

Christine Fromm

Betrieblicher Gesundheitsschutz und Soziale Selbstverwaltung

Gestaltungsaufgaben und Handlungsmöglichkeiten
der Sozialen Selbstverwaltung im Zusammenhang mit der
aktuellen Strukturreform des betrieblichen Gesundheitsschutzes

Bonnd Braun
2/2000

LIT

Diese Publikation wurde gefördert mit Mitteln der Hans-Böckler-Stiftung.

Die Deutsche Bibliothek – CIP-Einheitsaufnahme

Fromm, Christine

Betrieblicher Gesundheitsschutz und Soziale Selbstverwaltung :
Gestaltungsaufgaben und Handlungsmöglichkeiten der Sozialen Selbstverwaltung
im Zusammenhang mit der aktuellen Strukturreform des betrieblichen
Gesundheitsschutzes / Christine Fromm. – Münster : LIT, 1999
(Dortmunder Beiträge zur Sozial- und Gesellschaftspolitik ; 21.)
Zugl.: Dortmund, Univ., Diss., 1997
ISBN 3-8258-4146-4

NE: GT

© LIT VERLAG

Greverer Str. 179 48159 Münster Tel. 0251-23 50 91 Fax 0251-23 19 72

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	9
0 Einleitung	11
1 Soziale Selbstverwaltung als Institution: Funktionen und Leitbilder	17
1.1 Überblick über das System sozialer Sicherung und das Organisationsprinzip der Selbstverwaltung	18
1.2 Zum Verhältnis von Staat und Selbstverwaltung	25
1.3 Zu Präsenz und Verhältnis der Sozialpartner in der Selbstverwaltung	32
1.3.1 Gesetzliche Krankenversicherung	32
1.3.1.1 Beteiligung von Versicherten und Arbeitgebern	32
1.3.1.2 Der Umfang der Vertretungsrechte	36
1.3.1.3 Identität von Versichertenvertretung und Gewerkschaften	41
1.3.2 Gesetzliche Unfallversicherung	45
1.3.2.1 Beteiligung von Versicherten und Arbeitgebern	45
1.3.2.2 Der Umfang der Vertretungsrechte	46
1.3.2.3 Identität von Versichertenvertretung und Gewerkschaften	47
1.4 Zum Verhältnis von Sozialversicherung und Selbstverwaltung zu Versicherten und Mitgliedern	48

2	Modernisierung des betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutzes als Handlungsanforderung für die Träger der gesetzlichen Unfall- und Krankenversicherung	53
2.1	Wandel der Problemstellungen für die Träger von Gesundheitsleistungen vor dem Hintergrund gesellschaftlicher Entwicklungen	54
2.2	Wandel der gesellschaftlichen und organisatorischen Rahmenbedingungen arbeitsweltbezogener Prävention	82
2.2.1	Gesetzliche Krankenversicherung	82
2.2.2	Gesetzliche Unfallversicherung	89
2.3	Zusammenfassung: Rückblick und Ausblick	92
3	Aspekte der Praxis Sozialer Selbstverwaltung Mitte der Neunziger Jahre	94
3.1	Methodische Anlage der Untersuchung	94
3.2	Aspekte der Praxis von Selbstverwaltung	97
3.2.1	Zur Rekrutierung von Kandidaten für die Selbstverwaltungsorgane	97
3.2.2	Zur Rolle der Mandatsträger aus dem Kreis der Versicherten und der Arbeitgeber	103
3.2.3	Zur Bedeutung der Leitungsfunktionen in den Organen	114
3.2.4	Zur Rolle der Beauftragten der Verbände von Arbeitnehmern und Arbeitgebern	117
3.2.5	Zum Verhältnis von Selbstverwaltung und hauptamtlicher Verwaltung	121

4	Soziale Selbstverwaltung und Innovation: Exemplarische Rekonstruktion eines Entscheidungsverlaufs	125
4.1	Vorbemerkung zur Methode	125
4.2	Präventionsfachliche Betreuung von Kleinbetrieben	127
4.3	Betriebsärztliche und Sicherheitstechnische Betreuung der Kleinbetriebe: Exemplarische Rekonstruktion des Entscheidungsverlaufs bei einer BG	129
5	Rückblick und Ausblick: Schlussfolgerungen für ein Leitbild Sozialer Selbstverwaltung	158
6	Abkürzungsverzeichnis	166
	Literaturverzeichnis	167

Vorwort

Die vorliegende Untersuchung geht auf ein Projekt zurück, das in der Forschungsgruppe 'Arbeit und Gesundheit' an der Sozialforschungsstelle Dortmund durchgeführt und von Mai 1994 bis Februar 1996 von der Hans-Böckler-Stiftung des DGB gefördert wurde. Hintergrund der Fragestellung waren die anstehenden Reformen sowohl im System der betrieblichen Prävention als auch der Struktur der Selbstverwaltung selbst. Diese tiefgreifenden Veränderungen, die während des Projekts im Untersuchungsfeld wirksam wurden, legten eine intensivere Befassung mit dem Gegenstand über den Projektrahmen hinaus nahe, rührten sie doch an den Kern von Selbstverwaltung bzw. der Mitwirkung Betroffener an der Gestaltung sozialstaatlicher Maßnahmen überhaupt.

Dr. Erika Mezger hat bei der Hans-Böckler-Stiftung das Projekt unterstützt und in kooperativ-kollegialer Weise begleitet, wofür ich ihr sehr herzlich danke.

Zur Verwirklichung der Untersuchung haben darüber hinaus eine Vielzahl von Personen beigetragen. Mein Dank gilt in erster Linie den Mitgliedern der Selbstverwaltungen, die mir in ausführlichen Gesprächen Einblick in ihre ehrenamtliche Tätigkeit gewährt haben. Auch den Geschäftsführungen der Versicherungsträger, die die Erhebungen in großzügiger Weise unterstützt haben, bin ich zu Dank verpflichtet.

Danken möchte ich auch den Vertretern der Gewerkschaften und des DGB, die unverzichtbare Hilfe bei der praktischen Organisation der Feldzugänge und der Herstellung von Kontakten zu Gesprächspartnern aus der Selbstverwaltung geleistet haben. Den Diskussionen mit ihnen im projektbegleitenden Beirat verdanke ich wichtige Hinweise.

Besonderer Dank gebührt Dr. Ulrich Pröll, dem Sprecher der Forschungsgruppe, der die für die Fertigstellung der Untersuchung benötigten Freiräume sichergestellt und den Fortgang der Arbeit mit wissenschaftlichem Rat begleitet hat.

Für kollegiale Unterstützung habe ich auch Frank Wattendorff (Universität Hannover) und Dr. Bernard Braun (Universität Bremen) zu danken, die mich in ausführlichen Diskussionen der Zwischenergebnisse an der Fülle ihrer wissenschaftlichen Kenntnisse und praktischen Erfahrungen in der Selbstverwaltung teilhaben ließen.

Die vorliegende Arbeit hat an der Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Fakultät der Universität Dortmund als Dissertation vorgelegen. Ich danke Prof. Dr. Hartmut Neuendorff und Prof. Dr. Ursula Schumm-Garling für die Bereitschaft, sich dieses für die soziologische Forschung eher 'entlegenen' Themas anzunehmen.

Dortmund, im Februar 1999

Christine Fromm

0 Einleitung

Das System der betrieblichen Prävention, verstanden als die Gesamtheit der Einrichtungen, Regelungen und Maßnahmen zur Gewährleistung von Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit, ist ein äußerst komplexes, in hohem Maße verrechtlichtes und in eine Vielzahl von Akteuren und Disziplinen ausdifferenziertes Gebiet öffentlich-rechtlicher Daseinsvorsorge. Seine Gesetze, Vorschriften und Normen greifen in sozialstaatlichem Auftrag in die Sphäre der unternehmerischen Verfügung über die Arbeitskraft ein. Es definiert über Branchen und Betriebsgrößen hinweg Standards, die die Arbeitnehmer bei ihrer Berufsausübung und an ihren Arbeitsplätzen erwarten können.

Der stetige Wandel der technischen, ökonomischen, organisatorischen und gesellschaftlichen Voraussetzungen und Bedingungen der Arbeit macht die kontinuierliche Erneuerung und Anpassung dieser Standards erforderlich. Die Wirksamkeit und Funktionsfähigkeit des Systems ist daher in hohem Maße von der Wahrnehmung und Bewältigung dieser permanenten Modernisierungsanforderungen abhängig.

Der Staat ist hierbei zunächst Gesetz- und Verordnungsgeber und beaufsichtigt deren Umsetzung durch die Arbeitsschutzverwaltungen der Länder. Gleichzeitig delegiert er einzelne Aufgaben der Konkretisierung von Gesetzen, der Maßnahmengestaltung bis hin zu deren Durchführung und Kontrolle in unterschiedlichem Umfang und mit verschiedener Rechtsverbindlichkeit an andere, öffentlich-rechtliche und teilweise auch private Einrichtungen, allen voran die *Träger der gesetzlichen Unfallversicherung (UV)*. Neben der Entschädigung und Rehabilitation von betroffenen Arbeitnehmern gehörte von Beginn an die Verhütung von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten "mit allen geeigneten Mitteln" (§ 546 Reichsversicherungsordnung, RVO) zu ihren tragenden Aufgaben. Dieser Auftrag wurde nach langer Vorbereitung im August 1996 im Zuge der Einordnung des Rechts der Unfallversicherung in das Sozialgesetzbuch (SGB) auf die Verhütung "arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren" ausgedehnt. Wesentliche Instrumente hierzu sind die mit Gesetzeskraft ausgestatteten Unfallverhütungsvorschriften und die Überwachung und Beratung der Mitgliedsbetriebe durch die Technischen Aufsichtsdienste der Träger. Hierin nimmt die Unfallversicherung hoheitliche Aufgaben, einschließlich der Sanktionierung gegenüber ihren Mitgliedern, wahr.

Seit 1989 sind die *Träger der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)* ebenfalls Akteure des betrieblichen Gesundheitsschutzes. Auf der Grundlage

des Gesundheitsreformgesetzes wurden sie in § 20 Abs. 2 SGB V ermächtigt, bei der "Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren" mitzuwirken und dabei mit geeigneten Stellen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes zusammenzuarbeiten, namentlich den Unfallversicherungsträgern.

Die Krankenversicherungsträger hatten schon vorher eine Reihe von Maßnahmen und Instrumenten der Prävention entwickelt und seitdem ausgebaut, die unter dem Begriff 'betriebliche Gesundheitsförderung' zusammengefaßt werden. Hoheitliche Befugnisse gegenüber ihren Mitgliedern, die diese zur Befolgung oder Inanspruchnahme präventiver Maßnahmen verpflichten, haben die Krankenkassen jedoch nicht.

Betrieblicher Gesundheitsschutz ist also neben und in Ausfüllung staatlicher Regulierung auch ein trägerübergreifendes Gestaltungsfeld der Sozialversicherung, mit jeweils spezifischen Aufgaben und Handlungsmöglichkeiten der Versicherungszweige.¹ Die Wahrnehmung der vom gesetzlichen Rahmen abgesteckten Aufgaben fällt in die Verantwortung der *Selbstverwaltungen*, als den entscheidungstragenden Organen der Sozialversicherung. D.h. sie bestimmen mit über allgemeine Standards des betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutzes, über die Definition von Problemschwerpunkten und Bedarfen, die Festlegung geeigneter Maßnahmen und Instrumente und schließlich auch über die Anforderungen an die betriebliche Durchführung. Ihnen kommt so bei der permanenten Modernisierung betrieblicher Prävention eine wichtige Funktion zu.

Das Recht der Selbstverwaltung hat der Gesetzgeber i.w. paritätisch den Mitgliedern bzw. Versicherten, den Arbeitgebern sowie den Vereinigungen und Verbänden beider Seiten übertragen. Diese aus der historischen Entstehungssituation der Sozialversicherung überkommene Konstellation bewirkt die Dezentralisierung staatlicher Macht. Sie ermöglicht die Mitwirkung der von Leistungen und Regulativen erfaßten Personen an deren Ausgestaltung und trägt dadurch zur Demokratisierung sozialstaatlicher Verwaltung bei.

Die Selbstverwaltung als Organisationsprinzip läßt sich gleichzeitig unter Gesichtspunkten der Funktionsfähigkeit des Systems begründen. Für die Wirksamkeit gerade präventiver Maßnahmen kommt es in hohem Maße auf deren

1 Auch in der Rentenversicherung ist über § 31 Abs. 1 SGB VI ein Engagement in der betrieblichen Prävention vorbereitet worden. Die Träger können dadurch Rehabilitationsleistungen für Versicherte erbringen, die eine besonders gesundheitsgefährdende Beschäftigung ausüben. Diese Schnittstelle zur betrieblichen Prävention ist aber bisher noch nicht in größerem Umfang praktisch wirksam geworden und wird deswegen hier nicht berücksichtigt.

bedarfs- und adressatengerechte Ausgestaltung an. Durch die ehrenamtliche Mitwirkung von in der beruflichen Praxis stehenden 'Laien' enthält die Selbstverwaltung hierfür ein wesentliches Potential. Ob und wie dieses Potential in den konkreten Abläufen und mit den dabei typischerweise zur Verfügung stehenden Ressourcen zum Tragen kommt, das ist die zentrale Frage der vorliegenden Untersuchung. Dabei soll – hauptsächlich aus dem Blickwinkel der Versichertenseite – die Rolle der Selbstverwaltung bei der Wahrnehmung und Bewältigung aktueller Modernisierungsanforderungen beschrieben werden. Die Arbeit zielt also auch auf eine empirische Gegenwartsdiagnose der Praxis Sozialer Selbstverwaltung.

Die Eingrenzung der Fragestellung auf das Gestaltungsfeld des betrieblichen Gesundheitsschutzes hat dabei doppelte Bedeutung. Zum einen haben gerade hier die Handlungsspielräume der Selbstverwaltungen beider Träger in den letzten Jahren eine deutliche Ausweitung erfahren, v.a. auf der Grundlage der Arbeitsschutzpolitik der Europäischen Union im Rahmen von Artikel 118a des EWG-Vertrages und im Zuge von Gesundheitsreform- und -strukturgesetz. In den darin angestoßenen Entwicklungen ist die Chance eines umfassenden Paradigmenwechsels angelegt, der eine Ergänzung bzw. tendenzielle Abkehr von der bisherigen Handlungslogik des Arbeits- und Gesundheitsschutzes bedeutet, die sich mit Stichworten wie Kurations- und Entschädigungslastigkeit, Bürokratisierung und Monetarisierung, Unfall- und Technikfixierung, Expertendominanz, Problemferne, Normen- und Kontrollorientierung usw. charakterisieren lassen. Das System der betrieblichen Prävention ist in diesem Zusammenhang zu vielfältigen und z.T. tiefgreifenden Strukturveränderungen herausgefordert, die die Selbstverwaltungen vor erhebliche Anforderungen stellen. Ihre Funktions- und Wirkungsweise müssen sich gerade hier bewähren.

Zum anderen ermöglicht diese Anlage der Untersuchung die ausführliche Befassung mit der Selbstverwaltung der Unfallversicherung. Während in den letzten Jahrzehnten, wenn auch nur vereinzelt, eine Reihe von Studien über die Selbstverwaltung in der Krankenversicherung durchgeführt wurden, liegt der sozialwissenschaftlichen Literatur keinerlei empirische Untersuchung über die Selbstverwaltung der Unfallversicherungsträger vor. In der betrieblichen Prävention sind es jedoch vor allem sie, die dem Anforderungswandel Rechnung tragen müssen. Die gemeinsame Behandlung beider Trägerarten leistet damit einen Beitrag zur Einbeziehung der Unfallversicherung in die Selbstverwaltungsforschung und ermöglicht eine vergleichende Gegenüberstellung.

Der Gegenstand der Untersuchung ist in ständiger Bewegung. Im Bereich der *Krankenversicherung* haben aber gerade in der Mitte der neunziger Jahre im Verlauf des letzten Jahres sowohl in präventionspolitischer Hinsicht als auch bezüglich der Organisationsstruktur der Selbstverwaltung *folgenreiche Brüche* stattgefunden:

Im Frühjahr 1996 angekündigt, wurde zum November desselben Jahres – im Rahmen des Krankenversicherungs-Beitragsentlastungsgesetzes – der Auftrag der Krankenkassen, am betrieblichen Gesundheitsschutz mitzuwirken, erheblich eingeschränkt. Nach der Neufassung des § 20 Abs. 2 SGB V sollen sie daran nur noch insoweit beteiligt sein, als sie die Unfallversicherungsträger über Erkenntnisse unterrichten, die sie über Zusammenhänge zwischen Erkrankungen und Arbeitsbedingungen gewonnen haben. Trotz noch bestehender Unsicherheiten der Auslegung der Neuregelung, dürfte damit die seither in Gang gekommene und in Teilbereichen zur Routinefähigkeit gereifte Entwicklung von Instrumenten der betrieblichen Gesundheitsförderung bei den meisten Krankenkassen zum Stillstand kommen. Die Verantwortung für die Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren fällt dann – neben den staatlichen Arbeitsschutzinstitutionen – allein den Unfallversicherungsträgern zu, obwohl die finanziellen Folgen des weitaus größten Teils der dadurch verursachten Erkrankungen nach wie vor von den Krankenkassen getragen werden. Die konzeptionelle Diskussion zur Kooperation der beiden Versicherungszweige steht damit vor neuen Ausgangsbedingungen.

Zwei weitere, die Selbstverwaltung der GKV als solche betreffende Einschnitte resultierten aus dem Gesundheitsstrukturgesetz von 1993. Auf dessen Grundlage wurde mit Wirkung zum 1.1.1996 zum einen eine *Organisationsreform der Selbstverwaltung* durchgeführt. Diese beinhaltet die Reduktion des bisherigen dualen Aufbaus der Selbstverwaltung mit den Organen Vorstand und Vertreterversammlung auf nunmehr ein, zahlenmäßig verkleinertes Organ, den Verwaltungsrat. Diesem wurden außerdem andere Kompetenzen und Befugnisse zugewiesen, die das Gesetz allgemein als 'Entscheidungen von grundsätzlicher Bedeutung' umschreibt. Der Vergleich mit der wirtschaftlichen Unternehmensmitbestimmung drängt sich hier auf.

Dieser Reorganisationsprozeß fiel in die Zeit der Vorbereitung der Krankenkassen auf die *Ausdehnung des Wettbewerbs* zum 1.1.1996 durch die Erweiterung der Kassenwahlrechte der Arbeiter. Dies löste zugleich – vor dem Hintergrund der Angleichung von Beitragsunterschieden – zahllose Fusionen

von Kassen aus und führte damit zu einem beispiellosen Abbau von selbständigen Trägern und – als Folge davon – Selbstverwaltungen. Bei den Allgemeinen Ortskrankenkassen z.B. sind die vormals 269 selbständigen Träger zu verbleibenden 17 zusammengeführt worden, deren Zuständigkeitsgebiete in etwa denen der ehemaligen Landesverbände entsprechen.

In der Krankenversicherung ist also inzwischen ein *erheblich verändertes Modell* von Selbstverwaltung realisiert als zu Beginn der Untersuchung. Es geht mit einem grundsätzlich gewandelten Funktionsverständnis von Sozialer Selbstverwaltung einher: die Potentiale der Betroffenenpartizipation haben sich radikal verringert zugunsten einer zentralisierten Richtlinienkompetenz, etwa analog den Aufsichtsräten in der Unternehmensmitbestimmung.

Der vorliegende Bericht behandelt den Zeitraum *vor* dem Wirksamwerden von Wettbewerbsordnung, Organisationsreform und Beitragsentlastungsgesetz. Er kann insofern für den Bereich der Krankenversicherung als letzte Bestandsaufnahme der bisherigen Situation gelesen werden. Die Veränderungen der präventionspolitischen Voraussetzungen und der organisationsstrategischen Rahmenbedingungen werden dennoch – soweit sie sich abzeichnen – mit reflektiert und in den Schlußfolgerungen berücksichtigt. Wenn im folgenden aber die Frage nach den Einflußchancen Betroffener und Adressaten gestellt wird, bezieht sie sich auf das ehemalige Modell. Die dabei unternommene Vergegenwärtigung des Potentials von Selbstverwaltung bildet daher im Bereich der GKV gleichsam eine Kontrastfolie für die neue Situation.

Nachfolgend wird zunächst in *Kapitel 1* unter Rückgriff auf historische und systematische Darstellungen die Selbstverwaltung als Ordnungs- und Organisationsprinzip erörtert und strittige Auffassungen ihrer Funktion und Bedeutung diskutiert. Dabei werden erste eigene Überlegungen zur Strukturlogik der Selbstverwaltung angestellt.

Kapitel 2 enthält eine perspektivische Beschreibung der Modernisierungsanforderungen im betrieblichen Gesundheitsschutz, die sich aus dem Wandel gesellschaftlicher und rechtlicher Rahmenbedingungen für die Träger gesundheitlicher Leistungen ergeben. Dabei werden kursorisch auch sich abzeichnende Reaktionen und Lösungen berücksichtigt (2.1). Anschließend wird die strukturelle und ökonomische Situation der Träger als Randbedingung des Umgangs und der Bewältigung der präventionspolitischen Anforderungen beschrieben (2.2).

In *Kapitel 3* werden auf der Grundlage der empirischen Erhebungen typische, die praktische Arbeit der Selbstverwaltung prägende Grundstrukturen dargestellt. Die leitende Frage lautet, welche Ausprägungen die in Kapitel 1 explizierten, elementaren Rahmenbedingungen in der Praxis typischerweise annehmen.

Vor diesem Hintergrund wird in *Kapitel 4* der Prozeß der Planung und Gestaltung eines berufsgenossenschaftlichen Modells zur präventionsfachlichen Betreuung von Kleinbetrieben nachgezeichnet. Anhand der Interpretation des Entscheidungsverlaufs werden Thesen zur Rolle der Selbstverwaltung, dem Verhältnis zum Gesetzgeber, der paritätischen Besetzung und der Rolle der Verwaltung für die Innovationsbedeutsamkeit der Selbstverwaltung aufgestellt.

Kapitel 5 faßt die wesentlichen Überlegungen zusammen und zieht unter Berücksichtigung der veränderten Ausgangsbedingungen in der GKV einige Schlußfolgerungen für ein Leitbild Sozialer Selbstverwaltung bzw. zukünftige Formen der Kooperation im betrieblichen Gesundheitsschutz.

1 Soziale Selbstverwaltung als Institution: Funktionen und Leitbilder

Selbstverwaltung als ordnungspolitisches und organisatorisches Prinzip im System der sozialen Sicherung ist ein in der Öffentlichkeit wenig diskutiertes Thema. Auch in den sozialwissenschaftlichen Disziplinen sind Organisations- und Steuerungsfragen der Sozialversicherung nach wie vor randständig. Selbst in Lehrbüchern der Sozialpolitik sucht man vergeblich nach einer über die Beschreibung der Organfunktionen hinausgehenden Diskussion des Selbstverwaltungsprinzips. So ist es kein Zufall, daß die ausführlichsten Untersuchungen dazu im Auftrag der Bundesregierung entstanden: die Sozialenquête von 1966 und die rechtswissenschaftlichen, sozialwissenschaftlichen und statistischen Gutachten von 1976. Die Schwerpunkte dieser (und anderer) Untersuchungen liegen bei Gesetzlicher Kranken- und Rentenversicherung als den größten Versicherungszweigen. Die Unfallversicherung, die gegenüber diesen Zweigen einige Besonderheiten aufweist, wird – wenn überhaupt – nur am Rande mitbehandelt.

Insofern also die Soziale Selbstverwaltung auch der sozialwissenschaftlichen Literatur wenig vertraut ist, sollen im folgenden zunächst die Grundzüge und Dimensionen der beiden hier thematischen Versicherungszweige beschrieben werden, soweit sie für Funktions- und Wirkungsweise der Selbstverwaltung in Unfall- und Krankenversicherung bedeutsam sind. Im Anschluß daran wird die Soziale Selbstverwaltung als Ordnungs- und Organisationsprinzip erörtert. Anhand einiger ihrer elementaren Rahmenbedingungen sollen strittige Auffassungen von Funktion und Bedeutung der Selbstverwaltung expliziert werden. Diese Darstellung gibt erste Aufschlüsse über die Handlungsbedingungen in der Selbstverwaltung, ohne daß sie sich allein daraus ableiten ließen, im Gegenteil: aus diesen Rahmendaten ergeben sich nur Anhaltspunkte für die Handlungspraxis und Handlungsprobleme in der Selbstverwaltung. Die konkrete Ausübung des Selbstverwaltungsmandats bleibt hoch ausdeutbar und interpretationsbedürftig und hängt wesentlich von den ihr zugeschriebenen, politischen oder funktionalen Begründungen ab. Dabei ist der Wandel der Aufgaben der Sozialversicherung in der Folge sozialer, ökonomischer und politischer Veränderungen zu berücksichtigen. Soweit dabei historische Tatbestände herangezogen werden, beziehe ich mich i.w. auf die Darstellung von Tennstedt (1976). Das 1976 im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung erstattete Gutachten von Christian v. Ferber über "Soziale

Selbstverwaltung – Fiktion oder Chance?“ kann bis heute als die gründlichste sozialwissenschaftliche Analyse der Selbstverwaltung der Krankenversicherung gelten. Daher steht dessen Rezeption hier im Mittelpunkt der Darstellung und dient über weite Strecken als Referenz.

1.1 Überblick über das System sozialer Sicherung und das Organisationsprinzip der Selbstverwaltung

Die Sozialversicherung in Deutschland blickt auf eine über 100-jährige Geschichte zurück. Ihre rechtlichen und institutionellen Grundlagen gehen auf die Bismarcksche Sozialgesetzgebung der achtziger Jahre des vorigen Jahrhunderts zurück, ihre Ursprünge lassen sich aber bis ins Mittelalter verfolgen. Im Laufe der Zeit ist ein äußerst komplexes, in hohem Maße verrechtlichtes, vielfach gegliedertes und auf unterschiedlichen Prinzipien aufbauendes Gefüge von Institutionen und Gesetzen, Verordnungen, Vorschriften und Maßnahmen entstanden. Außerdem trägt die Zersplitterung der Zuständigkeiten für bestimmte Risiken auf verschiedene Einrichtungen zu dessen Unübersichtlichkeit bei. So wird z.B. Krankheit, je nach sozialrechtlicher Definition des 'Versicherungsfalles' sowohl von der Krankenversicherung als auch u.U. von Unfall- und Rentenversicherung mit jeweils verschiedenen Leistungsarten und -umfängen entschädigt. Die heutige Gestalt des Systems sozialer Sicherung resultiert i. w. aus seiner inkrementalen Weiterentwicklung auf der Grundlage der seit Bismarck tragenden Prinzipien: solidarische Finanzierung und Risikoausgleich, sozialer Ausgleich durch Leistungsgewährung nach dem Bedarfsprinzip, Generationenvertrag.

Seinen Kern bilden die fünf Zweige der Sozialversicherung: Gesetzliche Kranken-, Unfall-, Renten-, Arbeitslosen- und, in jüngster Zeit, Pflegeversicherung. In ihnen sind verschiedene, aber sich überschneidende Personenkreise zu Zwangsversichertengemeinschaften zusammengeschlossen, die ihnen im Falle des Risikoeintritts in unterschiedlichem Umfang finanzielle sowie Sach- und Dienstleistungen bereitstellen. Die *Leistungen der Sozialversicherung* sind also zunächst kompensatorisch angelegt, d.h. sie zielen auf den Ausgleich bereits eingetretener Schäden. Diese sog. konsumtiven Sozialleistungen dominieren gegenüber den Sozialinvestitionen. Während erstere sich dadurch auszeichnen, daß ihre Inanspruchnahme individuell gesteuert ist und sie eine

individuelle Begünstigung enthalten,² sind letztere dazu bestimmt, die Lebensbedingungen der Bevölkerung allgemein oder bestimmter, meist benachteiligter Gruppen zu verbessern.³ Solche sozialinvestiven Maßnahmen zur Verbesserung der gesundheitlichen Verhältnisse und der (ursachenorientierten) Verhütung bzw. Vorbeugung und Begrenzung von Schadensfällen wurden in zunehmendem Umfang – nicht zuletzt im Interesse der Entlastung der Ausgaben der Träger – den Aufgaben der Sozialversicherung hinzugefügt. So betreibt die Arbeitslosenversicherung neben der Zahlung von Leistungen die Arbeitsvermittlung, die Rentenversicherung zahlt nicht nur Altersruhegelder, sondern stellt Rehabilitationsmaßnahmen bereit, die den Eintritt des Rentenanspruchs verzögern sollen. In der Krankenversicherung wurden Leistungen zur Gesundheitsvorsorge in den siebziger Jahren durch die Aufnahme von Früherkennungsmaßnahmen in den Leistungskatalog zu verbindlichen Ansprüchen. Seit 1989 gehörte auch umfassende Gesundheitsförderung im Betrieb zu ihren Aufgaben, was allerdings in jüngster Zeit (November 1996) wieder stark eingeschränkt wurde. Allein in der Unfallversicherung war neben der Entschädigung von Arbeitsunfällen deren Verhütung fast von Anfang an, d.h. seit 1900, also fünf Jahre nach ihrer gesetzlichen Begründung durch die Bismarcksche Sozialreform im Jahre 1885, eine Regelaufgabe.

Die Organisation der Trägerschaft der einzelnen Sozialversicherungszweige folgt unterschiedlichen *Gliederungsprinzipien*. In der Krankenversicherung existieren regional, berufsständisch und betrieblich aufgebaute Versicherungsträger. Gegenwärtig gibt es

- 17 Allgemeine Ortskrankenkassen (AOK) mit rd. 30,4 Mio. Versicherten⁴ (Anfang 1993 waren es noch 269 Einzelkassen⁵),
- 46 Innungskrankenkassen (IKK) mit rd. 4,3 Mio. Versicherten (in 1994 waren es noch 142 Innungskrankenkassen mit 4,1 Mio. Versicherten⁶),
- 457 Betriebskrankenkassen (BKK) mit rd. 8,0 Mio. Versicherten (1995 waren es noch 699 Betriebskrankenkassen mit 7,8 Mio. Versicherten).⁷

2 Soziale Sicherung in der Bundesrepublik Deutschland (1966), Bericht der Sozialenquete-Kommission, erstattet von Walter Bogs, Hans Achinger, Helmut Meinhold, Ludwig Neundörfer, Wilfried Schreiber. Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz, Tz. 147, 225, im folgenden zitiert als Sozialenquete

3 Ebd.

4 AOK-Bundesverband (Hrsg.): Bilanz 1995, Bonn

5 DOK 1994, S. 541

6 IKK Bundesverband (Hrsg.): Geschäftsberichte 1994 und 1995

7 Berechnungen des BKK Bundesverbandes nach den amtlichen Statistiken

Hinzu kommen 13 Ersatzkassen für Arbeiter und Angestellte sowie landwirtschaftliche Krankenkassen, See-Krankenkasse und Bundesknappschaft mit insgesamt etwa 28 Mio. Versicherten.⁸ In der Privaten Krankenversicherung sind rd. 7,4 Mio. Personen versichert.⁹ Die Leistungsausgaben der gesetzlichen Krankenkassen beliefen sich 1995 auf rd. DM 216 Mrd.¹⁰

Die Unfallversicherung faßt ihre Mitglieder zunächst berufsgenossenschaftlich nach Branchen bzw. Gewerbezweigen zusammen. Zusätzliche, regionale Gliederungen finden sich in der Bau- und Metallwirtschaft sowie in den landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften und der Unfallversicherung der öffentlichen Hand.

Insgesamt existieren über 100 Einzelträger:

- 35 gewerbliche Berufsgenossenschaften,
- 20 landwirtschaftliche Berufsgenossenschaften,
- 7 Feuerwehrunfallkassen,
- die See-Berufsgenossenschaft.

Darüber hinaus sind Bund, Länder und Gemeinden Träger der Unfallversicherung der öffentlichen Hand mit

- 18 Gemeindeunfallversicherungsverbänden,
- 16 Ausführungsbehörden der Länder,
- 6 Eigenunfallversicherungen von Städten,
- 4 Ausführungsbehörden des Bundes.

1992 waren im Jahresdurchschnitt 68,3 Mio. Personen in 4,3 Mio. Mitgliedsunternehmen in der Unfallversicherung versichert. Insgesamt gab es 3,6 Mio. meldepflichtige Unfälle, davon wurden 58.800 erstmals entschädigt. Von 85.800 Anzeigen auf Verdacht einer Berufskrankheit wurden 5.923 erstmals entschädigt. Die Gesamtausgaben der Gesetzlichen Unfallversicherung betragen rd. DM 21 Mrd., davon waren knapp DM 12 Mrd. Entschädigungsleistungen.

Insgesamt sind 4.440 Personen als ehrenamtliche Mitglieder in den Selbstverwaltungsorganen der Unfallversicherung tätig, davon bei den gewerblichen

8 Eigene Berechnung nach Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (1996): Statistisches Jahrbuch für die Bundesrepublik Deutschland, Wiesbaden

9 Statistisches Jahrbuch für die Bundesrepublik Deutschland 1996

10 Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (Hrsg.): Statistisches Taschenbuch 1995 – Arbeits- und Sozialstatistik, Bonn

Berufsgenossenschaften, einschließlich der See-Berufsgenossenschaft, 2.480 Personen.¹¹

Die Aufgaben der Sozialversicherungsträger werden im Rahmen der *Selbstverwaltung* von ehrenamtlichen, aus gewählten Vertretern von Versicherten und Arbeitgebern zusammengesetzten Organen in Zusammenarbeit mit einer hauptamtlichen Verwaltung und Geschäftsführung wahrgenommen. Das bisherige Grundmodell bestand aus jeweils zwei nebeneinandergestellten, unterschiedlich großen, aber gleichermaßen paritätisch aus Versicherten- und Arbeitgebervertretern zusammengesetzten Organen: der Vertreterversammlung und dem Vorstand. Die Vertreterversammlung geht als einziges Gremium unmittelbar aus den im Abstand von sechs Jahren durchgeführten Sozialwahlen hervor und wählt den Vorstand aus ihrer Mitte. Während der zahlenmäßig kleinere Vorstand den Träger i.e.S. verwaltet, obliegen der Vertreterversammlung eher legislative Aufgaben. Insbesondere hat sie

- die Satzung und sonstiges autonomes Recht zu beschließen,
- den Haushaltsplan festzustellen,
- über die Entlastung des Vorstandes und des Geschäftsführers wegen der Jahresrechnung zu beschließen,
- den Träger gegenüber dem Vorstand und dessen Mitgliedern zu vertreten,
- über den Erwerb, die Veräußerung oder die Belastung von Grundstücken sowie über die Errichtung von Gebäuden zu beschließen.

Der Vorstand verwaltet den Träger und erläßt Richtlinien für die Führung der Verwaltungsgeschäfte durch den Geschäftsführer. Zu seinen wichtigsten Aufgaben gehören daneben

- die Aufstellung der Dienstordnung und des Stellenplanes für die Angestellten des Trägers und
- die Aufstellung des Haushaltsplans.

Darüber hinaus ist er für eine Vielzahl administrativer Angelegenheiten zuständig.

Obwohl nicht ganz analog, lassen sich Vertreterversammlung und Vorstand und ihr Verhältnis zueinander mit Parlament und Regierung vergleichen. Aus beiden Gremien können Ausschüsse gebildet werden, denen einzelne Aufgaben

11 Quelle: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (Hrsg.) (1994): Die gesetzliche Unfallversicherung in der Bundesrepublik Deutschland im Jahre 1992. Statistischer und finanzieller Bericht, Bonn

– mit Ausnahme der Rechtsetzung – entweder zur Erledigung oder zur Entscheidungsvorbereitung übertragen werden. Ausschüsse gibt es in den meisten Trägern einerseits für die unternehmerischen Aufgaben wie z.B. Finanzen bzw. Haushalt, Verwaltung bzw. Organisation, Bau- und Grundstücksangelegenheiten, andererseits für einzelne Bereiche der Leistungen, wie Krankenhaus, Heil- und Hilfsmittel und – in den Berufsgenossenschaften – Prävention. Die 'Arbeitsteilung' oder Verteilung der Erstzuständigkeiten zwischen den beiden Organen und der Geschäftsführung kann auch in den Satzungen jeweils trägerspezifisch geregelt werden. So gehören z.B. die Hauptgeschäftsführer der meisten Träger mit beratender Stimme dem Vorstand an. Allgemein dürfte zutreffen, daß alle wichtigen Entscheidungen im Zusammenspiel aller drei Organe und ihrer Ausschüsse getroffen werden.¹²

Bei den Krankenkassen wurde mit Wirkung zum 1.1.1996 eine Reform dieses Organisationsmodells durchgeführt. Die beiden Selbstverwaltungsorgane Vorstand und Vertreterversammlung wurden zu einem *ehrenamtlichen Verwaltungsrat* zusammengeführt und die bisherige Geschäftsführung durch einen *hauptamtlichen Vorstand* ersetzt. Damit ist eine Verkleinerung der Selbstverwaltungsorgane und eine geänderte Verteilung der Kompetenzen zwischen Selbstverwaltung und Geschäftsführung verbunden: während dem Verwaltungsrat "Entscheidungen von grundsätzlicher Bedeutung" übertragen sind, ist der Vorstand eigenverantwortlich für deren Umsetzung zuständig. Allerdings muß sich der Vorstand alle sechs Jahre der Wahl durch den Verwaltungsrat stellen, der sich somit eine gewisse Richtlinien-Konformität sichern kann. In den Grundzügen läßt sich dieses Modell mit Vorstand und Aufsichtsrat in mitbestimmten Unternehmen vergleichen.

Die *Finanzierung* der Sozialversicherung erfolgt i.w. durch Beiträge, die dem Arbeitseinkommen zwangsweise entnommen werden, d.h. sie ist an das Sozialprodukt bzw. die gesellschaftliche Wertschöpfung gebunden. Diese Finanzierungsgrundlage wird insbesondere bei hoher Arbeitslosigkeit problematisch, weil sie Einnahmen und Ausgaben gleichzeitig negativ berührt. Einer sinkenden Zahl von Beitragszahlern zu allen Zweigen der Sozialversicherung steht dann eine steigende Zahl von Leistungsempfängern, v.a. der Arbeitslosen- und Rentenversicherung gegenüber.

12 Bogs, Harald (1973): Die Sozialversicherung im Staat der Gegenwart. Öffentlich-rechtliche Untersuchungen über die Stellung der Sozialversicherung im Verbändestaat und im Versicherungswesen, Berlin, S. 41

Die Beiträge werden je zur Hälfte von Arbeitnehmern und Arbeitgebern gezahlt, mit Ausnahme der Unfallversicherung, deren Beiträge allein von den Unternehmern aufgebracht werden. Allerdings werden die Arbeitgeberbeiträge volks- und betriebswirtschaftlich als Lohnbestandteile bzw. Arbeitskosten behandelt. Rechtlich sind sie jedoch eine Schuld des Arbeitgebers. Diese Beitragszahler-Parität hat als Begründung für die paritätische Mitwirkung von Arbeitnehmern und Arbeitgebern in der Selbstverwaltung der GKV eine wesentliche Rolle gespielt (s.u. Kap. 1.3.1).

Die Beitragssätze in der GKV sind, anders als Steuersätze, nicht nach der Höhe des Arbeitseinkommens progressiv gestaffelt, sondern werden auf alle Einkommen (bis zur Beitragsbemessungsgrenze) mit dem gleichen Prozentsatz erhoben. Er wird also grundsätzlich nicht nach dem unterschiedlichen 'Risiko', mit dem die Versicherten die Gemeinschaft belasten, berechnet, sondern nach deren finanzieller Leistungsfähigkeit. Dieses Prinzip sowie die beitragsfreie Mitversicherung der Familienangehörigen bewirkt einen relativ umfassenden Solidarausgleich. Die freiwillig Versicherten, deren Bruttoeinkommen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze liegt, werden dazu in relativ geringerem Umfang herangezogen. Die Beitragssätze werden von den einzelnen Kassen, d.h. den Selbstverwaltungen, per Satzung festgelegt.

In der Unfallversicherung errechnet sich der Beitrag zum größten Teil ebenfalls aus der Höhe der Lohn- und Einkommenssumme der in einem Betrieb abhängig Beschäftigten und des Unternehmers. Darüber hinaus werden aber die einzelnen Betriebsarten auf der Grundlage der aufgebrachten Entschädigungsleistungen in Gefahrenklassen eingeordnet und mit unterschiedlichen Tarifen belegt. Außerdem bestimmt sich der Beitrag des einzelnen Unternehmers nach einem System von Zuschlägen und Beitragsrückerstattungen, mit dem Verschlechterungen und Erfolge bei der Unfallverhütung individuell berücksichtigt werden.

Dieser Finanzierungsmodus der Sozialversicherung beinhaltet in mehrfacher Hinsicht *Umverteilungswirkungen* in erheblichem Umfang:

- Risikoausgleich: zwischen Beitragszahlern und Leistungsempfängern, in der Krankenversicherung also zwischen gesunden Mitgliedern und Kranken;
- Generationenausgleich: in der Krankenversicherung zahlen junge Mitglieder für die im Alter steigende Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen mit;

- Familienlastenausgleich: ledige und kinderlose Mitglieder kommen mit für die in der Krankenkasse mitversicherten Ehepartner und Kinder von Familien auf;
- Einkommensumverteilung: Erwerbstätige mit höheren Einkommen für solche mit niedrigeren Einkommen; in der Unfallversicherung zwischen Unternehmern und Versicherten;
- Erwerbstätige für Arbeitslose: dadurch, daß der Beitrag zur Krankenversicherung bei Arbeitslosigkeit von der Bundesanstalt für Arbeit bezahlt wird;
- In jüngster Zeit ist im Zuge der Erweiterung des Wettbewerbs unter den Krankenkassen ein weiterer (befristeter) Ausgleichsmechanismus eingeführt worden, der sog. Risikostrukturausgleich zwischen den Kassen und Kassenarten. Er bewirkt Finanztransfers in erheblichem Umfang zugunsten von Kassen mit besonders schlechter Risikostruktur, d.h. vielen Rentnern, Familien etc. Auf diesem Wege stehen die Versicherten der Kassen mit 'guter' Risikostruktur für die anderen ein.

In der Unfallversicherung kommt es ebenfalls zu Umverteilungen zwischen den Mitgliedern:

- zwischen großen und kleinen Unternehmen (hohe/niedrige Lohnsumme);
- in geringem Umfang auch zwischen den Branchen durch einen gesetzlich verankerten Lastenausgleich zugunsten besonders durch Rentenzahlungen belasteter Wirtschaftszweige (das war in der Vergangenheit v.a. die Bergbau-Berufsgenossenschaft, die bei abnehmender Mitgliederzahl und Beitragsaufkommen eine zunehmende Rentenlast zu tragen hat).

In der Folge der deutschen Wiedervereinigung werden außerdem während des Aufbaus der Sozialversicherung die neuen Bundesländer begünstigt.

Durch die gesetzliche Sozialversicherung finden also, quasi im staatlichen Auftrag, in erheblichem, allerdings schwer zu bezifferndem Umfang Umverteilungen statt. Die Umverteilungslinien verlaufen sowohl zwischen Arbeitnehmern und Arbeitgebern als auch zwischen Erwerbstätigen unterschiedlicher Einkommenshöhe als auch zwischen anders bestimmten sozialen Lebenslagen und temporären Lebenssituationen von Versicherten. In der Unfallversicherung ergibt sich eine Ausgleichswirkung innerhalb der Wirtschaft zugunsten ökonomisch schwächerer und schrumpfender Zweige.

Trotz des Fehlens einer systematischen Umgestaltung haben sich Bedeutung und Funktion der Sozialversicherung im Lauf der Zeit stark gewandelt. Für

den hier zu beschreibenden Handlungsrahmen der Selbstverwaltung sind dabei v.a. drei Gesichtspunkte wesentlich: das Verhältnis der Selbstverwaltung zum Staat, das Verhältnis der an der Selbstverwaltung beteiligten Sozialpartner zueinander sowie das Verhältnis von Sozialversicherung und Selbstverwaltung zu Mitgliedern und Versicherten.

1.2 Zum Verhältnis von Staat und Selbstverwaltung

Die Träger der Sozialversicherung sind Körperschaften des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung (§ 29 SGB IV). D.h. sie werden durch Gesetz oder aufgrund öffentlicher Vorschriften errichtet, sind aber aus dem Behördenzug der unmittelbaren Staatsverwaltung ausgegliedert. Ihr Haushalt ist vom zentralen öffentlichen Haushalt getrennt und folgt dem finanzwirtschaftlichen Prinzip der Parafiskalität, d.h. er beruht auf dem Recht zur Zwangsabgabenerhebung bei Zweckbindung der Einnahmen. Die Träger führen gesetzlich zugewiesene Aufgaben nach Maßgabe von Gesetz und Satzung in eigener Verantwortung durch. Als Träger öffentlicher Aufgaben und ausgestattet mit hoheitlichen Befugnissen unterliegen sie aber der Staatsaufsicht.

Ordnungspolitisch ist die Sozialversicherung und ihre Selbstverwaltung also in der Logik staatlicher Delegation angesiedelt: der Staat überträgt Aufgaben, die er aufgrund ihrer gesellschaftlichen Bedeutung als öffentliche ansieht, an eigens dafür errichtete Körperschaften. Selbstverwaltung, sei es im Bereich der Kommunen, Hochschulen, des Rundfunks oder der Sozialversicherung, steht damit im Spannungsfeld zwischen staatlich-politischem Zugriff und Selbstverwaltungsautonomie.

Dieses Spannungsfeld ist insbesondere durch zwei Gesichtspunkte gekennzeichnet:

1. Der Staat weist der Sozialversicherung ihre Aufgaben durch gesetzlichen Auftrag zu. Durch Änderungen der gesetzlichen Grundlagen hat er dabei immer intensiver regulierend eingegriffen.¹³ Dies manifestiert sich v.a.
 - *im Umfang des zwangsweise von der Sozialversicherung erfaßten Personenkreises und der Hereinnahme immer zahlreicherer 'Risiken' als Versicherungsfälle: Das Krankenversicherungsgesetz von 1883 erfaßte*

¹³ Schnapp, Friedrich E. (1983): Die Selbstverwaltung in der Sozialversicherung, in: Albert v. Mutius (Hrsg.): Selbstverwaltung im Staat der Industriegesellschaft, Festgabe für G. Ch. v. Unruh, Heidelberg, S. 883

mit Versicherungszwang v.a. Arbeiter in Gewerbebetrieben, so daß anfangs nur ca. zehn Prozent der Bevölkerung des Deutschen Reiches Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung waren.¹⁴ Heute umfaßt sie Arbeiter und Angestellte gleichermaßen, unterhaltspflichtige Familienangehörige der Versicherten, Rentner und seit den siebziger Jahren Studenten und Praktikanten u.a. Damit gehören heute rd. 90 Prozent der Bevölkerung zum Versichertenkreis der Gesetzlichen Krankenversicherung. Ihrer historischen Grundidee nach zielten die Leistungen der Sozialversicherung auf eine Grundversorgung der von typischen Einkommensausfallsituationen Betroffenen,¹⁵ insbesondere der Arbeiterschaft als einer schutzwürdigen Minderheit:¹⁶ Krankheit, Unfall, Invalidität bzw. Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit. Im Laufe der Zeit wurden zunehmend auch für Lebenslagen und -situationen Sicherungen geschaffen, die unabhängig vom Erwerbsstatus auftreten: Mutterschaft, Alter, Pflegebedürftigkeit, Tod. D.h. es wurden kontinuierlich neue 'Risiken' als Versicherungsfälle und weitere Personenkreise in die Sozialversicherung aufgenommen. Mit der Hereinnahme von Früherkennungsmaßnahmen 1971 und der Ausdehnung des gesetzlichen Auftrags auf Gesundheitsförderung 1989 ist ein neuer 'Leistungstyp' hinzugekommen. Die historisch ursprüngliche Funktion der Sozialversicherung als Lohnersatz hat sich damit grundsätzlich gewandelt.

Auch in der Unfallversicherung wurde die Mitgliedschaft und damit die versicherten Personenkreise und Risiken kontinuierlich ausgedehnt. Bei Inkrafttreten des Unfallversicherungsgesetzes 1885 erstreckte sie sich nur auf besonders gefährdete Bereiche der Industrie – Bergbau, Hüttenwerke u.a. – und deckte nur vom Unternehmer selbst oder seinen Vertretern verschuldete Betriebsunfälle ab. Sie hatte die Funktion der Ablösung der privaten Haftpflicht des Unternehmers. Da gerade für diese Betriebe Massenunfälle typisch waren, deren Entschädigung die Zahlungsfähigkeit des Einzelunternehmers überstieg, wurde damit gleichzeitig den Arbeitnehmern ein sicherer Schuldner gegeben. Inzwischen umfaßt sie ausnahmslos alle Betriebe, einschließlich der des öffentlichen Dienstes und die darin beschäftigten Arbeitnehmer. In den Versiche-

14 Tennstedt, Florian (1976): Sozialgeschichte der Sozialversicherung, in: Maria Blohmke; Christian v. Ferber; Karl Peter Kisker; Hans Schaefer (Hrsg.): Handbuch der Sozialmedizin in drei Bänden, Bd. III: Sozialmedizin in der Praxis, Stuttgart, S. 386

15 H. Bogs 1973, S. 315

16 Chr. v. Ferber 1976, S. 153

rungsschutz wurden sukzessive alle Arbeitsunfälle und eine immer größere Zahl von Berufskrankheiten einbezogen. Die Haftpflicht des Unternehmers entfällt nur bei vorsätzlicher Verursachung eines Arbeitsunfalls durch den Versicherten. Seit 1925 werden auch Wegeunfälle – auf dem Weg zur und von der Arbeitsstätte – als Arbeitsunfälle behandelt und entschädigt. Damit hat der Gesetzgeber den Versicherungsschutz auch auf Unfälle mit außerbetrieblicher Ursache ausgedehnt und den Haftpflichtgedanken zugunsten des sozialen Schutzes ausgeweitet.¹⁷ Im Bereich der öffentlichen Hand wurde der versicherte Personenkreis schon früh auf im öffentlichen Interesse tätig werdende Personen ausgedehnt, bspw. bei Feuerwehren oder auch im Einzelfall Hilfeleistende als Blutspender, bei Rettung aus Lebensgefahr oder der Festnahme von Personen, die einer strafbaren Handlung verdächtig sind. Damit fanden auch Tätigkeiten außerhalb der beruflichen Sphäre Eingang in den Versicherungsschutz der Unfallversicherung der öffentlichen Hand, die weniger vom Versicherungs- als vom Fürsorgegedanken getragen sind.¹⁸ Ebenfalls im Bereich der öffentlichen Unfallversicherung wurden 1971 Schüler, Studenten, Kindergartenbesucher u.a. in den Versicherungsschutz aufgenommen.

Die Sozialversicherung deckt also zunehmend auch Risiken ab, die *nicht auf das Arbeitsverhältnis* bezogen sind. Diese, über das Versicherungsverhältnis hinausgehenden Leistungen liegen ebenso im allgemeinen öffentlichen Interesse wie im Interesse der Versicherten, werden aber von den Mitgliedergemeinschaften i.w. allein getragen (d.h. – mit Ausnahme der Rentenversicherung – ohne staatliche Zuschüsse¹⁹).

- Der zunehmende staatliche Einfluß auf die Sozialversicherung drückt sich auch in der *Vereinheitlichung des Beitrags- und Leistungsrechts* aus: Die Leistungen der Sozialversicherung sind heute nahezu vollständig gesetzlich geregelt, so daß sich die einzelnen Träger und Trägerarten diesbezüglich kaum unterscheiden. Freiwillige, auf der Grundlage der

17 Jantz, Kurt (1961): Prinzipien der Gesetzgebung in der Unfallversicherung, in: Grundsatzfragen der sozialen Unfallversicherung. Festschrift für Dr. Herbert Lauterbach zum 60. Geburtstag, Berlin, S. 17 f

18 Carganico, Hans-Albrecht; Spiecker, Karl-Max (1961): Selbstverwaltung im Spannungsfeld zwischen Staat und Gesellschaft, in: Grundsatzfragen der sozialen Unfallversicherung. Festschrift für Dr. Herbert Lauterbach zum 60. Geburtstag, Berlin, S. 56

19 Kritisch dazu Lampert, Heinz (1984): Soziale Selbstverwaltung als ordnungspolitisches Prinzip staatlicher Sozialpolitik, in: Helmut Winterstein (Hrsg.): Selbstverwaltung als ordnungspolitisches Problem des Sozialstaates II, Berlin, S. 41

Satzung des jeweiligen Trägers bereitgestellte Leistungen sind an die gesetzliche Zulassung gebunden. Bei Zwangsmitgliedschaft würden substantielle Unterschiede zwischen bspw. Ortskrankenkassen und Innungskrankenkassen mit dem Gleichheitsgedanken kollidieren. Die Festsetzung der Beiträge obliegt zwar nach wie vor der Selbstverwaltung, unterliegt aber gesetzlich vorgeschriebenen Begrenzungen und ergibt sich darüber hinaus – da die Beiträge kostendeckend sein müssen – i. w. aus der Inanspruchnahme der gesetzlich vorgeschriebenen Leistungen. Nur bei den gesundheitsfördernden Leistungen der Krankenversicherung und den präventiven Maßnahmen der Unfallversicherung verfügen bzw. verfügten die Träger über vergleichsweise große eigene Gestaltungsspielräume.

- *Auch bezüglich der organisatorischen Binnenstruktur in Form von Personal-, Haushalts- und Rechnungswesen sowie des Satzungsrechts hat der Gesetzgeber weitgehend einheitliche Regelungen geschaffen. Der Haushaltsplan, einschließlich der Stellenpläne der Versicherungsträger, ist genehmigungspflichtig und kann von der Aufsichtsbehörde in einzelnen Punkten beanstandet werden.*

2. Außer der Bindung an den Gesetzesauftrag ist für das Verhältnis der Sozialversicherung zum Staat dessen aufsichtliche Tätigkeit bestimmend. Sie umfaßt zum einen die Rechtsaufsicht, d.h. die Prüfung der Übereinstimmung mit Gesetz und sonstigem Recht (§ 87 (1) SGB IV). Die Unfallversicherungsträger unterliegen darüber hinaus auch der Fachaufsicht, die die Prüfung von Umfang und Zweckmäßigkeit der Maßnahmen einschließt (§ 87 (2) SGB IV). Aber auch die bloße Rechtsaufsicht kann in ihrer Wirkung ebenfalls fachaufsichtlichen Charakter annehmen.²⁰ Die Aufsicht durch den Staat bzw. eine jeweils zuständige Behörde bedeutet also einen rechtlichen und u.U. auch fachlichen Zustimmungsvorbehalt im Einzelfall. V.a. durch letzteres behält der Staat Einfluß auf die Aktivitäten der Sozialversicherung.

Die Zunahme staatlicher Regulierung steht im Zeichen von Sozialstaatsprinzip und Gleichheitssatz des Grundgesetzes (Art. 20, 28 GG und Art. 3 Abs. 1 GG),²¹ die den Gesetzgeber in gewissem Umfang auf die Herstellung wirtschaftlich

²⁰ F.E. Schnapp 1983, S. 895; Bogs, Harald (o.J. [1976]): Strukturprobleme der Selbstverwaltung einer modernen Sozialversicherung. Rechtswissenschaftlicher Teil des Forschungsberichts: Selbstverwaltung im Spannungsfeld zwischen sozialpolitischem Fortschritt und Demokratisierung der Gesellschaft, erstattet im Auftrag des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung. Bonn-Duisdorf, S. 15; ders. (1973), S. 200 ff

²¹ F.E. Schnapp 1983, S. 884

und sozial gleicher Lebensbedingungen im ganzen Staatsgebiet und für alle Bürger verpflichten. Soziale Sicherung muß möglichst alle Gesellschaftsmitglieder einschließen, sie muß daher möglichst viele Risiken einbeziehen und gleiche Leistungen jedem Bedürftigen gewähren.²² Die Sozialversicherung muß deswegen demokratisch legitimierter Kontrolle unterliegen. Das Recht der Selbstverwaltung darf kein Entscheidungsrecht zugunsten einzelner gesellschaftlicher Gruppen begründen.²³

Das öffentliche Interesse an der sozialen Sicherung, das die Grundlage der staatlichen Delegation ist, hat sich im historischen Verlauf also wesentlich gewandelt. Die Sozialversicherung ist von einer Einrichtung zum Schutz benachteiligter oder besonders bedürftiger Bevölkerungsgruppen zu einer umfassenden Versorgung praktisch der gesamten Bevölkerung geworden. Das Recht der Selbstverwaltung der Sozialversicherungsträger und der Anspruch auf deren Autonomie kann deshalb heute nicht mehr allein auf die Interessen benachteiligter Bevölkerungsgruppen – insbesondere der Arbeiter – zurückgeführt werden, sondern muß sich als im Interesse des Gemeinwohls liegend begründen lassen.

Es liegt am Gesetzgeber, in welchem Maße er diesem Gebot Vorrang einräumt gegenüber föderativen und regionalen Ordnungen.²⁴ In jedem Fall steht die Normierung und Standardisierung von Leistungen im Spannungsverhältnis zu den regional unterschiedlichen wirtschaftlichen und sozialen Strukturen und damit auch zu den räumlichen Gliederungen der Sozialversicherung, insbesondere also der Krankenversicherung. In dem Maße, in dem der Gesetzgeber im Interesse der Angleichung der Lebensverhältnisse vereinheitlichende Regulierungen vornimmt, in dem Maße schränkt er die Entscheidungsspielräume der Selbstverwaltung ein. Dies hat auch einen Bedeutungs- und Kompetenzverlust der regionalen Träger zugunsten der zentralen Organe der Landes- und Bundesverbände zur Folge. Die Dezentralisation staatlicher Macht, wie sie mit der Organisation der Sozialversicherung angelegt und bezweckt ist, findet ihre Grenze am Grundsatz rechtsstaatlicher Gleichheit. Daraus ergibt sich ein Widerspruch zum Anspruch auf sozialstaatliche, reale Gleichheit der Bürger in der Teilhabe sozialstaatlicher Maßnahmen.²⁵

22 H. Lampert 1984, S. 45 f

23 Chr. v. Ferber 1976, S. 121

24 Vgl. H. Bogs 1973, S. 278 f

25 Chr. v. Ferber 1976, S. 121; H. Lampert 1984, S. 46

Bei den nach Branchen bzw. Gewerbebezweigen gegliederten, aber in den meisten Fällen bundesweit zuständigen Unfallversicherungsträgern existiert das Problem ebenfalls. Hier sind es v.a. die Anforderungen an einheitliche, für die einzelnen Branchen möglichst gleichmäßige Standards, die zu einer Zunahme von Aufgaben bei den Landes- und Bundeszusammenschlüssen und einem korrespondierenden Kompetenzverlust auf einzelträgerschaftlicher Ebene führen. Aber auch innerhalb einer Branche gilt, daß Regelungen und Maßnahmen nicht alle Betriebe hinweg im gleichen Maße berühren. Auch hier also kollidieren formale Gleichheit und materiale, reale Gleichheitsansprüche.

Das Verhältnis zwischen Selbstverwaltung und Staat ist also in mehrfacher Hinsicht spannungsreich. In dem Maße, in dem der Gesetzgeber den Auftrag der Sozialversicherungsträger ausdifferenziert und präzisiert sowie seine Erfüllung laufender Überwachung unterzieht, verringern sich die Gestaltungs- und Entscheidungsspielräume der Selbstverwaltung. So stellt Wertenbruch schon 1975 den Tod der Sozialen Selbstverwaltung in einem materialen Sinne fest,²⁶ und Schnapp kommt auch noch 1983 zu dem Schluß, daß die Entscheidungsspielräume der Selbstverwaltung "beim augenblicklichen Stand der Dinge gegen Null" tendieren.²⁷ Rosenbrock behauptet sogar: "Die gesetzlichen Aufgaben [der Krankenkassen; C.F.] wären heute prinzipiell, d.h. ohne Effizienzverlust und merklichen Einflußverlust für die Betroffenen, auch von einer unmittelbaren Staatsverwaltung zu erfüllen".²⁸ Gleichzeitig stellt er jedoch fest, daß es eine Reihe ungenutzter Regelungsspielräume und -lücken gibt.²⁹

Diese ernüchternden Feststellungen treffen heute in erster Linie für den Bereich der kompensatorischen, kurativen Leistungen zu. Auf dem Gebiet der Prävention und der Gesundheitsförderung dagegen sind sowohl der Krankenversicherung als auch der Unfallversicherung gerade in den letzten Jahren im Zuge nationaler und europäischer Reformen weitreichende Gestaltungsmöglichkeiten zugewachsen (dazu unten Kap. 2.1).

Die Zunahme staatlicher Regulierung zulasten der Selbstverwaltungsautonomie wird keineswegs einheitlich beurteilt. Dabei unterscheiden sich die in der

26 Wertenbruch, Wilhelm (1975): Zur Existenz der Selbstverwaltung im System der sozialen Sicherung, in: Zeitschrift für Sozialreform, H. 9, S. 518-539

27 F.E. Schnapp 1983, S. 885

28 Rosenbrock, Rolf (o.J. [1985]): Gesetzliche Krankenversicherung im betrieblichen Spannungsfeld: Handlungsräume – Interessenkonstellationen – Politiktypen, in: WZB Projekt: Betriebskrankenkassen und Prävention, Schlußbericht für die DFVLR, S. 104-199, Berlin

29 A.a.O., S. 118 ff

Literatur vertretenen Positionen schon bei den grundlegenden Prämissen. Diese lassen sich auf zwei gegensätzliche Sichtweisen zuspitzen:

Auf der einen Seite wird Selbstverwaltung als Ausfluß gesellschaftlicher Selbsthilfe- oder Selbstorganisationsbewegungen i.w.S. verstanden. So beschreibt etwa H. Bogs das Selbstverwaltungsprinzip als "freiheitliche Regelung und Selbstbesorgung öffentlicher Angelegenheiten durch den interessierten engeren Gesellschaftskreis und seiner sachkundigen Repräsentanten lediglich unter staatlicher Aufsicht".³⁰ Sie soll "der Ausübung einer öffentlichen Verwaltungsfunktion [...] einen freiheitlicheren, weniger einseitig-obrigkeitlichen und weniger bürokratischen Charakter geben."³¹ Selbstverwaltung in dieser Sicht zielt also auf die Vermeidung und Einschränkung der Staatstätigkeit. Die daraus abgeleiteten Ansprüche auf Selbstverwaltungsautonomie werden sowohl mit funktionalen Argumenten einer größeren Effizienz der Selbstverwaltung gegenüber rein staatlicher Bürokratie begründet als auch mit ihren demokratisierenden, das Legitimationsdefizit des immer umfangreicher steuernden und verteilenden Sozialstaates zumindest partiell aufhebenden Wirkungen (Chr. v. Ferber, Lampert, Thiemeyer).

Auf der anderen Seite werden dagegen solche Ansprüche auf Freiräume gegenüber dem Staat als nicht legitimiert zurückgewiesen. So bestimmt Lamping (1994) die Selbstverwaltung formaljuristisch als mittelbare Staatsverwaltung, die dem Staat Entlastung bei der Erfüllung seiner Aufgaben sein soll und muß. Als lediglich staatlich konzedierte, grundgesetzlich nicht geschützte und daher jederzeit reversible Form staatlicher Verwaltung sei die Selbstverwaltung der 'verlängerte Arm' des Gesetzgebers und müsse der besseren Ausführung der Verwaltungsaufgaben dienen.³² Selbstverwaltungsautonomie führe zu Dominanz und Verselbständigung partikularer, berufsständischer und verbandlicher Interessen in der Selbstverwaltung und muß daher zum Problem der Steuerung sozialstaatlicher Versorgung werden. Dies kann dann nur durch eine stärkere Instrumentalisierung durch den das Gemeinwohl repräsentierenden Staatswillen aufgehalten werden. Während hier die Selbstverwaltung geradezu als Ursache für Steuerungs- und Effizienzprobleme in der Sozialversicherung

30 H. Bogs (o.J. [1976]), S. 13

31 A.a.O., S. 16

32 Lamping, Wolfram (1994): Selbstverwaltung und Parafiskalität: Die gesetzliche Krankenversicherung im politischen Ausgleich sozialer Risiken, in: B. Blanke (Hrsg.): Krankheit und Gemeinwohl. Gesundheitspolitik zwischen Staat, Sozialversicherung und Medizin, Opladen, S. 75-109

erscheint³³ und ihre Lösung entsprechend in einer stärkeren Instrumentalisierung der Selbstverwaltung durch den Staat gesehen wird, betont die andere Seite die Demokratisierungs- und Innovationspotentiale der Selbstverwaltung und verbindet dies mit Hoffnungen auf deren Weiterentwicklung und Aktivierung.

1.3 Zu Präsenz und Verhältnis der Sozialpartner in der Selbstverwaltung

Bei allen Formen staatlich delegierter Selbstverwaltung stellt sich die Frage, wem sie und in welchem Umfang übertragen werden soll. Im Falle der Sozialversicherung überträgt der Staat die Selbstverwaltung den Versicherten und Arbeitgebern. Bezüglich des Umfangs der Vertretungsrechte hat der Gesetzgeber im Lauf der Zeit variierende, für Legitimation und Funktion der Selbstverwaltung bedeutsame Antworten gegeben. Die für die Organisation der Selbstverwaltung in Kranken- und Unfallversicherung wesentlichen Kodifikationen wurden bei deren Errichtung 1883 bzw. 1884 und im Selbstverwaltungsgesetz von 1951 vorgenommen. Seit 1977 ist das vierte Buch des Sozialgesetzbuches (SGB IV) maßgeblich, in dem die wesentlichen Inhalte des Selbstverwaltungsgesetzes aufgegangen sind.³⁴ Da sich die für die Vertretungsrechte in der Selbstverwaltung relevanten Konstruktionsprinzipien von Kranken- und Unfallversicherung unterscheiden, werden im folgenden beide Zweige getrennt behandelt.

1.3.1 Gesetzliche Krankenversicherung

1.3.1.1 Beteiligung von Versicherten und Arbeitgebern

Die Gesetzliche Krankenversicherung hatte ihre Vorläufer in Hilfseinrichtungen der Innungen und Zünfte, Selbsthilfeeinrichtungen von Arbeitern auf genossenschaftlicher Basis und von Unternehmern gegründeten Fabrikkrankenkassen. Als v.a. von Arbeitern selbstorganisierte und allein von Versicherten finanzier-

³³ Dazu auch: Mayntz, Renate (1991): Politische Steuerbarkeit und Reformblockaden: Überlegungen am Beispiel des Gesundheitswesens, in: Klaus-Dirk Henke; Joachim Jens Hesse; Gunnar Folke Schuppert (Hrsg.): Die Zukunft der sozialen Sicherung in Deutschland, Sonderheft I zur Zeitschrift Staatswissenschaften und Staatspraxis, Baden-Baden, S. 21-45; Rosewitz, Bernd; Webber, Douglas (1990): Reformversuche und Reformblockaden im deutschen Gesundheitswesen, Frankfurt, New York

³⁴ Vgl. Hendler, Reinhard (1984): Selbstverwaltung als Ordnungsprinzip. Zur politischen Willensbildung und Entscheidung im demokratischen Verfassungsstaat der Industriegesellschaft, Köln, Bonn, Berlin, München, S. 219

te Einrichtungen waren sie auch 'selbstverwaltet', wurden also von den Versicherten in Regie genommen. Die Erledigung der Verwaltungsgeschäfte übernahmen von der Genossenschaftsversammlung gewählte Mitglieder. Ihre Leistungen bestanden ganz überwiegend aus Barleistungen, während Sach- und Dienstleistungen (ärztliche Behandlung, Heil- und Hilfsmittel) erst allmählich zunahmen.³⁵ Diese Leistungen sind kompensatorisch angelegt und haben die Funktion der finanziellen Absicherung gegen die Risiken der Abhängigkeit von Arbeitseinkommen.

Das Krankenversicherungsgesetz von 1883 stellte diese Einrichtungen auf eine neue rechtliche Grundlage. Die Funktion der Krankenversicherung als Lohnersatz und die damit gestiftete Nähe zum Lohnarbeitsverhältnis legte die Beteiligung der dieses Verhältnis konstituierenden Parteien nahe.³⁶ Dies galt zunächst für die Finanzierung: die Beiträge waren zu zwei Dritteln von den Arbeitnehmern und zu einem Drittel von den Arbeitgebern aufzubringen. Bezüglich der Organisation knüpfte die neue Form der Selbstverwaltung zwar an die vorher schon bestehenden Formen der Selbstorganisation durch die Versicherten an, billigte aber den Arbeitgebern als Beitragszahlern ein Drittel der Vertretungsrechte zu.

Dieser *Anschluß der Sozialversicherung an das Arbeitsverhältnis* ist vor dem Hintergrund der gesellschaftlichen Situation und den politischen Kräfteverhältnissen im Kaiserreich zu sehen. Die Bismarckschen Sozialreformen verfolgten nicht allein soziale, sondern v.a. auch politische Ziele. Die soziale Absicherung der Arbeiter sollte die von ihnen ausgehende politische Bedrohung der staatlichen Ordnung eindämmen. Nachdem die polizeistaatlichen Zwangsmaßnahmen des Sozialistengesetzes von 1878 den anhaltenden Zulauf zur Sozialdemokratie nicht gebremst hatten, sollte der wachsenden politischen Kraft der Arbeiterschaft durch Verbesserung ihrer sozialen Lage der Boden entzogen werden. Als politisches Instrument der 'Befriedung' des dominierenden gesellschaftlichen Konflikts stand die Krankenversicherung von Beginn an im Spannungsfeld der wirtschaftsgesellschaftlichen Gegensätze.³⁷ Der Anschluß der Sozialversicherung an das Arbeitsverhältnis stellte die 'soziale Frage' in die Logik des Einkommensverteilungskonflikts.

Die Beteiligung sowohl der Versicherten als auch der Arbeitgeber an der Selbstverwaltung ergab sich also für den Gesetzgeber des Kaiserreichs zum

35 F. Tennstedt 1976, S. 386, 389

36 Chr. v. Ferber 1976, S. 112

37 Chr. v. Ferber 1976, S. 111 ff

einen aufgrund der historisch vorliegenden Einrichtungen der Selbstorganisation der Arbeiter und zum anderen aus politischen Motiven. Die Einführung der Versicherungspflicht bedeutete die zwangsweise Entnahme der Beiträge vom Arbeitseinkommen der Versicherten, verpflichtete die Arbeiter also zum Zwangssparen. Für die Arbeitgeber stellte sich der Pflichtanteil am Beitrag als Erhöhung der Lohnkosten dar. Während bei der Einführung der Versicherungspflicht die damit beabsichtigten Umverteilungswirkungen von Arbeitgebern auf Versicherte auch tatsächlich eintraten, also kurzzeitig gewinnmindernd wirkten,³⁸ ist dieser Effekt heute praktisch bedeutungslos. Die Arbeitgeberbeiträge werden sowohl volks- als auch betriebswirtschaftlich als Lohnbestandteile bzw. Arbeitskosten behandelt, fließen also in Kostenkalkulation und Preisbildung der Unternehmen ein und werden auf die Abnehmer überwält.³⁹ Ohne die Arbeitgeberbeiträge müßten entsprechend die Bruttolöhne und -gehälter höher liegen. Beitragserhöhungen hätten dann die Arbeitnehmer allein zu tragen bzw. ihr Ausgleich durch Einkommenserhöhungen fiele in den Bereich der Tarifpolitik.

Diese Zwangsentnahme der Beiträge vom Arbeitsentgelt stiftet auf beiden Seiten ein Interesse an Mitwirkung bei der Verfügung über diese Mittel. Auf seiten der Arbeitnehmer steht dieses Interesse zunächst im Zeichen ihrer Betroffenheit von den Versicherungsleistungen. Es ist primär auf deren Art und Umfang gerichtet. Die Arbeitgeber dagegen sind nicht von den Leistungen selbst betroffen. Für sie steht das Interesse an Berechenbarkeit der finanziellen Entwicklung und Rechtssicherheit im Vordergrund.

Die Mitwirkung der Arbeitgeber an der Selbstverwaltung wird daher als nicht im gleichen Sinne berechtigt kritisiert. Die rechtliche Beteiligung am Beitragsaufkommen stelle keine, der Betroffenheit durch Leistungen vergleichbare, innere Begründung dar, sondern schaffe eine Scheinlegitimation. Sie räumt den Arbeitgebern als Nicht-Betroffenen Mitwirkungsrechte ein und realisiere damit ein Selbstverwaltungsmodell, das nicht aus der sozialversicherungsinternen Problemstellung heraus entwickelt, sondern von außen hergetragen ist und insofern eine funktionsgerechte Erfüllung der Aufgaben behindere.⁴⁰ Das reale Motiv für die Beteiligung der Arbeitgeber sei hingegen die

40 Chr. v. Ferber 1976, S. 120

38 Sozialenquete 1966, Tz. 579, 461 f

39 Bäcker, Gerhard; Bispinck, Rainer; Hofemann, Klaus; Naegle, Gerhard (1989): Sozialpolitik und soziale Lage in der Bundesrepublik Deutschland, 2., grundlegend überarb. u. erw. Aufl., Bd. 1: Arbeit, Einkommen, Qualifikation, Köln, S. 51

Disziplinierung der Arbeiterschaft gewesen.⁴¹ Sobald aber die Bereitstellung und Ausgestaltung von Sachleistungen zur dominanten Funktion der Krankenversicherung wird, kann sich nur noch die Beteiligung der Versicherten an der Selbstverwaltung – außer auf die politischen Motive der historischen Entstehungssituation – auf die unmittelbare Betroffenheit durch die Versicherungsleistungen berufen.

Von der Behandlung der Beiträge als Lohnnebenkosten bleibt aber die Art der 'Betroffenheit' der Arbeitgeber unberührt. Die Beiträge wirken sich in jedem Fall auf die Kalkulationsgrundlagen und die Konkurrenzbedingungen der Unternehmen aus. Darüber hinaus wird von Arbeitgeberseite ihre Beteiligung an der Selbstverwaltung auch mit den Auswirkungen der Sozialversicherung auf das Arbeitsverhältnis selbst und das betriebliche Geschehen begründet sowie mit dem Interesse an einer insgesamt funktionierenden Wirtschafts- und Gesellschaftsordnung. Schließlich wird auch die umfangreiche Belastung der Betriebe durch die Verwaltungshilfe bei der Durchführung der Sozialversicherung geltend gemacht.⁴²

Während für die Arbeitnehmer also die Auswirkungen der Krankenversicherung auf ihre soziale Lage entscheidend sind, sind es für die Arbeitgeber die Auswirkungen auf die Konkurrenzfähigkeit der Betriebe. Insofern damit aber außerdem die Sicherung von Arbeitsplätzen verbunden ist, sind davon auch vitale Interessen der Arbeitnehmer berührt. Der der Lohnersatzfunktion der Leistungen inhärente Interessengegensatz zwischen Arbeitnehmern und -gebern ist also in eine übergreifende Interessenhomogenität eingebettet.

Dennoch sind für den Anschluß der Krankenversicherung an das Lohnarbeitsverhältnis in erster Linie historische Gründe bestimmend. Das Konstrukt der Beitragszahler-Beteiligung macht einerseits Nicht-Betroffene (Arbeitgeber) zu Beitragszahlern und stiftet dadurch ein ökonomisches Interesse an der Mittelverwendung. Andererseits sind bis heute, nachdem der Kreis der Versicherten bis an die Grenze einer Volksversicherung ausgedehnt worden ist, Betroffene, d.h. Anspruchsberechtigte (mitversicherte Familienangehörige) als Nicht-Beitragspflichtige von der Selbstverwaltung ausgenommen.

41 WSI-Studie zur Wirtschafts- und Sozialforschung Nr. 35 (Projektleitung: Erich Standfest) (1978): Sozialpolitik und Selbstverwaltung. Zur Demokratisierung des Sozialstaats, 2. Auflage, Köln, S. 31

42 Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (Hrsg.) (1993): Soziale Selbstverwaltung. Bedeutung, Organisation, Aufgaben, 3. Aufl., Bergisch-Gladbach (Heider), S. 23, 11, 12

Mit dem Anschluß der Sozialversicherung an das Arbeitsverhältnis und der Anbindung der Vertretungsrechte in der Selbstverwaltung an das Beitragszahlerprinzip werden also verschieden begründete, gegenüber der Funktion der Sozialversicherung heteronome Interessen in die Selbstverwaltung eingeführt. Zum spannungsreichen Verhältnis von Selbstverwaltung und Staat kommt das zwischen den Arbeitsvertragsparteien hinzu. Allerdings hängen dessen Auswirkungen und Konfliktpotentiale wesentlich vom Umfang der beiden Seiten jeweils eingeräumten Vertretungsrechte ab.

1.3.1.2 Der Umfang der Vertretungsrechte

Die Beteiligung von Versicherten und Arbeitgebern an Beitrag und Selbstverwaltung zu zwei bzw. einem Drittel, wie sie seit der Gründungsphase der Sozialversicherung bis zum Ende der Weimarer Republik (bzw. bis zur Abschaffung der Selbstverwaltung im nationalsozialistischen Staat) bestand, wurde durch das Selbstverwaltungsgesetz von 1951 zuletzt geändert. Dominierendes Prinzip der Verteilung von Vertretungsrechten ist seither die Parität: Versicherte und Arbeitgeber sind in gleicher Anzahl in den Selbstverwaltungsorganen vertreten. Ausnahmen hiervon bestehen bei den Ersatzkassen (nur Versichertenvertreter), der Bundesknappschaft (zwei Drittel Versicherte, ein Drittel Arbeitgeber) und bei der Bundesanstalt für Arbeit (Versicherte, Arbeitgeber und Staat je zu einem Drittel). Bei den Betriebskrankenkassen besteht die Besonderheit, daß der Arbeitgeber mit nur einer Person vertreten ist, diese aber mit dem gleichen Stimmengewicht wie die Versichertenvertreter ausgestattet ist.

Die paritätische Zusammensetzung der Selbstverwaltungsorgane entspricht i.d.R. nach wie vor dem (zumindest rechtlich geschuldeten) Anteil am Beitragsaufkommen, das je zur Hälfte von Versicherten und Arbeitgebern bestritten wird. Während die Versicherten in den sog. Primärkassen durch die Neuregelung an Einfluß einbüßten, erhielten sie volle Mitwirkungsrechte in der Unfallversicherung mit der Besonderheit, daß deren Beiträge weiterhin allein von Arbeitgeberseite aufgebracht werden (s.u.).

Die paritätische Konstruktion war schon bei ihrer Beschließung umstritten und setzte sich im Bundestag nur mit knapper Mehrheit durch. Trotz entsprechender Ansätze im Entwurf des Alliierten Kontrollrates zur Neuordnung der Sozialversicherung nach 1945 konnte sich die Wiedereinführung der Zweidrittel-Mehrheit oder gar der Ausbau der Versichertenbeteiligung, wie sie von

SPD bzw. Gewerkschaften gefordert wurden, nicht durchsetzen. Diese befürworteten ein Selbstverwaltungsmodell, das die Betroffenheit von Leistungen zum maßgeblichen Legitimationskriterium für die Mitwirkung in der Selbstverwaltung macht. Eine Beteiligung Nicht-Betroffener – der Arbeitgeber – ließe sich allenfalls bis zu einem Drittel der Mandate mit einem allgemeinen öffentlichen Interesse begründen.⁴³

Statt dessen setzte sich eine dem Modell der Tarifpartnerschaft nachgebildete Konstruktion der Wirtschaftsdemokratie durch. Die paritätische Beteiligung von Arbeitgebern und Versicherten wird darin aus der in der Verantwortung der Tarifparteien liegenden Lohnbildung abgeleitet. Dieses dem Gedanken der Sozialpartnerschaft verpflichtete Modell hält damit grundsätzlich an der Lohnersatzfunktion der Sozialversicherung fest.

Demgegenüber macht Chr. v. Ferber (1976) geltend, daß sich mit der Expansion von Sach- und Dienstleistungen die Funktion der Krankenversicherung als Einrichtung zur Finanzierung von Einkommens- und Unterhaltersatz grundsätzlich gewandelt hat.⁴⁴ Ihre Bedeutung liegt heute hauptsächlich in der Verteilung von Sachleistungen und der Sicherstellung ihrer bedarfsgerechten Inanspruchnahme. Die Tariflogik ist demzufolge den Problemstellungen, die sich aus Planung, Gestaltung und Bereitstellung von Sachleistungen ergeben, äußerlich, bzw. sie gehen nicht im Einkommensverteilungskonflikt auf. D.h. die auf der Zuständigkeit für die Lohngestaltung basierende Nachbildung des Tarifmodells als Begründung für die Parität in der Selbstverwaltung trägt nicht oder jedenfalls nicht allein, wo es um bedarfsgerechte Gestaltung und Verteilung von Sach- und Dienstleistungen geht. Weil es nicht aus den sozialversicherungsinternen Problemstellungen heraus entwickelt ist, sei eine funktionsgerechte Erfüllung der Aufgaben eingeschränkt. Die Problemdefinitionen, Lösungsvorschläge und Entscheidungen der Selbstverwaltung stehen dadurch immer in der Gefahr, durch Gesichtspunkte außerhalb der engeren Aufgabenstellung der Sozialversicherung beeinflußt zu werden.

Auch Standfest (1977) hält die Parität für nicht nur normativ, sondern auch funktional verfehlt. Sie verringere die Repräsentationschancen der Versicherten und schränke die demokratische Teilhabe anspruchsberechtigter Personen ein. Dieses Defizit führe unter funktionalen Gesichtspunkten zu problematischen Konsequenzen, nämlich zur "Selbstblockade der Selbstverwaltung in

43 Vgl. zur Darstellung der 1949 im Bundestag verhandelten Positionen Chr. v. Ferber 1976, S. 117 f

44 Siehe auch F. Tennstedt 1976

grundsätzlichen sozialpolitischen Fragen und damit auch zu ihrer relativen Bedeutungslosigkeit.“⁴⁵ Diese ‘paritätische Selbstlähmung’ resultiere aus der einseitigen Machtverteilung, die sich trotz formal gleicher Beteiligung faktisch einstelle, weil auf der Versichertenseite i.d.R. divergierende Interessen vertreten würden. Hier läge die Ursache dafür, daß sozial- und gesundheitspolitische Grundsatzfragen nicht in der Selbstverwaltung, sondern nur noch auf der Ebene der Sozialparteien ausgetragen werden. Bei paritätischer Besetzung der Organe bezeichneten die Entscheidungen der Selbstverwaltung jeweils den kleinsten gemeinsamen Nenner.

Die paritätische Beteiligung wird hier also als wesentliches Hemmnis für sozialpolitischen Fortschritt kritisiert. Allerdings reduziert sich das Problem dann auf eine Machtfrage: solange keine Seite – namentlich die der Versicherten – die andere überstimmen kann, ist jede Innovation zum Scheitern verurteilt. Dabei muß von systematisch antagonistischen Interessen der beiden Seiten ausgegangen werden, wobei sich Innovationsfähigkeit und -willigkeit auf die Versichertenseite beschränkt. Unberücksichtigt bleiben dagegen die vielfältigen Brechungen und Verwerfungen innerhalb dieses Interessengegensatzes. So kann schon nicht davon ausgegangen werden, daß auf Arbeitgeberseite – ebensowenig wie auf der Versichertenseite – keine divergierenden Interessen vorhanden wären. Beschlüsse und Maßnahmen der Sozialversicherung berühren nicht alle Unternehmen in gleichem Umfang und gleicher Art, so daß es unterschiedliche Interessenlagen zwischen Vertretern großer und kleiner Betriebe, wirtschaftlich starker und schwächerer Branchenteile gibt. Außerdem laufen quer zu diesen Linien zusätzliche Differenzierungen nach Berufen, Regionen, Beschäftigtenstatus, Alter etc., die von Fall zu Fall die ‘Lagergrenzen’ übersteigende Interessenkoalitionen stiften. Die Entscheidungsstrukturen sind also wesentlich komplexer, als daß ihre Ergebnisse allein aus der paritätischen Stimmenverteilung erklärt werden könnten.

Letztlich muß das Argument voraussetzen, daß die Arbeitgeber grundsätzlich kein Interesse an sachbezogener Weiterentwicklung der Sozialversicherungsleistungen haben, sondern lediglich ihre Lohnnebenkosten verwalten bzw. so gering wie möglich zu halten versuchen. Demgegenüber ist anzunehmen, daß in dem Maße, in dem die Auswirkungen der Sozialversicherungsleistungen, die ‘soziale Lage’ und ihre Regulierungen, selbst zu ‘Produktionsverhältnissen’ und ‘Produktivkräften’ werden, also zu Rahmenbedin-

⁴⁵ Standfest, Erich (1977): Soziale Selbstverwaltung. Zum Problem der Partizipation in der Sozialpolitik, in: KZfSS, Sonderheft, S. 435

gungen des Wirtschaftens sowohl volkswirtschaftlich als auch einzelbetrieblich, die Arbeitgeber ebenfalls zumindest an deren Effizienz interessiert sind. Umgekehrt wird das Interesse der Versicherten an der Ausdehnung von Leistungen durch die indirekten Folgen auf die Sicherung von Arbeitsplätzen begrenzt. Der 'soziale Fortschritt' ist dann eher eine Funktion der allgemeinen Wirtschaftslage als der paritätischen Organbesetzung. Ob sich diese innovationshemmend auswirkt oder nicht, ist demnach eine empirische Frage, auf die in Kapitel 4 einzugehen ist. Allerdings spricht schon die Praxis bei den Ersatzkassen, die allein von Versichertenvertretern selbstverwaltet werden, nicht für diese These.

Ein der 'paritätischen Selbstlähmung' verwandtes Argument tragen die Autoren des Projektberichtes: "Betriebskrankenkassen und Prävention" des Wissenschaftszentrums Berlin (WZB) vor. Sie sehen ein wesentliches Strukturproblem in der sog. Konsens- oder Konfliktfalle.⁴⁶ Gemeint ist damit, "daß wegen des faktischen Konsenszwanges in der Kasse nur solche Projekte erfolgsversprechend vorgeschlagen oder gar umgesetzt werden können, die die Interessen der jeweils anderen Seite nicht ernsthaft tangieren."⁴⁷ D.h. daß trotz vorhandener Gestaltungsspielräume beide Seiten (!) ihre Positionen und Vorschläge so zuschneiden und reduzieren, "daß sie mit der konsensualen Kassensroutine verträglich bleiben."⁴⁸ Nimmt man diesen Gedanken ernst, dann läge das eigentliche Defizit allerdings nicht im 'Zwang zum Konsens' (der ohnehin eher als Zwang zum Kompromiß anzusehen ist), sondern im 'falschen Bewußtsein' der Selbstverwalter, aus dem heraus sie in einer Art vorauseilendem Gehorsam ihre Interessen gar nicht erst artikulieren und ihre Positionen nicht zur Diskussion stellen. Auch dies muß als empirische Frage geprüft werden.

Während für die Gewerkschaften also die Parität eine Einschränkung der Repräsentationschancen der Versicherten, also der Versichertendemokratie, darstellt und dadurch zugleich ihre Innovationspotentiale einschränkt, sehen die Arbeitgeber darin die Institutionalisierung eines gleichberechtigten sozialen Dialogs, der der Funktion der Arbeitgeber in der sozialen Marktwirtschaft

46 WZB Projekt (1985): Betriebskrankenkassen und Prävention, Schlußbericht für die DFVLR, [Hauss, Friedrich; Göckenjahn, Gerd; Rosenbrock, Rolf], Berlin

47 Rosenbrock, Rolf (1985): Re-Politisierung der Selbstverwaltung als Voraussetzung und Folge wirksamer Prävention durch Institutionen der GKV – Einige Ergebnisse aus dem Projekt: BKK und Prävention, in: Rolf Rosenbrock; Friedrich Hauß (Hrsg.): Krankenkassen und Prävention, Berlin, S. 155 f

48 A.a.O., S. 158

entspricht und maßgeblich zum Erhalt des sozialen Friedens beiträgt.⁴⁹ Heinrich Reiter, ehem. Präsident des Bundessozialgerichts, bezeichnet die Selbstverwaltungsorgane als "Integrationszentren in unserer Gesellschaftsordnung [...], die verhindern, daß Gruppeninteressen unüberbrückbar werden",⁵⁰ und lehnt aus diesem Grund das Modell einer reinen Versichertenselbstverwaltung ab.

Diese Integrationsfunktion, die der Selbstverwaltung von Arbeitgebern (aber auch von rechtspositivistisch-konservativer Seite) zugesprochen wird, wurde von einigen Gewerkschaften lange Zeit als ideologisch kritisiert. Die 'Befriedung' des Klassenkonflikts, indem sie selbst zum Produktivitätsfaktor wird, stabilisiere die 'Ausbeutungsverhältnisse'. In dem Maße jedoch, in dem sie auch zur Überwindung einer objektiven, von Not und Elend gekennzeichneten 'Klassenlage' beiträgt und dem Einzelnen individuelle Chancen der Lebensplanung und -gestaltung eröffnet, in dem Maße enthält sie auch emanzipative Potentiale. Die Akzeptanz der Integration kann dann nur noch mit 'zunehmender Verblendung' und 'falschem Bewußtsein' der Arbeitnehmer über ihre eigenen Interessen erklärt werden.

In anderen Gewerkschaften, z.B. der IG Chemie, wird dagegen die Selbstverwaltung als "hervorragendes Beispiel für eine erfolgreiche und zukunftsorientierte Sozialpartnerschaft" angesehen.⁵¹

In jüngerer Zeit hat Büttner die Position der Gewerkschaften dargelegt. Er bemängelt zwar, daß die Selbstverwaltung auch heute nicht die Selbstbestimmung der Betroffenen realisiere, sondern "ein verwaltungstechnisch eingebautes Regelwerk zum Interessenausgleich der sozialen Auswirkungen marktwirtschaftlichen Handelns" sei.⁵² Die paritätische Selbstverwaltung von Arbeitnehmern und Arbeitgebern hätte aber solange ihre positiven Seiten, solange beide

49 Vgl. Will, Rainer (1991): Die gesellschaftliche Bedeutung der Selbstverwaltung in der Sozialversicherung aus Sicht der Arbeitgeberverbände – Diskussionsbeitrag, in: Selbstverwaltung in der Sozialversicherung, Bundestagung des Deutschen Sozialrechtsverbandes e.V., 11. und 12. Oktober 1990 in München, Schriftenreihe des Deutschen Sozialrechtsverbandes (SDSRV), Bd. 34., Wiesbaden, S. 37, 38

50 Reiter, Heinrich (1991): Die gesellschaftspolitische Bedeutung der Selbstverwaltung in der Sozialversicherung, in: Selbstverwaltung in der Sozialversicherung, Bundestagung des Deutschen Sozialrechtsverbandes e.V., 11. und 12. Oktober 1990 in München, Schriftenreihe des Deutschen Sozialrechtsverbandes (SDSRV), Bd. 34., Wiesbaden, S. 21

51 Schultze, Wolfgang; Hinne, Klaus; Mattik, Ulrich (1991): Neue Aufgaben der Berufsgenossenschaften, in: WSI-Mitteilungen, H. 9, S. 536

52 Büttner, Hans (1991): Die gesellschaftliche Bedeutung der Selbstverwaltung in der Sozialversicherung aus Sicht der Gewerkschaften – Diskussionsbeitrag, in: Selbstverwaltung in der Sozialversicherung, Bundestagung des Deutschen Sozialrechtsverbandes e.V., 11. und 12. Oktober 1990 in München, Schriftenreihe des Deutschen Sozialrechtsverbandes (SDSRV), Bd. 34, Wiesbaden, S. 32

Seiten "zumindest soweit den Konsens aufrechterhalten, daß eine solidarische Sozialpolitik und Selbstverwaltung Voraussetzung für die soziale Marktwirtschaft im Sinne des Grundgesetzes ist."⁵³ Gleichzeitig macht er auf die Bedrohung dieses Konsenses angesichts der sich verschärfenden Kosten- und Ordnungsdiskussionen aufmerksam.⁵⁴

Das in der paritätischen Beteiligung von Versicherten und Arbeitgebern liegende Spannungsverhältnis wird also unterschiedlich gedeutet. Dabei geben die Auffassungen über die Interessen der jeweils anderen Seite in ihrer Allgemeinheit für eine Beurteilung der konkreten Zusammenarbeit der Sozialpartner wenig her und müssen als empirische Frage geklärt werden (Kap. 3 und 4). Sie ist zwar am Tarifmodell orientiert, läßt sich aber nicht unter dieses subsumieren, gerade weil die sozialversicherungsinternen Problemstellungen sich nicht auf Tarifaueinandersetzungen reduzieren lassen.

1.3.1.3 Identität von Versichertenvertretung und Gewerkschaften

Das Recht, Vorschlagslisten für die Versicherten einzureichen, hat der Gesetzgeber i.w. Zusammenschlüssen von Arbeitnehmern übertragen, also in erster Linie Gewerkschaften (§ 48 SGB IV). Darüber hinaus besteht für andere, nicht gewerkschaftlich organisierte Gruppen von Versicherten die Möglichkeit, sog. freie Listen aufzustellen. Dies ist aber an die Voraussetzung gebunden, eine bestimmte Mindestzahl von Unterschriften von Wahlberechtigten beizubringen, z.B. bei einem Versicherungsträger mit bis zu drei Millionen Versicherten 1000 Unterzeichner der freien Liste (§ 48 Abs. 2 SGB IV). In der Praxis spielen freie Listen nur bei den Ersatzkassen eine Rolle, in denen sich die Selbstverwaltung ausschließlich aus Versichertenvertretern zusammensetzt.

Den Verbänden als Listenträgern ist also die Aufgabe der Auswahl des Personenkreises übertragen, der an der Selbstverwaltung teilnehmen soll. Ihnen obliegt die praktische Realisierung der Repräsentation von Versicherten und Mitgliedern. Die Handhabung dieses Rechtes zur Auswahl von Kandidaten entscheidet wesentlich über das 'Gesicht' der Selbstverwaltung.

Diese rechtliche und praktische Identität der Versichertenvertretungen mit den Gewerkschaften geht ebenfalls auf die Anfänge der Sozialversicherung zurück. Zum einen waren von der Krankenversicherung in erster Linie Arbeiter (und ihre Angehörigen) erfaßt. Der Krankenversicherung wuchs daher schon

⁵³ Ebd.

⁵⁴ A.a.O., S. 34

kurz nach ihrer Errichtung und nach der Aufhebung des Sozialistengesetzes 1890 insbesondere von Sozialdemokratie und Gewerkschaften ein politisches Interesse zu, die jene als aussichtsreiches Betätigungsfeld erkannten. Krankenversicherung und Arbeiterbewegung verbanden sich in der Zielsetzung, die gesellschaftliche Benachteiligung der Arbeiterbevölkerung zu verringern. Historisch war eine weitreichende Identität zwischen Versicherten, Arbeitern und Gewerkschaftsmitgliedern gegeben und deren Vertretung durch Gewerkschaften naheliegend.

Zudem machte die Bildung von Verbänden sowohl der Versicherungsträger als auch der politischen und wirtschaftlichen Kräfte rasche Fortschritte.⁵⁵ Aus den anfänglich sehr zahlreichen, v.a. berufsständisch organisierten, kleinen Kassen wurden schnell größere Träger. Das berufsständische Prinzip wurde zugunsten der regionalen Gliederung zurückgedrängt. Die einzelnen Versicherungsträger schlossen sich zu Verbänden zusammen, die Gemeinschaftsaufgaben übernahmen, für die die einzelnen Träger zu schwach waren, und die die gemeinsamen Interessen gegenüber Gesetzgeber und Ärzten vertraten. Mit der Vergrößerung und Verbandlichung der Kassen wuchs auch die Bedeutung der Gewerkschaften für die Handlungsfähigkeit der Arbeiter in der Krankenversicherung. Für die Auswahl und Aufstellung von Kandidaten, die Durchführung des Wahlverfahrens etc. werden organisatorische und personelle Ressourcen unverzichtbar. Die Selbstverwaltung war also von Anfang an "organisierte Interessenvertretung" (Schuppert) und W. Bogs hat sie aus diesem Grund als "verbandliche Selbstverwaltung" charakterisiert.⁵⁶

Im Selbstverwaltungsgesetz von 1951 wurde eine weitere Stärkung des Verbandseinflusses eingeleitet. Die Wählbarkeit zur Selbstverwaltung wurde über die Angehörigen der Gruppen hinaus auch auf Personen ausgedehnt, die nicht Mitglieder bzw. Versicherte des Trägers sind, wenn sie von Arbeitnehmer- bzw. Arbeitgebervereinigungen und -verbänden vorgeschlagen werden (§ 51 Abs. 4 SGB IV). Gesetzlich ist ein Kontingent von einem Drittel der Selbstverwaltungsmandate für solche sog. Beauftragte zugelassen. Ihrem rechtlichen Status nach sind diese "Externen" (Hendler) ebenfalls 'Vertreter der Versicherten' bzw. 'der Arbeitgeber', nicht der vorschlagenden Verbände, d.h. sie sind nicht weisungsgebunden und die Verbandsbeauftragung konstituiert keine eigenständige Legitimationsgrundlage als Verbandsvertreter. Dennoch

⁵⁵ Ausführlich bei Chr. v. Ferber 1976, S. 111 ff

⁵⁶ Bogs, Walter (1956): Autonomie und verbandliche Selbstverwaltung im modernen Arbeits- und Sozialrecht, in: Recht der Arbeit, H. 1, S. 1-7

durchbricht diese Ausdehnung des passiven Wahlrechts auch innerhalb der Versichertenseite das Prinzip der Betroffenen-Selbstverwaltung. Im Gesetz ist dieser Personenkreis nicht näher spezifiziert, es gelten lediglich die sonstigen Wählbarkeitsvoraussetzungen. Die Wahrnehmung dieses besonderen Vorschlagsrechtes ist also ganz in das Ermessen der Verbände gestellt. In der Praxis werden als Beauftragte regelmäßig hauptberufliche Verbandsangestellte benannt (s. Kap. 3.2.4).

Diese schon früh einsetzende "Mediatisierung der Mitglieder durch die Verbände" (Chr. v. Ferber) sowohl der Träger als auch der Arbeitnehmer verstärkte die Tendenz der Politisierung der Sozialversicherung und schränkt bis heute Bedeutung und Wirksamkeit der Selbstverwaltung der einzelnen Träger gegenüber den Verbänden stark ein.⁵⁷ Sie hat zu einer Verschachtelung der Willensbildung und deren Verlagerung in die verschiedenen Ebenen der Verbände geführt. Damit ist auch die Möglichkeit, die Selbstverwaltung als reine Partizipation der Betroffenen zu entwickeln, eingeschränkt.

Neben den historischen Entwicklungsbedingungen ist aber auch ein systematischer Grund für die tragende Rolle der Gewerkschaften als Versichertenvertretung in der Sozialversicherung zu berücksichtigen. Chr. v. Ferber hat darauf hingewiesen, daß Selbstverwaltung bei denen, die es angeht, ein "sinnhaftes Vorverständnis"⁵⁸ der Angelegenheiten voraussetzt, die sie sich zu eigen machen sollen, eine Motivierung. Für die Anfangsphase der Sozialversicherung lassen sich die Abhängigkeit vom Arbeitslohn und die sich aus dem Lohnarbeitsverhältnis herleitenden Existenzrisiken als 'sinnhaft vorverstanden' zugrunde legen. Von daher ergibt sich mühelos eine Verbindung zu den als Lohnersatz fungierenden Versicherungsleistungen und ein Mandat der die arbeitslohnabhängige Bevölkerung vertretenden Gewerkschaften.

Die Bedeutung der Sozialversicherung und ihrer Leistungen sind inzwischen weit über die Lohnersatzfunktion hinausgewachsen. Die Sozialversicherung betrifft heute nicht mehr eine gesellschaftliche Ausnahmesituation – die kollektive Notlage der Arbeiterbevölkerung. Die Einführung der Lohnfortzahlung im Krankheitsfall im Jahre 1977 hat diesen Zusammenhang weiter gelockert. In dem Maße, in dem die Sozialversicherung sowohl gesellschaftlich als auch individuell zur Normalität geworden ist, in dem Maße kann Selbstverwaltung nicht mehr so umstandslos auf das "sinnhafte Vorverständnis" bauen, das sich aus dem Lohnersatz ergibt. Betroffenheit von Leistungen, die zum

⁵⁷ Chr. v. Ferber 1976, S. 119

⁵⁸ Chr. v. Ferber 1976, S. 112 f

großen Teil Sachleistungen sind, ist heute keine Frage der 'Klassenlage', sondern stellt sich vielmehr in Abhängigkeit von temporären Lebens- oder Bedarfslagen her. Diese lösen aber nicht umstandslos eine dauerhafte Partizipationsbereitschaft aus und stellen als solche noch keine Verbandsfähigkeit her. Auch Selbsthilfe organisiert sich i.d.R. auf der Grundlage chronischer, also dauerhafter Betroffenheit. Den Gewerkschaften kommt daher nicht nur aus historischen Gründen als Vertreter der Versicherten in der Selbstverwaltung besondere Bedeutung zu, sondern v.a. als auf Dauer gestellte Organisationen mit sozialpolitischer Zielsetzung.

Die Stärke der Verbände basierte also in den Anfängen der Krankenversicherung darauf, daß sich die Abhängigkeit der Arbeiterbevölkerung vom Arbeitslohn mit der Betroffenheit von Leistungen verband. Dieser historische Zusammenhang zwischen der Entwicklung der Krankenversicherung und der Arbeiterbewegung und ihren Organisationen hat sich schrittweise aufgelöst. Insbesondere die sukzessive Erweiterung des versicherten Personenkreises bzw. der Anspruchsberechtigten sowie der Ausbau der Leistungen und der versicherten Risiken hat die ursprüngliche Identität zwischen Versicherten und Gewerkschaftsmitgliedern gelockert. In dem Maße, in dem das Ziel der Einkommenssicherung der Arbeiter erreicht wurde, in dem Maße verlor die Krankenversicherung ihre Bedeutung als privilegiertes Aktionsfeld der Arbeiterbewegung. Heute sind weit mehr Personen anspruchsberechtigte Mitglieder der Krankenversicherung als formal von den Gewerkschaften repräsentiert werden. Es sind ihnen damit also über die Interessenvertretung im Einkommensverteilungskonflikt hinausgehende Repräsentationsfunktionen zugewachsen. D.h. die Logik staatlicher Delegation, in der die Selbstverwaltung steht, ist heute nicht mehr dieselbe. Sie kann nicht mehr aus dem Interesse einer schutzwürdigen, weil besitzlosen und daher in vielen Bereichen benachteiligten, einzelnen Bevölkerungsgruppe begründet werden. In dem Maße, in dem die Sozialversicherung ihr Ziel des Abbaus sozialer Ungleichheit erreicht hat, in dem Maße lockert sich der Zusammenhang zwischen ihr und der Arbeiterbewegung und in dem Maße wachsen den in der Selbstverwaltung vertretenen Verbänden Ansprüche immer weiterer von der Sozialversicherung betroffener Gruppen zu. Mit Ausweitung und Differenzierung der Mitgliedschaft stellt sich also das Repräsentationsproblem und damit die Frage nach der ordnungspolitischen Bedeutung der Gewerkschaften in der Sozialversicherung neu.

1.3.2 Gesetzliche Unfallversicherung

1.3.2.1 Beteiligung von Versicherten und Arbeitgebern

Zeitlich parallel zur gesetzlichen Errichtung der Krankenversicherung, aber auf materiell-rechtlich verschiedener Grundlage, erfolgte die Einrichtung der Unfallversicherung. Ihr Aufbau stand ganz im Zeichen der Ablösung der privaten Haftpflicht des einzelnen Unternehmers gegenüber seinen Arbeitnehmern zugunsten der zwangsweisen Gesamthaftung aller Unternehmer eines Gewerbebezuges. Ihre Mitglieder sind daher bis heute ausschließlich Unternehmer, während die Arbeitnehmer Versicherte sind.

Dies verweist auf eine bedeutsame Besonderheit der Unfallversicherung gegenüber allen anderen Sozialversicherungszweigen. Die Leistungsvoraussetzungen in der Unfallversicherung sind i. w. kausal bestimmt (nicht final, wie in der Krankenversicherung), d. h. Leistungen sind nicht an die Art der Gesundheitsschädigung gebunden, sondern an die Art und Weise der schädigenden Einwirkung.⁵⁹ Sie werden gewährt, wenn der eingetretene Schaden mit einer versicherten Tätigkeit in rechtlich wesentlich ursächlichem Zusammenhang steht.⁶⁰ Sie erfüllen gegenüber der Funktion des Lohnersatzes für die Verletzten noch eine andere Funktion:

„Sie gleichen den – abstrakt berechneten – Schaden des Verletzten (insbesondere durch ärztliche Behandlung und Rentenzahlungen) oder der Hinterbliebenen (Rentenzahlungen) aus, und sie haben zur Folge, daß Unternehmer und Mitarbeiter von Schadensersatzansprüchen weitgehend befreit sind.“⁶¹

Neben Entschädigungsleistungen für Versicherte gehörten zu den Aufgaben der Unfallversicherung von Anfang an Maßnahmen zur Verhütung von Arbeitsunfällen und der Ersten Hilfe. Die Träger haben seit ihrem Bestehen die Befugnis, Unfallverhütungsvorschriften gegenüber den Mitgliedsbetrieben zu erlassen und bei Zuwiderhandlung Sanktionen zu verhängen. Diese „freiwillige Selbstkontrolle“⁶² sollte die noch unentwickelte staatliche Gewerbeaufsicht v. a. durch die fachliche Gliederung ergänzen. Anfangs erließen jedoch nur

59 Vgl. Watermann, Friedrich (1961): Kausalität und Finalität im Recht der gesetzlichen Unfallversicherung, in: Grundsatzfragen der sozialen Unfallversicherung, Festschrift für Dr. Herbert Lauterbach zum 60. Geburtstag, Berlin, S. 129

60 F. Tennstedt 1976, S. 425

61 Sozialenquete 1966, Tz. 159

62 H.-A. Carganico; K.-M. Spiecker 1961, S. 48

wenige Berufsgenossenschaften Unfallverhütungsvorschriften. Erst als sich 1885 der 'Verband der deutschen Berufsgenossenschaften' gründete, wurden vermehrt Unfallverhütungsvorschriften verabschiedet. Der Verband arbeitete Normal-Unfallverhütungsvorschriften, z.B. für Betriebsanlagen und Betriebsführung, aus, die von den angeschlossenen Einzelberufsgenossenschaften übernommen wurden. Gleichzeitig stellten diese Beauftragte zur Überwachung der Betriebe an, noch bevor sie 1900 gesetzlich dazu verpflichtet wurden. Der in den Unfallverhütungsvorschriften angezielte Arbeiterschutz konnte schon bald Erfolge verbuchen.

In der Unfallversicherung besteht durch ihren sächlichen, Prävention einschließenden Gegenstandsbereich, die berufsgenossenschaftliche Organisation und die doppelte Funktion ihrer Leistungen von vorneherein ein sachlich engerer Bezug auf das Arbeitsverhältnis als in der Krankenversicherung. Ihr Gegenstand sind Risiken, die ausschließlich dem Arbeitsverhältnis zurechenbar sind (mit Ausnahmen bei den Unfallversicherungsträgern der öffentlichen Hand). Gleichzeitig erhellt, daß der Unfallversicherung von seiten der Unternehmer ein anderes, substantielles Interesse zuwächst als der Krankenversicherung. In den Unfallverhütungsvorschriften produziert sie an die Mitglieder gerichtete, mit hoheitlicher Sanktionsmacht ausgestattete Regulative. Außerdem werden die Beiträge bis heute allein von den Unternehmern entrichtet. Auch hier werden sie – wie alle Arbeitgeberbeiträge zur Sozialversicherung – als Arbeitskosten verrechnet. Dennoch hat diese rechtliche Verteilung der Finanzierungslast als Begründung für die Vertretungsrechte in der Selbstverwaltung gedient, so daß ursprünglich nur Unternehmer in der Selbstverwaltung waren. Zum Erlaß von Unfallverhütungsvorschriften wurden allerdings seit 1911 – dem Erlaß der Reichsversicherungsordnung (RVO), die bis 1996 wesentlichste Rechtsgrundlage der Unfallversicherung war – Arbeitnehmer mit vollem Stimmrecht hinzugezogen⁶³ und seit 1925 auch zu den Rentenausschüssen, in denen über die Gewährung von Leistungen an Verletzte und Hinterbliebene entschieden wird.⁶⁴

1.3.2.2 Der Umfang der Vertretungsrechte

Das Selbstverwaltungsgesetz von 1951 räumte den Versichertenvertretern paritätische Mitwirkung in der Selbstverwaltung der Unfallversicherung ein.

⁶³ R. Hendler 1984, S. 83

⁶⁴ H.-A. Carganico; K.-M. Spiecker (1961), S. 51

Hier wird also das Beitragszahlerprinzip durchbrochen. Eine wesentliche Begründung dafür dürfte im doppelten Status der Versicherten als sowohl von Leistungen Betroffene als auch letzte, 'reale' Adressaten von Regulativen, insbesondere der Unfallverhütungsvorschriften, also präventiven Maßnahmen liegen. Rechtssystematisch richten sich die Vorschriften an den Arbeitgeber und soweit sie i.w. technische und organisatorische Normen sind, ist er auch allein für deren Befolgung und damit für Erfolg oder Mißerfolg verantwortlich. Sobald aber deren Erfüllung vom Mitwirken der Arbeitnehmer mit abhängig ist (z.B. beim Benutzen von Körperschutzmitteln oder Sicherheitseinrichtungen an Maschinen), gewinnt bei der konkreten Konzeption der Unfallverhütungsvorschriften sowohl der spezielle Sachverstand des von der Regel Adressierten an Bedeutung als auch dessen 'Akzeptanz' bzw. die Bereitschaft zur Befolgung. Die Funktion der Unfallversicherung als Arbeiterschutz einerseits und Haftpflichtablösung andererseits hat also schon früh zu einer funktionsbezogenen Zusammenarbeit beider Seiten geführt.

Die verstärkte Beteiligung der Arbeitnehmer wurde von den Arbeitgebern interpretiert als 'kleineres Übel' gegenüber zunehmendem staatlichem Einfluß.⁶⁵ Das Hineinstellen der Unfallversicherung in die gemeinsame Verantwortung der Sozialpartner wurde als der Sache näherliegend gedeutet, als Ausdruck und Folge einer veränderten Wirtschafts- und Sozialordnung, in der Arbeitgeber und Arbeitnehmer zu gleichen Teilen Verantwortung in der Sozialversicherung übernehmen.⁶⁶ Die Parität in der Selbstverwaltung war also in der Unfallversicherung nie in dem Maße umstritten wie in der Krankenversicherung.

1.3.2.3 Identität von Versichertenvertretung und Gewerkschaften

Auch das Mandat der Gewerkschaften als Vertretung der Versicherten ist in der Unfallversicherung wesentlich unproblematischer als in der Krankenversicherung, denn Versicherte sind in größerem Umfang identisch mit Arbeitnehmern. Zwar gibt es auch hier Anspruchsberechtigte, die formal nicht von den Gewerkschaften repräsentiert sind, in erster Linie Angehörige mit Anspruch auf Unterhaltersatzleistungen und – im Bereich der Unfallversicherung der öffentlichen Hand – Schüler. Auch bei den nur fallweise zu Versicherten werdenden

⁶⁵ A.a.O., S. 54; Hans-Albrecht Carganico war in den fünfziger Jahren Direktor der Bergbau-Berufsgenossenschaft, Karl-Max Spiecker war Direktor der Berufsgenossenschaft Nahrungsmittel und Gaststätten.

⁶⁶ Ebd.

Personengruppen wie Blutspendern zeigt sich, daß die Repräsentationsfunktion der Gewerkschaften weit über eine Arbeitnehmerinteressenvertretung hinausgeht. Diese Besonderheiten ergeben sich i. w. aus den zusätzlichen, stärker vom Fürsorgeprinzip geprägten Aufgaben einer Unfallversicherung der öffentlichen Hand. In den übrigen Bereichen ist der Kreis der versicherten Tätigkeiten und Personen dagegen enger an das Arbeitsverhältnis gekoppelt. Der zugrundeliegende Haftpflichtgedanke unterscheidet sich diesbezüglich zwischen privaten und öffentlichen Arbeitgebern.

Ein weiterer Grund für die relative Homogenität von Versicherten und Arbeitnehmern bzw. die privilegierte Repräsentationsfunktion der Gewerkschaften in der Unfallversicherung ergibt sich aus deren genossenschaftlicher Struktur, die sich schon in den Anfängen problemlos mit der ebenfalls genossenschaftlichen Organisation der Gewerkschaften verband.

1.4 Zum Verhältnis von Sozialversicherung und Selbstverwaltung zu Versicherten und Mitgliedern

Für das Verhältnis der Sozialleistungsträger zu Mitgliedern und Versicherten sind hier zwei Gesichtspunkte bedeutsam: zum einen die Mitgliedschaftsbedingungen selbst, zum anderen die Funktion der Leistungen.

Sowohl in der Unfall- als auch der Krankenversicherung besteht Pflichtmitgliedschaft, d. h. weder Versicherungsträger noch Mitglieder können auf die Mitgliedschaftsbedingungen Einfluß nehmen. Die Versicherungspflicht entsteht beim Vorliegen bestimmter, gesetzlich festgelegter Voraussetzungen automatisch und unabhängig vom Willen des Mitglieds. Eine Entscheidungsmöglichkeit über die Zugehörigkeit zu einer Versicherung hatte der Gesetzgeber bis vor kurzem lediglich in der Krankenversicherung den Beziehern höherer Einkommen jenseits der Beitragsbemessungsgrenze eingeräumt.

In der Unfallversicherung ergibt sich der für einen Betrieb zuständige Träger aufgrund der berufsgenossenschaftlichen Struktur, richtet sich also nach Branche oder Gewerbebezweig des versicherten Unternehmens. Von Ausnahmefällen bei sich überschneidenden Katastern abgesehen, kann sich der Unternehmer nicht seinen Versicherungsträger aussuchen und unterliegt dessen Mitgliedschaftsbedingungen. Umgekehrt können die Träger niemanden von einer Mitgliedschaft – aus welchen Gründen auch immer – ausschließen. Auch in der Krankenversicherung bestand bis vor kurzem – außer bei freiwillig Versicher-

ten – kein Wahlrecht hinsichtlich der Mitgliedschaft in einer Kasse, sondern war an das Arbeitsverhältnis bzw. den Arbeitsplatz gekoppelt.

Dieser mangelnde Einfluß sowohl der Mitglieder als auch der Träger auf die Mitgliedschaftsbedingungen ist im Hinblick auf das Verhältnis beider eine entscheidende Schwäche.⁶⁷ Er stellt zunächst eine Einschränkung dar für alle Versuche, die Mitgliedschaftsbeziehungen zu intensivieren und verstärkt auf seiten der Mitglieder die – durchaus zweischneidige – Tendenz zur Inanspruchnahme von Leistungen im Stile der "Anstaltsbenutzung".⁶⁸ Auf seiten der Träger schwächt es die für einen Mitgliedschaftsverband wesentliche Funktion der an den Bedürfnissen der Mitglieder ausgerichteten Ausgestaltung von Dienstleistungen.⁶⁹

Mit Wirkung vom 1.1.1996 wurde jedoch in der Krankenversicherung das Kassenwahlrecht auch für Arbeiter eingeführt und die Krankenkassen für alle Versicherungspflichtigen geöffnet. Dies hat die Ausweitung des Wettbewerbs der Kassen und Kassenarten untereinander bewirkt. Das primäre Ziel dieser Reformpolitik besteht zwar darin, bei den Trägern Anreize zur Mobilisierung von Wirtschaftlichkeitsreserven und zu einem effizienten Kassenmanagement zu schaffen (vgl. dazu auch unten, Kap. 2.2.1). Gleichzeitig hat sie aber auch eine deutliche Intensivierung des Wettbewerbs um Mitglieder zur Folge, d.h. sie schafft ein Interesse der Kassen sowohl an Gewinnung neuer Mitglieder als auch an Kontinuität und Stabilität der bestehenden Mitgliedschaftsverhältnisse. Sie bietet somit einen Anreiz zur Aktualisierung und Pflege der Mitgliedschaftsbeziehung und enthält so potentiell eine Stärkung der Dienstleistungsfunktion.

Ähnliche Wirkungen waren mit der Ausdehnung des Aufgabenkatalogs der Krankenversicherung auf Leistungen zur allgemeinen und betrieblichen Gesundheitsförderung auf der Grundlage des Gesundheitsreformgesetzes von 1989 (§ 20 SGB V) verbunden. Damit wurde der 1971 mit der Einführung von Maßnahmen zur Gesundheitsvorsorge eingeleitete Wandel der gesundheitspolitischen Funktion der Krankenversicherung fortgesetzt. Inzwischen ist im Zuge des 'Programms für Wachstum und Beschäftigung' der Bundesregierung der einschlägige Absatz 2 des Paragraphen 20 SGB V stark verkürzt und die entsprechenden Handlungsmöglichkeiten der Träger eingeschränkt worden (s.

67 Vgl. Chr. v. Ferber 1976, S. 155

68 A.a.O., S. 182 f

69 A.a.O., S. 155

Kap. 2.1). Einer offensiven gesundheitspolitischen Funktion der Krankenversicherung wird damit eine Absage erteilt.

Anders als bei den Vorsorgeleistungen handelte es sich bei der Gesundheitsförderung jedoch nicht um gesetzliche Regel-, sondern um satzungsmäßige Ermessensleistungen der Träger, aber viele Kassen haben – gerade im Zuge der neuen Wettbewerbssituation – von dieser Möglichkeit Gebrauch gemacht. Den Kassen wurde damit ermöglicht, selbst als Anbieter entsprechender Leistungen aufzutreten. Gesundheitsförderung der Krankenkassen bedeutet, nicht mehr allein Krankheitsfolgen zu finanzieren, sondern Mitgliedsbeiträge zur Verhütung von Krankheiten und zur Erhaltung und Förderung der Gesundheit der Versicherten, also der 'Volksgesundheit', aufzuwenden. Der weitaus größte Teil der Kassenleistungen zielte zwar nach wie vor auf die Behandlung und Milderung bereits eingetretener Gesundheitsstörungen, aber mit der Kann-Bestimmung im SGB V waren Gesundheitsvorsorge und Prävention zu bedeutenden Aufgaben der Krankenkassen geworden. Sie sind dann nicht mehr allein Verteilungs- und Verwaltungsapparate für Sozialgüter,⁷⁰ sondern sie erbringen eigene Dienstleistungen für die Versicherten und treten damit in partielle Konkurrenz zu anderen Leistungserbringern im 'Befindlichkeitsmanagement'.⁷¹ Die Versicherten werden von Anspruchsberechtigten, denen Leistungen gewährt werden, auch zu 'Kunden' der Kassen, die umworben werden müssen. Chr. v. Ferber sieht darin eine Chance, mehr Versichertennähe herzustellen.⁷² Gleichzeitig besteht im Hinblick auf die präventive Wirksamkeit der Gesundheitsförderung ein Interesse der Kassen an möglichst breiter Inanspruchnahme der entsprechenden Angebote. In dieser Hinsicht verbinden sich also die aus dem Wettbewerb resultierenden Anforderungen mit denen an Gesundheitsförderung. Die Krankenversicherung war damit mit Problemstellungen konfrontiert, die die Unfallversicherung seit ihren Anfängen beschäftigen. Sie verlangen nach einem veränderten Verständnis der Mitgliedschaftsbeziehung.

Allerdings sind die Konstellationen in der Unfallversicherung anders gelagert. Die Zwangsmitgliedschaft wird durch die doppelte Funktion der Leistungen gelockert. Diese ist jedoch für Mitglieder und Versicherte je eine andere. Auf seiten der Mitglieder ist bedeutsam, daß der Versicherungszwang die ansonsten zu tragende, ebenfalls rechtlich verbindliche, private Haftpflicht

70 F. Tennstedt 1976, S. 423

71 Chr. v. Ferber: Gesundheitsförderung im Spannungsfeld von Anspruch und Wirklichkeit - Strategien der Praxis, in: Die BKK 10/94, S. 586, betont diesen, wenig beachteten Gesichtspunkt.

72 Ebd.