepublik hingegen ist - bei allen Klagen der hiesigen Wissenschaft - die Forschungslage unvergleichlich besser. Man ist unterdessen gleichsam auf dem untersten Stockwerk angelangt, nämlich der Volks- und Laienmedizin und verspricht sich von der mikroanalytischen Durchdringung Aufschlüsse über das Funktionieren der vorinstitutionellen Bedarfsausgleichssysteme und Netzwerke (11).

Unterschiedlich ist auch die Datenlage! Sie ist in der Schweiz - was man den weissen Flecken auf der Landkarte internationaler Vergleiche entnehmen kann - höchst ungenügend. Die Datenerhebung reicht in der Bundesrepublik - wie es auch das Referat von ZAPP veranschaulicht hat - tief in die subjektiven Befindlichkeiten hinein (12). In der Schweiz hingegen erheben sich schon warnende Stimmen, wenn die OECD für ihre Vergleiche rudimentäre soziale Indikatoren anfordert (13). Treffend wird das statistische Klima durch einen Vertreter des eidgenössischen Amtes für Statistik veranschaulicht, wenn er schreibt, dass der "helvetische Statistiker...auch in Zukunft weder in der Lage noch gewillt sei, allen Empfehlungen internationaler Organisationen geflissentlich Folge zu geben" und die "internationalen statistischen Kunstwerke" nicht unbesehen nachgeahmt würden, sich mithin die statistischen Bittsteller gedulden müssten (14). Die amtliche Datenlandschaft wird deshalb neuerdings von den statistischen Bittstellern selber beackert und bestellt (15).

Es wäre zwar reizvoll, hier einige skeptische Gedanken über die sozialwissenschaftliche Produktion von Daten und Erkenntnissen und ihre dysfunktionalen Wirkungen auf den Gesamtzusammenhang der sozialen Sicherheit, inbegriffen die nichtorganisierten Hilfevollzüge anzustellen. An die genannte Gegenläufigkeit der wissenschaftlichen Durchdringung knüpft sich nun aber meine erste These:

Die wissenschaftliche Durchdringung der Sozialpolitik ist in der Bundesrepublik weitgehend unter sozialstaatlichen Vorgaben und wirtschaftlichen Effizienzkriterien erfolgt. Die Effektivität sozialpolitischer

oder gesundheitspolitischer Massnahmen, d.h. das Verhältnis von beabsichtigter und erzielter Wirkung ist erst unter dem Eindruck der wirtschaftlichen Rezession, mit dem Wandel der Sekuritätsbedürfnisse und dem Strukturwandel der Sozialpolitik von der Einkommens- zur sozialinvestiven Dienstleistungspolitik und nicht zuletzt durch soziologische Initiativen in den Vordergrund gerückt. Im Rahmen dieses Wandels hat sich neben der finanziellen Solidarität und der politischen Beteiligung des Klienten seine soziale Partizipation und Kooperation an der Erbringung des Gutes Gesundheit als entscheidend erwiesen. Deshalb strebt die wissenschaftliche Erforschung des Gesundheitswesens in der Bundesrepublik zum Klienten "hinab". In der Schweiz hingegen scheinen demgegenüber Optimierungs- und Effizienzgesichtspunkte und die Orientierung an sozialen Prinzipien, also sozialpolitische Prinzipienfragen vermehrt in den Vordergrund zu treten. Die wissenschaftliche Durchdringung beginnt deshalb "oben" und steht im Begriffe, die Verwurzelung der Sozialpolitik in den vorinstitutionellen Bedarfsausgleichssystemen und Hilfevollzügen zu vernachlässigen.

Die Sozialpolitik ist in der Schweiz nicht unter sehr verschiedenem Ausgangspunkt angetreten (16). Aber ihre Entwicklung ist unter einem anderen Leitbild und in einer anderen politischen Kultur erfolgt. Das sozialpolitische Leitbild war weitgehend geprägt von der Rücksichtnahme auf die kleinen und kleinsten Kreise, die politische Kultur ist mehr oder weniger identisch mit der "Philosophie" der Dezentralisierung und dem Konkordanz- und Milizsystem (17). Entscheidend waren die direkt-demokratischen Verfahren, und nicht die jetzt in den Vordergrund tretenden "sozialen Prinzipien" oder "Effizienzkriterien". In der Bundesrepublik hingegen ist die sozialpolitische - nicht die sozialwissenschaftliche - Diskussion der Sozialpolitik weiterhin durchtränkt von der Erörterung sozial- und gesellschaftspolitischer Grundsatzfragen, von konfligierenden Verfassungsinterpretationen des Sozialstaates, von Rekursen auf Grundwerte und Sozialrechte. Die Spannungsachsen der sozialpolitischen Diskussion sind von den Verfahren weg nach oben, in die begriffliche und ideologische Sphäre verschoben und haben sich in entsprechenden Gestaltungsrahmen der Sozialversicherung wie der Selbstverwaltung niedergeschlagen. Deshalb sind auch die Legitimationsprobleme staatlicher Sozialpolitik andere. In der Schweiz erfolgt die Rechtfertigung sozialstaatlicher Massnahmen über direkt-demokratische Verfahren. In der Bundesrepublik stehen die begriffliche Legitimation durch "gute Gründe" und ideologische Positionen im Vordergrund - die Aktivlegitimation durch direkt-demokratische Verfahren und Volsabstimmungen fehlt.

Hieraus ergibt sich die zweite These:

Eine Organisation der Sozialpolitik, die sich ihre Legitimation gleichsam naiv in direkt-demokratischen Verfahren bei nichtparitätisch gegliederten Klientelen holt, gerät in Gefahr, sozial indifferent zu agieren. Das trifft tendenziell für die schweizerische Sozialpolitik zu. Legitimiert sich hingegen die Sozialpolitik durch soziale Prinzipien und abstrakte, aus anderen Bereichen übernommene Paritäten, so verliert sie die konkrete Sinnhaftigkeit, die eine wesentliche Bedingung der Legitimität darstellt. Das gilt für die Bundesrepublik.

Die Schweiz ist kürzlich von K.W. DEUTSCH in einer - die These von den ausländischen Nationalisten vollauf bestätigenden Art und Weise als "paradigmatischer Fall" politischer Integration beschrieben worden (18). Die Sozialpolitik war ursprünglich ein Vehikel für die politische Integration der Arbeiterschaft. Die politische Integration steht aber in einem - in der sozialpolitischen Diskussion immer wieder bemerkten - Spannungsverhältnis zu einer anderen Form der Integration, nämlich zur sozialen. Die politische Integration eines Teiles in ein Ganzes erfordert seine politische Identifizierung und Herauslösung aus dem sozialen Zusammenhang. Von besonderer Bedeutung ist nun diese Wirkung in der - man beachte schon den Begriff - "Sozialpolitik". Die sozialpolitische Eingliederung bedürftiger Gruppen erfordert deren Gliederung und Formung in Sozialklientele nach politischen und nicht gruppenbezogenen Kriterien, um entsprechende Massnahmen überhaupt an die Hand zu nehmen (19).

Diese Gliederung kann unterschiedliche Räume bilden und unterschiedlichen Kriterien folgen. Sie kann soziale, politisch-ideologisch oder wirtschaftlich begründet, gross oder kleinräumig durchgeführt sein. Sie kann sich mit sozialen, politischen oder wirtschaftlichen Gräben und Brüchen decken oder quer zu solchen stehen. Sie kann durch unterschiedliche Mechanismen bewerkstelligt sein, durch soziale, politische oder lediglich finanzielle Beteiligung, durch Abstützung auf kulturelle Traditionen und lokale Gruppierungen oder durch Installierung grossorganisatorischer Regelkreise.

Meine dritte These behauptet:

Die Organisation der sozialen Krankenversicherung in der Schweiz ist auf der untersten Ebene politisch gesichtslos. Die Gliederung und Or-

ganisation der Versicherten und der Versicherungsträger folgt der sozialen Tektonik. Sie ist überschaubar und versichertennah. Der Gestaltungsrahmen der gesetzlichen Krankenversicherung in der Bundesrepublik ist auf der Ebene der Selbstverwaltung politisch durchformt. Die Gliederung und Organisation der Klientele und Versicherungsträger folgt politischen und Effizienzkriterien. Sie ist anonym und versichertenfern.

Das ganze System der Krankenversicherung ist - wie es HERDER-DORNEICH formuliert hat (20) - um die Grundbeziehung Arzt-Patient herum entwickelt worden und hat dieser zu dienen. Die Krankenversicherung begründet genau genommen ein Dreiecksverhältnis zwischen Krankenkasse, Versichertem und Arzt und normiert deren Beziehungen in einer ganz bestimmten Weise.

In diesem Dreiecksverhältnis ist die Arzt-Patientenbeziehung unter den verschiedensten Gesichtspunkten wissenschaftlich durchleuchtet worden, meist unter höchst summarischer oder gar keiner Berücksichtigung der übrigen Beziehungen (21). Die praktisch-politische Diskussion beschränkt sich ihrerseits weitgehend auf das standespolitisch mehr oder weniger aufgeheizte Verhältnis zwischen Kassen und Ärzten. Der Wandel der Krankenversicherung, die Sachleistungen zur Behandlung von Krankheiten sowie Krankengeld für das ausfallende Arbeitsentgelt bereitstellt, zu einer präventive und rehabilitative Leistungen gewährenden "Gesundheitsversicherung" erfordert nicht mehr nur eine finanzielle und eine politische, sondern eine soziale, d.h. gesundheitsrelevante Kooperation zwischen Versicherungsträger und Versichertem (22).

Daran schliesst sich meine vierte und letzte These:

Der Gestaltungsrahmen der sozialen Krankenversicherung in der Schweiz ermöglicht eine funktionsbezogene Weiterentwicklung der Krankenversicherung. Es gilt ihn zu realisieren, mit Leben zu erfüllen. Er ist aber weitgehend denaturiert, ein leerer Anspruch. In der Bundesrepublik ermöglicht der Gestaltungsrahmen der gesetzlichen Krankenversicherung diese Weiterentwicklung schwerlich. Es ist notwendig, neue gruppenbezogene Kristallisationskerne für den Gestaltungsrahmen zu finden und ihn auch neu zu instrumentieren.

Diese Thesen gilt es nun zu veranschaulichen. Im Rahmen dieses Referates muss



ich es allerdings bei einer schlaglichtartigen Aufzählung bewenden lassen und dabei v.a. das weniger bekannte schweizerische System akzentuieren (23).

### III.

Die nachfolgende Enumeration beginnt mit der Organisation der "Aggregate". Zuerst werden einige Unterschiede in der Organisationsform der Versicherungsträger hervorgehoben. Daran schliesst sich die Beschreibung der Gliederung der Versicherten an. Schliesslich werden die finanziellen, politischen und sozialen bzw. gesundheitsrelevanten Kooperationsformen berührt.

(1) Die soziale Krankenversicherung der Schweiz beruht gegenüber der gesetzlichen Krankenversicherung der Bundesrepublik auf einer extrem dezentralisierten Organisationsform. Die Dezentralisierung besteht noch weitgehend in verwaltungstechnischer und kompetenzmässiger, vor allem aber in räumlicher Hinsicht. Auch die überörtlichen und zentralen Kassen unterhalten ein dichtes Netz von Agenturen und Kassierämtern. Bei 3000 politischen Gemeinden sind es weit über 10'000, die praktisch ausschliesslich ehrenamtlich verwaltet werden. auf einen praktischen Arzt entfällt damit mehr als ein Kassenfunktionär. Die kleinste Kasse im Kanton Thurgau hat 26 Mitglieder; die kleinste AOK-Kasse in Baden-Württemberg 25'000.

(2) Während in der Bundesrepublik alle Träger der Sozialversicherung und damit auch die Kassen Körperschaften des öffentlichen Rechts sind, sind die gesetzlich anerkannten Kassen in der Schweiz zum weit überwiegenden Teil als private Vereine und Genossenschaften organisiert. Die Organe der gesetzlichen Krankenversicherung sind Vertreterversammlung und Vorstand, die paritätisch (mit Ausnahmen) von Vertretern der Versicherten und der Arbeitgeber besetzt und gewählt werden. Wahlen finden alle sechs Jahre statt. Bei den vereinsmässig organisierten gesetzlich anerkannten Kassen der Schweiz hingegen ist die Mitglieder- oder Generalversammlung das oberste Organ. Alle Mitglieder der Sektionen, der untersten Gliederung der Kassen, werden eingeladen und haben gleiches Stimmrecht und aktives und passives Wahlrecht.

(3) Der alljährlich gewählte Vorstand der gesetzlich anerkannten Kassen in der Schweiz, von der kleinsten bis zurgrössten, hat im Prinzip die gleichen satzungsmässigen Kompetenzen wie der Vorstand im Rahmen der gesetzlichen

Krankenkassen.

(4) Die Versicherungsgemeinschaften bilden sich - entsprechend den unterschiedlichen Wirkungslinien gesetzlicher Vorschriften - nach anderen Kriterien. Während in der Bundesrepublik etwa 80% der Bevölkerung über bundesweite Regelungen pflichtversichert sind, unterstehen in der Schweiz etwas mehr als 25% dem Obligatorium. Es gibt keine bundesweite Regelung der Pflichtversicherung, obwohl eine bundesrechtliche Kompetenznorm vorhanden ist. Der Bund reicht die Kompetenz an die 25 Kantone, diese häufig an die Gemeinden weiter. So gibt es 25 unterschiedliche kantonale und hunderte von Gemeinderegelungen. Gleichwohl sind fast 95% der Bevölkerung in gesetzlichen Krankenkassen versichert.

(5) Die Kriterien für die Pflichtversicherung in der Bundesrepublik gliedern die Versicherten nach Funktions- (Berufs-) und Lohngruppen. Die Beitragspflicht unterscheidet Arbeitgeber und Arbeitnehmer, Familien und Einzelpersonen. Die Beiträge, die der Einzelne aufbringen muss, sind in Lohnprozenten berechnet. Die Vielfalt kantonaler und kommunaler Obligatorien in der Schweiz gliedert den Klientel entsprechend vielfältig. Eine Pflichtversicherung für bestimmte Berufs- bzw. Funktionsgruppen gibt es nirgends. Die Kriterien sind höchst unterschiedlich (beispielsweise Alter, Lohnhöhe, Ausländer). Die Arbeitgeber zahlen keine Beiträge an die Krankenversicherung der Arbeitnehmer. Die Pflichtversicherten zahlen die gleichen Prämien wie die freiwillig Versicherten. Die Beitragsbemessung ist sozial indifferent und nimmt keine Rücksicht auf die Familiengrösse. Das ganze System ist allerdings durch Subventionen und ein kompliziertes Lastenausgleichssystem gemildert.

(6) Die Kooperations- und Kontraktformen zwischen Versicherungsträgern und Versicherten lassen sich teilweise aus den genannten Unterschieden ableiten. Hinsichtlich der finanziellen Beziehungen sind es in der Bundesrepublik fast ausschliesslich anonymisierte Beziehungen. Die Beiträge sind lohnprozentual festgelegt und werden in einem Paket mit den anderen Sozialversicherungsbeiträgen zusammen direkt vom Lohn abgezogen. In der Schweiz werden die individuell bemessenen und mit der Kasse ausgehandelten Beiträge meist vierteljährlich an die Kasse bezahlt. Das gilt auch für die Pflichtversicherten. Diese Einzahlung erfolgte früher noch weitgehend am Kassenschalter, durch die Einführung von Bank- und Postcheck sind aber die Überweisungen die Regel geworden.

(7) Das Krankenversicherungsverhältnis in der Schweiz impliziert noch eine Reihe weiterer, in der Bundesrepublik durch die lohnprozentige Finanzierung, die direkte Honorierung der Ärzte durch die Kassen und das die wiederholte Einforderung eines Krankenscheins überflüssig machende Gesundheitscheckheft unbekannter, finanzieller Beziehungen. Zu nennen sind vor allem die bei jeder ärztlichen Behandlung erneut notwendige Einholung des Krankenscheins, die mit jedem Krankenschein notwendig werdende Bezahlung des Selbstbehalts (bei grösseren Rechnungen) und des Kostenanteils, die sog. "Franchise". In Kantonen, welche das sog. "tiers garant"-System der Arzt-Honorierung haben, gehen die Arztrechnungen zunächst dem Patienten zu, welcher sie bezahlt und dann die Kosten (abzüglich Selbstbehalt bzw. Franchise) von der Kasse rückvergütet bekommt.

(8) Die politischen bzw. selbstverwaltungsrelevanten Beziehungen sind in der Bundesrepublik auf die alle sechs Jahre stattfindenden Sozialwahlen beschränkt, wobei häufig (1974 war dies bei 1762 von 1800 Versicherungsträgern der Fall), ein Wahlgang überflüssig wird. Die politische Beteiligung beschränkt sich im übrigen auf den Versicherten und schliesst, eine häufig nicht bedachte Folge der "Familienversicherung", die mitversicherten Familienangehörigen von der Teilnahme aus. In den gesetzlich anerkannten Kassen in der Schweiz finden alljährlich Generalversammlungen statt, an die alle Mitglieder meist persönlich, häufig sogar unter Androhung von Bussen bei unentschuldigtem Fernbleiben, eingeladen werden. In Kassen, bei denen die Generalversammlung auch das oberste Organ ist, kann überdies in der Regel 1/5 der Mitglieder die ausserordentliche Einberufung einer Generalversammlung verlangen, in überörtlichen und zentralen Kassen, bei denen die Sektionen die unterste organisatorische Ebene darstellen, meist von 1/10 der Mitglieder. Im übrigen ist jedes handlungsfähige Mitglied statuarisch verpflichtet, für eine Amtsdauer eine Wahl in den Vorstand anzunehmen. Die gerade jetzt landauf und landab stattfindenden Generalversammlungen, die allesamt in den Lokal- und Regionalzeitungen rapportiert werden, haben einen statuarischen und einen gemütlichen, mit Imbiss und Tanz ausgefüllten Teil. Die Versicherten haben ferner ihre Arbeitsfähigkeitsbescheinigung selber teilweise auszufüllen und der Krankenkasse zukommen zu lassen.

(9) Was schliesslich die gesundheitsrelevanten Dienstleistungsbeziehungen zwischen Versicherungsträger und Versicherten anbelangt, ist eine entsprechende Beziehung in der gesetzlichen Krankenversicherung wegen des Obligatoriums und der lohnprozentigen Direktfinanzierung praktisch nicht-existent. Die Einrich-

tung der Versichertenältesten, die nach dem Sozialgesetzbuch geschaffen werden kann, "um eine ortsnahe Verbindung des Versicherungsträgers mit den Versicherten und den Leistungsberechtigten herzustellen und diese zu beraten und zu betreuen" (SGB § 39, Abs.2, 3) wird von der gesetzlichen Krankenversicherung nicht genutzt. Im Gegensatz dazu erfordert das in der sozialen Krankenversicherung praktizierte System der individuell bemessenen und vom Versicherten eigenhändig einzubezahlenden Beiträge eine Beratung und Aufklärung über die versicherbaren Risiken, die Leistungsgruppen und die Monatsbeiträge bzw. Tarife. Für diese Beratungen sind Vorstand und Kassier zuständig. Der Kassier hält zu diesem Zwecke meist zweimal wöchentlich Kassenstunden ab. Für die Beaufsichtigung und Kontrolle der Kranken, aber auch für die Besuche bei Schwerkranken werden vom Vorstand in den Sektionen sog. "Krankenbesucher" ernannt, eine Aufgabe, welche in der Regel von einem Vorstandsmitglied übernommen wird. Diese haben die arbeitsunfähig gemeldeten Mitglieder zu besuchen und festzustellen, ob die statuarischen Vorschriften betr. Verhalten im Krankheitsfalle eingehalten werden. Schliesslich unterhalten alle grösseren Kassen eine jedem Mitglied gratis zugestellte Mitgliederzeitung, welche in der Regel 10mal im Jahr erscheint und welche jedes Mitglied - und zwar unabhängig von Alter und Geschlecht - gratis zugestellt bekommt. In der Bundesrepublik sind erst jüngst Bestrebungen beobachtbar, die Information und Beratung der Versicherten durch die Versicherungsträger mittels Zeitschrift, mobilen Beratungswagen u.ä. m. auszubauen.

#### IV.

Wir müssen es bei diesen Andeutungen bewenden lassen. Die unterschiedlichen organisatorischen Ausprägungen der sozialen Krankenversicherung sind damit lediglich schlaglichtartig beleuchtet. Die Auswirkung des Krankenversicherungsverhältnisses auf die Beziehungen zwischen Arzt und Patient und zwischen den Kassen und der Ärzteschaft, die unterschiedlichen Unter- und Überbauten in den gemeinnützigen Vereinen und Institutionen und den übergeordneten Kantonal-, Landes- und Bundesverbänden konnte ebensowenig berührt werden wie die tagtägliche Realisierung der statuarisch, satzungsmässig oder gesetzlich gegebenen Kooperationsmöglichkeiten. Der Vergleich der Organisation des sozialen Versicherungsverhältnisses zeigt gleichwohl das eingangs behauptete andere Leitbild und die unterschiedliche politische Kultur, welche ihre Ausprägungen in der Schweiz und in der Bundesrepublik bestimmt haben. Gemessen an der Orientierung an sozialen Prinzipien ist das Krankenversicherungssystem in der

Schweiz als "eines der unsocialsten in ganz Europa bezeichnet worden" (24). Und gemessen an der Klarheit und Einheitlichkeit eines grossen Wurfes hat der Schweizer Bundesrat TSCHUDI gesagt, dass er "nie auf den unsinnigen Gedanken" kommen würde, das geltende System vorzuschlagen (25). In der Tat hat dieses System dunkle Punkte, die aus seiner Lage zwischen einer strikte nach sozialstaatlichen Prinzipien durchgeführten Sozialversicherung und einer privaten Versicherung herrühren (26). Gemessen an der räumlichen Verteilung, dem Zentralisierungsgrad der Regeln, der rechtlichen Organisation, der Art der Finanzierung und Willensbildung und dem Gestaltungsrahmen der Kooperationsformen zwischen Versichertem und Versicherungsträger, ist die soziale Krankenversicherung in der Schweiz versichertennäher. Gemessen an ihren Kosten ist sie trotz einem sozialindifferenten Beitragssystem für den Einzelnen billiger. Die Zweckmässigkeit eines versichertennahen und die Chance der Kooperation und des unmittelbaren Zugangs enthaltenden Gestaltungsrahmens ergibt sich aber schlussendlich aus der gegenwärtigen und der sich abzeichnenden Funktion der sozialen Krankenversicherung.

In der Schweiz und in der Bundesrepublik hat sich die soziale Krankenversicherung in den letzten Jahren sukzessive als Versicherung denaturiert (27). In zunehmendem Masse wurden und werden ihr Aufgaben übertragen, die nicht Krankheiten heilen, sondern ein Mehr an Gesundheit verschaffen wollen. In zunehmendem Masse sind von ihr Krankheiten zu versichern, bei denen die Objektivität des Zustandes und auch die Necessität der Behandlung nicht nur nicht mehr miteinander in einer anerkannten Weise verknüpft sind, sondern prinzipiell unsicher bestimmbar und hinsichtlich des therapeutischen Aufwandes unkontrollierbar werden (28). In zunehmendem Masse werden von ihr rehabilitative Aufgaben übernommen. Solange die Kassen lediglich Zahlstellen für finanzielle Leistungen und Buchhaltereien für die Kassenblätter der Versicherten sind und die Gesundheitssicherung ausschliesslich und unangefochten in die Kompetenz medizinischer oder paramedizinischer Berufe fällt, ist eine über die finanzielle und politische Beteiligung hinausgehende Partizipation nicht notwendig. Mit der Ausweitung und Veralltäglichen des Krankheitsbegriffs kommt der präventiven und rehabilitativen - und hinsichtlich der psychischen, keine somatisch-organischen Substrate aufweisenden Störungen - Mitwirkungsmöglichkeit der sog. Laien grösste Wichtigkeit zu. Dasselbe gilt für ein zentrales Problem für die Zukunft der Kassen: die altersbedingte Zunahme der Kosten.

Mit der enormen Ausdehnung der als medizinisch zu geltenden Problemstellungen

nimmt ferner die innere Stabilität des medizinischen Betriebes möglicherweise ab (und die Diffusität der Leistungserwartungen andererseits zu), entsprechend werden die wahrnehmbaren Leistungsdefizite und die Legitimationsprobleme der Medizin grösser (29). In der Tat entgleitet der medizinischen Profession die Bewältigung dieser Bedarfslagen, so wie ihnen schon die Definition nach anerkannten Kriterien entglitten ist. Die Selbsthilfegruppen mussten in der Bundesrepublik und anderswo eine Stufe, nämlich die Versicherungsgemeinschaften, überspringen, weil diese, in bezug auf eine selbständige Leistungserbringung trotz den oben genannten Wandlungerscheinungen funktionslos geblieben sind. In der Schweiz ist der Gestaltungsrahmen der Krankenversicherung solchen Aufgaben näher. Aber auch er ist hinsichtlich der gesundheitsrelevanten Bemühungen der Sektionen weitgehend zu einer, den statuarischen Ansprüchen nicht mehr Rechnung tragenden, Pseudostruktur degeneriert.

Nun sind in der Schweiz und in der Bundesrepublik die sozialen Versicherungssysteme einem rastlosen Konsilium ausgesetzt. In der Schweiz steht eine Revision der Krankenversicherung an (30). Der Bericht und Vorentwurf des Eidgenössischen Departementes des Innern ist in der Vernehmlassung der Verbände. Der Schuss ist gefallen und man wird warten müssen, bis sich der Pulverdampf lichtet. Eines ist dabei klar erkennbar: finanzpolitische Aspekte stehen im Vordergrund, auch in der marginalen wissenschaftlichen Diskussion, und mithin Fragen der Aufgabenteilung und Koordination zwischen Versicherungsträgern, zwischen Bund und Kantonen usw. Ernste Probleme sind freilich die Vorbehalte, die Altersgrenzen, die Konkurrenz der privaten Kassen, die lohnprozentige Finanzierung, das Obligatorium. Deren Auswirkungen auf die untersten Glieder der Krankenversicherung, die örtlichen Sektionen, werden leider nicht diskutiert. Die Sektionen sind in wissenschaftlichen und politischen Diskussionen nicht existent (31). Dabei wäre zu untersuchen, ob und wie sich die Sektionen im Sinne von Sozialgemeinden mit kurzgeschlossenen Regelkreisen zwischen den Versicherten und den Versicherungsträgern hinsichtlich bestimmter Aufgabenbereiche reaktivieren liessen (32). In der Bundesrepublik hingegen stehen zwar politisch in ähnlicher Weise Kostendämpfungsmaßnahmen im Vordergrund. Aber in der sozialwissenschaftlichen Diskussion beginnt die Frage der Versichertennähe und der Partizipation des Klienten an der sozialen Sicherung durch die zunehmende Diskussion der sozialen Selbstverwaltung gleichberechtigt neben jene der Effizienz und der Paritäten zu treten (33). Hier wären jene Gedanken weiterzuverfolgen, in denen neue dezentralisierte und bürgernahe Kristallisationskerne für den Gestaltungsrahmen der gesetzlichen Krankenversicherung und eine

neue Instrumentierung dieses Rahmens angestrebt werden (34).

Erinnern wir uns zum Schluss der Ausgangsfragestellung nach einer Klärung der unterschiedlichen Kosten bei ähnlichem Standard des Gesundheitswesens. Eine Teilerklärung mag in der unterschiedlichen Ausgestaltung des Krankenversicherungsverhältnisses liegen. Es ist wichtig, dies genauer zu untersuchen. Noch wichtiger allerdings ist das Ergebnis für mich, dass das Verhältnis zwischen Versicherungsträger und Versichertem im Hinblick auf die Fortentwicklung der Sozialleistungssysteme von zentraler Bedeutung ist. Die Gestaltungsrahmen der sozialen Krankenversicherung unterschiedlicher Länder sind nur in Grenzen verallgemeinerungsfähig. Verallgemeinerungsfähig ist aber wohl die zunehmende Wichtigkeit ihrer wissenschaftlichen Durchdringung und die Notwendigkeit ihrer politisch-praktischen Funktionsbestimmung.

#### Anmerkungen

- (1) Vgl. dazu die Sammelbände von P. Graf Kielmannsegg (Hrsg.): *Legitimationsprobleme politischer Systeme*, Opladen 1976, und R. Ebbighausen (Hrsg.): *Bürgerlicher Staat und politische Legitimation*. Frankfurt am Main 1976. Einige Punkte dieser Debatte werden - für die Schweiz - angesprochen von E. Gruner: *Ist der schweizerische Staat zerstörbar?* Bern 1978
- (2) Für einen Kosten- und Leistungsvergleich der sozialen Sicherung in 10 Industrieländern siehe z.B. die sich auf ein Forschungsprojekt des Instituts für Versicherungswirtschaft (I.VW) an der Hochschule St. Gallen abstützende Zusammenfassung der Ergebnisse durch die Schweizerische Bankgesellschaft: *Soziale Sicherung in 10 Industrieländern*, Zürich 1977. Kritik an diesem Vergleich üben E. Mönig/H. Frei: *Wie aus der Schweiz ein Musterland wurde*, in: *Tages-Anzeiger-Magazin*, Nr.26 (1977). Eine Replik der Verfasser dazu findet sich im *Tages-Anzeiger-Magazin*, Nr.30 (1977).
- (3) Die Befunde entnehme ich folgenden Arbeiten: S. Meyer u.a.: *Gesundheitsversorgung. Daten des Gesundheitssystems der BRD*, Hamburg 1978; *Daten des Gesundheitswesens*, hrsg. vom Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit (Ausgabe 1977); *Statistik über die Krankenversicherung 1976*, hrsg. vom Bundesamt für Sozialversicherung, Bern 1978; W. Ackermann: *Soziale Sicherung im Wohlfahrtsstaat: Perspektiven und Grenzen*, in: *Schweiz. Versicherungszeitschrift* 1 (1978), S.1-18 und 2 (1978), S.45-59; H. Weissenböck: *Studien zur ökonomischen Effizienz von Gesundheitssystemen*, Stuttgart 1974; P. Flora u.a.: *Zur Entwicklung der westeuropäischen Wohlfahrtsstaaten*, in: *Politische Vierteljahresschrift*, 4 (1977), S.707-773; *Kommission der Europäischen Gemeinschaften: Premier budget social européen révisé*, Brüssel 1978
- (4) P. Bichsel: *Des Schweizlers Schweiz*, Zürich 1969, S.26. Zum überaus wohlwollenden Bild der Schweiz im Ausland vgl. F. Da Pozzo: *Die Schweiz in*

der Sicht des Ausländers, Bern 1977 (Reihe HELVETIA POLITICA, Series B, Vol.XI)

- (5) D. Zoellner: Perspektiven der Sozialen Sicherung aus nationaler und internationaler Sicht, in: Sozialer Fortschritt 2 (1978), S.25-30, S.25
- (6) H. Achinger: Sozialpolitik als Gesellschaftspolitik. Hamburg 1958, S.10 f.
- (7) R.C. Brooks: Civic Training in Switzerland. A Study of Democratic Life. Chicago 1930, S.295
- (8) Vgl. z.B. G. Latzel (Hrsg.): Optimierung der Medizin in der Schweiz, Basel, Stuttgart 1977. Versch. Autoren: Systematisches Vorgehen im Gesundheitswesen, in: Sozial- und Präventivmedizin, Zeitschrift der Schweiz. Gesellschaft für Sozial- und Präventivmedizin 2 (1978); W. Wittmann: Rationalisierung des Sozialstaates Schweiz, in: Ders.: Bundesfinanzen und Sozialstaat, Diessenhofen 1978, S.133-138
- (9) Neue Zürcher Zeitung, Nr.38 (1977), S.25
- (10) A.J. Gebert und M. Pflanz: Optimierung der Medizin in der Schweiz, in: G. Latzel (Anm.8), S.13-53, S.30 ff.
- (11) Vgl. z.B. das Forschungsprogramm von B. Badura u.a.: Grundlagen einer konsumentenorientierten Gesundheitspolitik, Konstanz 1979 (Schlussbericht, mimeo) und die dort angegebene Literatur.
- (12) W. Zapf: Lebenslagen und wahrgenommene Lebensqualität. In diesem Band.
- (13) Vgl. Schweizerische Arbeitgeberzeitung vom 6.7.1978, S.27 f.
- (14) J.-J. Senglet: Sozialindikatoren - Bemerkungen aus schweizerischer Sicht, in: Schweiz. Zeitschrift für Volkswirtschaft und Statistik 2 (1975), S.245-254, S.252
- (15) Vgl. M.U. Peters und P.G. Zeugin: Ein System Sozialer Indikatoren für die Schweiz, in: H.-J. Hoffmann-Nowotny (Hrsg.): Soziale Indikatoren, Frauenfeld und Stuttgart 1976, S.183-201 (Reihe Soziologie in der Schweiz 5).
- (16) Zur Geschichte der Sozialpolitik in der Schweiz siehe J.H. Sommer: Das Ringen um soziale Sicherheit in der Schweiz, Diessenhofen 1978
- (17) Eine knappe und präzise Übersicht über diese "Philosophie" bietet Y. Hantgartner: Vor- und Nachteile dezentralisierter Aufgabenerfüllung in der Staatsverwaltung aus schweizerischer Sicht, in: F. Wagener (Hrsg.): Regierbarkeit? Dezentralisation? Entstaatlichung? Bonn 1976, S.73-85, ausführlicher: Das politische System der Schweiz - eine Skizze seiner Funktionsweise, in: W. Linder, B. Hotz, H. Werder: Planung in der schweizerischen Demokratie, Bern 1979, S.32-53, dort auch weitere Literatur.
- (18) K.W. Deutsch: Die Schweiz als ein paradigmatischer Fall politischer Integration, Bern 1976
- (19) Dazu H. Baier: Herrschaft im Sozialstaat. Auf der Suche nach einem soziologischen Paradigma der Sozialpolitik, in: Chr. v. Ferber und F.-X. Kaufmann (Hrsg.): Soziologie und Sozialpolitik, Sonderheft 19 der Kölner



Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, Opladen 1977, S.128-143

- (20) Ph. Herder-Dorneich: Ansatzpunkte zu einer Sozialpolitiklehre der gesetzlichen Krankenversicherung, in: W. Schreiber (Hrsg.): Gesetzliche Krankenversicherung in einer freiheitlichen Gesellschaft, Berlin 1963, S.138-199, S.149
- (21) Die Möglichkeiten der Erforschung der Sozialversicherung umschreibt F. Tennstedt: Sozialwissenschaftliche Forschung in der Sozialversicherung, in: Chr. v. Ferber und F.-X. Kaufmann (Anm. 19), S.483-524
- (22) Vgl. Chr. v. Ferber: Die Weiterentwicklung der sozialen Krankenversicherung als Problem der Selbstverwaltung, in: Die Betriebskrankenkasse 4 (1974); W. Mahr: Korrekturen im System der sozialen Krankenversicherung, in: J. Hackmann u.a.: Fortentwicklung der sozialen Sicherung, Limburg 1978, S.85-146
- (23) Ich verzichte an dieser Stelle auf eine vollständige Nennung der benutzten Literatur und erwähne lediglich einige für das schweizerische System wichtige Titel. Für das schweizerische Krankenversicherungssystem vgl. A. Saxer: Die soziale Sicherheit in der Schweiz, Bern und Zürich 1977; P. Gygi und H. Henny: Das schweizerische Gesundheitswesen, Bern 1976; Tätigkeitsberichte des Konkordats der schweizerischen Krankenkassen; Schweizerischer Krankenkassen-Kalender (hrsg. vom Konkordat der schweiz. Krankenkassen, Ausgabe 1979); Statuten verschiedener Krankenkassen; ferner die von G. Kocher herausgegebenen Bände "Kosteneindämmung im Gesundheitswesen", Solothurn 1977 und 1978 (Verlag Konkordat der schweizerischen Krankenkassen). Für einen Vergleich der Krankenversicherung in acht Ländern (darunter der Schweiz und der Bundesrepublik) siehe jetzt W.A. Glaser: Health, Insurance, Bargaining. Foreign Lessons for Americans, New York: Gardner Press 1978
- (24) C. Jeger und A. Schwank: Die Auseinandersetzung um das Gesundheitswesen in der Schweiz, in: Jahrbuch für kritische Medizin, Band 3 (Argument Sonderband 27), Berlin 1978, S.228-233
- (25) Amtliches stenographisches Bulletin der Bundesversammlung, Ständerat, 62, 147
- (26) Dazu gehören insbesondere die Vorbehaltsregelungen und die Regelung der Altersgrenzen für die Aufnahme in einzelne Kassen. Das letztere Problem hat unterdessen an Bedeutung verloren.
- (27) Vgl. Anm. 22; ferner Ph. Herder-Dorneich: Die Krankenversicherung, in: Handbuch der Sozialmedizin, Bd.III, Stuttgart 1976, S.515-537; H. Eichner und R. Neuhaus: Soziale Dienste der Krankenkassen, Bonn-Bad Godesberg 1976
- (28) Zu diesem Problem ausführlicher P. Gross: Die personenbezogene Dienstleistung als soziologisches und sozialpolitisches Problem, Konstanz 1978 (mimeo); B. Badura und P. Gross: Sozialpolitische Perspektiven. Eine Einführung in Grundlagen und Probleme sozialer Dienstleistungen, München 1976
- (29) Gegenläufige Interpretationen dieser Frage geben M.R. Lepsius: Gesellschaftsanalyse und Sinngebungsdruck, in: Mannheimer Berichte 5 (1972),

S.111-117; und W. Schluchter: Legitimationsprobleme der Medizin, in: Zeitschrift für Soziologie 4 (1974), S.375-396

- (30) Vgl. Eidg. Departement des Innern: Teilrevision der Krankenversicherung. Bericht und Vorentwurf, Nov. 1978 (zu beziehen beim Bundesamt für Sozialversicherung Bern)
- (31) Typisch in dieser Hinsicht sind die Ausführungen von G. Bombach, H. Kleinewefers und L. Weber zu den volkswirtschaftlichen Problemen der Krankenversicherung, in: Lage und Probleme der schweizerischen Wirtschaft 1978/79 (Bericht der Expertengruppe "Wirtschaftslage", Bern 1978), S.312-355. Es ist zu hoffen, dass im Rahmen des nationalen Forschungsprogramms "Wirtschaftlichkeit und Wirksamkeit im schweizerischen Gesundheitswesen", die "unterste" Ebene der Krankenversicherung, die Ebene der Sektionen eine prospektive Bearbeitung findet!
- (32) Vgl. dazu unsere Überlegungen im schweizerischen Nationalfonds-Projekt "Neue Analysen für Wachstum und Umwelt" (NAWU). In popularisierter Version liegen die Ergebnisse vor in: H.C. Binswanger, W. Geissberger und T. Ginsburg (Hrsg.): Der NAWU-Report. Wege aus der Wohlstandsfalle, Frankfurt am Main 1978, S.213 ff.
- (33) Vgl. für die Bundesrepublik: H. Bogs und Chr. v. Ferber: Soziale Selbstverwaltung. Aufgaben und Funktion der Selbstverwaltung in der Sozialversicherung, Bd.1, Bonn o.J. (Verlag der Ortskrankenkassen); F. Tennstedt: Soziale Selbstverwaltung. Geschichte der Selbstverwaltung in der Krankenversicherung, Bd.2, Bonn o.J. (ebenda) Zur Idee der "Sozialgemeinde" siehe schon W. Auerbach u.a.: Sozialplan für Deutschland, Berlin und Hannover 1957; dazu E. Standfest u.a.: Sozialpolitik und Selbstverwaltung. Zur Demokratisierung des Sozialstaates, Köln 1977.
- (34) Vgl. z.B. Chr. v. Ferber (Anm. 33); v. Ferber erwähnt die Schulgemeinde als sich anbietenden Kristallisationskern (ebenda, S.184). Grundsätzlich dazu F.-X. Kaufmann: Bürgernahe Gestaltung der sozialen Umwelt - ein Bezugsrahmen zur Problemexposition, in: Ders. (Hrsg.): Bürgernahe Gestaltung der sozialen Umwelt. Probleme und theoretische Perspektiven eines Forschungsverbundes, Meisenheim am Glan 1977, S.1-45, und die darin beschriebenen Einzelvorhaben; E. Pankoke u.a.: Neue Formen gesellschaftlicher Selbststeuerung, Göttingen 1975; R.-R. Grauhahn: Kommune als Strukturtyp politischer Produktion, in: Leviathan, Sonderheft 1 (1978), S.229-247. Zu den Funktionen und Typen der Gemeinden in der Schweiz (deren Anzahl übrigens seit 1850 gleichgeblieben ist) vgl. J. Meyland u.a.: Schweizer Gemeinden und Gemeindeautonomie, hrsg. von der Studiengruppe für Gemeindeautonomie in der Schweiz, Lausanne 1972; R. Schaffhauser: Die direkte Demokratie in den komplexen Formen der Gemeindeorganisation, St. Gallen 1978 (Diss. Hochschule St. Gallen - St. Galler Beiträge zum öffentlichen Recht Bd.6).