

Abhandlungen

Christine Fromm

Betrieblicher Gesundheitsschutz und Soziale Selbstverwaltung

Handlungsanforderungen und -barrieren bei der Modernisierung des betrieblichen Gesundheitsschutzes

Abstract

Der betriebliche Gesundheitsschutz befindet sich derzeit in einem Umbruch, der hohe Anforderungen an das Reform- und Modernisierungspotential der Selbstverwaltungen von Unfall- und Krankenversicherung stellt. Voraussetzung für eine bedarfsgerechte Modernisierung könnte eine funktionierende Selbstverwaltung als institutionalisiertes Modell der Partizipation sein. Auf der Grundlage neuen empirischen Materials wird gezeigt, wie sich strukturelle Rahmenbedingungen der Selbstverwaltung ungünstig auf die Entfaltung des Laienpotentials auswirken. In der Krankenversicherung verstärkt darüberhinaus die Strukturreform die Zentralisierung der Willensbildung, Expertendominanz und partizipatorisches Defizit. Jenseits der institutionalisierten Formen entwickeln sich aber neue Initiativen der Partizipation, die Anstöße für die Weiterentwicklung der Selbstverwaltung enthalten.

1 Vorbemerkung

Der folgende Beitrag basiert auf einem von der Hans-Böckler-Stiftung des DGB geförderten Forschungsprojekt zum Thema 'Betrieblicher Gesundheitsschutz und Soziale Selbstverwaltung', das von der Forschungsgruppe 'Arbeit und Gesundheit' an der Sozialforschungsstelle Dortmund durchgeführt wurde. Aufgabe des Projektes war, exemplarisch für das Gestaltungsfeld des betrieblichen Gesundheitsschutzes - vor dem Hintergrund aktueller Modernisierungsanforderungen und Reformprozesse - eine empirische Gegenwartsdiagnose der Praxis Sozialer Selbstverwaltung zu erstellen. Dabei sollte die Rolle der Selbstverwaltung bei der Wahrnehmung und

Bewältigung der neuen Problemlagen beschrieben und auf ihre Handlungs- und Innovationspotentiale befragt werden. Hierzu wurden Fallstudien in vier Unfall- und drei Krankenversicherungsträgern durchgeführt.¹

Im Laufe des Projektes (Beginn Mai 1994) gewann die Situation in der Krankenversicherung immer größere Dynamik. Das bevorstehende Wirksamwerden der Wettbewerbsordnung (durch die Freiheit der Kassenwahl auch für Arbeiter), die Organisationsreform der Selbstverwaltung (mit der Reduktion von zwei auf nunmehr ein ehrenamtliches Organ) und die Beschleunigung von Fusionierungen der Einzelträger dominierte die Tagesordnungen der Kassen. Zusammen führen diese Entwicklungen zu einer zahlenmäßig spektakulären Reduktion von Selbstverwaltungsmandaten in der Krankenversicherung und werfen die Frage nach der Bedeutung des Selbstverwaltungsprinzips in den Systemen Sozialer Sicherung überhaupt auf.

Zusätzliche Aktualität gewinnt das Thema durch die im September 1996 beschlossene Neufassung des § 20 SGB V, der seit 1989 den Krankenkassen die Mitwirkung an der betrieblichen Prävention ermöglicht hatte. Seine Änderung im Rahmen des Krankenversicherungs-Beitragsentlastungsgesetzes schränkt die Handlungsmöglichkeiten der Krankenkassen diesbezüglich wieder stark ein. Den in den letzten Jahren entwickelten und von den Selbstverwaltungen der Träger eingang gesetzten Maßnahmen und Instrumenten der betrieblichen Gesundheitsförderung würde damit die Grundlage entzogen werden.

Während sich in der Selbstverwaltung der Krankenversicherung also deutliche Einschränkungen von Einfluß- und Gestaltungsmöglichkeiten abzeichnen, erfährt der Handlungsspielraum der Unfallversicherungsträger im Zuge der Umsetzung des EU-Rechts eine erhebliche Ausweitung. So wird ihr Präventionsauftrag zukünftig neben Unfällen und Berufskrankheiten auch auf arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren lauten. Darüber hinaus sind sie für die Ausdehnung der präventionsfachlichen Betreuung auch auf kleine Betriebe zuständig.

Die rechtlichen Rahmenbedingungen stehen im vorliegenden Beitrag jedoch nicht im Mittelpunkt. Vielmehr wird aus den Problemstellungen der Prävention immanent die mögliche Bedeutung von Selbstverwaltung herausgearbeitet. Vor diesem Hintergrund werden unter Bezug auf empirische Befunde des Projekts einige Hemmnisse ihrer Entfaltung reflektiert. Abschließend wird mit Blick auf die jüngsten organisatorischen Reformen im System der Gesetzlichen Krankenversicherung die Frage nach den Chancen für die zukünftige Entwicklung der Selbstverwaltung aufgeworfen.

¹ In allen Phasen des Projektes mitgearbeitet und insofern unmittelbaren Anteil am Zustandekommen dieses Textes haben Arno Georg und Dr. Ulrich Pröll, denen ich für zahlreiche substantielle Hinweise zu danken habe. Dank gebührt auch Dr. Bernard Braun (Universität Bremen) und Frank Wattendorff (Universität Hannover), die uns in ausführlichen Diskussionen an der Fülle ihrer praktischen Erfahrungen und wissenschaftlichen Kenntnisse teilhaben ließen.

2 Modernisierung des betrieblichen Gesundheitsschutzes

Die Problemstellungen der betrieblichen Prävention befinden sich derzeit in einem weitreichenden Modernisierungs- und Reformprozeß: Durch technische und gesellschaftliche Entwicklungen treten Verschiebungen im Krankheitsartenspektrum ein. Der demographische Wandel mit der Erhöhung des durchschnittlichen Alters der Erwerbsbevölkerung läßt die Zunahme und Chronifizierung von Krankheitsbildern erwarten. Umbrüche in der Arbeitswelt haben andere Risiken und Belastungen für die Beschäftigten zur Folge. Insbesondere Verschleißkrankheiten des Stütz- und Bewegungsapparats, der Atemwege, Verdauungsorgane und des Herz-Kreislaufsystems nehmen ein immer höheres Gewicht in der volksgesundheitlichen Gesamtbilanz ein. Die bisherigen Schwerpunkte der betrieblichen Prävention - Unfälle und Berufskrankheiten sowie die technisch-stoffliche Seite des Arbeitsprozesses - treffen immer weniger die realen Problemlagen.

Von besonderer Bedeutung bei diesem Wandel ist die Problematik der *arbeitsbedingten Erkrankungen*, deren Untersuchung und Erfassung erstmals 1974 im Arbeitssicherheitsgesetz einer betrieblichen Bearbeitung zugeführt worden waren. Allerdings haben sich die daran geknüpften Hoffnungen auf Entwicklung und Institutionalisierung einer betrieblichen Gesundheitsberichterstattung nur in wenigen Ausnahmebetrieben erfüllt. Die jüngsten Reformschritte griffen dieses Konzept erneut auf: *Paragraph 20 Abs. 2 SGB V* ermächtigte die Träger der Krankenversicherung, bei der Verhütung 'arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren' mitzuwirken und dabei mit geeigneten Stellen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes zusammenzuarbeiten, namentlich den Unfallversicherungsträgern. Gleichzeitig wurde im Zuge der Umsetzung der europäischen Rahmenrichtlinien die *Erweiterung des Präventionsauftrags der Unfallversicherung* über Unfälle und Berufskrankheiten hinaus auf 'arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren' angezielt und - nach langer Vorbereitung - im August 1996 im Bundesrat verabschiedet.

Dies stellt die beiden Trägersysteme von Unfall- und Krankenversicherung und ihre Selbstverwaltungen vor große Herausforderungen. Während auf der einen Seite die Unfallversicherungsträger zwar über eine spezifisch arbeitsweltbezogene Kompetenz verfügen, sind ihre Methoden und Instrumente aber hauptsächlich auf Unfälle und Berufskrankheiten und die technisch-stofflichen Gegebenheiten des Arbeitsprozesses ausgerichtet. Auf der anderen Seite haben die Krankenversicherungsträger verschiedene Instrumente der Gesundheitsförderung entwickelt, setzen dabei aber vorrangig personenbezogen beim 'Verhalten' an und verfehlen insofern die 'Verhältnisse', auch der Arbeitswelt. Sobald aber Gesundheitsförderung mehr sein will als Verhaltensprävention und Gesundheitsbildung und die Arbeitsbedingungen selbst mit Gestaltungsanspruch thematisiert, ist sie auf das Interventionspotential des Arbeitsschutzes, allen voran der Unfallversicherungsträger, angewiesen. Metho-

disch und konzeptionell bedarf es also der Verzahnung und Integration beider Zugriffsweisen und Handlungsmöglichkeiten und der breiteren Entwicklung von *Kooperationsstrukturen* zwischen Unfall- und Krankenversicherungsträgern.

Die Spitzenverbände beider Zweige haben sich dieser Problematik gestellt und in diesem Sinne schon 1989 eine *Empfehlungsvereinbarung* getroffen. Dort heißt es: „Die Gesundheitsförderung und damit auch die Verhütung von arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren erfordert zielgruppenspezifische und bedarfsgerechte Ansätze. [...] Prinzipiell ist anzustreben, auf der Grundlage der breit gefächerten Erfahrungen der Vereinbarungspartner, die Aktivitäten des Arbeitsschutzes bzw. der Unfallverhütung mit Maßnahmen der Gesundheitsförderung im Sinne einer ganzheitlichen Zielvorstellung zu integrieren.“² Konkret soll durch die Entwicklung geeigneter epidemiologischer Datenbasen ein umfassender Informationsaustausch dauerhaft realisiert werden. Mit diesen, insbesondere von den Betriebskrankenkassen vorangetriebenen Entwicklungen werden Instrumente geschaffen, die von wissenschaftlicher und gewerkschaftlicher Seite schon lange gefordert wurden.³ Inzwischen gehört differenzierte Gesundheitsberichterstattung auf einzelbetrieblicher Ebene zum Repertoire der meisten Krankenkassen, es werden aber auch branchen- und sektorenübergreifende Instrumente entwickelt.⁴ Trotz Streichung des einschlägigen Absatzes im Gesundheitsförderungsparagrafen werden diese Aktivitäten - so die Hoffnung - nicht nur eine Episode bleiben, sondern sich auf Dauer etablieren.

Von großem Einfluß auf die konzeptionelle Diskussion und die heutigen Praxismodelle der betrieblichen Gesundheitsförderung war insbesondere das betriebsepidemiologische Verfahren zur Analyse arbeitsbedingter Erkrankungen, das in der Forschungsgruppe um Christian v. Ferber entwickelt wurde. Sie stellen insbesondere das Argument in den Vordergrund, daß eine wissenschaftliche Begründung und praktische Umsetzung eines Präventionskonzepts für arbeitsbedingte Erkrankungen ohne Berücksichtigung der Problematik des psychosozialen Streß nicht möglich ist. Demnach werden aus 'objektiven', arbeitsphysiologisch meßbaren Belastungen erst durch die subjektive Wahrnehmung der Beschäftigten individuelle Beanspruchungen. Die Einbeziehung arbeitsbedingter Erkrankungen vergrößert daher nicht nur den Kreis der in der Prävention zu berücksichtigenden Faktoren und Arbeitsbedingungen, z.B. der Arbeitsorganisation, des Arbeitsinhalts, der Motivation, des Betriebsklimas etc., sondern es macht auch die *Beteiligung der Arbeitnehmer* methodisch unerläßlich.⁵

Im Bereich der Unfallversicherung kommt zu diesen Veränderungen eine weitere, anspruchsvolle Problematik hinzu: die vervollständigende Einlösung des

2 abgedruckt in: Die Betriebskrankenkasse 1992, 3-4

3 vgl. z.B. v.Ferber 1976; v.Ferber/ v.Ferber/ Slesina 1983; Standfest 1983

4 So betreibt z.B. der Bundesverband der Betriebskrankenkassen in Zusammenarbeit mit der Hütten- und Walzwerks-Berufsgenossenschaft seit 1992 ein Modellvorhaben zur branchenbezogenen Gesundheitsberichterstattung in der Metallindustrie; vgl. Zoike/Chruszcz/Schumann (Hg.) (1996)

5 Vgl. Slesina/Schröer/v.Ferber 1988

schon 1974 im Arbeitssicherheitsgesetz aufgestellten Anspruchs auf präventionsfachliche Betreuung aller Betriebe. Die dieses Gesetz ausfüllenden Unfallverhütungsvorschriften der Berufsgenossenschaften enthielten bislang suspendierende Regelungen, die kleine Betriebe und damit rund die Hälfte aller Arbeitnehmer aus der Versorgung ausklammerten. Die Arbeitsschutzpolitik der EU, insbesondere die *Rahmenrichtlinie nach Art. 118 a EWG-Vertrag*, läßt keine Differenzierungen des Schutzniveaus nach Wirtschaftssektoren und Betriebsgrößen mehr zu und macht damit die *Ausdehnung des Anspruchs auf präventionsfachliche Versorgung* für alle Betriebe ab einem Arbeitnehmer rechtlich verbindlich. Für den in vielen Branchen bis zu 90 Prozent der Mitglieder stellenden Anteil an Kleinbetrieben mit teilweise sehr heterogenen Arbeitsbedingungen und Tätigkeitsbildern müssen - durch die Unfallversicherungsträger und ihre Selbstverwaltungen - präventionsfachliche Betreuungs- und Beaufsichtigungsmodelle konzipiert werden, und das unter Beachtung der oben genannten Anforderungen an einen 'ganzheitlichen' Gesundheitsschutz. Ohne konzeptionelle Vorstellungen der geeigneten Ansprache dieser Zielgruppe und bedarfsgerechter, ökonomisch zumutbarer Angebote dürfte dieser Anspruch kaum einzulösen sein.

Zusammenfassend läßt sich sagen, daß diese Strukturveränderungen im System der betrieblichen Prävention eine tendenzielle Abkehr von der tradierten Logik des Arbeitsschutzes erfordern. Deren Bornierungen sind mit Stichworten wie Kurations- und Entschädigungslastigkeit, Bürokratisierung und Monetarisierung, Unfall- und Technikfixierung, Expertendominanz, Normen- und Kontrollorientierung vielfach kritisiert worden.⁶ Zukünftig wird dagegen die Bedarfs- und Adressatengerechtigkeit, die Versichertennähe von Maßnahmen an Bedeutung gewinnen. Dementsprechend müssen die Instrumente weit mehr auf Motivation, Kooperation, Beratung ausgerichtet sein. Der Erfolg von Maßnahmen - im Sinne einer präventiven Wirksamkeit - wird nicht nur von der 'Güte' der Angebote abhängen, sondern ganz wesentlich davon, inwieweit sich dafür Interesse und Akzeptanz bei Betrieben und Arbeitnehmern, eben eine breite Inanspruchnahme herstellen läßt.

3 Zur Funktion Sozialer Selbstverwaltung in der Prävention

Hier nun knüpfen neue Hoffnungen an die Leistungsfähigkeit des Selbstverwaltungsprinzips an. Dessen funktionale Bedeutung wird vor allem in der Gewährleistung der 'Bedürfnisorientierung sozialstaatlicher Maßnahmen'⁷ gesehen, der Sicherstellung von Bedarfs- und Adressatengerechtigkeit. Gerade präventive Problemstellungen weisen Besonderheiten auf, die die Partizipation der Versicherten

6 Vgl. ebd. sowie Pröll 1991

7 WSI-Studie 1978

bei der Umsetzung und Gestaltung von Maßnahmen begründen.⁸ In Gesundheitsvorsorge und Prävention ist die Wirksamkeit medizinischer, aber auch regulativer Maßnahmen der Sozialversicherungsträger wesentlich auf die *Mitwirkung der Adressaten* angewiesen. Diese sind im Falle vorbeugenden Schutzes aber nur potentiell Betroffene, 'gesunde Kranke'. Während bei akuten Gesundheitsstörungen eine 'Individualität des Bedarfs' (v.Ferber) an Gesundheitsleistungen vorausgesetzt werden kann, ist dies bei nicht-übertragbaren, chronisch-degenerativen Erkrankungen nicht der Fall, man könnte analog von einem 'generalisierten Bedarf' sprechen. Prävention kann nicht auf einen individuellen Leidensdruck aufbauen, der die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen bestimmt. Auf Vorbeugung zielende Maßnahmen oder Angebote unterwerfen daher tendenziell die gesamte (Erwerbs-) Bevölkerung normativen Erwartungen, bieten ihnen Lebenschancen, verweigern sie ihnen aber u.U. auch.⁹ Die Partizipation der Adressaten an der Gestaltung dieser Maßnahmen ist daher sowohl demokratietheoretisch - als Legitimation dieser 'Erwartungshaltung' der sozialstaatlichen Leistungssysteme - begründet, als auch funktional, indem sichergestellt werden soll, daß sich Bedarf und Angebot im ständigen Abgleich befinden.

Voraussetzung für die Entfaltung dieser Funktion wäre demnach die systematische Einbeziehung der Versicherten, die Rückkopplung und Vermittlung der alltagspraktischen Bedürfnisse und ihre Transformation in die 'Sprache der Regulation' der sozialstaatlichen Leistungssysteme. Der Selbstverwaltung wird hierbei, gerade auf dem Gebiet der betrieblichen Prävention, ein der allein staatlichen Steuerung und Maßnahmengestaltung überlegenes Potential zugeschrieben, das auf „der historischen Verknüpfung von Arbeitsverhältnis, Betrieb und sozialer Sicherheit“¹⁰ beruht. Als auf Dauer gestellte Kooperation zwischen bürokratisch organisierten Sozialleistungsträgern, dem Staat und der Expertokratie von Leistungsanbietern einerseits, und den Adressaten regulativer Maßnahmen andererseits¹¹ kommt ihr funktional und demokratietheoretisch wesentliche Bedeutung zu.

4 Strukturprobleme der Sozialen Selbstverwaltung

Die Bedingungen der Kooperation in der Sozialen Selbstverwaltung sind allerdings als durch strukturelle Probleme erschwerte kritisiert worden. Als wesentliches Hemmnis wurde immer wieder auf das 'partizipatorische Defizit' (Standfest) hingewiesen, die Schwäche der Mitgliedschaftsbeziehung (v.Ferber), die dazu führt, daß „[...] durch die fehlende Rückkopplung zur Basis die Bedürfnisse und Interessen der

8 Vgl. dazu und den folgenden Überlegungen ausführlich v.Ferber 1976, 100 ff.

9 ebd., 101

10 v.Ferber/v.Ferber/Slesina 1983, 315

11 v.Ferber 1976, 102

Versicherten nicht unmittelbar in die sozialpolitischen Institutionen eingebracht [werden], sondern - wenn überhaupt - als von den Verbänden, den politischen Parteien und dem Gesetzgeber interpretierte Bedürfnisse.¹² Darüber hinaus verringert die paritätische Besetzung der Selbstverwaltungsorgane mit Arbeitnehmern und Arbeitgebern die Repräsentationschancen der Versicherten. Schon deren Vertretung durch die Tarifparteien wirft das Problem der Repräsentation der gewerkschaftlich nicht organisierten Versicherten auf. In der GKV sind außerdem Beitragszahler (Arbeitnehmer, Arbeitgeber) nicht identisch mit den Anspruchsberechtigten (zu denen z.B. auch mitversicherte Familienangehörige zählen). D.h., daß Gruppen von potentiell Betroffenen und Adressaten in der Selbstverwaltung der Krankenversicherung nicht repräsentiert sind. Letzteres trifft nicht in dem Maße für die Unfallversicherung zu, denn dort ist der Versicherten- bzw. Adressatenkreis homogener und damit auch das Mandat der Tarifparteien weniger umstritten.

Eine weitere Schwierigkeit hinsichtlich der 'Bedürfnisorientierung' besteht darin, daß es sich bei den Entscheidungsbedarfen in der Selbstverwaltung in der Tat häufig um komplexe und abstrakte Gegenstände handelt. Beschlüsse müssen in einem komplizierten Wechselspiel zwischen Gesetzgeber, einzelner Träger, regionalen und fachlichen Gliederungen, Arbeitsgemeinschaften oder Landesverbänden, Haupt- oder Bundesverband, Fachausschüssen, Leistungsanbietern, anderen Trägern und externen Kooperationspartnern mit ihren Zuständigkeiten, Kompetenzen und Interessen formuliert werden. Gerade innovative, konzeptionelle Entscheidungen enthalten 'multifunktionale Bezüge' (v.Ferber), die die Berücksichtigung und Abwägung einer Vielzahl von finanziellen, verwaltungstechnischen, personellen, organisatorischen, juristischen etc. Implikationen und Konsequenzen erfordert. Hinzu kommen regionale, betriebliche und branchenspezifische Bezüge. Schließlich gibt es wissenschaftliche - epidemiologische, medizinische, technische, ergonomische, psychologische usw. - Erkenntnisse, die als komplexe Informations- und Entscheidungsgrundlagen beschafft und verarbeitet werden müssen.¹³

Der hauptamtlichen Verwaltung kommt bei der Beschaffung, Sondierung und Darstellung der entsprechenden Informationen als Entscheidungsgrundlagen für die Selbstverwaltung eine wesentliche Rolle zu. Ihre fachliche und organisatorische Überlegenheit konstituiert ein 'Kompetenzgefälle' zu den Ehrenamtlichen, mit dem in der praktischen Arbeit umgegangen werden muß.

Wie wirken sich diese strukturellen Probleme im konkreten Ablauf aus? Unter welchen internen Voraussetzungen und Kooperationsweisen muß die Selbstverwaltung den skizzierten Funktionsanforderungen nachkommen?

12 WSI-Studie 1978, 127

13 Im Rahmen des Projektes haben wir die Entscheidungsverläufe zu zwei großen konzeptionellen Präventionsprojekten rekonstruiert, deren Analyse im Endbericht vorgelegt wird.

5 Praktische Handlungsprobleme in der Sozialen Selbstverwaltung

Im Hinblick auf die skizzierte Funktion erweist sich schon die Praxis der Kandidatenrekrutierung als problematisch. Von den Gewerkschaften als Listenträgern wird dabei insbesondere auf gewerkschaftliches Engagement und sozialpolitische Grundkenntnisse Wert gelegt. Mitgliedschaft in der Gewerkschaft ist ein notwendiges Auswahlkriterium. Daneben erscheinen regionale, berufliche und soziale Repräsentanzkriterien eher fakultativ zu sein. Diese Praxis beinhaltet die Tendenz zur Auswahl von Personen, die schon andere Ämter oder Funktionen innehaben und von denen eine enge Bindung an die Gewerkschaft, erhöhte Bereitschaft zur Übernahme von Aufgaben und Erfahrung in der verbandlichen Arbeit angenommen werden kann. Viele sind oder waren Betriebs- oder Personalräte und haben weitere Funktionen in der Gewerkschaft oder auch der Lokalpolitik inne. Rein ehrenamtliche, 'einfache' Arbeitnehmer sind dagegen die Ausnahme. Die von den Verbandsvorständen oder Hauptverwaltungen aufgestellten Auswahlkriterien - die diesem Problem teilweise Rechnung zu tragen versuchen - werden auf der Bezirks- oder Kreisebene, in deren Händen die konkrete Auswahl liegt, nicht realisiert. Dort spielen in die Aufstellung noch andere Kriterien hinein - wie Loyalität, Honorierung verdienter Mitglieder mit einem hochbewerteten Posten, Personalpolitik usw. - mit der Folge der Selektion eines bestimmten Typus von verdientem, in der repräsentativen Interessenvertretung sozialisierten Kandidaten. Auf diese Weise findet sich in der Selbstverwaltung zwar eine in Verbandsarbeit und möglicherweise auch Sozialpolitik beschlagene 'Funktionärselite', deren Motivation jedoch - zumindest anfänglich - nicht in erster Linie der Sache entspringt.

Die von uns befragten Versichertenvertreter hatten vor ihrem Einstieg in die Selbstverwaltung keine oder äußerst unklare Vorstellungen von den sie erwartenden Aufgaben und Funktionen. Im Fall der Unfallversicherung wußten sie z.T. sehr wenig von Aufgaben und Bedeutung dieses Zweiges der Sozialversicherung überhaupt. Ausnahmslos wurden sie von ihrer Gewerkschaft auf ein mögliches Engagement angesprochen und mußten teilweise geradezu mit der Verharmlosung der zeitlichen Belastung zu einer Kandidatur überredet werden. Unter den von uns Befragten waren keine, die das Amt deswegen wieder abgegeben hatten oder es abgeben wollten, sei es, weil ihr Interesse geweckt wurde, sei es, weil sie ihr persönliches Zeitbudget auf ein für sie persönlich zumutbares Maß beschränken.

Neben diesen rein ehrenamtlichen Mitgliedern gibt es die sog. Verbandsbeauftragten, für die die Selbstverwaltung quasi Teil ihrer beruflichen Tätigkeit als GewerkschaftssekretärInnen ist. Die Beauftragten haben i.d.R. - wie auch die meisten Ehrenamtlichen - eine lange 'Karriere' als betriebliche und gewerkschaftliche Interessenvertreter hinter sich, verfügen also über eine in vielen Stationen der

betrieblichen und überbetrieblichen Funktionstätigkeit erworbene, politische Erfahrung. Als Hauptamtliche stehen ihnen mit dem Gewerkschaftsapparat wichtige Ressourcen und Kompetenzen zur Verfügung. Den hohen zeitlichen Aufwand können sie leichter mit ihren beruflichen Pflichten in Einklang bringen als die rein Ehrenamtlichen.

Typischerweise sind die Beauftragten auch in den Leitungsfunktionen der Organe zu finden und geben die Richtung der arbeitnehmerseitigen Politik vor. Gleichwohl zeigt der hohe Anteil von Ehrenamtlichen, die viele Funktionen und Ämter wahrnehmen, daß in der Praxis die Übergänge zwischen Beauftragten und Ehrenamtlichen fließend sind. Das bezieht sich sowohl auf die 'Nähe' und Loyalität zur Gewerkschaft, als auch auf die relative 'Ferne' zur konkreten lebensweltlichen Praxis. D.h. die verbandlich-politische Logik repräsentativer Interessenvertretung dominiert vielfach gegenüber der Dimension betrieblicher und alltagsweltlicher Anschauung und Erfahrung. Das Mandat der Gewerkschaften bzw. die eingeschränkte Rekrutierungspraxis behindert tendenziell die Einbeziehung direkt betroffener Klienten, Laien, Bürger und damit auch die Entfaltung der Funktion der Ehrenamtlichen als Bindeglied zur betrieblichen Praxis.

Eine weitere Schwierigkeit in dieser Hinsicht stellt die oben skizzierte Komplexität der Materie dar. Die qualifikatorischen Anforderungen an die individuelle Meinungsbildung sind hoch. Die Aneignung der notwendigen Fakten als Surrogat aus den i.d.R. umfangreichen Informationspaketen der Verwaltung zur persönlichen Sitzungsvorbereitung erfordert eine routinierte Mischung aus Querlesen, Vertrauen in die Validität der Unterlagen und gezielte Nachfrage bei Verwaltung und „eigenem“ Vorsitzenden. Bei geringer Tagungsfrequenz, z.B. der Vertreterversammlung, nimmt die Einarbeitung lange Zeiträume in Anspruch, während umgekehrt, bei hoher Tagungsfrequenz z.B. durch die Mitgliedschaft in mehreren Ausschüssen, sich das Problem der Vereinbarkeit mit den Anforderungen des Arbeitsplatzes verschärft.

Allerdings ist die Frage des erforderlichen 'Sachverstands' aber nicht nur ein Qualifikations- und Zeitproblem. Für eine eigenständige Meinungsbildung bedarf es zusätzlich der Sicherheit darüber, wessen Ansprüche man vertritt, welche Kriterien anzulegen sind und wie diese zur Geltung gebracht werden können, kurz: eines Leitbildes oder Selbstverständnisses als Selbstverwalter. Es ist ein Unterschied, ob man den Informationsvorsprung der Verwaltung als eigene 'Unterlegenheit' interpretiert, oder von zwar verschiedenen, aber grundsätzlich gleichberechtigten Funktionen bei der Bearbeitung einer Problemstellung ausgeht. Ob sich die fachliche Überlegenheit der Verwaltung dominant bei der Entscheidung auswirkt (Göckenhahn 1980), hängt demnach auch maßgeblich von der Kompetenz der Selbstverwalter ab, die 'richtigen Fragen' zu stellen, bzw. die Beschlußvorlagen der Verwaltung systematisch daraufhin zu befragen, welche praktischen Folgen daraus erwachsen. Voraussetzung dafür ist aber auf seiten der Selbstverwaltung, nicht fachlich mit der

Verwaltung konkurrieren zu wollen, sondern von dieser systematisch Begründungen ihrer Beschlußvorlagen unter Praxis Gesichtspunkten einzufordern.

Allerdings wird diese Art der Diskussion, dieses 'Fragenstellen' in vielen Trägern von schematischen Verfahrensroutinen nicht gefördert. Die Angst, sich eine Blöße zu geben, von der Verwaltung nicht ernstgenommen zu werden usw. und sich deswegen lieber zurückzuhalten, tauchte in den Gesprächen immer wieder auf. Diese Scheu verweist darauf, daß der Kreis der 'legitimen' Fragen eng gezogen ist. Er wird vom routinisierten Zusammenspiel der Verwaltung mit den langjährigen Mitgliedern bestimmt, insbesondere den Vorsitzenden der jeweiligen Gremien, die die Sitzungen moderieren und eine begründete Meinung zu den einzelnen Tagesordnungspunkten vortragen. Diese wird zwar diskutiert, ihr wird aber nur in Ausnahmefällen nicht gefolgt. Gerade neue und nicht so beschlagene Mitglieder in der Selbstverwaltung scheuen sich dementsprechend das Wort zu ergreifen, um den Sitzungsablauf nicht zu verzögern. Das führt nicht nur zu sehr langen Einsozialisierungszeiten, sondern leistet der Tendenz zum 'Hinterbänkklertum' Vorschub. Die 'naiven', dem Horizont der Klientel am nächsten liegenden Fragen, müssen sich gegen eine eingespielte Kommunikationskultur behaupten.

Es sind demnach nicht die Experten-Laien-Differenz oder Qualifikationsdefizite als solche, die das Einbringen alltagsweltlicher Urteile erschweren, sondern auch die Regeln der Kooperation, die sich unter Zeit- und Entscheidungsdruck einschleifen. In diesem Zusammenhang ist von unseren Gesprächspartnern auch auf die Bedeutung informeller Zusammenkünfte hingewiesen worden, wie sie in einigen Trägern praktiziert werden, z.B. als abendliches Beisammensein im Tagungshotel oder in Form von Klausurtagungen, auf denen ohne Entscheidungsdruck diskutiert werden kann. Die Wichtigkeit solcher Veranstaltungen wird verständlich, wenn in den Gremien selbst nicht unbefangen diskutiert werden kann.

Die Anforderungen an die Praxisgerechtigkeit von Maßnahmen tangiert auch die Zusammensetzung der Selbstverwaltungsorgane. Die augenfälligste Differenzierung ist zwar die Arbeitnehmer-Arbeitgeber-Parität, aber innerhalb der beiden Seiten gibt es weitere Unterscheidungen. Auf Arbeitnehmerseite stehen sich verschiedene Gewerkschaften mit ihrer jeweiligen Klientel gegenüber, während es auf Arbeitgeberseite unterschiedliche Interessenlagen zwischen Vertretern großer und kleiner Betriebe, wirtschaftlich starker und schwächerer Branchenteile geben kann. Quer zu diesen Linien laufen zusätzliche Differenzierungen nach Berufen, Regionen, Beschäftigtenstatus, Alter etc., die von Fall zu Fall die 'Lagergrenzen' übersteigende Interessenkoalitionen stiften. Z.B. sind sich bei einem Gemeindeunfallversicherungsverband die Vertreter der kleinen Gemeinden auf Arbeitnehmer- und Arbeitgeberseite in bestimmten Punkten näher als innerhalb der beiden Seiten (z.B. bei der Frage von Wegeunfällen, die dort wesentlich häufiger vorkommen als in den Städten aufgrund längerer Anfahrtswege von Beschäftigten und Schülern). Die Entscheidungsstrukturen sind demnach wesentlich 'uneindeutiger' als es die Halbparität

vermuten läßt. Die Problemstellungen selber sind oft komplexer und bei den teilweise sehr heterogenen Mitgliedschaften der Träger sperren sie sich gewissermaßen gegen die Reduktion auf die Arbeitnehmer-Arbeitgeber-Dimension. Die Loyalitätsverpflichtung gegenüber der eigenen Gruppe kann dann mit den spezifischeren Interessen kollidieren.

6 Ausblick: Weiterentwicklung der Selbstverwaltung?

Bei der Sicherstellung von Bedarfs- und Adressatengerechtigkeit in der Prävention fiele also der Selbstverwaltung die Funktion eines Scharniers zwischen material-sachlichen Problemlagen und betrieblichen Anforderungen einerseits und deren organisatorischen und regulativen Verarbeitung andererseits zu. Dabei haben wir die bessere Entfaltung eines 'alltagspraktischen' Potentials als notwendige Voraussetzung dafür beschrieben. Die Ausübung einer so verstandenen Rolle bedeutet in erster Linie, die administrativ-bürokratischen Entscheidungen an ihren politisch-materialen Zielen zu messen und einem permanenten 'Praxistest' zu unterziehen.

Ein solches Leitbild fehlt aber für die Soziale Selbstverwaltung. In unseren Erhebungen haben wir sehr unterschiedliche Selbstverständnisse und Modi der Einflußnahme in der Selbstverwaltung kennengelernt: vom Hinterbänkler über den Kontrolleur der Verwaltung oder der jeweiligen Gegenseite bis zum trägerpolitischen Steuerer. Die Rolle als Mandatsträger in der Sozialen Selbstverwaltung ist demnach hoch interpretationsbedürftig und ausdeutbar.

Die Chancen, die Selbstverwaltung im Sinne dieses alltagspraktischen Potentials weiterzuentwickeln, scheinen derzeit allerdings nicht besonders günstig zu sein. Lediglich in der Unfallversicherung wird sie - im Streit um eine neue Kompetenzverteilung mit dem staatlichen Arbeitsschutz - als die institutionelle Stärke herausgestellt, die Praxisnähe und Akzeptanz von Entscheidungen garantiere.

Dagegen lassen die jüngsten Entwicklungen in der GKV eher gegenläufige Tendenzen erwarten. Zum einen wurden durch die inzwischen durchgeführte *Organisationsreform der GKV* die beiden Selbstverwaltungsorgane Vorstand und Vertreterversammlung zu einem ehrenamtlichen Verwaltungsrat zusammengeführt und die bisherige Geschäftsführung durch einen hauptamtlichen Vorstand ersetzt. Damit ist eine Verkleinerung der Selbstverwaltungsorgane, die 'Verberuflichung' bisher ehrenamtlich durchgeführter Aufgaben und die Neuschneidung der Kompetenzen zwischen Selbstverwaltung und Geschäftsführung verbunden: während dem Verwaltungsrat „Entscheidungen von grundsätzlicher Bedeutung“ übertragen sind, ist der Vorstand eigenverantwortlich für deren Umsetzung zuständig. Die genaue Abgrenzung der einzelnen Zuständigkeiten und die Regeln der Zusammenarbeit sind

durchaus umstritten¹⁴ und werden sich in der Praxis jeweils konkret einspielen müssen. In der Tendenz zeichnet sich auf jeden Fall ein Rückzug der Selbstverwaltung aus dem 'Tagesgeschäft' ab, der - als 'Entlastung' von routinemäßigen Verwaltungsaufgaben interpretiert - die Konzentration auf trägerpolitische Aufgaben ermöglichen soll. Auf der anderen Seite soll dem Vorstand mehr unternehmerische Flexibilität zukommen mit der Absicht, die Kasse als Wirtschaftsunternehmen durch ein professionelles Management zu stärken.

Zu diesen innerorganisatorischen kommen trägerübergreifende Restrukturierungen. Das GSG erleichtert den *Zusammenschluß der Kassen* und hat so zahlreiche Fusionen einzelner Träger zu größeren Einheiten befördert. Hintergrund ist der kassenarten-interne Finanzausgleich und die Nivellierung der Beiträge innerhalb einer Kassenart. Diese Zentralisierungsprozesse sind mit einer weiteren drastischen Reduktion von Selbstverwaltungen verbunden: bei den Allgemeinen Ortskrankenkassen verringerte sich die Zahl der Einzelträger von 264 auf nunmehr 20. Dieser radikale Abbau wird lediglich abgemildert durch die parallel erfolgte Einrichtung sog. Regionalbeiräte, als verbliebene Selbstverwaltungsorgane. Sie sind teilweise bei den ehemaligen Einzelträgern angesiedelt und mit Mitgliedern der ehemaligen Organe besetzt. Allerdings verfügen sie nicht annähernd über die Kompetenzen der 'klassischen' Organe (obwohl sie bei manchen Trägern per Satzung aufgewertet wurden). Die hauptamtlichen Regionaldirektionen sind nicht ihnen, sondern den zentralen Selbstverwaltungs-Organen verantwortlich. Somit sind die Voraussetzungen für eine Einflußnahme dieser regionalen Gliederungen sind eher ungünstig.

Grundsätzlich jedoch beinhaltet der Bezug in die als Sozialraum verstandene Region ein tragfähiges Potential. Auch der DGB mißt den Regionalbeiräten eine wichtige Funktion bei der Formierung und Artikulation von Interessen auf kommunaler und örtlicher Ebene bei.¹⁵ Ob der dort zum Ausdruck gebrachte Optimismus allerdings berechtigt ist, ob sich also die Regionalbeiräte als wichtiges Bindeglied zur Betroffenen- bzw. Problemebene etablieren können oder lediglich ein 'Sozialplan' für die aufgelösten Selbstverwaltungen bleiben, muß die zukünftige Entwicklung zeigen. Zur Zeit scheint es erhebliche Unterschiede in den Aktivitäten der einzelnen Regionalbeiräten zu geben. Zwar sind ihnen inhaltlich praktisch keine Grenzen der Thematisierung gesetzt, aber durch den Wegfall der 'klassischen' Selbstverwaltungsbefugnisse sind die Hürden der Einflußnahme deutlich höher als zuvor. Für die Bereitschaft zum Engagement bei Betroffenen und Bürgern dürfte die jetzige Konstellation nicht gerade einen Anreiz darstellen.

14 Vgl. die Kontroverse zwischen Harry Fuchs und Franz Josef Oldiges in: Soziale Sicherheit, H. 7/94 und H. 8-9/1994. Fuchs leitet aus der gestiegenen trägerpolitischen Verantwortung der Selbstverwaltung weitgehende Kontrollbefugnisse des Verwaltungsrates gegenüber dem Vorstand ab. Demgegenüber reklamiert Oldiges im Hinblick auf die umfassenden Verwaltungsaufgaben größere dispositive Spielräume des Vorstandes im Sinne moderner und als Wettbewerbsparameter verstandener Führungs- und Organisationsgrundsätze.

15 Vgl. DGB Bundesvorstand (Hg.) 1994, 91 ff.

Mit den zwei Reduktionsschritten - Organisationsreform und Kassenfusionen - dürfte eine Verstärkung der Tendenzen einhergehen, die in der Literatur schon lange als wesentliche Hemmnisse der Entfaltung des Prinzips der Sozialen Selbstverwaltung benannt wurden: Zentralisierung und verbandliche Mediatisierung der Willensbildung, 'Verberuflichung' der Mandatsträger, Distanzierung von der Betroffenen- bzw. Problemebene, Verringerung der Repräsentationschancen von Versicherten- gruppen, 'partizipatorisches Defizit' und ein Bedeutungszuwachs der hauptamtlichen Verwaltungsspitzen, insgesamt also ein Zurückdrängen des 'Laien-Elements'.

In dieser für die Soziale Selbstverwaltung kritischen Übergangssituation entwickeln sich jenseits der Institutionalisierung eine Reihe bemerkenswerter Initiativen: Sowohl in der kommunalen als auch der betrieblichen Gesundheitsförderung werden neue Formen der Bürger- und Betroffenenpartizipation, der Kooperation von Experten und Laien erprobt. Auf kommunaler Ebene sind es insbesondere die Gesundheitskonferenzen, in denen die Vernetzung der jeweils nur partiell zuständigen Institutionen und die sachbezogene Kooperation von Professionellen und Experten des Gesundheitssystems mit betroffenen Bürgern und Nutzern dieses Systems systematisch angelegt ist.¹⁶ Im betrieblichen Gesundheitsschutz wurden insbesondere vor dem Hintergrund der Versorgung von Kleinbetrieben eine Reihe von Modellen und Projekten mit ähnlicher Zielsetzung entwickelt.¹⁷ Dies belegt, daß die heute an präventiven Problemstellungen Interessierten sich ebensogut in Selbsthilfegruppen und -organisationen, Gesundheitskonferenzen, Patientenschutzbünden, Kontaktstellen und anderen Initiativen finden, wie in den Gewerkschaften. Gegenüber den von dort Rekrutierten verfügen sie aber eher über eine aus ihrer unmittelbaren Betroffenheit gespeiste, 'intrinsische' Motivation und Partizipationsbereitschaft. Die 'benachteiligten Gesellschaftsgruppen', in deren Interesse die Sozialversicherung in ihren Anfängen antrat, artikulieren sich heute dort. Existenz und Verbreitung solcher Verbände verweisen nicht nur auf Defizite der organisierten Interessenvertretung.¹⁸ Sie sind ebenso Ausdruck „der Pluralisierung und konstanten Neuformierung von Gruppen, Lebenslagen, und Interessen“¹⁹ der Zivilgesellschaft generell. Die Differenziertheit von Arbeitsbedingungen und 'Lebenslagen' kann nicht mehr allein im herkömmlichen Modell gewerkschaftlicher Mitbestimmung eingefangen und eingelöst werden, weil die Arbeitnehmerorganisationen nur in eingeschränkter Weise ein Spiegelbild der 'Sozialbürger' darstellen. Im Engagement der Initiativen wird die trügerschaftliche, 'versäulte' Fragmentierung des Problemfeldes 'Gesundheit' überschritten. Will man an der Partizipation im Sozialstaat festhalten, dann ist die Unterstützung solcher überbetrieblicher und regionaler Gruppierungen zwingend.

16 Vgl. Brandenburg/Nowak/v.Ferber, 1994

17 Vgl. Ulrich Pröll (Hg.), 1996

18 Standfest 1986

19 Evers 1990, 29

Für die Selbstverwaltung liegen hier Chancen der Verbreiterung ihres Rekrutierungsfeldes bzw. ihrer Repräsentationsbasis. Die Gewinnung solcher, außerhalb des traditionellen 'Einzugsbereichs' der Gewerkschaften engagierten Bürger wäre eine Bereicherung für die Selbstverwaltung. Umgekehrt wäre über den Beitrag der über regionale Problem- und Interessenlagen vernetzten Selbstverwaltung z.B. zu solchen Gesundheitskonferenzen nachzudenken.

Mit der 'Öffnung' der Selbstverwaltung wären anspruchsvolle Kooperations- und Koordinationsaufgaben verbunden und andere Kommunikationsformen zwingend. Durch die Einbeziehung 'freier' Klienten würden sich z.B. die gruppeninternen Vorbesprechungen erübrigen. Die Verabredung einer gemeinsamen Linie innerhalb der Gruppen könnte einem offeneren Austausch und Abgleich der verschiedenen Probleme, Interessen und Kompetenzen weichen und würde so eine stärker sachbezogene Auseinandersetzung ermöglichen. Dazu bedarf es methodisch der Bereitschaft und Fähigkeit, die eigene Binnenperspektive mit der Perspektive des Gegenübers abzugleichen. Diese soziale Kompetenz kann sich aber nur in einem entsprechenden, der Thematisierung alltagspraktischer Urteile und Begründungen förderlichen 'setting' entfalten. Eine Kommunikationskultur, in der die 'naiven' Fragen das Verwaltungsgeschäft stören, dürfte dem schwerlich gerecht werden. Gleichzeitig sind damit hohe Anforderungen an die Moderation gestellt. Schließlich würde dies auch ein anderes Verständnis des gewerkschaftlichen Mandats in der Sozialversicherung beinhalten: nicht allein als Interessenvertretung der Arbeitnehmer, sondern als Organisation der Partizipation im Sozialstaat im gesamtgesellschaftlichen Interesse.

Literatur

- Brandenburg, Alexander, Meinolf Nowak, Christian v. Ferber (1994): Vernetzung und Bürgerbeteiligung durch Gesundheitskonferenzen; in: Soziale Sicherheit 7, 247-248
- Braun, Bernard (1996): Bewußtseinsformen und gesundheitspolitische Einstellungen gewerkschaftlicher Interessenvertreter in der Selbstverwaltung der GKV. Bremerhaven
- DGB Bundesvorstand (Hg.) (1994): Neue Wege der Zusammenarbeit von Selbstverwaltung und Selbsthilfe. Zukunftsaufgabe Gesundheitsförderung in Kooperation. Düsseldorf
- Evers, Adalbert (1990): Pluralismus, Fragmentierung und Vermittlungsfähigkeit; in: Alf Trojan, Helmut Hildebrandt (Hg.): Brücken zwischen Bürgern und Behörden. Innovative Strukturen für Gesundheitsförderung. St. Augustin
- Ferber, Christian von (o.J., [1976]): Soziale Selbstverwaltung - Fiktion oder Chance? Bonn-Duisdorf
- Fuchs, Harry (1994): Der Verwaltungsrat in der GKV nach der Selbstverwaltungsreform des GSG; in: Soziale Sicherheit 7, 249-253
- Göckenjahn, Gerd (1980): Politik und Verwaltung präventiver Gesundheitssicherung; in: Soziale Welt 2, 156-175

- Oldiges, Franz-Josef (1994): Vorstand und Verwaltungsrat in der GKV nach der Selbstverwaltungsreform des GSG.; in: Soziale Sicherheit 8-9, 308-311
- Pröll, Ulrich (1991): Arbeitsschutz und neue Technologien. Handlungsstrukturen und Modernisierungsbedarf im institutionalisierten Arbeitsschutz. Opladen
- Pröll, Ulrich (Hg.) (1996): Regionale Kooperationsnetzwerke Arbeit und Gesundheit. Modelle - Projekte - Erfahrungen. Düsseldorf
- Slesina, Wolfgang, Alfons Schröer, Christian v.Ferber (1988): Soziologie und menschengerechte Arbeitsgestaltung; in: Soziale Welt 2, 205-223
- Standfest, Erich (1977): Soziale Selbstverwaltung. Zum Problem der Partizipation in der Sozialpolitik; in: KZfSS Sonderheft, 424-437
- Standfest, Erich (1986): Soziale Sicherungssysteme, Sozialpolitik, Sozialstaat und Wirtschaftsdemokratie; in: Die Mitbestimmung 8-9, 478-480
- WSI-Studie zur Wirtschafts- und Sozialforschung Nr. 35 (1978): Sozialpolitik und Selbstverwaltung. Zur Demokratisierung des Sozialstaats. Köln, 2. Auflage

Anschrift der Verfasserin:

Christine Fromm
Sozialforschungsstelle Dortmund
Landesinstitut
Rheinlanddamm 199
44139 Dortmund