

Grundzüge der Geschichte

Von Prof. Dr. Florian Tennstedt

Die Selbstverwaltung ist von Anfang an ein tragendes Prinzip der Sozialversicherung gewesen. Sie knüpfte an Selbstverwaltungsrechte in den bereits vorher bestehenden genossenschaftlichen Einrichtungen an. Nur während der Zeit des Dritten Reiches war sie durch das Führerprinzip abgelöst.

Geschichtliche Entwicklung

Die 1883 einsetzende Sozialversicherungsgesetzgebung des Staates hatte drei Grundelemente:

1. Eingreifen des Staates durch Versicherungszwang, organisatorisch und mit materiellen Leistungen,
2. Heranziehung der Arbeitgeber bei der Organisation der Mittelaufbringung,
3. Selbstverwaltung durch korporative Zusammenfassung, das berufsgenossenschaftliche Prinzip. Für alle diese Grundelemente finden sich Vorläufer in den älteren Rechtszuständen und Einrichtungen.

Die mit der Bismarckschen Sozialpolitik einhergehende Selbstverwaltung — in der Kaiserlichen Botschaft vom 17. Nov. 1881 wurde treffend von „korporativen Genossenschaften unter staatlichem Schutz und staatlicher Förderung“ gesprochen — erhielt einen neuen Akzent durch Bismarcks Grundanschauung: „Mir hat immer als Ideal eine monarchische Gewalt vorge-schwebt, welche durch eine unabhängige, nach meiner Meinung ständische oder berufsgenossenschaftliche Landesvertretung soweit kontrolliert wäre, daß Monarch oder Parlament den bestehenden gesetzlichen Rechtszustand nicht einseitig, sondern nur communis consensu ändern können, bei Öffentlichkeit und öffentlicher Kritik aller staatlichen Vorgänge durch Presse und Landtag“.

Die Krankenversicherung war dementsprechend durch Dezentralisation auf berufsgenossenschaftlicher Basis gekennzeichnet; entsprach innerhalb dieses Rahmens aber mehr den bisherigen

Kassenformen und dem aus christlichen Grundanschauungen entstandenen Konzept Theodor Lohmanns einer „versöhnenden Arbeiterpolitik“, die auf Förderung von Rechtsformen hinauslief, die den Arbeiter als selbstverantwortlichen, mitbestimmenden Faktor am „Kulturleben“ teilnehmen lassen sollten. Gegenüber der 1870—1914 konstanten innenpolitischen Feindmarkierung „Sozialdemokrat“ und den entsprechenden — nicht nur während des Sozialistengesetzes (1878—1890) erfolgten! — Repressionen beinhaltete es faktisch, wie auch die ganze staatliche Sozialversicherungspolitik, eine Integrationsstrategie, durch die der Staat „erziehend“ auf die Arbeiterschaft wirken und wohltatengebend erlebt werden sollte. In der Konsequenz führte das dann aber zu einer großen Zersplitterung: soviel Gewerbe (Berufsgenossen) soviel Kassen konnte es grundsätzlich pro Ort geben (besondere Ortskrankenkassen als Grundtyp), dazu noch Fabrik-, Innungs- und Gemeindekrankenkassen sowie die zunächst beibehaltenen freien Hilfskassen, die die gesetzlichen Zwangskassen ersetzen oder ergänzen konnten. Diese Nachteile wurden aber in Kauf genommen; rein verwaltungstechnisch erhoffte man sich bei den vorübergehenden und häufig eintretenden Unterstützungsfällen, die zudem nur begrenzt „objektivierbar“ waren, eine Kontrolle gegen Simulation (durch die anderen Kassenmitglieder), gleiches Krankheitsrisiko, Sorgfalt und Sparsamkeit. Außerdem boten die Zwergkassen keine neue politische Organisationsmöglichkeit. In diesem Rahmen bestand eine außerordentlich weitgehende Selbstverwaltung: im Gesetz waren nur Mindestleistungen normiert, und die staatlichen Aufsichtsbefugnisse waren beschränkt;

auf eine möglichst weitgehende direkte Vertretung der Kassenmitglieder in der Generalversammlung als Korrelat zur Zwangsmitgliedschaft (der entscheidenden sozialpolitischen Neuerung) legte der Reichstag dann noch besonderen Wert.

In der Krankenversicherung zeigt sich zunächst, daß die Arbeitnehmer kaum Interesse hatten, mittels Krankenversicherungsselbstverwaltung zur „verantwortlichen Teilnahme an sozialen Reformen“ erzogen zu werden. Die Verwaltung der Krankenkassen mußte in der ersten Phase (etwa 1884—1887) durch die Instanzen getätigt werden, die sie errichtet hatten; also bei den Ortskrankenkassen durch die Aufsichtsbehörden und deren Organe. Die zweite Phase (etwa 1887—1895) ist durch Selbstverwaltung gekennzeichnet, allerdings überwiegend durch die Arbeitgeber und deren Interessen verpflichtete Angestellte („Beamte“) auch bei den Ortskrankenkassen. Die politisch interessierten Arbeiter waren der Integrationsstrategie ausgewichen und hatten die freien Hilfskassen ausgebaut, die zudem — infolge der ärztlichen Voruntersuchung — ein günstigeres Verhältnis von Beiträgen zu Leistungen hatten. In den Jahren 1886—1892 hatten nun aber Verwaltungsbehörden, Gerichte und Gesetzgeber die Möglichkeiten einer Hilfskasse, als Ersatzkasse anerkannt zu werden, derart eingengt, daß nach und nach immer mehr Hilfskassenmitglieder Mitglieder der Zwangskasse wurden. Außerdem war 1890 das Sozialistengesetz mit seiner offenen Repression aufgehoben worden. Damit beginnt der sogenannte „Sturm der Sozialdemokratie auf die Krankenversicherung“. Die Selbstverwaltung wird politisiert, vor allem freigewerkschaftlich organisierte Arbeiter nehmen Einfluß auf die Krankenkassenverwaltung und werden hierbei von der SPD, die die Sozialversicherungsgesetze im Reichstag abgelehnt hatte, unterstützt. Später konkurrieren mit ihnen dann auch die christlichen Gewerkschaftsmitglieder und die Hirsch-Dunckerschen Gewerkschaftsvereine, vor allem bei den Ortskrankenkassen, während in den anderen Kassentypen der Arbeitgeber- oder kommunale Einfluß weiter dominierte, sie standen außerdem in Konkurrenz zu den Ortskrankenkassen. Diese Phase währt in etwa bis 1933. Die Wahlkämpfe für die Krankenkassenwahlen werden zum großen Teil auch mit übergeordneten politischen Parolen geführt, und die Wahlen gewinnen wohl von dort her vor allem ihre relative Attraktivität. Die Beteiligung der Versicherten insgesamt, gemessen an den nach Mehrheitswahlrecht geregelten „Zuwahlen“ zum Ausschuß (feste Amtsperioden und Wahltermine gab es noch nicht), war relativ bescheiden, sie betrug etwa 5 bis 10 v. H. der Mitglieder, erst 1913/14 wird

eine Wahlbeteiligung von etwa 30 v. H. erreicht. Die funktionierende Selbstverwaltung durch die Versicherten selbst hat im wesentlichen vier Aspekte gehabt:

1. Konsequenter Ausbau der Sicherung gegen die ökonomischen Folgen der Krankheit (Lohnausfall) bei den Mitgliedern, Ausweitung des Versichertenkreises durch satzungsgemäße Einbeziehung der Familienangehörigen, Ausbau der Sachleistungen (freie ärztliche Behandlung, Arznei, Brillen, kleinere Heilmittel) einschließlich intensiver sozialhygienischer Aufklärung mit politisch-sozialkritischer Akzentuierung.

2. Aufstiegs- oder zumindest „Unterschlupfmöglichkeiten“ für gewerkschaftlich organisierte Arbeiter, die bei Staat und Industrie „schwarzgeschrieben“ waren. Die davon ausgehenden Wirkungen wurden von einigen Sozialwissenschaftlern den materiellen Leistungen der Sozialversicherung mindestens für gleich erachtet. Prominentester „Aufsteiger“ war der preußische Ministerpräsident Otto Braun, 1899 bis 1911 Geschäftsführer der OKK in Königsberg. Wegen der „Ämterpatronage“ mit umgekehrten Vorzeichen, die allerdings kaum spezifische „Mißstände“ zur Folge hatte, zogen sich die Arbeitgeber weitgehend zurück und gründeten verstärkt Betriebskrankenkassen. Die staatlichen Stellen, vor allem in Preußen, verfolgten diese Entwicklung mit starkem Mißtrauen, zumal sie die damit einhergehende revisionistische Wandlung der Arbeiterschaft aufgrund des pauschalen Feindbildes nicht wahrnahmen; ihre gesetzliche Eingriffsmöglichkeiten waren aber zunächst gering.

3. Die überregionale Organisation der Krankenversicherung, die vom Gesetzgeber gar nicht vorgesehen war, wurde in dem Maße immer wichtiger, wie sich geschulte Kräfte des Staates und der Arbeitgeber aus der Verwaltung zurückzogen. Schon ab 1885 hatten sich einzelne Krankenkassen innerhalb von Regierungsbezirken, Provinzen und Ländern zwecks Meinungs- und Erfahrungsaustausch zu losen Vereinigungen zusammengeschlossen oder hielten gemeinsame Tagungen ab. 1894 erreichte diese Entwicklung mit der Gründung des „Centralverbandes von Ortskrankenkassen im Deutschen Reich“ ihren vorläufigen Abschluß. Die Kassenvereinigungen, die „hinter“ oder „über“ den einzelnen Kassen standen, die ihre Selbständigkeit behielten, bildeten mit diesen bald ein untrennbares Ganzes und mediatisierten sie ebenso wie die Gewerkschaftsverbände. Dieses war dadurch bedingt, daß die kleinen Kassen, die Selbstverwaltung und Selbstkontrolle der Versicherten gewährleisten sollten, sich nur eine „angemessene“, billige Verwaltung leisten konnten. Die Grundaufgaben der Spit-

zenverbände waren also Vereinfachung der Geschäftsführung und Verbesserung der Wirtschaftlichkeit. Seit der Jahrhundertwende erweiterte sich das Tätigkeitsfeld des ersten Spitzenverbandes der Ortskrankenkassen dadurch, daß er

- a) vorrangig die ökonomischen Auseinandersetzungen mit Ärzten (seit 1900 zunehmend nach gewerkschaftlichem Muster im von Hermann Hartmann gegründeten Leipziger Verband organisiert) und Apothekern koordinierte und versuchte,
- b) Einfluß auf die sozialpolitische Gesetzgebung zu nehmen und
- c) sozialhygienische und vorbeugende Maßnahmen der Ortskrankenkassen zu initiieren (vor allem unter Julius Fräßdorf und Albert Kohn).

Der 1908 gegründete und weitgehend von Otto Heinemann „gesteuerte“ „Verband zur Wahrnehmung der Interessen der deutschen Betriebskrankenkassen“ — hinter dem weitgehend die Schwerindustrie stand (Versichertenvertreter gab es in ihm nicht!) — diente vor allem einer Steuerung des Verhaltens der Betriebskrankenkassen gegenüber dem vom Reichsgericht teilweise als sittenwidrig befundenen Vorgehen der organisierten Ärzteschaft und der konsequenten Einflußnahme auf den Gesetzgeber (RVO). 1912 wurde als „bürgerlicher“ Ortskrankenkassenverband ein den christlichen Gewerkschaften und dem Zentrum nahestehender „Gesamtverband deutscher Krankenkassen“ gegründet. Von geringerer Bedeutung waren zunächst der „Hauptverband deutscher Innungskrankenkassen (1910) und der „Allgemeine Verband deutscher Landkrankenkassen“ (1914). Die Angestellten-Ersatzkassen gründeten 1912 den „Verband kaufmännischer eingeschriebener Hilfskassen (Ersatzkassen)“, ihn und die angeschlossenen Ersatzkassen zeichnete — im Gegensatz zu allen sog. RVO-Kassen — ein gutes Verhältnis zur deutschen Ärzteschaft aus. Aufgrund ihrer besonderen rechtlichen (VVG) und finanziellen Situation nahmen sie manche Regelung vorweg, die bei den gesetzlichen Krankenkassen erst später eingeführt wurde.

4. Die staatlichen Stellen betrachteten die ungeplante politische Entwicklung der Selbstverwaltung mit Mißtrauen, nach dem Sturz von Artur Graf von Posadowsky-Wehner (1907) hatte das nicht mehr nur „Verwaltungsschikane“ der Aufsichtsbehörden zur Folge, sondern auch gesetzgeberische Konsequenzen. Dies geschah in der RVO weniger mittels einer konfliktträchtigen Ausweitung des Aufsichtsrechts, als dadurch, daß einzelne, wichtige Zweige der Geschäftsführung der Krankenkassen eingehend kasuistisch geregelt und der Einfluß der Arbeitgeber, ohne an ihrem Beitragsanteil etwas zu än-

dern, gestärkt wurde. Man muß außerdem sehen, daß die Krankenkassen-selbstverwaltung, die in ihrer Frühzeit am ehesten mit der eines kleinen Vereins verglichen werden kann, Ansätze zur Bürokratisierung entwickelt hatte.

Die Krankenversicherung in der Weimarer Republik

Die Selbstverwaltung in der Sozialversicherung im demokratisch-parlamentarischen System der Weimarer Republik (1918—1933) ist grundsätzlich auf den Hintergrund der allgemeinen ökonomischen Schwierigkeiten zu sehen, die in leistungsmäßiger Hinsicht fast durchgängig — Ausnahme vielleicht 1924 bis 1929 — nur ein „Durchstolpern“ ermöglichen. Gegenüber den Vorgängen im Kaiserreich zeigten sich keine prinzipiell neuen Ansätze, die entwickelten Modelle wurden weiter ausgebaut und größtenteils gesetzgeberisch abgesichert. Die in Art. 161 WRV vorgesehene „maßgebende Mitwirkung der Versicherten“ in der Sozialversicherung wurde aber nicht durchgeführt. Die Restriktionen, die die Reichsversicherungsordnung in der Krankenversicherung gebracht hatte, waren schon durch die sog. Revolutionsgesetzgebung wieder beseitigt worden.

In der Krankenversicherung wirkten sich das Verhältniswahlrecht und die tendenzielle Verselbständigung der (politisch konkurrierenden) Gewerkschaftsbürokratien von der Arbeitnehmerbasis aus: 1914 fanden noch bei rd. 66 v. H. der Ortskrankenkassen echte Ausschusswahlen (mit Stimmabgabe) mit einer Wahlbeteiligung von etwa 31 v. H. statt, 1927/28 waren es nur noch zu 27,2 v. H. echte Wahlen mit einer Beteiligung von etwa 24,3 v. H.

Verstärkt wurde der Einfluß der Krankenkassenspitzenverbände, und zwar mehrfach:

1. konnten die einzelnen Kassen die infolge der politischen und ökonomischen Entwicklung schnell erfolgenden gesetzgeberischen Maßnahmen nicht selbständig verarbeiten: mittels Tagungen, Rundschreiben, Zeitschriften und Verbandskommentaren wirkten die Spitzenverbände „steuernd“, zudem erhielten sie später die „Ausbildung und Prüfung der Kassenangestellten und die Haushalts- und Rechnungskontrolle“ infolgedessen waren 1930 fast alle Krankenkassen „organisiert“;

2. nahmen die Krankenkassenspitzenverbände mannigfachen informellen Einfluß auf die sozialpolitische Gesetzgebung, vor allem auf die Notverordnungen 1923 und 1930—1932;

3. hatte das infolge der ökonomischen Folgen des 1. Weltkrieges verschlechterte Verhältnis zwischen Krankenkassen und Ärzten zu einer Notverord-

nung geführt (1924), in deren Folge der Reichsausschuß für Ärzte und Krankenkassen, eine Zwangsarbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände, installiert wurde, dessen wichtigste Befugnis im Erlaß von Richtlinien für angemessene vertragliche Vereinbarungen zwischen den Kassen und den Ärzten bestand. Dadurch waren die Spitzenverbände einmal in das *gesetzliche* System der Sozialversicherung eingebaut, das tarifvertragliche Modell der Beziehungen zwischen Krankenkassen und Ärzten war verfestigt, und faktisch waren — wie schon durch eine immer kasuistischer werdende Gesetzgebung — weitere Kompetenzen von der Basis, also von den einzelnen Krankenkassen, abgezogen worden;

4. hatten die Krankenkassenspitzenverbände ein gewisses Eigengewicht gegenüber den sie politisch „tragenden“ Gewerkschaften und Industriegruppen gewonnen, deren sozialpolitischen Vorstellungen entsprachen sie nur bedingt;

5. trugen sie oder ihre Untergliederungen (Landesverbände) die Eigenbetriebe und Eigeneinrichtungen der Krankenkassen (Ambulatorien, Selbstabgabestellen von Arzneien und Heilmitteln, Verlage usw.), die die Abhängigkeit von Ärzteschaft und Apothekern mindern sollten und eine breite gesundheitliche Betreuung der Arbeiterschaft gewährleisteten;

6. vergrößerte ihr Ausbau die Aufstiegsmöglichkeiten, vornehmlich der Angestellten, in der Krankenversicherung.

Der staatliche, zentrumsorientierte Wohlfahrtsinterventionismus der Weimarer Republik und die sozialhygienischen Aufklärungsmaßnahmen der Krankenkassen erreichten bald ökonomische Grenzen, die zu einem Ausbau und gesetzlicher Verordnung (1930) des wenig beliebten, aber aus der Selbstverwaltung heraus entwickelten Vertrauensarztsystems ebenso führten wie zu einer Selbstbeteiligung der Versicherten, die eine Einschränkung der Inanspruchnahme in Bagatellfällen zur Folge haben sollte. Von dorthier stand die sozialmedizinische-gesundheitspolitische Aufgabe des Vertrauensarztsystems (Krankheitsverhütung, Gensendenfürsorge) im Schatten der ökonomischen Restriktionen („Gesundschreiber“).

1930 und 1931 erfolgten zwei Notverordnungen, die das Verhältnis zwischen Ärzten und Krankenkassen befriedeten. Die Verhältniszahl der Kassenarztzulassung wurde auf 600 : 1 herabgesetzt, die Zulassung erhielt die Bedeutung eines subjektiven Rechts auf die Kassenpraxis, die ärztlichen Leistungen wurden durch Kopfpauschale abgegolten, die Überwachung der kassenärztlichen Tätigkeit wurde der kassenärztlichen Vereinigung übertragen. Diese

war Körperschaft des öffentlichen Rechts — im Gegensatz zu den Krankenkassenspitzenverbänden! —, alle Kassenärzte gehörten ihr zwangsweise an. Die Verquickung dieser öffentlich-rechtlichen Institution mit dem privaten, wirtschaftliche Interessen verfolgenden, 1900 gegründeten Hartmannbund war perfekt: der Vorstand des örtlichen Hartmannbundes wurde Vorstand der jeweiligen kassenärztlichen Vereinigung. Das bedeutete die weitgehende Aufhebung der Selbstverwaltung der Krankenkassen in der ärztlichen Versorgung ihrer Mitglieder und den Beginn der sog. kassenärztlichen Selbstverwaltung.

Abbau der Selbstverwaltung im NS-Staat

Von allen gesetzgeberischen Maßnahmen des NS-Staates im Hinblick auf die Sozialversicherung war die Selbstverwaltung am stärksten betroffen und hier wieder die Krankenversicherung.

Entscheidend wurde zunächst, daß durch das Gesetz zur Wiederherstellung des Berufsbeamtentums etwa 30 v. H. der Ortskrankenkassenangestellten, insgesamt etwa 6000 Personen wegen ihrer politischen Einstellung (sozialdemokratisch-freigewerkschaftliche Orientierung) entlassen wurden. Vom „Hauptverband deutscher Krankenkassen“ wurde das gesamte Personal entlassen, teilweise sogar in Schutzhaft genommen. Parallel dazu war in die Besetzung der Vorstände und Ausschüsse eingegriffen worden, vermutlich bei über 50 v. H. der Ortskrankenkassen. Für 103 einzelne Krankenkassen und für 41 Krankenkassenverbände bestellte der Reichsarbeitsminister staatliche Kommissare, die Ortskrankenkassen waren mit 91 Kommissaren besonders stark betroffen. In Thüringen, Bremen, Bayern und Baden erfolgte die Kommissariatsbestellung für das ganze Land. Diese faktische Ausschaltung der bisherigen Selbstverwaltung wurde später vollendet durch die Auflösung der bisherigen Gewerkschaften und ihre „Ersetzung“ durch die Deutsche Arbeitsfront.

Sämtliche Spitzenverbände wurden der Aufsicht des Reichsarbeitsministers unterstellt, der „Hauptverband“ und der „Gesamtverband“ wurden zum „Reichsverband der Ortskrankenkassen“ zusammengelegt. Die Eigenbetriebe und Eigeneinrichtungen des „Hauptverbandes“ wurden zugunsten des „Mittelstandes“ und der Ärzte aufgelöst oder diesen übertragen. 1935 wurden die (relativ bedeutungslosen) Arbeiterersatzkassen und 1937 die Angestelltenersatzkassen in Körperschaften des öffentlichen Rechts umgewandelt.

Innerhalb der Ärzteorganisationen erfolgte ebenfalls eine „Gleichschaltung“: der Reichsärztführer setzte in allen

Untergliederungen des Hartmannbundes und des Ärztevereinsbundes Beauftragte des NS-Deutschen Ärztebundes ein. In Folge der Reichsärzteordnung (1935) wurden beide Vereine 1936 aufgelöst. Darüberhinaus begann eine sinngemäße Anwendung des Berufsbeamtengesetzes auf die jüdischen und/oder sozialdemokratischen Ärzte. Diese etwa 20 v. H. der damaligen Ärzteschaft durften nicht mehr als Kassenärzte für die gesetzlichen Kassen praktizieren, nur noch bei den Ersatzkassen; 1938 wurde auch diesen noch die Approbation entzogen.

Für das Verhältnis von Krankenkassen und Ärzten wurde entscheidend, daß am 2. August 1933 die Kassenärztliche Vereinigung Deutschlands der alleinige Träger aller Beziehungen zwischen Kassenärzten und Krankenkassen wurde. Laut ihrer Satzung lag die kassenärztliche Versorgung als eine Gesamtleistung in den Händen der deutschen Ärzteschaft: somit waren die Krankenkassen und ihre Verbände endgültig davon ausgeschaltet.

Im Hinblick auf die innere Organisation mußte durch das Aufbaugesetz das durch das Berufsbeamtengesetz unterlaufene Prinzip der freien Selbstverwaltung weitgehend aufgegeben werden. An seine Stelle trat das Führerprinzip durch einen Leiter, dem ein paritätisch zusammengesetzter Beirat zur Seite stand, der außerdem durch einen Arzt und einen Vertreter der Gebietskörperschaft ergänzt wurde. Konkrete Mitwirkungsrechte — keine entscheidungsbefugnisse — erhielt dieser Beirat erst 1936; hierfür waren Erwägungen des Reichsfinanzministeriums entscheidend.

Der Neubeginn nach der Katastrophe

Die vollständige Niederlage des Deutschen Reichs im 2. Weltkrieg bedeutete für Deutschland u. a. zunächst eine Besatzungsherrschaft. Gesetzgebungsorgan war der Alliierte Kontrollrat, im übrigen lag die oberste Gewalt faktisch bei den Zonenbefehlshabern und den von ihnen gebildeten Militärregierungen. Innerhalb der Besatzungszonen wurden deutsche Parlamente, Regierungs- und Verwaltungsstellen eingerichtet, deren Kompetenzen anfangs sehr beschränkt waren. Für die Sozialversicherung war es bedeutsam, daß alle reichsbezogenen Institutionen (Reichsversicherungsamt, Reichsverbände etc.) ihre Arbeit einstellen mußten.

Für die Sozialversicherungsträger bedeutete das Kriegsende also einen Verlust an zentraler Orientierung — die Verbände organisierten sich nur allmählich neu und höchstens auf Landesebene — sowie eine gestiegene In-

anspruchnahme. Heilberufe und -anstalten, die überdurchschnittlich frequentiert wurden, hatten keinen sicheren Kostenträger mehr, Seuchengefahren drohten. In dieser Situation bewährten sich die selbständigen Krankenkassen, die den Neuaufbau und die Koordination des Leistungswesens so schnell organisierten, daß — von örtlichen Ausnahmen abgesehen — eine generelle Störung in der Versichertenbetreuung nicht eintrat. Mehr Schwierigkeiten hatten die Rentenversicherungsträger. Dabei muß bedacht werden, daß infolge der Entnazifizierung wieder NS-Parteibuchbeamte, vor allem AOK-Leiter und Vertrauensärzte entlassen wurden. Im übrigen wurde aber das Leiterprinzip der „Selbstverwaltung“ zunächst aufrechterhalten, nur vereinzelt wurden die Funktionen des Beirates faktisch erweitert.

Unter Mitwirkung deutscher Fachkräfte begannen die Alliierten mit einer Sozialversicherungsreform, wobei weitgehend an gewerkschaftliche Pläne zu einer regional organisierten „Einheitsversicherung“ aus der Weimarer Republik angeknüpft wurde. Diese wurde zunächst nur in Berlin verwirklicht. 1947 geschah das dann auch in der sowjetischen Besatzungszone, hierbei hatte maßgeblich Helmut Lehmann, vor 1933 Geschäftsführer des „Hauptverbandes deutscher Krankenkassen“, mit ehemaligen Mitarbeitern der Zentrale mitgewirkt. In den Westzonen kam es zu einer heftigen Protestkampagne gegen diese Reformpläne, wobei — aus unterschiedlichen Motivationen — vor allem das Land Bayern und die dort beschäftigten Ministerialbeamten aus dem Reichsarbeitsministerium, der DGB — Britische Zone, die organisierte Ärzteschaft, die Ersatz-, Land- und Betriebskrankenkassen sowie ihre Landesverbände, die Berufsgenossenschaften, die Privatversicherung u. a. mitwirkten. Infolge dieser massiven Protestaktionen wurden die Reformpläne des Alliierten Kontrollrats nicht realisiert.

Von seiten der deutschen Stellen wurde dann aber zunehmend die Wiederherstellung der Selbstverwaltung in der Sozialversicherung betrieben, in einigen Ländern wurde sie nach dem Modell von vor 1933 auch bereits wieder eingeführt. Für die Sozialversicherungsreform in Westdeutschland wurde nun vorwiegend der „Wirtschaftsrat für das Vereinigte Wirtschaftsgebiet“ zuständig. Dieser führte mit dem „Sozialversicherungsanpassungsgesetz“ 1949 die Halbierung der Beiträge zwischen Arbeitgebern und Versicherten in der Krankenversicherung ein. Fertig und vom Wirtschaftsrat für das Vereinigte Wirtschaftsgebiet verabschiedet war auch ein Gesetz zur Wiederherstellung der Selbstverwaltung in der Sozialversicherung, das aber im Hinblick auf die bevorstehende Gründung der

Bundesrepublik Deutschland von den Alliierten nicht mehr genehmigt wurde. Abgesehen von der Knappschaftsversicherung und der landwirtschaftlichen Unfallversicherung war darin die Parität (gleicher Stimmenanteil) zwischen Arbeitgeber- und Arbeitnehmervertretern bei allen Sozialversicherungsträgern vorgesehen. Das bedeutete eine Zurückdrängung des Versicherteneinflusses in der Krankenversicherung und eine Versicherteneinflußnahme auf die Unfallversicherung. Begründet wurde diese Parität mit der Beitragshalbierung und dem gleichzeitig entstehenden Gedanken der Sozialpartnerschaft. 1951 verabschiedete dann aber — trotz heftiger gewerkschaftlicher Proteste — der Bundestag ein Selbstverwaltungsgesetz, das diesem Modell weitgehend folgte. Die Schaffung einer Einheitsgewerkschaft wirkte sich wohl u. a. so aus, daß die Selbstverwaltung ihre übergeordnete politische Komponente verlor, mit deren Hilfe mindestens die Versichertenaktivierung vor 1933 wesentlich bewirkt wurde. Die ausgeprägteste Konkurrenzsituation wurde gegenüber den Ersatzkassen aufrechterhalten, wo

in der Verwaltung die berufsgewerkschaftliche Richtung eine Mehrheit hatte. In gleicher Weise wurden dadurch die Spitzenverbände der verschiedenen Sozialversicherungsträger allgemeinpolitisch „neutralisiert“. Diese hatten sich inzwischen auf freiwilliger Basis reorganisiert und auch einen entsprechenden informellen Einfluß auf die sozialpolitische Gesetzgebung wie vor 1933 gewonnen. 1955 wurden die Landesverbände der gesetzlichen Krankenkassen und ihre (Bundes-) Vereinigungen in Körperschaften des öffentlichen Rechts umgewandelt (wie erstmals 1937) und damit staatlicher Aufsicht unterstellt (wie erstmals 1933). Im gleichen Jahr wurden die Beziehungen zwischen Ärzten, Zahnärzten und Krankenkassen sowie ihren Verbänden, die infolge der Nachkriegsereignisse unübersichtlich geworden waren, neu geordnet und vereinheitlicht, und zwar auf den zwischen 1930 und 1935 entwickelten Grundlagen. Das Kassenarztrecht wurde in die RVO „eingebaut“ und die Kassenärztlichen Vereinigungen wieder als Körperschaften des öffentlichen Rechts errichtet.