Selbstverwaltung als ordnungspolitisches Problem des Sozialstaates II

Von

Hermann Albeck
Heinz Lampert, Theo Thiemeyer

Herausgegeben von Helmut Winterstein

DUNCKER & HUMBLOT / BERLIN

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-45648-2 | Generated on 2025-08-11 20:14:35
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Schriften des Vereins für Socialpolitik

Gesellschaft für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften

Neue Folge Band 133/II

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-45648-2 | Generated on 2025-08-11 20:14:35
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

SCHRIFTEN DES VEREINS FÜR SOCIALPOLITIK
Gesellschaft für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften
Neue Folge Band 133/II

Selbstverwaltung als ordnungspolitisches Problem des Sozialstaates II

DUNCKER & HUMBLOT / BERLIN

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-45648-2 | Generated on 2025-08-11 20:14:35
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Selbstverwaltung als ordnungspolitisches Problem des Sozialstaates II

Von

Hermann Albeck
Heinz Lampert, Theo Thiemeyer

Herausgegeben von Helmut Winterstein

DUNCKER & HUMBLOT / BERLIN

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-45648-2 | Generated on 2025-08-11 20:14:35
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

CIP-Kurztitelaufnahme der Deutschen Bibliothek

Selbstverwaltung als ordnungspolitisches Problem des Sozialstaates / hrsg. von Helmut Winterstein
— Berlin: Duncker und Humblot
(Schriften des Vereins für Socialpolitik, Gesellschaft für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften; N. F., Bd. 133)
NE: Winterstein, Helmut [Hrsg.]; Gesellschaft für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften: Schriften des Vereins . . .
2. Von Hermann Albeck . . . — 1984
ISBN 3-428-05648-5

NE: Albeck, Hermann [Mitverf.]

Alle Rechte, auch die des auszugsweisen Nachdrucks, der photomechanischen Wiedergabe und der Übersetzung, für sämtliche Beiträge vorbehalten
© 1984 Duncker & Humblot, Berlin 41
Gedruckt 1984 bei Berliner Buchdruckerei Union GmbH., Berlin 61
Printed in Germany

ISBN 3-428-05648-5

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-45648-2 | Generated on 2025-08-11 20:14:35
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Vorwort

Der Sozialpolitische Ausschuß der Gesellschaft für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften beendete am 23. 9. 1983 in Augsburg die 1982 in Saarbrücken begonnenen Beratungen zum Thema: ‚Selbstverwaltung als ordnungspolitisches Problem des Sozialstaates'.

Der hiermit vorgelegte Band II zu diesem Thema enthält die zur Sitzung in Augsburg vorgelegten Referate, die nach eingehender Diskussion nunmehr durch die Veröffentlichung einem größeren Kreis von Interessenten zugänglich gemacht werden sollen.

Der Herausgeber

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-45648-2 | Generated on 2025-08-11 20:14:35
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-45648-2 | Generated on 2025-08-11 20:14:35
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Inhaltsverzeichnis

Organisationsformen der Selbstverwaltung und Sozialausgaben

Von *Hermann Albeck*, Saarbrücken 9

Soziale Selbstverwaltung als ordnungspolitisches Prinzip staatlicher Sozialpolitik

Von *Heinz Lampert*, Augsburg 37

Selbstverwaltung im Gesundheitsbereich

Von *Theo Thiemeyer*, Bochum 63

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-45648-2 | Generated on 2025-08-11 20:14:35
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-45648-2 | Generated on 2025-08-11 20:14:35
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Organisationsformen der Selbstverwaltung und Sozialausgaben

Von *Hermann Albeck*, Saarbrücken

In dem vorliegenden Beitrag geht es um einen Teilaspekt der Rolle, die die Selbstverwaltung beim sozialen Schutz der Bürger spielt. Grundsätzlich kann man diese Rolle unter zwei Gesichtspunkten betrachten:

Erstens unter dem idealtypischen Aspekt. Der Blick geht hier auf das Bündel von Aufgaben, Zielen oder Zwecken — eben die „Rolle", die erfüllt werden soll, und zwar erfüllt werden mit Hilfe einer Organisation der sozialpolitischen Willensbildung, bei der die an der Sozialen Sicherung Beteiligten entweder unmittelbar selbst oder durch ihre Vertreter entscheiden. Zu diesen Aufgaben gehört

— das allgemeine gesellschaftspolitische Ziel der Machtdekonzentration und Sicherung privater Freiheitsräume, wie es u. a. im Subsidiaritätsprinzip zum Ausdruck kommt

— das sozialpolitische Anliegen, die Gesellschaftsmitglieder vor einer unzumutbaren Verschlechterung ihrer Lebenslage oder überhaupt vor unzumutbaren Existenzbedingungen zu schützen; als spezifischer Vorzug der Selbstverwaltung gilt hier, daß sie besser als staatliche Stellen auf die Bedürfnisse der Bürger eingehen kann

— aber auch die wirtschaftspolitische Nebenbedingung, den sozialen Schutz so zu gestalten, daß er den (marktwirtschaftlichen) Produktionsprozeß und damit die materielle Grundlage für soziale Sicherungsmaßnahmen nicht beeinträchtigt, sondern eher fördert.

Zweitens unter dem realtypischen Blickwinkel. Ins Visier kommen hier die bestehenden Einrichtungen und Träger der Selbstverwaltung, ihr tatsächlicher Entscheidungsspielraum und die Art und Weise, wie sie diesen Entscheidungsspielraum nutzen. Dabei interessiert letzten Endes, inwieweit die gewählte Form der Selbstverwaltung die ihr zugedachten Aufgaben tatsächlich erfüllt oder aber verfehlt hat. Besonders ergiebig ist ein derartiger Soll-Ist-Vergleich, wenn sich ihm der Versuch anschließt, festgestellte Soll-Ist-Abweichungen zu erklären, also eine Art Erfolgskontrolle für die Organisation des sozialpolitischen Entscheidungsprozesses durchzuführen.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-45648-2 | Generated on 2025-08-11 20:14:35
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Ich betrachte die Rolle der Selbstverwaltung beim sozialen Schutz im wesentlichen unter dem zweiten Gesichtspunkt. Das ist eine erste grobe Abgrenzung. Von den zahlreichen interessanten und aktuellen Fragestellungen, die sich hier sowohl für einzelne der genannten Aufgabenbereiche als auch für quer durch diese Aufgabenbereiche verlaufende Untersuchungsfelder anbieten[1], werde ich eine herausgreifen, die dem zweiten und dritten der obengenannten Aufgabenbereiche zuzuordnen ist. Der Teilaspekt, um den es mir geht, läßt sich mit der allgemeinen Frage umschreiben: Wie wirken verschiedene Organisationsformen der Sozialen Sicherung und insbesondere der Selbstverwaltung auf die Sozialausgaben? Weil ich anhand tatsächlicher Sicherungssysteme argumentieren will, wird diese Frage, um einigermaßen konkret werden zu können, auf einen Sicherungsbereich begrenzt: die Soziale Sicherung bei Arbeitslosigkeit.

Wie bei jeder Wirkungsanalyse, so besteht auch hier das zentrale Problem darin, den Einfluß des interessierenden Bündels von Ursachenfaktoren von den Einflüssen anderer Ursachenfaktoren zu isolieren. Die interessierenden Einflußfaktoren sind hier alternative Organisationsformen des Sicherungssystems und insbesondere der Selbstverwaltung; festgestellt werden soll ihr Einfluß auf die Sozialausgaben. Streng genommen müßte man dazu ein quantitatives Modell haben — eine „numerische Theorie" (Schumpeter) — in dem die wichtigsten Bestimmungfaktoren der Sozialausgaben spezifiziert sind, entscheidungstheoretisch gesehen also insbesondere

— die jeweiligen leistungsrechtlichen (und einnahmenpolitischen) Mittel
— die Entscheidungsträger, also die Instanzen, die über den Mitteleinsatz verfügen, charakterisiert durch ihre Interessenlagen (Ziel- bzw. Präferenzfunktion)
— die Entscheidungsbedingungen, also insbesondere die jeweilige wirtschaftliche Situation, möglichst aber auch das politische Umfeld, das die Durchsetzbarkeit bestimmter sozialpolitischer Regelungen mitbestimmt.

Ein derartiges Modell steht nicht zur Verfügung. Der Leser sollte deshalb nicht mit zu hohen analytischen Ansprüchen an die folgenden

[1] Dazu nur einige Beispiele: Wie groß ist die tatsächliche Autonomie der Sozialversicherungsträger gegenüber Regierung und Parlament? Wie steht es mit dem tatsächlichen Grad der Zentralisierung und Bürokratisierung innerhalb der Selbstverwaltung, und wie beeinflußt dieser die Fähigkeit des Sicherungssystems, individuelle Schutzbedürfnisse wahrzunehmen und flexibel zu reagieren? Inwieweit ergeben sich aus der bisherigen Praxis der Sozialwahlen Probleme der Machtlegitimation und der Machtkontrolle und wie lassen sie sich lösen? All das gehört vorzugsweise in den ersten der obengenannten Aufgabenbereiche, der im folgenden nicht mehr angesprochen wird.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-45648-2 | Generated on 2025-08-11 20:14:35
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Überlegungen herangehen. Sie sind zunächst einmal nur ein Versuch, die Ausgabenentwicklung in verschiedenen realisierten Sicherungssystemen im Querschnitt zu vergleichen, und zwar für eine Periode, in der in etwa vergleichbare wirtschaftliche Bedingungen geherrscht haben, und im Hinblick darauf, welche Systeme „ausgabenlastiger" sind als andere.

Eine Skizze unterschiedlicher Organisationsformen der Arbeitslosensicherung in ausgewählten Industriestaaten

Um den Einfluß unterschiedlicher Organisationsformen auf Umfang und Entwicklung der Sicherungsleistungen bei Arbeitslosigkeit empirisch abgreifen zu können, wurden fünf in wirtschaftlicher und gesellschaftlicher Hinsicht einigermaßen vergleichbare Industriestaaten ausgewählt, die sich in ihrem System der Arbeitslosensicherung hinreichend deutlich unterscheiden. Neben der Bundesrepublik sind dies die Länder Frankreich, Großbritannien, Schweden und die USA. Die folgende Übersicht 1 gibt einen ersten groben Eindruck von den Unterschieden, die insbesondere hinsichtlich der zuständigen Entscheidungsträger bestehen.

Die wichtigsten Organisationsmerkmale werden im folgenden kurz erläutert; ich gehe dabei länderweise vor.

(1) *Bundesrepublik.* Träger der Arbeitslosenversicherung ist die Bundesanstalt für Arbeit samt ihren regionalen Untergliederungen (Landesarbeitsämter, örtliche Arbeitsämter) in der Rechtsform der öffentlich-rechtlichen Körperschaft. Nach § 3 Arbeitsförderungsgesetz (AFG) gehört zu ihren Aufgaben u. a. die Gewährung von Leistungen zum Schutz vor Arbeitslosigkeit und von Leistungen bei Arbeitslosigkeit. Die Aufgaben werden im Rahmen der Selbstverwaltung von den Organen der Bundesanstalt wahrgenommen:[2] dem Verwaltungsrat mit 39 und dem Vorstand mit 9 Mitgliedern, den Landesausschüssen und den Ortsausschüssen der Arbeitsämter; alle Organe sind drittelparitätisch besetzt. Der Verwaltungsrat, wegen seines Anordnungsrechts das wichtigste Organ, setzt sich beispielsweise zusammen aus 13 ernannten Gewerkschaftsvertretern, 13 Arbeitgebervertretern und 13 Delegierten der öffentlichen Hand, von denen jeweils 5 von Bundesregierung und Bundesrat und 3 von den Kommunen vorgeschlagen werden; zu seinen wichtigsten Aufgaben gehört der Erlaß von Anordnungen z. B. über die Zumutbarkeit von Arbeitsplätzen für (arbeitslose) Arbeitnehmer, über Sperrzeiten, über die Neutralität der Bundesanstalt bei Arbeitskämpfen u. a. m. Die Anordnungen bedürfen der Genehmigung des aufsichts-

[2] Vgl. dazu §§ 191 ff. Arbeitsförderungsgesetz.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-45648-2 | Generated on 2025-08-11 20:14:35
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Übersicht 1: **Organisationsformen der Arbeitslosensicherung in ausgewählten Industriestaaten**

	Bundesrepublik Deutschland	Frankreich	Großbritannien	Schweden	Vereinigte Staaten
Art	Pflichtversicherung	Pflichtversicherung	Pflichtversicherung	freiwillige Versicherung	Pflichtversicherung
Träger Rechtsform	öffentl.-rechtl. Körperschaft-Bundesanstalt für Arbeit	privatrechtl. Vereinigung — ASSEDIC/ UNEDIC	öffentl.-rechtl. Department of Health a. Soc. Sec.	gewerkschaftl. Arbeitslosenkassen unter Aufsicht der Arbeitsmarktdirektion	Bundes- und einzelstaatliche öffentl. Institutionen
Entscheidungsträger bei Änderungen im Beitrags- und Leistungsrecht	— Verwaltungsrat (nach Zustimmung des Arbeitsministers) Zusammensetzung: 1/3 Arbeitnehmer 1/3 Arbeitgeber 1/3 öffentl. Hand — Arbeitsminister — Parlament	— Tarifvertragsparteien — Arbeitsminister — Commission Paritaire Nationale Zusammensetzung: 1/2 Arbeitnehmer 1/2 Arbeitgeber	— Secretary of State for Social Services (DHSS) — Parlament	— schwedischer Reichstag (gesetzlicher Rahmen) — Arbeitslosenkassen (innerh. des gesetzlichen Rahmens) Zusammensetzung der Vorstände: — Arbeitnehmervertreter — 1 Mitglied der Arbeitsmarktdirektion	— Staatsparlament der jeweiligen Bundesstaaten
Anteil der Versicherten an den AN insges.	95 %	75 %	85 %	81 %	97 %

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-45648-2 | Generated on 2025-08-11 20:14:35
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

führenden Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung. Ansonsten wird das Leistungsrecht im wesentlichen fixiert vom Parlament, ebenso der für alle Versicherten einheitliche Beitragssatz; bei guter Kassenlage kann der Beitragssatz von der Bundesregierung vorübergehend ermäßigt werden.

Der formale Entscheidungsspielraum der Bundesanstalt ist also recht begrenzt. Gleichwohl haben die Organe der Selbstverwaltung im Rahmen der politischen Willensbildung einen praktischen Einfluß auf Art und Ausmaß des Arbeitslosenschutzes, der über ihre formalen Entscheidungsrechte nicht unerheblich hinausgeht.

(2) *Frankreich.* Grundlage der Arbeitslosensicherung in der Privatwirtschaft sind tarifvertragliche Abmachungen zwischen Gewerkschaften und Arbeitgeberverbänden.[3] Nach der Konvention vom 31. 12. 1958 sind Träger der Arbeitslosenversicherung

— die autonomen, regional gegliederten Arbeitslosenkassen ASSEDIC (Association pour l'Emploi dans l'Industrie et le Commerce). Die Aufgaben der Arbeitslosenkassen sind (a) die Aufnahme der Betriebe in die Versichertengemeinschaft (seit 1967 ist jeder private Arbeitgeber verpflichtet, der regional zuständigen Kasse beizutreten und seine beschäftigten Arbeitnehmer bei ihr gegen den Verlust des Einkommens bei Arbeitslosigkeit zu versichern), (b) der Einzug der Beiträge (der Arbeitgeber führt die Beiträge für sich und seine Arbeitnehmer an die Kasse ab), (c) die Auszahlung der Sicherungsleistung, (d) Hilfen zur Wiedereingliederung, Ausbildung und Umschulung von Arbeitslosen und (e) Förderung der Transparenz des Arbeitsmarktes. Jeder Kasse steht ein paritätisch besetzter Verwaltungsrat vor, dessen Mitglieder für zwei Jahre gewählt werden; sie repräsentieren zum einen die jeweils regional vertretenen Gewerkschaften, von denen wenigstens zwei zu den fünf großen überregionalen Gewerkschaften gehören müssen, zum anderen die regionalen Arbeitgeber;

— der Dachverband UNEDIC (Union Nationale Interprofessionelle pour l'Emploi dans l'Industrie et le Commerce) mit den Organen: (a) Verwaltungsrat. Er hat im wesentlichen administrative Aufgaben und setzt sich paritätisch zusammen aus je fünf Vertretern der Arbeitgeberseite und der großen nationalen Gewerkschaften, die jeweils zwei Jahre amtieren. (b) Paritätische Kommission (Commission

[3] Mit der Konvention vom 31. 12. 1958 wurden erstmals tarifvertragliche Rahmenregelungen für die Organisation und Abwicklung der Sicherung bei Arbeitslosigkeit festgelegt und zwar für die Bereiche Industrie und Handel; dieser Kollektivvertrag ist am 7. 1. 1959 vom Gesetzgeber für allgemeinverbindlich erklärt worden.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-45648-2 | Generated on 2025-08-11 20:14:35
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Paritaire Nationale). Sie ist ebenfalls paritätisch, aber doppelt so stark besetzt wie der Verwaltungsrat und hat wichtige Entscheidungsbefugnisse im Bereich des Leistungs- und Beitragsrechts; beispielsweise entscheidet sie über die jeweils zum 1. April und 1. Oktober eines Jahres fällige Neufestlegung der Tagespauschalen, über die halbjährliche Fortschreibung des früheren Bezugslohns während der Arbeitslosigkeit (Dynamisierung der Bemessungsgrundlage), nicht zuletzt über die Höhe der Beitragssätze.

Erweiterungen oder Änderungen des Leistungsrechts werden von den Arbeitsmarktparteien tarifvertraglich vereinbart. Die Vereinbarungen werden in einem Ministererlaß (Ordonnance) für allgemeinverbindlich erklärt, sofern sie mit dem Arbeitsrecht vereinbar sind. Dieses übliche Verfahren galt u. a. bei der Einführung des Systems 1958 und bei seinen Ausweitungen durch die Einbeziehung der Einkommensgarantie 1972, der Allocation Supplémentaire d'Attente 1974 und der Erweiterung der Einkommensgarantie 1977. Eine Reform des Systems zum 1. Juli 1979 erfolgte zwar per Gesetz, bedurfte aber wegen der Abänderung des Leistungsrechts der kollektiven Zustimmung, die am 16. März 1979 erfolgt ist.[4]

Von allen Arbeitnehmern (salarié civil) waren 1980/81 rund 75 vH bei den ASSEDIC gegen Arbeitslosigkeit versichert.[5] Daneben gibt es Sondersysteme: Für staatliche Industrieunternehmen gelten Sonderabmachungen mit der UNEDIC; für die beim Staat, den lokalen Behörden und den öffentlichen Verwaltungen beschäftigten Arbeitnehmer gelten besondere leistungsrechtliche Regelungen, die an den Regelungen im privaten Bereich orientiert sind.[6] Sonderregelungen gibt es auch für die Bauwirtschaft, den Schiffsbau und die leitenden Angestellten.

(3) *Großbritannien.* Im Mutterland der Demokratie werden die Aufgaben der Arbeitslosensicherung nicht von Selbstverwaltungsorganen wahrgenommen, sondern ausschließlich von staatlichen Stellen. Dennoch wird Großbritannien als eine Art „Kontrollvariable" in den Vergleich einbezogen, weil es ergänzende Hinweise auf die Ausgabenwirkungen bestimmter organisatorischer Regelungen liefern kann. Zuständig für die Arbeitslosenversicherung — wie für die gesamte Sozialversiche-

---

[4] Zu weiteren Organisationsmerkmalen des insgesamt differenzierten Systems vgl. *Dupeyroux*, J.-J.: Droit de la Sécurité Sociale, Paris 1980; UNEDIC, ASSEDIC (Hrsg.): Régime National Interprofessionel d'Allocation aux Travailleurs sans Emploi, Paris 1981.

[5] In den versicherungspflichtigen privaten Betrieben waren im Dezember 1981 von den 13,3 Mio. Arbeitnehmern 98 vH arbeitslosenversichert. Vgl. Bulletin de Liaison UNEDIC, Janvier 1982, p. 3.

[6] Zu den Leistungen für Arbeitnehmer des Staates vgl. Internationale Revue für Soziale Sicherheit (1980) S. 209.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-45648-2 | Generated on 2025-08-11 20:14:35
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

rung — ist der „Secretary of State for Social Services", der dem Department of Health and Social Security (DHSS) vorsteht. In seinen Aufgabenbereich fallen sowohl die Festlegung von Beitragssätzen und Beitragsbemessungsgrenzen eines Beitragsjahres als auch die jährliche Überprüfung und Anpassung der Leistungssätze; Beitrags- wie Leistungsanpassungen werden als Gesetzentwurf beiden Parlamentshäusern zur Abstimmung vorgelegt. Interessanterweise ist das DHSS zwar für das gesamte System der Sozialen Sicherung (National Insurance Fund) zuständig, die Gewährung von Leistungen der Arbeitslosenversicherung (unemployment benefits) erfolgt aber über die lokalen Dienststellen des Departments of Employment, das auch die Sozialhilfe für Arbeitslose auszahlt.[7] Neben der Arbeitslosenversicherung mit ihren beitragsfinanzierten unemployment benefit-Leistungen spielt in Großbritannien die Sozialhilfe eine ungewöhnlich große Rolle für die Arbeitslosensicherung; so bezogen in den 70er Jahren durchweg mehr als ein Drittel aller Arbeitslosen ausschließlich Sozialhilfe und nur knapp die Hälfte aller Arbeitslosen unemployment benefits.

(4) *Schweden.* Träger der Arbeitslosenversicherung sind gewerkschaftseigene Arbeitslosenkassen, die sich als Selbsthilfeeinrichtungen der einzelnen Gewerkschaften entwickelt haben. Sie sind selbständige juristische Personen, ihre Funktionäre sind häufig in Personalunion auch für die Gewerkschaften tätig. Jede Kasse legt in ihren Statuten die Berufsgruppen fest, für die sie tätig sein will; jedem Erwerbstätigen der entsprechenden Berufe steht die Mitgliedschaft offen.[8] Die Autonomie der Kassen ist in mehrfacher Weise begrenzt: Auf der Leistungsseite legt das Parlament die Spanne der möglichen Versicherungsleistungen fest, z. B. 80 - 210 Skr/Leistungstag im Jahr 1981/82; innerhalb dieser Spanne können die einzelnen Kassen allerdings selbst Leistungsgruppen bzw. Leistungsklassen festlegen.[9] Entscheidungsorgan einer Kasse ist deren Vorstand, in dem neben den von den Kassenmitgliedern gewählten Personen auch ein Delegierter der Arbeitsmarktdirektion sitzt. Innerhalb der (staatlichen) Arbeitsmarktdirektion gibt es eine Versicherungsabteilung, die für jede Kasse die Mitgliedsbeiträge fest-

[7] Auf die Koordinationsprobleme zwischen Arbeitsmarktpolitik und Arbeitslosensicherung kann hier nicht eingegangen werden. Vgl. dazu *Ogus-Barendt:* The Law of Social Security, London 1978, p. 593.

[8] Gewerkschaften, die eine Kasse gegründet haben, setzen darauf, daß ihre Mitglieder auch dieser Kasse beitreten; ob umgekehrt für Kassenmitglieder ein informaler gewerkschaftlicher Organisationszwang besteht, war nicht zweifelsfrei zu ermitteln. Da der Zweck der Kassen in der materiellen Sicherung arbeitsloser Mitglieder besteht, muß man wohl davon ausgehen, daß einem versicherungswilligen Arbeitnehmer ein Kuppelprodukt angeboten wird — freilich zu einem extrem niedrigen Preis, wie noch zu zeigen sein wird. Im übrigen stimmt der Anteil der Versicherten an allen Arbeitnehmern mit dem gewerkschaftlichen Organisationsgrad ungefähr überein.

[9] Vgl. dazu die Übersicht über die Leistungsklassen in Anhang 1.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-45648-2 | Generated on 2025-08-11 20:14:35
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

legt und dabei sicherzustellen versucht, daß die Beiträge der Arbeitnehmer zusammen mit den Arbeitgeberleistungen, den Staatszuschüssen aus allgemeinen Haushaltsmitteln und den Vermögenseinkünften der Kassen zur Deckung der erwarteten Ausgaben ausreichen. Nicht zuletzt ist die Arbeitsmarktdirektion Aufsichtsbehörde; jede Kasse wird durch einen Beamten regelmäßig überwacht.

(5) *Vereinigte Staaten.* Träger der US-amerikanischen Arbeitslosenversicherung sind sowohl der Bund als auch die einzelnen Bundesstaaten.[10] Der institutionalisierte Einfluß der Versicherten beschränkt sich auf einzelstaatliche Beratungsgremien, in denen Vertreter von Arbeitnehmer- und Arbeitgeberorganisationen zu gleichen Teilen vertreten sind. Auch die USA sind in unserem Zusammenhang also eher eine „Kontrollvariable". Durch Bundesrecht werden insbesondere die Voraussetzungen bezüglich Anwartschaft und Leistungen, die administrative Durchführung, die Leistungsfinanzierung und der Kreis der Leistungsberechtigten geregelt; innerhalb dieses bundeseinheitlichen Rahmens, dessen Einhaltung jährlich vom Secretary of Labor zu bestätigen ist, können die Einzelstaaten durch ihre Gesetzgebung die übrigen Aspekte der Arbeitslosenversicherung, namentlich Leistungsdauer und Leistungshöhe, auf ihre speziellen Bedingungen zuschneiden; die praktische Durchführung der Gesetze fällt ebenfalls in den Aufgabenbereich der Einzelstaaten. Die unterschiedliche Nutzung der einzelstaatlichen Regelungskompetenz hat dazu geführt, daß in den USA im Grunde 53 mehr oder weniger deutlich verschiedene Arbeitslosenversicherungssysteme nebeneinander existieren. Ihre gemeinsame Grundstruktur sieht folgendermaßen aus: Versicherungspflichtig ist das einzelne Unternehmen; es hat für seine Arbeitnehmer eine Unemployment Tax zu entrichten, deren Höhe sich u. a. danach richtet, in welchem Umfang das Unternehmen in der Vergangenheit Mitarbeiter entlassen und dadurch die Versicherung belastet hat.[11]

In dem folgenden Vergleich sind die konkreten Verhältnisse in drei Bundesstaaten berücksichtigt, die für das Gesamtsystem repräsentativ

---

[10] Die Grundzüge des US-amerikanischen Systems der Arbeitslosensicherung sind schon im Social Security Act vom 14. 8. 1935 festgelegt worden (insbesondere Title III und Title IX). Die entsprechenden Passagen wurden 1938 dem International Revenue Code angegliedert und von da an als Federal Unemployment Tax Act bezeichnet. Dazu und im folgenden vgl. Comparison of State Unemployment Insurance Laws, hrsg. vom US Department of Labor, Unemployment Insurance Service, Washington 1981.

[11] Dieses „Experience Rating", in den einzelnen Bundesstaaten verschieden ausgeprägt, ist eine vor allem allokationstheoretisch interessante Anwendungsvariante des Äquivalenzprinzips; man kann es als Versuch ansehen, in den Regelkreis der Sozialen Sicherung bei Arbeitslosigkeit einen stabilisierenden feed back-Mechanismus auf der einzelwirtschaftlichen Ebene einzubauen.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-45648-2 | Generated on 2025-08-11 20:14:35
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

und zugleich mit den anderen Ländern einigermaßen vergleichbar sind: California, Illinois, Pennsylvania.

Vergleich von Sicherungsumfang und Ausgabenexpansion

Die „Ausgabenneigung" der einzelnen ausgewählten Sicherungssysteme läßt sich feststellen am Niveau der Sicherung zu einem bestimmten Zeitpunkt und an seiner Entwicklung im Zeitablauf.

(1) Das *Niveau* der Sicherung äußert sich vor allem in der Höhe eines bestimmten Sicherungsanspruchs, aber auch in seiner Dauer und in den Voraussetzungen des Leistungsbezugs. Ich konzentriere mich hier auf die Leistungshöhe im Falle der Vollarbeitslosigkeit, also auf das, was einem Arbeitnehmer beim Verlust seines Arbeitsplatzes als Lohnersatz zur Verfügung steht. Es ist nicht einfach, hier eine geeignete Maßzahl zu finden; denn diese sollte

— möglichst eng an die tatsächlichen Existenzbedingungen anknüpfen, also nicht Bruttoeinkommen, sondern Nettoeinkommen repräsentieren,

— die in jeweiliger Landeswährung gezahlten Leistungen vergleichbar machen.

Ein Indikator, der diese Voraussetzung erfüllt, ist die *Nettoersatzrate (NER).* Sie ist definiert als

$$\text{NER} = \frac{\text{Netto-Arbeitslosenunterstützung}}{\text{Netto-Arbeitsentgelt}} ;$$

sie gibt also an, welcher Prozentsatz des ausfallenden Netto-Arbeitsentgelts dem Arbeitslosen ersatzweise zur Verfügung steht. In Übersicht 2 sind die NER angegeben, die sich in den einzelnen Ländern für einen verheirateten (kinderlosen) Arbeitnehmer mit mittlerem Einkommen ergeben, wenn man die Verhältnisse des Jahres 1982 zugrundelegt.[12]

Beim Arbeitslosengeld nimmt Schweden eine eindeutige Spitzenposition ein; es folgt Frankreich, wo die allgemeine Grundleistung (Allocation de Base) rund 69 vH des ausfallenden Netto-Arbeitsentgelts ersetzt, wo aber die „aus ökonomischen Gründen entlassenen" Arbeitnehmer mit der dann zusätzlich gewährten Spezialleistung (Allocation Spé-

[12] Die Berechnung der Ersatzraten wird im Anhang 2 am Beispiel der Bundesrepublik Deutschland demonstriert. Ausführlicher dazu *Albeck,* H. — *Blum,* J.: Soziale Sicherung von Arbeitslosen — ein internationaler Vergleich; Gutachten im Auftrag des Bundesministers der Wirtschaft (Köln 1984), insbesondere Kapitel II.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-45648-2 | Generated on 2025-08-11 20:14:35
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Übersicht 2

Nettoersatzraten des Arbeitsentgelts bei Vollarbeitslosigkeit[a]) (Stand 1982)

	Arbeitslosengeld		Arbeitslosenhilfe
Bundesrepublik	65		55
Frankreich	69 (85)		22
Großbritannien	39		—
Schweden	84		37
USA	NER I	NER II	
— California	27	42	—
— Illinois	46	60	—
— Pennsylvania	48	64	—

a) Verheirateter Arbeitsloser ohne Kinder, mittleres Einkommen, ein Jahr Arbeitslosigkeit.

ciale) auf eine Nettoersatzrate von 85 vH kommen.[13] Die Bundesrepublik ersetzt 65 vH des gleichzeitig ausfallenden Arbeitsentgelts und weist damit ein mittleres Sicherungsniveau auf; den Schluß bilden mit deutlichem Abstand England und die drei ausgewählten amerikanischen Bundesstaaten. Weil bei den letzteren die Arbeitslosen ihren Sozialversicherungsschutz verlieren, wenn sie nicht selbst Beiträge zahlen, sind jeweils zwei Nettoersatzraten angegeben: für den Fall, daß sie diese Beiträge zahlen (NER I) und für den Fall, daß sie dies nicht tun (NER II). Bei der Arbeitslosenhilfe bzw. der Anschlußleistung an das Arbeitslosengeld unterstützt die Bundesrepublik am großzügigsten, gefolgt von Schweden und Frankreich; in England und in den USA gibt es keine speziell auf Arbeitslose zugeschnittene Anschlußleistung an das Arbeitslosengeld, sondern nur die Hilfen im Rahmen der allgemeinen Fürsorgeleistungen.

Ergänzend zur Höhe der Lohnersatzleistungen kann man auch noch die Dauer und die Voraussetzungen des Leistungsanspruchs betrachten. In Übersicht 3 sind die entsprechenden Angaben zusammengestellt.

Die Regelungen unterscheiden sich vor allem hinsichtlich der Anwartschaftszeiten und der Dauer des Leistungsbezugs, weniger hinsichtlich der Sperrzeiten und kaum hinsichtlich der allgemeinen Anspruchs-

[13] Die Kriterien, wann ein Arbeitnehmer „aus ökonomischen Gründen" entlassen worden ist, sind nicht eindeutig; es soll sich um unfreiwillig Arbeitslose handeln, deren Arbeitsplatz aus „konjunkturellen oder strukturellen" Gründen weggefallen ist. Die Arbeitslosenkassen haben hier offenbar einen erheblichen Ermessensspielraum. Der Anteil der Arbeitslosen, der die Spezialleistung bezieht, lag in der Vergangenheit zwischen 9 vH und 17 vH.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-45648-2 | Generated on 2025-08-11 20:14:35
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Übersicht 3: **Voraussetzungen und Dauer des Leistungsanspruchs bei Vollarbeitslosigkeit (Stand 1982)**

	Bundesrepublik Deutschland	*Frankreich*	*Großbritannien*	*Schweden*	*Vereinigte Staaten*
Allgemeine Bedingungen	— arbeitslos gemeldet — arbeitsfähig, verfügbar, unter 65 Jahren — Antrag gestellt — nicht wegen Arbeitskampf arbeitslos	— arbeitslos gemeldet — arbeitsfähig, verfügbar, unter 65 Jahren — nicht wegen Arbeitskampf arbeitslos	— arbeitslos gemeldet (mind. 2 Tage innerhalb 6 aufein. folg.) — Antrag gestellt — nicht wegen Arbeitskampf arbeitslos	— arbeitslos gemeldet — arbeitsfähig, verfügbar, 16 - 65 Jahre — Antrag gestellt — nicht wegen Arbeitskampf arbeitslos	— arbeitslos gemeldet — arbeitsfähig, verfügbar — nicht wegen Arbeitskampf arbeitslos
Spezielle Bedingungen (Anwartschaftszeiten, Entlassung, Alter, Bedürftigkeit)	*Arbeitslosengeld:* 360 Tage beitragspflichtige Beschäftigung in den letzten 3 Jahren *Arbeitslosenhilfe:* bei Bedürftigkeit Bezug möglich: — nach Arbeitslosengeld — nach 150 Tagen Beschäftigung im letzten Jahr	*Grundleistung:* 91 Tage beitragspflichtige Beschäftigung im letzten Jahr *Spezialleistung:* AN unter 60 Jahre, Entlassung aus ökonom. Gründen, 182 Tage beitragspflichtige Beschäftigung im letzten Jahr *Anschlußleistung:* Nach Bezug der Grund- oder Spezialleistung	1. Beitragsbed.: mind. 25 Class 1 Mindestwochenbeitr. in einem beliebigen Beitragsjahr eingezahlt. 2. Beitragsbed.: 50 Class 1 Mindestwochenbeitr. u. m. im vorausgegangenen Beitragsjahr eingezahlt oder gutgeschrieben Sozialhilfe: Bedürftigkeitsprüfung (gleichzeitig mit Arbeitslosengeld zahlbar)	*Arbeitslosengeld:* 1 Jahr Mitglied in einer Arbeitslosen-Kasse, mind. 5 Monate im letzten Jahr gearbeitet *Arbeitslosenhilfe:* mind. 5 Mon. im letzten Jahr gearbeitet oder Teilnahme an einer mind. 3monatigen anerkannten Ausbildung vor Eintritt der Arbeitslosigkeit	Mindestarbeitseinkommen/Mindestarbeitsdauer in sog. Basisperiode (Einzelheiten variieren je nach Staat)

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-45648-2 | Generated on 2025-08-11 20:14:35
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Fortsetzung von Übersicht 3

	Bundesrepublik Deutschland	*Frankreich*	*Großbritannien*	*Schweden*	*Vereinigte Staaten*
Karenzzeiten	keine	keine	3 Tage	5 Leistungstage	idR 1 Woche
Dauer	*Arbeitslosengeld:* 1/2 - 1 Jahr, je nach Anwartschaftszeit *Arbeitslosenhilfe:* bis 1 Jahr, Verlängerung möglich	*Grundleistung:* 1 - 2,5 Jahre, je nach Alter *Spezialleistung:* 9 - 15 Monate, je nach Alter. Gesamte Unterstützungszeit max. 3 bzw. 5 Jahre (für AN über 50 Jahre)	*Arbeitslosengeld:* 1 Jahr *Sozialhilfe:* ohne Begrenzung	*Arbeitslosengeld:* bis 55: 300 Leistungstage bis 60: 450 Leistungstage ab 60: bis zum erstmaligen Bezug von Altersrente	idR maximal 26 Wochen; bei hoher Arbeitslosigkeit Verlängerung auf 39 Wochen
Sperrzeiten wegen					
Vernachlässigung der Meldepflicht	2 Wochen	6 Wochen	6 Wochen	bis zu 28 Leistungstage	je nach Staat unterschiedl. (u. U. völlige Sperrung von Alg)
Ablehnung eines zumutbaren Arbeitsplatzes oder einer Ausbildung	8 Wochen	2 Wochen bis vollständigen Ausschluß	6 Wochen	bis zu 28 Leistungstage, bei mehrmaliger Wiederholung unbegrenzt	
eigener Kündigung ohne wichtigen Grund	6 Wochen	6 Wochen	6 Wochen	28 Leistungstage	

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-45648-2 | Generated on 2025-08-11 20:14:35
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

voraussetzungen. Skaliert man nach dem Schutzumfang, erhält man als Rangfolge

— bei den Anwartschaftszeiten Frankreich und Schweden vor Großbritannien, alle Länder vor der Bundesrepublik,

— bei der Bezugsdauer Frankreich und Schweden vor Großbritannien, der Bundesrepublik und den (ausgewählten Staaten der) USA.

Auch bei den Merkmalen Anspruchsvoraussetzungen und Dauer des Leistungsbezugs nehmen also Frankreich und Schweden eine Spitzenposition ein; die Regelungen in Großbritannien sind aber großzügiger als jene in der Bundesrepublik. Mit am restriktivsten scheinen auch diese leistungsrechtlichen Regelungen wieder in den USA zu sein.

(2) Die *zeitliche Entwicklung* des Sicherungsniveaus ist mit dem Indikator „Nettoersatzrate" und den anderen Merkmalen des Leistungsrechts nur mit prohibitivem Arbeitsaufwand nachzuzeichnen. Einfacher ist es, von der Ausgabenentwicklung der nationalen Sicherungssysteme auszugehen und von daher auf Ausweitungen oder Einschränkungen im Leistungsrecht und in der Leistungspraxis zu schließen. Für jedes der betrachteten Länder wurde deshalb die Entwicklung der Ausgaben zur Unterstützung von Arbeitslosen — hauptsächlich Arbeitslosengeld und Arbeitslosenhilfe — über einen größeren Zeitraum hinweg ermittelt. Dann wurde von der einfachen Faustregel ausgegangen, daß bei unverändertem Leistungsrecht

— die Ausgaben je Leistungsempfänger hauptsächlich von der Lohnentwicklung abhängen (alle betrachteten Länder gewähren direkt oder indirekt lohneinkommensbezogene Leistungen)

— die Zahl der Leistungsempfänger im wesentlichen von der Entwicklung der Arbeitslosenzahlen bestimmt wird.

Lohnsteigerung und Zunahme der Arbeitslosenzahlen zusammengenommen ergeben eine fiktive Ausgabenexpansion, die gemäß der Faustregel als Indikator für die Ausgabenentwicklung bei einem im großen und ganzen unveränderten Leistungsrecht gilt. „Unverändertes" Leistungsrecht heißt vor allem, daß die einkommensproportionalen Leistungssätze unverändert bleiben, etwaige Pauschalen (z. B. die französischen Fixsätze) gemäß der durchschnittlichen Einkommensentwicklung angepaßt werden — wie das grundsätzlich gewollt ist — und der Kreis der Anspruchsberechtigten ungefähr konstant bleibt; es heißt nicht notwendigerweise, daß sich der Anteil der Leistungsempfänger an den Arbeitslosen im Zeitablauf nicht verändert, denn dieser Anteil wird nicht nur durch administrative Maßnahmen, sondern auch durch die Arbeitsmarktlage selbst bestimmt.[14]

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-45648-2 | Generated on 2025-08-11 20:14:35
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

In Übersicht 4 ist für jedes der betrachteten Länder die fiktive Ausgabenentwicklung mit der tatsächlichen verglichen; ergänzend ist angegeben, wie sich der Anteil der Leistungsempfänger an den Arbeitslosen im Zeitablauf verändert hat.

Die Quintessenz des Vergleichs in Übersicht 4 sind die Differenzen zwischen fiktiver und aktueller Ausgabenexpansion bezogen auf ein Jahr, also die Werte in Spalte 6. Diese Werte werden folgendermaßen interpretiert:

— deutlich positive Werte signalisieren eine Ausweitung des Leistungsrechts und/oder eine großzügigere Praxis der Leistungsgewährung

— deutlich negative Werte zeigen an, daß alle Gesetze, Verordnungen, Erlasse und ihr konkreter Vollzug durch die zuständigen Stellen zusammengenommen zu Einsparungen bei der Arbeitslosenunterstützung geführt haben.

Es sei nochmals betont, daß es sich dabei um eine überschlägige Rechnung handelt, die eine Reihe weiterer Einflußfaktoren vernachlässigt, insbesondere endogene Strukturänderungen innerhalb der Gruppe der Arbeitslosen. In einer Phase steigender Arbeitslosigkeit, wie sie in allen betrachteten Ländern realisiert war, können diese Änderungen z. B. so aussehen, daß der Anteil der Leistungsempfänger an den Arbeitslosen fällt, so daß die Ausgaben schwächer expandieren, als es der fiktiven Größe entspricht; wie Spalte 7 ausweist, scheint dieser Effekt für die Bundesrepublik bedeutsam, zumindest ist der entsprechende Anteil von 76 vH im Jahre 1970 auf 65 vH im Jahre 1980 gefallen.[15] Es können auch ausgabenrelevante Strukturveränderungen innerhalb der Gruppe der Leistungsbezieher auftreten, etwa — die Verhältnisse in der Bundesrepublik zugrundegelegt — ein steigender Anteil der Empfänger von Arbeitslosenhilfe; bei anhaltend schlechter Arbeitsmarktlage mag es auch sein, daß der Anteil von Personen mit höherem Arbeitsentgelt und damit überdurchschnittlichem Leistungsanspruch zunimmt. Im ersten Fall würden die Ausgaben schwächer, im zweiten Fall stärker expandieren, als es der fiktiven Größe entspricht.

---

[14] Dazu zwei Beispiele: Bei schlechter Arbeitsmarktlage steigt die durchschnittliche Dauer der Arbeitslosigkeit; mehr Arbeitslose verlieren ihren zeitlich begrenzten Anspruch auf Versicherungsleistungen, und nicht alle davon erhalten statt dessen eine Art Arbeitslosenfürsorge (stärkeres „Hinauswachsen" aus der Arbeitslosenunterstützung). Schlechtere Beschäftigungschancen mindern auch die Chancen, Ansprüche auf Arbeitslosenunterstützung zu erwerben (geringeres „Hineinwachsen" in die Arbeitslosenunterstützung).

[15] Wenn man unterstellt, daß der gemessene Rückgang dieses Anteils allein endogen verursacht ist, läßt sich die fiktive Ausgabenentwicklung insoweit korrigieren; man erhält dann als korrigierten Wert $13{,}3 \cdot (0{,}65/0{,}76) = 11{,}4$.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-45648-2 | Generated on 2025-08-11 20:14:35
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Wenn diese Einflüsse bei der Ermittlung der fiktiven Ausgabenexpansion nicht berücksichtigt worden sind, so hat das zwei Gründe: Erstens ist die vorhandene Informationsbasis zu gering, um die Struktureinflüsse in einer vergleichbaren Weise abschätzen zu können. Zweitens besteht die zusätzliche Schwierigkeit darin, daß von den insgesamt ausgabenwirksamen Strukturänderungen grundsätzlich nur jene bei der Ermittlung der fiktiven Ausgabenexpansion berücksichtigt werden dürfen, die endogenen Charakter haben, d. h. die nicht durch Änderungen in Leistungsrecht und Leistungspraxis herbeigeführt sind.

Auch bei vorsichtiger Interpretation lassen die Differenzen in Spalte 6 meines Erachtens die Aussagen zu, daß

— in Großbritannien die Ausgabenexpansion durch leistungsseitige Korrekturen deutlich gebremst worden ist

— in der Bundesrepublik und in den USA die weitgehend proportionale Entwicklung von fiktiven und tatsächlichen Ausgaben auf eine ungefähre Konstanz des Leistungsrechts hindeutet; das gilt auch noch für Schweden

— in Frankreich die enorme Ausgabenexpansion zum größten Teil durch leistungsrechtliche Maßnahmen verursacht ist.

Ich komme im folgenden Abschnitt darauf noch einmal zurück.

Zusammenhänge zwischen organisatorischen Regelungen und Ausmaß der Sicherung

Wir wollen jetzt die Ausführungen in den beiden vorangegangenen Abschnitten nebeneinander halten und versuchen, den Ausgabenwirkungen unterschiedlicher organisatorischer Regelungen der Arbeitslosensicherung auf die Spur zu kommen.

(1) Zunächst einmal fällt auf, daß die Staaten ohne Selbstverwaltung — Großbritannien und die USA — zugleich jene Staaten sind, die von allen betrachteten Ländern Anfang der 80er Jahre das geringste Sicherungs*niveau* hatten und im letzten Jahrzehnt auch eine zur Lohnentwicklung teilweise deutlich unterproportionale Entwicklung der Sicherungsleistungen hatten. Umgekehrt war in den Staaten mit Selbstverwaltung, in denen die Arbeitsmarktparteien und insbesondere die Gewerkschaften einen teils formal abgesicherten, teils informalen, in jedem Fall aber deutlichen Zugriff auf das Leistungsrecht haben, nicht nur das Niveau der Sicherungsleistungen am höchsten — Schweden und Frankreich —, sondern auch die Expansion der Lohnersatzleistungen teilweise deutlich größer als die Expansion der Lohneinkommen

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-45648-2 | Generated on 2025-08-11 20:14:35
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Übersicht 4: **Vergleich von fiktiver und tatsächlicher Ausgabenentwicklung (Indices)**

Land (Zeitraum)	1 Lohnentwicklung[a)]	2 Anstieg der Arbeitslosenzahl[a)]	3 Fiktive Ausgaben expansion[a)] (1 × 2)	4 Tatsächliche Ausgabenexpansion[a)]	5 Differenz (4 — 3)	6 Differenz je Jahr[b)]	7 Leistungsempfänger in vH der Arbeitslosen
Bundesrepublik (1970 - 1980)	2,21	6,0	13,3	13,9	0,6	0,06	1970: 76 1980: 65
Frankreich (1972 - 1981)	3,27	4,2	13,7	41,6	27,9	2,79	1973: 52 1981: 72
England (1970 - 1980)	4,39	3,0	13,2	8,4	— 4,8	— 0,48	1972: 48 1980: 40
Schweden (1976 - 1980)	1,21	1,3	1,6	2,3	0,7	0,15	—
USA[c)] (1970 - 1979)	1,83	1,5	2,8	2,2	— 0,6	— 0,06	1970: 44 1979: 49

a) Jeweiliges Basisjahr = 1,00. — b) Werte in Spalte 5 dividiert durch die Zahl der Jahre des jeweiligen Beobachtungszeitraums. — c) Alle Bundesstaaten.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-45648-2 | Generated on 2025-08-11 20:14:35
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Übersicht 5: **Finanzierung der Sicherungsleistungen bei Vollarbeitslosigkeit (Stand 1982)**

	Bundesrepublik Deutschland	*Frankreich*	*Großbritannien*	*Schweden*	*Vereinigte Staaten*
Beitragsbemessungsgrenze	Bruttoarbeitsentgelt max: 4 700 DM/Monat	Bruttoarbeitsentgelt max: 26 360 FF/Monat	Bruttoarbeitsentgelt max: 220 £/Woche min: 29,50 £/Woche	modifiziertes Bruttoarbeitsentgelt	Bruttoarbeitsentgelt max: 6 000 $/Jahr
Beitragssätze — ALV					
Arbeitnehmeranteil	2 vH	0,84 vH	siehe Sozialversicherungsbeiträge	Pauschalsatz ∅ 80 SKr/Jahr	entfällt
Arbeitgeberanteil	2 vH	2,76 vH		0,4 vH (ALV + ALH)	idR 3,4 vH (variabel!)
Sozialversicherungsbeiträge insgesamt					
Arbeitnehmeranteil	17,05 vH	12,9 vH	8,75 vH	—	6,65 vH
Arbeitgeberanteil	18,05 vH	35,46 vH	13,7 vH	32,8 vH (Arbeiter) 33,1 vH (Angestellte) (1981)	6,65 vH
Staatliche Zuschüsse	Defizitdeckung der Ausgaben der Bundesanstalt — Finanzierung der Arbeitslosenhilfe	ca. 28 vH der UNEDIC-Ausgaben	Staatl. Zuschuß zu den Beiträgen, max. bis 18 % aller Beiträge (ohne Beitrag zum Nat. Health Service bzw. Redundancy Payments Funds)	Unter Verwendung des Arbeitgeberanteils — regelgeb. Zuschüsse zu den Arbeitslosenkassen — Vollfinanzierung der Arbeitslosenhilfe	Zinslose Überbrückungskredite, keine Subventionen

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-45648-2 | Generated on 2025-08-11 20:14:35
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

selbst — Frankreich. In der Bundesrepublik, in der die Selbstverwaltungsorgane der Bundesanstalt für Arbeit drittelparitätisch besetzt sind und einen gegenüber der Exekutive und Legislative — zumindest in formaler Hinsicht — wesentlich geringeren Handlungsspielraum haben, liegt das Niveau der Sicherung auf einer mittleren Höhe, und die durchschnittliche Lohn-Ersatzleistung an Arbeitslose entwickelte sich ungefähr parallel zu den Lohneinkommen. Es ergibt sich also eine deutliche Korrelation zwischen der Art der Entscheidungsträger und dem Entscheidungsergebnis: Wo die Arbeitsmarktparteien und insbesondere die Gewerkschaften den Umfang der Unterstützungszahlungen und den Empfängerkreis wesentlich mitbestimmen können, ist die Arbeitslosensicherung großzügiger als dort, wo diese institutionelle Einbindung fehlt.

(2) Das Bild wird differenzierter, wenn wir die Verhältnisse in den einzelnen Ländern genauer ansehen und dabei auch die Finanzierungsseite berücksichtigen. Die wichtigsten Finanzierungsregelungen sind in Übersicht 5 zusammenfassend dargestellt:

In *Frankreich* gestalten die Tarifvertragsparteien das Leistungsrecht in den nationalen Vereinbarungen und über die Commission Paritaire Nationale. Die Finanzierung der Leistungen hat ganz überwiegend durch Beiträge zu erfolgen.[16] Bis zu einem Beitragssatz von 3 vH der Bruttoarbeitsentgelte zahlen die Arbeitgeber $^{8}/_{10}$ und die Arbeitnehmer $^{2}/_{10}$; liegt der gesamte Beitragssatz über 3 vH, zahlen vom überschreitenden Teil die Arbeitgeber 60 vH und die Arbeitnehmer 40 vH. Der Beitragssatz lag bis Anfang 1978 unter 3 vH; er betrug ab Mai 1978 3,0 vH und wurde im März 1979 erstmals über diese Drei-Prozent-Grenze angehoben. Wenn die Gewerkschaften mit den Arbeitgebern über Leistungsausweitungen verhandelten, konnten sie also davon ausgehen, daß die Vorteile, die sie für die Arbeitnehmer erstritten, zwar zu zusätzlichen Kosten führten, daß diese Kosten in den Lohntüten der Arbeitnehmer aber nur zu einem geringen Bruchteil sichtbar und damit unmittelbar spürbar wurden.

In *Schweden* legt das Parlament die untere und obere Grenze für die Versicherungsleistungen in Kronen je Leistungstag fest; innerhalb dieser vorgegebenen Spanne können die Vorstände der gewerkschaftseigenen Arbeitslosenkassen die Leistungsklassen festlegen, praktisch also die Tagessätze, die sie ihren Mitgliedern zu einem bestimmten

[16] Die staatlichen Zuschüsse, die in den Jahren 1977 und 1978 sprunghaft angestiegen waren und 1978 über $^{2}/_{5}$ der Gesamteinnahmen der UNEDIC ausmachten, wurden Mitte 1979 auf 26 vH der Leistungsausgaben des Jahres 1979 fixiert; der Subventionsbetrag wird bei steigenden Beitragssätzen in begrenztem Maße nach oben angepaßt.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-45648-2 | Generated on 2025-08-11 20:14:35
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

„Preis" = Monats- oder Jahresbeitrag anbieten. Die Finanzierung ist folgendermaßen geregelt: Der Staat gewährt den Arbeitslosenkassen Zuschüsse in Form eines

— Grundbetrags; es handelt sich um einen festen Betrag pro Leistungstag, dessen Höhe dem gesetzlichen Tagessatz bei der Arbeitslosenhilfe entspricht.

— Progressiven Zuschusses; es ist ein Zuschuß, der zum einen mit der Höhe der Leistungsklasse, zum andern mit der durchschnittlichen Dauer der Unterstützungszahlungen innerhalb einer Leistungsklasse ansteigt (das zweite bedeutet eine überdurchschnittliche staatliche Leistung für die überdurchschnittlich lang Arbeitslosengeld beziehenden Leistungsempfänger).

— Verwaltungszuschusses; er wird an die sich selbst verwaltenden Kassen bezahlt, seine Größe ist insgesamt vernachlässigbar (1981 rund 1 vH der gesamten Staatszuschüsse).

Die Zuschüsse werden teils aus allgemeinen Haushaltsmitteln gezahlt, teils aus einer speziellen Arbeitslosenunterstützungsabgabe der Arbeitgeber. Diese Abgabe betrug bis Mitte 1981 0,4 vH des (modifizierten) Bruttoarbeitsentgelts eines Arbeitnehmers (ohne die gleichzeitig erhobene Abgabe für die Arbeitsmarktausbildung in Höhe von 0,4 vH); sie wurde am 01. 07. 1981 auf 0,8 vH erhöht (einschließlich der dabei auf 0,2 vH gesenkten Abgabe für die Arbeitsmarktausbildung). Damit sollen ab diesem Zeitpunkt 55 vH der staatlichen Zuschüsse abgedeckt werden. Eine weitere Einnahmequelle der Kassen sind die Versichertenbeiträge, die interessanterweise nach dem Versicherungsrisiko gestaffelt sind. Ihr Gewicht ist allerdings gering; die Einnahmen aus Mitgliedsbeiträgen machten 1981 nur knapp 9 vH aller Gesamtaufwendungen aus, der zugehörige durchschnittliche Monatsbeitrag belief sich auf rund 6,6 Schwedenkronen. Die dritte Einnahmenart sind Vermögenseinnahmen, die 1981 immerhin rund 5 vH der Gesamtaufwendungen ausmachten; die Arbeitslosenkassen erzielten nämlich in der Vergangenheit fast regelmäßig Überschüsse, mit denen sie einen wachsenden Bestand an Wertpapieren und Grundvermögen aufbauten. Alles in allem haben wir also auch in Schweden den Sachverhalt, daß die Sicherungsleistungen nur zu einem geringen Bruchteil von den Gesicherten über Beiträge aufzubringen sind.

In *Großbritannien* und in den *USA* liegen die Entscheidungs- und Vollzugsrechte allein bei staatlichen Stellen. In der Finanzierung der Versicherungsleistungen unterscheiden sich beide Staaten allerdings erheblich: In Großbritannien kommen die Mittel aus dem allgemeinen National Insurance Fund, der im wesentlichen durch Beitragszahlungen

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-45648-2 | Generated on 2025-08-11 20:14:35
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

der Versicherten und der Arbeitgeber sowie durch einen staatlichen Zuschuß gespeist wird; der Arbeitnehmeranteil an den Beiträgen belief sich 1982 auf 8,75 vH, der Arbeitgeberanteil auf 13,7 vH des Bruttoarbeitsentgelts, der staatliche Zuschuß ist auf 18 vH aller Beiträge eines Jahres festgelegt.[17] Trotz dieser — relativen — Begrenzung haben Engpässe in den Staatsfinanzen offenbar einen erheblichen Einfluß auf die Ausgabenentwicklung gehabt; zumindest ist es im Rahmen der allgemeinen Sparpolitik der konservativen Regierung zu teilweise starken Kürzungen auf der Leistungsseite gekommen.[18] In den USA werden die Sicherungsleistungen sowohl durch Bundes- als auch durch Staatssteuern finanziert. Alle versicherungspflichtigen Arbeitgeber zahlen eine einheitliche Bundes-Arbeitslosensteuer (federal unemployment tax) auf die zu versteuernde Lohnsumme. Diese beläuft sich seit 1978 auf die jeweils ersten $ 6.000, die an einen Arbeitnehmer während eines Kalenderjahres gezahlt werden. Der Steuersatz wurde zum 01. 01. 1977 auf 3,4 vH der so definierten Bemessungsgrundlage festgesetzt; davon hat der Bund allerdings nur 0,7 Prozentpunkte einbehalten, die restlichen 2,7 Prozentpunkte wurden an die jeweiligen einzelstaatlichen Systeme weitergeleitet. Neben dieser Bundessteuer wird eine Staatssteuer erhoben; auf sie werden jedoch jene 2,7 Prozentpunkte angerechnet, die der Bund aus dem Aufkommen der federal unemployment tax dem einzelnen Staat zuführt. In den meisten Staaten beträgt die state unemployment tax 2,7 vH der oben genannten Bemessungsgrundlage, wird also vollständig aus der Überweisung durch den Bund aufgebracht (konstante Zahllast der Arbeitgeber). Einige Staaten haben einen höheren Steuersatz (2,8 vH - 4,2 vH), teilweise auch eine größere Bemessungsgrundlage.[19] Den Bundesstaaten als Trägern der Versicherung ist für Zeiten hoher Ausgaben (hoher Arbeitslosigkeit) durch Bundesrecht eine Anpassung der unemployment tax vorgeschrieben; wenn trotzdem Defizite entstehen, gibt der Bund Darlehen (bis Anfang der 80er Jahre unverzinslich, jetzt verzinslich), die von den Staaten bei Kassenüberschüssen zunächst wieder zurückzuzahlen sind, ehe danach die Steuer-

---

[17] Nach Abzug der in den National Insurance-Beiträgen mit enthaltenen Zuschüsse zum National Health Service bzw. zum Redundancy Fund der Arbeitgeber. Vgl. Social Security Act 1975, c. 14, Part I, IV.

[18] Mit dem Social Security (No. 2) Act 1980 wurde die bisherige jährliche Vollanpassung an die allgemeine Preisentwicklung aufgehoben; die Anpassung kann seither bis zu 5 Prozentpunkte unter der Preissteigerungsrate liegen. Mit dem gleichen Gesetz wurde die seit 1966 zusätzlich zu dieser Pauschalleistung gezahlte einkommensbezogene Unterstützung (Earnings-Related Supplement) abgeschafft. Eine wesentlich stärkere Inanspruchnahme der übrigen Sicherungssysteme wurde damit in Kauf genommen.

[19] Alle diese Aussagen beziehen sich auf den Standard-Steuersatz, der für Unternehmen gilt, die noch nicht länger als ein Jahr bestehen; für alle übrigen Unternehmen wird dieser Satz im Rahmen des erwähnten experience rating individuell variiert.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-45648-2 | Generated on 2025-08-11 20:14:35
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

sätze gesenkt werden. Diese prinzipielle Parallelpolitik ist — neben der alleinigen Abgabenpflicht der Arbeitgeber und der risikospezifischen Differenzierung ihrer „Beiträge" — ein weiteres Merkmal des verhältnismäßig strikt am Äquivalenzgedanken ausgerichteten Systems.

In der *Bundesrepublik* schreibt § 167 AFG grundsätzlich eine Beitragsfinanzierung der Versicherungsleistungen vor, wobei der Beitragssatz für Arbeitnehmer und Arbeitgeber gleich ist. Kann der Finanzbedarf der Bundesanstalt gleichwohl nicht aus ihren eigenen Mitteln gedeckt werden, gewährt der Bund nach § 187 AFG Darlehen und Zuschüsse gemäß Artikel 120 GG. Scheut er diese Ausgaben, kann er entweder die Beiträge erhöhen oder Leistungen kürzen; in beiden Fällen ist er formal unabhängig. Praktisch ist die Entscheidung wohl nicht unabhängig vom Votum der Selbstverwaltungsorgane; deren drittelparitätische Konstruktion begünstigt in Zeiten einer allgemeinen öffentlichen Finanzklemme ein mehrheitliches Votum zugunsten von Leistungskürzungen. Daß sich diese Tendenz bis zum Ende des Beobachtungszeitraums nicht durchgesetzt hat, muß man wohl mit dem informellen Einfluß der Arbeitnehmervertreter auf Regierung und Parlament erklären.

(3) Die bisherigen Hinweise auf empirisch feststellbare Zusammenhänge zwischen Organisationsform und „Ausgabenneigung" eines bestimmten Sicherungssystems legen die Frage nahe, inwieweit sie allgemeine Schlußfolgerungen erlauben über den *Einfluß*, der von bestimmten Lösungen des Trägerproblems (wer entscheidet?) und des Finanzierungsproblems (wer zahlt?) auf die Sozialausgaben ausgeht. Bei allem Respekt vor der Rolle, die die jeweils besondere soziale Umwelt und politische Kultur in den einzelnen Ländern für das Verhalten der Entscheidungsträger spielt, und bei aller Vorsicht, die deshalb bei generalisierenden Aussagen angebracht ist, scheinen mir doch wenigstens zwei Folgerungen zulässig:

— Eine starke Position der Selbstverwaltungsorgane und der Gewerkschaften innerhalb der Selbstverwaltungsorgane begünstigt eine relativ großzügige Sicherung. Für diese Hypothese sprechen wenigstens zwei Gründe: Erstens gehört es zu den traditionellen Zielen von Gewerkschaften, die soziale Position der Arbeitnehmer zu verbessern oder doch mindestens zu sichern; sie neigen deshalb — gerade auch bei steigender Arbeitslosigkeit — eher dazu, das Leistungsrecht und damit die Ausgaben auszuweiten, als das bei den Arbeitgebern (aus Kostengründen) und bei der öffentlichen Hand (wegen der knappen Finanzierungsmittel) der Fall ist. Zweitens wirkt sich steigende Arbeitslosigkeit um so ungünstiger auf die finanzielle Situation der Gewerkschaften aus, je geringer die Arbeits-

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-45648-2 | Generated on 2025-08-11 20:14:35
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

losenunterstützung ist; denn um so geringer ist dann auch die Fähigkeit der Arbeitslosen, Gewerkschaftsbeiträge zu zahlen.[20]

— Die „Ausgabenneigung" eines Sicherungssystems ist um so größer, je weniger jene, die über Sicherungsleistungen entscheiden, mit der Finanzierung dieser Leistungen zu tun haben. Denn dann verringert sich der Zwang, die Vorteile bestimmter Sozialausgaben abzuwägen gegen die Nachteile, die dadurch entstehen, daß die notwendigen Finanzierungsmittel nicht mehr zur Befriedigung anderer Bedürfnisse verfügbar sind; das System wird tendenziell instabil im Sinne von ausgabenlastig.

Beide Folgerungen lassen sich am Beispiel Schwedens und Frankreichs, den Spitzenreitern beim Sicherungsumfang, besonders gut belegen. In Schweden haben die Gewerkschaften organisatorisch vorgesehene Entscheidungs- und Mitwirkungsrechte bei der Arbeitslosensicherung, die Finanzierung erfolgt aber fast ausschließlich mit allgemeinen Haushaltsmitteln und Arbeitgeberbeiträgen. In Frankreich werden die Unterstützungszahlungen zum weitaus größten Teil durch Arbeitgeberbeiträge und Staatszuschüsse finanziert, wobei die Arbeitgeberbeiträge deutlich überwiegen (sie machten Anfang der 80er Jahre gut 70 vH aller Einnahmen aus); das Leistungsrecht war aber Gegenstand von Tarifvereinbarungen, und hier drängten die Gewerkschaften auf mehr soziale Sicherung, vor allem bei steigender Unterbeschäftigung. Aufschlußreich ist hier die jüngste Entwicklung: Der Rahmentarif von 1958 ist zum 19. November 1983 von den Arbeitgebern gekündigt worden, weil ihnen der in Zeiten niedrigerer Arbeitslosigkeit vereinbarte Leistungskatalog und Finanzierungsschlüssel zu teuer geworden war; sie wollen die stark defizitäre Arbeitslosenversicherung vor allem ausgabenseitig sanieren und streben eine hälftige Aufteilung der Beitragszahlungen auf Arbeitgeber und Arbeitnehmer an. Die Gewerkschaften wollen aber nur geringfügige Leistungskürzungen akzeptieren und setzen vor allem auf höhere Staatszuschüsse.[21]

Im Grunde sind diese Folgerungen plausibel, ja sogar teilweise trivial. Überraschen muß jedoch, wie deutlich sich das in der Realität der untersuchten Länder ausdrückt — trotz deren ganz unterschiedlicher Tradition, spezifischen sozialen Umfelds und der so schwer zu greifenden Merkmale informaler Organisation. Die gegenwärtige Diskussion um eine Reform des sozialen Sicherungssystems sollte an diesen einfachen Einsichten nicht vorbeigehen.

[20] Das zweite Argument ist nicht unabhängig davon, wie die Finanzierung der Arbeitslosenunterstützungen erfolgt. Hier ist der übliche Fall unterstellt, daß Gewerkschaften nicht oder nur teilweise und indirekt mit der Finanzierung befaßt sind.

[21] Vgl. FAZ vom 13. 10. 1982, Bundesarbeitsblatt Heft 10/1983, S. 18/19.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-45648-2 | Generated on 2025-08-11 20:14:35
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Literaturverzeichnis

Albeck, H. - *Blum*, J.: Soziale Sicherung von Arbeitslosen — ein internationaler Vergleich; Gutachten im Auftrag des Bundesministers der Wirtschaft, Köln 1984.

Dupeyroux, J.-J.: Droit de la Sécurité Sociale; Paris 1980.

Ogus - Barendt: The Law of Social Security; London 1978.

UNEDIC, ASSEDIC (Hrsg.): Régime National Interprofessionel d'Allocation aux Travailleurs sans Emploi; Paris 1981.

US Department of Labor, Unemployment Insurance Service (Hrsg.): Comparison of State Unemployment Insurance Laws; Washington 1981.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-45648-2 | Generated on 2025-08-11 20:14:35
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Anhang 1

Antal försäkrade den 31 december 1980 med fördelning efter dagpenning och månadsavgift

KASSA	90:-	100:-	110:-	120:-	130:-	140:-	150:-	160:-	170:-	180:-	190:-	195:-	Samtliga medlemmar
Akademikernas												4:25 169 497	169 497
Apotekstjänstemännens	2:- 190									6:- 7 675			7 865
Arbetsledarnas												5:- 71 308	71 308
Banktjänstemännens												2:50 38 709	38 709
Beklädnadsarbetarnas				5:- 4 938			7:- 3 860					8:- 29 107	37 905
Bleck- och plåtslagarnas												10:- 5 123	5 123
Byggnadsarbetarnas												10:- 111 810	111 810
Driftpersonalens												3:- 2 209	2 209
Elektrikernas												9:- 24 505	24 505
Fabriksarbetarnas												8:- 84 658	84 658
Fartygsbefälets												12:- 3 675	3 675
Fastighetsanställdas									5:50 27 224				27 224
Frisörernas						10:- 715				15:- 3 364			4 079
Försäkringsanställdas												2:50 20 698	20 698
Försäkringstjänstemännens												3:- 15 148	15 148
Grafiska arbetarnas												5:- 37 599	37 599
Gruvindustriarbetarnas												7:75 10 322	10 322
Hamnarbetarnas										12:- 30:- 1 796 496			2 292
Handelsanställdas		10:- 24 703					14:- 45 531			17:- 41 223		19:- 36 171	147 628
Handelsrepresentanternas												12:- 4 578	4 578
Handelstjänstemännens											7:- 97 554		97 554
Hotell-, kafé- och restaurang-anställdas												12:- 28 149	28 149
Industritjänstemännens												3:50 277 969	277 969

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-45648-2 | Generated on 2025-08-11 20:14:35
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Journalisternas												5:- 8 526	8 526
Kommunalarbetarnas												7:50 512 195	512 195
Kommunaltjänstemännens												3:75 143 937	143 937
Kooperativa tjänstemännens												1:50 2 365	2 365
Köpmännens										9:50 14 234	22:50 363		14 597
Lantarbetarnas												9:50 11 033	11 033
Lantbrukstjänstemännens												10:- 1 687	1 687
Livsmedelsarbetarnas				4:50 4 195				7:- 5 247			8:- 41 141		50 583
Metallindustriarbetarnas												8:- 377 980	377 980
Musikernas	5:- 1 098											15:- 3 542	4 640
Målarnas		3:- 858										10:- 16 337	17 195
Pappersindustriarbetarnas												6:25 41 611	41 611
Petroleumhandlarnas							2:50 2 673						2 673
Sjöfolkets											11:50 11 051		11 051
Skogsarbetarnas												15:- 23 600	23 600
Statsanställdas												4:- 148 512 10:- 25 364	173 876
Statstjänstemännens												3:- 362 452	362 452
Sveriges arbetares												10:- 12 521	12 521
Sveriges fiskares								32:- 3 328					3 328
Sveriges hantverks-, industri- och servicenäringars										12:- 5 542	25:- 1 683		7 225
Sveriges teateranställdas								7:- 1 868 16:- 1 823					3 691
Transportarbetarnas		3:50 1 809										10:- 43 492 10:- 1 121 27:- 373	46 795
Träindustriarbetarnas												7:- 69 502	69 502
SUMMA	1 288	27 370	-	9 133	-	715	52 064	12 266	27 224	76 376	149 746	2 777 385	3 133 567
%	0,0	0,9		0,3		0,0	1,7	0,4	0,9	2,4	4,8	88,6	100,0

Genomsnittligt tillförsäkrad dagpenning 192:19

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-45648-2 | Generated on 2025-08-11 20:14:35
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Anhang 2

Bundesrepublik Deutschland

Übersicht: Berechnung der Ersatzraten

BERECHNUNG DER ERSATZRATEN ARBEITSLOSENGELD UND ARBEITSLOSENHILFE BUNDESREPUBLIK DEUTSCHLAND

I UNTERSTÜTZUNGSZAHLUNGEN IM JAHR 1981

Bemessungsgrundlage

Bereinigtes Nettoarbeitsentgelt einer 40-Stundenwoche [1]:
13,21 DM/Std

Eink.-Kl.	Bruttoarbeitsentgelt je Woche [2]
0,75	395
1,00	530
1,80	950

Leistungsbemessungsgrenze - je Woche -

1 015 DM/Woche

Dynamisierung

- der Bemessungsgrundlage: entfällt
- der Bestands- und Zugangsleistung: entfällt

Proportionalsatz

ARBEITSLOSENGELD	ARBEITSLOSENHILFE	KURZARBEITERGELD
68 vH des Nettoarbeitsentgelts nach §§ 111, 112 AFG	58 vH des Nettoarbeitsgelts nach §§ 111, 112 AFG	68 vH des Nettoarbeitsentgelts nach §§ 111, 112 AFG je Ausfallstunde

Leistungshöhe - netto - je Woche - [3]

Eink.-Kl.	ARBEITSLOSENGELD l	ARBEITSLOSENGELD v	ARBEITSLOSENGELD v-2Ki	ARBEITSLOSENHILFE l	ARBEITSLOSENHILFE v	ARBEITSLOSENHILFE v-2 Ki	KURZARBEITERGELD/Std [4] l	KURZARBEITERGELD/Std [4] v	KURZARBEITERGELD/Std [4] v-2Ki
0,75	189	205	205	161	175	175	4,88	5,30	5,30
1,00	243	264	264	207	225	225	6,21	6,75	6,75
1,80	373	447	447	317	382	382	9,51	11,49	11,49

Familienzuschläge

		-		-		-

Sozialversicherungsschutz bei Arbeitslosigkeit

Versicherungsschutz besteht - keine weiteren Abzüge von den Unterstützungszahlungen notwendig

Besteuerung der Unterstützung

Die Leistungen nach dem AFG sind steuerfreie Einnahmen im Sinne des § 3 Nr. 2 EStG 1979

II EINKOMMEN DER BESCHÄFTIGTEN IM JAHR 1981

(1) Bruttoarbeitsentgelt - 1981 - [5]

13,70 DM/Std bei 41 Stunden/Woche

Eink.-Kl.	Bruttoarbeitsentgelt p.a.	Bruttoarbeitsentgelt je Woche	Bruttoarbeitsentgelt je Stunde
0,75	21 912	421	10,28
1,00	29 208	562	13,70
1,80	52 572	1 011	24,66

Steuerabzüge p.a.

tarifliche Einkommensteuer und Kirchensteuer [6]

Eink.-Kl.	l	v	v-2Ki
0,75	3 043	1 788	1 347
1,00	4 925	3 264	2 823
1,80	14 979	8 591	8 035

Sozialversicherungsbeiträge [7]

16,55 vH von (1)

Nettoarbeitsentgelt - 1981 -

Eink.-Kl.	p.a. l	p.a. v	p.a. v-2Ki	je Woche l	je Woche v	je Woche v-2Ki	je Std. [8] l	je Std. [8] v	je Std. [8] v-2Ki
0,75	15 243	16 498	16 939	293	317	326	7,15	7,73	7,95
1,00	19 449	21 110	21 551	374	406	414	9,12	9,90	10,10
1,80	29 644	36 032	36 588	570	693	704	13,90	16,90	17,17

III NETTOERSATZRATEN 1981

Leistung - netto / Nettoarbeitsentgelt, in vH

Eink.-Kl.	ARBEITSLOSENGELD l	ARBEITSLOSENGELD v	ARBEITSLOSENGELD v-2Ki	ARBEITSLOSENHILFE l	ARBEITSLOSENHILFE v	ARBEITSLOSENHILFE v-2Ki	KURZARBEITERGELD l	KURZARBEITERGELD v	KURZARBEITERGELD v-2Ki
0,75	65	65	63	55	55	54	68	69	67
1,00	65	65	64	55	55	54	68	68	67
1,80	65	65	64	56	55	54	68	68	67

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-45648-2 | Generated on 2025-08-11 20:14:35
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

---

1) Der Arbeitslose habe im letzten Lohnabrechnungszeitraum (Dezember 1980) 13,34 DM/Std verdient und pro Woche 41,4 Stunden gearbeitet. In diesem Bruttoarbeitsentgelt werden auch "overtime payments, premiums, bonuses and allowances" miterfaßt. Das deutsche Leistungsrecht, Stand 1982, verlangt eine Bereinigung gerade um diese Einflüsse. Aus einer früheren Untersuchung, Blum (1982), S.316, ist bekannt, daß der Überstundenzuschlag mit ca. 30 vH angegeben werden kann.
Weil die ILO-Daten Zulagen wie Weihnachtsgeld etc. beinhalten, wurden oben anstatt des Dezemberwertes die Angaben für den Monat Oktober als relevant angesehen.
Quelle: ILO, Bulletin of Labour Statistics, Heft 4, 1981.

Die 40-Stundenwoche entspricht in den meisten Fällen der tariflich vereinbarten Wochenarbeitszeit laut § 112 Abs. 4 AFG; vgl. Statistisches Bundesamt, Löhne und Gehälter, FS 16, Reihe 4.1 Tariflöhne, April 1981.

2) Die Angaben sind auf 5 DM-Beträge gerundet, § 112 Abs. 9 AFG.

3) Die Leistungshöhe wird in den jährlichen Leistungstabellen nach Leistungsgruppen getrennt ausgewiesen; vgl. AFG-Leistungsverordnung 1981, in: Bundesarbeitsblatt, Heft 2, 1981, S. 54 ff.

Den Familienstand eines Arbeitnehmers berücksichtigt das EStG 1979 in § 38 b, mit der Zuordnung der Steuerklasse ist auch die Zuweisung nach § 111 AFG in die Leistungsgruppen vorgenommen:

Familienstand	Steuerklasse	Leistungsgruppe
ledig	I	A
verheiratet, 1 Verd.	III	C
verheiratet, 1 Verd.,2 Kinder	III	C

4) Das Kurzarbeitergeld je Stunde entspricht 1/40 des Arbeitslosengeldes; für den bereinigten Bruttostundenverdienst des Jahres 1981 (Eink. Kl. 1.00 : 13,60 DM/Std.), vgl. AFG-Leistungsverordnung 1981, a.a.O.

5) Als durchschnittliches Bruttoarbeitsentgelt (earnings) wurde der Aprilwert des Jahres 1981 herangezogen. Dieser Wert stimmt in der Vergangenheit weitgehend mit dem Jahresdurchschnittswert überein; vgl. ILO, Bulletin of Labour Statistics, laufend, hier: Heft 4, 1981, Tabelle 8.

6) Die Steuerabzüge wurden vom zu versteuernden Einkommen nach § 38 c I und § 19 III EStG 1979 laut den Steuertabellen 1981 ermittelt. Von diesem Steuerbetrag wurden 9 vH Kirchensteuer einbehalten; eine Anrechnung der gezahlten Kirchensteuer aus dem Vorjahr wurde nicht berücksichtigt.

7) Für die Rentenversicherung: 9,25 vH, die Arbeitslosenversicherung: 1,5 vH, und für die Krankenversicherung bis zur Beitragsbemessungsgrenze von 39 600 DM p.a.: 5,8 v.H.

8) (Nettoarbeitsentgelt p.a./ 52 Wochen) / 41 Stunden.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-45648-2 | Generated on 2025-08-11 20:14:35
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-45648-2 | Generated on 2025-08-11 20:14:35
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Soziale Selbstverwaltung als ordnungspolitisches Prinzip staatlicher Sozialpolitik

Von *Heinz Lampert*, Augsburg

I. Zielsetzung und Aufbau der Untersuchung

In der neuzeitlichen staatlichen Sozialpolitik des Deutschen Reiches und der Bundesrepublik Deutschland, insbesondere in der Sozialversicherungspolitik[1], hat das Prinzip der sozialen Selbstverwaltung als organisatorisches, ordnungspolitisches Prinzip zentrale Bedeutung[2]. Es gibt jedoch neuerdings Entwicklungstendenzen, die eine schrittweise Aushöhlung dieses Prinzips und damit eine entscheidende Verringerung der Qualität sozialer Sicherung[2a] sowie der demokratischen Qualität der Sozialordnung befürchten lassen. Daher sollen im folgenden nach einer Erläuterung des Prinzips sozialer Selbstverwaltung und seiner Entwicklung (II) die Ursachen der Einschränkung sozialer Selbstverwaltung (III) und die Bedeutung sowie die Leistungsfähigkeit sozialer Selbstverwaltung (IV) dargestellt werden. Abschließend werden Möglichkeiten einer Reform des institutionellen Rahmens der Sozialpolitik im Sinne einer Stärkung der sozialen Selbstverwaltung erörtert (V). Ein systematischer Überblick über die für die einzelnen Sozialversicherungseinrichtungen geltenden Regeln sozialer Selbstverwaltung kann in dieser Arbeit nicht gegeben werden[3].

---

[1] In dieser Arbeit werden nicht behandelt: die Selbstverwaltung der Gemeinden und der Gemeindeverbände, die Selbstverwaltung in der Sozialhilfe und die Selbstverwaltung sozialer Angelegenheiten auf den Arbeitsmärkten (Tarifautonomie).

[2] Vgl. dazu *D. Leopold*, Die Selbstverwaltung in der Sozialversicherung, 3. Aufl., St. Augustin 1980, S. 50 ff., *H. Bogs*, Die Sozialversicherung im Staat der Gegenwart, Berlin 1973 und die fundierte, detaillierte Darstellung von *F. Tennstedt*, Soziale Selbstverwaltung, Geschichte der Selbstverwaltung in der Krankenversicherung von der Mitte des 19. Jahrhunderts bis zur Gründung der Bundesrepublik Deutschland, Bonn 1977.

[2a] Im folgenden ist mit „Sozialer Sicherung" stets das System sozialer Sicherung, also die Sozial„ver"sicherung gemeint.

[3] Vgl. dazu die Referate von *H. Albeck*, The Institutional Framework of Social Policy Decision-Making in West Germany, in: Zeitschrift für die gesamte Staatswissenschaft, 1982, S. 389 ff., insbesondere S. 395 ff.; *D. Leopold* (mit weiterführender Literatur) sowie *Th. Maunz, H. Schraft*, Die Sozialversicherung und ihre Selbstverwaltung, Loseblattkommentar, 10 Bde., Berlin 1975.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-45648-2 | Generated on 2025-08-11 20:14:35
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

II. Das Prinzip sozialer Selbstverwaltung und seine Gefährdung

Unter Selbstverwaltung in der Sozialversicherung wird in Anlehnung an Theodor Maunz und Hans Schraft[4] eine „Verwaltung" sozialer Angelegenheiten definiert, die folgende Merkmale aufweist:

1. Sie ist Erfüllung gesetzlich zugewiesener Aufgaben öffentlicher Daseinsfürsorge als eigene, im eigenen Namen und in eigener Verantwortung durchgeführte Aufgaben, jedoch
2. nach Maßgabe von Gesetz und Satzung und unter staatlicher Aufsicht durch
3. Körperschaften des öffentlichen Rechts, die durch Gesetz oder aufgrund gesetzlicher Vorschriften errichtet wurden;
4. die Organe dieser Körperschaften sind mit ehrenamtlich tätigen, gewählten Vertretern der Beteiligten, insbesondere der Versicherten und der Arbeitgeber, besetzt.

Der *wesentliche Sinn* sozialer Selbstverwaltung liegt in der im Rahmen der bestehenden Gesetze und der zugewiesenen Aufgaben bestehenden Rechtsetzungsbefugnis der Selbstverwaltungsträger, d. h. in *begrenzten, autonomen Gestaltungsmöglichkeiten* (Selbstverwaltung in einem materialen Sinn)[5]. Die sachliche Rechtfertigung der Selbstverwaltung liegt zum einen darin, daß Selbstverwaltung in der Sozialversicherung die Bildung von Parafisci bedeutet, also die Ausgliederung finanzwirtschaftlicher Vorgänge aus dem zentralen öffentlichen Haushalt, für den der Grundsatz gilt, daß die zweckgebundenen Einnahmen minimiert werden sollen, während für den Parafiskus die Zweckbindung der Einnahmen gilt. Zum anderen ergibt sich die Rechtfertigung der Selbstverwaltung daraus, daß Selbstverwaltung die Mobilisierung gemeinnütziger Kräfte, die Mobilisierung von gesellschaftlichen Aktivitäten ermöglicht, „die rein hoheitlich-staatliches Handeln nicht zu entfalten vermag"[6].

Diese Auffassung steckte auch in der programmatischen Grundlage für die Sozialversicherungspolitik der Jahre 1883 bis 1889, der kaiser-

[4] *Th. Maunz, H. Schraft,* Band 1, A 1 — Selbstverwaltung — Blatt 10.

[5] Vgl. dazu *W. Wertenbruch,* Zur Existenz der Selbstverwaltung im System der sozialen Sicherung, in: Zeitschrift für Sozialreform, 1975, S. 518 ff., insbes. S. 522: „Selbstverwaltung in einem materialen Sinne ist eigenmotiviertes Handlungsvermögen in Freiräumen, deren Ausfüllung ‚freien' Trägern im Rahmen der allgemein verbindlichen Rechtsordnung überlassen bleibt." Ähnlich *C. Becher,* Selbstverwaltungsrecht der Sozialversicherung, Kommentar, E § 29, S. 2: „Der Wert der Selbstverwaltung (hängt) in materieller Hinsicht letztlich davon ab, welchen Freiraum die Rechtsnormen der Selbstverwaltung der Versicherungsträger einräumen."

[6] *Th. Thiemeyer,* Soziale Selbstverwaltung unter ökonomischem Aspekt, in: Zeitschrift für Sozialreform, 1975, S. 540 ff., insbes. S. 542.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-45648-2 | Generated on 2025-08-11 20:14:35
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

lichen Botschaft vom 17. November 1881, in der es im Zusammenhang mit der Sozialversicherung heißt: „Der engere Anschluß an die realen Kräfte dieses Volkslebens und das Zusammenfassen der letzteren in der Form corporativer Genossenschaften unter staatlichem Schutz und staatlicher Förderung werden, wie wir hoffen, die Lösung auch von Aufgaben möglich machen, denen die Staatsgewalt allein in gleichem Umfang nicht gewachsen sein würde".[7]

Es würde zu weit führen, hier die Geschichte der sozialen Selbstverwaltung in der Krankenversicherung, der Unfallversicherung, der Rentenversicherung und der Arbeitslosenversicherung über die verschiedenen wirtschafts- und sozialpolitischen Perioden, die die deutsche staatliche Sozialpolitik nachhaltig prägten[8] — das Kaiserreich, die Weimarer Republik, das Dritte Reich und die Bundesrepublik —, nachzeichnen zu wollen. Es ist im Rahmen dieses Referates auch nicht möglich, die Geschichte der Selbstverwaltung in den einzelnen Zweigen der sozialen Sicherung nachzuzeichnen.[8a] Für die folgenden Überlegungen erscheinen — abgesehen von den Jahren 1934 bis 1945, in denen entsprechend dem Führerprinzip eines totalitären Staates die Selbstverwaltung durch das „Gesetz über den Aufbau der Sozialversicherung" vom 5. Juli 1934 aufgehoben und die Selbstverwaltungsorgane durch staatlich bestellte „Leiter" abgelöst wurden — folgende vier Entwicklungstendenzen bedeutend:

1. Eine seit Jahrzehnten feststellbare, zunehmende Einengung des Autonomieraumes durch die Verrechtlichung der Sozialpolitik[9], insbesondere durch steigende Normierung der Sozialversicherung in Gesetzen, Rechtsverordnungen und Verwaltungsvorschriften[10], die die materiale Selbstverwaltung erheblich eingeschränkt hat. Auch der Bericht der Bundesregierung zu Fragen der Selbstverwaltung in der Sozialversicherung[11] stellt fest, „daß bei der sozialen Selbstverwaltung durch Zurücktreten der Gestaltungsmöglichkeiten im Rahmen

---

[7] Abgedruckt in: Die Ortskrankenkasse, 1981, S. 855 ff.

[8] Vgl. dazu *H. Lampert,* Sozialpolitik, Berlin u. a. 1980, S. 121 - 165.

[8a] Vgl. dazu etwa *H. Müthling,* Die Geschichte der deutschen Selbstverwaltung, Köln 1966; *H. Peters,* Die Geschichte der sozialen Versicherung, 3. Aufl., St. Augustin 1978; *F. Tennstedt,* Geschichte der Selbstverwaltung in der Krankenversicherung, Bonn 1977; *H. Thielmann,* Die Geschichte der Knappschaftsversicherung, Bad Godesberg 1960.

[9] Vgl. dazu *H. Lampert,* Sozialpolitik, S. 178 f.

[10] Vgl. dazu *G. Hesse,* Sorge um die Zukunft der Selbstverwaltung, in: Die Angestelltenversicherung, 1976, S. 425; *R. Kolb,* Wie kann die Funktionsfähigkeit der Verwaltungsorgane weiter verbessert werden, in: Deutsche Rentenversicherung, 1975, S. 331 ff., insbes. S. 341; *D. Leopold,* S. 181 f.; *W. Wertenbruch,* S. 529.

[11] Deutscher Bundestag, 7. Wahlperiode, Drucksache 4244 vom 3. 11. 1975, S. 4.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-45648-2 | Generated on 2025-08-11 20:14:35
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

der autonomen Rechtsetzung ein Funktionswandel eingetreten ist. Dieser findet seine Ursache vor allem in einer stärkeren Normierung der Sozialversicherung durch Gesetze, Rechtsverordnungen und Verwaltungsvorschriften. Demgegenüber hat die Selbstverwaltung vor allem im Bereich der Gesundheitsvorsorge und Unfallverhütung sowie bei der Sicherstellung einer kostengünstigen und bedarfsgerechten Leistungsgewährung zunehmende Bedeutung."

Dieser Funktionswandel wird als Folge der Realisierung des Ziels einer einheitlichen Leistungsgewährung im Sinne des Gleichheitsgebotes des Grundgesetzes, eines koordinierten Verwaltungshandelns aller Träger und einer Vereinfachung des Sozialrechts interpretiert[12]. Es ist zu fragen, ob es richtig ist, wenn die seinerzeitige Bundesregierung meinte: „Es wäre dem Gedanken der Selbstverwaltung und dem Ziel ihrer bestmöglichen Fortentwicklung nicht förderlich, diese als historischen Prozeß erkennbare Entwicklung und die gesetzgeberischen Erfordernisse zu verkennen, die sich aus dem Interesse der Gesamtheit der Bürger an bestem und gleichmäßigem sozialen Schutz sowie an einer übersichtlichen und kostengünstigen Verwaltung in allen Bereichen ergeben."[13]

2. Auf die Versichertengemeinschaften wurden in steigendem Maße versicherungsfremde Aufgaben und politische Lasten übertragen[14]. Dazu gehören in der Krankenversicherung die Mutterschaftshilfe als gesellschafts- und familienpolitische Aufgabe, das Mutterschaftsgeld, die Leistungen im Rahmen der Schwangerschaftsunterbrechung, die Einziehung der Beiträge für die Rentenversicherung und die Arbeitslosenversicherung durch die Krankenkassen als Zuweisung unentgeltlicher Aufgaben, die zum Teil als verfassungswidrig beurteilt werden[15].

   In der Rentenversicherung sind als versicherungsfremde Lasten anzusehen: die wirtschaftsgrundlagenpolitisch relevanten allgemeinen Rehabilitationsleistungen, kriegsbedingte Mehrleistungen, die durch die Anrechnung der Ersatzzeiten (Militärdienst), der Ausfallzeiten (Krankheit als Kriegsfolge) und der Zurechnungszeiten (Invalidität als Kriegsfolge) verursacht sind, die Leistungen im Rahmen der Tuberkulosehilfe (die dafür vorgesehenen Zuschüsse hat der Bund 1967

---

12 Ebenda, S. 5.

13 Ebenda.

14 Vgl. dazu *G. Brück,* Krankenversicherung und Rentenversicherung am Scheideweg, in: Sozialer Fortschritt, 1977, S. 25 ff.; *K. Obermayer,* Staatsgewalt und Selbstverwaltung, in: Die Ortskrankenkasse, 1973, S. 473 ff.; *J. Plagemann, H. Plagemann,* Rentenversicherungsbeitrag und Bundeszuschuß, in: Deutsche Angestelltenversicherung, 1981, S. 125 ff.

15 Z. B. von *K. Obermayer,* S. 477.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-45648-2 | Generated on 2025-08-11 20:14:35
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

gestrichen), die Belastungen durch die 1972 eingeführte Rente nach Mindesteinkommen, die Belastungen durch die flexible, abschlagslose Altersrente und durch die vorgezogene, ebenfalls abschlagslose Altersrente bei länger dauernder Arbeitslosigkeit älterer Arbeitnehmer. Alle diese Belastungen werden durch die im Laufe der Zeit anteilig immer geringer gewordenen Bundeszuschüsse nur zu einem geringen Teil abgedeckt[16].

In der Arbeitsverwaltung erfolgt die Aufbringung der Mittel — abgesehen von Zeiten defizitärer Finanzierung des Haushaltes in Zeiten hoher Unterbeschäftigung und abgesehen von der Arbeitslosenhilfe — im wesentlichen durch Beiträge der versicherungspflichtigen Arbeitnehmer und ihrer Arbeitgeber. Diese Mittel werden jedoch nicht nur für Zwecke der Arbeitslosenversicherung, der Arbeitsvermittlung sowie der Berufs- und Arbeitsberatung versicherungspflichtiger Arbeitnehmer verwendet; vielmehr kann jedermann die Beratungsdienste der Arbeitsverwaltung in Anspruch nehmen. Die Erfüllung der übrigen Aufgaben der Bundesanstalt zur Sicherung optimaler Allokation des Faktors Arbeit (Förderung der beruflichen Umschulung, Weiterbildung und Fortbildung, Förderung regionaler Mobilität, Maßnahmen zur Unterbringung schwer zu vermittelnder Personen) liegt jedoch im allgemeinen Interesse, nicht nur im Interesse der Pflichtversicherten und der von Arbeitslosigkeit Bedrohten. Man kann daher auch von einer Übertragung versicherungsfremder Aufgaben auf die Arbeitslosenversicherung sprechen bzw. davon, daß die breiten branchenstrukturpolitischen, arbeitsmarktpolitischen und bildungspolitischen Aufgaben des Arbeitsförderungsbereiches inadäquat finanziert werden[17].

3. Neben dieser Entlastung der öffentlichen Haushalte von Staatsaufgaben auf Kosten der Sozialversicherung ist in der Sozialversicherung eine zunehmende finanzpolitische Bevormundung und Intervention durch den Staat zu konstatieren. Sie begann mit der Ein-

---

[16] Der Bundeszuschuß ist an die Entwicklung der allgemeinen Bemessungsgrundlage gekoppelt, d. h. er steht in keinem logischen Zusammenhang zur Höhe und Entwicklung versicherungsfremder Lasten der Rentenversicherung. Der Bundeszuschuß für die Rentenversicherung der Arbeiter und der Angestellten ist von 35,1 % (= 2,478 Mrd. DM) 1955 auf 18,7 % (= 28,107 Mrd. DM) 1980 gesunken. Demgegenüber wird die durchschnittliche Belastung der Rentenversicherung mit versicherungsfremden Lasten auf rund 30 % geschätzt.

[17] Vgl. dazu *H. Lampert*, Arbeitsmarktpolitik in der Sozialen Marktwirtschaft, in: O. Issing (Hrsg.), Zukunftsprobleme der Sozialen Marktwirtschaft, Bd. 116 der Schriften des Vereins für Socialpolitik, N. F., Berlin 1981, S. 779 f.; *Th. Thiemeyer*, S. 549; Karl-Bräuer-Institut des Bundes der Steuerzahler (Hrsg.), Zur Konsolidierung der Bundesanstalt für Arbeit, Wiesbaden 1982, S. 90 f.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-45648-2 | Generated on 2025-08-11 20:14:35
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

führung von Vermögensanlagevorschriften im Jahre 1923[18], setzte sich mit deren Ausweitung zugunsten des Staates fort[19] und erreichte in der Bundesrepublik bedenkliche Ausprägungen: Teils wegen auftretender Finanzierungsengpässe im Bundeshaushalt, teils wegen der relativ stabilen und günstigen Finanzsituation der Rentenversicherung hat sich der Bund die vorgesehene Zahlung von Zuschüssen an die Rentenversicherung stunden lassen[20], sie nicht bar bezahlt, sondern in Form von Schuldbuchforderungen geleistet[21] oder sie gekürzt[22], teilweise zugunsten anderer Sozialversicherungseinrichtungen[23]. Diese Verletzungen der Autonomie der Parafisci, die die Sozialversicherungshaushalte zu einem Anhängsel des Staatshaushalts zu machen drohen und die Verschiebungen von Finanzmitteln zwischen den verschiedenen Trägern der sozialen Sicherung entsprechend finanzpolitischer Opportunität[24] stellen eine unmittel-

---

[18] Der am 13. Juli 1923 in die RVO eingefügte § 27 f. ermächtigte die Reichsregierung, zu bestimmen, bis zu welchem Betrag das Vermögen der Sozialversicherungsträger in verbrieften Forderungen gegen das Reich oder gegen ein Land angelegt werden mußte. Der Satz wurde zunächst auf 25 % festgelegt. Vgl. dazu *H.-A. Bischoff*, Staatsaufsicht und Selbstverwaltung in der Sozialversicherung, in: Arbeits- und Sozialrecht, Festschrift für Friedrich Sitzler, Stuttgart 1956, S. 122.

[19] Durch Verordnung der Reichsregierung vom 14. April 1938 wurde der in Forderungen gegen das Reich anzulegende Prozentsatz des Vermögens auf 50 % ausgeweitet. Vgl. dazu *H.-A. Bischoff*.

[20] 1973 hat sich der Bund Zuschüsse in Höhe von 2,5 Mrd. DM bis 1981 zinslos stunden lassen. Verzinslich wurden aufgeschoben: 1974 in die Jahre 1978 bis 1980 die Zahlung von 650 Mio. DM, im Jahre 1975 in das Jahr 1982 die Zahlung von 2,5 Mrd. DM. Vgl. dazu *D. Schewe* u. a., Übersicht über die soziale Sicherung, Bonn 1977, S. 110.

[21] Nicht in bar, sondern in Schuldbuchforderungen, wurden die Bundeszuschüsse geleistet: 1952 (106 Mio. DM), 1953 (455 Mio. DM), 1954 (142 Mio. DM), 1956 (77 Mio. DM), 1961 (2100 Mio. DM), 1964 (500 Mio. DM), 1965 (750 Mio. DM), 1966 (757 Mio. DM), 1967 (1450 Mio. DM). *D. Schewe*, S. 110 f.

[22] Gekürzt wurden die Bundeszuschüsse 1968 um 731 Mio. DM, 1969 um 933 Mio. DM, 1970 um 1185 Mio. DM, 1971 um 1185 Mio. DM. *D. Schewe*, S. 110.

[23] 1981 leistete der Bund Zuschüsse in Höhe von 3,5 Mrd. DM statt an die Rentenversicherung an die Bundesanstalt für Arbeit. Gleichzeitig setzte er den Beitrag zur Rentenversicherung ab 1. 1. 1982, den er zum 1. 1. 1981 von 18 % auf 18,5 % erhöht hatte, wieder auf 18 % herab und hob im gleichen Zug den Beitrag zur Arbeitslosenversicherung von 3 % auf 4 % an. Für 1983 kürzte der Bund den Bundeszuschuß an die Rentenversicherung um 0,9 Mrd. DM (Haushaltsbegleitgesetz vom 16. Dezember 1982).

[24] Beispiele für die mit finanziellen Entlastungen des Bundes verbundene, direkte oder indirekte Verschiebung von Finanzmassen zwischen den Sozialversicherungsträgern aus den letzten Jahren sind:

1. die mit dem 1. Juli 1977 aufgrund des 20. Rentenanpassungsgesetzes wirksam gewordene Herabsetzung des Beitrags der Rentenversicherung zur Krankenversicherung der Rentner von 17 % auf 11 % der Rentenausgaben, durch die die Rentenversicherung auf Kosten der Krankenversicherung entlastet wurde;
2. die ab 1. Juli 1978 wirksam gewordene Verpflichtung der Bundesanstalt für Arbeit, für arbeitslose Rentenversicherungspflichtige den Rentenver-

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-45648-2 | Generated on 2025-08-11 20:14:35
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

bare Gefährdung des parafiskalischen Charakters der Sozialversicherung und des Vertrauens in die Funktions- und Leistungsfähigkeit der Sozialversicherung dar und stoßen zunehmend auf Kritik von wissenschaftlicher Seite[25], ganz zu schweigen von der Kritik der betroffenen Sozialversicherungsträger, die bestimmte staatliche Eingriffe als Willkür bezeichnen[26].

4. Die mittelbare Staatsaufsicht wurde immer stärker ausgeweitet. Diese Staatsaufsicht erstreckt sich nicht nur auf die Vermögensanlagen, sondern auf die Art und die Form der Rechnungsführung, auf den Stellenplan und auf die Vereinbarung von Preisen[27]. Die von staatlicher Seite behauptete Genehmigungsbedürftigkeit des Stellenplanes ermöglicht Einflußnahmen auf die Personalpolitik der Versicherungsträger. Eine gravierende Beeinträchtigung der sozialen Selbstverwaltung ergibt sich aus bestimmten Arten des preisrechtlichen Genehmigungszwanges. Während der Genehmigungszwang von Beitragssatzänderungen in der Krankenversicherung sachlich gut begründet erscheint, werden die Krankenkassen der gesetzlichen Krankenversicherung durch das seit Verabschiedung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes vom 29. Juni 1972 geltende Verfahren der Festsetzung kostendeckender Pflegesätze auf der Grundlage der Bundespflegesatzverordnung vom 25. April 1973 zu Preisempfängern degradiert[28].

---

sicherungsbeitrag entsprechend dem vorher verdienten Bruttoarbeitsentgelt abzuführen und die mit dem 1. Januar 1983 wirksam gewordene Herabsetzung dieses Beitrags durch Zugrundelegung der Lohnersatzleistung als Bemessungsgrundlage, durch die die Bundesanstalt für Arbeit und d. h. in der gegenwärtigen Situation der Bundeshaushalt um 3,3 Mrd. DM entlastet wird;

3. die Absenkung des Beitragssatzes zur Rentenversicherung um 0,5 %-Punkte zum 1. Januar 1982 zugunsten einer Anhebung des Beitrags zur Bundesanstalt für Arbeit um 1 %-Punkt.

[25] Vgl. z. B. *J. Plagemann, H. Plagemann,* S. 128: „Obwohl einzuräumen ist, daß die Gestaltungsfreiheit des Gesetzgebers hinsichtlich der Rentenversicherung sehr weit geht und weiterhin einzuräumen ist, daß ein Anspruch auf Zahlung eines Bundeszuschusses in Höhe eines exakten Betrages nicht gesetzlich garantiert ist, gelangen wir zu dem Ergebnis, daß gegen die beabsichtigte Kürzung des Bundeszuschusses ... auch von Rechts wegen Einwendungen erhoben werden müssen. Dies beruht darauf, daß die Erhöhung des Rentenversicherungsbeitrages mit dem Ziel der Sicherung des Beitragssatzes in einer anderen Institution der Sozialversicherung der aus der Struktur der sozialen Rentenversicherung und des Sozialstaatsprinzips abzuleitenden Treuhänderfunktion des Bundes widerspricht." Vgl. ferner *B. Rürup,* Der Bundeszuschuß an die Rentenversicherung, in: Wirtschaftsdienst, 1981, S. 276 ff.

[26] Vgl. dazu die Stellungnahme von *G. Muhr,* in: Informationen des Verbandes deutscher Rentenversicherungsträger vom 25. Mai 1981.

[27] Vgl. dazu *H.-A. Bischoff.*

[28] Während nach der Verordnung über Krankenhauspflegesätze von Krankenanstalten vom 31. August 1954 die Pflegesätze zwischen Kassen und Krankenhäusern zu vereinbaren waren und in einer zweiten Stufe einem Geneh-

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-45648-2 | Generated on 2025-08-11 20:14:35
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Bischoff spricht von einer Gefährdung der existenziellen Grundlagen der Sozialversicherung durch die mittelbare Staatsaufsicht[29], Schnapp diagnostiziert in bezug auf die Unfallversicherung eine zunehmende Tendenz direkter staatlicher Eingriffe, insbesondere im Personal- und Finanzwesen[30], Wertenbruch beklagt eine „Degradierung" selbständiger Träger (AOK, Berufsgenossenschaften, LVA) zu „bloßen Behördenvermittlern"[31].

Das gestiegene Gewicht der mittelbaren Staatsaufsicht wird auch dadurch belegt, daß mit Inkrafttreten des vierten Buches des Sozialgesetzbuches am 1. Juli 1977 die Sozialversicherungsträger durch § 29, Abs. III nicht mehr nur — wie bisher — an das Gesetz und die Satzung, sondern auch an das „sonstige, für sie maßgebende Recht" gebunden wurden, d. h. an alle Regelungen mit Rechtscharakter, also auch an Rechtsverordnungen und allgemeine Verwaltungsvorschriften, d. h. an Verwaltungsvorschriften einer anonymen Ministerialbürokratie[32]. Leopold moniert, daß die Selbstverwaltungsorgane durch bis ins einzelne gehende Vorschriften immer mehr eingeengt und zu Erfüllungsgehilfen des Staates degradiert werden[33]. Brück erkennt sowohl im neuen Sozialgesetzbuch als auch im Selbstverwaltungsbericht der Bundesregierung (Bundestagsdrucksache VII/4244) eine „bedenkliche" Tendenz zu mehr Staatseinfluß, „die nicht nur unserem Demokratieverständnis zuwiderläuft, sondern auch geeignet ist, den Selbsthilfewillen und die Gestaltungsverantwortung der Bürger zu beeinträchtigen".[34]

Es verdient besonders angemerkt zu werden, daß die beschriebenen Entwicklungstendenzen durch die Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichtes im Prinzip als rechtmäßig angesehen werden. 1975 führte es aus: „Die Hauptaufgabe der Sozialversicherungsträger besteht in

---

migungsverfahren unterworfen wurden, sind nach der seit 1974 geltenden Bundespflegesatzverordnung die Krankenhauspflegesätze in jedem Falle festzusetzen. Der Festsetzung haben zwar „Einigungsverhandlungen" zwischen Kassen und Krankenhausträgern vorauszugehen, das Ziel dieser Verhandlungen ist aber lediglich die Feststellung der Selbstkosten. Durch die Festsetzung will der Verordnungsgeber sicherstellen, daß der Pflegesatz dem Grundsatz der Selbstkostendeckung entspricht. Vgl. zu diesem Preisfestsetzungsverfahren und seiner Problematik *K. Grünenwald,* Die Festsetzung der Krankenhauspflegesätze, in: Wege zur Sozialversicherung, 1974, S. 376 ff.

[29] Ebenda, S. 130.

[30] *F. Schnapp,* Das Institut der Selbstverwaltung in der gesetzlichen Unfallversicherung — eine kritische Bestandsaufnahme, in: Unfallversicherung, 1978, S. 525 ff., insbes. S. 527.

[31] *W. Wertenbruch,* S. 527.

[32] Vgl. dazu *G. Hesse,* S. 426.

[33] *D. Leopold,* S. 127.

[34] *G. W. Brück,* Allgemeine Sozialpolitik, Köln 1976, S. 66.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-45648-2 | Generated on 2025-08-11 20:14:35
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

dem Vollzug einer detaillierten Sozialgesetzgebung, gleichsam nach Art einer übertragenen Staatsaufgabe. In diesem Bereich läßt sich der Sache nach nur bedingt von Selbstverwaltung sprechen ... Die Beschwerdeführerinnen (acht Allgemeine Ortskrankenkassen, der Verfasser) ... sind nur organisatorisch verselbständigte Teile der Staatsgewalt, üben der Sache nach mittelbare Staatsverwaltung aus"[35].

Diese Auffassung mag *rechtlich* begründbar sein. Der Grad sozialer Selbstverwaltung ist jedoch für die Qualität der Sozialpolitik von Bedeutung. Daher soll die Frage aufgeworfen werden, ob die der Sozialversicherung übertragenen Aufgaben nicht besser gelöst werden können, wenn der weiteren Aushöhlung des Prinzips sozialer Selbstverwaltung entgegengewirkt und die Selbstverwaltung gestärkt wird. Vorher werden jedoch die Ursachen für die Schwächung des Prinzips sozialer Selbstverwaltung herausgearbeitet.

III. Ursachen der Einschränkung sozialer Selbstverwaltung

Die Einschränkung der sozialen Selbstverwaltung wird zum einen durch besondere Merkmale von Systemen sozialer Sicherung in entwickelten Industriegesellschaften hervorgerufen, zum anderen durch wesentliche Merkmale des politisch-administrativen Systems in verbändestaatlichen Mehrparteiendemokratien verursacht.

Die sozialen Sicherungssysteme entwickelter Industriegesellschaften weisen wenigstens drei Merkmale auf, die das sozialpolitische Träger- und Organsystem und seinen Grad an sozialer Selbstverwaltung beeinflussen:

1. die eindeutige Dominanz des Zieles sozialer Sicherung für alle Sicherungsbedürftigen (Absicherung möglichst aller Risiken für möglichst alle);
2. die Expansion der Leistungsarten jeweils innerhalb der Geldleistungen und der Sachleistungen;
3. eine hohe Priorität des Gleichheitsgrundsatzes und eine Tendenz zur Gleichstellung der Staatsbürger im Sinne einer Egalisierungstendenz.

Das Ziel sozialer Sicherung für alle Sicherungsbedürftigen läuft auf eine Einbeziehung nahezu aller Gesellschaftsmitglieder in das Sicherungssystem hinaus, macht die Schaffung ökonomisch ausreichend großer, leistungsfähiger Sicherungsinstitutionen erforderlich und erzwingt im Zusammenhang mit Wandlungen der Berufs- und Sozialstruktur, die für die neuzeitlichen Industriegesellschaften charakteristisch sind, eine Einschränkung der sozialen Selbstverwaltung im Sinne

[35] Vgl. BVerfGE 39, 302.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-45648-2 | Generated on 2025-08-11 20:14:35
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

einer Einschränkung des freien Organisationsrechtes potentieller Mitglieder des Sicherungssystems[36]. Dasselbe Ziel führt im Zusammenhang mit ausgeprägten Gleichstellungstendenzen zu einer Standardisierung von Leistungen im Sinne einer Normierung über die sozialen Gruppen und Regionen des Staatsgebietes hinweg. Instrumentell vollzieht sich diese Normierung über eine Verrechtlichung und Zentralisierung der Sozialpolitik[37]. Dadurch wird soziale Selbstverwaltung im Sinne möglichst autonomer Festsetzung der Leistungen nach Art und Höhe jedenfalls im Bereich von Standardleistungen (in früherer Terminologie: Regelleistungen) beschränkt und in Verbindung mit der Expansion normierter Leistungen der Spielraum für selbstverwaltungsbestimmte Zusatzleistungen (in früherer Terminologie: Mehr-Leistungen) eingeengt.

Die Kombination des Zieles „soziale Sicherung für möglichst alle" im Sinne einer Mindestversorgung mit der Gleichstellungs- bzw. Egalisierungstendenz wiederum führt zu einer Abschwächung des Versicherungsprinzips und zu seiner Ergänzung bzw. Ersetzung durch das Versorgungsprinzip im Sinne mehr oder minder stark beitrags*un*abhängiger Sozialleistungen. Folge der Zurückdrängung des Versicherungsprinzips und des Vordringens des Versorgungsprinzips ist eine Einschränkung der Selbstverwaltung im Sinne des Rechtes der eigenständigen Definition von Leistungen und Beiträgen[38], denn ohne den staatlichen Zwang in bezug auf das Leistungsspektrum und auf die Leistungshöhe, auf die Anspruchsvoraussetzungen und auf die das Leistungsvolumen letztlich bestimmenden Sozialversicherungsbeiträge würde die interpersonelle Umverteilung innerhalb der Gruppe Zwangsversicherter eher auf Grenzen der Zahlungsbereitschaft stoßen als es der Fall ist, wenn nicht betroffene Dritte Leistungsvolumen und -struktur definieren. Der staatliche Zwang kann jedoch, wenn die finanziellen Belastungen bestimmte Grenzen übersteigen, Unbehagen, Staatsverdrossenheit und Ausweichreaktionen auslösen.

Gewichtiger als die eben angesprochenen Ursachen für die Einschränkung der sozialen Selbstverwaltung scheinen mir jene Ursachen zu sein,

---

[36] Das klassische Beispiel für die begrenzte Lebensfähigkeit ständisch bzw. beruflich organisierter Rentenversicherungen ist die Knappschaftliche Rentenversicherung, die ohne erhebliche staatliche Zuschüsse längst nicht mehr lebensfähig wäre. Vgl. dazu *H. Lampert*, Sozialpolitik, S. 258. Auch die Rentenversicherung der Arbeiter wäre ohne die Staatszuschüsse und ohne den Finanzausgleich zwischen der Rentenversicherung der Angestellten und der Arbeiter nicht überlebensfähig.

[37] Vgl. dazu *H. Lampert*, S. 175 ff. und S. 278 f.

[38] Vgl. dazu auch *H. A. Carganico* und *K. M. Spiecker*, Selbstverwaltung im Spannungsfeld zwischen Staat und Gesellschaft, in: Grundfragen der sozialen Unfallversicherung, Festschrift für Herbert Lauterbach, Berlin 1961, S. 58.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-45648-2 | Generated on 2025-08-11 20:14:35
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

die im politisch-administrativen System liegen. Denn es ist dieses System, das letztlich auch die Ziele sozialer Sicherung definiert und darüber entscheidet, nach welchen Prinzipien, mit welcher Geschwindigkeit, in welche Richtungen die soziale Sicherung entwickelt werden soll[39].

Da soziale Leistungen politische Güter sind, deren Produktion das Interesse aller begünstigten Wahlbürger findet — und für begünstigt halten sich wegen der üblichen zeitlichen und/oder institutionellen Trennung der Entscheidung für die Leistungsausweitung von der Entscheidung über ihre Finanzierung mehr als tatsächlich begünstigt sind —, wundert es nicht, daß sich die Träger politischer Mandate besonders mit den Möglichkeiten der Produktion sozialpolitischer Güter beschäftigen[40]. Von dieser Möglichkeit wird um so mehr Gebrauch gemacht, als die über 18jährigen, noch nicht Erwerbstätigen und die nicht mehr Erwerbstätigen, „die beiden Randgenerationen stimmenmäßig die Mehrheit haben", so daß „die staatliche Transferpolitik darauf ausgerichtet wird, Wahlgeschenke von der mittleren Generation weg an die Randgenerationen zu verteilen".[40a] Den empirischen Nachweis für einen sehr engen Zusammenhang zwischen dem Abstand eines Zeitpunktes vom Wahltermin und der Zahl verabschiedeter Gesetze haben H. P. Bank und H. P. Widmaier geführt[41]. Leider ist diese Häufung der Gesetze vor Wahlterminen auch mit einer Qualitätseinbuße verbunden, weil die Perspektive der Politiker entsprechend der Periodizität der Wahlen kurzfristig ist und zu einer Bevorzugung von taktischem gegenüber strategischem Handeln führt[42]. Außerdem ist die Erfüllung ihrer sozialen Funktion für die Politiker nur ein Nebenprodukt, das bei der Verfolgung ihres Hauptzieles, ihres eigenen Interesses, nämlich des Interesses an der politischen Macht, entsteht[43].

---

[39] Vgl. zu den Zusammenhängen zwischen Demokratie und Sozialpolitik insbes. *E. Liefmann-Keil,* Ökonomische Theorie der Sozialpolitik, Berlin 1961, S. 108 ff.

[40] Vgl. zu diesem Problemkomplex *H. P. Widmaier,* Sozialpolitik im Wohlfahrtsstaat, Zur Theorie politischer Güter, Hamburg 1976.

[40a] *E. Kaufer,* Die Aufspaltung der Nachfrage nach Arzneimitteln, in: B. Röper (Hrsg.), Wettbewerbsprobleme auf dem Markt für Arzneimittel und staatliche Gesundheitspolitik, Berlin 1981, S. 85.

[41] *H. P. Bank,* Die Sozialgesetzgebung der Bundesrepublik Deutschland und ihr zeitlicher Zusammenhang mit den Wahlterminen seit 1949, in: Recht der Arbeit, 1970, S. 101 ff.; *H. P. Widmaier,* S. 76 ff.

[42] *H. P. Widmaier,* S. 79 und S. 74.

[43] „Aber um zu verstehen, wie die demokratische Politik diesem sozialen Ziele dient (gemeint ist das Ziel, Gesetze hervorzubringen; H. L.), müssen wir vom Konkurrenzkampf um Macht und Amt ausgehen und uns klar werden, daß die soziale Funktion, so wie die Dinge nun einmal liegen, nur nebenher erfüllt wird und im gleichen Sinne wie die Produktion eine Nebenerscheinung beim Erzielen von Profiten ist." *J. A. Schumpeter,* Kapitalismus, Sozialismus und Demokratie, 2. Aufl., Bern 1950, S. 448.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-45648-2 | Generated on 2025-08-11 20:14:35
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Die feststellbare Neigung der Parteien in der pluralistischen Mehrparteiendemokratie, den Konkurrenzkampf um die politische Macht mit Hilfe der Sozialpolitik zu führen, mag dadurch besonders gefördert werden, daß sie bei der Ausweitung des Sozialleistungsrechtes häufig Wechsel auf die Zukunft ausstellen[44] und darüber hinaus die beschlossenen sozialen Errungenschaften nicht aus Haushalten finanzieren (müssen), für die sie, wie für die öffentlichen Haushalte, direkt verantwortlich sind, sondern mit Hilfe der Nebenfisci, d. h. der Sozialversicherungsbeiträge. Durch die zeitliche bzw. institutionelle Trennung von Leistungsbeschlüssen und Finanzierungsbeschlüssen können nicht nur die Kosten für die Produktion bestimmter politischer Güter verschleiert werden. Die Finanzierung sozialversicherungsfremder sozialer Leistungen[45] aus dem Etat von Sozialversicherungsträgern ist — verglichen mit einer Finanzierung aus öffentlichen Haushalten — auch der bequemere Weg[46].

Einen Beweis für die enge sozialpolitische Perspektive, für die Entscheidungsscheu der Träger politischer Verantwortung und für die geringe sozialpolitische Problemlösungskapazität des Bundestages stellt nach meiner Meinung die jüngste Geschichte der Rentenversicherung dar, die ihrer Bedeutung und ihres exemplarischen Charakters wegen in einem Exkurs skizziert wird.

Exkurs: Grundzüge der Rentenversicherungspolitik 1972 bis 1983[47]

Im Jahre 1972 wurden die Bestandsrenten entgegen der bisherigen Übung nicht einmal, sondern zweimal, nämlich am 1. 1. um 6,3 % und am 1. 7. um 9,5 %, erhöht. Einer der Gründe für diese zweimalige Er-

[44] Die Kosten einer Vielzahl von Leistungsverbesserungen wirken sich im Jahr des Beschlusses und in den unmittelbar darauf folgenden Jahren nur zu einem Bruchteil aus, belasten aber die Versicherungshaushalte langfristig und dauerhaft. Beispiele für derartige Leistungsverbesserungen sind: die Herabsetzung der Altersgrenze für den Altersrentenbezug, die Einführung von Mindestrenten, die Verbesserung von Anrechnungsbestimmungen (Ausbildungszeiten, Ersatzzeiten, Ausfallzeiten), die Verkürzung des zwischen Rentenanpassungen liegenden Zeitraumes, Anhebungen des Rentenniveaus.

[45] Vgl. dazu oben S. 40 ff.

[46] Vgl. dazu auch Karl-Bräuer-Institut, S. 91, und *W. Wertenbruch*, S. 529: „Gerade mit Bezug auf die eben angesprochenen ‚sachfremden Aufgaben' kann man heute schon von einem Mißbrauch der sog. ‚Selbstverwaltung' durch den Staat sprechen. *Auf der einen Seite spricht sein Gesetzgeber von ‚Selbstverwaltung' und versucht durch diese Ausdrucksweise den Eindruck freier Gestaltung und eigenständiger Verantwortlichkeit zu erwecken. Auf der anderen Seite entledigt er sich zulasten der Selbstverwaltung der Verantwortung für Finanzprobleme in seinem eigenen Haushalt.*" (Hervorhebung von Wertenbruch.)

[47] Vgl. dazu *A. Seffen*, Rentensanierung, Rentenanpassung und Rentenniveau, Institut der deutschen Wirtschaft, Beiträge zur Wirtschafts- und Sozialpolitik, Köln 1978 sowie *H. Lampert*, Soziale Sicherung im Alter in den 80er Jahren, in: Zeitschrift für Wirtschaftspolitik, 1982, S. 81 ff.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-45648-2 | Generated on 2025-08-11 20:14:35
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

höhung des Rentenniveaus kann in überdurchschnittlichen Arbeitsentgeltsteigerungen der Vorjahre gesehen werden (1969: 9,2 %; 1970: 12,7 %; 1971: 11,9 %), die in Verbindung mit einem Anstieg der Zahl der Beitragszahler die Einnahmen der Rentenversicherung 1970 bis 1972 um 21,4 Mrd. DM über das Niveau des Jahres 1969 hinaus steigen ließen. In den Jahren bis 1977 kostete die zweite Bestandsrentenanhebung die Rentenversicherungen 28 Mrd. DM.

Am 16. Oktober 1972 wurde ein Rentenreformgesetz verabschiedet, das die Rentenversicherung für bestimmte Selbständige und für Hausfrauen öffnete, sowie die flexible Altersrente (im wesentlichen Rentenbezug statt mit Vollendung des 65. Lebensjahres nach Vollendung des 63. Lebensjahres ohne Verminderung der Rente durch einen versicherungsmathematischen Abschlag) und die „Rente nach Mindesteinkommen" einführte (Rentenbezugsberechtigte, die 25 Jahre lang Pflichtbeiträge entrichtet, aber weniger als 75 % des Durchschnittseinkommens aller Beschäftigten verdient hatten, wurden so gestellt, als hätten sie 75 % des Durchschnittseinkommens verdient).

Nach dem Wachstumseinbruch der Jahre 1973/74 warnte der Sozialbeirat in einem Gutachten vom 11. Oktober 1974 vor Finanzierungsdefiziten bei rückläufigen Einkommenszuwächsen. Mitte 1975 warnte die Bundesvereinigung der Arbeitgeberverbände vor aufkommenden Finanzierungsproblemen. Ende 1975 stellte der Sozialbeirat die bisherige Praxis der Rentenanpassungen in Frage und empfahl die Prüfung alternativer Anpassungsverfahren. Anfang 1976 machten die Rentenversicherungsträger darauf aufmerksam, daß ohne Änderungen des Beitrags- und Leistungsrechtes die Rücklagen voraussichtlich 1979 aufgebraucht sein würden. Die Bundesregierung bestritt die Existenz eines Handlungsbedarfes. Die Bundestagsparteien versprachen trotz der Vorwarnungen im Wahlkampf 1976, als sich die Finanzmisere der Rentenversicherungen schon voll abzeichnete, die Renten auch Mitte 1977 um 9,9 % entsprechend der Bruttoarbeitseinkommensentwicklung anzupassen.

Wenige Monate nach der Wahl mußten die Politiker die Sanierung der Rentenversicherung in Angriff nehmen. Das am 1. Juli 1977 in Kraft getretene 20. Rentenanpassungsgesetz sah vor:

1. die Verschiebung der am 1. Juli 1978 fälligen Rentenanpassung auf den 1. Januar 1979; damit wurde die „vorgezogene" Anpassung des Jahres 1972 rückgängig gemacht;

2. die Herausnahme des Anstiegs der Bruttoarbeitsentgelte des Jahres 1974 in Höhe von 11,4 % aus der Berechnung der allgemeinen Be-

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-45648-2 | Generated on 2025-08-11 20:14:35
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

messungsgrundlage[48]; sie bewirkte eine relative Absenkung der allgemeinen Bemessungsgrundlage und damit der Bezugsgröße der Rentenanpassungen;

3. die Herabsetzung des Beitrags der Rentenversicherung zur Krankenversicherung der Rentner von über 17 % auf 11 % der Rentenausgaben; es wurde also die Rentenversicherung auf Kosten der Krankenversicherung entlastet;

4. die Herabsetzung der Mindestrücklage der Rentenversicherung von einem Volumen in Höhe der durchschnittlichen Aufwendungen für Renten für drei Kalendermonate auf die Aufwendungen für Renten für einen Kalendermonat;

5. die ab 1. Juli 1978 wirksam werdende Verpflichtung der Bundesanstalt für Arbeit, für arbeitslose Rentenversicherungspflichtige den Beitrag an die Rentenversicherung abzuführen.

Die Wirkungen dieser Stückwerkstechnologie hielten nicht lange vor. Die vor allem durch die fünfte Maßnahme erwartete und behauptete Konsolidierung der Rentenfinanzen blieb aus. Für die Zeit bis Ende 1982 wurde von den Rentenversicherungsträgern im März 1978 eine Finanzierungslücke in Höhe von 32 Mrd. DM errechnet. Daher wurden in dem am 8. Juni 1978 verabschiedeten 21. Rentenanpassungsgesetz vorgesehen:

1. die Begrenzung der Rentenanpassungen abweichend von der Entwicklung der allgemeinen Bemessungsgrundlage auf 4,5 % für 1979 und je 4 % für 1980 und 1981; die dadurch erzielte Niveauabsenkung belief sich auf insgesamt 8,9%-Punkte;

2. die dementsprechende Fortschreibung der allgemeinen Bemessungsgrundlage für den Zeitraum 1978 bis 1981;

3. die Erhöhung des Beitragssatzes von 18,0 auf 18,5 % zum 1. Januar 1981.

Die Belastung der Bundesanstalt für Arbeit mit den Beiträgen für arbeitslose Rentenversicherungspflichtige erwies sich als eine Scheinkonsolidierung: die Belastung der Bundesanstalt für diese Beiträge (1978: 1,5 Mrd. DM; 1979: 2,9 Mrd. DM; 1980: 3,2 Mrd. DM; 1981: 5,3 Mrd. DM; 1982: 7,1 Mrd. DM) erzwang sowohl eine Beitragssatzerhöhung (von 3 % auf 4 % zum 1. Januar 1982 und auf 4,6 % zum 1. Januar

[48] In der Sprache der Politiker hört sich dies folgendermaßen an: „In der Rentenversicherung wird die allgemeine Bemessungsgrundlage um ein Jahr näher an die aktuelle Lohnentwicklung herangeführt." Sozialpolitische Informationen des Bundesministers für Arbeit vom 25. Februar 1977.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-45648-2 | Generated on 2025-08-11 20:14:35
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

1983) als auch Liquiditätshilfen des Bundes (1980: 1,8 Mrd. DM; 1981: 8,2 Mrd. DM; 1982: 7,0 Mrd. DM). Letztlich muß — bei anhaltend hoher Arbeitslosigkeit — der Bund die Mittel für die Bundesanstalt, insbesondere für die Rentenversicherungsbeiträge der Arbeitslosen, aufbringen. Tatsächlich auch veranlaßte die finanzielle Belastung des Bundes durch die Bundesanstalt den Bund zu folgenden Maßnahmen:

1. 1981 wurden den Rentenversicherungen vorgesehene Zuschüsse in Höhe von 3,5 Mrd. DM nicht überwiesen, um sie an die Bundesanstalt leisten zu können;

2. der Beitrag zur Rentenversicherung wurde wegen einer — vorübergehenden — Verbesserung der Finanzlage der Rentenversicherungen um einen halben Prozentpunkt herabgesetzt, damit der Beitrag zur Arbeitslosenversicherung zum gleichen Zeitpunkt leichter um einen Prozentpunkt angehoben werden konnte.

In dem am 16. Dezember 1982 verabschiedeten Haushaltsbegleitgesetz wurden folgende (wichtigste) Maßnahmen zur Konsolidierung des Sozialversicherungssystems beschlossen:

1. eine Erhöhung des Beitragssatzes zur Arbeitslosenversicherung um 0,6%-Punkte zum 1. Januar 1983;

2. die Orientierung der Rentenversicherungsbeiträge für Arbeitslose statt am Bruttoarbeitsentgelt an der Höhe der Lohnersatzleistung;

3. eine Verschiebung der Rentenanpassung vom 1. Januar 1983 auf den 1. Juli 1983;

4. die Erhöhung des Beitragssatzes zur Rentenversicherung um 0,5%-Punkte auf 18,5 % bereits am 1. September 1983 statt erst zum 1. Januar 1984;

5. die Kürzung des Bundeszuschusses an die Rentenversicherung in Höhe von 0,9 Mrd. DM im Jahre 1983;

6. eine Absenkung der Beiträge des Bundes für Wehrdienstleistende und Zivildienstleistende von 75 % des durchschnittlichen Bruttoarbeitsentgeltes der versicherungspflichtig Beschäftigten auf 70 %, nachdem der Gesetzgeber den Bundeshaushalt bereits 1982 dadurch entlastet hatte, daß die Beitragsbemessungsgrenze für diese Gruppe von 100 % des durchschnittlichen Arbeitsentgeltes auf 75 % abgesenkt worden war;

7. die Einführung eines individuellen Krankenversicherungsbeitrages für Rentner in Höhe von 1 % der Rente ab 1. Juli 1983, von weiteren 2 % zum 1. Juli 1984 und von weiteren 2 % zum 1. Juli 1985.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-45648-2 | Generated on 2025-08-11 20:14:35
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Das Haushaltsbegleitgesetz 1984 wird weitere, vergleichbare Maßnahmen enthalten[48a].

Diese Maßnahmenbündel stellen im wesentlichen Flickwerk dar. Die jeweils amtierende Regierung versuchte sich von Haushaltsjahr zu Haushaltsjahr zu retten, bestritt die Prognosen der Rentenversicherungsträger, schlug die Anregungen und Warnungen, die von wissenschaftlicher Seite kamen, in den Wind, hoffte auf wirtschaftliche Verbesserung und deckte durch eine Vielzahl von konzeptionell nicht abgestimmten Maßnahmen jeweils den allerdringendsten ad-hoc-Bedarf. Auch die vom Bundesverfassungsgericht am 12. März 1975 geforderte, bis spätestens 1984 befristete Reform der Hinterbliebenenversorgung wurde von den Politikern auf die lange Bank geschoben.

Die oben skizzierte Beschränkung des Prinzips sozialer Selbstverwaltung ist nicht als zwangsläufig anzusehen, da die ihr zugrundeliegenden Ursachen nicht als unveränderlich wirksam anzusehen sind, zumal diese Ursachen primär im politisch-administrativen System liegen, das jedenfalls partiell geändert werden könnte (vgl. dazu V). Vor der Beantwortung dieser Frage nach Reformmöglichkeiten soll jedoch gezeigt werden, welche Bedeutung und welche Leistungsfähigkeit der sozialen Selbstverwaltung zukommen.

IV. Bedeutung und Leistungsfähigkeit sozialer Selbstverwaltung

Eine Beurteilung der sozialen Selbstverwaltung wäre unvollständig, wenn sie nur von der Leistungsfähigkeit der Selbstverwaltung im instrumentellen Sinne ausginge, d. h. von ihrer Eignung zur Erreichung bestimmter Ziele. Vielmehr kommt der Selbstverwaltung neben ihrer instrumentellen Eignung — wie zu zeigen sein wird — ein Eigenwert zu. Deshalb ist von „Bedeutung" die Rede.

Die zahlreichen Eigenschaften, die die Leistungsfähigkeit und die Bedeutung sozialer Selbstverwaltung begründen, lassen sich mit Hilfe von zwei Begriffen grob kennzeichnen und systematisieren: Effektivität und Demokratiekonformität.

Diese beiden zentralen Eigenschaftsbündel sozialer Selbstverwaltung werden in einem von Thiemeyer gewählten analytischen Ansatz sichtbar. Er interpretiert Selbstverwaltung als betriebswirtschaftlich-organisatorisch technisches Prinzip zur Produktion von Gütern und Diensten der sozialen Sicherung, das erstens die Ausgliederung bestimmter finanz-

[48a] Vgl. zu dem „Rentensanierungskonzept", das im Entwurf dieses Gesetzes enthalten ist, *H. Lampert*, Stabilisierung der Rentenversicherung — mit Einschränkungen erreicht, in: Wirtschaftsdienst, 1983, S. 323 ff.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-45648-2 | Generated on 2025-08-11 20:14:35
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

wirtschaftlicher Vorgänge aus dem zentralen öffentlichen Haushalt verlangt, um eine Zweckbindung bestimmter Einnahmen zu sichern, und nach dem zweitens nicht-staatliche, frei-gemeinnützige Kräfte in die Produktion und Verteilung öffentlicher Güter einbezogen werden, also genossenschaftliches Potential aktiviert wird[49].

Aus der Mitwirkung gewählter Vertreter der vom Sicherungssystem unmittelbar Betroffenen an der Produktion und Verteilung von Gütern der sozialen Sicherheit kann sich im Vergleich zu einem rein staatlichen System sozialer Sicherung eine höhere Effektivität ergeben[50], die auf der im Vergleich zur Sachkompetenz von Politikern höheren Sachkompetenz von Vertretern der Selbstverwaltung[51], auf dem besseren Informationsstand Betroffener über den Bedarf an sozialer Sicherheit[52] und auf der Mobilisierung von gesellschaftlichen Kräften beruht (Mitverantwortung, Engagement), die hoheitlich-staatliches Handeln nicht zu entfalten vermag[53]. Freilich sind diese Effekte daran gebunden, daß die innerverbandliche Demokratie funktioniert und Selbstverwaltung nicht Selbstverwaltung durch zentrale Verbände und führende Funktionäre ist.

Die Mitwirkung der Versicherten bietet eine große Chance, die Qualität der Sozialpolitik durch eine stärkere Orientierung an den tatsächlichen Bedürfnissen, durch eine Verstärkung ihrer präventiven Orientierung, durch die Beseitigung von Steuerungsdefiziten (vor allem im Bereich der gesundheitlichen Versorgung) und durch eine Verstärkung der Dienstleistungsfunktion der Einrichtungen sozialer Sicherung zu verbessern[54].

Die erwähnte Mobilisierung gesellschaftlicher Kräfte durch die Selbstverwaltung kann die Effektivität der sozialen Sicherung nicht nur durch die Nutzung von Mitverantwortung und Engagement der Mitglieder der

---

[49] *Th. Thiemeyer*, S. 540 bis 542.

[50] Vgl. dazu *K. Obermayer*, S. 467: „Schließlich sind es Effektivitätsgesichtspunkte, die die Selbstverwaltung in der Sozialversicherung rechtfertigen. Viele kleinere Versicherungsträger mit überschaubarem Versichertenkreis vermögen auch heute noch sachkundiger, schneller und individueller den Bedürfnissen ihrer Mitglieder Rechnung zu tragen, als das ein anonymer staatlicher Verwaltungsapparat bewirken könnte."

[51] Darauf weisen besonders hin: *W. Bogs*, 1973, S. 126; *W. Doetsch*, Die Gegenwartsaufgabe der Selbstverwaltung in der gesetzlichen Krankenversicherung, in: Die Ortskrankenkasse, 1969, S. 100; *Th. Thiemeyer*, S. 543.

[52] Vgl. dazu *E. Standfest*, Möglichkeiten und Grenzen gewerkschaftlicher Sozialpolitik über die soziale Selbstverwaltung, in: Sozialer Fortschritt, 1981, S. 151 f.

[53] *Th. Thiemeyer*, S. 542; *W. Bogs*, 1973, S. 127.

[54] Vgl. dazu Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliches Institut des Deutschen Gewerkschaftsbundes (Hrsg.), Sozialpolitik und Selbstverwaltung, Zur Demokratisierung des Sozialstaats, Köln 1977, sowie *E. Standfest*.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-45648-2 | Generated on 2025-08-11 20:14:35
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Selbstverwaltungsorgane erhöhen, sondern insbesondere durch die mit der Selbstverantwortung verbundene Möglichkeit, eine wichtige Existenzgrundlage sozialer Sicherung zu schaffen und zu entfalten: Solidarität. Selbstverwaltung ermöglicht nicht nur die Nutzung von Solidaritätspotential[55], sondern trägt zur Entwicklung von Solidarität bei[56], die für die Funktionsfähigkeit eines auf dem Versicherungsprinzip beruhenden Sicherungssystems kaum entbehrlich ist[57].

Die über eine Selbstverwaltung mögliche Mitwirkung Betroffener trägt — nicht zuletzt durch die Möglichkeit der Artikulation des sozialpolitischen Willens bestimmter Gruppen und durch die Übernahme einer Beratungsfunktion der Selbstverwaltungsorgane gegenüber staatlichen Institutionen[58] — zur gesellschaftlichen Integration dieser Gruppen und zum sozialen Frieden bei[59] und bedeutet nicht nur die Vermeidung des Obrigkeitsstaates[60], sondern stellt darüber hinaus eine Möglichkeit zur Erhöhung des Demokratiegehaltes in der Gesellschaft dar[61]. Es läßt sich unschwer zeigen, daß das Prinzip sozialer Selbstverwaltung uneingeschränkt sozialordnungskonform und wirtschaftsordnungskonform ist. Die in der Bundesrepublik realisierte wirtschafts- und sozialpolitische Konzeption der „Sozialen Marktwirtschaft", die in hohem Maße sowohl den individuellen Freiheitsverbürgungen des Grundgesetzes (insbes. Art. 2, 9, 11, 12 und 14) als auch seinen sozialen Zielen und sozialrechtlichen Freiheitsverbürgungen (insbes. Art. 14, 15, 20 und 28) gerecht wird, ist konzeptionell auf eine Sozialordnung angelegt, die

---

55 *W. Bogs*, 1973, S. 116.

56 Partizipation führt nach *H. P. Widmaier*, S. 70 f. zu einem Output, „der nicht nur gerechte politische Entscheidungen in Form politischer Güter erbringt, sondern zugleich die Entwicklung sozialer und politischer Tugenden für jedes Individuum gewährleistet, das partizipiert."

57 „Solidaritätsbewußtsein und Opferwille können nur dort gedeihen, wo Eigenverantwortung gewährleistet ist; sie lassen sich kaum durch einseitige Hoheitsakte staatlicher Behörden erzwingen. Solange die Sozialversicherung vom Versicherungsgedanken beherrscht wird ..., ist für sie die Selbstverwaltung die einzig adäquate Verwaltungsform." *K. Obermayer*, S. 476. Vgl. auch *W. Wertenbruch*, S. 532 f.: „Solidarität gibt es auch im Staat immer nur so viel, wie sie in gesellschaftlichen Gruppierungen vorhanden ist." Wenn „der ‚Allesmacher' Staat über alles ... verfügt, kann der einzelne Mensch entweder resignieren, verstärkt auf seine eigene Sicherung bedacht sein oder die unsinnigsten Forderungen gegenüber der ‚société anonyme' Staat erheben."

58 *Th. Thiemeyer*, S. 546; *W. Bogs*, 1973, S. 133.

59 *W. Bogs*, 1973, S. 128; *K. Obermayer*, S. 476.

60 *E. Glombig*, Selbstverwaltung als gesellschaftspolitische Aufgabe, in: Die Ersatzkasse, 1978, S. 1965: „Eine lebendige Selbstverwaltung in der Sozialversicherung ist ... eine unverzichtbare Notwendigkeit, wenn der moderne Sozialstaat vor der Gefahr geschützt werden soll, zum bürokratischen Obrigkeitsstaat zu werden."

61 *W. Bogs*, 1973, S. 119.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-45648-2 | Generated on 2025-08-11 20:14:35
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

„auf der Grundlage einer marktwirtschaftlichen Ordnung" auf die Sicherung sozialen Fortschritts, auf ein „vielgestaltiges und vollständiges System sozialen Schutzes", auf soziale Sicherheit und soziale Gerechtigkeit zielt[62]. Ihre tragenden Prinzipien, die sich aus den einschlägigen Gesetzen[63] und aus Regierungsprogrammen[64] als normative Grundlagen[65] der Sozialordnung und der staatlichen Sozialpolitik ableiten lassen, sind:

Solidarität[66],

Subsidiarität[67],

Selbstverantwortung und

Selbstverwaltung.

---

[62] *A. Müller-Armack,* Artikel: Soziale Marktwirtschaft, Handwörterbuch der Sozialwissenschaften, Bd. 9, Stuttgart u. a., 1956, S. 390 ff.

[63] Vgl. z. B. § 2 Arbeitsförderungsgesetz; §§ 2, 74, 75 und 76 Betriebsverfassungsgesetz; §§ 1 und 4 Tarifvertragsgesetz; §§ 29 ff. des vierten Buches des Sozialgesetzbuches; §§ 10, 72 und 93 Sozialhilfegesetz; § 179, Abs. 3 RVO und § 368 g RVO und viele andere.

[64] Vgl. die Darstellung der normativen Grundlagen staatlicher Sozialpolitik für die Jahre 1948 bis 1968 bei *G. Kleinhenz, H. Lampert,* Zwei Jahrzehnte Sozialpolitik in der BRD, Eine kritische Analyse, in: Ordo 1971, S. 103 ff.; *H. G. Hockerts,* Sozialpolitische Entscheidungen im Nachkriegsdeutschland, Alliierte und deutsche Sozialversicherungspolitik 1945 bis 1957, Stuttgart 1980; *H. Winterstein,* Leitbilder und Zielsystem der Sozialpolitik in der BRD, in: H. Sanmann (Hrsg.), Leitbilder und Zielsysteme der Sozialpolitik, Berlin 1973, S. 77 ff., insbes. S. 92 bis 96; *H. J. Budischin,* Die Formung der staatlichen Sozialpolitik in der Bundesrepublik Deutschland, Berlin 1976, S. 35 ff.

[65] Die Frage, inwieweit diese normativen Grundlagen die betriebene Politik bestimmt haben und wie sich das Verhältnis zwischen Leitbild und Realität im Zeitverlauf verändert hat, muß hier offen bleiben. Sie spielt für die Ableitung der ordnungspolitischen Grundlagen der Sozialpolitik und einer der Wirtschafts- und Sozialordnung konformen Sozialpolitik keine direkte Rolle. Vgl. zu dieser Diskrepanzproblematik Konrad-Adenauer-Stiftung (Hrsg.), Selbstverantwortung in der Solidargemeinschaft, Baden-Baden 1981.

[66] Solidarität ist in diesem Zusammenhang zu verstehen als wechselseitige Verbundenheit zwischen einzelnen und bestimmten sozialen Gruppen (Familie, Gemeinde, Versichertengemeinschaft, Staat) oder zwischen sozialen Gruppen (Kirchengemeinden, politische Gemeinden, verschiedene Verbände) im Sinne ethisch begründeter gegenseitiger Verantwortlichkeit, die im Falle von Einrichtungen sozialer Sicherung einerseits Grundlage für Leistungen der Gruppe an Gruppenmitglieder sind, die bestimmte Lebenslagen allein nicht bewältigen können, und andererseits Grundlage ist für die Leistungen der Gruppenmitglieder an die Sicherungseinrichtung. Vgl. zum Solidaritätsprinzip und zur weiterführenden Literatur *H. Kunst* u. a. (Hrsg.), Evangelisches Staatslexikon, 2. Aufl., Stuttgart 1975, Sp. 2314 ff.

[67] Das Subsidiaritätsprinzip verlangt einerseits, daß kein Sozialgebilde Aufgaben an sich ziehen soll, die der einzelne oder kleinere Sozialgebilde aus eigener Kraft und Verantwortung mindestens gleich gut lösen können wie die größere Einheit, und zweitens, daß die größeren Sozialgebilde den kleineren *die* Hilfe und Förderung angedeihen lassen, die die kleineren Gebilde brauchen, um ihre Aufgaben erfüllen zu können. Vgl. zum Subsidiaritätsprinzip und zur weiterführenden Literatur *H. Kunst* u. a. (Hrsg.), Evangelisches Staatslexikon, Sp. 2591 ff.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-45648-2 | Generated on 2025-08-11 20:14:35
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Zwischen diesen Elementen der Sozialordnung bestehen enge Interdependenzen: *Solidarität* als Bereitschaft, sich für andere mitverantwortlich zu fühlen und bestimmte Leistungen zu erbringen, ohne äquivalente Gegenleistungen zu erwarten, wird als Einstellung und geübte Praxis von den Mitgliedern einer Solidargemeinschaft nur dauerhaft durchgehalten werden können, wenn diese Solidarität nicht dadurch von Gruppenmitgliedern überbeansprucht wird, daß diese entweder nicht bereit sind, entsprechend dem Prinzip der Selbstverantwortung das in ihren Kräften stehende zu tun, um die Gewährung von Leistungen durch die Gruppe zu vermeiden oder möglichst gering zu halten oder daß sie — dem Zweck und Sinn der Solidargemeinschaft zuwiderhandelnd — Leistungen in Anspruch nehmen, um ihren individuellen Nutzen zu maximieren. *Selbstverantwortung* wiederum ist nur in dem Maße möglich, in dem der einzelne oder die kleinere Gruppe de facto fähig ist, bestimmte Lebenslagen zu bewältigen; d. h. erstens, daß Selbstverantwortung nur bis zu einer bestimmten Grenze möglich ist, also durch solidarische Hilfe ergänzt werden muß, und zweitens, daß entsprechend dem Subsidiaritätsprinzip Individuen und soziale Gruppen instandgesetzt werden müssen, selbstverantwortlich zu handeln[68]. Solidarität setzt also Selbstverantwortung voraus, Selbstverantwortung wiederum bedarf der Ergänzung durch Solidarität. Da Solidarität aber um so höhere Anforderungen an die Mitglieder einer Gruppe stellt, je größer die Gruppe ist, weil mit steigender Gruppengröße das Zusammengehörigkeitsgefühl, das Gefühl gegenseitiger Abhängigkeit und gegenseitiger Verantwortlichkeit, die Überschaubarkeit des Systems für die Gruppenmitglieder, die Möglichkeiten gegenseitiger sozialer Kontrolle und die Möglichkeiten der Verhinderung des Mißbrauchs der Solidarität abnehmen, wird die Funktionsfähigkeit des Solidaritätsprinzips von der Anwendung des *Subsidiaritätsprinzips* beeinflußt. Das Subsidiaritätsprinzip wiederum wird weder dem Ziel sozialer Gerechtigkeit noch dem des sozialen Friedens dienen können, wenn dem einzelnen oder bestimmten sozialen Gruppen zu große Eigenbelastungen, zu viel Selbstverantwortung zugemutet werden. Es darf also nicht „überstrapaziert" werden und setzt Solidarität der größeren sozialen Einheiten mit den kleineren voraus[69].

---

[68] Dazu gehört z. B. eine entsprechende Erziehung und berufliche Bildung Jugendlicher, eine Vollbeschäftigungspolitik als Voraussetzung für selbstverantwortliche Sicherung des Lebensunterhaltes durch Erwerbstätigkeit, eine prophylaktische Unfallschutz- und Gesundheitspolitik, eine Politik gesundheitlicher, beruflicher und sozialer Rehabilitation, aber auch Steuer- und Abgabenbelastungen der Bürger, die Spielräume für private Vorsorge gegen bestimmte Risiken erlauben.

[69] Um Mißverständnisse zu vermeiden, sei darauf hingewiesen, daß die Konsequenzen, die sich aus den Prinzipien der Solidarität, der Subsidiarität und der Selbstverantwortung für die konkrete Ausgestaltung von Siche-

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-45648-2 | Generated on 2025-08-11 20:14:35
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Aus den Grundwerten Solidarität, Subsidiarität und Selbstverantwortung folgt logisch zwingend, daß das Prinzip sozialer Selbstverwaltung für unsere Sozialordnung, speziell aber für den Bereich der sozialen Sicherung *essentielle Bedeutung* hat. Denn soziale Selbstverwaltung im materiellen Sinne[70] bedeutet im Rahmen gesetzlicher Zielvorgaben die selbstverantwortliche, in einem bestimmten Umfang dezentralisierte Erfüllung dieser Aufgaben entsprechend dem Subsidiaritätsprinzip durch Solidargemeinschaften[71]. „Grundlage jeder Selbstverwaltung ... ist das Subsidiaritätsprinzip"[72].

Eine in ihrer Bedeutung nicht zu unterschätzende Wirkung sozialer Selbstverwaltung ist die Entlastung des Staates. Ihm und seinen Entscheidungsorganen sind immer mehr Aufgaben zugewachsen. Diese gestiegene Belastung ist nicht zuletzt eine Ursache für sinkende Entscheidungsqualität. Durch eine Vergrößerung der Selbstverwaltungsbereiche könnte der Staat entlastet, die Qualität staatlicher Tätigkeit verbessert werden.

V. Zur Notwendigkeit einer Renaissance der sozialen Selbstverwaltung

Die aufgezeigte Bedeutung und die Leistungsfähigkeit sozialer Selbstverwaltung machen die Formulierung eines der entschiedensten Kritiker der Aushöhlung sozialer Selbstverwaltung durch Gesetzgeber und Verwaltung, nämlich Wertenbruchs, verständlich: „Hätte es in Deutschland nie eine materiale Selbstverwaltung gegeben, so müßte sie heute von Sozialrechtlern erfunden und bewußt gemacht werden".[73]

Die Notwendigkeit, zu überlegen, ob es nicht zweckmäßig, zur Vermeidung von gravierenden Fehlentwicklungen in der Sozialpolitik so-

---

rungssystemen, z. B. hinsichtlich der Art der abgedeckten Risiken und der Höhe der Leistungen oder hinsichtlich der Gliederung des Sicherungssystems und der Größe seiner Einheiten, nicht ein für allemal feststehen, sondern vom erreichten wirtschaftlichen Niveau, von der wirtschaftlichen und sozialen Struktur der Gesellschaft und von den Einstellungen der Bevölkerung abhängen.

[70] In Anlehnung an *Th. Maunz* und *H. Schraft* (Die Sozialversicherung und ihre Selbstverwaltung, Loseblattkommentar, Berlin 1975, Bd. 1, A 1, Blatt 10) ist Selbstverwaltung die Erfüllung gesetzlich zugewiesener Aufgaben öffentlicher Daseinsfürsorge als eigene, im eigenen Namen und in eigener Verantwortung durchgeführte Aufgaben nach Maßgabe von Gesetz und Satzung und unter staatlicher Aufsicht durch Körperschaften des öffentlichen Rechts, deren Organe mit gewählten Vertretern der Beteiligten, insbesondere der Versicherten und der Arbeitgeber, besetzt sind.

[71] Vgl. dazu auch *G. Küchenhoff*, Gemeinsame Selbstgestaltung im Kassenarztrecht, in: Im Dienst an Recht und Staat, Festschrift für Werner Weber, Berlin 1974, S. 833 ff.

[72] Ebenda, S. 847.

[73] *W. Wertenbruch*, S. 533.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-45648-2 | Generated on 2025-08-11 20:14:35
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

gar notwendig wäre, die soziale Selbstverwaltung in der Sozialversicherung auszubauen, läßt sich nicht nur mit den Vorzügen dieses Prinzips[74], sondern auch mit bereits eingetretenen Fehlentwicklungen im Bereich der Sozialversicherung begründen. Dort ist zu konstatieren: ein Prozeß der Entsolidarisierung, eine von den Politikern bislang unzulänglich gelöste, seit 1975 anhaltende Krise der Rentenfinanzen, ein ungedeckter Bedarf an Steuerungsinstrumenten in der Krankenversicherung, der Mitursache der Kostenexplosion im Gesundheitswesen ist, ein ungedeckter Reformbedarf in bezug auf die dem Sozialversicherungssystem durch die Bevölkerungsentwicklung drohenden Gefahren, ein Mißbrauch der Sozialversicherung durch Politiker als ein für die Erringung und Erhaltung der Macht gut geeignetes Handlungsfeld[75].

Aufgrund dieser seit wenigstens zwei Jahrzehnten feststellbaren Fehlentwicklungen ist es nicht erstaunlich, daß nicht nur Vertreter der Selbstverwaltungsorgane[76], die Spitzenverbände der Sozialversicherung[77] und Vertreter der Sozialpartner[78] für eine Stärkung der Selbst-

---

[74] Vgl. dazu auch *Chr. v. Ferber,* Soziale Selbstverwaltung — Fiktion oder Chance, in: Verlag der Ortskrankenkassen (Hrsg.), Soziale Selbstverwaltung, Bd. 1, Bonn, o. J., der S. 130 f. als Gründe für die Stärkung der Selbstverwaltung vor allem anführt: die geringe Transformationsfähigkeit des repräsentativen parlamentarischen Systems in bezug auf die Bedürfnisse der Bürger, die Unmöglichkeit, zwischen den Wahlbürgern und den Leistungsempfängern des Sozialstaats eine ausreichende Interessenidentität herzustellen, und die Instrumentalisierung des Staates unter sozialstaatliche Ziele.

[75] Vgl. dazu auch *W. Schreiber,* der schon 1966 die Berechtigung der Politiker, über die wohlverdienten Einkommen der GRV-Pflichtigen zu verfügen, bezweifelte und auf die Notwendigkeit einer Entpolitisierung des Rentenwesens hinwies, „die es ermöglicht, die gesetzliche Rentenversicherung einer wirklichen Selbstverwaltung der Beteiligten zu unterstellen". *W. Schreiber,* Zur Reform der Rentenreform, in: Zeitschrift für Sozialreform, 1966, S. 18 und S. 5. Vgl. auch *Th. Thiemeyer,* der S. 550 darauf hinweist, daß systemgefährdende Fehlentwicklungen eintreten, wenn der Gesetzgeber die von einem Parafiskus zu erfüllenden Aufgaben ausweitet, die Finanzverantwortung aber der Selbstverwaltung überläßt. Diesen systemgefährdenden Fehler begingen die Parlamentarier in der Bundesrepublik häufig.

[76] Vgl. etwa die Arbeiten von *G. Hesse* und *R. Kolb.*

[77] Vgl. vor allem die gemeinsame Stellungnahme, die der Verband deutscher Rentenversicherungsträger federführend für die Bundesverbände der Orts-, der Betriebs-, der Innungs- und der Landwirtschaftlichen Krankenkassen, den Gesamtverband der Landwirtschaftlichen Alterskassen, den Bundesverband der Landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften, die Verbände der Arbeiter- und der Angestelltenersatzkassen, den Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften und die Bundesarbeitsgemeinschaft der Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand am 4. 5. 1976 zum Selbstverwaltungsbericht der Bundesregierung vorgelegt haben (abgedruckt in: Die Ersatzkasse, 1976, S. 222 ff.). Kern der Stellungnahme ist neben der Zurückweisung der Behauptung, eine Einschränkung der Selbstverwaltung sei aus Gründen einheitlichen und koordinierten Verwaltungshandelns unausweichlich, die Forderung, der Selbstverwaltung echte Mitwirkungsrechte im Gesetzgebungsverfahren durch ein gesetzlich verankertes, in zeitlicher und sachlicher Hinsicht ausgestaltetes Anhörungs- und Beratungsrecht zu schaffen.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-45648-2 | Generated on 2025-08-11 20:14:35
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

verwaltung eintreten, sondern auch zahlreiche Wissenschaftler, die sich mit dem Staats- und Verwaltungsrecht, dem Sozialrecht und der Sozialpolitik beschäftigen[79].

Natürlich sind dem Ausbau der sozialen Selbstverwaltung verfassungsmäßige und rechtsstaatliche Grenzen gezogen[80]. Es gibt auch „ressort"- bzw. aufgabenbedingte Grenzen der Selbstverwaltung: sie sind in der Rentenversicherung enger gesteckt als in der Arbeitsverwaltung und hier wieder enger als in der Krankenversicherung und in der Unfallversicherung. Darauf kann aber in diesem mit den Grundproblemen der Selbstverwaltung befaßten Referat nicht eingegangen werden. Auch Grenzen der Leistungsfähigkeit der Selbstverwaltung unter sozialpolitischen (Ziel-)Aspekten sind zu beachten. So ist nicht bestreitbar, daß die Bereitstellung des politischen Gutes „Sicherung gegen bestimmte Risiken" ohne den staatlichen Versicherungszwang nicht gewährleistet wäre[81]. Die Selbstverwaltung bedarf der demokratisch legitimierten Kontrolle der Staatsaufsicht und darf keine Entscheidungsrechte zugunsten bestimmter gesellschaftlicher Gruppen begründen[82]. Vom Staat müssen als politische Entscheidungsdimensionen mindestens definiert werden: die Versicherungspflicht, Mindestbedingungen in bezug auf die Größe und die Struktur der Trägerorganisationen, Mindestbedingungen in bezug auf Leistungsumfang und Leistungshöhe und die Prinzipien, die bei der Produktion und Verteilung von Gütern und Leistungen sozialer Sicherung eingehalten werden sollen[83].

---

[78] Vgl. dazu die Präambel des sozialpolitischen Programms des DGB von 1980: „Das demokratische Prinzip muß durch eine wirksame Mitbestimmung der Betroffenen auch in den sozialen und gesundheitlichen Bereichen verwirklicht werden. Dazu gehören neben der Durchsetzung der alleinigen Versicherten-Selbstverwaltung in der Kranken- und Rentenversicherung und der Stärkung der Selbstverwaltung in allen Zweigen der Sozialversicherung auch die Sicherung und Erweiterung der Mitbestimmungsrechte der Beschäftigten im Sozial- und Gesundheitswesen." Vgl. ferner zahlreiche Stellungnahmen der Bundesvereinigung der deutschen Arbeitgeberverbände. Die inhaltlichen Vorstellungen der Sozialpartner gehen jedoch in bezug auf das Vertretungsverhältnis von Arbeitnehmern und Arbeitgebern in den Sozialversicherungen stark auseinander.

[79] Vgl. nur *H.-A. Bischoff; H. Bogs; G. W. Brück; Chr. v. Ferber; K. Obermayer; F. Schnapp; Th. Thiemeyer; W. Wertenbruch.*

[80] Vgl. dazu den Überblick bei *D. Leopold,* S. 67 bis 80 und die dort angegebene weiterführende Literatur.

[81] *H. P. Widmaier,* S. 62.

[82] *Chr. v. Ferber,* S. 121.

[83] Vgl. dazu auch *H.-A. Bischoff,* S. 118: „Dieses Gleichgewicht zwischen freier Selbstverwaltung und einer sie gleichzeitig bindenden Staatsaufsicht gilt im Grundsatz auch für den Sozialversicherungsträger in seinem Verhältnis zum Staat, denn nur hierdurch können die Aufgaben der Sozialversicherung ... in wesensgerechter Weise erfüllt werden: autonom vom Staat und doch in ihn eingeordnet."

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-45648-2 | Generated on 2025-08-11 20:14:35
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Grenzen der Leistungsfähigkeit bestehen nicht nur aus der Sicht der in der Sozialversicherung zu lösenden Aufgaben; sie können sich auch aus der Selbstverwaltung ergeben: deren Leistungsfähigkeit ist auch abhängig von der im Rahmen der Sozialwahlen erfolgenden Selektion der Versichertenvertreter, von deren Engagement, Verantwortungsbewußtsein, Sachverstand, Durchsetzungsvermögen und — nicht zuletzt — von deren Bereitschaft zur Kooperation auf der Ebene der Selbstverwaltung[84]. Diese Qualität der Selbstverwaltung ist aber wiederum auch eine Funktion der Wertschätzung und der faktischen Spielräume und Entfaltungsmöglichkeiten sozialer Selbstverwaltung.[85]

Daß diese Spielräume und Entfaltungsmöglichkeiten in der Bundesrepublik — aus der Perspektive des ihrer Staatsverfassung und Sozialordnung zugrunde liegenden Demokratieverständnisses sowie aus der Perspektive der Ziele der sozialen Sicherung und eines ordnungs- und zieladäquaten Träger- und Organsystems beurteilt — zu eng sind, steht für mich außer Frage. Denn eines der Hauptziele der demokratischen Grundordnung ist es, die Staatsgewalt zu begrenzen. Nach herrschender staatsrechtlicher Auffassung wird dieses Ziel vor allem durch die Gewaltenteilung und die föderative Gliederung des Staates, die Gewährleistung der Grundrechte und die Kontrolle durch die Justiz gesichert. Im Grundgesetz nicht ausdrücklich erwähnt, für die freiheitlich-demokratische Grundordnung und die Abwehr eines Staatsabsolutismus von enormer Bedeutung sind jedoch auch Pluralismus und Selbstverwaltung — um so mehr, je schwächer ausgeprägt de facto die Gewaltenteilung ist.[86] Der beobachtbare Abbau auch solcher Freiheitsspielräume, die nicht *explizit* durch das Grundgesetz geschützt sind, jedoch seinem freiheitlich-demokratischen Geist entsprechen, weckt Zweifel an der Lebendigkeit des freiheitlich-demokratischen Bewußtseins derjenigen, die die Verantwortung für den Abbau der sozialen Selbstverwaltung tragen.

Fraglich und wissenschaftlich nicht entscheidbar ist, wie eine Renaissance der Selbstverwaltung aussehen sollte. Nach meiner Meinung sollte sie über eine Aufwertung der formalen Selbstverwaltung, also eine Aufwertung im Bereich des Verwaltungsvollzugs, hinausgehen. Sie sollte auch hinausgehen über eine Ausweitung des Aktivitätsfeldes in einzelnen Bereichen — z. B. über die Einführung des Rechts der Krankenkassen, mit den Krankenhausträgern über die Preise für Kranken-

---

[84] *Th. Thiemeyer* weist S. 556 ff. unter Hinweis auf die Krankenhauswirtschaft darauf hin, daß Selbstverwaltung stets gefährdet ist, aus soziologischen und politischen Gründen an sich selbst zu scheitern.

[85] Vgl. dazu auch *Chr. v. Ferber*, S. 133.

[86] Vgl. dazu *H. Girardi*, Abschied von Montesquieu, Justiz und Parlament im Netz der Bürokratie, Heidelberg 1982.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-45648-2 | Generated on 2025-08-11 20:14:35
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

hausleistungen verhandeln zu können und an der Formulierung von Zielen der Gesundheitspolitik und von Strategien zu ihrer Realisierung mitwirken zu können — und grundsätzlicherer Natur sein, d. h.: die Versicherten als die sowohl von Änderungen des Leistungsspektrums als auch von den finanziellen Konsequenzen von Änderungen des Leistungsspektrums Betroffenen sollten eine Möglichkeit haben, ihren Willen in bezug auf Änderungen des Leistungsrechtes gegenüber dem Gesetzgeber und der Öffentlichkeit zu artikulieren[87]. Die üblichen Möglichkeiten für Verbände, sich im Vorfeld der Gesetzgebung Gehör zu verschaffen, scheinen mir für die Selbstverwaltung nicht auszureichen. Ein institutionalisiertes, zeitlich und sachlich definiertes Anhörungs- und Beratungsrecht im Gesetzgebungsverfahren, wie die Spitzenverbände der Sozialversicherungsträger es gefordert haben, scheint mir das Minimum des Erstrebenswerten zu sein. Dabei ist ein hohes Maß an Publizität solcher Anhörungs- und Beratungsverfahren besonders wichtig, damit die ökonomischen und sozialen Folgen von Änderungen des Sozialrechtes für die Betroffenen erkennbar werden.

Ein solches Anhörungs- und Beratungsrecht könnte auch mit Hilfe von Institutionen gesichert werden, wie die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen sie darstellt, in der Bogs eine „neue Selbstverwaltungsspitze", ein Instrument zur Versöhnung von Staat und Selbstverwaltung, sieht.[88] Auf einer solchen Ebene könnten möglicherweise tatsächlich die Interessen von Staat und Selbstverwaltung ausgeglichen werden, wenn sichergestellt wird, daß der Staat die Teilnehmer an solchen konzertierten Aktionen nicht bevormunden kann und daß die Selbstverwaltungsträger — auch nach ihrer Struktur — angemessen repräsentiert sind.

Erwägenswert wäre auch die Entwicklung eines autonomen Selbstverwaltungssystems für die Sozialversicherten[89], durch das die Sozialversicherung vom politischen Prozeß abgekoppelt werden würde. Eine Herausnahme der Sozialversicherung aus der politischen Gesetzgebung und ihre Überführung in die Selbstverwaltung der Sozialpartner haben übrigens in Zusammenhang mit der Neuordnung des Sozialversicherungsrechts sowohl die CDU als auch die SPD gefordert.[90] Ein solches

---

[87] In der Schweizer Referendumsdemokratie muß das Volk über die Einführung neuer Leistungen abstimmen. Vgl. dazu *B. Röper*, S. 95.

[88] Vgl. dazu ausführlich *H. Bogs*, Staat und Selbstverwaltung im gesundheitsökonomischen Planungssystem der Gesetzlichen Krankenversicherung, in: H. Bogs u. a. (Hrsg.), Gesundheitspolitik zwischen Staat und Selbstverwaltung, Köln 1982, S. 415 ff.

[89] Vgl. dazu *Chr. Watrin*, Ordnungspolitische Aspekte des Sozialstaates, in: B. Külp, H.-D. Haas (Hrsg.), Soziale Probleme der modernen Industriegesellschaft, Schriften des Vereins für Socialpolitik, N.F., Bd. 92/II, Berlin 1977.

[90] Vgl. dazu *Chr. v. Ferber*, S. 117 f.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-45648-2 | Generated on 2025-08-11 20:14:35
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Selbstverwaltungssystem dürfte wahrscheinlich — um die Interessen aller Bürger zu wahren — nicht „das letzte Wort" haben; ein Initiativrecht zum Einbringen von Gesetzentwürfen und ein Recht der „Vor"-Abstimmung über Sozialversicherungsrechtsänderungen könnten die wünschenswerte Korrekturfunktion gewährleisten.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-45648-2 | Generated on 2025-08-11 20:14:35
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Selbstverwaltung im Gesundheitsbereich

Von *Theo Thiemeyer*, Bochum

1. Selbstverwaltung aus wirtschaftstheoretischer Sicht

Selbstverwaltung (SV) ist aus ökonomischer Perspektive ein volkswirtschaftliches, betriebswirtschaftliches und — in der sozialen SV der Gesetzlichen Krankenversicherung — ein (öffentlich-)finanzwirtschaftliches Organisationsprinzip.

Selbstverwaltung aus ökonomischer Sicht ist die Übertragung der Aufgabe der Bereitstellung solcher Güter, für die der Staat nach jeweils politisch vorherrschender Meinung einen Sicherstellungsauftrag hat (sog. „öffentliche Güter"), auf genossenschaftsartige Zusammenschlüsse der Verbraucher oder Anbieter dieser „öffentlichen Güter".[1] Im Gesundheitsbereich erscheint SV einerseits als Organisationsprinzip der Versicherten-Zusammenschlüsse (GKV), andererseits als Organisationsprinzip der Anbieter: niedergelassene Ärzte und Apotheker, mit Einschränkung in der Krankenhauswirtschaft.

Selbstverwaltung ist damit zugleich — was in der Regulierungs-Literatur bisher wenig beachtet wurde — eine *Organisationsform staatlicher Regulierung* („öffentlicher Bindung"). Öffentliche Bindung (v. Eynern) ist die Regelung bestimmter Betriebsprozesse (vor allem der Angebots- oder Absatzpolitik) durch Sondergesetzgebung (meist diskutiert im großbetrieblichen Bereich der Versorgungs-, Verkehrs- und Kreditwirtschaft) in Hinsicht auf bestimmte wirtschaftspolitische Ziele.

„Öffentliche Bindung"[2] bedeutet i. d. R. unmittelbar staatliche Kontrolle (unmittelbare Staatsverwaltung) oder Kontrolle durch „unabhängige" Kommissionen (USA-Typ der öffentlichen Bindung). Bei der Regulierung der Arztpraxen und Apotheken handelt es sich um die

---

[1] Vgl. dazu *Theo Thiemeyer:* Soziale ‚Selbstverwaltung' unter ökonomischem Aspekt, in: Zeitschrift für Sozialreform, 21. Jg., 1975, S. 539 - 559.

[2] Vgl. Theo Thiemeyer / Carl Böhret / Gerhard Himmelmann (Hrsg.): Öffentliche Bindung von Unternehmen. Beiträge zur Regulierungsdebatte. Schriftenreihe der Gesellschaft für öffentliche Wirtschaft und Gemeinwirtschaft, Heft 22, Baden-Baden 1983.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-45648-2 | Generated on 2025-08-11 20:14:35
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

besondere Form der „ständischen Selbstbindung" (W. W. Engelhardt[3], K. Oettle[4]), die — aus ökonomischer Sicht — vor allem als eine Regulierung des Angebots- und Wettbewerbsverhaltens wirkt.

Selbstverwaltung ist begrifflich zu trennen von *Selbsthilfe*.[5] Selbsthilfe meint die Produktion von Gütern und (im Gesundheitsbereich vor allem) Diensten unter (partiellem) Verzicht auf die Mitwirkung oder die Verwendung von Vorleistungen fremder, durch den Markt vermittelter oder staatlicher Wirtschaftseinheiten. Allenfalls bei bestimmten Formen der solidarischen (Gruppen-)Selbsthilfe (die von der individuellen und familialen Selbsthilfe begrifflich zu trennen ist) könnte man Überschneidungen mit Problemen der „Selbstverwaltung" suchen wollen. Indes stellt die einschlägige Literatur vor allem auf kleinbetriebliche, rechtlich-informelle Selbsthilfe ab, versteht Selbsthilfe häufig sogar als Alternative zu dem zwar bedarfswirtschaftlich gemeinten, aber durch Mangel an Flexibilität gehemmten öffentlich-bürokratischen Handeln der institutionalisierten SV.[6]

Von zentraler Bedeutung ist der *öffentlich-finanzwirtschaftliche Aspekt der SV*.[7] Zwar ist die parafiskalische Struktur der Haushalte der sozialen SV und damit der GKV nicht zwingend. Die Finanzierung des gesamten Gesundheitssystems über die allgemeinen Haushalte der Gebietskörperschaften ist möglich. Ob SV eine weitgehende finanzwirtschaftliche Autonomie oder gar „echte" SV die Verfügungsmöglichkeit über eigene Finanzquellen (Zwangsabgaben) voraussetzt (was selbstverständlich mehr als ein nur begriffliches Problem ist), kann hier nicht abschließend entschieden werden. Jedenfalls wirft die parafiska-

---

[3] *Werner W. Engelhardt:* Zum Verhältnis von öffentlicher Bindung durch den Staat und ständischer Selbstbindung von Unternehmen, speziell von Genossenschaften, in: Öffentliche Bindung von Unternehmen, in dem in Fußnote 2 zitierten Band, S. 361 - 397.

[4] *Karl Oettle:* Möglichkeiten und Grenzen der Wahrnehmung öffentlicher Aufgaben aufgrund ständischer Selbstbindung am Beispiel von Arztpraxen und Apotheken, in: Öffentliche Bindung von Unternehmen, in dem in Fußnote 2 zitierten Band, S. 399 - 415.

[5] Vgl. *Theo Thiemeyer:* Selbsthilfe und Selbsthilfebetriebe aus ökonomischer Sicht, in: Bernhard Badura / Christian v. Ferber (Hrsg.), Selbsthilfe und Selbsthilfeorganisation im Gesundheitswesen, München / Wien 1981, S. 203 - 217; *Werner W. Engelhardt:* Solidarische Selbsthilfe und Selbstverwaltung im Gesundheitswesen, in: Soziale Sicherheit, 32. Jg., 1983, Heft 2, S. 38 - 41, Heft 3, S. 73 - 77, Heft 4, S. 115 - 118, Heft 6, S. 175 - 178.

[6] *Bernhard Badura:* Sozialpolitik und Selbsthilfe aus traditioneller und aus sozialpolitischer Sicht, in: Bernhard Badura / Christian v. Ferber (Hrsg.), Selbsthilfe und Selbstorganisation im Gesundheitswesen, München / Wien 1981, S. 147 - 160.

[7] Sehr verdienstvoll dazu: *Dirk Lepelmeier:* Soziale Sicherung und Parafiskalität. Zur Einkommensumverteilungsproblematik im Bereich der Sozialversicherung, Frankfurt a. M. 1979.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-45648-2 | Generated on 2025-08-11 20:14:35
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

lische Struktur der gegebenen GKV, wie im folgenden zu zeigen sein wird, politisch höchst bedeutsame, ordnungspolitisch zentrale Fragen auf. Die breite Überschneidung mit Problemen der finanzwirtschaftlichen Föderalismusdebatte ist offenbar. Es erweist sich daher als zweckmäßig, — etwa Chr. Smekal folgend[8] — von „funktionalem Föderalismus" oder „parafiskalischem Föderalismus" in Abgrenzung zum territorialen (gebietskörperschaftlichen) oder fiskalischen Föderalismus zu sprechen. Siedelt man nun diese parafiskalischen Gebilde in den „Übergangsbereich zwischen staatlichem und privatem Sektor" an (D. Lepelmeier)[9], wird der Zusammenhang mit der (breiten) Diskussion um den „Dritten Sektor" oder „autonomen Sektor" (u. a. K. Gretschmann[10], E. Matzner[11]) und einer „übergeordneten Leitidee zur Lösung staatswirtschaftlicher Steuerungsprobleme", nämlich der „dezentral-gemeinwirtschaftlichen Selbstorganisation öffentlicher Aufgaben" (K. Mackscheidt[12]) herausgestellt.

Die Frage, ob man SV als Abbau staatlichen Verwaltungshandelns und Fortschritt und Chance in Hinsicht auf mehr bürgerschaftliche Partizipation sehen soll (was eher in der Tradition der Diskussion um SV i. S. der Steinschen Reformen liegt, deren Schwergewicht zwar im kommunalen Bereich liegt, sich aber nicht auf diesen beschränkt)[13] oder ob man — umgekehrt — die heutige Gestalt der SV als hoheitliche Reglementierung oder gar Deformierung einer ihrem Sinn nach autonomen („eigentlichen") SV sieht[14] (schon die Verdrängung der freien Hilfskassen in der Frühzeit der GKV, aber auch die neueste Entwicklung könnte — aus völlig unterschiedlichen ordnungspolitischen und weltanschaulichen Perspektiven — eine solche Sicht stützen), ist für die folgende Untersuchung nicht von zentraler Bedeutung: Beide Perspektiven können in dieser Analyse ihre Argumente finden.

---

[8] *Christian Smekal:* Die Finanzwirtschaft intermediärer Gruppen, Innsbruck 1969; *ders.:* Die Flucht aus dem Budget, Wien 1977.

[9] *Dirk Lepelmeier:* Soziale Sicherung und Parafiskalität, S. 9.

[10] *Klaus Gretschmann:* Steuerungsprobleme der Staatswirtschaft. Schriften zum Genossenschaftswesen und zur öffentlichen Wirtschaft, hrsg. v. W. W. Engelhardt und Th. Thiemeyer, Bd. 4, Berlin 1981.

[11] *Egon Matzner:* Der Wohlfahrtsstaat von morgen, Frankfurt a. M. 1982.

[12] *Klaus Mackscheidt:* Vorwort zu Gretschmann (Fußnote 10).

[13] Einen gerade auch für den Ökonomen wichtigen eingehenden geistesgeschichtlichen Überblick über die Diskussion, wobei vor allem auch die Beziehungen zwischen den verschiedenen Bereichen von Selbstverwaltung dargestellt werden, bietet *Reinhard Hendler* in seiner rechtswissenschaftlichen Habilitationsschrift: Selbstverwaltung als Ordnungsprinzip. Ein Beitrag zur politischen Willensbildung und Entscheidung im demokratischen Verfassungsstaat der Industriegesellschaft, Manuskript, Göttigen 1983.

[14] *Wilhelm Wertenbruch:* Referat, 8. Praktikerseminar des Instituts für Sozialrecht der Ruhr-Universität Bochum: „Zur Selbstverwaltung im System der Sozialen Sicherheit", in: Zeitschrift für Sozialreform, 21. Jg., 1975, Heft 9, S. 518 - 539.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-45648-2 | Generated on 2025-08-11 20:14:35
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Das SV-Organisationsprinzip soll — idealerweise — die Artikulationsmöglichkeiten und die Ermittlung des Bedarfs an öffentlichen Gütern — hier des Bedarfs an Gesundheitsleistungen — verbessern, den Produktions- und Distributionsprozeß der Gesundheitsgüter durch Mobilisierung des Eigeninteresses und durch Aktivierung des durch Problemnähe geförderten Informationsvorsprungs der Betroffenen effizienter gestalten. Die — im Vergleich mit den anderen Sozialversicherungsbereichen — dezentrale und teilweise kleingliederigere Organisation der GKV soll — ein zentraler Gedanke schon der Entstehungszeit als GKV-System[15] — die mitgliedschaftliche Kontrolle der Inanspruchnahme der Leistungen dämpfen. SV soll ferner neben der politischen *die wirtschafts-ordnungspolitische Loyalität,* die Kooperationsbereitschaft und den Leistungswillen der Anbieter (zumal in der „ständischen" SV der Anbieter) fördern und (u. a.) durch die Mobilisierung ehrenamtlicher Arbeit, gemeinnützigen Engagements und Sachkenntnis die öffentlichen Haushalte entlasten.

Durch Entscheidungsdelegation, Verantwortungsdelegation und die Delegation von (öffentlichen) Kontrollbefugnissen soll die Komplexitätslast öffentlicher Verwaltung reduziert werden. Die seit der Rekonstruktion des SV-Rechts in der Bundesrepublik auch im GKV-Bereich (mit Ausnahme der Ersatzkassen) eingeführte paritätische Besetzung der SV-Organe mit Arbeitgeber- und Versichertenvertretern soll den Gedanken der Sozialpartnerschaft stärken.[16]

Unter ökonomischem Aspekt wichtig ist, daß in zentralen Bereichen des Gesundheitswesens die Funktion der Preisbildung auf nicht funktionierenden Märkten (ambulante und stationäre medizinische Versorgung) in breitem Umfang auf die Organe der Selbstverwaltung übertragen wurde.

Die parafiskalische Organisation zielt — in der GKV und der Unfallversicherung weit mehr als in der Rentenversicherung und im AFG-Bereich — auf die (partielle) Delegation der Finanzverantwortung ab.

Die parafiskalische Struktur erscheint zunächst nach in der Literatur verbreiteter Ansicht als eine Voraussetzung faktisch autonomer SV (die Argumente der Föderalismus-Diskussion können übertragen werden).

---

[15] Vgl. dazu u. a. *Albert Schäffle:* Der korporative Hülfskassenzwang, Tübingen 1882.

[16] Sozialenquête 1966 TZ 279. Ferner *Walter Bogs:* Die verbandliche Selbstverwaltung. Bedeutung der Selbstverwaltung im allgemeinen Sozialrecht, in: Der Arbeitgeber, 19. Jg., 1967, S. 428 ff. Zur Kritik an dieser These: *Erich Standfest* (Projektleiter) u. a.: Sozialpolitik und Selbstverwaltung. Zur Demokratisierung des Sozialstaats. WSI-Studie zur Wirtschafts- und Sozialforschung, Nr. 35, Köln 1977.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-45648-2 | Generated on 2025-08-11 20:14:35
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Ferner scheint die parafiskalische Struktur einen relativen Schutz vor kurzfristig konzipierten haushaltspolitischen Eingriffen der Haushaltsplanung der Gebietskörperschaften zu bieten. Eingriffe sind selbstverständlich möglich. Die Barriere besteht darin, daß sie politisch spektakulär sind.

Die wichtigsten Aspekte einer solchen „idealen" SV-Konzeption für den GKV-Bereich sollen im folgenden beleuchtet werden. Dabei geht es einerseits darum, allzu hohe Erwartungen an die Wirksamkeit des Organisationsprinzips SV aus ökonomischer und — unentbehrlich hier — soziologischer Perspektive entgegenzutreten, und andererseits darum, die gängige Global- und Totalkritik der Enttäuschten zu bändigen.

2. Genossenschaftliche Mitgliederdemokratie und „SV der Verbände"

Unter volkswirtschaftlichem Aspekt interessiert die Frage, ob und inwieweit die soziale SV der GKV ein System der Steuerung der Produktion und des Angebots von Gesundheitsgütern sein könnte, das Marktsteuerung ersetzen kann. Danach wäre zu erörtern

(a) ob und inwieweit sich das Interesse der Versicherten an SV mobilisieren läßt,

(b) ob diese „Versichertendemokratie" eine effiziente Organisation zur Gestaltung der Produktion „öffentlicher" Gesundheitsgüter sein kann und

(c) ob und inwieweit die sowohl von rechtswissenschaftlicher als auch sozialwissenschaftlicher Seite aus völlig unterschiedlicher ordnungspolitischer Perspektive vorgetragene Auffassung akzeptabel ist, daß die SV der Verbände gerade in Hinsicht auf das Ziel der optimalen Bedarfsdeckung im Gesundheitswesen der „reinen" Versichertendemokratie überlegen ist.

In Hinsicht auf das Ziel der Bedarfsorientierung — gerade auch bei der „öffentlichen" Versorgung mit „öffentlichen Gütern" — scheint das Prinzip der genossenschaftlichen Mitgliederdemokratie eine ideale Lösung zu bieten. Probleme wirft aber schon das *Zwangskassen-System* auf. Aber geht es der Gesundheitspolitik ernsthaft um die Orientierung an den tatsächlichen, unkorrigierten Präferenzen der Konsumenten? Auch die in der Entstehungsphase des Krankenversicherungs-Gesetzes und neuerdings wieder diskutierte Alternative des *„Kassen-Zwangs"* (freie Wahl der Kassentypen, die bei unterschiedlichen Leistungsbündeln alle bestimmten Mindestleistungen bieten) löst das Problem nicht: Gesundheitspolitik ist offenbar und unleugbar nach Meinung aller poli-

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-45648-2 | Generated on 2025-08-11 20:14:35
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

tisch maßgeblichen Kräfte paternalistisch[17]: Gerade die den Kassen neuerdings zugewiesene Funktion der Gesundheitsaufklärung, der Werbung für Früherkennungs- und Vorsorgeuntersuchung unterstellt — wie fast alle früheren Maßnahmen der Gesundheits- und Gesundheitsschutzpolitik — bei den Konsumenten verzerrte Präferenzen. Will man aus wohlfahrtsökonomischer Sicht den individualistischen Ansatz auch im Bereich der öffentlichen Güter retten, mag man (z. B.) zu der Hypothese Zuflucht nehmen, daß man für den Zwang „vielleicht mit einer ex-post-Billigung durch die Betroffenen rechnen kann" (Andel[18]): Die breite Diskussion um die meritorischen Güter klärt vielleicht vieles, löst aber keine Probleme. Man hört es nicht gern: Aber das Problem der Orientierung der Produktion von Gesundheitsgütern an den unabhängigen tatsächlichen Präferenzen steht im Gesundheitsbereich trotz aller entgegenstehenden Beteuerungen ernsthaft nicht zur Diskussion.

Ein anderes Problem ist die Frage, *ob und inwieweit die SV in der GKV von der Mitgliedschaft getragen wird.* Die Sozialenquête sprach in weitgehender Übereinstimmung mit zahlreichen einschlägigen Veröffentlichungen von einem „geringen ‚Tiefgang' der Selbstverwaltung" der GKV.[19] Die Selbstverwaltungsstudie des WSI der Gewerkschaften spricht (1977) von einer „allgemein geringschätzigen Bewertung" der Selbstverwaltung.[20] Eine infas-Untersuchung belegt den geringen Bekanntheitsgrad der SV unter den Mitgliedern. W. Bogs wies in der Sozialenquête darauf hin, daß der Selbstverwaltung zwar gesellschaftspolitisch große Bedeutung zugemessen werde. Es dürfe aber nicht übersehen werden, „daß die Darbringung der meisten Sozialleistungen — also die Hauptaufgabe der Sozialleistungsträger — durch deren innere Struktur nur wenig beeinflußt wird". Es fehle daher eine lebendige Mitwirkung der Mitglieder. In der Literatur wird vor allem auf die Institution der sog. „Friedenswahl" und ihre weite Verbreitung als Symptom hingewiesen (§ 46 Abs. 3 SGB IV). Einigen sich die Verbände der Arbeitgeberseite oder der Versichertenseite auf eine Liste, unterbleibt die Wahl. In der Vergangenheit war diese Friedenswahl eher die Regel als die Ausnahme. Die SV war also weniger eine SV der Mitglieder als vielmehr eine *SV der Verbände.*

Was die *Mobilisierbarkeit der Mitgliederinteressen* in der GKV anbetrifft, so ergeben sich sicherlich aus der beschränkten Handlungskom-

---

17 *Theo Thiemeyer:* Art. Gesundheitswesen I: Gesundheitspolitik, in: HdWW, Bd. 3, Stuttgart/Tübingen/Göttingen 1981, S. 576 - 591, hier S. 577.

18 *Norbert Andel:* Zur Diskussion über Musgraves Begriff der ‚merit wants' in: Finanzarchiv, N. F. Bd. 28, 1969, S. 209 ff., hier S. 211.

19 Sozialenquête TZ 276 / TZ 277.

20 WSI-Studie, S. 12.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-45648-2 | Generated on 2025-08-11 20:14:35
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

petenz Grenzen. Darüber hinaus mag die Selbstkritik von Gewerkschaftsseite zutreffen, die auf das relativ geringe Engagement der Gewerkschaften (als Versicherungsvertreter) in SV-Fragen hinweist, wobei die Vernachlässigung von Rekrutierung, Fortbildung und Information der Selbstverwaltung ins Gewicht fällt, was sich, wie noch zu zeigen sein wird, nicht zuletzt auf die Position der Kassen bei Preisverhandlungen, zumal bei Honorarverhandlungen, ausgewirkt haben könnte. Darüber hinaus fragt sich aber, ob das — oft verdrängte — Interesse an einem einzigen Gut aus einer Fülle von Gütern, die die Haushalte nachfragen, nämlich das Gut „Versicherung gegen Krankheit", allgemeines Engagement auszulösen vermag, das sich in hoher Wahlbeteiligung und Bereitschaft zu Kritik oder auch ehrenamtlicher Mitwirkung niederschlägt. Die Bedeutung dieser Frage wird erst klar durch den vergleichenden Hinweis auf ein anderes SV-System im Gesundheitsbereich: *Die ständische SV der niedergelassenen Ärzte* in Ärztekammern oder Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen. Hier stehen zentrale Existenzfragen der Mitglieder zur Disposition: Einkommenspolitik und Statuspolitik, Politik der ständischen Marktregulierung, aber auch die organisatorische Absicherung eines berufs-ethischen Selbstverständnisses (ständische Verhaltensregeln, kommissionelle Qualitätskontrolle, Regreß). Die in der Ärzteschaft übliche harsche und zynische Kritik an ihren Funktionären macht leicht die Tatsache vergessen, daß gerade diese Kritik die Verhandlungsmacht der Funktionäre stärkt: Funktionäre als Verhandlungsführer unterliegen einerseits einer harten Mitgliederkontrolle. Der Zwang zur Rechtfertigung von Verhandlungsergebnissen schränkt den Verhandlungsspielraum ein. Andererseits läßt sich die in ihren zentralen Berufsinteressen betroffene Mitgliedschaft schnell zu publikumswirksamen Protestaktionen mobilisieren. Dagegen findet bei der SV der GKV eine Mitgliederkontrolle nicht statt, könnte ohnehin nur in den für Massenorganisationen möglichen, eingeschränkten Formen stattfinden. Auch die Mitgliederkritik substituierende Kritik und Kontrolle der Verbände fand — bis die Kosten- und Beitragsentwicklung vor wenigen Jahren in den Mittelpunkt der politischen Diskussion rückten — nicht statt. Inwieweit die Artikulationsfähigkeit und Durchsetzbarkeit der Mitgliederinteressen durch die *paritätische Besetzung der SV-Organe* tangiert wird — die Diskussion um die Vertretung der Arbeitgeberseite wird weiter unten noch skizziert werden — ist nicht eindeutig zu beantworten: Die Tatsache, daß — zumindest zeitweise in den 60er und 70er Jahren — die an den Kostenwirkungen in den Unternehmen interessierte Arbeitgeberseite in der SV Zugeständnissen auf der Ausgabenseite der Kassen — vor allem bei den Honorarverhandlungen mit den KVen — stärkeren Widerstand entgegensetzte als die Versichertenvertreter und

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-45648-2 | Generated on 2025-08-11 20:14:35
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

damit die Versicherteninteressen aus gesamtgesellschaftlicher Sicht wahrnahm, läßt sich mit Sicherheit nicht verallgemeinern. Es kann nur — im Anschluß an die neuere politikwissenschaftliche Forschung — davor gewarnt werden, aus der rechtlich-formalen Organisation der Interessenrepräsentierung auf Umfang und Intensität der faktischen Interessenwahrung zu schließen. In Hinsicht auf das volkswirtschaftlich so sehr interessierende Ziel der Artikulation der „unverfälschten" Konsumenteninteressen ist ferner die — nicht voreilig zu kritisierende! — Tatsache zu beachten, daß die „Vordenker" der Verbände in GKV-Fragen aufgrund ihrer i. d. R. souveränen Sachkenntnis die innerverband-Meinungsbildung prägen und gleichzeitig als autorisierte Sprecher der Verbände, als Berater in politischen (u. a. gesetzgeberischen) Willensbildungsprozessen und als Verhandlungsführer (in Honorar-, Pflegesatzverhandlungen, vor allem Konzertierte Aktion) hervortreten. Die Einbindung in die innerverbandliche Meinungs- und Willensbildung ist — u. a. infolge der erwähnten unterschiedlichen Intensität der Mitgliederkontrolle — sehr verschieden.

In Wissenschaft und sozialpolitischer Praxis wird die Auffassung vertreten, daß die „reine" Versichertendemokratie entweder ohnehin eine illusionistische Forderung und allenfalls als gesellschaftsgestalterische Orientierungshilfe und Leitidee akzeptabel sei, daß aber die *SV der Verbände* unausweichlich oder gar wünschenswert, weil letztlich effektiver sei. In der rechtswissenschaftlichen Diskussion werden bei der Beurteilung der Rolle von Verbänden in Willensbildungsprozessen in der Organisation der SV unterschiedliche staatstheoretische Konzeptionen deutlich. So äußert H. Bogs gegenüber der unmittelbaren Versichertendemokratie starke Vorbehalte und hält allein eine verbandsgesteuerte Selbstverwaltung der Sozialversicherung für zweckdienlich. Die sog. *„SV" der Bundesanstalt für Arbeit* folgt einer solchen Konzeption, in der übrigen SV und zumal der SV der GKV hat sie sich faktisch ergeben. Die Tatsache, daß die Bezeichnung der Organisationsform der Bundesanstalt für Arbeit durch den Gesetzgeber als „SV" in der rechtswissenschaftlichen Diskussion wegen des fehlenden Rekurses auf die Einzelmitglieder höchst umstritten ist, sollte allerdings auch dem Sozialwissenschaftler zu denken geben: Für den (wirtschafts)politisch und sozialpolitisch Interessierten und den Organisationssoziologen stehen zwar vor allem der faktische Willensbildungsprozeß und die Entscheidungsinhalte im Vordergrund: Aber die zunächst nur formal-rechtliche Möglichkeit der Wahl durch die Versicherten ist auch die soziale Tatsache: Sie öffnet die Tür wenn nicht zur (formal-rechtlich gemeinten idealen) Versichertendemokratie, aber doch zu anderen (nicht unbedingt absehbaren) Möglichkeiten, wie u. a. die Sozialwahlen 1974 zeigten.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-45648-2 | Generated on 2025-08-11 20:14:35
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Die WSI-Studie zur Selbstverwaltung kommt nach einer eingehenden Erörterung des Problems zu der Auffassung, „daß unter den gegebenen Verhältnissen das Modell einer unmittelbaren Sozialversicherungsdemokratie undurchsichtigen politischen Kräften die Ausübung unkontrollierter Herrschaft ermöglicht". SV-Modelle, die „einer unmittelbaren Versichertendemokratie zu entsprechen scheinen", zeigten „in der Realität eher einen ‚oligarchischen Mißbrauch' der Selbstverwaltungsidee an".[21] Eine wirksame Kontrolle durch die ‚Basis', heißt es in der WSI-Studie weiter, „findet weder unmittelbar noch mittelbar statt, da eine unmittelbar kontrollierende ‚Basis' nicht existiert". Habe man jedoch zwischen den beiden Formen „Urwahl" und „Berufung" nach Art der Arbeitsverwaltung zu wählen, müsse man sich trotz aller Vorbehalte für die „Urwahl" als das von zwei Übeln geringere entscheiden. Der Vorteil des Berufungssystems liege zwar darin, daß es in höherem Maße möglich wäre, „sachverständige Versicherte in die Gremien zu entsenden", aber die Gefahr, daß sich eine „basisentrückte Expertokratie" entwickele, sei nicht zu vermeiden. Überdies müsse die schwächere formale Legitimierung des Berufungssystems beachtet werden: Fehlentwicklungen der Urwahl könnte durch eine Änderung der Wahlordnung (Kriterien für zuzulassende Verbände, Minderheitenschutz) entgegengetreten werden.

Schon diese knappen Hinweise auf die breite Diskussion um das Problem der „SV der Verbände" könnte die Empfehlung begründen, trotz nüchterner Feststellung der (längst bekannten) organisations-soziologischen und politischen Einschränkungen des Urwahlsystems an dem *Prinzip der Versichertendemokratie als gesellschaftsgestalterischer organisatorischer Leitidee,* die pädagogischen, werbenden und verwaltungs-technischen (Wahlordnungen) Bemühungen die Richtung gibt, festzuhalten. Auch die gegebene SV ist im Bereich der GKV trotz aller Begrenzungen und Einschränkungen bestimmten Delegations- und Entlastungsfunktionen gerecht geworden. Die Mobilisierung von hoch qualifizierter und spezialisierter Sachkenntnis auf allen Ebenen im nichtstaatlichen Bereich ist vor allem den zahlreichen Verbänden zu verdanken.

Mit Recht haben G. Kirsch und im Anschluß daran D. Lepelmeier[22] darauf hingewiesen, daß die *Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen* im Entscheidenden von Organen der (verbandlichen) SV getragen wird.

---

[21] WSI-Studie, S. 205, vor allem auch S. 126 ff.

[22] *Dirk Lepelmeier:* S. 8. Zu dieser Entwicklung vor allem auch *Helmut Winterstein:* Der Bayernvertrag. Ein Element der Selbstverwaltung im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung, in: *Helmut Winterstein* (Hrsg.): Selbstverwaltung als ordnungspolitisches Problem des Sozialstaates, Bd. I Sch. d. V. f. S. P., N. F., Bd. 133/I, Berlin 1983, S. 9 ff., hier S. 22 ff.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-45648-2 | Generated on 2025-08-11 20:14:35
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Auch die — verbittert selbstkritische — These der WSI-Studie (1977), die Vertreterversammlungen der SV seien zu einem Akklamationsorgan für die Verwaltungen entartet, stimmt in dieser verallgemeinernden Form für die Gegenwart nicht mehr ganz: Seit die Sozialversicherung und vor allem GKV und GRV in das Zentrum des politischen Interesses gerückt sind, sind die Selbstverwalter aktiv geworden, die Rekrutierung der Versichertenvertreter in die Vertreterversammlungen der (1983) 1 260 Krankenkassen beginnt mehr als eine Frage müder Verwaltungsroutine zu sein.

Zwar gehören weitgespannte, den Krankenversicherungsbereich überschreitende sozialreformerische Konzeptionen, die — zumal in der Zeit um die Jahrhundertwende — an die Idee der Selbstverwaltung in der Gesetzlichen Krankenversicherung angeknüpft haben, längst der Vergangenheit an.[23] Immerhin schließt aber auch der unnachsichtigste Kritiker der Selbstverwaltung aus staatsrechtlicher Sicht, Wilhelm Wertenbruch, die Möglichkeit zu einer positiven Entwicklung nicht ganz aus.[24] Zumal Christian von Ferber sah noch vor wenigen Jahren in der Sozialen Selbstverwaltung eine Institution, der die Aufgabe zufalle, „die Adressaten der Sozialpolitik zu mobilisieren, ihre Bedürfnisse zu ermitteln und diese der Normierung des Bedarfs durch die Sozialleistungsträger gegenüberzustellen, die Interessen der Adressaten der Sozialpolitik (nicht allein der Beitragszahler!) gegenüber den professionellen Interessen der Erbringer von Leistungen (einschließlich der Bürokratien der Sozialleistungsträger) zu vertreten usf.".[25] Es geht um den Abbau des Legitimationsdefizits der Sozialpolitik „hinsichtlich der partizipatorischen Einbeziehung der Betroffenen". Im Zusammenhang der vorliegenden Untersuchung geht es vor allem um die volkswirtschaftliche Perspektive der von v. Ferber beschriebenen Funktionen von

---

[23] Vgl. dazu *Florian Tennstedt:* Art. Sozialgeschichte der Krankenversicherung, in: Maria Blohmke u. a. (Hrsg.), Handbuch der Sozialmedizin, Bd. 3 (Sozialmedizin in der Praxis), Stuttgart 1976, S. 385 - 492, bes. S. 389 ff.; *ders:* Sozialgeschichte der Sozialpolitik in Deutschland, Göttingen 1981, S. 171 ff.

[24] *Wilhelm Wertenbruch:* Gibt es noch Selbstverwaltung im Sozialrecht?, in: Die Sozialgerichtsbarkeit, 22. Jg., 1975, S. 261 - 269, hier S. 268; *ders.:* Sozialversicherung?, in: Wolfgang Gitter / Werner Thieme / Hans F. Zacher (Hrsg.), Im Dienst des Sozialrechts, Festschrift für Georg Wannagat zum 65. Geburtstag, Köln usw. 1981, S. 687 - 713, hier S. 713.

[25] *Christian v. Ferber:* Wird der sozialpolitische Handlungsspielraum der Sozialen Selbstverwaltung ausgeschöpft?, in: Ulrich Borsdorf u. a. (Hrsg.), Gewerkschaftliche Politik: Reform aus Solidarität. Zum 60. Geburtstag von Heinz O. Vetter, Köln 1977, S. 373 - 393, hier S. 382, vgl. auch S. 387; *ders.:* Selbstverwaltung und Soziale Sicherung, in: Gewerkschaftliche Monatshefte, 26. Jg. 1975, S. 150 - 159. Eine distanziertere Bewertung der Selbstverwaltung der verschiedenen Sozialversicherungszweige und eine Hinwendung zu organisationsübergreifenden Lösungen scheint sich anzudeuten; in: *ders.:* Das sozialtherapeutische Instrumentarium der Gesundheitshilfe, in: Die Ortskrankenkasse, 1978, S. 237 - 243, bes. S. 242.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-45648-2 | Generated on 2025-08-11 20:14:35
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Selbstverwaltung: Die Artikulation des Bedarfs (Selbstorganisationsleistung der Selbstverwaltung) und die Abstimmung mit (und Durchsetzung gegenüber) der Produktion (Verhandlungsleistung).

Die Leistungsfähigkeit der Selbstverwaltung wird — so v. Ferber — auch nicht dadurch grundsätzlich in Frage gestellt, daß Selbstverwaltungsbereiche durch interne Konflikte geprägt sein können: „Der sozialpolitische Einfluß der Selbstverwaltung beruht geradezu darauf, daß sie für konfligierende Gruppen und Prinzipien geöffnet ist und Regeln der Konfliktaustragung bereithält". Neuere Beiträge sehen vor allem in der Selbstverwaltung[26] die — bei sinnvoller Reaktivierung — ideale Institution zur Mobilisierung des Eigeninteresses am Gesundheitsverhalten und zur Verbesserung von Früherkennung, Vorsorge und des präventiven Gesundheitsschutzes. Dabei werden auch von solchen Autoren, die hinsichtlich der Weiterentwicklung der Selbstverwaltung optimistisch sind, deren schwerwiegende Mängel (Strukturmängel, aber vor allem auch Verhaltensmängel der Akteure) nicht übersehen. Zumal eine neuere, in Kooperation mit dem DGB geförderte empirische Studie legt gerade diese Verhaltensmängel, aber auch organisatorische Leistungsgrenzen (u. a. im Zeitbudget) der Akteure auf Versicherten- bzw. Gewerkschaftsseite offen.[27] Die neue Konzeption eines mehrstufigen Selbstverwaltungsmodells von Nowack/Schaper versucht die Spannung zwischen (heute schon effizienter) Ebene der „Selbstverwaltung der Verbände" und der (verkümmerten) basalen Selbstverwaltung in einem System sinnvoller Arbeitsteilung bei gleichzeitiger Koordination beider Ebenen zu überwinden.[28]

---

[26] *Alfred Schmidt:* Einigkeit macht stark! Gedanken zum Ortskrankenkassentag '83 aus der Sicht des DGB, in: Soziale Sicherheit, 1983, Heft 11, S. 333 - 340, vor allem S. 338 f.; *ders.:* Vorstellungen des DGB für die Arbeit der Selbstverwaltung der sozialen Krankenversicherung 1980 bis 1986, in: Die Krankenversicherung, 1980, S. 234 - 248. Vgl. auch den Bericht über ein Forschungsprojekt über die Voraussetzungen einer präventiv orientierten Gesundheitspolitik der Betriebskrankenkassen in den Mitteilungen des Wissenschaftszentrums Berlin (WZB), November 1983, S. 16 ff.; *Erich Standfest:* Zur Anwendung von Forschungsergebnissen in der Selbstverwaltung der Sozialversicherung, in: Soziale Sicherheit, 1983, Heft 5, S. 152 ff.

[27] *Bernhard Braun / Hartmut Reiners / Ulrike Teske:* Selbstverwaltung in der Krankenversicherung. Bedingungen und Chancen gewerkschaftlicher Gesundheitspolitik als sozialpolitische Mitbestimmung, in: Soziale Sicherheit, 1983, Heft 10, S. 316 - 324.

[28] *Meinolf Nowack / Klaus Schaper:* Reform der Selbstverwaltung in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), in: WSI-Mitteilungen, 1981, S. 307 - 316.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-45648-2 | Generated on 2025-08-11 20:14:35
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

3. Zur Begrenzung der Kompetenz der SV in der GKV durch den Staat

Im Gegensatz zur Rentenversicherung und zum AFG-Bereich ist in der GKV und der Unfallversicherung die für die Autonomie der SV nach traditioneller Auffassung wichtige Kompetenz der Beitragsfestsetzung bei den Vertreterversammlungen geblieben. Kritiker weisen jedoch darauf hin, daß durch die von Gesetzgebung und Rechtssprechung bewirkte *Expansion der gesetzlichen Regelleistungen* der Spielraum für satzungsgemäße Mehrleistungen mehr und mehr eingeengt worden sei. Es wird sogar die Auffassung vertreten, daß durch die Trennung von Kompetenz zur Ausweitung des Leistungskatalogs der Regelleistungen, die beim Bundesgesetzgeber liegt, und der Finanzverantwortung, die bei den Kassen liegt, die Kostenexpansion gefördert (oder zumindest erleichtert) worden sei. Die *Abwälzung der Finanzverantwortung* wurde aus dieser Sicht vor allem durch die dezentrale Organisation der Kassen gefördert. Änderungen des RV-Beitrags und des AFG-Beitrags waren immer ein Politikum, das bundesweite Beachtung fand. Beitragserhöhungen der GKV-Kassen fanden allenfalls regionale Beachtung. Die in der RVO vorgesehenen formalen Barrieren für Beitragserhöhungen (§ 386: 6 %; § 388: 7 1/2 %; § 389: 8 %) haben sich in der neueren Entwicklung als irrelevant erwiesen, stehen aber heute noch als Fossil in der RVO.

Die Anwendung der politisch höchst brisanten Bestimmung des § 389 RVO, wonach bei den Ortskrankenkassen das Überschreiten der Beitragsgrenze von 8 v. H. nur bei übereinstimmendem Beschluß der Arbeitgeber und Versicherten in der Vertreterversammlung möglich war, daß bei Nichteinigung der Partner u. U.[28a] die Gemeinden die erforderliche Beihilfe aus eigenen Mitteln beisteuern mußten *(Gewährsträgerhaftung),* ist nach Klage einer AOK und Zahlungsverweigerung des Gemeindeverbandes durch Urteil des BSG vom 24. 5. 1972 verhindert worden. Die entsprechende Bestimmung ist durch das KVKG — von der Öffentlichkeit trotz einer Anfrage im Bundestag wenig beachtet — 1977 beseitigt worden. Die Rechtssprechung stützt sich u. a. auf das plausible Argument, daß man die Träger nicht für die Expansion der Regelleistungen haften lassen könne, für die der Bundesgesetzgeber zuständig sei.

„Diese Defizite", heißt es in der Urteilsbegründung u. a., „beruhen letzten Endes auf Gesetzgebungsmaßnahmen des Bundes, der den Krankenkassen Aufgaben übertragen hat, ohne dabei immer für eine ausreichende Deckung durch Beiträge zu sorgen. Deshalb ist es, wenn die

[28a] Wenn auch durch die Fusion von Kassen das Überschreiten der 8 %-Grenze nicht verhindert werden kann.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-45648-2 | Generated on 2025-08-11 20:14:35
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

entstandenen Finanzierungslücken nicht anders zu schließen sind, nur folgerichtig, daß der Bund und nicht der insofern ‚unbeteiligte' Gemeindeverband für die Defizite aufkommt."[29]

§ 390 RVO sieht die Gewährsträgerhaftung der Arbeitgeber und Innungen bei den Betriebs- bzw. Innungskrankenkassen für den Fall des Überschreitens der 8%-Grenze bei Nichteinigung noch vor. Zwar weist das BSG in seinem Urteil darauf hin, daß die Rechtslage bei den IKKn und BKKn eine andere sei. Die Anwendung der Bestimmung ist aber wahrscheinlich ebensowenig durchsetzbar wie bei den Ortskrankenkassen.

Die Delegation der Finanzverantwortung degeneriert zu einem *Abschieben der Finanzverantwortung aus den Hauptfisci in die Nebenfisci,* genügt also in geradezu idealer Weise dem von Parteien jeder Couleur gepflegten — wenn auch anrüchigen — Prinzip der (hier allerdings politisch-öffentlichen, nicht der individuell-psychischen) Unmerklichkeit der Zwangsabgaben-Belastung.

Diese Abwälzung der Finanzverantwortung ist eben gerade darum gelungen, weil der Selbstverwaltung — was eigentlich dem SV-Ideal in höchstem Maße zu entsprechen scheint — nicht nur eigene Finanzquellen, sondern auch das Recht der autonomen Bestimmung des Zwangsabgabensatzes zugewiesen sind.

Diese *Aushöhlung der Selbstverwaltung,* die Einschränkung des wichtigen Gestaltungsspielraums (und Wettbewerbselements!) der „Mehrleistungen" machte die SV der GKV nach Ansicht der Kritiker zu bloßen hoheitlichen Verwaltungsorganen. Die Entwicklung der SV in der GKV wurde als „Entartung" oder — in weniger wertgeladener Terminologie — als *„Transformation"* bezeichnet.

Aus wirtschaftsmorphologischer Sicht fragt sich, ob eine solche Transformation historisch-zufällig ist oder sozial-gesetzlichen Charakter hat. Aus staatsphilosophisch geprägter rechtswissenschaftlicher Sicht glaubt W. Wertenbruch eine kaum zu steuernde — morphologie-theoretisch könnte man sagen: system-immanente oder system-bedingte — *Tendenz des Staates zur Ausschaltung verwaltungstechnisch lästiger Autonomie-Spielräume der SV* erkennen zu können. Die satzungsgemäßen Mehrleistungen hätten „lange Zeit für die Weiterentwicklung des Sozialversicherungsrechts entscheidende Impulse geliefert".[30] Über die Verbesserung der Leistungen der GKV entscheide heute nicht mehr die SV der GKV, sondern (fast) allein der staatliche Gesetzgeber durch den Ausbau der Regelleistungen. Trotz des Beitragsfestsetzungsrechts der GKV

[29] Text des BSG-Urteils, in: Die Betriebskrankenkasse 1973, S. 50.
[30] *Wilhelm Wertenbruch:* Zur Existenz ..., S. 529.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-45648-2 | Generated on 2025-08-11 20:14:35
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

bewirkten „die bereits oktroyierten Leistungspflichten und eine weitere Belastung der Träger mit ‚sachfremden Aufgaben' " — Wertenbruch verweist zwecks Bestimmung dieser ‚sachfremden Aufgaben' auf eine Stellungnahme des Bundesverbandes der Ortskrankenkassen — „rechtliche und tatsächliche Sachzwänge, die jede Entscheidungs-Alternative ausschließen". Auch aus der Perspektive des Bürgers erscheine alles, was im Sozialrecht geschehe, undifferenziert als „Staat". In Hinsicht auf die Existenz der SV in der Gegenwart könne man nur, schließt Wertenbruch, zu der harten Feststellung gelangen: „Die noch auf uns überkommene Selbstverwaltung ist tot".[31]

Hinsichtlich der Kritik an der *Verdrängung der kassen-individuellen Mehrleistungen* durch die Ausweitung des Leistungskatalogs durch den Bundesgesetzgeber gibt es allerdings gewichtige Gegenargumente. So wurde im „Bericht der Bundesregierung zu Fragen der SV in der Sozialversicherung" 1975 die Auffassung vertreten, daß die Entwicklung des Sozialleistungsrechts nicht der zufälligen Entwicklung der Mehrleistungen bei den Kassen überlassen bleiben könne. *Im Interesse einer einheitlichen Leistungsgewährung* sei eine durchgehende Normierung durch den Gesetzgeber unerläßlich. Es sei der SV nicht förderlich, „diese als historischen Prozeß (!?) erkennbare Entwicklung" zu verkennen, die sich „aus dem Interesse der Gesamtheit der Bürger am besten und gleichmäßigen Schutz sowie an einer übersichtlichen (!) und kostengünstigen Verwaltung in allen Bereichen ergeben".[32] Der (sich evtl. ausweitende) Gestaltungsspielraum wird vor allem in der Gestaltung der Sachleistungen, der Dienstleistungen, in der Erprobung von Modellversuchen, im Bereich Vertragsgestaltung im Gesundheitsbereich und in der bedarfsgerechten Steuerung der Gesundheitsleistungen, zumal im Bereich der Prävention und Rehabilitation gesehen. Ferner wird auf die Beratungstätigkeit der Spitzenorganisation der SV bei der Gesetzesvorbereitung hingewiesen. Alles das ist richtig und hier dürften — entgegen Wertenbruch, wenngleich seine pessimistische Sicht der SV als bloßes staatliches Vollzugsorgan als Warnung nie irrelevant sein wird — sinnvolle Entwicklungschancen der SV liegen. Aber gegen den Einwand, daß die Trennung der Verantwortung für die Entwicklung des Leistungskatalogs von der Finanz(ierungs)verantwortung als ein Abschieben dieser Finanzverantwortung oder gar als „Mißbrauch der SV durch den Staat" erscheinen könne, sagt diese Argumentation nichts. Allerdings führt diese Kritik an dem Abschieben der Finanzverantwortung auf die Parafisci der GKV zu der Frage, ob überhaupt — und wenn ja:

---

[31] *Wilhelm Wertenbruch:* Zur Existenz . . . , S. 528.

[32] Bundestagsdrucksache 7/4244 vom 3. 11. 1975. Bericht der Bundesregierung zu Fragen der Selbstverwaltung in der Sozialversicherung, S. 5.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-45648-2 | Generated on 2025-08-11 20:14:35
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

in welcher Form — der Bundesgesetzgeber diese Finanzierungsverantwortung hätte an sich ziehen können oder sollen.

Eine Finanzierung des Systems der Gesundheitssicherung aus allgemeinen Haushaltsmitteln steht politisch nicht zur Diskussion. Eine Teilfinanzierung i. S. der Leistungspflicht gem. Urteil des BSG 1972 zur Gewährsträgerhaftung der Gemeindeverbände bei Überschreiten des Beitragssatzes von 8 v. H. hätte zwar den Druck auf die Kassen zu sparsamer Wirtschaftsführung fast völlig beseitigt, hätte aber den Bundesgesetzgeber in vollem Umfang dem Druck der Finanzverantwortung ausgesetzt. Da der Bundeszuschuß nicht nur eine vorübergehende Liquiditätshilfe, sondern eine Dauerbezuschussung gewesen wäre, hätte sich ein völlig neues System der Mischfinanzierung des GKV-Systems durchgesetzt, bei dem teils über zweckgebundene Zwangsabgaben (Beiträge), teils über öffentliche Haushaltsmittel finanziert worden wäre. Die aus der Sicht vieler ausländischer Systeme der Finanzierung des Gesundheitsbereichs beneidete *finanzwirtschaftliche Eigenwirtschaftlichkeit des deutschen GKV-Systems,* d. h. die Tatsache, daß die Ausgaben durch (eigene) Einnahmen gedeckt werden (Ausnahmen: Bundesknappschaft und AOK Berlin), wäre aufgegeben worden. Der Bundesgesetzgeber ist dieser Form der Mischfinanzierung — wie dargestellt — durch Änderung des § 389 Abs. 2 RVO ausgewichen. Schließlich hätte der Bundesgesetzgeber das Beitragsfestsetzungsrecht wie in der RV und im AFG-Bereich an sich ziehen können, was nicht ohne tiefe Eingriffe in das GKV-Recht und das Kassensystem — wahrscheinlich auch nicht ohne *Vereinheitlichung des Beitragssatzes,* jedenfalls nicht ohne weitgehende Einebnung des Beitragsspektrums — möglich gewesen wäre. Wie immer dem sei: Die Klage über den Abbau der SV wäre noch lauter geworden. Damit ist das gegenwärtig intensiv diskutierte Problem der Beitragssatzdifferenzen, das sich aus dem gegliederten Kassensystem und der Beitragsautonomie der SV der Kassen ergibt, angesprochen, zu dem weiter unten noch einige Bemerkungen beigesteuert werden sollen.

4. Zur parafiskalischen Struktur der GKV

Im Prinzip bedeutet die Bildung der sozialen Parafisci eine Verletzung des haushaltswirtschaftlichen *Non-Affektationsprinzips* und des *Prinzips der Haushaltseinheit.*[33] Das, was in der gegenwärtigen (1983) politischen Debatte polemisch als „Verschiebebahnhof" bezeichnet wird (Manipulation der Finanzströme zwischen den Parafisci der Sozialversicherung und kompensatorische Beitragsänderungen in den Bereichen,

[33] *Heinz Haller:* Art: Finanzpolitik, in: HdSw, Bd. 3, Stuttgart/Tübingen/Göttingen 1961, S. 624 ff., hier S. 628; vgl. auch *Theo Thiemeyer:* Soziale ‚Selbstverwaltung', S. 541 f.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-45648-2 | Generated on 2025-08-11 20:14:35
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

in denen der Bund das Beitragsfestsetzungsrecht hat), ist eine Konsequenz der Verletzung dieser Haushaltsprinzipien. Der Vorgang des Verschiebens von Aufgaben (Lasten), Ausgaben und Einnahmen macht abermals deutlich, daß die Finanzautonomie der SV politisch schwach ist. Der Gesetzgeber behandelt die Parafisci faktisch mit dem Bundesfiscus als Einheit. (Auch formal haushaltsrechtlich und -technisch handelt es sich um eine Einheit: Das Haushaltsrecht der Parafisci — jetzt §§ 67 ff., 80 ff. SGB IV — ist so weit wie sinnvoll dem Haushaltsrecht der Hauptfisci angeglichen.) Aber auch in ihrer Schwäche könnte die parafiskalische Organisation noch sinnvoll sein: Die Intervention ist formal erschwert und alarmiert i. d. R. die Öffentlichkeit. Ein gewisser, wenn auch begrenzter Schutz des Bereichs der sozialen Leistungen vor oft sehr kurzfristigen (auch kurzschlüssigen) haushaltspolitischen Erwägungen ist immer noch gegeben. Es zeigt sich allerdings, daß die Höhe der formalen *Barriere der parafiskalischen Ausgrenzung* von politischen Stimmungen abhängig ist und daß die Höhe der Barriere, je öfter sie übersprungen wird, durch Gewöhnung politisch abschleift.

Wenngleich die Parafisci unbestreitbar Teil der öffentlichen Finanzwirtschaft bleiben und der Gesetzgeber zunehmend die Tendenz zeigt, sie faktisch als Einheit zu behandeln, so ergibt sich doch aus der formalen Verletzung des Non-Affektationsprinzips weniger für die RV und die BA, aber vor allem für die GKV ein *positives Gestaltungs- und Handlungsprinzip:* Die strenge Zweckbindung der Mittel erfordert, daß zwischen der Art der Lastenverteilung (der Verteilung der Aufbringungspflicht) und den Leistungen ein sinnvoller, d. h. politisch verantwortbarer Zusammenhang besteht. Dieser *Grundsatz der Parafiskalität* gilt für die GKV besonders streng, da sie eigenwirtschaftlich ist: Es gibt keinen (Bundes-)zuschuß, der die Belastung mit Fremdaufgaben und Fremdlasten — ex post — rechtfertigen würde. Es muß ein *eindeutiger Zusammenhang zwischen Mittelaufbringung und ihrer Verwendung* bestehen. Die Prinzipien der Verteilung der Beitragslast einerseits als auch die Prinzipien der Zuteilung der Leistungen bedürfen der verteilungspolitischen Begründung. Selbstverständlich unterliegen die Anschauungen über verteilungspolitische Angemessenheit und die Sinnhaftigkeit des Mitteleinsatzes dem historischen Wandel. So könnte man z. B. aus dem Wandel der Stellung der Frau in Gesellschaft, Familie und Beruf Konsequenzen hinsichtlich der Technik der Verteilung der Beitragslast in der GKV ziehen wollen, und auf der Leistungsseite können sich Änderungen der Auffassungen hinsichtlich der Sinnhaftigkeit von Leistungen ergeben infolge der Wandlungen des Krankheitsspektrums und infolge des medizinisch-technischen Fortschritts (der *Behandlungsfähigkeit*) und hinsichtlich des Wandels der herrschenden Auffassung über die *Behandlungsbedürftigkeit.* Wie immer dem sei: Es

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-45648-2 | Generated on 2025-08-11 20:14:35
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

bedarf der immer erneuten verteilungspolitischen Begründung, warum bestimmte einzelne oder soziale Gruppen zur Finanzierung bestimmter Leistungen herangezogen werden und warum ein bestimmter Finanzierungsmechanismus mit seiner je systemspezifischen Belastungsstruktur gewählt wird und nicht ein anderer. Damit kann auf die finanzwirtschaftliche Literatur zur Frage der Besteuerung und die entsprechenden Kontroversen verwiesen werden.

Die parafiskalische Struktur bedeutet für die GKV die Gliederung in rd. 1 300 Einzelhaushalte. Die Probleme des Solidarausgleichs der sozialen KV, seine Effektivität, sein faktisches Volumen usw. müssen hier nicht behandelt werden. Der Solidarausgleich wird bewirkt durch das Abweichen der Beiträge von den entsprechenden risikoäquivalenten Prämien. Der *Solidarausgleich* der GKV überlagert und korrigiert den versicherungstechnischen Risikoausgleich aufgrund des Gesetzes der großen Zahl. Ein derartiges System der Verteilung der Zwangsabgaben wäre auch ohne SV durchführbar. Indes gibt das Wort „Solidar"-Ausgleich Anlaß zu einer Anmerkung.

Es erweist sich als zweckmäßig (und es reicht für die Zwecke der vorliegenden Untersuchung völlig aus), wenn *„Solidarausgleich" als GKV-spezifische Technik der Verteilung der Zwangsabgaben* verstanden wird. Ob — worauf der Wortteil „Solidar" hinweist — irgendeine Form von Solidarität (etwa im Tönnies'schen Sinne von „Gemeinschaft") zwischen den Mitgliedern einer GKV-Kasse oder bei Gruppen von GKV-Kassen oder gar des gesamten GKV-Systems gegeben ist (oder gegeben sein sollte), kann hier dahingestellt bleiben. Es sei allerdings daran erinnert, daß der Gedanke der „Solidarität" unter den Mitgliedern beispielsweise bei Wertenbruch, aber auch bei der gewerkschaftlichen Argumentation nahestehenden Autoren für die SV der GKV konstitutive Bedeutung hat.

Die Frage, ob der GKV-spezifische Solidarausgleich (innerhalb der Versicherungspflicht- und Beitragsbemessungsgrenze von den Mitgliedern mit höherem Arbeitsentgelt zu denen mit geringerem Arbeitsentgelt, von den Jüngeren zu den Älteren, von den Versicherten ohne mitversicherte Angehörige zu denen mit Mitversicherten, von den Männern zu den Frauen, von den langjährigen Mitgliedern zu den Neumitgliedern mit Vorerkrankungen) interpersonell oder teilweise intertemporär wirkt (Schreiber-Theorem)[34], und Fragen der Angemessenheit der Bemessungsgrundlage (u. a. Problem der Einbeziehung von Einkommen, die nicht aus einem Arbeitseinkommen stammen, Versicherungsgrenzen), müssen hier nicht erörtert werden.[35]

---

[34] Vgl. dazu Sozialenquête TZ 583 ff.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-45648-2 | Generated on 2025-08-11 20:14:35
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Wichtig indes ist: *Der Solidarausgleich endet an der Kassengrenze.* Die SV des gegliederten GKV-Systems hat bisher streng darauf geachtet, es war sogar einer der Hauptinhalte der SV-Politik der GKV, möglichst jede Form des GKV-Finanzausgleichs über die Kassen-Grenzen und vor allem die Kassenart-Grenzen hinaus zu verhindern. Versuche, derartige Formen des Finanzausgleichs innerhalb des GKV-Systems zu initiieren, wurden als Angriff auf die gegliederte SV angesehen. § 13 des Sozialversicherungs-Anpassungsgesetzes 1949, der die Möglichkeit eines kassenarteninternen Finanzausgleichs, aber auch eines kassenarten-übergreifenden Finanzausgleichs vorsah, hat nie praktische Bedeutung erlangt. Nur bei den Betriebskrankenkassen haben alle Landesverbände zum Ausgleich des Nachteils eines mangelhaften Risikoausgleichs bei Kleinkassen Finanzausgleiche durchgeführt durch Umlage hoher Kosten in bestimmten Krankheitsfällen und andere Formen gegenseitiger finanzieller Hilfe.[36] Indes geht es hier nicht um einen generellen Finanzausgleich, in den alle Ausgaben der beteiligten Kassen eingebracht werden, sondern nur um den partiellen Ausgleich bestimmter Ausgaben in bestimmten Fällen. Ein genereller Ausgleich ohne „Interessenquote" (Eigenbeteiligung eines Trägers an Ausgabenarten, die in einen Finanzausgleich einbezogen werden) hätte die finanzielle Eigenverantwortung der einzelnen Kasse hinsichtlich der Wirtschaftlichkeit der Leistungserstellung völlig ausgehöhlt. Von konstitutiver Bedeutung für das gegebene GKV-System ist der bundesweite, kassenartenübergreifende Finanzausgleich im Rahmen der Krankenversicherung der Rentner (KVdR), an dem sich auch durch den Übergang der Zahlpflicht von den Rentenversicherungen auf die Rentner gem. Rentenanpassungsgesetz 1982 im Kern nichts geändert hat (§ 393 b f. RVO). Das KVWG 1976 und das KVKG 1977 sehen die Möglichkeit einer Umlage bzw. eines Finanzausgleichs bei den Landesverbänden der GKV-Kassen (§ 414 b RVO) und zwischen den Ersatzkassen (§ 509 a) vor. Die Entscheidung über einen derartigen Finanzausgleich hat der Gesetzgeber dem Satzungsrecht der Landesverbände zugewiesen: Die Finanzverantwortung hinsichtlich des Finanzausgleichs liegt — im Gegensatz zur KVdR, die einen Zwangsausgleich ohne Zustimmung der SV vorsieht — hier also eindeutig bei der SV der Kassenverbände.

---

[35] Auch heute noch völlig aktuell die Untersuchung von *Norbert Andel:* Verteilungswirkungen der Sozialversicherung am Beispiel der gesetzlichen Krankenversicherung der Bundesrepublik Deutschland, in: Öffentliche Finanzwirtschaft und Verteilung III, Sch. d. V. f. S. P., N. F., Bd. 75 III, Berlin 1975, S. 39 ff.

[36] Institut für Sozialrecht der Ruhr-Universität Bochum: Vorteile und Nachteile kleinerer Krankenversicherungsgemeinschaften, Gutachten erstellt im Auftrag des Bundesverbandes der Betriebskrankenkassen, Manuskript, Bochum, o. V. (1970), S. 79 f.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-45648-2 | Generated on 2025-08-11 20:14:35
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

5. Systemspezifische Formen des Wettbewerbsverhaltens der Kassen der Gesetzlichen Krankenversicherungen

Die gegliederte Struktur der GKV und der SV der GKV provoziert und begünstigt politisch und organisationssoziologisch Wettbewerbsverhalten. Es wäre jedoch voreilig, diesem Wettbewerb einen ungeprüften Vertrauensvorschuß des Inhalts zukommen zu lassen, daß Wettbewerb für den Konsumenten (hier GKV-Versicherten) in jedem Fall positiv zu bewerten ist.

Systemspezifische Formen des Wettbewerbsverhaltens zeigen sich sowohl beim Kampf um die Verteilung der Finanzquellen (des Beitragsvolumens, der Mitgliederpotentiale usw.) als auch hinsichtlich der Leistungsseite (also hinsichtlich des Angebots an die Versicherten), ferner auf der Beschaffungsseite (bei Verhandlungen mit den Vertragspartnern, vor allem den kassenärztlichen Vereinigungen) und schließlich — und vor allem — auf der politischen Ebene im Kampf um Selbständigkeitsziele.

Zum *Wettbewerbsverhalten im betrieblich-finanzwirtschaftlichen Bereich:* Die Position der einzelnen Kassen in der politischen Diskussion um Änderung des Beitragssystems, vor allem Pflichtversicherungs- und Beitragsbemessungsgrenzen, um bestimmte Formen der Vertiefung des Finanzausgleichs (z. B. Ausgleich der Belastungsunterschiede infolge unterschiedlicher Familienkoeffizienten, Ausgleich GKV-systemimmanenter Einseitigkeiten der Verteilung der Risikostruktur- : Primärkassenfunktion der OKK) wird i. d. R. danach bestimmt, ob und inwieweit die Position der eigenen Kasse im Gesamtsystem in Hinsicht auf Beitragsvolumen, Mitgliedervolumen, Risikostruktur der Mitgliedschaft, Ausgabenvolumen positiv oder negativ beeinflußt wird. Der *Zwang zur partikulären Ausgabendeckung durch eigene Einnahmen* (finanzwirtschaftliche Eigenwirtschaftlichkeit) fördert einerseits den Organisations-Partikularismus auch in der SV. Andererseits ist der Zwang zur Wirtschaftlichkeit einer der Vorzüge des dezentralen Systems.

Das Wettbewerbsverhalten der Kassen auf der Angebots-(Leistungs-)seite birgt ebenfalls sowohl positive als auch negative Aspekte. Der *Wettbewerb um Mitglieder* ist von vornherein eingeschränkt: Das (eingeschränkte) Zwangskassen-System begrenzt den Wettbewerb von vornherein auf Mitglieder, die die Wahlfreiheit haben. Arbeiter sind unabhängig von der Höhe des Einkommens versicherungspflichtig bei der RVO-Kasse. Die Arbeiter-Ersatzkassen haben nur regionale berufsspezifische, im ganzen periphere Bedeutung. Angestellte haben die Wahl zwischen RVO- und Ersatzkassen, jenseits der Versicherungspflichtgrenze zwischen RVO-Kasse, Ersatzkasse und PKV. Sofern sich der Wettbewerb in größerer Versichertennähe, unterschiedlichen Mehrlei-

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-45648-2 | Generated on 2025-08-11 20:14:35
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

stungen und Ermessensleistungen niederschlägt, dürfte — in Analogie zum Wettbewerb in weniger stark begrenzten Märkten als dem „GKV"-Markt — dieser Wettbewerb zugunsten der Versicherten wirken (wenn man nicht die partikuläre Fortentwicklung des Leistungsrechts für einen Nachteil hält). Gesamtgesellschaftlich bedenklich sind allerdings Fälle, in denen freiwillig Versicherte zu Lasten der Pflichtversicherten durch Verschieben von (Verwaltungs)-Kosten begünstigt werden. Immerhin zeigt gerade dieser letzte (gerichtsnotorische) Fall einen wichtigen Vorzug des gegliederten GKV-Systems: *Der Wettbewerbskonflikt hat eine Informationsfunktion*[37]: Die Wettbewerber klagen zwar nur aus der partikularischen Perspektive ihrer Wettbewerbssituation. Aber daneben (als Abfallprodukt des Konflikts) wird die Öffentlichkeit über belastungspolitische Fehlentwicklungen unterrichtet.

Auf der „Beschaffungsseite", im Bereich der Bereitstellung der Sachleistungen, wirkt sich *der Wettbewerb* infolge des gegliederten Systems vor allem *bei den Verhandlungen mit einem anderen (und andersartigen) SV-System, den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) aus.* Zwar verhandeln heute die KVen nicht mehr mit den einzelnen Kassen, und die Tendenz, diese Verhandlungen seitens der Kassen auf die Landesverbände zu übertragen, hatte sich schon durchgesetzt, bevor das KVKG 1977 die Honorar-Verhandlungen auf Landesverbandsebene (bzw. bei bundesweiten Kassen auf Bundesebene) vorschrieb (§ 368 g Abs. 2 RVO). An der grundsätzlichen ökonomischen Struktur des Verhandlungsvorgangs ändert das nichts: Einem Monopolisten (der KV) stehen Oligopolisten gegenüber.

Lange haben die Ersatzkassen nach Meinung von Beteiligten die Tendenz verfolgt, den niedergelassenen Ärzten im Vergleich zu den GKV-Kassen ein höheres Leistungsentgelt zu gewähren in der Absicht, ihren Mitgliedern eine relativ intensivere Behandlung zu sichern. Dieses Argument hat zwar an Bedeutung verloren. An dem Ziel, in den Verhandlungen mit den KVen die ökonomische und organisatorische Eigenständigkeit in Fragen der Honorarpolitik zu sichern (und in Krisensituationen politisch zu demonstrieren) hat sich bei den verschiedenen Kassenverbänden nichts geändert: Die *Unterschiede in den Ergebnissen der Honorarverhandlungen* schlagen sich nicht nur in der Höhe der Einzelleistungshonorare nieder, sondern auch in der unterschiedlichen Entwicklung der Struktur der Gebührenordnung, in unterschiedlichen Formen der Pauschalierung und Plafondierung: Unterschiede, die nicht zufällig oder peripher, sondern für die gesamte honorarpolitische Entwicklung wegweisend sind. Immerhin ist diese oligopolartige Struktur

[37] Vgl. zu diesem Aspekt *Theo Thiemeyer:* Finanzwirtschaftliche und betriebswirtschaftliche Aspekte der Selbstverwaltung, in: Die Ersatzkasse, 56. Jg., 1976, Heft 4, S. 138 - 145.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-45648-2 | Generated on 2025-08-11 20:14:35
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

der Vertragspartner für die Ärzteseite in der Vergangenheit eine Basis — wenn auch nicht der einzige Grund — für die faszinierenden Glanzleistungen der honorarstrategischen und statuspolitischen Verbandspolitik der Ärzteschaft gewesen.[38]

Die — wie weiter oben dargestellt — innerverbandliche Schwäche der GKV-Kassen (infolge — bis vor kurzem — mangelnden Kontrolldrucks) als auch die Marktstrukturschwäche des GKV-Systems könnten so im Zusammenhang mit der Honorarpolitik als Nachteil erscheinen. Andererseits haben die Ergebnisse der Honorarverhandlungen der KVen mit verschiedenen Verbänden auch eine überraschend positive Seite: In den Verhandlungen zwischen KVen und Ersatzkassen ist durch schrittweise Anpassung der Vertragsgebührenordnung eine Anpassung der Struktur der Gebührenordnung an neuere Entwicklungen erreicht worden: Vor allem eine relative Zurückstufung der medizinisch-technischen Leistungen und eine Aufwertung der wenig rationalisier- und technisierbaren ärztlichen Beratungs- und Untersuchungsleistungen. Schon 1965 hatte die Gebührenordnung für das Vertragsverhältnis zwischen Ersatzkassen und Ärzten (E-Adgo), also eine Vertragsgebührenordnung, als Grundlage für die amtliche Gebührenordnung gedient. Auch das KVKG 1977 schrieb vor, daß bei der Bildung des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen (BMÄ) von der E-Adgo auszugehen sei: Der Gesetzgeber ging offenbar davon aus, „daß die E-Adgo im Verhältnis zu anderen Vertragsgebührenordnungen im Zeitpunkt des Beschlusses über das KVKG die am weitesten entwickelte Vertragsgebührenordnung darstellte".[39] Das *Nebeneinander von rivalisierenden Kassen-Systemen* vermag also in Teilbereichen, hier bei den Honorierungsverfahren, *innovatorische Perspektiven* zu eröffnen, indem es unterschiedlichen Gestaltungsmöglichkeiten eine Chance gibt.

Allerdings war die als fortschrittlich erachtete E-Adgo das *Ergebnis von Verhandlungen zwischen verschiedenen SV-Organen mit gegensätzlichen Verbandsinteressen.*

Für eine Theorie der SV im GKV-System ist wichtig, daß die gemäß SV-Prinzip organisierte Ärzteschaft ohne den Druck des Vertragspart-

[38] Vgl. hierzu und zum folgenden *Theo Thiemeyer:* Honorierungsprobleme in der Bundesrepublik Deutschland (Ärzteeinkommen, Steuerungsprobleme usw.) in: Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen (WidO), Christian v. Ferber, Uwe Reinhardt, Hans Schäfer, Theo Thiemeyer (Hrsg.), Kosten und Effizienz im Gesundheitswesen. Gedenkschrift für Ulrich Geißler, München 1984. Zur früheren Entwicklung vgl. vor allem: *Gesellschaft für Sozialen Fortschritt* (Hrsg.), Der Wandel der Stellung des Arztes im Einkommensgefüge. Arzteinkommen, Honorierungssystem und ärztliche Tätigkeit. Bericht eines Arbeitskreises der Gesellschaft für Sozialen Fortschritt, Berlin 1974.

[39] *Heinz Matzke, Dieter Schirmer:* Die einheitlichen Bewertungsmaßstäbe für die ärztlichen und zahnärztlichen Leistungen, in: Die Betriebskrankenkasse, 66. Jg., 1978, S. 273 ff., hier S. 276.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-45648-2 | Generated on 2025-08-11 20:14:35
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

ners Kasse zur Umgestaltung und Aktualisierung der Struktur einer Gebührenordnung unfähig gewesen ist: Änderung der Struktur einer Gebührenordnung bedeutet i. d. R. einen starken Umverteilungsprozeß (Umsatz- bzw. Einkommensverteilung) zwischen den Ärztegruppen. Ständische SV ist einer derartigen Belastungsprobe nur in Ausnahmefällen gewachsen. So konnte auch die ärztliche SV dem Auftrag der Bundesregierung, Vorschläge zur Umgestaltung der überholten amtlichen GO von 1965 vorzulegen, nicht gerecht werden. Aber damit ist schon den Betrachtungen zur ständischen SV vorgegriffen.

Wettbewerb zwischen Kassen und SV-Organen ist schließlich *auf der politischen Ebene,* bei der Beeinflussung des Gesetzgebers *zur Beeinflussung der Wettbewerbsbedingungen,* auch bei der Durchsetzung des Autonomieanspruches gegenüber dem Gesetzgeber, der Selbstbehauptung gegenüber der Exekutive von größter Bedeutung: Versuche zur Beeinflussung von Gesetzgeber und Exekutive zur Korrektur der Wettbewerbsbedingungen sind zwar heute gängiger Inhalt der außenmarktlichen Wettbewerbspolitik der Verbände. Aber die Tatsache, daß es sich bei den Betrieben der GKV um SV-Organisationen handelt, gibt dem politischen *Kampf um die Selbstbehauptung der SV fast den Rang verfassungspolitischer Auseinandersetzungen.* Zwar ist die SV des Systems der Sozialversicherung nicht im GG verankert. Dennoch wird der SV-Autonomie ein außerordentlich hoher gesellschaftspolitischer und ordnungspolitischer Rang eingeräumt. Die *Formen der politisch-demonstrativen Selbstbehauptung der Autonomie der SV* erscheinen sicherlich nicht aus jeder politischen Perspektive als für das Gesamtsystem förderlich. Charakteristisch sind die lautstarken Auseinandersetzungen um die Politik hinsichtlich der ärztlichen Honorare nach dem KVKG (1977) in den Jahren 1978/79.[40] Während das Bundesarbeitsministerium der Meinung war, daß die KVKG-Fassung des § 368 RVO eine Rückkehr zur unlimitierten Einzelleistungsvergütung nicht mehr zulasse, einigten sich Kassenärzte und Ersatzkassen im Vorfeld der ersten Konzertierten Aktion im Dezember 1978 demonstrativ auf eine Erhöhung der Vergütungssätze gemäß Bewertungsmaßstab um 4 v.H. ohne eine Limitierung des Leistungsvolumens (der Mengenkomponente). Die Nebenabsprache, daß man in neue Verhandlungen eintreten wolle, wenn die Gesamtvergütung in bedenklichem Ausmaß wachsen solle, war zu vage, um politisch relevant werden zu können. Für die Ärzte war damit die Einzelleistungsvergütung vorerst zumindest im Ersatzkassen-Bereich gesichert. Den Ersatzkassen kam es darauf an, ihre Verhandlungsautonomie der SV gegen die Rechtsauffassung des Arbeitsministers (und der Ortskrankenkassen) zu behaupten, da sie sich durch das KVKG in ihrer

[40] Vgl. die in Fußnote 32 angegebene Quelle.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-45648-2 | Generated on 2025-08-11 20:14:35
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Autonomie bedroht sahen. Auf beiden Seiten war der Vertrag als betonte Demonstration der Autonomie und Handlungsfähigkeit der SV gegenüber staatlichen Regulierungsplänen gemeint.

Die Vertragspartner seien sich darüber klar gewesen, „erneut einen Beweis anzutreten, der das Funktionieren der Selbstverwaltungen bestätigt".[41] Die RVO-Kassen haben, wie der Bundesarbeitsminister und andere politische Gruppen, zumal die Gewerkschaften, das Vorpreschen der Ersatzkassen kritisiert, haben aber kurz vor der Sitzung der Konzertierten Aktion im Frühjahr 1979 eine ähnliche Vereinbarung mit den Ärzten getroffen: Die SV hatte die Konzertierte Aktion unterlaufen.

Eine andere, viel diskutierte Entwicklung aus der honorarpolitischen Rekonstruktionsphase nach dem Schock des KVKG eröffnet weitere Probleme der SV: *der Bayernvertrag.* Er ist — was angesichts der allgemeinen Begeisterung der Theorie für dieses neuartige Anreiz- und Steuerungsinstrument völlig vergessen wird — ein Ergebnis des Selbstbehauptungswillens der SV der Landesverbände (sowohl auf Ärzte- als auch auf Kassenseite) gegenüber den Bundesverbänden der SV. Bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) erschien der Bayernvertrag, der am 1. 7. 1979 in Kraft trat, und der eine Plafondierung des Honorarzuwachses während der (zunächst vereinbarten) Vertragsdauer von einem Jahr auf 6 v.H. pro Mitglied vorsah, zunächst als ein unsolidarischer und leichtfertiger Verzicht auf das alles dominierende Verhandlungsziel der KBV: den völligen Verzicht oder zumindest die weitgehende Verhinderung der Plafondierung (den „Honorardeckel"). Die Einsicht, daß es sich um ein subtiles (und im Vertrag subtil verklausuliertes) Anreizsystem handelt, das die Zurückhaltung der Kassenärzte bei ihrer Einweisungs- und Verschreibungstätigkeit mit zusätzlichen Einkommenschancen belohnte, setzte sich erst nach und nach durch. Auch bei den Bundesverbänden der GKV-Kassen herrschte die Kritik vor: Man fürchtete, daß durch die Mobilisierung ärztlicher Einkommensanreize die medizinisch notwendige Versorgung gefährdet werden könnte. Zwar haben sich Verträge nach dem Modell des Bayernvertrags inzwischen bundesweit durchgesetzt. Aber die Kritiker sehen sich nicht widerlegt. Die theoretische Analyse des Versuchs, einzelne selektive Wettbewerbselemente in das Nicht-Markt-System GKV zu implementieren („Implementationsansatz") interessiert hier nicht. Auch zu den verschiedenen Versuchen, den Erfolg oder Mißerfolg des Bayernvertrags statistisch zu belegen, muß hier nicht Stellung genommen werden.[42]

---

[41] Vgl. z. B. Deutsches Ärzteblatt 5. 7. 1979, S. 1787 - 1789.

[42] Vgl. die Darstellung bei *Helmut Winterstein:* Der Bayernvertrag, a.a.O., S. 25 ff.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-45648-2 | Generated on 2025-08-11 20:14:35
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Für die Probleme der SV wichtig ist, daß hier zwei SV-Bereiche, der SV-Bereich der Verbraucher und ein SV-Bereich der Anbieter, gegen einen dritten Bereich, nämlich den Krankenhausbereich, koalieren. Der eine Partner, die Landesverbände der GKV, erwartet eine Drosselung der Ausgabenexpansion, der andere Partner, die KV, Erweiterung der Einkommenschancen der Mitglieder bei „rationalem" Verhalten i. S. des Bayernvertrags. Die Ziele entsprechen den (hier partikularistisch verstandenen) „genossenschaftlichen Förderaufträgen" der körperschaftlichen Zwangsverbände. Die Koalition des Bayernvertrags mag i. S. des gesamten GKV-Systems sinnvoll sein. Das soll hier nicht entschieden werden. Die ökonomische Problematik wird deutlich, wenn man den Vorgang in der in diesem Zusammenhang systemfremden Perspektive der Anti-Kartell- und Wettbewerbspolitik sieht: Zwei SV-Monopole koalieren zur Steuerung des Angebots an „öffentlichen Gütern" (nämlich Krankenhausleistungen) gegen einen dritten Sektor.

Wie immer dem sei: *Im Aushecken neuer Anreiz- und Steuerungsmechanismen sind die SV-Organe von beachtlicher unternehmerischer Phantasie.* (Die ökonomische Theorie, einschließlich der Gesundheitsökonomie, hoppelt oft nur — wie beim Bayernvertrag — begeistert hinterher.) Überdies ist die Hypothese nicht ganz unbegründet, daß ökonomische Anreize ohne die massive verbandliche Propaganda des hinsichtlich seiner eigenwilligen Konzepte unter Erfolgszwang stehenden SV-Managements keine Anreize wären: Die Reagibilität der Ärzte auf ökonomische Anreize (z. B. im Rahmen der Gebührenordnung) ist weniger klar, als der Theorie lieb sein kann.

Noch ein letztes Beispiel mag den Erfindungsreichtum der SV hinsichtlich von Regelungsmechanismen belegen, die als Element einer staatlichen Zwangsgebührenordnung wahrscheinlich nicht durchsetzbar gewesen wären: Der sog. *„Honorartausch"*. Es handelt sich um ein von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) erarbeitetes und auf der KBV-Vertreterversammlung 1982 verabschiedetes Konzept, das in Verhandlungen mit den Kassen — nur die Verbände der Innungs- und Betriebskrankenkassen widersetzten sich — schrittweise allgemein durchgesetzt werden konnte.

Die Honorare für 22 als rationalisierungsfähig erkannte Laborleistungen werden um bis zu 30 v.H. gekürzt. Das durch diese Reduzierung frei werdende Honorarvolumen wird für die zusätzliche Honorierung einer eingehenden, das normale Maß überschreitenden Untersuchung, verwendet, die mehrere Organe umfaßt. Die Abrechnung erfolgt über eine zusätzliche Ziffer der EGO bzw. des BMÄ.

Immerhin haben hier die SV-Organe — übrigens in Konfrontation mit politisch maßgeblichen Gruppen — ein Verfahren konzipiert, von

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-45648-2 | Generated on 2025-08-11 20:14:35
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

dem sie glauben, daß es für die Lösung dreier dringender struktureller Probleme geeignet sei: Zunächst geht es um das Problem der Adaption der Gebührenordnungen an rapiden medizinisch-technischen Fortschritt, ferner — was nur ein anderer Aspekt des ersten Problems ist — um den Abbau der Einkommensdisparitäten infolge der unaufhaltsamen Verschiebungen von Umsatz- und Einkommenschancen zwischen Ärztegruppen und schließlich werden — so hoffte man — zusätzliche Anreize für zeitintensive Untersuchungen geschaffen. Die Betriebs- und Innungskrankenkassen widersetzten sich, sahen sich in einem Interessengegensatz zu Ersatz- und — was nicht alltäglich ist — zu Ortskrankenkassen: Ihr Argument war, daß Rationalisierungseffekte in vollem Umfang den Versicherten zugute kommen müßten und nicht zu zusätzlichen Honoraren verwendet werden dürften. Die souveräne Strategie der SV der Ärzteseite fasziniert auch in diesem Fall.

6. Zur ständischen Selbstverwaltung der Ärzte

Unter SV der Ärzte werden hier zunächst die *Ärztekammern* und die *Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen* (KV, KZV) verstanden. Ob die nicht wenigen Verbände der niedergelassenen und angestellten Ärzte zweckmäßig in einen ökonomisch-sozialwissenschaftlichen Begriff ‚SV' einzubeziehen sind, kann hier zunächst dahingestellt bleiben. Es empfiehlt sich, von SV-artigen Organisationen zu sprechen. Die begriffliche Begrenzung von SV auf SV in Form „öffentlich-rechtlicher Körperschaften" dürfte allerdings aus ökonomischer Sicht unzweckmäßig sein. Auch die Bundesärztekammer ist — im Gegensatz zu den Ärztekammern der Länder — keine öffentlich-rechtliche Körperschaft, sondern ein nicht rechtsfähiger Verein des Privatrechts.

Ärztekammern und Kassenärztliche Vereinigungen sind aus ökonomischer Sicht *staatlich geschaffene und privilegierte Monopole,* die die Formen des Marktzugangs (Approbation, Niederlassung, Zulassung als Kassenarzt durch die KVen) regeln bzw. an dieser Regelung mitwirken und — wie z. B. die Ärztekammern in den *Berufsordnungen* — *Regeln für das Wettbewerbsverhalten* aufstellen (wie z. B. Werbeverbot, Verbot der Kollegenkritik) und die Einhaltung der Regeln des Angebotsverhaltens und die Ordnungsgemäßheit der Leistungserstellung mit Strafen erzwingen können.

Die rechtlichen, gesellschaftspolitischen und berufspolitischen Erörterungen zur ärztlichen Freiberuflichkeit[43] und ständischen Selbstverwal-

[43] Vgl. dazu *Otto Krasney:* Freiberuflichkeit und neue Formen ärztlicher Berufsausübung, in: Gesellschaft für Sozialen Fortschritt (Hrsg.), Die Stellung des Arztes, wie Fußnote 32, S. 125 ff.; *Barbara Bergmann-Krauss:* Freie

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-45648-2 | Generated on 2025-08-11 20:14:35
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

tung machen das eigentlich ökonomische Problem zwar von allen Seiten deutlich, spitzen es aber nicht auf die ökonomische Sicht zu: Die historisch entwickelten, durch hohe Zugangsbarrieren vom Staate geschaffenen monopoloiden Angebotspositionen der Ärzte als „Stand" — wie auch der Apotheker — dienen der *Qualitätssicherung bei der Produktion und dem Angebot der Gesundheitsgüter.* Die monopoloide Stellung wird noch dadurch verstärkt, daß der durch hohe Zugangsbarrieren beschränkten Berufsgruppe selbst die Bestimmung des Inhalts medizinisch richtigen, berufsmäßigen Handelns übertragen werden muß.

Die *Schaffung berufsständischer Monopole zwecks Qualitätssicherung* durch Zugangsbarrieren (u. a. Approbation) ist eine Form der Erfüllung des staatlichen Sicherstellungsauftrags bei öffentlichen Gütern. Damit ergibt sich die Frage der „Regulierung" des monopoloiden Angebots.

Die gegebene Wirtschafts- und Gesellschaftsordnung hat sich zur Deckung des Bedarfs an ambulanter ärztlicher Versorgung für den historisch entwickelten *Betriebstyp „Praxis des niedergelassenen Arztes"*[44] entschieden. Es handelt sich um einen prinzipiell privatwirtschaftlichen, nicht aber marktwirtschaftlichen Betriebstyp. Zwar trägt der Arzt Unternehmerrisiko (u. a. Marktrisiko, was die Expansion der Nachfrage in den letzten 30 Jahren, die jedes zusätzliche Angebot an ambulanten und stationären medizinischen Leistungen mühelos absorbierte, vergessen machte, gegenwärtig aber zunächst in der Krankenhauswirtschaft, rapid zunehmend aber auch in der ärztlichen Praxis mit Härte deutlich wird), im übrigen unterliegen aber alle Betriebsprozesse des Betriebstyps „ärztliche Praxis" einer intensiven Regulierung, einer „öffentlichen Bindung". „Öffentliche Bindung" ist — wie weiter oben dargetan — die Ausrichtung der Betriebsprozesse im „öffentlichen Interesse", d. h. die — nach politisch jeweils herrschender Auffassung — angemessene Darbietung des „öffentlichen Gutes" durch staatliche Sondergesetzgebung. Nicht nur die Preise (Honorare, Apothekenspannen) sind geregelt, sondern der gesamte Produktions- und Angebotsprozeß. Die Bindung der Praxen der niedergelassenen Ärzte (wie auch, wenn auch mit zunehmend schwächer werdendem Bindungseffekt der Apo-

---

Berufe im Sozialstaat, in: Medizin, Mensch, Gesellschaft, Bd. 6, 1981, S. 28 ff.; *Susanne Tiemann:* Freiberuflichkeit in der Krise. Ärztliche und zahnärztliche Betreuung unter den Bedingungen der GKV, Bonn 1982.

[44] Vgl. zur unternehmensmorphologischen Betrachtung der Betriebe der Gesundheitsgüter-Produktion *Theo Thiemeyer:* Ansatzpunkte einer Gesundheitsökonomik aus unternehmensmorphologischer Sicht, in: Ph. Herder-Dorneich, G. Sieben, Th. Thiemeyer (Hrsg.), Wege zur Gesundheitsökonomie, Bd. I, in der Reihe: Beiträge zur Gesundheitsökonomie, hrsg. von der Robert-Bosch-Stiftung, Gerlingen 1981, S. 111 ff.; *ders.:* Gesundheitsökonomie, in: Herbert Viefhues (Hrsg.), Lehrbuch Sozialmedizin, Stuttgart usw. 1981, S. 285 ff., hier bes. S. 306 ff.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-45648-2 | Generated on 2025-08-11 20:14:35
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

theken) erfolgt nun — und das ist für den Wirtschaftsstil des Betriebstyps prägend — durch *ständische Selbstbindung und Selbstkontrolle durch ständische Selbstverwaltung.* Die Orientierung des Handels an einem ärztlichen Berufs-Ethos sollte zwar nicht nur ökonomisch gesehen (d. h. ökonomistisch mißdeutet) werden. Aber die Wirksamkeit eines Berufsethos hat Konsequenzen auf Form und Umstände des Angebots an öffentlichen Gütern. Und soweit ein derartiges Berufsethos die gemeinnützige Wirkung zu seinem Inhalt hat, wird formale Regulierung überflüssig. Karl Oettle hat neuerdings bei der Erörterung dieses Problems der ständischen Bindung am Beispiel der ärztlichen Praxen darauf hingewiesen, daß auch Motive des Handelns, das Vorherrschen bestimmter Charakter- und Temperamentstypen in bestimmten Betriebstypen und Wirtschaftszweigen (was u. a. ein Problem der Rekrutierung und branchentypischen Sozialisierung ist) in der betriebswirtschaftlichen und volkswirtschaftlichen Theorie berücksichtigt werden müßten. „Indem die ökonomische Theorie derartige Möglichkeiten nutzt, verbreitert sie das Feld der Anwendbarkeit ihrer Erkenntnisse in der wirklichen Wirtschaft zumindest freier Gesellschaften, die durch Typenvielfalt, unter anderem durch Vielfalt der Zieltypen handelnder Menschen und Betriebe gekennzeichnet ist."[45]

Die Schaffung oder öffentliche Sanktionierung monopoloider Strukturen mit dem Zweck der Qualitätssicherung hat selbstverständlich politische, ordnungspolitische und organisationssoziologische Konsequenzen, die alle Kartelle haben: Vor allem die neuere soziologische Forschung ist gegen das (gesellschaftliche) *Monopol der ärztlichen Profession* — die wir, was für die Zwecke der vorliegenden Untersuchung sicherlich nicht unzulässig ist, durch die Organe der ständischen SV der Ärzte repräsentiert sehen wollen — bei der Bestimmung, was wissenschaftlich gesicherte Erkenntnisse und Verfahren der Medizin sind, Sturm gelaufen. Hier interessieren nicht diese Diskussionen selbst, sondern nur ihre (im engeren Sinne) ökonomischen Konsequenzen: Es besteht die Gefahr des Machtmißbrauchs der in den Organen der SV organisierten Profession zu Lasten der Vertreter anderer (für die herrschende Profession wissenschaftlich nicht akzeptabler) medizinischer Schulen, anderer Heilberufe, die Gefahr des Versuches, die kassenrechtliche Anrechenbarkeit bestimmter Leistungen zu verhindern, deren Angebot sich — vielleicht im nachhinein — als medizinisch und gesundheitspolitisch sinnvoll erweisen könnte. Schließlich besteht die Gefahr einer monopoloiden Status- und Einkommenspolitik.

Ständische SV ist also eine Form der Regulierung (der „öffentlichen Bindung") eines vom Staat zum Zwecke der Qualitätssicherung der

[45] *Karl Oettle:* Möglichkeiten und Grenzen . . ., S. 401.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-45648-2 | Generated on 2025-08-11 20:14:35
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Produktion und des Angebots von bestimmten öffentlichen Gütern sanktionierten Monopols. Neben den mit der SV als Organisationsprinzip verfolgten Zielen der größeren Wirtschaftlichkeit infolge Mobilisierung von Sachkenntnis, Informationsvorsprung infolge Problemnähe, Mobilisieren von Eigeninteresse und gemeinnützigem Engagement tritt hier das Ziel der Sicherung der Systemloyalität eines politisch und in seinem beruflichen Selbstverständnis eigenwilligen Berufsstandes hinzu.

7. Zur Kooperation von strukturverschiedenen SVen

Komplexitätsabbau der Staatsverwaltung und Abbau von Entscheidungszwang der gesetzgeberischen Körperschaften kann auch durch die *Delegation von Staatsaufgaben auf Gremien* stattfinden, *in denen verschiedene* nach dem SV-Prinzip organisierte soziale Gebilde *zusammenwirken.*

SV hat zwei, in der Literatur nicht hinreichend *unterschiedene Funktionsweisen.* Zunächst geht es bei SV — und dieser Aspekt steht meist im Vordergrund des Interesses — um die Selbstorganisation, Leistungskoordination und Selbstkontrolle innerhalb der SV-Organisation *(Selbstorganisationsleistung der SV).* Die zweite Funktionsweise der SV ist die Verhandlungsfunktion mit anderen Organisationen, im Gesundheitsbereich meist mit anderen SVen *(Verhandlungsleistung der SV).* Hierbei geht es um Interessenausgleich und um (gegenseitige) Kontrolle der SV-Kontrahenten (Kontrolle hier verstanden als eine gezielte Steuerung des Handlungsspielraums).

Von besonderem theoretischen Interesse sind hier solche SV-Gremien, bei denen SV-Gremien der Konsumenten (GKV-Mitglieder) und der Produzenten (KVen) zusammenwirken.

Ein besonders interessanter Fall der Bildung gemischter SV-Gremien ist die *Beteiligung der Kassen an den Prüfausschüssen der KVen:* ein Zugeständnis der KVen an die Kassen als Gegenleistung für die — aus der im übrigen ökonomisch nicht erklärbaren — Zustimmung der Kassen zum Übergang zur Einzelleistungsvergütung (die nach 1955 begann und sich in den 60er Jahren allgemein durchsetzte) und für den Verzicht auf das Kopfpauschale der Gesamtvergütung, das — als vorläufiges Verhandlungsergebnis zwischen Kassen und Ärzten — durch Notverordnung von 1931 festgeschrieben worden war.

Eine wichtige Form der staatlich vorgeschriebenen Kooperation der SV-Vertretungen von Produzenten (Ärzten) und SV der Konsumenten (GKV-Mitglieder) sind die durch § 368 o RVO vorgeschriebenen Landesausschüsse und Bundesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen. Der

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-45648-2 | Generated on 2025-08-11 20:14:35
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Form nach geht es nur um den SV-Effekt der für den Staat unentgeltlichen („Die Mitglieder führen ihr Amt als Ehrenamt" (§ 368 o Abs. 4, Satz 1, 1. Halbsatz RVO); die Kosten tragen die Verbände (§ 368 o Abs. 2, Satz 2 RVO)) Mobilisierung von Sachverstand, nicht Interessenvertretung (die Mitglieder „sind an Weisungen nicht gebunden"). An die bekannten, soziologischen und politikwissenschaftlichen Einwände gegen die Forderungen nach Weisungsgebundenheit erinnern heißt nicht, diese rechtliche Bestimmung als nutzlos und illusionistisch abtun: Sie schützt das einzelne Ausschuß-Mitglied nicht nur rechtlich in Grenzfällen, sondern kann den Verhandlungs- und Gesprächsstil prägen. Ökonomisch und organisations-soziologisch sind die Mitglieder Vertreter von SV-Körperschaften. Konstruktionsprinzip der Landes- und Bundesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen ist das Eröffnen der Artikulationsmöglichkeit von Interessen in Fachgremien und Interessenabgleiche durch Verhandlung.

Welche Bedeutung diese Ausschüsse für den Prozeß der Bereitstellung der Gesundheitsgüter im Rahmen des GKV-Systems (und praktisch für das Gesundheitssystem im ganzen) haben, macht der Inhalt der Richtlinien-Kompetenz der Ausschüsse deutlich (§§ 368, 368 p ff.). Der Grundsatz: „Die Bundesausschüsse beschließen die zur Sicherung der kassenärztlichen Versorgung erforderlichen Richtlinien über die Gewähr für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Kranken ..." (§ 368 p Abs. 1, Satz 1 RVO) wird im weiteren Gesetzestext detailliert aufgegliedert. Sie umfaßt auch die Maßnahmen zur Früherkennung, der Beratung, der kassenärztlichen Bedarfsplanung usw. Kurz: Die Bundes- und Landesausschüsse formulieren die Richtlinien für den gesamten Bereich der Produktion und Darbietung der Gesundheitsgüter als „öffentliche Güter". (Man könnte einwenden, es handele sich nicht um „öffentliche Güter", da die Richtlinien sich auf das Angebot des GKV-Systems beschränken. Indes prägen die Vorschriften das Leistungsangebot dergestalt, daß es sich zum großen, wahrscheinlich überwiegenden Teil nicht auf GKV-Mitglieder beschränken läßt. Man könnte sich hier auf das Kriterium der „Nicht-Ausschließbarkeit" zurückziehen, das sich aber als konstitutives Kriterium für „öffentliche Güter" m. E. als nicht fruchtbar erweist.)

Umfang und Bedeutung der Staatsaufgaben, die hier auf die SV delegiert werden, können kaum überschätzt werden. Die Richtlinienkompetenz zur Bestimmung von Art, Umfang und Form des Angebots öffentlicher Güter des Gesundheitswesens wird hier der SV überantwortet oder genauer, dem Verhandlungsprozeß zwischen verschiedenen SVen. Die Repräsentanz der SV der Konsumenten (der Nachfrager nach Gesundheitsgütern) und der SV einer Produzentengruppe (Ärzte) ver-

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-45648-2 | Generated on 2025-08-11 20:14:35
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

handeln über die Gestaltung des Angebots. *Im Rahmen einer vom Gesetzgeber vorgegebenen Kompetenzabgrenzung und klarer Aufgabendefinition wird der öffentliche Versorgungsauftrag auf die Beteiligten delegiert:* Die Übertragung umfaßt einerseits eine — in diesem Fall (scheinbar) sehr breite — *Entscheidungsfreiheit* und andererseits die *Verantwortung* für den Vollzug der Beschlüsse.

Die Lösung des volkswirtschaftlichen Kernproblems der Abgleichung von Produzenten- und Konsumenteninteressen und -plänen in einem — auch vom finanzwirtschaftlichen Volumen her — zentralen Bereich der Versorgung mit öffentlichen Gütern dem „Organisationsprinzip SV" zu überantworten, ist zweifelsohne ein politisch und volkswirtschafts-theoretisch höchst interessantes Phänomen.

Die politische Entlastung des Gesetzgebers erfolgt über eine Selbststeuerung des Angebotsprozesses durch die Beteiligten. Die größere Effizienz dieses Organisationsprinzips läßt sich nicht nur daraus erklären, daß SV ein höheres Maß an politischer und — hier wichtiger — Organisations-Loyalität (durch Vermeidung von „Fremdverwaltung") bewirkt, sondern vor allem auch aus der Tatsache, daß Personen und Organisationen und deren Management sich um so intensiver mit Zielen identifizieren, je mehr sie an der Formulierung dieser Ziele mitgewirkt haben. Insofern lassen sich die Thesen der neueren Management-Theorie zum Problem der „partizipativen Führungsstile" analog heranziehen. Dabei ist im vorliegenden Zusammenhang allerdings auf das bekannte Sonderproblem der Beziehungen von Repräsentanten von Verbänden zu ihren Verbänden und ihrer Stellung in und zu diesen Verbänden zu verweisen. SV-Verbände sind wie andere Organisationen keine „Entscheidungseinheit". Bei der Analyse der Wirkungen der SV im Gesundheitswesen können auch die *Auseinandersetzungen zwischen Landes- und Bundesverbänden der Kassen, der Ärzte (und der Krankenhäuser)* nicht unbeachtet bleiben. In Hinsicht auf die hier erörterten „Richtlinien" hat der Gesetzgeber die organisationsdurchgreifende Verbindlichkeit durch die Vorschrift gesichert, daß KVen und Kassenverbände in ihre Satzungen Bestimmungen aufzunehmen haben, nach denen die Richtlinien von ihren Mitgliedern beachtet werden sollen (§ 368 p Abs. 3 RVO). Für die ärztliche Seite verpflichtet der gem. § 368 g RVO vereinbarte Bundesmanteltarifvertrag die Kassenärzte zur Berücksichtigung der Richtlinien.

Ausgliederung der Bereitstellungsfunktion in Hinsicht auf Gesundheitsgüter aus der unmittelbaren Staatsverwaltung und ihre Delegation auf die SVen wird in ihrer politischen und ökonomischen Bedeutung allerdings dadurch eingeschränkt, daß durch zeitliche Begrenzung auf

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-45648-2 | Generated on 2025-08-11 20:14:35
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

die SV-Partner ein *Einigungszwang* ausgeübt wird und dem Bundesarbeitsminister ein Beanstandungsrecht gegenüber den von den SV-Partnern beschlossenen Richtlinien eingeräumt ist (§ 368 p Abs. 2, Satz 2).

Der Einigungszwang ist unerläßlich: Er ergibt sich u. a. daraus, daß es sich bei den Gütern und Diensten, über deren Produktion und Darbietung sich die SV-Partner zu einigen haben, um „öffentliche Güter" handelt: Die Erfüllung der öffentlichen Bereitstellungspflicht kann nicht in die Beliebigkeit der Beteiligten gestellt werden. Die Tatsache, daß der Bundesarbeitsminister bei Nicht-Einigung oder dann, wenn seine Beanstandungen in der von ihm gesetzten Frist nicht behoben sind, die Richtlinien selbst erläßt, bedeutet einerseits eine wichtige Einschränkung der SV-Rechte, andererseits eine *Erweiterung des strategischen Handlungsspielraums der SV-Kontrahenten:* Es bietet sich die Möglichkeit, durch Scheiternlassen der Verhandlungen die Entscheidung auf die staatliche Ebene zu verschieben, wenn man sich dort eine günstigere Entscheidung erhofft. Ähnliche strategische Erwägungen gelten beispielsweise für die Honorarverhandlungen zwischen Kassen und KVen hinsichtlich der Einschaltung der Schiedsämter (und des weiteren Rechtswegs), bei den Verhandlungen zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen hinsichtlich der Entscheidung durch den Staat.

8. Zur Notwendigkeit von Selbstverwaltung im Krankenhausbereich

Selbstverwaltung im rechtlichen Sinne, die mit der SV in der GKV, bei den Ärzten und Apotheken rechtlich verglichen werden könnte, gibt es in der Krankenhauswirtschaft nicht. Indes ist der politische und ökonomische Bedarf an ähnlichen Organisationsformen dringend und die aktuelle Diskussion um die Reform der Krankenhausplanung und Krankenhausfinanzierung hat die *Frage der formal-rechtlichen, der politischen und der verbandssoziologischen Organisierbarkeit von SV im Krankenhausbereich* zu einem zentralen Problem werden lassen.

Die gesetzgeberische Entwicklung seit dem Krankenhausfinanzierungsgesetz 1972 macht die Janusköpfigkeit der politischen und gesetzgeberischen Bemühungen um mehr SV deutlich: Das KHG und die Nachfolgegesetzgebung der Länder, aber auch die BundespflegesatzVO und die Krankenhausbuchführungsverordnung waren von einer wirtschaftsordnungspolitisch völlig unbekümmerten Interventionsfreude geprägt. Das gilt — hinsichtlich der KH-Nachfolgegesetzgebung der Länder — für alle Parlamente unabhängig von der politischen Zusammensetzung. Zumindest der breiteren politischen Öffentlichkeit wurde die Intensität des Eingriffs in einen nicht-öffentlichen Sektor kaum bewußt.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-45648-2 | Generated on 2025-08-11 20:14:35
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Das mag zwar zum Teil daran liegen, daß der Öffentlichkeit die Notwendigkeit der Kontrolle der Verwendung von öffentlichen Mitteln (vor allem nach §§ 9 und 10 KHG) plausibel erschien (bei anderen Empfängern öffentlicher Finanzzuschüsse war man allerdings weniger penibel!), und daß die Empfänger der Mittel, die Krankenhäuser bzw. ihre Träger, infolge des in den ersten Jahren nach 1972 breiten Liquiditätszuflusses kaum Kritikbedürfnis erkennen ließen. Aber mit dem zunächst mit Verzögerung zupackenden, dann sich verschärfenden betriebswirtschaftlich rückständigen und unwirtschaftlichen Kostenrechnungsperfektionismus der Verordnungsgeber, mit den zunehmend negativen Erfahrungen mit der Investitionsfinanzierung über Anträge gem. § 9 KHG und — nachdrücklicher noch — mit dem Austrocknen der Liquiditätsströme infolge der Krise der öffentlichen Haushalte wurde das Problem bewußt. Und nun erst wurde die Kritik laut und gewann politische Durchschlagskraft. Aber schon die Umstände des Zustandekommens des KHG machen ein Problem deutlich, das allen Konzeptionen einer SV in der Krankenhauswirtschaft entgegensteht: Die Träger der Krankenhauswirtschaft waren zu einer Krankenhausbedarfsplanung als einer selbstverwaltungsähnlichen Leistung vor 1972 aus organisationssoziologischen und politischen Gründen nicht fähig. Selbst liberale Wirtschaftstheoretiker wie Wilfrid Schreiber hielten daher die Lenkung der Investitionen der Krankenhäuser über den „goldenen Zügel" der Investitionsfinanzierung für unumgänglich.

Das „Gesetz zur Änderung des Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze" (Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetz) vom 22. 12. 1981 ging zur *Durchsetzung von* — im Grunde sinnvollen — *selbstverwaltungsartigen Regelungsprozessen* in Analogie zum Kassenbereich und dem Bereich der ambulanten ärztlichen Behandlung so vor, daß es bestimmten Organisationen, die politisch und organisationssoziologisch eine gewisse Ähnlichkeit mit SV-Organisationen aufweisen, nämlich den *Krankenhausgesellschaften der Landes- und Bundesebene, SV-Aufgaben übertrug.* Der rein rechtliche Aspekt, daß es sich nicht um „öffentlich-rechtliche Körperschaften" mit Mitgliedszwang und Weisungsrecht gegenüber Mitgliedern, sondern um privatrechtliche Vereine handelt, interessiert hier weniger. Aber die ökonomische und organisations-theoretische Argumentation läuft der juristischen parallel: Die Deutsche Krankenhausgesellschaft, der Bundesverband der Krankenhausträger, ist der vereinsrechtlich organisierte Zusammenschluß der elf Spitzenverbände der Krankenhausträger und der elf Landeskrankenhausgesellschaften; die Landeskrankenhausgesellschaften sind Vereine der Krankenhausträger auf Landesebene: Sie sind ihrem institutionellen Sinn nach *Interessenvertretungen, aber nicht Vollzugsorgane staatlicher Krankenhauspolitik.*

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-45648-2 | Generated on 2025-08-11 20:14:35
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Die durch das Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetz 1981 neu formulierten §§ 372 ff. RVO behandeln die *Krankenhausgesellschaften als Selbstverwaltungs-Substitute.* § 372 RVO i. d. F. des G. vom 22. 12. 1981 schreibt vor, daß die Landesverbände der Krankenkassen mit den Krankenhäusern oder ihren Vereinigungen Verträge zu schließen haben, die eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung sicherstellen sollen. Rechtlich problematisch ist vor allem die Bildung von Prüfungsausschüssen (§ 373 RVO), die von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Landeskrankenhausgesellschaften (!) gebildet werden, die „die Einhaltung der Wirtschaftlichkeit der Erbringung der Krankenhauspflege im Einzelfall" überwachen sollen, wobei für Krankenhäuser und Krankenhausärzte Auskunftspflicht besteht. Ferner werden auf Landesebene von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Landeskrankenhausgesellschaften (!) Schiedsstellen gebildet, die im Falle der Nichteinigung bei den Verhandlungen gem. §§ 372, 373 RVO einen Vermittlungsvorschlag machen oder u. U. den Inhalt der Verträge selbst festsetzen.

Die Bestimmungen haben — wie schon früher das Krankenhausfinanzierungsrecht seit 1972 — erneut eine *Fülle von rechtlichen Auseinandersetzungen zumal auch verfassungsrechtlicher Art* ausgelöst, wobei noch völlig offen ist, in welcher Richtung sich die höchstrichterliche Rechtsprechung, die in breitem Umfang in Anspruch genommen wird, entwickeln könnte. Die Einwände richten sich zunächst gegen die Verletzung der Autonomie (vor allem durch die §§ 372 ff. RVO und das Krankenhausplanungs-, Finanzierungs- und Überwachungsrecht) bei den nicht-öffentlichen, d. h. den freigemeinnützigen und privaten Krankenhäusern. Dabei nehmen unter den frei-gemeinnützigen die kirchlichen Krankenhäuser eine verfassungsrechtliche Sonderstellung ein, die sich aus den Verfassungsgrundsätzen bzw. verfassungsrechtlich begründeten Prinzipien der Religionsfreiheit, der Kirchenfreiheit und der Kirchengutsgarantie ergibt.[46]

Selbst hinsichtlich der kommunal-öffentlichen Krankenhäuser ist die verfassungsrechtliche Zulässigkeit des staatlichen Durchgriffs auf die einzelnen Krankenhäuser und die Aufoktroyierung von Selbstverwaltungsfunktionen bei Vereinigungen, bei denen sie (freiwillige) Vereinsmitglieder sind, höchst umstritten: Hier ergibt sich möglicherweise eine Kollision mit dem klassischen Bereich der Selbstverwaltung: eine Kollision mit den Rechten der kommunalen SV.

---

[46] *Johannes Kessels:* Das kirchliche Krankenhaus zwischen Eigenverantwortung und Fremdbestimmung, Freiburg i. Br. 1983; *Ewald Hinderer:* Zur Verfassungsmäßigkeit einzelner Regelungen der §§ 372, 373 und 374 RVO, in: Das Krankenhaus, 75. Jg., 1983.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-45648-2 | Generated on 2025-08-11 20:14:35
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Im vorliegenden Zusammenhang geht es vor allem um die Frage der rationalen (d. h. sinnadäquaten) Organisation des Angebots an stationärer, pflegerischer und ärztlicher Versorgung. Der Gesetzgeber delegiert Verwaltungsleistungen zur Bereitstellung der öffentlichen Güter „Krankenhausleistung" auf die (rechtlich-fiktive) SV der Krankenhauswirtschaft, er sucht ferner die öffentliche Verwaltung zu entlasten durch die Delegation von politisch brisanten Entscheidungen auf zweiseitige Verhandlungen zwischen Selbstverwaltungen (Kassen und Krankenhäuser bzw. Verbänden) oder dreiseitigen Verhandlungen (Kassen, KVen, Krankenhäuser bzw. die Verbände).

Die rechtlichen Auseinandersetzungen um die (rechtsfiktive) SV in der Krankenhauswirtschaft dürfen allerdings nicht vergessen lassen, daß eine derartige *Delegation von Verwaltungsentscheidungen und Verwaltungsvollzügen produktionstheoretisch sinnvoll und ordnungspolitisch erwünscht* sein kann. In der Krankenhauswirtschaft drohen zwei fundamentale wirtschaftsordnungsgestalterische Prinzipien zu kollidieren: Einmal das *Prinzip der Vielgestaltigkeit der Betriebstypen* nach Trägerschaft, Betriebsziel, betrieblichem Selbstverständnis und Betriebsstil. Zum anderen das *Prinzip der Vorzugswürdigkeit der Selbstorganisation und der Selbstkontrolle,* was die Fähigkeit zu einem organisatorischen Mindestkonsens hinsichtlich des Prinzips der Vielgestaltigkeit voraussetzt.

Nun mag sich der vielfältig motivierte Widerstand gegen den Versuch des Gesetzgebers, die Krankenhauswirtschaft wie einen nach dem Prinzip der SV organisierten Wirtschaftszweig zu behandeln, nicht zuletzt daraus ergeben, daß es bei der intendierten SV mehr um die haushaltsentlastende Abwälzung von Bereitstellungsleistungen und die schlitzohrige (wenn auch effiziente) Inpflichtnahme von Dauerkritikern jeglichen Verwaltungshandelns des Staates geht. Man könnte auch durch das neuere Krankenhausrecht die pessimistische Beurteilung der SV durch Wertenbruch bestätigt sehen, daß es den Gesetzgebern bei dem Engagement für SV nur auf organisatorische Entlastung und Inpflichtnahme, nicht auf Mobilisierung eigengestalterischer Potenzen ankommt. Sicherlich täte man gut daran, derartige Tendenzen nicht nur beim Bund, sondern — wenn überhaupt — vor allem auch bei den Ländern zu suchen.

Indes steht auch jenen sozialpolitischen und wirtschaftsordnungspolitischen Bemühungen, die die Aufgabe der Krankenhausbedarfsplanung (als zwischen Trägern abgestimmte Investitionsplanung) dezentralen selbstverwaltungsartigen Gremien der Krankenhausträger und Krankenkassen als SV-Aufgabe unter weitgehender Einschränkung der Krankenhausbedarfsplanung der Länder übertragen wollen, das *Pro-*

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-45648-2 | Generated on 2025-08-11 20:14:35
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

blem der Selbst-Organisierbarkeit der Krankenhausträger gegenüber.[47] Dabei zeigt die Krankenhauswirtschaft die Tendenz, sich beiden Funktionsweisen der SV zu widersetzen. Es besteht einerseits ein starker Widerstand gegen verbindliche Formen der SV als Selbstorganisation und Leistungskoordination, zumal solche in der Rechtsform „öffentlich-rechtliche Körperschaft" (wobei die kirchlichen Träger verfassungsrechtliche Argumente ins Feld führen können, die mehr Durchschlagskraft haben als die rechtlichen Einlassungen der anderen Trägergruppen). Und andererseits zeigt die Krankenhauswirtschaft die Tendenz, sich der SV-Leistung „Verhandlung" zwecks Abgleichung der Interessen mit anderen SVen der Betroffenen zu entziehen: Man sieht sich der politischen Verhandlungsmacht der Kassen ausgeliefert und zieht letztlich die Verwaltungsentscheidung des Staates trotz aller Fundamental-Nörgelei am Staat dem — wie man sagt — politischen Diktat der Kassen vor.

---

[47] Robert-Bosch-Stiftung GmbH (Hrsg.), Zwischenbericht der Kommission Krankenhausfinanzierung der Robert-Bosch-Stiftung. Materialien und Berichte, Heft 12, Stuttgart, September 1983. Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung: Gutachten zur Neuordnung der Krankenhausfinanzierung, erstattet von der beim Bundesminster für Arbeit und Sozialordnung gebildeten Beratergruppe im Dezember 1983.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-45648-2 | Generated on 2025-08-11 20:14:35
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/