

Karl-Jürgen Bieback

Reform des Sozialleistungssystems - Zwang oder Vertrag?



Prof. Dr. Karl-Jürgen Bieback, geb. 1944 in Aurich/Ostfriesland, Studium der Rechtswissenschaften in Marburg, Göttingen und Poitiers, lehrt seit 1983 Sozial- und Arbeitsrecht an der Universität Hamburg und an der Hamburger Universität für Wirtschaft und Politik und war von 1999 bis 2002 deren Vizepräsident.

Die Diskussion um einen neuen „Sozialvertrag“ konzentriert sich auf die grundsätzliche Neuausrichtung des Verhältnisses zwischen staatlicher, gesellschaftlicher und individueller Verantwortung. Wie viel Eigenverantwortung und Freiheit der Bürger im Sozialstaat und in den einzelnen Sozialleistungssystemen sind möglich und welche Instrumente bieten sich zu ihrer Realisierung an?

Hier spielt das Instrument des Vertrags eine wichtige Rolle. Der Vertrag ist das soziale, ökonomische und rechtliche Instrument schlechthin, um Kooperation und Koordination verschiedener Interessen zu ermöglichen. In Deutschland werden erst zögerlich vertragliche Elemente in das Verhältnis Bürger-Sozialstaat eingeführt, ohne dass dem allerdings schon ein Konzept zu Grunde liegt. Ein solches Konzept ist aber notwendig, um neue Elemente der Selbstbestimmung der Bürger in den Sozialstaat einzubauen und dadurch die Lösung sozialer Probleme insgesamt, den Handlungsmodus und die Handlungsfähigkeit des Sozialstaats zu verbessern. Andererseits müssen auch die Grenze des Vertragsmodells deutlich gezogen werden.

Gesellschaftliche Partizipation im alten Sozialstaat: Selbstverwaltung und Freie Wohlfahrtsverbände

Im letzten Viertel des 19. Jahrhunderts konnte sich Reichskanzler Bismarck mit seinem Konzept nicht durchsetzen, dass eine steuerfinanzierte Staatsanstalt die damals neuen Sozialleistungen verteilen sollte, um die Arbeiterklasse an den monarchischen Staat zu binden. Stattdessen setzte der Reichstag das Modell „Sozialversicherung“ durch, das an kommunale und berufliche Selbsthilfeorganisationen der Krankenversicherung anknüpfte.¹ Das Modell

¹ Vgl. als Überblick Volker Hentschel, Geschichte der deutschen Sozialpolitik 1880 - 1980, Frankfurt/M. 1983.

„Sozialversicherung“ beruht auf einem vertragsähnlichen Gegenseitigkeitsverhältnis. Die Versicherten zahlen Beiträge, verwalten diese auch selbst und erhalten als Gegenleistung Sozialleistungen bei Risikoeintritt. Eine zweite Besonderheit des deutschen Sozialstaats ist, dass die Sozialleistungsträger zur Erbringung sozialer Dienstleistungen auf „freie“, gemeinnützige und gesellschaftliche Leistungsanbieter (vor allem die „freien“ Wohlfahrtsträger) zurückgreifen.² Damit hat Deutschland von Anfang an einen großen „dritten Sektor“ zwischen Staat und Markt etabliert - mit Elementen des freiwilligen, gesellschaftlichen Engagements.

Die Träger der Sozialversicherung sind zu Großorganisationen geworden, die sich weit von den Versicherten und Bürgern entfernt haben. Das gleiche gilt für die „freie Wohlfahrtspflege“. Die Beziehungen zu den Bürgern sind weniger durch Elemente der Freiwilligkeit und der Mitwirkung gekennzeichnet als durch bürokratisch-hierarchische Abhängigkeitsverhältnisse. Es geht aber nicht darum, das Vertragsmodell einer Sozialversicherung und die freien Leistungserbringer zu beseitigen, sondern diese Institute zu ergänzen, um neuen Aufgaben gerecht zu werden.

Die Grenzen des Sozialstaats

Mehr als ein Drittel aller Sozialausgaben sind Sach- und personale Dienstleistungen der Krankenversicherung, Arbeitsförderung, Rehabilitation, Pflege und der Sozial- sowie Kinder- und Jugendhilfe.³ Personale Dienstleistungen werden in der Regel unter vier Augen erbracht. Sie basieren auf Vertrauen und sind nur dann effizient zu gestalten, wenn der Sozialleistungsberechtigte als "Koproduzent" intensiv mitwirkt.⁴ Auch zahlreiche Geldleistungen sind nicht objektiv-kalendermäßig feststellbar - wie die Vollendung des 65. Lebensjahrs bei der Regelaltersrente -, sondern haben hochkomplexe individuelle Befindlichkeiten und Verhaltensweisen zur Voraussetzung (Bedürftigkeit in der Sozialhilfe, Verfügbarkeit beim Arbeitslosengeld, gescheiterte Wiederherstellung der beeinträchtigten Erwerbsfähigkeit bei den Erwerbsminderungsrenten). Ohne die Mitwirkung der Versicherten können die Leistungsvoraussetzungen nicht festgestellt und kann das Leistungsziel nicht erreicht werden.

Als Beispiel: Im Krankheitsspektrum dominieren heute die System- und die chronischen Erkrankungen, die vielfältig mit der individuellen Lebensführung sowie der (Arbeits- etc.) Umwelt verbunden sind. Menschenwürdig und effizient zugleich ist ein Gesundheitssystem nur, wenn in ihm chronische Krankheiten nicht nur behandelt, sondern die Ressourcen von Individuen und Gruppen gestärkt werden, um Krankheitsursachen und Belastungen zu vermeiden, zu überwinden oder auszuhalten. In den Gesundheitswissenschaften wird dieser Ansatz mit „Gesundheitsförderung“⁵ bezeichnet und ist seit dem Gesundheitsreformgesetz von 1988 im Sozialgesetzbuch (SGB) V (§ 20, 23, 24) als Förderziel verankert. Eine Folge dieses Ansatzes ist auch, dass erstmals im Krankenversicherungsrecht direkt thematisiert wird, dass

2 Adalbert Evers/Thomas Olk (Hrsg.), Wohlfahrtspluralismus, Wiesbaden 1996; J. Merchel, Wohlfahrtsverbände in der sozialwissenschaftlichen Forschung, RsDE 15/1991, S. 1 ff.

3 Allein die Waren-, Dienstleistungen und Barerstattungen machen 33 Prozent (246 Mrd. Euro) des Sozialbudgets aus: BMA (Hrsg.), Sozialbericht 2001, BT-Drs. 14/8700 v. 21.3.2002, S. 222.

4 H. Braun/G. Johne (Hrsg.), Die Rolle sozialer Dienste in der Sozialpolitik, Frankfurt/M. und New York 1993.

5 Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Gutachten 2000/2001, BT-Drs 14/5660, S. 72.

untere soziale Schichten allgemein in der medizinischen Versorgung und auch bei der Teilnahme an Präventionsangeboten unterrepräsentiert sind⁶ und ihr Zugang zu Leistungen gestärkt werden muss (§ 20 Abs. 2 SGB V).

In der Arbeitsmarktpolitik gibt es eine ähnliche Orientierung. Hier richtet sich die Vorsorge auf die „Beschäftigungsfähigkeit“, die Stärkung des individuellen Vermögens, Krisen des Arbeitsmarktes selbst zu bewältigen und in Arbeit zu bleiben.⁷ Allgemein mündet dieser Ansatz in die These, der Sozialstaat müsse zunehmend in einen „aktivierenden Sozialstaat“ verwandelt werden.⁸

„Empowerment“ statt Mitwirkungspflichten

Was heißt es denn genauer, die Einzelnen wieder zu aktivieren? Das juristische Verständnis regelt das über so genannte Mitwirkungspflichten, bei deren Verletzung die Leistung entzogen werden kann (§§ 60 ff. SGB I). Mit der Festlegung von Pflichten und ihrer Sanktionierung schafft man noch keine Motivation. Es geht auch nicht um „Mitwirkung“, bei der ja vorrangig andere wirken und bewirken. Und die Sanktionen des Leistungsentzugs passen dort nicht, wo es um die Hilfe zur Mobilisierung eigener Ressourcen geht, um im eigenen Interesse wie im Interesse der Sozialversicherung spätere Risikofälle und kostspielige Leistungen zu vermeiden.

Wie ein Sozialleistungssystem so verändert werden müsste, dass es die Selbstbestimmung der Bürger stärkt, hat der Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen in seinem Gutachten 2000/2001 für das Gesundheitswesen entwickelt. Zur Stärkung der Eigenverantwortung schlägt er unter anderem vor:⁹

- Die Versorgung ist auf die Bedürfnisse und Wertorientierungen des Patienten zugeschnitten.
- Der Patient kontrolliert die Versorgung (source of control).
- Wissen wird geteilt, es besteht ein freier Informationsfluss.
- Transparenz ist notwendig.
- Bedürfnisse werden antizipiert.

Diese Anforderungen lassen sich auf alle Gebiete der Sozialpolitik übertragen. Setzt man sie um, so würde dies bedeuten:

1. Für eine sorgfältige Analyse der individuellen Bedürfnisse und Potentiale gibt es heute ansatzweise Instrumente vor allem im SGB III („assessment“ und „profiling“ in § 6 und Eingliederungsvereinbarung in § 35). In der gesundheitlichen Versorgung reichen die neuen Vorschriften des SGB IX noch nicht an dieses Konzept heran (§§ 10, 11, 22, 23, 26 Abs. 3 SGB IX). Ansonsten dominieren die Experten und Professionellen. Nicht die Bürger, sondern die Experten definieren die Leistungsanlässe und Bedarfe. Die Bürger verlieren

6 Vgl. dazu Sachverständigenrat, S. 107/8, Rz. 205 ff.; Endbericht der Enquete-Kommission „Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung“, BT-Drs. 11/6380 S. 28 ff., Rz. 16 ff.

7 Gerhard Bosch, Betriebliche Reorganisation und neue Lernkulturen, Institut Arbeit und Technik Gelsenkirchen, Graue Reihe, 2000-09.

8 S. von Bandemer/J. Hilbert, Vom expandierenden zum aktivierenden Staat, in: Bernhard Blanke u.a. (Hrsg.), Handbuch zur Verwaltungsreform, 2. Aufl. Leverkusen 2001, 17 ff.; E. Mezger/K. West (Hrsg.), aktivierender Sozialstaat und politisches Handeln, Marburg 2000.

9 BT-Drs. 14/6871, S. 14 ff., 122 ff.

zunehmend das Wissen und die Möglichkeit, lebenswichtige Güter selbst herzustellen, wie z. B. auf die Tradition der Laienmedizin zurückzugreifen.

2. Eine Kontrolle der Versorgung durch die Versicherten fehlt so gut wie in allen Bereichen des Sozialleistungssystems und müsste noch in entsprechende Instrumente und rechtliche Normierungen umgesetzt werden. Ein Aspekt sind die Mitwirkung durch Vertrag und die Organisation der Versicherten zur Entwicklung eigener Vorstellungen und Beanspruchung von Leistungen. Sinnvoll wäre es auch, noch andere kollektive Formen der Leistungsberechtigung einzuführen. Zwar gewähren Sozialversicherungen nur individuelle Ansprüche, meist auf der Basis hoher individueller Anwartschaften. Aber zum Abbau sozialer Ungleichheiten ist es wichtig, Leistungen in sozialen und kulturellen „Settings“ (Schulen; Vereine; soziale Gruppen) zu erbringen¹⁰ und das heißt, eine kollektive Leistungsberechtigung und -gewährung einzuführen. Da wo die Sozialleistungsträger ein weites Ermessen hinsichtlich des „Ob“ und „Wie“ der Leistung haben - wie bei vielen Präventions- und Rehabilitationsleistungen sowie in der Sozial- und Jugendhilfe - ist es sachlich notwendig, z.B. Beratungen und Leistungen etc. an Gruppen zu erbringen.
3. Die Informations- und Transparenzerfordernisse lassen sich über die neuen Informationssysteme gut bewältigen. Aber diese Systeme dienen bisher eher der Kontrolle des Leistungsgeschehens durch die Leistungsträger als durch die Versicherten und Bürger.¹¹ Zudem ist auch der Zugang zu Informationen selbst ungleich verteilt. Deshalb ist eine aktive Informationspolitik notwendig. So kennen die Steuer-, Kinder- und Wohngeldverwaltung die Einkommen der Bürger umfassend. Sie könnten bei niedrigen Einkommen die Bürger über mögliche Ansprüche auf Sozialhilfe informieren.
4. Die Antizipation von Bedürfnissen ist nur individuell und gruppenspezifisch zu sehen und vor allem über Zielgruppenorientierung der Leistungen einzulösen. Sie hat wesentlich mit der Herausbildung sozialer Indikatoren und einer Sozialberichterstattung zu tun.

Alle diese Punkte setzen eine intensive Interaktion und Kommunikation zwischen den Versicherten und Bürgern einerseits und den Versicherungsträgern sowie Leistungserbringern und sonstigen gesellschaftlichen Akteuren andererseits voraus.

Von der Nebenpflicht zum Sozialvertrag

Neben der Statuierung selbständiger Mitwirkungspflichten kennt das Sozialleistungsrecht vor allem die Integration der Mitwirkungspflichten in den gesetzlichen Leistungstatbestand. Als Beispiel einer typisch hoheitlichen Steuerung kann die Kontrolle Arbeitsloser gelten. Anspruchsvoraussetzung für Arbeitslosengeld und -hilfe ist die „Verfügbarkeit“ des Arbeitslosen. Schon vom Begriff her wird deutlich, dass der Sozialleistungsberechtigte sich nur als passives Objekt der Arbeitsvermittlung zur Verfügung halten muss, um zu beweisen, dass er weiterhin Arbeit sucht und damit leistungsberechtigt ist. Das SGB III verlangt, dass der Arbeitslose "alle Möglichkeiten nutzt und nutzen will, um seine Beschäftigungslosigkeit zu beenden" (§ 119 Abs. 1 Nr. 2 SGB III). In der Praxis lässt sich diese völlig unbestimmte Rechtsnorm nur dann angemessen konkretisieren, wenn die Verwaltung überhaupt hinreichend individuelle und genaue Informationen über die Möglichkeiten der arbeitslosen Person

¹⁰ Sachverständigenrat, Fn. 5.

¹¹ Sachverständigenrat, S. 144 ff.

erhält und mit ihr gemeinsam die Möglichkeiten der eigenen aktiven Suche plant und Hilfsangebote macht.¹² Dies könnte am besten in der Form einer Absprache geschehen. Dies führt dann dazu, bei umfangreicheren und dauerhaften Leistungen zu Vereinbarungen zu greifen, die die gegenseitigen Rechte und Pflichten der Versicherten und der Leistungsträger festhalten. In sie könnten auch Verhaltenspflichten der Versicherten aufgenommen werden.

Schon sehr viel früher als im deutschen Recht zeigen zwei völlig unterschiedliche Sozialleistungssysteme, dass explizit formalisierte vertragliche Formen angemessener sind, um die personalen Ressourcen der Leistungsberechtigten in das Verwaltungsverfahren einzubringen. Frankreich fördert seit 1988 mit dem "Revenu minimum d'insertion"¹³ durch ein Bündel von Hilfen die Wiedereingliederung Dauerarbeitsloser. Regelmäßige Voraussetzung ist ein "Wiedereingliederungsvertrag" über Eingliederungsleistungen und die Mitwirkung des Empfängers. Nach den vereinbarten Perioden findet eine Kontrolle und Revision des Vertrages für beide Seiten statt. Im stark formal-hoheitlich ausgerichteten französischen Verwaltungsrecht wird die Rechtsnatur dieses Vertrages intensiv diskutiert.¹⁴ Auch das britische System geht neuerdings den gleichen Weg und verlangt für den Bezug der Regelleistung Arbeitslosengeld (Jobseeker's Allowance)¹⁵ den Abschluss eines Vertrages zwischen der Leistungsverwaltung und den Arbeitssuchenden, in dem u.a. festzuhalten ist, was die Arbeitslosen bei der Suche nach einem Arbeitsplatz zu tun gedenken und wie die Verwaltung helfen kann.

Dass diese Elemente auch in das deutsche Sozialverwaltungsrecht übertragen werden können, machte zuerst eine kleine Änderung im Bundessozialhilfegesetz (BSHG) deutlich. Das Gesetz vom 23. Juli 1996 führte in den allgemeinen Bestimmungen zum Leistungsrecht in § 17 Abs. 2 neu ein: „Wenn zur Überwindung von Hilfebedürftigkeit ein besonderes Zusammenwirken des Hilfsbedürftigen und des Trägers der Sozialhilfe erforderlich ist, soll hierüber in geeigneten Fällen eine schriftliche Vereinbarung abgeschlossen werden.“

Wie die Gesetzesmaterialien hervorheben, handelt es sich hierbei um einen öffentlich-rechtlichen Vertrag, durch den „außerhalb von Rechtsansprüchen eine größere Verlässlichkeit zwischen dem Träger der Sozialhilfe und dem Hilfeempfänger hergestellt wird“.¹⁶ Als Beispiel wird genannt, dass der Sozialhilfeträger besondere Qualifizierungsmaßnahmen einleitet, bei denen sich der Sozialleistungsberechtigte im Gegenzug zu bestimmten Mitwirkungshandlungen verpflichtet. Auch das Instrument Hilfeplan in der Jugendhilfe (§ 36 Abs. 2 SGB VIII) soll zusammen mit den Leistungsberechtigten aufgestellt werden. Ausgebaut wurde auch die 1999 in § 6, 35 SGB III eingeführte „Eingliederungsvereinbarung“.

Die Beispiele machen deutlich, dass ein Vertrag nur bei gesetzlich geregelten Ermessens- oder „Soll“-Leistungen vorgesehen ist und Rechte und Pflichten konkreter festhalten soll, die sich "an sich" aus dem Gesetz ergeben und auch einseitig hoheitlich festlegen ließen. Auch wenn die so festgelegten „Rechte und Pflichten“ über das Gesetz hinaus keine zusätzliche Bindungswirkung haben und keine zusätzlichen Sanktionsmöglichkeiten eröffnen dürfen,¹⁷ schaffen sie mehr Transparenz und Klarheit in der gegenseitigen Beziehung und können

12 Vgl. Horst Steinmeyer in: Alexander Gagel (Hrsg.), Arbeitsförderungsgesetz, § 103 Rn. 355 ff. sowie Gagel, Arbeitsförderungsgesetz, § 119 Rn. 229 ff.

13 Vgl. *Actualités sociales hebdomadaires*, Suppl. au nr. 1738 v. 17.5.1991; Otto Kaufmann, *Revenu minimum d'insertion in Frankreich. Wegweiser für neue Formen der sozialen Sicherheit*, ZfSH/SGB 1990, S. 394 ff.

14 Vgl. G. Couturier, *Le contrat d'insertion professionnelle*, *Droit Sociale* 1994, S. 204-209; S. Mathieu-Caboutat, *Le revenu minimum d'insertion: Allocation ou contrat? Un choix nécessaire*, *Droit Sociale* 1989, S. 611-619.

15 *Jobseeker's Act 1995 and Jobseeker's Allowance (Transitional Provisions) Regulations, 1995* (Statutory Instruments No. 3276 of 1995). Dazu *Jobseeker's Allowance White Paper*, October 1994 CM 2687.

16 BT-Drs. 13/2440 S. 20.

17 Vgl. zu § 6 und § 35 SGB III BT-Drs. 14/6944 S. 31. Maximilian D. Schweiger, *Rechtliche Einordnung der durch das Job-AQTIV-Gesetz in das Arbeitsförderungsrecht eingeführten Eingliederungsvereinbarung* (§ 35 Abs. 4 SGB III n. F.), *Neue Zeitschrift für Sozialrecht* 2002, S. 410.

schon dadurch die Motivation zur Kooperation stärken und zum Ausschöpfen der je eigenen Ressourcen anhalten. Es ist also nicht nur formal, sondern auch sachlich richtig, dass hier ein Vertrag als Handlungsform gewählt wird. Denn der Leistungsgewährung liegt ein gemeinsamer Informations-, Optimierungs- und Konkretisierungsprozess zugrunde. Insofern wäre es falsch, sähe man in diesen Verträgen nur „unfreiwillige Verträge mit der öffentlichen Hand“.¹⁸

Notwendig ist einmal, dass (Sozial-) Verwaltungsrecht und Verwaltungspraxis mehr Flexibilität bei der Ausgestaltung des Verwaltungsvertrags entwickeln¹⁹ und die engen Grenzen, die das geltende Recht dem öffentlich-rechtlichen Vertrag im Sozialrecht setzt (§ 53 Abs. 2 SGB X), beseitigen.

Neue Wahlrechte und eine Charta der Rechte der Sozialbürger

Damit der Vertrag auch wirklich das Ergebnis eines Aushandlungsprozesses zwischen „Gleichen“ sein kann, ist notwendig, die Verfahrensrechte der Bürger und Versicherten erheblich auszubauen. Dazu gehört es, den Bürgern Wahlrechte einzuräumen. Sie stärken nicht nur die Partizipation und Motivation. Dort, wo Sozialleistungen die soziale Integration der Bürger und Versicherten fördern, neue berufliche Qualifikationen und teilweise gar neue soziale Identitäten schaffen sollen, geht es um wesentliche Aspekte der individuellen, persönlichen Freiheit und Neuorientierung. Deshalb muss jeder freiheitliche Sozialstaat den Bürgern bei diesen Sozialleistungen auch möglichst viele Spielräume für individuelle Gestaltung einräumen.

Schon traditionell statuiert dies § 33 SGB I für das gesamte Sozialrecht und gibt es z.B. im Sozial- und Jugendhilferecht und im Arbeitsförderungsrecht spezielle Wahlrechte. Dennoch sind diese Vorschriften wirkungslos, da sie nicht konkret genug sind, keine präzisen Rechte geben und durch umfassende Informationsrechte flankiert werden müssten. Auch hier gibt es erste Durchbrüche in der neueren Gesetzgebung. Die Pflegeversicherung hat zahlreiche konkrete Wahlrechte der Versicherten eingeführt, z. B. zwischen der Beanspruchung zugelassener und nicht zugelassener Einrichtungen, zwischen Sachleistungen professioneller Leistungserbringer und selbst beschafften Leistungen. Entscheiden die Leistungsträger über eine Rehabilitationsleistung nicht „unverzüglich“, so haben die Versicherten nach dem neuen § 15 SGB IX das Recht, sich die Leistung selber zu beschaffen. Dieses notwendige Druckmittel der Leistungsberechtigten ist allerdings noch mit vielen Gefahren verbunden. Die Bürger tragen das Risiko, die „richtige“ Leistung ausgewählt zu haben und müssen die verschuldete Fristversäumung des Leistungsträgers nachweisen, wenn sie vom zuständigen Träger die Kosten ersetzt verlangen.²⁰

18 Zu ihnen allgemein: T. Schilling, Der „unfreiwillige“ Vertrag mit der öffentlichen Hand, *VerwArch* Bd. 87 (1996), S. 191-211.

19 Vgl. hierzu E. Schmidt-Aßmann, Die Lehre von den Rechtsformen des Verwaltungshandelns, *DVBl.* 1989, 533 (535); H. Bauer, Anpassungsflexibilität im öffentlich-rechtlichen Vertrag, in: W. Hoffmann-Riem/E. Schmidt-Aßmann (Hrsg.), *Innovation und Flexibilität des Verwaltungshandelns*, Baden-Baden 1994, S. 245-288.

20 Vgl. zu diesen Schranken Thomas P. Stähler/Dirk Wimmer, Die Neuordnung des Rehabilitations- und Schwerbehindertenrechts, *Neue Zeitschrift für Sozialrecht*, 2002, 570, 575/76.

Seit Mitte 2002 erhalten die Versicherten erstmalig Gutscheine, die ihnen das Recht geben, zwischen den Leistungen der Bundesanstalt für Arbeit (BA) und deren privaten Arbeitsvermittlungseinrichtungen zu wählen (§ 421g SGB III). Die Bürger und Versicherten können also ihre Leistungsrechte selber auf dem „Markt“ für Dienstleistungen realisieren. Dass im SGB III aber zugleich die frühere Qualitätskontrolle der privaten Vermittlungsanbieter zurückgenommen wurde, hat ein Problem solcher Gutscheinsysteme verschärft. Auf den Märkten für soziale Dienstleistungen sind die Bürger nicht jene „souveränen Konsumenten“, die immer die optimale Wahl unter den Angeboten treffen können. Gutscheinsysteme müssen deshalb von einem hohen Standard der Qualitätskontrolle und des Konsumentenschutzes begleitet sein, hierauf zu verzichten, diskreditiert das System.

Einen ähnlichen Schritt ist schließlich das neue Rehabilitationsrecht mit dem Modellversuch „persönliches Budget“ in Übernahme niederländischer und britischer Vorbilder gegangen (§ 17 Abs. 2 und 3 SGB IX). Die Behinderten und Rehabilitandinnen erhalten jenen Geldbetrag zur selbständigen Besorgung der Leistungen, den die Sozialleistungsträger für die Leistungen ausgeben müssten. Die Versicherten können sich ihre Leistungen also selber organisieren.

Die Mobilisierung der Leistungsberechtigten als "Koproduzenten" sozialer Dienstleistungen basiert auf Reziprozität, d.h., so konkret wie die Pflichten der Leistungsberechtigten, müssen auch ihre Rechte festgehalten werden. Wer weiß, dass die Verwaltung sich besonders anstrengt, wird ebenfalls zu besonderen Anstrengungen bereit sein. Und nur wer hinreichend eigene Verfahrensrechte hat, kann auch auf „Augenhöhe“ mit der Verwaltung verhandeln. Dies ist die Philosophie, die hinter den „Charters“ in Großbritannien steht, die den Bürgern gegenüber öffentlichen Verwaltungen und Unternehmen spezifizierte Rechte, wie das Recht auf Antragsbescheidung innerhalb von 14 Tagen, auf einen festen Ansprechpartner etc. geben (u.a. Jobseeker's Charter; Patient's Charter).²¹ Auch in Deutschland wird eine solche "Charta" der sozialen Verfahrensrechte als ein wichtiges Instrument zur Qualitätssicherung personaler Dienstleistungen diskutiert. Erst allmählich beginnt die deutsche Diskussion über „Patientenrechte“.

Kollektive Vertragsmodelle und Wahlrechte

Sowohl gegenüber den Leistungsträgern als auch bei der Nachfrage von Dienstleistungen selbst sind die einzelnen Bürger und Versicherten oft weiterhin in einer sozialen und ökonomisch schwachen Situation. Sie verfügen über wenig Informationen und haben kein ausreichendes soziales und ökonomisches Durchsetzungsvermögen. Hier sind kollektiv-rechtliche Vertrags- und Wahlrechte nötig. Sie zeichnen sich erst allmählich ab.

Im Zentrum neuer gesellschaftlicher Formen der Produktion von Sozialleistungen stehen die Selbsthilfegruppen.²² Sie sind informelle Zusammenschlüsse Gleichbetroffener zur gemeinsamen Problembewältigung (chronische Erkrankungen, Lebenskrisen und Arbeitslo-

21 E. Hansen, Qualitätsaspekte Sozialer Dienstleistungen zwischen Professionalisierung und Konsumentenorientierung. Qualitätsdiskurse in Großbritannien und Deutschland, Zeitschrift für Sozialreform 1/1997, S. 1-28; G. B. Doern, The UK Citizen's Charter: Origins and Implementation in Three Agencies, Policy and Politics 1993, S. 17-29.

22 Joachim Braun u.a., Selbsthilfe und Selbsthilfeunterstützung in der Bundesrepublik Deutschland, Schriftenreihe des BMFSFJ Bd. 136, 1997; N. Wohlfahrt/H. Breitkopf, Selbsthilfegruppen in Nordrhein-Westfalen, in: MAGS-NRW (Hrsg.), Zukunft des Sozialstaates – Freiwilliges soziales Engagement und Selbsthilfe, 1996, S. 359-634 und S. 635-754.

sigkeit). Gegenüber staatlichen Organisationsformen haben sie den Vorteil, weniger formal und hierarchisch sowie klientennäher zu sein. Sie können zusätzliche Ressourcen durch die ehrenamtliche Tätigkeit Betroffener oder gemeinnützig orientierter Personen mobilisieren. Im Unterschied zu Unternehmen auf dem Markt sind sie gemeinwohlorientiert und damit näher am Sozialstaatsauftrag, verfügen sie über nichtmonetäre Ressourcen (Nächstenliebe, personale Zuwendungen).

Die staatliche Förderung von Selbsthilfegruppen konzentriert sich auf indirekte, influenzierende und mobilisierende Instrumente, wie Kontakt- und Informationsstellen, Hilfen für eine sachliche und personelle Mindestausstattung, Angebote der Qualifizierung und des Kontakts mit Professionellen.²³ Da Sozial- und Jugendhilfe traditionell einen offenen Maßnahmenkatalog von präventiven Leistungen kennen, gehört bei ihnen auch die Förderung von Selbsthilfeeinrichtungen zum Standard.²⁴ In der Sozialversicherung setzt erstmals die Krankenversicherung (§ 20 Abs. 4 SGB V) die Förderung von Selbsthilfeeinrichtungen als Instrument der Prävention ein, seitdem in den neueren Konzepten der Gesundheitsförderung die Mobilisierung von Ressourcen der Versicherten und der Patienten im Vordergrund steht. Auch die Einbeziehung der Selbsthilfeeinrichtungen in die Prävention durch § 26 Abs. 3 Nr. 2 und 4 und § 29 SGB IX seit 2002 ist ein großer Schritt nach vorn, selbst wenn diese Vorschriften noch keine allgemeine Förderpflicht der Sozialleistungsträger oder gar einen Förderanspruch der Selbsthilfegruppen begründen.²⁵ Umso mehr erstaunt es, dass auch nach den Reformen auf der Basis der Vorschläge der „Hartz-Kommission“ die BA immer noch keinen direkten Auftrag hat, Selbsthilfeeinrichtungen zu fördern.

Unstreitig verbessern Selbsthilfegruppen durch ihre Betroffenenähe die Qualität der Versorgung und setzen Innovationspotentiale frei. Sie können die institutionell gesicherte, organisierte professionelle Hilfe ergänzen, ersetzen sie aber nicht. Zudem sind sie eher in der Ober- und Mittelschicht verwurzelt und können Notlagen, die auf gesellschaftlicher Ausgrenzung beruhen, nur begrenzt verbessern.²⁶ Dies sind auch die Grenzen, an denen eine öffentliche Aktivierung der Selbsthilfepotentiale von Sozialhilfeempfängerinnen scheitert. Hier sind Ansätze nötig, die die soziale Kompetenz, die Information und Qualifikation verbessern, damit die Individuen sich Fähigkeiten zur Selbsthilfe aneignen.²⁷

Nur kurz erwähnt sei das neue „bürgerschaftliche Engagement/neue Ehrenamt“, das weitgehend die gleichen Merkmale, Funktionen und Grenzen wie Selbsthilfegruppen hat und das traditionelle Ehrenamt der freien Wohlfahrtsträger ergänzt.²⁸ Das freiwillige soziale Engagement befasst sich im Gegensatz zu Selbsthilfegruppen nicht mit eigenen, sondern mit den (gemeinwohlbezogenen) Bedarfen anderer. Gefördert wird es vor allem über Kontakt- und Vermittlungsagenturen.

23 Bettina Möller, *Selbsthilfeförderung durch die Länder der Bundesrepublik Deutschland*, Berlin 2001; Joachim Braun u.a., S. 113 ff.; *Selbsthilfe und Selbsthilfeunterstützung in der Bundesrepublik Deutschland*, Schriftenreihe des BMFSFJ Bd. 136, 1997.

24 Vgl. insoweit M.-E. Geis, *Die öffentliche Förderung sozialer Selbsthilfe*, Baden-Baden 1997 und Möller, *Selbsthilfeförderung*.

25 Thomas Stähler in: Lachwitz/Schellhorn/Welti (Hrsg.), *HK-SGB IX*, Neuwied 2002, § 29 Rz. 1 w. w. N.

26 U. Hochmuth u.a., *Armut in der sozialen Marktwirtschaft*, Tübingen 1995, S. 36 ff., 134 ff.

27 Umfassender zu diesen Ansätzen vgl. Hochmuth u.a., *Armut*.

28 Vgl. jetzt ausführlich: Enquête-Kommission „Zukunft des Bürgerschaftlichen Engagements“, Bericht 2002; G. Igl/M. Jachmann/E. Eichenhofer, *Rahmenbedingungen bürgerschaftlichen Engagements*, Leverkusen 2002.

Grenzen und Gefahren des Vertragsmodells

Da, wo die Beziehung zwischen den Bürgern und Versicherten einerseits und der Sozialverwaltung andererseits weiterhin durch starke Abhängigkeit und Macht gekennzeichnet ist, laufen Vertragsmodelle Gefahr, nicht wirklich zusätzliche Freiheit und größere Spielräume zu ermöglichen, sondern eine geschmeidigere Anpassung zu flankieren. Deshalb sind, wie dargelegt, mehr und präzisere Verfahrensrechte der Bürger und Versicherten und kollektive Organisationsformen notwendig. Und natürlich werden vor allem sozial kompetente Personen von Vertrags- und Wahlrechten Gebrauch machen. Doch spricht das nicht gegen solche Rechte, sondern dafür, sie so stark in die Verwaltungskultur zu integrieren, dass sie wie selbstverständlich von allen gekannt und benutzt werden.

Vertragsmodelle und Wahlrechte sind nur zur Ergänzung und Optimierung von Sozialleistungen sinnvoll. Die wesentlichen Einkommensersatzleistungen (Renten, Krankengeld etc.) müssen weiterhin durch Gesetz festgelegt und dürfen nicht erst Ergebnis von „Aushandlungsprozessen“ sein. Denn nur so kann soziale Sicherheit hergestellt werden. Trotzdem ist aber z. B. eine Wahl zwischen unterschiedlichen Rentenformen möglich, wie schon jetzt der Rentenbeginn teilweise selbst bestimmt werden kann.

Rationalitätsfallen des Sozialstaats und Entsolidarisierung

Auch die Anforderungen der sozialen Solidarität müssen Vertrags- und Wahlrechten eine klare Grenze setzen. In allen Versicherungen, Privat- wie Sozialversicherungen, kann es zu dem kommen, was man „moral hazard“, moralische Gefahr, nennt. Der Versicherte sorgt durch Beiträge vor, so dass im Zeitpunkt des Risikoeintritts nicht er, sondern das Kollektiv die Risikodeckung finanzieren muss. Sein individuelles Handeln wird dann nicht mehr von der Risikominimierung und dem sparsamen Umgang mit Ressourcen gesteuert, sondern von dem Ziel, sein individuelles Maximum an Sozialleistungen für seine Beiträge zu erhalten.

Auf den ersten Blick ist diese Analyse plausibel. Sie ist Ansatz zahlloser „Reformen“ der Sozialpolitik, die alle die „ökonomische“ Interessiertheit der Versicherten durch Selbstbeteiligung erhöhten und neue vertragliche Gestaltungselemente einführten. Das Wirkungsmodell geht davon aus, dass die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen von ökonomischen Motiven der Maximierung des Eigennutzens determiniert ist; soziale Faktoren werden vernachlässigt.²⁹ Die wohl gründlichste Untersuchung aus den USA in den 1970-iger Jahren („Health Insurance Experiment“ der Rand Corporation) zeigte, dass Selbstbeteiligung erst ab einer bedeutenden Höhe, dann aber eindeutig sozial negativ wirkt, insbesondere chronisch Erkrankte trifft und die größten Reduktionen bei Beziehern niedriger Einkommen bewirkt.³⁰ Ähnliches gilt für die Bundesrepublik.³¹ Damit ist der Konflikt mit dem Solidaritätsprinzip deutlich.

29 Vgl. G. Kleinhenz, Ökonomisches Paradigma und Sozialpolitik, in: Glatzel/Kleindienst (Hrsg.), Die personale Struktur des gesellschaftlichen Lebens, Festschrift Rauscher, Berlin 1993, S. 379-399 und Sachverständigenrat der konzertierten Aktion im Gesundheitswesen, Sachstandsbericht 1988, S. 108.

30 C. Donaldson/K. Gerard, Countering Moral Hazard in Public and Private Health Care Systems: A Review of Recent Evidence, Journal of Social Policy 18 (1989), S. 235-251 sowie Enquête-Kommission S. 354 ff.

31 Anita Pfaff, Sozialer Ausgleich wider Äquivalenz in der Reform der gesetzlichen Krankenversicherung, in: Glatzel/Kleindienst, Struktur, S. 357-377, Fn. 295.

Ähnliche Argumente sprechen gegen die Beitragsrückerstattung und gegen die Kostenerstattung, die vom 1. Juli 1997 bis Ende 1999 gem. § 13 Abs. 2 SGB V in der Krankenversicherung generell möglich war.³² Lässt man Wahlrechte zwischen Basistarifen und erweiterten Tarifen oder zwischen Tarifen mit Selbstbehalt und Tarifen mit voller Kostentragung und jeweils entsprechender Absenkung/Erhöhung der Beiträge zu, wie die nicht umgesetzten §§ 53 ff SGB V von 1997, so ermöglicht dies den Gesunden, in der Jugend die billigen Tarife mit Grundversorgung und Selbstbeteiligung, und im Alter die teureren Tarife mit Vollversorgung zu wählen. Das würde völlig jene Solidarität zwischen Alt und Jung, Gesunden und Kranken zerstören, auf der eine soziale Krankenversicherung beruht.

Zusammenfassung

Vertrag und Wahlrechte können dazu dienen, das Sozialleistungssystem bürger- und versichertennäher und die Sozialleistungen effektiver zu machen und den Bürgern mehr Freiheiten in der Ausgestaltung der Sozialleistungen zu geben. In den letzten Jahren ist das Sozialrecht in diese Richtung gegangen, aber noch sehr zögerlich und ohne ein umfassendes Konzept. Konzept muss es sein, die Position der Bürger und Versicherten in den Verwaltungsverfahren und bei der Leistungsgewährung umfassend zu stärken und auch Formen der kollektiven Leistungsberechtigung sowie kollektiver Informations-, Förder- und Vertragsrechte einzuführen. Vertrag und Wahlrechte finden ihre Grenzen im Solidarausgleich des Sozialleistungssystems, der nicht durch individuelle Optimierungsstrategien zu Lasten der Schutzbedürftigeren beseitigt werden darf.

32 E.-M. Malin/E. M. Schmidt, Beitragsrückzahlung im Urteil der Versicherten, Die Betriebskrankenkasse 1995, 167-170; K. Jacobs/P. Reschke, Kostenerstattung in der GKV, Arbeit und Sozialpolitik 1993, S. 16- 19; K. Kirschner, Kostenerstattung: Ziel verfehlt, Arbeit und Sozialpolitik 1993, S. 22-24.