

Soziale Selbstverwaltung und Rehabilitation

Untersuchung von Optimierungsmöglichkeiten in der Sozialversicherung

Karl-Heinz Köpke

in Kooperation mit Prof. Dr. Felix Welti

Abschlussbericht Projekt:

„[Soziale Selbstverwaltung und Rehabilitation](#)“, (S-2014-686-4)

Gefördert durch die Hans-Böckler-Stiftung

Kassel/Düsseldorf, Dezember 2017

Köpke, Karl-Heinz, war von 1976 bis 1999 Mitglied in zahlreichen Gremien der sozialen Selbstverwaltung, insbesondere in der Kranken- und Rentenversicherung sowie in Gremien der früheren Bundesanstalt für Arbeit. Er war langjährig als Sozialrechtssekretär beim Deutschen Gewerkschaftsbund (DGB) vor den Sozialgerichten in Schleswig-Holstein tätig. Diese Erfahrungen setzte er anschließend in der praktischen Sozialpolitik ein. Er war DGB-Kreisvorsitzender in Kiel/Plön, später dann stellvertretender Vorsitzender des DGB-Landesbezirks Nordmark. Als Versicherten- und Arbeitnehmervertreter war er u.a. Vorstandsvorsitzender der Landesversicherungsanstalt (LVA) Schleswig-Holstein, Mitglied im Vorstand des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) und im Verwaltungsrat der früheren Bundesanstalt für Arbeit. Über lange Jahre gehörte er wechselnd als Vertreter des VDR und des DGB – zuletzt bis 2011 – der Mitgliederversammlung bzw. dem Vorstand der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V. (BAR) an.

Karl-Heinz Köpke lebt in Hamburg und engagiert sich weiter in der Sozialpolitik, u.a. als Autor sozialpolitischer Fachthemen.

Welti, Felix, Prof. Dr. iur. Studium und Promotion an der Universität Hamburg, Habilitation an der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel. Nach Tätigkeiten an der Universität Hamburg, der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main, der Carl-von-Ossietzky-Universität Oldenburg und der Hochschule Neubrandenburg seit 2010 Leiter des Fachgebiets Sozial- und Gesundheitsrecht, Recht der Rehabilitation und Behinderung an der Universität Kassel im Fachbereich Humanwissenschaften. Ehrenamtlicher Richter am Bundessozialgericht und ehrenamtlicher Richter am Landesverfassungsgericht Schleswig-Holstein. Zahlreiche Publikationen zu den Themen Recht behinderter Menschen, Sozial- und Gesundheitsrecht sowie Öffentliches Recht und Europarecht. www.felix-welti.de

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	5
Abkürzungsverzeichnis	8
Vorbemerkung und Einleitung	11
1 Rahmenbedingungen.....	14
1.1 Soziale Sicherung.....	14
1.2 Rehabilitation	16
1.3 Soziale Selbstverwaltung	27
2. Rehabilitation als ständige Herausforderung	40
2.1 Einleitung.....	40
2.2 Bausteine der Rehabilitation in der Sozialversicherung.....	42
2.3 Die BAR als Sachwalterin und Gestalterin von Rehabilitation nach dem SGB IX	49
3. Bestandsaufnahme	51
3.1 Erfassung empirischer Fakten	51
3.2 Befragung von Selbstverwalterinnen und Selbstverwaltern.....	56
3.3 Befragung von Listenträgern.....	71
3.4 Umsetzung von Rehabilitation	78
3.5 Weitere Erfahrungen und Einschätzungen	94
4. Zusammenfassung der Bestandsaufnahme.....	108
4.1 Selbstverwaltung vor wachsenden Herausforderungen.....	108
4.2 Erwartungen und Politik	122

4.3 Beiträge der Selbstverwalter als Sozialpartner und Listenträger.....	130
4.4 Forschung und Wissenschaft.....	132
5. Folgerungen und Handlungsoptionen	135
5.1 Vorbemerkungen.....	135
5.2 Soziale Selbstverwaltung und Sozialpartnerschaft.....	136
5.3 Sozialpartnerschaft in der Bewährung	137
5.4 Soziale Selbstverwaltung vor aktuellen Herausforderungen	139
5.5 Reformansätze für eine optimierte Selbstverwaltung.....	148
6. Soziale Selbstverwaltung zwischen Risiko und Chance – ein nachdenkliches Resümee.....	150
Literaturverzeichnis	153
Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation und das Bundesteilhabegesetz (Prof. Dr. iur. Felix Welti).....	163
1. Die BAR im Gesetzgebungsverfahren	163
2. Bewertung und Ausblick.....	170
Stichwortverzeichnis.....	175
Anhang.....	178
A.1 Kurzfragebogen.....	178
A.2 Themenfelder für die Expertenbefragung	180
A.3 Auswertungsinstrument.....	182
A.4 Informationsblatt „Sozialwahlen 2017“ für Selbstverwalterinnen und Selbstverwalter.....	185

Zusammenfassung

Zentrales Ziel der Studie ist die soziale Selbstverwaltung als ein Instrument zur Schaffung von sozialer Gerechtigkeit und Sicherheit. Am Beispiel von Leistungen zur Teilhabe der Sozialversicherung – Rehabilitation – wurde ihre Wirksamkeit untersucht, um sie zu optimieren.

Ausgangspunkt waren das Sozialstaatsgebot des Grundgesetzes in seiner Ausprägung durch das Sozialgesetzbuch, insbesondere das SGB I vom 11. Dezember 1975. Erfasst wurden auch wesentliche nachfolgende Regelungen – vom SGB IX vom 19. Juni 2001 über die UN-Behindertenrechtskonvention vom 13. Dezember 2006 bis hin zur aktuellen Entwicklung im Bundesteilhabegesetz (BTHG) vom 23. Dezember 2016.

Den Schwerpunkt bildeten Praxiserkundungen. Dazu wurden Selbstverwalter in den Organen der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung, der gesetzlichen Unfallversicherung und der gesetzlichen Rentenversicherung sowie der gesetzlichen Arbeitsförderung befragt. Einbezogen wurde auch vorschlagsberechtigte Organisationen i. S. von § 48 SGB IV.

Diese Bestandsaufnahme zeigte – bei allen Besonderheiten – das Bild einer Gesellschaft, deren Menschen gegen elementare Beeinträchtigungen ihrer Lebensgrundlagen weitgehend abgesichert sind. Diese Sozialleistungen bieten zugleich eine Grundlage für die Entfaltung ihrer Persönlichkeit.

Maßgebend für diese positive Bilanz sind auch Verfahren und Methoden der sozialen Selbstverwaltung. Sie wird mit ihren Versicherten- und Arbeitgebervertretern ihrer Aufgabe, die Erfahrungen und Nöte der Versicherten der Verwaltung nahezubringen und deren Handeln sozial und lebensnah zu machen, gerecht. So ist dieses Ergebnis nicht nur die Folge von Gesetzen, sondern beruht auch auf deren Umsetzung auf sozialpartnerschaftlicher Basis.

Allerdings zeigten sich auch Schwächen und Unzulänglichkeiten in der Ausführung. Dadurch wird aus der mit der Studie bezweckten Optimierung der sozialen Selbstverwaltung eine besonders herausfordernde Aufgabe.

Aus der Bestandsaufnahme haben sich folgende generellen Erkenntnisse und Handlungsempfehlungen herausgeschält:

Ausgangspunkt sind Versicherte als Ziel sozialstaatlicher Rechtssetzung. Es war zu untersuchen, auf welche Weise ihnen mit den Mitteln staatlicher Sozial-

politik bestmöglich geholfen werden und was die soziale Selbstverwaltung dazu beitragen kann.

Die Studie hat gezeigt, dass dieses Ziel von allen Akteuren auf dem Gebiet der Sozialpolitik gefördert, unterstützt und beeinflusst werden kann, den Listenträgern unmittelbar und in ihrer Rolle als Sozialpartner, den Versicherungsträgern, den Selbstverwaltern persönlich und der Politik. Dies gilt in Sonderheit für die führenden Verbände der Arbeitswelt, den Deutschen Gewerkschaftsbund (DGB) und die Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA). Beide haben in der Vergangenheit vielfach gezeigt, dass ihre Auffassung über die Gestaltung von Sozialpolitik oft übereinstimmt. Dies erscheint heute als ein wertvolles Kapital, das indes seine zielfördernden Kräfte noch stärker entfalten könnte.

Vor diesem Hintergrund ist die Selbstverwaltung selbst als kollektive Personeneinheit zu nennen. Sie ist kraft Gesetzes Bestandteil der Versicherungsträger (§ 29 Abs. 1 SGB IV) und wird durch Versicherte und Arbeitgeber (§ 29 Abs. 2 SGB IV) ausgeübt. Ihre Aufgabe ist es, mit ihrer sozialen und lebensweltlichen Kompetenz die vom Staat festgesetzten Sozialleistungen „zur *Verwirklichung sozialer Gerechtigkeit und sozialer Sicherheit einschließlich sozialer und erzieherischer Hilfen zu gestalten.*“ (§ 1 Abs. 1 SGB I).

Dazu braucht die Selbstverwaltung Klarheit über das Ziel, insbesondere zu der Frage: Was soll sie erreichen, was ist ihre Rolle? Dies scheint im umfassenden Sinne noch nicht ausreichend geklärt. So zu vermuten, legt die Befragung von Organmitgliedern in den Gremien nahe. Sichtbar wurde diese Eigenart etwa bei Mandaten in einer sog. Stufenfunktion, so zum Beispiel in der GKV im Zusammenhang mit dem Wettbewerb. So könnte es dem Ziel des Gesetzes zuträglich sein, die Listenträger suchten und entwickelten gemeinsam einen Weg zu einem sachgerechten Verständnis von Selbstverwaltung – als kollektives Gremium und als einzelne Mandatsträger.

In diesem Zuge könnten auch Anregungen förderlich sein, die einer angemessenen Repräsentativität der Gremien – etwa durch Frauen oder von Regionen – den Weg ebnen würden.

Gemeinsame Überlegungen bieten sich u. U. auch zur Qualifizierung von Selbstverwaltern an. Dazu haben DGB und BDA bereits vor Jahren gemeinsame Positionen formuliert. Sie könnten ergänzt werden. Versicherungsträger führen –

das zeigte die Bestandserhebung – auf unterschiedliche Weise Bildungsmaßnahmen durch. Allerdings ist deren Inanspruchnahme nicht sicher erkennbar, sollte – zusammen mit weiteren Fördermöglichkeiten der Träger – ggf. näher erkundet werden. Ähnliches gilt für Bildungs- und Schulungsmaßnahmen der Listenträger.

DGB und BDA haben in der Vergangenheit durch gemeinsames Handeln gezeigt, dass sie mit ihren Vertretern in den Gremien der hohen Verantwortung gerecht werden. Dies ermutigt in dieser Passage, den Blick noch einmal auf den eingangs genannten Ausgangspunkt zu richten, um die Chance des Bundesgesetzgebers im BTHG mit dem langjährig erprobten gemeinsamen Handeln in der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V. (BAR) in den Fokus zu nehmen.

So bleibt schließlich noch, „die“ Politik anzusprechen. Sie sollte Gelegenheit nehmen, darüber nachzudenken, ob sie mit der zunehmenden „Justizialisierung“ und Verkomplizierung der Rechtsnormen dem Auftrag der Mütter und Väter des SGB, insbesondere des SGB IX, auch heute noch gerecht wird – mit Blick auf die Adressaten des Gesetzes als auch auf die in Verantwortung gesetzte Selbstverwaltung. Dies gilt gleichermaßen mit Blick auf den Trend der Zurückdrängung der sozialen Selbstverwaltung auf verschiedenen Feldern. Ihr Handlungsraum darf nicht weiter eingengt werden.

Die Studie gibt überprüfungswürdige Anstöße. Dies könnte die bewährte und erprobte Sozialpartnerschaft der vergangenen sechs Jahrzehnten als Aufgabe empfinden, gemeinsam und konsensorientiert das Gespräch mit allen Beteiligten, insbesondere der verantwortlichen Politik zu suchen, um der Gefährdung des Sozialstaates Einhalt zu gebieten, ihn vielmehr „aufzufrischen“ für eine gesamt-europäische Lebensgrundlage.

Abkürzungsverzeichnis

ADBW	Arbeitsgemeinschaft der Bildungswerke der Deutschen Wirtschaft
AFG	Arbeitsförderungsgesetz
AOK-BV	AOK-Bundesverband GbR
ASU	Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Umweltmedizin ASU Zeitschrift für medizinische Prävention
BAR	Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V.
BDA	Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände
BdS	Büro der Selbstverwaltung
BEM	Betriebliches Eingliederungsmanagement
Betsi	Beschäftigungsfähigkeit teilhabeorientiert sichern
BGM	Betriebliches Gesundheitsmanagement
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BTHG	Bundesteilhabegesetz
BVerfG	Bundesverfassungsgericht
BWB	Bundewahlbeauftragter für die Sozialversicherungswahlen
CSR	Corporate Social Responsibility
DAG	Deutsche Angestelltengewerkschaft
DBR	Deutscher Behindertenrat
DGB	Deutscher Gewerkschaftsbund
DGRW	Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften e.V.
DGUV	Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V.
DRV	Deutsche Rentenversicherung
DVfR	Deutsche Vereinigung für Rehabilitation
EU	Europäische Union
EWG	Europäische Wirtschaftsgemeinschaft

GDA	Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie
GE	Gemeinsame Empfehlungen
GG	Grundgesetz
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-SVSG	GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetz
GKV-VSG	GKV-Versorgungsstärkungsgesetz
GRV	Gesetzliche Rentenversicherung
GS	Gemeinsame Servicestelle
GuP	Gesundheit und Pflege
GUV	Gesetzliche Unfallversicherung
GVG	Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V.
HBS	Hans-Böckler-Stiftung
HK	Handkommentar
HwO	Handwerksordnung
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
IAG	Institut für Arbeit und Gesundheit
ILO	International Labour Organisation
IuAVG	Gesetz betr. die Invaliditäts- und Altersversicherung
KV	Krankenversicherung
KWG	Kreditwesengesetz
KMU	Kleine und mittlere Unternehmen
LTA	Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
LVA	Landesversicherungsanstalt
MBOR	Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
MDS	MDK-Spitzenverband
PrävG	Präventionsgesetz

RehaAnglG	Rehabilitations-Angleichungsgesetz
RV	Rentenversicherung
RVaktuell	Fachzeitschrift der DRV
RVOrgG	Gesetz zur Organisationsreform der gesetzlichen Rentenversicherung
RVO	Reichsversicherungsordnung
SGB	Sozialgesetzbuch
SDSRV	Schriftenreihe des Deutschen Sozialrechtsverbandes
S-Büro	Büro der Selbstverwaltung
SGb	Sozialgerichtsbarkeit
SGG	Sozialgerichtsgesetz
SoFo	Sozialer Fortschritt
SozSich	Soziale Sicherheit
SRa	SOZIALRECHT aktuell
SRH	Sozialrechtshandbuch
SuP	Sozialrecht und Praxis
SV	Selbstverwaltung
SVLFG	Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau
SWK BR	Stichwortkommentar Behindertenrecht
UN-BRK	Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen
UV	Unfallversicherung
UVMG	Unfallversicherungs-Modernisierungsgesetz
UWG	Gesetz gegen den unlauteren Wettbewerb
WdK	Welt der Krankenversicherung
WHO	Weltgesundheitsorganisation der UN

Vorbemerkung und Einleitung

„Denken in Säulen ist historisch in Ordnung, heute aber nicht mehr zeitgemäß.“
(Dr. Rolf Schmachtenberg, BMAS, auf einer Tagung des DGB am 8. März 2016.)

Die konstitutive Ordnung einer Gesellschaft ist vor allem daran zu erkennen, wie die gemeinsamen Interessen und Handlungsbedarfe ihrer (Mit-)Glieder zum Schutz und zur Entfaltung der Persönlichkeit gestaltet sind. Gemeinhin zeigen sich vielfältige Regelungen mit differenten Teil-Elementen von Eigenständigkeit und gegenseitiger Hilfe; Deutschland hat im Laufe der Zeit unterschiedliche Erscheinungsformen erfahren.

Staatliche Politik begünstigte gegen Ende des 19. Jahrhunderts die Ansätze kollektiver Hilfe und Unterstützung. In der „Kaiserlichen Botschaft“¹ vom 17. November 1881 hatte Reichskanzler *Fürst Otto von Bismarck* – ausgelöst durch zunehmende soziale Unruhen – vor dem 5. Deutschen Reichstag für das Kaiserreich bekundet, „(...)die Heilung sozialer Schäden nicht ausschließlich im Wege der Repression sozialdemokratischer Ausschreitungen, sondern gleichmäßig auf dem der positiven Förderung des Wohles der Arbeiter zu suchen“. Dies war die Geburtsstunde der gesetzlichen Sozialversicherung. In dieser Botschaft war die „Förderung des Wohles“ durch Absicherung „in der Form korporativer Genossenschaften unter staatlichem Schutz und staatlicher Förderung“ als organisatorisches Ziel beschrieben. Bemerkenswert ist, dass neben solidarischer Hilfe das Kernelement sozialer Selbstverwaltung vorgesehen wurde. Letzteres wohl mit dem Ziel, den „engeren Anschluss an die realen Kräfte dieses Volkslebens“ zu suchen.

Zur Umsetzung dieser Absicht wurde grundlegend geregelt, dass diejenigen, in deren Wirkungskreis Gesundheitsrisiken beeinflusst werden können, es selbst in die Hand nehmen, dieses Risiko „aufzufangen“. Die Rahmenbedingungen gab der Staat vor, aber das „Wie“ der Abhilfe überließ er den Akteuren als gemeinsame Aufgabe. Damit wurden Versicherte, Arbeitgeber und Verwaltung eingebunden. Zugleich wurde bewirkt, dass der Verwaltung die Erfahrungen und Nöte

¹ Stenographische Berichte über die Verhandlungen des Reichstages. V. Legislaturperiode. I. Session 1881/82, Berlin 1882, S. 1 f.

der Versicherten nahegebracht wurden. So sollten ihre Entscheidungen sozial und lebensnah werden. Damit war auch die paritätische Selbstverwaltung² geboren. Sie hat sich seit mehr als einem Jahrhundert bewährt.

Diese weltweit einzigartige Gestaltung zentraler Herausforderungen einer Gesellschaft – Krankheit, Unfall und Invalidität – soll mit dieser Studie, ergänzt um den Aspekt Arbeit, untersucht werden. Dazu soll insbesondere den Fragen nachgegangen werden, auf welche Weise eine erhöhte Wirksamkeit erreicht werden kann.

Die Bedeutung der gesetzlichen Sozialversicherung unterstreichen die Zahl der erfassten Personen³ und die finanziellen Mittel⁴. Diese Daten – das in Zahlen gefasste Spiegelbild des Sozialstaats – machen deutlich, welch hohes Maß an Verpflichtung den Sozialpartnern als Vertreter der Versicherten und der Arbeitgeber in kollektiver Verantwortung zugeordnet wurde. Ihre Dimensionen gebieten eine ständige Suche nach Optimierung.

Dazu will die Studie am Beispiel von rehabilitativen Instrumenten Handlungspotentiale der Selbstverwaltung herausarbeiten. Den Hintergrund bilden langjährige Erfahrungen des Verfassers in der sozialen Selbstverwaltung und der gesetzlichen Arbeitsförderung. Die Entwicklung nachhaltigkeitsorientierter Handlungselemente⁵ sei beispielhaft genannt.

Dass diese Erfahrungen in eine Studie einmünden, haben Impulse der Hans-Böckler-Stiftung und *Prof. Dr. iur. Felix Welti* von der Universität Kassel bewirkt. Ihnen gilt mein besonderer Dank. Es war hilfreich, dass die Sozialpartner, der Deutsche Gewerkschaftsbund und die Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände dieses Vorhaben gefördert haben. Zu nennen sind auch Tonia

2 Zu beachten ist, dass Arbeitgeber anfangs ein Drittel der Beiträge leisteten und dementsprechend an den Vorstandssitzen beteiligt waren; vgl. *Ayaß*, *SozSich* 2013, 422 (423).

3 Die Sozialversicherung erfasst nahezu 90 Prozent der Bevölkerung Deutschlands.

4 Sie entsprechen mit rund 533,6 Milliarden Euro (2013) der Summe der öffentlichen Haushalte von Bund (296,5 Milliarden Euro) und Ländern (240 Milliarden Euro) zusammen. Oder mit 18,3 Prozent fast einem Fünftel des Bruttoinlandsprodukts (BIP) von 2.915 Milliarden Euro. (vgl. Statistisches Bundesamt, Pressemitteilung Nr. 133 vom 10.04.2014).

5 Vgl. *Köpke*, *SozSich* 2004, S. 233–238; *Köpke*, *Die Rehabilitation* 2005, S. 344–352; *Köpke*, *DRV* 2007, S. 790–801.

Rambausek, Maïke Ball, Alexandra Richter und Michael Beyerlein mit hilfreicher Zuarbeit.

Diese Studie erfasst die gesetzliche Kranken-, Pflege-, Unfall- und Rentenversicherung sowie die gesetzliche Arbeitsförderung. Dies gilt auch für zweigspezifische und -übergreifende Organisationen bis hin zum „Brückenträger“ zwischen Gesetzgeber und Adressaten, der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR).

Die Studie ist auf Rehabilitation ausgerichtet, wohl wissend, dass die UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) die Teilhabe – nicht nur gesundheitlich – eingeschränkter Menschen zum obersten Ziel erklärt hat. Der Gleichberechtigung wurde – soweit opportun – Rechnung getragen. Soweit möglich wurde auch das Bundesteilhabegesetz berücksichtigt.

Bleibt nur noch, diesem Dank den Wunsch hinzuzufügen, dass die Anregungen viele Impulse zur Verwirklichung auslösen mögen.

Hamburg/Kassel, im Herbst 2017

Karl-Heinz Köpke

1 Rahmenbedingungen

1.1 Soziale Sicherung

1.1.1 Grundlagen, Wesen und Struktur

„Die Bundesrepublik Deutschland ist ein demokratischer und sozialer Bundesstaat“ (Art. 20 Abs. 1 Grundgesetz). Dies ist das Fundament aller sozialen Sicherung in Deutschland. Seine Bausteine sind staatliche Gesetze.

Die prägenden Wesenszüge dieser Sicherung bilden eine Pflichtversicherung derjenigen, die zur Sicherung der wirtschaftlichen Existenz und Entfaltung ihrer Persönlichkeit einer Erwerbsarbeit nachgehen (müssen) und ein sozialer Ausgleich, der Risiken und Lasten unter den Versicherten und eine gleichgewichtige Finanzierung der Leistungen durch Versicherte und Arbeitgeber bei paritätischer Ausgestaltung des Leistungsvollzugs ermöglicht. Diese Grundelemente sind – unabhängig von späteren Differenzierungen – zurückzuführen auf die Kaiserliche Botschaft von 1881.

Der strukturelle Aufbau dieses Regelwerks ist jenseits aller Feinjustierung von den grundgesetzlichen Vorgaben von 1949 grundsätzlich fortgeführt worden. Dazu übernahm die Bundesrepublik das langjährig bestehende gegliederte System der Sozialversicherung aus gesetzlicher Krankenversicherung, gesetzlicher Unfallversicherung, gesetzlicher Rentenversicherung und gesetzlicher Arbeitsförderung.

So verbinden sich in diesem Aufbau – bei schematischer Darstellung – der solidarische Ausgleich der Risiken und Lasten mit den Geboten des föderalen Aufbaus Deutschlands (vgl. Art. 87 Abs. 2 GG). Dieses Kerngeflecht zeigt heute das Bild einer pluralistisch geprägten sozialstaatlichen Gesellschaft, die indes durch Anpassung ständig fortentwickelt werden will.

1.1.2 Soziale Sicherung als unverzichtbares Lebensfundament

Zwei Ziele bestimmen vor allem die Grundlagen eines würdevollen Lebens in Deutschland, dasjenige auf Entfaltung der Persönlichkeit und das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit. Diese Eckpfeiler können durch innere und äußere Umstände gefährdet werden. Treten derartige Risiken ein, ist es der Zweck der sozialen Sicherung, gleichwohl dem Betroffenen ein Leben in Würde zu ermöglichen. Diese Schutzfunktion wird präzisiert um die sozialen Rechte, wie sie in den §§ 2 bis 10 SGB I benannt sind.

Es ist die Aufgabe des Staates, zur Vermeidung sozialer Risiken Vorsorge zu treffen und ihrem Eintritt vorzubeugen. Dies folgt aus dem Sozialstaatlichkeitsgebot des Grundgesetzes. Dazu verfügt Deutschland über eine Reihe sozialer Gesetze, zuvörderst das Sozialgesetzbuch (SGB) von 1975 mit seinen zwölf Einzelbüchern, darunter vor allem das SGB IX – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen vom 19. Juni 2001⁶. Das Gesetzeswerk folgt dem Kerngedanken, dass die beste Sozialpolitik immer noch darin besteht, Risiken zu vermeiden. Dieses Idealbild trifft auf eine Realität, in der Beeinträchtigungen der Alltagsfähigkeit – auch durch Mangel an gesunder Arbeit – letztlich kaum vermeidbar erscheinen. Deshalb ist es auch die Aufgabe des Staates, präventive, kurative und rehabilitative Gesundheitsmaßnahmen zu fördern, sowie eine Arbeitsmarktpolitik anzustreben, die jedem Menschen einen angemessenen Platz in dieser Erwerbsgesellschaft ermöglicht.

1.1.3 Rehabilitation – wichtiger Baustein der sozialen Sicherheit

Rehabilitation kann – wenn präventive oder gesundheitsfördernde Maßnahmen nicht zum Tragen kamen oder keine hinreichende Wirkung erzielten – dazu beitragen, dass die Grundlagen zur Einkommenserzielung erhalten, gefestigt oder ggf. wiederhergestellt werden. Dazu sind in den einzelnen Büchern des Sozial-

⁶ Sozialgesetzbuch – Neuntes Buch – (SGB IX) Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen vom 19. Juni 2001; BGBl. I S. 1046. Nachfolgend wird der bisherigen Paragraphenfolge ggf. diejenige nach dem Bundesteilhabegesetz hinzugefügt.

gesetzbuches nach ihrer Entstehungsgeschichte Regelungen enthalten, die die jeweiligen Träger zu zielorientierten Handlungen und Maßnahmen verpflichten.

Hier wird bereits ein zentrales Problem unseres Systems der sozialen Sicherung sichtbar, nämlich seine gegliederte Struktur nach Risikobereichen⁷. Und damit die Frage, ob ein Denken und Handeln in historischen Säulen weiterhin zeitgemäß ist.

Der im Laufe der Jahre geschärfte Blick auf den einzelnen Menschen, vor allem denjenigen, der auf Grund von Beeinträchtigungen sein Lebenspotential nur begrenzt (aus)leben kann, führte zu verstärkten politischen Bemühungen, diese Aufsplitterung durch die Vorgabe gemeinsamen Handelns zu überwinden. Deutlichen Niederschlag fand dieser Wandel im Selbstverständnis insbesondere behinderter Menschen in einer Entschließung des Deutschen Bundestages aus dem Jahre 2000⁸, der die folgende Passage entnommen wurde: *„Im Mittelpunkt der politischen Anstrengungen stehen nicht mehr die Fürsorge und die Versorgung von behinderten Menschen, sondern ihre selbstbestimmte Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und die Beseitigung der Hindernisse, die ihrer Chancengleichheit entgegenstehen.“*⁹

Wie Rehabilitation verstärkt zur Risikoreduzierung – besser -vermeidung – und Potentialförderung beitragen kann, soll mit dieser Studie herausgearbeitet werden.

1.2 Rehabilitation

1.2.1 Zum Begriff von Rehabilitation

Der Begriff Rehabilitation hat eine von vielen Strömungen beeinflusste Entwicklung durchlaufen¹⁰. Inzwischen hat sich die Bezeichnung „Leistungen zur Teil-

⁷ Diese stehen nicht isoliert nebeneinander, sondern berühren, überschneiden, ergänzen sich, stehen auch manchmal unvereinbar zueinander.

⁸ BT-Drs. 14/2913, S. 3.

⁹ BT-Drs. 14/5074, S. 92.

habe“ als neuer Oberbegriff herausgebildet und den Namen des tragenden Gesetzes, SGB IX – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen, geprägt. Gleichwohl scheint es angebracht, in dieser Studie beim bisherigen Begriff Rehabilitation als umfassender Beschreibung zu bleiben, wohl wissend, dass der wissenschaftliche Läuterungsprozess in vollem Gange ist¹¹.

Demzufolge werden die Begrifflichkeiten in der Zielorientierung des geltenden Rechts zugrunde gelegt. Danach sind die Leistungen der Rehabilitation darauf gerichtet, „unabhängig von der Ursache der Behinderung die Behinderung abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern, Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, [...], [und] die Teilhabe am Arbeitsleben, [...] zu sichern.“¹²

Rehabilitation beschreibt „einen ganzheitlichen Ansatz, der über das Erkennen, Behandeln und Heilen einer Krankheit hinaus die wechselseitigen Beziehungen zwischen den Gesundheitsproblemen einer Person – beschrieben in der Form von Schädigungen, Beeinträchtigungen der Aktivitäten sowie der Teilhabe – und ihren Kontextfaktoren berücksichtigt, um einen bestmöglichen Rehabilitationserfolg im Sinne der Teilhabe am gesellschaftlichen und beruflichen Leben zu erreichen.“¹³ Dazu haben die Träger der Rehabilitation bekundet, „durch sinnvolles Ineinandergreifen ihrer Leistungen eine umfassende Rehabilitation und Teilhabe“ zu gewährleisten und gemeinsam darauf zu orientieren, „die Rehabilitation und die Leistungen zur Teilhabe noch wirksamer zu gestalten.“¹⁴

Die wissenschaftliche Grundlage von Rehabilitation orientiert sich „am biopsychosozialen Modell von Gesundheit und Krankheit der WHO und fokussiert primär auf die individuellen und sozialen Auswirkungen von (chronischer) Krankheit, Unfall und angeborenem Leiden oder des Alterns. Vorrangige The-

¹⁰ Vgl. Welti, Behinderung und Rehabilitation im sozialen Rechtsstaat, 2005, S. 118 ff.

¹¹ Welti, Behinderung und Rehabilitation im sozialen Rechtsstaat, 2005, S. 128.

¹² § 4 Abs.1 SGB IX.

¹³ BAR (Hrsg.), Rehabilitation und Teilhabe, 2005, S. 7.

¹⁴ So haben dies die Vereinigungen der Rehabilitationsträger, die Bundesagentur für Arbeit und die Spitzenverbände der Sozialpartner auf der Grundlage der Selbstverwaltung gemeinsam mit Bund und Ländern in der Präambel der Satzung der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. (BAR) vom 03. Dezember 2013 vereinbart.

men der Rehabilitationswissenschaften sind Entstehung, Verlauf und Prognose von Beeinträchtigungen der Leistungsfähigkeit und Teilhabe in Gesellschaft und Beruf [...] sowie die Weiterentwicklung des Rehabilitationssystems unter sich verändernden gesellschaftlichen und ökonomischen Rahmenbedingungen.“¹⁵

1.2.2 Entstehung, Entwicklung und Rechtsgrundlagen

Rehabilitation hat Tradition. Die Rentenversicherung zum Beispiel kennt sie seit 1889; schon damals sah ein Gesetz¹⁶ auf freiwilliger Basis Heilverfahren vor, „wenn zu befürchten war, dass die Erkrankung Invalidität zur Folge haben könnte und gegen die Versicherungsanstalt einen Rentenanspruch begründete.“¹⁷ Das Rehabilitationsrecht ist ohne Vorläufer im Schwerbeschäftigtengesetz von 1920 als faktische Folge des Ersten Weltkriegs kaum denkbar. Damals gesetzte Impulse, die vorrangig auf die Schadensbehebung abzielten, hatten jahrzehntelang Bestand und wurden erst in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts grundlegend fortentwickelt. Zu nennen sind vor allem das Gesetz über die Angleichung der Leistungen zur Rehabilitation – RehaAnglG – vom 7. August 1974 (BGBl. I, 1881), das SGB I von 11. Dezember 1975 (BGBl. I, 3015) und das SGB IX vom 19. Juni 2001 (BGBl. I, 1046). Ausdruck eines geläuterten Bewusstseins über den (Stellen-)Wert des Menschen und seinen Platz in der Gesellschaft war vor allem die Fortentwicklung zur ursachenvermeidenden Betrachtungsweise eines Schadens, aber auch eine politische Strömung in der gesamten Gesellschaft, die über die Diskussion über die Bildung einer Bundesanstalt für Rehabilitation bereits im Jahre 1969 zur Schaffung der Bundesarbeits-

¹⁵ DGRW (Hrsg.), Selbstverständnis und Zielsetzungen der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften e.V. (DGRW), www.dgrw-online.de/dgrw-im-ueberblick/home.html.

¹⁶ Invaliditäts- und Altersversicherungsgesetz (IuAVG) vom 22. Juni 1889, zit. nach Köpke, SozSich 2001, S. 15 ff.

¹⁷ LVA Schleswig-Holstein (Hrsg.), 100 Jahre Landesversicherungsanstalt Schleswig-Holstein, 1990, S. 49.

gemeinschaft für Rehabilitation e. V. (BAR) geführt hatte¹⁸. Das 1994 eingefügte grundgesetzliche Benachteiligungsverbot wegen einer Behinderung in Art. 3 Abs. 3 Satz 2 GG unterstrich diese Entwicklung hin zu einem neuzeitlichen Rehabilitationsrecht als wesentliche Stütze des modernen Sozialstaats – einer Entwicklung mit wechselseitigen Impulsen bis hin zur UN-Behindertenrechtskonvention¹⁹.

1.2.3 SGB IX – Solides Fundament der Rehabilitation

Vor diesem Hintergrund ist das Rehabilitationsrecht vor allem im SGB IX – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen vom 19. Juni 2001 abgebildet²⁰. „Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf“, heißt es in der Begründung durch die den Gesetzentwurf einbringenden Fraktionen, „kommt die Bundesregierung einer seit langem bestehenden Forderung nach, das Recht der Rehabilitation behinderter Menschen weiterzuentwickeln und im Sozialgesetzbuch als weiteres Buch zusammenzufassen.“ Die Absicht des Gesetzgebers dokumentiert die Begründung präzise und direkt wie folgt: „Das SGB IX errichtet eine gemeinsame Plattform, auf der durch Koordination, Kooperation und Konvergenz ein gemeinsames Recht und eine einheitliche Praxis der Rehabilitation und der Behindertenpolitik errichtet werden können.“²¹. Seine Kernbotschaft hat er in § 1 SGB IX so formuliert: „Behinderte oder von Behinderung bedrohte Menschen erhalten Leistungen nach diesem Buch und den für die Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen, um ihre Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern, Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken.“

¹⁸ Trotz unterschiedlicher Reihenfolge der Träger in verschiedenen Quellen wird an der gesetzlichen Reihenfolge in § 6 SGB IX festgehalten.

¹⁹ Gesetz zu dem Übereinkommen der Vereinten Nationen vom 13. Dezember 2006 über die Rechte von Menschen mit Behinderungen [...], BGBl. I, S. 1419. In Kraft getreten am 03. Mai 2008, seit 26. März 2009 in Deutschland geltendes Recht.

²⁰ Verkündet als Art. 1 des Sozialgesetzbuchs – Neuntes Buch – SGB IX Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen, vgl. [Fn. 6](#).

²¹ BT-Drs. 14/5074, S. 92.

Mit dem SGB IX soll es verstärkt gelingen, ein partikular gelebtes Rehabilitationsrecht aus den einzelnen Büchern des Sozialgesetzbuchs, insbesondere in denjenigen der Kranken-, Unfall- und Rentenversicherung, einschließlich der Arbeitsförderung, sowie nun auch der Sozialhilfe und der Kinder- und Jugendhilfe in eine versicherten- bzw. betroffenen-orientierte Zielrichtung fortzuentwickeln. Die erforderlichen Leistungen sollten – wie es explizit in der Gesetzesbegründung heißt – *„wie aus einer Hand erscheinen, auch wenn sie von rechtlich selbstständigen Rehabilitationsträgern erbracht werden.“*²²

Das SGB IX weist die Besonderheit auf, dass es neben den Regelungen für behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen, der „klassisch-originären“ Zielgruppe für Reha- bzw. Teilhabe-Leistungen, besondere Regelungen zur Teilhabe schwerbehinderter Menschen des bisherigen Schwerbehindertenrechts umfasst und damit dokumentiert, dass partikular geregelte Vorzüge nach erfolgreicher Erprobung auf alle Menschen in vergleichbaren Lebenssituationen erstreckt werden sollen. Diese Entwicklung in Richtung auf stärkere personale Orientierung findet aktuell ihre Fortsetzung in dem inzwischen in Kraft getretenen Bundesteilhabegesetz (BTHG)²³.

1.2.4 Leistungen zur Rehabilitation im Überblick

Hauptsächliche Quelle für das Verständnis von Rehabilitation ist das SGB IX. Auf welchen Wegen, mit welchen Methoden und Verfahren dieses Ziel erreicht werden soll, ist in dessen §§ 1-25 dargestellt. Sie werden im Fokus dieser Untersuchung stehen.

Die Beachtung und Anwendung stellt für Akteure des Rehabilitationsrechts eine besondere Herausforderung dar. Dies gilt vor allem für den Wandel von der jahrzehntlang praktizierten kausalitätsgeprägten zur finalitätsbestimmten

²² BT-Drs. 14/5074, S. 101.

²³ Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (Bundesteilhabegesetz – BTHG) vom 23. Dezember 2016, BGBl. I. 3234. Das BTHG tritt in drei Schritten Anfang 2017, 2018 und 2020 in Kraft.

Sichtweise²⁴ des sozialrechtlichen Instrumentariums, die den einzelnen Menschen zum „Sinnstifter“ macht.

Kaum ein anderes Feld zeigt so deutlich den gesellschaftlichen Wandel. So mag es auch dem Zwecke dieser Untersuchung genügen, Teilfacetten des Rehabilitationsrechts kursorisch darzustellen. Dabei gilt es zu beachten, dass der Begriff Rehabilitation deutlich über die sozialrechtliche Betrachtungsweise hinausgeht²⁵.

Nachfolgend werden nur solche Rechtsquellen dargestellt, die dem Sozialrecht zugehören. Dazu ist als erstes das Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I) – Allgemeiner Teil – zu nennen. Es beschreibt in einer Übersicht in § 29 die Leistungen, die nach dem Recht der Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen in Anspruch genommen werden können.

Weitere Regelungen zu Rehabilitations- bzw. Teilhabeleistungen finden sich in den folgenden Büchern des Sozialgesetzbuches, im SGB II – Grundsicherung für Arbeitsuchende (insb. §§ 16, 25), im SGB III – Arbeitsförderung (§§ 112 ff.), im SGB V – Gesetzliche Krankenversicherung (insb. §§ 11, 40, 41 sowie 51), im SGB VI – Gesetzliche Rentenversicherung (§§ 9-31; ferner § 116), im SGB VII – Gesetzliche Unfallversicherung (§§ 26-43), im SGB VIII – Kinder- und Jugendhilfe (§ 35a), im SGB XI – Soziale Pflegeversicherung (insb. §§ 5, 31, 32) und im SGB XII – Sozialhilfe (§§ 53 - 59). Der Vollständigkeit halber ist vor allem auch das SGB IX – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen aufzuführen – (s. [unter 2.3](#)) mit näheren Bestimmungen zu Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben als einer „gemeinsame(n) Plattform, auf der [...] ein gemeinsames Recht und eine einheitliche Praxis [...] errichtet werden können.“²⁶

Die nicht aufgeführten SGB IV – Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung, das SGB X – Sozialverwaltungsverfahren und Sozialdatenschutz enthalten für die Rehabilitation keine speziellen Regelungen, wohl aber solche,

²⁴ Lachwitz/Welti, in: HK SGB IX, Einführung Rn. 87; Deinert/Welti/Ritz, in: SWK-BR, Stichwort Unentgeltliche Beförderung Rn. 22.

²⁵ Welti, Behinderung und Rehabilitation im sozialen Rechtsstaat, 2005, S. 129.

²⁶ BT-Drs. 14/5074, S. 92.

die die Anwendung des Rehabilitationsrechts beeinflussen, wenn nicht gar bestimmen können.

1.2.5 Rehabilitation in Zahlen

Der Umfang der als Rehabilitation in Statistiken dargestellten Vorgänge, und zwar sowohl in Bezug auf die erfassten Personen oder die Anzahl von Leistungen als auch auf das finanzielle Volumen, ist in zahlreichen Tabellenwerken aufgeführt. Da differenzierende Darstellungen und Auswertungen für das Erkennen eines versicherten-orientierten Handlungsbedarfs keine unabdingbaren Voraussetzungen für diese Untersuchung sein dürften, wird nachfolgend nur das jährlich erscheinende Zahlentableau der BAR dargestellt²⁷.

Tabelle 1: Ausgaben für Rehabilitation und Teilhabe (in Millionen Euro)

Trägerbereiche	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Krankenversicherung	2.660	2.706	2.768	2.840	2.961	3.067
Rentenversicherung	5.559	5.658	5.862	5.841	6.031	6.208
Altershilfe der Landwirte	17	16	15	14	13	14
Unfallversicherung	3.676	3.798	3.850	3.997	4.152	4.271
Landw. Berufsgen.	311	341	328	332	349	361
Bundesagentur für Arbeit	2.420	2.341	2.269	2.234	2.266	2.278
Integrationsämter	370	397	429	447	507	520
Sozialhilfe - Eingliederungshilfe	13.842	14.402	15.129	15.575	16.358	17.044
Ausgaben insgesamt	28.855	29.659	30.650	31.280	32.637	33.763

²⁷ BAR (Hrsg.), Geschäftsbericht 2009/2010, 40; Geschäftsbericht 2011, 15; Geschäftsbericht 2012, 21; Geschäftsbericht 2013, S. 41; , Geschäftsbericht 2014, Beilage Faktenkompakt; Geschäftsbericht 2015, S. 14-15; Geschäftsbericht 2016, S. 11-13

Tabelle 2: Leistungen (1) der Medizinischen Rehabilitation und (2) zur Teilhabe am Arbeitsleben nach Zahl der Leistungen

Leistungen (1)	2010	2011	2012	2013	2014
Krankenversicherung	796.122	800.154	765.241	759.824	802.915
Rentenversicherung	996.154	966.323	1.004.617	988.380	1.014.763
Leistungen (2)					
Bundesagentur für Arbeit	147.686	137.843	129.201	123.825	121.056
Rentenversicherung	135.211	130.888	126.917	128.518	142.323
Gesamt (Leistungen)	2.075.173	2.035.208	2.025.976	2.000.547	2.081.057

Quelle: BAR (Hrsg.): Geschäftsbericht 2015, S. 16

1.2.6 Rehabilitation in Wissenschaft und Fachliteratur – ein Kurzabriss

Rehabilitationswissenschaften sind – anders als etwa Rechts- und Medizinwissenschaften – ein junger Zweig hochschulischer und universitärer Forschung und Lehre. Erst die erheblichen Veränderungen gesellschaftlicher und ökonomischer Rahmenbedingungen in Deutschland setzten dafür Impulse. So ist die Entstehung von Rehabilitationswissenschaften eine Folge der Entwicklung moderner Industriestaaten mit ihren gesundheitlichen Herausforderungen.

In Deutschlands zeigte sich in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts eine „erhebliche Diskrepanz zwischen den hohen Aufwendungen für die medizinische Rehabilitation einerseits und den vergleichsweise geringen Bemühungen um eine

wissenschaftliche Fundierung der rehabilitativen Praxis andererseits.“²⁸. Wesentliche Anstöße zur Verminderung dieser Kluft kamen vor allem von der Selbstverwaltung und der Verwaltung der gesetzlichen Rentenversicherung²⁹. Ihre Kommission zur Weiterentwicklung der Rehabilitation forderte nachdrücklich „den Ausbau der Rehabilitationswissenschaften und die Schaffung einer entsprechenden Forschungsinfrastruktur.“³⁰.

Bereits seit 1991 veranstaltet die Rentenversicherung jährliche Rehabilitationswissenschaftliche Kolloquien³¹. Dieses Treffen entwickelte sich zu einem anerkannten Umschlagplatz für Wissen und neuere Erfahrungen. Zusammen mit dem Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) rief sie 1996 einen gemeinsamen Förderschwerpunkt ins Leben. Damit wurden in den folgenden zehn Jahren mehr als 90 Forschungsprojekte in acht regionalen Forschungsverbänden mit rund 40 Millionen Euro gefördert³². Im Jahre 2000 wurde die Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW) gegründet. Seit jener Zeit kamen auch internationale Strömungen vermehrt zum Tragen, von den Aktivitäten der Weltgesundheitsorganisation (WHO) bis zur Verabschiedung der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) und auf nationaler Ebene zur Vorbereitung eines Bundesteilhabegesetzes (BTHG).

So belebten Anfang dieses Jahrhunderts zahlreiche Impulse die Forschungslandschaft³³. Stiftungsprofessuren wurden eingerichtet, so u.a. in Halle und Würzburg und jüngst in Bielefeld³⁴, kurzum die Rehabilitationswissenschaft

²⁸ Koch/Lehmann/Morfeld, Die Rehabilitation 2007, 127 (127 ff.).

²⁹ Schmidt, DRV 1987, 537 (537 ff.).

³⁰ Koch/Lehmann/Morfeld, Die Rehabilitation 2007, 127 (127 ff.).

³¹ Vgl. www.reha-kolloquium.de/.

³² DLR-Projekträger des BMBF/Deutsche Rentenversicherung, Rehabilitationswissenschaftliche Forschungsverbände, 2002.

³³ Näheres in den Broschüren der DLR-Projekträger des BMBF und der Deutschen Rentenversicherung von 1998 und 2002 mit einer Auflistung der Forschungsvorhaben.

³⁴ Universität Bielefeld, Pressemitteilung vom 03. 12. 2015, <https://ekvv.uni-bielefeld.de/blog/pressemitteilungen>.

wurde zunehmend beachtet³⁵ – von Selbstverwaltern der Versicherten und Arbeitgeber wesentlich mitgeprägt³⁶.

In der Fachliteratur ist das Stichwort Rehabilitation häufig vertreten. Das trifft vor allem auf Fachbücher, Kommentare, Fachzeitschriften und regelmäßige Info-Dienste zu. Eine exemplarische, mehr punktuelle Benennung, kann bei einem ersten Überblick – ohne Anspruch auf Vollständigkeit – nützlich sein³⁷.

Zur Abrundung sind Kommentare, Handbücher und Gesetzessammlungen sowie regelmäßige Fachveröffentlichungen zu nennen, so etwa die Zeitschrift *Die Rehabilitation*, zugleich Organ der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation (DVfR), der BAR und der DGRW mit der regelmäßigen Beilage *Reha-Info* der BAR und das *Diskussionsforum Rehabilitations- und Teilhaberecht* der DVfR (www.reha-recht.de).

1.2.7 Rehabilitation – gemeinsame Aufgabe aller Sozialversicherungsträger

Bei der Schaffung des SGB I im Jahre 1975 haben sich Bundesregierung und Bundestag davon leiten lassen, darin alle auf Dauer angelegten Sozialleistungsbereiche nach einheitlichen Grundsätzen einzubeziehen. Dabei hatte der Gesetzgeber die Vorstellung, „eine Vereinheitlichung der Begriffe und der Abgrenzungskriterien [werde] dazu beitragen, die Regelungen der verschiedenen Bereiche möglichst nahtlos ineinandergreifen zu lassen.“³⁸ Die Risiken des gegliederten Sozialleistungssystems sollten „durch eine Harmonisierung der Leistungen

³⁵ Das Verzeichnis Rehabilitationswissenschaftler in Deutschland, herausgegeben von REHADAT, BAR, DVfR und DRV Bund, inzwischen bereits in der 24. Auflage erschienen, mag nur einen Aspekt beleuchten.

³⁶ *Hüttenmeister*, RVaktuell 2011, 233 (233 ff.).

³⁷ U.a. *Igl (Hrsg.)*, Die Verantwortung des sozialen Rechtsstaats für Personen mit Behinderung und für die Rehabilitation, 2001; *Welti (Hrsg.)*, Das Rehabilitationsrecht in der Praxis der Sozialleistungsträger, 2009; *Deinert/Bieritz-Harder (Hrsg.)*, Handbuch SGB IX, 2009; *Welti/Deinert (Hrsg.)*, SWK-BR, 2014; *Fuchs (Hrsg.)*, SGB IX, 2014.

³⁸ *Dembowski/Schroeder-Printzen (Hrsg.)*, Sozialgesetzbuch Allgemeiner Teil, 1976, S. 69.

und durch Regelungen über die Zusammenarbeit der beteiligten Leistungsträger ausgeschaltet werden.“³⁹

Offensichtlich war es in der Folgezeit nicht gelungen, diese Risiken zu vermeiden. Mängel führten weiterhin zu Auseinandersetzungen, sodass der Gesetzgeber ein Nachsteuern für notwendig hielt und dies mit einer deutlicheren Präzisierung seines Willens im Sozialgesetzbuch (SGB) Neuntes Buch (IX) – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen – vom 19. Juni 2001 unterstrich. Er wollte mit diesem Gesetz „ein gemeinsames rechtliches Dach mit gemeinsamen Prinzipien, Regeln und Ansprüchen für die Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen“⁴⁰ schaffen. Am 01. Juli 2001 trat das SGB IX in Kraft. Es wurde nun mit dem Bundesteilhabegesetz (BTHG) in vielen Teilen reformiert, das in wesentlichen Teilen zum 01. Januar 2018 in Kraft treten wird.

Bemerkenswert ist der Lösungsansatz, an der grundsätzlichen Konstruktion des gegliederten Systems festzuhalten, aber das Verwaltungshandeln mittels Koordinierung, Kooperation und Konvergenz flexibler und versichertenfreundlicher zu machen. Dazu wurden in den ersten beiden Kapiteln des SGB IX Verhaltensregeln für alle Rehabilitationsträger „vor die Klammer“ gezogen. Der Vorbehalt abweichender Regelungen (§ 7 SGB IX) respektiert das gegliederte System, begrenzt aber gleichzeitig seine Wirksamkeit. Dies ergeben parlamentarische Beratungen: „Diese Regelungen sollen im Interesse der Betroffenen im SGB IX so weit wie möglich vereinheitlicht werden (BT-Drs. 14/5074, 100). Nur so können die Ziele in den §§ 1, 4 Abs. 1 tatsächlich unabhängig von der Ursache der Behinderung und entsprechend dem allgemeinen Gleichheitssatz (Art. 3 Abs. 1 GG) und dem Benachteiligungsverbot (Art. 3 Abs. 3 Satz 2 GG) erreicht werden.“⁴¹

Mehr Flexibilität und Zielgenauigkeit sollen auch durch Gemeinsame Empfehlungen (§ 13 SGB IX; ab 01. Januar 2018: § 26 SGB IX) erreicht werden. Damit könne den Bedürfnissen der Betroffenen zielgenauer entsprochen werden, so wie dies § 9 SGB IX (ab 01. Januar 2018: § 8 SGB IX) das Wunsch- und Wahlrecht vorsieht.

³⁹ Dembowski/Schroeder-Printzen (Hrsg.), Sozialgesetzbuch Allgemeiner Teil, 1976, S. 69 f.

⁴⁰ Lachwitz/Welti, in: HK-SGB IX, Einführung Rn. 1.

⁴¹ Welti, in: HK-SGB IX, § 7 Rn. 1a.

Dieser Auftrag des Gesetzgebers richtet sich nicht nur an die Rehabilitations-träger, sondern auch an alle anderen Beteiligten, die gesetzlichen Leistungen dem Bedarf des Betroffenen anzupassen. Angesprochen wird auch die BAR. Das ergibt sich aus Auftragszuweisungen im SGB IX. Welche Aufgaben dies im Einzelnen sind, wird im [Kapitel 3.4.1](#) näher beschrieben. Die gemeinsame Aufgabe aller Reha-Träger besteht mithin darin, die von ihnen getragene BAR bei der Erfüllung ihrer Aufgabe zu unterstützen. Diese hat nun mit dem BTHG eine eigene gesetzliche Grundlage bekommen (ab 01. Januar 2018: §§ 39-41 SGB IX).

Gemeinsam zu handeln oder – wie es der Gesetzgeber formuliert – zusammenzuarbeiten, folgt im Übrigen nicht nur aus den Verfahrensvorschriften des SGB IX, wo der Gesetzgeber vor allem in den §§ 10-13 SGB IX (ab 01.01.2018: §§ 25-27 SGB IX) trägerübergreifendes Handeln vorgegeben hat. Eine Aufforderung des Gesetzgebers folgt auch aus dem SGB X – Sozialverwaltungsverfahren und Sozialdatenschutz, und zwar dem wenig beachteten § 86 über die Zusammenarbeit der Leistungsträger untereinander und mit Dritten. Dort heißt es: *„Die Leistungsträger, ihre Verbände und die in diesem Gesetzbuch genannten öffentlich-rechtlichen Vereinigungen sind verpflichtet, bei der Erfüllung ihrer Aufgaben nach diesem Gesetzbuch eng zusammenzuarbeiten.“*⁴² Dieser Auftrag soll in den Bemühungen um ein Bundesteilhabegesetz fortgeführt werden.

Diese Rückschau zeigt die Entwicklung eines Reha-Rechts, das den einzelnen Betroffenen in seinen verschiedenen Bezügen zum persönlichen, beruflichen und gesellschaftlichen Leben (sog. Kontextfaktoren) zum Ausgangspunkt des Verwaltungshandelns macht. Dies ist die gemeinsame Aufgabe, wie sie eingangs formuliert ist.

1.3 Soziale Selbstverwaltung

1.3.1 Einleitung

⁴² Zusammenarbeit wird im Übrigen auch in § 95 SGB X angesprochen.

Bei der Gestaltung politisch-organisatorischer Strukturen Deutschlands nutzt der Staat die Möglichkeiten der Selbstverwaltung. Dort, wo es sich nicht um hoheitliche Aufgaben handelt, beschränkt er sich darauf, den Rahmen zu setzen und überlässt es den Betroffenen, in eigener Verantwortung ihre Angelegenheiten zu regeln. Dieses Prinzip – bereits zu Beginn des 19. Jahrhunderts von dem Staatsreformer *Reichsfreiherr vom und zum Stein* in der sog. Nassauer Denkschrift vom Juni 1807⁴³ beschrieben – entwickelte sich zu einem zentralen Grundsatz staatlicher Ordnung. Selbstverwaltet werden neben der sozialen Sicherung Kommunen und Hochschulen, sowie die Kammern der Wirtschaft in Handwerk, Gewerbe und Industrie und freien Berufen. Auch dem Ansehen und der Bedeutung der Gerichtsbarkeiten etwa im Arbeits- und Sozialrecht gereicht dies zum Vorteil. Eine Darstellung der Geschichte der sozialen Versicherung in Deutschland bis zum Ende der 20er-Jahre des 20. Jahrhunderts enthält ein Buch von *Friedrich Kleeis*⁴⁴.

Zentrale Kompetenz und Zuständigkeit bei der Umsetzung der Leistungen der Sozialversicherungsträger hat der Gesetzgeber in die Hände der sozialen Selbstverwaltung gegeben⁴⁵. Damit folgt er der von dem Staatsrechtslehrer *Lorenz von Stein* „definierte(n) Rolle der Verwaltung, zwischen Gesetz und Gesellschaft zu vermitteln.“⁴⁶ Die Vertreter der Versicherten und der Arbeitgeber haben im Kontext der Rehabilitation somit einen mehrfachen Auftrag erhalten. Zum einen haben sie die Aufgabe, präventive oder rehabilitative Bedarfe zu erkennen und einzubringen, zum anderen für eine bestmögliche Ausführung der Leistungen zu sorgen und zum Dritten den Rahmen für den Vollzug der sozialen Sicherung (mit) zu gestalten.

⁴³ *GVG e.V. (Hrsg.)*, Zur Bedeutung der Selbstverwaltung in der deutschen Sozialversicherung, 2007, S. 12.

⁴⁴ *Kleis*, Die Geschichte der sozialen Versicherung in Deutschland, 1928 (Nachdruck: 1981).

⁴⁵ Zur staatsrechtlichen Einordnung siehe *Becker*, in: SRH, B. Sozialleistungsträger – Sozialleistungen – Verfahren, 6. Organisation und Selbstverwaltung der Sozialversicherung Rn. 6, 7.

⁴⁶ *Welti*, Lorenz von Stein und das Recht auf eine gute Sozialverwaltung, 2013, S. 27.

1.3.2 Selbstverwaltung – konstitutives Strukturelement des Sozialstaates

Von den in Deutschland lebenden 81,2 Millionen Menschen werden aktuell 43,4 Millionen als Erwerbstätige ausgewiesen, davon 30,5 Millionen in sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung⁴⁷. Zusammen mit weiteren, nach den Sozialgesetzen potentiell Anspruchsberechtigten, stehen damit mehr als 90 Prozent der Bevölkerung unter dem Schutz der gesetzlichen Sozialversicherung. Sie bilden die Zielgruppe des Handelns aller Sozialversicherungsträger. Es sind weithin selbstständige Versicherungsträger der gesetzlichen Kranken-, Pflege-, Unfall- und Rentenversicherung und der Arbeitsförderung mit einer eigenen Selbstverwaltung. Diese Träger verfügen über vielschichtige Verwaltungsstrukturen. Sie haben bundesweite Strukturen mit oftmals dezentralen Gremien und zum Teil differenziert ausgebildeten regionalen Zuständigkeiten. Dabei verfügen alle fünf Zweige über in der Regel zentrale Verwaltungs- und Selbstverwaltungsspitzen. Eine einheitliche oder gemeinsame Spitze haben diese jedoch nicht⁴⁸. Diesem gesamten Geflecht aus ehrenamtlicher und hauptamtlicher Verwaltung und Führung obliegt es, die nach Gesetz und sonstigem Recht vorgesehenen Leistungen zur Sicherstellung des Auftrages aus § 1 SGB I sozialstaatsadäquat zu erbringen. Dabei unterliegen alle Beteiligten trotz eigenverantwortlicher Aufgabenerledigung staatlicher Aufsicht durch den Bund bzw. die Länder im Sinne einer Rechtsaufsicht (§ 90 SGB IV).

Diese vielgestaltige Organisationsstruktur gibt der sozialstaatlichen Absicherung faktisch der gesamten Bevölkerung Schutz gegen die sozialen Grundrisiken des gesellschaftlichen, insbesondere des Arbeitslebens, und damit dem Sozialstaat eine sichere Grundlage. Ihre Verlässlichkeit erhält eine besondere Prägung durch die Tatsache, dass Arbeitgeber und Versicherte bzw. Arbeitnehmer nicht nur in der Person ihrer jeweiligen Vertreter in den Gremien der Selbstverwaltung, sondern nach dem Willen des Gesetzgebers (§ 48 Abs. 1 und 2 SGB IV)

⁴⁷ Bevölkerung am 31.12.2014, Erwerbstätige im Oktober 2015, sozialversicherungspflichtig im März 2015, (Angaben des Statistischen Bundesamtes Internet-Recherche am 02.12.2015).

⁴⁸ Eine Ausnahme bildet die BAR mit ihrer spezifischen Aufgabenstellung – organisiert als eingetragener Verein nach den Grundsätzen der sozialen Selbstverwaltung.

auch als kollektive Organisationen der Sozialpartner tätig sind, eine Organisationsform, die trotz gelegentlicher Zweifel demokratische Legitimation aufzuweisen hat⁴⁹.

Diese komplexe und sehr differenzierte „Karte der sozialen Sicherung“ bietet den Versicherten eine zwar kaum überschaubare, aber doch verlässliche Absicherung sozialer Leistungen nach den jeweiligen Büchern des SGB. Diese Strukturen sind Ausdruck einer pluralistischen und föderalen Gesellschaft. Sie lassen erahnen, wie schwer es für einen betroffenen Bürger im konkreten Bedarfsfall ist, seinen Standort zu erkennen und den vom Staat zugesagten sozialen Schutz wahrzunehmen. Da ist es gut, sich noch einmal des Sinns dieses sozialen Schutzes für seine Bürger zu vergegenwärtigen. Hilfreich können Kernsätze des Bundesverfassungsgerichts sein. Seiner Entscheidung vom 09. April 2003 zum Kindergeldrecht sind die folgenden bemerkenswerten Sätze entnommen:

„Gesetzliche Regelungen müssen so gefasst sein, dass der Betroffene seine Normunterworfenheit so konkret erkennen kann, dass er sein Verhalten danach auszurichten vermag. [...] Nicht nur bei Eingriffen in die Freiheitssphäre des Einzelnen [...], sondern auch bei der Gewährung von Leistungen und deren zivilrechtlicher Behandlung müssen die Normen in ihrem Inhalt entsprechend ihrer Zwecksetzung für die Betroffenen klar und nachvollziehbar sowie in ihrer Ausgestaltung widerspruchsfrei sein“⁵⁰.

Bei der Beantwortung der mit der Studie gestellten Frage wird danach auch zu prüfen sein, ob das soziale Sicherungssystem insgesamt bereits so gestaltet ist, dass diesen Anforderungen des Bundesverfassungsgerichts angemessen Rechnung getragen wird oder ob sich auch hier Optimierungsbedarf findet.

⁴⁹ Vgl. u.a. *Becker*, in: SRH, § 13 Rn. 38.

⁵⁰ BVerfG, Beschluss vom 09. April 2003 – 1 BvL 1/01 und 1 BvR 1749/01, juris Rn. 56, s. auch Fn 237, 266, 293, 310.

1.3.3 Selbstverwaltung in praktischer Ausprägung

Der Gesetzgeber hat der Selbstverwaltung eine Reihe von Instrumenten an die Hand gegeben, zuvörderst geregelt im SGB IV. Damit ist den Akteuren des Wirtschafts- und Soziallebens ein hohes Maß an Verantwortung zugewiesen, welcher sich in den Hauptzweigen der gesetzlichen Kranken-, Pflege-, Unfall- und Rentenversicherung und der gesetzlichen Arbeitsförderung in Deutschland etwa 20.000⁵¹ Vertreter der Versicherten und der Arbeitgeber in Vertreterversammlungen, Vorständen, Mitgliederversammlungen, Verwaltungsräten, Beiräten, Ausschüssen oder auch als Versichertenälteste (-berater) stellen.

Das System der Sozialversicherung ist – historisch gewachsen – nach sozialen Grundrisiken gegliedert, bestehend aus zurzeit gut 160 selbständigen Versicherungsträgern⁵² der genannten Zweige. Sie sind zu unterscheiden in solche der gesetzlichen Sozialversicherung⁵³ und solche der gesetzlichen Arbeitsförderung⁵⁴. Der organisatorische Aufbau der diese Träger führenden und verantwortenden Selbstverwaltung ist für Erstere in Grundzügen in den §§ 29 ff. SGB IV festgelegt, für die Arbeitsförderung in den §§ 371 ff. SGB III. Die Träger der Sozialversicherung haben bei jedem Versicherungsträger als Selbstverwaltungsorgane eine Vertreterversammlung und einen Vorstand (§ 31 Abs. 1 SGB IV). Abweichend besteht bei Krankenkassen als Selbstverwaltungsorgan (nur) ein Verwaltungsrat sowie ein hauptamtlicher Vorstand (§ 31 Abs. 3a SGB IV). Die Träger der Sozialversicherung sind in der Regel bundesweit organisiert. Es kön-

⁵¹ Die Zahl der Selbstverwalter beruht auf eigenen Ermittlungen aus Materialien u. a. *GVG e.V. (Hrsg.), Zur Bedeutung der Selbstverwaltung in der deutschen Sozialversicherung, 2007*; Der Bundeswahlbeauftragte für die Sozialversicherungswahlen, Schlussbericht des Bundeswahlbeauftragten für die Sozialversicherungswahlen, 2012 (nachfolgend zitiert: BWB 2012), der Bundesagentur für Arbeit (Beratungsunterlage 86/2014) und dem Forschungsprojekt „Recht und Praxis der Widerspruchsausschüsse in der Sozialversicherung. Bestandsaufnahme und Wirkungsanalyse.“ der Universitäten Kassel und Halle-Wittenberg (2016).

⁵² 2011 wurden insgesamt 206 Versicherungsträger genannt (BWB 2012, S. 19). Inzwischen ist deren Zahl auf 162 Träger gesunken, vgl. *Leopold, SozSich 2017, 79 (79 f.)*.

⁵³ Insbesondere nach dem SGB V, dem SGB VI, dem SGB VII, dem SGB IX und dem SGB XI.

⁵⁴ Vor allem nach dem SGB III und dem SGB II.

nen auch auf regionaler oder Landesebene Selbstverwaltungsgremien gebildet werden (§ 31 Abs. 4 SGB IV); davon haben vor allem Krankenkassen Gebrauch gemacht, aber auch Träger der Rentenversicherung und der Unfallversicherung.

Die Träger der gesetzlichen Krankenkassen bilden gemeinsam als Körperschaft des öffentlichen Rechts den *Spitzenverband Bund der Krankenkassen* (§ 217a SGB V). Die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung haben sich zu einem Verein zusammengeschlossen und bilden die *Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV) e. V.*⁵⁵. Träger der gesetzlichen Rentenversicherung sind die *Deutsche Rentenversicherung Bund*, die *Regionalträger* der DRV sowie die *Deutsche Rentenversicherung Knappschaft, Bahn, See* (§ 125 Abs. 2 S. 1 SGB VI) mit der Führungszuweisung an die *DRV Bund* (§ 125 Abs. 2 S. 2 SGB VI).

Eine besondere Stellung im Sozialversicherungssystem nimmt die *Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)* mit ihrer Zuständigkeit für alle Zweige der Sozialversicherung ein; sie ist zentral und regional aufgebaut.

Die gesetzliche Arbeitsförderung ist organisatorisch gestaltet als eine rechtsfähige bundesunmittelbare Körperschaft des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung (§ 367 SGB III); letztere wird – anders als bei den Trägern der Sozialversicherung – drittelparitätisch⁵⁶ ausgeübt.

Für alle Träger der gesetzlichen Sozialversicherung und die Bundesagentur für Arbeit als Träger der Arbeitsförderung gilt grundsätzlich, dass sie rechtsfähige Körperschaften des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung sind (§ 29 Abs. 1 SGB IV bzw. § 367 Abs. 1 SGB III), deren Selbstverwaltung von den Versicherten und den Arbeitgebern ausgeübt wird (§ 29 Abs. 2 SGB IV). Dabei ist eine – historisch zu erklärende – Besonderheit bei den Ersatzkassen zu beachten, bei denen die Selbstverwaltung nur aus Vertretern der Versicherten gebildet wird, ausgenommen bei Fusionen (§ 44 Abs. 1 Nr. 3 SGB IV).

⁵⁵ Hier gilt die Besonderheit, dass nur die gewerblichen Berufsgenossenschaften und die Unfallkassen der DGUV angehören, nicht hingegen die Landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften.

⁵⁶ Die Selbstverwaltungsorgane der Bundesagentur für Arbeit setzen sich zu gleichen Teilen aus Mitgliedern zusammen, die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, Arbeitgeber und öffentliche Körperschaften vertreten (§ 371 Abs. 5 SGB III).

Die Mitglieder der Organe der Selbstverwaltung bei den Trägern der Sozialversicherung werden in Sozialwahlen gewählt (§ 45 ff. SGB IV). Sie üben ihr Amt ehrenamtlich aus (§ 40 SGB IV); ihre baren Auslagen werden ihnen vom Versicherungsträger erstattet (§ 41 SGB IV). Sozialwahlen finden in der Regel alle sechs Jahre statt⁵⁷. Dafür stellen die Verbände der für Arbeits- und Sozialordnung in Deutschland verantwortlichen Vereinigungen der Versicherten und der Arbeitgeber Vorschlagslisten für ihre Vertreterinnen und Vertreter auf. Werden bei der Vorbereitung einer solchen Wahl von den jeweiligen Verbänden der Arbeitgeber und der Versicherten nur so viele Kandidaten aufgestellt wie zu wählen sind, ist eine (Ur-)Wahl entbehrlich; die Kandidaten gelten dann als gewählt (§ 46 Abs. 2 SGB IV)⁵⁸.

Aus diesen primären Mandaten werden Vertreterinnen und Vertreter der Selbstverwaltung in spitzenverbandliche, teilweise auch in übergreifende Gremien delegiert bzw. entsandt, so etwa in den MDK – Medizinischer Dienst der Krankenversicherung (§ 275 ff. SGB V) – oder in beratende Beiräte wie zum Beispiel beim BG-Klinikverbund der DGUV oder auch in die BAR.

Diese Vertreterinnen und Vertreter der Versicherten und Arbeitgeber sind Teil des Trägers und üben – zusammen und unterstützt durch die jeweiligen Verwaltungen – die Selbstverwaltung aus (§ 29 Abs. 1 SGB IV). Dabei erfüllen die Versicherungsträger ihre Aufgaben in eigener Verantwortung (§ 29 Abs. 3 SGB IV), unterliegen lediglich der (Rechts-)Aufsicht durch den Staat. Verantwortlichkeit für das tatsächliche vor allem sachbezogene Handeln besteht nur gegenüber den gewählten Selbstverwaltern bzw. deren vorschlagenden Verbänden.

Diese Konstruktion verdeutlicht das hohe Maß an (sozial-)politischer Verantwortung der tragenden Verbände. Dass sich dieser Aufbau bewährt und zu einem festen Pfeiler der staatlichen Ordnung herausgebildet hat, belegt die jahrzehntelange Praxis dieser Form von sozialer Sicherheit für die gesamte Bevölke-

⁵⁷ Die Modalitäten von Sozialwahlen sind gelegentlich in der fachpolitischen Diskussion streitbefangen (vgl. BWB 2012, S. 129 ff.). Sie werden im Rahmen dieser Untersuchung nicht weiter vertieft.

⁵⁸ Bei den letzten Sozialwahlen im Jahre 2011 wurden bei 206 Versicherungsträgern im Rahmen der Wahlen ihre Selbstverwaltungen bestimmt; Urwahlen fanden lediglich bei 10 Versicherungsträgern statt (BWB 2012, S. 19).

rung. Das sorgsam austarierte, durch die Politik anerkannte und von der Rechtsprechung mittelbar bestätigte⁵⁹ sozialpartnerschaftliche System ist unverzichtbar. Es lebt von der Dynamik des Miteinanders der gesellschaftlichen Kräfte. Es sollte deshalb auch (mehr) Offenheit für versichertenorientierte Fortentwicklung dieses Systems zeigen und die zahlreichen Anregungen aus Politik und Wissenschaft vermehrt aufnehmen⁶⁰.

1.3.4 Selbstverwaltung in der Literatur

Zur Abrundung der empirischen Grundlage wurden Veröffentlichungen, insbesondere Fachartikel in Büchern, Broschüren, Schriftenreihen und Fachzeitschriften, aber auch Gutachten, Berichte, Parlamentsdrucksachen, Positionspapiere und Ähnliches zur sozialen Selbstverwaltung durchgesehen; von einer Auflistung wird angesichts des Umfangs abgesehen, allerdings auf drei beachtenswerte Broschüren aufmerksam gemacht⁶¹.

Insgesamt wurden – bezogen auf die vergangenen zehn Jahre – mehr als einhundert Veröffentlichungen erfasst⁶². Darunter befinden sich zehn Bücher und Broschüren, einige Gutachten, mehrere gemeinsame Positionsbeschreibungen der Sozialpartner DGB und BDA und etwa 80 Aufsätze zu fachspezifischen und fachpolitischen Themen.

Auffallend ist, dass der größte Teil der Veröffentlichungen der gesetzlichen Krankenversicherung zuzuordnen ist. Mit deutlichem Abstand folgen die gesetzliche Rentenversicherung, die gesetzliche Unfallversicherung und die gesetzliche Arbeitsförderung.

⁵⁹ Vgl. dazu insbesondere den Beschluss des Bundesverfassungsgerichts zur Verfassungsmäßigkeit der funktionalen Selbstverwaltung von Wasserverbänden in NRW vom 05. Dezember 2003: BVerfG Beschluss vom 05. Dezember 2003 - 2 BvL 5/98 und 2 BvL 6/98.

⁶⁰ So u.a. *Welti*, in: *Veith/Mehde* (Hrsg.): *Staat, Verwaltung, Information*, S. 903-922.

⁶¹ *Engelen-Kefer* (Hrsg.), *Handbuch für Selbstverwalter*, 2006; BDA (Hrsg.), *Soziale Selbstverwaltung*, 2011; GVG e.V. (Hrsg.), *Zur Bedeutung der Selbstverwaltung in der deutschen Sozialversicherung*, 2007.

⁶² Erfasst wurden nur Print-, keine elektronischen Medien.

Bemerkenswert ist weiter, dass sich mehrere Autoren mit der Sicherung, vor allem der Fortentwicklung der Selbstverwaltung im Sinne von „*Good Governance*“⁶³ befassen, so etwa durch Stärkung von Handlungskompetenzen. Thematisiert werden auch die Gestaltungsspielräume der Selbstverwaltung sowie die Beziehung der Verwaltung eines Trägers zu den Versicherten. Es fehlt auch nicht an besorgten Stimmen, die vor einem Abbau der solidarischen Sozialversicherung warnen. Unübersehbar ist bei alledem der selbstbewusste Wille der Sozialpartner, die soziale Selbstverwaltung zu modernisieren und zu stärken.

Die in dieser Kurzdarstellung berücksichtigten Drucksachen entstammen Veröffentlichungen von Sozialversicherungsträgern und Fachverlagen, herausragend mit nahezu der Hälfte der Veröffentlichungen der Zeitschrift für Arbeit und Soziales „Soziale Sicherheit“⁶⁴, Pendant der Monatsschrift „Soziale Selbstverwaltung“, Analysen und Informationen zur sozialen Sicherung mit regelmäßigen Kurznachrichten aus der Sozialversicherung⁶⁵. In anderen Veröffentlichungen wurden nur vereinzelt Themen aus der sozialen Selbstverwaltung aufgefunden – von der allgemeinen Tagespresse ganz zu schweigen. Dort findet sich eine journalistische Beachtung nahezu ausschließlich in der Zeit der Sozialwahlen, so etwa im Jahre 2011.

Die Darstellung der ehrenamtlichen Selbstverwaltungstätigkeit im Rahmen von Öffentlichkeitsarbeit im politischen Leben einschließlich der Sozialversicherungsträger wird im späteren Verlauf der Studie in [Kapitel 4.1.7](#) kritisch reflektiert.

1.3.5 Rehabilitation – ein zentrales Handlungsfeld für die Selbstverwaltung

Soziale Selbstverwaltung hat von ihrer Intention her eine mehrfache Aufgabe. Ihre Mitglieder sollen zum einen Handlungsbedarfe in den Gefährdungsberei-

⁶³ Zur Unterscheidung von Government und Governance vgl. *Römmele*, RVaktuell, 2015, 226 (226 f.).

⁶⁴ Herausgegeben vom Deutschen Gewerkschaftsbund im Bund-Verlag.

⁶⁵ Herausgegeben von der Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände e. V. im Joh. Heider-Verlag GmbH.

chen der sozialen Grundrisiken erkennen und diese in das Schutzsystem einbringen. Zum anderen sollen sie auf eine lebensnahe Leistungserbringung hinwirken und diese sicherstellen. Damit wirkt die Selbstverwaltung als Mittler und zugleich als „Übersetzer und Erklärer“ zwischen Sozialverwaltung und Leistungsempfänger. Es ist der Effekt, vom dem der Staatsrechtler *Freiherr von Stein* gesagt hat, dies fördere für die Regierenden „*die Quellen ihrer Erkenntnis von den Bedürfnissen der bürgerlichen Gesellschaft und gewinnt an Stärke in den Mitteln der Ausführung.*“⁶⁶

Von diesem Verständnis ausgehend, hat der Gesetzgeber im SGB IV die Aufgaben der Selbstverwaltung dahingehend vorgegeben: Sie erfüllen zusammen mit der Verwaltung „*im Rahmen des Gesetzes und des sonstigen für sie maßgebenden Rechts ihre Aufgaben in eigener Verantwortung*“ (§ 29 Abs. 3 SGB IV). Neben den einschlägigen Büchern des SGB bildet somit i.d.R. die Satzung des Versicherungsträgers die Grundlage für die Arbeit der Selbstverwaltung. Dies gilt auch für Rehabilitationsleistungen im umfassenden Sinne ([vgl. Kapitel 1.2.1](#)) und das gesamte Spektrum aller – nicht nur gesundheitsbezogenen – gesellschaftlichen Risikobereiche.

Ziel dieser Studie ist nun die Erkundung von Möglichkeiten, die Wirkung von Rehabilitationsleistungen durch die soziale Selbstverwaltung weiter zu optimieren. Sie folgt der Erkenntnis des Gesetzgebers bei der Schaffung des SGB IX, dass es trotz Verbesserungen weiterhin Mängel und Unzulänglichkeiten aus der Sicht der Betroffenen gab – und weiter gibt. Dieses Gesetz wurde eingeleitet mit der Zuversicht, dass es „*eine gemeinsame Plattform*“ schafft, „*auf der durch Koordination, Kooperation und Konvergenz ein gemeinsames Recht und eine einheitliche Praxis der Rehabilitation und der Behindertenpolitik errichtet werden können.*“⁶⁷ Es ist dies die Verdichtung des Leitbildes, mit dem in § 1 SGB I postuliert wurde, es solle „*zur Verwirklichung sozialer Gerechtigkeit und sozialer Sicherheit Sozialleistungen [...] gestalten*“, und zwar so, dass „*das Leitbild des Sozialgesetzbuches von einem modernen, in sich geschlossenen Sozialleis-*

⁶⁶ GVG e.V. (Hrsg.), Zur Bedeutung der Selbstverwaltung in der deutschen Sozialversicherung, 2007, S. 12.

⁶⁷ BT-Drs. 14/5074, S. 92.

tungssystem, [...] bei aller erforderlichen Gliederung [der] innere [...] Zusammenhang“⁶⁸ gewahrt bleibt.

Um diesen Grundsatz handhabbar zu machen, wurden dem SGB IX im Kapitel 1 allgemeine Regelungen vorangestellt. Damit verdeutlichte der Gesetzgeber vor allem den Stellenwert von Prävention und Rehabilitation und die Rolle des Betroffenen bzw. Versicherten. Gleichzeitig schuf er Vorgaben für versichertenförderliches Verwaltungshandeln in einer konvergenten Koordination und Kooperation der einzelnen Rehabilitationsträger, einmündend in Gemeinsame Empfehlungen. Dies ebnete den Weg für „eine einheitliche Praxis der Rehabilitation“⁶⁹. Neben den Erfahrungsberichten stellen die jährlichen Übersichten über Teilhabeleistungen aller Reha-Träger einen wichtigen Beitrag zum Erkennen des gemeinsamen Handlungsfeldes dar⁷⁰. Um bei der Erfüllung dieser Aufgabe das gemeinsame Ziel aus einer möglichen Betrachtungsebene eines einzelnen Trägers zu lösen und den Blick auf das Ganze weiter zu öffnen, wurden den Rehabilitationsträgern im Rahmen der BAR mehrere Aufträge an die Hand gegeben. Zu erwähnen ist insbesondere derjenige zu regelmäßiger Berichterstattung über die Erfahrungen mit den Gemeinsamen Empfehlungen gegenüber dem BMAS (§ 13 Abs. 8 SGB IX; ab 01. Januar 2018 im Teilhabeverfahrensbericht, § 41 SGB IX).

Zunächst ist es die Hauptaufgabe aller Versicherungsträger, möglichst gemeinsam, die Kräfte und Fähigkeiten des Versicherten zur Sicherung und Erhaltung seiner Existenz durch Einkommenserzielung zu stärken. Dazu steht den Trägern der gesetzlichen Kranken-, Unfall- und Rentenversicherung einschließlich der Arbeitsförderung ein umfassender Handlungskatalog mit Handlungsvorgaben zur Verfügung.

Zuvor sind die Allgemeinen Regelungen (Kapitel 1 im SGB IX Teil 1) zu beachten, etwa in den §§ 7 und 8 SGB IX. § 7 SGB IX enthält den Vorbehalt abweichender Regelungen. Danach gelten die Vorschriften des SGB IX „für die Leistungen zur Teilhabe, soweit sich aus den für den jeweiligen Versicherungsträger geltenden Leistungsgesetzen nichts Abweichendes ergibt.“ Dazu ist zu beachten, dass – entgegen gelegentlich geäußerter Auffassung – in dieser Be-

⁶⁸ BT-Drs. 7/868, S. 20.

⁶⁹ BT-Drs. 14/5074, S. 92.

⁷⁰ [Vgl. Kapitel 1.2.5.](#)

stimmung „kein genereller Vorrang der Leistungsgesetze als speziellere Gesetze zu erkennen [ist]“, vielmehr ist „für jeden Anwendungsfall zu klären, ob in den Leistungsgesetzen eine Norm mit gleichem Regelungsgegenstand enthalten ist und ob diese Norm vom SGB IX abweicht.“⁷¹ Dabei wird in der Regel davon auszugehen sein, dass ein Vorrang nur ausnahmsweise zum Tragen kommt und deshalb Kapitel 1 des SGB IX in erster Linie zu beachten ist. Denn die dortigen Regelungen dokumentieren die Konsequenzen aus langjährigen mangelbehafteten Erfahrungen und gaben schließlich den Anstoß für das SGB IX. Dies wird noch stärker akzentuiert durch die Neuregelung im BTHG, wonach von den Koordinierungsvorschriften nicht abgewichen werden kann (ab 01. Januar 2018: § 7 Abs. 2 Satz 1 SGB IX).

Auch § 8 SGB IX (ab 01. Januar 2018: § 9 SGB IX) bedarf nachhaltiger Beachtung. Danach ist der angesprochene Rehabilitationsträger verpflichtet, unabhängig von der Entscheidung über die Leistung zu prüfen, „ob Leistungen zur Teilhabe voraussichtlich erfolgreich sein werden“, d.h. der Träger ist gehalten, sich ein Gesamtbild von dem Antragsteller zu machen. Dies gebietet es, sich umfassend mit seiner Situation zu befassen. Es ist der Gedanke, der auch Pate stand bei der von der WHO entwickelten ICF⁷² und vor allem dessen Konkretisierung sich in § 10 SGB IX gefunden hat, insbesondere bei einer derartigen Ausführung von Leistungen, „dass sie nahtlos ineinander greifen“. Die Teilhabeplanung wird durch das BTHG noch stärker akzentuiert (ab 01. Januar 2018: § 19 SGB IX). Orientierung an den Betroffenen ist besonders für alltags- und arbeitswelterfahrene Selbstverwalter die Aufforderung, sich sach- und lebenskundig einzubringen, so wie es der ursprünglichen Aufgabe eines Selbstverwalters bzw. einer Selbstverwalterin entspricht. Auch in dieser gesetzlichen Regelung liegt eine über den ursprünglichen Träger hinausgreifende gemeinsame Aufgabe der Selbstverwaltung.

In der Rehabilitation eine gemeinsame Aufgabe der Selbstverwalter aller Träger der Sozialversicherung zu sehen, folgt auch aus der Entstehungsgeschich-

⁷¹ Welti, SGB, 2008, 321 (324).

⁷² Die ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) ist die von der WHO entwickelte internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit zur Beschreibung des Gesundheitszustandes einer Person vor ihrem gesamten Lebenshintergrund, einschließlich Förderfaktoren und Barrieren.

te des SGB. Es war eine epochale Entscheidung des Gesetzgebers, ein gemeinsames Sozialgesetzbuch zu schaffen, um das Sozialrecht für den betroffenen Bürger wieder – besser: erstmalig – durchschaubar zu machen und einer weiteren Ausbreitung eines „*Gefühls der Unsicherheit*“⁷³ Einhalt zu gebieten. Drei Jahrzehnte Erfahrung bildeten 2001 den Grundstock für das SGB IX, die nun auszuwerten und zu befragen sind, ob die Vorstellungen von sozialer Gerechtigkeit und sozialer Sicherheit aus der Zeit der Schaffung des SGB Anfang der 1970er-Jahre umgesetzt wurden. Das ist die historische Aufgabe einer dem Ziel des Sozialgesetzbuches verschriebenen Selbstverwaltung.

⁷³ BT-Drs. 7/868, S. 19.

2. Rehabilitation als ständige Herausforderung

2.1 Einleitung

2.1.1 Allgemeine Bemerkungen

Nichts ist so beständig wie der Wandel. Eine Welt voller permanenter Veränderungen erfordert auch eine ständige Überprüfung, ob die vom Gesetzgeber gewählten Regelungen weiterhin zweckentsprechend funktionieren und wirksam sind. Dies gilt für alle Lebensbereiche, im besonderen Maße jedoch mit Blick auf den einzelnen Menschen in seinen verschiedenen situationsbedingten Rollen oder Positionen, sei es schlicht als einfaches Glied der Gesellschaft, als ihr aktiver Mitgestalter, speziell als Arbeitnehmerin bzw. Arbeitnehmer und als Verbraucher.

Dieser ständige Wandel hat zur Folge, dass eine einmal vorhandene Befähigung eines Menschen permanent dem Risiko von Beeinträchtigung und Entwertung ausgesetzt ist. Soll dieses Risiko gemindert oder gar vermieden werden, bedarf es eines regelmäßigen sorgsamen Blicks auf mögliche Veränderungen mit negativen Auswirkungen. Dies gilt umso mehr, je stärker ein Einzelner vom Einkommenserwerb durch Erwerbstätigkeit abhängig ist. Die Erwerbsfähigkeit zu erhalten und sie dazu regelmäßig an die alltäglichen Veränderungen anzupassen sowie auch Beeinträchtigungen aus individuellen Gegebenheiten oder alltäglichen Lebensumständen und Umwelteinwirkungen zu begegnen, ist demgemäß eine ständige Herausforderung vor allem für die Selbstverwaltung – global und national.

2.1.2. Rehabilitation als globales Handlungsfeld

Ständiger Wandel ist eine globale Erscheinung. Er betrifft zu allen Zeiten alle Menschen und alle Staaten dieser Erde, wenngleich Art und Ausmaß auch unterschiedlich sein mögen. Aus dieser Situation erwächst ein Gebot regelmäßiger re-

habilitativer – besser noch präventiver und rehabilitativer – Sichtweise auf die Mitglieder einer Gesellschaft. Rehabilitation als die Sicherstellung bzw. Wiederherstellung eines zuvor unbeeinträchtigten Zustandes eines Menschen in seiner gesamten Persönlichkeit im Sinne der ICF ist somit eine globale Herausforderung. Rehabilitationsbedürftigkeit besteht vor allem bei Menschen mit bereits bestehenden Behinderungen.

Dieses weltweite Problem haben die Vereinten Nationen aufgegriffen und in dem Übereinkommen über die Rechte behinderter Menschen, der sog. UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK)⁷⁴, eine gemeinsame Grundlage für den Umgang einer staatlichen Gesellschaft mit diesem Problem geschaffen. Die UN-BRK ist seit 2009 in Deutschland geltendes Recht. In ihrem Artikel 26 ist die staatliche Aufgabe beschrieben, die die Unterzeichnerstaaten verpflichtet, umfassende Habilitations- und Rehabilitationsdienste und Rehabilitationsprogramme zu organisieren, zu stärken und zu erweitern, insbesondere auf dem Gebiet der Gesundheit, der Beschäftigung, der Bildung und der Sozialdienste.

Zu nennen ist in diesem Zusammenhang auch die Empfehlung 168 der Internationalen Arbeitsorganisation (ILO) vom 21. Juni 1988, „betreffend die berufliche Rehabilitation und die Beschäftigung Behinderter“, mit der eine Beschlussfassung der ILO von 1955 aktualisiert und bekräftigt worden ist. Weiterhin ist im Rahmen der ILO die Konvention Nr. 159 über die Berufliche Rehabilitation und die Beschäftigung der Behinderten vom 1. Juni 1983 beschlossen worden, die am 20. Juni 1985 in Kraft getreten ist.

Mit Blick auf die übernationale Ebene sind schließlich europarechtliche Regelungen zu nennen, und zwar die Verordnungen (EG) Nummer 883/2004 und Nummer 987/2009 sowie ggf. die alten Verordnungen (EWG) Nummer 1408/71 und Nummer 574/72⁷⁵. Der Beachtung bedarf auch die sog. Gleichbehandlungsrahmenrichtlinie 78/2000 EG vom 27. November 2000 zur Verwirklichung der Gleichbehandlung in Beschäftigung und Beruf. Wenn auch ein unmittelbarer Bezug dieser Regelungen zur Rehabilitation nicht obligatorisch ist, sollten euro-

⁷⁴ Vgl. Fn. 19.

⁷⁵ http://www.deutscherentenversicherer.de/Allgemein/de/Inhalt/5_Services/03_broschueren_und_mehr/02_fachliterat.

parechtliche Regelungen wegen der zunehmenden Auswirkungen auch auf nationalstaatliche Ordnungen nicht aus dem Blickfeld geraten.

2.1.3 Rehabilitation in nationaler Ausgestaltung

Der in Artikel 26 UN-BRK formulierten Pflicht der Vertragsstaaten, „*wirksame und geeignete Maßnahmen, einschließlich durch die Unterstützung durch andere Menschen mit Behinderungen, um Menschen mit Behinderungen in die Lage zu versetzen, ein Höchstmaß an Unabhängigkeit, umfassende körperliche, geistige, soziale und berufliche Fähigkeiten sowie die volle Einbeziehung in alle Aspekte des Lebens und die volle Teilhabe an allen Aspekten des Lebens zu erreichen und zu bewahren [zu treffen]*“⁷⁶, ist Deutschland mit der Schaffung des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX) als Grundlage für das Rehabilitations- und Teilhaberecht nachgekommen. Damit wird insbesondere das Ziel verfolgt, „*die Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern sowie Benachteiligten zu vermeiden.*“⁷⁷ Es ist der primäre Sinn und Zweck des SGB IX, mit Hilfe dieses Gesetzes eine „*gemeinsame Plattform [zu errichten], auf der durch Koordination, Kooperation und Konvergenz ein gemeinsames Recht und eine einheitliche Praxis der Rehabilitation und der Behindertenpolitik*“⁷⁸ geschaffen werden können. Näheres dazu in [Kapitel 1.2.3](#).

2.2 Bausteine der Rehabilitation in der Sozialversicherung

Dass dieses politische Ziel auch mit ernsthaftem Willen und Erfolgsaussicht angestrebt wird, zeigen die Leistungen der Rehabilitation einschließlich derjenigen zur Teilhabe, die die Träger der gesetzlichen Sozialversicherung und der Arbeitsförderung erbringen. Sie unterstreichen zugleich den hohen Stellenwert die-

⁷⁶ BMAS, Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen, 2011, S. 41.

⁷⁷ Praetor Intermedia UG (Hrsg.), UN-Behindertenrechtskonvention, <http://www.behindertenrechtskonvention.info/rehabilitation-3914>.

⁷⁸ BT-Drs. 14/5074, S. 92.

ses Stützpfilers im gesamtgesellschaftlichen Gefüge in Deutschland. Diese Rehabilitationsleistungen erreichen – gemessen an den gesamten Ausgaben der gesetzlichen Sozialversicherung von 533,6 Milliarden Euro (2013)⁷⁹ – mit rund 31 Milliarden Euro zwar nur einen Anteil von etwa 5,8 Prozent, geben aber damit zwei Millionen Versicherten eine reale Chance zu selbstbestimmter Existenzsicherung⁸⁰. Dies wird hier eingangs noch einmal bewusst gemacht, um zu verdeutlichen, welchen beachtlichen Beitrag die Sozialversicherung erbringt – finanziert durch Versicherte und Arbeitgeber und hochgradig aktiv mitgestaltet von deren Vertreterinnen und Vertretern.

Gesetzliche Grundlage der Leistungen der Rehabilitation bilden in allen Fällen die einzelnen Bücher des Sozialgesetzbuches, zielorientiert vervollständigt und ausgestaltet durch das SGB IX. Sie werden nachfolgend in ihren wesentlichen Teilen dargestellt. Dabei ist es der hier vorgenommenen Aufgliederung nach den einzelnen Büchern geschuldet, dass – obwohl Rehabilitation umfassend verstanden wird (s. dazu [Kapitel 1.2.1](#)) – gelegentlich die hergebrachten Begriffe von der medizinischen und beruflichen Rehabilitation Anwendung finden. Eine kritische Würdigung dieser Aufgliederung im Lichte eines ganzheitlichen Verständnisses folgt in den [Kapiteln 4 und 5](#).

Bemerkenswert ist, dass sowohl im SGB III, als auch im SGB V, im SGB VI und im SGB VII sowie im SGB XII mehrfach auf die Bestimmungen des SGB IX Bezug genommen wird. Dies unterstreicht den Willen des Gesetzgebers, seine Absicht auch Wirklichkeit werden zu lassen. Von näherer Darstellung dieser einzelnen Bezugnahmen wird hier abgesehen.

2.2.1 Bausteine in der gesetzlichen Krankenversicherung

An den Gesamtausgaben für Rehabilitation ([vgl. Kapitel 1.2.5](#)) ist die Krankenversicherung mit 9 Prozent und somit nahezu einem Zehntel beteiligt. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und ergänzende Leistungen gehören gem. § 27 Abs. 1 Ziff. 6 SGB V zu den Leistungen der Krankenversicherung und sind

⁷⁹ [Vgl. Fn. 4.](#)

⁸⁰ [Vgl. Tabelle 2.](#)

Teil der Krankenbehandlung. Es besteht eine Leistungspflicht der Krankenkassen für medizinische Leistungen zur Rehabilitation. Gem. § 40 SGB V können Leistungen der medizinischen Rehabilitation ambulant und in bestimmten Fällen auch stationär erbracht werden. Eine Konkretisierung dieses Anspruches enthalten die §§ 40ff. SGB V.

Um die notwendige Qualität der Rehabilitations- (und Vorsorge-)Leistungen zu gewährleisten, haben die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Spitzenorganisationen der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen Grundsätze zur einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung und zum internen Qualitätsmanagement vereinbart. Krankenkassen haben auch die Möglichkeit, Patientenschulungen für chronisch Kranke sowie deren Angehörige und ihre ständigen Betreuungspersonen durchzuführen (§ 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V)⁸¹. Bemerkenswert ist ferner, dass Krankenkassen in bestimmten Fällen im Rahmen ergänzender Leistungen Nachsorgemaßnahmen erbringen können (§ 43 Abs. 2 SGB V). Erwähnenswert ist des Weiteren das in § 39 Abs. 1a SGB V geregelte Entlassmanagement der Krankenhäuser, welches mit Einwilligung des Versicherten zur Lösung von Problemen beim Übergang in die Versorgung nach einer Krankenhausbehandlung durchgeführt werden kann⁸².

Orientierungspunkte für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) – früher berufliche Rehabilitation – ergeben sich für Träger der gesetzlichen Krankenversicherung insbesondere aus Anregungen oder Erkenntnissen aus der betrieblichen Gesundheitsförderung (§ 20b SGB V) bzw. der Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren (§ 20c SGB V) oder anderen arbeitsplatzbezogenen Maßnahmen, wie sie etwa in den Berichten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) ausgewiesen werden⁸³. Auch im Zusammenhang mit stufenweiser Wiedereingliederung (§ 74 SGB V) können Krankenkassen ei-

⁸¹ Näheres im Internet: *GKV Spitzenverband* (Hrsg.), <https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/rehabilitation>.

⁸² Der Gemeinsame Bundesausschuss berät derzeit die Konkretisierung des Entlassmanagements. Eine Einbeziehung von Leistungen zur Rehabilitation gem. § 40 SGB V sollte dabei ggf. geprüft werden.

⁸³ Vgl. *GKV-Spitzenverband/MDS* (Hrsg.), Präventionsbericht 2015, 2015. Dass die Begutachtung durch den MDK nach einem ARD-Bericht in „Report Mainz“ am 5. Juli 2016 überprüfungswürdig ist, sollte eine Aufgabe der Selbstverwaltung sein.

ne wichtige Rolle spielen (vgl. dazu § 28 SGB IX). Direkte Bezugnahmen zum SGB IX enthalten, wie eingangs in der Einleitung zu [Kapitel 2.2](#) erwähnt, insbesondere die §§ 11, 13, 40, 43, 43a, 49 und 137d SGB V.

2.2.2 Bausteine in der gesetzlichen Unfallversicherung

Die gesetzliche Unfallversicherung ist an den Gesamtausgaben für Rehabilitation mit 13 Prozent ([vgl. Kapitel 1.2.5](#)) und somit gut einem Achtel beteiligt. Sie erbringt nach dem SGB VII alle medizinischen und außermedizinischen Leistungen zur Rehabilitation einschließlich der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft sowie ergänzende Leistungen aus einer Hand.

Diese umfassende Aufgabenzuweisung folgt aus speziellen gesetzlichen Vorgaben; klarer und eindeutiger als die gesetzliche Kranken- und Rentenversicherung hat die gesetzliche Unfallversicherung – quasi als Ablösung eines grundsätzlichen Schadensersatzanspruchs eines Geschädigten – einen umfassenden Auftrag erhalten. Dies zeigt sich bereits in der Aufgabenbeschreibung, „*mit allen geeigneten Mitteln Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten sowie arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren zu verhüten, nach Eintritt von Arbeitsunfällen oder Berufskrankheiten die Gesundheit und die Leistungsfähigkeit der Versicherten mit allen geeigneten Mitteln wiederherzustellen und sie oder ihre Hinterbliebenen durch Geldleistungen zu entschädigen*“ (§ 1 SGB VII).

Ihre Politik orientiert sich nach eigener Darstellung an der UN-Behindertenrechtskonvention und stellt dazu den betroffenen Menschen zwecks Förderung seiner Selbstbestimmung im Sinne des SGB IX in den Mittelpunkt ihres Handelns.

Der genannte fundamentale Grundsatz der gesetzlichen Unfallversicherung ist bereits im Zweiten Kapitel des SGB VII den Bestimmungen über Prävention (§§ 14 ff. SGB VII) und im Dritten Kapitel den Vorschriften über die Leistungen nach Eintritt eines Versicherungsfalles ausdrücklich vorangestellt (§ 26 Abs. 2 Ziff.1 SGB VII). Im Dritten Kapitel des SGB VII ist in einzelnen Unterabschnitten ausführlich vorgegeben, in welcher Form und mit welchen Inhalten Heilbehandlungen, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und Leistungen zur Teil-

habe am Leben in der Gemeinschaft samt ergänzender Leistungen eingesetzt werden sollen, um dem gesetzlichen Auftrag zu entsprechen.

Diese recht eigenständige Aufgabenstellung im gegliederten System der sozialen Sicherung weist mehrere Verbindungen bzw. Bezüge zu anderen Trägern der sozialen Sicherung auf. Der eingangs erwähnte Bezug zum SGB IX findet sich mehrfach im SGB VII – so in den §§ 26, 27, 35, 39, 42 und 43 – und gibt somit auch diesem Versicherungszweig den Hinweis, die Intentionen des Gesetzgebers bei Schaffung des SGB IX⁸⁴ zu beachten.

2.2.3 Bausteine in der gesetzlichen Rentenversicherung

Mit fast 6 Milliarden Euro entfallen auf die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung im Jahre 2013 18 Prozent der Ausgaben für die Rehabilitation und Teilhabe ([vgl. Tabellen in Kapitel 1.2.5](#)). Sie betreute nahezu eine Million Versicherte mit Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation und 128.000 Versicherte mit Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Damit schafft sie in der Regel zugleich eine Grundlage, weiterhin am Erwerbsleben teilzuhaben. Somit verfügt die gesetzliche Rentenversicherung über ein erhebliches Potential von Erfahrungen⁸⁵.

Grundlage für Leistungen zur Teilhabe bilden vor allem § 9 SGB VI und die näheren Bestimmungen in den §§ 15 und 16 SGB VI. Beachtenswert sind auch sonstige Leistungen (§ 31 SGB VI). Danach kann der Rentenversicherungsträger vor allem „*nachgehende Leistungen zur Sicherung des Erfolges der Leistungen zur Teilhabe*“ (§ 31 Abs. 1 Ziff. 1 SGB VI) und unter bestimmten Voraussetzungen quasi-präventive Leistungen „*zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit*“ (§ 31 Abs. 1 Ziff. 2 SGB VI) erbringen. Zu nennen ist auch § 116 SGB VI mit der Möglichkeit des Umdeutens eines Antrages auf Teilhabeleistungen in einen solchen auf Rente, wenn ein Erfolg der Maßnahme nicht zu erwarten ist oder diese Maßnahme nicht erfolgreich war.

⁸⁴ [Vgl. Fn. 21.](#)

⁸⁵ Köpke/Nürnberger, in: SozSich 2004, 426 ff.

Auch im SGB VI finden sich zahlreiche Bezüge zum SGB IX. Eine dieser Bestimmungen hat eine besondere Prägung erhalten. Sie verweist unmittelbar auf die Anwendung des SGB IX; in den Bestimmungen für die medizinische Rehabilitation (§ 15 SGB VI) und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsmarkt (§ 16 SGB VI) heißt es wörtlich: „Die Träger der Rentenversicherung erbringen gemäß § 15 SGB IX die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach den §§ 26 bis 31 SGB IX bzw. erbringen gemäß § 16 SGB VI die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsmarkt nach den §§ 33 bis 38 SGB IX.“⁸⁶

Unmittelbare Bezugnahmen zum SGB IX weisen im Übrigen ferner die §§ 1, 13, 15, 16, 21, 28 und 116 SGB VI auf.

2.2.4 Bausteine in der gesetzlichen Arbeitsförderung

Gemessen an den Gesamtausgaben für Rehabilitation und Teilhabe von 32,6 Milliarden Euro entfällt – ohne die Aufwendungen der Integrationsämter und der Sozial- und Eingliederungshilfe – etwa die Hälfte dieser Aufwendungen, d.h. 15,6 Milliarden Euro auf Träger der Sozialversicherung. Von diesen 15,6 Milliarden Euro entfallen mit 2,26 Milliarden Euro fast ein Sechstel der Gesamtausgaben auf die Bundesagentur für Arbeit ([vgl. Tabellen in Kapitel 1.2.5](#)). Von den ausgewiesenen mehr als zwei Millionen Leistungen⁸⁷ ist etwa ein Achtel Teilnehmern an Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben zuzuordnen. Diese wiederum entfallen etwa zu gleichen Teilen auf die Bundesagentur für Arbeit und die Träger der Rentenversicherung.

Diese Zahlen geben trotz möglicherweise vorhandener Abgrenzungsschwierigkeiten zumindest einen ersten Einblick in die quantitative Seite der Rehabilitation. Sie lassen erkennen, dass derartige Leistungen zum größten Teil auf gesundheitliche Gefährdungen oder bereits vorhandene Beeinträchtigungen der Fähigkeit zu eigenständiger Einkommenserzielung und nur zu einem geringeren Umfang anderen Faktoren in der Person eines Versicherten zurückgeführt wer-

⁸⁶ Die Übernahme bzw. Angleichung dieser Regelung an das SGB V und SGB VII sollte geprüft werden, sofern dies nicht vom BTHG erfasst wird.

⁸⁷ Diese dürften weitestgehend mit der Zahl der Teilnehmer vergleichbar sein.

den können. Auffallend ist im Übrigen, dass die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in den letzten fünf Jahren eine rückläufige Tendenz aufweisen!

Die rechtlichen Grundlagen für die Erbringung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben der Bundesagentur für Arbeit finden sich vor allem im SGB III. Seine Leistungen sind vielfach an Voraussetzungen gebunden, so etwa diejenigen, dass kein vorrangiger Anspruch nach dem Recht der gesetzlichen Kranken-, Renten- oder Unfallversicherung gegeben ist. So heißt es etwa in § 22 Abs. 2 SGB III: *„Allgemeine und besondere Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben dürfen nur erbracht werden, sofern nicht ein anderer Rehabilitationsträger im Sinne des Neunten Buches zuständig ist.“* (vgl. ggf. auch § 25 SGB II)

Unmittelbare Bezugnahmen auf Bestimmungen des SGB IX finden sich des Weiteren in den §§ 19, 46, 90 SGB III und im Siebten Abschnitt des SGB III in den §§ 112 bis 129, die im Übrigen ggf. auch als persönliches Budget erbracht werden können (§ 118 SGB III). Auch § 6a SGB IX (ab 01. Januar 2018: § 6 Abs. 3 SGB IX) mit den Vorgaben für Rehabilitationsträger für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach dem Zweiten Buch bedarf der Beachtung. Dazu wird auch in [Kapitel 4 und 5](#) zu prüfen sein, auf welche Weise dies durch die sozialpartnerschaftliche soziale Selbstverwaltung gefördert werden kann. Als Merkposition für die spätere Auswertung mag noch festgehalten werden, dass die Rolle der Selbstverwaltung auch angesichts der uneinheitlichen Ansatzpunkte der Politik der Arbeitsförderung vor allem im SGB III, aber auch im SGB II einer genaueren Betrachtung bedarf⁸⁸.

Unabweisbar erscheint auch die Notwendigkeit, sämtliche arbeitsmarktbezogenen Maßnahmen rehabilitativen Charakters – egal ob sie dem Rechtskreis des SGB III oder des SGB II zuzuordnen sind – in die Prüfung von Fördermöglichkeiten nach dem Recht der Rehabilitation und Teilhabe einzubeziehen sind. Dies gilt insbesondere auch für Menschen mit Behinderungen.

⁸⁸ Näheres in *Rixen/Welskop-Deffaa* (Hrsg.), *Zukunft der Selbstverwaltung*, 2015; hieraus insbesondere *Rixen*, in: *Rixen/Welskop-Deffaa* (Hrsg.), *Zukunft der Selbstverwaltung*, 2015, S. 57–68. Siehe dazu auch *DGB Bundesvorstand* (Hrsg.), *DGB-Vorschläge zur Neuausrichtung der Arbeitsförderung*, 2014, sowie *DGB und BDA* (Hrsg.) 2016, *Gemeinsame Vorschläge zur Übernahme der umfassenden Verantwortung für die Ausbildungsförderung und -beratung Jugendlicher durch die Arbeitslosenversicherung sowie für die Rehabilitanden aus der Grundsicherung*.

2.3 Die BAR als Sachwalterin und Gestalterin von Rehabilitation nach dem SGB IX

Obwohl es nicht alltäglich ist, ein Gesetz und eine Institution als gemeinsam Handelnde in einem Atemzug zu nennen, erscheint eine derartige Betrachtungsweise geboten. Geboten erscheint sie deshalb, weil das SGB IX von 2001 wie kein anderes Bundesgesetz bereits durch den Gesetzestitel und dann in § 1 Rehabilitation durch die Festigung bzw. Erhaltung und Wiederherstellung der persönlichen Befähigung eines Menschen zu eigenständigem, selbstbestimmtem Leben und gleichberechtigter Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zum Ausgangspunkt und zentralen Ziel bestimmt. Diese Zwecksetzung wird noch dadurch unterstrichen, dass nicht erst eine eingetretene Schädigung, sondern bereits deren mögliche drohende Behinderung als ausreichend angesehen wird, die Leistungen des Gesetzes auszulösen.

Eine gleichermaßen gezielt auf das Handeln für eine wirksame Rehabilitation gerichtete Aktivität wurde schon mehr als 30 Jahre zuvor auf Anregung der Politik von den Sozialversicherungsträgern, Gewerkschaften und Arbeitgeberverbänden, den Ländern und den Arbeitsgemeinschaften der Sozialhilfeträger und der Hauptfürsorgestellen auf freiwilliger Grundlage ins Leben gerufen, die BAR⁸⁹. Die Gründungsmitglieder „*hatten erkannt, dass es nicht länger so sein durfte, dass die Art der Leistungen von der Frage abhing, welcher Träger zuständig sei, anstatt sich an den Bedürfnissen des Empfängers dieser Leistung auszurichten.*“⁹⁰

SGB IX und BAR sind somit bereits mehr als ein Dutzend Jahre gleichermaßen darauf gerichtet, Rehabilitationsleistungen mit Blickrichtung auf den Leistungsbedürftigen zu verbessern. Beide haben in dieser Zeit zahlreiche Verbesserungen und Fortschritte bewirkt⁹¹. Gleichermaßen wuchsen auch die Erwartun-

⁸⁹ Näheres in [Kapitel 3.4.2.](#)

⁹⁰ *Nürnberger/Köpke, SozSich* 2009, 225 (225).

⁹¹ Ausführliche Darstellungen finden sich z. B. in den jährlichen Geschäftsberichten und zahlreichen weiteren Veröffentlichungen der BAR.

gen und Bedürfnisse potentieller Leistungsempfänger. Die Erweiterung des grundgesetzlichen Schutzes in Art. 3 Abs. 3 Satz 2 im Jahre 1994 auf den Schutz vor Benachteiligung wegen einer Behinderung und die Verabschiedung der UN-Behindertenrechtskonvention im Jahre 2008 legen Zeugnis ab von dieser Entwicklung.

Dies alles hatte zur Folge, dass der Druck auf weitere Verbesserungen für die betroffenen Menschen zunahm. Aktivitäten ergaben sich auf verschiedenen Ebenen, so zum Beispiel auf der politischen Ebene durch Interessenorganisationen und Sozialverbände⁹², flankierend begleitet von wissenschaftlichen Impulsen⁹³. In diese Gemengelage zielt auch die Intention dieser wissenschaftlichen Studie, mit deren Hilfe eine verbesserte Zielerreichung durch die von der Politik manchmal nicht hinreichend beachtete und gewürdigte gesellschaftliche Kraft gefördert werden soll, nämlich die Kraft des gesellschaftlichen Konsenses in der sozialpartnerschaftlich geprägten sozialen Selbstverwaltung.

Aus dieser Konstellation heraus erwächst den Akteuren der sozialen Selbstverwaltung die Aufgabe, sämtliche Potentiale zu aktivieren. Dies bringt sie aus der Rolle eines Sachwalters in den Status eines verantwortlichen Gestalters für die zukünftige Entwicklung, was durch das BTHG ab 2018 noch stärker akzentuiert wird. Dies haben sie durchaus erkannt und verinnerlicht, wie den Zeugnissen ihrer führenden Vertreter auf der Festveranstaltung zum 40-jährigen Bestehen am 12. Februar 2009 in Berlin entnommen werden kann⁹⁴. Die ausdrückliche Würdigung, die die Arbeit der BAR dort durch Bundesarbeitsminister Olaf Scholz erfahren hat, wird die Motivation der Selbstverwaltung zusätzlich beleben. Denn sie zeigt Anerkennung und Wertschätzung für das ehrenamtliche Engagement. Eine solche, von einem breiten gesellschaftlichen Konsens getragene politische Strömung, ist für einen lebendigen sozialen Staat eine wichtige, ja nahezu unverzichtbare Grundlage seines Handelns.

⁹² Stellvertretend für alle Organisationen ist der Deutsche Behindertenrat (DBR) zu nennen.

⁹³ Genannt werden können in diesem Zusammenhang beispielsweise die Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquien, veranstaltet von der Deutschen Rentenversicherung in Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW), [vgl. Fn. 31](#).

⁹⁴ o.A., BAR: Reha-Info Nr. 1/2009, 4 (4 ff.).

3. Bestandsaufnahme

3.1 Erfassung empirischer Fakten

Das folgende Kapitel 3 ist das empirische Kernstück dieser Arbeit. Hier werden in fünf Schritten bzw. Abschnitten die Befunde ermittelt und zusammengetragen, die einer kritischen Würdigung zu unterziehen sind. Anschließend bilden sie die Basis für die Entwicklung und Darlegungen der mit dem Studienauftrag geforderten bzw. erwarteten Vorschläge zur Optimierung der Tätigkeit der sozialen Selbstverwaltung. Im Einzelnen sind dies die folgenden Abschnitte: Erstens die Beschreibung der Methode zur Erfassung der empirischen Daten ([Kapitel 3.1](#)), zweitens die Befragung aktiver Selbstverwalter bei den vier Trägern der sozialen Sicherung, der gesetzlichen Kranken-, Unfall- und Rentenversicherung sowie der gesetzlichen Arbeitsförderung zu ihrer alltäglichen Tätigkeit ([Kapitel 3.2](#)), drittens eine Befragung der Verbände, die diese Selbstverwalter benannt haben ([Kapitel 3.3](#)), viertens die Frage nach Einzelheiten der praktischen Umsetzung von Rehabilitation am Beispiel der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) ([Kapitel 3.4](#)) und fünftens die Erkundung weiterer Erfahrungsfelder, wie etwa diejenigen des Bundeswahlbeauftragten für die Sozialversicherungswahlen und der Gewerkschaften und Arbeitgeberverbände als den für das System der sozialen Selbstverwaltung maßgebenden Vertreter gesellschaftlicher Kräfte ([Kapitel 3.5](#)).

3.1.1 Vorbemerkungen

Das Ziel der Untersuchung ist im Projektauftrag der Universität Kassel wie folgt beschrieben: „*Eigenständige Forschung zum Projekt Soziale Selbstverwaltung und Rehabilitation – Untersuchung von Optimierungsmöglichkeiten in der Sozialversicherung inklusive Literaturrecherche und Experteninterviews sowie Analyse und Zusammenfassung der Ergebnisse.*“ Die Studie ist somit darauf gerichtet, die Funktion und Wirkungsweise von Selbstverwaltung am Beispiel der Rehabilitation zu untersuchen. Zentrale Untersuchungsteilstücke sind danach die

Träger der Sozialversicherung als „Ursprungsquelle“ von Rehabilitation und die soziale Selbstverwaltung als Verfahrensvorgabe des Gesetzgebers sowie die Rehabilitation als spezieller Teil der Gesundheits- und Sozialpolitik.

Träger der Sozialversicherung sind, wie in [Kapitel 1.1 bis 1.3](#) dargestellt, vor allem die gesetzlichen Krankenkassen zugleich als Pflegekassen, die Berufsgenossenschaften und Unfallkassen als gesetzliche Unfallversicherung, die Deutsche Rentenversicherung Bund, die DRV-Regionalträger und die DRV Knappschaft, Bahn, See als gesetzliche Rentenversicherung und die Bundesagentur für Arbeit mit ihren Untergliederungen als Trägerin der gesetzlichen Arbeitsförderung. Vergleichbares gilt für alle Träger für die vorgeschriebene Leistungsart Rehabilitation bzw. Leistung zur Teilhabe.

Nach dem Forschungsauftrag sind in der Studie vor allem eine Literaturrecherche und Experteninterviews durchzuführen. Zur Literaturrecherche wird zunächst auf die Darlegungen in [Kapitel 1.3.4](#) verwiesen. Sie werden von Fall zu Fall aufgegriffen und vertieft.

Von wesentlicher Bedeutung für diese Arbeit sind vor allem die Experteninterviews, die Erfahrungsberichte von Fachleuten, die sich alltäglich mit dem Instrumentarium der sozialen Selbstverwaltung befassen, es anwenden und seine Stärken und Schwächen erleben und von daher zur Beantwortung der Kernfrage nach der Optimierung der Funktionalität und Wirkungsweise von sozialer Selbstverwaltung wesentliche Erkenntnisse beitragen können.

3.1.2 Gewinnung und Auswahl von Experten

Der Kreis der Expertinnen und Experten wird in erster Linie durch Mitglieder in den Selbstverwaltungsgremien bei den Trägern der Sozialversicherung bestimmt. Dies sind Vertreterversammlungen, Vorstände, Verwaltungsräte und Mitgliederversammlungen. Dazu zählen auch Gremien und andere Organisationsformen in Zusammenschlüssen von Trägern auf träger- oder zweigübergreifender Ebene bis hin zur Bundesebene sowie Fachausschüsse von Organen und Beiräte sowie auch Funktionen, die von Versichertenältesten oder Vertrauenspersonen (§ 39 SGB IV) ausgeübt werden. Die Zahl der Selbstverwalter in der Grundgesamtheit kann nur annähernd angegeben werden. Einen Anhaltspunkt

liefert der Bericht über die zuletzt abgehaltenen Sozialversicherungswahlen im Jahre 2011⁹⁵. Er weist 4.956 zu besetzende Mandate bei den Trägern der Kranken-, der Unfall- und der Rentenversicherung aus.

In den Kreis der Experten einbezogen wurden des Weiteren Organisationen, die nach § 48 SGB IV berechtigt sind, Vorschlagslisten zu den Wahlen der Führungsgremien einzureichen und davon auch Gebrauch gemacht haben. Das sind in erster Linie Gewerkschaften und Arbeitgebervereinigungen. Flankierend wurden punktuell Erkundungen aus den Versicherungsträgern – etwa von einem Büro der Selbstverwaltung (BdS) – hinzugezogen.

Bei der Suche nach einer für die gesamte Sozialversicherung repräsentativen und in der Bestandserhebung praktikierbaren Zahl von Interviewpartnern wurden Struktur und Eigenheiten der vier Versicherungszweige und die projektbedingten Limitierungen einbezogen. Danach wurde folgende Gesamtgruppe gebildet:

Tabelle 3: Übersicht über die Interviewpartner

Tabelle 3: Übersicht über die Interviewpartner		
Sozialversicherungszweig	Versicherten- bzw. Arbeitnehmervertreter	Arbeitgebervertreter
Krankenversicherung	4	4
Unfallversicherung	3	3
Rentenversicherung	3	3
Arbeitsförderung	2	2
Zu befragende Selbstverwalter	24	

Quelle: Eigene Darstellung.

Auf diesem Wege wurde eine Gesamtheit von 24 zu befragenden Personen gebildet, die als repräsentativ für alle in den Gremien der Sozialversicherungsträger tätigen Selbstverwalterinnen und Selbstverwaltern angesehen werden kann. Die-

⁹⁵ BWB 2012, S. 229 ff.

se umfasst auch Zusammenschlüsse und Vereinigungen von Trägern der einzelnen Zweige der Sozialversicherung.

Nach dieser Festlegung wurden im Juli 2014 die führenden versicherten- und arbeitgeberseitigen Vertreter in den Spitzenverbänden bzw. Spitzenorganisationen der gesetzlichen Sozialversicherung und der gesetzlichen Arbeitsförderung über das Projektvorhaben informiert und um Benennung von bis zu 10 Selbstverwalterinnen und Selbstverwaltern gebeten. Die Vorschlagslisten sollten neben anderen Kriterien vor allem „den strukturellen Gegebenheiten des von Ihnen vertretenen Bereiches Rechnung tragen, möglichst auch zweigübergreifend tätig sein.“ Auf diese Bitte wurden insgesamt knapp 50 Vorschläge eingereicht.

Die Vorgeschlagenen wurden mit einem Kurz-Fragebogen⁹⁶ um nähere Angaben zu Grunddaten ihrer Selbstverwaltertätigkeit gebeten. Insbesondere wurden erfragt: Alter und Geschlecht, Dauer der Selbstverwaltertätigkeit, Breite der Erfahrung, zeitlicher Umfang der Selbstverwaltertätigkeit, Betreuung durch den Versicherungsträger und Kontakt zum Listenträger.

Diese Auskünfte lagen im Oktober 2014 vor und schufen die Grundlage für die Bildung eines möglichst treffsicheren und aussagekräftigen Samples. Daraus wurden nach den folgenden Kriterien 24 Interviewpartner ausgewählt. Die Vorgaben konnten dabei weitestgehend erfüllt werden.

- Die Hälfte der Vorgeschlagenen, mindestens ein Drittel, ist weiblichen Geschlechts.
- Die Vorgeschlagenen sind je zur Hälfte als Versichertenvertreter und als Arbeitgebervertreter tätig.
- Die Vorgeschlagenen verfügen über langjährige Erfahrungen, gehören mindestens seit drei Perioden einem Selbstverwaltungsgremium an.
- Die Vorgeschlagenen haben auch Erfahrungen in übergreifenden Handlungsfeldern, so etwa im MDK, in der GDA oder im Bezug zur BAR.
- Die Vorgeschlagenen haben Erfahrungen aus regionalen Aktivitäten.
- Bei den Vorgeschlagenen finden spezifische Organisationsstrukturen ihren Niederschlag, insbesondere diejenigen in der GKV.

⁹⁶ Der Kurz-Fragebogen ist im Anhang (A.1) beigefügt.

Die danach ausgewählten 24 zu befragenden Interviewpartner erlauben angesichts ihrer vielfältigen Differenziertheit Antworten, die im weiteren Verlauf der Studien in der Sache eine über den reinen Wortlaut hinausgehende, präzisere Beurteilung der tatsächlichen Tätigkeit von Selbstverwaltern ermöglichen. Dies kann den argumentativen Wert der Fakten zusätzlich stärken.

Unter Berücksichtigung dieser Kriterien wurde danach die Phase der Befragung im Dezember 2014 eingeleitet und im April 2015 abgeschlossen.

Da nicht auszuschließen ist, dass während der Erarbeitung der Studie ein Interview nicht (mehr) genutzt werden kann, wurden vorsorglich vier zusätzliche Interviews erhoben. Sie einzubeziehen, war bis dato nicht erforderlich.

3.1.3 Auskünfte der Selbstverwalter im Kurz-Fragebogen, Teil I

Die Auswertung der Kurz-Fragebogen fördert zutage, dass die Befragten im Alter zwischen 38 und 79 Jahren stehen. Ihr Durchschnittsalter liegt bei 62,5 Jahren. 17 der Befragten sind männlich, sieben weiblich. Ihr Ehrenamt üben sie zwischen drei und 41 Jahren aus, im Durchschnitt verfügen sie über Erfahrungen aus 17,5 Jahren. Zur Breite der Erfahrung ergeben die Auskünfte, dass 13 der 24 Personen ein Amt als Selbstverwalter in einem weiteren Sozialversicherungsträger bekleiden, und zwar fünf in einer Krankenkasse, einer in der Unfallversicherung, vier in der Rentenversicherung und drei in der Arbeitsförderung. Insgesamt sechs dieser 13 Selbstverwalter vertreten ihren Träger in den Gremien der BAR. Eine Darstellung weiterer Details findet sich in [Kapitel 3.2.3](#).

3.2 Befragung von Selbstverwalterinnen und Selbstverwaltern

3.2.1 Vorbemerkungen

Im zweiten Abschnitt dieses Kapitels wird nunmehr das Vorgehen zur Befragung von Selbstverwaltern erläutert.

Die Befragung wurde grundsätzlich in persönlichen Interviews durchgeführt. Sie dauerten in der Regel ein bis eineinhalb Stunden, umfassten nicht selten eine größere Zeitspanne. In einigen Fällen erfolgte die Befragung auf telefonischem Wege. Die Interviews wurden elektronisch aufgezeichnet und anschließend schriftlich abgefasst. Sie wurden etwa zu gleichen Teilen vom Verfasser dieser Studie und einer studentischen Hilfskraft der Universität Kassel (Maike Ball) durchgeführt. Insgesamt erfolgte die Befragungsphase in der Zeit von Dezember 2014 bis April 2015.

Den Interviews wurde ein wissenschaftlich abgestimmter Leitfaden⁹⁷, bestehend aus sechs Themenfeldern⁹⁸, zu Grunde gelegt. Mit diesen Fragen wurden sowohl Angaben und Auskünfte zur persönlichen Wahrnehmung der Selbstverwalterfunktion als auch zu den Erfahrungen in der Zusammenarbeit in den Gremien, mit der Verwaltung, mit anderen Trägern oder sonstigen Anbietern von Gesundheitsleistungen und speziell zum praktischen Umgang mit dem Instrument Rehabilitation des eigenen Versicherungsträgers erkundet. Erfragt wurden schließlich die größte empfundene Herausforderung sowie sonstige Möglichkeiten zur Verbesserung der Rehabilitation.

Der Befragungsphase war ein Probelauf vorgeschaltet, in dem mit Selbstverwaltern verschiedener Versicherungsträger außerhalb des Samples die Exakt-

⁹⁷ Die sozialwissenschaftliche Fundierung erfolgte durch wissenschaftliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Universität Kassel bei gleichzeitiger Hinzuziehung einschlägiger sozialwissenschaftlicher Fachliteratur ([vgl. Literaturverzeichnis](#)).

⁹⁸ Der Fragenkatalog (Themenfelder für die Expertenbefragung) ist im Anhang ([A.2](#)) beigefügt.

heit, Verständlichkeit und Brauchbarkeit des Leitfadens erkundet wurden. Die Ergebnisse flossen sodann in die Endfassung der Themenfelder ein.

Für die Auswertung der Interviews wurde ein spezielles Auswertungsinstrument⁹⁹ entwickelt, um aus den mittels der Interviews gewonnenen Fakten möglichst präzise Beschreibungen zu generieren. Zu diesem Zweck wurde der wesentliche Inhalt der Interviews in einem tabellarischen Schema erfasst und den jeweiligen Fragen zugeordnet. Dieses Schema ist in der Anlage aufgeführt. Diese Aussagen wurden tabellarisch zusammengestellt und bilden die Basis für die Auswertungen.

Bei der nachfolgenden Darstellung wird eine Unterscheidung der Befragten in originäre und gestufte Mandatsträger¹⁰⁰ noch nicht vorgenommen, obwohl Rolle und Funktion auf breiterer oder höherer Ebene und damit die Meinungsbildung in modifizierten Zusammenhängen abläuft. Diese Differenzierung wird unten vertieft¹⁰¹.

Im Interesse der Anonymität der Befragten wird bei Zitaten hier nur offengelegt, ob es sich um Versicherten- oder um Arbeitgebervertreter (Vers, AG) handelt und in welchem Zweig der Sozialversicherung (GKV, GRV, GUV, AV) sie tätig sind.

3.2.2 Befragung von Mandatsträgern

Zunächst wurden allgemeine Erfahrungen in der persönlichen Wahrnehmung des Selbstverwaltermandats erfragt (Feld 1). Dem folgten Erkundungen über die praktische Arbeit eines Selbstverwalters im Vorfeld und im Ablauf von Sitzungen. Sie wurden besonders auf die Stichworte Information, Kommunikation und Meinungsbildung fokussiert (Feld 2). Daran schloss sich eine Vertiefung unter

⁹⁹ Das Auswertungsinstrument ist im Anhang (A.3) beigefügt.

¹⁰⁰ Diese Unterscheidung bezieht sich auf Situationen, in denen ein Selbstverwalter aus seinem ursprünglichen Mandat heraus auf breiterer Basis (zum Beispiel ein GKV-Vertreter in einem Gremium des MDK) oder höherer Ebene (zum Beispiel ein BG-Vertreter in einem Organ der DGUV) oder weitergehend in einem Gremium der BAR tätig ist. [Vgl. Fn. 106 und 189.](#)

¹⁰¹ [Vgl. Fn. 106, 189 und Kapitel 4.1.1. und 5.4.2. sowie im Anhang A.2 und A 4.](#)

dem Aspekt Zusammenarbeit an (Feld 3). Der nächste Schritt war auf Einzelheiten zu präventivem und rehabilitativem Handeln gerichtet (Feld 4). Wegen der herausragenden Bedeutung wurde als weiteres Feld die Zusammenarbeit nach den Kriterien des SGB IX erkundet (Feld 5). Besonders interessierte letztlich, worin ein Selbstverwalter das größte Problem sieht, was er als die größte Herausforderung betrachtet (Feld 6). Hier ging es auch darum, verborgene Optimierungsansätze aufzudecken.

Die nachfolgend wiedergegebenen Äußerungen spiegeln das fließende Geschehen der Meinungsbildung in einem demokratischen Prozess wider. Sie beruhen ausschließlich auf persönlichen Schilderungen der auf unterschiedlichen politischen Ebenen vor ihrem individuellen Erfahrungshintergrund befragten Selbstverwalterinnen und Selbstverwalter und finden dort ihre Grenzen. Diese Bemerkung kann Fehldeutungen vorbeugen, soll aber gleichwohl nicht Läuterungsüberlegungen den Weg verbauen.

Erstes Themenfeld – Persönliche Wahrnehmung des Ehrenamtes

Als Selbstverwalter haben Sie viele Erfahrungen gesammelt. Für unser Projekt ist es wichtig zu wissen, wie Sie zu diesem Ehrenamt gekommen sind, welche Voraussetzungen eine Rolle spielten und wie Sie sich auf diese Aufgabe vorbereitet haben. Nehmen Sie an Schulungen teil? Wer ist der Veranstalter?

Der überwiegende Teil der Befragten ist seit vielen Jahren verbandlich, gewerkschaftlich, kommunalpolitisch oder auf ähnliche Weise ehrenamtlich tätig. Besondere Voraussetzungen wurden bei der Kandidatur für ein Amt eines Selbstverwalters nicht gefordert, allerdings wurden eine gute Allgemeinbildung mit Grundkenntnissen im Arbeits- und Sozialrecht sowie im Arbeits- und Gesundheitsschutz und in praktischer betrieblicher Arbeit erwartet, einhergehend mit guter Vernetzung in sozialpolitischen Strukturen, beruflichen Kontakten zu Mitgliedsfirmen bzw. gewerkschaftliches Engagement.

Den Einstieg in eine Selbstverwalterfunktion bildeten üblicherweise persönliches Interesse, Einblick in technische und soziale Betriebsstrukturen und die Bereitschaft zum Engagement. Praktisch war damit grundsätzlich der Weg frei für die Aufnahme in eine Vorschlagsliste gemäß § 48 SGB IV – in erster Linie Gewerkschaften und Vereinigungen von Arbeitgebern sowie deren Verbände –

und die Bestätigung durch die Sozialwahl. Von einer generellen bzw. systematischen Vorbereitung berichtete keiner der Befragten. Sie verwiesen vielmehr auf ihr autodidaktisch erworbenes Wissen und nannten den allgemeinen Wissenserwerb durch die praktische Arbeit („learning by doing“) als Grundlage. Vereinzelt wurden auch Hospitationen, z. B. in einem Job-Center oder einer Arbeitsagentur genannt.

Auf die Frage nach Schulungs- und Bildungsaktivitäten berichteten die Befragten durch die Bank, dass solche von verschiedenen Veranstaltern und in unterschiedlichen Formen angeboten wurden. Genannt wurden vor allem Gewerkschaften, Krankenkassen, die Rentenversicherung, Berufsgenossenschaften, auch die BDA und das BMAS.

Erwähnt wurden Schulungs- und Bildungsveranstaltungen vor Ort oder ein- oder mehrtägige Seminare, auch die Überlassung von Unterrichtsmaterialien und Informationsbroschüren. Allerdings streuten die Antworten breit in Form, Art, Abfolge und Inhalt derartiger Schulungen. Solche Veranstaltungen würden sowohl von den Gewerkschaften und Verbänden als auch von den Trägern durchgeführt, jedoch mit dem Unterschied, dass seitens der Versicherungsträger Wissensvermittlung angeboten wird, dies auch für Versicherte und Arbeitgeber gemeinsam, während verbandliche bzw. gewerkschaftliche Veranstaltungen auch auf politische Zusammenhänge und Hintergründe ausgerichtet seien. Berichtet wurden von einigen Befragten, dass derartige Maßnahmen in Organen der Selbstverwaltung angeregt und beschlossen und dann in organisatorischer Kompetenz des Selbstverwaltungsbüros umgesetzt werden. Als besonders wichtig wurden Maßnahmen für Mitglieder in Widerspruchsausschüssen und für Versichertenälteste („Versichertenberater“) bezeichnet¹⁰².

Auffallend waren einige kritische Anmerkungen. Dazu gehörte der Hinweis, dass es „früher häufiger“ solche Treffen gab (Vers, GRV), dass das Angebot nicht angenommen werden konnte, weil es an der Zeit fehlte, auch weil „*der Spielraum fürs Ehrenamt zunehmend eingeengt wird*“ (AG, GKV) Erwähnt sei auch, dass sich Versicherte eher als Arbeitgeber an Schulungs- und Bildungs-

¹⁰² Vgl. dazu insbesondere eine neuere Studie der HBS von *Höland/Welti et al.*, SozSich 2016, S. 433 ff; vgl. hierzu ebs. [Fn. 51](#) vor allem aber Kapitel 4.1.4 und dort insbesondere Fn. 204 und 205.

maßnahmen beteiligten; dies wurde von einigen Arbeitgebervertretern bestätigt. Auch wurde von gelegentlichen Freistellungsproblemen berichtet, dies aber nicht als „wirkliches Problem“ eingestuft.

Schulungs- und Bildungsmaßnahmen waren des Weiteren bei den Spitzenverbänden DGB und BDA erfragt worden. Wenn zwar deren Notwendigkeit außer Zweifel stand, machten die Antworten doch deutlich, dass beide Verbände sich – wenn auch differenziert – in einer schwierigen Gemengelage sehen, die eine einheitliche Antwort erschwert. Das weitgehend übereinstimmend gesehene Erfordernis fördernder und unterstützender Maßnahmen für die von ihnen benannten Selbstverwalter scheint zwar weniger in einem gewissen Wettbewerb durch Maßnahmen der Träger – mit eigenen Schulen und Instituten – als mehr durch Abstimmung über die Zielbestimmung und Präzisierung der Intention, mit denen der DGB und die BDA der ihnen vom Staat zugewiesenen verantwortlichen Rolle entsprechen wollen, erschwert zu sein. Dies wird später im [Kapitel 5.4](#) näher zu betrachten sein.

Zweites Themenfeld – Zur konkreten Ausübung des Ehrenamtes

Die Wahrnehmung Ihrer Aufgaben erfordert vielfältige Informationen. Wie beurteilen Sie die Informationen der Verwaltung? Entsprechen sie Ihrem Bedarf? Helfen sie, den „natürlichen“ Wissensunterschied zur Verwaltung auszugleichen bzw. zu reduzieren? Haben Sie Kontakte zu betrieblichen Funktionsträgern (z. B. Betriebsrat, Personalleitung). Werden Vorbesprechungen durchgeführt?

Die Informationen seitens der Verwaltung sowie die Vorbereitung der Sitzungen gaben keinen Hinweis auf Unzulänglichkeiten. Allerdings wurde mehrfach auch auf (zu) umfangreiche Informationen hingewiesen, deren „Verarbeitung“ sehr arbeitsintensiv sei. Gelegentlich würden Hintergrundinformationen vermisst, allerdings gebe es Unterschiede mit Blick auf Landes- und Bundesebene. Die erstgenannte werde oft als realer, wirksamer, effektiver gesehen. Mit den Selbstverwaltungsbüros gab es „nur“ gute Erfahrungen. Notwendige Informationen würden jederzeit zur Verfügung gestellt. Allerdings wurde mehrfach darauf hingewiesen, dass die Verwaltung einen „Riesenvorsprung“ an Wissen und Informationen habe, der auch durch Unterlagen nie ganz ausgeglichen werden könne. Wertvoll und hilfreich sei dabei für einen Selbstverwalter ein möglichst großer

Erfahrungsschatz; ein solcher bilde sich jedoch freilich erst über viele Jahre hinweg heraus. Bemerkenswert waren die folgenden Anregungen:

- Selbstverwaltungsbüros sollten bei Sichtung und Gewichtung der Informationen stets mit dem Blick eines Selbstverwalters handeln. Darauf sollte verstärkt geachtet werden.
- Umfangreichen Informationen sollte – wo dies noch nicht geschieht – ein komprimierter Vorspann vorangestellt werden.
- Selbstverwaltern sollte das Selektieren von Vorlagen vermittelt bzw. erleichtert werden.
- Fachliche Unterstützung durch die vorschlagende Organisation würde förderlich sein.
- Um die Bewältigung von „Unterlagen-Bergen“ zu erleichtern, sollte der elektronische Versand mehr genutzt werden (Vers, GRV).

Kontakte zu betrieblichen Funktionsträgern wurden wiederholt bestätigt. So etwa zu Betriebs- und Personalräten, auch zu Schwerbehindertenvertretungen. Sie entstünden oftmals aus Eigeninitiative, würden zuweilen von einer Verwaltung nicht gerne gesehen. Die Teilnahme an einer Personalversammlung könne dazu beitragen eine „unverfälschte“ Einschätzung vorzunehmen. Vor allem in Angelegenheiten der Arbeitssicherheit seien derartige Kontakte sehr wichtig.

Vorbesprechungen werden fast immer durchgeführt; lediglich zwei Befragte verneinten diese Frage. Üblich sei es in einigen Fällen auch, einer offiziellen Sitzung eine Informationsrunde – mit und ohne Verwaltung – vorzuschalten, um den Informationsfluss zu optimieren. Auch habe es sich bewährt, den Organvorsitzenden an Sitzungen eines anderen Organs zu beteiligen. Auch Informationen eines Vorsitzenden der Personalvertretung wurden als förderlich erlebt. Berichtet wurde auch, dass Versichertenvertreter oft mehr Zeit für Vorbesprechungen nützten als Arbeitgebervertreter. Vorbesprechungen seien – so ein Selbstverwalter – auch deshalb sinnvoll, um „Sprengstoff rauszulassen“.

Drittes Themenfeld – Von der Beratung zur Entscheidung – Zusammenarbeit und Arbeitsstil

Die Zusammenarbeit von Selbstverwaltung und Verwaltung ist für die Sozialversicherung von zentraler Bedeutung. Wie erleben Sie diese? Ist sie von Vertrauen und Offenheit geprägt oder gibt es Vorbehalte? Haben Sie unterschiedliche Auffassungen bis hin zu Konflikten erlebt, wenn ja, wie wurden sie gelöst? Gibt es konkrete Abstimmungen?

Die Zusammenarbeit von Selbstverwaltung und Verwaltung wurde von den Befragten durchweg positiv beurteilt. Dies machen schon die unterschiedlichen begrifflichen Beschreibungen deutlich, bei denen sich offen, vertrauensvoll, zufriedenstellend, problemlos, partnerschaftlich, konstruktiv und kooperativ abwechselten. Wiederholt wurde darauf hingewiesen, dass dies aber auch von den jeweils beteiligten Persönlichkeiten abhängig sei. Weiter wurde registriert, dass strategische Überlegungen seitens einer Verwaltung dann auch unterschiedliche Auffassungen deutlich werden ließen, die konstruktiv behandelt würden. Als sinnvoll, ja notwendig, wurde erwähnt, dass Verwaltungen relevante Informationen gelegentlich rechtzeitig zur Verfügung stellen sollten, dies durchaus auch in vertraulichem Kreis (Vers, GRV).

Unterschiede in der Zusammenarbeit berichteten Befragte bei einem Blick auf die Regional- bzw. Landesebene im Vergleich zur Bundesebene. Erstgenannte Ebene wurde als praktischer und wirklichkeitsnäher behandelbar gekennzeichnet, mehrfach auch wegen einfacherer und engerer Zusammenarbeit, wohingegen die Bundesebene als mehr durch Vorsicht und Taktik geprägt eingestuft wurde.

Die Zusammenarbeit zwischen den Bänken empfanden einige Selbstverwalter so, dass Versichertenvertreter mehr an der Sozialversicherung „hingen“, indes die Arbeitgeberseite jedoch oft auch auf die Argumente der Versichertenseite einging. Bei Meinungsverschiedenheiten – die natürlicherweise aus unterschiedlichen Interessenslagen resultieren – werde solange diskutiert, bis eine Lösung gefunden sei. Ggf. werde die Angelegenheit zurückgestellt. Befragt nach dem Spannungsverhältnis in den Sitzungen wurde dies bei den Krankenkassen als ausgeprägter als bei den anderen Trägern beschrieben. Aufgefallen war auch einigen Selbstverwaltern beim Vergleich von Rentenversicherung und Arbeitsförderung, dass bei Ersteren „nicht richtig diskutiert“ (Vers GRV, AV) werde. Bei Erörterungen in den Gremien der Bundesagentur für Arbeit würde die Rolle als Kontroll- und Beratungsgremium stärker gesehen. Schwierigkeiten seien dort

aber dadurch aufgetreten, dass die Vertreter der öffentlichen Bank häufig wechselten.

Diese Beobachtungen und Einschätzungen spiegeln die Meinung eines Selbstverwalters wider, wonach es selbstverwaltete Krankenkassen nicht geben könne, „wenn es nicht ein Grundvertrauen gibt.“ „Gesunde Kritik“ sei gleichwohl anzuraten. Dies reflektiere auch das besondere „Dreiecksverhältnis“ zwischen Selbstverwaltung, Verwaltung und Selbstverwaltungsbüro (Vers, GKV).

Unterschiedliche Auffassungen seien durchaus an der Tagesordnung, etwa auf Grund verschiedener Interessenslagen zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern bzw. Versicherten, im Bezug zu anderen Trägern oder zum persönlichen Umgang mit Haupt- und Ehrenamt, auch innerhalb der Bänke. Dies gelte auch bei der Abgrenzung zwischen der Selbstverwaltung und der Verantwortung des Hauptamtes. Diesen potentiellen Risikofeldern werde in der Praxis jedoch durch eine intensive Vorbereitung begegnet. Auf der Bundesebene berichteten Befragte häufiger von Konflikten, da dort der Einfluss „der“ Politik spürbarer sei. Notfalls würden Sitzungen auch unterbrochen, um Vermittlungsvorschläge zu erarbeiten.

Kampfabstimmungen seien grundsätzlich selten und gelten als Ausnahme. Dazu gebe es allerdings die übereinstimmende Auffassung, dass praktisch nichts gegen die andere Seite entschieden werde.

Viertes Themenfeld – Auf dem Wege zu einer guten Versorgung

Sozialleistungen nach dem Sozialgesetzbuch und seinen einzelnen Büchern sollen durch Prävention und Rehabilitation zur Erhaltung und Sicherung von Beschäftigungsfähigkeit und Teilhabe beitragen. Welchen Stellenwert haben diese beiden Instrumente in Ihrer täglichen Arbeit?

Prävention und Rehabilitation können auch die Zuständigkeit verschiedener Träger (u. a. Krankenkassen, Unfallversicherung, Rentenversicherung, Arbeitsagenturen) berühren. Haben Sie Erfahrungen über die Zusammenarbeit mit mehreren Trägern, wenn ja, welche?

Die Antworten der Befragten fielen unterschiedlich aus. Vielfach wurde in Prävention und Rehabilitation ein Feld gesehen, das in der Praxis einen wesentlichen Stellenwert habe. Beide Instrumente seien in der jüngeren Vergangenheit

vermehrt beachtet worden. Beispielhaft wurde auf Bemühungen zur Förderung der Zusammenarbeit hingewiesen. Derartige Aussagen kamen gleichermaßen von beiden Gruppen, wobei auf eine zunehmend offene Haltung von Arbeitgebern aufmerksam gemacht wurde.

Auffallend war aber auch ein anderer Teil der Antworten, in denen beide Instrumente als „unzureichend beachtet“ bezeichnet wurden (AG, GUV). Insbesondere Prävention sollte mehr gefördert werden, trage sie doch dazu bei, höhere Kosten in der Zukunft zu vermeiden. Als wünschenswert wurde mehr Beratung in Fragen der Rehabilitation gesehen. Trotz positiver Stimmen ließe die Zusammenarbeit zu wünschen übrig.

Auffallend waren divergierende Antworten aus den einzelnen Zweigen der Sozialversicherung. Während die Selbstverwalter aus der Unfallversicherung ihr Kerngeschäft betonten, was besonders „aus einer Hand“ geschehe, nannten auch Selbstverwalter aus der Rentenversicherung hier ihr hauptsächliches Tätigkeitsfeld und verbanden dies mit Hinweisen auf verstärkte Berücksichtigung beruflicher Orientierung im Rahmen von BETSI¹⁰³ (§ 31 SGB VI) und von MBOR¹⁰⁴. Hier würden Zukunftsperspektiven gesehen, obwohl zurzeit noch wenige Versicherte erreicht würden. Bei den Vertretern aus den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung wurde sichtbar, dass Prävention stark als Teil des Wettbewerbs betrachtet wird. Rehabilitation spiele demgegenüber weniger bzw. kaum eine Rolle. Selbstverwalter aus der Bundesagentur berichteten, dass das Interesse an Reha-Fragen steige – nicht nur wegen der ökonomischen Effizienz.

Insgesamt war eine Kritik an mangelndem gemeinsamem Handeln der Sozialleistungsträger unübersehbar. „[...] Zusammenarbeit funktioniert nicht. Jeder versucht, sein eigenes Feld zu sichern.“ (AG, GRV) Kritisch angemerkt wurde auch, dass bzw. wenn derartige Leistungen überwiegend große Betriebe erreichten, kleine und mittlere Unternehmen (KMU) das Nachsehen hätten. Auffallend waren drei Anregungen, so etwa mit dem Vorschlag, Prävention mehr der Rentenversicherung zuzuordnen, der Forderung, negative Auswirkungen des Wett-

¹⁰³ Beschäftigungsfähigkeit teilhabeorientiert sichern (BETSI); vgl. Keck, in: SDSRV 64, S. 49 ff.

¹⁰⁴ Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR); vgl. Glaser-Möller, in: ASUMed 2013, 721 (721 ff).

bewerbs der Krankenkassen zu verhindern und mit einem energischen Plädoyer für eine nachdrückliche Stärkung von Prävention insgesamt.

Die Frage nach dem Umgang mit der unterschiedlichen Zuständigkeit löste bei den Befragten mehrfach Anregungen und Forderungen nach mehr gemeinsamem Handeln aller Träger, einer Einschränkung wettbewerblicher Leistungserbringung, einer stärkeren Orientierung an den Grundsätzen des SGB IX und einem Appell an die eigene Adresse, mehr am Selbstverständnis zu arbeiten, da die Sichtweisen mancher Beteiligter oft zu eng seien, aus.

Zusammenfassend äußerten die Befragten, die Zusammenarbeit sei unzureichend. Daran müsse dringend gearbeitet werden. Diskussionen um Kostenträgerschaft seien eher schädlich.

Fünftes Themenfeld – Einige spezielle Fragen

Ein Gradmesser für die Zusammenarbeit mit Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Unfallkassen, Rentenversicherung und Bundesagentur für Arbeit können Beispiele sein. Welche fallen Ihnen dazu ein, vielleicht zum betrieblichen Eingliederungsmanagement – BEM (§ 84 Abs. 2 SGB IX), zu Gemeinsamen Servicestellen (§§ 22 ff. SGB IX) oder Gemeinsamen Empfehlungen (§ 13 SGB IX). Welche davon würden Sie anderen Selbstverwaltern empfehlen?

Die Zusammenarbeit des jeweils eigenen Trägers mit anderen Trägern wurde von den Befragten recht differenziert, insgesamt gesehen aber als nicht ausgeprägt eingeschätzt. Dies zeigen einige ausgewählte Aussagen, wie etwa diejenigen, dass man keine praktischen Erfahrungen, sich damit kaum befasst habe. Bemerkenswert waren auch Schilderungen, wonach es einem Träger manchmal schwerfalle, „über den Tellerrand zu schauen“, auch, dass er „davon überzeugt sei, das Richtige zu tun“ (AG, AV). Zusammenarbeit sei verbesserungswürdig und -fähig, lautete insgesamt eine häufige Antwort.

Es fanden sich aber auch bemerkenswerte Aussagen von „die Zusammenarbeit auf der Ebene der BAR läuft gut“ bis hin zu einer perspektivisch bemerkenswerten Einschätzung des Inhalts, „die Zusammenarbeit der Sozialpartner ist nicht ausgeschöpft“ (AG, AV, GRV).

Es wurden mehrere Beispiele praktischer Zusammenarbeit genannt. Dazu gehören Aktionen, wie ein „Plan Gesundheit“ zur Aufklärung über eine ge-

sundheitsbewusste Ernährung von Renten- und Krankenversicherung, ein Vorhaben „*Gesunde Schule/Gesunde Kindergarten*“ einer Unfallkasse im Zusammenhang mit der UN-Behindertenrechtskonvention, Gesundheitstage sowie Aktionen zur Wiedereingliederung Behinderter einer Berufsgenossenschaft mit einer Krankenkasse, eine „*Gemeinsame Rufnummer*“ für Betriebe zur verbesserten Kommunikation in der Rehabilitation der Rentenversicherung, eine Aktion eines Großbetriebes zur Förderung psychischer Gesundheit mit einer Krankenkasse und der Rentenversicherung sowie aus der Selbstverwaltung der Bundesagentur für Arbeit die Zusammenarbeit bei den Jugendberufsagenturen; hier sei es gelungen, die Zuständigkeiten von SGB II, SGB III und SGB VIII unter ein Dach zu bringen und Wege zu entwickeln, wie der Datenschutz gleichwohl angemessen berücksichtigt werden kann (AG, AB, GRV).

Ein betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) war etlichen Befragten durchaus bekannt, wurde aber mehr der Handlungsebene Betrieb zugeordnet und dort im Kontext mit Maßnahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) bzw. des Betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM) gesehen. Der Schwerbehindertenvertretung komme hier eine besondere Rolle zu.

Gemeinsame Servicestellen (GS) seien, obwohl eine gute Idee, „*ein schwieriges Kapitel*“. Etlichen Befragten waren sie nicht bekannt („*ein blinder Fleck*“; AG GRV). Allerdings sei eine bessere Beratung der Versicherten sehr wohl ein nachhaltig erstrebenswertes Ziel.

Gemeinsame Empfehlungen (GE) waren für eine ganze Reihe von Befragten zwar ein bekanntes Instrument. Sie spielten aber in der Alltagsarbeit eine untergeordnete Rolle, kämen in den Arbeitsstrukturen der Selbstverwaltung kaum zur Sprache und seien mehr dem operativen Geschäft zuzurechnen. Dort – so einige Hinweise – würden sie manchmal eher auf der Verbandsebene behandelt. Gemeinsame Empfehlungen wurden von etlichen sachkundigen Befragten als ein wichtiges, wertvolles Instrument bezeichnet, das sich bei der BAR in guten Händen befinde. Allerdings würde es derzeit nicht so recht funktionieren. Auch bestehe der Eindruck, dass Differenzen oder Diskrepanzen nicht ausgetragen würden. Vor allem aber fehle es an Verbindlichkeit und an einheitlichen Kriterien. Dringend erforderlich sei eine konkretere Abfassung des Inhalts der Gemeinsamen Empfehlungen mit Hinweisen auf eine Konkretisierung vor Ort und ihre

Aufnahme in die Arbeitsanweisungen bzw. Dienstordnungen für die Beschäftigten der Versicherungsträger.

Den Selbstverwaltern in allen Zweigen sei im Übrigen eine aktivere Befassung mit dem Instrument der Gemeinsamen Empfehlungen gemäß § 13 SGB IX nachdrücklich anzuraten.

Sechstes Themenfeld – Abschließende Bemerkungen

Welches ist für Sie das größte Problem, die größte Herausforderung als Selbstverwalter?

Fällt Ihnen sonst noch etwas ein, womit Rehabilitation verbessert werden könnte?

Die Antworten auf den ersten Teil dieser Frage sind durch einen roten Faden geprägt, der die Herausforderungen widerspiegelt, denen Selbstverwalter bei den Trägern der Sozialversicherung, d. h. den Krankenkassen, den Berufsgenossenschaften und Unfallkassen, den Rentenversicherungsträgern und der Bundesagentur für Arbeit begegnen. Häufig wurde die mangelnde Zeit genannt, die durch eine manchmal schwer überschaubare Fülle spezifischer Problemkonstellationen im Zusammenhang mit der Gefährdung, Sicherung, Erhaltung und Wiederherstellung von Beschäftigungsfähigkeit geprägt wird. Es ist eine Sammlung sozialrelevanter Materialien, die in kurzer Zeit erfasst, verstanden und bewertet sowie zur Entscheidung geführt werden sollen. Als belastende Herausforderung wurden bzw. werden zunehmende Einengungen des Gestaltungsspielraums durch gesetzgeberisches und gelegentlich auch aufsichtsrechtliches Handeln beschrieben.

Diese Konstellation empfanden manche Selbstverwalter vor allem deshalb als belastend, weil sie zwei Kräften ausgesetzt sind. Zum einen ist es das eigene Engagement, die oft nahezu grenzenlose Bereitschaft zur verantwortungsvollen Wahrnehmung des – selbstgewählten, aber auch von der Gesellschaft übertragenen – Ehrenamtes und zum anderen die Ballung von Materialien, die zu beachten sind, wenn es darum geht, in der jeweils gegebenen Situation einen sozial angemessenen und adäquaten Lösungsweg mitzugestalten. Dabei helfen den Selbstverwaltern die Selbstverwaltungsbüros der jeweiligen Träger und auch die Unterstützung ihrer vorschlagenden Organisation, indes wird letzteres von einigen Befragten als nicht ausreichend beurteilt.

Andererseits ist es das bei Auswertung der Antworten spürbare unterschwellige Unbehagen ob dieser Situation, von einem Selbstverwalter als strukturelle Frage bezeichnet, „*dass das Hauptamt immer einen gewissen Vorsprung vor dem Ehrenamt hat*“, einhergehend mit einer Warnung vor einer „*zunehmenden Ökonomisierung*“, denn „*dies [zer]störe den Solidargedanken nachhaltig*.“ (Vers, GKV). Es ist auch das Empfinden darüber, dass der „*hohe Stellenwert unseres Systems der sozialen Sicherung*“ zunehmend beeinträchtigt werde, dies auch dadurch, dass eine Funktion als Selbstverwalter „*von Berufstätigen fast gar nicht wahrgenommen werden [kann]*“ (AG, AV). Und das begleitet wird von der ernüchternden Beobachtung, dass die Selbstverwaltung keine angemessene Wertschätzung erfahre. Selbstkritisch wird von einigen auch angemerkt, Selbstverwaltung müsse mehr in die Öffentlichkeit gehen bzw. gebracht, bzw. besser in den Betrieben verankert werden. Es hieß auch vereinzelt, sie sollte sich „*mehr mit den praktischen Problemlagen vor Ort befassen*“ (AG, AV, GRV). Es müsse – nicht nur von Selbstverwaltern – mehr getan werden, eine „*ausreichende Zahl von Menschen zu gewinnen, die in der Selbstverwaltung mitarbeiten*“ (AG, AV).

Antworten auf diese Fragen und Herausforderung werden in [Kapitel 5](#) dieser Studie gesucht, doch verdient es bereits jetzt zu erkennen und festzuhalten: Etlliche Selbstverwalter haben die Besorgnis, dass das hohe Gut unseres Systems aus solidarischer Sozialversicherung und sozialer Selbstverwaltung der Gefahr einer Entwertung ausgesetzt ist. Das aber wollten sie kraft ihres Wissens und ihrer Erfahrung nicht zulassen.

Der zweite Teil dieser abschließenden Frage wurde von etlichen Befragten genutzt, auch bislang nicht genannte Anregungen „loszuwerden“. Es fiel auf, dass manchen Selbstverwalter die Frage nach Erhalt und Stärkung der sozialen Selbstverwaltung bewegte. „*Selbstverwaltung darf nicht in die Handlungsunfähigkeit getrieben werden*“ (Vers, GKV), kann eine Stimme zitiert werden. Dies scheint Ausdruck eines Spagats zwischen empfundenen zunehmenden Anforderungen und dem in der alltäglichen Arbeit als Selbstverwalter Machbaren zu sein. Selbstverwaltung braucht mehr Anerkennung.

Auch dieses Meinungsbild wird bei der Bewertung in den [Kapiteln 4 und 5](#) kritisch zu überprüfen sein. Forderungen an die Politik werden dabei wohl nur ein Teil der Antworten sein. Auch die tragenden Verbände und ihre Selbstver-

walter werden gemeinsam mit den Verwaltungen der Träger zur Entwicklung von stabilen Zukunftswegen beitragen können.

Hilfreich können evtl. Anregungen und Ideen sein, die von den Befragten eingebracht worden sind. Die Zukunft sollte nicht in neuen oder weiteren Regeln gesucht werden, sondern in dem Ermöglichen von mehr Flexibilität. Langjähriges solides und verlässliches Handeln sollte die Politik ermuntern, den Selbstverwaltern mehr zu vertrauen. Dies gilt sicher nicht nur mit Blick auf die hier im Vordergrund stehenden Rehabilitations- bzw. Teilhaubeleistungen, sondern dem gesamten Spektrum der SGB-Leistungskataloge. Bemerkenswert erscheint auch die Anregung zu prüfen, ob nicht *„die Rentenversicherung auf Grund ihres großen Volumens in der Reha dort auch die Federführung übernehmen sollte“* (Vers, GRV). Als förderlich wurde ferner gesehen, Schulungs- und Bildungsmaßnahmen auf den verschiedensten Wegen auszubauen und dafür auch durch Freistellung von hauptberuflicher Tätigkeit Bildungsmöglichkeiten zu schaffen. Auffallend weiter geht der Vorschlag, *„eine Selbstverwalter-Akademie zu gründen, um Wissensverbreitung und -anwendung zu fördern“* (Vers, GUV). Bemerkenswert ferner der Hinweis, *„in der GKV müssten die Selbstverwalter lernen, dass sie kein Unternehmen leiten, sondern eine Einrichtung zur gesundheitlichen Versorgung sind“* (Vers, GRV). Praxisorientiert erscheinen auch Vorschläge, die Selbstverwaltungsbüros sollten zu wirksameren Dienstleistern mit Serviceorientierung fortentwickelt werden. Dazu gehöre auch eine selbstverwalterfreundlichere Gestaltung von Sitzungs- und Beratungsunterlagen.

Bemerkenswert ist schließlich die Aussage eines Selbstverwalters mit gleichzeitiger Ausübung eines Mandates in der Rentenversicherung und in der Krankenversicherung. Er empfahl den vorschlagenden Organisationen, auch ein solches doppeltes Mandat zu fördern. Der Unfallversicherungszweig könnte sich nach den Auskünften besonders ermutigt fühlen, da in diesem Bereich weniger zweigübergreifende Mandatswahrnehmung festgestellt worden sind als in den anderen Zweigen – abgesehen von der Arbeitsförderung, für die Vergleichbares gilt. Dies erweitere die Wissensbasis und sei deshalb ausgesprochen positiv.

3.2.3 Auskünfte der Selbstverwalter im Kurz-Fragebogen, Teil II

In der Befragung mittels Kurz-Fragebogens waren die Kandidaten u.a. nach dem mit der Wahrnehmung des Ehrenamtes verbundenen Zeitaufwand gefragt worden¹⁰⁵. Die Antworten fielen erwartungsgemäß sehr unterschiedlich aus. Dabei haben vermutlich mehrere Faktoren eine Rolle gespielt, etwa Vorbildung, Erfahrung und Arbeitsstil, vor allem aber auch die in dem Organ bzw. bei dem Träger wahrgenommene(n) Funktion(en). So schwankten die Auskünfte zu den beiden Fragen im oberen Segment zwischen „12 bis 20 Mal im Durchschnitt“ und „2014 an 118 Tagen volltags abwesend“ mit einer gewissen Kumulierung um 100 bis 120 Tage und im unteren Bereich um 40 bis 50 Tage. Bei einer vergleichenden Betrachtung scheint es, dass Arbeitgebervertreter ein geringeres Zeitvolumen einsetzen als Versichertenvertreter. Ein Durchschnittswert würde kaum eine aussagekräftige und verwertbare Größe ergeben. Dennoch kann davon ausgegangen werden, dass ein potentieller Selbstverwalter auf dieser Ebene sechs bis acht Wochen Zeit im Jahr für die Wahrnehmung eines Ehrenamtes aufbringen können sollte.

Eine weitere Frage war auf die funktional-organisatorische Einordnung der Selbstverwaltung in den jeweiligen Versicherungsträgern gerichtet. Bis auf eine Ausnahme haben alle Befragten bestätigt, dass die Träger eigenständige Büros für die Betreuung der Selbstverwalter eingerichtet haben.

Eine letzte Frage zielte auf die Verbindung der Selbstverwalter zu „ihrem“ Listenträger bzw. -vertreter während der Wahlperiode. Ähnlich wie bei den Angaben zu der aufzuwendenden Zeit war auch hier das Antwortspektrum breit gefächert. Hier dominierten zwar Auskünfte, die einen mehr oder weniger regelmäßigen Kontakt erkennen lassen, doch fanden sich auch einige Antworten, die einen Bedarf sichtbar werden ließen. So hieß es etwa „innerhalb der Wahlperiode gleich null“, „kaum Kontakt“ und „nicht sehr ausgeprägt“.

¹⁰⁵Die Fragen lauteten: *Wie oft sind Sie im Laufe eines Jahres als Selbstverwalter tätig? Und: Welcher Zeitaufwand ist mit Ihrer Selbstverwaltertätigkeit verbunden – einschließlich Vorbereitung, Reisezeit und Nacharbeit?* Vgl. auch Anlage A 1 im Anhang.

Eine kritische Würdigung dieser Auskünfte wird in den [Kapiteln 4 und 5, besonders in 4.1 und 4.3 sowie 5.4](#) erfolgen. Dabei wird auch die Besonderheit zu reflektieren sein, dass der Inhalt eines Mandats einer divergierenden Begrenzung unterliegen kann – abhängig von dem jeweiligen Gremium und Träger, ggf. auch weiterer Mandate.

3.3 Befragung von Listenträgern

3.3.1 Allgemeine Angaben

In den [Kapiteln 3.1 und 3.2](#) war die Bestandserkundung auf praktisch tätige Selbstverwalter gerichtet. Dem folgt in diesem Abschnitt eine weitere Praxisbefragung und zwar der verantwortlichen Verbände der sozialen Selbstverwaltung, der Gewerkschaften und der Arbeitgeberverbände.

Zur Entwicklung ist vorab folgendes in Erinnerung zu rufen: Zielgruppen der Bestandserhebung waren zunächst Selbstverwalterinnen und Selbstverwalter der „Versicherten“ und „Arbeitgeber“ (§ 29 Absatz 2 SGB IV) aus den vier wesentlichen Zweigen der sozialen Sicherung, der gesetzlichen Kranken-, Unfall- und Rentenversicherung sowie der Arbeitsförderung. Sie waren nach festen Kriterien derart ausgewählt worden ([vgl. 3.1.2](#)), dass sie die Sozialversicherung umfassend widerspiegeln. Bei der Betrachtung ihrer Aussagen ist zu beachten, dass ihnen stets persönliches und individuelles Wissen zu Grunde liegt. Diese solitäre Stellung hat den Hintergrund, dass diese Selbstverwalter entweder als Versicherte oder als Arbeitgeber in der Regel über Vorschlagslisten nach § 48 Abs. 1 Ziff. 1 und 2 SGB IV benannt und gewählt worden sind.

Die mit dem Weg eines interessierten Versicherten oder Arbeitgebers über eine Liste der vorschlagsberechtigten Organisation in ein Selbstverwaltungsorgan verbundenen Aspekte sollen nunmehr beleuchtet werden. Denn auch sie entspringen – zwar nicht unmittelbar, aber indirekt – selbstverwaltendem Handeln.

Um das Verhältnis der Versicherten und der Arbeitgeber zu „ihrer“ Organisation näher zu erkunden – das Verhältnis in den Organen und zu der Verwaltung des jeweiligen Trägers war von Interviewpartnern bereits erfragt worden

(vgl. [Kapitel 3.2.2](#)) – wurde im nunmehrigen Kapitel 3.3 das Gespräch mit kompetenten Vertretern der vorschlagsberechtigten Organisationen (§ 48 Abs. 1 SGB IV), insbesondere Gewerkschaften und Vereinigungen von Arbeitgebern, hier speziell dem Deutschen Gewerkschaftsbund (DGB) und der Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA), geführt. Ihnen wurden Fragen um die Gewinnung, Erhaltung und Qualifizierung von Selbstverwaltern, um den politischen Stellenwert von Ehrenamt und Selbstverwaltung am Beispiel gemeinsamen Handelns und um eine Einschätzung zu den Verbesserungsvorschlägen des Bundeswahlbeauftragten in seinem Bericht über die Sozialversicherungswahlen 2011 vorgelegt.

Die Ergebnisse dieser Befragung werden nachfolgend in wesentlichen Aussagen wiedergegeben. Eine Bewertung erfolgt in [Kapitel 5](#).

3.3.2 Ausgewählte Aussagen

Beide Organisationen unterstrichen in dieser Befragung eingangs die herausragende Bedeutung der ihnen vom Gesetzgeber zugeordneten Aufgabe. Darin würden sie eine permanente Herausforderung sehen, der sie sich uneingeschränkt und aus fester Überzeugung stellen. Das Verhältnis zum Gesetzgeber wird als vertrauensvoll und konstruktiv gesehen, gepaart mit wechselseitigem Verständnis für systemspezifische Erfordernisse. Anerkennende und beachtende Unterstützung von Seiten der Politik sei ein wesentliches Merkmal dieses Miteinanders, wenngleich es dazu punktuell gelegentlich Entwicklungsbedarf gebe.

Zur Gewinnung, Erhaltung und Qualifizierung von Selbstverwaltern

Es war beiden Organisationen, wenn auch mit unterschiedlichen Akzenten, offensichtlich ein dringendes Anliegen, den mit der Wahrnehmung eines ehrenamtlichen Selbstverwaltermandats verbundenen Zeitaufwand herauszustellen.

Bereits die Vorarbeiten für die neue Wahlperiode ab 2017 seien mit einem erheblichen zeitlichen Vorlauf verbunden, der mindestens eineinhalb bis zwei Jahre betrage. Dazu würden in der Regel den nachgeordneten BDA- bzw. DGB-Organisationsstrukturen in den Fachverbänden und Gewerkschaften – sofern sie direkt mit der Aufstellung und Einreichung von Listen befasst sind – die erforderlichen

derlichen Formalien erläutert und sie besonders gebeten, bei der Kandidatensuche die Bereitschaft und Fähigkeit zum ehrenamtlichen Engagement – auch in zeitlicher Hinsicht – herauszustellen und auf angemessene Geschlechterbeteiligung zu achten. Wichtig sei die Bindung an das Erwerbsleben, wobei wegen der fachlichen und fachpolitischen Wissenserfordernisse langjährige Erfahrungen ihren eigenen Stellenwert hätten. Die Gewinnung geeigneter Kandidatinnen und Kandidaten sei normalerweise wenig problematisch, werde gelegentlich dadurch erleichtert, dass kluge Akteure mit Blick auf eine gebotene Verjüngung die Altersstruktur im Blick haben. Wiederholt wurde, wie eingangs bereits erwähnt, vor allem arbeitgeberseitig auf den Zeitaufwand – insbesondere bei sog. Stufenmandaten¹⁰⁶ – als ein nicht zu unterschätzendes Erfordernis, manchmal auch Hemmnis, hingewiesen. Dieses erfordere wegen persönlicher, betrieblicher oder beruflicher Einbindungen besondere Berücksichtigung. Zu der Auswahl von Kandidatinnen und Kandidaten hat der DGB „Grundsätze zur Auswahl der Kandidatinnen und Kandidaten für die Listen von DGB und Mitgliedsgewerkschaften“ beschlossen, die zu den Sozialversicherungswahlen 2017 Anwendung finden. Ähnliches hat die BDA berichtet und mit einer Veröffentlichung untermauert.¹⁰⁷

Die informative und kommunikative Verbindung zwischen den Spitzenverbänden und den Selbstverwaltern erfolge – so beide Organisationen – sowohl auf persönlicher Ebene, etwa durch Teilnahme an den Vorbesprechungen, durch regelmäßige „info-letter“, als auch auf den herkömmlichen Informationswegen mit Rundschreiben und der Weiterleitung von Gesetzes- oder ausführungserläuternden Materialien. Dazu würden auch verbandliche Fachzeitschriften, wie etwa „Soziale Sicherheit“¹⁰⁸ oder „Soziale Selbstverwaltung“¹⁰⁹ einbezogen. Den Selbstverwalterbüros der Träger sei dazu ggf. eine hilfreiche Unterstützung möglich, was nicht übersehen werden dürfe.

¹⁰⁶ Als Stufenmandate sind solche zu verstehen, die von einem Selbstverwalter auf Träger- und Verbandsebene, auch zweigübergreifend, wahrgenommen werden. Vgl. dazu auch [Fn. 189 und 254](#).

¹⁰⁷ o.A., in: Soziale Selbstverwaltung, Heft 3/2016, S. 15 und 16.

¹⁰⁸ Vgl. Fn 64.

¹⁰⁹ Vgl. Fn 65.

In inhaltlichen Fragen und Problemstellungen bekundeten beide Organisationen – trotz eigenständiger, auch gegensätzlicher Positionen in systembedingten Grundfragen – gelegentlich besondere Aufklärungs- und Abstimmungsnotwendigkeiten; die Herkunft der Selbstverwalter erfordere dann zusätzlichen Diskussionsbedarf, um dem Auftrag aus § 1 Abs. 1 SGB I und insbesondere dann dem Kapitel 1 SGB IX zu entsprechen und dadurch die Gemeinsamkeit und Einheitlichkeit eines gerechten sozialen Schutzes zu fördern. Vor allem übergreifende Zusammenarbeit habe es nicht leicht und stoße – besonders in der gesetzlichen Krankenversicherung – nicht selten an Grenzen. Beide Organisationen sehen in derartigen Konstellationen eine praktische Herausforderung, der sie beispielsweise mit gemeinsamen träger- und sektorenübergreifenden Veranstaltungen begegnen¹¹⁰.

Im Übrigen haben beide Organisationen die permanente Fortbildung und Qualifizierung ihrer Mandatsträger, auch durch die Träger, im Blick, um dem Instrument der Selbstverwaltung die erforderliche Wirksamkeit zu geben und zu erhalten. Anregungen des Bundeswahlbeauftragten im Bericht vom September 2012 könnten dies besonders unterstützen. Auch sei eine gute Einbindung von Qualifizierungsmaßnahmen in die strategischen Planungen der jeweiligen Sozialversicherungsträger geboten, lasse aber gelegentlich Begrenzungen von Selbstverwaltungsarbeit sichtbar werden. Im Kontext mit dem Hauptamt bedürfe es dann sorgfältiger Abstimmungen; dieses Feld sei entwicklungsbedürftig.

Zur Wirksamkeit von Selbstverwaltung

Sichtbar wurde bei der Beantwortung zu diesem Komplex – in einiger Ähnlichkeit zwischen Gewerkschaften und Arbeitgebern – ein Zweifaches: eine gewisse Enttäuschung bis hin zur Resignation über die mangelnde öffentliche Beachtung der konsensstiftenden, ausgleichenden Wirkung sozialpartnerschaftlichen Handelns und über die ernüchternden Bemühungen um Lösungsansätze aus dem Dilemma mangelnder Kenntnisnahme. Es sei enttäuschend, wenn selbst in der Poli-

¹¹⁰ Verwiesen wurde dazu beispielsweise auf eine trägerübergreifende Selbstverwaltertagung am 16. Dezember 2014 in Berlin, zu der BDA und DGB gemeinsam eingeladen hatten.

tik („*quer durch alle Fraktionen*“) wenig Wissen über die Arbeit der Selbstverwaltung herrsche.

Die Suche nach einem Ausweg sollte – auch mit kompetenter fachwissenschaftlicher Unterstützung – verstärkt werden. Öffentlichkeits- und insbesondere Informationsarbeit gebe es durchaus und dies auch ausreichend. Allerdings reiche ein „Paukenschlag“ zu den Sozialwahlen nicht aus. Wichtig sei vor allem eine bessere Vermittlung von konkreten Maßnahmen der Träger, in denen die Wirksamkeit von Instrumenten der sozialen Sicherung für einen einzelnen Versicherten deutlich und an den eigenen Gegebenheiten nachvollziehbar wird. Das könne auch deshalb zielführend wirken, weil „*Gewerkschaft und Arbeitgeber in vielem übereinstimmen*“. Diese aufklärende Arbeit müsse mit einer einfachen Sprache geschehen bei Nennung der Verbesserung aus z.B. betrieblicher Erfahrung heraus. Zum Sichtbarer-Machen könnte auch beitragen, wenn der Handlungsspielraum für die Selbstverwaltung erweitert werde, um dem normalen Versicherten beispielhaft die Sinnhaftigkeit gemeinsamen Handelns deutlich zu machen, was sich sicher nicht nur an der Rehabilitation festmachen ließe. Hier gebe es für die Selbstverwaltung erheblichen Handlungsbedarf, der nachhaltige Impulse vom Hauptamt zu einer großen Herausforderung machen würde.

Dieser Beantwortung vorausgegangen waren Erfahrungen zur Zusammenarbeit im Sinne von § 12 SGB IX und § 86 SGB X. Der Alltag – so einleitende Bemerkungen der Befragten – biete etliche Gelegenheiten zu gemeinsamem Handeln. Dazu berichteten beide Organisationen zwar von „schlechten“ Erfahrungen, aber auch erkennbaren Annäherungen zwischen Krankenkassen und Berufsgenossenschaften. Dabei bestehe manchmal der Eindruck einer gewissen Rivalität, was wohl – bezogen auf die Krankenversicherung – im Zusammenhang mit dem Wettbewerb stehe. Es gebe aber auch den Eindruck, die Erkenntnis gewinne an Boden, dass standardisierende Modellvorhaben nicht unbedingt die Lösung seien, es vielmehr auf passgenaue Vor-Ort-Maßnahmen unter direkter Hinzuziehung kompetenter anderer Sozialversicherungsakteure ankomme.

Zu einigen Aussagen des Bundeswahlbeauftragten

Der Bundeswahlbeauftragte für die Sozialversicherungswahlen hat in seinem Schlussbericht¹¹¹ die Wahlergebnisse zum Anlass für Reformvorschläge genommen¹¹². Zu den Vorschlägen des Bundeswahlbeauftragten für die Sozialversicherungswahlen wird zunächst auf die gemeinsame Stellungnahme von BDA und DGB vom 05. Oktober 2012¹¹³ verwiesen. Das grundsätzliche Anliegen, die soziale Selbstverwaltung zu stärken und die Sozialwahlen zu modernisieren, werde nachdrücklich begrüßt, die Vorschläge würden indes als „*zum Teil in die falsche Richtung*“ gehend abgelehnt – dies insbesondere wegen der Forderung nach Abschaffung von Friedenswahlen und wegen des als praxisfern empfundenen Vorschlags einer Wahl nach einem sog. Kaskadenmodell¹¹⁴.

Ergänzend und präzisierend wurden die Spitzenverbände der Arbeitgeber und der Gewerkschaften insbesondere zu den Anregungen des Bundeswahlbeauftragten zu Freistellung und Weiterbildung¹¹⁵ und zu kontinuierlicher Unterstützung und professioneller Beratung¹¹⁶ befragt.

Die vorgeschlagene gesetzliche Freistellungsregelung wurde unterschiedlich beurteilt. Während beide die Notwendigkeit von Qualifizierungsmaßnahmen nicht in Frage stellen, äußerten die Arbeitgeber Vorbehalte gegen die vorgeschlagene Regelung und sahen darin eine zusätzliche Belastung insbesondere für kleine und mittlere Betriebe; zu fragen sei auch, ob nicht auch Vorbesprechungen diesem Zweck dienen, evtl. dafür fortentwickelt werden könnten. Gewerkschaften hingegen begrüßten diese Vorschläge und sahen hierin auch eine öffentliche Aufwertung der Selbstverwalterarbeit. Die Zertifizierung von Bildungsmaßnahmen bedeute eine zusätzliche Anerkennung. Dies würde es den Amts-

¹¹¹ BWB 2012.

¹¹² BWB 2012, S. 21 ff. und insb. S. 129 ff.

¹¹³ BDA, DGB (Hrsg.): Selbstverwaltung stärken – Sozialwahlen modernisieren, 2012. Veröffentlicht in: Soziale Selbstverwaltung, 11/2012. S. 73-74.

¹¹⁴ Danach soll an die Stelle des bisherigen Wahlverfahrens eine Kaskade aus drei Elementen treten, die abgestuft wirksam werden. Näheres im Bericht des BWB 2012, S. 132 f.

¹¹⁵ BWB 2012, S. 220 ff. Nähere Hinweise und Erläuterungen zu Freistellung und Weiterbildung finden sich in den Kapiteln [4.1.4](#), [5.4.2](#), [5.4.3](#) und [5.5](#) dieser Studie.

¹¹⁶ BWB 2012, S. 221 Ziff. 6.

habern auch erleichtern, der mit dem Amt verbundenen Verantwortung gerecht zu werden. Beachtenswert erscheinen schließlich Hinweise auf vergleichbare Regelungen in anderen gesellschaftlich relevanten Gebieten, wie etwa bei den ehrenamtlichen Richterinnen und Richtern in der Arbeits- und Sozialgerichtsbarkeit.

Differenzierter zeigte sich die Bewertung der Vorschläge zur qualitativen Stärkung durch kontinuierliche Unterstützung der Arbeit der Selbstverwaltung und durch professionelle Beratung für die Selbstverwaltung. Bemerkenswert ist, dass der Bundeswahlbeauftragte auf die Möglichkeit der Versicherten- und der Arbeitgeberseite, die Bereitstellung von direkter „man power“ für die Selbstverwalterarbeit zu initiieren, aufmerksam machte¹¹⁷, eine Idee, die vor allem die Arbeitnehmerseite offen und nachdrücklich aufgriff. Beispielhaft wurde dazu auf die unerlässliche Vorbereitung und Nacharbeit von Sitzungen verwiesen, wozu eine Interpretation durch das Hauptamt sehr wohl beachtenswert sei, jedoch die dezidierte Meinungsbildung durch die Selbstverwaltung nicht ersetze. Ein ausgeprägter Servicecharakter eines S-Büros könnte die Güte der Arbeit der Selbstverwaltung, die über die pflichtgemäße Erfüllung technisch-organisatorischer Aufgaben hinausgehe, durchaus fördern.

Nicht übersehen werden darf aber auch der Hinweis des Bundeswahlbeauftragten, dass *„Zuarbeit durch Gutachter [...] heute schon möglich [ist] und [...] genutzt werden [sollte]“*¹¹⁸; ebenso wie sein Appell an die Verwaltungsräte und Vertreterversammlungen *„dieses Thema unter Berücksichtigung der Verhältnisse beim eigenen Versicherungsträger zu diskutieren und gegebenenfalls die notwendigen Initiativen zu ergreifen.“*¹¹⁹

¹¹⁷ BWB 2012, S. 220.

¹¹⁸ BWB 2012, S. 23.

¹¹⁹ BWB 2012, S. 220.

3.4 Umsetzung von Rehabilitation

3.4.1 Vorbemerkung

In dem folgenden Kapitel 3.4 sollen die praktischen Schritte und Handlungen, mit denen Rehabilitation von den Trägern vollzogen wird, erfasst und in ihren Grundzügen dargestellt werden.

Die Umsetzung rehabilitativer Maßnahmen und Handlungen richtet sich nach den für die jeweiligen Rehabilitationsträger geltenden gesetzlichen Bestimmungen. Sie haben dabei insbesondere die für alle Reha-Träger geltenden Allgemeinen Regelungen im SGB IX Teil 1 Kapitel 1 (§§ 1 bis 16) (ab 01. Januar 2018: Kapitel 1-5, §§ 1-27 SGB IX) zu beachten.

Entsprechend dem Studienauftrag sollen Optimierungspotentiale für die Rehabilitation in der Selbstverwaltung herausgefiltert werden. Dafür kann ein Blick in die BAR aussagekräftige Erkenntnisse bringen. Sie spielt in der Rehabilitation eine besondere Rolle. Denn als faktisches Instrument des Gesetzgebers soll sie durch Förderung gemeinsamen Handelns dazu beitragen, *„dass die insgesamt erforderlichen Leistungen aus der Sicht der leistungsberechtigten Bürgerinnen und Bürger wie aus einer Hand erscheinen, auch wenn sie von rechtlich selbständigen Rehabilitationsträgern [...] erbracht werden.“*¹²⁰ Auch wird im Handeln der BAR eine an den Grundsätzen der UN-BRK und der ICF orientierte Sichtweise des Rechts der Rehabilitation und Teilhabe – normiert im SGB IX – sichtbar und nachvollziehbar. Immerhin hat der Gesetzgeber der BAR in diesem Gesetz mehrere konkrete Aufträge erteilt¹²¹.

Demgemäß soll in dem folgenden Abschnitt zur Darstellung der Umsetzung von Rehabilitation durch die Reha-Träger die BAR in besonderer Weise betrachtet werden.

¹²⁰ BT-Drs. 14/5074, S. 101.

¹²¹ Vgl. dazu insbesondere die §§ 13 Abs. 7 und 8, 20 Abs. 2a und 3, 24 Abs. 1 und 2 SGB IX.

3.4.2 Ein Blick in die BAR

Die BAR ist die gemeinsame Repräsentanz der Deutschen Rentenversicherung Bund, der Bundesagentur für Arbeit, der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung, der gesetzlichen Krankenversicherung¹²², des Spitzenverbandes der landwirtschaftlichen Sozialversicherung, der Bundesländer, der Spitzenverbände der Sozialpartner, der Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen, der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe sowie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Förderung und Koordinierung der Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen. Diese Organisationen bilden den Kreis der Mitglieder des Vereins.

Anders als die sog. „klassischen“ Träger der sozialen Sicherung hat die BAR bisher, abgesehen von den §§ 13, 20 und 24 SGB IX, kein formalrechtliches Fundament. Dies wird sich durch das BTHG ändern (§§ 39-41 SGB IX ab 01. Januar 2018). Ihre Existenz entspringt dem politischen Willen der Bundespolitik in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts und ist unter maßgeblicher Mitwirkung und Einflussnahme der Gewerkschaften und Arbeitgeberverbände zu Stande gekommen¹²³.

Verändert hat sich in den Jahren ihres Bestehens der rechtliche Charakter. Zunächst war die BAR ein nicht rechtsfähiger Verein mit Sitz in Frankfurt am Main. Da sich diese Form zunehmend als wenig ziel- und entwicklungsfördernd erwies, wurde im Jahre 2008 die Umwandlung der BAR in einen eingetragenen Verein vollzogen. Zur Verdeutlichung der durch das SGB IX geschärften Auf-

¹²² Dabei ist zu beachten, dass zwar die Verbände der einzelnen Kassenarten, nicht aber der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (§ 217a SGB V) Mitglied der BAR ist. Eine kritische Würdigung ist in den folgenden Kapiteln dargestellt.

¹²³ So hatte z. B. der DGB 1963 u.a. für Menschen mit Behinderungen Maßnahmen gefordert, die sie befähigen, „am gesellschaftlichen Leben gleichberechtigt teilzunehmen.“ Dazu seien „neue gesetzliche Grundlagen erforderlich.“ (Pfromm, Das neue DGB-Grundsatzprogramm, 1982, S. 189 ff.)

gabenstellung wurde ihrer Satzung¹²⁴ die folgende aussagekräftige Präambel vorangestellt:

„Die Träger der Sozialen Sicherheit gewährleisten durch sinnvolles Ineinandergreifen ihrer Leistungen eine umfassende Rehabilitation und Teilhabe. Die Vielfalt ihrer Aufgaben entspricht den individuellen Bedürfnissen der behinderten und von Behinderung bedrohten Menschen. Um die Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe noch wirksamer zu gestalten, bilden die Vereinigungen der Rehabilitationsträger, die Bundesagentur für Arbeit, und die Spitzenverbände der Sozialpartner auf der Grundlage der Selbstverwaltung gemeinsam mit Bund und Ländern unter Wahrung der Selbstständigkeit der Rehabilitationsträger und ihrer Vereinigungen die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V. (BAR).“

Ihre Entstehung

Unter dem Druck der Bundesregierung – mit dem Entwurf des Arbeitsförderungsgesetzes lagen bereits Vorschläge auf dem Tisch, die den Regelungsbereich der Selbstverwaltung stark beschnitten hätten, aber auch wegen anhaltender Schnittstellenprobleme und Zuständigkeitsstreitigkeiten – wurde 1969 durch die Sozialversicherungsträger, die Gewerkschaften und Arbeitgeberverbände, die Länder und die Arbeitsgemeinschaften der Sozialhilfeträger und Hauptfürsorgestellen die BAR gegründet; die Bundesregierung hatte auf unmittelbare Mitwirkung verzichtet, weil sie als Recht setzende und koordinierende Stelle kraft Gesetzes einen besonderen Auftrag hat¹²⁵.

Die Schaffung der BAR war eine politische Entscheidung von dauerhafter Wirkung. Bis heute setzt die Bundesregierung auf die freiwillige Koordination der Rehabilitationsträger, verzichtet auf eine strikte Steuerung und beschränkt sich auf die Festlegung der Grundsätze im Gesetzgebungsverfahren, insbesondere einiger Kernthemen, und die Rechtsaufsicht. Die politische Verantwortung für das gesamte Rehabilitationsgeschehen bleibt aber in ihren Händen.

Diese Entwicklung verdeutlicht den Stellenwert der Selbstverwaltung bei der Entstehung der BAR. Sie macht zugleich sichtbar, dass die Träger der Rehabili-

¹²⁴ BAR e.V. (Hrsg.), Satzung der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation in der Fassung vom 3. Dezember 2013, gültig ab 1. Januar 2014, www.bar-frankfurt.de/bar-ev/Ziele_und_Aufgaben/downloads/BAR_Satzung.

¹²⁵ Nürnberger/Köpke, in: SozSich, 2009, 225 ff.

tation eine stärkere Steuerung durch die Politik des Bundes weder wünschten noch eine solche als notwendig ansahen.

Selbstverwaltung und Sozialpartner

Dieser Aspekt hat eine historische Vorgeschichte. Bis in die Mitte des 20. Jahrhunderts hatten die Rehabilitationsträger vor allem ihre gesetzlichen Kernaufgaben im Blick. Ein Denken oder Handeln, das den Reha-Bedarf eines Versicherten in seiner gesamten Persönlichkeit, etwa nach den Kriterien der UN-BRK und der ICF in den Blick nahm, stand noch am Anfang. Aus der nur zögerlichen Überwindung dieser Unzulänglichkeiten zogen Selbstverwalter – stimuliert durch (Selbst-)Verwaltungs- und Umsetzungserfahrungen – Konsequenzen und stärkten gemeinsames Handeln, zum Beispiel durch die Gründung der BAR oder – in späteren Jahren – Strukturentscheidungen für den Leistungsvollzug in der gesetzlichen Rentenversicherung¹²⁶ und der gesetzlichen Unfallversicherung¹²⁷. Dabei brachten die Gewerkschaften und Arbeitgeberverbände ihre Erfahrungen und Interessen aus den jeweiligen Wirkungsbereichen ein. So flossen auch Erkenntnisse aus der betrieblichen, überbetrieblichen und tarifvertraglichen Arbeit oder aus anderen Feldern ein, etwa aus der Mitwirkung an der Ausgestaltung des betrieblichen und sozialen Arbeitsschutzes durch die Sozialministerien bzw. -behörden der Bundesländer und des Bundes und in der Arbeits- und Sozialgerichtsbarkeit.

Die Rolle der Selbstverwaltung in der BAR wird nunmehr mit einem Hinweis auf ihre formalen und realen Grundlagen beschrieben werden.

Sie ist in der Satzung¹²⁸ verankert. Bereits die Präambel verdeutlicht das konstitutive Fundament des Vereins; die dort gewählte Formulierung „*Auf der Grundlage der Selbstverwaltung*“ reflektiert den historischen Werdegang und

¹²⁶ Den Grundstein für das Gesetz zur Organisationsreform in der gesetzlichen Rentenversicherung (RVOrgG) vom 09. Dezember 2004 (BGBl. I, 3242) legten BDA, DGB und DAG mit dem am 19. Mai 1999 in der Mitgliederversammlung des VDR vorgestellten Sozialpartnerpapier.

¹²⁷ Das Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Unfallversicherung (UVMG) vom 30. Oktober 2008 (BGBl. I, 2130) beruht auf der Grundlage eines von der Selbstverwaltung entwickelten Konzepts.

¹²⁸ Vgl. [Fn. 124](#).

die Rechtslage zugleich: Die Träger der Sozialversicherung werden von Vertretern der Versicherten und der Arbeitgeber paritätisch geführt. Deren Vertreter sind aus diesem Mandat heraus gleichermaßen in den Gremien der BAR tätig und tragen auch dort Verantwortung. Näheres in [Kapitel 1.3.3](#).

Die gemeinsame Führungsfunktion der Sozialpartner und ihrer Vertreter findet ihre Konkretisierung in der Mitgliederversammlung und im Vorstand der BAR¹²⁹; ihren praktischen Ausdruck in Anregungen, Empfehlungen und Beschlüssen aus dem gesamten Spektrum der Rehabilitation – öffentlich bekannt gemacht in diversen Publikationen. Neben spezifischen Drucksachen sind der Auftritt im Internet¹³⁰ und vor allem die regelmäßige Reihe REHA-Info und die jährlichen Geschäftsberichte zu nennen. Darin werden nicht nur Beratungsergebnisse und Beschlüsse, sondern auch Hintergrundinformationen mitgeteilt, die Auskunft über den Meinungsbildungsprozess und die Entscheidungswege geben. Sie spiegeln wider, dass das Zusammenwirken von Versicherten- und Arbeitgebervertretern bei unterschiedlicher Meinung in Grundfragen in aller Regel – ausgerichtet auf die Interessens- bzw. Bedarfslage des Versicherten bzw. Betroffenen – vielfach konsensorientiert zu übereinstimmenden Beurteilungen und einstimmigen Resultaten führt. Auch dies dient dem – selbstgestellten – Satzungsauftrag, „*Verständnis und Interesse für die Probleme der behinderten und von Behinderung bedrohten Menschen [...] zu wecken.*“¹³¹

Struktur, Arbeitsweise und -inhalte

Die BAR arbeitet als eingetragener Verein auf der Grundlage einer Satzung¹³². Ihre höchsten Organe sind eine Mitgliederversammlung mit bis zu 42 Vertreterinnen und Vertretern und ein Vorstand mit bis zu 28 Vertreterinnen und Vertretern der Mitglieder. Diese wiederum werden in ihren Trägern nach deren spezifischen Regularien jeweils für eine (Sozial-)Wahlperiode von sechs Jahren gewählt. Die BAR hat eine Geschäftsführerin/einen Geschäftsführer, eine stellvertretende Geschäftsführerin/einen stellvertretenden Geschäftsführer, denen die

¹²⁹ So etwa darin, dass die Vorsitzenden von Mitgliederversammlung und Vorstand jeweils einer anderen Gruppe – Arbeitgeber bzw. Arbeitnehmer – angehören müssen.

¹³⁰ www.bar-frankfurt.de.

¹³¹ Vgl. § 3 Absatz 2 f der Satzung.

¹³² Vgl. [Fn. 124](#).

Führung der laufenden Geschäfte obliegt. Sie hat eine Geschäftsstelle mit einem Arbeitsstab von Fachreferenten und verwaltenden und organisierenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern¹³³.

Nach § 3 Abs. 1 der Satzung hat die BAR die Aufgabe, „*die Leistungen der medizinischen, schulischen (pädagogischen) Rehabilitation sowie zur Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft im Rahmen des geltenden Rechts [...] zu koordinieren und zu fördern.*“ Zu diesem Zweck „*arbeiten die Mitglieder [...] eng zusammen*“ (§ 3 Abs. 2 der Satzung).

Zusammenarbeit vollzieht sich in erster Linie in Gremien. Zu nennen sind neben der Mitgliederversammlung und dem Vorstand der Haushaltsausschuss, der Ausschuss Gemeinsame Empfehlungen, der Arbeitskreis Rehabilitation und Teilhabe, Sachverständigenbeiräte der Behindertenverbände und der Ärzteschaft sowie die Arbeitsgruppe Barrierefreie Umweltgestaltung. Diese Gremien erhalten ihre Zuarbeit vom Arbeitsteam der Geschäftsstelle. Diese wirkt als Berater und impulsgebender Teamplayer im Dschungel sozialstaatlicher Dienstleistungen.

Geschäftsgrundlage ist ein mittelfristiger Orientierungsrahmen¹³⁴. Er wird von Vorstand und Mitgliederversammlung für jeweils drei Jahre beschlossen. Der Orientierungsrahmen formuliert die Aufgaben, die die BAR schwerpunktmäßig in den kommenden Jahren aufgreifen will, um Rehabilitation und Teilhabe an die veränderten Verhältnisse anzupassen.

Der aktuelle Orientierungsrahmen für die Jahre 2016 bis 2018 beschreibt den Unterstützungs- und Gestaltungsauftrag in fünf Orientierungspunkten. Sie nennen zunächst die Erfassung der Erfahrungen, Ideen, Erwartungen, Wünsche und Vorschläge der Mitglieder, der Partner und der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der BAR, das aus der UN-BRK, dem SGB IX und der Satzung abzuleitende Aufgabenspektrum und eine Reflexion gesamtgesellschaftlicher Entwicklungen als Hauptziele. Daraus werden Anforderungen an Rehabilitation und Teilhabe im trägerübergreifenden Kontext abgeleitet. Dies formt dann das Selbstverständnis

¹³³ Der Geschäftsführerin und ihrem Stellvertreter stehen ein Referent für Presse- und Öffentlichkeitsarbeit sowie 14 Projektverantwortliche, sieben Assistentinnen und sieben weitere Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeiter zur Seite.

¹³⁴ Derzeit gilt der Orientierungsrahmen für die Arbeit der BAR von 2016 bis 2018 (nachfolgend zitiert: Orientierungsrahmen 2016), s.a. o.A., Reha-Info 1/2016, S. 6 f.

der BAR mit dem Anspruch an die eigene Arbeit und Rahmenbedingungen für die Umsetzung in vier konkreten Handlungsfeldern: Reha- und Teilhaberecht, trägerübergreifende Zusammenarbeit im Reha-Prozess, Umsetzung der UN-BRK und Die BAR und ihre Mitglieder. Der gesamte Handlungsauftrag mündet in 15 Arbeitsfelder mit 26 Vorhaben, die zum Teil mehrere Aktivitäten beinhalten.

Die von der Geschäftsstelle vorbereiteten Arbeitsunterlagen bilden die Grundlage für die Beratungen und Entscheidungen in der Mitgliederversammlung und im Vorstand. Beide Gremien treten in der Regel zweimal im Jahr zusammen. In ihnen arbeiten ehren- und hauptamtliche Vertreter der Sozialversicherungsträger mit, die deren jeweilige Interessen vertreten, ferner Vertreter der Bundesländer und der weiteren Mitglieder der BAR¹³⁵. Den Vorsitz in beiden Gremien haben im jährlichen Wechsel je ein Vertreter der Versicherten und der Arbeitgeber. Ihren Niederschlag findet die Arbeit der BAR vorwiegend in zahlreichen Veröffentlichungen. Zu nennen ist insbesondere der jährlich erscheinende Geschäftsbericht.

Einen begrenzten Einblick in den lebendigen Charakter der Selbstverwaltungsgremien der BAR geben Auskünfte von Selbstverwaltern, sofern sie im Kurz-Fragebogen oder im Interview auf die BAR Bezug genommen hatten. Trotz unspezifischer Befragungen waren für nahezu alle Interviewpartner Aspekte aus der Arbeit der BAR nennens- bzw. erwähnenswert – für Versicherten- und Arbeitgeber-Vertreter gleichermaßen. Anschließend von diesen Selbstverwaltern eingeholte nähere Informationen zeigten dann ein recht unterschiedliches Bild. In diesen ergänzenden Schilderungen wurden die Tätigkeit und vor allem die Wirksamkeit der Aktivitäten der BAR von mehreren Befragten als „*entwicklungsbedürftig*“ eingestuft. Es scheint, dass die Arbeit der BAR in den Organen und Gremien der Träger noch mehr reflektiert bzw. kommuniziert werden könnte (und sollte). Darauf wird später näher eingegangen.

¹³⁵ Trägerinterne und vor allem -übergreifende Zusammenarbeit bei der Erfüllung der Satzungsaufgaben i. S. eines Versicherten bzw. Leistungsempfängers wird in [Kapitel 3.2.2, 4.1.6 und 5.4](#) kritisch gewürdigt. S. dazu auch Fn. 283 und im Anhang im Stichwortverzeichnis.

3.4.3 Beitrag der BAR zur Umsetzung von Rehabilitation

Um den Beitrag der BAR zur Umsetzung von Rehabilitation darzustellen, wird auch hier das Mittel der exemplarischen Beschreibung gewählt, und zwar am Beispiel der Förderung von Zusammenarbeit. Denn es ist das hauptsächliche Ziel des SGB IX, das Recht der Rehabilitation dahingehend weiterzuentwickeln, dass das gemeinsame Handeln von Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Unfallkassen, von Rentenversicherung und Arbeitsverwaltung, Versorgungsverwaltung, Eingliederungshilfe und Kinder- und Jugendhilfe zur Gewährleistung einer adäquaten Rehabilitation gestärkt, gefestigt und ausgebaut wird.

Mit dieser Zielsetzung – gesetzlich festgeschrieben in § 12 SGB IX (ab 01. Januar 2018: § 25 SGB IX) i.V.m. §§ 86 ff. SGB X – verfolgte der Gesetzgeber vor allem die Weiterentwicklung des Rechts der Rehabilitation. So sollte eine *„gemeinsame Plattform [geschaffen werden], auf der durch Koordination, Kooperation und Konvergenz ein gemeinsames Recht und eine einheitliche Praxis der Rehabilitation und der Behindertenpolitik errichtet werden [kann].“*¹³⁶ Selbstverwaltungslösungen sollten bei der Entwicklung wirksamer Instrumente zur Zielerreichung Vorrang haben. Auf diese Weise sollten die Mängel und Unzulänglichkeiten des gegliederten Systems überwunden werden.

Als wichtigstes Instrument wurden gemeinsame Empfehlungen (GE) (§ 13 SGB IX; ab 01. Januar 2018: § 26 SGB IX) geschaffen. Den Reha-Trägern wurde aufgegeben, Grundsätze einer Zusammenarbeit zu vereinbaren. Stimulierend waren dabei wohl neben u.a. langen Wartezeiten und Zuständigkeitsstreitigkeiten ernüchternde Erfahrungen mit Gesamtvereinbarungen nach dem Reha-Angleichungsgesetz von 1974. Denn sie konnten letztlich nicht verhindern, dass *„die Verwaltungspraxis abweichende Wege“*¹³⁷ gegangen ist. So entschied sich der Gesetzgeber dafür, seine Erwartungen an ein verbessertes Miteinander der einzelnen Zweige der Sozialversicherung nachdrücklicher zu formulieren und entwickelte im Teil 1 Kapitel 1 des SGB IX Grundsätze, die bei der Auslegung des gesamten Gesetzes für alle Reha-Träger zu beachten sind¹³⁸. GE sind ein na-

¹³⁶ BT-Drs. 14/5074, S. 92.

¹³⁷ Stroebel, in: SDSRV 37, S. 86.

¹³⁸ Welti, in: HK-SGB IX, § 1 Rn. 1.

hezu zentrales Instrument dieser Grundsätze. Um ihre Wirkung zu stärken, wies der Gesetzgeber den Reha-Trägern die Verantwortung dafür zu, dass „*die im Einzelfall erforderlichen Leistungen zur Teilhabe nahtlos, zügig sowie nach Gegenstand, Umfang und Ausführung einheitlich erbracht werden*“ (§ 12 SGB IX; ab 01. Januar 2018: § 25 Abs. 1 SGB IX). Wo dies vor allem geschehen sollte, wurde in § 13 Abs. 2 Ziff. 1 bis 10 SGB IX (ab 01. Januar 2018: § 26 Abs. 2 Ziff. 1-10 SGB IX) beschrieben. Zudem wurde den Reha-Trägern auferlegt, alle zwei Jahre Erfahrungsberichte zu erstellen. Der BAR wurde die Aufgabe zugewiesen, diese Berichte zusammengefasst dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales und den Ländern zur Verfügung zu stellen (§ 13 Abs. 8 SGB IX; ab 01. Januar 2018: § 26 Abs. 8 SGB IX).

Das SGB IX trat am 01. Juli 2001 in Kraft. Zuvor war bereits im Februar 1969 in Bonn die BAR¹³⁹ gegründet worden. In und mit ihr verständigten sich die Träger der Sozialen Sicherheit darauf, „*die Rehabilitation und die Leistungen zur Teilhabe noch wirksamer zu gestalten.*“¹⁴⁰ In der Satzung (§ 3 Abs. 1) ist dieser Zweck so beschrieben, sie habe die Aufgabe, „*die Leistungen der medizinischen, schulischen (pädagogischen) Rehabilitation sowie zur Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft im Rahmen des geltenden Rechts [...] zu koordinieren und zu fördern.*“

Diese Regelungen in Gesetz und Satzung bilden die Geschäftsgrundlage für das tägliche Handeln der BAR. Dazu hat sie einen Orientierungsrahmen (OR)¹⁴¹ erarbeitet. Er nennt die Ziele, beschreibt die Handlungsfelder und bildet die Grundlage für die Umsetzungen. Damit hat die BAR ein Arbeitsinstrument, um den gesetzlichen Auftrag in praxisgerechten Teilstücken umzusetzen. Die wachsende Bedeutung und der Stellenwert uneingeschränkter Teilhabemöglichkeit an Arbeit und Gesellschaft für alle Menschen prägt den aktuellen Orientierungsrahmen¹⁴² für die Jahre 2016 bis 2018.

GE wird in dem aktuellen Orientierungsrahmen ein besonderer Stellenwert eingeräumt¹⁴³. Sie wurden bzw. werden nach Vorbereitung der Verwaltung in

¹³⁹ S. dazu [Kapitel 1.2.2](#) und insb. [Kapitel 3.4.2](#).

¹⁴⁰ Präambel der Satzung der BAR, [vgl. Fn. 124](#).

¹⁴¹ [Vgl. Fn. 134](#).

¹⁴² Orientierungsrahmen 2016, [s.a. Fn. 134](#).

¹⁴³ Näheres Orientierungsrahmen 2016, S. 10 f.

enger Abstimmung mit den Reha-Trägern in dem dafür eigens geschaffenen Ausschuss von Experten nach Maßgabe von § 13 Abs. 3 bis 6 SGB IX in enger Abstimmung mit Vertretern der Leistungsträger und Leistungserbringer sowie Vertretern behinderter Menschen ggf. unter Hinzuziehung weiterer relevanter Akteure und von Vertretern betroffener Verbände nach Beratung von dem Team der BAR-Geschäftsstelle erarbeitet. Nach einem Beteiligungs- und Zustimmungsverfahren zur Herstellung des Benehmens sowie Beratung und Beschlussfassung durch Vorstand und Mitgliederversammlung erfolgt dann die offizielle Bekanntgabe und Veröffentlichung.

Auf diese Weise wurden bislang 11 GE erarbeitet und in Kraft gesetzt. Einzelne GE wurden aktualisiert, auch durch Neuordnung mittels Zusammenfassung bzw. Straffung fortentwickelt¹⁴⁴. Weitere werden kontinuierlich einem Überarbeitungsprozess unterzogen. So werden für die Jahre 2016 bis 2018 die GE Unterstützte Beschäftigung, die GE Zuständigkeitsklärung und die GE Selbsthilfe überarbeitet. Überdies sind zur Steigerung des Bekanntheits- und Anwendungsgrades erstmals Fort- und Weiterbildungsangebote vorgesehen¹⁴⁵.

Um dem Instrument der GE mehr „Schubkraft“ zu geben, hat der Gesetzgeber – wie bereits dargestellt – in § 13 Abs. 8 SGB IX (ab 01. Januar 2018: § 26 Abs. 8 SGB IX) vorgeschrieben, dass die Reha-Träger der BAR alle zwei Jahre ihre Erfahrungen mitteilen. Sie fasst diese zusammen und stellt sie dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales zur Verfügung. Eine solche Zusammenstellung erfolgte zuletzt für die Jahre 2012/2013¹⁴⁶. Auf Grundlage eines Beschlusses des Vorstandes der BAR am 6. Dezember 2012 hatten sich die Rehabilitationsträger im Rahmen der Verabschiedung des Orientierungsrahmens für die Jahre 2013 bis 2015 bereits die Aufgabe gestellt, den Zwei-Jahres-Bericht zu den Erfahrungen der Reha-Träger mit den GE entsprechend § 13 Abs. 8 SGB IX weiterzuentwickeln und dessen Aussagekraft zu stärken. Im Blick auf alle GE ergab sich nach der Einschätzung der Verfasser des Berichts, dass sich *„die Erfahrungen der Reha-Träger mit den GE in den Jahren 2012/2013 gegenüber*

¹⁴⁴ Beispielhaft kann auf die GE Reha-Prozess vom 1. August 2014 verwiesen werden.

¹⁴⁵ Orientierungsrahmen 2016, S.11.

¹⁴⁶ Vgl. die Jahresberichte 2012 und 2013 über die Erfahrungen mit den Gemeinsamen Empfehlungen nach § 13 Abs. 8 SGB IX vom Juni 2014.

dem Jahresbericht 2010/2011 nicht wesentlich verändert haben. Während einige Reha-Träger oftmals weder Probleme noch Weiterentwicklungsbedarf konstatieren, sind gleichwohl aus anderen Rückmeldungen auch bestehende Weiterentwicklungspotentiale [...] erkennbar. Seitens der Verbände behinderter Menschen wird u.a. der Aspekt der stärkeren praktischen Umsetzung [...] angeführt.¹⁴⁷ Diesem Bericht ist außer einer größeren Aufarbeitung und Darstellung dieser Erfahrungen mit zwei Schwerpunktberichten und elf kompakten Berichten ein Ausblick hinzugefügt. Er weist darauf hin, dass die gemeinsamen Empfehlungen vielfältige Wirkungen entfaltet hätten. Die Praxiserfahrungen zeigten, „dass die GE dann besonders wirkungsvoll sind, wenn auf deren Basis und in Bezug auf den jeweiligen Regelungsgegenstand weitere Konkretisierungen (trägerspezifisches Handeln i. R. von Konzepten und Arbeitsanleitungen) und/oder weitere regionale Spezifizierungen (z.B. Kooperationsvereinbarungen) erfolgen.“¹⁴⁸

Um vom gesamten Handeln der BAR einen überblicksartigen Eindruck zu gewinnen, hilft ein Blick in die regelmäßig erscheinende Publikation Reha-Info¹⁴⁹. Darin wird das Gesamtgeschehen in informativer und komprimierter Form dargestellt. Sie zeigt eine breite Palette aus Informationsverbreitung, Förderung von Kontakten aller Akteure untereinander, Unterstützung von Kooperationsansätzen sowie die Berichterstattung über die tägliche Arbeit. Bemerkenswert ist, dass zukünftigen Entwicklungen ein breiter Raum eingeräumt wird, wie die Stichworte Perspektivwechsel z. B. bei Reha-Auswirkungen auf andere Lebenslagen, Bedarfserkennung, Verständlichkeit durch leichte Sprache und Beschäftigungsfähigkeit ausweisen. Über GE wird darin – bezogen auf die letzten zwei Jahre – nur punktuell berichtet, dies etwa in der Ausgabe 4/2014 zu einer praxisnäheren Berichterstattung gem. § 13 Abs. 8 SGB IX. Dessen Fortentwicklung zur differenzierteren Auswertung lässt erkennen, dass auch dieser Weg der Informationsverbreitung Zukunft eingeräumt wird. Die Rolle der Selbstverwal-

¹⁴⁷ Ebd. S. 8.

¹⁴⁸ Ebd. S. 71.

¹⁴⁹ Reha-Info zur Zeitschrift *Die Rehabilitation*, herausgegeben von der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation.

tung in diesem Handlungsfeld, ihre Mitwirkung und Beteiligung wird in den nachfolgenden Kapiteln aufgegriffen.

Dies alles sind Themen, die das fachspezifische Handeln der Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Unfallkassen, Rentenversicherungsträger und der Bundesagentur für Arbeit ergänzen und abrunden und deren diesbezügliche Aktionen stärken können.

3.4.4 Umsetzung aus der Führungsperspektive ...

... der Selbstverwaltung

Für die verantwortliche Führung der BAR wurde von den Gründungsträgern konsequente Parität vereinbart und in der Satzung festgeschrieben. Vorstand und Mitgliederversammlung werden demgemäß wechselseitig von einem Vertreter der Arbeitgeber und der Arbeitnehmer geleitet. Danach lag es nahe, auch diese nach ihren Erfahrungen mit der sozialen Selbstverwaltung zu befragen. Dazu wurden ihnen vor allem Fragen vorgelegt, die sowohl die Aufgabenerfüllung als auch die Zusammenarbeit der Vereinsmitglieder in den Gremien der BAR betrafen.

Zur Aufgabenerfüllung wurden beispielhaft Erfahrungen mit dem Auftrag nach § 13 Abs. 8 Satz 2 SGB IX (Gemeinsame Empfehlungen) erfragt¹⁵⁰. Es ist die Aufgabe der BAR, die von den Rehabilitationsträgern erstellten Erfahrungsberichte dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales und den Ländern zur Verfügung zu stellen (§ 13 Abs. 8 SGB IX; ab 01. Januar 2018: § 26 Abs. 8 SGB IX, § 24 Abs. 1 und 2 SGB IX). Damit wollte der Gesetzgeber vor allem der Koordinierung von Leistungen und der Kooperation der Leistungsträger besondere Impulse geben.

Um diesem Anliegen nachzuforschen wurden die Vorsitzenden befragt, ob das zur Verfügung gestellte Instrumentarium ausreicht, die zugewiesenen Aufgaben zu erfüllen. Beide Vertreter stimmten – wenn auch mit differenzierter Argumentation – darin überein, dass dies im Ergebnis nicht der Fall sei. Wenn es

¹⁵⁰ Ähnliches gilt für die Berichterstattung über Gemeinsame Servicestellen in § 24 SGB IX.

die Absicht des Gesetzgebers sei, die Schnittstellen der verschiedenen Sozialgesetzbücher besser miteinander zu verzahnen und zu erreichen, dass Sicherungs- und Förderlücken vermieden werden, was 2011 im Koalitionsvertrag noch einmal bekräftigt worden ist¹⁵¹, dann reichten eine freiwillige Basis und guter Wille nicht aus. Vielmehr brauche es mehr Verbindlichkeit und einer Pflicht zur aktiven Förderung. Und dazu könnten vor allem die Erfahrungen der Träger der Rehabilitation wichtige Beiträge leisten. Dazu müsse dann aber auch dem Instrument der gemeinsamen Empfehlungen mehr Verbindlichkeit gegeben werden. Ohnehin wäre eine verstärkte Verpflichtung der BAR zur aktiven Förderung von Koordination und Kooperation ein geeignetes Mittel.

Mit Blick auf die Zusammenarbeit der Mitglieder in der Bundesarbeitsgemeinschaft berichteten die Befragten übereinstimmend, dass Freiwilligkeit besonders dort gut funktioniere, wo es um allgemeine Überlegungen und Absichtserklärungen gehe. Werde es konkreter, stellten sich rasch Hemmnisse ein. Dies sei dann nahezu frustrierend, wenn zeitaufwendig konstruktive Vorarbeiten geleistet worden seien, dann aber – vielleicht sogar nach längerer Zeit – ein gemeinsam als erstrebenswert angesehenes Ziel doch nicht erreicht worden sei.

Bemerkenswert war die von Arbeitgeber- wie auch von Arbeitnehmerseite gleichermaßen berichtete „*hervorragend funktionierende gemeinsame Abstimmung*“, die Erfahrungen mit der paritätischen Führung der BAR seien „*sehr gut*“.

Die Frage nach der Wirksamkeit der Gemeinsamen Empfehlungen auf die alltägliche Politik der Träger traf bei beiden Befragten auf sehr „gemischte“ Erfahrungen. Sie hätten keine große Durchschlagskraft entwickelt. Bis auf einige Ausnahmen – dazu zählten etwa die Gemeinsame Empfehlung über die Ausgestaltung des in § 14 SGB IX bestimmten Verfahrens (Zuständigkeitsklärung) und diejenige zu § 35 SGB IX (ab 01. Januar 2018: § 51 SGB IX) zu Einrichtungen für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben – hätten sie ihr Ziel kaum erreicht.

Beobachtet worden sei auch, dass die Gemeinsamen Empfehlungen bei den Trägern zum Teil nicht bekannt seien. Vor diesem Hintergrund mache es keinen Sinn, jetzt nach neuen Feldern zu suchen. Eher sollte das Ziel auf mehr Verbindlichkeit gerichtet werden, auch auf Konkretisierung vor Ort – etwa gemäß § 12

¹⁵¹ Koalitionsvertrag 2013, S. 74/75.

Abs. 2 und § 13 Abs. 9 SGB IX (ab 01. Januar 2018: § 25 Abs. 2, § 26 Abs. 9 SGB IX).

...der Geschäftsführung

Zur weiteren Abrundung des Bildes über die konkrete Tätigkeit der BAR wurden Informationen und Berichte von der Geschäftsführung eingeholt. Es ging vor allem darum, deren Erfahrungen mit der Erfüllung der in Gesetz und Satzung vorgegebenen Aufgaben zu hören sowie Anregungen und Hinweise zur Stärkung der Arbeit für den Gesetzgeber oder die tragenden Verbände der Sozialpartner zu erkunden. Diese könnten geeignet sein, um eine weitere Verbesserung der Zusammenarbeit der Vertreter der Mitglieder zu bewirken. Zudem könnte auf diesem Wege die Suche nach Überlegungen, ob und wenn ja, wie die Verbindlichkeit übereinstimmender bzw. gemeinsamer Zielbestimmungen gefördert werden könnte, stimuliert werden.

Bei dieser Erkundung erwiesen sich Vorhaben dann als gelungen, wenn ihnen ein konkreter Auftrag zu Grunde lag, dieser präzise beschrieben und mit Verbindlichkeit ausgestattet war. Dies sei zum Beispiel bei Arbeitshilfen und anderen Hilfsmitteln der Fall gewesen, die für die Arbeit vor Ort unmittelbar genutzt werden konnten, eine klassische Dienstleistung der BAR für die Träger. Dies sei zum Stichwort stufenweise Wiedereingliederung und bei der Erarbeitung der Gemeinsamen Empfehlung Reha-Prozess vom 01. August 2014 auch gelungen.

Dabei habe sich das Konsensprinzip als eine deutliche Hemmschwelle gezeigt. Die Zielrichtung für die Zukunft könnte also lauten: Es sollte möglich werden, auch einmal anders, d.h. mehrheitlich, zu entscheiden. Dafür sprächen u.a. die Rahmenbedingungen der angewandten Arbeitsformen, etwa der Zusammenarbeit. Denn dies sei ein dynamischer Prozess, dem Gestaltungspotentiale innewohnen. Dazu seien fördernde Impulse hilfreich.

Ob sich aus der bisherigen Arbeit Anregungen bzw. Hinweise zur Stärkung für den Gesetzgeber oder die tragenden Verbände ergäben, sei durchaus auch prüfungswürdig. Möglich wäre dies etwa mit einer Präzisierung der Aufgaben in der Satzung durch eine Formulierung, die deutlich über die derzeitige („*arbeiten die Mitglieder [...] eng zusammen*“, § 3 Abs. 2 Satz 1) hinausgeht. Nützlich könnte auch eine Aufgabenbeschreibung für die BAR im Gesetz sein. Dies dürfe

keineswegs dahingehend missverstanden werden, die BAR wolle ins operative Geschäft der Träger eingreifen. Das wäre ein eklatantes Missverständnis. Die klare Auskunft könne nur lauten: Mehr Verbindlichkeit ja, aber nicht um den Preis der Schwächung der Träger.

Als besonders schwierig wurde die Rolle eines Selbstverwalters bei der BAR beschrieben. Hier sei nahezu eine Quadratur des Kreises gefragt. Der Selbstverwalter kommt von „seinem“ Träger. Bereits das wirft die Frage auf, wie er dies mit der ihm zugewachsenen neuen Aufgabe, für einen Betroffenen wirksamkeitsfördernde Wege zu suchen, in Übereinstimmung bringen kann. Immerhin begegne ihm hier eine erweiterte, „höhere“ neue Zuständigkeit. Dies erfordere eine Schärfung des Bewusstseins. Daran werde gearbeitet, einen Denkprozess zu stimulieren, möglicherweise über neue Formen eines Praxisdialogs, um zu problematisieren, dass trägerspezifisch und trägerübergreifend keinen Gegensatz darstellen, vielmehr unter der Zielvorstellung der UN-Behindertenrechtskonvention die gebotene integrative Wirkung entfalten können.

Dabei könne in dem anstehenden politischen Verfahren zur strukturellen Neuordnung der Eingliederungshilfe überlegt werden, wie diese Leistung nach dem neuen Orientierungsrahmen wirksamer und verständlicher gestaltet werden kann. Eine geschärfte Kompetenz der BAR müsste einhergehen mit Überlegungen nach dem gemeinsamen Mehrwert, der den betroffenen Menschen tatsächlich eine Hilfe bedeute.

Hilfreich könnte im Übrigen sein, wenn die Träger als Mitglieder der BAR ihre Vertreter in Projektgruppen mehr unter dem Aspekt des gemeinsamen Mehrwerts als unter den Kautelen des ursprünglichen Trägers bestimmen. Keiner könne Experte in allen Zusammenhängen sein. Das Beispiel BEM möge dies beleuchten. Dabei wäre weniger die Sicht des entsendenden Trägers als mehr die Möglichkeit der tatsächlichen Umsetzung für den Leistungsempfänger vor Ort als Maßstab anzulegen.

Zu diesen Anregungen kommen weitere Denkanstöße hinzu mit den Fragen: Geht Verbesserung ohne Veränderung? Ist Veränderung immer mit Kompetenzverlust verbunden? *„Zusammenarbeit ist für mich eine Haltung. Und wer allerdings Zusammenarbeit versteht als Machtabgabe, verbaue sich Chancen.“* Diese gilt es zu erkennen – und danach zu handeln.

3.4.5 Zukunftsaspekte

Gesellschaftlicher und sozialer Wandel bestimmen weiter unverändert die Politik der BAR. Es sind Ideen aus der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK), konkretisiert im Nationalen Aktionsplan der Bundesregierung und im Staatenbericht, die auch in den gesellschaftlichen Strukturen Deutschlands ihren Niederschlag finden sollen. Vor allem das SGB IX bedarf deshalb einer permanenten Überprüfung, ob es den internationalen Erfordernissen entspricht bzw. dort, wo das nicht der Fall ist, entsprechende Fortentwicklungen und Anpassungen vorzunehmen. Die breit angelegten aktuellen Diskussionen um die rechtliche Ausgestaltung dieser Erfordernisse in einem Bundesteilhabegesetz, worauf im nachfolgenden Abschnitt näher eingegangen wird, zeigten diese Entwicklung eindrucksvoll. Dazu gehört beispielsweise auch das Behindertengleichstellungsgesetz.

3.5 Weitere Erfahrungen und Einschätzungen

Den letzten Abschnitt in Kapitel 3 „Bestandsaufnahme“ bildet nunmehr ein Blick auf weitere Felder, die gleichermaßen für die Tätigkeit von Selbstverwaltern bedeutsam sein können. Dazu werden nachfolgend exemplarisch einige Handlungsebenen kurz dargestellt. Dies erhebt nicht den Anspruch, diese Zielorientierung umfassend abzudecken. Allerdings kann es dazu beitragen, bislang wenig beachtete Nischen gesellschaftspolitischen Lebens aus peripherer Existenz hervorzuholen und ihr Potential für eine verbesserte Wirksamkeit der sozialen Selbstverwaltung zu erfragen.

3.5.1 Internationale Aspekte

Dass Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe in signifikanter Weise durch Personen und Aktionen außerhalb von Verwaltung und Selbstverwaltung der Sozialversicherungsträger, durch weitere Aktivitäten und auf sonstige Weise gefördert werden können, gilt auch für die internationale Ebene. Derartige Impulse können gleichermaßen dazu beitragen, das rehabilitative Geschehen auf der primären Handlungsebene eines Selbstverwalters – egal, ob lokal, regional oder bundesweit, zweigspezifisch oder -übergreifend – zu stimulieren. Der aktuelle Orientierungsrahmen der BAR gibt einige Hinweise auf derartige Handlungsfelder. Sie beziehen sich vor allem auf die UN-Behindertenrechtskonvention bzw. den Nationalen Aktionsplan der Bundesregierung vom 15. Juni 2011 sowie den vom Bundeskabinett am 03. August 2011 beschlossenen Ersten Staatenbericht der Bundesrepublik Deutschland zum Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. Zum Orientierungsrahmen gehören auch internationale Anknüpfungspunkte, wie etwa die weltweite Vereinigung aller Beteiligten an der Rehabilitation in der Rehabilitation International (RI)¹⁵². Möglich war dies zum Beispiel auf dem 23. Weltkongress vom 25. bis

¹⁵² Die RI ist eine 1922 gegründete internationale Organisation mit 700 Mitgliedern in 90 Ländern, die sich um Rechte behinderter Menschen kümmert. Die deutsche Sozialver-

27. Oktober 2016 in Edinburgh/Schottland, an dem die BAR gemeinsam mit der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation (DVfR) als deutsches Nationalsekretariat aktiv mitgewirkt hat. Ähnliches gilt für vergleichbare Regelwerke und Handlungen auf der europäischen bzw. EU-Ebene¹⁵³. Aufmerksamkeit verdienen derartige Aktivitäten besonders deshalb, weil die EU-Kommission am 08. März 2016 einen ersten Entwurf der Umriss einer europäischen Säule sozialer Rechte vorgelegt hat¹⁵⁴. Es erscheint sinnvoll, diese Entwicklung im Auge zu behalten und mitzugestalten.

Anknüpfungspunkte für Erfahrungen aus der Mitwirkung von Personen oder Aktionen außerhalb der Selbstverwaltung können evtl. auch aus der Politik in anderen europäischen Ländern gewonnen werden. Denn soziale Selbstverwaltung ist keine auf Deutschland begrenzte Form der Beteiligung von Personen, jenseits von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden. Darauf gerichtete Methoden gibt es auch in anderen Staaten Europas, so zum Beispiel in Österreich, in Tschechien, in Ungarn, in Belgien, in Frankreich, in Luxemburg sowie in den Niederlanden. Bei aller Differenziertheit ist allen gemeinsam, dass sie mit ihren Leistungen zur Gesundheitsförderung und Rehabilitation in einem Geflecht zwischen Staat, Markt und Verbänden agieren. Dabei vollzieht sich dies in verbandlichen, staatsnahen oder auch in sozialunternehmensgeprägten Formen¹⁵⁵.

3.5.2 Im Spiegel von Bundespolitik

Die zentralen Themen der Studie – Rehabilitation und Selbstverwaltung – haben Berührungspunkte insbesondere zu politischen Themen, die seit Jahren Parteien und Organisationen beschäftigen und in jüngster Zeit verstärkt Impulse aus der Bundespolitik erhalten haben. So bekundeten CDU, CSU und SPD in ihrem Koalitionsvertrag vom November 2013 für die 18. Legislaturperiode u.a. ihre Absicht, den Sozialstaat zu modernisieren und fortzuentwickeln. Sie haben Forde-

sicherung wird durch ein Nationalsekretariat – alternierend von der BAR und der DVfR wahrgenommen – vertreten.

¹⁵³ Vgl. dazu die Hinweise im Orientierungsrahmen 2016, S. 36 und 37. Vgl. dazu Fn. 134.

¹⁵⁴ *Schulz-Weidner*, in: RV aktuell 2016, S. 114-116.

¹⁵⁵ Weitere Hinweise in: *Klenk et al.*, Abkehr vom Korporatismus?, 2012.

rungen und Anregungen aus der Praxis aufgegriffen und äußerten ihren Willen, insbesondere auf dem Feld von Rehabilitation und Teilhabe Mängel zu beseitigen und Verbesserungen vorzunehmen. Dazu sollten neben Verbesserungen in den Sozialgesetzen auch Methoden und Instrumente zur Umsetzung modernisiert werden.

Nähere Informationen zu den Vorhaben der Koalitionspartner in der Bundesregierung weisen im Inhaltlich-Materiellen des Koalitionsvertrages die Themenfelder Reha-Budget, Prävention, gesundheitliche Versorgung und behinderte Menschen sowie das Stichwort soziale Selbstverwaltung aus. Sie alle stehen, jedes in eigener Konstellation, in einer Beziehung zu den Leitthemen der Studie.

So erklärten die Koalitionsparteien, die Selbstverwaltung stärken und Schnittstellen der verschiedenen Bücher des SGB besser miteinander verzahnen zu wollen¹⁵⁶. Inzwischen wurde das 5. SGB-IV-Änderungsgesetz (5. SGB IV-ÄndG) vom 15. April 2015 beschlossen und zum 01. Januar 2016 in Kraft gesetzt¹⁵⁷. Dessen Änderungen beschränken sich im Wesentlichen auf solche Fragen, die Rehabilitation und Selbstverwaltung nur am Rande berühren, so etwa die sog. assistierte Ausbildung, Abläufe in den Meldeverfahren der sozialen Sicherung und eine Anerkennung von Berufskrankheiten in bestimmten Fällen. Für die Tätigkeit eines Selbstverwalters bzw. einer Selbstverwalterin dürften damit keine relevanten Veränderungen verbunden sein. Auch das mittlerweile beschlossene 6. SGB-IV-Änderungsgesetz (6. SGB IV-ÄndG) vom 11. November 2016¹⁵⁸ lässt eine spürbare Stärkung der Selbstverwaltung nicht erkennen, insbesondere auch keine –Verbesserung für die Durchführung von Sozialwahlen oder die Reduzierung oder Beseitigung von Schnittstellen wie sie beabsichtigt waren¹⁵⁹. Letzteres bekommt allerdings durch das stufenweise wirksam werdende Bundesteilhabegesetz (BTHG) vom 23. Dezember 2016 in den Kapiteln 1 bis 8 neue Schubkraft. Andere ähnlich bedeutsame, in der Politik und bei Selbstver-

¹⁵⁶ Koalitionsvertrag 2013, S. 74 f.

¹⁵⁷ Fünftes Gesetz zur Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze (5. SGB IV-ÄndG) vom 15. April 2015, BGBl. I, 583.

¹⁵⁸ Sechstes Gesetz zur Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze (6. SGB IV-ÄndG) vom 11. November 2016, BGBl. I, 2500.

¹⁵⁹ Koalitionsvertrag 2013, S. 74 f.

waltern und deren Verbänden diskutierte Themen – vgl. dazu die nachfolgenden Abschnitte – blieben weitgehend unverändert.

Bedeutsam sind Änderungen im Rentenrecht¹⁶⁰ und hier speziell der Etat der für Maßnahmen der Rehabilitation zur Verfügung stehenden Finanzmittel („Reha-Budget“). Aus dem für die Sozialversicherung so gewichtigen sog. „Rentenpaket“, geregelt im Gesetz über Leistungsverbesserungen in der Rentenversicherung (RV-Leistungsverbesserungsgesetz) vom 23. Juni 2014¹⁶¹, ragt aus Selbstverwaltersicht vor allem das Thema Rehabilitation heraus¹⁶². Rückwirkend zum 01. Januar 2014 wurde das jährliche Budget durch Berücksichtigung der demografischen Entwicklung stufenweise erhöht. Bis zum Jahre 2017 ist eine Steigerung des Etats um bis zu 233 Millionen Euro vorgesehen, soll aber danach wieder schrittweise abgebaut werden, bis die geburtenstarken Jahrgänge in Rente sind. Diese Regelung ist mehrfach auf Kritik gestoßen¹⁶³. Bemängelt wurde vor allem das Festhalten an der Deckelung, aber auch, dass das veränderte Krankheitsspektrum keine Berücksichtigung gefunden hat.

Beachtenswerter, vor allem für Mitglieder der Selbstverwaltung, ist das Vorhaben Prävention. Dazu wurde im Koalitionsvertrag bekundet, ein Präventionsgesetz zu verabschieden, in dem unter Einbeziehung aller Sozialversicherungsträger Gesundheitsförderung und Prävention der Bürgerinnen und Bürger in Lebenswelten wie Kita, Schule, Betrieb und Pflegeheim und die betriebliche Gesundheitsförderung einen kräftigen Impuls erhalten sollen. Inzwischen ist das Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention (PrävG) vom 17. Juli 2015 erarbeitet worden und am 25. Juli 2015 in Kraft getreten¹⁶⁴. Das Gesetz setzt auf die zielgerichtete Zusammenarbeit der Akteure in der Prävention und

¹⁶⁰ Koalitionsvertrag 2013, S. 72.

¹⁶¹ Gesetz über Leistungsverbesserungen in der gesetzlichen Rentenversicherung (RV-Leistungsverbesserungsgesetz), BGBl. I, 787.

¹⁶² Beachtenswert ist dazu eine Anregung des Bundeswahlbeauftragten (*BWB 2012*, S. 218 ff.).

¹⁶³ U.a. Sachverständigenrat (Hrsg.), Gutachten des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2014, S. 271 ff.; Soziale Sicherheit 2013, Heft 4.

¹⁶⁴ Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (PrävG) vom 17. Juli 2015, BGBl. I, 1368. S. dazu u.a. *Welti*, in: GuP 2015, 211.

Gesundheitsförderung, gibt der sozialen Pflegeversicherung einen neuen Präventionsauftrag und will vor allem mit Hilfe einer nationalen Präventionsstrategie¹⁶⁵ unter Beteiligung, unter anderem auch der Länder und der kommunalen Spitzenverbände, Gesundheitsförderung weiter stärken – bei Einbeziehung von Länderpräventionsansätzen. Die Zukunft wird zeigen müssen, ob der nunmehrige vierte Anlauf¹⁶⁶ dem Anspruch an diese gesamtgesellschaftliche Aufgabe gerecht wird.

Relevanz kann gleichermaßen dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) vom 16. Juli 2015 beigemessen werden¹⁶⁷. Stichworte sind die Förderung der Niederlassung in unterversorgten Gebieten, die Stärkung der hausärztlichen Versorgung, die Schaffung von Terminservicestellen, der Anspruch auf eine ärztliche Zweitmeinung sowie ein Wunsch- und Wahlrecht auf Versorgung in einer „*medizinisch geeignete Wunschklinik*“ und die Verbesserung des Krankenhaus-Entlassmanagements. Dieses Gesetz, zum 01. Januar 2016 in Kraft getreten, ist für Verwaltungen und Selbstverwaltungen – auch unter rehabilitativen Aspekten – eine nicht alltägliche Herausforderung, dies unter anderem, um die Änderungen im Bereich selbstverwaltender Regelungen¹⁶⁸ kritisch zu begleiten.

Relevanz für diese Studie haben vor allem politische Aktivitäten, die unter der Wirkung der UN-BRK und der dazu geschaffenen Gesetze beschlossen wurden. Dazu beabsichtigt die Bundesregierung eine rechtliche Neuordnung, die auf das gesamte Teilhaberecht einschließlich der Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe gerichtet ist. „*Wir werden [...] unter Einbeziehung der Bund-Länder-Finanzbeziehungen ein Bundesleistungsgesetz für Menschen mit Behinderungen erarbeiten.*“¹⁶⁹ Dem eingeleiteten Gesetzgebungsverfahren waren breite und intensive Konsultationen mit Betroffenen und ihren Verbänden vorgeschaltet wor-

¹⁶⁵ § 20 d SGB V. Inzwischen hat die Nationale Präventionskonferenz am 19. Februar 2016 bundeseinheitliche trägerübergreifende Bundesrahmenempfehlungen zur Gesundheitsförderung in Lebenswelten und Betrieben verabschiedet.

¹⁶⁶ *König*, SozSich 2014, 349 ff.

¹⁶⁷ Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz) vom 16. Juli 2015, BGBl. I, 1211.

¹⁶⁸ Den Verwaltungsräten des MDK werden künftig Beiräte zur Seite gestellt (§ 279 Abs. 4a SGB V).

¹⁶⁹ Koalitionsvertrag 2013, S. 111.

den. Dies mündete im August 2014 in ein offizielles Teilnahmeverfahren; eine Arbeitsgruppe des BMAS zum Bundesteilhabegesetz hat ihre Beratungen inzwischen im April 2015 abgeschlossen. Das Bundesteilhabegesetz wurde beraten¹⁷⁰ und ist im Bundesgesetzblatt verkündet worden¹⁷¹. Die wichtigsten Regelungen zum SGB IX – Teil 1 treten zum 01. Januar 2018 in Kraft, die Regelungen eines neuen Teils 2 – Eingliederungshilfe zum 01. Januar 2020 (Art. 26 BTHG).

Eine Bewertung und kritische Würdigung der vorstehend aufgezeigten politischen Vorhaben auch unter den für die Selbstverwaltung gewichtigen Überlegungen und Ansatzpunkte folgt in den [Kapiteln 4.2.5, 5.2](#) und 5.4.

3.5.3 Erfahrungen des Bundeswahlbeauftragten für die Sozialversicherungswahlen

Bei der Suche nach Optimierung der Selbstverwaltung sind vor allem die Erfahrungen der Selbstverwalterinnen und Selbstverwalter von Bedeutung. Sie wurden in einer empirischen Befragung – wie vorstehend in [Kapitel 3.2.2](#) aufgezeigt – erkundet. Diese Auskünfte wurden ergänzt durch das Aufzeigen weiterer potentieller Erkenntnisquellen in den [Kapiteln 3.3 und 3.4](#). Diese Grundlage wird nachfolgend durch Hinweise und Anregungen aus dem Bericht des Bundeswahlbeauftragten (BWB) für die Sozialversicherungswahlen¹⁷² vervollständigt.

In seinem Bericht vom September 2012 hat der BWB eine ausführliche Analyse der Wahlen vorgelegt. Er enthält neben der Berichterstattung über die Wahlergebnisse eine kritische Würdigung mit Überlegungen zur Modifizierung des Sozialwahlverfahrens speziell bei Abschaffung von Friedenswahlen und Einführung eines sog. Kaskadenmodells¹⁷³. Vor allem werden mit diesem Bericht Anregungen an den Gesetzgeber, an Selbstverwalter sowie weitere Akteure der Sozialversicherung vorgelegt, auf welche Weise das Instrument der sozialen

¹⁷⁰ Vgl. den Gesetzentwurf, BT-Drs. 18/9522; die Beschlussempfehlung des Ausschusses, BT-Drs. 18/10523 und den Entschließungsantrag der Regierungsfractionen, BT-Drs. 18/10528.

¹⁷¹ [Vgl. Fn. 23. S. dazu auch die Abhandlung von Welti in dieser Studie.](#)

¹⁷² Vgl. BWB 2012.

¹⁷³ Vgl. dazu [Fn. 114](#).

Selbstverwaltung in Aufbau, Struktur und Wirkweise verbessert und damit die Selbstverwaltung insgesamt gestärkt werden kann.

Diese Vorschläge sind im Kapitel D seines Berichts beschrieben. Dessen Teil VIII¹⁷⁴ ist speziell der Stärkung der Selbstverwaltung gewidmet. Hier sind einige Themen versammelt, die der BWB als geeignete Ansatzpunkte für eine Stärkung der Selbstverwaltung betrachtet. Vorangestellt werden dem Bericht das grundgesetzlich vorgegebene und verfassungsgerichtlich konkretisierte Sozialstaatsgebot des Grundgesetzes und seine Stärkung und Absicherung durch gelebte Sozialpartnerschaft.

In diesem Teil folgt sodann eine Reihe von Vorschlägen, die sich an den Bundesgesetzgeber, an die Länder in ihrer Gesetzeskompetenz und gleichermaßen an alle Selbstverwalter, insbesondere der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung, richten. Einige präzisieren auch bestehende Gestaltungsmöglichkeiten der Selbstverwaltung und rufen den Listenträgern Gebote in die Erinnerung, wie etwa die Unterstützung der Arbeit der Selbstverwaltung durch das Hauptamt.

Unter der Überschrift „*Stärkung der Selbstverwaltung durch Ausweitung ihrer Rechte*“ im Abschnitt 1d dieses Teils VIII werden vorwiegend Aspekte der Krankenversicherung thematisiert, dann im Abschnitt 1e eine Reihe von Anregungen zu neuen Kompetenzen für die gesetzliche Krankenversicherung benannt, nachfolgend im Abschnitt 1f Ähnliches für die gesetzliche Rentenversicherung.

Der Gesetzgeber wird des Weiteren angesprochen zu Fragen der Stärkung der Selbstverwaltung auf materiell-praktischer Ebene durch die Schaffung bzw. Konkretisierung von Freistellungs- und Qualifizierungsmöglichkeiten für Selbstverwalterinnen und Selbstverwalter (Abschnitte 3, 4, 7 und 8). Für erwähnenswert hielt der Bundeswahlbeauftragte nach seinen Erfahrungen auch, eine „*Kontinuierliche Unterstützung der Arbeit der Selbstverwaltung*“ (Abschnitt 5) und eine „*Professionelle Beratung für die Selbstverwaltung*“ (Abschnitt 6) anzusprechen. Dabei erinnert er zugleich daran, dass „*die Selbstverwaltungen diese Frage auch ohne vorherige Rechtsänderung angehen*“ und „*entsprechende Aufträge [...] bereits heute auf den Weg bringen*“ können. In einer abschließenden

¹⁷⁴ BWB 2012, S. 211.

Empfehlung zur stärkeren Nutzung des Instruments der Versichertenberater (Abschnitt 9)¹⁷⁵ zeigt er einen Weg für die alltägliche Umsetzung und plädiert im Übrigen im Abschnitt 2 für eine Beibehaltung des ein- und zweistufigen Selbstverwaltungsmodells aus Vertreterversammlung und Vorstand.

Die Berichte des Bundeswahlbeauftragten finden in der Fachöffentlichkeit und bei Experten Beachtung, wenngleich die davon ausgehenden Impulse bislang kaum Niederschlag in der praktischen Politik gefunden haben. Das galt beispielsweise bereits für eine Veranstaltung der Friedrich-Ebert-Stiftung und des Bundeswahlbeauftragten am 28. April 2008, trifft dann aber auch auf ein wissenschaftliches Symposium des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales unter dem Motto „Ein Jahrhundert Sozialwahlen – 60 Jahre soziale Selbstverwaltung in der Bundesrepublik Deutschland“ am 01. Oktober 2013 in Berlin zu. Herausragende Themen und Diskussionspunkte rankten sich dort um die Erhaltung von Friedenswahlen, um die Verbesserung des Ansehens der sozialen Selbstverwaltung als Ausdruck praktischer Sozialpartnerschaft, aber auch um das Spannungsverhältnis, in dem die soziale Selbstverwaltung agiere. Aus Teilnehmerkreisen kamen wiederholt der Wunsch und die Erwartung, der sozialen Selbstverwaltung möge mehr Anerkennung und Respekt entgegengebracht werden¹⁷⁶. Bemerkenswert ist das Resümee eines Referates, in dem Herausforderungen der sozialen Selbstverwaltung vor allem in der Ökonomisierung der Sozialpolitik durch Einführung von Wettbewerb und Privatisierung und in einem Partizipationswandel gesehen werden. Allerdings habe die soziale Selbstverwaltung keinen Anspruch auf Dauerhaftigkeit, befinde sich vielmehr im „*Spannungsverhältnis zwischen einem korporatistischen Erbe und staatlichen Organisationshilfen*.“¹⁷⁷

Eine kritische Würdigung dieser Vorschläge erfolgt punktuell im weiteren Verlauf der Studie.

¹⁷⁵ Vgl. § 39 SGB IV.

¹⁷⁶ Näheres zu den Sozialwahlen unter www.sozialversicherungswahlen.de.

¹⁷⁷ Tanja Klenk im Vortrag „Korporatismus und Selbstverwaltung in Europa“ auf dem genannten Symposium am 01. Oktober 2013 in Berlin.

3.5.4 Stimmen der Sozialpartner

Soziale Selbstverwaltung und Rehabilitation stehen in einem Kontext, der für die Organisationen der Sozialpartner – Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA) mit ihren Mitgliedsorganisationen und Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB) mit seinen Gewerkschaften – von wesentlicher Bedeutung ist. Deren Zweck bzw. ihre Aufgabe ist es nach ihren jeweiligen Satzungen, „*die gemeinschaftlichen sozialpolitischen Belange*“ zu wahren (BDA) bzw. die gemeinsamen Interessen „*in der [...] Arbeitsmarkt- und Sozialpolitik*“ zu vertreten (DGB). Dies geschieht alltäglich vor allem mittels politischer Kommunikations- und Koordinierungsarbeit mit bzw. zwischen den Mitgliedsorganisationen und den im gesamten gesellschaftlichen Gefüge der in Legislative, Exekutive und Judikative agierenden Personen in Verwaltungen, Parlamenten und Organisationen. Ein wichtiges Instrument zur Informationsverbreitung und Meinungsbildung sind die monatlich erscheinenden sozialpolitischen Publikationen *Soziale Sicherung* (BDA) bzw. *Soziale Sicherheit* (DGB).

Die politischen Positionen von BDA und DGB in der Arbeitsmarkt- und Sozialpolitik werden in der jeweiligen Mitgliedschaft entwickelt, in den Führungsgremien zusammengeführt und bilden dann die Grundlage ihres politischen Handelns. Dazu gehören bei gegebenem Anlass auch gemeinsame Aussagen, so beispielsweise eine Stellungnahme zum Sozialwahlbericht¹⁷⁸ und eine gemeinsame Veranstaltung der Gesellschaft für Sozialen Fortschritt e. V. mit dem DGB und der BDA am 31. März 2014 unter dem Titel „Sozialpartnerschaft in der Sozialen Selbstverwaltung – Bewährt und reformbedürftig“ in Berlin. Zu erwähnen sind auch gemeinsame Bemühungen zur Unterstützung staatlichen Handelns um die Verbesserung gesundheitlicher Bedingungen in der Arbeitswelt am Beispiel psychischer Gesundheit; einer gemeinsamen Erklärung von BMAS, BDA und DGB vom September 2013 folgte am 16. Dezember 2014 eine gemeinsame trägerübergreifende Tagung der Selbstverwaltungen aus Kranken-, Unfall- und Rentenversicherung zur Förderung von Prävention durch Zusammenarbeit in Berlin.

¹⁷⁸ BDA, DGB (Hrsg.): Selbstverwaltung stärken – Sozialwahlen modernisieren, 2012.

Zu nennen sind in diesem Zusammenhang Reformvorschläge der BDA für die soziale Selbstverwaltung¹⁷⁹ sowie Positionsbeschreibungen des DGB zur Weiterentwicklung und Stärkung der sozialen Selbstverwaltung¹⁸⁰. Bemerkenswert ist schließlich mit Blick auf den Forschungsauftrag ein gemeinsames Papier beider Sozialpartner unter dem Titel „Zusammenarbeit der Reha-Träger verbessern!“ vom 01. September 2015¹⁸¹.

Für die Fragestellung dieser Untersuchung dürfte ein genauerer Blick auf die weiter oben beschriebenen grundsätzlichen Positionen beider Sozialpartner bedeutsam sein, dies auch unter Einbeziehung des Berichts des Bundeswahlbeauftragten vom September 2012.

Die BDA benennt in ihrem Papier folgende Themen: Staatseinfluss zurückdrängen, Verwaltungsratsmodell in allen Sozialversicherungszweigen einführen, paritätische Selbstverwaltung durch Arbeitgeber und Versicherte gewährleisten, unnötige Kosten bei den Wahlen vermeiden, Wahlverfahren modernisieren, keine Geschlechterquote einführen und Informationsangebote bekannter machen. Diese Auflistung zeigt eine inhaltliche Breite und Vielfalt, die deutlich über eine mögliche Nutzbarmachung für diese Studie hinausgeht. Sie bringt allerdings ein Grundelement der sozialen Selbstverwaltung in Erinnerung, mit dem beide Parteien Rehabilitationsleistungen optimieren könnten: Eine Hilfestellung des Gesetzgebers, die *„Gestaltungsmöglichkeiten der Selbstverwaltung dort zu erweitern, wo beide vertretenen Gruppen regelmäßig die gleichen Interessen verfolgen.“*¹⁸²

Der Beschluss des DGB-Bundeskongresses vom Mai 2014 beschreibt in seinen einzelnen Abschnitten zunächst große Herausforderungen für die Selbstverwaltung, benennt sodann Argumente für die Stärkung der Selbstverwaltung und macht dazu mehr Entscheidungsrechte, eine stärkere Kontrolle der Arbeit der hauptamtlichen Geschäftsführungen in den Sozialversicherungen geltend, fordert größere Versichertennähe und mehr Transparenz und verbesserte Freistellungsansprüche gegenüber Arbeitgebern, verweist sodann auf eine notwendige Mo-

¹⁷⁹ Vgl. o.A., in: Soziale Selbstverwaltung 2014, 57.

¹⁸⁰ Vgl. dazu Nürnberg, in: SozSich 2014, 256. Weitere Anregungen in SozSich, Heft 11/2014 und SozSich 7-8/2017.

¹⁸¹ BDA/DGB (Hrsg.): Zusammenarbeit der Reha-Träger verbessern, 2015, Berlin.

¹⁸² BDA/DGB (Hrsg.): Zusammenarbeit der Reha-Träger verbessern, 2015, Berlin, S. 3.

demnisiierung des Selbstverwaltungsrechts unter Beibehaltung von Friedenswahlen, erläutert dies an Einzelaspekten und nennt abschließend eigene Aufgaben, die soziale Selbstverwaltung zu stärken. Dem BDA-Papier ähnlich wird auch in diesem Papier eine Reihe von Arbeitsfeldern aus der Alltagsarbeit der Selbstverwaltung besprochen, die deutlich über die Zielstellung der Studie hinausgehen. Auch hier wird die *„gemeinsame Verantwortung für die sozialen Sicherungssysteme“* unterstrichen und die soziale Selbstverwaltung als *„Kern der Sozialpartnerschaft in der Sozialpolitik“* benannt.

Die Gemeinsame Stellungnahme zum Sozialwahlbericht 2011 des BWB vom 05. Oktober 2012 beschränkt sich auf die Positionierung zentraler Punkte – Stärkung der Selbstverwaltung, Beibehaltung von Friedenswahlen und Erhöhung von Transparenz –, deren Umsetzung der Optimierung von Selbstverwaltungsarbeit zweifelsohne förderlich sein dürfte. Sie bietet allerdings keine umsetzbaren Handlungsansätze.

Das gemeinsame Papier *„Zusammenarbeit der Reha-Träger verbessern!“* vom 01. September 2015 ist indes eine Fundgrube von Materialien, mit deren Hilfe Rehabilitationsleistungen zielgenauer und präziser umgesetzt werden könnten und die den Versicherten und anderen Leistungsempfängern eine uneingeschränkte Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, insbesondere am Arbeitsleben erleichtern würden. Dieses gemeinsame Papier beider Sozialpartner ist insofern besonders beachtenswert, weil es mit der Stärkung der BAR zugleich einen Weg aufzeigt, der seinerzeitigen Zielvorstellung des Gesetzgebers bei Schaffung des SGB IX im Jahre 2001 – Errichtung einer gemeinsamen *„Plattform, auf der durch Koordination, Kooperation und Konvergenz ein gemeinsames Recht und eine einheitliche Praxis der Rehabilitation und der Behindertenpolitik“*¹⁸³ geschaffen werden können – nachhaltige Impulse zu verleihen.

3.5.5 Ausgewählte Einschätzungen von Selbstverwaltern

Zur Abrundung der Bestandsaufnahme werden nachfolgend einige Aussagen von Selbstverwaltern wiedergegeben. Es sind solche, die wegen ihrer Prägnanz

¹⁸³ BT-Drs. 14/5074, S. 92.

und Präzision aus der Fülle der Schilderungen bzw. Äußerungen bemerkenswert herausragen. Sie sind den verschriftlichten Interviews mit Selbstverwaltern der Versicherten- und der Arbeitgeberseite aller vier untersuchten Zweige entnommen. Es sind Selbstverwalter, die durchweg – von zwei Ausnahmen abgesehen – über langjährige Erfahrungen, oft auch aus der Mitarbeit in Organen mehrerer Träger, verfügen; mehr als zwei Jahrzehnte haben sie in Gremien von Sozialversicherungsträgern und Arbeitsverwaltung mitgewirkt. Ihre – hier nur auszugsweise wiedergegebenen – Auskünfte erhalten dadurch ein zusätzliches Gewicht.

Die Auswahl ist ausschließlich nach den folgenden sachlich-fachlichen Kriterien vorgenommen worden: zum Stellenwert von Selbstverwaltung, zur Optimierung ihrer Wirkung, zu Möglichkeiten der Steigerung der Qualität, zu Herausforderung für die Sozialpartner und zu Erwartungen an die Politik. Dabei schien es geboten, von einer Differenzierung dieser Antworten bei der Editierung der Aussagen der Befragten in befragungssituations-spezifische und allgemeine Wünschbarkeitsaspekte abzusehen. Denn nach Grundsätzen der empirischen Sozialforschung tendiert *„die Summe aller durch Edition von Antworten bedingte Abweichungen vom ‚wahren Wert‘ über die große Zahl hinweg gegen Null.“*¹⁸⁴

- *Ich fand vor allem die paritätische Mitbestimmung faszinierend, nach der nicht diktatorisch bestimmt wird, sondern gemeinsam ein Problem, eine Aufgabe diskutiert und erarbeitet werden muss. Nur so kann soziales Leben funktionieren. (AG-Vertreter in der UV)*
- *Ich glaube [...], dass die Möglichkeiten der Zusammenarbeit der Sozialpartner noch nicht ausgeschöpft sind. (AG-Vertreter in der Arbeitsförderung)*
- *Größte Herausforderung ist der zeitliche Aufwand, den Berufsalltag und das Ehrenamt zu verbinden. Es wäre gut, wenn diese klassischen Forderungen gegeben wären, z. B. auf Weiterbildung. Der Anspruch auf Weiterbildung sollte gesetzlich verankert werden, wie das bei Betriebsräten der Fall ist. (V-Vertreter in der GKV)*

¹⁸⁴ Porst, Fragebogen. Ein Arbeitsbuch, 2011.

- *Es gebe Überlegungen [...], eine Selbstverwalter-Akademie zu gründen, um Wissensverbreitung und -anwendung zu fördern. (V-Vertreter in der GUV)*
- *[...] Überlegen [...], ob es nicht sinnvoll sein könnte, den Bänken politische Referenten an die Seite zu geben, die bei der Bewertung helfen könnten. Allerdings sind die Vorlagen so gut aufbereitet, dass man einen guten Einblick über die sachliche Seite des Themas [hat], nicht jedoch eine politische Darstellung mit Strömungen, Tendenzen. (V-Vertreter in der GRV)*
- *Zur Zusammenarbeit will ich [...] auf [...] den Bundesrechnungshof und die Innenrevision [aufmerksam machen]. Beide gewinnen zunehmend an Bedeutung für die Selbstverwaltung. [...] Bezüglich des BRH gibt es eine Entwicklung, die wegführt von der Konfrontation und hin zu Kooperationsformen, wonach der BRH eine Art Dienstleister ist. (AN-Vertreter in der Arbeitsförderung)*
- *Vorstand und SV-Büro und die Selbstverwaltung befinden sich in einem Dreiecksverhältnis. Der Verwaltungsrat braucht [...] ein politisches SV-Büro. Gleichzeitig muss das SV-Büro [...] ein vernünftiges Verhältnis zum Vorstand haben. Das ist nicht immer der Fall. Das ist eines der Probleme. (V-Vertreter in der GKV)*
- *[Das SV-Büro] muss Kommunikationsprozesse gestalten. Dies setzt vor allem gegenseitige Loyalität voraus. [...] Ein Vorstand, der das SV-Büro nicht schätzt, ist eine Belastung für die Selbstverwaltung. (V-Vertreter in der GKV)*
- *M.E. braucht die BAR einen stärkeren gesetzlichen Auftrag, dazu auch die Möglichkeit zu mehrheitlichen Entscheidungen. Ihre Entscheidungen brauchen einen verbindlichen Charakter, [...] müssten dann in die Träger rückgespiegelt und in Handeln umgesetzt werden. (AN-Vertreter in der Arbeitsförderung)*
- *[...] dass auch sie sich ‚Schärfere Zähne‘ der BAR wünscht. Dies halte ich auch für erreichbar, weil unstrittig ist, dass in der Zusammenarbeit viel zu wenig geschieht. [...] Die Träger müssen davon wegkommen, nur ihr Feld zu sehen. (AG-Vertreter in der Arbeitsförderung)*

- *[Die Mitarbeit in der Arbeitsverwaltung und in der Rentenversicherung] unterscheiden sich deutlich voneinander: In der BA werde gewünscht, dass auch der Stellvertreter teilnimmt, während man als Stellvertreter bei der RV nur im konkreten Fall [...] beteiligt werde. Dadurch empfinde ich die Mitarbeit in der Arbeitsverwaltung als effektiver. (AG-Vertreter in der Arbeitsförderung)*
- *Die [...] Herausforderung sehe ich darin, dass die Selbstverwaltung von der Politik ernster genommen werden muss. Impulse aus der Selbstverwaltung dürfen nicht als lästig angesehen werden. (AG-Vertreter in der Arbeitsförderung)*
- *Mit „Lahnstein“¹⁸⁵ [ist] eine wesentliche Änderung der politischen Rahmenbedingungen eingetreten [...]. Eine Entwicklung, von der ich nicht viel halte, denn Gesundheit kann kein „Wettbewerbsgut“ sein. (V-Vertreter in der GKV)*

¹⁸⁵ Danach wurde ab dem 01. Januar 1996 die Struktur der Selbstverwaltung in der GKV grundlegend geändert. Die bis dato zwei (ehrenamtlichen) SV-Gremien (Vertreterversammlung und Vorstand) wurden ersetzt durch einen (ehrenamtlichen) Verwaltungsrat und einen (hauptamtlichen) Vorstand.

4. Zusammenfassung der Bestandsaufnahme

4.1 Selbstverwaltung vor wachsenden Herausforderungen

Die Untersuchung verfolgt das Ziel, die auf Art. 20 Abs. 1 des Grundgesetzes gründende und im Sozialgesetzbuch (SGB) mit seinen zwölf Einzelbüchern konkretisierte Sozialstaatlichkeit am Beispiel von Rehabilitation fortzuentwickeln. Dies wird unter dem Gesichtspunkt der sozialen Selbstverwaltung betrachtet. Mit der Bestandsaufnahme in den [Kapiteln 2 und 3](#) wurden Aufbau, Struktur und Umsetzung der sozialen Sicherheit beschrieben. Erkennbare Lücken und Mängel werden nachfolgend näher dargestellt und Wege zur Beseitigung aufgezeigt.

Die soziale Selbstverwaltung als Mittler zwischen dem Staat als Gesetzgeber und dem Bürger als Adressaten sozialer Leistungen hat sich in Jahrzehnten bewährt. Sie hat wesentlich zur Verwirklichung sozialer Gerechtigkeit und Sicherheit beigetragen und ist deshalb unverzichtbar.

Die Entwicklung hat allerdings gezeigt, dass auch ein funktionierendes System dem Wandel gesellschaftlicher Rahmenbedingungen unterworfen ist und der Anpassung bedarf. So hat die Bestandsaufnahme ergeben, dass vor allem durch soziale Megatrends¹⁸⁶ neue Handlungsbedarfe entstanden sind. Zunehmende soziale und informationelle Verbindungen haben Probleme geschaffen, worauf es zu reagieren gilt: Zu nennen ist vor allem eine ungebrochene Informationsflut bei nicht vermehrbarer Zeit(!) und damit eine verstärkte Notwendigkeit zur Zusammenarbeit auf allen Ebenen. Diese Herausforderungen werden – wohl über diese Studie hinaus – einer sorgfältigen Überprüfung zu unterziehen sein.

¹⁸⁶ Die Sozialwissenschaft nennt vier gesellschaftliche Trends: Die Entwicklung von government zu governance, die Schwerpunktverschiebung von Repräsentation zu Partizipation, die Veränderungen in der Medienlandschaft von der Information zur Interaktion und die wachsende Rolle von evidence-based policy-making und Evaluation (nach *Römmele*, in: *RVaktuell* 2015, 226 ff.).

4.1.1 Zum Verständnis von Selbstverwaltung

Mitglieder der sozialen Selbstverwaltung sind in unterschiedlichen Strukturen und Funktionen tätig. Sie sind z.B. Mitglieder einer Vertreterversammlung oder eines Vorstands in der GUV oder GRV oder eines Verwaltungsrats der GKV bzw. eines solchen nach dem SGB III. Aus diesen Organen heraus erfolgt ggf. eine Wahl bzw. Entsendung innerhalb desselben Zweigs in einen Landes- und/oder Bundesverband und/oder zweigübergreifend in Gremien auf der Bundesebene¹⁸⁷.

Aus diesen Aktionsebenen ergeben sich unterschiedliche Handlungsgebote, nach denen Selbstverwalter¹⁸⁸ eines Versicherungsträgers z. B. auch in zweigübergreifenden Gremien agieren. Um dem dabei notwendigen Abwägen eines Für und Wider ein Fundament zu geben, brauchen Selbstverwalter ein gefestigtes Bild von ihrer Rolle. Dazu gehören ein fundiertes Wissen und ein Bewusstsein über Herkunft und Ziel, aber auch Auftrag und Gestaltungsmöglichkeiten ihres Mandats. Dies ist in den Befragungen deutlich geworden. So hieß es zweigübergreifend zur BAR beispielsweise, *„dass Freiwilligkeit [zwar] besonders dort gut funktioniert, wo es um allgemeine Überlegungen und Absichtserklärungen geht. Werde es [aber] konkreter, stellten sich rasch Hemmnisse ein.“* (Vers, GRV)

Wählbarkeitsvoraussetzung für einen Selbstverwalter ist die Eigenschaft, ein Versicherter bzw. Arbeitnehmer oder ein Arbeitgeber zu sein (§ 51 SGB IV, § 371 SGB III). Praktische Erfahrungen zeigen, dass es an der Zeit ist, über den Gestaltungsauftrag eines Selbstverwalters auch in sog. Stufenfunktionen¹⁸⁹ nachzudenken. Denn es geht darum, neuen Herausforderungen zu begegnen und

¹⁸⁷ Beispielhaft werden die BAR, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) und das Präventionsforum nach § 20e Abs. 2 SGB V genannt.

¹⁸⁸ Selbstverwalter sind Vertreter eines Versicherten oder eines Arbeitgebers in einem Selbstverwaltungsorgan eines Trägers der Sozialversicherung bzw. der Arbeitsförderung. In ähnlicher Funktion sind auch Versichertenälteste und Vertrauenspersonen i.S. des § 39 SGB IV tätig. Vgl. dazu Kapitel 1.3.3.

¹⁸⁹ Der Begriff „Stufenfunktion“ beschreibt ein Selbstverwaltermandat, das innerhalb eines Zweigs und auch zweigübergreifend auf regionaler, Landes- oder/und Bundesebene wahrgenommen bzw. ausgeübt wird.

die Wirksamkeit gesetzlicher Instrumente – beispielsweise einer „Gemeinsamen Empfehlung“ des § 12 SGB IX (ab 01. Januar 2018: § 25 SGB IX) – zu verbessern.

Auch die Sichtweise eines Listenträgers sollte in solche Überlegungen einbezogen werden. Dafür spricht deren Befragung über Kontakte zu „ihren“ Selbstverwaltern. Dazu hieß es, die Beratung inhaltlicher Fragen und Problemstellungen erfordere häufig besonderes Aufklärungs- und Abstimmungshandeln; „*übergreifende Zusammenarbeit hat es manchmal nicht leicht.*“ (AG, GRV) Eine Abklärung des Auftrags der Selbstverwaltung, speziell eines Selbstverwalters in den unterschiedlichen strukturellen Situationen, erscheint danach durchaus angezeigt, eine Aufgabe, der sich die Listenträger der Versicherten und der Arbeitgeber gemeinsam annehmen könnten¹⁹⁰.

4.1.2 Zur Dimension wachsender Herausforderungen in Zahlen

Beim Blick auf die Entwicklung von Normen und Struktur der Sozialversicherung über eine längere Zeit fällt eine – bis dato weder in der Politik noch in der Wissenschaft problematisierte – Besonderheit auf:

Das Auseinanderklaffen von Umfang, Inhalt und Struktur der Normen zur Gewährleistung sozialer Sicherheit auf der einen und der Anzahl der Selbstverwalter, die mit den Trägern diese Sicherheit gewährleisten sollen, auf der anderen Seite. Beide Entwicklungen fallen erheblich auseinander, verlaufen geradezu diametral.

Der Wandel in der Gestaltung sozialer Sicherheit spiegelt sich in zahlreichen Normen wider. Darin zeigen sich ein wachsendes Gesundheitsbewusstsein vor allem um den Stellenwert von Prävention und Rehabilitation und ein geschärftes Bild vom einzelnen Menschen als gleichwertigem und gleichberechtigtem Glied der Gesellschaft.

¹⁹⁰ Eine derartige Rollenbeschreibung könnte z.B. in die Gemeinsame Empfehlung von DGB und BDA für die Entschädigung der Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane in der Sozialversicherung vom 01. Oktober 2015 eingefügt werden. Vgl. Fn 301.

Diese Entwicklung hin zu einem gemeinsamen Sozialgesetzbuch (SGB) fand ihren Niederschlag in diversen Gesetzen. Dabei wurde beispielsweise – nur zahlenmäßig betrachtet – in der gesetzlichen Unfallversicherung bei Überleitung von der RVO in das SGB VII, anders als in der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung, die Zahl der Vorschriften erheblich reduziert¹⁹¹ und in der Arbeitsförderung bei der Überführung der Normen vom AFG in das SGB III deutlich ausgeweitet¹⁹². Bereits diese Neuordnung stellte Verwaltungen und Selbstverwaltungen vor neue und zusätzliche Aufgaben.

Die gesetzliche Krankenversicherung weist allerdings auch eine andere belastende Herausforderung auf: Die große Zahl nahezu regelmäßiger Veränderungen gesetzlicher Bestimmungen¹⁹³.

Eine ganz andere Entwicklung nahm die Zahl der Selbstverwalter. Anfang des 20. Jahrhunderts lag sie bei 512.000, im Jahre 1928 dann bei 365.000 Personen¹⁹⁴. Bis zum Beginn des 21. Jahrhunderts sank diese Zahl infolge struktureller Veränderungen auf etwa 20.000 Selbstverwalter¹⁹⁵. Diese Entwicklung wird sich erkennbar fortsetzen.

Zunehmende Belastungen für Selbstverwalter werden auch aus einer anderen Blickrichtung sichtbar. Wurde die gesamte gesundheitliche Versorgung nach den Vorschriften des SGB vor wenigen Jahren von 206 selbstständigen Versiche-

¹⁹¹ Das Dritte Buch RVO wies 688 Paragraphen auf, das SGB VII hingegen nur noch 225, das Zweite Buch RVO umfasste 371 Normen, die im SGB V in 322 zusammengefasst wurden. Bei der Ablösung des Vierten Buch RVO durch das SGB VI stieg die Zahl der Normen von 274 auf 321.

¹⁹² Das AFG wies 251 Paragraphen auf, das SGB III dann 436.

¹⁹³ So wurden z. B. in den vergangenen zehn Jahren für diesen bzw. in diesem Sektor mehr als 100 (!) Änderungsgesetze und -verordnungen beschlossen (vgl. www.buzer.de/gesetz/2497/1.htm).

¹⁹⁴ Vgl. dazu *Kleis*, Die Geschichte der sozialen Versicherung in Deutschland, 1928 (Nachdruck: 1981), S. 10 und 296.

¹⁹⁵ [Vgl. dazu Fn. 51](#); GVG e.V. (Hrsg.), Zur Bedeutung der Selbstverwaltung in der deutschen Sozialversicherung, 2007, S. 51 ff.

Trägern wahrgenommen¹⁹⁶, so waren es 2015 nur noch 177, 2016 168 und zurzeit gut 160¹⁹⁷. Auch hier muss mit einer Fortsetzung gerechnet werden.

Diese Entwicklungen können bei einer Suche nach Optimierungspotential nicht unreflektiert bleiben. Sie lassen bereits auf den ersten Blick die Frage entstehen, ob die soziale Selbstverwaltung ihrer Aufgabe noch gerecht werden kann und wie soziale Selbstverwaltung aussehen muss, wenn sie auch zukünftig eine sozial gerechte Gesellschaft gewährleisten will.

4.1.3 Grenze der Belastbarkeit und Lösungsansätze

Die Entwicklung aus legislativem „Regelungsgebaren“ sowie dem Abbau der Zahl der Versicherungsträger und der verantwortlichen Akteure bekommt durch Verdichtung im exekutiven und administrativen Geschehen einen steigend belastenden Trend¹⁹⁸. Das könnte dazu führen, dass die Versicherten als Ursprung und Grund sozialer Sicherung zunehmend aus den Augen geraten.

Diese Besorgnis erwächst aus der Befragung von Selbstverwaltern und ihren Organisationen. Wiederholt wurde von ihnen auf ein gravierendes Problem hingewiesen: Den Mangel an Zeit bei gleichzeitigem Anwachsen entscheidungsrelevanter Daten, Fakten und Normen. Dies mache es Selbstverwaltern – sie üben ihr Ehrenamt grundsätzlich neben ihrer hauptberuflichen Beschäftigung aus – kaum noch möglich, das Ehrenamt verantwortungsvoll wahrzunehmen. Eine Besorgnis, die von den befragten Organisationen der Listenträger geäußert wurde. Dies lässt auch die Aussage eines Selbstverwalters erkennen, ein „*potentieller Selbstverwalter müsse im Durchschnitt mindestens mit etwa sechs bis acht Wochen im Jahr rechnen.*“ Erschwert wird seine Tätigkeit noch dadurch, dass sich

¹⁹⁶ BWB 2012, S. 19.

¹⁹⁷ Leopold, in: SozSich 2015, 79; Leopold, in: SozSich 2016, 74; Leopold, in: SozSich 2017, 79.

¹⁹⁸ Siehe dazu beispielsweise die Beiträge von Wodarg, in: SozSich 2008, 414 und Welti, in: GuP 2015, 211.

die Belastung nicht nur quantitativ niederschlägt, sondern einhergeht mit einer zunehmenden „Verkomplizierung“ in einzelnen Bereichen¹⁹⁹.

Eine ähnliche Einschätzung kann dem Schlussbericht des Bundeswahlbeauftragten für die Sozialversicherungswahlen (BWB) entnommen werden. Sein Hinweis, „so manche Mitglieder von Verwaltungsräten und Vertreterversammlungen wünschen sich, dass die Arbeitgeber- und die Versichertenseite über zumindest eine/-n Mitarbeiter/-in verfügt, die/der sich voll und ganz der Unterstützung der Arbeit der Selbstverwaltung widmet“²⁰⁰, lässt Hilfebedarf erkennen. Eindrucksvoll ist auch die Aussage eines langjährigen Selbstverwalters aus der GKV, der den zeitlichen Aufwand für die Verbindung des Berufsalltags mit dem Ehrenamt als größte Herausforderung bezeichnet und zur Lösung vorschlägt, „der Anspruch auf Weiterbildung soll[te] gesetzlich verankert werden, wie das bei den Betriebsräten der Fall ist.“

Um die Wirksamkeit der Selbstverwaltung trotz dieser Belastung zu sichern und zugleich qualitativ aufzuwerten, sollte eine Präzisierung ihrer Rolle, wie in [Kapitel 1.3.3.](#), aber auch in [Kapitel 3.4.2.](#) und insbesondere in [Kapitel 4.1.4. sowie in Kapitel 5.4.2](#) beschrieben, angestrebt werden. Dabei könnte zum Beispiel eine Gleichstellung der Regelungen des Ehrenamtes mit denen der betrieblichen Interessenvertretung nach dem Betriebsverfassungsgesetz²⁰¹ erfolgen und für eine Erleichterung sorgen.

Dass eine bessere Wirkung selbstverwaltenden Handelns vor allem durch eine verstärkte Bildung und Qualifizierung zu erreichen ist, wird nachfolgend näher beschrieben.

4.1.4 Bildung und Qualifizierung

¹⁹⁹ Beispielhaft wird dazu auf eine Presseerklärung des AOK-Bundesverbandes vom 13. Mai 2016 verwiesen, wonach „über die Hälfte der Deutschen von der Informationsflut überfordert“ sind.

²⁰⁰ BWB 2012, S. 220, Ziff. 5.

²⁰¹ Danach werden, gestaffelt nach der Zahl der Beschäftigten, bis zu zwölf Betriebsratsmitglieder von der Arbeit freigestellt (§ 38 BetrVG). Ähnlich: Güner et al., in: Soz-Sich 2009, 165.

Die Eignung und Befähigung von Selbstverwaltern basiert typischerweise auf deren arbeits- und berufsweltlichen sowie Lebenserfahrungen. Dies ergibt sich aus ihrer Berufstätigkeit und praktischen Ausübung des Ehrenamtes und wird autodidaktisch („learning by doing“) durch den Erwerb von Kenntnis und Wissen ergänzt und vervollständigt.

Ein solcher, herkömmlicher Werdegang eines Selbstverwalters braucht permanente Fortbildung und Qualifizierung. Seine Notwendigkeit wurde von den Befragten durch die Bank nachdrücklich unterstrichen.²⁰² Dies folgt auch „logischerweise“ aus den §§ 40, 41 SGB IV, die von einer sachgerechten Ausübung eines Ehrenamtes ausgehen. Ergänzend ist auf eine besondere Verpflichtung des Hauptamtes hinzuweisen, die spezielle Rolle von Selbstverwaltung in der Alltagsarbeit im Blick zu behalten. Denn „*die hauptamtliche Verwaltung muss der ehrenamtlichen Selbstverwaltung Raum geben, um Verknüpfungen zwischen den gesetzlichen Aufgaben der Rehabilitation und Teilhabe und den Betrieben und örtlichen Gemeinschaften herzustellen.*“²⁰³

Die Befragung²⁰⁴ hat u.a. gezeigt, dass es eine systematische Vorbereitung auf ein Selbstverwaltermandat nicht gibt. Allerdings werden von Versicherungsträgern nach Amtsantritt Schulungs- und Bildungsmaßnahmen durchgeführt. Dies entspricht einer Anregung der Listenträger²⁰⁵. Demgemäß bieten Versicherungsträger Maßnahmen zu fachspezifischen Themen auf unterschiedliche Weise (z.B. ein- und mehrtägig, zentral/regional) an. Listenträger wiederum flankieren die aktive Arbeit ihrer Vertreter durch eigene fachorientierte oder -politische Informations- und Fortbildungsmaßnahmen. Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen von Listen- und auch von Versicherungsträgern werden nach der Befra-

²⁰² Das hat auch die GVG überzeugend begründet (vgl. GVG e.V. (Hrsg.), Zur Bedeutung der Selbstverwaltung in der deutschen Sozialversicherung, 2007, S. 45.)

²⁰³ Welti, Behinderung und Rehabilitation im sozialen Rechtsstaat, 2005, S. 361.

²⁰⁴ [Vgl. dazu Kapitel 3.2.2.](#), insbesondere auch zu Erfahrungen von Selbstverwaltern mit Schulungs- und Bildungsmaßnahmen im Abschnitt Erstes Themenfeld.

²⁰⁵ Fortbildungsmaßnahmen sind notwendig, um die ordentlichen und stellvertretenden Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane in ihrer ehrenamtlichen Tätigkeit angemessen zu unterstützen (Gemeinsame Empfehlung von DGB und BDA für die Entschädigung der Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane in der Sozialversicherung vom 01. Oktober 2015).

gung von den Selbstverwaltern wahr- oder auch nicht wahrgenommen – etwa, weil es an Zeit fehlt oder Probleme mit der Freistellung bestehen – eine Gesamtübersicht gibt es nicht²⁰⁶.

Ob diese Bildungsmaßnahmen als ausreichend angesehen werden können, erscheint nach den Berichten der befragten Selbstverwalter eher wenig wahrscheinlich. Wohl auch deshalb wurde zwecks effizienterer Arbeit der Selbstverwaltung in der Befragung angeregt, den Bänken politische Referenten an die Seite zu geben. Sie könnten bei der Meinungsfindung fachkundig assistieren²⁰⁷. Dieser Gedanke liegt ähnlich wie eine andere Anregung Befragter, bei den Listenträgern eine Stelle zur Förderung der sozialen Selbstverwaltung anzusiedeln. Effizienz könnte weiter geschärft werden durch eine des Nachdenkens wertere Anregung zur Einrichtung einer Selbstverwalter-Akademie. Sie könnte amtsfortbildend tätig sein, möglicherweise sogar auch amtsvorbereitend ausbilden²⁰⁸. Zu prüfen ist, ob die BAR systematisch zum Schulungsträger für trägerübergreifend relevantes Wissen zu Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen ausgebaut werden kann. Die Ansätze im aktuellen Orientierungsrahmen könnten eine geeignete Ausgangsbasis bilden²⁰⁹.

Bildungsmaßnahmen – gleich, ob vom Listen- oder Versicherungsträger oder gemeinsam getragen – zeigen sich so als sachgerechte Brücke zu einer wirksameren Arbeit der Selbstverwaltung. Ohne ein angemessenes Zeitkontingent²¹⁰ wird dies aber kaum möglich sein, weil es mit der hauptberuflichen Arbeit eines Selbstverwalters – Selbstverwalter zu sein, ist ein Ehrenamt (§ 40 ff. SGB IV)!

²⁰⁶ Umfang und Einzelheiten sollten ggf. geklärt werden.

²⁰⁷ Ähnlich *BWB 2012*, S. 220.

²⁰⁸ Dem Gedanken der Parität folgend, könnte dies z. B. bei der Hans-Böckler-Stiftung und bei der Arbeitsgemeinschaft der Bildungswerke der Deutschen Wirtschaft (ADBW) geschehen. Eine Orientierung bietet evtl. auch § 25 d des Kreditwesengesetzes, wonach von den Finanzinstituten eine Verpflichtung, den Mitgliedern in den Organen die Einführung in ihr Amt zu erleichtern und die Fortbildung zu ermöglichen, die zur Aufrechterhaltung der erforderlichen Sachkunde notwendig ist, erwartet werden.

²⁰⁹ *Orientierungsrahmen 2016*, S. 13f.

²¹⁰ Auf die Auskünfte in der Befragung in [Kapitel 3.2.2, Sechstes Themenfeld, und Kapitel 3.2.3](#) sei verwiesen. Vgl. auch Baumeister/ Hartje/ Knötig/ Wüstrich (2013), S. 43.

– nur schwer in Übereinstimmung gebracht werden kann. Freistellung zum Zwecke der Weiterbildung erscheint deshalb unerlässlich.

Unterschiedlich zwischen den Listenträgern der Versicherten und der Arbeitgeber waren dann aber die Einschätzungen zu einer solchen Freistellung. Dies allerdings weniger wegen des *Ob* als vielmehr wegen des *Wie* der Umsetzung. Während Gewerkschaften darin vor allem auch eine Anerkennung ehrenamtlichen Engagements sahen, zumal dann, wenn derartige Maßnahmen zertifiziert seien, äußerten Arbeitgebervertreter Vorbehalte gegen gesetzliche Freistellungsregelungen wegen arbeitsorganisatorischer Schwierigkeiten in den Betrieben. Sie verwiesen darauf, dass andere Möglichkeiten gesucht und genutzt werden könnten, zum Beispiel Vorbesprechungen. Dies sollte näher ausgeleuchtet werden.

Zu diesem Themenfeld hat der Bundeswahlbeauftragte die „*Einführung einer gesetzlichen Pflicht zur Weiterbildung der ordentlichen Mitglieder, verbunden mit der Pflicht zur Abgabe einer Selbstverpflichtung der Kandidatinnen und Kandidaten*“ angeregt²¹¹. Dies hat er durch mehrere Vorschläge konkretisiert. Dazu gehören „*ein klar geregelter gesetzlicher Anspruch auf Freistellung zum Zwecke der Weiterbildung*“, ggf. in zertifizierten Maßnahmen und Regelungen²¹².

Der Themenkomplex Freistellung scheint, vor allem in größerem Kontext,²¹³ noch nicht ausreichend geklärt und beraten zu sein, zumal die beiden führenden Organisationen der Sozialpartner darüber vermutlich bislang noch keinen Konsens ge- bzw. versucht haben. Jedenfalls wurde diese Thematik in ihrer gemeinsamen Stellungnahme zum Sozialwahlbericht 2011 nicht erwähnt²¹⁴.

²¹¹ BWB 2012, S. 23, 174.

²¹² BWB 2012, S. 220.

²¹³ Zu nennen sind z. B. die Regelungen bei ehrenamtlichen Richterinnen und Richtern der Arbeits- und Sozialgerichtsbarkeit nach § 20 ff. ArbGG bzw. § 16 ff. SGG, bei Mitgliedern der Vollversammlung der Handwerkskammern (§ 69 Abs. 4 HwO) oder auch in Bezug auf externe Mitglieder in Aufsichtsgremien nach § 25d Kreditwesengesetz. Auch Bildungsfreistellungsregelungen auf Länderebene – außer Bayern und Sachsen verfügen alle Länder über entsprechende Regelungen – könnten einbezogen werden.

²¹⁴ BDA, DGB (Hrsg.): Selbstverwaltung stärken – Sozialwahlen modernisieren, 2012.

4.1.5 Listenträger und Versicherungsträger

Selbstverwalter agieren mit ihrem arbeits- und berufsweltlichen Erfahrungswissen als Mitglieder einer Versicherten- oder Arbeitgeberliste (§ 48 SGB IV). Die Listenträger bleiben für die gesamte Amtszeit – nicht nur bei gesetzlichen Formalien, sondern auch inhaltlich – ihr Ansprechpartner, beispielsweise in Fragen der Beratung, Betreuung und sonstiger Unterstützung.

Diese Betreuung ist somit auch eine Aufgabe der Versicherungsträger. DGB und BDA halten es nach einem gemeinsamen Papier für notwendig, dass seitens der Sozialversicherungsträger für die Mitglieder und die stellvertretenden Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane geeignete Fortbildungsmaßnahmen durchgeführt werden²¹⁵. Dies geschieht auch praktisch, wie im vorhergehenden Abschnitt dargestellt worden ist. Vor allem durch besondere Verwaltungseinheiten in der Organisationsstruktur der Träger, z.B. als Büro der Selbstverwaltung (BdS), erhalten Selbstverwalter seitens der Versicherungsträger Unterstützung. Dazu berichten die Selbstverwalter durchweg von zufriedenstellenden Kontakten. Ihre Serviceleistung sei aber auch entwicklungsbedürftig und -fähig. Vermisst würde zum Beispiel manchmal eine Sichtung, Gewichtung und Ordnung von Sitzungsunterlagen „mit den Augen eines Selbstverwalters“. Es wurde auch ein zusammengefasster Vorspann bei umfangreicheren Vorlagen angeregt, um die Sitzungsvorbereitung zu erleichtern.

Nicht übersehen werden sollen in diesem Zusammenhang Anregungen des Bundeswahlbeauftragten²¹⁶. Er hat Möglichkeiten einer „*kontinuierlichen Unterstützung der Arbeit der Selbstverwaltung*“ in die Erinnerung gebracht. Angeregt hat er auch eine „*professionelle Beratung für die Selbstverwaltung*“. Beides entspricht Wünschen und Anregungen von Selbstverwaltern – wie vorstehend dargestellt. Diese Vorschläge wurden vor allem von Versichertenvertretern offen aufgegriffen. Beispielhaft wurde auf die unbedingt notwendige Vorbereitung und Nacharbeit von Sitzungen verwiesen. Erläuterungen durch das Hauptamt seien

²¹⁵ Vgl. [Fn. 205](#).

²¹⁶ BWB 2012, S. 220 f.

dazu beachtenswert und würden die dezidierte Meinungsbildung durch die Selbstverwaltung zusätzlich stärken.

Als wichtig und notwendig wurden auch Vorbesprechungen eingestuft und beurteilt. Sie würden aber nicht immer durchgeführt. Dies würde als ein Mangel empfunden. Auch der Informationsaustausch mit dem Listenträger wurde hier und dort als verbesserungsbedürftig bezeichnet, ferner die regelmäßige Erreichbarkeit als wünschenswert, aber nicht immer gewährleistet. Die Einbindung von Selbstverwaltern durch die Listenträger bedarf nach alledem zwecks Optimierung einer näheren Prüfung.

Überlegt werden sollte auch, ob nicht – über diesen Abschnitt hinaus – die besondere, weil eigenständige Betreuung der Selbstverwaltung in dem jeweiligen Versicherungsträger in seinen Regularien, speziell im Organisationsplan, verdeutlicht werden sollte²¹⁷.

Soweit die Förder- und Unterstützungsmöglichkeiten der Sozialpartner zur Sprache kamen, wurde von Befragten beider Gruppen angemerkt bzw. darauf hingewiesen, dass die Möglichkeiten gemeinsamen Handelns nicht ausgeschöpft seien.

4.1.6 Zusammenarbeit

Die soziale Sicherung in Deutschland basiert auf zahlreichen gesetzlichen Regelungen. Sie betreffen u. a. die rehabilitative Versorgung Versicherter in dem jeweils spezifischen Rahmen. Ihr Standort ist auf einen begrenzten Zweck ausgerichtet und stößt demzufolge auf Grenzen. Es ist seit langem das Ziel des Gesetzgebers, dadurch entstehende Mängel durch Zusammenarbeit zu vermeiden, zumindest unerwünschte Auswirkungen zu mildern. Das war bereits bei Schaffung des Sozialgesetzbuches I – Allgemeiner Teil – am 01. Januar 1976 der Fall und hat sich seitdem nicht verändert. Auch deshalb hat der Gesetzgeber mit dem

²¹⁷ Zum Beispiel sieht die Satzung der Bundesagentur für Arbeit in ihrer Fassung vom 08. Februar 2016 ausdrückliche Regelungen für die Selbstverwaltung mit einem eigenen Büro der Selbstverwaltung vor – einschließlich einer Verpflichtung des Trägers, den Mitgliedern und stellvertretenden Mitgliedern der Selbstverwaltungsorgane geeignete Fortbildungsmaßnahmen anzubieten.

SGB IX im Jahre 2001 die Reha-Träger präzise zur Zusammenarbeit verpflichtet und dies insbesondere in §§ 12, 13 SGB IX festgeschrieben²¹⁸. Allerdings konnte auch dies bisher nicht verhindern, dass die Zusammenarbeit weiterhin mangelhaft funktionierte und ist (wohl) deshalb auch noch einmal in den Koalitionsvertrag²¹⁹ aufgenommen worden.

Zusammenarbeit ist bei dieser Vorgeschichte ein besonders dringendes Schlüsselwort für erfolgreiche Tätigkeit der sozialen Selbstverwaltung in der Rehabilitation.

Die Nachdrücklichkeit der Forderung des Gesetzgebers nach einem einheitlichen Umgang unterstreicht im Übrigen auch der wenig beachtete § 86 SGB X; er verpflichtet die Leistungsträger schlicht und einfach, „*bei der Erfüllung ihrer Aufgaben [...] eng zusammenzuarbeiten.*“ Daran darf hier erinnert werden.

Um der Wirksamkeit dieser Regelungen nachzuspüren, wurden in der Studie Versicherten- und Arbeitgeber-Vertreter befragt. Das Ergebnis hat mehrere Facetten. Beide Seiten berichteten durchweg von einem vertrauensvollen und konstruktiven Umgang in den Organen und mit der Verwaltung – im örtlichen und regionalen Feld „konsensorientierter“ geprägt als auf zentraler Ebene. Dieses Agieren stieß mit zunehmender Verbindlichkeit an Grenzen, wenn sog. grundsätzliche Positionen tangiert wurden. Es lohnt sich für Selbstverwalter aller Zweige, intensiver darüber nachzudenken, ob und wie einem Versicherten durch Zusammenarbeit mit einem anderen Träger noch besser geholfen werden könnte.

Auffallend waren in der Bestandserkundung besondere Hemmnisse im Geschäftsbereich der GKV. Gesundheitsfördernde Maßnahmen seien dort – so hieß es – (auch) ein Instrument zur Gewinnung neuer Mitglieder und damit ein solches des Wettbewerbs der Krankenkassen untereinander. Dies aber schließe eine sachbezogene Zusammenarbeit, z. B. über betriebliche Gesundheitsförderung im Rahmen der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie (GDA) mit anderen GKV-Kassen oder Trägern anderer Zweige nahezu aus²²⁰. Die Befragung von Selbstverwaltern aus der GKV hat dies untermauert, verbunden mit der Anre-

²¹⁸ Vgl. dazu *Schian/Stähler*: Trägerübergreifende Koordination und Kooperation (§§ 10-12 SGB IX): Aufgabe oder Programmsatz?, 2015.

²¹⁹ Koalitionsvertrag 2013, S. 74/75.

²²⁰ Diese widersprüche zudem den gesetzlichen Regelungen, die eine solche Zusammenarbeit fordern, §§ 20b, 20c SGB V.

gung, unerwünschte Auswirkungen des Wettbewerbs künftig zu vermeiden²²¹. Insgesamt gesehen zeigte sich so ein zwar differenter, allerdings doch recht ernüchternder, kaum ermutigender Zustand einer versichertenorientierten Zusammenarbeit in der Rehabilitation.

Soweit die Arbeit der BAR angesprochen wurde, fiel ihre anerkennende Beurteilung durch Selbstverwalter auf. Ihre auf Förderung der Zusammenarbeit ausgerichteten Materialien und konkreten Hinweise seien nützlich. Wegen ihres nachhaltigen Wirkens mündete dies in die Anregung, diese Ansätze weiter zweigübergreifend auszubauen; eine ausdrückliche Benennung in der Satzung der BAR könnte den Weg ebnen.

Dieses realistische Bild von einer mangelbehafteten und ausbaubedürftigen, allerdings auch ausbaufähigen, versichertenorientierten und zweigübergreifenden Zusammenarbeit mag als Anregung zu einer vertiefenden Beratung in diese Studie einfließen.

4.1.7 „Tue Gutes und rede darüber“

Dass diese Spruchweisheit in der alltäglichen Arbeit der Selbstverwaltung kaum gelebt wird, ist in den Interviews manches Mal mit Bedauern bekundet worden. Mehr als einmal berichteten Selbstverwalter über wenig Kenntnissnahme und Würdigung ihrer Arbeit vor allem in (sozial-)politischen Bezugsfeldern.

So schilderte ein Selbstverwalter, dass eine Landesministerin in einer gesundheitspolitischen Veranstaltung anerkennende Worte für den hauptamtlichen Vorstand einer Krankenkasse fand, die ehrenamtlich (mit-)verantwortliche Selbstverwaltung aber unerwähnt ließ. Dies habe kritische Bemerkungen ausge-

²²¹ Bei vertiefter Thematisierung von „Wettbewerb“ kann eine Information des Info-Dienstes www.krankenkassen-direkt.de/news/news.pl?id=717432&cb=... Nützlich sein. Nach einer Presseverlautbarung vom 11. April 2016 hat die Wettbewerbszentrale nach dem UWG von Januar bis März 2016 in 14 von 20 untersuchten Fällen Verstöße durch irreführende Werbung oder aggressive geschäftliche Handlungen festgestellt. Informativ ist auch eine Meldung unter www.krankenkassen-direkt.de/news/news.pl?=742148cb=... über unlautere Methoden bei der Versicherten-Akquise vom 23.08.2016.

löst. Bemerkenswert ist auch die Beschreibung eines Verbandsvertreters, der die Selbstverwaltung quer durch alle Bundestags-Fraktionen als wenig beachtet erlebt hat. *„Immer wieder müssen wir erklären, was die Selbstverwaltung ist. Die Reaktion ist dann oft: ‚Ach, so ist das!‘“. Und er ergänzte: „Es kommt hinzu, dass das Thema sehr sperrig ist. Wenn du auf der Straße Passanten fragst, was ein Patientenvertreter ist, werden sie dir rasch sagen, das ist einer, der mich als Patienten vertritt. Fragst du aber, was ein Selbstverwalter ist, so wirst du kaum eine treffende Antwort bekommen.“*

Es wäre angebracht, wenn insbesondere Repräsentanten der Politik den Vertretern der Millionen Versicherten und Arbeitgeber in der für unser Gemeinwesen so eminent wichtigen ehrenamtlichen Selbstverwaltung mehr offene Bereitschaft und Respekt zeigen würden.

Konkrete Anregungen für eine verbesserte Öffentlichkeitsarbeit wurden kaum geäußert. Das ändert nichts am Handlungsbedarf. Die Werbung für die Sozialwahlen am 31. Mai 2017, der von Selbstverwaltern begründete *„Tag der sozialen Selbstverwaltung“* (18. Mai)²²² und die von der UNO bestimmten Erinnerungsdaten, *„Internationaler Tag des Ehrenamtes“* (2. Dezember) und *„Internationaler Tag der Demokratie“* (15. September) könnten genutzt werden, dem Ehrenamt in der Sozialversicherung mehr (Be-)Achtung zu verschaffen.

Ein einfaches Mittel bietet auch die Pressearbeit der Versicherungsträger. Hier könnten die Vertreter der Versicherten und der Arbeitgeber in ihrer gemeinsamen Verantwortung mit der Verwaltung deutlicher und sichtbarer herausgestellt werden. In Anlehnung an eine Veröffentlichung der Hans-Böckler-Stiftung zur Öffentlichkeitsarbeit in sozialen Medien²²³ sollten Selbstverwalter auch direkt initiativ werden.

Diese Berichte mögen hier ausreichen, den allgemeinen Mangel als Auslöser eines kreativen Prozesses zu stimulieren. Sachkundige Experten könnten mit der Entwicklung eines zukunftsweisenden Konzepts für die „Vermarktung“ der Arbeit der Selbstverwaltung im Sinne einer Corporate Social Responsibility

²²² Die Gewerkschaft ver.di begeht seit mehreren Jahren diesen Tag, um die Aufgaben, Herausforderungen, Leistungen und Akteure der sozialen Selbstverwaltung öffentlich sichtbar zu machen.

²²³ Hans-Böckler-Stiftung (Hrsg.), Mitbestimmungspraxis Nr. 4, o. J.

(CSR)²²⁴ beauftragt werden. Dies könnte auch ein Themenfeld sein, welches der Bundesbeauftragte für die Sozialversicherungswahlen bedacht hat, als er „*eine vom Hauptamt unabhängige professionelle gutachterliche Beratung*“ anregte²²⁵. Ein solcher Vorschlag mag zwar ungewöhnlich sein, doch sollte es durchaus einer intensiven Werbung für Gesundheit und soziale Sicherung Wert sein, auch, um einer zunehmenden Ökonomisierung der Sozialpolitik, insbesondere der Gesundheitspolitik²²⁶, entgegenzuwirken.

4.2 Erwartungen und Politik

4.2.1 Allgemeines und Grundsätzliches

Vorstehende Darlegungen geben ein vielschichtiges Bild von der Tätigkeit der Selbstverwalter in der gesetzlichen Sozialversicherung und der Arbeitsförderung. Es zeigt einen verantwortungsvollen Umgang mit Inhalt und Gestaltungsmöglichkeiten sozialstaatlicher Herausforderungen. Es ist das Ergebnis konstruktiven Zusammenwirkens von Staat und Gesellschaft zum Wohle der Menschen.

Dass dieses System trotz eines permanenten Wandels der Rahmenbedingungen funktioniert, zeigt die Flexibilität der ehrenamtlichen Vertreterinnen und Vertreter der Versicherten und der Arbeitgeber mit ihren Verbänden. Es zeigt aber auch ihre Gestaltungsbereitschaft in den Organen und Gremien der Sozial-

²²⁴ Der Begriff Corporate Social Responsibility (CSR) steht für verantwortliches unternehmerisches Handeln in der eigentlichen Geschäftstätigkeit über ökologisch relevante Aspekte bis hin zu den Beziehungen mit Mitarbeitern und dem Austausch mit den relevanten Anspruchs- und Interessengruppen. Zit. n. Wikipedia.

²²⁵ BWB 2012, S. 221.

²²⁶ Zum Beispiel berichtete die TK in einer Pressemitteilung vom 10.07.2015, nach der Bilanz 2014 würden „*eine halbe Milliarde Euro Dividende an TK-Mitglieder ausgeschüttet*“ und die GKV-, GUV- und GRV-Spitzenverbände gaben einer Presseerklärung am 12.10.2015 die treffende Überschrift „*Soziale Dienstleistungen sind keine Handelsware*“.

versicherungsträger. Dies ist eine wertvolle Basis für eine Politik, die ihre Aufgabe nicht nur im Be- und Verwahren, sondern in lebendiger Gestaltung gesellschaftlicher Bezüge zueinander und im Miteinander sieht. Dieses Kapital des Sozialstaates kann und muss weiter genutzt werden. Anlässe für eine Verbesserung gibt es reichlich.

Dieses Ziel kann zweifach in den Blick genommen werden: Aus der Sicht der Adressaten und ihrer Organisationen und aus derjenigen des Staates. Sieht man es als Selbstverwalter, ist als Erstes die Umsetzung der Koalitionsvereinbarung vom Herbst 2013 mit der angekündigten Stärkung der Selbstverwaltung²²⁷ anzusprechen. Selbstverwaltung zu stärken und Schnittstellen besser miteinander zu verzahnen sind Positionen, die von allen Selbstverwaltern nachdrücklich gefordert und unterstützt werden. Allerdings bedarf es dann eines entschlossen handelnden Gesetzgebers. Der kann dann bei der Umsetzung auch mit der Selbstverwaltung rechnen. Diesen Prozess gilt es, genau auszutarieren. Dabei muss der Staat unterschiedliche Interessen und Sichtweisen aller Beteiligten einbeziehen, die in einem jeden Findungs- und Gestaltungsprozess beachtet werden müssen. Ob dies immer der Fall ist, erscheint zweifelhaft und erweist sich damit als eine permanente Herausforderung für alle Beteiligten.

4.2.2 Bisherige Ansätze weiter entwickeln

So reichen die bisherigen Ansätze etwa in den beiden SGB IV-Änderungsgesetzen von 2015 und 2016 für eine Optimierung von Selbstverwaltung nicht aus²²⁸. Auch das Gesetz zur Stärkung der Handlungsfähigkeit der Selbstverwaltung in den GKV-Spitzenverbänden (GKV-SVSG) kann die Erwartungen nicht erfüllen²²⁹. Deshalb bleibt es bei einer nachdrücklichen Forderung an die Politik, die Selbstverwaltung auch tatsächlich zu stärken und ihr – wie im

²²⁷ Koalitionsvertrag 2013, S. 74/75.

²²⁸ Siehe dazu [Kapitel 3.5.2](#).

²²⁹ Dieses Vorhaben wurde am 26. Januar 2017 vom Bundestag beschlossen, am 28. Februar 2017 im BGBl. I, S. 265-274 veröffentlicht und ist zum 01.03.2017 in Kraft getreten. Der Entwurf war auf deutliche Kritik von BDA und DGB gestoßen. Vgl. *o.A.*, Soziale Selbstverwaltung 2016, 65 f.; *Hansen/Klemens*, WdK 2016, 273 f.

Koalitionsvertrag zugesagt – geeignete und wirksame Hilfen an die Hand zu geben. Dabei sollte der Gesetzgeber eindeutig Position für die Selbstverwaltung beziehen und nicht – wie im Gesetzgebungsverfahren mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) von 2015 geschehen – mehr Irritationen auszulösen als Verlässlichkeit zu verbreiten²³⁰. Ähnliches gilt – auch zu diesem Gesetz – bezüglich der Schaffung eines Entlassmanagements in § 39 Abs. 1a SGB V; dadurch wurde offensichtlich neuer Abstimmungsbedarf im Blick auf das Versorgungsmanagement in § 11 Abs. 4 SGB V zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen ausgelöst. Dies wiederum könnte möglicherweise die vom Gesetzgeber angestrebte „*Kontinuität der Behandlung und Betreuung durch einen nahtlosen Übergang*“ gefährden²³¹.

Im Übrigen haben BDA und DGB bereits detaillierte Vorschläge zur Stärkung der Selbstverwaltung und Modernisierung der Organisationsstrukturen vorgelegt, die der Gesetzgeber nutzen könnte²³².

Ob es geboten ist, die Grundlagen der solidarischen, auf gleichberechtigter Beteiligung von Versicherten und Arbeitgebern fußenden sozialen Selbstverwaltung – abgeleitet aus sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung und dem Einkommensbezug der Beiträge – noch weiter dem Wandel anzupassen, mag als Denkansatz vermerkt werden.

4.2.3 Entschlossener Gesetzgeber gefragt

Allen Menschen in Deutschland den Schutz des Sozialstaates zukommen zu lassen, erscheint manchmal, vor allem für die Administration, nahezu unlösbar. Schon in der Mitte des 20. Jahrhunderts beschrieb der Gesetzgeber bei der

²³⁰ Dies betrifft die zunächst geplante, dann aber wieder zurückgenommene politische Schwächung der Versichertenseite durch Einbeziehung weiterer Vertreter in die Arbeit der MDK-Verwaltungsräte. S. a. Koalitionsvertrag 2013, S. 84.

²³¹ *Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.)*, Stichwort: Entlassungsmanagement, www.bmg.bund.de; vgl. dazu *Ihle, SozSich* 2015, 158 ff. (Anmerkung: laut Pressemitteilung des GKV-Spitzenverbandes vom 17. 10. 2016 hat das Bundesschiedsamt, weil sich die Parteien nicht einigen konnten, inzwischen diese Lücke geschlossen).

²³² [Vgl. Kapitel 3.5.4.](#)

Schaffung des Sozialgesetzbuches I – Allgemeiner Teil – diese Situation u.a. mit folgenden Worten:

„Das geltende Sozialrecht ist [...] mehr als nötig differenziert [...] in einer fast unübersehbaren Zahl von Gesetzen und Verordnungen geregelt [...]. Diese Komplizierung des Sozialrechts belastet die Verwaltung und Rechtsprechung oft unnötigerweise mit der Klärung. [...] Vor allem aber kann das Sozialrecht vom betroffenen Bürger nicht mehr durchschaut werden.“²³³

Aus dieser Situation heraus entstand 1976 das SGB I. Ihm folgten zahlreiche weitere soziale Gesetze, die allesamt die soziale Sicherheit fördern und stärken sollen. Zusätzliche Impulse erhielt diese Entwicklung aus dem SGB IX – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen – ab 2001. Damals galt, dass der soziale Schutz in Deutschland *„in den letzten Jahren zu einem durchgängigen, in sich aber recht differenzierten System [...] ausgestaltet wurde“*, dies allerdings bis dato *„keinen angemessenen Ausdruck in der rechtlichen Ausgestaltung gefunden [hat].“* Dies hatte zur Folge, dass *„die Zersplitterung der einschlägigen Rechtsvorschriften bei den einzelnen beteiligten Trägern und Stellen die Tendenz zur isolierten Betrachtung von Teilproblemen und Teillösungen fördert[e].“²³⁴*

Auf dieser Grundlage entstand zwar das SGB IX – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen, konnte dabei aber nicht die hochgradige Komplexität und Differenziertheit überwinden; beides blieb vor allem aus der Sicht von Betroffenen bestehen. Anhaltende Mahnungen und Erinnerungen fanden dann Eingang in den Entwurf eines Bundesteilhabegesetzes und begründeten einen neuen Versuch, die Wirksamkeit des Sozialschutzes zu stärken. Indes hat es – abgesehen von internationalen Strömungen, wie der UN-Behindertenrechtskonvention – inzwischen weitere Entwicklungen gegeben, so etwa durch die Schaffung der sog. „leichten Sprache“²³⁵. Es wäre (auch) für die Arbeit der Selbstverwaltung förderlich, wenn sich der Gesetzgeber – angesichts

²³³ BT-Drs.7/868, S. 19.

²³⁴ BT-Drs. 14/5074, S. 92 f.

²³⁵ Näheres in der Broschüre „Leichte Sprache“ des BMAS, April 2014, oder unter www.leichtesprache.org.

der politisch präferierten konsequenten Personenzentrierung – wegen zunehmender Verkomplizierung von Sachverhalten und Texten stärker an den Intentionen und Grundsätzen der „leichten Sprache“ orientieren würde. Denn es gibt schon zu denken, dass nach wissenschaftlich fundierten Erkenntnissen „Informationstexte [...] schwer verständlich [sind].“²³⁶

Vorstehend nachgezeichnete Entwicklung löst Befremden aus, weil das Bundesverfassungsgericht in einer grundlegenden Entscheidung vom 09. April 2003 u.a. ausgeführt hat: „*Gesetzliche Regelungen müssen so gefasst sein, dass der Betroffene seine Normunterworfenheit und die Rechtslage so konkret erkennen kann, dass er sein Verhalten danach auszurichten vermag.*“²³⁷

Nach alledem wäre es einer vertieften Beratung wert, sich dieser Entwicklung zu stellen, um dem Sozialstaatgebot des Grundgesetzes neue Impulse zu geben. Diese Anregung folgt auch aus der – vielleicht unbegründeten – Besorgnis, in der Quantität von Normen den Königsweg zu mehr gelebter Sozialstaatlichkeit zu sehen²³⁸.

4.2.4 Sozialstaatlichkeit (be-) leben und stärken

Die Möglichkeiten verstärkter Zusammenarbeit der Sozialpartner sind nicht ausgeschöpft. Das hat die Befragung bestätigt. Sie sollte ausgebaut werden. Zielführend für eine Stärkung von Sozialstaatlichkeit wäre ein gemeinsames Handeln der Vertreter der Versicherten und der Arbeitgeber als Listenträger. Damit könnte solidarische Sozialpolitik auf dem gesamten Gebiet der Sozialversicherung gefestigt und fortentwickelt, erforderlichenfalls auch wiederbelebt werden.

Die Befragung von Selbstverwaltern hat dafür Hinweise gegeben. Mitglieder in Verwaltungsräten, Mitgliederversammlungen und Vorständen äußerten sich

²³⁶ Höder/Deck, Rehabilitation 2015, 178 (178 ff.). So auch BWB 2012, S. 224.

²³⁷ BVerfG, Beschluss vom 09. April 2003 – 1 BvL 1/01, 1 BvR 1749/01; vgl. [Fn 50](#).

²³⁸ So hat der Gesetzgeber zwar mit dem Krankenhausstrukturgesetz Anfang 2016 ein Zeichen für mehr Qualität gesetzt, jedoch sollte – vielleicht überspitzt – vor der Illusion gewarnt werden, dieses Ziel werde durch wiederholte Nennung gefördert; immerhin ist der Begriff Qualität 284 Mal (!) ins SGB V geschrieben worden (lt. Forschungsstelle für Sozialrecht und Sozialpolitik der Universität Hamburg).

besorgt über einen Trend zur stärkeren Orientierung von Trägern an Denkkategorien privatwirtschaftlicher Handlungsweisen. Es gibt auch Anhaltspunkte dafür, dass Selbstverwalter ihre Alltagsarbeit dadurch manchmal als begrenzt empfinden. Sogenannte ökonomische Sachzwänge stünden im Wege, wenn es um die optimale Versorgung eines Versicherten gehe. Es schein, dass Werbung und Geschäftserfolg möglicherweise höher stünden als der Versorgungsbedarf eines Versicherten.

Vor allem lohnt es, den Normenbereich der gesetzlichen Krankenversicherung kritisch zu befragen. Es sollte geprüft werden, ob die 1996 vollzogene Öffnung zum Wettbewerb sowohl inhaltlich als auch speziell bezüglich der Tätigkeit eines Selbstverwalters dem Bedarf der Versicherten gerecht wird oder eher eine verstärkte Zusammenarbeit hindert. Dieser Aspekt ist von Selbstverwaltern wiederholt angesprochen worden. Dabei waren es vor allem die Risiken und Gefahren, dass wettbewerblich beeinflusstes Handeln unerwünschte Auswirkungen haben könnte – etwa dergestalt, dass in Betrieben mit der Präsenz mehrere Krankenkassen nicht alle dort Beschäftigten von einer Präventionsaktion profitierten, da diese im Wettbewerb zueinander stünden. Aussagen eines Versicherten- und eines Arbeitgebervertreters zeigen die Tendenz²³⁹.

Alles dies führt zu der Besorgnis, die Grundsätze des Sozialstaates, niedergelegt in § 1 Abs. 1 SGB I, könnten in Vergessenheit geraten. Es ist an der Zeit, diese Sorge ernst zu nehmen und auszuräumen. In einer Vertiefung dieser Fragestellungen könnten die Ergebnisse einer Studie der Hans-Böckler-Stiftung vom Sommer 2016 berücksichtigt werden²⁴⁰. Einbezogen werden sollten auch kritische Bemerkungen des Richters am Bundessozialgericht, Hans-Jürgen Kretschmer, die er in einem Referat anlässlich des 80. Geburtstages von Prof. Dr.

²³⁹ „[...] denn Gesundheit kann kein Wettbewerbsgut sein“ und „[...] in größere Betriebe werden wir nicht rein gelassen.“ – In einer Auswertung der Interviews findet sich der Hinweis, dass die Zusammenarbeit der einzelnen Akteure und Träger unzureichend sei. Deshalb könne kaum über positive Erfahrungen berichtet werden. Derzeit werde in den Gremien vor allem diskutiert, wer welche Kosten für welche Leistungen übernehme.

²⁴⁰ Gerlinger et al., SozSich 2016, 93 ff. und Gerlinger et al., SozSich 2016, 192 ff.

Bernd Baron von Maydell am 19. Juli 2014 substantiell begründet vorgetragen hat²⁴¹.

4.2.5 Das Bundesteilhabegesetz öffnet neue Chancen

In der Bestandsaufnahme wurden die Erfahrungen in der Anwendung des SGB IX erfragt, um Optimierungsansätze für die Selbstverwaltung zur Steigerung erfolgreichen Handelns zu identifizieren. Dazu sei vorab seine Intention in Erinnerung gerufen: „*Das SGB IX ist der Versuch,*“ so beschreibt die Wissenschaft die wesentliche Aufgabe dieses Gesetzes, „*die [risikospezifischen Teil-] Systeme durch ein darüber gelegtes neues System miteinander vereinbar zu machen, weil behinderte Menschen typischerweise in ihrer Person umfassend gefährdet sind.*“²⁴² Somit ragt das SGB IX aus dem Kreis der weiteren Bücher des Sozialgesetzbuchs heraus und nimmt eine besondere Stellung ein. Es ist nahezu die legislative Fortsetzung des tragenden Gedankens in § 1 Abs. 1 SGB I, soziale Gerechtigkeit und soziale Sicherheit zu verwirklichen, und hat quasi eine Schlüssel-funktion.

Die so umrissene Aufgabe des SGB IX soll nach der seitherigen Entwicklung jetzt zur Schärfung der Zielerreichung und -verwirklichung auf eine effektivere Grundlage gestellt werden. Dessen Idee ist nach mehrjährigen intensiven Beratungen und Diskussionen inzwischen zu einem Bundesteilhabegesetz (BTHG) herangereift. Es ist am 01. Dezember 2016 vom Deutschen Bundestag beschlossen worden und harrt jetzt weiterer Schritte der Umsetzung durch die Rehabilitationsträger ab 2017.

Dieses Gesetz²⁴³ nimmt vor allem den ganzen Menschen in seinen vielfältigen individuellen und sozialen Bezügen präziser als das seitherige SGB IX in

²⁴¹ Kretschmer, SGB 2015, 357 ff.

²⁴² Welti, SGB 2008, 321 (322). Vgl. hierzu den im Anschluss an das Stichwortverzeichnis folgenden Beitrag von Prof. Dr. Felix Welti (Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation und das Bundesteilhabegesetz).

²⁴³ Das Gesetz besteht aus drei Teilen, dem für alle Rehabilitationsträger geltenden Rehabilitations- und Teilhaberecht, der aus der SGB XII herausgelösten Eingliederungshilfe und dem weiterentwickelten Schwerbehindertenrecht. Vgl. hierzu den Beitrag von

den Blick²⁴⁴. Existentielle Aspekte, die in der körperlich, geistig und seelisch gesunden Leistungs- und Teilhabefähigkeit gründen, bilden den Kern. Es sind Aspekte, mit denen in ersten Schritten in der Präambel der BAR der Sinn dieses Zusammenschlusses beschrieben wurde. Folgerichtig hat die BAR in diesem Gesetz den Auftrag erhalten, die Gestaltung trägerübergreifender Zusammenarbeit der zur Sicherstellung von Teilaspekten verpflichteten Rehabilitationsträger zu organisieren²⁴⁵. Es biete sich an, die von Selbstverwaltern mitgeteilten Erfahrungen aus Zusammenarbeit nach dem SGB IX zu nutzen, dem BTHG eine nachhaltige Wirksamkeit zu verschaffen.

Aus den Befragungen kann festgehalten werden, dass die Umsetzung des SGB-IX-Instrumentariums häufig als mangelhaft erlebt wurde, weil dessen Ansätze zum einheitlichen und gemeinsamen Handeln nicht zum Tragen gekommen sind²⁴⁶. Das gilt vor allem für die gemeinsamen Empfehlungen gem. §§ 12, 13 SGB IX (ab 01. Januar 2018: §§ 25, 26 SGB IX). Ihre Existenz, geschweige denn gelebte Anwendung bei den Reha-Trägern, war manchem Selbstverwalter nicht bekannt. Dort standen die risikospezifischen, sektoralen Gesetze im Vordergrund. Gemeinsame Empfehlungen müssten – so die Anregung in der Befragung – stärker kommuniziert werden; sie sollten in die Arbeitsanweisungen und Dienstordnungen aller Reha-Träger aufgenommen werden. Es wäre die Aufgabe der Selbstverwaltung, dafür zu sorgen, dass dies auch umgesetzt wird. Erforderlich sei überdies, dieses wichtige Instrument mit mehr Verbindlichkeit auszustatten. Die im BTHG vorgesehenen Verpflichtung zur Vereinbarung gemeinsamer Empfehlungen in § 26 SGB IX (ab 01. Januar 2018) – bis dato § 13 SGB IX – und deren Erarbeitung im Rahmen der BAR in § 39 SGB IX (ab 01. Januar 2018) schreiben dies nunmehr definitiv vor. Im Übrigen ist durch einen Beschluss des Deutschen Bundestages vom 01. Dezember 2016 die Intention des Gesetzes klargestellt worden, dass „die Aufgaben der in § 39 SGB IX genannten Bundes-

Felix Welti ([Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation und das Bundesteilhabegesetz](#)).

²⁴⁴ Zur ersten Information sei auf folgenden Artikel verwiesen: *Seel*, Rehabilitation 2017, 7-10.

²⁴⁵ § 39 SGB IX i.d.F. des BTHG.

²⁴⁶ So bereits der Bundesgesetzgeber im Gesetzentwurf für ein SGB IX, BT-Drs. 14/5074 und neuerlich im Entwurf für ein Bundesteilhabegesetz, BT-Drs.18/9522.

*arbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) im Sinne von § 94 SGB X [...] in den bisherigen Strukturen der bestehenden BAR wahrgenommen [werden].*²⁴⁷

4.3 Beiträge der Selbstverwalter als Sozialpartner und Listenträger

Zur Optimierung der Arbeit der Selbstverwaltung können die Sozialpartner als Listenträger einen wichtigen Beitrag leisten. Über die formale Rolle nach dem SGB IV hinaus sind sie in der Pflicht, die Selbstverwalter zu fördern. Von ihnen erwartet der Gesetzgeber, dass sie ihre Alltags- und Lebenskunde und -erfahrungen einsetzen, um den verbrieften sozialen Schutz wirksam werden zu lassen. So kommt den Gewerkschaften bzw. Arbeitnehmervereinigungen und Arbeitgeberorganisationen nach § 48 Abs. 1 SGB IV die wichtige Aufgabe zu, dies mit geeigneten Maßnahmen und Methoden sicherzustellen.

Versicherten- bzw. Arbeitnehmer- und Arbeitgebervertreter sind bereit zum Einsatz für die Versichertengemeinschaft und stellen sich für ein solches Ehrenamt zur Verfügung. Dies hat die Befragung zweifelsfrei ergeben. In dieser Situation brauchen sie von „ihrer“ Organisation als Listenträger Unterstützung. Dazu gehören außer Kontakten und Informationen regelmäßige Fortbildungsmaßnahmen. Auch der Rückhalt durch „ihre“ Organisation etwa durch eine gesicherte Kommunikation wurde genannt.

Diese vielschichtige Situation eines Selbstverwalters erfordert es, seine Rolle in der Sozialversicherung durch eine Beschreibung von Anforderungen und Erwartungen zu präzisieren. Dieser Aufgabe könnten sich die Listenträger gemeinsam zuwenden. Dahinein könnten auch die Anregungen und Vorschläge der Selbstverwalter aus der Befragung fließen²⁴⁸.

²⁴⁷ BT-Drs. 18/10528, S. 4.

²⁴⁸ Einige in der Befragung genannte Stichworte lauten: Erarbeitung eines Kriterienkatalogs für die Gewinnung von Selbstverwaltern zu der Frage, was braucht ein Selbstverwalter, z.B. Fach- und Sachkunde, Bereitschaft zur Teilnahme an Fortbildungsmaßnahmen, zum Engagement und zur Kooperation und Kompromiss, die erforderliche Zeit, ein versichertenorientiertes Rollenverständnis usw. Auch die Schaffung einer

Hier ist festzuhalten, dass ihre Einbindung in die Selbstverwalterfunktion des jeweiligen Trägers durchweg als zufriedenstellend gesehen wurde. Hier und da fehlte aber nicht der Wunsch, die Betreuung nicht (zu) gering zu schätzen. Sie sollte über eine (gelegentliche) Beteiligung eines Listenträgers etwa an Vorbesprechungen hinausgehen.

Bildungs- und Qualifizierungsmaßnahmen – auch dies ergab die Befragung – würden, wenn zeitlich möglich, wahrgenommen. Soweit Fortbildung betroffen ist, kann auf die Ausführungen im [Kapitel 4.1.4](#) verwiesen werden. Den Listenträgern ist anzuraten, derartige Möglichkeiten weiter und mehr zu fördern und auch die Anregungen des Bundeswahlbeauftragten einzubeziehen. Das gilt etwa für seinen Vorschlag, das Instrument des Versichertenberaters stärker zu nutzen, Wege zur Schaffung von Freistellungsregelungen zu entwickeln, bzw. derartige Regelungen zu präzisieren und den Selbstverwaltern in der GRV mehr Freiraum für die Rehabilitation einzuräumen²⁴⁹.

Diese unterschiedlichen Aspekte der Rolle von Listenträgern als verantwortliche Organisationen für die Selbstverwalter eines Versicherungsträgers in der gemeinsamen Verantwortung i. S. von § 29 SGB IV führt zu der Überlegung, gemeinsames Handeln als Sozialpartner weitergehend zu prüfen, so wie dies wiederholt angesprochen worden ist. Auch dies mag ein Merkposten sein.

Gemeinsames Handeln bietet sich auch zu inhaltlichen Fragen an. Dies gilt etwa für die Bewertung des Wettbewerbs in seiner Bedeutung für eine optimale Versorgung von Versicherten²⁵⁰, eine Optimierung von Öffentlichkeitsarbeit der Selbstverwaltung²⁵¹, Forderungen an den Gesetzgeber zur Klarheit und Verständlichkeit „seiner“ Normen und Gesetze oder Überlegungen, strukturelle Modernisierung von Selbstverwaltung bei den Versicherungsträgern zu diskutieren²⁵² und schließlich auch für gemeinsames Handeln zur verbesserten Wirksamkeit der BAR. Eine Aufgabe könnte auch darin bestehen, Selbstverwalter zu

gemeinsamen Selbstverwalter-Akademie bzw. einer Stelle zur Förderung der Selbstverwaltung bei den Listenträgern wurde angeregt, evtl. auch die Entwicklung von Grundlinien für ein Fortbildungsprogramm.

²⁴⁹ Dazu sei auf BWB 2012, S. 218 ff. verwiesen.

²⁵⁰ Vgl. [Kapitel 4.1.6](#) und [Kapitel 4.2.4](#).

²⁵¹ Vgl. [Kapitel 4.1.7](#).

²⁵² *Römmele*, RVaktuell 2015, 226 ff.

sensibilisieren, bei der Bildung von Arbeitsgemeinschaften darauf zu achten, dass bei Ansätzen zur Zusammenarbeit alle betroffenen Reha-Träger einbezogen werden. Anlass zu diesem Hinweis gibt z. B. die *iga* (Initiative für Gesundheit und Arbeit)²⁵³.

Letzte Merkposten in dieser Suche nach Optimierungspotential bei den Lis-
tenträgern bzw. Sozialpartnern sollen folgende zwei Konstellationen sein. Zum
einen sollte gemeinsam darauf geachtet, bzw. hingewirkt werden, dass die
Selbstverwaltungsorgane die Versicherten und die tatsächlichen Strukturen
bestmöglich repräsentieren. Dies gilt vor allem hinsichtlich der Beteiligung von
Frauen, von selbst von Behinderung betroffenen Personen und bei der Berück-
sichtigung regionaler Strukturen. Und zum anderen sollte nicht untergehen, dass
bei der Benennung von Vertretern der jeweiligen Versicherungsträger, und zwar
haupt- und ehrenamtlichen, bei ihrer Mandatierung ein der Bedarfslage des Ver-
sicherten angemessener Handlungs- und Gestaltungsspielraum gegeben wird.
Dies im Blick zu haben, dürfte vor allem bei zweigspezifischem und zweigüber-
greifendem Handeln in Stufenmandaten geboten sein²⁵⁴.

Bei der Suche nach Optimierung kann schließlich ein Beispiel aus der Bun-
desagentur für Arbeit genannt werden. Auf Bitten des Verwaltungsrats und auf
Veranlassung des Büros der Selbstverwaltung wurde im Mai/Juni 2014 in einer
Onlinebefragung die Schnittstelle Geschäftsführung von Arbeitsagentur und
Verwaltungsausschuss untersucht²⁵⁵.

4.4 Forschung und Wissenschaft

Auch Forschung und Wissenschaft können zu einer wirksameren Arbeit der so-
zialen Selbstverwaltung beitragen. Über deren spezifische Probleme wird allen-
falls in Teilen der Fachöffentlichkeit berichtet²⁵⁶. Dies sollte Forscher und Wis-
senschaftler nicht davon abhalten, sich diesem Bereich umfassender und ver-

²⁵³ Die *iga* ist eine Kooperation, an der nicht alle GKV-Kassen beteiligt sind.

²⁵⁴ Vgl. dazu auch [Fn. 106](#).

²⁵⁵ Ergebnisse wurden noch nicht veröffentlicht.

²⁵⁶ Vgl. [Kapitel 1.3.4](#).

stärkt zuzuwenden. Wie soziale Sicherheit und soziale Gerechtigkeit auch in Zeiten gesellschaftlicher Umbrüche mit dem Engagement und Potential sozialer Selbstverwaltung sichergestellt werden können, bietet sozialwissenschaftlicher Empirie zahlreiche Anknüpfungspunkte, so beispielsweise die Herausforderungen für einen Versicherten in seiner ICF-geprägten Struktur.

Hier öffnen sich dem interessierten Wissenschaftler eine Reihe forschungsrelevanter Fragen. Dies gilt etwa für die berufliche Orientierung in der medizinischen Reha, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und Betriebliche Prävention und Gesundheitsmanagement²⁵⁷; letzteres vor allem unter dem Aspekt trägerübergreifender Koordination und Kooperation im Sinne der §§ 10 ff. SGB IX. Dies wäre auch sozialpolitisch angesichts der mehr als 30 Milliarden Euro jährlich für Rehabilitation und Teilhabe aufgewendeten Mittel²⁵⁸ bedeutsam, eine beachtlich hohe Summe, die möglichst wirkungsvoll für die Sicherung von Gesundheit und Erwerbsfähigkeit eingesetzt werden sollte. An einer Förderung und Umsetzung dieser – beitragsfinanzierten! - Aufgabe sind Versicherte und Arbeitgeber gleichermaßen interessiert. Es ist ein wichtiger Beitrag für eine sozial gesicherte und gerechte Gesellschaft. Genutzt werden können dafür auch die regelmäßig stattfindenden Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquien von DRV Bund und DGRW mit jeweils regionaler Unterstützung. Die frühere „Medizindominanz“ entwickelt sich allmählich zu einer mehr ganzheitlichen Betrachtungsweise im Sinne der ICF. Dies entspricht der Intention der UN-Behindertenrechtskonvention und den darauf aufbauenden deutschen Gesetzen und hilft dem Versicherten, seinen angemessenen Platz in der Erwerbsgesellschaft weiter wahrzunehmen. Eine solche Zusammenarbeit von Versicherungsträgern und wissenschaftlichen Forschungseinrichtungen, unter Einbeziehung von Praxiserfahrungen von Selbstverwaltern ist allen Sozialversicherungsträgern anzuraten. Diese Schärfung des Sinns rehabilitativen Handelns könnte einem in Teilbereichen wirkenden marktökonomischen Trend – in einem Interview fiel der Begriff der Ökonomisierung – entgegengewirkt werden.

Diese Erkenntnisse aus der umfangreichen Bestandsaufnahme sind geradezu eine Einladung an die Wissenschaft, sich dem grundgesetzlichen Postulat der

²⁵⁷ Anregungen dazu u.a. *Welti*, GuP 2015, 211 ff.

²⁵⁸ Vgl. [Tabelle 1](#) in [Kapitel 1.2.5](#).

Sozialstaatlichkeit verstärkt zu widmen. Derartige Hinweise verdienen es, verstanden und aufgenommen zu werden²⁵⁹, etwa in dem von der Hans-Böckler-Stiftung geförderten Forschungsverbund „Allianzen zum Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit“ mit neun Projekten, die 2016 begonnen worden sind.

²⁵⁹ Vgl. dazu auch Kapitel 1.2.6 .

5. Folgerungen und Handlungsoptionen

5.1 Vorbemerkungen

Deutschland ist ein demokratischer und sozialer Bundesstaat. Dieses grundgesetzliche Primat wird durch Sozialgesetze ausgefüllt, zuvorderst durch das Sozialgesetzbuch (SGB) Erstes Buch (I) – Allgemeiner Teil – vom 11. Dezember 1975. Es soll zur Verwirklichung sozialer Gerechtigkeit und sozialer Sicherheit Sozialleistungen einschließlich sozialer und erzieherischer Hilfen gestalten. Die Ausführung dieser Aufgaben ist in den weiteren Büchern des Sozialgesetzbuchs – SGB II bis SGB XII – geregelt.

Ihr Vollzug liegt vor allem in Händen von Sozialversicherungsträgern in der Form rechtsfähiger Körperschaften des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung. Soziale Selbstverwaltung wird grundsätzlich durch Versicherte und Arbeitgeber ausgeübt. Zusammen mit der Verwaltung erfüllen sie im Rahmen des Gesetzes ihre Aufgaben in eigener Verantwortung.

Dieses Verfahren zur Verwirklichung sozialer Gerechtigkeit und sozialer Sicherheit besteht seit über hundert Jahren. Es hat durch alle politischen Turbulenzen hindurch, abgesehen von den Jahren 1933 bis 1945 und der Zeit der DDR, Bestand gehabt. Seine Akteure haben durch verantwortungsvolles und umsichtiges Handeln die gesellschaftsgestaltenden Kräfte gefördert und damit das soziale Bild des Staates geprägt.

Dieses in den Kapiteln 1 bis 4 aufgezeigte Feld sozialstaatlichen Handelns wird nachfolgend in seinen Kernaussagen reflektiert und zusammengefasst. Dem folgen in komprimierter Form Ansatzpunkte und Hinweise zur Optimierung der sozialen Selbstverwaltung – nicht nur für Selbstverwalterinnen und Selbstverwalter. Sie sollen einladen, sich aktiv in die Umsetzung einzubringen und gelebte Sozialstaatlichkeit mitzugestalten.

5.2 Soziale Selbstverwaltung und Sozialpartnerschaft

Der Sinn sozialer Selbstverwaltung ist es, die Interessen von Versicherten und Arbeitgebern mit der Verwaltung möglichst eng zu verbinden. Dies schafft eine solide Grundlage für eine konsensorientierte, konfliktarme Umsetzung der Sozialgesetze in sozialpartnerschaftlichem Miteinander. Es fördert die Grundlage für eine gedeihliche Entwicklung des Gemeinwesens. Auf diese Weise werden der Verwaltung die Erfahrungen und Nöte der Versicherten nahegebracht. Ihre Entscheidungen erhalten einen sozialen und lebensnahen Charakter.

Dieses System zur Gewährleistung sozialer Sicherheit in sozialer Gerechtigkeit erfüllt grundsätzlich seinen Zweck. Es schützt nahezu die gesamte Erwerbsbevölkerung vor den Grundrisiken in der Gestalt von Krankheit und Pflegebedürftigkeit, Unfall, Invalidität und Alter sowie Arbeitslosigkeit.

Als Beispiele für die Gestaltungsbereitschaft und -fähigkeit der sozialen Selbstverwaltung im Sinne dieser Zielorientierung können aus der jüngeren Zeit die strukturelle Neuordnung der gesetzlichen Rentenversicherung²⁶⁰ und die Modernisierung der gesetzlichen Unfallversicherung²⁶¹ genannt werden. Es gilt – eingeschränkt – auch für die gesetzliche Krankenversicherung²⁶². Das gemeinsame Handeln von Politik und Sozialpartnern bei der Schaffung eines modernen Rechts behinderter Menschen kann gleichermaßen genannt werden, beginnend mit der Bildung der BAR (1969), dem Gesetz über die Angleichung der Leistungen zur Rehabilitation (1974) und dem SGB IX – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen (2001) bis zur Neuordnung im Bundesteilhabegesetz (BTHG).

²⁶⁰ Gesetz zur Organisationsreform der gesetzlichen Rentenversicherung vom 9. Dezember 2004 (RVOrgG), BGBl. I, 3242.

²⁶¹ Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Unfallversicherung vom 30. Oktober 2008 (UVMG), BGBl. I, 2130.

²⁶² Die GKV wurde zwar seit 1989 mehrfach reformiert. Dies traf und trifft aber weiterhin wegen teilweise erheblicher Veränderungen (Einführung von Wettbewerb, Beschränkung von Selbstverwaltung u.a.) auf Kritik.

Dieses gemeinsame Bemühen um soziale Gerechtigkeit und Sicherheit vollzieht sich vor allem in den Organen der etwa 160 Versicherungsträger mit nahezu 20.000 Selbstverwaltern in der gesetzlichen Kranken-, Pflege-, Unfall- und Rentenversicherung einschließlich der Arbeitsförderung²⁶³.

Diese auf Koordination, Kooperation und Konsens ausgerichtete soziale Selbstverwaltung erfüllt zweifelsohne ihre Aufgabe, ist aber auch entwicklungsbedürftig und -fähig. Darin stimmen Politik und Sozialpartner überein. Wichtigen Akzenten dieser Frage geht diese Studie nach.

Indes ist nichts so beständig wie der Wandel. Deshalb bleibt die soziale Ausgestaltung der Sozialversicherung einschließlich ihres Vollzugs eine ständige Herausforderung für die gesamte Gesellschaft. Die folgenden Darlegungen können helfen, sich dieser Aufgabe erfolgreich zu stellen.

5.3 Sozialpartnerschaft in der Bewährung

Ein erster Blick auf die Sozialversicherung zeigt einem unbefangenen Versicherten Besonderheiten, die wegen ihrer Komplexität und Differenziertheit mehr als Herausforderung wirken, als dass sie handlungsbereites Verstehen und Verhalten begründen können. Diese Entwicklungen dürfen nicht übersehen werden. Sie stellen zwar kein sozialrechtliches oder sozialpolitisches Spezifikum dar, können aber für ihre Zielgruppe existentielle Bedeutung haben.

Herausfordernd wirken vor allem die wachsende Undurchschaubarkeit der Fördermöglichkeiten sowie der Zugangs- und Entscheidungswege bei den Leistungen der Träger, dies auch wegen anhaltender Tendenzen zum Abbau von Selbstverwalter-Kompetenzen. Beides löst Besorgnis aus. Und zwar nicht nur aus der Sicht eines Versicherten. Es hat auch bereits die Fach-²⁶⁴ und die politische Ebene²⁶⁵ erreicht. Dabei wächst zunehmend die Gefahr, dass der in einem

²⁶³ Vgl. dazu [Fn. 51 und 52](#).

²⁶⁴ Vgl. z. B. *Kretschmer*, SGB 2015, 357 ff.; *Wodarg*, SozSich 2008, 414 ff.; *Höder/Deck*, Rehabilitation 2015, 178 (178 ff.); AOK-Bundesverband (Hrsg.): Studie zur Gesundheitskompetenz: Über die Hälfte der Deutschen von Informationsflut überfordert. PM vom 13. Mai 2016.

²⁶⁵ BWB 2012, S. 224.

einzelnen Versicherten gründende Ursprung für die soziale Sicherung aus dem Blick verschwindet. Den Menschen gleichwohl mit seinen persönlichen Bedürfnissen sozial und gerecht zu behandeln, erweist sich danach selbst für engagierte Nichtfachleute des Sozialrechts – und das sind Selbstverwalter – mehr und mehr als schwer umsetzbar.

Eine weitere bedenkenswerte Entwicklung ergibt sich aus Umfang und Inhalt der gesetzlichen Materialien und den wachsenden Anforderungen an Selbstverwalter. Gesetzliche Regelungen müssen nach einer Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts so gefasst sein, „*dass der Betroffene seine Normunterworfenheit und die Rechtslage so konkret erkennen kann, dass er sein Verhalten danach auszurichten vermag.*“²⁶⁶ Demnach steht ein Selbstverwalter in der Pflicht, Entwicklungen zu erkennen, zu verstehen und daraus angemessene Folgerungen für ein verantwortungsvolles Handeln abzuleiten. Dies umso mehr, als fachkompetente Aussagen diese Bedenken stärken²⁶⁷. Ob Selbstverwalter den an sie gestellten Anforderungen (noch) entsprechen können, erscheint zumindest zweifelhaft.

Zusätzliche Herausforderungen folgen daraus, dass die Zahl der Selbstverwalter wegen struktureller Veränderungen bei den Versicherungsträgern permanent abnimmt. Der daraus resultierende vermehrte Handlungsaufwand spiegelt sich in Erfahrungsberichten von Selbstverwaltern, die nicht selten eine anhaltende Informationsflut bei einer nicht vermehrbaren Zeit beklagen²⁶⁸.

Vor allem die Selbstverwaltung, aber auch die Politik sollten diese Herausforderungen zum Schutze und zur gedeihlichen Fortentwicklung des so eminent wichtigen politischen Ehrenamts aufgreifen. Denn soziale Selbstverwaltung braucht weiterhin ein starkes Fundament, um ihre gesetzlichen Aufgaben verantwortungsvoll ausüben zu können. Eine auf Sozialpartnerschaft zwischen den Vertretern von Gewerkschaften und Arbeitgebern gründende Selbstverwaltung kann auch zukünftig diese Sicherheit geben.

²⁶⁶ BVerfG, Beschluss vom 09. April 2003 – 1 BvL 1/01, 1 BvR 1749/01, vgl. Fn 50.

²⁶⁷ [Vgl. Fn. 295 und 296.](#)

²⁶⁸ Wegen Einzelheiten wird insoweit auf Fn 51 und Fn 210 verwiesen.

5.4 Soziale Selbstverwaltung vor aktuellen Herausforderungen

5.4.1 Listenträger und Sozialpartner als Gestalter

Kollektive Verbindungen von Arbeitnehmern und Arbeitgebern haben im Arbeits- und Wirtschaftsleben über ihre Rolle als Tarifvertragsparteien hinaus weitere Funktionen. Sie sind für Parteien und Parlamente Gesprächspartner bei der Gestaltung von Sozialpolitik.

Eine besondere Rolle spielen diese Verbände bei der Ausführung von Leistungen nach dem SGB und seinen einzelnen Büchern. Sie sind Listenträger für die Wahl bzw. Berufung von Mitgliedern in die Entscheidungsorgane; nach dem SGB IV – ähnlich im SGB III – haben sie das Recht, Kandidatenlisten für die Organe bei den Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Unfallkassen, bei denjenigen der gesetzlichen Rentenversicherung und der Bundesagentur für Arbeit einzureichen. Diese Kandidaten werden in Sozialwahlen für sechs Jahre gewählt bzw. Letztere vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) oder Verwaltungsrat berufen. Durch Nachbenennung stellen die Listenträger sicher, dass die Funktionsfähigkeit der Organe erhalten bleibt.

Die Aufgaben als Listenträger werden insbesondere von Gewerkschaften sowie anderen selbständigen Arbeitnehmervereinigungen oder Organisationen i. S. des § 48 Abs. 1 SGB IV, vor allem den großen Organisationen in der Industrie- und Arbeitsgesellschaft, dem Deutschen Gewerkschaftsbund (DGB) mit seinen Mitgliedsgewerkschaften sowie der Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA) mit ihren zugehörigen Arbeitgeberverbänden wahrgenommen. Beide haben Verfahren entwickelt, nach denen unter Berücksichtigung der in Massenorganisationen vorfindlichen Wege zur Meinungsbildung und Entscheidungsfindung die Gewinnung, Auswahl, Benennung, Betreuung und Schulung von Selbstverwaltern geregelt ist.

Ihre Auffassungen über die Gestaltung und Fortentwicklung sozialer Selbstverwaltung haben DGB und BDA in Grundsatzpapieren beschrieben²⁶⁹. In diesem Kontext haben beide Organisationen als Sozialpartner am 05. Oktober 2012 gemeinsam den Bericht des Bundeswahlbeauftragten für die Sozialversicherungswahlen 2011 kritisch gewürdigt²⁷⁰.

Als Listenträger bleiben sie für die gesamte Wahlperiode Ansprechpartner für die Selbstverwalter und für die Verwaltung der Träger. Daraus ergibt sich ihre Aufgabe, mit dem jeweiligen Träger zusammen Selbstverwalter zu betreuen, zu beraten und zu qualifizieren.

Diese strukturellen Gegebenheiten im Sozialleistungssystem Deutschlands hat der Bundeswahlbeauftragte so gefasst: „*Die gesellschaftliche Bedeutung der sozialen Selbstverwaltung darf nicht unterschätzt werden. Sie ist Bestandteil der gelebten Sozialpartnerschaft in unserem Land.*“²⁷¹ Damit benennt er den Gestaltungsauftrag für die Gewerkschaften und Arbeitgeberverbände als Listenträger und als Sozialpartner.

Dieser Organisations- und Funktionsbeschreibung sozialer Selbstverwaltung folgend, werden nachstehend einige Handlungsmöglichkeiten dargestellt. Sie umreißen Optionen, diesen aktuellen Herausforderungen zu begegnen bzw. zu entsprechen.

5.4.2 Förderung der Selbstverwaltung durch Listenträger

Eine Beschreibung der Rolle eines Selbstverwalters in der Sozialversicherung gibt es nicht. Dies sollte nachgeholt werden²⁷². Darin könnten Ziele und Grundsätze für die Vertreter von Versicherten bzw. Arbeitgebern benannt und auch deren angemessene Berücksichtigung in den Organen nach Geschlecht, Alter und

²⁶⁹ Beschlüsse des DGB-Bundesvorstandes vom 06. November 2012 und des DGB-Bundeskongresses vom 11. bis 16. Mai 2014 sowie Reformvorschläge der BDA vom Juni 2014.

²⁷⁰ [Vgl. Fn. 113.](#)

²⁷¹ *BWB 2012*, S. 213.

²⁷² Dazu könnte auf [Kapitel 4.1.1.](#), vor allem auch auf [Kapitel 4.1.3](#) zurückgegriffen werden.

Region empfohlen werden. Eine Selbstverpflichtung insbesondere zur Teilnahme an Bildungsmaßnahmen wäre sinnvoll²⁷³. Es ist zu erwägen, ob ein Listen-träger allen Selbstverwalterinnen und Selbstverwaltern zum (Wieder-)Beginn einer Amtszeit eine informierende Hinführung geben sollte²⁷⁴.

Die Qualifizierung von Selbstverwaltern sollte bei einer solchen Rollenbeschreibung ein eigenständiges Thema sein. Sie ist für die Effizienz ihrer Arbeit und die angestrebte Einheitlichkeit der Leistungen von großer Bedeutung. Dass Selbstverwalter qualifiziert werden müssen, ist unerlässlich. Dies unterstreicht auch der Bundeswahlbeauftragte²⁷⁵. Kritisch äußert er sich allerdings zum Fehlen explizierter gesetzlicher Freistellungsregelungen für die Qualifizierung²⁷⁶. Dies führe „*bei den Betroffenen zu Unsicherheit, ob sie die Freistellung [...] mit Erfolg beantragen können.*“²⁷⁷ Befragte haben dies bestätigt. Dass ein solcher Mangel die Bildungsbereitschaft nicht fördert, ist offenkundig. Dies ist eine große, aber lösbare Herausforderung für die Sozialpartner, sofern die Rahmenbedingungen angepasst werden. Letzteres könnte der Qualifizierung von Selbstverwaltern – auch ohne Bundesgesetzgeber – den Weg ebnen.

Bei der Suche nach geeigneten Rahmenbedingungen für die Qualifizierung von Selbstverwaltern können Regelungen in anderen Bereichen gesellschaftspolitischer Partizipation hilfreich sein. So ist z. B. in der Bundesagentur für Arbeit vorgegeben, dass „*den Mitgliedern und stellvertretenden Mitgliedern der Selbstverwaltungsorgane [...] Fortbildungsmaßnahmen anzubieten [sind].*“²⁷⁸ Dies sollte im Hinblick auf eine mögliche Übertragbarkeit auf andere Träger näher beleuchtet werden.

²⁷³ Vgl. dazu BWB 2012, S. 23. Der DGB hat z.B. Grundsätze zur Auswahl der Kandidatinnen und Kandidaten [...] zu den Sozialversicherungswahlen 2017 aufgestellt. Die notwendigen Informationen mit Hinweis auf die angemessene Beteiligung von Frauen bei der Listenaufstellung hat die BDA in Rundschreiben verbreitet.

²⁷⁴ Eine Anregung findet sich in der Anlage A 4.

²⁷⁵ BWB 2012, S. 23, 173, 220 und 221.

²⁷⁶ BWB 2012, S. 221, Ziff. 7.

²⁷⁷ BWB 2012, S. 221.

²⁷⁸ Satzung der Bundesagentur für Arbeit idF vom 18. Februar 2016 Art. 9 Abs. 9.

Ähnliche Regelungen gibt es im Kredit- und Finanzdienstleistungswesen²⁷⁹. Da dieses Feld – dem Sozialversicherungs- und Arbeitsförderungsrecht ähnlich – auch auf einer komplexen Rechtsmaterie beruht, können sich u.U. Erkenntnisse ergeben, die auch für die bzw. in der Sozialversicherung anwendbar sind. Bildungsurlaubsregelungen in den Bundesländern sollten schließlich als eine weitere Informationsquelle zum Vergleich herangezogen werden²⁸⁰.

Selbstverwaltungsarbeit kann des Weiteren durch Anerkennung ihrer Arbeit unterstützt und gefördert werden. Selbstverwalter sehen hier zu Recht ein Feld, das dringend der Aufwertung bedarf, auch, um erkennbaren Ansätzen von Resignation entgegenzuwirken²⁸¹.

Gemeinsames Handeln der Sozialpartner erlauben nach der jeweiligen Interessenslage etwa die Themen Gesundheit, Beschäftigungs- bzw. Erwerbsfähigkeit. Dies sollte zum Nutzen der Leistungsempfänger und der Versichertengemeinschaft unterstützt werden, zumal gemeinsames Handeln nichts Ungewöhnliches ist²⁸².

Vor allem in den Handlungsfeldern nach dem SGB IX bieten sich – aufbereitet in der BAR – zahlreiche Anknüpfungspunkte. DGB und BDA hatten dies bereits in einem Papier zur Zusammenarbeit der Reha-Träger²⁸³ begründet und dann in den Diskussionen bis hin zur öffentlichen Anhörung zum Bundesteilha-

²⁷⁹ Nach § 25 des Kreditwesengesetzes (KWG) wird von den Mitgliedern in den Aufsichts- und Kontrollorganen u.a. Sachkunde und ausreichend Zeit erwartet, sowie von den Instituten eine Verpflichtung, „den Mitgliedern [...] die Einführung in ihr Amt zu erleichtern und die Fortbildung zu ermöglichen, die zur Aufrechterhaltung der erforderlichen Sachkunde notwendig ist.“

²⁸⁰ Regelungen gibt es mit Ausnahme von Sachsen und Bayern in allen Bundesländern.

²⁸¹ Vgl. dazu Kapitel 3.2.2, insbesondere die Aussagen von Selbstverwalterinnen und Selbstverwaltern im Abschnitt Sechstes Themenfeld.

²⁸² So z.B. die Gründung der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) im Jahre 1969 oder die in [Fn. 205](#) genannte Gemeinsame Empfehlung von DGB und BDA für die Entschädigung und – aus jüngerer Zeit – die Stellungnahme zum Sozialwahlbericht 2011 des Bundeswahlbeauftragten vom 05. Oktober 2012, eine Veranstaltung von DGB und BDA mit der Gesellschaft für sozialen Fortschritt am 31. März 2014 und eine trägerübergreifende Tagung von Selbstverwaltern aus KV, UV und RV am 16. Dezember 2014.

²⁸³ BDA/DGB (Hrsg.): Zusammenarbeit der Reha-Träger verbessern, 2015, Berlin.

beigesetz²⁸⁴ wiederholt dargelegt. Dies folgt auch aus den Erfahrungen, die von den Interviewpartnern in dieser Studie berichtet worden sind und kann noch einmal mit aktuellen Positionsbeschreibungen von DGB und BDA unterstrichen werden²⁸⁵.

Ob und wenn ja, wie eine – gemeinsame – Bildungsakademie zur Qualifizierung und Aufwertung der Selbstverwaltung beitragen würde, bedarf sicher weiterer Überlegungen, soll deshalb aber nicht unerwähnt bleiben²⁸⁶.

5.4.3 Unterstützung auf der politischen Ebene

In der Koalitionsvereinbarung vom November 2013 hatten CDU, CSU und SPD bekundet, die Selbstverwaltung zu stärken. Das am 01. Januar 2016 in Kraft getretene 5. SGB IV-Änderungsgesetz hat kaum Auswirkungen auf die Arbeit der Selbstverwaltung. Dies gilt auch für das ab 2017 wirksam werdende 6. SGB IV-Änderungsgesetz; beide Gesetze befassen sich u. a. vorrangig mit Optimierung von Meldeverfahren.

Der Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Handlungsfähigkeit der Selbstverwaltung in den GKV-Spitzenverbänden (GKV-SVSG) vom 22. September 2016 weckte zwar zunächst Hoffnungen auf ein Ende des anhaltenden Abbaus der Selbstverwaltung, lässt inzwischen aber zielführende Ansatzpunkte nicht mehr erkennen²⁸⁷. Die seinerzeitigen Bedenken gelten unverändert und bestehen fort²⁸⁸.

²⁸⁴ Öffentliche Anhörung im Ausschuss für Arbeit und Soziales des Deutschen Bundestages am 07. November 2016.

²⁸⁵ BT-Ausschuss-Drs. 18(11)801, S. 231 und 319 (Schriftliche Stellungnahmen von DGB und BDA in den Materialien zur öffentlichen Anhörung am 7. November 2016).

²⁸⁶ Tarifvertraglich geregelte Einrichtungen können u. U. als Ansatzpunkt dienen, so etwa in den Bereichen Chemie, Metall, Bau und Verkehr u.ä.

²⁸⁷ Das Gesetz wurde inzwischen am 26. Januar 2017 vom Bundestag beschlossen und ist zum 01.03.2017 in Kraft getreten.

²⁸⁸ [Vgl. dazu Fn. 229.](#)

Impulse für eine effizientere Selbstverwaltung können von dem Bundesteilhabegesetz (BTHG) erwartet werden²⁸⁹. Seine zentrale Triebfeder ist die Übernahme bzw. Angleichung der Grundsätze der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) in bzw. an den deutschen Rechtsraum, insbesondere in der Rehabilitation und Teilhabeförderung. Dazu zielt es z. B. auf Leistungen „aus einer Hand“, eine bessere Zusammenarbeit der Träger und eine präzisere Aufgabenbeschreibung der BAR – Elemente, die zweifelsohne die Arbeit der Selbstverwaltung effizienter machen können, wie in [Kapitel 4.2](#) bereits dargelegt.

Es gibt weitere Ansatzpunkte. Der Schlussbericht des Bundeswahlbeauftragten enthält eine Reihe prüfwürdiger Vorschläge²⁹⁰. Dazu zählt neben solchen für neue Kompetenzen in der GKV, der GUV und der GRV vor allem die Schaffung eines „klar geregelten gesetzlichen Anspruchs auf Freistellung zum Zwecke der Weiterbildung“²⁹¹, wie bereits in [Kapitel 4.1.4](#) dargestellt.

Vorschläge für eine gestärkte Selbstverwaltung haben auch die Sozialpartner erarbeitet²⁹². Sie sind es wert, von der Politik gründlich geprüft und beschieden zu werden. Dies wäre auch ein Beitrag zur Anerkennung ihrer Arbeit. Es würde überdies bei Versicherten und Arbeitgebern Einsicht und Bewusstsein um den Stellenwert ihrer Arbeit fördern.

Einen nachhaltigen Beitrag zum Nutzen der Selbstverwaltung – und darüber hinaus für ein Mehr an ge- und erlebter sozialer Gerechtigkeit und Sicherheit im Sinne des § 1 SGB I – könnten alle politisch verantwortlichen Kräfte in den Parteien und Parlamenten dadurch leisten, dass zentrale Aussagen des BVerfG²⁹³ sorgfältig geprüft und gewürdigt würden. Weitere Stimmen von Gewicht unterstreichen die Dringlichkeit des Handelns, so etwa der Hinweis des Verfassungsrechtlers *Ferdinand Kirchhof*: „[...] der Rechtsanwender kann diese Normen-

²⁸⁹ Gesetzentwurf BT-Drs. 18/9522, inzwischen vom Deutschen Bundestag am 01. Dezember 2016 beschlossen. Vgl. dazu auch [Kapitel 4.2.5](#) sowie [Fn. 23](#).

²⁹⁰ BWB 2012, S. 211 ff.

²⁹¹ BWB 2012, S. 220; näheres siehe auch *Köpke*, *Gesunde Arbeit für alle*, 2011, S. 93 - 96.

²⁹² [Vgl. Fn. 178 und 179](#).

²⁹³ BVerfG, Beschluss vom 09. April 2003 – 1BvL 1/01 und 1 BvR 1749/01; vgl. [Fn 50](#).

*masse nicht mehr übersehen, sie überwältigt ihn.*²⁹⁴ Auch die Mahnungen des früheren LSG-Präsidenten *Wolfgang Noftz* vor dem Gesamtphänomen einer „Überjustizialisierung“²⁹⁵ dürfen nicht ungehört verhallen, lassen sie doch die Ernsthaftigkeit des grundgesetzlichen Wollens brüchig erscheinen. Daran aber mangelt es zurzeit.

Auch einschlägige Hinweise des Bundeswahlbeauftragten, mehr Klarheit und Verständlichkeit in Texten der Sozialversicherung zu schaffen, unterstreichen obige Mahnungen. Im Schlussbericht hat er überzeugend dargelegt, Gesetz- und Verordnungsgeber *„sollten und könnten dies [...] in einer Weise tun, in der die Bürgerinnen und Bürger nachvollziehen können, was von ihnen verlangt wird. Das wäre der Servicecharakter von Gesetzes- und Verordnungstexten.“*²⁹⁶

Warum all dies bislang in Politik und Verwaltung nicht aufgegriffen wurde, ist nicht erkennbar. Vielleicht sollte mit dem bedeutenden Staatsrechtler *Lorenz von Stein* daran erinnert werden, dass es *„[auch]die Rolle der [Selbst-]Verwaltung [ist], zwischen Gesetz und Gesellschaft zu vermitteln.“*²⁹⁷ Soziale Selbstverwaltung ist bereit, dazu beizutragen. Sie erwartet aber auch von Politik und Verwaltung Vorschläge.

Für die Akteure in der sozialen Selbstverwaltung wäre es schließlich stimulierend, wenn ihrer Tätigkeit mehr öffentliche Anerkennung entgegengebracht würde. Selbstverwalter könnten den Sinn ihres Dienstes an der Versichertengemeinschaft unmittelbarer erleben und dies auch weitertragen.

5.4.4 Unterstützung durch Versicherungsträger

Zur Verwirklichung von sozialer Gerechtigkeit und sozialer Sicherheit werden in Deutschland von 400.000 hauptamtlich Beschäftigten in gut 160 Versicherungs-

²⁹⁴ *Kirchhof*, in: Scholz (Hrsg.), *Wandlungen in Technik und Wirtschaft als Herausforderung des Rechts*, S. 257-267; ähnlich bereits bei Schaffung der SGB I bzw. SGB IX (vgl. z.B. Fn 9, 21, 68, 233) und auch der Hinweis von *Welti* in Fn. 164.

²⁹⁵ *Noftz*, NZS 1999, S. 57-77.

²⁹⁶ *BWB* 2012, S. 224.

²⁹⁷ Zit. n. *Welti*, *Lorenz von Stein und das Recht auf eine gute Sozialverwaltung*, 2013, S. 27.

trägern Sozialleistungen nach dem SGB erbracht. Dies geschieht gemeinsam mit etwa 20.000 ehrenamtlichen Selbstverwaltern, die als Vertreter von Versicherten und Arbeitgebern eigenverantwortlich an der Ausführung der Gesetze mitwirken²⁹⁸.

Um den Herausforderungen bei der Umsetzung entsprechen zu können, braucht Selbstverwaltung mehr Unterstützung von den Versicherungsträgern. Diese bilden wie dargestellt ein administratives Bearbeitungs-, Bewertungs- und Entscheidungsgeflecht aus hochqualifizierter Fachkompetenz der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Damit sachgerecht und angemessen umzugehen, erfordert von allen Akteuren in Verwaltung und Selbstverwaltung einen sensiblen, verantwortungsvollen Umgang mit der Sache. Unbehagen, das unter Hinweis auf eine „*Übermacht der Verwaltung*“ in den Interviews sichtbar wurde, offenbart dies und unterstreicht das Gebot, dass „*die hauptamtliche Verwaltung [...] der ehrenamtlichen Selbstverwaltung Raum [gibt], um Verknüpfungen zwischen den gesetzlichen Aufgaben [...] und den Betrieben und örtlichen Gemeinschaften herzustellen.*“²⁹⁹ Die Befragung von Selbstverwaltern hat allerdings gezeigt, dass die Zusammenarbeit zwischen Verwaltung und Selbstverwaltung durch die Bank insgesamt gesehen als offen und vertrauensvoll, zufriedenstellend und problemlos, konstruktiv und kooperativ erlebt und geschildert wird.

Das SGB, insbesondere das SGB I, erfüllt unbestritten seinen gesetzlichen Auftrag aus § 1 Abs. 1 und gibt den Versicherten grundsätzlich soziale Sicherheit in Gerechtigkeit. Damit dies sichergestellt bleibt, ist es erforderlich, die Qualifikation und Befähigung von Selbstverwaltern mehr noch als *die zentrale Aufgabe aller Träger* zu verstehen. Dies ist nicht selbstverständlich, braucht vielmehr ständiger Bewusstmachung. So wie DGB und BDA dies in der Empfehlung zur Entschädigung von Selbstverwaltern³⁰⁰ – und wie in den [Kapiteln 4.1.4 und 4.1.5](#) bereits dargestellt – getan haben. Darin wird festgehalten, „[...] dass seitens der Sozialversicherungsträger für die Mitglieder und die stellvertretenden Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane geeignete Fortbildungsmaß-

²⁹⁸ [Vgl. dazu Fn. 51.](#)

²⁹⁹ *Welti*, Behinderung und Rehabilitation im sozialen Rechtsstaat, 2005, S. 361.

³⁰⁰ Gemeinsame Empfehlung von DGB und BDA für die Entschädigung [...] in der Sozialversicherung (§ 41 SGB IV), zuletzt vom 01. Oktober 2015. Vgl. Fn 190.

nahmen durchgeführt werden, um sie in ihrer ehrenamtlichen Tätigkeit angemessen zu unterstützen.“ Davon wird – wie die Befragung ergab – durchaus Gebrauch gemacht. Zudem führen auch Listenträger Schulungen bzw. Tagungen mit Selbstverwaltern durch. Viele der Befragten nannten eine Reihe von Beispielen, etliche konnten „wegen Freistellungsproblemen, fehlender Zeit und mangelndem Interesse“ nicht teilnehmen. Ob damit den genannten Bildungserfordernissen insgesamt entsprochen werden kann, erscheint danach nicht sicher und sollte genauer unter die Lupe genommen werden; dafür haben Qualifikation und Befähigung eine zu große Bedeutung.

Neben dem zentralen Punkt der Qualifizierung sollte die Wertschätzung und Anerkennung, die Selbstverwalter im politischen Geschehen vor allem bei Versicherten und Arbeitgebern genießen, mehr beachtet werden. Es wäre angebracht, wenn sich Versicherungsträger daran konstruktiv beteiligen würden. Sie könnten zum Beispiel vorbereitend Anregungen für eine selbstverwaltungsgeprägte Öffentlichkeitsarbeit entwickeln. Selbstverwalter könnten dazu weitergehende Überlegungen anstellen.

Dass es Wege gibt, dem Stellenwert von Selbstverwaltung sichtbarer Ausdruck zu geben, zeigen Regelungen der Bundesagentur für Arbeit³⁰¹ und der Deutsche Rentenversicherung Bund³⁰². Krankenversicherung und Unfallversicherung könnte dies auch zum Vorteil gereichen. Dies gilt gleichermaßen für die Einordnung eines „Büro der Selbstverwaltung“ in die Struktur eines Trägers³⁰³ oder der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation.

Geht es um die Unterstützung der Selbstverwaltung durch die Verwaltung eines Trägers, wäre auch zu überlegen, wie dies durch organisatorische Maß-

³⁰¹ Die Selbstverwaltung wird direkt in der Satzung (Kapitel 1 Artikel 1-7) ausgewiesen. Darin wird u.a. festgehalten, dass „[...] den Mitgliedern und stellvertretenden Mitgliedern der Selbstverwaltungsorgane [...] geeigneten Fortbildungsmaßnahmen anzubieten [sind]“ (Kapitel 2 Artikel 9).

³⁰² Wesentliche Teile der Satzung (§§ 5-40) enthalten Regelungen zu den Selbstverwaltungsorganen, dies allerdings begrenzter als diejenigen in der Bundesagentur für Arbeit.

³⁰³ Gemäß Kapitel 2 Artikel 10 der Satzung der Bundesagentur für Arbeit wird zur Unterstützung des Verwaltungsrats in der Zentrale ein Büro der Selbstverwaltung eingerichtet, das den fachlichen Weisungen der/des Vorsitzenden und der/des stellvertretenden Vorsitzenden des Verwaltungsrats unterliegt.

nahmen gefördert werden kann. Aus der Befragung von Selbstverwaltern bietet sich etwa die Erstellung von Informations- und Sitzungsunterlagen „*mit den Augen eines Selbstverwalters*“ an. Oder auch eine strukturierte Hinführung zu entscheidungsrelevanten Fakten mittels eines gestrafften Vorblattes der Sitzungsunterlagen. Zur Unterstützung der Selbstverwaltung könnte auch „*eine vom Hauptamt unabhängige professionelle gutachterliche Beratung*“ beitragen³⁰⁴. Die Satzung der BAR sieht bereits heute als Aufgabe vor, die Erteilung von Forschungsaufträgen und anderer wissenschaftlicher Arbeiten durch die Mitglieder anzuregen und zu fördern und sie gegebenenfalls selbst zu erteilen (§ 3 Abs. 2 lit. e BAR-Satzung). Dies könnte auch Forschung im Auftrag der ehrenamtlichen Selbstverwaltung und der Listenträgerorganisationen, insbesondere soweit diese wie DGB und BDA der BAR selbst angehören, einschließen.

5.5 Reformansätze für eine optimierte Selbstverwaltung

Zu den Rahmenbedingungen für eine bestmögliche Wirkung der Selbstverwaltung gehören die Qualifikation und Repräsentativität ihrer Mitglieder sowie die Überzeugungs- und Wirkkraft ihrer Organe – und zwar aus der Sicht eines bzw. einer Versicherten im Geflecht der ICF³⁰⁵.

Wie wirksam Selbstverwaltung zur Umsetzung von SGB-Leistungen beitragen kann, wird daran zu messen sein, inwieweit die beantragte Leistung als sozial und gerecht empfunden wird. So wird es darauf ankommen, dass die Entscheidung über eine Leistung – zum Beispiel zur Prävention oder Rehabilitation – nachvollzogen und verstanden wird, egal, ob diese bewilligt oder abgelehnt wurde. Von Bedeutung wird auch die soziale und lebensweltliche Kompetenz der Selbstverwaltungsorgane sein. Förderlich wäre es zum Beispiel, wenn ein Verwaltungsrat oder eine Vertreterversammlung in seiner Zusammensetzung ein reales Spiegelbild des Alltags aufweist. Es liegt in der Macht der Listenträger der Versicherten und der Arbeitgeber, die gesetzlich vorgesehenen Gremien reprä-

³⁰⁴ BWB 2012, S. 220, Ziff. 5; S. 221, Ziff. 6.

³⁰⁵ [Vgl. Fn 72.](#)

sentativ nach Geschlecht, Region und Alter zu bilden bzw. zu komplettieren. Den Empfehlungen des Bundeswahlbeauftragten zur Einführung einer Frauenquote ist deshalb uneingeschränkt zuzustimmen³⁰⁶.

Des Weiteren wird es zur Akzeptanz ihres Handelns auf den Wissens- und Informationsstand der Selbstverwaltung ankommen, d.h. ein Wissen um Inhalt und Wirkungsweise zum Beispiel präventiver oder rehabilitativer Instrumente in der alltäglichen sozialen und betrieblichen Verflechtung. Die Qualifikation der Selbstverwalter hat deshalb hohe Priorität. Sowohl Sachzusammenhänge als auch Struktur von Informationen aus dem Begehren eines Antragstellers, auch ein ganzheitlicher Blick spielen eine Rolle. Es sollte deshalb nachdrücklich darauf geachtet werden, dass sich Selbstverwalter permanent an der Fortbildung beteiligen. Unerlässlich für effizientes Handeln der Selbstverwaltung sind folglich umfassende Weiterbildungsmaßnahmen bei Freistellung von bezahlter hauptberuflicher Tätigkeit, soweit andere Regelungen dies nicht bereits sicherstellen.

Einen weiteren Beitrag als Wirksamkeitselement liefert einvernehmliches Handeln und Entscheiden des gesamten Organs. Breitestmöglicher Konsens in der Beurteilung eines Risikofaktors sowie des bestmöglichen versichertenorientierten Weges aus persönlicher Not und Bedrängnis ist gut geeignet, dass selbstverwaltetes Handeln verstanden wird und „ankommt“. Dies macht es allerdings auch notwendig, stets den Versicherten im Visier zu haben, gleich aus welches Trägers Sicht. Der „*Blick über den Tellerrand*“ sollte verinnerlichter Bestandteil von Sozialpartnerschaft sein. Daran mangelt es nach der Bestandsaufnahme hier und da.

Dies alles (und noch mehr) könnte eine Rollenbeschreibung, wie in den [Kapiteln 3.4.4, 4.1.1, 4.1.3 und vor allem im Kapitel 5.4.2](#) angeregt, enthalten. Wenn es darüber hinaus zum Alltag wird, den Selbstverwaltern die entscheidungserheblichen Fakten verstehbar und angemessen vorzulegen, wäre ein guter Schritt zu einer effizienteren Selbstverwaltung getan.

³⁰⁶ BWB 2012, S. 24.

6. Soziale Selbstverwaltung zwischen Risiko und Chance – ein nachdenkliches Resümee

Deutschland ist ein sozialer Rechtsstaat. Das verbürgt das Grundgesetz. Das Sozialgesetzbuch konkretisiert diesen Anspruch. Die soziale Selbstverwaltung von Vertretern der Versicherten und der Arbeitgeber vollzieht diesen Auftrag in eigener Verantwortung. Dies gibt soziale Sicherheit und ermöglicht jedem Versicherten die freie Entfaltung seiner Persönlichkeit.

Diese hohen Werte unserer Gesellschaft haben es zunehmend schwer, sich zu behaupten. Es gibt Entwicklungen, die den Eindruck vermitteln können, sozialstaatliche Errungenschaften sollten gebremst oder gar zurückgedreht werden. Es sind Kräfte, die das Maß an sozialer Sicherheit und deren Gewährleistung gefährden, wenn die Sozialstaatsgrundlagen nicht ständig den veränderten Rahmenbedingungen angepasst und eingefordert werden.

Gefahren drohen vor allem durch drei Tendenzen: Eine zunehmende Verschachtelung gesellschaftlicher Strukturen mit steigender Undurchschaubarkeit, eine wachsende Verrechtlichung dieser Strukturen und eine Entwicklung administrativen Verhaltens, die das grundgesetzlich gewollte Maß an sozialer Sicherheit einengen. Es sind auch Folgen globaler Strömungen, die durch vermehrte Ausbreitung kommunikativer, digitaler Verfahren ihren Weg nehmen. Dies lässt indes manchmal die Frage aufkommen, ob nicht der einzelne Versicherte aus dem Blick gerät. Das gesellschaftliche Geflecht nimmt Formen an, das für diesen Menschen zunehmend undurchsichtig wird, ihn mehr verwirrt als dass es ihm Souveränität zur Entfaltung seiner Persönlichkeit gibt. Die Gefahr scheint nicht von der Hand zu weisen, dass er vom Subjekt zum Objekt mutiert und sozialversicherungsfremde Kräfte sein Schicksal dominieren.

Diese Gefahr wird durch die Studie belegt. Es sind die Entwicklungen, die in [Kapitel 4.1.2](#) näher dargelegt wurden. Hinzu kommen solche, die den Eindruck vermitteln, dass die persönliche Einbindung in das Alltagsgeschehen derartige Kräfte erfordert, dass kein Raum mehr bleibt für die Berücksichtigung und Würdigung übergeordneter Ziele. Der Eindruck drängt sich auf, dass der eigene Standort im Leben – auch im alltäglichen Verwaltungsgeschehen der Versicherungsträger – auf Beharrung und Sicherung bedacht ist und der Versicherte als eigentlicher Auslöser für das sozialversicherungsrechtliche Handeln in den Hin-

tergrund tritt. Die individuelle Befindlichkeit und Bedürfnislage des schutzbedürftigen einzelnen Menschen scheinen manchmal eine untergeordnete Rolle zu spielen. Es ist ein Trend hin zur individualisierten Betrachtungsweise, die eines zentralen Orientierungspunktes im Sinne des Grundgesetzes oder des Sozialgesetzbuches offensichtlich nicht mehr bedarf.

Diese Darstellung will versuchen, das Unbehagen des Verfassers bei der Abfassung dieser Studie auszudrücken. Veröffentlichungen aus jüngerer Zeit geben dieser Sichtweise neue Nahrung. Es sind Gedanken, die der Richter am Bundessozialgericht *Hans-Jürgen Kretschmer* unter der herausfordernden Überschrift „*Der langsame Abschied von der solidarischen Sozialversicherung?*“³⁰⁷ und der Rechtswissenschaftler *Felix Welti* in ähnlich eindringlicher Mahnung in der Veröffentlichung „*Das Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention – was bringt dieses Präventionsgesetz?*“³⁰⁸ dargelegt haben. Derartige und andere vergleichbare Beurteilungen³⁰⁹ lassen aufhorchen ob ihrer Besorgnis auslösender Gedanken, ausgehend vom Sozialstaatsgedanken zur Zeit der Entstehung des Grundgesetzes.

Dennoch gibt es keinen Grund für Pessimismus und Resignation. Denn es gibt auch positive Strömungen, die Zuversicht ausstrahlen, Mut und Hoffnung machen. Dazu gehört zum Beispiel das fachliche und politische Ringen um eine verbesserte Umsetzung des Menschenbildes, wie es in den Kriterien der UN-Behindertenrechtskonvention beschrieben ist. Wenn dies in Deutschland jetzt im Bundesteilhabegesetz zur Grundlage sozialstaatlichen Handelns herausbildet wird, wachsen die Chancen, dass auch in der Zukunft soziale Sicherheit in sozialer Gerechtigkeit, wie vom Grundgesetz gedacht und im Sozialgesetzbuch konkretisiert, verwirklicht werden können.

Der sozialen Selbstverwaltung wächst dann eine Aufgabe zu, die sie im Rahmen von Artikel 1 Teil 1 Kapitel 8 des BTHG in hohem Maße fordern wird. Dem kann sie sich aber angesichts der Potenzialität positiver gesellschaftlichen Kräfte unserer Gesellschaft im sozialen Konsens der Sozialpartnerschaft durchaus mit Aussicht auf Erfolg stellen, wenn denn die legislativen, exekutiven und

³⁰⁷ *Kretschmer*, SGB 2015, 357 ff.

³⁰⁸ *Welti*, in: GuP 2015, 211.

³⁰⁹ [Vgl. Fn. 295 und 296.](#)

judikativen Kräfte der Bundesrepublik Deutschland wesentliche Vorgaben des Bundesverfassungsgerichts³¹⁰ erkennen und mit Leben erfüllen.

³¹⁰ BVerfG, Beschluss vom 09. April 2003 – 1 BvL 1/01, 1 BvR 1749/01, vgl. Fn 50.

Literaturverzeichnis

- AOK-Bundesverband (Hrsg.): Studie zur Gesundheitskompetenz: Über die Hälfte der Deutschen von Informationsflut überfordert. PM vom 13. Mai 2016, <http://www.krankenkassen-direkt.de/news/mitteilung/AOK-Bundesverband-Studie-zur-Gesundheitskompetenz-Ueber-die-Haelfte-der-Deutschen-von-Informationenflut-ueberfordert-1340440.html> (Abruf am 21.04.2017).
- Ayaß, Wolfgang (2013): Zur Geschichte der Sozialwahlen. In: Soziale Sicherheit, 12, S. 422-426.
- Baumeister, Katharina/ Hartje, Andreas/ Knötig, Nora/ Wüstrich, Thomas (2013): Soziale Selbstverwaltung in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Hans-Böckler-Stiftung, Arbeitspapier 277, Düsseldorf.
- Baur, Fritz (2016): Das künftige Recht der Eingliederungshilfe. In: Sozialrecht aktuell, S. 179–187.
- BDA (Hrsg.) (2011): Soziale Selbstverwaltung. 6. Auflage, Berlin.
- BDA/DGB (Hrsg.) (2012): Selbstverwaltung stärken – Sozialwahlen modernisieren. Stellungnahme zum Sozialwahlbericht 2011. Berlin.
- BDA/DGB (Hrsg.) (2015): Zusammenarbeit der Reha-Träger verbessern! Berlin.
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. (BAR) (Hrsg.) (2005): Rehabilitation und Teilhabe. Wegweiser für Ärzte und andere Fachkräfte der Rehabilitation. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation. 3., völlig neu bearbeitete Auflage, Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. (BAR) (Hrsg.) (o.J.), Satzung der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation in der Fassung vom 3. Dezember 2013, gültig ab 1. Januar 2014, www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/die_bar/Ziele_und_Aufgaben/downloads/BAR_Satzung_03_12_2013_neu.pdf (Abruf am 04.04.2017).
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. (BAR) (Hrsg.) (2013): Geschäftsbericht 2013. Frankfurt/Main.
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. (BAR) (Hrsg.) (2014): Geschäftsbericht 2014. Frankfurt/Main.

- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. (BAR) (Hrsg.) (2014): Faktenkompakt. Ausgaben und Leistungen 2013. Beilage zum BAR-Geschäftsbericht 2014. Frankfurt/Main.
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. (BAR) (Hrsg.) (2015): Geschäftsbericht 2015. Frankfurt/Main.
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V.(BAR) (Hrsg.) (2016): Orientierungsrahmen für die Arbeit der BAR von 2016 bis 2018. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. Frankfurt am Main [zit. als Orientierungsrahmen 2016].
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) (2011): Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. Bonn.
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) (Hrsg.) (2015): Arbeitsgruppe Bundesteilhabegesetz – Abschlussbericht (Teil A), Berlin.
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) (Hrsg.) (2015): Arbeitsgruppe Bundesteilhabegesetz – Abschlussbericht (Teil B), (Materialband), Berlin.
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG): Stichwort: Entlassungsmanagement, www.bmg.bund.de (Abruf am 08.04.2017).
- Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände e. V. (BDA) (Hrsg.) (2011): Soziale Selbstverwaltung - Bedeutung, Organisation, Aufgaben. BDA. 6. Aufl. Berlin.
- CDU/CSU/SPD (Hrsg.) (2013): Deutschlands Zukunft gestalten. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD, 18. Legislaturperiode (zitiert: Koalitionsvertrag 2013).
- Deinert, Olaf/Bieritz-Harder, Renate (Hrsg.) (2009): Handbuch SGB IX. Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen. 2. Auflage, Baden-Baden: Nomos.
- Deinert, Olaf/Welti, Felix (Hrsg.) (2014): Stichwortkommentar Behindertenrecht. Arbeits- und Sozialrecht, Öffentliches Recht, Zivilrecht; alphabetische Gesamtdarstellung. 1. Aufl. Baden-Baden: Nomos (zitiert: Bearbeiter, in: SWK-BR).

- Dembowski, Heinz/Schroeder-Printzen, Günther (Hrsg.) (1976): Schriftenreihe zum Sozialgesetzbuch, Handbücher für die Praxis. Sozialgesetzbuch Allgemeiner Teil (SGB-AT), Köln: Bund-Verlag.
- Der Bundeswahlbeauftragte für die Sozialversicherungswahlen (2012): Schlussbericht des Bundeswahlbeauftragten für die Sozialversicherungswahlen zu den Sozialwahlen 2011, Berlin (zitiert: BWB 2012).
- Deutscher Sozialrechtsverband (1993): Kodifikation des Rehabilitationsrechts. Bundestagung des Deutschen Sozialrechtsverbandes e.V., 22. und 23. Oktober 1992 in Kassel. Wiesbaden: Chmielorz (Schriftenreihe des Deutschen Sozialrechtsverbandes, 37).
- DGB Bundesvorstand (2014): Für eine sozialstaatliche Arbeitsmarktpolitik. DGB-Vorschläge zur Neuausrichtung der Arbeitsförderung. Berlin.
- DGRW (Hrsg.): Selbstverständnis und Zielsetzungen der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften e.V. (DGRW), www.dgrw-online.de/dgrw-im-ueberblick/home.html (Abruf am 05.04.2017).
- DLR-Projektträger des BMBF/Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.): Rehabilitationswissenschaftliche Forschungsverbünde. Ein gemeinsamer Forschungsschwerpunkt des Bundesministeriums für Bildung und Forschung und der Deutschen Rentenversicherung. Aktualisierte und überarbeitete Auflage 1/2002.
- Engelen-Kefer, Ursula/Jakob, Johannes (Hrsg.) (2006): Handbuch für Selbstverwalter. Die Arbeit in der Renten-, Kranken-, Pflege-, Unfall- und Arbeitslosenversicherung. Frankfurt am Main: Bund-Verlag.
- Frank, Marco (2017): Die Ergebnisse der Sozialwahlen 2017. In: Soziale Sicherheit 7-8, S. 279-285.
- Fuchs, Harry (Hrsg.) (2014): SGB IX, Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen. "Persönliches Budget", Kinderhilfebehandlung- und Chroniker-Richtlinie, Bundesversorgungsgesetz und weiteren wichtigen Vorschriften. 8., neu bearbeitete Auflage, Stand: 1. April 2014, München: dtv.
- Fuchs, Harry (2016): Kostensenkung im Fokus: Zur Entstehungsgeschichte des Bundesteilhabegesetzes. In: Soziale Sicherheit 7, S. 265–267.
- Fuchs, Harry (2016): Entwurf des BTHG – Weg zurück zur minimalen Teilhabe. In: Soziale Sicherheit 7, S. 272–279.

- Gerlinger, Thomas et al. (2016): Beispiele für erfolgreiches Handeln bei den Krankenkassen (Teil 1). In: Soziale Sicherheit 3, 93–102.
- Gerlinger, Thomas et al. (2016): Beispiele für erfolgreiches Handeln bei den Krankenkassen (Teil 2). In: Soziale Sicherheit 5, 192–197.
- Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG) (Hrsg.) (2007): Zur Bedeutung der Selbstverwaltung in der deutschen Sozialen Sicherung. Formen, Aufgaben, Entwicklungsperspektiven (Schriftenreihe der GVG, 60). Bonn: Nanos-Verlag.
- Gitschmann, Peter (2015): Bundesteilhabegesetz inklusive Weiterentwicklung des Teilhaberechts des SGB IX und SGB XII? In: SDSRV 66, S. 113–119.
- GKV-Spitzenverband (2016, 2017): krankenkassen-direkt.de - www.krankenkassen-direkt.de/news/news.pl (Abruf am 03.05.2017)
- GKV-Spitzenverband (o.J.): Rehabilitation, <https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/rehabilitation> (Abruf am 05.04.2017).
- GKV-Spitzenverband/MDS (Hrsg.) (2015): Präventionsbericht 2015. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung Berichtsjahr 2014, Berlin, Essen.
- Glaser-Möller, Nathalie (2013): Stufenkonzept der Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung. In: ASUMed, S. 721–723.
- Güner Günter et al. (2009): Zukunft der Selbstverwaltung in der GKV (Teil 2). In: Soziale Sicherheit 5, 165–176.
- Hans-Böckler-Stiftung (Hrsg.) (o.J.): Betriebsräte machen Öffentlichkeitsarbeit in sozialen Medien. In: Mitbestimmungspraxis Nr. 4.
- Hansen, Volker/Klemens, Uwe (2016): Mit Eigenverantwortung hätte dies nichts mehr zu tun. In: Welt der Krankenversicherung 11, S. 273–374.
- Höder J./Deck, Ruth (2015): Informationstexte für Rehabilitanden sind schwer verständlich. In: Die Rehabilitation 54, 178–183.
- Hofmann, Markus (2016): Positive Ansätze werden (noch) durch Verschlechterungen überdeckt. In: Soziale Sicherheit 7, 261–264.
- Hüttenmeister, Peter (2011): Die Rehabilitation und ihre Kommissionen. Was ist erreicht? Was ist zu tun? In: RV aktuell, S. 233–237.

- Igl, Gerhard (Hrsg.) (2001): Die Verantwortung des sozialen Rechtsstaats für Personen mit Behinderung und für die Rehabilitation. Interdisziplinäre Tagung des Instituts für Sozialrecht und Sozialpolitik in Europa der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel und der LVA Schleswig-Holstein. Wiesbaden: Chmielorz.
- Ihle, Judith (2015): Das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz. In: Soziale Sicherheit 4, S. 158–162.
- Keck, Thomas (2014): Haushaltslage und Leistungen der Rentenversicherung. In: Schriftenreihe des Deutschen Sozialrechtsverbandes e. V. (Hrsg.) (2014): Sozialrecht in der Finanzkrise. Bundestagung des Deutschen Sozialrechtsverbandes e.V. 10. / 11. Oktober 2013 in Dortmund. Band 64, Berlin: ESV, S. 49–56 (zitiert: *Keck*, in: SDSRV 64).
- Kirchhof, Ferdinand (1985): Normenflut – Dilemma ohne Ausweg? In: Scholz, Rupert (Hrsg.): Wandlungen in Technik und Wirtschaft als Herausforderung des Rechts. Stiftungsreihe der Hanns Martin Schleyer-Stiftung, Band 18. Köln, S. 257–267.
- Kleis, Friedrich (1928): Die Geschichte der sozialen Versicherung in Deutschland. Nachdruck hrsg. von Dieter Dowe (1981). Berlin: Dietz.
- Klenk, Tanja/Weyrauch, Philine/Haarman, Alexander/Nullmeier, Frank (2012): Abkehr vom Korporatismus? Der Wandel der Sozialversicherungen im europäischen Vergleich (Schriften des Zentrums für Sozialpolitik, 21). Frankfurt am Main: Campus-Verlag.
- Koch, Uwe/Lehmann, C./Morfeld, M. (2007): Bestandsaufnahme und Zukunft der Rehabilitationsforschung in Deutschland. In: Die Rehabilitation, S. 127–144.
- König, Sonja (2014): Vierter Anlauf seit 2005 für ein Präventionsgesetz. Gewerkschaftliche Überlegungen zur Verbesserung der Gesundheitsförderung. In: Soziale Sicherheit 10, S. 349 - 352.
- Köpke, Karl-Heinz (2001): Rehabilitation kann wirksamer werden. Konzeptionelle Initiativen der Selbstverwalter gefragt. In: Soziale Sicherheit, S. 15–17.
- Köpke, Karl-Heinz (2004): Wirksamere Rehabilitation durch systematische Nachsorge. In: Soziale Sicherheit, S. 233–238.
- Köpke, Karl-Heinz (2005): Aufwerten, ausbauen und systematisieren - Eine Analyse von Situation, Reformbedarf und innovativen Projekten zur Nach-

- sorge in der Rehabilitation der Rentenversicherung. In: Die Rehabilitation, S. 344–352.
- Köpke, Karl-Heinz (2007): Unverzichtbar und unterschätzt - Nachsorge als integraler Teil der Rehabilitation. In: Deutsche Rentenversicherung, S. 790–801.
- Köpke, Karl-Heinz (2011): Gesunde Arbeit für alle, Hans-Böckler-Stiftung, edition 253.
- Köpke, Karl-Heinz/Nürnberger, Ingo (2004): Aufgaben und Chancen für die Selbstverwaltung. Am Beispiel der Rehabilitation in der Rentenversicherung. In: Soziale Sicherheit 12, 426–432.
- Kretschmer, Hans-Jürgen (2015): Der langsame Abschied von der solidarischen Sozialversicherung? Privatversicherungsrechtliche Elemente und Denkweisen in der Sozialversicherung. In: Die Sozialgerichtsbarkeit 15, 357-366.
- Kuhn-Zuber, Gabriele (2015): Soziale Inklusion und Teilhabe. In: Sozialer Fortschritt, S. 259–266.
- Lachwitz, Klaus/Bieritz-Harder, Renate (Hrsg.) (2010): Handkommentar zum Sozialgesetzbuch IX, Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen, 3. erweiterte und aktualisierte Auflage, Köln (zitiert: Bearbeiter, in: HK SGB IX).
- Leopold, Dieter (2015): Rita Pawelski und Klaus Wiesehügel werden neue Bundeswahlbeauftragte. In: Soziale Sicherheit 8-9, S. 322.
- Leopold, Dieter (2015): Anfang 2015 gab es noch 177 selbstständige Versicherungsträger. Das "Fusionskarussell" in der Sozialversicherung dreht sich weiter. In: Soziale Sicherheit 2, S. 79–81.
- Leopold, Dieter (2016): Weiterhin Trend zu Fusionen: Nur noch 168 selbstständige Sozialversicherungsträger. Weiterhin Trend zu Fusionen. In: Soziale Sicherheit 2, S. 74–76.
- Leopold, Dieter (2017): Es gibt noch 162 selbstständige Sozialversicherungsträger. In: Soziale Sicherheit 2, S. 79–80.
- LVA Schleswig-Holstein (Hrsg.) (1990): 100 Jahre Landesversicherungsanstalt Schleswig-Holstein (Band 1), Lübeck.
- Maydell, Bernd von (Hrsg.) (2003): Sozialrechtshandbuch (SRH), 3. Auflage, Baden-Baden: Nomos (zitiert: Bearbeiter, in: SRH).

- Noftz, Wolfgang (1999): "Blick hinauf im Zorn" - Instanzgerichtliche Reaktion auf revisionsgerichtliche Rechtsprechung. In: NZS, S. 57–68.
- Nürnberger, Ingo/Köpke, Karl-Heinz (2009): 40 Jahre Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation: Koordination in der Rehabilitation - noch immer viel zu tun. In: Soziale Sicherheit 6, S. 225–229.
- Nürnberger, Ingo (2014): Reform der Eingliederungshilfe und des Teilhaberechts. Die aktuellen Vorschläge und Anmerkungen dazu aus gewerkschaftlicher Sicht. In: Soziale Sicherheit 4, S. 134–140.
- Nürnberger, Ingo (2014): Soziale Selbstverwaltung weiterentwickeln – mit Augenmaß. In: Soziale Sicherheit 7, S. 256.
- o.A. (2009): Festrede Gerd Nachtigal. In: BAR Reha-Info 1, S. 4–8.
- o.A., (2014): Soziale Selbstverwaltung stärken - Vorschläge der BDA zur Modernisierung der Organisationsstruktur. In: Soziale Selbstverwaltung 9, S. 57–61.
- o.A. (2016): Selbstverwaltung nicht durch Durchgriffsrecht der Aufsichtsbehörden schwächen. In: Soziale Selbstverwaltung 11, S. 65–66.
- o.A., (2016): Sozialwahlen 2017 - Erste Vorbereitungen haben bereits begonnen. In: Soziale Selbstverwaltung Heft 3, S. 15f.
- o.A. (2016): Vorstand stellt BAR zukunfts fest auf. In: BAR Reha-Info 1/2016, S. 6–7.
- Pfromm, Hans-Adam (1982): Das neue DGB-Grundsatzprogramm. Einführung und Kommentar (Geschichte und Staat, 259/260). München: Olzog.
- Porst, Rolf (2011): Fragebogen. Ein Arbeitsbuch, 3. Auflage. Schriftenreihe Studienskripten zur Soziologie. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Praetor Intermedia UG (o.J.): UN-Behindertenrechtskonvention, <http://www.behindertenrechtskonvention.info/rehabilitation-3914> (Abruf am 05.04.2017).
- REHADAT - Berufliche Teilhabe und Rehabilitation; Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V; Deutsche Vereinigung für Rehabilitation; Deutsche Rentenversicherung Bund (Hg.) (2016): Rehabilitationswissenschaftlerinnen und Rehabilitationswissenschaftler in Deutschland. 24. Aufl. Köln.

- Rixen, Stephan (2015): Ermessen und unbestimmte Rechtsbegriffe im SGB II und SGB III: Gestaltungsaufgabe der Selbstverwaltung und Rechtssubjektivität der Hilfesuchenden. In: Rixen, Stephan/Welskop-Deffaa, Eva (Hrsg.): Zukunft der Selbstverwaltung. Responsivität und Reformbedarf. Wiesbaden: Springer VS, S. 57–68.
- Rixen, Stephan/Welskop-Deffaa, Eva (Hrsg.) (2015): Zukunft der Selbstverwaltung. Responsivität und Reformbedarf. Wiesbaden: Springer VS.
- Römmele, Andrea (2015): Selbstverwaltung moderner gestalten. In: RVaktuell10, S. 226–228.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (Hrsg.) (2014): Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Gutachten 2014. Bonn/Berlin, www.svr-gesundheit.de (Abruf am 21.04.2017).
- Schian, Marcus/Stähler, Thomas (2015): Trägerübergreifende Koordination und Kooperation (§§ 10-12 SGB IX): „Aufgabe“ oder „Programmsatz“? In: Forum D, Beitrag D 26-2015 unter www.reha-recht.de (Abruf am 08.04.2017).
- Schmachtenberg, Rolf (2015): Auf dem Weg zum Bundesteilhabegesetz. In: SDSRV 66, S. 107–112.
- Schmidt, Alfred (1987): Rehabilitation in der Rentenversicherung - was kann verbessert werden? In: Deutsche Rentenversicherung 8/9, S. 537–567.
- Scholz, Rupert (Hrsg.) (1985): Wandlungen in Technik und Wirtschaft als Herausforderung des Rechts. Stiftungsreihe der Hanns Martin Schleyer-Stiftung, Band 18. Köln.
- Schriftenreihe des Deutschen Sozialrechtsverbandes e. V. (Hrsg.) (1992): Kodifikation des Rehabilitationsrechts. Bundestagung des Deutschen Sozialrechtsverbandes e.V., 22./23. Oktober 1992 in Kassel. Band 37, Wiesbaden: Chmielorz.
- Schriftenreihe des Deutschen Sozialrechtsverbandes e. V. (Hrsg.) (2014): Sozialrecht in der Finanzkrise. Bundestagung des Deutschen Sozialrechtsverbandes e.V. 10./11. Oktober 2013 in Dortmund. Band 64, Berlin: ESV.
- Schulz-Weidner, Wolfgang (2016): Bericht aus Brüssel. In: RVaktuell 2016, S. 114-116.
- Seel, Helga (2014): Teilhabe und Rehabilitation von Erwerbstätigen. In: Sozialrecht + Praxis, S. 627–634.

- Seel, Helga (2017): Das Bundesteilhabegesetz – Was ändert sich? Was bleibt? Was soll werden? In: Die Rehabilitation 56, S. 7-10.
- Siefert, Jutta (2015): Inklusion und Exklusivität – Reha-Leistungen im gegliederten System?! In: SDSRV 66, S. 121–133.
- Statistisches Bundesamt, Pressemitteilung Nr. 133 vom 10. April 2014, www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2014/04/PD14_133_71135.html;jsessionid=7839E4AF01EEDBA8E1FD0F4018AE3E95.ca4 (Abruf am 23.2.2017).
- Stroebel, Hubertus (1993): Anforderungen an ein Buch "Rehabilitationsrecht" aus der Sicht der Verwaltungspraxis. In: Schriftenreihe des Deutschen Sozialrechtsverbandes e. V. (Hrsg.) (1992): Kodifikation des Rehabilitationsrechts. Bundestagung des Deutschen Sozialrechtsverbandes e.V., 22. und 23. Oktober 1992 in Kassel (Schriftenreihe des Deutschen Sozialrechtsverbandes, 37), Wiesbaden: Chmielorz, S. 71–90 (zitiert: Stroebel, in: SDSRV 37).
- Universität Bielefeld (2015): Stiftungsprofessur zur Stärkung der Reha-Zukunft (Nr. 196/2015), https://ekvv.uni-bielefeld.de/blog/pressemitteilungen/entry/stiftungsprofessur_zur_st%C3%A4rkung_der_reha (Abruf am 01.03.2017).
- Veith/Mehde (Hrsg.) (2011): Staat, Verwaltung, Information. Festschrift für Hans Peter Bull zum 75. Geburtstag. Unter Mitarbeit von Hans Peter Bull (Schriften zum öffentlichen Recht, 1195). Berlin: Duncker & Humblot.
- Vorholz, Irene (2014): Das Bundesteilhabegesetz und die Stärkung der Kommunalfinanzen. In: Der Landkreis, S. 272–275.
- Vorholz, Irene (2015): Kommunale Erwartungen an das Bundesteilhabegesetz. In: Der Landkreis, S. 156–158.
- Welti, Felix (2005): Behinderung und Rehabilitation im sozialen Rechtsstaat. Freiheit, Gleichheit und Teilhabe behinderter Menschen. Tübingen: Mohr Siebeck (Jus publicum, 139).
- Welti, Felix (2008): Systematische Stellung des SGB IX im Sozialgesetzbuch - Zusammenarbeit der Leistungsträger und Koordinierung der Leistungen. In: Die Sozialgerichtsbarkeit, S. 321–331.
- Welti, Felix (Hrsg.) (2009): Das Rehabilitationsrecht in der Praxis der Sozialleistungsträger. Berlin: Lit-Verlag.

- Welti, Felix (2011): Soziale Selbstverwaltung und Bürgerbeteiligung im sozialen Gesundheitswesen. In: Veith/Mehde (Hrsg.): Staat, Verwaltung, Information. Festschrift für Hans Peter Bull zum 75. Geburtstag. Unter Mitarbeit von Hans Peter Bull. Berlin: Duncker & Humblot, S. 903–922.
- Welti, Felix (2013): Lorenz von Stein und das Recht auf eine gute Sozialverwaltung. Vortrag gehalten am 15. November 2012 auf der Lorenz-von-Stein-Gedächtnisvorlesung in der Schleswig-Holsteinischen Landesbibliothek zu Kiel (Quellen zur Verfassungs- und Verwaltungsgeschichte, 34). Kiel: Lorenz-von-Stein-Institut für Verwaltungswissenschaften.
- Welti, Felix (2014): Leistungen zur Teilhabe und Reha im gegliederten System. In: Sozialrecht und Praxis, S. 343 ff.
- Welti, Felix (2015). Das Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention – was bringt das Präventionsgesetz? In: Gesundheit und Pflege 6, S. 211–215.
- Wodarg, Wolfgang (2008): Kooperation statt Wettbewerb der Kassen. Fragwürdiger Kassen-Wettbewerb erschwert eine bedarfsgerechte Versorgung. In: Soziale Sicherheit 12, 414–416.

Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation und das Bundesteilhabegesetz (Prof. Dr. iur. Felix Welti)

1. Die BAR im Gesetzgebungsverfahren

Bislang sind die einzigen auf die BAR bezogenen Regelungen im SGB IX die Normen zu den gemeinsamen Empfehlungen der Rehabilitationsträger (§§ 12, 13 SGB IX), auf die an verschiedenen weiteren Stellen des Gesetzes Bezug genommen wird (§§ 20 Abs. 3 und 4, 30 Abs. 3, 35 Abs. 1 Satz 3, 113 Abs. 2). Aus ihnen geht im Wesentlichen hervor, dass die Rehabilitationsträger nach § 6 Abs. 1 Nr. 1-5 SGB IX (ohne die Träger der Kinder- und Jugendhilfe und der Sozialhilfe) oder ihre Spitzenverbände im Rahmen der BAR gemeinsame Empfehlungen zu verschiedenen Gegenständen des Gesetzes vereinbaren. Die Existenz und Tätigkeit der BAR als einer dafür geeigneten Plattform wird hier vorausgesetzt, ohne sie näher zu regeln. Weiterhin enthält das SGB IX Berichtspflichten der Rehabilitationsträger an die BAR zu den gemeinsamen Empfehlungen (§ 13 Abs. 8 SGB IX) und zu den gemeinsamen Servicestellen (§ 24 SGB IX). Die Berichte sollten dann von der BAR aufbereitet und an das BMAS weitergegeben werden.

In ihrem Koalitionsvertrag für die 18. Wahlperiode des Deutschen Bundestages hatten die die Regierung tragenden Parteien CDU, CSU und SPD eine Neuordnung und Modernisierung des Behindertenrechts, insbesondere der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen, verabredet. Sie knüpften damit an bereits länger anhaltende Diskussionen und Beschlüsse der Arbeits- und Sozialministerkonferenz der Länder (ASMK) und der Verbände behinderter Menschen an¹. Die BAR selbst, die Sozialversicherungsträger und die in der sozialen Selbstverwal-

¹ Welti, SuP 2014, S. 343 ff.; Vorholz, Der Landkreis 2014, S. 272-275; Kuhn-Zuber, SoFo 2015, S. 259-266; Vorholz, Der Landkreis 2015, S. 156-158; Schmachtenberg, SDRSV 66, S. 107-112; Gitschmann, SDRSV 66, S. 113-119; Siefert, SDRSV 66, S. 121-133; Baur, SRa 2016, S. 179-187; Fuchs, SozSich 2016, S. 272-279; ders., SozSich 2016, S. 265-267; Hofmann, SozSich 2016, S. 261-264.

tung und in der BAR vertretenen Organisationen und Personen beteiligten sich an dieser Diskussion mit einzelnen Beiträgen².

In den Jahren 2014 und 2015 organisierte das Bundesministerium für Arbeit und Soziales einen vorbereitenden Beteiligungsprozess, in dem insbesondere die Positionen der Verbände behinderter Menschen, der Länder und der kommunalen Spitzenverbände erhoben wurden. Aufgaben, Rolle und Rechtsform der BAR waren dabei kein prominentes Thema. Sie erscheinen nicht im Themenüberblick des Abschlussberichts der Arbeitsgruppe Bundesteilhabegesetz, wo nur knapp von „Änderungen des SGB IX“ die Rede ist³. Die detaillierten Dokumente zu diesem Prozess⁴ belegen, dass eine Stärkung der BAR von DGB und BDA gefordert wurde. Die Verbände behinderter Menschen befürworteten sie unter der Maßgabe, dass ihre eigenen Beteiligungsrechte gestärkt würden. Eine Weiterentwicklung der BAR zu einem Bundesausschuss Rehabilitation unter Einbeziehung der Leistungserbringer wurde diskutiert und von Verbänden der freien Wohlfahrtspflege zum Teil befürwortet. Die kommunalen Spitzenverbände sprachen sich unter Hinweis auf den Schutz der kommunalen Selbstverwaltung und die Aufgabenübertragungsnormen des Grundgesetzes gegen eine Erweiterung der Verbindlichkeit von Gemeinsamen Empfehlungen aus.

Nach Vorlage und Diskussion eines Referentenentwurfs beschloss die Bundesregierung am 28. Juni 2016 den Entwurf des Bundesteilhabegesetzes⁵, der nach Beteiligung des Bundesrates in den Deutschen Bundestag eingebracht wurde⁶. Mit ihm zusammen wurden Anträge der Fraktionen DIE LINKE⁷ und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN⁸ beraten, in denen die BAR nicht thematisiert

² Vgl. *Nürnberger*, SozSich 2014, S. 134-140; *Seel*, SuP 2014, S. 627-634; *Nürnberger/Köpke*, SozSich 2009, 225-229.

³ BMAS (Hrsg.), Arbeitsgruppe Bundesteilhabegesetz – Abschlussbericht (Teil A), Berlin.

⁴ BMAS (Hrsg.), Arbeitsgruppe Bundesteilhabegesetz – Abschlussbericht (Teil B), (Materialband), Berlin.

⁵ BR-Drs. 428/16.

⁶ BT-Drs. 18/9522.

⁷ BT-Drs. 18/10014.

⁸ BT-Drs. 18/9672.

wurde. Der Bundesrat äußerte sich in seiner ausführlichen Stellungnahme⁹ nicht zu den Aufgaben und der Struktur der BAR.

Der Gesetzentwurf enthielt insbesondere eine Neufassung von Teil 1 des SGB IX mit den allgemeinen Vorschriften, auch zu den Aufgaben und der Struktur der BAR, der zum 1.1.2018 in Kraft treten soll, einen neuen Teil 2 des SGB IX, der die Vorschriften der Eingliederungshilfe in den §§ 53-59 SGB XII zum 1.1.2020 ablösen soll sowie Vorschriften zur Änderung des SGB XII bereits nach Beschluss des Gesetzes und zum 1.1.2018, sowie eine Neufassung des Teils 2 – Schwerbehindertenrecht – als Teil 3 mit wenigen Änderungen, von denen einige nach Beschluss des Gesetzes und einige zum 1.1.2018 in Kraft treten sollen.

Die bisherigen Regelungen zu den gemeinsamen Empfehlungen wurden im Wesentlichen inhaltsgleich in §§ 25, 26 SGB IX im Entwurf übernommen. Neu im Entwurf war das Kapitel 8 „Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation“ (§§ 39-41 SGB IX). § 39 Abs. 1 SGB IX verpflichtet die Rehabilitationsträger nach §§ 6 Nr. 1-5 SGB IX – wiederum ohne die Träger der Kinder- und Jugendhilfe und die Träger der Sozialhilfe (ab 1.1.2020: Eingliederungshilfe) - die trägerübergreifende Zusammenarbeit zur einheitlichen personenzentrierten Gestaltung der Rehabilitation und der Leistungen zur Teilhabe im Rahmen einer Arbeitsgemeinschaft nach § 94 SGB X zu gestalten und zu organisieren. Diese trägt den Namen „Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation“.

Die Aufgaben der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation werden in § 39 Abs. 2 SGB IX benannt. Diese sind:

1. die Beobachtung der Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger und die regelmäßige Auswertung und Bewertung der Zusammenarbeit; hierzu bedarf es
 - a. der Erstellung von gemeinsamen Grundsätzen für die Erhebung von Daten, die der Aufbereitung und Bereitstellung von Statistiken über das Rehabilitationsgeschehen der Träger und ihrer Zusammenarbeit dienen,
 - b. der Datenaufbereitung und Bereitstellung von Statistiken über das Rehabilitationsgeschehen der Träger und ihrer Zusammenarbeit und

⁹ BR-Drs. 428/16 (Beschluss).

- c. der Erhebung und Auswertung nicht personenbezogener Daten über Prozesse und Abläufe des Rehabilitationsgeschehens aus dem Aufgabenfeld der medizinischen und beruflichen Rehabilitation der Sozialversicherung mit Zustimmung des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales,
2. die Erarbeitung von gemeinsamen Grundsätzen zur Bedarfserkennung, Bedarfsermittlung und Koordinierung von Rehabilitationsmaßnahmen und zur trägerübergreifenden Zusammenarbeit,
3. die Erarbeitung von gemeinsamen Empfehlungen zur Sicherung der Zusammenarbeit nach § 25,
4. die trägerübergreifende Fort- und Weiterbildung zur Unterstützung und Umsetzung trägerübergreifender Kooperation und Koordination,
5. die Erarbeitung trägerübergreifender Beratungsstandards und Förderung der Weitergabe von eigenen Lebenserfahrungen an andere Menschen mit Behinderungen durch die Beratungsmethode des Peer Counseling,
6. die Erarbeitung von Qualitätskriterien zur Sicherung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität im trägerübergreifenden Rehabilitationsgeschehen und Initiierung von deren Weiterentwicklung,
7. die Förderung der Partizipation Betroffener durch stärkere Einbindung von Selbsthilfe- und Selbstvertretungsorganisationen von Menschen mit Behinderungen in die konzeptionelle Arbeit der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation und deren Organe,
8. die Öffentlichkeitsarbeit zur Inklusion und Rehabilitation sowie
9. die Beobachtung und Bewertung der Forschung zur Rehabilitation sowie Durchführung trägerübergreifender Forschungsvorhaben.

Es wird festgelegt, dass die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation der Rechtsaufsicht des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales unterliegt (§ 40 SGB IX).

In § 41 Abs. 1 SGB IX wird detailliert festgehalten, dass die Rehabilitationsträger – hier unter Einschluss der Träger der Kinder- und Jugendhilfe und der Sozialhilfe/ Eingliederungshilfe – Daten zum Antrags- und Leistungsgeschehen erfassen. Nach § 41 Abs. 2 SGB IX wertet die BAR diese Daten unter Beteiligung der Rehabilitationsträger aus und erstellt dazu eine Übersicht (Teilhabever-

fahrensbericht). Der Bund erstattet der BAR die Kosten für die Bereitstellung, Aufarbeitung und Auswertung der Daten (§ 41 Abs. 3 SGB IX).

In der Gesetzesbegründung¹⁰ wird der textliche Befund („insbesondere“) bekräftigt, dass es sich nicht um eine abschließende Aufzählung handelt. Es wird darauf hingewiesen, dass die Anforderungen an Rehabilitation und Teilhabe sich fortlaufend verändern, so dass es möglich sein muss, die Aufgaben flexibel anzupassen.

Weiterhin wird betont, dass der Beobachtung der Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger und der Aus- und Bewertung dieser Zusammenarbeit anhand einer differenzierten Datengrundlage ein erhebliches Gewicht beigemessen wird (vgl. § 39 Abs. 2 Nr. 1). Hieraus, so die Gesetzesbegründung, solle die Arbeitsgemeinschaft Arbeitsschwerpunkte für eine Weiterentwicklung der Zusammenarbeit entwickeln, die mit den Zielen des SGB IX im Zusammenhang stehen. Diese könnten sein die Erstellung von Curricula zur trägerübergreifenden Beratung (vgl. § 39 Abs. 1 Nr. 4), die Begleitung des Peer-Prinzips in der Rehabilitation (vgl. § 39 Abs. 1 Nr. 5), Forschungsvorhaben über die Qualität der Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger, Evaluationen zu Fragen des Reha- und Teilhaberechts (vgl. § 39 Abs. 1 Nr. 9) und die Vorbereitung von Rechtsverordnungen, Förderrichtlinien oder zuwendungsrechtlichen Entscheidungen.

Im Gesetzgebungsverfahren hörte der Ausschuss für Arbeit und Soziales Sachverständige an, die Anhörung fand am 7. November 2016 statt¹¹. Hierbei wurde auch die BAR e.V. selbst angehört. In ihrer Stellungnahme¹² konstatierte sie, dass die Mängel des Instruments der Gemeinsamen Empfehlungen fehlende Verbindlichkeit und die Nicht-Einbeziehung aller Rehabilitationsträger sind. Der Gesetzentwurf stärke die Gemeinsamen Empfehlungen jedoch nicht. Die Neufassung von § 7 SGB IX und die umfassenden Sonderregelungen zum Eingliederungshilferecht begrenzten den Wirkungsgrad der Gemeinsamen Empfehlungen. Die Neuregelungen zur BAR selbst beurteilte diese so, dass zwischen den vom Gesetzgeber vorgesehenen Aufgaben und den satzungsgemäßen Aufgaben der

¹⁰ BT-Drs. 18/9522, 247 f.

¹¹ Ausschussdrucksache 18(11)801.

¹² Ausschussdrucksache 18(11)797.

BAR eine hohe Übereinstimmung besteht. Aus ungeschriebenem Recht werde nun geschriebenes Recht.

Der Deutsche Gewerkschaftsbund (DGB)¹³ und die Bundesvereinigung Deutscher Arbeitgeberverbände (BDA)¹⁴ unterstützten die Neuregelungen in den §§ 39-41 SGB IX ausdrücklich. Sie forderten klarzustellen, dass die Aufgaben der in diesen Normen genannten Bundesarbeitsgemeinschaft in den bisherigen Strukturen der BAR e.V. wahrgenommen werden und die Mitgliedschaftsrechte unberührt bleiben. Dies wurde auch als relevant für die Einbeziehung der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, der Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen, der Länder und von DGB und BDA selbst beschrieben. DGB und BDA forderten auch eine stärkere Verbindlichkeit der Gemeinsamen Empfehlungen.

Der GKV-Spitzenverband¹⁵ bewertete die Regelungen kritisch. Die vorgesehene Beobachtung, regelmäßige Auswertung und Bewertung der Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger greife zu weit in die Verwaltungsprozesse und die eigenverantwortliche Wahrnehmung der gesetzlichen Aufgaben durch die Selbstverwaltungskörperschaften der Rehabilitationsträger ein, diese Aufgabe müsse auf die für die übergreifende Koordination erforderlichen Handlungsfelder reduziert werden. Zum Teilhabeverfahrensbericht führte der GKV-Spitzenverband an, dass Aufwand und Nutzen der beabsichtigten Datenerhebung in keinem angemessenen Verhältnis stünden.

Kritisch äußerte sich auch die Deutsche Rentenversicherung (DRV) Bund¹⁶. Die zusätzliche eigenständige Rolle der BAR gehe über die bisherige Funktion einer Handlungsplattform der Rehabilitationsträger weit hinaus. Das Prinzip, dass der, der die Finanzierung trägt, auch gestaltet, bleibe unberücksichtigt. §§ 39-41 SGB IX seien ein Eingriff in die Rechte der Selbstverwaltungen der Rehabilitationsträger. Aufwand und Nutzen der Datenerhebung für den Teilhabeverfahrensbericht würden kritisch betrachtet.

¹³ Ausschussdrucksache 18(11)796.

¹⁴ Ausschussdrucksache 18(11)736.

¹⁵ Ausschussdrucksache 18(11)781.

¹⁶ Ausschussdrucksache 18(11)788.

Die Sozialverbände VdK¹⁷ und SoVD¹⁸ sowie der AWO-Bundesverband¹⁹ forderten, dass die Träger der Eingliederungshilfe verbindlich in die Zusammenarbeit in der BAR einbezogen werden. Der VdK fordert zudem, dass die Arbeitsergebnisse der BAR für die Rehabilitationsträger verpflichtend und ihre Nichtbeachtung sanktionsbewehrt sein muss. Der SoVD legt besonderen Wert auf die zukünftige Partizipation der Verbände behinderter Menschen an der BAR entsprechend Art. 4 Abs. 3 UN-BRK.

Die genannten Vorschriften wurden im Gesetzgebungsverfahren nicht mehr verändert. Das Gesetz wurde am 1.12.2016 vom Deutschen Bundestag und am 16.12.2016 vom Bundesrat beschlossen. Der Bundestag begleitete den Gesetzesbeschluss mit der Entscheidung über einen Entschließungsantrag der Fraktionen der CDU/CSU und SPD²⁰. Darin heißt es (Seite 4):

„Die Aufgaben der in § 39 SGB IX genannten Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation als Arbeitsgemeinschaft (BAR) im Sinne von § 94 SGB X werden in den bisherigen Strukturen der bestehenden BAR wahrgenommen. Die Mitgliedschaftsrechte der bestehenden BAR e.V. bleiben hiervon unberührt.

Mit dem Bundesteilhabegesetz wurde in § 39 SGB IX die gemeinsame Forderung der Bundesvereinigung der deutschen Arbeitgeberverbände (BDA) und des Deutschen Gewerkschaftsbundes (DGB) nach expliziter gesetzlicher Normierung der BAR unter der Maßgabe aufgegriffen, dass die Vereinigung der Rehabilitationsträger bereits vollzogen war. Sie hat sich im Rahmen des im gegliederten System der Sozialversicherung maßgebenden Prinzips der Selbstverwaltung einen Organisationsrahmen als Verein (BAR e. V.) gegeben. Diese Strukturen sollen durch das Bundesteilhabegesetz nicht beeinträchtigt oder nachträglich durch sozialrechtliche Regelungen überlagert werden.

In der nun erstmals gesetzlich fixierten Aufgabe der Rehabilitationsträger, eine Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation i. S. v. § 94 SGB X zu bilden, ist kein neuer Errichtungsauftrag zu erkennen. Die bereits bestehende BAR bildet weiterhin den operativen Rahmen für die Organisation und Gestaltung der

¹⁷ Ausschussdrucksache 18(11)787.

¹⁸ Ausschussdrucksache 18(11)777.

¹⁹ Ausschussdrucksache 18(11)771.

²⁰ BT-Drs. 18/10528 vom 30.11.2016.

trägerübergreifenden Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger. Die gesetzliche Neuregelung bildet insoweit ausschließlich den Status quo ab. Die Schaffung von Parallelstrukturen oder einem isolierten Nebeneinander der bisherigen BAR und einer „BAR nach § 94 SGB X“ ist nicht beabsichtigt. Insbesondere bleiben die Mitglieder- und Gremienstrukturen sowie ihre Entscheidungskompetenzen durch diese Änderung unberührt und die Rolle der Sozialpartner in der BAR unverändert erhalten.“

Das Gesetz wurde ausgefertigt und im Bundesgesetzblatt verkündet²¹. Die genannten Vorschriften werden zum 1.1.2018 in Kraft treten.

2. Bewertung und Ausblick

Der Gesetzgeber des BTHG verfolgte unter anderem das Ziel, die Zusammenarbeit der unter dem Dach der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation befindlichen Rehabilitationsträger und die Transparenz des Rehabilitationsgeschehens zu verbessern²². Er behielt bezüglich der gemeinsamen Empfehlungen die bisherige Rechtslage bei²³, die bei ihrer Schaffung 2001 das erklärte Ziel hatte, die Koordination der Leistungen und die Kooperation der Rehabilitationsträger durch wirksame Instrumente bei einem Vorrang von Selbstverwaltungslösungen sicherzustellen²⁴.

Mit der Neuerung in den §§ 39-41 SGB IX wird die Bildung der BAR als Aufgabe der Rehabilitationsträger festgeschrieben, wobei betont wird, dass diese als Selbstverwaltungskörperschaften organisiert sind²⁵. Bezüglich der Rechtsaufsicht nach § 40 SGB IX wird eine einheitliche Aufsicht des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales über die BAR auch insoweit her- und klargestellt als die Mitglieder, insbesondere der GKV-Spitzenverband (§ 217d SGBV), einer ande-

²¹ Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (Bundesteilhabegesetz – BTHG) vom 23.12.2016, BGBl. I, 3234.

²² BT-Drs. 18/9522, 3.

²³ BT-Drs. 18/9522, 243.

²⁴ BT-Drs. 14/5074, 101.

²⁵ BT-Drs. 18/9522, 248.

ren Aufsicht unterliegen oder, wie DGB und BDA, als privatrechtliche gesellschaftliche Organisationen keiner Aufsicht unterliegen.

Der neu eingeführte Teilhabeverfahrensbericht wird damit begründet²⁶, dass die dort genannten Daten bisher weder von den Rehabilitationsträgern nach einheitlichen Vorgaben erhoben werden, noch untereinander vergleichbar sind. Die neue gesetzliche Regelung soll die Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger und das Leistungsgeschehen transparenter machen, um Möglichkeiten der Evaluation und Steuerung eröffnen. Der Bericht, so die Gesetzesbegründung, wird als Ausfluss aus dem Demokratie- und Rechtsstaatsprinzip eingeschätzt, der Einsicht in hoheitliches Handeln schaffe. Die neue gesetzliche Regelung soll die Zusammenarbeit der Träger und das Reha-Leistungsgeschehen transparenter machen und Möglichkeiten der Evaluation und Steuerung eröffnen. Dies diene der Umsetzung von Art. 26 UN-BRK.

Der Gesetzgeber hat sich dafür entschieden, den mit dem SGB IX eingeschlagenen Pfad einer Stärkung der Koordination und Kooperation der Rehabilitationsträger weiterzuverfolgen. Dabei sollen die Rehabilitationsträger gemeinsame Empfehlungen im Rahmen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation unter Wahrung ihrer Selbstverwaltung und unter Einbeziehung der Selbstverwaltungsorgane vereinbaren. Die Implementation und Überwachung der gemeinsamen Empfehlungen und anderer gemeinsamer Entscheidungen der Rehabilitationsträger liegt im Wesentlichen bei diesen selbst.

Der Gesetzgeber hat die vor dem und im Gesetzgebungsverfahren verschiedentlich diskutierten Forderungen nach einer stärkeren gesetzlich angeordneten Verbindlichkeit der gemeinsamen Empfehlungen und der Einbeziehung der Träger der Sozialhilfe/Eingliederungshilfe und der Kinder- und Jugendhilfe in die Koordination nicht aufgegriffen. Ursächlich hierfür ist vermutlich vor allem die antizipierte Ablehnung dieser Vorschläge durch die Länder im Bundesrat sowie durch die kommunalen Spitzenverbände gewesen. Die Stellungnahmen des GKV-Spitzenverbandes und der DRV Bund zeigen jedoch, dass auch die Sozialversicherungsträger sich vermutlich zu verbindlicheren Regelungen der Koordination und Kooperation ablehnend verhalten hätten.

²⁶ BT-Drs. 18/9522, 249 f.

Regelungen zur stärkeren Verbindlichkeit wären zudem für alle Rehabilitationsträger im Rechtskreis der Länder wegen Art. 84 Abs. 1 Satz 5 GG und insbesondere bei Einbeziehung der Träger der Eingliederungshilfe und der Kinder- und Jugendhilfe wegen Art. 84 Abs. 1 Satz 7 GG mit dem Risiko belastet gewesen, dass gegen sie verfassungsrechtliche Einwände vorgebracht und gegebenenfalls Rechtsmittel eingelegt worden wären. Die stärkere Einbeziehung der Leistungserbringer und des Leistungserbringungsrechts wäre ebenfalls verfassungsrechtlichen Einwänden ausgesetzt gewesen, die an die Diskussion über die Legitimation des Gemeinsamen Bundesausschusses nach dem SGB V angeknüpft hätten²⁷. Wegen der Vielgestaltigkeit und fehlenden Organisation der Leistungserbringer in den unterschiedlichen Bereichen hätte es hier zu schwierigen Legitimationsfragen kommen können.

Im Bundesteilhabegesetz wird in den §§ 39-41 SGB IX das Konzept verfolgt, durch einen eigenen gesetzlichen Auftrag und eine festgeschriebene Rechtsaufsicht die Abhängigkeit der BAR von einem Konsens der Rehabilitationsträger abzumildern und damit zumindest die Erfüllung der schon bisher in der Satzung der BAR e.V. enthaltenen Aufgaben zu erleichtern und in strittigen Fällen zu ermöglichen. Besonderes Gewicht legt der Gesetzgeber auf die Schaffung und Interpretation einer Datenbasis, die der BAR, der Bundesregierung und der interessierten Öffentlichkeit besser ermöglicht, die Einhaltung der gesetzlichen Vorschriften zu beobachten und zu beurteilen.

Der Deutsche Bundestag hat durch den Entschließungsantrag sehr deutlich gemacht, dass er die in §§ 39-41 SGB IX benannten Aufgaben und den dort geregelten Status einer Arbeitsgemeinschaft nach § 94 Abs. 1a SGB X der bereits bestehenden BAR übertragen will, was insbesondere die Mitgliedschaft des DGB und der BDA als Privatrechtssubjekte einschließt. Da die BAR keine Verwaltungsakte gegenüber einzelnen Personen erlässt und keine unmittelbaren Durchgriffsrechte gegenüber den Rehabilitationsträgern hat und die Gemeinsamen Empfehlungen nach §§ 25, 26 SGB IX auch weiterhin von den Rehabilitationsträgern im Rahmen der BAR und nicht von der BAR selbst beschlossen werden, stellen sich voraussichtlich keine unüberwindlichen Legitimationsprobleme. Die Bildung von beratenden und durch Sachkunde legitimierten Arbeitsgemein-

²⁷ Vgl. BVerfG, Beschluss vom 10.11.2015, 1 BvR 2056/12, BVerfGE 140, 229.

schaften, die Private einschließen, ist im Sozialrecht auch an anderen Stellen üblich (so die Nationale Präventionskonferenz, § 20e SGB V; die Arbeitsgemeinschaften der öffentlichen und der freien Jugendhilfe, § 78 SGB VIII; die Arbeitsgemeinschaften der Sozialhilfe, § 4 Abs. 2 SGB XII). Zudem ist in der Gesetzesbegründung in Aussicht gestellt, dass bei der Wahrnehmung hoheitlicher Aufgaben eine entsprechende Beleihung vorgenommen werden kann²⁸.

Wie aus den Stellungnahmen der DRV Bund und des GKV-Spitzenverbandes deutlich geworden ist, steht die Stärkung der BAR und der in ihrem Rahmen ausgeübten Selbstverwaltung in einem Spannungsverhältnis zum traditionellen Verständnis von Selbstverwaltung in den einzelnen Rehabilitationsträgern. Wird jedoch Selbstverwaltung weniger als Autonomie der einzelnen Verwaltungsträger gegenüber anderen Verwaltungsträgern, sondern als Einbeziehung gesellschaftlich relevanter Interessen und als Beteiligung der Betroffenen an der sie betreffenden Verwaltungstätigkeit verstanden, ist ein Korrektiv gegen die Verselbständigung von Organisations- und Verwaltungsinteressen erforderlich. Bei einem solchen Verständnis kann eine organisationsexterne Diskussion und Evaluation der Verwaltungstätigkeit im Lichte der gesetzlichen und gesellschaftlichen Ziele die Selbstverwaltung auch in den einzelnen Verwaltungsträgern stärken.

Die wichtigsten Trägerorganisationen der sozialen Selbstverwaltung, DGB und BDA, haben die Neuregelungen befürwortet. Ihnen kommt nun eine besondere Verantwortung dafür zu, das damit verbundene Konzept mit Leben zu erfüllen. Dafür sind insbesondere folgende Punkte zu empfehlen und weiter zu diskutieren:

- Ein möglicher Widerspruch zwischen der Selbstverwaltung im Rahmen der BAR und im Rahmen der einzelnen Rehabilitationsträger muss durch eine offene, an den Zielen des Gesetzes und der Gewerkschaften und Arbeitgeberverbände orientierte Diskussion thematisiert und aufgelöst werden;
- Die vorgesehene stärkere Einbeziehung der Partizipation Betroffener durch stärkere Einbeziehung von Selbsthilfe- und Selbstvertretungsorganisationen von Menschen mit Behinderungen in die Arbeit der BAR sollte als Stärkung des ehrenamtlichen Engagements und der Einbeziehung Betroffener in die

²⁸ BT-Drs. 18/9522, 249.

Selbstverwaltung und nicht als Konkurrenz verstanden werden. Entsprechend sollten sich DGB und BDA diese Einbeziehung zu einem besonderen Anliegen machen;

- Die neuen und geschärften Aufgaben der BAR in der Beobachtung der Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger und der Bewertung von Daten erfordern ein hohes Maß an Expertise. Sie können nur dann gelingen, wenn dieses Wissen auch unabhängig von der hauptamtlichen Verwaltung entfaltet werden kann. Insofern benötigen die im Kontext der BAR tätigen Ehrenamtlichen und Vertreterinnen und Vertreter der Selbstverwaltung einen eigenständigen Zugang zur nötigen Schulung und wissenschaftlichen Expertise.

Stichwortverzeichnis

Dieser Index enthält Stichworte mit Seitenangaben und zentralen Fundstellen. Letztere werden durch Unterstreichung kenntlich gemacht.

Stichwort	Seite
Arbeitgeber, -verbände	
Arbeitnehmer	
Arbeitsförderung, gesetzliche	
Ausschuss, Ausschüsse	
Behinderung	
Behindertenrechtskonvention	
Beirat, Beiräte	
Benachteiligung	
Betriebliche Gesundheitsförderung	
Betriebliches Eingliederungsmanagement	
Betriebsrat	
Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS)	
Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR)	
Bildung, s. auch Qualifizierung, Schulung	
Bundesagentur für Arbeit	
Bundesteilhabegesetz	
Bundesverfassungsgericht	
Bundeswahlbeauftragter für die Sozialversicherungswahlen, s. auch Wahlen	
Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA)	
Deutscher Gewerkschaftsbund, s. Gewerkschaften	
Ehrenamt	
Eingliederung	
Erwerbsfähigkeit, -gesellschaft	
Fachliteratur	
Forschung, s. auch Wissenschaft	

Fortbildung
Freistellung
Gemeinsame Empfehlungen
Gemeinsame Servicestelle
Gemeinsames Handeln
Gerechtigkeit, soziale
Gewerkschaften, s. Deutscher Gewerkschaftsbund
GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetz
GKV-Versorgungsstärkungsgesetz
Gremien, Bildung und Zusammensetzung
Grundgesetz
Hans-Böckler-Stiftung
Integration(s), auch -amt
Kooperation, s. auch Zusammenarbeit
Kordinierung
Krankenversicherung, gesetzliche
Leichte Sprache
Leistungen zur Teilhabe
Listenträger
Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
Mitgliederversammlung
Nachhaltigkeit, Nachsorge
Organisationen, vorschlagsberechtigte
Orientierungsrahmen
Paritätisch
Personalvertretung
Pflegeversicherung
Prävention
Qualifizierung, s. auch Bildung, Schulung
Rehabilitation, s. auch Teilhabe
Rehabilitation, medizinische
Rentenversicherung, gesetzliche
Satzung
Schulung, s. auch Bildung, Qualifizierung

Schwerbehinderte, auch Vertretung
Selbstverwaltung, soziale
Selbstverwaltung, paritätische
Solidarität
Soziale Sicherung
Sozialgesetzbuch
Sozialleistungen
Sozialpartner
Sozialpolitik
Sozialstaat
Sozialversicherungsträger
Sozialhilfe
Sozialwahl(en)
Stufenmandat, auch -funktion
Tarifvertrag
Teilhabe, auch -leistungen, -plan
Teilhabe behinderter Menschen
Teilhabe am Arbeitsleben
Transparenz
UN-Behindertenrechtskonvention
Unfallversicherung, gesetzliche
Versicherte
Versichertenälteste, -berater
Versicherungsträger
Vertreterversammlung
Verwaltungsrat
Vorbesprechung
Vorstand
Wahlen
Wettbewerb
Wissenschaft, s. auch Forschung
Zusammenarbeit

Anhang

A.1 Kurzfragebogen

Kurz-Fragebogen

zur Erfassung des organisatorisch-formalen Rahmens der Tätigkeit eines Selbstverwalters bei den Sozialversicherungsträgern, bzw. der gesetzlichen Arbeitsförderung.

(bitte deutliche Antworten durch Streichung, Kennzeichnung oder Eintragung)

Daten zur Person

- 1.1: Name.....
- 1.2: Postadresse
- 1.3: Mailadresse
- 1.4: Telefon
- 1.5: Geburtsjahr

Angaben zur Funktion

- 2.1: Ich bin als Selbstverwalter tätig seit dem Jahre.....
- 2.2: Ich wurde vorgeschlagen von(Name der vorschlagsberechtigten Organisation, § 48 SGB IV)
- 2.3: Ich bin Selbstverwalter bei der/demName des Sozialversicherungsträgers)
in
- 2.4: Ich bin Mitglied / Vorsitzender / Stellvertreter
- im Verwaltungsrat / im Verwaltungsausschuss / im Vorstand / in der Vertreterversammlung und gehöre dort folgendem Ausschuss / folgenden Ausschüssen an
- als Versichertenältester (Versichertenberater) bzw. Vertrauensperson (§ 39 SGB IV) oder in sonstiger Funktion tätig, und zwar als

2.5: Ich bin außerdem Selbstverwalter bei einem anderen Träger der Sozialversicherung bzw. der Arbeitsförderung, und zwar

.....

Zur praktischen Ausübung des Amtes

3.1: Wie oft sind Sie im Laufe eines Jahres als Selbstverwalter tätig?

.....

.....

.....

3.2: Welcher Zeitaufwand ist mit Ihrer Selbstverwaltertätigkeit verbunden -- einschließlich Vorbereitung, Reisezeit und Nacharbeit?

.....

.....

.....

3.3: Werden Sie als Selbstverwalter von einem eigenständigen Büro Ihres Versicherungsträgers betreut? JA / NEIN

3.4: Wie viele Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeiter hat dieses Büro?

.....

.....

3.5: Wie ist der Kontakt zu Ihrem Listenvertreter gestaltet?

.....

.....

.....

.....

Wir danken Ihnen für Ihre Mitwirkung und bitten Sie, den ausgefüllten Fragebogen bis zum zurückzusenden an: Karl-Heinz Köpke

A.2 Themenfelder für die Expertenbefragung

Themenfeld 1: Zur persönlichen Wahrnehmung des Ehrenamtes

Als Selbstverwalter haben Sie viele Erfahrungen gesammelt. Für unser Projekt ist es wichtig zu wissen, wie Sie zu diesem Ehrenamt gekommen sind, welche Voraussetzungen eine Rolle spielten und wie Sie sich auf diese Aufgabe vorbereitet haben. Nehmen Sie an Schulungen teil? Wer ist der Veranstalter?

Themenfeld 2: Zur konkreten Ausübung des Ehrenamtes

Die Wahrnehmung Ihrer Aufgabe erfordert vielfältige Informationen. Wie beurteilen Sie die Informationen der Verwaltung? Entsprechen sie Ihrem Bedarf? Helfen sie, den „natürlichen“ Wissensunterschied zur Verwaltung auszugleichen bzw. zu reduzieren? Haben Sie Kontakte zu betrieblichen Funktionsträgern (z.B. Betriebsrat, Personalleitung)? Werden Vorbesprechungen durchgeführt?

Themenfeld 3: Von der Beratung zur Entscheidung – Zusammenarbeit und Arbeitsstil

Die Zusammenarbeit von Selbstverwaltung und Verwaltung ist für die Sozialversicherung von zentraler Bedeutung. Wie erleben Sie diese? Ist sie von Vertrauen und Offenheit geprägt oder gibt es Vorbehalte? Haben Sie unterschiedliche Auffassungen bis hin zu Konflikten erlebt, wenn ja, wie wurden sie gelöst? Gibt es konkrete Abstimmungen?

Themenfeld 4: Auf dem Weg zu einer guten Versorgung

Sozialleistungen nach dem Sozialgesetzbuch und seinen einzelnen Büchern sollen durch Prävention und Rehabilitation zur Erhaltung und Sicherung von Beschäftigungsfähigkeit und Teilhabe beitragen. Welchen Stellenwert haben diese beiden Instrumente in Ihrer täglichen Arbeit?

Prävention und Rehabilitation können auch Zuständigkeiten verschiedener Träger (Krankenkassen, Unfallversicherung, Rentenversicherung, Arbeitsämter) berühren. Haben Sie Erfahrungen über die Zusammenarbeit mit mehreren Trägern, wenn ja, welche?

Themenfeld 5: Einige spezielle Fragen

Ein Gradmesser für die Zusammenarbeit mit Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Unfallkassen, Rentenversicherung und Bundesagentur für Arbeit können Beispiele sein. Welche fallen Ihnen dazu ein, vielleicht zum betrieblichen Eingliederungsmanagement – BEM (§ 84 Abs. 2 SGB IX), zu Gemeinsamen Servicestellen (§§ 22 ff. SGB IX) oder Gemeinsamen Empfehlungen (§ 13 SGB IX)? Welche davon würden Sie anderen Selbstverwaltern empfehlen?

Themenfeld 6: Abschließende Bemerkungen

Welches ist für Sie das größte Problem, die größte Herausforderung als Selbstverwalter?

Fällt Ihnen sonst noch etwas ein, womit Rehabilitation verbessert werden könnte?

A.3 Auswertungsinstrument

Instrument I – Experteninterviews – Übersicht der Antworten						
Name	Themenfeld 1		Themenfeld 2		Themenfeld 3	
	Frage 1	Frage 2	Frage 3	Frage 4	Frage 5	Frage 6
Name (V)						
Name (AG)						
Name (V)						
Name (AG)						
Name (V)						
Name (AG)						
Name (V)						

Themenfeld 1: Frage 1: Wie ins Amt gekommen und wie vorbereitet

Frage 2: Teilnahme an Schulungen – Von wem veranstaltet?

Themenfeld 2: Frage 3: Bedarfsgerechte Infos der Verwaltung?

Frage 4: Kontakt zu Versicherten – Vorbesprechungen?

Themenfeld 3: Frage 5: Güte der Zusammenarbeit?

Frage 6: Divergenzen – Lösungen – Abstimmungen?

Kurztitel des Kapitels oder Beitrages | 183

	Themenfeld 4		Themenfeld 5		Themenfeld 6	
Name	Frage 7	Frage 8	Frage 9	Frage 10	Frage 11	Frage 12
Name (V)						
Name (AG)						
Name (V)						
Name (AG)						
Name (V)						
Name (AG)						
Name (V)						

Themenfeld 4: Frage 7: Stellenwert von Prävention und Rehabilitation?

Frage 8: Erfahrung mit Zusammenarbeit?
Wenn ja, welche?

Themenfeld 5: Frage 9: Beispiele für Zusammenarbeit bekannt? Welche?
kannst,

Frage 10: Inhalte/Beispiele zu BEM,GS oder GE be-
wenn ja, welche?

Themenfeld 6: Frage 11: Größtes Problem, größte Herausforderung?

Frage 12: Vorschlag zur Reha-Verbesserung?

Instrument II – Ergebnisse Kurz-Fragebogen

Name	Frage 2.1: Beginn Tätigkeit als Selbstverwalter	Frage 2.5: Tätigkeit bei ande- ren Trägern der So- zialversicherung/ Arbeitsförderung	Frage 3.1: Anzahl der Tätigkei- ten im Laufe eines Jahres	Frage 3.2: Zeitaufwand der Tä- tigkeit als Selbst- verwalter insge- samt	Frage 3.5: Art des Kontakts zu den Listenvertretern
Name (V)					
Name (AG)					
Name (V)					
Name (AG)					
Name (V)					
Name (AG)					
Name (V)					

A.4 Informationsblatt „Sozialwahlen 2017“ für Selbstverwalterinnen und Selbstverwalter

Entwurf

Sozialwahlen 2017 Informationen für Selbstverwalterinnen und Selbstverwalter in der gesetzlichen Sozialversicherung

Mit der Sozialwahl haben Sie das Amt eines Selbstverwalters bzw. einer Selbstverwalterin übernommen. Damit können Sie Ihre Erfahrungen aus der Berufs- und Arbeitswelt in eine praxisnahe Anwendung des Sozialrechts einbringen und die Entscheidungen der Verwaltung lebensnah machen. Mit der Übernahme dieses Ehrenamtes leisten Sie einen wertvollen Beitrag für unsere Gesellschaft.

Die folgenden Informationen sollen helfen, dieses Ehrenamt verantwortungsvoll wahrzunehmen.

- Ihr Mandat haben Sie als ein Vertreter der Versicherten oder der Arbeitgeber über eine Vorschlagsliste einer vorschlagsberechtigten Organisation erhalten.
- Vorschlagsberechtigte Organisationen sind vor allem Gewerkschaften und andere selbständige Arbeitnehmervereinigungen sowie deren Verbände und Vereinigungen von Arbeitgebern und deren Verbände.
- Ihre Aufgabe als Mitglied einer Vertreterversammlung bzw. eines Verwaltungsrats ist es, die Interessen Ihrer Gruppe einzubringen.
- Insbesondere obliegt es Ihnen, die Leitung des Versicherungsträgers zu wählen und zu beaufsichtigen. Dazu beraten Sie die Verwaltung über Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch und seinen einzelnen Büchern und geben ihr Weisungen zur Umsetzung.
- Ihren Erfahrungen kommt besondere Bedeutung zu; so erhalten die Gesetze Lebensnähe. Der Zusammenarbeit von Versicherten und Arbeitgebern in der Arbeitswelt erhält insofern ein zusätzliches Gewicht.
- Um diese Erfahrungen handhabbar zu machen, führen die Gruppen der Versicherten und der Arbeitgeber regelmäßig Vorbesprechungen durch.

- Auskunft und Rat erhalten Selbstverwalter durch eine selbstständige Verwaltungsstelle des Versicherungsträgers (Büro der Selbstverwaltung). Es hilft mit, Ihr Wollen mit den Vorgaben des Gesetzes zu verbinden.
- Zur Unterstützung der Selbstverwalter führen die Listen- und die Versicherungsträger eigenständig Qualifizierungsmaßnahmen durch. Teilnahme ist sehr anzuraten.
- Für die Erfüllung Ihrer Aufgabe brauchen Sie neben Engagement und Qualifizierung vor allem Zeit. Selbstverwalter sollten dies sicherstellen. Helfen kann dabei § 40 Abs. 2 SGB IV. In diesem Gesetz finden Sie im Übrigen auch die rechtlichen Grundlagen Ihres Ehrenamtes.

Im Herbst 2017